



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2010-2012**

Date du Jury : **décembre 2011**

**L'optimisation de la permanence des soins
en établissement de santé :
L'exemple du CHU de Rennes**

Guy ELISABETH

Remerciements

« Demain ne sera pas comme hier. Il sera nouveau et il dépendra de nous. Il est moins à découvrir qu'à inventer. »

Gaston BERGER

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagné tout au long de mon stage hospitalier, dont une des finalités est la réalisation de ce mémoire.

En particulier :

Véronique pour sa présence quotidienne à mes cotés.

Monsieur Jean-François TAILLARD, Directeur adjoint au CHU de Rennes, chargé de l'Ingénierie, pour son accompagnement rigoureux et permanent en qualité de maître de stage.

Monsieur André FRITZ, Directeur général du CHU de Rennes pour sa disponibilité.

Madame Laurence JAY-PASSOT, Directrice adjointe au CHU de Rennes, chargée des ressources médicales, pour la qualité de ses analyses concernant le sujet.

L'ensemble de l'équipe de direction du CHU de Rennes et notamment madame Brigitte SAL-SIMON, Directrice adjointe chargée des affaires financières et des systèmes d'information.

Monsieur BELLOU, Médecin chef urgentiste, pour m'avoir accordé une partie de son temps dans le cadre de ce travail, ainsi que Monsieur PENCOLLE Médecin libéral, pour tous les éléments qu'il m'a apporté.

Madame Nicolle CREIGNOU, Cadre de santé, pour les informations concernant la régulation médicale au SAMU 35.

Monsieur Michel LOUAZEL, Enseignant chercheur à l'école des Hautes Etudes en Santé Publique, pour son importante collaboration en qualité de directeur de mémoire.

Avertissement

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation à un diplôme de 3^{ème} cycle. Ce mémoire universitaire est présenté devant le jury de l'Ecole de Hautes Etudes en Santé Publique durant la formation du métier de directeur d'hôpital.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme suivant

Master II, Droit, Santé, Ethique

Responsable du diplôme Madame Marie-Laure MOQUET- ANGER

A l'Université Rennes I, Faculté de Droit et des Sciences Politiques

Année universitaire 2010-2011

Ce mémoire a été encadré par Monsieur Michel LOUAZEL

Enseignant Chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Sommaire

1 Introduction	1
TITRE 1 – Evolution de la permanence des soins et conséquences pour les établissements de santé	5
Section 1 – La refonte du cadre juridique de la permanence des soins	5
A) Le contexte de la PDS avant la loi Hôpital, patients, santé, territoire	5
1) Des constats de disfonctionnement.....	5
2) Le besoin d'une nouvelle définition de la PDS.....	9
B) Une PDS repensée différemment par la loi HPST.....	10
1) Le nouveau cadre juridique de la PDS dans la loi HPST	10
2) Les acteurs de la régulation territoriale.....	15
Section 2 – La nécessité d'une nouvelle organisation de la permanence des soins en établissement de santé	20
A) Le rôle des Agences régionales dans la PDSES	20
1) Définir une vision d'ensemble.....	20
2) Rappeler la nécessité d'efficience	22
B) Les incidences de la nouvelle PDSES pour les établissements de santé	24
1) Les incidences financières	24
2) Les incidences organisationnelles.....	27

Section 1 – Le financement et son impact sur l’organisation médicale	31
A) Un nouveau mode de financement problématique	31
1) La campagne tarifaire 2011	31
2) Une problématique supplémentaire pour le CHU.....	33
B) Une réorganisation médicale complexe	37
1) L’hyperspécialisation du CHU.....	37
2) Les risques d’une PDSSES trop contrainte	39
Section 2 – Une PDSSES efficiente : la mission du directeur d’hôpital	43
A) Conforter le CHU en tant qu’acteur majeur de la coopération territoriale	43
1) Affirmer le rôle incontournable du CHU sur le territoire de santé n°5	43
2) Renforcer les partenariats territoriaux.....	45
B) Rechercher les marges d’efficience au sein du CHU	48
1) L’implication indispensable du corps médical dans la recherche d’une organisation efficiente pour la PDSSES	48
2) La révision nécessaire des lignes de gardes et d’astreintes.....	50
2 Conclusion	55
Bibliographie	57

Liste des sigles utilisés

ARH	:	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	:	Agence régionale de santé
CARL	:	Centre d'appel et de régulation libérale des soins non programmés
CDS	:	Continuité des soins
CODAMUS	:	Comité d'organisation d'aide médicale urgente et de permanence des Soins
CORL	:	Centre d'organisation et de régulation libérale
COPS	:	Commission d'organisation de la permanence des soins
CPOM	:	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	:	Contrat de pratique professionnelle
CSP	:	Code de la santé publique
CRC	:	Chambre régionale des comptes
CRLCC	:	Centre régional de lutte contre le cancer
DG	:	Dotation globale
DGOS	:	Direction générale de l'offre de soins
DH	:	Directeur d'hôpital
DHOS	:	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation sanitaire
EHPAD	:	Etablissement d'hébergement de personne âgée dépendante
ESPIC	:	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FHF	:	Fédération hospitalière de France
HAD	:	Hospitalisation à domicile
HU	:	Hospitalo-universitaire
HPST	:	Hôpital, patient, santé et territoire
MCO	:	Médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC	:	Mission d'intérêt générale et d'aide à la contractualisation
MMG	:	Maison médicale de garde
MSP	:	Mission de service public
OQN	:	Objectif quantifié national
PARM	:	Permanencier auxiliaire de régulation
PH	:	Praticien hospitalier
PTHS	:	Plateau technique hautement spécialisé
PDSH	:	Permanence des soins hospitalière
PRS	:	Projet régional de santé
USIC	:	Unité de soins intensifs de cardiologie
USLD	:	Unité de soins de longue durée

SAMU : Service d'aide médicale urgente
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SROS : Schéma régional d'organisation des soins
SSR : Soins de suite et de réadaptation

1 Introduction

Depuis de nombreuses années le système de santé français est de plus en plus soumis à des pressions contradictoires : l'une réside dans l'exigence de contenir la croissance des dépenses sociales et l'autre réside dans la nécessité de faire face à la montée des inégalités et des phénomènes d'exclusion. Face à ce constat, c'est la garantie d'égal accès aux soins de tous, que pose l'un des principes les plus anciens du droit public. En effet, la Constitution française pose le principe que « *les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droit*¹ » mais aussi que la Nation « *garantit à tous..... la protection de la santé*² ». Or ces principes apparaissent aujourd'hui de plus en plus difficiles à garantir. Le principe d'égalité, affirmé par la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, consacrée par le Conseil d'Etat puis dans ses jurisprudences, constitue également une composante du droit communautaire et européen.

L'égal accès aux soins est la base de l'organisation de l'offre sanitaire, cité dans l'article L.1110-1 du Code de la santé publique (CSP). Il précise que c'est « *un droit fondamental à la protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et à assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ». L'article 1110-1 du CSP nous permet ainsi d'envisager la notion de permanence des soins qui retiendra tout particulièrement notre attention. La permanence des soins peut être évoquée comme un bien non excluable³, c'est-à-dire accessible à tous. Ce bien permet ainsi à une personne malade en besoin de soins impérieux et ne trouvant pas de réponses alternatives, de pouvoir néanmoins accéder à des soins de santé de recours.

La définition communément admise de la permanence des soins⁴, est une organisation de l'offre de soins libérale et hospitalière, qui permet de ne pas interrompre le besoin si

¹ Article 1^{er} de la déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen de 1789

² Article 11 du Préambule de la Constitution de 1946

³ « *La théorie des biens publics tente de justifier l'existence de l'Etat à partir d'un point de vue tantôt utilitariste tantôt moral. Ces biens publics « représentent des services », qui peuvent avoir trait à la sécurité (police, justice, défense), aux infrastructures (transports, télécommunications, éducation, santé), à « l'harmonisation » dans un domaine (information, éducation, langue, standardisation,), ou à la certification (identification, registre foncier, conformité aux standards), etc. Il s'agit d'un bien accessible à tous dont aucun ne saurait être exclu* ». Extrait du mémoire de Thierry LARGEN « La permanence des soins et ses contraintes organisationnelles : l'exemple de l'hôpital de Fougères » Promotion directeur d'hôpital – 2007-2009, page 3.

⁴ Art. R. 6315 -1 et suivants du CSP

nécessaire et l'égalité de l'accès aux soins. Son objectif est donc de répondre aux demandes de soins non programmées sur un territoire donné, aux heures de fermeture des cabinets médicaux (la nuit de 20 heures à 8 heures, les samedis après midi, les dimanches et jours fériés). La loi du 21 juillet 2009 relative à l'Hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁵, consacre la permanence des soins comme la première mission de service public des établissements de santé⁶ ». L'hôpital est à ce titre, l'un des éléments essentiels de l'exercice de ce droit à la santé, reconnu par la déclaration universelle des droits de l'homme et confirmé par la déclaration européenne des droits fondamentaux. Cependant, elle ne doit pas être confondue avec la continuité des soins qui implique également une permanence médicale mais qui porte sur le suivi de patients, déjà admis au sein d'une structure de soins.

Par ailleurs, quand on parle d'urgence, le discours est souvent confus du fait de l'extrême ambiguïté de cette notion. En effet, du point de vue des patients, toute demande de soins rapide est qualifiée d'« urgente », alors que du point de vue des professionnels, une distinction est habituellement faite entre l'urgence « ressentie » et l'urgence « vitale ». Dans le cadre de la demande de soins en urgence, c'est le point de vue du patient qui est pris en compte en premier lieu, l'urgence ne pouvant être qualifiée de « ressentie » qu'après une prise en charge par un professionnel de santé. Afin de garantir la qualité de la prise en charge et son efficacité, les autorités sanitaires incitent fortement les différents partenaires de l'urgence et de la permanence des soins à coopérer entre eux et à mutualiser leurs moyens. Organisée depuis la loi HPST, par les Agences régionales de santé (ARS), la permanence des soins est assurée conjointement par la médecine de ville (permanence des soins ambulatoire ou PDSA) et par les établissements de santé, publics et privés (permanence des soins en établissement de santé ou PDSES). Le présent mémoire traitera principalement la PDSES.

La réorganisation de la permanence des soins en établissement de santé constitue l'un des objectifs majeurs de la future offre de soins. Désormais, c'est le directeur général de l'ARS qui dispose de tous les pouvoirs pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission de service public. Le futur schéma régional d'organisation des soins (SROS)⁷ et le projet régional de santé (PRS) constitueront donc le cadre opérationnel dans lequel sera inscrite la réorganisation de la PDSES. A ce titre, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rennes, en tant qu'acteur référent de la région Bretagne et

⁵ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁶ Article L.6112-2 du CSP

⁷ SROS 4

notamment du territoire n° 5 est concerné par la réorganisation de la permanence des soins en établissement de santé et par son inscription dans le futur SROS PRS.

Le CHU de Rennes compte au total 1 950 lits et places. Chaque année, il enregistre en moyenne 113 776 entrées de patients correspondant à environ 523 607 journées d'hospitalisation. A ces hospitalisations viennent s'ajouter 383 274 consultations externes publiques. Les urgences adultes et pédiatriques représentent 88 554 passages en 2009. Le CHU est composé de cinq établissements de soins répartis sur cinq sites dans la ville de Rennes : Hôpital Pontchaillou, Hôpital Sud, Hôtel-Dieu, La Tauvrais et le Centre de soins dentaires. Si le CHU est l'hôpital de référence du territoire de santé n°5, il n'en demeure pas moins que son attraction est aussi particulièrement marquée en dehors de son territoire et notamment dans certaines activités : hématologie, chirurgie cardiaque, neurochirurgie, chirurgie viscérale, chirurgie plastique et maladies de l'appareil digestif et du foie. Pour autant, les hôpitaux du CHU assurent également une fonction locale et départementale de recours. Son inscription dans la permanence des soins est indispensable à la population du territoire voire même des territoires limitrophes.

Il s'agit donc, de savoir comment le CHU de Rennes peut optimiser la permanence des soins afin qu'elle devienne un outil de performance dans un contexte financier et organisationnel complexe.

Ce sujet sur la PDSES a donc été retenu en raison de son actualité nationale et locale. En effet, il concerne autant les établissements publics que privés du fait de son nouveau mode de financement. A ce titre le CHU de Rennes doit repenser ses partenariats avec les acteurs du secteur. Par ailleurs ce sujet a aussi des répercussions financières non négligeables pour le CHU. C'est pourquoi ces deux aspects engendrent une révision générale des lignes de gardes et d'astreintes au sein du CHU, dans un souci d'efficience et de meilleur service rendu à la population du territoire de santé n°5 de la région Bretagne.

En tant que futur directeur d'hôpital, il me semble que la question de l'organisation de la permanence des soins est le point d'achoppement pour le maintien d'une certaine cohésion entre l'ensemble des acteurs sanitaires, qu'ils soient du secteur ambulatoire ou du secteur hospitalier public et privé environnant. Ce challenge m'apparaît d'autant plus important qu'il place le directeur d'hôpital au centre de la réflexion et de l'organisation de la permanence des soins au sein de son établissement. Les objectifs recherchés pour le directeur seront à la fois d'optimiser les dépenses relatives à la permanence des soins

dans un contexte financier complexe et d'apporter une réponse à l'offre de soins non programmé de qualité pour la population du territoire.

La démarche retenue, s'appliquera, dans un premier temps à analyser l'évolution de la permanence des soins au travers de sa refonte juridique et de sa nouvelle organisation depuis la mise en œuvre de la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (Titre 1). Dans un second temps, après avoir rappelé l'impact de son financement sur l'organisation médicale au sein du CHU de Rennes, il s'agira de comprendre le rôle du directeur dans sa mission d'optimisation de l'organisation de la permanence des soins (Titre 2).

TITRE 1 – Evolution de la permanence des soins et conséquences pour les établissements de santé

Une analyse de l'organisation de la permanence des soins a conduit le législateur à repenser sa forme juridique (section 1). Cette refonte juridique induit une nouvelle organisation au niveau régional et notamment pour les établissements de santé (section 2).

Section 1 – La refonte du cadre juridique de la permanence des soins

La prise en compte du contexte de la permanence des soins avant la loi HPST (A) ont amené les pouvoirs publics à la repenser différemment (B).

A) Le contexte de la PDS avant la loi Hôpital, patients, santé, territoire

En effet depuis 2003, divers rapports ont été rédigés. Ces derniers ont permis de constater les dysfonctionnements de la permanence des soins (1) induisant le besoin d'une nouvelle définition (2).

1) Des constats de disfonctionnement

C'est suite à la remise de divers rapports sur les disfonctionnements de la permanence des soins (a) que des propositions ont émané (b).

a) Plusieurs constats de disfonctionnement

Le premier constat du disfonctionnement de la permanence des soins est lié à la désertification médicale. A ce propos, le rapport du docteur Grall⁸ commandité en 2007 par Madame Roselyne Bachelot-Narquin Ministre de la santé, de la jeunesse et des sports précise que «*trouver un médecin devient un sujet de préoccupation largement répandu pour la population*». De même, il juge inefficace le partage des tâches entre le préfet et la direction départementale des affaires sanitaires et sociales qui gère la

⁸ Rapport du docteur Grall « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports au mois d'août 2007.

permanence des soins sans disposer du levier financier et l'assurance maladie qui paie sans avoir la responsabilité opérationnelle.

Auparavant, une étude réalisée par les unions régionales des caisses d'Assurance-Maladie (URML) sur la permanence des soins en France métropolitaine en 2006 et analysée dans le rapport du député Philippe Boennec⁹, montrait qu'un secteur de santé sur 5 comptait moins de 6 médecins généralistes en 2006, (80 % de ces secteurs étant situés en milieu rural). De ce fait, c'est un pan de l'égalité d'accès aux soins qui est alors remis en cause. De plus, le principe du volontariat des médecins généralistes pose des problèmes pour assurer la permanence des soins pose des problèmes car de ce fait celle-ci est assurée de manière très inégale. En effet, la taille des secteurs et le nombre de médecins sont très variables d'un département à l'autre et certaines zones restent sans couverture médicale libérale. Le problème est notamment encore plus prégnant en seconde partie de nuit (entre 0h et 6h du matin) en raison d'une importante défection de ces derniers sur cette plage horaire. Cette situation est aussi présente dans le territoire de santé n°5. C'est le service d'urgence du CHU de Rennes qui pallie à cette difficulté durant la nuit profonde. De ce fait, le deuxième constat majeur signalé dans les différents rapports sur la permanence des soins, fait apparaître l'usage fréquent « voire » abusif des services d'urgences hospitaliers, par la population, notamment en nuit profonde.

