



**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 de la main (SOS Main)**

## Plan

- 1. Objet du cahier des charges**
- 2. Définition de la PDSES en chirurgie de la main (SOS Main)**
- 3. Sept engagements contractuels pour assurer la mission de PDSES**
  - ✓ Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES
  - ✓ Mettre en place un coordonnateur PDSES pour l'établissement
  - ✓ Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDSES
  - ✓ S'engager au « Zéro 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
- 4. Non respect des engagements contractuels**

## **1. Cahier des charges**

### **1.1 Objet du cahier des charges**

- Ce cahier des charges a pour objet de définir les engagements auxquels seront soumis les établissements de santé assurant une permanence des soins la nuit, pour les activités de chirurgie de la main (SOS Main).
- Ces engagements seront repris dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) qui seront signés entre l'ARS et les établissements de santé concernés.
- Il convient de 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 est complété par une annexe décrivant le circuit des patients à mettre en place qui découlent de la réorganisation de la PDSES en Ile-de-France.
- Ce présent cahier des charges ne traitera pas des situations exceptionnelles faisant l'objet de dispositifs spécifiques (Plan Blanc, Hôpital en tension etc.)

### **1.2 Modalités de rédaction du cahier des charges**

#### **1.2.1 Contexte**

A la demande des acteurs et des professionnels consultés dans le processus de concertation depuis 2011 (comité de pilotage, comité de concertation, réunions départementales), les principes de réorganisation structurante ont été proposés. Il s'agit dans ce présent document d'en décrire les principales modalités.

#### **1.2.2 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. Les remerciements de l'ARS Ile-de-France s'adressent particulièrement à :

- ✓ Monsieur Jean Michel DIEBOLT (DPM, APHP)
- ✓ Docteur Christian COUTURIER (Chirurgien, expert, Hôpital privé de l'Ouest parisien, coordinateur régional Ile-de-France - FESUM)
- ✓ Docteur Thierry KAPANDJI (Chirurgien, Clinique de l'Yvette)
- ✓ Docteur Frédéric TEBOUL (Chirurgien, La Francilienne, URPS)
- ✓ Docteur Christian DUMONTIER (Chirurgien, CHU St Antoine, SFCM/GEM)
- ✓ Madame Daisy ROULIN (Déléguée, FHP - IDF)

## **2. Définition de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé**

### **2.1. Définition**

La loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009 a érigé au rang des missions de service public (MSP), l'organisation de la Permanence des Soins des Etablissements de Santé (PDSES), financée par des crédits spécifiques abondés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2012 et mis en œuvre depuis le 1er mars 2012.

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.

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 :

- La nuit, du début de la garde jusqu'à la fin de la garde soit bien souvent de 18h30 ou 20h à 8h30 ;
- 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.

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

### **2.2. Eligibilité et périmètre**

La PDSES concerne le seul champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et englobe l'ensemble des établissements quelque soit leur statut

### **2.3. Cadre juridique**

- Les propositions de réorganisation trouveront leur concrétisation juridique dans les avenants aux Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général PDSES (MIG PDSES) pour les activités nocturnes de chirurgie de la main, suite à la publication du projet régional de santé incluant le schéma régional d'organisation des soins

(SROS-PRS), conformément à la procédure réglementaire prévue par le décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public

#### **2.4. Les enjeux**

➤ Dans le cadre du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), 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'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 les gardes et les 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 PDSES dans les territoires permettant au patient d'être pris en charge au bon endroit ;
- Assurer une offre à des tarifs de secteur 1 ;
- Assurer une bonne information des usagers et des professionnels dans cette réorganisation.

#### **2.5. Activités concernées**

La permanence des soins couvre de nombreuses spécialités réglementées et non réglementées.

Ce cahier des charges traite exclusivement de chirurgie de la main (SOS Main) de l'adulte et/ou des enfants dans le respect du cahier des charges « chirurgie pédiatriques »

## **2.6. Le financement par l'enveloppe MIG PDSES**

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

Celui-ci devrait essentiellement permettre 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, création de postes titulaires attractifs privilégiant notamment un double exercice en Centre hospitalier universitaire (CHU) et en Centre hospitalier général (CHG) en fonction des crédits disponibles).

