

En présence de : François CREMIEUX, Mme JUNQUA (DT ARS 75), Dr ZIZA (FEHAP), représentant de l'hôpital Bichat (M. le Pr Enrique CASALINO), de l'hôpital de Saint-Maurice, de la Pitié-Salpêtrière, de la clinique privée commerciale Turin, plusieurs représentants de la direction médicale de l'AP-HP, représentants de la collégiale des psychiatres de AP-HP, représentants de la collégiale des urgentistes de l'AP-HP, un représentant de la FHF 75 (Hôpital Sainte-Anne), M. le Dr ALLIERES (FEHAP-GHPSJ), Corinne CHOURAQUI, plusieurs membres de la DT75 de l'ARS, Mme N'GUYEN DANG, en charge de la PDSA au siège de l'ARS, notamment.

Document remis : aucun. Un diaporama projeté.

I. Présentation de la réforme envisagée par l'ARS et la DTARS75

L'objectif est d'assurer une concertation large s'agissant de la PDS entre les acteurs principaux concernés. L'agence a amorcé son travail en avril et mai derniers sur le fondement de la MIG de fin de campagne. En juillet, une réflexion sur la PDSH a commencé avec communication dans le *Parisien*. Une première réunion a eu lieu le 15 décembre avec les fédérations hospitalières au niveau régional. Début janvier, une réunion a eu lieu avec les représentants du monde syndical. A débuté il y a quelques semaines un tour départemental de concertation avec les 8 DTARS.

L'ARSIF souligne que le présent dossier s'inscrit dans le PRS tant dans son volet hospitalier qu'ambulatoire. L'articulation du PRS se conçoit de manière territoriale (logiques Ville-Hôpital), départementale et régionale.

La PDSH réformée devra favoriser l'efficacité, en optimisant l'utilisation de la ressource médicale et paramédicale, en évitant les redondances ou carences, notamment en radiologie. La question du financement des gardes est un enjeu primordial. Leur suppression ne devra pas être synonyme de disparition de l'offre de soins.

Le dispositif de PDSH appelle à distinguer financièrement et juridiquement la continuité et la permanence des soins même si le personnel est souvent le même à assurer la première et la seconde. En effet, la continuité médicale des soins est assurée par le GHS seulement. L'accueil non programmé le jour se distingue également de la PDSA.

Le contexte francilien se spécifie par une offre dense mais en cours de restructuration entre la deuxième et la troisième couronne (ouverture des établissements de Jossigny et sud francilien). En outre, la démographie médicale ambulatoire est faible, l'A86 passée. Enfin, la réforme de la PDSH doit prendre en compte l'évolution de l'AP-HP. Le contexte général intègre également des temps de transports longs pour des distances courtes.

Les conférences de territoire de santé évalueront et vérifieront l'évolution du travail des différents comités créés dans le cadre de cette réforme de la PDSH. Elles seront alimentées en éléments statistiques, comme les acteurs concernés par la réforme, par l'enquête menée par la DGOS sur la PDSH, entre février et mars. Cette enquête vise à obtenir une cartographie sur deux mois de l'activité des établissements de santé pour

connaître précisément les actes pratiqués dans le cadre des périodes concernées par la PDSH. L'enquête nationale sera complétée d'une enquête qualitative départementale.

II. Echanges avec les acteurs en présence

Jean-Christophe Mercier souligne l'importance de mettre en place un groupe de travail dédié aux urgences pédiatriques. Pour M. Mercier, le problème posé par la PDSH concerne surtout, dans le cadre des urgences pédiatriques, les carences des anesthésistes ou les situations d'épidémies grippales saisonnières.

L'APHP précise que la présentation s'agissant de la continuité et de la permanence est trop théorique, les deux dispositifs sont bien plus imbriqués et posent la question de la rémunération des heures supplémentaires. En outre, la PDSH dans le territoire de santé de Paris ne se limite pas à l'échelle du département car la ressource médicale parisienne structure, plus encore que tout autre département, le paysage régional. Enfin, la PDSA appelle aussi une concertation départementale dédiée.

L'ARSIF est interrogée sur la question des réseaux et des conventions en cours pour s'assurer de la réalité des permanences mentionnées, notamment en IRM et en USIC. Les représentants de la psychiatrie demandent la création d'un groupe technique ad hoc, d'autant d'ailleurs que l'ARS ne mentionne pas dans sa présentation la psychiatrie comme activité réglementée. Certes, tel n'est pas le cas s'agissant du fléchage financier MIG PDSH, mais il conviendrait, dans le cadre de la volonté d'efficience recherchée, de faire un focus spécifique sur la santé mentale.

L'ARS précise que l'objectif de l'agence est de mettre un terme à la permanence de certains établissements de santé qui assurent moins de 50 actes annuels et qui pose le problème de la PDSH en terme de mise en danger des patients. En outre, pour la stomatologie, l'ORL, l'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire, la pédiatrie, la santé mentale et l'imagerie, il est d'ors et déjà envisagé d'entamer une réflexion par groupe qui auront pour but de proposer des pistes d'optimisation des gardes de spécialités et des grandes gardes. De même d'autres groupes (rémunération et attractivité, répartition secteur public et secteur privé, conditions de travail et démographie médicale, contrat type PDSH ARS/ES, accessibilité aux soins et transports sanitaires) sont envisagés.

La question des lits d'aval en médecine et en chirurgie est posée par le docteur ZIZA. Il s'agit là d'une question primordiale pour atteindre un objectif d'optimisation de la régulation. En outre, l'organisation d'une permanence sur certaines spécialités (proctologie) peut être aidante dans le cadre de l'évolution de la PDSH.

François CREMIEUX rappelle que les premières réunions départementales ont fait apparaître que les établissements de santé privés étaient moins inquiets que leurs homologues publics. Monsieur CREMIEUX que les établissements de santé qui auront la charge de la PDSH doivent anticiper un travail de réorganisation car l'ARS a l'attention de contractualiser avec des items d'efficience en termes de qualité en annexe de CPOM avec les établissements référents. L'établissement devra veiller à ménager une organisation interne qui permet d'assurer le programmé et la permanence.

Le Dr ALLIERES évoque le risque que pourrait entraîner une telle contractualisation : certains établissements de santé, découragés par la mise en place d'une PDSH exigeante en terme de critères de qualité, pourraient se spécialiser pour n'assurer que du programmé.

Pour la collégiale des urgentistes, une organisation de la PDSH concentrée sur des pôles de référence avec plateaux techniques est une fausse bonne idée. Toutes les expériences ont montré l'erreur d'une telle structuration. Si donc, il n'est pas possible d'organiser ainsi la PDSH, il faut mutualiser les équipes de gardes et accroître leur mobilisation sur un nombre plus important d'établissements de santé habilités à assurer la PDSH.