En septembre 2007, un rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale signalait que malgré un effort réalisé sur le développement de la permanence des soins ambulatoire, la population avait néanmoins de plus en plus recours aux services d'urgence hospitaliers : *« le nombre de passages dans ces services a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions. Cette situation est paradoxale, car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients retournent à domicile après consultation »*. En effet, les urgences, au sens médical du terme, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence¹⁰ ».

La situation des services d'urgences reflète un réel dysfonctionnement de l'accès aux soins non programmé. En principe, destinées à prendre en charge les malades les plus

⁹ Rapport d'information n°1205 de l'Assemblée Nationale de M. Philippe Boennec, fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 octobre 2008.

¹⁰ Selon les données de la DREES, près de 80 % des patients qui se présentent dans les services d'urgence retournent à domicile, après une simple consultation (16 %) ou des examens complémentaires (65 %). Rapport du Docteur Elisabeth HUBERT : Mission de concertation sur la médecine de proximité – page 128.

atteints, les urgences sont devenues, pour une part importante et croissante de leur activité, des services de consultations non programmées. Selon l'analyse de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) de Bretagne, le recours aux services d'urgences est plus fréquent et répétitif pour les personnes jeunes, les personnes ayant immigré récemment, les personnes de faible niveau de revenu et de diplôme et les personnes isolées et précarisées. La fréquentation dépend aussi de considérations socio-économiques, c'est ce qui explique la surreprésentation des ouvriers et des employés parmi les patients qui se présentent aux urgences.

Même si de nombreux facteurs influent sur l'augmentation du recours aux services d'urgences, il apparaît que la fréquentation de ces services dépend en premier lieu de l'âge de la population. Ainsi, les nourrissons constituent « de gros consommateurs » de consultations non programmées pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins qui font peu appel à des examens complémentaires. Le vieillissement de la population se traduit également par un recours croissant aux urgences notamment chez les personnes âgées de plus de 80 ans.

Cet afflux des usagers aux urgences exprime, la confiance dans l'hôpital, le besoin accru de sécurité et la recherche d'un service complet. Effectivement, il apparaît que seuls les services d'urgences puissent offrir cette porte d'entrée aussi rapide et simple dans le système hospitalier. Et donc, une partie de la clientèle des urgences est ainsi constituée d'habitues pour lesquels l'hôpital joue un rôle de médecin traitant. C'est donc une relative « familiarité » qui s'instaure avec l'hôpital et plus particulièrement avec le service des urgences.

Dans ces différents rapports, le bilan de la permanence des soins n'apparaît pas pleinement satisfaisant. Cependant ces rapports ont aussi émis diverses propositions d'amélioration d'accès aux soins dans le cadre de la permanence des soins.

b) Les propositions qui ont émané de ces constats

Dans son discours de Neufchâteau du 17 avril 2008, le Président de la République avait signifié « *qu'il était temps que chacun prenne ses responsabilités dans la rationalisation de la permanence des soins* ». Depuis des solutions sont apparues, et plusieurs propositions cohérentes d'amélioration du système de santé ont été soumises dans différents rapports (Ritter et Bur sur les agences régionales de santé, Larcher sur les missions de l'hôpital, Bernier sur l'offre de soins).

Parmi toutes les propositions, on retiendra plus particulièrement, celles du docteur Jean-Yves Grall, qui a proposé dans son rapport (à l'instar de M. Ritter et de M. Bur) de mettre en place les Agences régionales de santé (ARS) avec pour mission, entre autre, de piloter la permanence des soins. Il s'agissait de faire de ces agences les maîtres d'œuvre de cette mission de service public dans l'objectif de clarifier la gestion stratégique des mécanismes sanitaires au niveau régional. De plus, le rapport proposait que les ARS aient en charge l'information de la population sur les bonnes pratiques en matière de permanence des soins afin de rationaliser les comportements. Ce rapport préconisait également de former davantage les jeunes médecins à l'exercice de la médecine de premier recours. De même il était précisé que *« si l'on veut éviter un afflux non justifié de patients aux urgences, il faut que le système de régulation de la demande de soins non programmés, soit bien organisé en amont des établissements de santé et que son fonctionnement soit connu de la population, ce qui n'est pas encore suffisamment le cas »*.

Quant aux conclusions du rapport du député Philippe Boënnec, elles se situent dans le même prolongement de propositions. Sans vouloir faire un inventaire de celles ci qui ont pu être faites par le rapporteur, on peut cependant en rappeler quelques unes qui sont aujourd'hui au cœur de l'actualité de la permanence des soins :

- *définir un volet PDS dans le schéma régional d'organisation sanitaire,*
- *fondre en une seule enveloppe les dotations financières, et en confier la gestion aux ARS,*
- *envisager une rémunération forfaitaire des activités liées à la PDS,*
- *contracter avec SOS Médecins pour déterminer la forme de la contribution de cet acteur à la PDS,*
- *améliorer le statut et la formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale,*
- *communiquer en direction de la population sur la nouvelle architecture de la PDS et inciter le citoyen à suivre les procédures prédéfinies.*

Faisant suite à toutes ces propositions la loi HPST fut votée le 21 juillet 2009. Désormais, l'objectif du législateur est d'établir une *« offre de soins graduée de qualité, accessible à tous et satisfaisant l'ensemble des besoins de santé »*. La permanence des soins est un des axes de cette offre de soins et de ce fait doit répondre aux mêmes objectifs. Le besoin d'une nouvelle définition s'imposait donc.

2) Le besoin d'une nouvelle définition de la PDS

Les objectifs principaux de la nouvelle définition de la permanence des soins concernent d'une part l'amélioration de l'accès aux soins (a) et d'autre part l'amélioration de la qualité de la prise en charge (b).

a) Améliorer l'accès aux soins

Depuis 2009, la loi HPST a élargi l'approche d'accès aux soins non programmés et de ce fait la permanence des soins est devenue une mission de service public. Cette mission peut être « assurée, en collaboration avec les établissements de santé et par les médecins [conventionnés et non conventionnés], tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement¹¹ avec l'agence régionale de santé ».

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), dans son guide de l'offre de soins préconise¹² dans ces objectifs de réorganisation de la PDES, que celle-ci reste en lien avec le réseau des urgences. Cet accès, doit donc se situer à l'échelon territorial le plus adapté. Par ailleurs, la DGOS souhaite garantir une accessibilité financière pour tous les usagers. Dans ce cadre, la PDES, les tarifs opposables pour les prises en charges réalisées doivent être ceux du secteur 1¹³. Il convient aux ARS d'optimiser l'organisation de la PDES pour l'ensemble des activités de soins qui la requièrent permettant ainsi de garantir un accès permanent aux soins à l'échelle du territoire de santé. Cet accès doit aussi être adapté en fonction des disciplines médico-chirurgicales (principe de gradation des soins) en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés. Outre l'amélioration de l'accès aux soins, la DGOS a préconisé l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

¹¹ Art. L. 6314-1 du Code de la santé publique.

¹² Direction générale de l'offre de soins - Permanence des soins en établissements de santé (PDES) - Guide SROS-PRS, Groupe de concertation, 6 décembre 2010.

1.1 ¹³ Le secteur 1 correspond au tarif qui sert de base au remboursement de la caisse d'assurance maladie. Il est par exemple de 23 euros (Tarifs au 1^{er} Janvier 2011) pour un médecin généraliste : la complémentaire santé rembourse la part complémentaire non prise en charge par la sécurité sociale. Seule la somme de 1 Euro correspondant à la part forfaitaire, n'est pas remboursée, sauf dans certaines situations.

b) Améliorer la qualité de la prise en charge

L'un des indicateurs d'amélioration de la qualité de la prise en charge, est la réduction des délais d'attente. L'organisation de la prise en charge de la permanence des soins ne peut être réellement efficace et juste que si elle prend en compte un délai de prise en charge des usagers « raisonnable » et ce en fonction du caractère de l'urgence. Car comme nous l'avons déjà évoqué, il y a l'urgence « ressentie » par le patient et l'urgence « vraie » qui est définie par le médecin.

Cependant, la qualité de la prise en charge doit également se déterminer en aval des urgences afin de faciliter l'orientation des patients vers la structure d'accueil la mieux adaptée ou vers le professionnel le plus adéquat. Cette amélioration de la qualité de la prise en charge favorise la sécurisation des parcours de soins non programmés aux horaires de la PDSSES. L'objectif étant que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge ou d'orientation.

En favorisant les mutualisations entre établissements de santé (indépendamment de leurs statuts), en prenant en compte l'ensemble des filières de prise en charge et en facilitant la participation des praticiens libéraux dans le dispositif, c'est l'optimisation des ressources au service des usagers qui est privilégiée. En effet, la suppression des doublons et des dépenses inutiles participent également à cette amélioration. Il apparaît donc, que dans certaines conditions, il est nécessaire de mutualiser les activités entre établissements assurant la même mission de service public de permanence des soins et de répartir de manière équitable les contraintes d'exercices entre les secteurs publics et privés. La loi HPST, est donc venue modifier la vision stratégique de la permanence des soins.

B) Une PDS repensée différemment par la loi HPST

Avec la loi HPST, la permanence des soins a été repensée et désormais elle s'inscrit dans un nouveau cadre juridique (1) avec une redéfinition des acteurs territoriaux (2).

1) *Le nouveau cadre juridique de la PDS dans la loi HPST*

La coordination entre la permanence des soins ambulatoire (PDSA), la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) et les structures de médecine d'urgence, contribue à assurer la continuité de la prise en charge des demandes de soins non

programmées entre la ville et l'hôpital. Cependant, il faut préciser les champs respectifs de la PDSA et de la PDES, qui ne relèvent ni des mêmes acteurs et ni des mêmes logiques, mais qui doivent cependant être complémentaires. La loi HPST a réaffirmé les missions de la permanence des soins ambulatoire (a) et de la permanence des soins en établissement de santé (b).

a) La permanence des soins ambulatoire

La permanence des soins ambulatoire (PDSA), revêt le caractère d'une mission de service public¹⁴. Elle¹⁵ a pour objet de répondre à des besoins de soins non programmés relevant de la médecine de ville durant les heures de fermetures des cabinets médicaux. En effet, « *l'ensemble des professionnels de santé dont les médecins traitants cités à l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours* »¹⁶. A ce titre, l'article L. 4130-1 du CSP dispose dans son alinéa 7 que le médecin généraliste de premier recours participe à la mission de service public de la permanence des soins. De plus, l'article R.6315-1 dispose que « *La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence* ».

¹⁴ Les missions et obligations du service public hospitalier sont énumérées à l'art L. 6112-1 du Code de la santé publique entre autres « diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés, des femmes enceintes, et participation aux actions de santé publique ». La mission principale de l'établissement public de santé réside dans l'accueil de tous sans discrimination à toute heure du jour et de la nuit. Les principes qui régissent le service public sont issus des lois de Rolland : principe de continuité, d'égalité, de neutralité et de mutabilité. La conception actuelle du service public s'est lentement élaborée depuis la fin du 18ème siècle à partir de l'émergence d'une part de la notion d'*intérêt général* et d'autre part de la représentation d'*un bien commun*.

Cette conception s'est incarnée dans des pratiques d'administration et des décisions de justice avant de voir ses principes fondamentaux précisés dans la loi Rolland (1938) et réaffirmés en 1997. Selon cette loi, trois principes fondent le service public :

- la mutabilité (ou adaptabilité) qui justifie que des modifications puissent être apportées au fonctionnement ou à l'organisation des services publics afin de satisfaire au mieux l'intérêt général,
- la continuité et le fonctionnement correct qui signifient que l'administration est tenue de faire fonctionner correctement le service public et de l'assurer sans interruption,
- l'égalité qui concerne aussi bien l'accès au service public que son fonctionnement ; il s'applique aux agents (égalité dans l'accès aux emplois publics) et aux usagers. Il entraîne de fait deux conséquences : la neutralité et la laïcité.

¹⁵ La mission de service public de permanence des soins ambulatoire est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'[article L. 162-5 du code de la sécurité sociale](#), dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et [L. 162-32-1](#) du même code, dans les conditions définies à l'article [L. 1435-5](#) du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Dès 1955, la notion de permanence des soins apparaît, elle figure à l'article R. 4127-77 du code de la santé publique. Il est dit qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent. Cet exercice s'établit de manière particulière puisqu'elle se base sur le volontariat.

¹⁶ Article L. 1411-11 du CSP.

La permanence des soins ambulatoire¹⁷ a été redéfinie en 2003 suite aux grèves des médecins libéraux de 2001 et 2002. Des travaux sur le sujet avaient été confiés au sénateur Descours¹⁸ portant sur les aménagements réglementaires et législatifs. Depuis la loi HPST, le dispositif de permanence des soins est défini dans un cahier des charges régional arrêté par le Directeur général de l'ARS (DGARS). L'ARS s'assure notamment que le maillage des points fixes de garde soit cohérent avec le maillage des structures d'urgence des territoires de santé, notamment dans les zones urbaines, afin de favoriser une meilleure articulation entre les services d'urgences et la PDSA.

La permanence des soins ambulatoire est préalablement régulée par le centre 15 ou une plate-forme de régulation libérale ayant passé convention et interconnectée avec ce centre.

Une liste de médecins d'astreinte est établie et en l'absence de volontaire, après avis du conseil de l'ordre, le préfet est en droit de procéder aux réquisitions nécessaires en cas de carence. L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le service d'aide médicale urgente¹⁹.

Des médecins libéraux sont spécialement dédiés à cette mission de permanence des soins. Ils sont dénommés « effecteurs ». C'est à la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de permanence des soins que le médecin effecteur intervient auprès du patient pour une visite.

Un tableau de garde relatif à la permanence des soins ambulatoire établi pour une durée de trois mois, doit être transmis dix jours au moins avant sa mise en œuvre au préfet. La loi prévoit que l'organisation de la permanence des soins ambulatoire doit être assurée par les médecins généralistes en concertation avec les établissements de santé, et les maisons médicales pluridisciplinaires, afin d'éviter un recours systématique des usagers aux services d'urgences hospitalières. En conséquence la PDSA est organisée en liaison, avec les établissements de santé publics et privés de proximité.

¹⁷ L'organisation de la PDSA est définie à l'article R. 6315-1 du Code de la santé publique, et par le décret n° 2003 880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. L'arrêté du 12 décembre 2003 portant cahier des charges complète le dispositif.

¹⁸ Charles Descours Sénateur Honoraire - Rapport du groupe de travail opérationnel sur « La permanence des soins ». Remis à Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées le 22 janvier 2003.

¹⁹ Article R. 6315-3 du CSP.

b) La permanence des soins en établissements de santé

La loi Hôpital, patients, santé et territoires met fin au quasi monopole des établissements de santé publics en matière de permanence des soins hospitalière. Les établissements de santé privés peuvent se voir confier au même titre que les hôpitaux des missions de service public sous réserve du respect d'un cahier des charges précis²⁰.

La permanence des soins en établissement de santé privé

La loi HPST a réformé l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) en l'érigeant en mission de service public à laquelle tous les établissements de santé (public et privé) ont vocation à contribuer. De ce fait elle donne donc, compétence au directeur général de l'ARS pour l'organisation territoriale de la PDSES, dans une logique de responsabilité partagée entre secteur public et privé. En effet, le contexte ou la démographie médicale dans certaines régions incite à la mutualisation et à l'optimisation des ressources disponibles, à l'échelle des territoires de santé.

Néanmoins, il faut noter que les établissements de santé privés²¹ participent à la permanence des soins depuis une quinzaine d'années, mais jusqu'ici dans une moindre proportion. Une circulaire du 7 avril 2003 a démontré que le secteur privé assurait à lui seul 15% des urgences hospitalières²².

Jusqu'à la loi HPST, la permanence des soins en établissement de santé privés était organisée dans le cadre de contrats de pratiques professionnelles (CPP) conclus entre les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les réseaux de médecins pour la permanence des soins en clinique. Sur la base de ces contrats, de dispositions conventionnelles et de tableaux de suivi des gardes et astreintes, les CPAM rémunéraient les praticiens libéraux pour l'exercice de la permanence des soins en clinique.

²⁰ Les obligations portent sur la garantie d'un égal accès à des soins de qualité, sur la permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou l'orientation vers un autre établissement et sur la prise en charge aux tarifs ou honoraires fixés conventionnellement avec l'assurance maladie.

