

Organisation de la permanence des soins en établissement de santé en Occitanie

Cahier des charges contractuel
Novembre 2018

Préambule

La Permanence des soins (PDS), faisant partie des obligations du service public hospitalier, donne compétence au Directeur Général de l'ARS pour l'organisation territoriale et l'attribution de ces obligations.

La PDS concerne le champ de la Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et englobe l'ensemble des établissements quel que soit leur statut.

La PDS 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 au plus tard, et ce jusqu'à 8 h du matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDS se différencie de la continuité des soins. Cette dernière est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé d'assurer la prise en charge des patients déjà hospitalisés ou au décours d'une hospitalisation en lien avec celles-ci.

Ainsi, l'établissement éligible au titre de la PDS est dans l'obligation d'assurer la continuité des soins au sein de son établissement.

La non éligibilité au titre de la PDS n'exonère pas l'établissement d'assurer toute prise en charge ou l'orientation de tout patient qui se présenterait à lui.

Les trois modalités de permanence des soins possibles en établissement de santé sont les suivantes : Gardes sur place (G), Astreintes Opérationnelles (AO), Astreintes de Sécurité (AS).

Une astreinte de sécurité correspond à une astreinte moins mobilisée où les déplacements sont peu fréquents, alors que pour une astreinte opérationnelle les déplacements sont fréquents.

Le volet PDS du Projet Régional de Santé de deuxième génération (PRS 2) d'Occitanie en vigueur définit les principes généraux et les volumes globaux de gardes et astreintes par département et pour les différentes spécialités concernées (objectifs quantifiés de l'offre de soins).



1- Objet du cahier des charges

L'objectif du présent cahier des charges est de rappeler et préciser les éléments fixés dans le volet PDS du PRS 2 de manière à permettre la contractualisation individuelle des établissements de santé avec l'Agence Régionale de Santé Occitanie sur cette thématique dans le cadre du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM).

2- Engagements des établissements et des professionnels de santé

Le présent document décrit les engagements et obligations de l'établissement et des médecins, biologistes et pharmaciens intervenants dans l'accomplissement de la mission de PDS, conformément aux dispositions de l'article L.6112-2-I, pour lequel l'établissement est habilité de droit ou par l'ARS à assurer le service public hospitalier (Art. L. 6112-3), ou associé au service public hospitalier (Art. L. 6112-5).

- **Garantir l'accessibilité financière aux soins**

Les patients pris en charge au titre de la PDS le sont aux tarifs conventionnels opposables sans reste à charge, conformément à l'article L.66112-2 du code de la santé publique.

L'établissement ne pourra facturer aucun supplément de séjour dans ce cadre, en dehors du forfait journalier ou de suppléments de confort directement sollicités par le patient.

Les professionnels s'engagent également à fournir l'ensemble des prestations nécessaires à la prise en charge des patients, et ceci durant tout le séjour, aux tarifs conventionnels opposables.

- **Garantir la permanence de la prise en charge**

L'établissement et les médecins, biologistes et pharmaciens garantissent, aux heures de la PDS, la permanence de l'accueil et de la prise en charge du patient et, si nécessaire, de son orientation vers un autre établissement pour les obligations du service public hospitalier qui leur ont été attribuées.

La sécurité du dispositif de PDS, mis en place au travers de l'organisation régionale, repose sur une absence de carence des établissements et des médecins, biologistes et pharmaciens pour les obligations du service public hospitalier, chacun pour ce qui le concerne.

Dans ce cadre, l'établissement et les médecins, biologistes et pharmaciens intervenant dans la PDS répondent à toutes les sollicitations, lorsque la pathologie présentée par le patient relève de la spécialité visée.

- ✓ **absence de refus**

Les établissements, les médecins, les biologistes et les pharmaciens s'engagent ainsi, dans le champ des obligations de service confiées, sur un principe d'absence de refus de prise en charge vis-à-vis des patients qui se présentent spontanément ainsi que vis-à-vis de leurs partenaires : régulation médicale et autres établissements n'assurant pas la PDS totalement ou partiellement sur ce même champ des obligations de service.

Ce principe d'absence de refus de prise en charge ne peut être retenu que dans la limite où l'établissement dispose des équipements et compétences médicales adaptées à l'état de santé du patient dans le respect de la réglementation en vigueur.

De même, ce principe sera levé en cas de situations exceptionnelles ou de crise grave touchant l'établissement.



✓ Orientation des patients

Lorsque le patient se présente dans la structure des urgences et nécessite le recours à une spécialité pour laquelle l'établissement ne dispose pas de PDS, il est accueilli et pris en charge par les médecins des urgences.

Avant tout transfert, l'établissement et les médecins s'engagent à réaliser, si nécessaire, les premiers traitements et explorations, selon les équipements dont il dispose.

Cette orientation sera réalisée en priorité vers un établissement disposant d'une PDS sur la spécialité concernée et suivant les parcours de soins qui seraient définis dans les territoires de santé, dans le respect du libre choix du patient.

