

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction des professions médicales
et des personnels médicaux hospitaliers

**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**

SP 3 334
1458

NOR : SANH0330191C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Date d'application : 1er janvier 2003.

Références :

Directive 93/104 CE du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail, modifié par la directive 2000/34 CE du 22 juin 2000 ;

Code de la santé publique et notamment son article L. 6152-1 ;

Décret n° 81-291 du 30 mars 1981 modifié portant statut des attachés et attachés associés des établissements d'hospitalisation publics ;

Décret n° 84-131 du 24 février 1984 modifié portant statut des praticiens hospitaliers ;

Décret n° 84-135 du 24 février 1984 modifié portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CHU ;

Décret n° 85-384 du 29 mars 1985 modifié portant statut des praticiens exerçant à temps partiel ;

Décret n° 87-788 du 28 septembre 1987 modifié relatif aux assistants des hôpitaux ;

[Décret n° 90-92 du 24 janvier 1990 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des CSERD](#) ;

Décret n° 93-701 du 27 mars 1993 modifié relatif aux praticiens contractuels des établissements publics de santé ;

Décret n° 95-569 du 6 mai 1995 modifié relatif aux médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes recrutés par les établissements publics de santé, les établissements de santé privés participant au service public hospitalier et l'EFS ;

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.

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information et mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information, mise en oeuvre et diffusion]) Le protocole signé le 22 octobre 2001, complété par l'accord d'assouplissement signé le 13 janvier 2003 entre le gouvernement et les organisations syndicales représentatives des praticiens hospitaliers, a un double objet :

- d'une part, faire bénéficier les praticiens concernés d'une réduction du temps de travail et leur permettre l'ouverture d'un compte épargne-temps ;

- d'autre part, appliquer à ces mêmes praticiens la directive européenne du 23 novembre 1993 en intégrant leurs gardes dans les obligations de service et en instituant un repos quotidien.

La présente circulaire précise les modalités de mise en oeuvre de la directive européenne aux praticiens hospitaliers. Les praticiens concernés par le présent dispositif sont :

- les praticiens hospitaliers ;
- les praticiens hospitaliers à temps partiel ;
- les assistants et les assistants associés ;
- les praticiens contractuels ;
- les praticiens adjoints contractuels.

Des mesures d'adaptation de certaines de ces dispositions sont prises pour les personnels enseignants et hospitaliers et pour les attachés et les attachés associés rémunérés à la vacation.

I. ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

1. L'organisation en fonction de la nature et de l'intensité des activités

L'activité s'organise soit :

- en service quotidien de jour suivi d'une astreinte à domicile ;
- en service quotidien de jour suivi d'une permanence sur place.

Par dérogation, le service quotidien de jour et la permanence sur place peuvent être organisés en temps médical continu.

Dans ce cas, cette organisation peut être mise en place pour les activités suivantes (liste limitative) :

- anesthésie-réanimation ;
- accueil et traitement des urgences (SAMU, SMUR, SAU, UPATOU, POSU, service porte, urgences médico-judiciaires, etc.) ;
- réanimation ;
- néonatalogie, et réanimation néonatale ;
- gynécologie-obstétrique (plus de 2 000 accouchements par an), lorsque l'intensité et la nature de l'activité sont globalement identiques le jour, la nuit, tous les jours de l'année et lorsque les effectifs de la structure le permettent.

Quand ces conditions ne sont pas réunies, il convient de retenir une organisation sous forme de service quotidien complété d'une permanence sur place, voire d'une demi-permanence sur place, suivie d'une demi-astreinte pour la seconde partie de nuit.

2. Tableaux de service

2.1. Le tableau général annuel

Un tableau de service général est arrêté annuellement par le directeur après avis de la CME et, le cas échéant du comité consultatif médical (cf. tableau ci-après). Ce tableau définit, pour chaque activité, la durée de la période de jour et de la période de nuit, chacune d'elle ne pouvant dépasser 14 heures d'amplitude. La période de jour est divisée en deux demi-périodes : une le matin, une l'après-midi. La période de nuit est divisée en deux demi-périodes. Le tableau de service général doit permettre de définir l'organisation annuelle prévisionnelle des activités et le besoin de temps de présence médicale par demi-période pour chaque structure, service ou département. Il doit tenir compte des variations de l'activité au cours de l'année.

