



Schéma d'organisation des soins

Permanence chirurgicale des soins
en établissements de santé

 **PROJET
RÉGIONAL
DE SANTÉ**

ars
Agence Régionale de Santé
Île-de-France



SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1 PRESENTATION DE LA DEMARCHE	6
1.1 DEFINITION	6
1.2 CADRE JURIDIQUE DE LA DEMARCHE.....	7
1.3 CHAMP CONCERNE	7
1.3.1 Activités concernées	7
1.3.2 Période de Permanence des soins concernée	8
1.4 DUREE.....	8
1.5 METHODOLOGIE.....	8
1.5.1 Approche régionale	8
1.5.2 Approche territoriale.....	10
1.6 ARTICULATION AVEC LES AUTRES TRAVAUX REGIONAUX.....	11
1.6.1 Volet hospitalier du SROS-PRS.....	11
1.6.2 La biologie médicale	11
1.6.3 Programme de Télémedecine	12
1.6.4 Permanence des Soins en Ambulatoire (PDSA)	12
1.6.5 Conditions d'exercice des professionnels médicaux en Île de France.....	13
2 ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX	14
2.1 DIAGNOSTIC REGIONAL	14
2.1.1 Lignes de gardes et d'astreintes et données d'activité chirurgicales la nuit.....	14
2.1.2 Données issues des SAMU-SMUR.....	16
2.1.3 Données démographiques relatives aux praticiens en Île de France	17
2.1.4 Contexte financier des établissements de santé	19
2.2 CONSTATS PARTAGES.....	19
2.3 ENJEUX	20
3 ORIENTATIONS	22
3.1 METTRE EN PLACE UN RESEAU D'ETABLISSEMENTS PERMETTANT D'AMELIORER LA SECURITE ET LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE.....	22
3.2 DES ENGAGEMENTS DE PRISE EN CHARGE FORTS POUR UN SYSTEME CREDIBLE ET RESPECTE	23
3.3 ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DANS LA MISE EN PLACE DE CE DISPOSITIF	24
3.3.1 Favoriser la constitution d'équipes territoriales.....	25
3.3.2 Faire connaître les autres dispositifs incitatifs.....	26
4 MISE EN ŒUVRE	28
4.1 PLAN D' ACTIONS	28
4.1.1 Désigner les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale la nuit	28
4.1.2 Une concertation à élargir dans le cadre d'une démocratie sanitaire approfondie.....	29
4.1.3 Mettre en place le registre des refus et la procédure de traitement des dysfonctionnements	30
4.1.4 Intégrer la dimension des transports dans le dispositif.....	31
4.1.5 Mettre en place un accompagnement de la réorganisation.....	31
4.2 CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS SUR L' ANNEE 2012	32
4.3 ASPECTS FINANCIERS	32
4.4 SUIVI ET EVALUATION	34



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

4.4.1	Pilotage.....	34
4.4.2	Suivi et évaluation.....	34
4.4.2.1	Indicateurs.....	34
4.4.2.2	Tableaux de bord PDSSES.....	35
4.4.2.3	Audits, enquêtes.....	35
ANNEXES.....		37
ANNEXE 1 – ENQUETE DGOS PDSSES TRAME DU VOLET 1.....		39
ANNEXE 2 – ENQUETE DGOS PDSSES TRAME DU VOLET 2.....		41
ANNEXE 3 – ENQUETE ARS PDSSES (GRILLE).....		43
ANNEXE 4 – ENQUETE ARS PDSSES (QUESTIONNAIRE).....		45
ANNEXE 5 - DIAGNOSTIC REGIONAL ET DEPARTEMENTAL.....		46
ANNEXE 6 – COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE.....		66
ANNEXE 7 – COMPOSITION DU COMITE DE CONCERTATION.....		68
ANNEXE 7 – COMPOSITION DU COMITE DE CONCERTATION.....		68
ANNEXE 8 – COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL « NEUROCHIRURGIE ET NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ».....		69
ANNEXE 9 – CAHIER DES CHARGES CONTRACTUEL DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE (PDSSES).....		71



INTRODUCTION

La sécurité et la qualité du parcours des patients est un des objectifs majeurs que l'Agence Régionale de Santé d'Île de France s'est fixés dans le cadre du Programme Stratégique Régional de Santé. Pouvoir garantir à chaque francilien une bonne prise en charge chirurgicale en urgence au bon endroit et aux horaires les plus avancés de la nuit a été un des premiers travaux engagés par l'ARS Ile-de-France depuis sa création.

Des travaux ont été engagés depuis plus d'un an dans tout le champ de la chirurgie. Cependant, les propositions de réorganisation les plus abouties à ce jour concernent la chirurgie orthopédique et traumatologique et de chirurgie viscérale et digestive. Dans une démarche pragmatique et en accord avec tous les acteurs, il a été décidé de les mettre en œuvre préalablement à l'adoption du SROS-PRS, en 2012, de façon à permettre une évaluation rigoureuse et des éventuels ajustements.

La prise en charge chirurgicale la nuit en Ile de France, pour les spécialités de chirurgie orthopédique et traumatologique et de chirurgie viscérale et digestive est aujourd'hui assurée par bon nombre d'établissements de santé. Or, cette quantité de lieux de prise en charge possible n'est pas toujours réelle. Trop peu d'établissements sont tous réellement opérationnels à ces heures, générant parfois des refus d'admission des patients nécessitant une prise en charge chirurgicale en urgence en nuit profonde. L'enjeu pour l'Agence est aujourd'hui de s'attacher à rendre le système plus lisible pour les professionnels afin d'orienter plus facilement et avec plus d'efficacité les patients tout en s'assurant de l'efficacité de la dépense collective engagée.

Au regard de l'activité constatée, notamment pour la période dite de nuit profonde, des difficultés grandissantes de recrutement de praticiens dans certaines zones et des besoins de recherche d'efficacité, des travaux et une concertation ont été engagés avec l'ensemble des acteurs franciliens (fédérations hospitalières, représentants des organisations de professionnels, services de régulation médicale).

Dans ce cadre, et sans attendre la publication du SROS PRS fin 2012, des propositions de réorganisations de la prise en charge chirurgicale la nuit sont soumises aujourd'hui aux instances de concertation pour une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2012. L'année 2012 devrait ainsi voir la mise en place d'un nouveau dispositif de prise en charge qui, aux vues d'une évaluation rigoureuse, pourrait être repris et adapté le cas échéant,



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

avant la publication du SROS PRS. Dans ce cadre, la Mission d'Intérêt Général (MIG) Permanence des soins Etablissements de santé (PDSSES) serait allouée différemment pour l'année 2012 et des avenants aux CPOM des établissements concernés seraient signés, au vue d'un cahier des charges de prise en charge en chirurgie adulte pour l'activité nocturne.



1 PRESENTATION DE LA DEMARCHE

1.1 Définition

Dans le cadre du financement par la mission d'intérêt général Permanence des Soins Etablissements de santé (MIG PDES) prévu par circulaire ministérielle¹, les définitions suivantes peuvent être apportées :

La Permanence des soins consiste en **une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins** (nuit, samedi après-midi, dimanche ainsi que jours fériés).

La permanence des soins se différencie de la continuité des soins. Cette dernière peut se définir comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins (nuit, le samedi après-midi, le dimanche ainsi que les jours fériés).

Il est à noter que la continuité des soins est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la Permanence des soins pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.

La PDES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN. Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent relever du dispositif de PDES.

A noter que les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet de modalités spécifiques de financement de lignes de gardes et d'astreintes.

Les financements attribués dans le cadre de cette MIG permettent d'indemniser la permanence des soins, pour la mise en place de lignes de gardes et d'astreintes du personnel médical.

¹ Circulaire DGOS/R1/2011/125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé Validée par le CNP le 11 mars 2011 - Visa CNP 2011-57)



1.2 Cadre juridique de la démarche

Dans le cadre de son Projet Régional de Santé prévu par la loi HPST, la région Île de France publiera à la fin de l'année 2012 son Schéma Régional d'Organisation des Soins, dénommé SROS-PRS. Dans ce cadre, un schéma cible PDES attribuant aux établissements de santé les missions de service public PDES prévues au titre de l'article L-6122-1 du code de la santé publique et conformément aux nouvelles dispositions de la loi HPST sera rédigé.

Dans l'attente de la publication de ce SROS-PRS et notamment du schéma cible PDES, des propositions de réorganisation de la prise en charge chirurgicale générale adulte pour la période nocturne vont être présentées aux instances de concertation de la région Île de France (conférences de territoire, CRSA, commission régionale paritaire) pour l'année 2012.

Ces propositions de réorganisation trouveront en 2012 leur concrétisation juridique dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général PDES (MIG PDES) pour les activités de chirurgie adulte la nuit.

Ces propositions de réorganisation et les choix des établissements assurant la permanence des soins pour la nuit entière pour l'année 2012 ne vaudront pas engagement pour la procédure d'attribution de mission de service public telle qu'elle sera mise en œuvre dans le cadre du schéma cible du SROS-PRS.

1.3 Champ concerné

1.3.1 Activités concernées

La permanence des soins couvre de nombreuses spécialités réglementées et non réglementées qui seront reprises dans le schéma cible PDES publié fin 2012.

La démarche engagée pour la région Île de France concerne en premier lieu les activités chirurgicales suivantes :

- l'activité de **chirurgie viscérale et digestive adulte**
- l'activité de **chirurgie orthopédique et traumatologique adulte**.

Les différentes spécialités chirurgicales (ORL, stomatologie, chirurgie de la main, urologie, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire) ainsi que la chirurgie pédiatrique pourront être intégrées ultérieurement à cette réorganisation, en fonction de l'état d'avancement des travaux d'ores et déjà engagés depuis le début de l'année 2011.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Point de vigilance : Il est important de rappeler que les propositions de réorganisation de la prise en charge chirurgicale la nuit ne concernent pas l'organisation des services de médecine d'urgence des établissements de santé.

1.3.2 Période de Permanence des soins concernée

La réorganisation de la prise en charge en chirurgie orthopédique et traumatologique et en chirurgie digestive et viscérale concerne **l'activité de nuit**, y compris les nuits de week-end et de jours fériés. L'organisation en journée le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés reste inchangée.

En résumé – La réorganisation de la PDES pour 2012 concerne ...

- Les activités de chirurgie orthopédique et traumatologique et de chirurgie viscérale et digestive adultes.
- La tranche horaire de la nuit y compris les samedis, dimanche et jours fériés.
- Les établissements MCO (EPS, APHP, ESPIC ou privés ex-OQN) autorisés pour les activités de médecine d'urgence.

1.4 Durée

Les propositions de réorganisation concernent l'année 2012, jusqu'à l'attribution effective des missions de service public PDES prévues dans le cadre du SROS-PRS.

1.5 Méthodologie

1.5.1 Approche régionale

Le ministère en charge de la santé ainsi que l'Agence Régionale de Santé d'Île de France ont fourni deux enquêtes visant à diagnostiquer le mode d'organisation et l'activité des établissements de santé au titre de la PDES. Les résultats de ces enquêtes ont permis de comprendre les dynamiques territoriales et régionales en matière de PDES.

Les travaux relatifs à la réorganisation de la prise en charge chirurgicale adulte la nuit ont été lancés dès l'été 2011 à l'occasion de l'attribution de la MIG 2010 PDES.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Des propositions de réorganisation autour de réseaux territoriaux de PDSSES ont été présentées aux représentants franciliens de l'hospitalisation. Au courant de l'automne 2010 des contre-propositions par territoire (à l'exception de Paris et des Hauts-de-Seine) ont été présentées par la Fédération Hospitalière d'Île de France.

A partir de décembre 2011, la démarche s'est structurée autour de la mise en place de deux comités consultatifs régionaux :

- **un comité de pilotage régional PDSSES (COPIL)**, organe régional de concertation rassemblant pour l'Île de France les fédérations hospitalières régionales, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), la collégiale des urgences SAMU-SMUR, la conférence de présidents de CME des établissements publics et privés, la conférence des directeurs de CH, le Conseil National de la Chirurgie, l'Union Régionale des Professionnels de santé (URPS), etc.²

Ce comité de pilotage s'est réuni aux dates suivantes : 15 décembre 2010, 19 mai 2011, 27 juin 2011, 7 septembre 2011, 30 septembre 2011.

- **un comité régional de concertation PDSSES (COMCO)** rassemblant les principaux syndicats de praticiens impliqués dans la PDSSES³ chirurgicale en Île de France.

Ce comité de concertation s'est réuni aux dates suivantes : 19 janvier 2011, 5 avril 2011, 29 juin 2011, 29 septembre 2011.

- **Trois groupes de travail thématiques** ont été également mis en place au niveau régional⁴ :

- **Recours spécialisés régionaux** en lien avec la réorganisation des grandes gardes de l'AP-HP (polytraumatisés, neurochirurgie et neuroradiologie, hémorragies de la délivrance...).

- **Articulation urgences /chirurgie / imagerie.**

- **Engagements contractuels** pour missions PDSSES.

De même pour certaines disciplines, les avis d'experts régionaux ont été sollicités pour établir :

- un **état des lieux de la prise en charge** des patients aux horaires de PDSSES dans la discipline.
- un **état de la science** relatif au niveau de prise en charge requis selon les pathologies et dans la discipline.

² Voir composition jointe en annexes.

³ Voir composition jointe en annexes.

⁴ Voir composition jointe en annexes.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- des **propositions de réorganisations territoriales** dans la discipline.

Les disciplines concernées sont :

- **Ophtalmologie** : Professeur J.-C Rigal-Sastourné (HIA Percy)
- **ORL** : Professeur Tran-Ba-huy (GH Lariboisière, AP-HP)
- **Chirurgie infantile** : Professeur Jean-Christophe Mercier (GH Robert Debré, AP-HP)
- **Stomatologie / odontologie** : Professeur Jean Azerad (GH LaPitié Salpêtrière, AP-HP)
- **Chirurgie vasculaire** : Docteur Alain Piquois (Hôpital Foch, Clinique Ambroise Paré)
- **Urologie** : Professeur François Richard (GH La Pitié Salpêtrière, AP-HP).

Rappel Ne sont présentées, dans le cadre de la présente concertation, que les conclusions de travaux relatifs à la réorganisation de la prise en charge chirurgicale adulte pour les spécialités de chirurgie orthopédique et traumatologique et de chirurgie viscérale et digestive.

Les différentes spécialités chirurgicales (ORL, stomatologie, chirurgie de la main, urologie, neurochirurgie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire) ainsi que la chirurgie pédiatrique pourront être intégrées ultérieurement à cette réorganisation, en fonction de l'état d'avancement des travaux d'ores et déjà engagés depuis le début de l'année 2011.

1.5.2 Approche territoriale

L'ensemble de ces travaux a été croisé avec une démarche territoriale lancée en février 2011 par l'organisation régulière de réunions départementales, rassemblant les représentants départementaux des membres du comité de pilotage régional PDSSES. Trois séries de réunions dans chacun des huit départements de la région (février 2011, juin 2011, septembre 2011) ont ainsi été organisées rassemblant, tous territoires confondus, autour de 250 à 300 personnes.

Afin de conduire la réorganisation de la PDSSES la plus cohérente et pertinente possible, une large concertation des institutions et organisations franciliennes de professionnels a été engagée tout au long de la démarche.

A ce titre, l'Agence tient à remercier l'ensemble de ses partenaires pour leurs contributions majeures et leur sens des responsabilités ayant permis des propositions de réorganisations fortement structurantes pour la prise en charge chirurgicale des patients la nuit en Île de France.

1.6 Articulation avec les autres travaux régionaux

Les Agences Régionales de Santé ont été instituées par le Législateur en vue notamment de décloisonner le secteur de la santé et ainsi promouvoir un système de meilleure qualité pour les usagers, plus efficient et plus performant.

L'une des tâches de l'Agence consiste alors en un travail incessant de transversalité entre les différents champs qui composent son domaine de compétences. La réorganisation de la permanence chirurgicale des soins dans les établissements de santé doit évidemment s'articuler avec le volet hospitalier du SROS-PRS dont elle constitue une partie. Mais elle est également étroitement liée à la biologie médicale, au développement de la télémédecine ou encore, peut-être surtout, à la permanence des soins ambulatoire avec laquelle il est nécessaire de construire et d'entériner une complémentarité.

Si ce premier schéma de réorganisation est très centré sur l'offre et sur l'amélioration du parcours des usagers en général, une approche plus fine – populationnelle – sera travaillée par la suite, notamment en lien avec le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS), le volet ambulatoire du SROS et le Schéma Régional de Prévention (SRP). En effet, il importe de s'attacher à mesurer et à comprendre les hospitalisations et interventions chirurgicales évitables ayant lieu en urgence aux horaires de la PDES en vue d'agir durablement sur les déterminants de ces comportements de santé et, par effet de corrélation, améliorer la fluidité du système (notamment des urgences) et des parcours de santé.

1.6.1 Volet hospitalier du SROS-PRS

La réorganisation de la prise en charge chirurgicale la nuit touche à l'ensemble de l'organisation de l'établissement de santé dans son territoire. A ce titre et en tant que partie intégrante du volet hospitalier du SROS-PRS, le schéma cible PDES sera étroitement lié aux autres domaines de ce volet du SROS. Les parties urgences, chirurgie et imagerie médicale de ce volet sont des points d'articulation particulièrement forts avec le schéma de réorganisation de la PDES. Les travaux actuellement menés dans ces domaines sont étroitement associés à la réorganisation de la PDES.

1.6.2 La biologie médicale

Le schéma régional d'organisation de la Biologie médicale, qui sera présenté aux instances de concertations en début d'année 2012, a été élaboré en pleine articulation avec les travaux conduits sur la Permanence des Soins en Etablissements de Santé :

- dans sa partie 3- a3 : **Contribuer à la permanence des soins et répondre à l'urgence** avec l'objectif de « gérer la permanence des soins dans une



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

perspective de maîtrise des délais de rendu des résultats des examens urgents ».

- dans l'accompagnement des projets de regroupements et de redistribution d'activités envisagés.

