

Rapport d'évaluation

Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSES)

Chirurgie orthopédique / traumatologique
Chirurgie viscérale / digestive adulte

Juillet 2014

Rédacteur

Dr Hellmann Romain
Commission Régionale d'Evaluation PDSES

RESUME

Depuis l'été 2010, l'ARS d'Ile-de-France s'est engagée aux côtés des professionnels de santé de la région dans un large chantier de réorganisation de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) et plus particulièrement dans le domaine de la chirurgie viscérale et orthopédique nocturne. Dans un contexte budgétaire contraint, la démarche de réorganisation a été centrée sur des objectifs de qualité, de sécurité, d'efficacité et d'égalité d'accès aux soins en prenant en compte les besoins de la population francilienne et les enjeux notamment de démographie médicale. L'élaboration d'un cahier des charges consensuel et partagé par les professionnels a permis de constituer un réseau régional d'établissements permettant de répondre aux différents objectifs. L'Agence Régionale de Santé d'Ile de France s'était engagée à mettre en place un dispositif d'évaluation de la réorganisation. Plusieurs outils ont dû être créés ad hoc du fait de l'absence d'outil spécifique de suivi de la PDSES (régional ou national) existant. Cette évaluation avait pour objectifs d'apprécier l'impact de la réorganisation sur l'offre de soins en chirurgie et sur l'accueil des urgences dans la région, d'apprécier le respect du cahier des charges régional, de s'assurer du bon dimensionnement et du bon fonctionnement du dispositif. Ainsi, sur une période d'une année (février 2012 à janvier 2013), le recueil et l'analyse des données ont concerné principalement : l'activité chirurgicale, l'activité des services d'urgences, les signalements dans le registre régional du refus et du fonctionnement non conforme.

L'activité chirurgicale prévisionnelle basée sur les données de l'enquête ARS de 2010 et sur les données SAE des établissements a largement surestimé l'activité chirurgicale observée notamment en nuit profonde. En effet, seulement 18 interventions sont réalisées en moyenne chaque nuit profonde dans la région (versus 28 interventions attendues). Cette constatation est identique pour la 1^{ère} partie de nuit avec une moyenne de 60,1 interventions attendues et 41,5 constatées. La répartition de l'activité chirurgicale PDSES est très hétérogène et une proportion non négligeable d'établissements réalise en moyenne moins d'une intervention par semaine tant sur la 1^{ère} partie de nuit (19 établissements) que sur la nuit profonde (4 établissements). Ainsi, le dispositif mis en place semble être suffisamment dimensionné et semble pouvoir être révisé. Néanmoins, le taux de dépassement non négligeable des interventions chirurgicales de 1^{ère} partie de nuit sur la nuit profonde (26 %) et l'occupation simultanée des équipes chirurgicales PDSES sur un territoire doivent être pris en compte. Il semble en outre que le nombre de passages dans les services d'urgences puisse être un indicateur à considérer pour la révision du périmètre du dispositif PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale. L'évaluation a été limitée par plusieurs biais liés aux outils principalement déclaratifs mais aussi par la participation non optimale de certains établissements.

L'impact sur la morbi-mortalité a été difficile à apprécier. Néanmoins, aucun effet indésirable grave ou plainte liée à la réorganisation n'a été constaté. Entre février



2012 et janvier 2013, 89 signalements, principalement en orthopédie (63,5%) ont été effectués dans le registre régional du refus, dont 14,1% avec un impact signalé sur le prise en charge qui était le plus souvent lié à un retard d'adressage induit par la recherche de sites sans réel effet sur le pronostic vital ou fonctionnel. Si les difficultés d'adressage des patients en pré-hospitalier semblent plus réduites, la sous-utilisation du registre par les services d'urgences, sans doute par méconnaissance de l'outil, incitent à émettre des interprétations prudentes des données du registre.

Sur le plan médico-économique, la mise en place d'un dispositif régional de permanence normé (garde ou astreinte) a permis de rationaliser l'enveloppe budgétaire attribuée à la PDSES des deux spécialités et de mobiliser des marges pour financer d'autres schémas régionaux de PDSES (chirurgie de spécialités notamment).