## **2.7. Les horaires de nuit**

La réorganisation de la prise en charge en chirurgie de la main (SOS Main) s'applique à partir de 2013 à la nuit, y compris les nuits des week-ends et des 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 08h30.

Il est à noter que si l'organisation et l'adressage des patients entre établissements sont modifiés 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 SOS main uniquement pour la première partie de nuit ;
- Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale SOS main 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.

## **2.8. La zone de couverture**

La 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 PDSES chirurgicale en nuit profonde. L'établissement devra également assurer l'accueil et la prise en charge du patient 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 le justifie (ex: patient déjà suivi, disponibilité d'une compétence particulière...) ;
- Si le patient ou la famille ou encore 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 sa famille (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 donné et/ou la non résidence sur ce territoire ne peuvent être opposées pour justifier le refus d'un patient.**

Les filières régionales spécifiques feront l'objet d'un traitement à part (polytraumatisés en particulier).

## **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 la nuit ou pour l'ensemble de l'activité nocturne. Ces engagements seront retranscrits dans les avenants aux CPOM des établissements recevant des financements MIG PDSES.

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

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

La réorganisation de la PDSES chirurgicale SOS Main la nuit touche à l'ensemble de l'organisation de l'établissement disposant d'un service ou de compétences en chirurgie de la main labélisé SOS Main FESUM (Fédération Européenne des Services Urgences Mains).

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 réalisant 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, commission médicale d'établissement locale (CME), commission de l'organisation de la permanence des soins 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 devra être recherchée
- Désigner un référent PDSES pour l'établissement, interlocuteur en interne et en externe entre établissements et avec l'ARS, ayant en particulier pour missions la communication des critères d'évaluations (indicateurs) et la gestion des refus de l'établissement. Dans le cas où l'établissement assure la PDS dans plusieurs spécialités chirurgicales, un seul et unique référent PDSES sera désigné.
- Définir clairement les différentes modalités opérationnelles d'organisation interne (accueil des patients chirurgicaux, fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, transferts) et externe (coordonnateur 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 commission de l'organisation de la permanence des soins 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 ;
- Informer la population et les professionnels de ville agissant dans le domaine de la santé, quel que 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 formalisé dans un projet médical commun PDSES.

### **3.2 Mettre en place un coordinateur**

Un praticien senior doit être désigné chaque jour par l'établissement en tant que **coordinateur PDSES de chirurgie de la main**. L'établissement pourra faire le choix de disposer d'un coordinateur unique pour plusieurs spécialités chirurgicales.

Pour l'extérieur, il est le contact unique de l'établissement pour organiser l'admission et la prise en charge des patients chirurgicaux. 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**

#### **3.3.1 Ressources humaines**

Une équipe médicale et paramédicale de permanence sera mise en place par l'établissement.

Afin de sécuriser le dispositif, la création 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 de financements sous la forme de la MIG PDSES, concernant le personnel médical.

Pour assurer de façon satisfaisante la PDSES en nuit profonde et ne pas perturber le fonctionnement programmé du lendemain, un nombre minimum de chirurgiens participant aux listes d'astreintes ou de gardes est nécessaire.

S'agissant des tableaux de permanence chirurgicale, le recours aux praticiens volontaires d'autres établissements de santé, quelque soit leur statut, pourra être organisé afin de permettre la constitution de listes de gardes et d'astreintes territoriales.

Les interventions de ces praticiens devront le cas échéant faire l'objet d'un portage contractuel adapté.

L'établissement doit contracter une assurance responsabilité civile pour les praticiens effectuant des gardes et des astreintes dans l'établissement assurant la permanence des soins la nuit. L'établissement veille également au respect des règles de travail pour ces praticiens, notamment en termes 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.

### **3.3.2 Disponibilité de lits et du bloc opératoire**

- 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 de l'ensemble de la zone de couverture qui lui sont adressés et qui le nécessitent ainsi que des matériels d'imagerie adaptés.

