

Permanence des soins en établissements de santé (PDES)

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).
Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS
Il complète l'analyse des besoins qui figure dans la fiche PDES du schéma régional de santé dans sa partie consacrée aux implantations des Activités Soumises à Autorisation, au Schéma de Biologie et au Schéma de Permanence des Soins en Etablissement.
Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'Agence Régionale de Santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région.
Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Il n'y a pas d'évolution dans la **définition de la permanence des soins** et de son financement assuré par le **FIR**

Toutes les lignes de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relèvent pas de la PDES, il faut ainsi **distinguer la PDES de la continuité des soins**

La PDES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h, le samedi AM, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

La continuité des soins concerne la prise en charge 24h/24 des patients et malades déjà hospitalisés et/ou admis aux urgences en dehors des heures de la PDES. Son financement est lié à l'activité (T2A).

La PDES concerne le seul champ MCO (hors structures financées par d'autres dispositifs : greffe, HAD, urgences ex-DG) et les structures d'urgence des établissements ex-OQN

Les différentes modalités de mobilisation des médecins et pharmaciens distinguées dans le schéma de PDES du PRS1 ne sont pas modifiées et distinguent : la garde (sur place, incluant la nuit profonde), l'astreinte, la demi-garde/demi-astreinte (première partie de nuit en garde et seconde en astreinte), l'astreinte limitée au WE,

la demi-astreinte (astreinte de première partie de nuit + WE et jours fériés).

Evolutions législatives

Le schéma de PDES du PRS1 a été élaboré dans le cadre de la Loi du 21 juillet 2009 et en application du décret du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public

Dans le cadre de la Loi du 26 janvier 2016, le décret du 1^{er} décembre 2016, relatif à la permanence de soins et à diverses modifications réglementaires, applicables au service public hospitalier, stipule dans son article R 6111-41 que le directeur général de l'ARS arrête, dans le cadre du schéma régional de santé (SRS) **un volet dédié à l'organisation de la permanence des soins**.

Ce volet évalue les besoins de la population et fixe des objectifs, pour les zones, **en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation**. Il est opposable aux établissements de santé et aux autres titulaires d'autorisations d'activités de soins et d'EML. Il est révisable chaque année.

L'article R 6111-42 du décret, susmentionné, stipule que lorsque le DG ARS constate que la mission de PDES n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidatures.

Ce même article précise que lorsque le DG ARS constate l'impérieuse nécessité de pourvoir sans délai à la mission de PDES, il peut désigner, à titre temporaire un ou plusieurs établissements de santé assurant le SPH.

L'arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de PDSSES n'a pas été modifié.

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Constat sur la réponse aux besoins sur les heures de PDSSES

La première question posée est celle de l'**adéquation entre les besoins et l'offre de soins** sur les heures de permanence des soins, soit d'avoir un accès satisfaisant en termes de qualité/sécurité des soins aux différentes disciplines médicales, chirurgicales, médicotechniques devant être mobilisées.

Pour répondre à cette question, **les établissements de santé ont été interrogés** sur leurs éventuelles difficultés à remplir leur mission de permanence des soins : questionnaire sur les astreintes partagées en mai 2017 et enquête flash par mailing le 1^{er} juin 2017 pour tous les établissements participant à la PDSSES (15 répondants sur 39 établissements interrogés).

Une analyse des **événements indésirables graves liés aux soins (EIG)** a également été faite. Un EIG relatif au parcours d'un patient présentant un AVC a permis d'alerter sur la fragilité de la ressource médicale dans certains sites et sur la nécessaire adaptation des organisations à l'évolution des techniques médicales (ex. : l'accès à l'IRM en H 24 pour améliorer le diagnostic et l'orientation vers un site pratiquant la thrombectomie) mais aucun EIG relaté à l'ARS n'a été considéré comme en lien avec un nombre insuffisant de lignes de garde ou d'astreinte durant les 5 années du PRS1.

Il reste le constat d'un **manque d'outils** permettant une meilleure observation de l'activité sur les heures de PDSSES et du service rendu.

Constats sur la mise en œuvre du schéma de PDSSES

Le schéma de PDSSES est un schéma cible. A ce titre, il convenait de s'interroger sur sa bonne mise en œuvre.

