

***Permanence Des Soins
en Etablissement de Santé (PDSES)***

***Services d'Urgences
Activités réglementées***

I. Définition

La PDES est une mission de service public ([article L. 6314-1](#) du code de la santé publique [CSP]) qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ([article R. 6315-1 du CSP](#)).

Le directeur général de l'agence régionale de santé (DG ARS) arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la PDS ([articles R. 6111-41 et suivants du CSP](#)).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) précise, à défaut d'un contrat spécifique, **les engagements pris par l'établissement de santé les missions de PDES et leurs modalités de suivi** ([article D. 6114-3 du CSP](#)).

La participation des établissements de santé à la PDES peut être prise en charge financièrement par le fonds d'intervention régional (FIR) ([article R. 6111-49 du CSP](#)) (voir **annexe 1** de la note relative à l'évolution de 2013 à 2025 du montant de l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de PDES – article 1 de l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé).

En tout état de cause, le fonctionnement des services d'urgences et de la PDES est lié.

II. Attribution d'un financement PDSSES aux médecins urgentistes des établissements de santé privés

L'article 1^{er} de l'[arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique](#) dispose que « *En application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, peuvent être prises en charge par le fonds d'intervention régional, au titre du 3° de l'article R. 1435-16 du même code, pour les établissements de santé chargés d'assurer la permanence des soins prévue à l'article L. 6112-1 de ce code et au titre de l'accueil suivi de la prise en charge des patients, quel que soit le mode d'entrée de ces patients, uniquement la nuit, pendant le week-end, à l'exception du samedi matin, et les jours fériés :*

a) Pour tous les établissements de santé, la rémunération ou l'indemnisation des médecins hors structures d'urgence ;

b) Pour les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la rémunération ou l'indemnisation des médecins exerçant dans une structure d'urgence. »

Il est à noter que cet article nécessite une mise à jour puisqu'il cite l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (CSS) alors qu'il s'agit dorénavant de l'article L. 162-22.

L'[instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022](#) abonde en ce sens en prévoyant qu' « *Afin d'assurer une répartition de la charge PDSSES des structures d'urgence (SU), il est préconisé d'appliquer les modalités de rémunérations forfaitaires sur le FIR propres aux professionnels libéraux à l'ensemble des urgentistes privés réalisant des gardes pour assurer le fonctionnement de ces services.* (Voir annexe 2)

L'application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, permet en effet l'indemnisation sur le FIR des médecins des établissements privés titulaires d'une autorisation de médecine d'urgence.

*Ces rémunérations doivent répondre aux montants et conditions de versement prévus par l'arrêté du 18 juin 2013 (voir **annexe 1**) relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé.*

Ces indemnités forfaitaires sont cumulables avec les suppléments s'appliquant entre 20h et 00h créés pour rémunérer les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (SUF : 20h-22 h ; SUN 22h-8h). Ce faisant, le FIR sera abondé en 3ème arrêté 2022 afin de prendre en compte cette rémunération des médecins urgentistes libéraux effectuant des gardes dans ces services. »

La [mission flash sur les urgences et soins non programmés de juin 2022](#) pilotée par le Dr François BRAUN recommande de prendre une position nationale sur l'attribution du budget PDSSES aux urgences des établissements de santé privés. Ainsi, « *Les urgentistes exerçant dans un service d'urgence dûment autorisé au sein d'un établissement privé (mission de service public) peuvent se faire rémunérer, lors des horaires de permanences des soins par cotation des lettres-clés existantes et par une indemnité de PDSSES. Afin de garantir le bon fonctionnement des services d'urgence privés aux horaires de PDSSES, il convient de s'assurer que leurs praticiens bénéficient bien de l'indemnisation liés à un exercice de nuit ou de fin de semaine. »*

Cette recommandation a pour objectif de « S'assurer que les contraintes de PDSES exigées des urgentistes travaillant au sein des services d'urgence privés sont rémunérées à leur juste valeur. »

III. **L'intervention d'un médecin spécialiste en nuit profonde sera-t-elle financée dans le cadre de la PDES alors que l'établissement de santé dispose d'un service d'urgence ?**

Tout dépend du contenu du CPOM signé entre l'ARS et l'établissement de santé et les autres conventions qui en découlent.

L'article L. 6114-2 du CSP dispose que « **Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 déterminent les objectifs stratégiques des établissements de santé sur la base du projet régional de santé défini à l'article L. 1434-1, notamment du schéma régional de santé défini à l'article L. 1434-3 ou du schéma interrégional mentionné au 2° de l'article L. 1434-6.**

Ces objectifs stratégiques concernent le positionnement territorial de l'établissement et le pilotage interne de l'établissement.

Le contrat peut également déterminer d'autres objectifs stratégiques en lien avec les missions des établissements de santé définies aux articles L. 6111-1 à L. 6111-7. »

Si le CPOM définit les obligations en matière de mission de permanence des soins pour des lignes de permanence expressément citées dans celui-ci, les spécialités médicales concernées devront être financées.

