



Cahier des charges régional

**Prise en charge des patients adultes nécessitant en
urgence une endoscopie digestive haute**



Sommaire

Introduction	Page 4
I. Prérequis	Page 6
II. Cadre général	Page 7
III. Les engagements	Page 8
IV. Annexe n°1	Page 14
V. Annexe n°2	Page 16



Glossaire

CPOM : Contrat pluri annuel d'objectif et de moyen

MIG : Mission d'intérêt général

PDS : Permanence des soins

PDSES : Permanence des soins en établissement de santé

ROR : Répertoire opérationnel des ressources

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

SAU : Service d'accueil des urgences

Introduction

1. Objet du cahier des charges

Ce cahier des charges a pour objet de définir les engagements contractuels auxquels seront soumis les établissements de santé assurant la prise en charge des patients nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute en Ile de France. Il s'agit dans ce présent document d'en décrire les principales modalités.

Ce cahier des charges ne fait pas mention de la permanence des soins dans les USI / réanimation hépato-gastroentérologiques. Néanmoins, il est important de rappeler que ces unités participent également à l'offre de soin pour la prise en charge des hémorragies digestives hautes et doivent être identifiées comme telles dans le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

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

2. Périmètre

Ce cahier des charges vise à identifier les équipes d'endoscopie digestive et les sites pouvant assurer respectivement la prise en charge endoscopique et l'accueil des patients nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute en Ile de France aux horaires de la PDSSES.

3. Définitions

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 (18h30 – 8h30).

La continuité des soins se définit comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de la permanence des soins. C'est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la permanence des soins.

4. Durée

La durée concernée par ce cahier des charges est d'un an renouvelable, à compter de la date effective de la mise en place du nouveau dispositif.

5. Valeur juridique

Ce cahier des charges 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.

6. Modalités de rédaction

- Elaboration

Ce cahier des charges a été écrit grâce à la précieuse collaboration d'experts et de professionnels de la région Ile-de-France. Les remerciements de l'ARS Ile-de-France s'adressent particulièrement à :

Dr Christophe LOCHER	–	Hôpital de Meaux
Dr Dominique THABUT	–	Hôpital Pitié Salpêtrière
Dr François BELOTTE	–	Groupe hospitalier Eaubonne Montmorency
Dr Hervé MENTEC	–	Hôpital d'Argenteuil
Pr Philippe MARTEAU	–	Hôpital Lariboisière
Dr Romain CORIAT	–	Hôpital Cochin
Dr Thierry TUSZYNSKI	–	Hôpital la Roseraie
Dr Dominique BRUN NEY	–	APHP Direction Médico Administrative
Leila DEROSIER	–	Cadre de Santé
Dr Sébastien BEAUNE	–	Hôpital Ambroise Paré
Dr Thibault LIOT	–	SAMU 77
Dr Laurent GOIX	–	SAMU 77
Alexandre BREIL	–	FHP
Olivier TRETON	–	FHF
Dr Thomas LESCOT	–	Hôpital Saint-Antoine
Pr Marc BEAUSSIER	–	Hôpital Saint-Antoine

I. Prérequis

Au niveau régional, la réorganisation de la prise en charge des patients nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute doit s'envisager autour d'un réseau comprenant les SAMU, les établissements accueillant les urgences 24h sur 24h (sites MCO autorisés à l'accueil des urgences adultes), et les centres habilités à prendre en charge ces patients.

L'étude du rapport du Dr Coriat (« Rapport concernant le dispositif de permanence des soins en établissement de santé et l'organisation des soins la nuit pour le recours à l'endoscopie digestive », 7 février 2014) a permis au groupe d'expert de définir un schéma cible par département :

- Compte tenu de l'incidence annuelle des hémorragies digestives qui est de 143/100000 habitants,
- Compte tenu de la capacité, à titre d'exemple, de la garde de l'AP-HP (Pr Marteau), de répondre à une demande de 660 endoscopies digestives hautes/an avec une ligne de permanence de soins médicale (doublée d'un personnel non médical)
- Compte tenu des données d'activité d'endoscopies digestives hautes disponibles pour les départements 91 et 95,

il semble qu'une seule ligne de permanence des soins (garde ou astreinte) par département puisse répondre à la demande dans la majorité des cas. Mais ce schéma cible doit pouvoir être étendu à 2 lignes de permanence des soins, par exemple selon les spécificités géographiques ou organisationnelles de certains territoires.

Des propositions par le groupe d'experts, d'organisations permettant de répondre à ce schéma cible sont inscrites en annexe n°1, page 14.