Plusieurs constats ont été faits à ce propos :

- **La quasi-totalité des lignes prévues au schéma ont été assurées.** Un déficit en ressources médicales a toutefois contraint des hôpitaux à cesser d'assurer des astreintes. C'est le cas pour le centre hospitalier d'Ancenis avec l'orthopédie et le centre hospitalier de La Fert Bernard pour l'orthopédie et le viscéral. Le maillage s'en trouve modifié de fait et de nouvelles modalités d'organisation de la prise en charge des patients devront garantir une bonne accessibilité à ces spécialités.

- **La mise en place des astreintes mutualisées d'anesthésie** permettant de couvrir les besoins en nuit profonde de la chirurgie et de la maternité dans les pôles public/privé s'est heurtée aux difficultés des anesthésistes des cliniques ne pratiquant pas régulièrement l'anesthésie en obstétrique et aux réticences des anesthésistes du secteur public à couvrir un bloc chirurgical en sus de la maternité.
- **Dans un souci d'optimisation de l'utilisation de la ressource médicale, le partage d'astreintes entre équipes publiques et privées** avait été encouragé dans le PRS1. Ainsi, ce sont 10 astreintes partagées qui ont été recensées dont 4 pour la seule ville du Mans. Les modalités d'organisation ont été laissées à l'initiative des établissements. Le constat sur leur fonctionnement, via une enquête auprès des établissements concernés, est nuancé : certaines de ces astreintes fonctionnent parfaitement, d'autres nécessitent que leur organisation soit revue, enfin, l'ARS reste en attente de conventions de coopération attestant de leur mise en place pour deux d'entre elles. Quant à l'astreinte médicochirurgicale pour l'ophtalmologie en Vendée associant ophtalmologistes de ville et hospitaliers, après une période de bon fonctionnement, elle s'est recentrée sur les seuls praticiens hospitaliers.

Problématique de la PDSSES pour l'imagerie médicale

Le schéma de PDSSES pour l'imagerie médicale dans le PRS1 devant être provisoire, n'a reconnu que l'existant financé avant son élaboration.

Un nouveau schéma devait lui succéder avec pour objectifs :

- de diminuer le nombre de lignes d'astreintes tout en garantissant la couverture des hôpitaux de proximité par la téléimagerie
- d'encourager la mobilisation des radiologues libéraux
- de reconnaître la participation effective des libéraux dans certains territoires.

Ce nouveau schéma pour l'imagerie n'a pas été élaboré et les éléments de blocage, notamment pour la téléimagerie devront être identifiés et levés pour le PRS2.

Problématique de l'identification de besoins nouveaux

L'identification de besoins nouveaux ou insuffisamment couverts constitue également une problématique.

Les différentes demandes de reconnaissance adressées à l'ARS par les établissements et l'enquête réalisée auprès de ces derniers ont permis :

- d'y répondre partiellement au cours du PRS 1 en modifiant le schéma de permanence des soins (exemple : ajouts de deux astreintes de pédiatres pour répondre aux besoins des maternités privées)
- de les recenser en prévision du PRS2 et cela concerne :
 - **l'ORL sur Angers** où une seule astreinte d'ORL ne permet pas de prendre dans des délais satisfaisants toutes les urgences (urgences vitales et légèrement différables)
 - **la gastro-entérologie sur Angers et Nantes** mais en attente de données explicitant le besoin
 - **la néphro-pédiatrie sur Nantes**, où le CHU assure toutes les urgences et demandes d'avis spécialisés pour la région et l'inter région Ouest.
 - **la médecine polyvalente**, mobilisée en aval de la médecine d'urgence.
- Un établissement avec une maternité ne disposant d'aucun pédiatre et mobilisant en garde anesthésistes et sages-femmes pour la prise en charge des urgences maternelles ou néonatales.
- Pour les deux dernières causes, la question de la prise en charge des surcoûts, compte tenu du risque d'inégalité de traitement entre établissements, par l'enveloppe dédiée au financement de la PDESES est posée.

Ces surcoûts peuvent également être le fait d'une nécessaire réponse aux normes (exemple : le cardiologue en USIC¹ ou de l'évolution de l'activité (exemple : passage d'UNV à UNV de référence)

Problématique de la distinction entre continuité et permanence des soins

Si la PDESES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients, sur les heures de permanence des soins, cette définition est porteuse d'interrogations sur certaines disciplines figurant ou pouvant figurer dans le schéma.