L'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé prévoit en plus que **le contrat tripartite d'accomplissement de la mission de service public de PDES pris en application du CPOM ou de son avenant, signé par l'ARS, l'établissement de santé et les médecins libéraux participant à la PDES, et la convention de prestations de services relative au paiement des forfaits de garde et d'astreinte dus aux médecins libéraux dans le cadre de la PDES privés mentionnés au d de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, signée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et l'établissement de santé, doivent également préciser les spécialités concernées par la PDES, le type de ligne et le nombre de lignes prévu par le CPOM.**

Le rapport IGAS 2023-009R de juin 2023 va en ce sens lorsqu'il précise que « *Le fonctionnement des services d'urgences et de la PDES est étroitement imbriqué : [...]*

- ***Les médecins de permanence sont sollicités par ceux des urgences pour des avis spécialisés et ils décident souvent ensemble des interventions à réaliser en PDES ou susceptibles d'être différées au lendemain. »***

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

- ***Parmi les éléments de doctrine sur lesquels l'attention de la mission a été attirée, en particulier par les représentants de l'hospitalisation privée, figure l'opportunité de systématiser la reconnaissance d'un noyau dur de lignes en aval de chaque SU (astreintes d'anesthésie, d'imagerie et de chirurgies orthopédique et viscérale par exemple). La mission se montre réservée sur l'idée d'imposer ce principe d'organisation dans la circulaire considérant que l'impact mécanique d'une telle règle serait fort en termes de mobilisation de ressources médicales en aval des SU de faible activité. Il reste préférable de laisser les ARS juger de la nécessité de ces reconnaissances au regard notamment de l'activité et de la possibilité de prévoir d'autres modalités de prise en charge en aval des urgences, en s'appuyant notamment sur les transports sanitaires. »***

S'agissant des qualifications des médecins d'une structure de médecine d'urgence, l'article D. 6124-1 du CSP dispose que « *Les médecins d'une structure de médecine d'urgence sont titulaires du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence ou du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence ou d'un diplôme sanctionnant une formation universitaire en médecine d'urgence ou justifient d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans un service ou une structure de médecine d'urgence.*

D'autres médecins peuvent également exercer leurs fonctions au sein de cette structure, dès lors qu'ils s'engagent corrélativement dans une formation universitaire en médecine d'urgence. Cette dernière condition n'est pas exigée des personnels enseignants et hospitaliers qui participent à l'enseignement en médecine d'urgence.

En outre, tout médecin peut exercer au sein de la structure de médecine d'urgence après inscription au tableau de service validé par le responsable ou le coordonnateur de la structure.

Des dispositions spécifiques, précisées à l'article D. 6124-26-3, sont applicables aux structures des urgences pédiatriques mentionnées au 3° de l'article R. 6123-1. »

Après l'avoir sollicitée pour valider notre interprétation des textes, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) nous a confirmés qu'un médecin détenteur d'un autre diplôme d'études spécialisées que celui de médecine d'urgence peut intervenir en renfort ou en remplacement au sein d'une structure de médecine d'urgence à condition que le coordonnateur de la structure ait validé son inscription au tableau de service.

Il en découle que l'intervention d'un médecin spécialiste en nuit profonde sera financée dans le cadre de la PDSSES pour tout établissement de santé disposant d'un service d'urgences à condition que la spécialité médicale soit répertoriée au sein :

- **Du CPOM ou d'un éventuel avenant au CPOM relatif à la PDSSES ;**
- **Du contrat tripartite d'accomplissement de la mission de service public de PDSSES pris en application du CPOM ou de son avenant, signé par l'ARS, l'établissement de santé et les médecins libéraux participant à la PDSSES ;**
- **Et de la convention de prestations de services relative au paiement des forfaits de garde et d'astreinte dus aux médecins libéraux dans le cadre de la PDSSES privés mentionnés au d de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, signée par la CPAM et l'établissement de santé (cf. [arrêt cour d'appel de Toulouse, RG N°22/01893, du 15 février 2024](#)).**

IV. Quelle attitude pour un médecin urgentiste d'une structure de médecine d'urgence qui n'a pas accès à un(des) consultant(s) car non reconnu(s), tout ou partie, dans le schéma PDSSES lorsque l'état du patient pris en charge nécessite l'avis d'un médecin spécialisé ?

L'article R. 4127-32 du CSP dispose que « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents.* »

L'article R. 4127-33 du même code dispose que « *Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin, en y consacrant le temps nécessaire, en s'aidant dans toute la mesure du possible des méthodes scientifiques les mieux adaptées et, s'il y a lieu, de concours appropriés.* »

Conformément aux [commentaires du code de déontologie de la profession de médecin](#), le médecin s'engage à assurer personnellement les soins. Mais, si le cas l'exige, il s'entourera des conseils des spécialistes ou demandera l'aide de certains de ses confrères. Il peut, en accord avec le patient, adresser celui-ci à un confrère libéral ou hospitalier, de pratique privée ou publique dont l'intervention est indiquée.

