

ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE DE PERMANENCE DES SOINS



Dr Pascal DE BIÈVRE*

Il est temps de s'occuper sérieusement des conditions de travail des spécialités à permanence des soins, sans attendre que la déliquescence de l'hôpital public aggrave la mise en péril de la santé de nos concitoyens.

Les agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'organiser le système de soins en région. En décembre 2023, la loi Valletoux a instauré l'engagement territorial des professionnels par la mise à contribution des cliniques.

Un peu d'histoire de la permanence des soins : une histoire ancienne !

Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2007)

Ce rapport signale un effort réalisé sur le développement de la permanence des soins ambulatoire. La population a de plus en plus recours aux services d'urgence hospitaliers : « le nombre de passages dans ces services a **doublé entre 1990 et 2004, passant de 7 à 14 millions.**

Le rapport souligne une situation paradoxale, **les vraies urgences**, au sens médical du terme, représentant moins de 3 %.

Conclusions du rapport du député Philippe Boënnec : permanence des soins¹

Les conclusions portent plusieurs propositions :

- ♦ 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 (privatisation ?) ;
- ♦ Améliorer le statut et la formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale ;
- ♦ Communiquer avec la population sur la nouvelle architecture de la PDS ;
- ♦ Inciter le citoyen à suivre les procédures pré-définies.

1. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2011 G Elisabeth.

*
Gynécologue Accoucheur - Praticien Hospitalier,
Représentant du Pôle PH au SYNGOF

Faisant suite à toutes ces propositions, la loi HPST fut votée le 21 juillet 2009. Elle souligne le rôle pivot des médecins généralistes, mais il n'y en a plus...

Les établissements de santé privés participent à la permanence des soins depuis une quinzaine d'années, mais jusqu'ici dans une moindre proportion.

Une circulaire d'avril 2003 de la loi PST stipulait que le secteur privé assurait 15 % des urgences hospitalières.

Elle permettait ainsi aux établissements de santé privés de participer à la permanence des soins au même titre que les établissements de santé public et obligeait les différents acteurs du territoire à coopérer et mutualiser leurs moyens. Les ressources allouées étant fermées et maîtrisables pour les financeurs publics.

C'est ici que se pose le **paradoxe de la loi HPST** qui d'un côté affiche la volonté d'améliorer l'accessibilité et qualité de l'offre de soins non programmée, mais impose de l'autre la maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie, poussée par un contexte économique défavorable.



Rapport Inspection générale des affaires sociales IGAS² : la permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale

Quel constat sur la PDS en établissements de santé ?

Le constat est établi à partir du travail du réseau des ARS et des schémas régionaux de la PDSES par modalités (6 535 lignes de gardes et astreintes au total).

D'importants facteurs de risques apparaissent :

- ♦ Fragilité des organisations, déséquilibre des contributions entre secteurs public et privés (plus de 80 % des gardes dans le public) ;
- ♦ Difficulté à mettre en œuvre des organisations partagées ;
- ♦ Évolution des attentes des professionnels : la maîtrise de leur temps de travail et leur vie personnelle prennent une part croissante à côté des seules questions de rémunération...

Quelles recommandations ?

Le rapport de l'IGAS appelle :

- ♦ Une rénovation profonde et rapide des modalités d'organisation de la PDSES avec une attention particulière aux enjeux démographiques et des organisations territorialisées partagées entre structures et professionnels.
- ♦ Une meilleure reconnaissance des sujétions supportées par les professionnels.
- ♦ Les conditions d'une plus grande équité entre les acteurs sont ainsi posées pour renforcer leur confiance et leur adhésion à la PDSES.

Un nouveau schéma de mobilisation

- ♦ L'organisation nécessaire et suffisante de la PDSES à mettre en œuvre ;
- ♦ Appels à candidatures permettant aux acteurs d'indiquer leur contribution pour mettre en œuvre le schéma cible, seuls ou dans le cadre de dispositifs partagés dans les territoires ;
- ♦ Possibilité pour les directeurs généraux des ARS de mobiliser, en cas de carence, les professionnels d'un territoire pour contribuer au fonctionnement de la PDSES.

2. Juillet 2023 Mathias Albertone ; Pierre-Yves Demoulin

L'organisation de la permanence et la continuité des soins : Rôle clé des ARS

Les agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'organiser le système de soins en région. Elles organisent donc la permanence des soins : une mission de service public indispensable afin de pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux et dentaires.

Loi Valletoux visant à « améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels », dite loi Valletoux 27 décembre 2023.

L'article L. 6111-1-3 porte sur les gardes dans les établissements de santé pour soulager l'hôpital et mettre à contribution les cliniques.

L'objectif est de rééquilibrer l'effort dans la permanence des soins entre les établissements de santé, actuellement assurée à 82 % par l'hôpital.