### **3.3.3 Circuit d'accueil du patient dans l'établissement assurant la permanence des soins**

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 existants des sociétés savantes.

A son arrivée dans l'établissement assurant la permanence des soins, le patient est confié à l'équipe médico-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 des soins. Ces principes sont détaillés en **annexe 1**.

- 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 « *seconds passages* » aux urgences et les examens complémentaires « *doublons* » sont à éviter
- L'organisation d'éventuels actes supplémentaires 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 supplémentaires
- L'acte chirurgical, s'il est indiqué, sera réalisé sans délai dans l'établissement assurant la permanence des soins. 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 ou ne disposant pas de service des urgences (Intervention primaire) :

Les établissements assurant la permanence des soins ont vocation à accueillir les patients qui présentent une suspicion de pathologie chirurgicale SOS main 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 :

- La réalisation d'actes complémentaires 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 a été 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.

### **3.4 S'engager au « zéro refus » (pour les établissements assurant la PDS en nuit profonde)**

#### **3.4.1 Le principe du « zéro refus »**

La sécurité du nouveau dispositif reposera sur un nombre limité d'établissements du territoire qui se seront engagés à assurer la permanence des soins, en particulier en nuit profonde mais également en première partie de nuit.

En cas de carence de ces établissements désignés, toute la sécurité du dispositif sera remise en cause.

Par conséquent, les établissements qui disposeront du financement PDSES en chirurgie de la main 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, établissements de santé n'assurant pas la permanence des soins pour l'ensemble de l'activité nocturne).

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

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 aux patients re-transférés secondairement sans réalisation d'actes chirurgicaux (dits « seconds transferts »).

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

### **3.4.2 Le registre des refus et des fonctionnements non conformes**

Un registre régional informatisé des refus et des fonctionnements non conformes 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, Délégations territoriales (DT), Pôle Etablissements de santé) ainsi qu'au groupement de coopération sanitaire (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 en **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.

### **3.4.3 Traitement des fonctionnements non conformes**

- 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 de 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.

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

#### **3.6.1 Suivi et évaluation du dispositif**

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

#### **3.6.2 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 des patients admis en centre SOS Main ;
- Nombre des patients 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 service d'accueil des urgences (passages).

De même et afin de croiser les données, les indicateurs ci-dessous 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

### **3.6.3 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, l'ARS (Délégations territoriales et Siège), le GCS SISIF.

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

### **3.6.4 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 charge aux horaires de la PDSES le sont aux tarifs opposables sans reste à charge, durant tout le circuit de leurs séjours, quel que soit l'établissement.

Les établissements ne peuvent pas leur facturer de complément de séjour (en dehors du forfait journalier), quelle 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 des praticiens libéraux qui pourraient participer à la permanence des soins chirurgicale.

## **3.8 Répondre aux critères de la FESUM**

Voir annexe 3

## **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 effectuant la permanence des soins chirurgicale les jours de week-end (samedis après-midi, dimanches), les jours fériés ainsi que pour la permanence des soins chirurgicale la nuit, afin de permettre l'indemnisation des 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 sera proposé.

### **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 PDSES attribué à l'établissement pourrait être reconsidéré.

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

## Annexe 1 : 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 dans le respect des référentiels des sociétés savantes existants.

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.

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 et de médecine d'urgence :

Les établissements assurant la permanence des soins 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 de la main (SOS main). 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, limitant ainsi les transferts aux seuls patients qui relèvent effectivement d'une indication opératoire, particulièrement pour la nuit profonde.

Ces patients sont, si possible, admis directement dans une unité d'hospitalisation permettant leur prise en charge adaptée et leur 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 immédiatement confié 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 située dans la zone de couverture ou patient venant de lui-même.

Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicaux ont vocation à accueillir les patients qui présentent une suspicion de pathologie chirurgicale SOS main en provenance d'un établissement qui n'a pas l'infrastructure permettant une exploration diagnostique adaptée à la situation clinique. Les patients sont adressés à l'établissement assurant la permanence et immédiatement confiés 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.