Le médecin doit faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents. Quelles que soient sa formation et ses modalités d'exercice, il peut avoir besoin de faire appel à d'autres médecins, à des spécialistes, à d'autres professionnels de santé, à un autre établissement de santé ; c'est la compétence de ceux-ci qui guidera son choix, avec l'accord du patient. Le mot « compétence » doit être entendu dans le sens du langage ordinaire : il ne s'agit pas des « compétences » officielles obtenues par un certificat d'études spéciales (CES), un diplôme d'études spécialisées (DES) ou sur avis des commissions de qualification.

Le médecin urgentiste peut juger nécessaire de faire appel à un consultant, à un spécialiste, pour établir un diagnostic ou encore prescrire la mise en observation du patient. Cet appel implique que le médecin choisisse soigneusement, et en vertu de leurs seules compétences, les confrères auxquels il présentera ou adressera son patient, avec l'accord de celui-ci, et cela à l'exclusion de toute considération étrangère à l'intérêt du patient dans la situation donnée.

Il en découle qu'un médecin urgentiste qui fait face à un patient qui nécessite des soins en urgence sans délai, et dont la prise en charge nécessite l'accès à un médecin spécialisé non reconnu dans le schéma PDSSES, et dès lors non disponible, doit organiser son transfert au sein d'un autre établissement de santé pouvant assurer sa prise en charge.

V. Un établissement de santé titulaire de l'autorisation de médecine est-il dans l'obligation d'organiser la PDSSES pour cette activité lorsqu'il détient un service d'urgence ?

L'article L. 6122-7 du code de la santé publique (CSP) dispose que « **L'autorisation peut être assortie de conditions particulières imposées dans l'intérêt de la santé publique et de l'organisation de la permanence des soins et, le cas échéant, des besoins spécifiques de la défense identifiés par le schéma mentionné à l'article L. 1434-3.**

Elle peut être limitée, sur la sollicitation du demandeur de l'autorisation, à des pratiques thérapeutiques spécifiques [...]

Elle peut également être subordonnée à la mise en œuvre de mesures de coopération favorisant l'utilisation commune de moyens et l'effectivité de la permanence des soins.

L'autorisation peut être suspendue ou retirée selon les procédures prévues à l'article L. 6122-13 si les conditions mises à son octroi ne sont pas respectées. »

L'article D. 6114-3 du même code dispose que :

« I.-Le contrat mentionné à l'article L. 6114-1 précise, à défaut d'un contrat spécifique, les engagements pris par l'établissement concernant : [...]

5° Les missions de permanence des soins et leurs modalités de suivi ; [...] ».

L'article R. 6123-155 du CSP dispose que « **Le titulaire de l'autorisation [de l'activité de médecine] participe, en tant que de besoin, à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3.** »

L'article D. 6124-218 du CSP dispose que « **I.-La continuité des soins prévue à l'article R. 6123-154 est assurée au sein de l'unité d'hospitalisation à temps complet par au moins deux professionnels paramédicaux, dont au moins un infirmier diplômé d'Etat.**

Les effectifs sont adaptés au nombre de patients hospitalisés et à la nature et aux caractéristiques des soins.

II.-La permanence des soins prévue à l'article R. 6123-155 est assurée par un médecin, sur site ou par astreinte, dans des délais d'intervention compatibles avec les impératifs de sécurité des soins. »

Le [rapport IGAS 2023-009R](#) de juin 2023 intitulé « La permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale à porter » prévoit à la page 27 que « **Le fonctionnement des services d'urgences et de la PDSSES est étroitement imbriqué :**

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

Il en découle qu'un établissement de santé titulaire de l'autorisation de médecine n'est pas dans l'obligation d'organiser la PDSSES pour cette activité lorsqu'il détient un service d'urgences.

En revanche, dans l'intérêt de la santé publique et de l'organisation de la permanence des soins sur un territoire, l'ARS peut assortir de conditions relatives à la PDSSES l'autorisation de l'activité de médecine qu'elle délivre.

A titre d'exemple, et comme le souligne le rapport de l'IGAS cité ci-dessus, l'ARS peut, dans un souci de désengorgement des services d'urgences, autoriser des lignes de PDSSES en médecine.

Le cas échéant, les missions de permanences des soins devront être précisées dans le CPOM signé par l'établissement de santé.

C'est en ce sens qu'est rédigé l'article R. 6123-155 du CSP lorsqu'il indique que le titulaire de l'autorisation de l'activité de médecine participe, **en tant que de besoin**, à la permanence des soins.