1.6.3 Programme de Télémédecine

Par ailleurs, la thématique des plateaux d'imagerie est étroitement liée aux réflexions en cours portant sur la réorganisation de la PDSSES chirurgicale. Dans ce cadre, et en articulation avec le Programme de Télémédecine de l'ARS Île de France, des expérimentations de télé-imagerie dans les services de médecine d'urgence seront lancées d'ici la fin de l'année 2011. Il est à remarquer que cette action a été engagée à la demande des membres du comité de pilotage régional PDSSES de juin 2011, avant d'engager des réflexions relatives à la réorganisation de l'imagerie médicale aux horaires de permanences des soins.

1.6.4 Permanence des Soins en Ambulatoire (PDSA)

En amont de la permanence des soins en établissements de santé, le dispositif de permanence des soins ambulatoire (PDSA) prévoit une réponse territoriale structurée et adaptée aux demandes de soins non programmés, survenant aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux (c'est-à-dire, toutes les nuits de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés de 8 h à 20h, le samedi de 12 à 20 h).

La loi HPST a confié l'organisation de ce dispositif spécifique et une partie de son financement au directeur général de l'ARS.

L'ARS Île de France entend renforcer la régulation médicale téléphonique, assurée par les médecins généralistes libéraux, auprès des SAMU-Centres 15, favoriser la participation des médecins libéraux au dispositif de PDSA (consultations en cabinet ou maisons médicales de garde, visites à domicile). La bonne organisation de la PDSA recherchée par l'Agence contribuera ainsi à réduire le nombre de recours aux urgences et d'hospitalisations inappropriés et évitables. Ces recours pèsent sur la solidarité nationale et ne garantissent pas une meilleure prise en charge des patients qui entrent au mauvais endroit du système de santé (c'est-à-dire qu'ils ne rentrent pas à l'endroit le plus approprié à leur besoin). Réduire les hospitalisations inappropriées devrait permettre de diminuer l'engorgement des urgences et ainsi rendre plus fluide le parcours des patients. La cohérence du maillage entre services d'urgence et points fixes de garde, s'avère être un enjeu important pour améliorer l'orientation et la coordination des prises en charge.

Le cahier des charges régional d'organisation de la PDSA en Île de France formalise l'organisation retenue, dont les points d'articulation avec la PDSSES sont, d'une part, les services de régulation médicale, clé de voûte des deux dispositifs et, d'autre part, les



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

structures des urgences. Ce document, opposable aux professionnels, est en cours d'élaboration et devrait être publié fin 2011.

1.6.5 Conditions d'exercice des professionnels médicaux en Île de France

La permanence des soins en établissements de santé touche aux conditions de travail des professionnels médicaux qui l'exercent en établissements publics ou privés, ne serait-ce que parce qu'elle se déroule à des horaires inscrits en dehors des horaires réguliers de travail.

L'ARS Île de France est particulièrement sensible à ces thématiques et a engagé des premières réflexions en concertation avec les organisations syndicales de praticiens. Le présent schéma de réorganisation a été également présenté devant la commission paritaire régionale le 11 octobre dernier.

La réorganisation proposée pour l'année 2012 sera l'occasion de mener des évaluations et des travaux complémentaires permettant d'approfondir la connaissance des conditions d'exercice des professionnels médicaux (ainsi que des professionnels paramédicaux) dans le cadre de la PDSES. Cette connaissance est une base pour améliorer plus sensiblement encore leurs conditions de travail.



2 ÉTAT DES LIEUX ET ENJEUX

2.1 Diagnostic régional

Ce diagnostic a été largement partagé au niveau régional comme départemental dans la démarche précédemment décrite.

2.1.1 Lignes de gardes et d'astreintes et données d'activité chirurgicales la nuit⁵

En complément de l'enquête PDSSES DGOS (février 2011), une enquête PDSSES ARS a été lancée⁶. Suite à la suspension du volet 3 de l'enquête DGOS en avril 2011, et à la demande des représentants des établissements, il a été décidé de ne pas relancer une nouvelle enquête régionale ni de maintenir le volet 3 de l'enquête PDSSES-DGOS.

Les taux de recueil de ces deux enquêtes avoisinent 90%, mais certaines données d'activité notamment de certains établissements de l'APHP sont encore manquantes.

Les établissements pourront encore affiner leurs chiffres d'activité avant la fin du processus de désignation. Ainsi, les données d'activité spécifiques à la PDSSES et aux horaires de PDSSES seront enrichies au gré des échanges et visites dans les établissements. En cas d'absence de communication des données d'activité, les données SAE 2010 (et/ou à défaut des années précédentes) ont été utilisées.

Les éléments de diagnostic obtenus grâce à ces enquêtes et validés en réunions départementales, permettent de dégager les constats nécessaires et justifient amplement les propositions de réorganisation.

A ce stade, les principaux constats tirés des enquêtes sont :

⁵ Voir annexe 5 pour le diagnostic par département.

⁶ Voir annexes pour les maquettes des deux enquêtes.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- Le taux de garde toutes spécialités confondues varie selon le statut des établissements (EPS, APHP, privé ex-OQN ou ESPIC). Ce sont les **établissements publics qui assurent la grande majorité des lignes de gardes** avec notamment 50 % des gardes assurées dans les établissements de l'AP-HP. Moins de 20% des lignes de gardes sont assurées par les établissements privés ex-OQN et ESPIC.
- Pour les **spécialités concernées** par la réorganisation actuelle (Chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive), ce **taux de garde est faible**, estimé à 32 % en viscéral et à 23 % en orthopédie. Cette différence est encore plus marquée pour certains départements (Seine et Marne, Yvelines et Essonne avec respectivement 92%, 90% et 86% des lignes de PDSSES assurés par des astreintes).
- On note une **baisse importante de l'activité chirurgicale en deuxième partie de nuit**⁷. Dans la région, la nuit profonde ne représente en effet que 27% de l'activité de la nuit entière en moyenne ce qui correspond à moins de 30 interventions chirurgicales par nuit profonde dans l'ensemble du territoire francilien. Or, pour assumer ce faible volume d'activité, pas moins de 87 établissements MCO sites d'urgences disposent d'au moins un bloc opératoire ouvert en nuit profonde.
- A l'exception de Paris, chaque département réalise donc en moyenne 2.6 interventions par nuit profonde, soit 0.24 intervention par établissement MCO autorisé pour les activités de médecine d'urgence⁸. En première partie de nuit⁹, l'activité moyenne s'élève à 7.6 interventions par département, soit 0.7 intervention par établissement.
- Plus de la moitié des établissements réalisent moins de 100 interventions en nuit profonde (ce qui revient à moins de 3 interventions par semaine).
- **Paris se distingue par une activité chirurgicale nocturne sensiblement supérieure** au reste de la région, représentant en effet **plus du tiers de l'activité de la région** (en nuit profonde).
- Enfin, il existe des territoires où le dispositif d'organisation des gardes et des astreintes pourrait être insuffisant en raison de **difficultés de démographie médicale** importantes.

⁷ De 0h à 8h30 dans l'enquête ARS.

⁸ Paris ayant une activité significativement différente des autres départements, nous avons fait le choix de l'analyser séparément.

⁹ Jusqu'à minuit dans l'enquête ARS

Tableau 1 – Lignes de PDESES en Ile de France (toutes spécialités / chirurgie orthopédique / chirurgie viscérale)

Lignes de permanence des soins	153,7	Lignes de PDESES en orthopédie	72	Lignes de PDESES en Viscéral	81,7
Astreintes	72%	Astreintes	77%	Astreintes	68%
Gardes	28%	Gardes	23%	Gardes	32%

Source : Enquête ARS-PDESES 2011

Tableau 2 – Activité chirurgicale toutes spécialités confondues en 2^{de} partie de nuit en Île de France (Région entière / hors Paris)

Nombre d'interventions Chirurgicales 2^{de} partie de nuit	9 671	Nombre d'interventions Chirurgicales 2^{de} partie de nuit hors Paris	6 693
Par nuit	26,5	Par nuit	18,3
Par nuit et par établissement de santé	0,3	Par nuit et par établissement de santé	0,24

Source : Enquête ARS-PDESES 2011

2.1.2 Données issues des SAMU-SMUR

L'enquête sur les SAMU et SMUR visait à évaluer les volumes et les types d'activité des SAMU-Centres 15 aux horaires de la PDS, à objectiver l'orientation des patients dans les établissements de soin après régulation par le SAMU-Centres 15, et à documenter les transferts inter-hospitaliers médicalisés. Ce travail repose sur l'exploitation des différents systèmes d'information des logiciels de régulation des 8 SAMU d'Île de France. Les données exploitées agrégées anonymes correspondent à l'ensemble des dossiers de régulation enregistrés pendant l'année 2010.

Les premiers résultats sont donnés sous réserve des derniers contrôles de cohérence. L'analyse des volumes d'activités montre un nombre de dossiers régulés entre 160 000 et 197 000. **Entre 19 et 23 % de ces dossiers sont régulés en début de nuit, 16 à 21 % nuit profonde, 7 % le samedi et 12% le dimanche.** La part des appels relevant de la permanence des soins augmente en première partie de nuit. **Les appels urgents sont prépondérants en nuit profonde.**

Une liste d'établissements receveurs établie sur la base du nombre de patients adressés après régulation SAMU a été réalisée : **pour 3 départements, seuls trois établissements concentrent 60 à 65% des patients adressés.** Une liste similaire a été réalisé pour les établissements demandeurs et destinataires de transferts inter-

hospitaliers. Là encore, moins de cinq établissements concentrent près de 2/3 de l'activité. Il est à noter que contrairement à l'activité constatée en chirurgie, il n'y a pas de grande variation d'adressage entre la première partie de nuit et la seconde partie de nuit particulièrement pour les transports médicalisés en SMUR. Il existe donc une **concentration informelle de l'adressage des patients** la nuit. Il apparaît nécessaire de rendre plus lisible ce système pour l'ensemble des professionnels afin de clarifier les rôles de chacun des acteurs du dispositif.

Les établissements destinataires de transferts sont également les plus demandeurs de transfert : les demandes pourraient représenter un indicateur d'activité. Une particularité des établissements privés est d'être nettement moins destinataire de transferts aux horaires de la PDS (en dehors des établissements équipés de plateaux de cardiologie interventionnelle).

Enfin, on note une **grande hétérogénéité des pratiques de régulation des SAMU** au niveau des décisions de régulation notamment au niveau des proportions de décisions d'envoi de médecins en visite (variation de 7 à 29%), d'orientation vers les Centre Hospitaliers (6 à 13%) ou du nombre et de la proportion de conseils délivrés (18 à 41%). Ces disparités trouvent leur essence dans l'hétérogénéité de l'offre de soins dans le territoire, dans les caractéristiques socio-économiques des territoires de santé, et dans l'existence de modalités d'organisation de régulations très diverses. Il n'en demeure pas moins que cela ouvre des perspectives de réorganisation. Cette étude permet également de mettre en évidence la variabilité journalière de la sollicitation des différents services ou unités fonctionnelles.

Ce travail comparatif trouve ses limites dans la non standardisation des thésaurus, des pratiques de codage, de l'activité dédiée à la gestion des données et à la « culture » de service. Il sera nécessaire de mettre en place un format unique de recueil de données pour l'ensemble des SMUR afin d'élaborer une surveillance de routine de l'activité des SAMU, en particulier des transferts inter-hospitaliers, qui pourrait contribuer à évaluer l'impact de la réorganisation de la PDS.

2.1.3 Données démographiques relatives aux praticiens en Île de France

La fracture démographique des professionnels de santé est un élément du diagnostic régional de l'offre de soins en IDF dont il faut anticiper les évolutions. La réorganisation de la PDS en est fortement imprégnée aussi bien pour des questions de bien être au travail des praticiens que des questions relatives à la bonne optimisation des ressources médicales pouvant devenir rares alors même qu'elles sont essentielles. Cette optimisation doit être recherchée dans les activités de nuit mais aussi de jour (en raison des règles statutaires notamment de repos compensateur). Les données recueillies à ce stade concernent exclusivement les praticiens hospitaliers. Il conviendra dans un second temps, de compléter ces éléments d'analyse avec les données relatives aux personnels médicaux exerçant dans le secteur privé.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

L'Île de France comprend près de 8000 praticiens hospitaliers :

- 6500 Praticiens Hospitaliers (PH) à temps plein
- 1500 PH à temps partiel

Il s'agit d'une région considérée comme privilégiée avec un taux de vacance des postes de PH inférieur à la moyenne nationale dans toutes les spécialités.

Il convient de noter cependant que la densité médicale des spécialistes, qui est supérieure à la moyenne nationale, est à relativiser du fait de l'émergence de certaines disparités dans le secteur hospitalier :

- *Disparités entre spécialités :*

Des **problèmes de démographie médicale commencent à être préoccupants dans certaines spécialités**, avec par exemple 33% de taux de vacance de postes en anesthésie pour les établissements hors APHP. Ce taux atteint 35% en radiologie.

De plus, **une dégradation de la démographie est à envisager à compter de l'année 2015**, et notamment chez les anesthésistes (55% des anesthésistes temps plein vont partir à la retraite d'ici 10 ans) et dans une moindre mesure en chirurgie (30% des chirurgiens spécialisés en chirurgie générale et digestive, et 35% spécialisés en chirurgie orthopédique ont plus de 55 ans).

- *Disparités d'attractivité entre départements :*

En anesthésie, il y a plus de 15 postes vacants par département en Seine et Marne (77), dans les Yvelines (78), dans l'Essonne (91) et dans le Val d'Oise (95).

En chirurgie orthopédique, 14 postes temps plein et temps partiel sont vacants dans l'Essonne (91), soit 30% des postes vacants de la spécialité.

- *Disparités d'attractivité entre établissements :*

Il convient de noter une situation de vacances de postes plus ténue dans les hôpitaux de la périphérie qu'à l'APHP, plus attractive (quasi 100% de postes temps plein pourvus en anesthésie contre 32% dans les autres établissements).

- *Les conditions de travail :*

L'hôpital est confronté à des changements majeurs (contexte budgétaire restreint, problèmes de démographie médicale, restructurations, etc.) qui se répercutent sur l'organisation du travail et la pratique médicale hospitalière : manque de personnel, charge de travail grandissante, lourdeur des gardes dans les petites équipes, etc.

L'enquête SESMAT (santé et satisfaction des médecins au travail), menée en France par Mme ESTRYN-BEHAR, a mis en évidence l'impact qu'ont les conditions de travail à la fois sur l'attractivité et la fidélisation du personnel, et les répercussions sur la qualité de vie, le milieu familial et professionnel.

Il est donc important, dans le processus de réorganisation en cours, de valoriser l'environnement et le travail des praticiens, afin:



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- de prévenir les risques et l'usure professionnelle
- de motiver et de fidéliser les praticiens
- d'assurer l'accessibilité et la qualité des soins pour le patient francilien.

2.1.4 Contexte financier des établissements de santé

La contrainte budgétaire des établissements de santé franciliens est un des éléments importants à prendre en compte ici.

En effet, les dernières estimations financières de déficit pour l'ensemble de la région, hors APHP, est de près de 120 millions d'euros pour l'année 2011. L'année 2010 avait vu une amélioration de la situation financière des établissements dans la perspective d'un retour à l'équilibre pour l'année 2012.

Sans entrer dans de plus amples développements techniques, il apparaît évident que des équipes médicales et paramédicales mobilisées inutilement au regard de l'activité, sont des ressources inefficacement utilisées. Une utilisation plus adéquate de ces ressources contribuerait à la résorption des déficits ou au développement d'activités nouvelles tout en améliorant la qualité des conditions de travail des professionnels de santé concernés.

2.2 Constats partagés

- En Île de France, il apparaît que les besoins sont couverts en matière de prise en charge chirurgicale la nuit, assurés par 87 établissements et pour une activité moyenne de moins de 100 patients par nuit pour l'ensemble de la région.

- Toutefois, il faut toutefois distinguer dans cette activité nocturne deux parties : une première partie de nuit pour laquelle l'activité reste non négligeable (près de 70 patients par nuit pour l'ensemble de la région) et l'activité de deuxième partie de nuit (dite de « nuit profonde ») pour laquelle l'activité est bien plus réduite (moins de 30 patients par nuit pour l'ensemble de la région).

- Ainsi, pour cette deuxième partie de nuit, la prise en charge chirurgicale est assurée par un nombre d'établissements trop nombreux (87 à ce jour) au regard de l'activité constatée.

- Les taux de garde moyens observés sont relativement faibles en chirurgie viscérale et digestive (32%) et en chirurgie orthopédique et traumatologique (23%). Le chiffre en valeur absolue n'a pas de valeur en soi mais, les écarts importants sur certains territoires peuvent rendre fragiles certaines prises en charge ; les astreintes sont multipliées entre de nombreux sites. La sécurité du dispositif pourrait en ce sens être optimisée.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

• En conséquence, les ressources notamment médicales sont inutilement mobilisées et mal réparties dans le territoire. Dans un contexte démographique difficile pour les professions médicales notamment, les lignes de gardes et d'astreintes deviennent de plus en plus ardues à assurer. Dans certains endroits, des équipes sont ainsi très sollicitées et travaillent dans des conditions difficiles tandis qu'à d'autres endroits, des praticiens effectuant des gardes ne sont que très rarement appelés et ne peuvent exercer le lendemain en raison du respect du repos compensateur. Cette ressource médicale mobilisée pour peu ou pas d'activité la nuit pourrait être plus efficacement utilisée le jour dans les mêmes établissements ou travailler dans des établissements ciblés où les effectifs sont réduits. C'est l'activité programmée de l'établissement – et ainsi les patients pris en charge en dehors des urgences – qui subit les conséquences de cette utilisation inadéquate des ressources médicales.

Face à cette offre régionale multiple et éclatée, les services de régulation ont besoin de lisibilité et d'efficacité afin d'assurer la sécurité de la prise en charge dans des délais optimaux.

• En raison des règles de financement du système, la permanence des soins ne devient économiquement viable que pour un certain seuil d'activité. Le financement MIG n'est qu'une indemnisation des lignes de gardes et d'astreintes médicales. Certains établissements ne peuvent plus se permettre de maintenir cette activité dans la mesure où ils doivent poursuivre un objectif d'équilibre budgétaire.