Le texte doit permettre une réduction de la pression sur l'hôpital et une meilleure implication des cliniques privées.

Le principe est celui d'une approche graduée.

Les directeurs des agences régionales de santé (ARS) pourront intervenir en cas de carence.

L'activité des professionnels de santé, à ce titre, est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux médecins et aux agents de l'établissement d'accueil.

Article R6111-42 Modifié par Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 - art. 2.

Le Directeur général de l'agence régionale de santé « arbitre la PDS et si elle n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidatures. Il publie cet appel au recueil des actes administratifs de la préfecture de région. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate un défaut dans la PDS, il peut désigner, à titre temporaire, un ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier ».

Les éléments mentionnés aux 1° à 7° de l'article R. 6111-43 sont précisés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou dans un contrat spécifique.

La continuité des soins

Le praticien doit informer les patients de leurs absences programmées et indiquer aux patients le ou les confrère(s) auquel(s) ils pourront s'adresser.

La permanence des soins ambulatoire

La loi Valletoux prévoit la présence médicale des médecins libéraux, en dehors des heures d'ouverture de leurs cabinets, le soir, la nuit, les week-end et les jours fériés, et les dimanches et jours fériés dans le cadre de leur obligation déontologique.

En cas de difficultés, il signale immédiatement sa difficulté auprès de son Conseil départemental.

Si le Conseil départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le **Directeur général de l'ARS** afin que soit mise en œuvre une **mutualisation des moyens médicaux** publics et privés. Des mesures d'amélioration de la reconnaissance des sujétions de gardes et d'astreintes sont proposées : elles concernent les personnels médicaux exerçant dans le public et dans le privé.

Les maisons médicales de garde (MMG)

Elles constituent un point fixe de consultation aux heures de permanence des soins où les cabinets médicaux sont fermés. Les patients peuvent s'y rendre spontanément ou après avoir été orientés vers les MMG après un appel au n°15 ou au numéro spécifique de permanence des soins.

Elles renforcent le maillage territorial et offrent de nouvelles solutions pour répondre à la demande de soins non programmés ne nécessitant pas de moyens d'intervention lourds.

Elles contribuent au désengorgement les urgences en évitant des recours inutiles à ces services lorsque la pathologie ne le justifie pas.

Dans le cadre du pacte de refondation des urgences, le déploiement des maisons médicales de garde est réalisé à proximité des services d'accueil des urgences. On compte 339 maisons médicales de garde en France. (MACSF 2022).



La PDS des établissements de santé est organisée par les ARS en fonction des besoins

Accueil et prise en charge de nouveaux patients :

- ♦ Dans une structure de soins d'un établissement de santé ;
- ♦ En aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence ;
- ♦ La nuit (20h - 8 h) le week-end (à partir du samedi midi)³ et les jours fériés.

La PDSES concerne la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO).

Dans les établissements publics de santé, il peut s'agir :

- ♦ D'une permanence à l'hôpital impliquant la **présence continue** (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'hôpital ;
- ♦ D'une **astreinte opérationnelle à domicile** impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de la garde et de répondre à tout appel ;
- ♦ D'une **astreinte de sécurité** de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ;
- ♦ D'**appels exceptionnels** (les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde).

Selon les engagements formalisés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien **publics que privés**.

Évolution des maternités⁴

Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 458 en 2020. La durée moyenne de séjour passe de 8,0 jours en 1975 à 4,4 jours en 2020.

Le nombre annuel d'accouchements a diminué de 99 000 entre 2010 et 2020 (-13 %).

Le nombre d'accouchements en maternités publiques a progressé : 65 % en 2010 et 71 % en 2020.

Les types 2a, 2b ou 3 représentent 62 % des 478 maternités.



Le type 1 : 63 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2020.

Nombre d'accouchements selon le type :

- ♦ type 1 : 774
- ♦ type 2a : 1 410
- ♦ type 2b : 1 961
- ♦ type 3 : 3 142

L'âge moyen des mères à la naissance est passé de 30,2 à 31,2 en dix ans (Le Monde 6/2023), soit plus de grossesses à risque.

Le rapport de la Cour des comptes pointe aussi le **sous-financement structurel des maternités**, qui ne peuvent trouver un équilibre qu'à partir de 1100 à 1 200 accouchements par an, en raison d'une déconnexion ancienne des tarifs et des coûts réels.

3. Étude APH sur le samedi matin...

4. Les établissements de santé > édition 2022 > DREES.

Et l'Humain dans tout ça ?

La crise démographique des gynécologues-obstétriciens va s'aggraver en l'absence de prise en compte de l'évolution des pratiques (CNGOF 11/2022).

Le profil des GO change : féminisation, de "jeunes" praticiens qui n'ont pas les mêmes aspirations que leurs aînés, les 'sortants' ne peuvent pas être simplement remplacés poste à poste, pour des questions de charge de travail et de pénibilité (AFP 11/2022).