²¹ Décret du 9 mai 1995 qui crée les différents services d'urgence : SAU, POSU et UPATOU, inscrits au SROS. Ce décret définit également les normes concernant les locaux, les médecins, le personnel, l'ouverture 24h sur 24.

²² www.csmf.org/upload/File/Symhop/fiche_symhop_0710_pds_etabl.pdf

Désormais, les modalités d'organisation de la PDES sont définies dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'ARS et l'établissement de santé quelque soit son statut juridique (spécialités concernées, nombre de lignes de gardes et d'astreintes, référentiel de bonnes pratiques, etc.). Dans ce cadre, l'ARS verse à l'établissement une enveloppe de crédits de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)²³ pour financer cette mission de service public.

Dans le CPOM, sont déclinés les engagements de l'établissement de santé privé dans le cadre d'un contrat²⁴ conclu entre le réseau de médecins assurant la permanence des soins au sein de la clinique et l'établissement. Dans ce cadre, le réseau de médecins de l'établissement privé s'engage à assurer la permanence des soins selon des modalités définies par le CPOM. En contrepartie, la clinique délégataire de l'enveloppe PDES, reversera au réseau de médecins les forfaits dont les montants sont prédéfinis par le CPOM.

La permanence des soins en établissement de santé public

La mission de permanence des soins en établissement de santé consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins ou d'un équipement lourd autorisé au titre de l'article R.6122-25 du CSP (excepté celle de médecine d'urgence) en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanche et jours fériés. La PDES englobe l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées (biologie, radiologie, pharmacie). Le ressort géographique de la mission est la région ou le territoire de santé en fonction des activités de soins.

A l'instar des établissements de santé privé, l'organisation de la PDES public est établie dans le cadre du CPOM signé entre l'ARS et l'établissement de santé. L'originalité du nouveau mode de financement de la permanence des soins en établissement de santé public se caractérise par une fongibilité de l'enveloppe MIGAC entre le secteur privé et le secteur public. C'est l'ARS qui est désormais chargé de répartir les crédits MIGAC consacrés à la PDS entre les établissements de santé publics et privés.

²³ Rapport 2010 au parlement sur les missions d'intérêt général des établissements de santé. La permanence des soins est définie comme une mission d'intérêt général (page 6). A ce titre elle est financée dans le cadre des MIGAC.

²⁴ Il est précisé que ce contrat doit pouvoir s'assimiler à un contrat d'exercice libéral dans lequel aucune hiérarchie ne peut se dessiner. Les établissements de santé privés doivent rester des structures d'accueil pour la PDS permettant aux médecins d'exercer leur art, sans qu'aucune ingérence ne crée à leur égard de contraintes directes sur l'exécution de leur travail. Les établissements ne doivent pas fixer unilatéralement la finalité et les modalités du travail à accomplir, ni les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. En outre, si des contraintes administratives doivent être fixées afin de pérenniser la PDS, les cliniques ne doivent pas exercer de contrôle sur l'accomplissement des prestations de travail par les médecins libéraux et sanctionner les relevés.

Une enquête exhaustive de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) fut réalisée au printemps 2011, afin de déterminer, l'attribution des missions de service public de PDSES entre les établissements publics et privés. Celle-ci sera conditionnée par le volume d'activité réalisé dans le cadre des plages horaires de la PDSES (nouveaux patients, etc.). Cependant, la PDSES (public ou privé) pourra être maintenue, sans tenir compte des volumes d'activités dans des zones rurales et/ou enclavées, afin de garantir un accès aux soins non programmés pour la population.

La permanence des soins doit être conçue comme un système en réseau, car elle est une mission d'intérêt général, dont la cadre juridique actuel repose essentiellement sur l'observance de l'article R4127-77 du CSP²⁵. Les médecins sont donc tenus de participer déontologiquement à la permanence des soins. Afin de coordonner la régulation à l'échelon territoriale, le législateur a redéfini les compétences des différents acteurs et notamment celles des autorités de régulation.

2) Les acteurs de la régulation territoriale

La régulation territoriale est placée sous l'égide des autorités de régulation (a) et elle est inhérente à l'action des acteurs médicaux (b).

a) Les autorités de régulation

L'agence régionale de santé

La loi HPST a clairement affirmé la compétence de l'Agence régionale de santé (ARS) dans la mise en œuvre des dispositifs de permanence des soins et dans sa régulation. En effet « *L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins* »²⁶. La compétence de l'ARS porte autant sur l'organisation proprement dite que sur la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins.

Dans cet objectif, l'ARS doit s'assurer du concours des acteurs de santé directement concernés par le dispositif. Ainsi, les modalités de la PDS sont élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins et

²⁵ « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

²⁶ Article L. 1435-5 du CSP.

soumises à l'avis du représentant de l'Etat territorialement compétent²⁷. Le non respect par un établissement de santé des exigences relatives à la permanence des soins dans les activités hospitalières est contrôlé par la tutelle régionale, qui peut, sur ce fondement, refuser le renouvellement d'une autorisation²⁸.

Le préfet

De part ses fonctions, le préfet détient un pouvoir de réquisition envers les médecins qui ne s'engageraient pas dans la permanence des soins ambulatoire. Mais ce pouvoir de réquisition entraîne des situations paradoxales et se révèle généralement comme un outil inadapté à la résolution de situations structurelles.

Effectivement, une jurisprudence de la Cour de cassation a considéré que pour l'exercice des pouvoirs qu'il retient de l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales, « *le préfet peut prendre toutes les mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publique ; qu'il peut ainsi, en cas d'urgence, requérir tout médecin dans le but d'assurer ou de rétablir la continuité des soins ambulatoires interrompue par des mouvements de refus concertés et répétés des médecins libéraux d'assurer les gardes de nuits et de fins de semaines* ».

Mais force est de constater que sur le terrain ces réquisitions sont très mal vécues par les professionnels libéraux, notamment dans les régions où la désertification médicale est importante. Elles sont souvent source de contentieux, de batailles syndicales féroces et nécessitent parfois la mobilisation des forces de l'ordre. Elles restent donc d'un maniement très délicat, qui peut parfois compromettre tout dialogue avec les professionnels de santé pour l'avenir et faire disparaître le peu de volontariat qui reste dans les secteurs voisins. Elle a même contribué dans certains départements aux départs anticipés de médecins.

Le pouvoir de réquisition n'est donc peut être pas la source du bon fonctionnement du dispositif. Ce dernier reste souvent plutôt lié à l'historique du secteur, à ses réalités humaines et sociales, à l'implication du conseil départemental de l'Ordre des médecins, à l'existence de leaders volontaires, capables de mobiliser leurs confrères, ou à l'aptitude

²⁷ Le préfet conserve une compétence en matière de permanence des soins, notamment par le biais des réquisitions, ART. R. 6315-4 CSP ; il s'appuie en cela sur les informations transmises par le directeur de l'ARS, ART. L. 6314-1 CSP.

²⁸ Ce fut le cas par exemple pour l'activité d'obstétrique des Hôpitaux de Lannemezan : « la condition relative à la présence d'un pédiatre dans l'établissement de santé ou à sa disponibilité tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité, n'étant pas respectée par le centre hospitalier de Lannemezan, le renouvellement de l'autorisation de poursuivre son activité de soins d'obstétrique pouvait légalement lui être refusée sur le fondement des dispositions (...) du code de la santé publique » - CAA Bordeaux, 9 février 2010, n° 08BX01696.

des médecins à s'organiser, dans le cadre notamment d'une association, et à se fédérer autour d'un projet de territoire.

b) Les acteurs médicaux

Les médecins

Le médecin est évidemment l'acteur essentiel du système, qu'il s'agisse de la garde sur place ou de l'astreinte au domicile. Le statut de médecin détermine directement le régime des responsabilités qu'il engage sur le plan juridique dans les domaines assurantiel, civil, pénal et déontologique. Le médecin de garde doit être joignable. Toute défaillance pouvant relever de la mise en danger délibérée d'autrui²⁹ ou par faute d'imprudence³⁰ est susceptible d'entraîner sa responsabilité pénale.

Il est spécifié dans le Code pénal, à l'article 223-6 alinéa 2 que toute omission de porter secours³¹ : « *Sera puni des mêmes peines [5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende] quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui et pour les tiers, il pouvait lui porter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours* ».

Il en est de même pour les médecins hospitaliers. Le refus de se déplacer constitue une faute personnelle pour le praticien. Cette faute est détachable par sa nature de la faute de service. Elle engage directement la responsabilité personnelle³² du praticien, et non celle de l'hôpital. Elle peut donc être sanctionnée sur le plan pénal, mais également civil. En effet le praticien de garde doit aussi être joignable et toute défaillance peut relever de la

²⁹ Art. 223-1 du code pénal

³⁰ Art. 121-3, 221-6 et 221-19 du code pénal

³¹ Jurisprudence : La non assistance à personne en péril [art.223-5 à -7 du nouveau code pénal (NCP)] ; S. Couly, « la non assistance à péril et les principaux acteurs hospitaliers », Cahiers hosp. 2000, n° 156, p. 26 ; Cass. crim. 28 sept. 1999, JCP 2000, 1266.

L'homicide involontaire et atteinte involontaire à l'intégrité physique (art 221-6 et -7 et 222-19 à -21 du NCP), C ; pén ; art. 625-2. ; Cass. crim ; 29 juin 1999, *Juris-data* n° 003149, *Médecine et droit*, 1999, n° 39 ; Cass. crim. 29 juin 1999, *Juris-data*, n° 003349, JCP 1999, p 1965, TGI Bobigny, 7 juill. 1999, *Gaz. Pal.* 22-23 mars 2000, p 41, note J.Bonneau.

³² La responsabilité civile médicale est basée sur la notion d'obligation de moyen, de faute prouvée et de contrat passé entre le patient et son médecin. Elle relevait initialement de la responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle, et a été remplacée par une responsabilité contractuelle au terme de l'arrêt Mercier, datant de 1936. Le médecin hospitalier est protégé en cas de faute médicale par son statut d'agent du service public, malgré cette position privilégiée celui-ci peut être poursuivi à titre personnel pour une faute étrangère à la technique médicale et en rapport avec un comportement personnel fautif, c'est le cas de la faute détachable du service.

Les principes légaux de responsabilité sont énoncés aux articles L. 1142-1 à L. 1142 -3 du Code de la santé publique, (tels qu'issus de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifiée par les lois n° 2002-1577 du 30 déc. 2002 sur la responsabilité civile médicale, JO 31 déc. ; p 22100, et n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JO 11 août, p. 14277).

mise en danger délibérée d'autrui (article 223-1 du code pénal) ou de la responsabilité pénale par faute d'imprudence (articles 121-3, 221-6 et 221-19 du code pénal).

L'analyse de la jurisprudence³³ permet de conclure que les poursuites engagées sur ce fondement a visé toutes les catégories de médecins : médecins généralistes, spécialistes, libéraux, salariés ou hospitaliers. Mais pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers cette faute engage leur responsabilité personnelle, et non celle de leur hôpital.

En France, SOS médecins est le premier réseau d'urgence et de permanence des soins. A ce titre il représente près de 4 millions d'appels traités et 2.5 millions d'interventions. SOS médecins couvre 80% de la présence libérale de permanence des soins en milieu urbain et périurbain. Ce type d'association permet de faire face au désengagement des médecins généralistes et de ce fait participe à la mission d'intérêt général de maintien d'une permanence des soins dans certains secteurs.

Les maisons médicales de gardes

Une circulaire du 23 mars 2007 précise le cahier des charges applicable à l'instruction des demandes de financements pour la création et le fonctionnement des maisons médicales de gardes³⁴. Les maisons médicales de gardes sont certainement une piste de réflexion majeure pour la permanence des soins dans les années à venir. Elles se définissent, comme « *un lieu fixe déterminé de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée* ». Elles bénéficient d'un financement pluriannuel, désormais basé sur un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu avec l'ARS. De plus, le nouveau schéma régional d'organisation des soins (SROS) intégrera les besoins en implantations des maisons de santé, au titre de l'identification des besoins locaux en soins de premiers recours³⁵. Elles constituent en France une nouvelle modalité d'organisation de la permanence des soins.

Le service d'aide médicale urgente (SAMU)

Le SAMU départemental assure la gestion de tous les appels (urgents ou ressentis comme tel) parvenant au Centre 15. La réponse initiale à un appel téléphonique au centre 15 est apportée par un Permanencier Auxiliaire de Régulation médicale (PARM) qui

³³ La non assistance à personne en péril [art.223-5 à 7 du nouveau cde pénal (NCP)] ; S. Couly, « la non assistance à personne en péril et les principaux acteurs hospitaliers », Cahiers hosp. 2000, n°156, p. 26 ; Cass. Crim. 28sept. 1999, JCP 2000, 1266.

³⁴ L'homicide involontaire et l'atteinte involontaire à l'intégrité physique (art 221-6 et 7 et 22-19 à 21 du NCP), C. pén ; art. 625-2 ; Cass. crim. 29 juin 1999, juris-data n° 003149, médecine et droit, 1999, n°39 ; Cass. crim. 29 juin 1999, juris-data n°003349, JCP 1999, p 1965, TGI Bobigny, 7 juill. 1999, Gaz. Pal. 22-23 mars 2000, p 41, note J. Bonneau.

³⁵ Circulaire DHOS/CNAMTS n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

³⁵ Art. L. 1434-8 CSP

transmettra ensuite l'appel à un médecin régulateur (hospitalier ou libéral selon la nature de l'appel) seul habilité à prendre une décision médicale. Le Centre 15 assure une réponse à la permanence des soins.

Introduite il y a une trentaine d'années, la régulation médicale³⁶ du SAMU représente toujours un outil de progrès médical et d'égalité sociale. Le médecin régulateur, selon l'appréciation qu'il fait du cas, délivre des conseils, oriente le patient vers les permanences libérales, vers les urgences, envoie le Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et organise si besoin l'accueil du patient dans la structure la mieux adaptée.

La plus value directe de la régulation médicale du SAMU tient au fait qu'elle dispense au patient dans l'intérêt de celui-ci, « le juste soin ». En outre cette régulation médicale contribue à l'optimisation de l'emploi des ressources collectives. Par ailleurs, c'est toute l'importance du SAMU que de distinguer la « vraie » urgence vitale. Les réponses apportées, par la régulation, peuvent être classées selon 4 niveaux :

- niveau 1 : l'urgence vitale qui nécessite l'envoi d'une équipe du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et la mobilisation des urgences hospitalières ;
- niveau 2 : l'urgence non vitale impliquant une orientation vers un service d'urgence, par un transport sanitaire adapté ;
- niveau 3 : une demande nécessitant une intervention médicale soit par déplacement du patient au point fixe de garde (Maison médicale de garde ou centre de santé), soit par déplacement d'un médecin effecteur au domicile. De plus en plus cette dernière situation se révèle être l'exception, hors le cas de personnes dans l'impossibilité de se déplacer (patients en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en Hospitalisation à domicile (HAD)...)
- niveau 4 : une demande souvent à l'origine d'inquiétudes qui doit se régler par un simple conseil téléphonique de la régulation et au besoin une orientation vers un cabinet de médecine générale le lendemain.

Une place particulière doit cependant être faite aux demandes dites administratives : internement d'office, réquisition de police, certificat de décès ... qui ne sont pas

³⁶ Acte médical pratiqué au téléphone par un médecin exerçant au sein d'une structure spécifique, généralement le SAMU-centre 15.

considérées comme des actes de permanence des soins mais qui conduisent néanmoins à solliciter les médecins assurant cette mission.

Compte tenu de certains dysfonctionnements structurels, la réorganisation de la permanence des soins s'imposait. Mais celle-ci n'est pas sans conséquence pour les établissements de santé.

Section 2 – La nécessité d'une nouvelle organisation de la permanence des soins en établissement de santé

Les évolutions récentes illustrent une volonté de rationaliser l'offre de soins sur les territoires de santé à travers le levier de la réorganisation de la permanence des soins en établissement de santé. Ce changement n'est pas sans susciter des interrogations à l'heure où, dans chaque région, les agences régionales de santé initient la nouvelle organisation de la PDSES (A) et révèlent les incidences sur les établissements de santé (B).

A) Le rôle des Agences régionales dans la PDSES

La réforme de la permanence des soins doit être conduite dans la concertation, pour mieux assumer la mission de service public à laquelle les concitoyens ont le droit de bénéficier. Les différents acteurs du monde sanitaire doivent d'abord correspondre et se coordonner, car chacun apporte sa pierre à l'édifice, dans son organisation comme dans son action. Des instances spécifiques sont légitimes pour rassembler les énergies : les agences régionales de santé dans la construction d'une architecture homogène. Les deux missions dévolues aux ARS sont d'une part de définir une vision d'ensemble (1) et d'autre part rappeler la nécessité d'efficience (2).