2.3 Enjeux

Le diagnostic régional des gardes et astreintes ainsi que de l'activité aux horaires de la PDES met en lumière les disparités d'utilisation des plateaux techniques et des ressources médicales en nuit profonde selon les départements et les établissements. Il apparaît ainsi que **certains blocs de chirurgie ouverts sont sous-utilisés au regard de la demande** de soins chirurgicaux en nuit profonde.

Par ailleurs, la ressource médicale n'est pas inépuisable et le vieillissement du corps médical frappe aussi les chirurgiens. Il est du devoir du système de santé d'offrir à chaque individu qui le nécessite une prise en charge chirurgicale en nuit profonde. Or, les futurs départs des chirurgiens aujourd'hui âgés de plus de 55 ans risquent de rendre de plus en plus difficile l'organisation de la permanence des soins pour les établissements de santé. Une optimisation des gardes et astreintes est une solution pour **sécuriser la prise en charge des patients** en anticipant la fracture démographique médicale.

Une optimisation de l'utilisation des blocs de chirurgie ouverts en nuit profonde et, de ce fait, des gardes et astreintes, est nécessaire afin de mieux utiliser les plateaux techniques et de garantir l'efficacité de notre système de santé. Cette optimisation



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

s'inscrit notamment dans le principe de **subordination de l'offre aux besoins des franciliens** (principe 4 du PSRS).

En conséquence, le schéma de réorganisation de la prise en charge en chirurgie aux horaires de la PDES vise à **améliorer la qualité du service rendu** par le système de santé ainsi que son **efficience**. En ce sens, les trois principaux enjeux de ce schéma résident, en cohérence avec le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), dans la volonté de :

1) Améliorer la qualité et la sécurité des soins :

- Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge et d'orientation,
- Réduire les délais d'attente pour l'orientation en aval des structures urgences,
- Assurer une meilleure lisibilité des filières de prise en charge,
- Articuler cette prise en charge avec l'organisation du premier recours existante.

2) Améliorer l'efficience et la bonne utilisation des ressources humaines notamment médicales :

- Optimiser l'utilisation de la ressource humaine et offrir des conditions de travail acceptables pour le personnel médical assurant des gardes et astreintes ainsi que pour le personnel non médical, tant du domaine public que du domaine privé,
- Prendre en compte l'ensemble de la filière de prise en charge,
- Faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics,
- Eliminer les doublons sur une même activité,
- Evaluer rigoureusement ce dispositif permettant des adaptations progressives.

3) Garantir l'accessibilité des parcours de santé :

- Optimiser l'organisation de la PDES dans les territoires permettant au patient d'être pris en charge au bon endroit,
- Assurer une offre à des tarifs opposables et sans reste à charge pour le patient,
- Assurer une bonne information des usagers et des professionnels dans cette réorganisation.



3 ORIENTATIONS

Au vu du diagnostic réalisé et des enjeux identifiés, des propositions de réorganisation du dispositif de PDES autour de la création de réseaux territoriaux ont été avancées. Le nouveau dispositif devra permettre une meilleure lisibilité du dispositif pour les professionnels et garantir ainsi la sécurité des parcours des patients ainsi que l'efficacité de la dépense engagée.

Les propositions de réorganisations, construites en s'appuyant sur le processus de concertation d'ores et déjà engagé au niveau régional comme départemental, sont les suivantes :

3.1 Mettre en place un réseau d'établissements permettant d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge

Compte tenu de la baisse d'activité constatée en deuxième partie de nuit, la prise en charge chirurgicale adulte en nuit profonde doit être assurée par un nombre restreint d'établissements répartis uniformément dans le territoire. Il s'agit ainsi d'assurer un parcours lisible, efficace et de concentrer les moyens devenus rares sur quelques sites, disposant de l'ensemble des équipes nécessaires à la prise en charge.

Selon les recommandations du Conseil National de Chirurgie (contribution du CNC au Conseil National de l'Urgence Hospitalière, en 2010), **il s'agirait de disposer d'un établissement assurant la PDES chirurgicale pour une population comprise entre 400 000 et 600 000 habitants** afin de couvrir cette période de nuit profonde (à l'exception de Paris).

La région Île de France compte 11,7 millions d'habitants au dernier recensement. Si l'on tient compte de la situation spécifique de Paris, entre 25 et 35 sites pourraient être retenus parmi les 87 sites assurant aujourd'hui la permanence chirurgicale des soins en nuit profonde.

Il s'agit donc de réorganiser les établissements autour d'un réseau territorial de PDES au sein duquel certains d'entre eux assureront la prise en charge chirurgicale en première partie de nuit et d'autres pour l'ensemble de l'activité nocturne. En accord avec l'ensemble des partenaires, **le début de la deuxième partie de nuit** (dite de « nuit profonde ») **a été fixé à 22h30** en Île de France.



3.2 Des engagements de prise en charge forts pour un système crédible et respecté

La réorganisation proposée est, sans aucun doute, fortement restructurante et innovante pour la région. Elle ne sera mise en œuvre et ne se pérennisera que si chacun des établissements s'engage activement à en respecter les principes. Tel fut le souhait de l'ensemble des acteurs, depuis les fédérations hospitalières jusqu'aux services de régulation médicale.

Dans ce cadre, un cahier des charges¹⁰ précisant les engagements de chaque établissement en matière d'accueil chirurgical des patients aux horaires de PDSSES a été rédigé, grâce au concours précieux de professionnels et experts. Afin de s'assurer du bon respect de ces engagements, pierre angulaire de la réussite de cette réorganisation, l'Agence veillera à les inclure dans les avenants aux CPOM des établissements. Les remerciements de l'ARS Île de France s'adressent particulièrement à :

- Docteur Philippe Aillères (Conférence des Psdts de CME ESPIC – Île de France)
- Docteur François Aubart (Conseil National de la Chirurgie – Île de France)
- Docteur Dominique Brun-Ney (AP-HP)
- Docteur Bruno Faggianelli (AMUF – Île de France)
- Docteur Marc Giroud (SAMU, Urgences de France – Île de France)
- Docteur Pierre Lanot (CRP CME Hospitalisation privée – Île de France)
- Docteur Jean-Christophe Paquet (Conseil National de la Chirurgie – Île de France)
- Docteur Patrick Pelloux (AMUF - Île de France) (sous réserve de confirmation)
- Docteur Agnès Ricard-Hibon (Conférence Régionale des Urgentistes d'Île de France, Urgences de France – Île de France)

Sept engagements contractuels ont été décrits dans le cahier des charges :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSSES
- Mettre en place un coordinateur PDSSES pour l'établissement
- Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDSSES
- S'engager au « zéro refus »

¹⁰ Le cahier des charges figure en annexe 9



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- Favoriser le retour des patients vers les établissements d'origine
- S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif
- Garantir l'accessibilité aux soins

Deux de ces engagements contraignants et novateurs concernent plus particulièrement les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale pour l'ensemble de la nuit. Il s'agit de la **mise en place d'un coordinateur PDSES**, interlocuteur unique de l'établissement aux horaires de nuit profonde, et de **l'engagement au « zéro refus »**. C'est sur ce dernier principe que repose l'ensemble de l'efficacité du dispositif et c'est à cette condition qu'il sera possible d'améliorer sensiblement la qualité et la sécurité de la prise en charge. Le registre des refus, tel qu'il sera mis en place, garantira au quotidien le respect de ce principe. La crédibilité et la sécurité du dispositif mis en place pour l'activité de nuit dépendront de la façon dont seront respectés les engagements contractuels précédemment décrits par l'ensemble des établissements de la zone de couverture.

3.3 Accompagner les professionnels dans la mise en place de ce dispositif

La réorganisation de la prise en charge chirurgicale la nuit ne sera pas sans conséquences sur les conditions d'exercice du personnel chirurgical de la région, notamment du personnel médical.

Elle touchera aussi bien les personnels des établissements amenés à assurer la permanence chirurgicale des soins pour l'ensemble de l'activité nocturne que ceux qui assureront la seule première partie de nuit.

La perte éventuelle des indemnités des gardes et astreintes, qui peut atteindre 30%, selon un rapport de l'IGAS est un élément déterminant à prendre en compte pour la bonne réussite de ce projet.

Les seules données connues à ce jour sur le poids de la rémunération de la permanence des soins sont celles qui figurent dans un rapport IGAS de 2009¹¹. Ce rapport, réalisé à partir d'un échantillon représentatif des centres hospitaliers et de CHU porte sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers.

¹¹ Enquête IGAS de janvier 2009 « Enquête sur la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers ». (Laurent Chambaud, Mustapha Khennouf, Christophe Lannelongue)



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

L'IGAS a estimé que « l'augmentation des indemnités liées à la permanence des soins a cru de 43% entre 2002 et 2005 ».

De plus, l'enquête de l'IGAS souligne que ces indemnités sont plus ou moins importantes en fonction de la spécialité du praticien :

Tableau 3 – Indemnisation de la PDS suivant les spécialités

Activités médicales	Rémunération brute annuelle moyenne	% indemnitaire de PDS sur rémunération totale	% indemnitaire de PDS sur place sur rémunération totale	% astreintes sur rémunération totale	% TTA nuits/dimanche /jours fériés sur rémunération totale
Urgences SAMU SMUR	63841	31,9%	26,5%	1,7%	3,7%
Chirurgie	69077	24,3%	9,3%	12,9%	2,1%
Anesthésie réanimation	77484	20,5%	15,2%	2,6%	2,7%
Radiologie	69885	17%	7%	9,1%	1%

Source : enquête IGAS 2008

Dans ce cadre, l'ARS s'est attachée tout au long de la démarche à prendre en considération les conséquences éventuelles sur les conditions d'exercice des praticiens.

Elle a répondu à une première demande qui consistait à faire que les « règles du jeu » soient les mêmes pour tous de façon à éviter des effets d'aubaine de certains établissements aux dépens d'autres. En ce sens, la mise en place du nouveau dispositif à partir d'une heure fixée pour toute la région – soit 22h30 – à une date donnée est un premier élément de clarification.

Par ailleurs, l'engagement a été pris par l'ARS de financer « au mieux » la première partie de nuit dans les limites de l'enveloppe MIG PDSSES, de façon à limiter les éventuels effets négatifs sur l'attractivité des établissements.

D'autres dispositifs prévus par la réglementation peuvent être mobilisés et seront portés à la connaissance des établissements.

3.3.1 Favoriser la constitution d'équipes territoriales

La constitution d'équipes territoriales est à favoriser et, en ce sens, la permanence des soins permettrait d'encourager des coopérations entre établissements sur un territoire donné par ailleurs souhaité.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Dans le cadre du cahier des charges PDES, il est proposé au coordinateur de l'établissement assurant la permanence des soins chirurgicale pour l'ensemble de l'activité nocturne de constituer des équipes territoriales en collaboration avec les établissements environnants.

Concernant les praticiens libéraux, ce dispositif est favorisé depuis la parution du décret du 28 mars 2011 relatif à la participation des praticiens libéraux aux missions de service public. Il faudra bien entendu que les directions d'établissements concernées s'assurent de l'accord des praticiens pour participer à ces gardes.

3.3.2 Faire connaître les autres dispositifs incitatifs

D'autres dispositifs prévus par la réglementation, peuvent être également mobilisés :

- Postes à recrutement prioritaire : La liste des postes à recrutement prioritaire est proposée au CNG par le directeur de l'ARS, afin de pourvoir des postes présentant des difficultés particulières de recrutement et d'exercice (art R.6152-6 du code de la santé publique). Ces postes doivent avoir été publiés depuis au moins 2 tours de recrutement sans qu'aucun praticien n'ait fait acte de candidature.

Les candidats nommés sur ces postes bénéficient, moyennant l'engagement de rester 5 ans sur le poste, d'une prime d'engagement de 10 000€ et d'un avancement accéléré d'échelon.

- Postes à maintien prioritaire et à recrutement prioritaire dans le cadre de l'arrêté du 23 octobre 2001 : chaque DGARS retient des postes dont l'occupation actuelle lui paraît prioritaire pour répondre aux objectifs fixés dans le SROS.

Les candidats en poste sur ces postes bénéficient des mêmes avantages que ceux qui sont recrutés sur des postes à recrutement prioritaires (10 000€ de prime ainsi qu'un avancement accéléré d'échelon).

- Cliniciens hospitaliers : dans le cadre de l'article L.6152-1 et R.6152-701 à R.6152-718 du code de la santé publique : ce sont des médecins recrutés sur un CDD de 3 ans, sur des postes présentant une difficulté particulière à être pourvus.

Le DGARS autorise, dans le CPOM, le nombre et la spécialité de ces postes.

En échange, la rémunération comprend une part fixe et une part variable en fonction d'objectifs fixés dans le contrat (la rémunération ne peut pas être supérieure à un PH 13ème échelon +65%).

- Primes multi sites dans le cadre de l'arrêté du 17 octobre 2001 modifié: cette prime a été créée afin de favoriser les actions de coopération ou de mise en réseau.

Afin de bénéficier de la prime multi site (environ 7 000€ par an), un médecin doit exercer son activité au moins 2 demi-journées par semaine dans un autre



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

établissement que le sien (réseau ville-hôpital, établissement pénitentiaire, établissement public ou médico-social).

Enfin, une autre possibilité, non prévue ni interdite par la réglementation en vigueur, serait la constitution d'équipes de médecins de jour aux horaires décalés, sur le modèle des soignants. Il y aurait alors plusieurs équipes de jour, l'une d'entre elles assurerait la première partie de nuit.

Ce schéma est également au cœur des discussions nationales avec les organisations de praticiens concernées, dans le cadre de la Mission Toupillier sur l'exercice médical à l'hôpital.

A noter également que la situation des équipes paramédicales devra être également abordée prochainement.



4 MISE EN ŒUVRE

4.1 Plan d'actions

4.1.1 Désigner les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale la nuit

La réorganisation du dispositif s'articule autour de la mise en place d'un réseau d'établissements différenciés selon la période de la nuit assurée (première partie et ensemble de l'activité nocturne, y compris la deuxième partie) et pour laquelle l'activité varie.

Ainsi, parmi les établissements assurant la permanence chirurgicale des soins la nuit, vont être distingués :

- Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale en première partie de nuit, soit du début de la garde jusqu'à 22h30 ;
- Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale pour l'ensemble de l'activité nocturne, de 22h30 à 8h30.

Dans le respect de la volonté du comité de pilotage, les propositions de réorganisation ne portent que sur la deuxième partie de nuit. En conséquence, la procédure de désignation à mettre en place ne porte que sur les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale pour l'ensemble de l'activité nocturne.

Si l'organisation et l'adressage des patients entre établissements est modifiée à partir de 22H30, l'activité chirurgicale de l'établissement peut se poursuivre au-delà de cette limite horaire, afin de terminer le programme chirurgical entrepris auparavant. Il s'agit en ce sens d'**une règle territoriale de régulation d'adressage des patients à partir de 22H30** et non pas d'une règle d'arrêt de fonctionnement des blocs opératoires des établissements non missionnés pour la nuit entière à partir de cette même heure.

Lors des réunions départementales du mois de juin 2011, des candidatures d'établissements ont émergé dans chaque territoire, portées soit par des établissements publics (seuls ou en partenariats), soit par des établissements privés seuls, soit par des partenariats publics-privés.

Ces candidatures devront être confirmées après diffusion du cahier des charges, à la fin du mois de septembre. Le dépôt des candidatures sera clos le 30 octobre 2011.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Un comité consultatif, composé de membres du comité de concertation et du comité de pilotage au niveau régional se réunira à la mi-novembre pour rendre un avis sur les candidatures à l'attention du DG d'ARS. Ce dernier arrêtera la liste des établissements retenus pour assurer la permanence chirurgicale des soins pour l'ensemble de l'activité nocturne (première et deuxième partie de nuit) pour le 30 novembre 2011. Les avenants aux CPOM des établissements seront formalisés pour la mise en œuvre de la réorganisation au début de l'année 2012.

4.1.2 Une concertation à élargir dans le cadre d'une démocratie sanitaire approfondie

Ce schéma de la permanence chirurgicale des soins est une réorganisation de grande ampleur dans la mesure où la PDES influence l'ensemble du fonctionnement de l'établissement.

Afin de présenter un projet pertinent et d'obtenir ainsi l'adhésion des acteurs de terrain, il est nécessaire de travailler en concertation avec ces acteurs. C'est pourquoi une large concertation au niveau régional et départemental a d'ores et déjà été engagée.

La concertation des instances suivantes est également prévue dans les prochaines semaines:

- La commission paritaire régionale, rassemblant les quatre intersyndicales de praticiens ainsi que les fédérations hospitalières.
- Les conférences de territoire
- La commission spécialisée de la CRSA
- La CRSA.

Au-delà de ces instances, il s'agit également d'élargir les débats devant les différentes catégories de professionnels des établissements. Pour ce faire, l'ARS pourra actionner plusieurs canaux simultanément :

- Organisation de réunions
- Participation à des événements professionnels. A titre d'exemple, le 20 octobre, l'ARS va rencontrer les urgentistes de SAMU de France, Collégiale régionale des urgentistes d'Île de France
- Publications.

Les principes de la réorganisation seront présentés en conférence de presse le 10 octobre prochain. Mais au-delà de cette présentation générale à la presse, c'est un complet plan de communication à l'attention des professionnels qui devra être élaboré.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Enfin et dans le cadre d'une démocratie sanitaire plus approfondie, il sera proposé aux élus locaux qui le souhaiteront des réunions d'information sur le sujet ainsi qu'aux représentants des usagers. Il est ainsi indispensable que l'ARS porte cette réforme auprès de chacun des acteurs concernés.

4.1.3 Mettre en place le registre des refus et la procédure de traitement des dysfonctionnements

La sécurité du nouveau dispositif en nuit profonde reposera sur un nombre limité d'établissements du territoire qui se seront engagés à assurer la permanence des soins en nuit profonde et qui se seront organisés avec leurs partenaires missionnés pour la première partie de nuit. En cas de carence de ces établissements désignés, toute la sécurité du dispositif sera remise en cause.

La mise en place d'un **registre régional du refus informatisé et son opérationnalité dès le début du projet** sont des conditions essentielles à la réussite de l'ensemble de la démarche.

