

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

Sous-indicateur n°3-3-1 : part des actes régulés aux horaires de permanence des soins

Finalité : conçue comme la pierre angulaire du dispositif de PDSA, le rôle de la régulation est d'assurer l'orientation médicale de chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert (aide médicale d'urgence, médecin de permanence, simple conseil médical, etc.) et de rationaliser le recours aux soins en le limitant aux seules interventions jugées pertinentes par le médecin régulateur.

Précisions sur le dispositif : la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA) 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,
- en fonction des besoins de la population, le samedi à partir de midi et les veilles ou lendemain de jours fériés lorsqu'ils précèdent ou suivent un week-end.

L'objectif du dispositif est d'apporter une réponse aux demandes de soins non programmés sur ces horaires particuliers, de façon adaptée aux besoins sur tout le territoire, et sans diminution de la qualité des soins, tout en évitant d'accroître le recours aux services d'urgence des hôpitaux pour des soins relevant d'une prise en charge ambulatoire. Dans chaque région, l'organisation de la permanence des soins est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé au sein d'un cahier des charges. Chaque région est divisée en territoires de permanence sur lesquels sont organisées les gardes des médecins. Le nombre et les limites de ces territoires sont fixés par le directeur général de l'agence régionale de santé en fonction de données géographiques, démographiques, de l'offre de soins existante et des modalités de gardes retenues.

Le dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire repose sur une régulation médicale téléphonique préalable à l'accès au médecin de permanence. En pratique, cette régulation est assurée soit par les centres de régulation hospitaliers (SAMU-Centre 15), au sein desquels la participation des médecins libéraux peut être organisée, soit par des centres de régulation libérale extérieurs au SAMU et interconnectés avec celui-ci. Afin d'harmoniser les pratiques de régulation médicale des professionnels sur l'ensemble du territoire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a récemment produit des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées à constituer une référence en matière d'organisation et de fonctionnement des structures en charge de cette activité.

L'acte régulé réalisé par le médecin de permanence est valorisé par une rémunération supérieure d'environ 13% à un acte non sollicité par la régulation. En contrepartie, en ne sollicitant le médecin de garde que pour les cas le justifiant médicalement, la régulation doit générer une baisse de l'activité réalisée en période de PDSA.

La régulation garantit ainsi la qualité et l'efficacité du dispositif de permanence des soins.

Résultats : la part des actes régulés sur le total des actes réalisés aux heures de PDSA évolue de la manière suivante :

Année	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Objectif
Part des actes régulés aux horaires de PDSA	7%	40%	48%	54%	58%	58%	60%	Augmentation

Source : CNAMTS

La part des actes régulés dans l'activité réalisée aux horaires de permanence des soins a connu une progression depuis 2005 (passant de 7% en 2005 à 60% en 2011) avec une stagnation temporaire en 2010. Cette dynamique de progression s'explique notamment par la montée en charge de l'installation des dispositifs de régulation libérale venus renforcer les équipes des centres 15 des SAMU dans la gestion des appels qui relèvent de la PDSA. La proportion de départements dans lesquels une participation des médecins libéraux à la régulation des appels est organisée est désormais de 96 % (contre 74% en 2005). Cette montée en charge a permis que, depuis 2008, les actes régulés deviennent majoritaires dans l'activité aux heures de permanence et représentent depuis 2011 60% de l'activité réalisée pendant la permanence des soins. On constate néanmoins de fortes disparités régionales sur cet indicateur qui varie, en France métropolitaine, de 30 % à 81% d'actes régulés.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer la persistance d'un taux relativement important (40%) d'actes non régulés aux horaires de PDSA :

- un recours direct à certaines maisons médicales de garde, identifiées par les patients comme points « permanents » d'accès au médecin de garde, souvent par méconnaissance du dispositif de régulation, et dont l'accès n'est pas toujours physiquement régulé ;
- le maintien d'une prise en charge de certains patients par leurs médecins traitants sur certaines plages horaires de PDSA.

Construction de l'indicateur : l'indicateur est calculé comme le rapport du nombre d'actes régulés au nombre total d'actes de médecine de ville effectués sur la période de PDSA. Les actes régulés sont recensés à partir des facturations des actes par les médecins : chaque acte de PDSA préalablement régulé donne lieu à une majoration spécifique de l'honoraire du médecin de permanence, prévue par la convention médicale et identifiée pour l'assurance-maladie par une cotation particulière de la nomenclature générale des actes professionnels.

Les consultations et visites réalisées aux horaires de PDSA mais non déclenchées par la régulation médicale font quant à elles l'objet d'une cotation distincte, donnant lieu aux majorations habituelles des déplacements et consultations de week-ends et de nuits.