1) *Définir une vision d'ensemble*

Afin de pouvoir attribuer la mission de service public (MSP) de permanence des soins en établissement de santé (PDSES) par le biais de la parution des SROS PRS et en application des dispositions issues de la loi HPST, les ARS ont besoin d'éléments pour mieux déterminer l'allocation des ressources et les éventuels redéploiements des crédits MIG. Pour définir les niveaux actuels d'organisation, une vision systémique est

essentielle. Une enquête régionale des gardes et astreintes a donc été initiée (a) et nous verrons ensuite dans quelles conditions celle-ci a été réalisée au sein des établissements de santé (b).

a) L'enquête régionale des gardes et astreintes

Depuis l'adoption de la loi HPST, la permanence des soins est devenue la première mission de service public. De ce fait, la DGOS demande aux ARS une remise à plat des organisations de la PDES (public/privé) dans le cadre du SROS PRS. L'identification des lignes de gardes et d'astreintes permettra donc d'éclairer les choix d'allocation par l'ARS de l'enveloppe MIG, désormais fongible et commune aux secteurs public et privé, dans un contexte d'optimisation du dispositif attendu pour l'année 2011.

Mais dans l'attente de la mise en œuvre des schémas cibles arrêtés dans les SROS PRS, une période transitoire s'ouvre, pendant laquelle le mode de financement de la PDES qui a déjà évolué en 2008-2009 pour les secteurs ex-Dotation Globale sera élargi en 2011 aux établissements ex-Objectifs Quantifiés Nationaux (OQN) avec une prévision d'intégration des médecins libéraux dans le dispositif de financement en MIG.

La gestion de cette phase transitoire et l'élaboration des schémas cible de la PDES appellent donc, de la part des ARS, une connaissance précise des lignes de garde et d'astreinte.

b) Les conditions de l'enquête

Aussi, un questionnaire a été adressé aux établissements de santé publics, privés et aux Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) au mois de février 2011 afin qu'ils détaillent leur activité dans le cadre de la permanence des soins. Un courrier commun signé du président de la fédération hospitalière française (FHF), du président de la conférence des CHU et du président de la conférence des centres hospitaliers faisait part de leur inquiétude face au délai imparti fixé à mars 2011. En effet, compte tenu de l'exhaustivité des informations, le délai de quelques semaines ne pouvait pas suffire. De plus l'ARS réclamait une attention particulière et une grande vigilance dans le remplissage du questionnaire, aux directeurs d'établissements. Ceci dans une double finalité, d'une part afin de pouvoir établir les tarifs de financement de la permanence des soins et d'autre part, afin de permettre un bon éclairage pour les pouvoirs publics, sur un état des lieux de l'organisation de la PDES dans les territoires de santé.

Les établissements de santé, entendus par la DGOS, ont obtenu un délai pour le renvoi du questionnaire. Ce dernier a donc été renseigné par les établissements de santé en mai 2011. Les établissements ont procédé, pour chaque ligne de garde et d'astreinte, à une répartition en pourcentage de ce qui relève de la permanence des soins et de ce qui relève de la continuité des soins (CDS).

Il était important d'évaluer le plus justement possible, en fonction des organisations actuelles ou futures, la part relative des charges qui relèvent tant de la permanence des soins que de la continuité des soins. Car, si les établissements indiquaient dans leur réponse que la quasi totalité de l'activité en garde relevait de la PDS, ils prenaient le risque de devoir poursuivre la continuité des soins avec un financement qui allait s'avérer largement amputé. Le même raisonnement s'appliquait à l'inverse, pour l'évaluation de la continuité des soins.

Malgré la volonté de la DGOS de vouloir déterminer avec exactitude ce qui relève de la permanence des soins dans chaque région, il n'en demeurait pas moins difficile aux établissements de santé de recueillir avec précision les informations qui relevaient de la permanence des soins et de celles de la continuité des soins, du fait d'une codification appropriée par les médecins. Pourtant ce relevé d'activité se révèle essentiel pour déterminer avec exactitude les ressources nécessaires au juste soin pour la population. Ce rappel de la notion d'efficience ressort des missions confiées à l'ARS.

2) Rappeler la nécessité d'efficience

La notion d'efficience passe par une juste organisation territoriale (a) cadrée par l'ARS (b).

a) Une organisation territoriale équitable

A travers la mise en place d'une enveloppe fermée et maîtrisable, la réorganisation de la PDSES vise, comme le rappelle la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS)³⁷, à « *assurer sur tous les territoires un accès aux activités de soins autorisés, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés* », à « *optimiser l'utilisation de la ressource médicale, voire paramédicale* » et à « *favoriser l'efficience du dispositif [c'est-à-dire] éviter les dépenses inutiles et ne rémunérer que les établissements qui réalisent la Permanence des soins hospitalière* ».

³⁷ Organisation de la permanence des soins hospitalière. Projet de guide méthodologique à destination des ARH.

Afin d'assurer cette réorganisation l'ARS élabore le Programme régional de santé (PRS) qui vise à l'unification de l'ensemble des démarches stratégiques en faveur de la santé, en optimisant l'utilisation de la ressource médicale, la mutualisation entre établissements de santé, la participation des praticiens libéraux et la réorganisation de la filière en amont des urgences.

Indépendamment de la réorganisation, l'enjeu financier de l'accès aux services d'urgences pour des soins non programmés constitue une vive préoccupation pour l'ARS. En effet, la population exerce aujourd'hui une forte demande de réponse immédiate et complète à la demande de soins non programmés, pour ce qui est ressenti comme une situation d'urgence. Pour les citoyens, une urgence est une situation inopinée et soudaine faisant craindre pour la vie de la personne. C'est la raison pour laquelle de plus en plus de personnes utilisent les urgences de l'hôpital comme un cabinet médical ouvert vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et « consomment » de l'urgence. Elles peuvent ainsi obtenir une réponse immédiate et complète (consultation/ examens complémentaires / éventuel avis d'un spécialiste en un temps court), le tout gratuitement, le tiers payant étant systématique.

Or, bien souvent, le ressenti d'une urgence par la population ne correspond pas vraiment à la réalité. Certaines situations impressionnantes sont en fait bénignes, et d'autres passent inaperçues alors qu'elles peuvent être alarmantes. C'est pourquoi l'ARS dispose d'une mission d'information vis-à-vis de la population sur l'accessibilité aux soins de premiers recours. Dans cet esprit, le législateur lui a confié un cadrage général de la PDS au niveau régional dans lequel s'inscrit également l'organisation générale de la PDSES.

b) Un cadrage de la PDSES par l'ARS

La planification régionale de l'offre de soins est issue de deux lois fondamentales. D'une part, celle du 9 août 2004³⁸ relative à la politique de santé publique qui affirme la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique et confirme le niveau régional comme niveau d'organisation et de gestion du « plan régionale de santé publique ». D'autre part celle du 13 août 2004³⁹ relative à l'assurance maladie qui a confié l'organisation de la permanence des soins au Préfet du département, et qui relève désormais de l'ARS. Afin de renforcer l'articulation entre le dispositif de permanence des soins de ville (PDSA), la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) et

³⁸ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

³⁹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

l'aide médicale urgente, il semblait utile que la permanence des soins constitue un volet des SROS (Arrêté du 27 avril 2004). De même, l'annexe à la circulaire du 16 avril 2003 présentant les « Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins », indiquait que des projets médicaux de territoire devaient être élaborés en déclinaison du SROS pour permettre notamment de mettre en œuvre des coopérations dans la permanence des soins.

L'ARS a gardé ces compétences mais son cadrage porte également sur l'activité des établissements du secteur privé dans l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé. Le Conseil constitutionnel dans sa décision relative à la loi HPST⁴⁰ a estimé que confier aux établissements de santé privés une mission de service public ne portait pas atteinte aux dispositions de l'article 6⁴¹ de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, ni au Préambule de la Constitution de 1946 relative à la protection de la santé, ni au principe de continuité du service public dans la mesure où ces établissements devront respecter un cahier des charges précis, dont l'agence régionale de santé se porte garante.

Pour autant, le cadrage de l'ARS n'est pas sans incidence dans la nouvelle organisation de la PDSES pour les établissements de santé.

B) Les incidences de la nouvelle PDSES pour les établissements de santé

La mise en place de la nouvelle PDSES provoque non seulement des incidences financières (1) mais a également des répercussions sur son organisation en établissements de santé (2).

1) Les incidences financières

Les évolutions récentes illustrent une volonté de rationaliser l'offre de soins sur les territoires de santé à travers le levier de la réorganisation de la permanence des soins. Le nouveau mode de financement de la PDSES se traduit par une fongibilité de l'enveloppe MIG PDSH (a) et modifie les modalités de financement dans le cadre du schéma cible (b).

⁴⁰ Décision du Conseil Constitutionnel n° 2009-584 DC du 16 juillet 2009 portant sur la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST

⁴¹ « *La loi est l'expression de la volonté générale. Tous les citoyens ont droit de concourir personnellement, ou par leurs Représentants, à sa formation. Elle doit être la même pour tous, soit qu'elle protège.....Tous les Citoyens étant égaux à ses yeux sont également admissibles à toutes dignités, places et emplois publics, selon leur capacité, et sans autre distinction que celles de leurs vertus et de leurs talents.* »

a) La fongibilité de l'enveloppe MIG PDSH

Dans une logique de convergence des secteurs privés et publics, la permanence des soins hospitalière a connu une évolution dans le cadre de la campagne budgétaire 2009 à savoir un débasage des tarifs. Ces derniers ont été sortis de l'activité des établissements pour être intégrés aux dotations réservées aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Avec les nouvelles dispositions concernant la PDSES, les établissements disposant d'une autorisation de médecine d'urgence devront contractualiser avec les établissements attributaires de la mission de service public de la PDSES, pour les spécialités médicales et chirurgicales entrant dans le dispositif. Ce ne sera pas nécessairement l'établissement qui détient un service d'urgence et oriente à ce titre vers un autre établissement disposant des spécialités médicales, qui obtiendra la dotation MIG. La réflexion de la DGOS se porte plutôt sur une attribution des crédits sur l'établissement de santé qui mettra en place la PDSES (hors urgence).

La permanence des soins hospitalière a été transformée en dotation MIGAC, par le débasage des tarifs 2008 des établissements publics et privés participant au service public hospitalier. Il a été réalisé sur la base d'une distinction entre la permanence des soins et la continuité des soins et sur la base des données de la comptabilité publique (dépense 2007 des comptes de permanence des soins des établissements publics de santé⁴²). Les tarifs ont été « débasés » des montants correspondant au coût des lignes de gardes et astreintes médicales mobilisées à ce titre. La part consacrée à la PDSH est désormais allouée aux ARS en dotation MIG.

Dès 2009, les modalités d'organisation et de rémunération de la PDSH en établissements de santé publics et privés ex-Dotation Globale ont été revues. L'objectif de ce nouveau mode de financement visait à initier une démarche de rationalisation des gardes et astreintes au regard des besoins de la population, en optimisant la ressource médicale. Les Fédérations Hospitalières ont participé à un groupe de travail animé par la mission tarification à l'activité dite « T2A », pour évaluer le coût de la PDS, en vue d'une part de « débaser » les tarifs des Groupes Homogènes de Séjour concernés et d'autre part, de contribuer aux réorganisations susceptibles d'être engagées par les Agences Régionales d'Hospitalisation dans ce domaine. Pour les hôpitaux publics, il s'agit d'un défi majeur

⁴² La part de la permanence des soins pour une ligne de garde a été estimée à 66% et à 46% pour une ligne d'astreinte.

puisque leur financement s'en trouve déjà modifié à la baisse de 7.21% par rapport à 2010. Cet effort d'optimisation des dépenses attendus dès 2011 par les ARS, doit être réalisé par les établissements de santé avant l'adoption même des schémas cibles.

b) Les modalités de financement dans le cadre du schéma cible

Le dispositif cible commun aux secteurs public et privé est basé sur une contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé concernés, s'intégrant dans les CPOM. Le parallélisme du financement et plus généralement du modèle de PDSES entre les secteurs publics et privés s'inscrit donc dans une logique de convergence, d'optimisation, de mutualisation des ressources médicales disponibles et de réorganisation territoriale de la PDSES.

La rédaction du schéma cible définissant les lignes de gardes et d'astreintes à maintenir, mutualiser ou supprimer n'est pas sans susciter quelques interrogations sur son effet restructurant majeur et peut se heurter aux réalités actuelles de la permanence de soins en établissement de santé. Il est nécessaire de rappeler que l'obligation d'accueil des malades s'impose à l'ensemble des services et spécialités ouverts aux heures de la PDSES et qu'il appartiendra à l'ARS d'élaborer de manière concertée un schéma cible.

L'élaboration du schéma cible de la PDSES n'a pas vocation à remettre en cause ce principe de l'accueil des personnes malades, mais vise à identifier et organiser la disponibilité des spécialités indispensables en aval des urgences ou en accès direct, dans le cadre du réseau des urgences. Cette organisation devra s'inscrire dans une logique d'optimisation des ressources médicales existantes et dans la limite de l'enveloppe MIG déléguée à l'ARS au titre de la PDSES.

Seules les lignes de gardes et d'astreintes identifiées au titre de la PDSES feront l'objet d'un financement par MIG, celles relevant de la continuité des soins continueront à être financées par les recettes d'activités des établissements concernés. C'est dans ce cadre contractuel que les lignes de gardes et d'astreintes participant à la mise en œuvre de la mission de service public de PDS par les établissements de santé publics et privés seront indemnisées par des crédits MIG relevant d'une enveloppe unique et fongible. Il faut donc rappeler l'importance pour les établissements de santé de bien optimiser les lignes de gardes et d'astreintes car l'enjeu financier est majeur. Ainsi, l'enveloppe MIG PDSES a été fixée pour la Bretagne en 2011 à 37 225 925 €, alors même que l'ARS Bretagne fait

une estimation de l'enveloppe totale (public/privé) de 39 892 653 €⁴³. Dans ces circonstances les incidences organisationnelles sont inhérentes à cet enjeu.

2) Les incidences organisationnelles

L'organisation de la nouvelle PDSES sera basée sur la contractualisation avec l'ARS (a) comportant une mutualisation des ressources médicales (b).

a) La contractualisation entre l'ARS et les établissements de santé

Il appartient à l'ARS d'élaborer les contractualisations avec les établissements de santé dans le cadre du schéma cible de la PDSES. La permanence des soins doit répondre à une logique territoriale tant du point de vue de la demande que celle de l'offre médicale.

Certaines spécialités relevant des activités réglementées ne rentreront pas dans le cadre de cette contractualisation car elle ne sont pas concernées par des obligations de permanence des soins (traitement du cancer, soins de suite et de réadaptation, rééducation et réadaptation fonctionnelles, activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités de diagnostic prénatal, examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales).

Par ailleurs, les ARS devront prendre en considération lors de l'élaboration du schéma cible de la PDSES, les éléments liés à d'éventuelles difficultés d'accès géographiques (éloignement, enclavement ...). Ces données ne seront pas liées à un volume d'activité. De plus l'organisation des filières de soins d'urgences spécialisées définies dans la région, en fonction des besoins, sur la base de la liste des filières (urgences neuro-vasculaires, syndrome coronarien aigu, polytraumatisés, toxicologie, trauma crânien sévère et la filière pédiatrie) devront également être intégrés dans le cadre des schémas cibles et des dotations MIG.

Les possibilités de mutualisation des lignes de gardes et astreintes entre établissements indépendamment de leurs statuts et au regard de leurs activités seront vivement encouragées voire imposées.

⁴³ ARS Bretagne – Réunion du 11 mai 2011 – Groupe de concertation sur la PDSES en Bretagne.

b) Les mutualisations des ressources médicales

La mutualisation de l'organisation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) est rendue possible par les statuts des personnels médicaux hospitaliers et par le dispositif d'intervention des médecins libéraux dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés sans but lucratif.

Les personnels médicaux hospitaliers

En effet, tous les statuts de personnels médicaux hospitaliers⁴⁴ (à l'exception du statut de praticien contractuel) prévoient la possibilité pour ces praticiens d'exercer toute ou partie de leur activité dans un autre établissement de santé public ou privé assurant une mission de service public dans le cadre de la mise en réseau des établissements concernés ou dans celui des actions de coopération. A cet égard la mutualisation des ressources médicales est donc possible dans le cadre de la PDSES pour ce qui concerne les praticiens hospitaliers.