Pour chaque refus en nuit profonde, une déclaration non nominative de chaque cas est remplie, d'une part, par le demandeur et/ou par les services de régulation Samu et, d'autre part, par le service sollicité (donc deux entrées au moins pour chaque cas). Des tableaux de bord dont la fréquence est à déterminer seront adressés aux directions et aux coordinateurs des établissements concernés, aux services de régulation médicale, aux services de l'ARS (cellule Gestion des risques/ Qualité, DT, Pôle Etablissements de santé) ainsi qu'au GCS SISiF.

Un bilan des refus rencontrés sera communiqué régulièrement à l'ensemble des établissements de la zone de couverture.

De même, le signalement des « fonctionnements non conformes » selon l'algorithme du schéma de la PDSSES devra être effectué.

La déclaration sur le registre est obligatoire pour chacun des acteurs PDSSES ;

Ce registre des refus devra être partiellement ou entièrement intégré aux systèmes d'information existants et notamment :

- aux données ROR
- aux données blocs (informatisation)
- à la base de données Urgences et SAMU.

De même, la procédure de traitement des dysfonctionnements doit être clairement établie dès la première nuit de mise en place.



En cas de dysfonctionnement constaté :

- les cas sont automatiquement signalés par le registre dès lors qu'il y a signalement d'un "événement indésirable grave"
- ces cas sont analysés au fil de l'eau par la cellule Gestion des risques/ Qualité de l'ARS
- les "refus" et les "fonctionnements non conformes" (assortis ou non d'un signalement d'un "événement indésirable grave") font l'objet d'un suivi et d'un état synthétique et peuvent amener à des sanctions pour non respect des engagements contractuels.

4.1.4 Intégrer la dimension des transports dans le dispositif

Un protocole est en cours d'élaboration afin de permettre une bonne articulation entre les différents prestataires de transports les services de régulation médicale et les Sapeurs Pompiers afin de fluidifier les parcours des patients aux horaires de la permanence des soins et dans le contexte de cette réorganisation.

4.1.5 Mettre en place un accompagnement de la réorganisation

L'ARS a bien conscience des délais très courts dans lesquels cette réorganisation va se mettre en œuvre. C'est pourquoi, elle envisage d'accompagner la mise en place de ce dispositif par le recours à un prestataire en organisation de systèmes de santé qui permettrait aux établissements de pouvoir avoir recours à une aide méthodologique dans la gestion du projet.

Outre l'accompagnement individuel, des moments de partage d'expériences entre établissements pourraient être proposés afin de permettre la diffusion des bonnes pratiques et les projets d'organisation innovants.

Un dispositif de communication au niveau régional ainsi qu'un kit de communication sera proposé aux établissements avant le démarrage du dispositif.



4.2 Calendrier prévisionnel de mise en œuvre des actions sur l'année 2012

Action 1 : Désigner les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale la nuit

Dernier trimestre 2011

Action 2 : Une concertation à élargir dans le cadre d'une démocratie sanitaire approfondie

Dernier trimestre 2011

Action 3 : Mettre en place le registre des refus et la procédure de traitement des dysfonctionnements

Dernier trimestre 2011

Action 4 : Mettre en place un accompagnement de la réorganisation

Dernier trimestre 2011 et premier semestre 2012

4.3 Aspects financiers

Concernant les établissements participant à la réorganisation chirurgicale aux horaires de PDSSES pour l'année 2012 telle que définie dans le présent dispositif, les financements sous forme de MIG PDSSES seront redistribués, dans le cadre de l'enveloppe qui sera déléguée lors de la prochaine campagne budgétaire. Il sera distingué **un financement MIG PDSSES chirurgicale pour les établissements assurant la première partie de nuit** et **un financement MIG PDSSES chirurgicale pour les établissements assurant l'ensemble de l'activité nocturne**.

Le financement MIG PDSSES relatif à la permanence des soins chirurgicale les jours de week-end (samedis après-midi, dimanches) et jours fériés ne sera pas modifié en 2012 pour ces établissements.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Sous réserve d'instructions ministérielles, les établissements ex-OQN devraient pouvoir bénéficier en 2012 des MIG PDSSES, comme cela était initialement prévu en juillet 2011, par transferts des crédits antérieurement délégués sous forme de Contrats de Pratiques Professionnelles (CPP).

Ce financement devrait permettre essentiellement l'indemnisation du dispositif de gardes et astreintes mis en place par l'ARS dans les spécialités concernées. D'autres crédits afférents à cette mission pourront être délégués de façon forfaitaire (accompagnement de la mise en place, système d'information, évaluation, prestations d'accompagnement, etc.) en fonction des crédits disponibles ou dans le cadre des crédits FMESPP, etc.

A ce stade, il n'est pas possible de déterminer des montants, ceux-ci dépendant de l'enveloppe globale qui n'est pas encore définie. Les principes suivants peuvent néanmoins être avancés :

- L'ARS recherche une meilleure efficacité de la dépense correspondant à l'enveloppe MIG PDSSES et à mieux répartir l'enveloppe qui lui est attribuée. Le diagnostic de la PDSSES a mis en évidence la faible activité chirurgicale en nuit profonde. Plus de la moitié des établissements réalisent moins de 3 interventions par semaine. De fait, il existe une concentration de l'activité sur quelques établissements. Il convient de formaliser cette organisation afin de rendre le dispositif plus lisible et plus sûr ainsi que d'éviter à la collectivité la dépense inutile. La recherche de l'équité des financements est ainsi un objectif fort de l'Agence : les établissements n'assurant pas *effectivement* de PDS chirurgicale en nuit profonde (du fait de leur faible activité) ne doivent pas être financés pour cette mission car ils le sont au détriment des établissements qui l'assurent.
- En conséquence, les établissements qui n'assurent pas une réelle mission de permanence des soins et qui pourtant disposent d'un financement MIG PDSSES depuis 2009, se verront retirer leurs MIG PDSSES à compter de l'année 2012.
- La réorganisation proposée relative à la permanence des soins chirurgicale doit *a minima* s'autofinancer dans le cadre de l'enveloppe MIG PDSSES 2012.
- Les établissements assurant la mission de PDSSES pour l'ensemble de l'activité nocturne se verront attribuer, le cas échéant, un financement indemnifiant une garde par spécialité (d'une astreinte le cas échéant) pour la nuit profonde. Un montant forfaitaire pourra éventuellement être attribué pour la mise en place du projet.
- Les établissements assurant la mission de PDSSES pour la première partie de nuit se verront retirer leur financement pour la nuit profonde
- L'ensemble des établissements assurant la permanence des soins chirurgicale la nuit se verront attribuer un financement MIG PDSSES de première partie de nuit. Ce financement permettra de financer une indemnisation d'une demi-garde (ou, le cas échéant, d'une demi-astreinte) en fonction des disponibilités de



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

l'enveloppe MIG PDES régionale et en fonction de plusieurs critères appréciés au cas par cas (activité, place dans le territoire, présence d'une maternité avec des gynécologues sans compétence chirurgicale...).

4.4 Suivi et Evaluation

4.4.1 Pilotage

Un suivi régional PDES sera mis en place dès le début de l'année 2012 et présenté régulièrement au comité de pilotage régional PDES.

Le comité de concertation régional PDES sera réuni régulièrement de manière à faire état d'éventuelles difficultés en matière de conditions d'exercice pour les praticiens lors de la mise en place de cette réorganisation.

4.4.2 Suivi et évaluation

Les établissements assurant la permanence des soins en chirurgie pour l'activité nocturne dans le cadre de ce cahier des charges doivent s'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif permettant notamment de préparer le schéma cible PDES en 2012.

Un comité d'évaluation du dispositif va être constitué prochainement afin d'évaluer l'impact de la réorganisation (flux, délais de prise en charge, qualité...). De même, des recommandations de bonnes pratiques proposées par les sociétés savantes seront progressivement adressées aux professionnels de façon à améliorer le fonctionnement du dispositif.

Tout au long de la démarche et en fonction des remontées, des ajustements pourront être apportés de façon à améliorer le fonctionnement du dispositif.

4.4.2.1 Indicateurs

Les indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins pour l'ensemble de la nuit pourront être :

- Nombre de malades admis en chirurgie viscérale et digestive et chirurgie orthopédique et traumatologique
- Nombre de malades opérés



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- Pourcentage de malades opérés/nombre de patients admis en nuit profonde
- Taux d'occupation des blocs par tranche horaire
- Nombre de refus, et nombre de refus avec motifs discordants
- Liste des motifs de refus
- Nombre de signalements, fonctionnements non-conformes
- Nombre de retours après plus de 24h
- Nombre d'allers-retours pendant la nuit profonde
- Délais entre l'heure d'arrivée dans l'établissement d'origine et l'heure d'admission dans l'établissement missionné PDSSES.
- Activité du SAU (passages, admissions en chirurgie ortho et viscérale)

De même et afin de croiser les données, les indicateurs suivants seront à suivre par les services de régulation médicale concernant le recours à la PDSSES :

- Nombre de transferts SMUR et non SMUR (transports allers et transports retour, transports aller-retour)
- Durée d'immobilisation des équipes

4.4.2.2 Tableaux de bord PDSSES

Des tableaux synthétiques seront réalisés automatiquement selon une périodicité mensuelle et annuelle. Les destinataires en sont les équipes des structures d'urgence, la direction des établissements, ARS (Délégation Territoriale et siège), le GCS SISIF.

Ils comportent un suivi synthétique des indicateurs et des dysfonctionnements et sont publiés annuellement par l'ARS.

4.4.2.3 Audits, enquêtes

Au-delà des données produites en routine, des audits et enquêtes ad-hoc complémentaires auprès des usagers ou des professionnels de soins pourront être lancés par les établissements ou l'ARS, notamment concernant l'organisation de la première partie de nuit.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Ce document a été réalisé grâce à la contribution des membres de l'équipe projet PDSES du siège de l'ARSIF constituée de :

- **Marie-Annie Burette**
- **Dominique Chareyre**
- **Marie-Claude Geidel**
- **Dr Romain Hellmann**
- **Valérie Intcigaray**
- **Evelyne Jean-Gilles**
- **Noura Lamari**
- **Lila Le Trividic Harrache**
- **Dr Sylvia Nguyen-Dang**
- **Marianne Perreau-Saussine**
- **Dr Miguel Rojas**
- **Dr Valérie Thomas**

Ainsi que les référents des Délégations Territoriales

- **Dr Marie-Christine Bauwens**
- **Anne Berthet**
- **Sylvie Bidon**
- **Myriam Burdin**
- **Mathilde Chapet**
- **Dr Corinne Chouraqui**
- **Dr Claude Croize**
- **Dr Pierre Daviot**
- **Annaïg Durand**
- **Dr Elisabeth d'Estaintot**
- **Hélène Eychenne**
- **Dr Philippe Gagny**
- **Dr Luc Garçon**
- **Didier Marty**
- **Nelly Sonnet**



ANNEXES



Index des annexes :

Annexe 1 – Enquête DGOS PDESSES Trame du volet 1.

Annexe 2 – Enquête DGOS PDESSES Trame du volet 2.

Annexe 3 – Enquête ARS PDESSES (Grille).

Annexe 4 – Enquête ARS PDESSES (Questionnaire).

Annexe 5 – Diagnostic régional et départemental.

Annexe 6 – Composition du comité de pilotage régional PDESSES.

Annexe 7 – Composition du comité de concertation régional PDESSES.

Annexe 8 – Composition du groupe de travail « neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle ».

Annexe 9 – Cahier des charges contractuel pour la prise en charge chirurgicale des patients la nuit dans le cadre de la PDESSES.



Annexe 1 – Enquête DGOS PDSES Trame du volet 1

identification établissement			
statut établissement			
territoire de santé			
Tableau complété par la direction de l'établissement de santé			
Financements établissement (données ARS)			
ES ex-DG: montant éventuel alloué au titre de la MIG PDSH (global établissement, 2010)	ES ex OQN : montant éventuel alloué au titre des crédits AC (global établissement, 2010)	Montant versé aux praticiens libéraux au titre des CPP ventilé par établissement et par spécialité (2009)	Montant versé aux praticiens libéraux au titre des CPP ventilé par établissement et par spécialité (1er semestre 2010)
Liste des plateaux techniques, équipements lourds et activités autorisés ou reconnus dont dispose l'établissement			
structure de médecine d'urgence			
SAMU			
SMUR			
réanimation adulte			
réanimation pédiatrique			
chirurgie			
SOS mains			
prise en charge des polytraumatisés			
traitement des grands brûlés			
salle de réveil ouverte H24			
blocs ouverts H24			
chirurgie cardiaque			
cardiologie interventionnelle (actes de type 3: prise en charge des SCA)			
USIC			
neuroradiologie interventionnelle			
UNV			
radiologie interventionnelle			
IRM			
scanner			
maternité de niveau 3			
maternité de niveau 2 (+ de 2000 accouchements)			
maternité de niveau 2 (+ de 1500 accouchements)			
maternité de niveau 2 (- de 1500			



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

accouchements)			
maternité de niveau 1 (+ de 2000 accouchements)			
maternité de niveau 1 (+ de 1500 accouchements)			
maternité de niveau 1 (- de 1500 accouchements)			



Annexe 2 – Enquête DGOS PDSES Trame du volet 2

Volet décliné pour l'ensemble des spécialités des établissements de santé.

Spécialités	Site géographique	N° de ligne	Organisation de la ligne par plage (ne pas comptabiliser les lignes de garde d'interne)					
			NUIT	samedi apm	dimanche et jours fériés (journée)	dispositif renforcé de manière saisonnière (vacances estivales, hivernales...)	type de renforcement de la ligne	durée du renforcement en jours
Réanimation chirurgicale et polyvalente		1						0
Autres spécialités chirurgicales		2						0

Spécialités	Site géographique	N° de ligne	Ancienneté de la ligne	Mutualisation de la ligne					
			La ligne existait-elle déjà le 22/07/09 (date de publication de la loi HPST)?	ligne mutualisée entre plusieurs sites géographiques de l'établissement ?	Si oui, liste des sites géographiques concernés	ligne mutualisée en inter établissements ?	Si oui avec quels établissements?	Modalités de mutualisation?	Nombre de plages réalisées sur le ou les sites concernés de l'ES
Réanimation chirurgicale et polyvalente		1							
Autres spécialités chirurgicales		2							

Spécialités	Site géographique	N° de ligne	Médecins							
			Nombre de médecins de la spécialité de l'ES	Nombre de médecins de l'ES participant à la ligne	% de plages assurées par des médecins libéraux	% de plages assurées par des médecins mono-appartenant	dont % assuré sur tps de travail additionnel (pour les plages de garde)	% de plages assurées par des praticiens hospitalo-universitaires	s'il y a des plages d'astreinte comment sont elles rémunérées ? (en dehors des médecins libéraux)	s'il y a des plages d'astreinte sont-elles "renforcées" par des plages de garde d'interne ?
Réanimation chirurgicale et polyvalente		1								



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

polyvalente									
Autres spécialités chirurgicales		2							



Annexe 3 – Enquête ARS PDSES (Grille)

Département	Libellé de l'ES	AP-HP EPS ESPIC PL	Type d'activité	Libellé	Total/ Nombre en 2010	2010 en première partie de nuit	2010 en nuit profonde (0H- 8h)	2010 Activité samedi/dimanche et jours fériés	Commentaires : variations de l'activité, le cas échéant particularités le WE, typologie des interventions les plus fréquentes...
			Urgences	Passages dans la structure des urgences					
			Urgences	dont passages suivis d'hospitalisation (en UHCD et en services)					
			Urgences	Passages dans la structure des urgences pédiatriques (autorisée)					
			Urgences	Interventions du pédiatre aux urgences					
			Urgences	Interventions du psychiatre aux urgences					
			Urgences	Lignes de permanence dédiées à l'UHCD					
			Orientations par SAMU-C15	Admissions directes en service/plateau technique spécialisé					
			Maternité	Niveau					
			Maternité	Urgences obstétricales (total)					
			Maternité	Naissances (total)					
			Maternité	Bloc mater (nombre d'interventions)					
			Maternité	Obstétriciens sans qualification chirurgicale					
			Maternité	Obstétriciens seniors de 55 ans et plus					
			Maternité	Anesthésiste dédié à la maternité					
			Chirurgie	Blocs (nombre total)					
			Chirurgie	Blocs ouverts aux horaires de PDSES (nombre)					
			Chirurgie	Informatisation du bloc (o/n)					
			Chirurgie	Avis avec examen clinique (non suivis d'intervention) réalisés pour le service des urgences					
			Chirurgie	Interventions avec anesthésie hors césariennes					
			Chirurgie	Chirurgiens seniors de 55 ans et plus					
			Anesthésie	Anesthésistes senior de 55 ans et plus					
			Imagerie	TDM accessible sur site H24					
			Imagerie	Echographie par radiologue accessible sur site H24					
			Imagerie	IRM accessible sur site H24					
			Imagerie	Radiologues seniors de 55 ans et plus					
			Chirurgie de spécialité	ORL (nombre d'avis spécialisés aux horaires de la PDSES)					
			Chirurgie de spécialité	ORL (nombre d'interventions avec anesthésie aux horaires de la PDSES)					
			Chirurgie de spécialité	Stomatologie (nombre d'avis spécialisés aux horaires de la PDSES)					
			Chirurgie de spécialité	Stomatologie (nombre d'interventions avec anesthésie aux horaires de la PDSES)					
			Chirurgie de spécialité	Ophthalmologie (nombre d'avis spécialisés aux horaires de la PDSES)					
			Chirurgie de spécialité	Ophthalmologie (nombre d'interventions avec anesthésie aux horaires de la PDSES)					



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

			Chirurgie de spécialité	Chirurgie vasculaire (nombre d'avis spécialisés aux horaires de la PDES)					
			Chirurgie de spécialité	Chirurgie vasculaire (nombre d'interventions aux horaires de la PDES)					



Annexe 4 – Enquête ARS PDSES (Questionnaire)



Nom de l'établissement :

Questionnaire ARS-IF sur la Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

A retourner au plus tard le 4 avril 2011 à la DT

Ce questionnaire est destiné à compléter le diagnostic régional des besoins et les ressources disponibles en PDSES et à élaborer le schéma cible prévu dans le cadre du SROS-PRS.

