



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 pédiatrique**

Plan

1. **Objet du cahier des charges**
2. **Définition de la PDSES en chirurgie pédiatrique**
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 contractuels auxquels seront soumis les établissements de santé assurant une permanence des soins la nuit, pour les activités de chirurgie pédiatrique.
- 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 les principes d'organisation à mettre en place découlant de la réorganisation de la PDESES en Ile-de-France ainsi que d'une annexe reprenant les typologies des principales urgences chirurgicales ORL, à titre indicatif et non exhaustif.
- Ce présent cahier des charges ne traitera pas des situations exceptionnelles faisant l'objet de dispositifs spécifiques (Plan Blanc, Hôpital en tension...).
- La durée concernée par ce présent cahier des charges est d'un an, à compter du 1^{er} janvier 2013, une réévaluation du dispositif étant effectuée en fin d'année 2013

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 à la fois structurante mais aussi d'un renfort des filières pédiatriques 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 :

- ✓ Professeur Christophe Glorion (Chirurgien, Collégiale de Chirurgie pédiatrique des Hôpitaux de Paris)
- ✓ Docteur Henri Kotobi (Chirurgien, CH Robert Ballanger)
- ✓ Professeur Gilles Orliaguet (Anesthésiste, Collégiale des PUPH d'Anesthésie-Réanimation d'Ile-de-France)
- ✓ Professeur Isabelle Constant (Anesthésiste, Collégiale des PUPH d'Anesthésie-Réanimation d'Ile-de-France)
- ✓ Docteur Alain Landais (Anesthésiste, CH d'Argenteuil)
- ✓ Professeur Guy Sebag (Radiologue, Collégiale de Radiologie des Hôpitaux de Paris)

- ✓ Professeur Philippe Hubert (Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences pédiatriques)
- ✓ Docteur Jean-Louis Chabernaud (SMUR pédiatrique d'Antoine Béclère et Inter SMUR pédiatrique d'Ile-de-France)
- ✓ Docteur Pierre Foucauld (Collégiale des Présidents de CME des Hôpitaux généraux d'Ile-de-France)
- ✓ Professeur Jean Christophe Mercier (Service d'urgences pédiatriques, Hôpital Robert Debré, expert)
- ✓ Docteur Dominique Brun-Ney (DPM, AP-HP)
- ✓ Docteur Jean Christophe Paquet (Chirurgien viscéral, CH de Longjumeau, Conférence régionale des présidents de CME, Conseil national de la chirurgie)
- ✓ Docteur Michel SFEZ (Anesthésiste, Syndicat National des Anesthésistes-Réanimateurs 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 2013 et pour la durée précédemment citée.

2. 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 et 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, samedi après-midi, dimanche ainsi que 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 (objectif quantifié national), sous réserve des négociations en cours au niveau national. Par conséquent les hôpitaux locaux, les soins de suite et de réadaptation (SSR), les unités de soins de longue durée (USLD) et la psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence) ne peuvent donc relever du dispositif de PDES.

Il est à noter que la continuité des soins est obligatoirement assurée par l'établissement de santé tandis que la permanence des soins ne l'est pas dans l'hypothèse où l'établissement n'a pas été désigné expressément pour cela par le Directeur Général (DG) de l'ARS.

2.2. Cadre juridique

- Dans l'attente de la publication du SROS-PRS et notamment du schéma cible PDES et de l'attribution des missions de service public par le DG de l'ARS tel que le prévoit l'article L.6112-2 du code de la santé publique, des propositions de réorganisation de la prise en charge chirurgicale pédiatrique pour la période nocturne vont être présentées aux instances de concertation de la région Ile-de-France (conférences de territoire, conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), commission régionale paritaire).
- Ces propositions de réorganisation trouveront leur concrétisation juridique dans les avenants aux CPOM)des établissements de santé relatifs aux missions d'intérêt général PDES (MIG PDES) pour les activités nocturnes de chirurgie pédiatrique orthopédique et traumatologique d'une part, et de chirurgie pédiatrique viscérale et digestive d'autre part.
- A noter que ces propositions de réorganisation et les choix d'établissements assurant la permanence des soins pour l'année 2013 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 (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'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 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.