VI. Activités de soins réglementées et PDSSES

Conformément à l'article R. 6111-41 du CSP, « *Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le cadre du schéma régional de santé prévu à l'article L. 1434-2, un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6111-1-3. Ce volet évalue, sur la base du diagnostic défini à l'article R. 1434-4, les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones définies au a du 2° de l'article L. 1434-9, en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation et il prend en compte, le cas échéant, les activités et équipements mentionnés dans l'arrêté prévu au II de l'article L. 6147-7. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, ainsi qu'aux établissements et services qui sollicitent de telles autorisations.*

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans, au terme de la procédure prévue à l'article R. 1434-1. Toutefois, il peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie. Dans ce cas, par dérogation aux dispositions de l'article R. 1434-1, le volet révisé est arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé, après avis de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le délai pour rendre l'avis est de deux mois. A défaut d'avis émis dans ce délai, l'avis est réputé rendu. »

Les établissements de santé titulaires de certaines activités de soins encadrées par le CSP doivent assurer la PDSSES afin de respecter les conditions techniques de fonctionnement et les conditions d'implantation de celles-ci.

Vous trouverez ci-après la liste des activités règlementées :

- Soins critiques :

Article D. 6124-27 : « [...] I. - *Toute unité de soins critiques comprend au moins les secteurs suivants :*
[...]

4° Un secteur d'hébergement des médecins assurant la permanence médicale, au sein ou à proximité immédiate de l'unité de réanimation ; [...]

Les secteurs mentionnés aux 1°, 3°, 4° et 5° peuvent être communs à plusieurs unités contiguës avec des équipes mutualisées. [...] ».

Article D. 6124-28-2 : « I. - **La permanence médicale** dédiée à l'unité de réanimation et l'unité de soins intensifs polyvalents dans le cadre de la mention 1° mentionnée à de l'article R. 6123-34-1 [Réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant] est assurée par la présence d'au moins :
1° En journée, deux médecins membres de l'équipe médicale mutualisée des deux unités pour assurer la collégialité nécessaire à la sécurité des soins ;

2° En dehors des services de jour, d'un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation dédié aux activités des deux unités.

II. - **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs polyvalents dérogatoire de la mention 2° de l'article R. 6123-34-1 [Soins intensifs polyvalents dérogatoires] est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° **Une astreinte opérationnelle** par un médecin spécialisé en médecine intensive-réanimation ou en anesthésie-réanimation pour l'unité de soins intensifs polyvalents.

III. - **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs de spécialité dans le cadre de la mention 1° de l'article R. 6123-34-1 est assurée, en dehors des services de jours, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° **Une astreinte opérationnelle** ou une présence sur site par un médecin spécialisé dans la discipline de l'unité de soins intensifs de spécialité, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins. »

Article D. 6124-29-4 : « **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs de cardiologie est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° **Une astreinte opérationnelle** d'un médecin spécialisé dans la discipline, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins. »

Article D. 6124-30-4 : « I. - **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs de neurologie vasculaire est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° **Une astreinte opérationnelle** d'un médecin spécialisé dans la discipline, ou d'une autre discipline avec expertise en pathologie neurovasculaire, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins.

II. - Par dérogation au I du présent article, **la présence sur site d'un médecin spécialisé** dans la discipline est exigée si le titulaire est également autorisé à l'activité interventionnelle sous imagerie en neuroradiologie. »

Article D. 6124-31-4 : « **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs d'hématologie est assurée, en dehors des services de jour, par au moins :

1° La présence sur site d'un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° **Une astreinte opérationnelle** d'un médecin spécialisé dans la discipline, pouvant intervenir dans des délais compatibles avec la sécurité des soins. »

Article D. 6124-32 : « [...] II. - Par dérogation, le directeur général de l'agence régionale de santé peut autoriser le titulaire à disposer d'une unité d'au moins quatre lits de réanimation pédiatrique pour les motifs suivants : [...]

2° Lorsque l'unité de réanimation pédiatrique est contiguë à une unité de réanimation néonatale avec une organisation mutualisée de **la permanence médicale**. »

Article D. 6124-33-1 : « I. - **La permanence médicale** dédiée à l'unité de réanimation pédiatrique ou de réanimation pédiatrique de recours et de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents contiguë, est assurée, en dehors des services de jour, par un médecin de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-33 ;

En dehors des services de jour, **la permanence médicale** peut être commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale si celles-ci sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et lorsque le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin de l'équipe de l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.

II. - **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs pédiatriques de la mention 3° est assurée en dehors des services de jour, par :

1° **La présence sur site** d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ou en réanimation néonatale ;

2° **Une astreinte opérationnelle** d'un médecin membre de l'équipe médicale de l'unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents. »

Article D. 6124-34-3 : « **La permanence médicale** de l'unité de soins intensifs pédiatriques d'hématologie de la mention 4° de l'article R. 6123-34-2 est assurée en dehors des services de jour, par :

1° **La présence sur site** d'au moins un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience en soins critiques ;

2° **Une astreinte opérationnelle** d'un médecin membre de l'équipe médicale mentionnée à l'article D. 6124-34-1. »

- **Chirurgie cardiaque :**

Article R. 6123-73 : « Le titulaire de l'autorisation de pratiquer une activité de soins de chirurgie cardiaque assure **en permanence**, en lien avec le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2 et les structures des urgences mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic et le traitement des patients susceptibles de bénéficier de cette activité. »

- **Neurochirurgie :**

Article R. 6123-101 : « Le titulaire de l'autorisation de pratiquer l'activité de soins de neurochirurgie assure **en permanence**, en liaison avec le service d'aide médicale urgente appelé SAMU ou les structures des urgences mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic, y compris par télé-médecine, et le traitement des patients.