Ainsi, se posent les questions suivantes :

Les astreintes de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie posent question à double titre :

- tous les praticiens ayant cette spécialité ne pratiquent plus la chirurgie maxillo-faciale proprement dite et notamment la traumatologie maxillo-faciale. Cela induit des difficultés dans l'orientation des patients comme cela a été signalé au Mans où une astreinte à l'année est assurée pour la stomatologie mais pas pour les urgences maxillo-faciales.
- la réforme des études médicales a scindé la spécialité « chirurgie maxillo-faciale et stomatologie » en deux avec le DES de chirurgie orale d'un côté et le DES de chirurgie maxillo-faciale de l'autre. Il n'y aura plus demain de spécialistes en chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Le schéma du PRS1 reconnaît aujourd'hui 5 astreintes de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie.

Problématique des surcoûts liés à la rémunération des gardes

Le surcoût que constitue pour des établissements de santé la rémunération en garde d'un certain nombre de praticiens alors que le niveau d'activité ou le respect des normes ne justifient que le financement d'une astreinte est une problématique rencontrée par plusieurs établissements.

Les établissements concernés peuvent être :

- Un établissement avec une maternité dont le niveau et l'activité justifie que les anesthésistes soient rémunérés en astreinte mais que l'établissement rémunère en garde, aucun n'ayant un domicile à proximité.

- les astreintes régionales de **dermatologie et d'infectiologie** dont les spécialistes sont essentiellement mobilisés pour des avis experts doivent-elles restées financées par l'enveloppe de PDESES ou par d'autres dispositifs (télémédecine) ?
- **la dialyse** n'ayant pas été retenue par l'ARS de Bretagne dans son schéma de PDESES, car elle estime que cette activité relève de la continuité des soins et doit être financée par les tarifs, doit-on la maintenir dans le prochain PRS ?
- idem **pour la pharmacie** qui n'apparaît pas non plus dans le schéma de PDESES de l'ARS de Bretagne qui considère que cette activité relève également de la continuité des soins.

Enjeux

Elaborer un schéma de PDESES pour le PRS2 répondant aux besoins ce qui nécessite de se réinterroger successivement, par zone définie dans le PRS, 1/ sur les spécialités nécessaires, 2/ sur le nombre d'implantations par spécialité, en gardant les principes de gradation du PRS1, 3/ sur les modalités d'organisation

¹ le schéma du PRS1 n'identifie pas une garde de cardiologue pour toutes les USIC reconnues dans la région

Préserver la participation des praticiens libéraux à la PDES face à la mise en place d'équipes territoriales par les GHT et ceci plus particulièrement pour l'imagerie médicale.

Maîtriser l'évolution des dépenses pour la PDES face à des demandes d'accroissement récurrentes et pour partie en lien avec la confusion entre continuité et permanence des soins.

III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Objectif opérationnel 1 Adapter la liste des spécialités médicales à l'évolution des besoins de PDES

Il est proposé :

- d'ajouter la **néphropédiatrie** à la liste des spécialités médicales retenues pour le volet de PDES du PRS2. Une astreinte opérationnelle devra permettre de répondre aux besoins.
- d'ajouter la **chirurgie orale** et de la distinguer de la chirurgie maxillofaciale. Cette distinction pourrait amener à remplacer des astreintes de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie par des astreintes de chirurgie orale en fonction de la capacité à prendre en charge les urgences les plus graves. Ces modifications devront être portées à la connaissance des SAMU pour permettre une bonne orientation des patients.

Objectif opérationnel 2 Mieux distinguer la continuité de la permanence des soins

Cela passe par une meilleure distinction entre ce qui relève de la continuité et ce qui relève de la permanence des soins. Il est ainsi proposé :

- **pour la pharmacie**, majoritairement mobilisée pour la continuité des soins, de rechercher une organisation par groupement hospitalier de territoire (GHT) et de limiter l'indemnisation des établissements par l'enveloppe de PDES à une astreinte pour chaque établissement du GHT disposant d'une activité de réanimation.
- **pour la néphrologie**, la majorité de l'activité de néphrologie relevant de la continuité des soins, d'indemniser, au titre de la PDES, 4 astreintes opérationnelles complètes et 3 demi-astreintes opérationnelles pour l'ensemble de la région.