Lorsque l'établissement reçoit un patient, adressé par un autre établissement disposant d'un service d'urgence, dans le cadre de la spécialité pour laquelle il bénéficie d'une mission de PDS, celui-ci est admis autant que possible directement dans le service adapté à sa prise en charge, en évitant un deuxième passage par la structure des urgences, sachant que le second passage n'a pas lieu d'être facturé.

En cas d'acte chirurgical indiqué mais reporté, tout re-transfert vers un autre établissement sera considéré comme un refus de prise en charge, sauf demande expresse du patient ou de la personne de confiance qu'il a désignée.

Si l'établissement adresseur ne dispose pas d'un service d'urgence, le patient est pris en charge selon le circuit habituel défini par l'établissement et l'équipe médicale.

✓ Garantir la sécurité de la prise en charge

L'établissement ou les groupes d'établissement doivent s'assurer que le médecin compétent désigné est bien celui qui assurera la ligne de PDS. Ce médecin ne peut pas déléguer à l'un de ses confrères qui ne disposerait pas des diplômes et qualifications requises, la responsabilité de cette ligne de PDS. La réglementation impose pour les médecins en astreinte opérationnelle un délai d'intervention compatible avec l'impératif de sécurité.

3- Organisation de la PDS entre établissements

Les établissements ou groupes d'établissement participant à cette organisation devront communiquer à l'ARS et au CRR (centre de réception et de régulation des appels) du SAMU dans les meilleurs délais, et avant mise en œuvre, l'organisation choisie pour répondre à la PDS dans la spécialité concernée. Ce choix devra être pérenne. Il sera spécifié dans l'annexe spécifique du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Toute modification majeure de cette organisation fera l'objet d'un avenant au CPOM.

✓ Les lignes d'astreintes mutualisées

Astreinte organisée sur un seul établissement

Elle permet aux médecins, biologistes et pharmaciens volontaires de l'établissement associé de venir participer à la permanence des soins au sein de l'établissement de référence pour cette astreinte (ou établissement siège).

L'établissement siège de la permanence des soins organise la participation et la rémunération des médecins volontaires de l'autre établissement, aux astreintes, dans la spécialité faisant l'objet de la mutualisation.



Astreinte alternée entre établissements

Elle implique un accueil alterné des patients au sein de chaque établissement aux heures de la PDS pour la spécialité concernée. Cette alternance sera hebdomadaire du lundi à 8 h 00 au lundi suivant à 8 h 00.

Un planning de la répartition des astreintes entre établissements, semaine après semaine, sera élaboré en concertation entre eux, et adressé aux responsables du SAMU et à l'ARS.

Ce planning sera élaboré pour une période annuelle et transmis au plus tard un mois avant sa mise en œuvre. Toute modification éventuelle fera l'objet de la même procédure sans délais.

Dans le cas où un patient présente une urgence concernant plusieurs organes, dont celui concerné par l'astreinte alternée, **ou nécessitant une prise en charge complexe**, il sera dirigé vers l'établissement capable de répondre au besoin de soins le plus immédiat avec le plateau technique le plus adapté à la situation. Dans ce cas, le praticien de la discipline faisant l'objet d'une astreinte alternée pourra être appelé à se déplacer auprès du patient pour prendre en charge la pathologie correspondant à sa spécialité. La régulation est aussitôt informée du déplacement, afin de pouvoir réguler les urgences suivantes.

✓ Les demi lignes ou tiers de ligne d'astreintes non mutualisées

Certaines lignes sont définies à hauteur de « 0,5 » ou « 0,3 » : la mutualisation entre établissements doit être systématiquement recherchée sur le territoire de santé considéré (cf. paragraphe précédent).

Si cette mutualisation ne peut pas être réalisée, les modalités de sa mise en œuvre devront être spécifiées dans l'annexe PDS du CPOM.

✓ PDS à vocation territoriale ou régionale

Les établissements réalisant une permanence des soins dans une spécialité donnée à vocation territoriale ou régionale seront à préciser dans l'annexe PDS du CPOM ; les établissements communiqueront au CRRA du SAMU, avant mise en œuvre, les spécialités pour lesquelles cette PDS à vocation territoriale ou régionale a été mise en place. Ce choix devra être pérenne et tout changement éventuel sera signalé sans délai à l'ARS et au CRRA du SAMU.

4- Financement

Le financement de la PDS est assuré par le Fonds d'Intervention Régional (FIR). La valeur unitaire des gardes (G), astreintes opérationnels (AO) et astreintes de sécurité (AS) est fixée réglementairement.

Les établissements participant à la PDS se verront attribuer un financement spécifique correspondant au nombre et aux types de lignes de permanence des soins concernées (G/AO/AS).

Chaque année, une décision annuelle de financement précisera le montant accordé. Il est déterminé sur la base du nombre prévisionnel de plages assurées du 1^{er} janvier au 31 décembre (nuit/jours fériés/dimanche/samedi après-midi) valorisé par les tarifs en vigueur.