Cette permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés en neurochirurgie. Dans ce cas, une convention est établie entre les titulaires d'autorisation propre à chaque site. »

Article D. 6124-138 : « **La permanence des soins** mentionnée à l'article R. 6123-101 et la continuité des soins sont assurées sur chaque site par un neurochirurgien remplissant les conditions mentionnées au 1° de l'article D. 6124-137 et un anesthésiste-réanimateur. Ces personnes assurent leurs **fonctions sur place ou en astreinte opérationnelle**. En cas d'**astreinte opérationnelle**, le délai d'arrivée doit être compatible avec les impératifs de sécurité.

Lorsque **la permanence des soins** est assurée pour plusieurs sites, la convention mentionnée au 2° de l'article R. 6123-101 précise notamment les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels de chaque site et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients.

L'établissement dispose des systèmes d'information et des moyens de communication permettant la pratique de la télé-médecine. »

- **Cardiologie interventionnelle :**

Article R. 6123-133-1 : « *Le titulaire de l'autorisation assure la continuité des soins.*

Le titulaire de l'autorisation pour la modalité " cardiopathie ischémiques et structurales de l'adulte " assure en permanence, en liaison avec les structures de médecine d'urgence mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic et le traitement des patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. »

- **Radiologie interventionnelle :**

Article R. 6123-162 : « *Sans préjudice des dispositions des articles R. 6111-41 à R. 6111-49 relatifs à la permanence des soins en établissement de santé :*

1° En fonction des besoins identifiés dans la zone concernée, le directeur général de l'agence régionale de santé propose au titulaire de l'autorisation de participer à la permanence des soins. L'organisation territoriale de cette permanence peut s'appuyer sur le recours à des moyens de télé-radiologie.

La permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés. Dans ce cas, une convention est établie entre les titulaires de l'autorisation pour en définir les modalités d'organisation, préciser la participation des personnels de chaque site et fixer les conditions d'orientation et de prise en charge des patients. Lorsque les deux sites relèvent du même titulaire, la permanence des soins fait l'objet d'une organisation interne formalisée ;

2° Dès lors que le titulaire dispose d'au moins trois équipements d'imagerie en coupe sur le même site, il garantit, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé, la possibilité de réaliser des examens et d'en interpréter les résultats sur au moins un appareil d'imagerie par résonance magnétique nucléaire, pour des prises en charge urgentes et non programmées sur des plages de douze heures les jours ouvrables. »

Article R. 6123-166 : « *L'autorisation d'activité de radiologie interventionnelle peut être délivrée au titre des mentions suivantes : [...]*

4° La mention D comprenant l'ensemble des actes mentionnés à l'article R. 6123-165, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulation intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques. »

Article R. 6123-172 : « *Le titulaire de l'autorisation au titre de la mention D assure en permanence, en lien avec le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article R. 6123-1, le diagnostic et le traitement des patients susceptibles de bénéficier de cette activité.*

Cette permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés, selon les modalités d'organisation de l'accès aux soins définies dans le schéma régional de santé. Dans ce cas, une convention est établie entre les titulaires d'autorisation pour en préciser les modalités d'organisation. Si les sites relèvent du même titulaire, cette permanence fait l'objet d'une organisation interne formalisée.

Le titulaire de l'autorisation est membre du réseau de prise en charge des urgences prévu à l'article R. 6123-26 dans les conditions que détermine la convention constitutive de ce réseau. »

- **Neuroradiologie interventionnelle :**

Article R. 6123-109-4 : « Le titulaire de l'autorisation assure **en permanence**, en liaison avec les structures de médecine d'urgence mentionnées à l'article R. 6123-1, le diagnostic, y compris par téléconsultation, et le traitement des patients.

Cette permanence peut être commune à plusieurs sites autorisés. Dans ce cas, une convention est établie entre les titulaires d'autorisation propre à chaque site.

Lorsque **la permanence des soins** est assurée pour plusieurs sites, la convention mentionnée au 2ème alinéa précise notamment les modalités d'organisation entre les sites, de participation des personnels de chaque site et les modalités d'orientation et de prise en charge des patients. »

Article D. 6124-129 : « I.-Le personnel médical nécessaire à l'activité interventionnelle en neuroradiologie comprend :

1° Des médecins justifiant d'une expérience et d'une formation dans la pratique d'actes interventionnels en neuroradiologie attestées selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et dont le nombre permet **d'assurer les exigences de permanence** et de continuité des soins mentionnées à l'article L. 1110-1 ; [...] ».