L'expérimentation de la réorganisation de la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale semble devoir être validée. Mais des ajustements et des améliorations sont possibles et doivent être abordés avec une approche territoriale afin d'optimiser la coopération entre établissements, condition nécessaire garantissant la sécurité, la qualité et l'accès aux soins à tous les Franciliens.

SOMMAIRE

Résumé.....	p. 2
Glossaire.....	p. 6
1. Introduction.....	p. 7
1.1. Contexte de la réorganisation.....	p. 7
1.2. Définition et périmètre.....	p. 7
1.3. Etat des lieux.....	p. 8
1.3.1. Une démographie en constante évolution.....	p. 8
1.3.2. Les besoins de la population francilienne.....	p. 9
1.3.3. Forces et faiblesses de l'offre francilienne.....	p. 10
1.4. Le dispositif PDSES régional.....	p. 11
1.5. Objectif de l'évaluation.....	p. 13
2. Matériels et méthode.....	p. 14
2.1. La commission régionale d'évaluation PDSES.....	p. 14
2.2. Les sources de données et les modalités de recueil.....	p. 14
2.2.1. L'activité chirurgicale.....	p. 14
2.2.2. L'activité des SU.....	p. 15
2.2.3. Le respect du cahier des charges régional.....	p. 15
2.2.3.1. Le registre des refus.....	p. 15
2.2.3.2. Le registre de fonctionnement non conforme.....	p. 16
2.3. L'analyse des données et les indicateurs.....	p. 16
2.4. Les limites.....	p. 17
2.4.1. Les limites liées aux bases de données.....	p. 17
2.4.2. Les limites liées aux outils.....	p. 17
3. Les constatations principales.....	p. 18
3.1. L'activité chirurgicale PDSES.....	p. 18
3.1.1. La participation à l'évaluation du dispositif.....	p. 18
3.1.2. L'activité chirurgicale de première partie de nuit.....	p. 20
3.1.2.1. Le volume d'activité chirurgicale.....	p. 20
3.1.2.2. La répartition territoriale.....	p. 20
3.1.2.3. La répartition par spécialité.....	p. 21
3.1.2.4. La répartition entre types d'établissements.....	p. 22
3.1.2.5. La répartition par statut d'établissements.....	p. 22
3.1.2.6. La répartition par établissements.....	p. 24
3.1.2.7. Le taux de dépassement.....	p. 25
3.1.2.7.1. Le taux de dépassement régional.....	p. 26
3.1.2.7.2. Le taux de dépassement territorial.....	p. 27
3.1.3. L'activité chirurgicale de nuit profonde.....	p. 28
3.1.3.1. Le volume d'activité chirurgicale.....	p. 28
3.1.3.2. La répartition mensuelle et hebdomadaire.....	p. 28
3.1.3.3. La répartition territoriale.....	p. 29
3.1.3.4. La répartition par spécialité.....	p. 31
3.1.3.5. La répartition entre types d'établissements.....	p. 31
3.1.3.6. La répartition par statut d'établissements.....	p. 31