Précisions méthodologiques : les données nécessaires pour le calcul de l'indicateur sont extraites du SNIIRAM par la CNAMTS.

Dans la mesure où les cotations d'actes ne font pas l'objet de contrôles par croisement avec les données de la régulation, la fiabilité des données de cet indicateur dépend de la qualité et de la précision du codage des actes par le médecin. Un biais méthodologique pourrait donc résider dans d'éventuelles cotations d'actes non régulés indûment facturés comme des actes régulés, ou inversement.

Sous-indicateur n°3-3-2 : temps de passage aux urgences

Finalité : l'indicateur vise à évaluer la dimension « accueil » de la prise en charge dans les structures des urgences en recueillant le temps de passage total aux urgences, c'est-à-dire le temps passé entre la date et l'heure d'arrivée et la date et l'heure de sortie du service.

Le plan Urgences (2004-2007), sur la prise en charge des urgences à l'hôpital, a permis de renforcer les services d'urgence hospitaliers qui connaissent tendanciellement une augmentation sensible de leur activité. Entre 2006 et 2009, le nombre de passages aux urgences a augmenté de près de 10 %, soit une augmentation annuelle moyenne de plus de 3 %.

Cet indicateur est amené à évoluer pour tenir compte de l'ensemble des éléments qui caractérisent la qualité des services des urgences. En effet, d'une part le temps de passage est apprécié différemment selon la gravité de l'état de santé du patient et d'autre part, la qualité de la prise en charge médicale d'un patient est à évaluer de son accueil initial jusqu'à sa sortie ou son orientation vers un service d'hospitalisation. Aussi la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a-t-elle engagé des travaux avec l'INSERM et les représentants des médecins urgentistes afin d'élaborer un indicateur plus complet. Cet indicateur sera disponible en 2013.

D'ici là et afin de mieux rendre compte de la qualité de la prise en charge, l'indicateur mesurant le pourcentage de patients dont le temps de passage est inférieur à 4 heures est complété par un indicateur rendant compte de la qualité de l'orientation des patients, avec le pourcentage de durées moyennes de séjour dans les unités d'hospitalisation de courte durée (avant prise en charge dans le service adéquat). Moins la durée de séjour dans ces unités est longue, meilleure est la fonction d'orientation en aval du service. Ces deux indicateurs sont utilisés dans le cadre du baromètre de la qualité des services publics.

Résultats : en 2010, 72,1% des patients ont un temps de passage inférieur à 4h ; en parallèle 37% des durées moyennes de séjour dans les unités d'hospitalisation de courte durée sont inférieures à un jour et 4 % sont supérieures à 2 jours. Ce second indicateur permet en partie de mesurer la qualité de l'orientation des patients après leur passage. Les résultats sont issus de données agrégées au niveau national à partir des RPU (résumés de passage aux urgences).

Il n'apparaît pas possible de tirer des conclusions significatives de la légère baisse du nombre de patients dont le temps de passage est inférieur à moins de 4H enregistrée entre 2007 et 2010 étant donnée la modification majeure intervenue dans les modalités de recueil des données et de production de l'indicateur (pour mémoire en 2007, les premiers résultats de l'indicateur « temps de passage aux urgences » ont été obtenus sur la base sur la base d'un échantillon de seulement 40 établissements : 77% des patients étaient alors pris en charge en moins de 4h).

Construction de l'indicateur : les données sont transmises par l'institut de veille sanitaire (InVS) qui recueille, à travers le réseau OSCOUR en charge de la veille et l'alerte sanitaire, les RPU d'environ 50% des établissements siège de structure des urgences sur la base du volontariat.

La production régulière d'un indicateur sur les temps de passage aux urgences doit, à terme, pouvoir s'appuyer sur un dispositif de recueil de données permettant un accès à des résultats représentatifs de l'ensemble des établissements. Si les données nécessaires à l'élaboration de cet indicateur sont recueillies en routine dans les services d'urgence, dans les RPU, l'architecture actuelle des systèmes d'information ne permet pas encore de les remonter de façon consolidée au niveau national.

Par ailleurs, les travaux se poursuivent pour élaborer un indicateur composite relatif au temps de passage. La réalisation de cet indicateur est confiée à Compaq – HPST, en lien avec les professionnels de l'urgence et se place dans un cadre plus global de travaux sur l'élaboration d'indicateurs de la prise en charge en urgence et de mise en place des systèmes d'information et des bases de données permettant de les produire. Il s'agit donc de perspectives de moyen terme, les premiers résultats pouvant être envisagés à l'horizon 2013.