Article D. 6124-149-1 : « **La permanence des soins** et la continuité des soins sont assurées par un médecin remplissant les conditions mentionnées au 1° du I de l'article D. 6124-149 et un médecin spécialisé en anesthésie-réanimation.

Les médecins visés à l'alinéa précédent assurent leurs fonctions sur place ou en astreinte opérationnelle ou, le cas échéant, par convention avec d'autres titulaires de l'autorisation. Le délai d'intervention doit être compatible avec les impératifs de sécurité.

Un médecin spécialisé en neurologie ou un médecin compétent en pathologies neurovasculaires d'une unité neurovasculaire sur site assurent **la permanence** et la continuité des soins sur place. »

- **Périnatalité :**

Article D. 6124-56 : « Dans toute unité de néonatalogie ne pratiquant pas les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées :

1° **La présence**, le jour, sur le site d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

2° **La présence**, la nuit, sur le site ou en astreinte opérationnelle d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

3° **La présence continue** d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour six nouveau-nés.

Dans toute unité de néonatalogie qui pratique les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées :

1° **La présence permanente** tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

2° **La présence continue** d'un infirmier ou d'une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, pour trois nouveau-nés.

Que l'unité de néonatalogie pratique ou non des soins intensifs, ces personnels paramédicaux sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité. L'encadrement du personnel paramédical peut être commun à l'unité de néonatalogie et à l'unité de réanimation néonatale si ces unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre.

Un des pédiatres coordonne la prise en charge des nouveau-nés entre les unités d'obstétrique et de néonatalogie.

L'unité organise l'accueil, l'information et le soutien des parents, en cas de nécessité avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre. »

Article D. 6124-61 : « Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurés :

1° La présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale ;

2° La présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un infirmier ou une infirmière, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et pour trois nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie ; ces personnels sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité ;

3° L'encadrement du personnel paramédical, éventuellement commun avec l'unité de néonatalogie lorsque celle-ci est située à proximité immédiate ;

4° La coordination médicale des activités de néonatalogie et de réanimation néonatale, dont la garde peut être commune lorsque les unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre et que le volume d'activité le permet ;

5° La possibilité de recourir à d'autres médecins spécialistes ainsi qu'à un kinésithérapeute.

Par ailleurs, l'unité organise l'accueil, l'information et le soutien des parents, en cas de nécessité avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre. »

- **Traitement des grands brûlés :**

Article D. 6124-156 : « **La permanence** et la continuité des soins sont assurées dans la structure de traitement des grands brûlés par au moins un médecin membre de l'équipe médicale répondant aux conditions mentionnées aux 1° des I et II de l'article D. 6124-155.

Toutefois, **la permanence** et la continuité des soins peuvent être assurées, en dehors du service de jour, par un médecin anesthésiste réanimateur ou un médecin réanimateur de l'établissement n'appartenant pas à l'équipe mentionnée à l'article D. 6124-155 ou, le cas échéant, par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. **Une astreinte opérationnelle** est assurée, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé, par un médecin membre de l'équipe médicale mentionnée aux 1° des I et II de l'article D. 6124-155.

En cas de proximité immédiate de la structure de traitement des grands brûlés avec l'unité de réanimation de l'établissement, **la permanence** et la continuité des soins peuvent être communes avec l'unité de réanimation en dehors du service de jour.

Dans tous les cas, **l'astreinte opérationnelle** est assurée par un médecin membre de l'équipe médicale répondant aux conditions mentionnées aux 2° des I et II de l'article D. 6124-155. »

Article D. 6124-157 : « La structure de traitement des grands brûlés dispose, en son sein ou à proximité immédiate, d'un local permettant aux médecins d'assurer **la permanence médicale sur place vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année.** »

VII. Activités de soins non règlementées et PDSES

Après chaque publication du volet relatif à l'organisation de la permanence des soins du schéma régional de santé, le DG ARS procède à un appel à candidatures afin de désigner les structures attributaires des implantations de permanence des soins pour celles des activités de soins et pour les équipements matériels lourds dont les conditions d'implantation ne prévoient pas d'obligation en la matière.

Les modalités d'organisation de cet appel à candidatures sont encadrées par les [articles R. 6111-42 et suivants du CSP](#).

Ainsi, l'appel à candidatures est rendu public sur le site de l'ARS dans un délai de six mois après la publication du volet susmentionné, et y est maintenu jusqu'à la date de clôture de l'appel.

[L'arrêté du 6 mai 2025](#) fixe le contenu minimal des appels à candidatures pour la PDSES.

A l'issue de l'appel à candidatures, le DG ARS désigne une ou plusieurs structures pour assurer la permanence de soins en appréciant, au vu des réponses reçues, leur capacité à répondre aux besoins de santé conformément aux critères fixés dans l'appel à candidatures.

