

**LE BESOIN URGENT:  
Quelle réponse? Quelle coordination?**

Les Urgences hospitalières vont-elles absorber ou supprimer la permanence de soins?

# PDS-A ou PDS-ES ?

- Dans les pays européens les plus proches de nous, quelque soit le dispositif de PDS mis en place et la régulation effectuée par un médecin ou par un para-médical :
- il y a 2 données constantes:
  - La nécessité de lutter contre l'encombrement des services d'urgence
  - La prise de conscience que le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire ne sont pas substituables mais complémentaires
    - . centres de soins primaires en Espagne et en Suède
    - . associations régionales de médecins libéraux en Allemagne
    - . coopératives de médecins aux Pays Bas et au Danemark
    - . centres médicaux sans rendez-vous du NHS au Royaume Uni
    - . servizio di continuità assistenziale en Italie

# PDS-A ou PDS-ES ?

- En France, qu'en est-il : Les Urgences hospitalières vont-elles absorber ou supprimer la permanence de soins?
- « Supprimer » certainement pas car la permanence de soins en tant que telle c'est-à-dire la nécessité d'une réponse médicale en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, ne disparaîtra pas.
- « Absorber » c'est effectivement la question que l'on doit actuellement se poser:  
Comment la PDS va-t-elle être effectuée à l'avenir :
  - en PDS Ambulatoire (PDS-A) par des médecins libéraux
  - en PDS en Etablissements de santé (PDS-ES) le plus souvent publics : Urgences hospitalières, par des médecins hospitaliers.

## PDS-A ou PDS-ES ?

3 questions doivent –être posées :

En France :

1) La PDS-ES peut-elle remplacer la PDS-A ?

1) La PDS-ES doit-elle remplacer la PDS-A?

2) La PDS-ES va-t-elle remplacer la PDS-A?

# 1) La PDS-ES peut-elle remplacer la PDS-A?

- Le code de santé publique: art 6315-1 définit:
  - Les horaires de la PDS : . Tous les jours de 20h à 8h
    - . Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
    - . Le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'il suivent un jour férié (en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante).
  - Les acteurs de la PDS: . Les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé
    - . Les médecins exerçant dans les associations de permanence de soins

- Donc **en règle générale**, la réponse est **NON**,

- **Sauf, dans certaines circonstances**, comme cela est précisé à la fin de l'article 6315-1 du CSP:

« En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence de soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé »



- Il faut donc, selon le CSP : 2 conditions cumulatives pour que la PDS-ES puissent se substituer à la PDS-A :
  - Pas ou peu de demandes de soins
  - ET une offre médicale insuffisante.
- Sinon: aux heures de PDS, ce sont les médecins de cabinet et les médecins d'association de PDS type SOS Médecins qui sont en charge de cette mission de service public.
- La décision de transfert de la PDS-A sur la PDS-ES dépend donc de l'évaluation par les ARS de ces 2 paramètres.

## 1.1 EVALUATION DE LA DEMANDE DE SOINS

- **Tout dépend de ce qu'on évalue:** de nombreuses possibilités, donc de nombreux biais:
  - Nbre de dossiers ouverts au seul SAMU-Centre 15 /tranches horaires ou incluant tous les centres d'appels interconnectés?
  - Nbre de dossiers ouverts par les seuls médecins régulateurs 15 généralistes ou généralistes + urgentistes ?
  - Nbre de recours au seul médecin généraliste de garde par le régulateur 15 ou/et une autre régulation libérale? (excluant conseils, envois d'ambulance ou de pompiers)?
  - Nbre d'effectifs réalisés par l'ensemble des médecins présents sur le terrain/tranche horaire?
  - Nbre de décisions de régulation incluant tous les types d'effectif (conseils, mmg, visites, transports)?
  - Nbre de demandes de soins globales incluant les demandes non régulées (Urgences CHU, MMG)?