Exemples :

A. Choix d'une période de jour équivalant à une période de nuit : 12 heures/12 heures. Cette organisation est préconisée notamment pour les structures organisées en temps médical continu.

B. Maintien de l'organisation actuelle : période de jour : 10 heures (exemple 8 h 30-18 h 30)/ période de nuit : 14 heures (exemple 18 h 30-8 h 30).

C. - Autre organisation possible : période de jour : 11 heures/période de nuit : 13 heures.

2.2. Le tableau mensuel nominatif prévisionnel

A partir du besoin de temps médical identifié par le tableau général de service, un tableau mensuel nominatif prévisionnel doit être arrêté par le directeur sur proposition du responsable de la structure. Il doit mentionner la présence, de jour et de nuit, de l'ensemble des praticiens rattachés à la structure, y compris de ceux qui y interviennent dans le cadre d'activité de coopération et de mutualisation de la permanence des soins.

Doivent également y figurer les activités comptabilisées dans les obligations de service telles que l'activité d'intérêt général et l'activité libérale, les astreintes à domicile, les congés régulièrement accordés ainsi que les absences autorisées (cf. II-2 ci-après).

Que l'activité du praticien s'effectue dans le cadre de ses obligations de service ou au-delà, dans le cadre du temps de travail additionnel, ce tableau mensuel prévisionnel doit tenir compte du repos quotidien prévu pour les praticiens hospitaliers à temps plein et temps partiels, les assistants, les praticiens contractuels et les PAC et [du repos de sécurité prévu pour les personnels enseignants et hospitaliers](#).

2.3. Le tableau mensuel nominatif réalisé

A la fin de chaque période mensuelle, le tableau prévisionnel est réajusté en fonction de la présence effective et des absences constatées pour chaque praticien.

Le versement de la rémunération statutaire et des différentes indemnités est conditionné par la constatation du service fait sur la base du tableau réajusté.

II. - PARTICIPATION DU PRATICIEN À LA PERMANENCE DES SOINS

1. Obligations de service

Pour l'ensemble des praticiens la règle générale de la comptabilisation des obligations de service reste la demi-journée, à l'exclusion des attachés rémunérés à la vacation, dans l'attente de la parution, à la fin du premier semestre 2003, du nouveau statut de praticien attaché et praticien attaché associé.

Le décompte de la réalisation des obligations de service se fait par période de quatre mois, au vu des tableaux de service nominatifs mensuels réalisés.

Un praticien à temps plein est réputé avoir accompli ses obligations de service s'il a réalisé dix

demi-journées - onze demi-journées pour les personnels enseignants et hospitaliers - inscrites au tableau de service comme dix demi-périodes - **onze demi-périodes pour les personnels enseignants et hospitaliers** - de jour ou de nuit, sans considération du nombre d'heures effectivement réalisé.

Un praticien à temps partiel est réputé avoir accompli ses obligations de service dès lors qu'il a réalisé le nombre de demi-journées prévues dans son arrêté de nomination, son contrat, ou sa décision de nomination.

Par dérogation à cette règle générale, les obligations de service des praticiens affectés dans des structures organisées en temps médical continu sont décomptées en heures. Le praticien est réputé avoir accompli ses obligations de service dès lors qu'il a effectué, dans la limite de **48 heures**, la durée de travail prévue au tableau de service mensuel nominatif.

A l'issue du quadrimestre, dans le cas où un praticien n'aurait pas accompli ses obligations de service (sans avoir bénéficié de congés ou absences autorisées pour ces périodes), une régularisation doit s'opérer sur le quadrimestre suivant, au choix du praticien soit par un rattrapage des périodes non travaillées, soit par une reprise au titre des congés de l'année en cours, soit par une reprise des droits épargnés sur le CET ou soit par une diminution de ses émoluments statutaires au titre du service non fait.

