

En présence de : François Crémieux, Mme Andrée BARRETEAU, représentants de la FEHAP IDF, de la FHF IDF, de la FHP IDF, de l'AP-HP.

Document remis : aucun. Un diaporama projeté.

I. Présentation des objectifs du groupe de travail PDSH

L'ARS souligne l'importance du projet qui sera décliné en deux versants : PDSH et PDSA.

Le constat est fait de l'existence de carences ou de redondances dans certaines spécialités. Il est établi à partir des travaux commencés dès avril 2010 avec la FHF. La consigne adressée aux ARS par la DGOS est d'établir un cahier des charges pour réguler l'activité et la ressource médicale et paramédicale.

L'ARS rappelle la définition de la PDSH : l'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.

Elle fait mention des spécialités concernées par la PDSH rendue nécessaire par des divergences d'interprétation en fonction des territoires (notamment UNV et garde sur place).

Pour établir le cahier des charges précité, un comité de pilotage (COPIL) et un comité de concertation seront créés. L'objectif des réunions des fédérations vise au recensement des lignes de permanence et du volume d'activité par spécialité. Plusieurs thèmes de travail comme l'évolution des SI, l'offre libérale, l'optimisation des transports sanitaires, les établissements dépossédés de la mission de PDSH et la rémunération de cette mission de service public devraient être abordés. Toutefois, une structuration par "tête de pont", i. e. par établissements de santé de référence s'agissant de la PDSH ne devrait pas être remise en cause. La [note technique](#) sur les mesures de clôture de la campagne tarifaire 2010, relative à la PDSH confirme la préférence de l'agence pour cette structuration.

Le cahier des charges devra s'appuyer sur un diagnostic partagé entre les SAMU, les C15, les SMUR et SMUR pédiatriques pour un livrable en septembre 2011. La PDSA fera l'objet d'un même travail de concertation pour un livrable également en septembre 2011.

Fin février 2011, un état des lieux devra être réalisé. Fin avril 2011, une réflexion sur les besoins et ressources. En septembre 2011, les travaux doivent être finalisés. Vous pouvez consulter le [diaporama](#) présenté par l'ARSIF.

II. Echanges avec les personnes en présence

L'AP mentionne qu'elle travaille à une réorganisation interne visant à apprécier l'impact de son action sur les territoires sur lesquels elle est implantée. Elle souligne l'importance de la question de la rémunération.

La FEHAP met en exergue les risques induits par une structuration en « têtes de pont », i. e. en pôles de référence PDSH : attractivité de la population envers ces établissements, adressage accru des professionnels de santé libéraux pour sécuriser la prise en charge. La continuité et la permanence des soins doivent également trouver à s'articuler. Enfin, la FEHAP rappelle qu'il existe une inégalité entre les établissements publics et privés: un médecin non diplômé pouvant assurer une PDS dans les premiers et non dans les seconds.

Pour la FHF, 4 principes comptent : la responsabilité dans la mesure où la FHF ne restera pas en situation de blocage, la légitimité médicale de la PDSH car cette dernière engage la sécurité des personnes prises en charge, l'équité entre acteurs publics/privés, la réalité en étant très conscient des limites de la télémédecine sur laquelle l'ARS porte de nombreux espoirs qui pourraient en conséquence être déçus. La FHF appelle à mieux délimiter le sujet et surtout à mieux préciser l'organisation des différents groupes de travail.

Pour l'ARS, la question des urgences est une question préalable pour aborder la question de la PDSH, c'est la raison de la présence des urgentistes dans les groupes de travail.