## 1.2 EVALUATION DE L'OFFRE MEDICALE EXISTANTE

- Cette évaluation peut montrer des **situations très différentes**:
  - une absence totale de garde organisée faute de volontaires
  - Une absence de garde organisée sur certains horaires (2<sup>ème</sup> partie de nuit)
  - Des Maisons Médicales de Garde seulement ouvertes jusqu'à minuit
  - Des organisations Médecins Mobiles effectuant des visites incompressibles
  - Des associations de pds prenant en charge PDS et AMU non réanimatoire 24h/24, 365 j par an (visites à domicile + centres de consultation).
- Ces différentes situations **se répercutent sur l'évaluation** de la demande de soins:
  - S'il n'y a pas de médecins pour faire les actes et il n'y aura pas d'actes
  - S'il n'y a pas d'actes, il sera facile d'en déduire qu'il n'y a pas de demande

## 1.2 EVALUATION DE L'OFFRE MEDICALE EXISTANTE

- Selon le CNOM :
  - Diminution du nombre de volontaires pour assurer la pds
    - . En 2013: 2/3 des dép. ont un taux de volontaires sup à 60% contre 75% en 2012.
    - . Dans 22 départements, l'effectif a totalement disparu après minuit
- Pour les associations de PDS type SOS Médecins :
  - Pas de problèmes de volontariat
    - . Création chaque année de nouvelles associations: SOS La Rochelle en 2010, SOS Ajaccio en 2011, SOS St Quentin en 2012
    - . Nbre de médecins SOS en augmentation de 15% sur les 5 dernières années (sup à 1000)
    - . Couverture populationnelle en visite et/ou consultation : 60% de la population métropolitaine

## 1.3 LES BIAIS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation quantitative de la demande de soins et de l'offre médicale présente donc 2 biais qu'il convient de démasquer:

- la sous-évaluation de la demande : s'il n'y a pas de pds organisée ou seulement mmg jusqu'à minuit, le régulateur n'a à sa disposition que le conseil ou le transport et l'évaluation sous-estime la demande si celle-ci ne comptabilise que les actes effectués.
- la sous-évaluation de l'offre de soins et donc du service médical rendu par l'ambulatoire là où est présent une association de pds qui prend en charge actes de pds + amu non réanimatoire + ce qui est hors pds (certif décès, prison etc...) et qui a son propre centre d'appels avec sa régulation si ne sont comptabilisés que les actes de pds demandés par le Centre15.

## 2) La PDS-ES doit-elle remplacer la PDS-A?

2 éléments à prendre en considération:

- L'intérêt du patient
- Le coût pour la collectivité

## 2.1 L'INTERET DU PATIENT

1. **PDS-A** = nombreuses possibilités d'effection à la disposition du régulateur:

- Examen médical en **Maison Médicale de Garde** ou en **Centre de consultation de PDS** (SOS Médecins)

(Samedi a-m, dim. et fériés, nuit en général jusqu'à minuit)

- **Visite à domicile** avec expertise médicale au lit du patient, (médecins mobiles, associations SOS Médecins)(tous horaires pds)

- conseils, hospitalisations etc...

**Possibilité de maintien à domicile**

**Hospitalisation uniquement si nécessaire,** (inférieure à 10% pour SOS Médecins)

Importance ++ pour les 2 extrêmes de la vie: **nourrissons, personnes âgées**



## ETUDE ETANP Congrès Urgences 2014 Paris (05.06.2014) (Inserm)

- Évaluation, en Permanence de Soins, de la Typologie des Appels des structures SOS Médecins, la Nuit Profonde, entre 0h et 7h : étude rétrospective sur 2011 et 2012 sur un panel de 20 associations SOS Médecins, couvrant une population de 8 Millions d'habitants, réparties sur l'ensemble du territoire français. Elle concerne 220 235 interventions.
- Les demandes d'intervention médicale durant la nuit profonde en France sont nombreuses (0,5 actes par heure de nuit profonde pour 100 000 habitants). Elles sont parfois complexes et le conseil téléphonique ne suffit pas toujours. Quand cela est possible, l'examen médical au lit du patient précise les hypothèses diagnostiques.
- Classes d'âge: inférieurs à 15 ans: 25,5% dont 36% enfants de – de 2ans  
supérieurs à 75 ans : 14%  
39.5% des appels concernent les 2 extrêmes de la vie
- Taux global d'hospitalisation: 5,92%



## ETUDE ETANP Congrès Urgences 2014 Paris (05.06.2014) (Inserm)

Après Régulation médicale des appels:

- Analyse des motifs d'appels : 39,2% des appels sont classés « Urgents » lors de la prise d'appels pour un taux final d'hospitalisation de 9,13%.
- Analyse des diagnostics de fin d'intervention: 25.15% des appels sont classés « Urgences non réanimatoires » avec un taux d'hospitalisation de 15,71%
- **Intérêt du déplacement du médecin:**
  - . 54.6% des motifs « urgents » sont requalifiés « PDS » après passage du médecin et ont un taux d'hospitalisation ramené à 6,01%
  - . 14.04% des motifs « pds » sont requalifiés « Urgences non réanimatoires » avec un taux d'hosp. de 15.74% (idem aux motifs et dg concordants UNR)

ETUDE ETANP Congrès Urgences 2014 Paris (05.06.2014) (Inserm)

**-L'absence de PDS-A est susceptible de générer un nombre important d'envois aux Urgences qui pourraient être évités par le déplacement d'un médecin au domicile du patient (40% versus 10% ).**

**-L'absence de PDS-A peut entraîner un retard de prise en charge de 15% des demandes de soins non évaluées « urgents » lors de la prise d'appels.**

- Quelques situations particulières nécessitant le déplacement du médecin:

- Problèmes des soins palliatifs, de la fin de vie
  - Soins Psychiatriques sous contrainte: SPDT, SPDRE
- **Actes médicaux ne faisant pas partie de la PDS** mais effectués par les médecins des associations de PDS type SOS Médecins
- Certificats de décès
  - HAD
  - Examens médicaux des personnes gardées à vue
  - PDS en milieu carcéral

2. PDS-ES = Choix binaire pour le régulateur :

- **Conseil médical** ou

- **Déplacement du patient vers les Urgences Hospitalières.**

. MMG ferment à minuit

. Nb de prises en charge ne peuvent être différées mais ne nécessitent pas un passage aux Urgences:

. Adultes: Douleur abdominale aiguë, colique néphrétique, colique hépatique, douleur thoracique atypique (ECG à domicile), OAP ...

. Enfants: Bronchiolite, laryngite, crise d'asthme (nébulisation à domicile), fièvre élevée, otalgie sur OMA.

. Risque médico-légal plus important

« Ce qui nous pose problème, ce sont les personnes très âgées, en maison de retraite, qui ont une difficulté respiratoire. A partir de 2h, il n'y aura pas d'autre solution que de les laisser attendre le lendemain, ou une hospitalisation aux Urgences !

Et les urgences, c'est un endroit déstabilisant. On sait que ce n'est pas obligatoirement leur rendre service. »

Directeur SAMU 59 (28.01.2012)



« L'hospitalisation d'une personne âgée ne doit être qu'une solution de dernier recours, pour lui éviter le traumatisme de quitter son univers, qu'il s'agisse d'une personne vivant à son domicile, ou résidant en EHPAD. Or les obstacles rencontrés en EHPAD pour obtenir une consultation médicale en dehors des heures ouvrables sont souvent cause d'hospitalisation. »

Document SROS annexé au Cahier des Charges PDS-A Nord-Pas de Calais



Epidémie saisonnière de Bronchiolite : Retex Hôpital en tension.

« Tout doit être fait pour favoriser la prise en charge initiale des enfants par la Médecine de ville, y compris pendant les horaires de permanence de soins, afin d'éviter l'arrivée aux Urgences Pédiatriques d'enfants dont l'état ne nécessite pas l'hospitalisation mais qui engorge le service»

Service Urgences Pédiatriques CHU Nantes

## 2.2 LE COÛT POUR LA COLLECTIVITE

### 1. PDS-A : 2 situations:

- Zones à forte densité de population (milieu urbain et péri-urbain):

Coût = astreinte minimum (150€ pour 12h Arrêté Ministériel 20/04/2011) + coût des actes (coût acte moyen de pds pour SOS Médecins 63€ (45% VRD, 40% VRN, 15% VRM)).

A noter que les MMG travaillant en CRD et CRN modifient peu le résultat puisque le différentiel n'est que de 3,50€ entre la visite à domicile et la consultation en MMG.