Merci par avance de répondre aux questions suivantes :

A. Contexte territorial

Quels sont les changements intervenus en matière de PDSES dans votre établissement depuis les travaux du Projet Médical de Territoire ?

B. Comment se positionne votre établissement en matière de PDSES dans la perspective des réorganisations territoriales à venir :

- Pour quelles spécialités :
- Pour quelle offre médico-technique spécifique :
- Pour quelles pathologies et filières :

Préciser pour chaque réponse

- la zone de couverture envisagée : (infra-territoriale départementale, régionale) et la période (première partie de nuit, nuit profonde, samedi-dimanche)

C. Impact organisationnel et adaptations nécessaires

1. Dans ce cadre, quelles sont les mesures organisationnelles qui vous semblent nécessaires à mettre en place dans votre établissement ?
2. Pour un établissement public ou ESPIC : le recours à des médecins libéraux est-il envisagé pour assurer la PDSES ?



Annexe 5 - Diagnostic régional et départemental

Diagnostic régional et départemental PDES nocturne

En complément de l'enquête PDES DGOS (février 2011), une enquête PDES ARS a été lancée. Suite à la suspension du volet 3 de l'enquête DGOS en avril 2011, et à la demande des représentants des établissements, il n'a pas été décidé de relancer une nouvelle enquête régionale ni de maintenir le volet 3 de l'enquête PDES-DGOS.

Les taux de recueil de ces deux enquêtes avoisinent 80%, mais certaines données d'activité notamment de certains établissements de l'APHP sont encore manquantes. De même, les différents établissements du département de la Seine-et-Marne n'ont pas dévoilé leurs informations sur leur activité nocturne, à la demande de la section départementale de la Fédération Hospitalière de France.

Les établissements pourront encore affiner leurs chiffres d'activité avant la fin du processus de désignation. Ainsi, les données d'activité spécifiques à la PDES et aux horaires de PDES seront enrichies au gré des échanges et visites dans les établissements. En cas d'impossibilité, les données SAE 2010 (et/ou, à défaut, des années précédentes) seront utilisées.

En conséquence, l'enquête a été réalisée sur la base des déclarations des établissements et les chiffres déclarés n'ont pas toujours pu être vérifiés. En outre, toutes les informations nécessaires au diagnostic n'ont pas pu être recueillies auprès des établissements.

Par ailleurs, il est à préciser que les données disponibles pour la nuit profonde concernent l'horaire minuit – huit heures du matin.

Cet état de fait a été partagé et accepté par les membres du comité de pilotage pour ne pas faire obstacle à l'avancement du projet et conformément à la volonté des acteurs de proposer des réorganisations structurantes.

1.1. Diagnostic de la permanence des soins dans les établissements de santé franciliens

1.1.1. Diagnostic régional

Avec près de 12 millions d'habitants en 2009, l'Île-de-France est la région la plus peuplée de France. Paris est le département qui comporte le plus grand nombre d'habitants (2 189 761 habitants et 20 980 habitants au km²), le Val-d'Oise est le



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

département le moins peuplé (1 172 126 habitants et 218 habitants au km² ce qui reste supérieur à la moyenne nationale, celle-ci se situant autour de 115 habitants au km² en métropole).

L'offre hospitalière de la région est également très dense, riche et diversifiée. La région compte en effet près de 420 établissements de santé dont 198 sont des établissements MCO et 86 sont autorisés pour les activités d'urgences.

En Île-de-France, la couverture d'un site d'urgences est en moyenne de 123 215 personnes. L'Essonne est le département de la région qui a le moins de population par site d'urgence avec une couverture moyenne de 101 288 personnes. A l'inverse, avec une couverture moyenne de 146 204 habitants par site d'urgences, le Val-de-Marne a le plus d'habitants par site.

A ce stade, les principaux constats tirés des enquêtes sont :



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- Le taux de garde toutes spécialités confondues varie selon le statut des établissements (EPS, APHP, privé ex-OQN ou ESPIC). Ce sont les **établissements publics qui assurent la grande majorité des lignes de gardes** avec notamment 50 % des gardes assurées dans les établissements de l'AP-HP. Moins de 20% des lignes de gardes sont assurées par les établissements privés ex-OQN et ESPIC.
- Pour les **spécialités concernées** par la réorganisation actuelle (Chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive), ce **taux de garde est faible**, estimé à 32 % en viscéral et à 23 % en orthopédie. Cette différence est encore plus marquée pour certains départements (Seine et Marne, Yvelines et Essonne avec respectivement 92%, 90% et 86% des lignes de PDSSES assurés par des astreintes).
- On note une **baisse importante de l'activité chirurgicale en deuxième partie de nuit**¹². Dans la région, la nuit profonde ne représente en effet que 27% de l'activité de la nuit entière en moyenne ce qui correspond à moins de 30 interventions chirurgicales par nuit profonde dans l'ensemble du territoire francilien. Or, pour assumer ce faible volume d'activité, pas moins de 87 établissements MCO sites d'urgences disposent d'au moins un bloc opératoire ouvert en nuit profonde.
- A l'exception de Paris, chaque département réalise donc en moyenne 2.6 interventions par nuit profonde, soit 0.24 intervention par établissement MCO autorisé pour les activités de médecine d'urgence¹³. En première partie de nuit¹⁴, l'activité moyenne s'élève à 7.6 interventions par département, soit 0.7 intervention par établissement.
- Plus de la moitié des établissements réalisent moins de 100 interventions en nuit profonde (ce qui revient à moins de 3 interventions par semaine).
- **Paris se distingue par une activité chirurgicale nocturne sensiblement supérieure** au reste de la région, représentant en effet **plus du tiers de l'activité de la région** (en nuit profonde).
- Enfin, il existe des territoires où le dispositif d'organisation des gardes et des astreintes pourrait être insuffisant en raison de **difficultés de démographie médicale** importantes.

¹² De 0h à 8h30 dans l'enquête ARS.

¹³ Paris ayant une activité significativement différente des autres départements, nous avons fait le choix de l'analyser séparément.

¹⁴ Jusqu'à minuit dans l'enquête ARS



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Lignes de PDES en Île de France (toutes spécialités / chirurgie orthopédique / chirurgie viscérale)

Lignes de permanence des soins IdF	153,7	Lignes de PDES en orthopédie	72	Lignes de PDES en Viscéral	81,7
PDES astreinte	72%	Astreintes	77%	Astreintes	68%
PDES garde	28%	Gardes	23%	Gardes	32%

Source : Enquête ARS-PDES

Activité chirurgicale toutes spécialités confondues en 2nde partie de nuit en Île de France (Région entière / hors Paris)

Nb Chir 2 nd e partie de nuit en IdF	9 671
Par nuit	26,5
Par nuit et par ES	0,3

Nb Chir 2 nd e partie de nuit en IdF hors Paris	6 693
Par nuit	18,3
Par nuit et par ES	0,24

Source : Enquête ARS-PDES

1.1.2. Paris (75)

Avec ses 2 189 761 habitants, Paris est le département le plus peuplé de la région et absorbe 23% de la population francilienne. Il est aussi le département le plus dense puisqu'il compte atteint presque 21 000 habitants au kilomètre carré.

11 établissements MCO sont autorisés pour les activités de médecine d'urgence (9 APHP, 2 ESPIC). Chaque site d'urgence couvre en moyenne 136 860 personnes, ce qui est supérieur à la moyenne régionale.

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive

Le département compte 22.2 lignes de permanence des soins la nuit dans les deux spécialités concernées, représentant ainsi 14.2% de l'ensemble des lignes de PDES de la région. 54% de ces lignes correspondent à des gardes, 46% à des astreintes. Paris assure donc plus de la moitié de ses lignes de permanence des soins par des gardes.

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit

Le département compte globalement 6 693 interventions chirurgicales la nuit et absorbe ainsi 26% de l'activité de l'ensemble de la région. L'activité chirurgicale de nuit



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

s'élève en moyenne à 24 interventions par nuit pour l'ensemble du département, soit 2.2 interventions par établissement.

En première partie de nuit, le département compte en moyenne 15.3 intervention chirurgicale par nuit, soit 1.4 intervention par établissement.

En nuit profonde, le département réalise 31% de l'activité de l'ensemble de la région (3243 interventions) avec en moyenne 8.8 interventions par nuit soit 0.8 par établissement. Le tiers des établissements sites d'urgences de Paris réalisent moins de 100 interventions par an en nuit profonde (4 établissements), 17% en effectuent plus de 400 (2 établissements).



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Diagnostic Paris

	Paris (75)	Représentation / IdF
Garde Orthopédie	4,5	
Garde Viscéral	7,5	
Total	12	28%
Astreinte Orthopédie	4,5	
Astreinte Viscéral	5,7	
Total	10,2	9%
Nb de chir Nuit profonde	2978	31%
Nb de chir 1ere partie nuit	6081	23,7%
Nb de chir nuit entière	9059	26%
Nb de Site Urgence	11	12,6%
Nb de chir NP / nuit dans département	8,8	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,8	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	15,3	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	1,4	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	24	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	2,2	
Lignes de permanence des soins 75	22,2	14,2%
PDSES astreinte	46%	
PDSES garde	54%	
Etablissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	4	33%
Sites sup à 400 interventions / an	2	17%

Conclusions pour le département

Dans ce département, les besoins en permanence des soins sont considérés comme couverts.

Paris se distingue particulièrement de la tendance régionale avec une permanence assurée en majorité par des lignes de garde d'une part, et avec une activité chirurgicale très importante même en nuit profonde (31% de l'ensemble de la région).

Deux établissements effectuent plus de 400 interventions chirurgicales en nuit profonde.



1.1.3. La Seine et Marne (77)

En Seine et Marne compte 1 313 038 habitants répartis dans une superficie qui équivaut à la moitié de celle de la région. Le département possède la plus faible densité de population de la région (218 habitants / km²).

11 établissements MCO du département sont autorisés pour les activités de médecine d'urgences (8 EPS et 3 privés ex-OQN), soit une couverture moyenne de 119 367 habitants par site d'urgences, couverture inférieure à la moyenne régionale.

Cinq établissements sites d'urgences (EPS) comptabilisent plus de 30 000 passages aux urgences par an : les CH de Meaux, de Lagny, de Coulommiers, de Melun et de Fontainebleau. Les sept autres enregistrent entre 15 000 et 30 000 passages par an : les CH de Montereau (EPS), de Nemours (EPS) et de Provins (EPS), les clinique La Francilienne (privé ex-OQN), de Tournan (privé ex-OQN) et Les Fontaines-Melun (privé ex-OQN).

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive

La Seine et Marne dispose de 18 lignes de permanence des soins la nuit et représente ainsi 11.5% des lignes de l'ensemble de la région. 91.7% de ces lignes sont des astreintes, les gardes ne représentant que 8.3%. On observe en *chirurgie orthopédique et traumatologique*, qu'aucun établissement du département ne possède de ligne de garde.

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit^[1]

En nuit entière, le département compte globalement 1921 interventions (5,3 % de l'activité de la région).

En première partie de nuit, l'activité chirurgicale en s'élève à 3.5 interventions par nuit soit 0.3 par établissement.

En nuit profonde, l'activité de permanence et de continuité des soins la nuit s'élève à 664 interventions (7 % de l'activité régionale), soit en moyenne à 1.99 interventions dans l'ensemble du département, ou 0.18 par établissement.

Aucun établissement n'effectue plus de 400 interventions chirurgicales en nuit profonde par an alors que près de 44% des établissements en réalisent moins de 100.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Diagnostic Seine et Marne

	Seine et Marne	Pourcentage de la région
Garde Orthopédie	0	
Garde Viscéral	1,5	
Total	1,5	3,5%
Astreinte Orthopédie	9	
Astreinte Viscéral	7,5	
Total	16,5	14,6%
Nb de chir NP	664	7%
Nb de chir 1ere partie nuit	1194	5%
Nb de chir nuit total	1858	5,25%
Nb de Site Urgence	11	12,60%
Nb de chir NP / nuit dans département	1,99	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,18	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	3,2	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	0,29	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	5,3	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	0,48	
Lignes de permanence des soins 77	18	11,5%
PDSSES astreinte	91,70%	
PDSSES garde	8,30%	
Etablissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	4	44%
Sites sup à 400 interventions / an	0	

Conclusions pour le département de la Seine et Marne

Dans ce département, les besoins en permanence des soins sont considérés comme couverts.

Le département a la particularité d'être très étendu. Il possède peu de lignes de gardes ainsi qu'une faible activité chirurgicale en nuit profonde.

1.1.4. Les Yvelines (78)

Les Yvelines comptent 1 417 068 habitants et une densité de 616 habitants par km² ce qui est inférieur à la moyenne régionale.

11 établissements sont autorisés pour les activités de médecine d'urgence (6 EPS et 5 privés). Chaque site d'urgences couvre 128 624 personnes ce qui est supérieur à la moyenne régionale.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Parmi les 11 établissements sites d'urgences, 5 sites comptent plus de 30 000 passages par an (1 privé et 4 publics) : l'HPOP, le CH de Rambouillet, Le CH de Versailles, le CH de Mantes et la CHIPS. 3 établissements comptent entre 15 000 et 30 000 passages (2 privés et 1 public) : l'HP de Versailles – Clinique des Franciscaines, le CH Meulan les Mureaux et la Clinique Montgardé Aubergenville). 3 établissements comptent moins de 15 000 passages par an (2 privés et 1 public) : le CMC Parly 2, le CMC Europe et le CH les Courses.

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive

Il existe 20 lignes de permanence des soins de nuit dans les spécialités concernées ce qui représente 13% de l'ensemble des lignes PDSSES de la région. La PDSSES nocturne est à 90% par des lignes d'astreintes, les lignes de garde ne représentant que 10%.

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit

On dénombre 2 547 d'interventions chirurgicales nocturnes dans le département ce qui correspond à 7% de l'activité de l'ensemble de la région. Chaque nuit, ce sont donc 7 interventions chirurgicales qui sont réalisées, soit 0.6 par établissement.

En première partie de nuit, le département compte en moyenne 5.4 interventions chirurgicales chaque nuit, soit 0.5 par établissement.

En nuit profonde, le département compte 564 interventions par an (6% de l'activité de la région), soit 1.5 intervention en moyenne par nuit et 0.14 par établissement. 6 établissements sur 11 effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde. Aucun établissement n'en effectue plus de 400.



Diagnostic Yvelines

	Yvelines (78)	Représentation / IdF
Garde Orthopédie	1	
Garde Viscéral	1	
Total	2	4,6%
Astreinte Orthopédie	9	
Astreinte Viscéral	9	
Total	18	16,3%
Nb de chir NP	564	6%
Nb de chir 1ere partie nuit	1983	8%
Nb de chir nuit total	2547	7,20%
Nb de Site Urgence	11	12,60%
Nb de chir NP / nuit dans département	1,54	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,14	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	5,43	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	0,49	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	6,97	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	0,63	
Lignes de permanence des soins 77	20	13,0%
PDSES astreinte	90,00%	
PDSES garde	10,00%	
Etablissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	6	55%
Sites sup à 400 interventions / an	0	

Conclusion sur le département des Yvelines

Dans ce département, il est considéré que les besoins en PDSES sont couverts.

Les lignes de permanence des soins la nuit sont essentiellement constituées par astreintes.

Plus de la moitié des établissements du département effectuent moins de 100 interventions chirurgicales en nuit profonde à l'année, ce qui équivaut à une activité inférieure à 3 interventions par nuit profonde et par semaine.

1.1.5. L'Essonne (91)

L'Essonne est peuplée de 1 215 453 habitants, sa densité de population s'élève à 1 804 habitants par kilomètre carré. Il s'agit d'un département étendu possédant des zones rurales localisées au sud.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

12 établissements MCO sont autorisés pour les activités de médecine d'urgences (8 EPS, 4 privés ex-OQN). Chaque site d'urgence couvre en moyenne 101 288 personnes, ce qui est inférieur à la moyenne régionale et constitue le plus faible ratio de la région.

Parmi les douze sites d'urgences, 3 ont une activité supérieure à 30 000 passages par an (3 EPS) : le CH Général de Longjumeau, le CH d'Orsay et le CH Sud Francilien (site Louise Michel).

8 sites (5 EPS et 3 privés ex-OQN) ont une activité comprise entre 15 000 et 30 000 passages par an : l'hôpital privé Claude Galien, l'Institut hospitalier Jacques Cartier, le CMC et obstétrical d'Évry, le CHSF (site hôpital Gilles Corbeil), le CH d'Arpajon, le CHSE (Dourdan), le CHSE (Étampes) et le CH de Juvisy-sur-Orge.

Enfin, l'hôpital privé du Val d'Yerres (privé ex-OQN) comptabilise moins de 15 000 passages par an.

État des lieux des gardes et astreintes nocturne en chirurgie viscérale et digestive et en chirurgie orthopédique et traumatologique

Il existe 24 lignes de permanence des soins de nuit dans les spécialités concernées ce qui représente 15.4% de l'ensemble des lignes PDSSES de la région. La PDSSES nocturne est très majoritairement assurée par des lignes d'astreintes (87.5%), les lignes de garde ne représentant que 12.5% de l'ensemble des lignes de PDSSES du département.

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit¹⁵

Le département effectue 2 450 interventions chirurgicales nocturnes par an (7% de l'activité de la région) ce qui correspond à 6.7 interventions par nuit, soit 0.6 intervention par établissement.

En première partie de nuit, le département enregistre en moyenne 4.9 interventions chirurgicales, ce qui équivaut à 0.4 intervention par établissement.

En nuit profonde, on dénombre 650 interventions chirurgicales par an (7% de l'activité de la région). Ainsi, en moyenne, 1.8 interventions sont effectuées chaque nuit aux horaires de la nuit profonde, soit 0.15 intervention dans chaque établissement. 8 établissements sur 12 effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde. Aucun établissement n'en effectue plus de 400.