ANNEXE 1

**Evolution de 2013 à 2025 du montant de l'indemnité forfaitaire
versée à un médecin libéral participant à la mission de PDSES**

Article 1 de l'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé

Montant de l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de PDSSES du 12 juillet 2013 au 11 septembre 2021 :

« En application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé mentionné au 1° de l'article L. 6112-1 du même code est fixée ainsi qu'il suit :

1. Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :

Montant pour :

- une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229,00 € ;
- une période de garde assurée en début de nuit : 79,00 € ;
- une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,00 €.

2. Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :

Montant pour :

- une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 150,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en début de nuit : 50,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 100,00 €.

Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Ces indemnités forfaitaires ne se cumulent ni, pour les médecins généralistes de gardes ou d'astreintes en unité ou service d'urgence, avec la majoration pour actes effectués la nuit mentionnée à l'article 14 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (majoration MN) pour les actes effectués la nuit de 20 heures à 0 heure, ni avec les majorations forfaitaires pour sujétion particulière mentionnées au 2° de la section 1 du chapitre II du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels précitée (majorations MA et MG). »

Montant de l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de PDSSES du 11 septembre 2021 au 1^{er} novembre 2025 :

« En application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé mentionné au 1° de l'article L. 6112-1 du même code est fixée ainsi qu'il suit :

1. Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :

Montant pour :

- une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229,00 € ;
- une période de garde assurée en début de nuit : 79,00 € ;
- une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,00 €.

2. Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :

Montant pour :

- une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : **180,00 €** ;
- une période d'astreinte assurée en début de nuit : **60,00 €** ;
- une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : **120,00 €**.

Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Ces indemnités forfaitaires ne se cumulent ni, pour les médecins généralistes de gardes ou d'astreintes en unité ou service d'urgence, avec la majoration pour actes effectués la nuit mentionnée à l'article 14 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (majoration MN) pour les actes effectués la nuit de 20 heures à 0 heure, ni avec les majorations forfaitaires pour sujétion particulière mentionnées au 2° de la section 1 du chapitre II du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels précitée (majorations MA et MG). »

MAIS, POUR LES PRATICIENS URGENTISTES :

[L'instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022](#) abonde en ce sens en prévoyant qu' « **Afin d'assurer une répartition de la charge PDSSES des structures d'urgence (SU), il est préconisé d'appliquer les modalités de rémunérations forfaitaires sur le FIR propres aux professionnels libéraux à l'ensemble des urgentistes privés réalisant des gardes pour assurer le fonctionnement de ces services.** (Voir annexe 2) [...]

Ces indemnités forfaitaires sont cumulables avec les suppléments s'appliquant entre 20h et 00h créés pour rémunérer les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (SUF : 20h-22 h ; SUN 22h-8h). Ce faisant, le FIR sera abondé en 3ème arrêté 2022 afin de prendre en compte cette rémunération des médecins urgentistes libéraux effectuant des gardes dans ces services. »

Montant de l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de PDSSES à compter du 1^{er} novembre 2025 :

« En application de l'article R. 6112-28 du code de la santé publique, l'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé mentionné au 1° de l'article L. 6112-1 du même code est fixée ainsi qu'il suit :

1. Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde :

Montant pour :

- une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : **422,00 €** ;
- une période de garde assurée en début de nuit : **141,00 €** ;
- une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : **281,00 €**.

2. Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte :

Montant pour :

- une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 180,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en début de nuit : 60,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 120,00 €.

Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Ces indemnités forfaitaires ne se cumulent ni, pour les médecins généralistes de gardes ou d'astreintes en unité ou service d'urgence, avec la majoration pour actes effectués la nuit mentionnée à l'article 14 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (majoration MN) pour les actes effectués la nuit de 20 heures à 0 heure, ni avec les majorations forfaitaires pour sujétion particulière mentionnées au 2° de la section 1 du chapitre II du titre XI de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels précitée (majorations MA et MG). »

MAIS, POUR LES PRATICIENS URGENTISTES :

L'instruction n° DGOS/DGCS/DSS/2022/182 du 10 juillet 2022 relative à la mise en œuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 abonde en ce sens en prévoyant qu' « **Afin d'assurer une répartition de la charge PDSSES des structures d'urgence (SU), il est préconisé d'appliquer les modalités de rémunérations forfaitaires sur le FIR propres aux professionnels libéraux à l'ensemble des urgentistes privés réalisant des gardes pour assurer le fonctionnement de ces services.** (Voir annexe 2) [...]

Ces indemnités forfaitaires sont cumulables avec les suppléments s'appliquant entre 20h et 00h créés pour rémunérer les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (SUF : 20h-22 h ; SUN 22h-8h). Ce faisant, le FIR sera abondé en 3ème arrêté 2022 afin de prendre en compte cette rémunération des médecins urgentistes libéraux effectuant des gardes dans ces services. »

ANNEXE 2

**Courrier du 31 octobre 2013 de
la Direction générale de l'offre de soins adressée
au Président de la FHP MCO**



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Paris,

31 OCT 2013

Direction générale de l'offre de soins

Le directeur général
Tél. 01 40 56 44 64
Fax : 01 40 56 60 66
jean.debeaupuis@sante.gouv.fr

MERC/11/n° 2343/13

Monsieur le Président,

Par courrier en date du 26 août 2013, vous avez souhaité attirer mon attention sur les conditions d'indemnisation des médecins salariés participant à la permanence des soins en établissements de santé privés (PDSSES).