Dans l'attente de dispositifs de télé-médecine, pouvant financer les avis experts, la **dermatologie**, l'**infectiologie** sont maintenues dans le volet de PDES du PRS2. Compte tenu du nombre de sollicitations, le nombre de

lignes d'astreintes de WE pour l'infectiologie sera même augmenté.

Objectif opérationnel 3 Adapter le nombre d'astreintes et de gardes de PDES à l'évolution des besoins

Pour mieux répondre aux besoins, il est proposé :

- d'ajouter 1/2AO pour l'**ORL** et la **gastro-entérologie** à Angers, en lien avec l'activité des urgences privées, sous réserve d'éléments explicitant un besoin, non ou insuffisamment couvert par les astreintes déjà reconnues. La même question peut se poser pour Nantes.
- d'associer systématiquement une astreinte de WE **de médecine polyvalente** à chaque établissement autorisé pour une activité de médecine d'urgence dans un objectif de fluidification du parcours des personnes âgées.
- d'associer une astreinte **d'anesthésie** à l'activité de neuroradiologie interventionnelle sur Nantes compte tenu de l'évolution croissante de son activité.
- de compléter le maillage en astreintes de WE **d'infectiologie** qui passerait d'une à quatre pour l'ensemble de la région.
- de maintenir le maillage actuel pour la **biologie** dans l'attente des évolutions qui pourront être menées par les groupements hospitaliers de territoire.

Objectif opérationnel 4 Adapter le niveau de mobilisation des professionnels à l'évolution de l'activité

L'évolution de l'activité déclarée justifie de passer en gardes les astreintes suivantes :

- **neurologie** pour l'UNV de référence à Angers
- **radiologie** à Saint-Nazaire

Sauf capacité à démontrer l'existence d'une activité significative sur les heures de PDES, associée à la possibilité de mobiliser au moins 3 praticiens pour une astreinte et à l'impossibilité d'un accès à la même spécialité, dans un délai compatible avec la sécurité du patient, dans un autre site, le volet :

- prévoit, pour l'**endoscopie digestive** en Vendée, de limiter la PDES à une astreinte sur le site disposant d'une réanimation
- prévoit, pour la **chirurgie orthopédique** à La Roche sur Yon, de limiter la PDES en passant de 2 astreintes opérationnelles à 1 et 1/2 astreintes opérationnelles

- supprime l'offre de PDES pour la **chirurgie orthopédique** à Ancenis et à La Ferté Bernard et l'offre de PDES pour la **chirurgie viscérale** à La Ferté Bernard.

Objectif opérationnel 5 Financer la PDES sur la base du code de santé publique pour les activités réglementées

Ceci nécessite de revoir le dispositif de permanence des soins pour **la cardiologie** en préconisant :

- une garde pour chaque USIC, conformément aux normes
- une astreinte pour chaque centre de cardiologie interventionnelle figurant au schéma
- le maintien des astreintes de cardiologues reconnues dans les centres hospitaliers ne disposant pas d'USIC.

Pour les **maternités**, sont en gardes :

- les pédiatres des maternités de niveau IIb et III
- les gynécologues des maternités de niveau I et IIa supérieures à 1 500 naissances et des maternités de niveau IIb et III
- les anesthésistes des maternités de niveau I et IIa supérieures à 1 5000 naissances (garde dédiée au-delà de 2 000 naissances) et des maternités de niveau IIb et III

Dans les autres cas de figure le gynécologue, l'anesthésiste et le pédiatre sont d'astreinte ou d'astreinte dédiée.

Objectif opérationnel 6 Encourager les coopérations dans une logique d'optimisation des ressources médicales

La réalisation de cet objectif passe par :

- la constitution **d'équipes médicales de territoire**, portées par les GHT
- une plus grande association des **médecins libéraux** à la PDES. La participation des libéraux pourra prendre plusieurs formes. Parmi ces différentes formes, figure **l'astreinte partagée** entre un établissement public et un établissement privé. Il conviendra que chaque astreinte partagée fasse l'objet d'une convention entre les deux établissements, approuvée par l'ARS, décrivant le fonctionnement de l'astreinte et proposant des indicateurs de suivi. Pour les astreintes partagées entre deux plateaux techniques, il conviendra de s'assurer de la bonne information des SAMU des tableaux d'astreintes et de garantir le déplacement du spécialiste d'astreinte en cas de mauvaise orientation ou d'impossibilité de transfert du patient