- Zones à faible densité de population (milieu rural), secteurs de garde étendus: astreinte plus élevée et moins d'actes (ce qui augmente le coût moyen par acte)

## 2. PDS-ES : 2 coûts à prendre en considération:

- celui du **transport** : . Transport sanitaire ambulancier (250€)  
. Pompiers (CdC : 900€/h)
- Celui du **passage aux Urgences** (CdC : 191€ en moyenne)

Coût unitaire : 450€ à 600€

Assurance Maladie : Le Virage Ambulatoire = Gisement d'économies:  
« Eviter les séjours en milieu hospitalier et donner un rôle accru à la médecine de ville » (juillet 2014)

Août 2014: Rapport Interministériel (Intérieur et Santé) évaluant le référentiel d'organisation du secours à la personne et de l'aide médicale urgente.

« Dans le cadre des 10 milliards d'économie demandés aux collectivités territoriales d'ici 2017, les services de secours devront rationaliser leurs coûts et réduire leur nombre d'interventions ».

« Le rapport propose donc une réduction des motifs de sortie des pompiers et des SAMU pour faire face à cette inflation d'appels, sans exploser le budget ».

## La régulation médicale des appels permet-elle de se passer de PDS-A?

**NON**, la régulation médicale ne peut pas être la réponse univoque au Besoin Urgent : il faut examiner les patients!!!

La régulation médicale a pour but d'apporter au patient la réponse la plus adaptée au problème médical posé.

Limiter les moyens d'effection pour le médecin régulateur

- au seul conseil médical
- ou à l'envoi du patient aux Urgences du Chu

ne génère pas d'économie (coût de la régulation, des transports, des passages inutiles aux Urgences) mais augmente le risque médico-légal.



## 2.3 RESULTATS

- Le **service médical rendu** et le **coût pour la collectivité** sont au bénéfice de la PDS-A:
  - Problème du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (problème dont l'importance va aller en s'accroissant avec la démographie et l'augmentation du nombre de personnes âgées)
  - Problème de l'engorgement des Urgences
  - Problème des maladies nosocomiales, traumatisme du déplacement
  - Problème des visites incontournables



- Dans les zones urbaines et péri-urbaines où la densité de population permet l'implantation d'une association de pds, la PDS-A permet de cumuler le service médical rendu et les économies pour la collectivité.
- Dans les zones rurales à plus faible densité de population, le coût unitaire par acte de la PDS-A peut se rapprocher de celui de la PDS-ES mais le service médical rendu aux patients, la réalisation des visites incompressibles, la diminution des hospitalisations justifie la préservation d'une PDS-A dès lors qu'il y a des médecins en mesure de l'effectuer.

### 3) La PDS-ES va-t-elle se substituer à la PDS-A ?

Cela n'est pas souhaitable, mais c'est un danger qu'il ne faut pas sous-estimer compte-tenu des décisions récentes prises par certaines ARS.

Pour maintenir la PDS-A, il y a plusieurs conditions:

- Il faut que la Médecine Libérale soit décidée à défendre la Permanence de soins Ambulatoire et soit motivée pour le faire.
- Il faut que les ARS respectent les textes législatifs et réglementaires.
- Il faut mesurer au mieux les besoins: Les demandes de soins étant toujours présentes, il faut en faire une juste et précise évaluation dans leur globalité.
- Il faut apprécier le service médical rendu à sa juste valeur

- **Il faut agir positivement auprès des acteurs médicaux:**
  - formation des étudiants à la PDS au cours de leurs stages de fin d'études (Difficultés rencontrées pour les médecins de SOS à être Maitres de stage)
  - Reconnaissance , valorisation et promotion des associations de permanence de soins qui ont un rôle important également dans la Continuité des soins
  - Aide à la création d'associations de PDS, de médecins mobiles en zones rurales
- **Il faut garder un caractère réversible aux décisions de passage en PDS-ES**

# **CONCLUSION**

**Aux 3 questions posées en Introduction, la réponse est :**

- 1) La PDS-ES peut-elle remplacer la PDS-A ? Non sauf exception.**
- 2) La PDS-ES doit-elle remplacer la PDS-A? Non sauf en dernier recours, quand il n'y a pas d'autre solution.**
- 3) La PDS-ES va-t-elle remplacer la PDS-A? Espérons que Non et battons-nous dans l'intérêt des patients pour qu'il n'en soit pas ainsi, cela reste un des grands enjeux de la Médecine Libérale de demain.**