Enfin, il apparaît nécessaire au groupe de travail d'émettre des constatations essentielles :

- La prise en charge de ces patients ne peut s'envisager que dans une approche globale incluant toutes les dimensions, spécificités et obligations s'imposant aux différents intervenants (régulation médicale, services d'accueil des urgences, services de réanimation et surveillance continue, SSPI, ...).
- En raison d'une démographie médicale contrainte, des mutualisations de médecins gastroentérologues endoscopistes (par exemple sous la forme d'équipes territoriales) seront probablement nécessaires pour assurer le dispositif.
- Les coopérations et les conventions entre établissements de santé sont à encourager.
- Cette organisation ne peut s'envisager sans une évaluation stricte du dispositif.

II. Cadre général

1. Activités concernées

Ce cahier des charges traite exclusivement de l'activité de prise en charge des patients nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute pour hémorragie digestive, voire ablation de corps étranger ou ingestion de caustiques.

Ne sont pas concernées par ce cahier des charges : les endoscopies digestives basses, et les endoscopies interventionnelles bilio-pancréatiques.

La typologie des urgences endoscopiques hautes est présentée en annexe n°2, page 16.

2. Organisation

Les équipes d'endoscopie digestive et les sites pouvant assurer respectivement la prise en charge endoscopique et l'accueil des patients nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute doivent être identifiés. Ainsi, que l'équipe d'endoscopie digestive soit basée sur le site d'accueil ou non, des parcours de soins spécifiques doivent être mis en place afin de sécuriser la prise en charge des patients franciliens. Ces parcours de soins sont précisés dans la description du dimensionnement des ressources, page 9.

3. Horaires

PDSES de 18h30 à 8h30 et 7j /7j, le samedi de 13h30 à 18h30, et les dimanches et jours fériés de 8h30 à 18h30.

4. Financement

Les établissements participant au dispositif décrit dans ce cahier des charges se verront attribuer un financement spécifique sous forme de MIG PDSES. Ce financement permettra exclusivement la mise en place du dispositif de gardes et astreintes médicales aux horaires de la PDSES.

III. LES ENGAGEMENTS

Il s'agit ici de décrire les engagements contractuels auxquels devront souscrire les établissements devant assurer la PDS pour la prise en charge des patients nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute. Ces engagements seront retranscrits dans les avenants aux CPOM des établissements.

Plusieurs modalités d'organisations territoriales sont envisageables pour répondre à ce cahier des charges. Les principales propositions organisationnelles sont présentées en annexe n°1, page 14 ; la forme de la réponse (candidature) y est précisée.

Par ailleurs, certains de ces engagements devront être partagés par les établissements de la région afin de constituer un réseau d'établissements complémentaires efficient (particulièrement l'engagement n°6). Ainsi la consultation du comité de suivi régional PDSSES sera nécessaire.

1. Organiser la PDS

Plusieurs sites assurent la PDSSES pour la prise en charge du patient nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute. Les établissements doivent être parfaitement identifiés et affichés dans le Répertoire Opérationnel des Ressources.

2. Mettre en place une gouvernance interne et régionale de la PDSSES

Afin de s'assurer de l'adhésion de l'ensemble des acteurs internes et externes concernés par cette 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. Ce dispositif permettra notamment de :

- Présenter la nouvelle organisation aux différentes instances concernées en précisant les différentes modalités (protocole d'organisation des lits d'aval, transferts, coordonnateur, articulation avec les services de régulation médicale...). L'adhésion de toute la communauté médicale devra être recherchée.
- Définir clairement les différentes modalités opérationnelles d'organisation (accueil des patients notamment) et de liaisons externes (coordonateur, articulation avec les services de régulation médicale...).
- Mettre en place une politique de gestion des risques spécifiques à la PDSSES et articulée avec la politique de gestion des risques de l'établissement.
- Suivre et évaluer la nouvelle organisation
- De mettre en place un référent PDSSES dans l'établissement. Ce référent pourra être commun à toutes les spécialités PDSSES de l'établissement. Il sera le contact privilégié de l'ARS et des autres référents PDSSES des établissements du territoire.

3. Mettre en place quotidiennement un coordinateur sénior accessible

Pour l'extérieur, un contact unique doit exister au sein de l'établissement, pour organiser l'admission et la prise en charge des patients. Ainsi, un praticien senior, anesthésiste-réanimateur ou réanimateur, doit être désigné chaque jour par l'établissement en tant que coordinateur. Le praticien senior peut déléguer à un interne cette coordination.