¹⁵ Les données d'activité de l'Hôpital Privé Claude Galien n'ont pu être recueillies pour cette enquête.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Essonne

	Essonne (91)	Représentation / IdF
Garde Orthopédie	1	
Garde Viscéral	2	
Total	3	7%
Astreinte Orthopédie	11	
Astreinte Viscéral	10	
Total	21	19%
Nb de chir NP	650	7%
Nb de chir 1ere partie nuit	1800	7,0%
Nb de chir nuit entière	2450	7%
Nb de Sites Urgences	12	13,8%
Nb de chir NP / nuit dans département	1,8	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,15	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	4,9	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	0,4	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	6,7	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	0,6	
Lignes de permanence des soins 91	24	15,6%
PDSES astreinte	87%	
PDSES garde	13%	
Établissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	8	67%
Sites sup à 400 interventions / an	0	0%

Conclusions pour le département

Dans ce département, les besoins en permanence des soins sont considérés comme couverts.

L'Essonne assure peu la PDSES par des lignes de garde.

Les deux tiers des établissements du département effectuent moins de 3 interventions chirurgicales par semaine en nuit profonde (moins de 100 par an).

1.1.6. Les Hauts-de-Seine (92)

Dans les Hauts-de-Seine on dénombre 1 566 062 habitants pour une densité de 8 805 habitants par km², la deuxième après Paris. La densité hospitalière est très forte dans ce département qui compte 34 établissements MCO (6 APHP, 4 établissements publics de santé, 7 ESPIC, 17 établissements de santé privés à but lucratif).



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

12 établissements sont autorisés pour les activités de médecine d'urgences (4 APHP, 6 EPS, 2 ESPIC, 1 privé). Chaque site d'urgences couvre en moyenne 120 466 personnes, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne régionale.

Parmi les 12 établissements sites d'urgences, 8 ont une activité supérieure à 30 000 passages par an : les hôpitaux Ambroise Paré (APHP), Antoine Béchère (APHP), Beaujon (APHP), Louis Mourier (APHP), le CHI de Courbevoie-Neuilly-Puteaux (EPS), l'hôpital Foch (ESPIC), l'hôpital privé d'Antony (privé ex-OQN) et l'institut hospitalier franco-britannique (ESPIC).

2 établissements ont une activité comprise entre 15 000 et 30 000 passages : le CASH de Nanterre (EPS) et le CH des 4 villes (EPS).

Enfin, 2 établissements comptent moins de 15 000 passages par an : l'hôpital Stell Rueil (EPS) et le pôle de santé du Plateau-Site de Meudon (privé).

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive

Il existe 17 lignes de permanence des soins de nuit dans les spécialités concernées ce qui représente 11% de l'ensemble des lignes PDSSES de la région. La PDSSES nocturne est à 53% assurée par des lignes d'astreintes, les lignes de garde représentant 47%.

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit¹⁶

On dénombre 4 668 interventions chirurgicales nocturnes dans le département ce qui correspond à 13% de l'activité de l'ensemble de la région. Chaque nuit, ce sont donc 12.8 interventions chirurgicales qui sont réalisées, soit 1.1 par établissement.

En première partie de nuit, le département compte en moyenne 9.3 interventions chirurgicales, soit 0.8 par établissement.

En nuit profonde, le département compte 1 269 interventions par an (13% de l'activité de la région), soit 3.5 intervention en moyenne par nuit et 0.3 par établissement. 4 établissements sur 12 effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde. Un établissement en effectue plus de 400.

¹⁶ Les données d'activité de l'Hôpital de Percy n'ont pas pu être recueillies pour le présent diagnostic.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Diagnostic Hauts-de-Seine

	Hauts de Seine (92)	Représentation / IdF
Garde Orthopédie	5	
Garde Viscéral	3	
Total	8	19%
Astreinte Orthopédie	3	
Astreinte Viscéral	6	
Total	9	8%
Nombre d'interventions chir en 2nde partie de nuit	1269	13%
Nb de chir 1ere partie nuit	3399	13,2%
Nb de chir nuit entière	4668	13%
Nb de Site Urgence	12	13,8%
Nb de chir 2nde partie de nuit / nuit dans département	3,5	
Nb de chir 2nde partie de nuit / nuit / établissement	0,3	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	9,3	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	0,8	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	12,8	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	1,1	
Lignes de permanence des soins 92	17	11,0%
PDSES astreinte	53%	
PDSES garde	47%	
Établissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	5	33%
Sites sup à 400 interventions / an	1	8%

Conclusions pour le département des Hauts-de-Seine

Dans ce département, les besoins en permanence des soins sont considérés comme couverts.

La PDSES nocturne dans les Hauts-de-Seine est semblable à celle de Paris dans la mesure où elle est souvent (quasiment la moitié) assurée par des lignes de gardes là où la tendance régionale privilégie nettement un fonctionnement avec des lignes d'astreinte.

Un tiers des établissements du département effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde.

1.1.7. La Seine Saint-Denis (93)

En Seine-Saint-Denis on dénombre 1 513 963 habitants et tient la troisième densité de population en Île-de-France (après Paris et les Hauts-de-Seine) avec 6 383 habitants par km².



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

12 établissements MCO sont autorisés pour les activités de médecine d'urgence (2 APHP, 4 EPS, 6 privés). En 2009, le département a enregistré 463 892 passages aux urgences dont 71% dans les EPS et APHP et 29% dans les cliniques. Chaque site d'urgence couvre en moyenne 126 340 personnes, ce qui est légèrement supérieur à la moyenne régionale.

Parmi les 12 établissements sites d'urgences, 7 ont une activité supérieure à 30 000 passages par an (4 EPS, 2 APHP, 1 privé) : le CH de Saint-Denis, le CHI Robert Ballanger, le CHI André Grégoire de Montreuil, le CHI LE Raincy, l'Hôpital Jean Verdier, l'Hôpital Avicenne et l'Hôpital Européen de Paris – La Roseraie. 5 sites (privés) ont une activité comprise entre 15 000 et 30 000 passages par an : la Clinique de l'Estrée, la Clinique du Vert-Galant, l'Hôpital privé de l'Est – Clinique d'Aulnay, l'Hôpital privé de Saint-Denis et le Centre chirurgical Floréal.

(Insérer carte du département avec les établissements sites d'urgences)

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et en chirurgie viscérale et digestive

Le département compte 20.5 lignes de permanence des soins la nuit (13% de l'ensemble de la région) dont les trois quarts sont des astreintes (24% de lignes de garde).

État des lieux de l'activité chirurgicale la nuit

3 848 interventions chirurgicales sont réalisées la nuit (par an) en Seine-Saint-Denis soit 11% de l'activité de l'ensemble de la région. Chaque nuit, ce sont donc 10.5 interventions chirurgicales qui sont réalisées, soit 0.9 par établissement.

En première partie de nuit, le département compte en moyenne 8.9 interventions chirurgicales, soit 0.74 par établissement.

En nuit profonde, l'activité diminue sensiblement puisque le département compte 587 interventions par an (6.1% de l'activité de la région), soit 1.6 intervention en moyenne par nuit et 0.13 par établissement. 9 établissements sur 12 effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde. Aucun n'en effectue plus de 400.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Diagnostic Seine-Saint-Denis

	Seine St Denis (93)	Représentation / IdF
Garde Orthopédie	2	
Garde Viscéral	3	
Total	5	12%
Astreinte Orthopédie	8	
Astreinte Viscéral	7,5	
Total	15,5	14%
Nb de chir NP	587	6,1%
Nb de chir 1ere partie nuit	3261	13%
Nb de chir nuit total	3848	11%
Nb de Site Urgence	12	13,8%
Nb de chir NP / nuit dans département	1,6	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,13	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	8,9	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	0,7	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	10,5	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	0,87	
Lignes de permanence PDSSES 93	20,5	13%
PDSSES astreinte	76%	
PDSSES garde	24%	
Etablissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	9	75%
Sites sup à 400 interventions / an	0	0%

Conclusions pour le département de la Seine-Saint-Denis

Dans ce département, les besoins en permanence des soins sont considérés comme couverts.

La PDSSES est majoritairement assurée par des lignes d'astreinte.

Les $\frac{3}{4}$ des établissements MCO autorisés pour les activités d'urgences du département réalisent moins de 100 interventions par an en nuit profonde.

1.1.8. Le Val de Marne (94)

Le département compte 1 315 837 habitants et une densité de 5 351 habitants par kilomètre carré.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

9 établissements MCO sont autorisés pour des activités de médecine d'urgence : 2 EPS, 2 APHP, 1 ESPIC et 4 établissements privés ex-OQN. On observe une couverture de 146 204 personnes par site d'urgence ce qui dépasse largement la moyenne régionale.

5 des sites autorisés pour les activités d'urgences ont une activité supérieure à 30 000 passages par an : le GH Henri Mondor-Albert Chenevier (APHP), le CHI de Créteil (EPS), l'hôpital Saint-Camille (ESPIC), l'hôpital Bicêtre (APHP) et le CHI de Villeneuve Saint Georges (EPS).

2 établissements (privés) ont une activité comprise entre 15 000 et 30 000 passages par an : l'hôpital privé Armand Brillard et la clinique chirurgicale de Vitry.

Enfin, l'hôpital privé de Thiais et l'hôpital privé Paul d'Egine ont une activité inférieure à 15 000 passages par an.

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et viscérale et digestive

Il existe 12 lignes de permanence des soins de nuit dans les spécialités concernées ce qui représente 7.8% de l'ensemble des lignes PDSSES de la région. La PDSSES nocturne est assurée à 67% par des lignes d'astreintes, les lignes de garde représentant le dernier tiers des lignes de PDSSES.

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit¹⁷

On dénombre 6 735 d'interventions chirurgicales nocturnes dans le département ce qui correspond à 19% de l'activité de l'ensemble de la région. Chaque nuit, ce sont donc 18.4 interventions chirurgicales qui sont réalisées, soit 2.1 par établissement.

En première partie de nuit, le département compte en moyenne 13.3 interventions chirurgicales, soit 0.6 par établissement.

En nuit profonde, le département compte 1 876 interventions par an (19% région), soit 5.1 interventions en moyenne par nuit et 0.6 par établissement. 2 établissements sur 9 effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde. 3 en effectuent plus de 400.

¹⁷ Les données de l'hôpital de Thiais, de la Clinique Gaston Métivet ainsi que de l'HIA Bégin n'ont pas pu être recueillies pour cette enquête.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Diagnostic Val de Marne

	Val de Marne (94)	Représentation IDF
Garde Orthopédie	2	
Garde Viscéral	2	
Total	4	33%
Astreinte Orthopédie	2	
Astreinte Viscéral	4	
Total	8	67%
Nb de chir NP	1876	19%
Nb de chir 1ere partie nuit	4859	19,7%
Nb de chir nuit total	6735	19%
Nb de Site Urgence	9	10,3%
Nb de chir NP / nuit dans département	5,1	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,6	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	13,3	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	1,5	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	18,4	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	2,1	
Lignes de permanence des soins 94	12	7,8%
PDSES astreinte	33%	
PDSES garde	67%	
Etablissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an	2	22%
Sites sup à 400 interventions / an	3	33%

Conclusions pour le département du Val-de-Marne

Dans ce département, les besoins en permanence des soins sont considérés comme couverts.

A l'instar de la tendance régionale, la PDSES nocturne est majoritairement assurée par des lignes d'astreinte (les deux tiers).

On constate une forte activité chirurgicale dans ce département qui réalise quasiment 1/5^{ème} de l'activité chirurgicale de nuit entière et de nuit profonde de la région. 1/3 des établissements sites d'urgences effectuent plus d'une intervention chirurgicale en nuit profonde (plus de 400 à l'année).



1.1.9. Le Val d'Oise (95)

Le département compte 1 172 126 habitants soit 935 habitants par kilomètre carré.

Neuf établissements MCO sont autorisés pour les activités de médecine d'urgence (6 EPS et 3 privés ex-OQN). On observe ainsi une couverture de 130 236 personnes par site d'urgence ce qui est proche de la moyenne régionale.

Parmi les 9 établissements sites d'urgences, 5 (EPS) ont une activité supérieure à 30 000 passages par an : le GHEM Eaubonne, le CH Victor Dupuy - Argenteuil, le CH Gonesse, le CH René Dubos – Pontoise et le CHI portes de l'Oise ; 3 (privés-ex-OQN) ont une activité comprise entre 15 000 et 30 000 passages par an : la Clinique Claude Bernard – Ermont, l'Hôpital Privé Nord Parisien – Sarcelles et la Clinique Sainte-Marie – Osny ; enfin, Le Groupe Hospitalier Intercommunal du Vexin (EPS) a une activité inférieure à 15 000 passages par an.

État des lieux des gardes et astreintes nocturnes en chirurgie orthopédique et traumatologique et en chirurgie viscérale et digestive

Le département compte 16 lignes de permanence des soins (10.3% de l'ensemble des lignes PDES de la région) dont 59.4% correspondent à des astreintes (40.6% sont des gardes).

État des lieux de l'activité chirurgicale de nuit

Dans le Val d'Oise, il s'effectue 4 207 interventions chirurgicales nocturnes par an ce qui représente 11.9% de l'activité globale de la région. Ainsi, 11.5 interventions chirurgicales ont lieu en moyenne chaque nuit, soit 1.3 intervention par établissement.

L'activité en *première partie de nuit* représente 12.2% de l'activité régionale et s'élève en moyenne à 8.5 interventions par nuit, soit 0.9 par établissement.

En nuit profonde, on dénombre 1 083 interventions (11.2% de l'activité de la région) par an ce qui correspond à 2.97 interventions par nuit et 0.33 par établissement. Il est à noter que 4 établissements effectuent moins de 100 interventions par an en nuit profonde, 1 établissement en effectue plus de 400.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Diagnostic Val d'Oise

	Val d'Oise (95)	Représentation / IdF
Garde Orthopédie	3	
Garde Viscéral	3,5	
Total	6,5	15,1%
Astreinte Orthopédie	5	
Astreinte Viscéral	4,5	
Total	9,5	8,4%
Nb de chir NP	1083	11,2%
Nb de chir 1ere partie nuit	3124	12,2%
Nb de chir nuit total	4207	11,9%
Nb de Site Urgence	9	10,3%
Nb de chir NP / nuit dans département	2,97	
Nb de chir NP / nuit / établissement	0,33	
Nb de chir 1ere partie / nuit dans département	8,5	
Nb de chir 1ere partie / nuit / établissement	0,9	
Nb de chir (nuit entière) / nuit dans département	11,5	
Nb de chir (nuit entière) / nuit / établissement	1,3	
Lignes de permanence des soins 95	16	10,3%
PDSES astreinte	59,4%	
PDSES garde	40,6%	
Etablissements du déptmt		
Sites inf à 100 interventions / an en 2nde partie de nuit	4	44%
Sites sup à 400 interventions / an en 2nde partie de nuit	1	11%

Conclusion sur le Val d'Oise

Dans le Val d'Oise, il est considéré que les besoins en PDSES sont couverts.

Une petite majorité des lignes de PDSES correspondent à des astreintes (un peu moins de 60%).

44% des établissements MCO sites d'urgences effectuent moins de 100 interventions chirurgicales par an en nuit profonde.



Annexe 6 – Composition du Comité de pilotage

NOM	Prénom	Titre
BLUM-BOISGERO	Claudine	AP-HP – PU-PH Chargée de mission à la Direction du Service aux Patients et à la Communication
BRUN-NEY	Dominique	AP-HP DPM – Responsable du département Urgences-Réa
DIEBOLT	Jean-Michel	AP-HP DPM – Directeur délégué aux coopérations territoriales
FAGON	Jean-Yves	AP-HP / CRSA
FOURNIER	Michel	AP-HP – Directeur de la politique médicale
HUBIN	Jérôme	AP-HP DPM – Responsable du département Ressources Humaines Médicales
ORIO	Martine	AP-HP – Directrice GH Henri Mondor
PINSON	Jean	AP-HP DPM - Adjoint au Directeur de la politique médicale AP-HP
DURANTEAU	Jacques	AP-HP - Président de la Collégiale des PU-PH d'anesthésie
CASALINO	Enrique	AP-HP / PU-PH, Collégiale des Urgentistes AP-HP
FRECHOU	Denis	Président de la Conférence des directeurs de CH
BUSSONE	Michel	Conférence des Psdts de CME de CH IDF
AILLERES	Philippe	Conférence des Psdts de CME ESPIC – Île de France
GAILLARD	Didier	Président de conférence des présidents de CME des ets. Privés à but non lucratif
BLOCH	Yves	Membre du bureau C.N.D.C.H. (directeur du CH de Dieppe)
RICARD-HIBON	Agnès	Conférence Régionale des urgentistes
AUBART	François	Vice Président du Conseil National de Chirurgie
PAQUET	Jean-Christophe	Représentant du conseil national de la chirurgie
LANOT	Pierre	Représentant CM établissements privés
SASTOURNE	Rigal	Expert en ophtalmologie
ARMANTERAS-DE-SAXCE	Anne-Marie	Délégué régional FEHAP (Directrice Fondation RothsChild)
AUDOIN	Antoine	FEHAP
DUCROZ	Sylvain	Représentant FEHAP (Directeur Général de Foch Suresnes)
BURNIER	Jean-Pierre	Délégué régional de la FHF
WASMER	Guillaume	Délégué régional IdF de la FHF
DRIVET	René	Délégué régional IdF
PAUL	Olivier	Délégué national Fenhad
GRENIER	Philippe	AP-HP - Président du G4 d'IDF
LEBLANC	Gilbert	Président du Conseil professionnel de la Radiologie
GARRABE	Eliane	Médecin chefs des services (MCS) - Adj ss directeur
PONS	François	Pr - DCSSA (représente Dr Garrabe)
JAEGER	Roland	CME Privé