2.4. 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 pédiatrique.

Les différentes spécialités chirurgicales pédiatriques sont donc concernées par ce cahier des charges (chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive, ORL, stomatologie, odontologie, ophtalmologie, chirurgie de la main, urologie etc.).

Certaines activités réglementées ne sont pas concernées par ce cahier des charges (polytraumatisés, neurochirurgie, brûlés...).

2.5. Le financement par l'enveloppe MIG PDSES

Les établissements participant à la réorganisation chirurgicale aux horaires de PDSES pour l'année 2013 telle que définie dans ce présent cahier des charges se verront attribuer un financement spécifique sous forme de MIG PDSES.

Ce financement 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).

2.6. Les horaires de nuit

La réorganisation de la prise en charge en chirurgie pédiatrique s'applique en 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 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 PDES et répondant au cahier des charges vont être distingués :

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

Aux approches des limites horaires de la PDES, 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 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 de l'enfant dans les cas suivants :

- Si la famille se présente d'elle-même ;
- Si un critère d'orientation relatif à la qualité de la prise en charge du patient le justifie (ex: enfant déjà suivi, disponibilité d'une compétence particulière...)

- Si la famille (ou le médecin en charge de l'enfant) en exprime la volonté, sous réserve d'une distance raisonnable et de la présence d'un plateau technique adapté ;
- Si le lieu de résidence de l'enfant 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 enfant.

Les filières régionales spécifiques feront l'objet d'un traitement à part (neurochirurgie, polytraumatisés, grand brûlés).

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 PDSSES.

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 PDSSES

La réorganisation de la PDSSES chirurgicale pédiatrique la nuit touche à l'ensemble de l'organisation de l'établissement disposant de services de chirurgie pédiatrique.

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, commission médicale d'établissement locale (CMEL), commission de l'organisation de la permanence des soins) 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 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 du registre des refus de l'établissement ;
- Définir clairement les différentes modalités opérationnelles d'organisation interne (accueil des enfants chirurgicaux, fonctionnement des blocs opératoires et des services d'imagerie, des lits d'aval, transferts) et externe (coordinateur PDSES, articulation avec les services de régulation médicale) ;
- Organiser la participation des praticiens hospitaliers et libéraux des différents établissements aux astreintes et gardes de l'établissement désigné. Cette organisation pourra se tenir au sein de la 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'établissements 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 pédiatrique**. L'établissement pourra faire le choix de disposer d'un coordinateur unique pour plusieurs spécialités.

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.

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

3.3.1 Ressources humaines

Une équipe médicale et non médicale 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 des financements sous la forme de la MIG PDSES concernant principalement le personnel médical.

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

La liste des praticiens participant à la PDSES (chirurgiens, anesthésistes, radiologues) ainsi que leurs compétences devront être fournies.

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

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

Les principes suivants doivent être respectés :

- Limiter les transferts aux enfants 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 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. L'organisation afférente sera précisée dans le projet médical PDSSES 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.

- 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 enfants 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 :

- 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 de la famille de l'enfant.

Ces principes sont détaillés en **annexe 1**.

La typologie des urgences chirurgicales de l'enfant et leur degré d'urgence sont données en **annexe 2**.

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

3.4.1 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 PDES 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, établissements 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 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 enfants. Pour cela, les transferts secondaires doivent concerner essentiellement des enfants 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 enfants 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 enfants 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 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, Délégations territoriales, Pôle Etablissements de santé) ainsi qu'au Groupement de coopération sanitaire (GCS) SISiF.

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

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

Une liste prédéfinie des motifs de refus est à renseigner à la fois par le demandeur et le receveur en **annexe 3**.

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

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

- Données ROR ;
- Données blocs (informatisation) ;
- Base de données Urgences et SAMU.

3.4.3 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 enfants 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 enfants vers l'établissement d'origine ou la filière de prise en charge la plus adaptée à son état.

La possibilité de refus de la famille de l'enfant doit dans tous les cas être respectée.

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 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 pédiatrique en 2013.