Ce praticien organise l'accueil du patient et s'assure de la disponibilité du médecin endoscopiste en temps utile. Le numéro d'appel de l'endoscopiste, qu'il s'agisse d'une équipe territoriale mobile ou d'une équipe fixe sur site (cf. annexe 1, page 14), doit être identifié et connu des différents acteurs : anesthésiste-réanimateur ou réanimateur, ou médecin urgentiste (cf. ci-après).

Dans le cas d'un patient se présentant (ou adressé) aux urgences d'un établissement disposant du socle de ressources nécessaires pour l'accueillir, le médecin en charge pourra lui-même s'assurer de la disponibilité du médecin endoscopiste en temps utile afin de ne pas perdre de temps.

Ce contact devra être clairement identifié dans un tableau de service établi par l'établissement et affiché dans le ROR. 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.

4. Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDES

- ✓ Quelle que soit la modalité organisationnelle retenue (annexe n°1, page 14), la mission de PDES requiert :
 - Un médecin gastroentérologue endoscopiste, disponible sur site, soit dans le cadre d'une garde soit dans le cadre d'une astreinte, qu'elles soient mobiles (1 endoscopiste pour plusieurs établissements) ou non (sur place)
 - La présence d'un personnel non médical pour assister l'endoscopiste, disponible sur site avec lui est fortement recommandée par le groupe d'experts. Il est rappelé que l'enveloppe de financement de la PDES ne prend en charge que les lignes de gardes ou astreintes médicales
 - certaines ressources matérielles, nécessaires sur place (dans l'établissement d'accueil du patient) ou éventuellement transportables (dans le cas d'une équipe territoriale mobile) :
 - un parc suffisant d'endoscopes pour assurer 2 à 3 endoscopies digestives hautes par jour (aux horaires de la PDES)
 - une procédure établie de décontamination et de traçabilité des endoscopes, avec le matériel ad hoc, fonctionnant 24h/24 et 7j/7

- le matériel adapté à la prise en charge endoscopique des hémorragies digestives hautes selon les recommandations en vigueur
- ✓ Par ailleurs, la prise en charge du patient dans le cadre de cette mission de PDSSES requiert, au sein de l'établissement d'accueil, un certain nombre de ressources :

- Ressources humaines

Afin de sécuriser le dispositif, sont nécessaires :

- Une garde sur place d'un anesthésiste-réanimateur, ou réanimateur (garde non exclusive de la prise en charge de ces patients),
- Une organisation qui doit permettre le recours à la chirurgie viscérale sans transfert du patient
- Une organisation qui doit permettre, en l'absence des services suivant sur place, le recours aux praticiens de ces disciplines, pour avis et transfert éventuel :
 - Radiologie interventionnelle
 - Radiologie interventionnelle pour pose de TIPS

Chaque situation devra être appréciée au cas par cas en fonction de l'organisation de l'établissement et de son insertion dans le territoire.

- Plateau technique

Un site assurant l'accueil du patient nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute devra disposer sur place

- des moyens thérapeutiques pharmacologiques habituellement utilisés au cours d'une hémorragie digestive haute
- d'au moins un emplacement dédié pour l'accueil du patient (lit de réanimation ou USC, SSPI,...) disponible 24h/24 et 7j/7, afin d'assurer la réanimation éventuelle du patient et de réaliser l'acte endoscopique dans les meilleures conditions
- d'un centre de transfusion sanguine et/ou dépôt de sang
- d'un laboratoire de biologie

L'accueil du patient présentant une hémorragie digestive nécessitant en urgence une endoscopie haute ne doit pas être réalisé dans le Service d'Accueil des Urgences.

- Capacités d'accueil

L'établissement doit s'engager à disposer de cet emplacement dédié permettant d'assurer la mission de PDESES, y compris lors de pics d'activité.

- Circuit d'accueil du patient

La typologie des patients présentant une hémorragie digestive et nécessitant en urgence une endoscopie haute est inscrite en annexe 2, page 16.

La régulation médicale la plus appropriée de ces patients (vers les établissements disposant du socle de ressources requis) est à la base du fonctionnement de ce dispositif.

Lorsqu'un patient est accepté par l'établissement, il est transféré pour admission dans cet établissement. A son arrivée, le patient est immédiatement confié à l'équipe (anesthésiste-réanimateur ou réanimateur) qui l'accueille dans l'emplacement dédié (cf. 4. Plateau technique) et organise l'ensemble de la prise en charge. Les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ne seront en aucun cas immobilisés pour le brancardage, la surveillance ou la réalisation d'examens complémentaires. Les services de transport sanitaires (SMUR) doivent disposer d'une information précise sur le lieu d'accueil et de prise en charge.

Cette organisation (circuit d'accueil et moyens humains et matériels) doit être décrite précisément dans le cadre du projet médical PDESES de l'établissement.

