

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

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 Ile-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.

➤ **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 Ile-de-France pendant l' été 2011. Les remerciements de l' ARS Ile-de-France s' adressent particulièrement à :

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

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 PDSES), 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 PDSES 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 PDSES.

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 PDSES 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 la prise en charge chirurgicale générale adulte pour la période nocturne vont être présentées aux instances de concertation de la région Ile-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 PDSES (MIG PDSES) 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
 - 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 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 PDSSES

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

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 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 Ile-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 PDSSES 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 PDSSES, 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).

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, ...).

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 PDSSES.

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 PDSSES

La réorganisation de la PDSSES 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 PDSSES. 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 PDSSES, 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 PDSSES, 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 PDSSES 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 PDSSES.

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 PDSES 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 PDSES

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 PDSES concernant principalement le personnel médical.

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

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 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 »).

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 :

- 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 PDSES.
- 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 PDSES :

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

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.

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 PDES 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 PDES chirurgicale pour les établissements assurant la première partie de nuit et un financement MIG PDES chirurgicale pour les établissements assurant l' ensemble de l' activité nocturne seront proposés.

Le financement MIG PDES 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.

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 PDSSES, 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 PDSSES.

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)¹.

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

¹ Cf http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale



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 : a 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