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

GIROUD	Marc	Conférence Régionale des Urgentistes - Chef de service du SAMU 95, Président de SAMU-Urgences de France
RAPHAEL	Maurice	Conférence régionale des urgentistes - Chef de service du SAMU de l'hôpital Kremlin Bicêtre - SAMU Urgences de France
GIGNAC	Dominique	URPS Médecins
SERRIERE	Patrick	Président du syndicat régional FHP IDF
SILBERMAN	Bruno	URPS médecins - Président
COSTE	Bruno	Représentant URIOPSS
DUPRE	Lauréline	URPS médecins - Chargée de mission URPS
FLORENTIN	Didier-Pier	URPS médecins - Représentant URPS [jusqu'à l'été 2011]
FOULON	Jean-Pierre	URPS médecins - Représentant URPS
GRENIER	Alexandre	URPS médecins - Directeur des études URPS
SIAVELLIS	Georges	URPS médecins - Représentant URPS



Annexe 7 – Composition du Comité de concertation

NOM	Prénom	Organisme Syndical
FRIBOURG	Jacques	ADUHP-SNUHP
FAGGIANELLI	Bruno	AMUF
PELLOUX	Patrick	AMUF
AUBART	François	CMH
PRUDHOMME	Christophe	Fédération des Médecins Santé CGT
CHABERNAUD	Jean-Louis	SNPEH
ADAM	Julien	S.C.C.A.H.P
TAZAROURTE	Karim	SAMU
CAZABAN	Denis	SMARNU
VIGNIER	Michel	SMARNU
REYES	Seti	SMARNU
HAUCHART	Valérie-Anne	SNARF
LANOT	Pierre	CRP CME Hospitalisation privée – île de France
PARAIRE	François	SNMH-FO
SAMMUT	Wilfrid	SNPHAR-e
DRU	Michel	SNPHAR-e
DASSIER	Patrick	SNPHAR-e
BOILLET	Didier	SPH
RAHMOUNI	Alain	SRH
SEBAG	Guy	SRH
AILLERES	Philippe	Syndicat des médecins des Établissements PSPH
DE ROCHAMBEAU	Bertrand	UCDF/LE BLOC (SYNGOF+UCDF+AAL)

Annexe 8 – Composition du groupe de travail « neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle »

NOM	Prénom	Institution
ARMANTERAS DE SAXCE	Anne-Marie	FEHAP
BERNARD	Catherine	ARS75
BIDON	Sylvie	ARS
BLANC	Raphael	Rothschild
BLONDEL	Patricia	ARS
BURETTE	Marie-Annie	ARS
CAMPHIN	Patrick	APHP
CHARLES	Philippe	CH Ste Anne
DEVAUX	Bertrand	CH Ste Anne
DOLVECK	François	APHP
DUCREUX	Denis	APHP
DUCROZ	Sylvain	Hôpital Foch
FOURNIER	Michel	APHP
GAILLARD	Stephen	Hôpital Foch
GELLIOT	Annick	ARS
JUNQUA	Hélène	ARS DT75
LALARDRIE	Florence	APHP
LOT	Guillaume	Rothschild
MARSAULT	Claude	APHP
MARTY	Didier	ARS
MEDER	Jean-François	CH Ste Anne
METTAUER	Vincent	ARS
NGUYEN-DANG	Sylvia	ARS
OZANNE	Augustin	APHP
PERREAU-SAUSSINE	Marianne	ARS
PIOTIN	Michel	
PRUVOST	Catherine	MDPH Paris
RODESCH	Georges	Hôpital Foch
SALIOU	Guillaume	APHP
SOUMARE	Mariam	ARS
TAZAROURTE	Karim	CH Melun
THEVENIN LEMOINE	Brigitte	ARS
THOMAS	Valérie	ARS



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

VIVIEN	Benoît	APHP
WOIMANT	France	ARS
ZERAH	Michel	APHP



Annexe 9 – Cahier des charges contractuel dans le cadre de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)



Cahier des charges contractuel dans le cadre de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)

La prise en charge des patients
en chirurgie adulte *

pour l' activité nocturne

*Chirurgie orthopédique et traumatologique et chirurgie digestive et viscérale



Plan

I Objet du cahier des charges

II Définition de la PDSES pour l' année 2012 en chirurgie orthopédique et traumatologique et chirurgie digestive et viscérale

III 7 engagements contractuels à assurer la mission de PDSES

- ✓ Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES
- ✓ Mettre en place coordonnateur PDSES pour l' établissement
- ✓ Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDSES
- ✓ S' engager au « 0 refus »
- ✓ Favoriser le retour des patients vers les établissements d' origine
- ✓ S' engager à participer au suivi et à l' évaluation du dispositif
- ✓ Garantir l' accessibilité aux soins

IV Non respect des engagements contractuels



4.4.2.3.1.1 I Objet du cahier des charges

1.1 Objet du cahier des charges

➤ **Objet :**

➤ Ce cahier des charges a pour objet de définir les engagements contractuels auxquels seront soumis les établissements de santé assurant une permanence des soins la nuit, pour les activités de chirurgie viscérale et digestive d' une part, et chirurgie orthopédique et traumatologique d' autre part. La chirurgie pédiatrique n' est pas incluse dans ce cahier des charges.

➤ A noter que ce cahier des charges se distingue d' un protocole d' organisation et d' une convention de partenariat avec un établissement ou un service de régulation médicale. Il pourra être complété d' une annexe décrivant les principes d' organisation à mettre en place découlant de la réorganisation de la PDSES en Île de France ainsi que des recommandations de sociétés savantes.

➤ Ce présent cahier des charges ne traitera pas des situations exceptionnelles faisant l' objet de dispositifs spécifiques (Plan Blanc, Hôpital en tension...).

➤ **Durée**

La durée concernée par ce présent cahier des charges est d' un an, à compter du 1^{er} janvier 2012, dans l' attente de la publication du SROS-PRS et plus précisément du schéma cible Permanence des Soins en Etablissements de santé (PDSES).

1.2 Modalités de rédaction du cahier des charges

➤ **Contexte**

A la demande des acteurs et professionnels consultés dans le processus de concertation depuis 2010 (comité de pilotage, comité de concertation, réunions départementales), des principes de réorganisation fortement structurants ont été proposés. Il s' agit dans ce présent document d' en décrire les principales modalités.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

➤ Les professionnels et experts ayant contribué à la rédaction du cahier des charges

- Ce cahier des charges a été écrit grâce à la précieuse collaboration d' experts et de professionnels de la région Île de France pendant l' été 2011. Les remerciements de l' ARS Île de France s' adressent particulièrement à :
 - ✓ Docteur Philippe Aillères (Conférence des Psdts de CME ESPIC – Île de France)
 - ✓ Docteur François Aubart (Conseil National de la Chirurgie – Île de France)
 - ✓ Docteur Dominique Brun-Ney (AP-HP)
 - ✓ Docteur Bruno Faggianelli (AMUF – Île de France)
 - ✓ Docteur Marc Giroud (SAMU, Urgences de France – Île de France)
 - ✓ Docteur Jean-Christophe Paquet (Conseil National de la Chirurgie – Île de France)
 - ✓ Docteur Patrick Pelloux (AMUF - Île de France) (sous réserve de confirmation)
 - ✓ Docteur Agnès Ricard-Hibon (Conférence Régionale des Urgentistes d' Île de France)
 - ✓ Docteur Pierre Lanot (CRP CME Hospitalisation privée – Île de France)

1.3 Valeur juridique de ce cahier des charges

- Ce cahier des charges n' a pas en soi de valeur juridique. Il décrit les engagements contractuels qui seront *repris* dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d' Objectifs et de Moyens (CPOM) passés avec les établissements de santé concernés à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour la durée précédemment citée.



4.4.2.3.1.2 II Définition de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé

2.1 Définition

Dans le cadre du financement par la mission d'intérêt général Permanence des Soins Etablissements de santé (MIG PDES), les définitions suivantes peuvent être apportées :

- La Permanence des soins consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à l'établissement dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins (nuit, samedi après-midi, dimanche ainsi que jours fériés). A noter que ce cahier des charges porte sur une réorganisation concernant l'activité nocturne.
- La continuité des soins peut se définir comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de permanence des soins (nuit, le samedi après-midi, le dimanche ainsi que les jours fériés).

La PDES concerne le seul champ MCO et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures ayant un service de médecine d'urgence des établissements ex-OQN (sous réserve des négociations en cours au niveau national). Par conséquent les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc relever du dispositif de PDES.

Il est à noter que la continuité des soins est assurée obligatoirement par l'établissement de santé tandis que la permanence des soins n'est pas obligatoirement assurée par l'établissement si celui-ci n'a pas été expressément désigné pour cela par le Directeur Général de l'ARS.

2.2 Cadre juridique

- Dans l'attente de la publication du SROS-PRS et notamment du schéma cible PDES et de l'attribution des missions de service public par le DG de l'ARS tel que le prévoit l'article L-6112-2 du code de la santé publique, des propositions de réorganisation de



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

la prise en charge chirurgicale générale adulte pour la période nocturne vont être présentées aux instances de concertation de la région Île de France (conférences de territoire, CRSA, commission régionale paritaire).

- Ces propositions de réorganisation trouveront leur concrétisation juridique dans les avenants aux CPOM des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général PDES (MIG PDES) pour les activités de chirurgie viscérale et digestive d'une part, et chirurgie orthopédique et traumatologique d'autre part, la nuit (hormis la chirurgie pédiatrique).
- A noter que ces propositions de réorganisation et les choix d'établissement assurant la permanence des soins pour l'année 2012 ne vaudront pas engagement pour la procédure d'attribution de mission de service public telle qu'elle sera mise en œuvre dans le cadre du schéma cible du SROS-PRS.

2.3 Les enjeux

- Dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé (PRSP), les enjeux suivants doivent être poursuivis et déclinés au regard de la mission de permanence des soins :
 1. **Améliorer la qualité et la sécurité des soins :**
 - Sécuriser les parcours de soins non programmés pour que toutes les demandes obtiennent une réponse adaptée en termes de prise en charge et d'orientation
 - Réduire les délais d'attente pour l'orientation en aval des structures urgences
 - Assurer une meilleure lisibilité des filières de prise en charge
 - Articuler cette prise en charge avec l'organisation du premier recours existante.
 2. **Améliorer l'efficacité et la bonne utilisation des ressources humaines notamment médicales**
 - Optimiser l'utilisation de la ressource humaine et offrir des conditions de travail acceptables pour le personnel médical assurant des gardes et astreintes ainsi que pour le personnel non médical, tant du domaine public que du domaine privé
 - Prendre en compte l'ensemble de la filière de prise en charge,
 - Faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- Eliminer les doublons sur une même activité
- Evaluer rigoureusement ce dispositif permettant des adaptations progressives.

3. Garantir l'accessibilité des parcours de santé :

- Optimiser l'organisation de la PDSES dans les territoires permettant au patient de rentrer au bon endroit
- Assurer une offre à des tarifs de secteur 1
- Assurer une bonne information des usagers et des professionnels dans cette réorganisation

2.4 Activités concernées

La permanence des soins couvre de nombreuses spécialités réglementées et non réglementées. Ce cahier des charges traite exclusivement de :

- l'activité de chirurgie viscérale et digestive adulte
- l'activité de chirurgie orthopédique et traumatologique adulte.

A noter que ces deux spécialités devront être assurées concomitamment par l'établissement pour qu'il soit reconnu comme assurant la permanence des soins chirurgicale pour l'ensemble de l'activité nocturne.

Les différentes spécialités chirurgicales (ORL, stomatologie, chirurgie de la main, urologie, neuro-chirurgie, ophtalmologie, chirurgie vasculaire) ainsi que la chirurgie pédiatrique seront réorganisées ultérieurement.

2.5 Le financement par l'enveloppe MIG PDSES

Les établissements participant à la réorganisation chirurgicale aux horaires de PDSES pour l'année 2012 telle que définie dans ce présent cahier des charges se verront attribuer un financement spécifique sous forme de MIG PDSES.

Ce financement devrait permettre essentiellement le financement du dispositif de gardes et astreintes mis en place par l'ARS dans les spécialités concernées par le présent cahier des charges. D'autres crédits afférents à cette mission pourront être délégués de façon forfaitaire



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

pour cette mission (accompagnement de la mise en place, système d' information, évaluation, prestations d' accompagnement....) en fonction des crédits disponibles.

2.6 Les horaires de nuit

La réorganisation de la prise en charge en chirurgie orthopédique et traumatologique et en chirurgie digestive et viscérale s' applique en 2012 à la nuit, y compris les nuits de week-end et de jours fériés. L' organisation en journée le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés est inchangée. Deux périodes sont distinguées en Île de France au regard de l' activité :

- une première partie de nuit depuis le début de la garde jusqu' à 22h30
- une deuxième partie de nuit appelée également nuit profonde entre 22h30 à 8h30.

Il est à noter que si l' organisation et l' adressage des patients entre établissements est modifiée à partir de 22H30, l' activité chirurgicale de l' établissement peut se poursuivre au-delà de cette limite horaire, afin de terminer le programme chirurgical entrepris auparavant.

Dans ce cadre, deux types d' établissements financés par la MIG PDSES et répondant au cahier des charges vont être distingués :

- les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale uniquement pour la première partie de nuit
- les établissements assurant la permanence des soins pour l' ensemble de la nuit (y compris la nuit profonde).

Aux approches des limites horaires de la PDSES, les situations sont à gérer de façon pragmatique, en anticipant les différentes étapes de la prise en charge et en fonction de l'intérêt du patient.

2.7 La zone de couverture

Une zone de couverture territoriale sera déterminée par le DG de l' ARS pour la permanence des soins. Cette zone de couverture devrait concerner entre 400 et 600 000 habitants, à l' exclusion de Paris, selon les recommandations du Conseil National de la Chirurgie (contribution du CNC au Conseil National de l' Urgence Hospitalière, en 2010).



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Cette zone de couverture définit le territoire couvert par l'établissement qui assure la permanence des soins pour l'ensemble de l'activité de nuit, y compris la nuit profonde.

Le critère territorial n'est pas le seul critère de prise en charge par l'établissement assumant la mission de PDES chirurgicale en nuit profonde. L'établissement devra également assurer l'accueil et la prise en charge dans les cas suivants :

- si le patient se présente de lui-même
- si un critère d'orientation relatif à la qualité de la prise en charge du patient (ex: patient déjà suivi, disponibilité d'une ressource...) le justifie
- si le patient (ou le médecin en charge du patient) en exprime la volonté, sous réserve d'une distance raisonnable et de la présence d'un plateau technique adapté.
- si le lieu de résidence du patient et/ou de ses proches (qui est à prendre en compte tout autant que le lieu où il se trouve en situation d'urgence) est dans la zone de couverture.

Pour l'ensemble de ces raisons, la non provenance d'un territoire donnée et/ou la non résidence sur ce territoire ne peuvent être opposées pour justifier le refus d'un patient.

De même, les filières régionales spécifiques font l'objet d'un traitement à part (neuro-chirurgie et neuro-radiologie interventionnelle, polytraumatisés, ...).

4.4.2.3.1.3 Axe 3 : Les Engagements contractuels des établissements de santé

Il s'agit ici de décrire les engagements contractuels auxquels devront souscrire les établissements assurant une permanence des soins la nuit, que ce soit pour la première partie de nuit ou pour l'ensemble de l'activité nocturne. Ces engagements seront retranscrits dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des établissements recevant des financements MIG PDES.

Certains de ces engagements seront spécifiques aux établissements assurant la permanence des soins pour l'ensemble de la nuit profonde.



3.1 Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES

La réorganisation de la PDSES chirurgicale la nuit touche à l'ensemble de l'organisation de l'établissement.

Afin de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs internes et externes concernés par cette nouvelle organisation et de garantir un parcours de soins coordonné et sécurisé pour le patient, l'établissement assurant la permanence des soins devra, dans le respect de l'indépendance des établissements, mettre en place un dispositif assurant une gouvernance interne et territoriale du projet PDSES. Ce dispositif permettra notamment de :

- Présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées (directoire, conseil de surveillance, CME, COPS...) en précisant les différentes modalités (protocole d'organisation des lits d'aval, transferts, coordonnateur PDSES, articulation avec les services de régulation médicale...). L'adhésion de toute la communauté médicale en CME devra être recherchée.
- Définir clairement en précisant les différentes modalités opérationnelles d'organisation internes (accueil des patients chirurgicaux, fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, transferts) et externes (coordinateur PDSES, articulation avec les services de régulation médicale...).
- Organiser la participation des praticiens hospitaliers et libéraux des différents établissements aux astreintes et gardes de l'établissement désigné. Cette organisation pourra se tenir au sein de la COPS de l'établissement désigné élargie aux partenaires du territoire, le cas échéant.
- Mettre en place une politique de gestion des risques spécifique à la PDSES et articulée avec la politique de gestion des risques de l'établissement.
- Information de la population et des professionnels de ville agissant dans le domaine de la santé quelque soit leur mode d'exercice
- Suivre et évaluer la nouvelle organisation.

Il est indispensable pour la réussite de cette nouvelle organisation qu'un travail conjoint entre les directions d'établissement et les communautés médicales soit réalisé et soit formalisé dans un projet médical commun PDSES.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

3.2 Mettre en place quotidiennement un coordinateur (pour les établissements assurant la permanence des soins pour l' ensemble de la nuit)

Un praticien senior doit être désigné chaque jour par l' établissement en tant que coordinateur PDES par spécialité (chirurgie orthopédique et traumatologique et chirurgie viscérale et digestive).

L' établissement pourra faire le choix de disposer d' un coordinateur unique pour les deux spécialités.

Pour l' extérieur, il est le contact unique de l' établissement pour organiser l' admission et la prise en charge des patients chirurgicaux en nuit profonde. Il devra être clairement identifié dans un tableau de service établi par l'établissement. Il dispose d'un numéro d'appel permanent et accessible de l' extérieur ainsi que des outils de communication nécessaires lui permettant de remplir sa mission.

Il est destinataire des appels entrants en provenance :

- des structures d' urgence (SAMU, services des urgences....)
- des autres médecins demandeurs d' une prise en charge.

En interne, il mobilise les ressources nécessaires à la prise en charge du patient

L' établissement organise la disponibilité et les moyens nécessaires à la mise en œuvre de cette responsabilité et établit un tableau quotidien des coordinateurs.

Ce coordinateur renseigne les items nécessaires à l' évaluation de ce dispositif.