Les conditions et modalités de cette mutualisation reposent sur la possibilité de faire participer des personnels médicaux hospitaliers à la permanence organisée dans un autre établissement que leur établissement d'affectation. Ces mutualisations supposent la signature d'une convention entre les établissements concernés. Le temps médical ainsi mutualisé doit figurer dans les tableaux annuels et mensuels de service organisant la planification des activités et du temps de travail des praticiens concernés. Les praticiens qui assurent ainsi du temps médical dans un autre établissement que leur établissement public de santé d'affectation peuvent percevoir, sur agrément du DG de l'ARS, une indemnité mensuelle⁴⁵.

Pour concilier la nécessité d'assurer la continuité des soins et le respect du repos quotidien, lorsque l'intensité de l'activité durant la période nocturne le permet,

⁴⁴ Praticiens hospitaliers à temps plein : article R.6152-4 du code de la santé publique ; Praticiens des hôpitaux à temps partiel : article R.6152-201 du code de la santé publique ; Assistants et assistants associés : article R.6152-501 du code de la santé publique ; Praticien attachés et praticiens attachés associés : article R.6152-612 6° du code de la santé publique ; Praticiens adjoints contractuels : article 12 I du décret n°95-569 du 6 mai 1995

Personnels enseignants et hospitaliers titulaires : article 38 2°b du décret n°84-135 du 24/02/1984 ; Personnels enseignants et hospitaliers non titulaires et PHU : articles 26-6 2° et 30 2° du décret n°84-135 du 24/02/1984.

Arrêté du 30/04/2003 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 de personnes âgées dépendantes.

⁴⁵ Indemnité pour exercice dans plusieurs établissements montant brut mensuel au 01/07/2010 : 415,86€ assujetti à cotisations IRCANTEC à partir du 01/09/2010.

l'organisation de la permanence des soins peut prévoir une demi-permanence sur place pour la 1ère partie de la nuit et une demi- astreinte opérationnelle pour la 2ème partie de la nuit. Si le praticien n'est pas amené à se déplacer durant la 2ème partie de la nuit, il est considéré comme ayant bénéficié du repos quotidien durant cette période.

Les praticiens libéraux

Les articles L.6146-2⁴⁶ et L6161-9⁴⁷ du CSP introduits par la loi HPST, prévoient la possibilité pour les établissements publics de santé et les établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, sur autorisation du DG de l'ARS, de pouvoir recourir à des professionnels de santé libéraux pour la mise en œuvre de leurs activités de soins ou des missions de service public dont ils sont chargés.

Les médecins libéraux pourront ainsi intervenir dans les établissements de santé publics pour participer à la permanence des soins. Ils seront indemnisés pour cette participation dans des conditions fixées par arrêté.

Dans l'hypothèse où un Groupement de coopération sanitaire de moyens relatif à des « *prestations médicales croisées* » est constitué, un médecin libéral peut assurer des prestations médicales sur des patients pris en charge par l'un ou l'autre des

⁴⁶ Dans des conditions fixées par voie réglementaire, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires exerçant dans le cadre des dispositions de l'article [L. 6154-1](#), à participer à l'exercice des missions de service public mentionnées à l'article [L. 6112-1](#) attribuées à cet établissement ainsi qu'aux activités de soins de l'établissement. Des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral peuvent également participer aux activités de l'établissement lorsque les soins sont délivrés au domicile des patients, usagers de l'établissement public concerné. Les honoraires de ces professionnels de santé sont à la charge de l'établissement public de santé, qui peut recourir à des conditions de rémunération particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les auxiliaires médicaux libéraux intervenant en hospitalisation à domicile. Par exception aux dispositions de l'article [L. 162-2](#) du code de la sécurité sociale, l'établissement public de santé verse aux intéressés les honoraires aux tarifs prévus au 1° du I de l'article [L. 162-14-1](#) du même code, minorés, le cas échéant, d'une redevance. Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article [L. 6112-3](#) du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

⁴⁷ Un établissement de santé mentionné aux b et c de l'article [L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale peut être admis par le directeur général de l'agence régionale de santé à recourir à des professionnels médicaux et auxiliaires médicaux libéraux dans la mise en œuvre de ses missions de service public et de ses activités de soins. Ils sont rémunérés par l'établissement sur la base des honoraires correspondant aux tarifs prévus au 1° du I de l'article [L. 162-14-1](#) du même code, minorés d'une redevance. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret. Les professionnels libéraux mentionnés au premier alinéa participent aux missions de service public et aux activités de soins de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article [L. 6112-3](#). Ils sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement qui a recours à eux dans les conditions prévues au présent article.

établissements membres du GCS et ainsi participer à la PDSES. Lorsqu'il assure la PDSES, le médecin libéral peut être rémunéré forfaitairement⁴⁸.

Au regard de ces dispositions, il semble important de comprendre à travers l'exemple du CHU de Rennes comment la nouvelle PDSES peut être mise en application.

⁴⁸ Article L. 6133-6 alinéa 1 et 2 du CSP.

TITRE 2 – La mise en œuvre de la PDSES : exemple du CHU de Rennes

Le nouveau mode de financement de la PDSES au CHU de Rennes a des conséquences sur l'organisation médicale (Section 1). Il n'en demeure pas moins qu'il relève de la mission du directeur général du CHU de mettre en œuvre une PDSES efficiente, cela par le biais des coopérations et de la réorganisation interne (Section 2).

Section 1 – Le financement et son impact sur l'organisation médicale

Le nouveau mode de financement s'avère problématique (A) pour le CHU de Rennes, d'autant plus que la réorganisation médicale est complexe (B).

A) Un nouveau mode de financement problématique

En effet, la campagne tarifaire 2011 (1) contraignante ajoute une problématique supplémentaire au CHU (2).

1) *La campagne tarifaire 2011*

En 2011, le financement national de la PDSES est revu à la baisse (a) ce qui génère pour le CHU de Rennes une enveloppe financière plus restreinte (b).

a) Les modalités nationales de financement

La circulaire de la DGOS relative à la campagne tarifaire 2011⁴⁹ précise que cette année s'avère être une année de transition entre le dispositif antérieur de financement de la permanence des soins en MIG et la mise en place des schémas cibles, prévue pour 2012. Néanmoins un effort d'optimisation à hauteur de 60 millions d'euros correspondant à 7.21 % de baisse par rapport à 2010 est demandé.

De plus, à compter du 1^{er} juillet 2011, les lignes de gardes et d'astreintes des praticiens libéraux seront intégrés dans le champ commun du dispositif de financement du secteur public et privé. Il s'agit des contrats de pratiques professionnelles (CPP) signés avec les

⁴⁹ Circulaire n°DGOS/R1/2011/ du XX relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé

praticiens libéraux qui seront au 1^{er} juillet basculés dans l'enveloppe MIG globale. Ces lignes s'élèvent au niveau national à 772.45 millions d'euros⁵⁰. Mais c'est sans compter sur l'annulation à due concurrence de l'enveloppe des CPP des dépenses engagées par l'assurance maladie sur l'ONDAM soins de ville, à hauteur de 30 millions d'euros. En conséquence, le montant total de 772.45 millions d'euros ne s'élève plus qu'à 742.45 millions d'euros pour l'enveloppe MIG-PDS des établissements de santé (répartis à hauteur de 735.02 millions d'euros pour les établissements de santé et 7.43 millions d'euros pour le service de santé des armées).

Dans l'attente de l'attribution de la mission de service public de PDSES sur la base du SROS PRS et en application des dispositions issues de la loi HPST, l'effort d'économie attendu dès 2011, à hauteur de 60 millions d'euros s'avère pour les établissements de santé être plus important que les 7.21% demandés. En effet les 30 millions d'euros ne seront pas distribués par les ARS aux établissements de santé.

Le caractère fongible de l'enveloppe incite donc à la mutualisation de la PDSES.

Le CHU de Rennes, dans le cadre de la campagne tarifaire 2011, au même titre que les autres, va donc percevoir une enveloppe MIG diminuée par rapport à 2010.

b) Une enveloppe financière restreinte pour la PDSES du CHU de Rennes

Auparavant, dans le cadre de la PDSH, le CHU bénéficiait d'une enveloppe T2A basée sur activité PMSI⁵¹. Puis en 2009, une enveloppe MIG PDS (accueil des nouveaux patients) a été créée. Pour créer cette enveloppe MIG, le ministère de la santé a « débasé les tarifs », ce qui a eu sur le moment un effet bénéfique pour le secteur public.

Le CHU a alors reçu 6,5 millions d'euros pour la PDS à compter du 1^{er} mars 2009 (les nouveaux tarifs paraissent chaque année à cette date). En 2010, le CHU a perçu 7,7 millions d'euros en année pleine, sachant que l'ARS distribuait 80% en début d'exercice soit au mois de mars et que les 20 % ont mis en recettes attendues dans le cadre de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD).

Pour l'année 2011, l'effort d'optimisation pour le CHU de Rennes en ce qui concerne la PDSES est porté à hauteur de 7%. Le montant de l'enveloppe notifiée s'élève à 3 597 035 euros. Elle représente 50% de l'enveloppe attendue, conformément à la campagne

⁵⁰ Annexe VI de la Circulaire : MIG Permanence des soins en établissement de santé (PDSES)

⁵¹ Programme médicalisé des systèmes d'information

tarifaire 2011. Le CHU a inscrit dans la présentation de son EPRD le montant de cette enveloppe. Le complément du financement de la PDSES a été inscrit en prévision de recettes attendues pour 2011. Le montant total s'élèvera donc pour 2011 à 7 194 070 euros, soit une baisse d'environ 500 000 euros par rapport à 2010. Cette baisse de 500 000 euros représente donc une contrainte supplémentaire pour le CHU de Rennes. Lors de la présentation aux instances du CHU, le directeur général a du expliqué la diminution de cette enveloppe sur les gardes et astreintes par la refonte de l'enveloppe MIG. Le DG a précisé également que l'ARS mettait en œuvre une commission chargée de l'étude de l'optimisation des lignes de gardes et astreintes pour les établissements participant à la PDSES. Mais « si nous avons des mesures à prendre en interne sur les lignes de gardes et astreintes, nous n'arriverons en aucun cas à la hauteur des 500 000 euros enlevés ». Cependant il précise également que « *ce n'est pas une politique menée en cachette. C'est clairement l'objectif affirmé du gouvernement et du Ministre de la santé, établi dans le cadre de la circulaire sur la campagne tarifaire 2011* ».

Le directeur général du CHU et ses adjoints chargés des affaires financières et des ressources médicales ont donc du expliquer que ce processus, vient s'ajouter à la problématique actuelle du CHU, du déficit cumulé.

2) Une problématique supplémentaire pour le CHU

En effet, Le CHU de Rennes doit composer pour mettre en œuvre la PDSES avec un coût contraint de garde et d'astreinte (a) alors même que le déficit risque de s'accroître (b).

a) La contrainte des coûts de gardes et d'astreintes

La rémunération des gardes et astreintes dans le cadre de la PDSES représentent chaque mois des montants relativement importants pour le CHU. De plus, l'indemnisation des astreintes peut être majorée selon le nombre et la durée totale des déplacements, notamment lorsque le praticien se déplace plus de trois fois et/ou lorsque la durée de son déplacement est supérieure à trois heures. Il semblerait que certains praticiens ont recours à ces pratiques afin de majorer leur rémunération.

La rémunération des gardes

Une garde est définie comme une permanence sur l'établissement de santé, aux heures définies par la permanence des soins. Dans ce cadre, elle a pour objectif de prendre en charge les patients nouvellement admis dans l'établissement, en soins non programmés.

Le coût de la permanence des soins est défini par un arrêté⁵² établi par le Ministère de la Santé. Il est donc opposable aux établissements de santé publics et donc au CHU de Rennes.

C'est ainsi qu'une indemnité de sujétion dans le cadre des obligations de services hebdomadaires la nuit, le samedi après midi, le dimanche ou jour férié, vient s'ajouter aux émoluments des praticiens de gardes. Elle concerne les praticiens hospitaliers, les praticiens à temps partiel, les assistants des hôpitaux, les praticiens contractuels, les praticiens adjoints contractuels et les praticiens attachés. Le montant de l'indemnité de sujétion s'élève pour :

- une nuit, un dimanche ou un jour férié à 264,63 €
- une demi-nuit ou un samedi après-midi à 132,31 €.

Par ailleurs, l'arrêté prévoit une indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli de jour, du lundi matin au samedi après midi inclus, sur la base du volontariat. Ceci au-delà des obligations de services hebdomadaires. Cette indemnité étant additionnelle elle est rémunérée de façon plus importante, à savoir :

- le montant pour une période s'élève à 317.55 €
- le montant pour une demi-période s'élève à 158.77 €.

Est également prévu une indemnité forfaitaire pour toute période de temps de travail additionnel accompli la nuit, le dimanche ou jour férié, sur la base également du volontariat, au-delà des obligations de services hebdomadaires. Elle est rémunérée :

- pour une période à un montant de 473.94 €.
- Pour une demi-période à un montant de 236.98 €.

La rémunération des astreintes

L'astreinte à domicile est une période pendant laquelle le praticien doit rester joignable à tout moment, pour pouvoir répondre en cas d'appel dans les plus brefs délais. L'astreinte peut prendre la forme :

- d'une astreinte opérationnelle dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels,
- d'une astreinte de sécurité dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents.

⁵² Arrêté du 12 juillet 2010 relatif 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 les personnes âgées dépendantes

L'arrêté du 12 juillet 2010 prévoit les indemnités pour l'astreinte opérationnelle et l'astreinte de sécurité. Ainsi l'astreinte opérationnelle comporte deux indemnités à savoir :

- une indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées pour un montant de 42.13 €,
- une indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après midi d'un montant de 21.05 €.

L'astreinte de sécurité est fixée à :

- une indemnité forfaitaire de base pour une nuit ou deux demi-journées pour un montant de 30.54 €,
- une indemnité forfaitaire de base pour une demi-astreinte de nuit ou le samedi après midi d'un montant de 15.29 €.

Cependant, il faut noter également que le montant cumulé des indemnités forfaitaires de base versé au titre de l'astreinte de sécurité ne peut excéder :

- pour quatre semaines, 427.60 €
- pour cinq semaines, 549.78 €.

Par ailleurs, on ajoute à l'astreinte opérationnelle ou de sécurité un coût de déplacement qui s'élève à 65.41 €. Néanmoins à partir du deuxième déplacement, cette indemnité est portée à 73.73 €.

Ainsi l'organisation de la permanence des soins dans un CHU comme celui de Rennes, qui dispose de nombreuses spécialités, représente un coût qui peut se révéler non négligeable à la fois pour la rémunération du praticien, mais aussi pour les dépenses de personnel médical du CHU. Ce coût est difficile actuellement à évaluer. En effet un rapport de la Chambre régionale des comptes⁵³ faisait remarquer le peu de visibilité dans les rémunérations moyennes des praticiens et les émoluments perçus au titre de la permanence des soins. Ce rapport préconisait d'ailleurs la mise en place d'indicateurs spécifiques pour opérer cette distinction.

Dans son rapport d'enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers (tome I – janvier 2009), l'IGAS recommande « *d'encadrer davantage les rémunérations de permanence des soins de façon à rémunérer le travail supplémentaire (gardes et*

⁵³ Rapport d'observations définitives sur la gestion du CHU de Rennes de la Chambre Régionale des comptes de Bretagne – Exercices 2002 et suivants – remis au CHU le 21 décembre 2009

astreintes et plages additionnelles) sur des bases objectives et contrôlées ». A la lumière de ce rapport, le CHU est invité à renforcer le contrôle interne prioritairement sur les services, les plus consommateurs de gardes et astreintes, d'autant plus que le CHU est dans une situation financière délicate.

b) Un accroissement du déficit

Face à des contraintes budgétaires importantes, le CHU est engagé dans une démarche de maîtrise de ses dépenses. D'un déficit à plus de 7 millions d'euros enregistré en 2008, le CHU est parvenu à le ramener à 1,5 millions en 2010. La nécessaire maîtrise des dépenses a conduit à atténuer la progression de la masse salariale, par des mesures socialement difficiles, mais aussi à freiner les dépenses médicales et pharmaceutiques.