3.1.3.7. <i>La répartition par établissements</i>	p. 32
3.1.3.8. <i>L'occupation simultanée des équipes PDSES</i>	p. 34
3.1.3.8.1. <i>La Seine et Marne (77)</i>	p. 34
3.1.3.8.2. <i>Les Yvelines (78)</i>	p. 34
3.1.3.8.3. <i>L'Essonne (91)</i>	p. 35
3.1.3.8.4. <i>La Seine St Denis (93)</i>	p. 36
3.1.3.8.5. <i>Le Val de Marne (94)</i>	p. 36
3.1.3.8.6. <i>Le Val d'Oise (95)</i>	p. 37
3.1.3.9. <i>La description des actes chirurgicaux en nuit profonde</i>	p. 37
3.1.3.9.1. <i>L'exhaustivité des données</i>	p. 37
3.1.3.9.2. <i>Les durées d'interventions</i>	p. 38
3.1.3.9.3. <i>Les typologies des interventions en chirurgie viscérale</i>	p. 38
3.1.3.9.4. <i>Les typologies des interventions en chirurgie orthopédique</i>	p. 39
3.1.3.10. <i>Les transferts dans le cadre de la PDSES</i>	p. 40
3.2. Les effets sur l'attractivité des établissements	p. 42
3.2.1. <i>Les effets sur l'attractivité chirurgicale</i>	p. 42
3.2.1.1. <i>L'attractivité en chirurgie viscérale et digestive</i>	p. 42
3.2.1.1.1. <i>Les séjours chirurgicaux avec passage par les urgences</i>	p. 42
3.2.1.1.2. <i>L'activité chirurgicale en 1^{ère} partie de nuit</i>	p. 42
3.2.1.2. <i>L'attractivité en chirurgie orthopédique et traumatologique</i>	p. 43
3.2.1.2.1. <i>Les séjours chirurgicaux avec passage par les urgences</i>	p. 43
3.2.1.2.2. <i>Activité en 1^{ère} partie de nuit</i>	p. 44
3.2.1.3. <i>L'attractivité globale en chirurgie</i>	p. 44
3.2.2. <i>Les effets sur les flux dans les services d'urgences</i>	p. 45
3.2.2.1. <i>Les passages moyens journaliers</i>	p. 45
3.2.2.2. <i>Les pathologies traceuses</i>	p. 48
3.3. Les Relations entre activité chirurgicale PDSES et non PDSES – activité des services d'urgences	p. 50
3.3.1. <i>La relation activité chirurgicale PDSES et non PDSES</i>	p. 50
3.3.2. <i>La relation activité chirurgicale PDSES / activité des services d'urgences</i>	p. 51
3.3.2.1. <i>Le nombre médian d'intervention chirurgicale PDSES en fonction du volume de passages dans les SU</i>	p. 51
3.3.2.2. <i>L'étude de corrélation entre activité chirurgicale PDSES et passages aux Urgences</i>	p. 52
3.4. Le respect du cahier des charges régional	p. 54
3.4.1. <i>Le registre des refus</i>	p. 54
3.4.2. <i>Les caractéristiques principales</i>	p. 54
3.4.3. <i>Les motifs de refus</i>	p. 56
3.4.4. <i>Les établissements « refuseurs »</i>	p. 57
3.4.5. <i>Les enquêtes sur les refus par l'ARS</i>	p. 58
3.4.6. <i>Les limites</i>	p. 59
3.5. <i>Les effets sur la morbi-mortalité</i>	p. 60
3.6. <i>Les effets médico-économiques</i>	p. 61
4. Conclusions principales	p. 63
5. Recommandations	p. 69
Annexes	p. 70

GLOSSAIRE

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

ARS : agence régionale de santé

CCAM : classification commune des actes médicaux

CHG : centre hospitalier général

CERVEAU : Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences

CIM 10 : classification internationale des maladies 10^{ème} révision

CREPDSES : Commission Régionale d'Evaluation PDSES

DGOS : direction générale de l'offre de soins

GHM : groupe homogène de malades

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IDF : Ile de France

MCO : Médecine – Chirurgie - Obstétrique

MSP : mission de service public

NP : nuit profonde

PH : praticien hospitalier

PDSES : permanence des soins en établissements de santé

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

ROR-IF : registre opérationnel des ressources d'Ile de France

SAMU : service d'aide médicale urgente

SI : système d'information

SU : services d'urgences

1. INTRODUCTION

1.1. Contexte de la réorganisation

Depuis l'été 2010, l'ARS d'Ile-de-France s'est engagée aux côtés des professionnels de santé de la région dans un large chantier de réorganisation de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDSES) et plus particulièrement dans le domaine de la chirurgie viscérale et orthopédique nocturne. Cette démarche doit pouvoir répondre à plusieurs enjeux majeurs auxquels sont confrontés la plupart des régions françaises :

- Sécuriser la prise en charge aux horaires de permanence des soins avec des équipes médicales et paramédicales sécurisées et une meilleure lisibilité des dispositifs par les professionnels
- Améliorer l'efficacité notamment par une meilleure répartition de la ressource des professionnels de santé une prévention des risques et de l'usure professionnelle, une motivation et une fidélisation des praticiens.
- Garantir l'accessibilité des parcours de santé

1.2. Définition et périmètre

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 qui consiste en une mission d'accueil et de prise en charge des patients non déjà hospitalisés dans l'établissement et se présentant à lui dans le cadre de l'urgence aux horaires de permanence des soins :

- ✓ Du début de la garde (le plus souvent 18h30) à la fin de la garde (8h30)
- ✓ Le samedi après-midi, le dimanche ainsi que les jours fériés.

