



L'organisation de la PDSH en Ile-de-France

Réunions départementales
Janvier – Février 2011

Ordre du jour

- La démarche de réorganisation de la PDSH en Ile-de-France
- Le projet d'enquête DGOS
- Echanges
- Questions diverses

La démarche de réorganisation de la PDSH en Ile-de-France



Plan

- Le projet d'organisation de la PDSH
- Les objectifs de la réorganisation de la PDSH
- La définition de la PDSH
- Le contexte francilien
- La méthode
- Les cahiers des charges
- Le calendrier

LE PROJET D'ORGANISATION DE LA PDSH



LE PROJET D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

- **La permanence des soins (PDS)** est un des projets majeurs du Programme Régional de Santé (PRS), que pilote l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France.
- Ce projet comporte deux versants :
 - le projet de permanence **hospitalière**
 - le projet de permanence **ambulatoire**
- L'architecture de ce projet **régional** se conçoit de façon graduelle à une échelle **territoriale** (offre ville-hôpital de proximité), **départementale** (territoire de santé), **régionale** (recours spécialisés).
- Ce projet de PDS en Ile-de-France doit être finalisé avant **septembre 2011**.

LES OBJECTIFS DE LA REORGANISATION DE LA PDSH



LES OBJECTIFS DE LA REORGANISATION DE LA PDSH

L'organisation territoriale de la PDSH vise à :

- Assurer **sur tous les territoires** un accès aux activités de soins autorisées, en lien avec le réseau des urgences, la nuit, le week-end et les jours fériés :
 - Constat de redondances ou carences dans certaines spécialités
- Optimiser l'utilisation de la **ressource médicale, voire paramédicale** :
 - Démographie médicale, spécialisation des pratiques, accès aux plateaux techniques
- Favoriser l'**efficience** du dispositif :
 - Eviter les redondances et ne rémunérer que les établissements qui réalisent la PDSH

LA DEFINITION DE LA PDSH



DEFINITION DE LA PDSH

1/3

- Accueil et prise en charge de **nouveaux patients** nécessitant des **soins urgents** dans une structure de soins d'un établissement de santé (hors structures de médecine d'urgence), la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

- Trois composantes :
 - Temps : périodes identifiées
 - Lieu : accès dans une structure d'un établissement de santé, en aval d'une prise en charge dans une structure des urgences, ou suite à un transfert (recours) ou par accès direct (orientation par le Centre 15 ou par une structure médico-sociale)
 - Objet : prise en charge médicale dans cette structure (plateau technique et/ou lits)

DEFINITION DE LA PDSH

2/3

Il faut distinguer la PDSH de :

- la **continuité médicale des soins** : prise en charge des patients déjà hospitalisés ou suivis. Elle doit être assurée par **tous les établissements** :
 - système d'astreintes / garde pour les patients déjà hospitalisés
- l'accueil **non programmé le jour**, éventuellement en urgence, des patients ;
- la **permanence des soins ambulatoire (PDSA)**
 - le soir de 20 h à 8 h
 - le samedi 12 h à 20 h ; dimanche et JF : 8 h à 20h

Permanence et mission de service public de PDSH 3/3

- Obligation de **permanence sur site** pour certaines activités de soins
- Eligibilité « mécanique » des structures **autorisées**, à la **mission de service public de PDSH**, mais selon les besoins et les ressources, **PDSH appréciée par territoire**

Le délégataire exercera la mission de permanence pour l'ensemble des structures autorisées concernées par cette obligation

- Hors champ : structures des urgences



PDSH : Activités réglementées (1/5)

- **Gynécologie – obstétrique** : 98 maternités dont 55 publiques et ESPIC, 43 PL

Obligation réglementaire (art d.6124-44 du CSP)

Unités réalisant > 1 500 naissances par an

- gynécologue-obstétricien : garde dédiée à l'unité, 24H/24, 365j/an
- chirurgien (chirurgie générale ou viscérale) si obstétricien sans qualification chirurgicale : garde
- anesthésiste-réanimateur : garde dans l'établissement, 24H/24, 365j/an, garde dédiée à l'unité si nb de naissances > 2 000/an
- pédiatre : sur place ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, 24H/24, 365j/an, délai compatible avec l'impératif de sécurité.