Pour les **astreintes mutualisées d'anesthésie en nuit profonde** dans les pôles public/privé prévues au PRS 1, la priorité doit être donnée à la maternité. Là où la mutualisation n'est pas possible : par refus des anesthésistes du secteur public d'assurer l'anesthésie pour la chirurgie de la clinique (orthopédie et viscéral) ou par refus des anesthésistes libéraux d'assurer l'anesthésie en obstétrique, il est proposé d'attribuer la totalité de l'astreinte de nuit profonde à la maternité et, pour la chirurgie, de rémunérer les anesthésistes en appels exceptionnels avec versement du forfait nuit profonde en cas de mobilisation pour une intervention (ces appels ne pourront dépasser 50% des nuits)

Objectif opérationnel 7 Elaborer des projets territoriaux de permanence des soins en imagerie, utilisant la télé imagerie

L'objectif est d'organiser **une permanence des soins en imagerie**, au minimum à l'échelle du département

La **télé-imagerie** est le support nécessaire à cette organisation ainsi que l'association des radiologues libéraux.

L'activité **d'échographie** sera organisée, même en l'absence de radiologues, et pourra être centralisée sur les centres hospitaliers de référence.

A titre d'exemples, les cibles suivantes pourraient être retenues :

- Département de la **Vendée** : une astreinte ou garde dédiée au centre hospitalier de La Roche sur Yon, couvrant également les sites de Luçon et Montaigu en télé imagerie et 50% des astreintes pour les Sable d'Olonne, une astreinte opérationnelle assurée par les libéraux couvrant 100% des astreintes du centre hospitalier de Fontenay, 50% des astreintes du centre hospitalier des Sables, une astreinte pour le CH LVO.
- Département de la **Sarthe** : une garde dédiée au centre hospitalier du Mans, une astreinte couvrant le PSSS et une astreinte couvrant les sites de La Ferté Bernard, Saint-Calais, Château du Loir
- Département de la **Mayenne** : une garde pour Laval, couvrant également le centre hospitalier de Nord Mayenne et une astreinte pour Château-Gontier.
- Département du **Maine et Loire** : maintien du dispositif actuel avec la possibilité de mutualiser Saumur et Angers.
- Département de la **Loire-Atlantique** : mutualisation des astreintes d'Ancenis et de Châteaubriant avec Nantes et Saint-Nazaire, sous réserve d'une participation des groupes de radiologues libéraux.

Objectif opérationnel 8 Accompagner les établissements financièrement fragilisés par les surcoûts dus aux mesures d'attractivité pour des activités devant être maintenues

L'examen des situations se fera au cas par cas et les modalités d'accompagnement de ces établissements seront formalisées dans leur CPOM.

Si un soutien financier doit être apporté par l'ARS, il ne se fera pas avec l'enveloppe financière pour la PDES et il n'entraînera pas de modification du volet PDES du PRS2.

Objectif opérationnel 9 Assurer une bonne information des SAMU/SMUR sur l'organisation de la PDES et de ses évolutions

Garantir aux patients une bonne accessibilité à la PDES par la bonne information des SAMU/SMUR de l'organisation de la PDES dans la région