Vous indiquez que vos structures se heurtent à des difficultés techniques pour le paiement des gardes et astreintes. Il est incontestable que les médecins salariés des cliniques privées doivent être indemnisés au titre du service rendu dans le cadre de leur participation à la PDSSES lorsque celle-ci est retenue dans les schémas cibles des ARS.

C'est pourquoi, comme vous le mentionnez dans votre courrier, il a été prévu la création, dans le plan comptable du FIR, d'une ligne spécifique "PDSSES en établissements privés - hors médecins libéraux" pour permettre une meilleure traçabilité de l'utilisation des crédits destinés au financement des lignes de garde et d'astreinte au titre de la PDSSES des médecins salariés dans les cliniques privées.

Toutefois, ces médecins étant salariés, il revient à la clinique de financer les indemnités de gardes et d'astreintes correspondantes, et non directement à la CPAM comme pour les médecins libéraux.

Les modalités techniques sont donc les suivantes : il appartient à l'ARS de financer la clinique par une dotation au titre du FIR dont le périmètre correspond aux indemnités de gardes et astreintes, et à la clinique d'indemniser ses médecins salariés.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.

Le Directeur Général
de l'Offre de Soins

Jean DEBEAUPUIS

M. Lamine GHARBI, Président de la FHP-MCO
81 rue de Monceau 75008 PARIS

14, avenue Duquesne – 75350 Paris 07 SP – Tél. 01 40 56 60 00
<http://www.social-sante.gouv.fr/>

ANNEXE 3

LES ORIENTATIONS FHP-MCO

Edito de la Présidente FHP-MCO, Frédérique GAMA « 13h00 du 23 décembre 2024 »

La PDSSES : l'affaire de tous

Nos confrères à Mayotte gèrent une très grave crise sanitaire en cette fin d'année. Nous avons une pensée pour la population, pour les professionnels de santé qui en ce moment luttent à Mayotte pour dispenser les soins nécessaires, ou en organisant des évacuations sanitaires notamment vers La Réunion.

Aux quatre coins de la France, les cliniques et hôpitaux privés et le corps médical libéral se sont organisés pour garantir, comme chaque année, une continuité des soins durant toutes les fêtes de fin d'année.

La PDSSES est l'affaire de tous, nous y participons déjà, nous sommes volontaires pour y travailler plus encore, mais nous aspirons à ce qu'elle soit correctement reconnue. La permanence des activités dites réglementées (soins critiques, périnatalité, chirurgie cardiaque, neurologie, etc.) doit tout d'abord être observée, ensuite celle des activités au sein et en aval des urgences, puis celle de structures spécialisées comme SOS main ou cœur.

Pour améliorer, il faut mesurer. Ainsi, il s'agira de s'appuyer sur l'enquête nationale réalisée ces derniers mois et déclinée au niveau de chaque région et sur une évaluation prospective fiable et partagée du besoin à partir de l'existant. Ensuite, une organisation concertée, équilibrée, et motivée par une responsabilité collective territoriale des établissements de santé et des professionnels de santé libéraux pourra émerger. Cette permanence est placée sous le contrôle de l'ARS et de son directeur général qui s'assure qu'elle répond aux impératifs de continuité, de qualité et de sécurité des soins.

La récente enquête nationale est riche d'enseignements : 23 % des lignes de permanence des soins recensées sont mises en place par l'hospitalisation privée, 20 % des lignes partagées entre plusieurs établissements le sont entre les secteurs public et privé, ou encore 33 % concernent la chirurgie. Cette enquête doit absolument faire l'objet d'une déclinaison régionale comme base de travail de l'élaboration des futurs schémas de PDSSES, qui seront à construire en lien avec les activités de soins réglementées et les activités d'urgences. Mais, ces travaux doivent aussi pouvoir s'appuyer sur une démarche consensuelle et collective.

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

Point 1 : La PDSES est l'affaire de tous

Point 2 : Nous participons déjà à la PDSES et sommes volontaires pour faire plus à condition d'être reconnu

Point 3 : Une déclinaison régionale de la PDSES qui s'appuie sur une évaluation prospective des besoins de la population

Point 4 : La PDSES est pilotée et sous le contrôle des ARS (et pas des GHT)

Point 5 : La PDSES est une démarche avant tout consensuelle et collective. Un pacte d'engagement collectif national doit être notamment défini.

Point 6 : Conformément à la loi Valletoux, le lieu d'exercice de la PDSES est l'établissement de santé où le praticien exerce habituellement.

Point 7 : La question assurantielle des praticiens libéraux doit être prise en compte.