A la fin de chaque année civile, le directeur s'assure que le praticien a bien accompli la totalité de ses obligations de service, c'est-à-dire 207 jours (ou périodes) ou 414 demi-journées (ou demi-périodes). Ce nombre est obtenu après déduction de 9 jours fériés et des droits à congé annuel et à jours de RTT du praticien et sur la base de 5 jours (10 demi-journées) de travail sur 7 jours par semaine à raison de 52 semaines par année (soit 104 jours déduits). Ces obligations sont proratisées pour les praticiens à temps partiel. Le praticien n'ayant pas accompli ces obligations de service verra sa situation régularisée, selon son choix soit par une reprise au titre des congés de l'année non pris, soit par une reprise des droits épargnés sur le CET, soit par une diminution de ses émoluments statutaires au titre du service non fait.

2. Prise en compte des congés et absences autorisées

Le tableau mensuel nominatif (cf. I-2) fait apparaître les congés et absences autorisées (congé formation, congé maladie, maternité, adoption, paternité, autorisation d'absence pour événements familiaux, pour activité syndicale), auxquels s'ajoutent les congés annuels et les jours de RTT. Les congés annuels et les jours de RTT étant déjà pris en compte dans le calcul annuel des obligations de service (207 jours ou 414 demi-journées, soit 138 demi-périodes par quadrimestre) figurent au tableau de service pour information.

En application de la directive européenne précitée, qui prévoit que toute période de congés ou de maladie doit être neutre pour le calcul de la durée de travail accomplie, toute demi-journée de congé ou absence autorisée est décomptée pour une demi-période d'obligation de service.

3. Intégration des périodes de permanence sur place dans les obligations de service

Les décrets statutaires et l'arrêté relatif à l'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins posent le principe général de l'intégration des permanences sur place (« anciennes gardes ») dans les obligations de service. Cette intégration est réalisée dans la limite du budget alloué à l'établissement pour ce faire.

Désormais, le praticien réalise ses obligations de service statutaires aussi bien de jour que de nuit. Ainsi, chaque permanence sur place qu'elle soit réalisée la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié (« ancienne garde ») intégrée dans les obligations de service donne lieu au versement d'une indemnité de sujétion, pour tenir compte des contraintes liées à ces

périodes de travail.

Il revient au directeur, dans le respect du budget alloué à l'établissement, d'arrêter pour chaque praticien, au vu des tableaux de service nominatifs mensuels réalisés, le nombre des périodes de travail ouvrant droit au versement des indemnités respectivement de sujétion et de temps de travail additionnel (cf. II-4-2).

4. Bénéfice et comptabilisation du temps de travail additionnel

4.1. Seuil de déclenchement du temps de travail additionnel

Le temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé par les praticiens volontaires au-delà de leurs obligations de service, c'est-à-dire, pour un praticien temps plein, au-delà de dix demi-journées ou de 48 heures pour le praticien exerçant dans un service organisé en temps médical continu. Ces seuils sont réduits prorata temporis pour les praticiens exerçant à temps partiel.

4.2. Décompte du temps de travail additionnel

Le décompte du temps de travail additionnel réalisé au-delà des obligations de service se fait, à l'issue de chaque période de quatre mois, à compter du 1er janvier 2003, au vu des tableaux de service mensuels nominatifs réalisés.

Mois par mois, le directeur, au vu du tableau de service mensuel nominatif réalisé, constate les obligations de service effectivement réalisées par chaque praticien ainsi que le temps de travail réalisé la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jour férié donnant droit à l'indemnité de sujétion. Le samedi après-midi est indemnisé sur la base d'une demi-indemnité. Ce n'est que dans un second temps, à l'issue de chaque période de quatre mois, que la régularisation intervient et que le temps de travail additionnel est comptabilisé, selon les modalités suivantes, mises en place par le directeur de l'établissement :