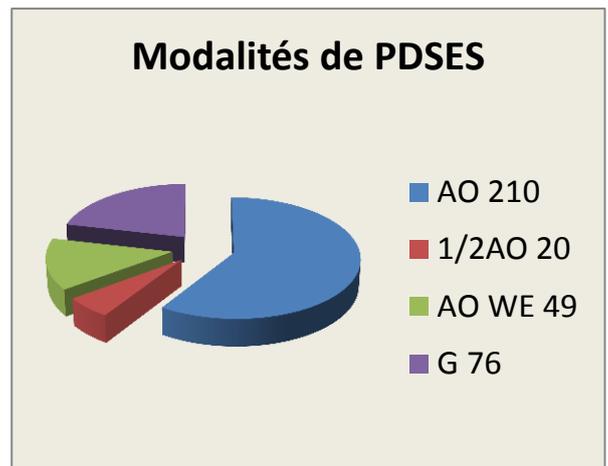
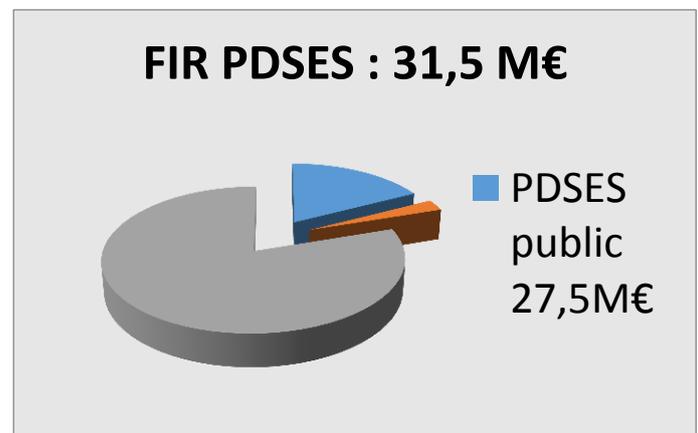
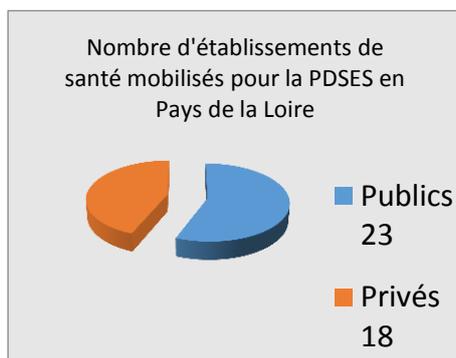


Figure 1 AO : Astreuse opérationnelle / 1/2 AO : Astreuse opérationnelle 20h minuit + WE et jours fériés / AO WE : Astreuse limitée au WE / G : Garde



Méthodologie des travaux

- **Enquête déclarative** sur les astreintes partagées : 4 répondants sur 8 établissements partageant au moins une astreinte
- **Enquête flash** par internet sur la PDSSES auprès des établissements de santé ayant au moins une ligne de PDSSES : 12 répondants sur 41 établissements
- **Analyse au fil de l'eau des courriers** des établissements portant sur la PDSSES
- **Interrogation du service « inspection » de l'ARS** sur les EIG lié aux soins

Sources bibliographiques

- Schéma de PDSSES de l'ARS Bretagne
- Schéma de PDSSES de l'ARS Centre Val de Loire
- Code de santé publique

Les livrets du PRS

Promotion Prévention Synthèse	Compétences Psychosociales des jeunes	Santé Environnement PRSE 3	Lutte contre les addictions				
Personnes âgées Synthèse	Accessibilité répartition des EHPAD	Bien vieillir à domicile	EHPAD de demain	Parcours personnes âgées	Prévention de la fragilité	Qualité sécurité Etablissements médicosociaux	Soutien aux aidants
Personnes handicapées synthèse	Diagnostic & accompagnement précoces	Scolarisation enfants handicapés	Jeunes & Protection de l'enfance	Accompagnement adultes handicapés	Insertion professionnelle & handicap	Accompagn & Polyhandicap	Accès aux soins & handicap
Accès aux soins primaires	Accès aux soins spécialisés	Accès aux soins non programmés	Permanence des soins ambulatoires	Hôpitaux de proximité	Equipes mobiles	Pertinence des soins	Formation par la simulation
Soins palliatifs	Autisme	Troubles des apprentissages	Accidents vasculaires cérébraux	Plan Maladies neuro-dégénératives	Stratégie numérique régionale	Ressources humaines pour la santé	Politique régionale des Investissement
Besoins sanitaires Synthèse	Médecine	Chirurgie	Gynécologie obstétrique	Santé mentale & psychiatrie	Soins de suite & réadaptation Synthèse	SSR cardio vasculaire	SSR maladies respiratoires
SSR addictions	SSR digestif	SSR Neurologie	SSR Locomoteur	Unités de soins longue durée	Cardiologie interventionnelle	Accès aux soins non programmés	Soins critiques Réanimation soins intensifs
Insuffisance rénale chronique	Assistance médicale à la procréation	Diagnostic prénatal	Traitement du cancer	Equipements & matériels lourds Imagerie	Biologie médicale	Permanence des soins en établissement	Hospitalisation à domicile