Sur les 50 % à temps partiel, seuls 51 % font des gardes.

Mais... « la mission première des gynécologues-obstétriciens est de sécuriser la salle de naissance » ! ...

Évolution des pratiques

- ♦ Repos de sécurité dans 82,4 % des cas.
- ♦ 90 % des GO sont installés dans des maternités de type 2 ou 3.
- ♦ 23 % des GO ont déclaré vouloir arrêter les gardes avant 5 ans et 43,4 % à terme.
- ♦ 11,4 % arrêtent après leur diplôme.
- ♦ 31,3 % sont en burn-out et 69,1 % estiment que leur métier a un impact négatif sur leur vie personnelle.
- ♦ À l'inverse de la gynécologie à l'ancienne, où le gynécologue « faisait un petit peu tout », les gynécologues d'aujourd'hui sont sur-spécialisés (*hors centre spécialisé*).
- ♦ Les patientes ne veulent pas être prises en charge par un gynécologue-obstétricien qui n'a pas l'habitude.

Ressources humaines nécessaires pour les activités non programmées en gynécologie obstétrique⁵

Contraintes de flux et de mobilisation des ressources

L'organisation du secteur des activités non programmées en Gynécologie-Obstétrique doit tenir compte :

- ♦ Du nombre d'accouchements ;
- ♦ Du nombre de consultations et d'actes réalisés en urgence en Gynécologie et Obstétrique ;

- ♦ De la **sévérité** des urgences prises en charge en particulier en Obstétrique et du niveau de recours maternel de l'établissement, qui est généralement corrélé au type *pédiatrique* (types I, IIA, IIB, III) et au nombre de *transferts in utero* ;
- ♦ De l'**imprévisibilité des pics d'activité** ne correspondant pas à des périodes particulières diurnes/nocturnes, jours de semaines/weekend/ ou saisonnières (hiver/été).

Dimensionnement des unités de Gynécologie-Obstétrique et de Néonatalogie et prise en charge des activités non programmées

Les variations de flux des activités non programmées génèrent des tensions sur les effectifs et sur l'occupation des lits. Ces tensions créent une baisse de qualité de soins et sont éventuellement à l'origine de near-miss ou de dysfonctionnements.

Il est indispensable d'avoir un dimensionnement : nombre de lits d'amont (femmes enceintes) et d'aval (femmes ayant accouché) en adéquation avec le nombre d'accouchements réalisés afin de limiter les transferts avant la naissance ou en post-partum pour faute de place.

Le taux d'occupation cible doit être le même que celui des services de Réanimation, c'est-à-dire 85 %, l'activité d'Obstétrique étant une activité non programmée s'apparentant aux activités d'urgence.

Attractivité et sécurité

Il faut un renforcement des ressources humaines et une revalorisation de la permanence des soins à la hauteur de la pénibilité/contrainte que cela représente.

Il ne faut pas attendre d'être à 100 % des effectifs pour augmenter les ressources humaines.

La charge de travail est un co-facteur de complication obstétricale⁶.



5. Propositions collégiales du CNGOF/SFAR/SFMP/SFN/CNSF/CARO.

L. Sentilhes et al. Gynecologie Obstetrique Fertilité & Sénologie 47 (2019) 63-78.

6. MN Guiot EMC 12/7/2014.

Une fausse bonne idée : Intérim médical : le remède pire que le mal ?⁷

Si l'intérim médical est nécessaire à petite échelle, c'est un poison à grande échelle pour les établissements.

La vision technocratique-comptable implantée dans la santé dans les années 1990 (ordonnances Juppé) est la source de la perte de confiance des soignants dans l'hôpital et dans le système.

Cette vision repose sur deux principes erronés :

- ♦ La santé est avant tout une source de coûts à réduire
- ♦ Le pouvoir médical ne peut fonctionner que sous la tutelle stricte de l'administration (centrale).

L'intérim médical a une incidence prépondérante sur la permanence des soins :

- ♦ Corse : 100 % contractuels temporaires et des intérimaires ;
- ♦ Bretagne : 100 % sur certaines gardes ;
- ♦ Centre-Val de Loire : 20 % à 30 % ;
- ♦ Île-de-France : 15 % des gardes et astreintes sont assurées par du personnel temporaire.

Le surcoût financier induit par le dépassement des limites s'élève à 183 M€ en 2021 (+ 72 % par rapport à 2017).

Le statut de praticien hospitalier est fragilisé : les rémunérations des praticiens hospitaliers sont inférieures même aux nouveaux contrats type 2, conduisant à une inversion du rôle PH et des remplaçants.



L'intérim médical affaiblit le travail en **équipe**, la **qualité** et la **sécurité** des soins

On recense un recours fréquent au contrat de motif 2.