Unités réalisant < 1 500 naissances par an

- gynécologue-obstétricien, (chirurgien), ARE : garde ou astreinte opérationnelle exclusive
- pédiatre : garde ou astreinte opérationnelle

- **Néonatalogie, réa et SI néonat** : 47 sites

Obligation réglementaire (art d.6124-56 du CSP et réa art d.6124-61 du CSP)

- néonatalogie sans SI néonat (16 mater 2A) : pédiatre sur place ou astreinte opérationnelle
- SI néonat (14 mater 2B) et réa néonat (17 mater 3) : garde sur place

PDSH : Activités réglementées (2/5)

- **Réanimation pédiatrique** : 8 sites dont 7 publics et 1 PL

Obligation réglementaire (art d.6124-34-3 du CSP)

- réanimateur /pédiatre : garde sur place, si mutualisée avec réa néonatale l'autre médecin est en astreinte opérationnelle
- accès H24 : chirurgie pédiatrique, ARE pédiatrique, plateau technique (TDM, angio, labos)

- **Réanimation adultes** : 74 sites dont 59 publics et ESPIC, 15 PL

Obligation réglementaire (art d 6124-29 du CSP)

- réanimateur : garde sur place 24h/24 - dans le secteur public : possibilité garde interne en médecine (dans des conditions fixées par arrêté du ministre de la santé) et senior en astreinte opérationnelle
- accès H24 : secteur opératoire et SSPI, plateau technique (TDM, IRM, angio, labos), USI, USC, endoscopie bronchique et digestive

- **Unités de surveillance continue** non rattachées à une réa et déclarant des gardes : 3 sites
pas de dispositions spécifiques sauf pour la pédiatrie.

- **Néphrologie Hémodialyse** : 23 sites publics et ESPIC

Obligation réglementaire (art d.6124-69 du CSP):

- pour centre d'hémodialyse : astreinte possiblement multi-sites / USI néphro : garde néphrologie ou réanimation

PDSH : Activités réglementées (3/5)

- **USI etUSIC** : 54 sites d'USIC dont 33 publics et ESPIC, 21 PL

Obligation réglementaire (*art d.6124-105 et art d.6124-109*)

- ❑ médecin selon spécialité / cardiologue pourUSIC /sur place 24h/24, dans le secteur public : possibilité garde interne de médecine (dans des conditions fixées par arrêté du ministre de la santé) et senior en astreinte opérationnelle
- ❑ accès 24h/24 : radio, echo TM, TDM, IRM, angiographies, laboratoires

- **UNV** : 16 sites = « plateau technique spécialisé »

Circulaire ministérielle DHOS/O4 n°2007-108 du 22 mars 2007 : médecin neurologue sur place ou en astreinte opérationnelle

- ❑ accès 24h/24 : IRM

- **Anesthésie** :

Obligation réglementaire (*art d.6124-44 du CSP*)

- ❑ garde dédiée à l'unité d'obstétrique si mater > 2 000 naissances (40 sites)



PDSH : Activités réglementées (4/5)

- **Cardiologie interventionnelle** : 42 sites dont 27 publics et ESPIC, 15 PL

Obligation réglementaire (art d. 6124-181 du CSP) :

- 1 à 2 cardiologues (et ARE si besoin) en astreinte
- USIC sur site

- **Chirurgie cardiaque** : 15 sites dont 9 publics et ESPIC, 6 PL

Obligation réglementaire (art d.6124-123 du CSP)

- chirurgien thoracique ou vasculaire, ARE, +ou - médecin (IDE) pour CEC : garde ou astreinte opérationnelle exclusive (délai compatible avec urgence vitale)
- bloc spécifique, réanimation, USIC, cardiologie interventionnelle, lits de cardiologie, plateau technique, laboratoires, transfusion

- **Traitement des grands brûlés** : 2 centres civils et 1 centre militaire

Obligation réglementaire (art d. 6124-156 du CSP) :

- garde commune avec réanimation, ou interne et senior en astreinte opérationnelle
Il n'existe pas actuellement de garde exclusive dans les services de grands brûlés, mais une garde partagée avec la réanimation et une astreinte de chirurgie.