La permanence des soins se différencie de la continuité des soins. Cette dernière se définit comme la prise en charge et la surveillance des patients déjà hospitalisés au sein de l'établissement aux horaires de la PDSES. Il est à noter que la continuité des soins est une mission réglementaire qui incombe à tous les établissements de santé contrairement à la PDSES pour laquelle l'établissement doit être expressément désigné par le Directeur Général de l'ARS.

La réorganisation de la PDSES n'ayant concerné initialement que le domaine de la chirurgie viscérale et orthopédique nocturne adulte, ce rapport d'évaluation se limitera à ce périmètre.

1.3. L'état des lieux

Afin d'apporter une réponse adaptée aux différents enjeux, un état des lieux précis de l'ensemble de la filière de prise en charge en chirurgie orthopédique et viscérale aux horaires de la PDSES était nécessaire.

1.3.1. Une démographie en constante évolution

La démographie de la région Ile de France est en croissance continue depuis plusieurs décennies. En 2010, la population régionale s'élevait à 11 786 234 habitants réparti inégalement sur une superficie de 12 012 km² avec des densités de population très variables dans les 8 départements de la région (Paris : 21 000 hab / km² - Seine et Marne : 218 hab / km²).

Départements	Habitants
Paris (75)	2 243 833
Seine et Marne (77)	1 324 865
Yvelines (78)	1 408 765
Essonne (91)	1 215 340
Hauts de Seine (92)	1 572 490
Seine Saint Denis (93)	1 522 048
Val de Marne (94)	1 327 732
Val d'Oise (95)	1 171 161

Tableau 1 : démographie Ile de France en 2010 (Sources INSEE)

Dans les 30 prochaines années (tableau n°1), la répartition de la population dans la région va continuer sa mutation avec une forte croissance en grande couronne mettant en exergue l'importance des réflexions sur la territorialisation, la meilleure répartition des ressources médicales, l'attractivité des territoires les plus périphériques en leur garantissant la sécurisation des équipes et des parcours de soins.

Population	1975	2010	Evolution 1975 /2010		Prévision 2040	Evolution prévue 2010 /2040
IDF	9 878 565	11 786 234	+ 19 %		12 766 000	+ 8 %
Paris intramuros	2 299 830	2 246 995	- 2 %		2 211 000	- 2 %
Petite couronne (92,93,94)	3 976 731	4 426 596	+ 11 %		4 838 000	+ 9 %
Grande couronne (77,78,91,95)	3 602 004	5 123 430	+ 42 %		5 717 000	+ 12 %

Tableau 2 : démographie de la région Ile de France et prévisions. Sources INSEE - IAURIF

1.3.2. Les besoins de la population francilienne

○ *Une activité chirurgicale faible aux horaires de la PDSES*

L'évaluation de l'activité chirurgicale avant la réorganisation a été établie à partir des données issues de l'enquête ARS faite en 2011 (tableau n°2). En première partie de nuit, l'activité chirurgicale restait soutenue dans la région. En effet, elle s'élevait en moyenne à 7,6 interventions par département, soit 0,7 intervention par établissement. Par contre, on notait une baisse importante de l'activité chirurgicale en deuxième partie de nuit. Dans la région, la nuit profonde ne représentait en effet que 27% de l'activité de la nuit entière ce qui correspondait à 28,5 interventions chirurgicales par nuit profonde dans l'ensemble du territoire francilien. A l'exception de Paris, 2,6 interventions par nuit profonde étaient réalisées dans chaque département, soit 0,24 intervention par établissement MCO autorisé pour les activités de médecine d'urgence. Plus de la moitié des établissements réalisaient moins de 100 interventions en nuit profonde par an (moins de 3 interventions par semaine).