1. Comptabiliser le nombre total de demi-journées travaillées, qu'elles soient de jour ou de nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié ;
2. Puis comptabiliser de façon spécifique le temps de travail réalisé la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié. Ces périodes ont fait l'objet d'une indemnisation par des indemnités de sujétion versées mensuellement ;
3. Ces périodes de travail sont intégrées aux obligations de service, dans le respect du budget alloué à l'établissement, et sont comptabilisées comme telles, conformément au dispositif exposé au II-3 de la présente partie ;
4. Déduire, le cas échéant, des obligations de service théoriques ces périodes de permanence intégrées aux obligations de service ;
5. Calculer le différentiel entre des périodes de jour réalisées du lundi matin au samedi midi par le praticien et les obligations de service théoriques déduction faite des périodes de permanence intégrées aux obligations de service. Ce différentiel correspond à des périodes de travail additionnel de jour et sont indemnisées comme telles.
6. Les périodes de travail effectuées la nuit, le samedi après-midi le dimanche ou jour férié qui n'ont pas été intégrées aux obligations de service sont indemnisées sur la base des indemnités de temps additionnel de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou jour férié, déduction faite des indemnités de sujétion déjà versées pour ces mêmes plages.

5. Cas particuliers de participation des praticiens à la permanence des soins

Les personnels universitaires et hospitaliers et les **attachés associés** participent à la permanence des soins de leurs obligations statutaires et sont indemnisés sur la base d'indemnités d'astreinte et de garde dont le montant pour cette dernière correspond à l'indemnité de temps de travail additionnel. Ce dispositif, pour les attachés, prendra fin avec la publication d'un nouveau décret permettant l'intégration des gardes dans les obligations de service et le bénéfice du repos quotidien.

La disposition prévue au deuxième alinéa de l'article 12 de l'arrêté relatif à la permanence des soins susvisé selon laquelle il peut être fait appel à titre exceptionnel à des praticiens extérieurs à l'établissement inscrits sur une liste arrêtée par le directeur de l'établissement, sur proposition de la CME, pour assurer la permanence est appelée à disparaître dès la parution du décret aux praticiens attachés et praticiens attachés associés.

Certains praticiens, en raison de leur état de santé constaté par le médecin du travail de l'établissement, peuvent être dispensés partiellement ou totalement de la participation à la permanence sur place.

6. Repos de sécurité et repos quotidien

Le repos de sécurité comme le repos quotidien s'applique au 1er janvier 2003.

L'ensemble des activités réalisées dans le cadre des obligations de service et prévues au tableau de service (activité de soins, activité d'intérêt général, activité libérale, activité sur plusieurs établissements, activité de secteur, etc.) se fait dans le strict respect du repos quotidien ou du repos de sécurité.

6.1. Le repos de sécurité

Il s'applique aux personnels enseignants et hospitaliers (PU-PH, MCU-PH, CCA, AHU, PHU).

Il consiste en un arrêt de toute activité clinique auprès du patient. Il permet notamment l'activité universitaire d'enseignement et de recherche.

Par dérogation dans les services organisés en temps médical continu, le repos de sécurité correspond à un arrêt total de toute activité tant universitaire qu'hospitalière.

6.2. Le repos quotidien

Il s'applique aux praticiens hospitaliers à temps plein et temps partiel, aux assistants et aux **assistants associés**, aux praticiens contractuels, aux praticiens adjoints contractuels.

Il s'appliquera également aux praticiens attachés et praticiens attachés associés dès la publication de leur nouveau décret statutaire.

Il consiste en un arrêt de toute activité d'une durée de 11 heures consécutives par période de 24 heures. Le praticien aura ainsi pu travailler pendant une durée de 13 heures avant son repos de 11 heures.

Par dérogation, aux dispositions ci-dessus, le praticien peut accomplir une durée de travail continue maximale de 24 heures. Dans ce cas, il bénéficie, immédiatement à l'issue de cette période, d'un repos d'une durée équivalente à celle de la période de travail immédiatement précédente.

Par exemple, un médecin qui travaille 15 heures doit s'arrêter 15 heures ; un praticien qui travaille 24 heures doit s'arrêter 24 heures.

En aucun cas le praticien ne peut travailler plus de 24 heures consécutives.