Dans le **cas de la non effectivité de la réalisation de la PDS** dans la spécialité concernée, l'établissement devra en informer sans délais l'ARS (BAL : ars-oc-dosa-autorisations-contractualisation@ars.sante.fr) et le SAMU et en préciser la durée.



5- Suivi et évaluation de la PDS

✓ Comité Régional Occitanie de Suivi de la PDS (CROSPDS)

Les différentes étapes relatives au suivi et à l'évaluation de la PDS font l'objet d'une concertation régulière dans le cadre d'un Comité Régional de Suivi de la PDS regroupant, en particulier, les fédérations de l'hospitalisation (FHF Occitanie, FHP Occitanie et FEHAP Occitanie) et l'URPS Occitanie ainsi que des représentants du secteur des urgences hospitalières.

✓ Suivi et évaluation de la PDS

L'établissement participant à la PDS en établissement de santé s'engage à participer à l'évaluation du dispositif. Les résultats de l'évaluation feront l'objet d'une présentation régulière devant le CROSPDS.

Les modalités d'évaluation et de transmission sont précisées dans le tableau ci-après.

Ces indicateurs pourront, le cas échéant, être complétés d'éléments qualitatifs.

6- Contrôle de la PDS

Au-delà de la démarche de suivi et d'évaluation, des contrôles pourront être réalisés par les services de l'Agence Régionale de Santé.

Leur nature pourra prendre différentes formes (contrôles aléatoires, inspections, audits, enquêtes). Les principes généraux de ces démarches seront présentés au préalable en CROSPDS.

7- Evolution de la PDS

Tel que notifié dans le PRS 2018-2022, le volet PDS pourra faire l'objet d'une révision à tout moment dans les conditions réglementaires prévues et fera l'objet de consultations du CROSPDS.

Les évolutions peuvent concerner :

- Le cadre réglementaire et technique,
- Les modifications de l'organisation des soins dans un territoire,
- Toutes les formes de mutualisation de la PDS entre les établissements, dès lors qu'elles répondent aux objectifs du PRS; elles constituent en effet une priorité majeure pour l'ARS. Cette réflexion doit notamment prendre en compte la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire et toutes les mutualisations territoriales.

Pour répondre à ce dernier point, des thématiques pourront être choisies pour faire l'objet de travaux complémentaires de mutualisation, territoire par territoire.



	Activité des urgences	Activité relevant de la PDS	
Champ	Urgences	Pour les activités non réglementées et médicotechniques du CPOM (hors activités réglementées)	Pour l'ensemble de l'activité PDS du CPOM (activités réglementées, non réglementées et médicotechniques)
Précision méthode		Pour chaque activité de la PDS, les indicateurs de suivi suivant seront recueillis mensuellement par l'établissement en différenciant la nuit / week-end (jours fériés inclus) .	
Indicateurs	Nombre total des passages aux urgences, dont la proportion en % durant la période de la PDS et en période de nuit profonde (0h à 8h). (Source : ORU / établissement)	Le nombre de sollicitations sans déplacements (ex : avis <i>inter spécialité, avis médecin généraliste, avis urgences... par téléphone, via internet...</i>) (Source : à mettre en place dans l'établissement)	Nombre de refus et motifs (Source : colligés annuellement par le SAMU)
	Nombre de patients hospitalisés à partir des urgences, dont la proportion en % durant la période de la PDS et en période de nuit profonde (0h à 8h). (Source : ORU / établissement)	Le nombre de déplacements (Source : à mettre en place dans l'établissement)	Les réclamations des usagers et/ou les signalements de professionnels de santé des établissements de santé (Source : colligés annuellement par l'établissement et par l'ARS)
	Nombre de passage aux urgences par spécialités (ex : ortho, viscéral, cardio...) ; Nombre de passages aux urgences hospitalisés par spécialité (ex : ortho, viscéral, cardio...) (Source ORU / établissement)		
Modalités de communication à l'ARS Occitanie	Ces indicateurs d'activité des urgences des établissements de santé seront produits par l'ORU Occitanie, au vue des données recueillies par les établissements dans leur SI	Ce recueil sera à mettre en place par l'établissement et réalisé dans un fichier Excel (selon le modèle défini par l'ARS) à adresser semestriellement au plus tard à J+30 à l'adresse électronique de l'Agence Régionale de Santé réservée à cet effet (ars-oc-dosa-autorisations-contractualisation@ars.sante.fr).	Ce recueil sera à transmettre par l'établissement semestriellement au plus tard à J+30 à l'adresse électronique de l'Agence Régionale de Santé réservée à cet effet (ars-oc-dosa-autorisations-contractualisation@ars.sante.fr).
Indicateurs en attente (Ces indicateurs – dont l'intérêt est relevé - doivent faire l'objet d'un travail complémentaire de la part du Comité de suivi de la PDS)		Le nombre de patients pris en charge et préciser le %: - arrivés directement, - arrivés via le Samu ou orienté par une structure de médecine d'urgence	
		Le nombre de patients hospitalisés	
		Le nombre d'interventions chirurgicales	