C'est dans ce contexte que l'année 2011 pouvait apparaître encore tout récemment comme l'année du retour à l'équilibre. Mais c'était sans compter sur la réorganisation du mode de financement de la PDSSES ajoutée à une diminution des tarifs présentée par le Ministre de la santé, comme un choix *« assumé parce qu'il est nécessaire pour respecter l'objectif de dépenses »* et que *« la maîtrise des comptes publics s'impose à tous »*. C'est environ 4 millions d'euros de moins qui sont à prévoir pour le CHU de Rennes

L'application des différentes mesures d'orientation, conduit le CHU à estimer son déficit à 5 millions d'euros. Ce chiffre est contenu dans ces limites, grâce à une prévision de l'augmentation de l'activité de 2,4% et à un engagement de l'ARS sur des aides contractuelles non reconductibles.

Cette situation budgétaire est d'autant plus difficile à vivre pour l'ensemble des personnels du CHU, qu'en plus un effort supplémentaire étalé sur deux ans doit se traduire par l'économie de 80 emplois. Alors, comme le souligne le Directeur général du CHU de Rennes *« les responsabilités du CHU, dans l'accomplissement de ses missions de service public en réponse aux besoins de la population de l'agglomération rennaise et au-delà, ne l'autorise pas à se laisser aller au découragement »*.

Même si, comme précité, le CHU est dans l'obligation de répondre à ces missions de service public et notamment celle de la PDSSES, il n'empêche que le personnel, et notamment les médecins peuvent eux aussi ressentir une certaine forme de découragement.

En effet, même si, le corps médical comprend bien souvent la nécessité de réorganisation de certaines activités et l'optimisation de l'offre médicale en faveur de la population, ils assument moins bien le fait que cette réorganisation puisse affecter leur condition d'exercice et notamment leur rémunération. Car, comme nous le verrons par la suite, on ne peut changer l'organisation des gardes et astreintes dans le cadre de la permanence des soins sans toucher au mode d'exercice des praticiens. Quelques uns d'entre eux n'hésitant pas à faire part de leur volonté de quitter l'hôpital public pour le secteur privé « plus rémunérateur ».

Malgré cette réelle possibilité de voir certains praticiens quitter l'établissement, c'est bien dans un contexte de réduction du déficit budgétaire que le CHU se trouve dans l'obligation de réfléchir à une réorganisation médicale, même si celle-ci s'avère pour le moins complexe.

B) Une réorganisation médicale complexe

Avec la réorganisation de la permanence des soins, c'est une véritable optimisation de l'offre de soins qui s'amorce dans la gestion plus rationnelle d'une main-d'œuvre qui est à la fois rare et fortement qualifiée : la ressource médicale. L'hyperspécialisation du CHU (1) et les risques d'une PDES trop contraignante (2) rendent la réorganisation médicale complexe.

1) *L'hyperspécialisation du CHU*

La PDES concerne le champ de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements. De part sa spécificité le CHU est dans l'obligation de couvrir en gardes et astreintes un large éventail de spécialités (a) et son organisation est rendue d'autant plus complexe que le CHU est installé sur plusieurs sites (b).

a) La nécessité pour le CHU de couvrir un large éventail de spécialités

En tant qu'établissement de référence du territoire de santé n°5 et en tant que centre universitaire, le CHU de Rennes couvre un large éventail de spécialités⁵⁴. Cette

⁵⁴ Seule la prise en charge des grands brûlés ne s'effectue pas au CHU de Rennes.

hyperspécialisation n'est pas en faveur d'une diminution des coûts liés à la PDSES, mais bien au contraire. Il apparaît évident que des établissements de santé, tels que les CHU, entraînent une inflation des dépenses de la PDS. L'hyperspécialisation est facteur de multiplication des lignes de gardes et astreintes.

Pour exemple, il peut être cité le cas de la chirurgie de traumatologie-orthopédique. Au CHU de Rennes il existe une astreinte pour le membre supérieur, une autre pour le membre inférieur, encore une autre pour la chirurgie du rachis (qui devrait néanmoins être supprimée) et une dernière pour la chirurgie en urgence de la main (distincte de l'astreinte du membre supérieur). Cela ne représente pas moins de 4 astreintes et gardes pour une même spécialité, même si la chirurgie du rachis est aussi une spécialité de neurochirurgie.

Bien évidemment, dans le cadre de la réorganisation des activités liées à la PDSES, la commission mise en place par l'ARS pour la réorganisation des lignes de gardes et d'astreintes, a demandé au CHU de d'étudier des solutions différentes. Cette réflexion porte autant sur le plan de la nécessité de maintenir certaines gardes malgré un faible taux d'intervention dans le cadre des horaires de la PDSES, que sur le mode de prise en charge des urgences (ex : chirurgie de la main). En effet, Le CHU est aussi dépendant des spécialités médico-chirurgicales qu'il offre à la population du territoire de santé et des territoires de santé limitrophes. C'est typiquement le cas de la chirurgie pédiatrique, cardiologique ou de l'imagerie interventionnelle

Par ailleurs, les établissements tels que les CHU, disposant de plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvera à ce titre automatiquement, du schéma cible de la PDSES. L'ARS disposant du levier de l'indemnisation, pourra cependant inciter à des mutualisations des lignes de gardes et d'astreintes entre les structures autorisées concernées.

Cette hyperspécialisation rend donc difficile la réflexion sur la réorganisation des lignes de gardes et d'astreintes, même si comme le faisait remarquer le DG du CHU au Conseil de Surveillance du 30 mai 2011, des marges d'efficience restent encore possibles en ce qui concerne l'organisation de la PDSES, tout en tenant compte néanmoins de la problématique du multi-site.

b) Une organisation rendue complexe par la multiplicité des sites

Le CHU de Rennes est actuellement établi sur 5 sites. Cette multiplicité de lieux de prise en charge ne facilite pas l'efficience des lignes de gardes et d'astreintes. Même si

l'essentiel des gardes et astreintes se répartissent sur deux sites, il est facile d'imaginer que cette multiplicité de spécialités et de praticiens complexifie la réorganisation de la PDSES. Là ou, un seul praticien suffirait pour assurer une garde, au CHU de Rennes il en faudra bien souvent deux, notamment donc entre Pontchaillou et l'hôpital Sud⁵⁵.

La multiplicité des sites se révèle donc être une difficulté majeure pour le CHU, que ce soit dans l'organisation des ressources médicales ou dans la répartition des installations biomédicales. Cette démultiplication des moyens n'est pas en faveur d'une économie d'échelle, mais bien au contraire car des modalités pratiques d'exercice de la médecine s'en trouvent tributaires. Il est difficile d'imaginer qu'un praticien soit dans l'obligation d'assurer sa garde sur plusieurs lieux différents durant les horaires de la permanence des soins.

La multiplicité des sites contraint donc le CHU de Rennes à étoffer ses équipes médico-chirurgicales pendant les horaires de la PDSES. Par exemple, la spécialité de gynéco-obstétrique établie sur le site de l'hôpital Sud, nécessite la présence d'une équipe médico-chirurgicale de garde. Si cette spécialité était regroupée sur un même site, il pourrait être envisagé une plus grande polyvalence des équipes. Mais il est impossible dans ces conditions, d'envisager un regroupement des gardes d'anesthésistes sur le seul site de Pontchaillou, sachant que le service de gynéco-obstétrique peut faire appel à eux à tout instant et en urgence, pour une intervention non programmée. On imagine mal des anesthésistes de garde, faisant la navette entre le site de Pontchaillou et le site de l'hôpital Sud. Par ailleurs, si effectivement des améliorations peuvent être apportées sur l'organisation des lignes de gardes et d'astreintes, une PDSES trop contraignante pour le corps médical, peut présenter des risques pour l'institution.

2) Les risques d'une PDSES trop contrainte

La réflexion sur la PDSES envisagée par l'ARS peut présenter des contraintes organisationnelles non négligeables pour le CHU de Rennes (a) mais également un risque sur l'attractivité quelle représente en tant que complément de rémunération médicale (b).

⁵⁵ L'hôpital Sud du CHU de Rennes, regroupe entre autre, les pôles de gynécologie obstétrique et de pédiatrie (médico-chirurgicale).

a) La réflexion autour de l'organisation de la PDS

Les directives données par l'ARS semblent faire abstraction de certaines contraintes d'organisations. Effectivement, les moyens nécessaires pour exercer une activité autorisée telle que la cardiologie au CHU de Rennes et à la clinique Saint Laurent, impose des contraintes organisationnelles. Actuellement chacun dispose d'une autorisation d'unité de soins intensifs cardiologiques (USIC). Cela entraîne obligatoirement la présence d'un cardiologue sur place 24 heures sur 24. Dans le cadre de son prochain schéma cible, l'ARS souhaite proposer une mutualisation de moyens entre ces deux établissements durant la PDSES, à savoir un cardiologue de garde pour les deux institutions.

Pourtant cette proposition apparaît complexe, notamment par la présence simultanée d'un cardiologue sur les deux sites. En effet, il est difficilement envisageable de demander à un cardiologue de faire la navette la nuit entre la clinique St Laurent et le CHU, sauf à considérer que l'on accueille les urgences un jour sur deux. Et même dans le cas où une organisation de prise en charge pourrait être modulée, la nécessité d'un cardiologue sur chacun des établissements s'avère indispensable dans le cadre de la continuité des soins en USIC, selon les recommandations de bonnes pratiques en cardiologie. C'est là que réside parfois l'utopie des mutualisations. La réflexion de l'ARS devra certainement se porter plus sur l'autorisation des activités hautement spécialisées, sachant que celles-ci engendrent de facto, des organisations complexes de la PDSES.

Un autre exemple concerne la traumatologie orthopédique sur l'agglomération rennaise dans le cadre de la réflexion sur la réorganisation de la PDSES. Les deux grandes cliniques que sont St Grégoire et Cesson sont titulaires d'une autorisation de médecine d'urgence. Donc, à ce titre, elles doivent avoir une astreinte de chirurgie traumatologique orthopédique, ce qui est le cas actuellement. Cependant, toujours dans le cadre de la réorganisation de la PDSES, l'ARS les invite à mettre en place une astreinte commune. Pour ces établissements qui sont concurrentiels, on imagine aisément que ce ne sera pas chose facile, de passer du cadre théorique de la mutualisation à la pratique organisationnelle imposée par l'ARS. Quand à mettre en place une astreinte avec le CHU, on imagine encore plus la difficulté, quand on sait, ce que représente l'activité des urgences en termes de visibilité et d'attractivité sur le territoire, pour ces différents acteurs.

Comme on peut s'en apercevoir, la mise en œuvre de mutualisations ou de suppressions des lignes de gardes ou d'astreintes s'avère difficile. De surcroît, la réduction du

complément de rémunération que le corps médical perçoit pour l'accomplissement de cette mission de service public, induit par la réorganisation de la PDSES peut venir mettre en difficulté les établissements de santé.

b) Les gardes et astreintes en tant que complément de rémunération médicale

Le financement de la PDS s'avère être un complément de rémunération non négligeable pour les médecins hospitaliers des petits et moyens établissements, surtout dans les établissements qui ont des difficultés de recrutement médical, mais c'est aussi vrai dans les CHU. Le niveau de rémunération de la permanence des soins hospitalière participe pour les centres hospitaliers de proximité, à leur attractivité pour le recrutement des personnels médicaux et donc à la garantie d'assurer la continuité et le fonctionnement des services.

Ce complément de rémunération est d'autant plus intéressant que cela ne génère pas trop de déplacements dans le cadre des astreintes. Dans ce cas le praticien perçoit un forfait moins important (tout en étant resté chez lui), mais qui s'avère loin d'être inintéressant. En revanche s'il y a beaucoup de déplacements c'est encore plus intéressant, car le médecin bénéficie d'un système de rémunération basé sur la fréquence des déplacements et sur une durée totale des déplacements.

Cette attractivité fondée sur le niveau de rémunération des gardes et astreintes a entraîné certains abus, voire des « dérapages ». Quelques médecins auront eu, ou on encore tendance à noter des déplacements plus ou moins fictifs, dont le rythme est plus ou moins calculé pour optimiser le mode de rémunération. Parfois, il arrive que la direction puisse être consciente de la « triche » et ne rien dire, ce qui peut être considérée comme une sorte de complicité passive. Cette situation est parfois couverte par certaines directions qui ne disent rien, car elles savent qu'en surveillant de manière plus étroite ce que font les médecins durant leurs gardes ou astreintes, elles prennent le risque de les voir partir. Tel fût le cas, il y a quelques années au CHU de Rennes où 3 radiologues sont partis, suite au regard trop appuyé sur leur activité dans le cadre de la permanence de soins.

Il peut exister la complicité active du directeur d'hôpital, qui consiste à payer des gardes et des astreintes fictives, par exemple une garde sur place pour un médecin qui n'est pas présent ou une astreinte avec un nombre forfaitaire de déplacements sans justifications réelles. Dans cette situation, nous entrons alors dans le cadre d'infractions punissables et dont un certain nombre de directeurs ont déjà eu à rendre des comptes devant la Cour de

discipline budgétaire (Directeur de Fougères, qui a été absout car il a défendu le fait qu'il le faisait au nom de la Continuité des soins⁵⁶).

Les Chambres régionales des comptes sont de plus en plus vigilantes sur le sujet. Des directeurs d'hôpitaux ont été sanctionnés lourdement (ex : à Ambert, où le DH a été sanctionné financièrement sur ses propres deniers). Le risque d'enfreindre la loi a pu survenir chez certains directeurs, soucieux de ne pas être trop dispendieux dans la gestion sanitaire de la PDS et dans l'attractivité de leur établissement. C'est dans ce cadre que l'arrêt de la Cour d'appel de Riom en date du 25 mars 2009⁵⁷ et celui de la Cour de discipline budgétaire et financière en avril 2009 pour l'établissement de santé de Fougères ont mis en pleine lumière que des directeurs de centres hospitaliers se sentaient contraints de payer des gardes et astreintes au-delà du cadre du réglementaire, en arguant du fait qu'ils garantissaient ainsi l'accès aux soins de la population, l'attractivité de leur établissement dans un contexte de pénurie médicale et qu'ils évitaient aussi le recours plus coûteux aux « mercenaires »⁵⁸,

La crainte du départ du corps médical peut entraîner des comportements à risques, car lorsque les médecins s'en vont d'un établissement, c'est bien souvent l'activité qui s'en va avec. Cela est d'autant plus vrai que l'établissement est petit. Pour le CHU de Rennes, le remplacement de praticiens semble plus évident que dans des établissements de moins grande importance et sans notion de formation. L'attractivité régionale de l'établissement représente aussi un atout tout aussi important que celle des gardes et astreintes.

Compte tenu du contexte, les marges de manœuvre du directeur sont faibles. Et pourtant, il n'en demeure pas moins qu'il se doit de rechercher des solutions organisationnelles afin de mettre en œuvre une PDES efficiente tout en garantissant la qualité du service rendu à la population.

⁵⁶ Cour de discipline budgétaire et financière en date du 16 avril 2009 – Centre hospitalier de Fougères (Ille et Vilaine).

⁵⁷ Chambre des appels correctionnels de la cour d'appel de Riom, 25 mars 2009, Centre hospitalier d'Ambert, et arrêt n° 165-617.

⁵⁸ Terme utilisé pour décrire des médecins intérimaires

Section 2 – Une PDSES efficiente : la mission du directeur d'hôpital

En tant que représentant de l'établissement référent du territoire, le directeur du CHU a pour mission de conforter l'établissement dans la coopération territoriale (A) et de rechercher des marges d'efficacités en son sein (B).

A) Conforter le CHU en tant qu'acteur majeur de la coopération territoriale

Le CHU de Rennes est l'acteur central de l'offre de soins sur le territoire de santé n°5. A ce titre, il joue un rôle incontournable dans la mise en œuvre de la PDSES. Le CHU est l'établissement référent dans le territoire de santé (1) et dans le partenariat avec les acteurs territoriaux (2).

1) Affirmer le rôle incontournable du CHU sur le territoire de santé n°5

Pour jouer son rôle au sein du territoire de santé, le directeur du CHU doit participer à l'élaboration du schéma cible (a) et étudier les enjeux de la coopération territoriale (b).

a) Participer à l'élaboration du prochain schéma cible de la PDSES

Dans le cadre de la réflexion avec l'ARS, sur l'élaboration du schéma cible de la PDSES du territoire de santé n°5 de Bretagne, le CHU de Rennes apparaît comme un partenaire incontournable. En effet, le CHU est de loin l'acteur le plus spécialisé, disposant du plateau technique de référence et de recours pour tous les autres partenaires publics et privés du territoire de santé.

