

Réorganisation de la permanence des soins des établissements de santé : du concept à la réalité

Reorganisation of the continuity of care for healthcare institutions: from concept to reality

F. Dolveck · R. Hellmann

© SRLF et Springer-Verlag France 2012

Dans notre pratique de médecine d'urgence, l'organisation de la permanence des soins est une préoccupation majeure. Elle conditionne la possibilité de prendre en charge et d'orienter correctement les patients notamment aux horaires de gardes. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a mis au rang des missions de service public l'organisation de la permanence des soins des établissements de santé (PDSES). Elle se définit comme la prise en charge et la surveillance des patients non hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins. Les objectifs affichés de cette organisation sont « la mise en place d'une offre de soins graduée de qualité, accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé, tout en veillant à gommer les disparités au sein du territoire national ». Elle est financée par des crédits du Fonds d'intervention régionale de la loi de financement de la sécurité sociale, exclusivement pour la partie temps médical (garde).

Les données de démographie médicale mettent en perspectives ces enjeux. En 2009, les praticiens en activité étaient 214 000 ; mais depuis la décroissance est constante et se prolongera jusqu'en 2019 avec une perte de 10 % des effectifs. Selon les modèles proposés, la diminution pourrait aboutir à des pertes de densité médicale supérieure à 25 %

dans certaines régions : la Corse, le Languedoc-Roussillon, l'Île-de-France, la Provence-Alpes-Côte d'Azur ou le Rhône-Alpes... Plusieurs spécialités participant à la PDSES seront particulièrement concernées : l'anesthésie, la réanimation et la chirurgie viscérale. Ces évolutions risquent de bouleverser les habitudes de fonctionnement, de fragiliser l'organisation actuelle dans les établissements, notamment dans la constitution et la pérennité des listes de gardes.

Le cadre proposé par la loi a pour objectif de promouvoir une concertation interprofessionnelle de façon à faire émerger des solutions d'organisation dans une logique territoriale et de réseau. Les lignes directrices de ces réflexions sont de sécuriser la prise en charge médicale et d'améliorer l'efficacité par une meilleure répartition des ressources médicales. Ces organisations doivent tenir compte du risque d'usage professionnel et les prévenir en motivant et en fidélisant les praticiens. Au terme de cette concertation et d'un processus d'évaluation du besoin, les établissements seront désignés pour assurer cette mission de service public par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) pour une période de cinq ans. Il est prévu que le Schéma Régional d'Organisation de Soins (SROS) définisse la PDSES et donc ses implantations en fonction des besoins de la population et des objectifs de chaque projet régional de santé (décret n° 2012-561 relatif aux articles L. 6112-1 CSP).

En Île-de-France, les travaux ont débuté avant la mise en place complète de ce cadre légal. Compte tenu de la dimension de la région et du grand nombre d'établissements de santé (450), le choix a été fait d'aborder les chantiers progressivement. Les premiers travaux ont été réalisés sur le champ de la chirurgie orthopédique et traumatologique et de la chirurgie viscérale et digestive. La méthodologie mise en place a été l'écriture d'un cahier des charges rédigé par un groupe d'experts régionaux multidisciplinaires. Ce cahier des charges est fondé sur sept engagements majeurs régissant les relations entre les établissements :

- mise en place d'une gouvernance interne et territoriale pour la PDSES ;

F. Dolveck (✉)

Groupement coopération sanitaire des systèmes d'informations de santé d'Île-de-France (GCS D-SISIF), 20, rue d'Athènes, F-75009 Paris, France
e-mail : Francois.dolveck@rpc.aphp.fr

Samu des Hauts-de-Seine, hôpital Raymond-Poincaré, Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest, AP-HP, 104, boulevard Raymond-Poincaré, F-92380 Garche, France

R. Hellmann
Chargé de mission,
PDSES, agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF), 35, rue de la Gare, F-75019 Paris, France

Service d'accueil et de traitement des urgences, hôpital Bichat, AP-HP, Groupe Hospitalier Universitaire Paris-Nord-Val-de-Seine, F-75018 Paris, France

- mise en place d'un coordinateur unique dans chaque établissement assurant la PDSSES ;
- dimensionnement de l'établissement en termes de ressources, de manière à pouvoir assurer la PDSSES ;
- engagement au « zéro refus » pour les établissements assurant la PDSSES en nuit profonde ;
- favoriser le retour des patients vers l'établissement souhaité ;
- assurer le suivi et l'évaluation du dispositif ;
- garantir l'accessibilité financière aux soins.

La réorganisation a permis de passer de 86 établissements qui assuraient en théorie la PDSSES de ces spécialités en nuit profonde (22 h 30–8 h 30) à 31. Malgré une offre de soins pouvant paraître importante, le système manquait de lisibilité avec parfois de grandes difficultés pour orienter les patients. Ce nouveau dimensionnement correspond aux recommandations du Conseil National de la Chirurgie : un établissement pour 400 000 à 600 000 habitants. Plusieurs éléments fédérateurs ont permis d'aboutir à ce résultat, comme la mise en place concomitante d'une évaluation du dispositif et l'enga-

gement du zéro refus évalué par la mise en place d'un registre des refus. Sa réalisation a été rendue possible à travers une large collaboration avec les ressources régionales : le Centre régional de veille et d'action sur les urgences (Cerveau), le répertoire opérationnel des ressources (ROR-IF) et le Groupement de coopération sanitaire pour les systèmes d'information partagés de santé d'Île-de-France (GCS D-SISIF). Au 1^{er} janvier 2013, cette réorganisation va s'étendre à sept nouvelles spécialités selon les mêmes principes d'organisation.

Les premiers résultats sont encourageants avec un taux de transfert assez faible et un nombre de refus limité. Le succès d'une telle réorganisation passe par l'implication de tous les acteurs régionaux coordonnés par l'ARS. L'évaluation doit être continue et reposer sur des indicateurs partagés. Dans ce cadre, l'automatisation, à partir des outils métiers, des déclarations de refus et des relevés des indicateurs est souhaitable. D'autres étapes tout aussi importantes sont à venir telles que l'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Les enjeux sont majeurs, et ce chantier devra mobiliser toute notre attention.