Indemnisation des gardes et astreintes

Et le salaire des gardes dans tout ça ?

Salaire de garde dite « indemnité de sujétion »

Son montant est, pour les praticiens hospitaliers, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés et les praticiens contractuels de :

	Praticiens hospitaliers, assistants des hôpitaux, praticiens attachés et praticiens contractuels	Praticiens associés	Personnels enseignants et hospitaliers
Une nuit, un dimanche ou un jour férié	422,03 €	346,71 €	755,81 €
Demi-nuit ou un samedi après-midi	211,01 €	173,36 €	
Demi-garde			377,93 €
Samedi après-midi			253,20 €

7. Frédéric Bizard, économiste spécialiste Les Echos 5-4-2023.

Les docteurs juniors perçoivent une rémunération équivalente à celle des praticiens hospitaliers s'agissant de l'indemnité de sujétion pour la permanence sur place et de l'indemnisation des astreintes.

Rémunération du temps de travail additionnel (TTA)

Pour les Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels, le temps de travail additionnel in-

demnise un travail de plus de 48 heures ou plus de 10 demi-journées par semaine, en moyenne sur quatre mois, versé tous les quatre mois.

Le TTA ne peut être réalisé que sur la base du volontariat, attesté par la signature d'un contrat préalable, indispensable au versement.

L'indemnisation du temps de travail additionnel varie selon l'adoption ou non, au sein du groupement hospitalier de territoire, du schéma territorial de la permanence des soins.

	Dans groupement hospitalier de territoire GHT		Sans groupement hospitalier de territoire
	Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens	Praticiens associés	Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels
Une période	335,60 €	277,30 €	Lundi matin au samedi après-midi inclus : 332,62 € Nuit, dimanche ou jour férié : 503,87 €
Une demi-période	167,79 €	138,65 €	Lundi matin au samedi après-midi inclus : 168,80 € Nuit, dimanche ou jour férié : 251,95 €

Pour les **personnels enseignants et hospitaliers**, le temps de travail additionnel.

Au-delà des obligations de services	Personnels enseignants et hospitaliers
Une nuit, un dimanche ou un jour férié	755,81 €
Demi-garde	377,93 €
Samedi après-midi	253,20 €

L'indemnisation des astreintes

L'indemnité forfaitaire de base des praticiens hospitaliers, des assistants des hôpitaux, des praticiens attachés, des praticiens contractuels et des praticiens adjoints contractuels s'effectue comme suit :

Astreintes à domicile	Dans groupement hospitalier de territoire GHT	Sans groupement hospitalier de territoire GHT
Une nuit ou deux demi-journées	44,52 €	Astreintes opérationnelles : 44,79 € Astreintes de sécurité : 22,38 €
Demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi	22,25 €	Astreintes opérationnelles : 32,47 € Astreintes de sécurité : 16,25 €

Le montant cumulé des indemnités de l'astreinte de sécurité ne peut excéder :

- ♦ Pour quatre semaines : 454,61 €.
- ♦ Pour cinq semaines : 584,51 €.



Le vécu de la PDS par les obstétriciens

Actions Praticiens Hôpital, le SYNGOF et le SNPHARe ont mené du 13 au 27 juin 2022 une grande consultation nationale sur l'activité de garde en ligne auprès des praticiens hospitaliers : tous statuts, toutes spécialités. Près de 7 500 réponses ont été recueillies.

On y recense 269 gynéco-obstétriciens, un ratio femme / homme de 69 %, répartition équilibrée de tous d'âge entre 30 et 64 ans, 81 % de praticiens hospitaliers (PH) titulaire à temps pleins.

Le regard des praticiens sur la permanence des soins est très défavorable : corvée pour 40 % des praticiens, mal ou très mal payée (88 %) au point que 76 % d'entre eux sont susceptibles de quitter l'hôpital public dans les 5 ans à cause de la PDS (27 % vers un exercice libéral, 14 % vers un autre métier, 35 % indécis sur leur avenir à l'hôpital public).

Conclusion

Un constat alarmant :

- ◆ Épuisement professionnel réel, physique et psychologique.
- ◆ Personnel médical en nombre insuffisant.
- ◆ Excès de recours au temps additionnel.
- ◆ Non-respect du repos de sécurité.
- ◆ Recours à l'intérim.

La rémunération n'est pas à la hauteur du travail ni des responsabilités qui reposent sur les épaules des GO.

Il n'y a pas de prise en compte d'une activité à pics aigus, continue.

La prise en compte de la santé des GO, de leur grossesse et de l'âge s'impose.

Le travail programmé et urgences du samedi matin, débordant sur l'après-midi de garde, devrait être intégré à la PDS.

Une fuite de 45 % des GO vers une activité sans garde, moins à risque, programmée, pourrait faire tache d'encre.

La mise à contribution des libéraux est-elle bien raisonnable ?