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 enfants admis en chirurgie pédiatrique orthopédique et traumatologique et en chirurgie viscérale et digestive ;
- Nombre des enfants 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, admissions en chirurgie pédiatrique orthopédique 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 ;

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 enfants pris en charge aux horaires de la PDSES le sont aux tarifs opposables sans reste à charge pour la famille, hormis le forfait journalier, 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.

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.

4. Respect des engagements contractuels PDSES

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

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

4.1 Indemnisations

Un financement MIG PDSES est assuré pour les établissements assurant la permanence des soins chirurgicale, afin de permettre 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.

Le financement MIG PDSES relatif à la permanence des soins chirurgicale les jours de week-end (samedis après-midi, dimanches) et jours fériés ne sera pas modifié en 2013 pour ces établissements.

Un financement MIG PDSES 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 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 de l'enfant

Le circuit de l'enfant nécessitant une prise en charge en milieu chirurgical la nuit, et particulièrement en nuit profonde, doit être organisé entre les différents établissements de la zone de couverture dans le respect des référentiels des sociétés savantes existants, notamment du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) de l'enfant, la pratique de l'anesthésie pédiatrique¹, du guide du bon usage des examens d'Imagerie (2005)² et des recommandations du groupe d'expert régional.

Voir le détail des recommandations du groupe d'expert :

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Permanence-des-soins-en-etabli.129495.0.html>

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 enfants 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 de l'enfant, 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.

Gradation des soins :

Les Etablissements de santé peuvent ou non disposer d'anesthésistes compétents dans la prise en charge de l'enfant et notamment du petit enfant. De même, ils peuvent disposer ou non de services de chirurgie pédiatrique, de services de chirurgie « généraliste » orthopédique et/ou viscérale mais où exercent des chirurgiens compétents en chirurgie de l'enfant.

Enfin, ils peuvent disposer ou non de services compétents dans l'imagerie, plus particulièrement par ultrasons de l'enfant.

Cette distinction permet d'avoir un principe de réorganisation autour d'une gradation de l'offre de soins en distinguant :

- Des établissements de proximité (Niveau 1 du SROS) ;
- Des établissements spécialisés (Niveau 2 du SROS) ;
- Des établissements référents (Niveau 3 du SROS), les établissements de niveau 2 et 3 étant des établissements de recours.

¹ SFAR & ADARPEF. Le SROS de l'enfant et de l'adolescent et la pratique de l'anesthésie pédiatrique. Ann Fr Anesth Réa 2008 ; 27 :284-5.

² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale.

« Compétences » des praticiens prenant en charge des enfants :

Tout anesthésiste doit être capable d'anesthésier un enfant âgé de plus de 3 ans, antérieurement sain (ASA-1) pour une procédure non complexe et non urgente.

Par contre, si l'on considère un acte urgent, il faut intégrer la notion d'expérience (à travers l'exercice régulier), car la nature urgente de l'acte ajoute un risque supplémentaire qui nécessite une pratique régulière.

De même, tout chirurgien généraliste doit être capable d'entreprendre une intervention chirurgicale courante chez un enfant âgé de plus de 3 ans et a fortiori de plus de 10 ans.

Enfin, tout service d'imagerie doit être capable de réaliser et d'interpréter une radiographie standard (de poumons, d'abdomen, osseuse) et une imagerie par ultrasons chez les enfants âgés de plus de 3 ans et a fortiori de plus de 10 ans où la pathologie chirurgicale couramment rencontrée en urgence est similaire à celle rencontrée chez l'adulte.

Préconisations pour l'anesthésie :

Il est rappelé qu'il n'existe pas de qualification ordinaire pour l'anesthésie pédiatrique mais que l'on parlera de notions de savoir, savoir-faire et de compétences.

Trois tranches d'âge sont distinguées (données de morbi-mortalité des risques anesthésiques) :

- Les enfants de moins de 3 ans doivent être pris en charge pour des pathologies urgentes et/ou complexes dans un centre spécialisé par des anesthésistes ayant une activité d'anesthésie pédiatrique quotidienne
- Les enfants âgés de 3 à 10 ans, préalablement en bonne santé (ASA 1-2), devraient pouvoir être pris en charge pour des pathologies urgentes mais non complexes dans un centre dans lequel l'anesthésie pourra être réalisée par un praticien ayant une pratique pédiatrique régulière
- Les enfants âgés de plus de 10 ans, préalablement en bonne santé (ASA 1-2), devraient être pris en charge pour des pathologies urgentes mais non complexes dans toutes les structures.