PDSH : Activités réglementées (5/5)

• **Neurochirurgie** : 10 sites dont 8 EPS, 1 ESPIC et 1 hôpital militaire

Obligation réglementaire (art d.6124-138 du CSP)

- neurochirurgien et ARE : (pour les 2) garde sur place ou astreinte opérationnelle
- Accès H24 (*sur site ou éventuellement par convention*) : TDM et IRM, 1 salle de bloc dédiée

• **Neuroradiologie interventionnelle** : 8 sites dont 1 ESPIC

Obligation réglementaire : (art d.6124-150)

- neuroradiologue interventionnel et ARE, sur place ou astreinte opérationnelle (peut être multi-sites)
- Accès H24 (*sur site ou éventuellement par convention*) : TDM et IRM, lits de neurochirurgie, de réanimation, de neurologie

• **Greffes de cellules hématopoïétiques et greffes d'organes**

Obligation réglementaire (art d.6124-164 du CSP): Si l'activité de greffes de cellules hématopoïétiques n'exige pas une disponibilité immédiate des équipes et des installations, l'activité de greffes d'organes doit, elle, pouvoir être réalisée **à tout moment**, ce qui suppose l'organisation d'une permanence spécifique et la disponibilité de salles d'intervention avec le personnel nécessaire.

LE CONTEXTE FRANCILIEN



LE CONTEXTE FRANCILIEN

1/2

- Offre de soins hospitalière dense, concentrée sur Paris et la petite couronne,
- Place des gardes de spécialités et des grandes gardes,
- Démographie médicale hospitalière vs attractivité des établissements,
- Démographie médicale ambulatoire (densité francilienne des omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale, avec disparités départementales),
- Un consensus des acteurs pour améliorer la qualité des prises en charge.

LE CONTEXTE FRANCILIEN

2/2

- Restructurations en cours, notamment à l'AP-HP
- Transports : distances en général faibles, mais temps de parcours parfois très long / réseau routier convergent vers le centre de la région,
- Nature de la PDSH comme une rémunération complémentaire attractive,
- PDSA en questionnement dans certains territoires.



LA METHODE



UNE CONDUITE DE PROJET PAR LA CONCERTATION

- L'ARS entend conduire la réorganisation de la permanence des soins **en concertation** avec les acteurs, en s'appuyant sur 2 comités :
 - **Comité de pilotage** pour la préparation du cahier des charges PDSH => installation le 15 décembre 2010
 - **Comité de concertation** avec les syndicats représentatifs de toutes les disciplines => installation le 19 janvier 2011
- L'ARS tient également à associer les acteurs concernés par l'organisation de **réunions départementales** => lancement janvier – février 2011

ELABORATION D 'UN ETAT DES LIEUX REGIONAL

- L'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France a rassemblé des données, réuni des expertises et établi des contacts avec un certain nombre d'acteurs concernés par la PDS.
- Un **état des lieux des besoins et des ressources médicales** devra être établi et recensé par discipline
 - le volume et la typologie des activités
 - les lignes de permanence

=> Enquête DGOS en cours de lancement (février – mars ?)
- Complété par des schémas cible d'organisation graduée
 - Urgences/imagerie/chirurgie
 - Plateaux techniques (anesthésie, réanimation)

METHODE DE PILOTAGE

En support de cette réflexion, 4 grands sujets pourraient être examinés :

- l'évolution des systèmes d'information, notamment des régulations libérale et hospitalière ;
- la cohérence et l'articulation des dispositifs de permanence ambulatoire et des services d'urgence hospitaliers ;
- l'optimisation des transports sanitaires ;
- l'identification des dispositifs de télémédecine et d'imagerie.



METHODE DE PILOTAGE

- Cette réalisation devrait prendre forme progressivement à partir de **protocoles de coopération** entre les professionnels médicaux et de santé concernés, validés au fur et à mesure de l'explicitation de **l'architecture institutionnelle de la PDS** hospitalière et ambulatoire dans l'ARS Ile-de-France conformément au cadre fixé par la loi HPST.

- Deux axes de réflexion :
 - **Prise en charge clinique et qualité du diagnostic**
 - **Rémunération et attractivité des établissements**

- **Pour l'ARS, dynamique pour tous les acteurs.**

LES CAHIERS DES CHARGES



LE CAHIER DES CHARGES SUR LA PDSH

1/2

- Les ARS doivent élaborer un schéma cible qui inclut l'**ensemble** des établissements de santé avec un volet télémedecine
- Il s'appuie sur un **diagnostic partagé** comprenant des données relatives à :
 - **L'activité** : nombre d'actes, par spécialité, pratiqués pour de nouveaux patients non suivis par l'établissement, avec distinction de 4 plages horaires de prise en charge :
début de nuit (20h-24h) et nuit profonde (0h- 8h) tous les jours,
le samedi après midi (14h- 20h) et le dimanche toute la journée (8h-20h)
 - **L'organisation** : état des lieux, par spécialité, du nombre de lignes de garde et d'astreinte relevant de la PDSH.