Certains principes doivent être respectés :

- ✓ En cas de distance importante entre le site de prise en charge et le site PDESES, la priorité reste de transférer sans délai le patient dans un site disposant de l'ensemble des ressources nécessaires (définies dans le présent cahier des charges) à l'accueil du patient nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute
- ✓ De même, pour un patient présentant une hémorragie digestive haute nécessitant en urgence une endoscopie digestive (selon les critères présentés en annexe 2 page 16) se présentant (ou adressé) dans un établissement qui ne dispose pas de l'ensemble des ressources nécessaires, le transfert vers un centre répondant aux critères du cahier des charges doit être privilégié
- ✓ L'organisation de la réalisation complémentaire d'actes à visée diagnostique ou thérapeutique et la surveillance du patient sont assurées par l'équipe qui a accepté le patient

5. S'engager au «zéro refus»

Les établissements PDSSES devront s'engager au « zéro refus ». L'établissement assurant cette permanence des soins devra s'engager au « zéro refus » vis-à-vis de ses partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé ne disposant pas des ressources nécessaires à la prise en charge de ces patients). Néanmoins, le principe du « zéro refus » ne doit pas aboutir à une situation qui consisterait à accepter tout patient pour avis en élargissant les indications « au-delà du raisonnable ». Ils doivent concerner essentiellement des patients répondant aux critères définis dans l'annexe 2, page 16. Il est convenu que la non indication de prise en charge, fruit d'une discussion médicale collégiale entre praticiens, n'entre pas dans le cadre du « zéro refus » et ne doit pas être inscrite dans le registre.

Les refus liés à l'indisponibilité des équipes (anesthésiste-réanimateur / réanimateur, ou endoscopiste) bien que légitimes, doivent être renseignés dans le registre dédié afin de mesurer le bon dimensionnement du dispositif.

Un registre régional informatisé des refus et de fonctionnement non conforme au cahier des charges sera mis en place 24h/24h. Pour chaque refus d'admission, une déclaration non nominative de chaque cas est remplie par le demandeur et 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 référents PDSSES 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 D-SISiF. Un bilan des refus (tous schémas PDSSES confondus) rencontrés sera communiqué régulièrement à l'ensemble des professionnels concernés de la région.

6. Inciter le retour vers le territoire d'origine après la prise en charge aigue

Le séjour en réanimation/soins intensifs/unité de surveillance continue peut durer plusieurs jours après réalisation du geste endoscopique, afin de surveiller le patient dans les meilleures conditions. C'est l'équipe d'anesthésie-réanimation ou réanimation en charge du patient qui prend la décision d'un transfert en service d'hospitalisation conventionnelle.

Le circuit retour des patients qui ont bénéficié d'une prise en charge dans un centre est organisé en concertation entre les deux établissements en fonction des plateaux techniques respectifs et des suites prévisibles.

Les services du site PDSSES qui ont participé à la prise en charge du patient depuis son admission et pendant son séjour en réanimation doivent pouvoir admettre ces patients après le séjour en réanimation.

Un transfert direct de réanimation vers le service le plus approprié d'un autre établissement (du territoire d'origine du patient) est également possible. Ce transfert est envisageable dès après la réalisation de l'acte endoscopique si le plateau technique de l'établissement

pressenti est adapté et si la situation médicale du patient, évaluée par l'équipe d'anesthésie-réanimation ou réanimation en charge, le permet.

En revanche, un transfert direct de réanimation vers le SAU adresseur ou du territoire d'origine du patient est à exclure.

Des conventions entre les établissements pourront être passées afin de définir les modalités de coopération. Un outil permettant une évaluation spécifique de ce dispositif sera mis en place (registre de fonctionnement non conforme). Le cas échéant, le recours aux CPOM pourra être envisagé.

7. S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif

Les établissements assurant la permanence des soins dans le cadre de ce cahier des charges doivent s'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif.

L'évaluation du dispositif, en plus du registre des refus et fonctionnements non conformes, devra comporter le nombre d'endoscopies digestives hautes par centre. Ces indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins pour la prise en charge du patient nécessitant en urgence une endoscopie digestive haute seront précisés et suivis par une commission régionale d'évaluation dont la composition devra être représentative des différents acteurs du dispositif. Un rapport d'évaluation sera élaboré dans un délai de 6 mois à 1 an afin d'apporter des recommandations visant à modifier le dispositif si nécessaire.

8. Garantir l'accessibilité aux soins

Les patients pris en charge aux horaires de la PDESS le sont aux tarifs opposables sans reste à charge pour le patient, durant tout le circuit de leurs séjours, quel que soit l'établissement.