Le diagnostic des besoins et des ressources médicales disponibles constitue un préalable essentiel à l'élaboration du schéma cible régional. C'est dans ce cadre qu'a été réalisé un état des lieux territorial des permanences des soins en établissement de santé, grâce à l'enquête diligentée par la DGOS.

Une fois l'enquête analysée, elle permettra un diagnostic en fonction des éléments recueillis au niveau des établissements de santé publics et privés, sur les données suivantes relatives à : l'activité, aux spécialités, au nombre de nouveaux patients pris en charge. Le tout avec une distinction des plages horaires de prise en charge : début de nuit

(jusqu'à 24 heures) et nuit profonde (0 heure – 8 heures) tous les jours, le samedi après-midi (14 heures -20 heures) et le dimanche toute la journée (8 heures -20 heures). Cette enquête sera aussi un indicateur de qualité permettant de réaliser un état des lieux actuel par spécialités du nombre de lignes de garde et du nombre de lignes d'astreinte relevant de la PDSES. Elle permettra également de réaliser des perspectives en termes de conservation, de suppressions, de mutualisations et de besoins non couverts.

Au niveau du territoire de santé n°5, il semble d'ores et déjà que la chirurgie viscérale sera maintenue dans les CH de Vitré, Redon, Fougères, car ces établissements disposent de services de maternités. En conséquence ils sont amenés à faire de la chirurgie obstétrique et plus précisément des césariennes. Il est nécessaire de rappeler qu'une « vraie » réorganisation de la PDSES passe obligatoirement par une réflexion sur le maintien de la maternité dans un établissement.

De surcroît, concernant l'activité de la traumatologie orthopédique dans le territoire de santé n°5, dans l'hypothèse où certaines lignes de gardes et d'astreintes pourraient être supprimées dans les autres établissements publics (Vitré, Redon, Fougères) les urgences de traumatologie devraient toutes alors arriver au CHU de Rennes et donc les économies prévisibles ne pourraient plus être faites car à un certain stade d'activité, le CHU serait obligé de doubler ses lignes de gardes et astreintes pour assurer la PDS.

Le rôle du directeur général du CHU est donc d'être très vigilant quant à la réalisation du schéma cible par l'ARS et d'être très informé de l'offre de soins non programmée, proposée sur le territoire de santé par les autres acteurs. De plus, il doit véritablement mener avec l'ARS une réflexion sur les enjeux de la coopération en matière de PDSES.

b) Etudier les enjeux de la coopération

En abordant la réflexion sur les enjeux de la coopération entre établissements de santé, il s'agit aussi pour le directeur du CHU de savoir comment améliorer l'efficacité des organisations de la PDSES afin de ne pas majorer le déficit budgétaire : « *car ne rien faire c'est risquer d'accroître ce déficit !*⁵⁹ ».

L'objectif est de voir quelles économies les établissements pourront faire, car pour les autres hôpitaux, eux aussi leurs crédits ont été réduits «*Si les hôpitaux n'arrivent pas*

⁵⁹ Propos de Mr FRITZ, directeur général du CHU de Rennes, recueillis dans le cadre d'un entretien sur le sujet du mémoire

réduire leurs lignes de gardes et d'astreintes, ils auront tous creusé un peu plus leur déficit⁶⁰ ».

Le directeur général du CHU est tenu d'explorer toutes les possibilités dans le cadre de ses responsabilités, car il est reconnu comme établissement de référence du territoire. C'est cet aspect qui s'impose sur le sujet et non le caractère hospitalo-universitaire du CHU.

Dans ce cadre, des réunions sont prévues entre les directeurs des centres hospitaliers publics du territoire de santé (CH de Redon, CH de Fougères et le CH de Vitré) car il apparaît nécessaire pour les établissements publics de santé de travailler ensemble à la fois sur les moyens existants au niveau du territoire et à la fois sur les moyens au niveau de l'établissement. En effet partant du postulat que les établissements de santé publics sont limités dans leurs marges de manœuvre, ces réunions ont pour objectif dans un premier temps au moins, de mutualiser les réflexions. Effectivement, comme précité, toute vraie réorganisation de la PDES passe notamment par une réflexion sur l'activité obstétricale, qui à elle seule, détermine la présence ou pas d'un bloc opératoire de garde. Il semble que les acteurs du territoire n'accepteront pas de fermer leurs blocs opératoires la nuit, s'ils ont une maternité. Il est évident que cela représente un coût mais lorsqu'un établissement dispose de ce service, on n'imagine pas qu'il ne puisse faire une césarienne non programmée.

Une des pistes de réflexion serait de renforcer la coopération avec les autres établissements sur le volet formation des professionnels et sur la mise à disposition de certaines compétences, notamment en ce qui concerne le partage du temps médical (pédiatrie, gynécologie, cardiologie ou de radiologie). Cela permettrait de minorer le recours aux médecins intérimaires pour certains établissements du territoire de santé. Ceci induit un renfort du partenariat entre établissements de santé.

2) Renforcer les partenariats territoriaux

Les directions et les communautés médicales des établissements doivent être forces de proposition au sein des régions au risque de se voir plus que jamais imposer des choix. Par l'ARS. Compte tenu de l'importance de la mission PDES, il s'avère nécessaire de coordonner les actions des différents opérateurs, notamment au travers de la coopération entre établissements de santé publics et privés. Les pouvoirs publics incitent aussi à la

⁶⁰ Ibid.

coopération avec les professionnels libéraux. Le CHU de Rennes tente d'établir des conventions de coopération avec les autres établissements de santé (a) et la médecine ambulatoire (b).

a) La coopération entre établissements de santé

La politique de régulation mise en place par l'ARS Bretagne incite fortement au développement de la chirurgie ambulatoire et au regroupement d'activités des plateaux techniques. L'ouverture au secteur privé de la permanence des soins hospitalière vise à la mutualisation de lignes de gardes et d'astreintes entre établissements publics et/ou entre établissements publics et privés.

Les relations entre acteurs privés

La concurrence féroce que se livre les deux grandes cliniques de l'agglomération rennaise (St Grégoire et Cesson), semble limiter leur possibilité de coopération, de mutualisation, voire d'accord. Elles sont invitées malgré tout par l'ARS à trouver des solutions.

Les relations entre le CHU et les acteurs privés

Les relations avec les établissements privés semblent d'autant plus difficiles que certains d'entre eux ont une attitude commerciale extrêmement offensive. Cette situation est certainement due au statut à but lucratif de ces établissements et de ce fait, la nature des coopérations entre les différents acteurs s'en trouve modifiée.

Une réunion est prévue prochainement avec les établissements de St Grégoire et Cesson, mais aussi avec le Centre régional de lutte contre le cancer Eugène Marquis, (qui semble moins concerné par la PDS car il n'y a pas de chimio ou de radiothérapie en pleine nuit), la clinique de la Sagesse (qui n'a plus d'autorisation d'urgence et donc théoriquement qui n'est pas concernée par la PDSES), la clinique St Laurent (concernée uniquement par l'unité de soins intensifs de cardiologie). Ces réflexions pourront s'inspirer du réseau de gynécologie « bien naitre en Ille et Vilaine » qui associe des professionnels des secteurs publics et privés.

Les relations entre acteurs publics

Des actions de coopération ont lieu avec d'autres établissements de santé publics, tel qu'avec le CH de Fougères, ou un temps de partage de vacances de médecins anesthésistes existe. Des réunions de réflexion sur d'éventuelles mutualisations de la PDSES comme vu précédemment.

En parallèle le directeur du CHU doit mener des actions de réflexion sur la coopération avec la médecine ambulatoire pour assurer la PDS.

b) La coopération avec la médecine ambulatoire

L'importance de tendre vers une PDSES efficiente passe obligatoirement par une coopération avec la PDSA. Il existe actuellement à Rennes à proximité des urgences du CHU, un Centre d'accueil et de répartition libérable de soins non programmés (CARL).

Le CARL est une maison médicale de garde. Il a pour objectif de répondre à la demande de permanence des soins non programmés et notamment de prendre en charge les patients qui lui sont envoyés soit par les urgences, soit par le médecin chargé de la régulation libérale du centre 15. Créé en juin 2001, le CARL accueille les patients qui se présentent en consultations non programmées aux heures de fermetures des cabinets libéraux. Il est donc ouvert chaque soir de 20 heures à 24 heures, le samedi de 12 heures à 24 heures et le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 24 heures. Le CARL ne dispose pas de personnalité juridique, sa structure appartient à l'URML⁶¹ de Bretagne qui assume la responsabilité juridique et financière. Lors de sa création le FAQSV⁶² et l'URML ont subventionné l'acquisition de l'immobilier et de son équipement.

Depuis le mois de décembre 2006, le CARL est situé à proximité des urgences du CHU Pontchaillou. Cette proximité permet de réorienter facilement des patients ne relevant pas des urgences. 50 médecins participent au CARL et sont dispensés par l'ordre départemental des médecins de l'obligation de gardes. Le CARL travaille en collaboration avec SOS médecin, le CHU et les cliniques de Rennes. Toutefois, à ce jour aucune convention n'est venue formaliser les relations entre le CARL et les urgences hospitalières en termes notamment de ré-adressage des patients de part et d'autre, ni entre le CARL et le centre 15.

Pourtant pour les urgences hospitalières la proximité du CARL assure une réorientation rapide pour les patients ne nécessitant pas de prise en charge en urgence. Au regard de l'activité de 2010, la maison médicale semble présenter une bonne alternative pour venir en aide aux patients en urgence ressentie.

⁶¹ Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne

⁶² Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Depuis le décret 2007-973 du 15 mai 2007 le FAQSV et la Dotation Régionale de Développement des Réseaux ont fusionné pour former le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins FIQCS.

Mais suite à des atteintes à la sécurité de plusieurs médecins (essentiellement des femmes), pour des raisons de sécurité, depuis le 31 janvier 2011, la maison médicale de garde ferme ses portes à 20 heures au lieu de minuit. Ces nouveaux horaires ont fatalement des conséquences sur l'accueil réalisé aux urgences du CHU.

Une réflexion est donc menée actuellement sur l'installation du CARL dans les locaux du futur Centre d'urgence et de réanimation (CUR) du CHU de Rennes dont l'ouverture est prévue au second semestre de l'année 2012. Cette solution de partenariat permettra ainsi d'assurer la sécurité des médecins intervenant dans le CARL puisqu'ils seront installés dans les locaux même des urgences. Ils bénéficieront ainsi des propres services de sécurité du CHU de Rennes et pourront à nouveau rester ouverts jusqu'à 24 heures. Cependant un affichage très clair vis-à-vis des usagers devra être mis en place afin d'informer ces derniers que le CARL, en raison de son statut libéral, ne relèvera pas du tiers payant.

Cette coopération avec la PDSA, n'empêchera cependant pour le directeur du CHU de Rennes, de rechercher également des marges d'efficience au sein même des lignes de gardes et d'astreintes du CHU.

B) Rechercher les marges d'efficience au sein du CHU

Le directeur du CHU ne peut rechercher des marges d'efficience qu'en impliquant le corps médical dans la recherche d'une nouvelle organisation de la PDS (1) et qu'en menant une analyse exhaustive et fine des lignes de gardes et d'astreintes (2)

1) L'implication indispensable du corps médical dans la recherche d'une organisation efficiente pour la PDES

Il est essentiel que les directions des affaires médicales et les présidents des commissions de l'organisation de la permanence des soins (COPS)⁶³ soient impliqués dans la rédaction du schéma cible au niveau régional. La commission médicale d'organisation de la permanence des soins est chargée de l'organisation de cette PDS (a). A ce titre, elle est aussi en charge de l'organisation des gardes et astreintes au sein du CHU (b).

⁶³ La COPS est une sous commission de la Commission Médicale d'Etablissement

a) Les modalités de fonctionnement de la commission d'organisation de la PDS

L'arrêté du 30 avril 2003⁶⁴ et sa circulaire d'application du 6 mai 2003⁶⁵ sont les textes juridiques de référence sur lesquels s'appuie la COPS. Ces textes répondent au double objectif de transposer la directive européenne du 23 novembre 1993 qui intègre les gardes dans les obligations de service et institue un repos quotidien et de résoudre les problèmes que posait l'ancien système de gardes et astreintes. Le directeur, avec la COPS, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des responsables de pôles, d'unités fonctionnelles ou de structures.

Elle est composée du directeur ou de son représentant, du président de la commission médicale d'établissement ou son représentant et des personnels médicaux, dont le nombre et les modalités de désignation, ainsi que celles du président de la commission, sont arrêtés par la commission médicale d'établissement. La COPS établit son règlement intérieur.

La commission définit annuellement, avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la PDS par secteurs d'activité, dans la limite des budgets alloués à ce titre. Elle donne son avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation des praticiens à la permanence des soins, sur les conventions de coopération. Elle établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la commission médicale d'établissement.

b) Les attributions de la COPS

La COPS est chargée de l'organisation des activités médicales. Cette organisation comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de gardes réalisées sur place ou d'astreintes à domicile. Elle détermine la durée de deux périodes, sur 24 heures, correspondant au jour et à la nuit. Ces périodes peuvent éventuellement être différentes selon les activités.

⁶⁴ 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

⁶⁵ Circulaire DHOS/M 2 n° 2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires

Il n'est pas obligatoire de spécifier de façon générale les horaires des demi-périodes (matin et après-midi, 1ère et seconde partie de nuit) mais cela s'avère nécessaire pour organiser les permanences ou astreintes, notamment lorsqu'une demi permanence de nuit est suivie d'une demi-astreinte.

La détermination des horaires dits de jour et de nuit permet, en terme organisationnel, de définir l'heure de prise et de fin de fonction du praticien « de garde » ou « d'astreinte » et en terme d'indemnisation, d'identifier les différentes périodes correspondant aux différentes indemnités.

L'arrêté du 30/04/2003 permet aux établissements d'arrêter librement le bornage horaire⁶⁶ des périodes de jour et de nuit, en fonction des caractéristiques particulières de leurs activités et des modalités d'organisation spécifiques qu'elles requièrent, sous réserve de ne pas prévoir de période d'une amplitude excédant 14 heures.

La COPS a donc déterminé les bornages de permanence des soins selon les données ci-dessous :

	De...à...	Durée
Période de jour	08:30 - 18:30	10h00
Période de nuit	18:30 - 08:30	14h00
Samedi AM	13:00 - 18:30	05h30

Au CHU, depuis juin 2008, les demi-périodes de jour et celles de nuit ont fusionné. Dans la pratique, hormis le samedi après-midi, les demi-périodes fonctionnaient en double (association d'une demi-journée et d'une demi-nuit). Ce nouveau bornage a été retenu par le CHU pour une simplification de l'indemnisation des temps de permanence.

Dans le cadre de la réorganisation des lignes de gardes et d'astreintes du CHU de Rennes, afin de prendre en considération les ressources diminuées, attribuées par l'enveloppe MIGAC pour la PDSES, le directeur du CHU a demandé à la COPS de lui soumettre des propositions de réorganisation des lignes de gardes et d'astreintes.

2) La révision nécessaire des lignes de gardes et d'astreintes

Afin de bien relire les lignes de gardes et d'astreintes du CHU de manière pertinente et objective et pour faire suite également aux observations de la Chambre régionale des

⁶⁶ Au CHU de Rennes la permanence des soins débute à partir de 18h30 pour se terminer à 8h30.

comptes de Bretagne (a) une nécessaire connaissance de la nature des activités (b) s'avère indispensable pour le directeur.

a) Les observations du rapport de la Chambre régionale des comptes de Bretagne

Un rapport de la Chambre régionale des comptes de Bretagne⁶⁷ à l'égard du CHU de Rennes a été réalisé en 2009. Ces observations portent entre autre sur l'organisation de la permanence des soins.

En effet, selon les dispositions de l'article 20 de l'arrêté du 30 avril 2003, le directeur de l'établissement arrête, en début de mois, l'état récapitulatif des participations à la permanence des soins effectuées au cours du mois précédent. De plus au terme de chaque quadrimestre, le directeur devrait établir, un état récapitulatif individuel et le communiquer au praticien. Cet état fait apparaître les périodes de temps de travail, les astreintes et les déplacements ainsi que, le cas échéant, la durée des absences et leur motif, afin de permettre le décompte des indemnités dues au praticien. La CRC s'est étonnée de ne pas disposer de cet état. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur général indique que « *l'état précis des participations des différentes catégories de praticiens à la permanence des soins effectuées au cours du mois précédent, est réalisé par la Direction des Ressources Médicales et transmis chaque mois à la Trésorerie à l'appui du paiement des indemnités de gardes et astreintes. Cet état, volumineux, n'est pas transmis en pièce jointe mais est tenu à la disposition de la chambre régionale des comptes* ».