En cas de nécessité de service, un praticien peut être placé en astreinte pendant son repos quotidien, notamment lorsque la permanence sur place est assurée par un praticien ne

justifiant pas de la plénitude d'exercice. La nécessité de service doit être justifiée et appréciée avec discernement. Elle ne peut avoir un caractère ni systématique ni répétitif. Un praticien bénéficie du repos quotidien dès lors qu'il a effectué, pendant une astreinte de nuit, un déplacement transformé en demi-période de temps de travail additionnel au cours de la deuxième demi-période de nuit.

III. - INDEMNISATION

1. Périodes de temps de travail additionnel

L'indemnité pour temps de travail additionnel n'est pas fractionnable en dessous de la demi-période, de jour ou de nuit, définie par le tableau général annuel. Chaque demi-période est comptée pour une demi-journée, ou pour les praticiens affectés dans une structure organisée en temps médical continu pour la durée horaire prévue au tableau général annuel pour la demi-période considérée.

2. Astreintes

Seul le temps de soins accompli dans le cadre d'un déplacement en astreinte est considéré comme temps de travail effectif. Selon sa durée, ce temps de soins est indemnisé selon deux modalités. Lorsque le temps de soins reste inférieur à trois heures, il est indemnisé par une indemnité forfaitaire de déplacement qui s'ajoute à l'indemnité forfaitaire de base. Lorsque le temps de soins atteint ou dépasse trois heures, l'astreinte se transforme en demi-période de temps additionnel : à ce titre, l'indemnité de demi-période de temps de travail additionnel se substitue à l'indemnité forfaitaire de base et à l'indemnité forfaitaire de déplacement. Lorsque le praticien ne choisit pas d'être indemnisé de ses astreintes et de ses déplacements, elles peuvent faire l'objet d'une récupération, laquelle, si elle n'est pas utilisée en cours d'année, peut être épargnée sur un compte épargne-temps.

Il est rappelé qu'en application de la réglementation relative à l'exercice multi-établissements (arrêté du 17 septembre 2001), le praticien intervenant dans un autre établissement que son établissement d'affectation bénéficie du remboursement de ses frais de déplacements conformément aux dispositions de l'article 33 du décret du 24 février 1994.

Dans l'attente d'une refonte du dispositif de l'astreinte et de son indemnisation, une revalorisation des astreintes est prévue dès 2003 sous la forme d'un cumul du forfait de base et d'une demi-indemnité de sujétion. Ce dispositif peut être mis en place sous réserve d'une transformation de permanence sur place en astreinte. Il repose sur un contrat passé entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect des crédits ouverts dans le budget de l'année au compte 642.5 au titre des gardes et astreintes. Toutefois, pour les structures ayant déjà optimisé l'organisation de la permanence des soins ou pour celles, telle la psychiatrie, dont la permanence repose principalement sur l'astreinte et qui n'ont pas la possibilité de redéployer des crédits liés à la permanence sur place, il reviendra au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'apprécier la légitimité des projets de revalorisation des astreintes en veillant à les soutenir financièrement.

IV. - SUIVI ET ÉVALUATION

1. Le suivi

Le comité national et les comités régionaux de suivi prévus par le protocole du 22 octobre 2001 et placés respectivement auprès du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation, sont chargés chacun à leur niveau du suivi du présent dispositif. Le comité prévu au E de l'article 2 de

l'arrêté susvisé peut utilement être réuni dans le cadre du comité régional de suivi du protocole.

Le comité régional peut être saisi de toute question relative aux difficultés de la mise en oeuvre de la permanence des soins.

Par ailleurs, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est chargé d'informer le comité régional du bilan de forfaitisation du dispositif d'astreinte dont il transmet la synthèse régionale au comité de suivi régional.

2. L'évaluation

Une évaluation nationale et régionale de l'ensemble du dispositif d'organisation de la permanence des soins sera réalisée annuellement à compter de la fin de l'année 2003.

Le comité national de suivi est chargé de définir des critères pertinents nécessaires à cette évaluation et les modalités de collecte au niveau régional et d'agrégation au niveau national.

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty

LE TABLEAU DE SERVICE

Exemple : représente 3 ETP senior.

temps médical « senior »

temps médical « junior »

temps d'astreinte

	L	M	M	J	V	S	D
Matin							
Après-midi							
Première partie de nuit							
Deuxième partie de nuit							