	Nombre d'interventions 1 ^{ère} partie de nuit	Nombre d'interventions nuit profonde
Paris (75)	5574	3210
Seine et Marne (77)	1194	664
Yvelines (78)	1803	538
Essonne (91)	2667	1213
Hauts de seine (92)	3127	1219
Seine St Denis (93)	3261	587
Val d'Oise (95)	3124	1083
Val de Marne (94)	4859	1876
Total Ile de France	25609	10390

Tableau 3 : Activité chirurgicale en orthopédie et viscérale aux horaires de la PDSES en 2010
(Source - Enquête ARSIF 2011)

○ *Un besoin de meilleure lisibilité des parcours de soins*

Malgré un nombre important de sites pouvant potentiellement assurer une chirurgie urgente, le système manquait de lisibilité pour les professionnels de santé. De grandes difficultés d'orientation de certains patients notamment en pré hospitalier pouvaient être rencontrées, allongeant les délais de prise en charge et pouvant - heureusement très exceptionnellement - conduire à des complications pour les patients. Dans certains endroits, une organisation de la permanence chirurgicale basée essentiellement sur des astreintes (tableau n°3) rendait parfois difficile l'accès au bloc opératoire. Aucun outil de signalement de ces difficultés n'était disponible. Pourtant, les données issues de l'enquête SAMU / SMUR sur près de

200 000 dossiers régulés en 2010 montrait qu'il existait une concentration informelle de l'adressage des patients la nuit vers certains sites.

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

Tableau 4 : dispositif régional de PDSes en chirurgie orthopédique et viscérale en 2010
(Source - Enquête ARSIF 2011)

- Un besoin de maillage territorial équilibré

Dans les 30 prochaines années, un recours nocturne systématique aux structures localisées au centre de la région ne sera plus adapté aux besoins de la population du fait de l'éloignement géographique entraînant des durées de transport allongées (tableau n°1). Ainsi la notion de recours territorial au sein d'un réseau d'établissements devra à terme prendre toute sa dimension afin de répondre aux besoins des Franciliens.

1.3.3. Forces et faiblesses de l'offre Francilienne

Si la région IDF dispose d'un maillage d'établissements de santé conséquent, le dispositif de PDSes reste fragile, essentiellement pour des raisons de démographie médicale. En effet, la fracture démographique des professionnels de santé est un élément du diagnostic régional de l'offre de soins en IDF dont il faut anticiper les évolutions. La réorganisation de la PDSes en est fortement imprégnée aussi bien pour des questions de bien-être au travail des praticiens que des questions relatives à l'optimisation des ressources médicales pouvant devenir rares alors même qu'elles sont essentielles (Tableau n°4). L'IDF comprend près de 8000 praticiens hospitaliers (6500 PH à temps plein et 1500 PH à temps partiel). Si le taux de vacance des postes de PH est inférieur à la moyenne nationale dans toutes les spécialités, plusieurs disparités deviennent néanmoins préoccupantes (entre spécialités, entre départements et entre établissements) avec par exemple 33% de taux de vacance de postes en anesthésie pour les établissements hors APHP. Ce taux atteint 35% en radiologie. Cette dégradation de la démographie va s'accroître à compter de l'année 2015, notamment en anesthésie-réanimation (55% des anesthésistes-réanimateurs temps plein vont partir à la retraite d'ici 10 ans) et dans une moindre mesure en chirurgie (30% des chirurgiens spécialisés en chirurgie générale et digestive, et 35% de ceux spécialisés en chirurgie orthopédique). Ces éléments commencent à impacter l'organisation du travail et la pratique médicale hospitalière : manque de personnel, charge de travail grandissante, lourdeur des gardes dans les petites équipes, etc.

Spécialités	Effectif en IDF	Part des plus de 55 ans
Imagerie	1 968	42,9%
Anesthésie-réanimation	2 185	49,4%
Total spécialités chirurgicales	4 957	47,6%

Tableau 5 : démographie médicale en 2010 en Ile de France
(Source – Enquête DGOS 2011)

1.4. Le dispositif PDSES régional

Afin de répondre aux différents enjeux de la région, l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France aux côtés des professionnels et des fédérations hospitalières a proposé une réorganisation de la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale en constituant un réseau d'établissements assurant la prise en charge des urgences chirurgicales en distinguant des établissements :

- De première partie de nuit (du début de la garde jusqu'à 22h30)
- De nuit profonde (du début de la garde jusqu'à 8h30)

L'organisation des samedis après-midi, dimanches et jours fériés n'a pas été modifiée. Cette réorganisation n'avait pas pour but de modifier l'accueil des urgences dans la région. Après 22h30, il s'agissait de réorienter grâce à la régulation médicale (SAMU) ou des services d'urgences d'établissements ne disposant pas d'un dispositif PDSES de nuit profonde, les patients susceptibles d'avoir recours à une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être reportée au lendemain.

