

**Contribution commune de :**

**Présidents de CME d'établissements privés Grand Est**

**FHP Grand Est**

**URPS ML Grand Est**

**au**

**Schéma Régional de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé.**

La Permanence des Soins en Etablissements de Santé, encore appelée PDSSES, est définie comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients la nuit à partir de 18h30 ou 20h (le plus souvent) jusqu'à 8h du matin et, les week-ends (hors samedi matin) + jours fériés. Ces patients ne sont pas déjà suivis dans une structure de soins d'un établissement de santé, en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence.

Elle vise à assurer un accès équitable aux soins, même en dehors des heures de travail habituelles.

La Permanence des Soins en Etablissements de Santé entre dans le cadre des missions de service public et se distingue de la continuité des soins.

La Permanence des Soins en Etablissements de Santé est née d'une volonté des pouvoirs publics d'apporter une réponse à la demande de soins urgents à tous à toute heure et partout. La mise en place de ce maillage territorial encourage les acteurs à la mutualisation et à l'optimisation des ressources à l'échelle du territoire dans une logique de responsabilité partagée entre les secteurs public et privé, le tout dans un contexte de démographie médicale en tension.

*L'organisation du système de santé a pour objectif de répondre à cette exigence mais pâtit néanmoins aujourd'hui d'une répartition déséquilibrée de la permanence des soins qui ne peut s'analyser uniquement à l'aune de la répartition des financements, d'une part parce que cette répartition est directement liée à la répartition des activités entre secteurs et d'autre part parce qu'une partie de la PDSSES assurée dans les établissements de santé privés n'est pas financée.*

La négociation du dernier volet de PDSSES dans le SRS 2018 – 2022 a ainsi donné lieu à une forte réduction des lignes, à des partages d'astreintes entre établissements, dans une logique résolument comptable. Les tensions en terme d'effectifs médicaux et la pénurie actuelle des personnels soignants nécessitent de reconsidérer cette logique.

En outre, le fonctionnement de la PDSSES est essentiel dans le désengorgement des urgences. Or il suscite de fortes inquiétudes dans un contexte de pression démographique croissante et d'une pénibilité de moins en moins acceptée. Dans son discours du 6 janvier 2023, le Président de la République appelait à une répartition plus équilibrée et coopérative des obligations de PDSSES, notamment entre établissements de santé des secteurs public et privé et le dernier rapport sur la permanence des soins en établissements de santé a mis en lumière des facteurs de risques importants notamment :

- La fragilité des organisations, le déséquilibre des contributions entre secteurs public et privés (plus de 80% des gardes dans le public) ;

- La difficulté à mettre en œuvre des organisations partagées ;
- Une évolution des attentes des professionnels, pour lesquels la maîtrise de leur temps de travail et l'articulation avec la vie personnelle prend une part croissante à côté des seules questions de rémunération

Cette situation appellerait à une rénovation des modalités d'organisation de la PDES, assortie d'une attention particulière aux enjeux démographiques.

La révision du volet de PDES du SRS 2023-2028 nous invite à s'interroger de manière plus globale sur le modèle à mettre en place intégrant les différentes composantes de l'accès aux soins non programmés.

La perspective d'organisations territorialisées et mieux partagées, accompagnées d'une meilleure reconnaissance des sujétions pourrait être dessinée.

Dans ce contexte, les Présidents de CME des établissements de santé privés, l'URPS Médecins Libéraux du Grand-Est et la Fédération de l'Hospitalisation Privée Grand-Est vous prient de bien vouloir trouver ci-dessous leurs propositions et points de vigilance:

- **Dissocier le périmètre de la permanence des soins de celle liée à la continuité des soins.** Cette dernière consiste à éviter toute rupture dans le suivi du patient pris en charge relevant d'une obligation déontologique et s'inscrivant dans un dispositif de proximité propre à chaque établissement et praticien. Cette notion est donc à distinguer de la PDES qui relève de la PEC de patients non pris en charge dans l'établissement. Ainsi, la Permanence des Soins en Etablissement de Santé entre dans le cadre des missions de service public. A ce titre il nous paraît pertinent de maintenir la distinction entre permanence des soins et continuité des soins. En outre les horaires de PDES mériteraient d'être reconsidérés en intégrant le **samedi matin**.
- **Mise en œuvre d'une approche territoriale dans l'organisation de la PDES ne devant pas se concevoir qu'uniquement à l'aune du GHT. Cependant, la mise en place d'une PDES territoriale ne peut se réaliser qu'à la condition que les médecins puissent évoluer dans leur environnement habituel d'exercice pour des raisons de qualité et sécurité des soins évidentes.** Il est indispensable de privilégier une PDES au sein de l'établissement du praticien notamment pour les PEC chirurgicales et ce afin de limiter la prise de risque de l'effecteur et la perte de chance pour le patient. Ce principe général doit être édicté même si **par exception** des organisations locales peuvent être trouvées entre les acteurs.  
L'intervention au sein d'autres établissements, dont publics, paraît beaucoup plus aléatoire et source de multiples difficultés, ne serait-ce que la place des internes ; cette option doit relever de choix individuels, ce qui n'exclut pas la possibilité de mutualiser, le cas échéant, certaines lignes d'astreintes.
- **Etablir une cartographie complète de l'accès aux soins non programmés.** En préambule à toute réflexion sur une organisation, un diagnostic des besoins est fondamental. Sous l'égide des DT, un état des lieux territorial partagé doit être réalisé en présence de tous les acteurs.
- **Reconnaître, en équité, tous les acteurs pour les missions qu'ils réalisent :** équité d'accès aux lignes de PDES et équité de financement. Il serait pertinent de déterminer le **nombre raisonnable de praticiens nécessaires** pour assurer une ligne d'astreinte, une ligne de garde sur place, en tenant compte du statut des effecteurs impliqués [praticiens seniors, praticiens juniors, internes]. Il paraît également indispensable d'établir clairement et sans attendre le terme de l'élaboration du schéma les modalités de rémunération de la participation des praticiens libéraux à la PDES intelligibles et à la hauteur de leur investissement.

Mais également, les établissements de santé doivent pouvoir bénéficier d'un financement à la participation à la PDES qui ne peut pas être celui du GHS dont l'objet est la rémunération d'un séjour programmé dans le cadre d'une organisation « normale ».

- **Tenir compte du statut des établissements siège de SAU et de ceux n'en disposant pas.** En effet, l'organisation ne peut être identique. La prise en charge de patient relevant d'une urgence en dehors des horaires habituels de fonctionnement des établissements nécessite une organisation spécifique avec les moyens humains et matériels permettant d'assurer un soin optimal et sécurisé. L'orientation vers les établissements sans SAU par les structures de régulation ne peut se concevoir que dans les limites des compétences spécifiques des équipes répertoriées volontaires et de la présence ou absence d'unités de soins critique.
- **Pérenniser les services d'accueil des urgences privés** (par leurs financements, par les autorisations et l'octroi de toutes lignes de PDES (spécialités) compatibles avec leurs activités pour assurer l'aval de ces services. Ainsi, la reconnaissance de lignes d'astreintes et de garde pour chaque spécialité concernée est nécessaire. Également, la reconnaissance des lignes d'imagerie est logique et indispensable.
- **Reconnaître l'ensemble des activités qui exigent normativement pour leur mise en œuvre l'organisation de la permanence des soins et les financer.** Les établissements de santé privés détiennent des activités avec des permanences des soins réglementées (qu'elles réalisent donc sous peine de se voir retirer leurs autorisations) alors que les praticiens qui les réalisent ne sont pas toujours rémunérés.
- **Avoir une régulation neutre.** Les acteurs privés sont trop souvent écartés dans l'orientation des patients. Quand ils ne le sont pas, il est régulièrement observé une orientation de patients sans lien avec les plateaux techniques et activités.  
Il conviendrait que la régulation soit faite de manière plus neutre avec une répartition plus équilibrée des libéraux et du public au sein des structures de régulation et une gouvernance en conséquence.  
La mise en place de logigrammes décisionnels de régulation permettant une orientation cohérente, compatible avec les capacités d'accueil, les activités et la disponibilité des équipes au sein des établissements concernés, viendrait compléter ces plateformes de régulation territoriale dans lesquelles seraient notamment associés les SAU et centres de soins non programmés privés.

**Pour l'URPS ML Grand EST**  
**Le Président**  
**Les Membres de la commission PDES**

**Pour les CME signataires**  
**Le Président CME HPNL Nancy**  
**Le Président CME Louis Pasteur - Essey les Nancy**  
**Le Président CME clinique Jeanne d'Arc - Lunéville**  
**Le Président CME clinique Saint Nabord**  
**Le Président CME polyclinique Courlancy - Bezannes - bleuets - Reims**  
**Le Président CME clinique Saint André Vandœuvre les Nancy**

**Pour la FHP GRAND EST**  
**Le Président**  
**Le Président Délégué Champagne-Ardenne**  
**Le Président Délégué Lorraine**  
**Le représentant FHP GE au GT ARS PDES**