Quel que soit l'âge de l'enfant, lorsqu'il s'agit d'une pathologie complexe nécessitant un plateau technique spécialisé ou un passage en réanimation pédiatrique, l'enfant doit être orienté vers un centre référent.

Dans ce cas, ou bien si l'anesthésiste ne se considère pas apte à réaliser l'anesthésie en urgence d'un enfant, il doit assurer sa prise en charge jusqu'au transfert éventuel de l'enfant et veiller à ce que celui-ci se déroule dans les meilleures conditions. L'établissement de santé participant à la PDS-ES pédiatrique s'engage à favoriser la formation continue des intervenants médicaux et paramédicaux en anesthésie pédiatrique et à encourager les acteurs à exercer dans le cadre d'un réseau d'anesthésie pédiatrique

Préconisations pour la chirurgie orthopédique et traumatique :

Cas ou le transfert d'un enfant ne doit pas être refusé par le centre référent :

- Infections ostéo-articulaires avec sepsis ou chez l'enfant de moins de 3 ans ;
- Fractures des membres avec complications vasculaires ou nerveuses ;
- Fractures du coude de l'enfant de moins de 3 ans ;
- Traumatismes vertébraux (hormis simple tassement vertébral chez l'enfant de plus de 13 ans)
- Fractures sur os pathologique ;
- Toute plaie ou lésion de membre avec lésion vasculaire ou nerveuse nécessitant l'intervention d'un chirurgien pédiatre compétent en microchirurgie ;
- Amputation traumatique des membres ;
- Lésions nécessitant la réalisation d'un lambeau pour couverture cutanée ;
- Pathologies nécessitant la collaboration de chirurgiens pédiatres (orthopédie, chirurgie viscérale, etc.), pédiatres, réanimateurs, néonatalogistes, etc. ;
- Drépanocytose ;
- Pathologie hématologique maligne ;
- Polytraumatismes graves qui doivent être dirigés à Necker (à l'exclusion des TC mineurs – GCS 14-15).

Préconisations pour la chirurgie viscérale :

Cas ou le transfert d'un enfant ne doit pas être refusé par le centre référent :

- Les urgences néonatales nécessitant une prise en charge en réanimation ou unité de surveillance continue ;
- Les urgences chirurgicales viscérales nécessitant une prise en charge en réanimation ou unité de surveillance continue ;
- Les tumeurs malignes nécessitant une prise en charge multidisciplinaire doivent être orientées vers un centre référent ;
- Les détresses respiratoires nécessitant une prise en charge par AREC/ECMO, en accord avec une réanimation polyvalente, qui doivent être orientées vers un centre référent ;
- Les polytraumatisés et les urgences neurochirurgicales doivent être orientés vers un centre référent.

Préconisations pour la radiologie :

Cas où le transfert d'un enfant ne doit pas être refusé par le centre référent (Articulation avec les recommandations pour l'anesthésie et la chirurgie) :

- Enfants de moins de 3 ans: prise en charge en centre spécialisé par des radiologues ayant une pratique quotidienne de la radiologie pédiatrique ;
- Enfants de 3 à 10 ans: prise en charge, pour des pathologies urgentes mais non complexes, dans un centre dans lequel l'imagerie peut être réalisée par un praticien ayant une pratique régulière,
- Enfants de plus de 10 ans: prise en charge, pour des pathologies urgentes mais non complexes, dans toutes les structures ;
- Quel que soit l'âge, s'il s'agit d'une pathologie complexe nécessitant un plateau d'imagerie pédiatrique spécialisée, transfert d'emblée vers un centre spécialisé.

