

Communiqué de Presse Permanence des Soins Hospitalière

Samu-Urgences de France est, à sa demande, associé depuis septembre à la concertation conduite par l'ARS-Ile-de-France sur la permanence des soins hospitalière (PDSH).

Pour construire sa position sur ce sujet difficile, Samu-Urgences de France a mis en place une conférence régionale des Urgentistes d'Ile-de-France.

Les points essentiels élaborés par les groupes de travail de cette conférence au sujet de la PDSH sont, à ce stade, les suivants :

- 1- La situation actuelle de la PDSH en IdF n'est pas entièrement satisfaisante et mérite d'être améliorée
- 2- Toute restructuration de la PDSH impacte directement l'organisation des urgences : les solutions sont donc à trouver avec, notamment, les urgentistes
- 3- L'enveloppe budgétaire PDSH doit être dédiée uniquement à ce qui relève de la PDSH (et pas aux primes à l'installation)
- 4- Il n'y a pas d'économie à faire sur la PDSH mais, sur la base d'une analyse rationnelle, une redistribution plus opérationnelle des ressources
- 5- Une charte de fonctionnement de la PDSH est indispensable, avec une définition des missions et responsabilités de chaque structure
 - a. structures têtes de pont
 - b. autres structures en fonction des plateaux techniques mobilisables
 - c. définition des relations entre les structures d'urgences
 - d. restructuration limitée à la nuit profonde
- 6- Des critères doivent présider à la définition des structures têtes de pont :
 - a. pas moins de 1 par 500 à 600 000 habitants
 - b. distances, en grande couronne, à prendre en compte
- 7- Des critères doivent définir l'accès à l'imagerie
 - a. accès au Scanner H24 pour toutes les SAU concernées par la restructuration (pas de grande garde de scanner)
 - b. indications d'imagerie posées par les urgentistes selon un référentiel commun (pas de refus d'imagerie lié aux organisations d'astreintes)
 - c. télétransmission efficace H 24
 - d. délais d'interprétation d'imagerie adaptés (charte)
- 8- Des critères doivent définir l'accès à la chirurgie
 - a. maintien de l'offre en demi-garde et les journées de WE sur tous les sites chirurgicaux pour l'urgence chirurgicale et la continuité des soins
 - b. en nuit profonde : grande garde d'intervention chirurgicale (? grande garde d'avis chirurgical)
 - c. différentier chirurgie orthopédique et viscérale (la viscérale nécessite un accès plus rapide)

- d. pour les hôpitaux ayant de la chirurgie viscérale hors tête de pont : maintien des astreintes effectives en nuit profonde pour l'urgence chirurgicale viscérale immédiate, l'avis à donner ou la continuité des soins
- 9- Les décisions de transfert doivent être codifiées
- a. communications séniorisées
 - b. obligation de prise en charge par la structure référente
 - c. transfert = admission (pas d'aller-retour pour avis ou examen)
 - d. procédures en cas de saturation de la tête de pont
 - e. « retour rapide » (en 24 ou 48h) pour limiter le recours à l'établissement référent à ce qui est indispensable
- 10- Les filières de soins doivent être bien définies
- a. ne pas casser ce qui marche (ex : certaines filières polytraumatisés, syndromes coronariens, neurovasculaire...)
 - b. ne pas reproduire l'exemple de filières qui dysfonctionnent (neurochirurgie par ex.)
 - c. lisibilité et pertinence des filières
 - d. évaluation des filières
- 11- La gestion de l'aval des urgences doit être organisée
- a. implication de l'établissement (la recherche de place n'est pas le rôle de l'urgentiste, mais de l'établissement)
 - b. indicateurs « taux de patients couloirs » et « délais d'hospitalisation après décision d'admission »
- 12- La pédiatrie doit faire l'objet de mesures spécifiques
- a. maintien des radiologues H24 pour l'urgence pédiatrique (échographie)
 - b. maintien de la capacité à mobiliser un chirurgien viscéral en nuit profonde
 - c. anticipation des problèmes d'aval en période épidémique
- 13- Les SAMU et SMUR doivent faire l'objet de mesures spécifiques
- a. sécurisation du maillage SMUR actuel
 - b. renforcement des équipes SMUR, à évaluer en fonction des restructurations
 - i. sécurisation de la disponibilité des SMUR pour le primaire
 - ii. attention aux fausses bonnes idées (ex : recours au SDIS paramédicalisé)
 - c. recensement des défauts MIGAC, enveloppe à réactualiser en fonction des coûts réels
 - d. sécurisation des financements MIGAC : enveloppes fléchées et suivi de l'affectation
- 14- Analyse et suivi du fonctionnement et des dysfonctionnements « au fil de l'eau » par l'ARS
- a. registre des refus d'admission
 - b. registre des refus liés aux astreintes
 - c. suivi des circuits et des délais de prises en charge des pathologies concernées par la restructuration

Marc GIROUD

Président de Samu-Urgences de France

Samu du Val d'Oise. CH Pontoise. BP 79 95303 Cergy-Pontoise
Tel. : +33 607 75 53 37 - @mail : president@samu-de-france.fr