

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »
Objectif n°3 : améliorer la qualité de prise en charge des patients par le système de soins

Indicateur n° 3-3 : Organisation de la permanence des soins et des services d'urgence.

1^{er} sous indicateur : Proportion de secteurs couverts par la permanence des soins en médecine ambulatoire en première partie de nuit.

Finalité : la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDS) est un dispositif qui doit permettre la prise en charge des demandes de soins non programmés par la médecine libérale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, soit :

- de 20 h à 8 h les jours ouvrés ;
- les dimanches et les jours fériés ;
- le samedi à partir de midi et les veilles de jours fériés, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département.

La permanence des soins est assurée dans chaque secteur selon le tableau départemental de permanence par des médecins libéraux exerçant dans les cabinets et les centres de santé ainsi que dans les associations de permanence des soins. Cette participation est volontaire, les médecins s'inscrivant, pour des dates précises. Le tableau départemental de permanence des soins est transmis au préfet qui en cas d'insuffisance constatée par le conseil national de l'ordre des médecins peut procéder aux réquisitions nécessaires.

L'enjeu du dispositif est d'apporter une réponse aux demandes de soins non urgents et non programmés, en tout point du territoire et à tout moment et d'éviter d'accroître le recours aux services d'urgences des hôpitaux pour des soins relevant d'une prise en charge ambulatoire.

L'indicateur doit permettre de s'assurer que l'accès à un médecin généraliste est possible pour la population, en particulier en première partie de nuit qui est la tranche horaire comprise entre 20h et minuit.

Construction de l'indicateur : il s'agit :

- du nombre de secteurs couverts par un médecin libéral sur la tranche horaire de 20h à minuit ;
- rapporté au nombre de secteurs arrêtés par le Préfet sur la tranche horaire de 20h à minuit.

La première partie de nuit est la période pendant laquelle les appels de permanence des soins sont les plus nombreux (les appels en 2^e partie de nuit sont pour leur part faibles).

Le recueil des éléments servant à calculer l'indicateur est effectué depuis 2005 par des enquêtes *ad hoc* réalisées par la DHOS auprès des Préfets de départements, et des conseils départementaux de l'ordre des médecins qui transmettent ces éléments aux DDASS. La périodicité des enquêtes (annuelle ou semestrielle) a été fonction de l'actualité des réunions des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPTS) et des évolutions réglementaires du dispositif de permanence des soins.

Aucune enquête n'a pu être réalisée pour 2007, le dispositif de permanence des soins étant alors en cours de réorganisation.

A partir de 2008 l'enquête a une périodicité annuelle et les données sont arrêtées au 31 décembre. Les questions ont été précisées notamment en vue de la construction du présent indicateur.

Réalisation de l'indicateur : la proportion de secteurs couverts par la permanence des soins en médecine ambulatoire lors de la première partie de nuit est donnée dans le tableau ci-dessous ;

Année	2005	2006	2007	2008	Objectif 2010
Nombre de départements	85	93	n.d.	90	
Nombre de secteurs couverts par un médecin libéral en 1ère partie de nuit	2345	2242	n.d.	2218	
Nombre de secteurs arrêtés par le préfet pour la 1ère partie de nuit	2475	2404	n.d.	2342	
Proportion de secteurs couverts par un médecin libéral en 1ère partie de nuit	94%	93%	n.d.	94%	100 %

Source : DHOS.

Alors qu'entre 2005 et 2006, le taux de couverture des secteurs pendant la première partie de la nuit avait diminué d'un point, il est revenu à 94 % en 2008. La couverture des secteurs de permanence des soins par de médecins libéraux et des associations est donc stable en moyenne période.

Selon des données de la CNAMTS, les dépenses de soins prodigués pendant l'ensemble des périodes de la permanence des soins en ville se sont élevées à 375 millions d'euros en 2008. Les trois quarts de ce total se rapportent à la permanence de soins organisées, soit les forfaits d'astreinte et de régulation (148 M€) et les prestations liées à l'activité régulée des professionnels de santé libéraux (122 M€).