\*Cette annexe est indicative et est issue du groupe de travail (Cf. 1.2.2 du cahier des charges)

## **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 la 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 qui estime que l'état est incompatible avec la destination envisagée ;
- Equipe qui estime que la pathologie ne nécessite pas de transfert en établissement PDSES ;
- Autre refus : à préciser.

### **Liste des fonctionnements non conformes (liste indicative):**

- Aller-retour sans prise en charge chirurgicale adaptée ;
- Délais d'accès à l'équipe chirurgicale jugé trop long ;
- Immobilisation de l'équipe SMUR pour surveillance dans l'établissement ;
- Immobilisation transport sanitaire pour surveillance dans l'établissement ;
- Patient non pris en charge par l'équipe chirurgicale ;
- Délais d'accès au bloc jugé trop long ;
- Transfert injustifié ;
- Transfert en dehors des horaires PDSES ;
- Délai d'exploration diagnostique avant transfert jugé trop long ;
- Délai de transfert jugé trop long ;
- Autre : à préciser

### **Annexe 3 : Critères de la Fédération des Services d'Urgence Main (FESUM)**

L'homologation est accordée par une Commission d'évaluation comprenant : le Président, le Secrétaire Général, le Secrétaire adjoint, trois membres tirés au sort, le Coordinateur Régional concerné (élu pour trois ans). L'homologation sera fonction de l'évaluation des besoins régionaux exprimée par les Responsables des Centres déjà existants et soumise à l'Assemblée Générale.

Le demandeur doit être membre titulaire de la Société de chirurgie de la main de son pays d'exercice (et membre formateur du Collège de Chirurgie de la Main pour la France), il doit avoir exercé pendant deux ans son activité d'urgence de la main avec son équipe en démontrant la continuité de fonctionnement 24 heures sur 24 toute l'année. L'équipe doit être composée de trois chirurgiens ayant tous une formation et une expérience de la chirurgie de la main et de la microchirurgie vasculo-nerveuse.

#### **HOMOLOGATION D'UN CENTRE AGREE SOS MAIN**

Le service postulant au titre de Centre agréé FESUM doit pouvoir offrir une continuité des soins pour l'accueil et le traitement des urgences 24h/24, 7j/7.

- Le service doit disposer d'une équipe d'au moins trois chirurgiens assumant la responsabilité de la prise en charge des urgences main ;
- Ces chirurgiens doivent pouvoir justifier de leur formation en chirurgie de la main et en micro-chirurgie. Pour la France, seront considérés comme qualifiés les Chirurgiens ayant effectué, ou en cours, un post internat dans un service validant (définition du Collège Français des Enseignants de Chirurgie de la main) ; ces Chirurgiens doivent avoir validé un diplôme inter-universitaire de Chirurgie de la main et un diplôme universitaire de micro-chirurgie ;
- Pour être nommé au titre de Membre de la FESUM, ces chirurgiens doivent pouvoir justifier en France du titre de Membre de la Société Française de Chirurgie de la Main (GEM) et du titre de chirurgien de la main tel que défini par le Conseil de l'Ordre ;
- Le Centre doit pouvoir, si nécessaire, justifier de sa participation à un réseau d'urgence par l'intermédiaire des conventions inter-établissements qu'il aura établies ;
- L'activité d'urgence main du Centre, en termes d'interventions et de consultations d'urgence, doit pouvoir être justifiée depuis au moins un an ;
- Un minimum de deux urgences main opérées en moyenne par jour de garde doit pouvoir être justifié ;
- Tous ces éléments doivent être adressés avec la demande de nomination qui doit être déposée par l'un des membres du service demandeur au Secrétaire Général de la FESUM six mois avant la réunion annuelle de l'Assemblée Générale ;

- Le membre demandeur doit pouvoir répondre aux conditions de Membre de la FESUM. Il sera considéré comme Membre Responsable du Centre ;
- Le demandeur devra exprimer dans sa demande les besoins régionaux en matière d'urgence main ;
- Le demandeur soumettra par ailleurs une dénomination de son Centre : SOS ou Service Assistance Main