Il est souhaitable que les établissements de santé participant à la PDES pédiatrique s'engagent à :

- Assurer aux enfants des examens d'imagerie conformes aux guides de bon usage des examens d'imageries, aux recommandations de radioprotection de la SFR et de la SFIPP ;
- Mettre à disposition un équipement adapté à l'âge et au poids de l'enfant ;
- Favoriser les examens non irradiants ;
- Favoriser la formation initiale des radiologues et des manipulateurs à l'imagerie pédiatrique ;
- Encourager les acteurs à exercer dans le cadre d'un réseau territorial d'imagerie pédiatrique
- Identifier une offre et un circuit de radiologie interventionnelle pédiatrique hors neuro & cardiovasculaire

Le transfert d'un enfant en centre de recours doit toujours s'accompagner des examens radiologiques réalisés afin de ne pas avoir à les répéter inutilement.

Le développement de la télé-imagerie doit s'effectuer en conformité aux recommandations du volet télé-radiologie du SROS par le biais de conventions

Enfin, tout service d'imagerie doit être capable de réaliser une radiographie standard (de poumons, d'abdomen, osseuse) quelque soit l'âge et l'ensemble des examens d'imagerie chez les enfants de plus de 10 ans (hors terrains particuliers) où la pathologie chirurgicale couramment rencontrée en urgence est similaire à celle rencontrée chez l'adulte

Différents cas de figure peuvent se présenter :

- Enfant 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 enfants 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. 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 en nuit profonde.

Ces enfants sont, si possible, admis directement dans une unité d'hospitalisation permettant leur prise en charge adaptée et leur surveillance. Ces enfants ne doivent pas repasser par le service des urgences.

A son arrivée dans les établissements assurant la permanence des soins, l'enfant 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.

- Enfant provenant d'un établissement sans infrastructure en imagerie médicale ni en chirurgie situés dans la zone de couverture :

Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicaux ont vocation à accueillir les enfants 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 enfants sont adressés au service des urgences de 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.

Annexe 2 : Typologie des urgences pédiatriques et degré d'urgence, à titre indicatif et exhaustif

➤ Chirurgie viscérale

Il convient de séparer les urgences non traumatiques des urgences traumatiques.

➤ Les urgences non traumatiques

Toutes les pathologies 'ischémiques' d'organe sont une urgence chirurgicale absolue : volvulus du grêle (vomissements verts), invagination intestinale non réduite, torsion du testicule chez le garçon, torsion d'annexe chez la fille, hernie inguinale étranglée.

Les péritonites par perforation d'organe creux ou par diffusion à partir d'un abcès appendiculaire constituent également une urgence chirurgicale qui doit être opérée rapidement. Il en est de même pour la péritonite et/ou le syndrome occlusif accompagnant une entérocolite ulcéro-nécrosante chez le nouveau-né prématuré.

Les occlusions basses (maladie de Hirshprung, iléus méconial) doivent être rapidement dérivées en cas de sepsis associé.

Par contre, les sténoses du pylore ou les hémorragies d'un diverticule de Meckel peuvent être décalées au lendemain. De même, cholécystite aiguë, pancréatite aiguë doivent bénéficier d'une stabilisation médicale avant une intervention éventuelle.

➤ Les urgences traumatiques

Tout dépend des lésions associées, notamment neurologiques et respiratoires. Les enfants polytraumatisés sont référés par les SMUR à Necker. Lorsque le traumatisme n'implique ni atteinte cérébrale ou médullaire ni atteinte thoraco-pulmonaire, ils peuvent être pris en charge par une ou deux équipes chirurgicales viscérale et orthopédique dans un autre centre chirurgical de recours.

Tout dépend de la priorité chirurgicale des lésions : immobilisation de fractures, hémorragie intra-abdominale, hématurie, etc.

➤ Chirurgie orthopédique

Le nombre d'urgences orthopédiques à opérer en urgence absolue est plus restreint :

- Fractures et plaies profondes ouvertes ;
- Fractures de la palette humérale ;
- Lésions vasculo-nerveuses associées à une fracture ;
- Arthrite purulente de hanche chez le nourrisson ;

D'autres situations peuvent demander une intervention en urgence, tels que les brûlures de l'enfant, les morsures d'animaux, les plaies des mains, les cellulites extensives, les cheveux étranglants ou les œdèmes cutanés circonférentiels et compressifs.

Annexe 3 : 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 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.