S'agissant de la permanence des soins pendant la première partie de la nuit, il est à noter les actes régulés représentent seulement la moitié de l'activité pratiquée dans cette période. Par ailleurs, un médecin soumis à une astreinte au titre de la permanence des soins réalise en moyenne 2,4 actes par astreinte pendant la première partie de la nuit, et 3,4 actes sur l'ensemble de la plage horaire de la permanence des soins.

Précisions méthodologiques :

La précision et la qualité des données relatives au nombre de secteurs couverts dépendent du taux de réponse des préfets de département et des conseils départementaux de l'ordre des médecins. Il s'agit de données purement déclaratives.

Seules les données pour les départements ayant répondu cumulativement à la question du nombre de secteurs arrêtés et du nombre de secteurs couverts par un médecin libéral (ou une association de permanence des soins) sont comptabilisées.

En 2008 90 départements ont répondu cumulativement aux deux questions (contre 93 en 2006 et 85 en 2005).

Nombre de secteurs arrêtés

Le préfet après avis du CODAMUPTS organise la permanence des soins dans le département et élabore le cahier des charges départemental. Le département est divisé en secteurs, dont le nombre et les limites sont fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. a carte des

secteurs fait l'objet d'un réexamen annuel. Ainsi le nombre de secteurs est-il variable d'un département à l'autre et d'une année sur l'autre.

En 2008 on dénombre 2342 secteurs dans 90 départements. Ils étaient au nombre de 2404 secteurs en 2006 (pour 93 départements) et de 2475 en 2005 (pour 83 départements), soit un nombre supérieur à l'objectif de 2000 secteurs fixé dans l'instruction du 8 février 2008 relative à la mise en œuvre de l'avenant 27 à la convention médicale. Toutefois l'évolution d'une organisation de la permanence des soins est longue et suppose la mise en place de nouvelles collaborations et de nouvelles structures comme les maisons médicales de garde. Dans ce contexte, il est permis de penser que la baisse du nombre de secteurs sera plus importante en 2009.

Nombre de secteurs couverts par un médecin libéral

Un secteur est considéré comme couvert par un médecin libéral quand la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée par un médecin de garde ou d'astreinte, ou une association de permanence des soins.

Les enquêtes réalisées pour 2005 et 2006 ne permettaient pas de distinguer les secteurs couverts en permanence et ceux qui l'auraient été par intermittence.

Dans l'enquête sur les données 2008 réalisée par la DHOS, la notion de secteur couvert a été définie strictement comme une couverture systématique et pendant toute la plage horaire. En revanche, les données recueillies ne permettent pas de différencier les secteurs couverts par des médecins libéraux présents sur le tableau départemental de permanence de façon volontaire, des secteurs couverts par des médecins réquisitionnés par le préfet.

On observera que la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires confie aux nouvelles Agences régionales de santé la compétence de l'organisation au niveau régional de la permanence des soins.

Indicateur n° 3-3 : Organisation de la permanence des soins et des services d'urgence.

2^{ème} sous-indicateur : Temps de passage dans les structures d'urgence.

Finalité : l'indicateur ambitionne de contribuer à évaluer l'impact de la mise en œuvre du plan Urgences (2004-2007) sur la prise en charge des urgences à l'hôpital. La mise en œuvre du plan Urgences a permis, depuis 2004, de renforcer les services d'urgence hospitaliers, qui connaissent tendanciellement une augmentation sensible de leur activité (le nombre de passage aux urgences, qui s'élève à 15 millions en 2005, a doublé depuis 1990). Afin de mesurer l'impact des mesures du plan Urgences sur l'amélioration de la prise en charge des urgences, il avait été proposé dans un premier temps d'évaluer le temps d'attente dans les structures d'urgence des patients en situation d'urgence vitale, ce temps d'attente étant le délai entre l'heure d'arrivée aux urgences et l'heure du premier contact avec un médecin.