Les établissements ne peuvent pas leur facturer de complément de séjour quelle qu'en soit la raison.

Annexe n°1

Proposition d'organisations territoriales

1. Schéma n°1

Plusieurs établissements dans un territoire répondent au socle de ressources matérielles nécessaires, l'endoscopiste (et le personnel non médical le cas échéant) étant de garde ou astreinte mobile (c'est-à-dire disponible pour chacun de ces établissements). Il s'agit de la constitution d'équipes territoriales mobiles.



Schéma n°1: plateau technique dans chaque centre + équipe mobile (exemple du 95)

Dans ce cas, **1 seule candidature doit être présentée**, décrivant :

- l'équipe territoriale mobile et son organisation,
- les établissements concernés par cette mutualisation, chacun devant dimensionner ses ressources pour permettre l'accueil des patients

2. Schéma n°2

Un établissement de recours par territoire, avec sur place l'ensemble du socle de ressource, y compris l'endoscopiste et le personnel non médical le cas échéant. Ce centre de recours pourrait alterner au sein du territoire, selon les cas, sous réserve que les établissements assurent l'organisation de cette permutation et sa lisibilité auprès des régulations médicales.



Schéma n°2: centre de recours (alternance parmi les centres en bleu ayant déjà cette activité de PDS, exemple du 95)

Dans ce cas, **1 candidature doit être présentée**, décrivant :

- a) l'équipe des médecins endoscopistes et son organisation,
- b) l'établissement concerné, et le dimensionnement de ses ressources pour permettre l'accueil des patients

3. **Schéma « combiné »**

Un établissement de recours par territoire, avec sur place l'ensemble du socle de ressource, y compris l'endoscopiste et le personnel non médical le cas échéant.

L'endoscopiste peut si nécessaire se déplacer pour réaliser l'acte endoscopique avec la ressource matérielle disponible dans l'établissement dans lequel un patient instable est hospitalisé (le choix cohérent de déplacer alors le médecin plutôt que le patient peut donc être fait).

Ce centre de recours pourrait alterner au sein du territoire, selon les cas, sous réserve que les établissements assurent l'organisation de cette permutation et sa lisibilité auprès des régulations médicales.

Annexe n°2

Typologie des patients devant bénéficier d'une endoscopie digestive haute en urgence (Pr Marteau, garde AP-HP)

Typologie des urgences endoscopiques :

Les principales indications d'une endoscopie digestive haute en urgence sont l'hémorragie digestive (85% sur la garde AP-HP), extériorisée par le haut (hématémèse) ou par l'anus (rectorragies abondantes ou méléna), l'ingestion de corps étrangers (10%) et l'ingestion de caustiques (<5%). Des critères cliniques et biologiques permettent de stratifier le risque et de prévoir le délai dans lequel l'endoscopie digestive haute doit être effectuée. Les lésions observées lors de l'endoscopie digestive haute affinent le pronostic permettant d'orienter le malade dans une structure de soins.

Face à une hémorragie digestive haute, une endoscopie doit être réalisée dans les :

- **24 h dans la majorité des cas**
- **12 h** pour les malades avec hypertension portale si on suspecte des varices œsophagiennes.
- **6 h (dès que possible)** et une fois le patient réanimé lorsqu'une hémorragie digestive haute reste active

Il s'agit là de recommandations formalisées d'experts sous l'égide de la Société de Réanimation de Langue Française avec la participation du groupe francophone de réanimation et d'urgence pédiatrique de la Société Française de Médecine d'Urgence, de la Société Nationale Française de Gastroentérologie, de la Société Française d'Endoscopie Digestive.

Pour un corps étranger :

INDICATIONS DE L'ENDOSCOPIE		
Localisation du CE	Œsophage	Estomac
Nature du CE		
Pièce	immédiat si symptomatique <24h si asymptomatique	<20 mm : 3 semaines >20mm : 1 semaine
Aliments	immédiat si aphagie <12h si déglutition possible	
CE acérés	immédiat	immédiat
Piles	immédiat	immédiat : pile altérée ou >20mm <48h : pile intacte et <20mm
Drogues	pas de tentative	pas de tentative

Hépatogastro, 2001; 8: 179-87

Pour un caustique :



Prise en charge dans l'urgence

Faire

Corriger :

- un état de choc
- une détresse respiratoire

Rechercher :

- la nature et la concentration du produit
- une intoxication associée

Contacteur :

- centre antipoisons si besoin
- centre médical référent si patient grave ou décision difficile

Ne pas faire

Décubitus dorsal

Faire vomir

Faire boire

Sonde gastrique

Lavage gastrique

Pansement digestifs

Antidote