Données déclaratives avec le cas échéant des échanges in situ



- La définition du schéma cible régional de PDSH va intégrer les éléments suivants :
 - Optimisation des ressources médicales existantes dans la limite de l'enveloppe MIG
 - Difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques
 - Possibilités de mutualisation des lignes de garde et d'astreinte entre établissements
 - Possibilités de recours aux différentes applications de télémédecine
 - Evaluation sur des indicateurs de processus et indicateurs de résultats
 - Les modalités de transition.

INTERFACE PDSA – PDSH : Médecine d'urgence

Régulation médicale

— SAMU - C15

Plate-forme mixte associant régulateurs de médecine générale et régulateurs hospitaliers

Effecteurs de l'aide médicale urgente

— SMUR / SMUR pédiatrique

Structure d'accueil des urgences / urgences pédiatriques



LE CAHIER DES CHARGES SUR LA PDSA

- Les ARS doivent organiser le dispositif de PDSA, en cohérence avec l'offre hospitalière de médecine d'urgence.
- L'organisation doit aboutir à :
 - garantir un **égal accès aux soins non programmés de premier recours** sur tous les territoires,
 - optimiser la **ressource médicale**,
 - rendre le dispositif plus **efficace**.
- La loi HPST transfère au DGARS la compétence d'arrêter
 - les territoires de permanence des soins (anciens « secteurs »),
 - les rémunérations forfaitaires des professionnels impliqués dans l'activité de PDSA,
 - le **cahier des charges régional de la PDSA** et ses déclinaisons territoriales.

CALENDRIER ET PROPOSITION DE TRAVAIL

- Groupe « Etat des lieux » : mars - avril 2011
- Groupe « Besoins et ressources » : mai – juin 2011
- Groupes de travail thématiques : mai – juin 2011
 - Systèmes d'information
 - Dispositifs PDSA-Urgences
 - Transports sanitaires
 - Télémédecine/Imagerie
 - ...

Le projet d'enquête nationale PDSES



— LE PROJET D'ENQUETE NATIONALE PDSES

- Enquête nationale Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)
- Objectif : disposer d'une base de données nationale fiable pour envisager l'évolution de l'enveloppe financière allouée au titre de la PDS en établissement de santé
- Champ de l'enquête : tous les établissements MCO, tous statuts confondus
- Calendrier national : février-mars 2011 (à confirmer)

METHODOLOGIE

— Un projet de cahier des charges national prévoyant pour chaque établissement de santé :

- le recueil par discipline et spécialité MCO d'informations : effectifs médicaux, volume d'activité, financement alloué au titre de la PDSE

- le recueil de données médicales individuelles, pour les patients inclus dans l'enquête

⇒ une « plate-forme mise à disposition » par l'ATIH, à renseigner par le DIM de l'établissement

LE PROJET DE GRILLE DE RECUEIL

Tableau rempli par la direction de l'établissement de santé

identification ES	n° territoire de santé
----------------------	---------------------------

nombre et type de lignes					mutualisation de lignes			volume activité		médecins				
Spécialités	plage horaire PDSH	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	nombre total de lignes	nbre de lignes mutualisées en inter étab	Avec qui?	Sous quelle forme?	nombre total de nouveaux malades** hospitalisés	dont nombre de nouveaux malades orientés par les services d'urgence	% de médecins libéraux	% de médecins intérimaires	% de médecins salariés	Nombre de ligne avec garde d'interne en plus de l'astreinte sénior
liste spécialités médicales, chirurgicales, médico-techniques	du début de la plage à 20h													
	de 20h à 0h													
	de 0h à 8h													
	w-end et jour férié (journée)													

La démarche territoriale



— ENQUETE DEPARTEMENTALE

- Enquête qualitative permettant de compléter l'enquête DGOS
 - Une démarche par établissement
 - Une approche territoriale
 - Même champs que l'enquête DGOS (tous les Etablissements MCO y compris APHP, etc...)

- Thématiques abordées :
 - Activités PDSES
 - Moyens
 - Besoins non couverts
 - Mutualisation et complémentarité
 - Propositions de réorganisation

- Echéance fin mars 2011