Comme prévu, cet indicateur a été testé en 2008 sur une cinquantaine d'établissements dans le cadre de l'évaluation de l'impact du financement du plan urgence. Cette évaluation a été menée par Compaqh (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière). Cependant, ces travaux n'ont pas pu déboucher sur la validation de l'indicateur en l'absence d'un recueil automatique des données relatives à l'heure du premier contact avec un médecin. En l'absence d'un tel recueil, seule la mise en place d'un relevé manuel ad hoc permettrait de disposer d'informations sur le temps d'attente. Deux obstacles majeurs ont été soulevés à l'encontre d'un tel relevé: il s'agit, d'une part, de l'incertitude quant à la fiabilité de données et, d'autre part, de l'excès de charge de travail que générerait un recueil manuel.

Dans ces conditions, il est proposé de faire évoluer cet indicateur vers un indicateur sur le temps de passage total aux urgences, c'est-à-dire sur le temps passé entre l'heure d'arrivée et l'heure de sortie du service d'urgence, selon les stades de gravité et en focalisant sur les patients pris en charge aux urgences qui retournent ensuite à leur domicile.

L'analyse de cet indicateur doit permettre d'impulser une réflexion quant à la capacité des structures des urgences à s'organiser et mettre en place les processus de prise en charge les plus adéquats pour apporter la meilleure réponse possible au patient dans un délai adapté à son état.

Précisions sur les mesures du plan Urgences : le plan Urgences s'attache à renforcer les structures en amont et en aval des structures d'urgences hospitalières : rénovation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, renforcement des équipes des Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) et des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR), amélioration des prises en charge en aval, et notamment pour certaines pathologies ou populations spécifiques, notamment les personnes âgées.

En outre, le plan comporte des mesures visant à renforcer les systèmes d'informatisation des structures de médecine d'urgence afin d'améliorer la prise en charge, réduire le temps d'attente et alimenter les serveurs régionaux de veille et d'alerte.

Résultats : l'informatisation des structures des urgences est un préalable nécessaire au recueil de l'indicateur.

Selon les résultats d'une enquête réalisée en 2008 par la DHOS en 2007, 63 % environ des services d'urgences et 66 % des passages aux urgences étaient déclarés informatisés. D'une nouvelle enquête réalisée en 2009 sur la situation en 2008, il ressort qu'un peu plus de 70 % des services d'urgence et 74 % des passages aux urgences étaient informatisés, ce qui traduit des progrès réguliers de l'informatisation des services

Par ailleurs, dès à présent les données relatives à l'heure d'arrivée et l'heure de sortie du patient peuvent être recueillies dans les services des urgences - à condition qu'ils soient informatisés - dans le « Résumé de Passage

aux Urgences » (RPU) qui est saisi pour chaque patient. Les obstacles au recueil de l'indicateur sur le temps d'attente évoqués plus haut ne seront donc pas rencontrés pour l'indicateur sur le temps de passage.

Construction de l'indicateur : commencée en mars 2009, l'élaboration de l'indicateur est confiée à COMPAQH (Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) qui a mis en place un groupe de travail composé de la DHOS, la SFMU (Société Francophone de Médecine d'Urgence) et l'ORU-MIP (Observatoire Régional des Urgences de Midi Pyrénées). Cette élaboration est réalisée dans un premier temps en s'appuyant sur trois bases de données mises à disposition (ORU-MIP, AP-HP, échantillon InVS) et en lien avec les travaux déjà engagés sur le sujet par la Meah et l'InVS). Ce travail vise, enfin, à être en cohérence avec les préconisations du Conseil National des Urgences Hospitalières.

Après les phases d'élaboration et de validation de l'indicateur, un travail méthodologique important restera à faire pour organiser la production standardisée du RPU et le traitement des données recueillies selon des modalités à préciser (modalités de recueil dans les structures des urgences elles-mêmes, modalités de remontées des données au niveau national, généralisée ou par enquête annuelle, modalités d'exploitation, etc...).