Par ailleurs, la Chambre régionale de Bretagne a préconisé à la direction du CHU de Rennes quelques recommandations concernant notamment l'obligation de contrôle du service fait. Un contrôle de la CRC a porté sur la comparaison pour deux services du CHU, des tableaux de service, des déclarations d'interventions lors d'astreintes et des appels sortants du CHU à destination de ces personnels. Compte tenu des montants d'indemnisation relativement importants régulièrement constatés, ce sont les services d'orthopédie et de radiologie qui ont été retenus. Ces contrôles ont pu mettre en évidence des déclarations mal renseignées.

En effet, selon les dispositions de l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003, chaque praticien effectuant une astreinte à domicile enregistre, selon des modalités arrêtées par le directeur sur proposition de la commission de la COPS, diverses informations concernant

⁶⁷ Rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Bretagne, exercice 2002 et suivants. Remis au CHU le 21 décembre 2009.

l'astreinte. Ces informations portent sur, l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte, les heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, le nom pour chaque malade soigné et l'indication des soins dispensés. Ces informations doivent être transmises au directeur à la fin de chaque mois.

La CRC de Bretagne, indique dans son rapport que selon les services, les pratiques divergent, la fiche de déclaration d'intervention n'est pas normalisée, les médecins du service d'orthopédie ne notent pas les heures de début et de fin d'intervention mais une plage horaire qui va d'un temps de présence au CHU à la durée de l'astreinte. Ce mode de déclaration ne permet pas de déterminer le temps de travail effectif réalisé au cours d'une astreinte et ouvre droit quasi systématiquement à la transformation d'astreintes en temps de travail additionnel. Le CHU est invité à veiller à ce que les fiches d'interventions soient remplies de manière identique et conforme aux dispositions de l'article 19.

Un autre dysfonctionnement mis en évidence, concerne les interventions qui n'ont pas été précédées d'appels. Le rapprochement des relevés des appels sortants du CHU (données extraites des autocommutateurs téléphoniques du CHU du 12 septembre 2008 au 14 décembre 2008 inclus) à destination des praticiens des services d'orthopédie et de radiologie avec les déclarations d'intervention des praticiens amène à s'interroger sur les procédures de contrôle interne mises en place ou à instituer. Le rapprochement entre les appels reçus par le praticien et l'intervention déclarée s'est effectué en considérant l'appel générateur lorsque celui-ci, d'une durée supérieure à 30 secondes, est intervenu jusqu'à environ une heure avant le début de l'intervention déclarée.

Il ressort de cette brève étude, une déficience du contrôle interne du CHU qui ne se donne pas les moyens de contrôler le service fait avant paiement. Le CHU est invité à s'inspirer du rapprochement entre tableaux de service/déclarations d'intervention/appels sortants tel qu'effectué par la CRC et à réaliser un contrôle de cohérence de manière ponctuelle, ciblée ou aléatoire sur un service ou un praticien.

S'il apparaît effectivement difficile de s'appuyer sur les appels sortants pour asseoir la rémunération d'une astreinte, le CHU est prêt à effectuer un contrôle à partir du dossier médical. Il pourrait, à cette fin, se rapprocher du département d'information médicale (DIM) pour comparer les déclarations d'intervention des actes médicaux enregistrés, si toutefois l'heure de l'information est informatiquement renseignée.

A l'analyse de ces données, il s'avère évident qu'il reste encore des marges d'amélioration dans l'organisation de la PDSSES, tant au niveau de son efficacité que de

sa qualité. Il paraît donc indispensable que le directeur du CHU ait une connaissance affinée des activités réalisées durant les horaires de la PDSES.

b) Une connaissance indispensable des activités médico-chirurgicales dans le cadre de la PDSES

La nécessité d'une parfaite connaissance des spécialités et des équipes médicales qui en ont la charge, apparaît comme un préalable avant toute relecture des lignes de gardes et d'astreintes.

Malgré une parfaite connaissance du directeur général des activités médico-chirurgicales réalisées au sein du CHU de Rennes, il apparaît indispensable qu'il puisse être aidé dans son analyse par une réflexion de l'équipe de direction et du corps médical, dans la mise en place et l'application d'indicateurs précis et fiables. Ainsi le directeur général, la direction financière, la direction des ressources médicales et la COPS, pourront analyser l'activité réalisée dans le cadre de la permanence des soins, distinctement de celle réalisée dans le cadre de la continuité des soins.

Ces informations pourraient être spécifiques aux lignes de gardes et d'astreintes (opérationnelles, de sécurité et déplacements), par spécialités médico-chirurgicales. De plus, cette connaissance précise des lignes de gardes et d'astreintes pourrait apporter une retranscription rigoureuse du coût relatif à la PDSES. En recoupant ces différentes données à la fois en termes de volumes d'activité et en termes de coût, le directeur général pourra avoir une vision encore plus affinée lui permettant de prendre ensuite les décisions stratégiques qui s'imposent. Quelques soient les modifications apportées, celles-ci seront être discutées en amont avec la COPS, puis validées par les instances.

Quoiqu'il en soit, cette analyse fine et précise doit être réalisée non seulement par le CHU de Rennes mais également par les autres établissements de santé, car il semble nécessaire que la vision des lignes de gardes et d'astreintes soit affinée sur l'ensemble du territoire pour ainsi améliorer les coopérations et mutualisations et avoir une cohérence territoriale. Il en va aussi de l'efficacité de la PDSES pour chaque établissement.

Une excellente connaissance des activités médico-chirurgicales réalisées dans le cadre de la PDSES portée par l'ensemble des acteurs au sein du CHU, sera aussi un moyen pour le directeur général, d'apporter des argumentations cohérentes à l'ARS et de ne pas se voir imposer des obligations auxquelles il ne pourra satisfaire véritablement, dans le cadre du CPOM.

2 Conclusion

En faisant de la permanence des soins la première mission de service public dans le cadre de la loi HPST, le législateur a voulu prioriser l'accessibilité aux soins non programmés et en garantir l'équité sur tout le territoire national. A ce titre, il a fait des ARS, les allocataires des ressources et les pilotes de l'organisation régionale de cette offre de soins.

La permanence des soins présente un atout majeur de la loi HPST car elle se révèle être le nouveau levier restructurant de l'offre de soins. En permettant aux établissements de santé privés de participer à la permanence des soins au même titre que les établissements de santé public, elle oblige les différents acteurs du territoire à coopérer et mutualiser leurs moyens. Cela d'autant plus que désormais, les ressources allouées à cette mission de service public se font dans le cadre d'une enveloppe MIGAC fermée et maîtrisable pour les financeurs publics, sur les deux secteurs. L'objectif est aussi d'œuvrer vers une logique de convergence entre les établissements de santé publics et privés, pour mieux optimiser non seulement la PDSES, mais également l'offre de soins globale.

Afin de mieux définir les besoins relatifs à la PDSES au niveau régional et ainsi de mieux distribuer les ressources, la DGOS a diligenté une enquête nationale auprès des établissements de santé, pour permettre de répertorier les activités de gardes et d'astreintes réalisées dans le cadre de la PDS. Cette enquête permettra aux ARS de réaliser un schéma cible lors de la rédaction du SROS PRS, qui déterminera les critères de répartition régionale.

Dans l'attente de ce schéma, le financement de la permanence des soins en établissement de santé a déjà fait l'objet d'un débasage des tarifs qui n'est pas sans poser problème car l'enveloppe inscrite à l'EPRD est diminuée de 7.21%, par rapport à 2010. D'ores et déjà les établissements de santé s'organisent pour revoir leurs lignes de gardes et d'astreintes et trouver des marges d'efficience, dans un contexte budgétaire complexe. La stratégie passera très certainement par la mutualisation et la coopération entre établissements au sein d'un même territoire de santé. Cela pourra même être imposé par l'ARS si les établissements n'apprennent pas d'eux même à être force de proposition. C'est dans cette voie que s'est engagé le CHU de Rennes actuellement. Pour autant, on peut s'interroger sur les capacités et les volontés de mutualisation entre les différents acteurs de santé, compte tenu des arbitrages budgétaires qui seront mis en jeu.

C'est ici que se pose le paradoxe de la loi HPST qui d'un côté, affiche une volonté d'amélioration de l'accessibilité et de la qualité de l'offre de soins non programmée et de l'autre affiche également une volonté de maîtriser les dépenses d'assurance maladie, poussée par un contexte économique défavorable.

Aujourd'hui le rôle du directeur d'hôpital devient au sein d'un établissement de santé de plus en plus complexe. En effet, ce dernier doit en fait conjuguer des synergies qui peuvent apparaître divergentes. Il s'agit pour lui à la fois de garantir aux usagers une permanence des soins de qualité, de maîtriser les dépenses d'une enveloppe fermée tout en gardant l'établissement attractif pour le corps médical.

Bibliographie

I. DOCUMENTATION OFFICIELLE

1. Actes législatifs

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

2. Décrets

Décret n° 2009-29 du 9 janvier 2009 relatif à la création et aux missions du Conseil national de l'urgence hospitalière.

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

3. Arrêtés

Arrêté du 20 avril 2003 modifié par l'arrêté du 18 novembre 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.

Arrêté du 20 octobre 2008 relatif 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 les personnes âgées dépendantes.

Arrêté du 26 octobre 2009 relatif 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 les personnes âgées.

Arrêté du 12 juillet 2010 relatif 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'hébergements pour les personnes âgées.

Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

4. Jugements, jurisprudence

Cour de discipline budgétaire et financière en date du 16 avril 2009 – Centre hospitalier de Fougères (Ille et Vilaine).

Chambre des appels correctionnels de la cour d'appel de Riom, 25 mars 2009, Centre hospitalier d'Ambert, et arrêt n° 165-617.

5. Circulaire

Circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires.

Circulaire interministérielle n° DGS/DUS/DGT/DGCS/DGOS/2011/161 du 22 avril 2011 et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale.

6. Notes et rapports

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne - Centre hospitalier universitaire de Rennes – Exercices 2002 et suivants, pages de 52 à 67.

Rapport d'activité du CHU de Rennes – Chapitre 1 « Le CHU dans son environnement » - Chapitre 3 « Le CHU à travers ses pôles d'activités médicales ».

Rapport d'activité SAMU 35 – SMUR de Rennes – 2010.

Rapport pour monsieur le préfet de la région Rhône-Alpes – Hôpital local et permanence des soins – IFROSS – 5 Janvier 2009.

Rapport d'enquête relative à la permanence des soins – URML Bretagne – Baromètre des pratiques en médecine générale - Juin 2008.

Rapport BOËNNEC « sur la permanence des soins » (2008).

Rapport CORIAT « Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du conseil national de l'urgence et de la permanence des soins », mai 2008.

Rapport DESCOURS « relatif à la permanence des soins » (2003).

Rapport GRALL mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins (2007).

Rapport HUBERT « sur la médecine de proximité » (2010).

Rapport JEGOU « au nom de la commission des finances sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (2011).

II. DOCTRINE

1. Manuels

Guide Ministère de la santé - ANAP – « La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre ».

HAS – Synthèse des recommandations de bonne pratique - Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

2. Articles

DH Magazine n° 137 - Mars-avril 2011 - La permanence des soins - Page 31.

Les cahiers hospitaliers – Janvier 2011 – Marc GIROUD – L'accès aux soins non programmés

Samu Urgences de France – Effectifs médicaux des structures d'urgence – Décembre 2010 – « Ressources médicales nécessaires au bon fonctionnement d'une structure d'urgence ».

Les cahiers hospitaliers – Janvier 2011 - Arnaud de Broca – François Fondard – Christian Saout – « Sept propositions des associations d'usagers ».

Les cahiers hospitaliers – Janvier 2011 – Patrick Guérin – Jacques Carles – « SOS Médecins : comment mieux dépenser pour mieux soigner ? ».

III. AUTRES DOCUMENTS

1. Mémoires

Mémoire de Thierry LARGEN – Directeur d'hôpital, promotion 2007-2009 – « la permanence des soins et ses contraintes organisationnelles : l'exemple de l'hôpital de Fougères ».

Mémoire de Isabelle MARTIN - Directeur d'hôpital, promotion 2002-2004 - « La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ? ».

2. Sites internet

<http://www.macsf.fr/vous-informer/permanence-soins-hopital.html>

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

<http://www.rennes.maville.com>

<http://www.fhf.fr/Informations-Hospitalières/Dossiers/Offre-de-soins>

<http://pdses.atih.sante.fr>

<http://www.sccahp.org/ArticleDossier.php?cleDossier>

<http://www.sfm.u.org/fr/services/depeches>

<http://www.medservices.com>

<http://www.ars.sante.fr/permanence-des-soins>

<http://www.lequotidiendumedecin.fr>

<http://www.legifrance.gouv.fr>

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins>

<http://www.urml-bretagne.fr>

3. Autres

ARS de Bretagne – L'organisation de la PDSES en Bretagne – Réunion du 11 mai 2011.

Direction générale de l'offre de soins - Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) - Guide SROS-PRS, Groupe de concertation, 6 décembre 2010.

Direction générale de l'offre de soins – Instruction n° DGOS/R3/2011/457 du février 2011 relative à l'enquête régionale « gardes et astreintes médicales au titre de l'activité MCO ».

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – Sous direction des affaires financières - Enquête sur la permanence des soins – Juillet 2008.

Fédération Hospitalière de France – Questionnaire sur la permanence des soins – Courrier adressé aux chefs d'établissements publics de santé – Août 2008.

Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2008.

Réflexions du SNPHAR – Réforme du système de soins hospitaliers – Avril 2008.

4. Entretiens menés sur la permanence des soins au Chu de Rennes, avril-mai-juin 2011

Entretien n°1 : Mme PEPION, adjoint administratif, chargée de la PDS au CHU de Rennes

Entretien n°2 : Mme le professeur LE GUEUT, chef de service de médecine légale et pénitentiaire au CHU de Rennes

Entretien n°3 : Mme JAY-PASSOT, directrice des ressources médicales du CHU de Rennes

Entretien n°4 : Mme SAL-SIMON, directrice des affaires financières et des systèmes d'information du CHU de Rennes

Entretien n°5 : M. PENCOLLE, médecin, président du comité d'organisation de la régulation médicale libérale de Rennes

Entretien n°6 : Mme LEROY, cadre de santé du service des urgences du CHU de Rennes

Entretien n°7 : Mme CREIGNOU, cadre de santé du SAMU 35

Entretien n°8 : M. SAÏDANI, médecin du SAMU 35

Entretien n°9 : Mme BEDEL, permanencière auxiliaire de régulation médicale

Entretien n°10 : Mme JOYEUX, médecin, présidente de la COPS du CHU de Rennes

Entretien n°11 : M. AIRAUD, chargé de mission sur la permanence des soins à l'ARS de Bretagne

Entretien n°12 : M. le professeur BELLOU, chef de service des urgences du CHU de Rennes

Entretien n°13 : M. FRITZ, directeur général du CHU de Rennes

Entretien n°14 : Mme LEFEUVRE, cadre supérieur de santé au CHU de Rennes

ELISABETH

Guy

Décembre 2011

Directeur d'hôpital
Promotion 2010-2012

**L'optimisation de la permanence des soins
en établissement de santé :
L'exemple du CHU de Rennes**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : <Université Rennes 1>

Résumé :

La permanence des soins en établissement de santé (PDSES) a pour objectif de répondre aux demandes de soins non programmées, aux heures de fermeture des cabinets médicaux (la nuit de 20 heures à 8 heures, les samedis après midi, les dimanches et jours fériés).

La loi dite HPST du 21 juillet 2009, la consacre comme la première mission de service public des établissements de santé. Elle devient aussi un levier restructurant pour les ARS qui en sont les nouveaux pilotes et allocataires, dans le cadre de la nouvelle organisation territoriale de l'offre de soins.

Acteur référent du territoire n° 5 de la région Bretagne, le CHU de Rennes est impliqué dans la réorganisation territoriale de la permanence des soins.

En parallèle, le Directeur du CHU doit concilier une enveloppe financière de gardes et astreintes médicales contrainte tout en garantissant le maintien d'une permanence des soins spécialisée dont il a la seule compétence.

Mots clés :

PERMANENCE DES SOINS – ETABLISSEMENT DE SANTE – REORGANISATION – MISSION – HYPERSPECIALISATION – TERRITOIRE DE SANTE – CHU – ARS – ENQUETE – ENVELOPPE FINANCIERE -

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.