3.3 Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDES

4. Ressources humaines

Une équipe médicale et non médicale de permanence sera mise en place par l' établissement. Afin de sécuriser le dispositif, la mise en place d'une garde sur place sera favorisée, mais chaque situation devra être appréciée au cas par cas en fonction de l' organisation de l' établissement et de son insertion dans le territoire. Celui-ci bénéficiera à cet effet des financements sous la forme de la MIG PDES concernant principalement le personnel médical.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Concernant les tableaux de permanence chirurgicale, le recours aux praticiens volontaires d' autres établissements de santé pourra être organisé afin de permettre la constitution de listes de gardes et d' astreintes territoriales.

L' établissement doit contracter une assurance responsabilité civile pour les praticiens effectuant des gardes et astreintes dans l' établissement assurant la permanence des soins la nuit. L' établissement s' assure également du respect des règles de travail pour ces praticiens, notamment en terme de repos de sécurité.

L' établissement de santé devra s' assurer, avant de s' engager dans la permanence des soins, de l' accord préalable des praticiens libéraux qui assureraient des gardes et astreintes dans les conditions imposées par le dispositif.

- Dimensionnement des capacités d' accueil

L' établissement doit s' engager à disposer du nombre de lits disponibles permettant d' assurer la mission de PDSES, y compris lors des pics d' activité prévisibles.

- Etat des infrastructures

L' établissement doit s' engager à disposer d' infrastructures et notamment de blocs opératoires fonctionnels permettant d' opérer en urgence les patients qui lui sont adressés et de l' ensemble de la zone de couverture qui le nécessitent ainsi que des matériels d' imagerie adaptés.

- Circuit d' accueil du patient dans l' établissement assurant la permanence des soins pour l' ensemble de la nuit

Le circuit du patient nécessitant une prise en charge chirurgicale la nuit doit être organisé entre les établissements de la zone de couverture dans le respect des référentiels des sociétés savantes existants.

A son arrivée dans l' établissement assurant la permanence des soins, le patient est confié à l' équipe médico-chirurgicale chirurgicale qui organise l' ensemble de la prise en charge. Cette organisation (circuit d' accueil et moyens humains et matériels) doit être décrite précisément dans le cadre du projet médical PDSES de l' établissement assurant la permanence pour l' ensemble de la nuit.

- Patient provenant d' un établissement possédant l' infrastructure en imagerie médicale



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Les principes suivants doivent être respectés :

- Limiter les transferts aux patients déjà explorés, dont le diagnostic a été posé et qui relèvent d'une prise en charge chirurgicale en conformité avec les recommandations professionnelles
- Raccourcir les délais de prise en charge : Les « second passages » aux urgences et les examens complémentaires « doublons » sont à éviter.
- L'organisation de la réalisation complémentaire d'actes à visée diagnostique et la surveillance du patient sont également assurées par l'équipe médico-chirurgicale qui a accepté le patient en lien avec l'équipe d'imagerie. L'organisation afférente sera précisée dans le projet médical PDSES de l'établissement
- Les services de transport sanitaires (SMUR ou Ambulances privées) doivent disposer d'une information précise sur le lieu de prise en charge. Ils n'ont pas à assurer le brancardage ni la surveillance des patients pendant la réalisation d'éventuels actes diagnostiques complémentaires.
- L'acte chirurgical, s'il est indiqué, sera réalisé sans délai dans l'établissement assurant la permanence des soins. Les « second transferts » décalés aux heures ouvrables pour assurer l'acte chirurgical dans un autre établissement ne sont pas admis.

Ces principes sont détaillés en annexe 1.

- Patient provenant d'un établissement sans infrastructure en imagerie médicale ou ne disposant pas de service des urgences

Les établissements assurant la permanence des soins pour l'ensemble de l'activité nocturne ont vocation à accueillir les patients qui présentent une suspicion de pathologie chirurgicale viscérale ou orthopédique en intervention primaire ou en provenance d'un établissement qui n'a pas l'infrastructure permettant une exploration diagnostique adaptée à la situation clinique.

Les patients sont adressés au service des urgences de l'établissement.

Les principes sont les suivants :

- L'organisation de la réalisation complémentaire d'actes à visée diagnostique et la surveillance du patient sont également assurées par l'équipe médico-chirurgicale qui a accepté le patient en lien avec l'équipe d'imagerie. Si au terme de l'examen et des



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

explorations l'indication chirurgicale est écartée, ou peut être décalée aux heures ouvrables, le retour vers l'établissement d'origine peut être envisagé en fonction de la situation et du souhait du patient.

Ces principes sont détaillés en annexe 1.



3.4 S' engager au « zéro refus » (pour les établissements assurant la permanence des soins pour l' ensemble de la nuit)

- **Le principe du « zéro refus »**

La sécurité du nouveau dispositif en nuit profonde reposera sur un nombre limité d' établissements du territoire qui se seront engagés à assurer la permanence des soins en nuit profonde. En cas de carence de ces établissements désignés, toute la sécurité du dispositif sera remise en cause.

Par conséquent, ces établissements qui disposeront du financement PDSES en chirurgie pour l' ensemble de l' activité nocturne devront s' engager sur le principe du « zéro refus » vis-à-vis de leurs partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé n' assurant pas la permanence des soins pour l' ensemble de l' activité nocturne).

Parallèlement, les établissements qui disposeront du financement pour la seule première partie de nuit devront mettre tout œuvre afin de permettre que ce principe du « zéro refus » soit respecté. Des conventions entre les établissements pourront être passées à cet effet.

Ce principe du « zéro refus » ne concerne pas les patients nécessitant une prise en charge selon des filières régionales spécifiques faisant l' objet d' un traitement à part (neuro-chirurgie et neuro-radiologie interventionnelle, polytraumatisés, pédiatrie...) et les cas de situations exceptionnelles précédemment développés qui seront gérés en articulation avec les services de régulation médicale. .

Le principe du « zéro refus » ne doit pas aboutir à une situation qui consisterait à accepter tout patient pour avis chirurgical en élargissant les indications « au delà du raisonnable », aboutissant à une « explosion » des transferts « aller-retour pour avis » inutiles et préjudiciables aux patients. Pour cela, les transferts secondaires doivent concerner essentiellement des patients déjà explorés, dont le diagnostic est posé et dont les indications reposent sur un référentiel rédigé par les sociétés savantes concernées.

Une attention particulière sera apportée aux patients qui relèvent d' une prise en charge chirurgicale et pour lesquels cette prise en charge a été décalée aux heures ouvrables voire re-transférés secondairement sans réalisation d' actes chirurgicaux (dits « seconds transferts »).



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Une attention particulière sera également apportée aux patients transférés et qui ne relèvent pas d' une intervention chirurgicale (dit « aller-retour » pour avis chirurgical).

- Le registre des refus

Un registre régional informatisé des refus et des motifs de « fonctionnement non conforme » est mis en place pour la nuit profonde.

Pour chaque refus en nuit profonde, une déclaration non nominative de chaque cas est remplie, d'une part, par le demandeur et/ou par les services de régulation Samu et, d'autre part, par le service sollicité (donc deux entrées au moins pour chaque cas). Des tableaux de bord dont la fréquence sera à déterminer seront adressés aux directions et aux coordinateurs des établissements concernés, aux services de régulation médicale, aux services de l' ARS (cellule Gestion des risques/ Qualité, DT, Pôle Etablissements de santé) ainsi qu' au GCS SISiF.

Un bilan des refus rencontrés sera communiqué régulièrement à l' ensemble des établissements de la zone de couverture.

De même, le signalement des « fonctionnements non conformes » selon l'algorithme du schéma de la PDSES devra être effectué.

Une liste pré-définie des motifs de refus est à renseigner à la fois par le demandeur et le receveur (voir annexe 2).

La déclaration sur le registre est obligatoire pour chacun des acteurs PDSES ;

Ce registre des refus devra être partiellement ou entièrement intégré aux systèmes d' information existants et notamment :

- données ROR
- données blocs (informatisation)
- base de données Urgences et SAMU.



➤ Traitement des dysfonctionnements

En cas de dysfonctionnement constaté,

- les cas sont automatiquement signalés par le registre dès lors qu'il y a signalement d'un "événement indésirable grave"
- ces cas sont analysés au fil de l'eau par la cellule Gestion des risques/ Qualité de l'ARS
- les "refus" et les "fonctionnements non conformes" (assortis ou non d'un signalement d'un "événement indésirable grave") font l'objet d'un suivi et d'un état synthétique et peuvent amener à des sanctions pour non respect des engagements contractuels.

3.5 Favoriser le retour des patients vers les établissements d'origine

Le circuit retour des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge chirurgicale est organisé en concertation entre les deux établissements en fonction des plateaux techniques respectifs et des suites prévisibles de l'intervention chirurgicale. Des conventions entre les établissements pourront être passées à cet effet.

Une fois l'épisode chirurgical clos et dès que les conditions le permettent, il s'agira de favoriser le retour des patients vers l'établissement d'origine ou la filière de prise en charge la plus adaptée à son état.

La possibilité de refus du patient doit en tous les cas être respectée.

3.6 S'engager à participer au suivi et évaluation du dispositif

➤ Suivi et évaluation du dispositif

Les établissements assurant la permanence des soins en chirurgie pour l'activité nocturne dans le cadre de ce cahier des charges doivent s'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif permettant notamment de préparer le schéma cible PDSES en 2012.

➤ Indicateurs

Les indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins pour l'ensemble de la nuit et faisant l'objet de ce présent cahier des charges pourront être :



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

- Nombre de malades admis en chirurgie viscérale et digestive et chirurgie orthopédique et traumatologique
- Nombre de malades opérés
- Pourcentage de malades opérés/nombre de patients admis en nuit profonde
- Taux d' occupation des blocs par tranche horaire
- Nombre de refus, et nombre de refus avec motifs discordants
- Liste des motifs de refus
- Nombre de signalements fonctionnements non-conformes
- Nombre de retours après plus de 24h
- Nombre d' allers-retours pendant la nuit profonde
- Délais entre l' heure d' arrivée dans l' établissement d' origine et l' heure d' admission dans l' établissement missionné PDSSES.
- Activité du SAU (passages, admissions en chirurgie ortho et viscérale)

De même et afin de croiser les données, les indicateurs suivants seront à suivre par les services de régulation médicale concernant le recours à la PDSSES :

- o Nombre de transferts SMUR et non SMUR (transports allers et transports retour, transports aller-retour)
 - o Durée d' immobilisation des équipes
 - o
- Tableaux de bord PDSSES

Des tableaux synthétiques sont réalisés automatiquement selon une périodicité mensuelle et annuelle . Les destinataires en sont les équipes des structures d' urgence, la direction des établissements, ARS (Délégation Territoriale et siège), le GCS SISIF.

Ils comportent un suivi synthétique des indicateurs et des dysfonctionnements et sont publiés annuellement par l'ARS.

- Audits, enquêtes

Au-delà des données produites en routine, des audits et enquêtes ad-hoc auprès des usagers ou des professionnels de soins pourront être lancés par les établissements ou l' ARS.



3.7 Garantir l'accessibilité aux soins

Les patients pris en charges aux horaires de la PDSES le sont aux tarifs opposables sans reste à charge pour le patient, durant tout le circuit de leurs séjours, quelque soit l'établissement. Les établissements ne peuvent pas leur facturer de complément de séjour quel qu'en soit la raison.

L'établissement de santé devra s'assurer avant de s'engager dans la permanence des soins de l'accord préalable praticiens libéraux qui pourraient participer à la permanence des soins chirurgicale.

4.4.2.3.1.4 Axe 4 : Respect des engagements contractuels PDSES

La crédibilité et la sécurité du dispositif mis en place pour l'activité de nuit dépendront de la façon dont seront respectés les engagements contractuels précédemment décrits par l'ensemble des établissements de la zone de couverture.

Ainsi, doivent être explicitées et appliquées strictement les incitations au respect des engagements ainsi que les sanctions éventuelles au non-respect de ces clauses.

4.1 Indemnisations

Un financement MIG PDSES est assuré pour les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale, afin de permettre d'indemniser les établissements pour les gardes et astreintes médicales afférentes.

Compte tenu de la mise en place du dispositif, un financement MIG PDSES chirurgicale pour les établissements assurant la première partie de nuit et un financement MIG PDSES chirurgicale pour les établissements assurant l'ensemble de l'activité nocturne seront proposés.

Le financement MIG PDSES relatif à la permanence des soins chirurgicale les jours de week-end (samedis après-midi, dimanches) et jours fériés ne sera pas modifié en 2012 pour ces établissements.



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Un financement MIG PDES complémentaire sous forme de forfait ou des crédits FMESPP , , pourraient éventuellement compléter ce financement de façon à couvrir d' autres dépenses supportées par l' établissement.

4.2 Non-respect des engagements contractuels

Dans le cadre de l' évaluation du dispositif et en cas de non-respect des engagements contractuels par les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale, le financement MIG PDES attribué à l' établissement pourrait être reconsidéré.

C' est dans le cadre d' un dialogue de gestion ARS-DT et l' établissement que seront envisagées les différentes modalités ainsi que les mesures correctrices éventuellement nécessaires.



Annexe : circuit d' accueil du patient

Le circuit du patient nécessitant une prise en charge en milieu chirurgical en nuit profonde doit être organisé entre les différents établissements de la zone de couverture.

Aux approches des limites horaires de la PDSES, les situations sont à gérer de façon pragmatique, en anticipant les différentes étapes de la prise en charge et en fonction de l'intérêt du patient.

Les patients diagnostiqués en fin de nuit et qui relèvent d' une intervention chirurgicale sans délai sont acceptés dans l' établissement assurant la permanence des soins même si l' admission du patient survient après l' heure de fin des horaires de PDSES.

Il faut souligner que les établissements assurant la permanence des soins pour l' ensemble de la nuit ont vocation à être des établissements de « garde chirurgicale » en nuit profonde et non pas des établissements de référence (ce qui risquerait d' engendrer nombre de transferts aller-retour pour avis chirurgical et/ou explorations radiologiques).

Le circuit du patient, adressé par les véhicules d' intervention médicalisés ou non médicalisés, n' est pas modifié par le dispositif, sauf avis contraire de la régulation médicale du Samu-centre 15.

- Patient provenant d' un établissement situé dans la zone de couverture et possédant l' infrastructure en imagerie médicale

Les établissements assurant la permanence des soins en nuit profonde ont vocation à prendre en charge les patients qui ont eu une exploration diagnostique dans les établissements de la zone de couverture, pour lesquels un diagnostic a été posé et qui relèvent d' une prise en charge chirurgicale en nuit profonde. Les établissements de la zone de couverture qui possèdent l' infrastructure en imagerie médicale et de médecine d' urgence s' engagent à assurer l' exploration diagnostique avant tout transfert, dans le respect des référentiels des sociétés savantes existants notamment du Guide du Bon Usage des examens d'Imagerie (2005)¹⁸.

¹⁸ cf http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale



Permanence chirurgicale des soins en établissements de santé

Ces patients sont si possible admis directement dans une unité d' hospitalisation permettant sa prise en charge adaptée et sa surveillance. Le passage de ces patients par le service des urgences de l' établissement assurant la permanence des soins en nuit profonde est à éviter autant que faire se peut afin de raccourcir au maximum le délai de prise en charge en milieu chirurgical (évitant ainsi un second passage par le service des urgences et la réalisation d' explorations complémentaires « doublons »). A son arrivée dans les établissements assurant la permanence des soins, le patient est confié immédiatement à la responsabilité de l' équipe chirurgicale par les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ou non médicalisés qui ne seront en aucun cas immobilisés pour assurer le brancardage ou la surveillance ultérieure dans l' établissement. En cas de nécessité d' actes diagnostiques complémentaires, le patient est admis pour hospitalisation dans l' établissement assurant la permanence et l' équipe chirurgicale se charge ensuite d' organiser ces explorations et la surveillance.

L' acte chirurgical, s' il est indiqué, sera réalisé dans l' établissement assurant la permanence des soins dans les délais recommandés par les sociétés savantes. Les « seconds transferts » décalés aux heures ouvrables pour assurer l' acte chirurgical dans un autre établissement ne sont pas admis.

- *Patient provenant d' un établissement sans infrastructure en imagerie médicale situés dans la zone de couverture*

Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicaux ont vocation à accueillir les patients qui présentent une suspicion de pathologie chirurgicale viscérale ou orthopédique en provenance d' un établissement qui n' a pas l' infrastructure permettant une exploration diagnostique adaptée à la situation clinique. Les patients sont adressés au service des urgences de l' établissement assurant la permanence et confié immédiatement à la responsabilité de l' équipe chirurgicale et/ou médicale par les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ou non médicalisés qui ne seront en aucun cas immobilisés pour assurer le brancardage ou la surveillance ultérieure dans l' établissement. Si, au terme des explorations, la pathologie chirurgicale est écartée, le patient peut être ré-adressé vers l' établissement d' origine.



Annexe 2 : liste des motifs de refus

Liste des motifs de refus (liste indicative) :

- Refus faute de place
- Equipe occupée
- Refus pour motif technique
- Impossibilité de joindre le correspondant
- Destination refusée par patient ou famille
- Refus faute de place d'aval en réanimation
- Refus transitoire le temps de libérer une place
- Refus lié à la pathologie
- Refus lié au terrain
- Place restante réservée pour urgence interne
- Place restante réservée pour pathologie spécifique
- Place restante réservée pour patient programmée
- Equipe estime que l'état est incompatible avec destination envisagée
- Equipe estime que pathologie ne nécessite pas de transfert en établissement Pds-es
- Autre refus : à préciser

Liste des fonctionnements non conformes (liste indicative):

- Aller-retour sans PEC chirurgicale adaptée
- Délais d'accès à l'équipe chirurgicale jugé trop long
- Immobilisation équipe Smur pour surveillance dans établissement
- Immobilisation transport sanitaire pour surveillance dans établissement
- Patient non pris en charge par équipe chir
- Délais accès au bloc jugé trop long
- Transfert injustifié
- Transfert en dehors des horaires Pds-es
- Délai d'exploration diagnostic avant transfert jugé trop long
- Délai de transfert jugé trop long
- Autre : A préciser

35 rue de la gare - 75935 Paris cedex 19

Tél : 01.44.02.00.00

www.ars.iledefrance.sante.fr