## MODALITES D'HOMOLOGATION

- Une Commission d'Evaluation comprenant le Président, le Secrétaire Général et le Secrétaire Adjoint de la FESUM ainsi que le Coordinateur Régional concerné et trois membres tirés au hasard, sera chargée de l'examen de la demande d'homologation ;
- Deux membres de la commission seront chargés d'une visite de conformité qui doit permettre d'évaluer la continuité des soins et les conditions techniques d'accueil et de traitement des urgences en vérifiant :
  - l'organisation globale de la prise en charge d'une urgence immédiate et d'une urgence différée ;
  - les listes de garde et astreinte des médecins et du personnel mis à disposition (anesthésistes et personnels infirmiers) ;
  - le cahier des urgences mains ;
  - les lieux d'accueil et de traitement en consultation ou soins externes des urgences ;
  - le bloc opératoire qui devra comprendre obligatoirement un microscope opératoire et du matériel micro-chirurgical ;
  - la zone de surveillance post-interventionnelle ;
  - les zones d'hospitalisation courte ou prolongée ;
  - les possibilités de chirurgie ambulatoire ;
  - les possibilités sur place d'une rééducation spécialisée (Kinésithérapeute spécialisé, équipement) ;
  - les possibilités de réalisation d'appareillage spécialisé ;
  - l'homologation sera soumise à l'Assemblée Générale ;
  - une fois l'homologation du Centre obtenue, les membres de celui-ci seront nommés à titre individuel comme Membre de la FESUM s'ils répondent aux conditions.

## HOMOLOGATION D'UNE CENTRE AFFILIE A UN CENTRE FESUM

Un service constitué seulement de deux membres peut postuler au titre de Centre Affilié à un Centre FESUM à condition que :

- Les membres du service répondent aux conditions générales requises aux membres d'un Centre Agréé FESUM ;

- Le service soit en réseau avec le Centre Agréé FESUM auquel il veut s'affilier par l'intermédiaire d'une convention précisant le fonctionnement global des deux établissements et leur participation respective à la garde d'urgence mains 24h/24, 7j/7
- La demande doit être exprimée au Secrétaire Général de la FESUM par le responsable du Centre Agréé FESUM six mois avant l'Assemblée Générale
- Le Centre Affilié reste sous la responsabilité du Centre Agréé et de son Membre responsable ;
- Les critères de conformité du Centre Affilié sont identiques à ceux d'un Centre Agréé et l'homologation suit la même procédure
- Une fois l'homologation du Centre Affilié obtenue, les membres de ce dernier seront nommés à titre individuel comme Membre de la FESUM s'ils répondent aux conditions

## **CONSERVATION DE L'HOMOLOGATION**

- Tous les Centres Agréés, Centres Affiliés et Réseaux Agréés seront soumis tous les trois ans à une évaluation par l'intermédiaire d'une fiche type transmise à chaque responsable, centralisée par le Coordinateur Régional puis transmise à la Commission d'Evaluation avant l'Assemblée Générale ;
- Seront précisés sur la fiche :
  - les coordonnées du Centre ou du Réseau ;
  - le nom et le titre des membres du Centre ;
  - le nom du responsable (s'il a changé) ;
  - la place dans un Réseau d'urgence (nombre et type d'intervention) ;
  - le nombre annuel d'interventions ;
  - le nombre annuel de consultations en urgence ;
  - les actions menées en faveur de l'urgence main (prévention, formation, promotion) ;
  - la commission d'Evaluation pourra décider dans les cas litigieux d'une nouvelle visite de conformité ;
  - la conservation de l'homologation sera soumise à l'Assemblée Générale.

## **INTEGRATION DE LA PROBLEMATIQUE PSYCHO-SOCIO-PROFESSIONNELLE**

Les Centres Agréés FESUM et accrédités pour la PDSES devront intégrer la possibilité d'orientation des patients qui peuvent le nécessiter vers la structure psycho-sociale du Réseau Prévention Main Ile-de-France.

## **COMMISSION D'ACCREDITATION DES CENTRES PARTICIAPNT A LA PDSES**

Des modalités restent à définir et à évaluer avec l'ARS. Une collaboration FESUM et ARS est souhaitable.