Cette dichotomie a été motivée et instaurée en fonction de différents éléments qui ont permis de déterminer des cibles territoriales (tableau n°5) :

- Le volume d'activité chirurgicale diminuant sensiblement à partir de 23h00, il semblait raisonnable de diminuer le nombre de sites de prise en charge des urgences chirurgicales en nuit profonde mais en maintenant un nombre de sites suffisant assumant la PDSES en première partie de nuit. Cette organisation devait permettre une meilleure lisibilité et sécurité en nuit profonde en consolidant le dispositif par des gardes dans les établissements retenus, permettant ainsi au reste du réseau de se mettre en « veille » et d'épargner du temps médical et paramédical de nuit.
- Pour le Conseil National de Chirurgie (contribution du CNC au Conseil National de l'Urgence Hospitalière, en 2010), il s'agirait de disposer d'un établissement assurant la PDSES chirurgicale pour une population comprise

entre 400 000 et 600 000 habitants afin de couvrir la période de nuit profonde (à l'exception de Paris).

Spécialités	1ere partie de nuit	Nuit profonde
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Entre 7 et 11 par territoire	2 à 4 par territoire, 7 pour Paris
Chirurgie digestive et viscérale	Entre 7 et 11 par territoire	2 à 4 par territoire, 7 pour Paris

Tableau 6 : Cibles départementales assumant la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale
(Source : SROS PDSES)

Afin de mettre en place des règles communes de fonctionnement, un cahier des charges régional fut rédigé par un groupe régional d'experts fixant un socle consensuel de 7 engagements majeurs ⁽¹⁾ :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES;
- Mettre en place un coordinateur 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.

Après une procédure d'appel à candidature et de sélection des sites, 31 dossiers ont été retenus concernant 45 établissements dont près de 10 établissements privés et 2 militaires. La liste des établissements est spécifiée en annexe n°2. Par ailleurs, 84 établissements ont été reconnus comme assurant une PDSES de 1^{ère} partie de nuit. La mise en place de la réorganisation a été effective à partir du 2 février 2012. Un rapport intermédiaire a été publié sur le site de l'ARS Ile de France en juin 2012⁽²⁾.

(1) Le cahier des charges régional est disponible sur le site : www.ars.iledefrance.sante.fr

(2) http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/PDSES/Rapport_intermediaire_PDSES.pdf

1.5. Les objectifs de l'évaluation

Cette évaluation a pour objectif principal de vérifier le bon fonctionnement de la nouvelle organisation de la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale.

Les objectifs secondaires étaient multiples et essentiellement basés sur l'évaluation :

- du calibrage du dispositif en termes de cible et d'activité chirurgicale (nombre d'établissements assumant la PDSES dans ces deux spécialités) ;
- du respect des engagements du cahier des charges régional et notamment de celui du « zéro refus » ;
- de l'impact sur les flux de consultations dans les Services d'Urgences entre les différents établissements du dispositif, la nouvelle organisation ne devant pas modifier l'accueil des urgences dans la région;
- de l'impact sur l'activité chirurgicale globale dans ces deux spécialités entre les différents établissements du dispositif.
- de l'impact sur la prise en charge des franciliens.

2. MATERIELS ET METHODE

2.1. La commission régionale d'évaluation PDSES

L'ARS d'Ile de France et ses partenaires se sont engagés à accompagner la nouvelle organisation par un dispositif d'évaluation concomitant mis en place par la Commission Régionale d'Evaluation (CREPDSES) dont la composition est donnée en annexe n°2. La commission a eu pour rôle :

- d'élaborer la méthodologie d'évaluation à partir des objectifs attendus
- d'identifier les sources de données pertinentes et les outils existants et/ou participer à leur création
- de conceptualiser la collecte des données
- de surveiller, de détecter les dysfonctionnements du dispositif mis en place et de proposer des améliorations.

La commission s'est réunie mensuellement entre novembre 2011 et mars 2013. Elle a rendu compte régulièrement au comité de pilotage PDSES régional des synthèses d'évaluation intermédiaires durant la période d'expérimentation du dispositif.

2.2. Les sources de données et les modalités de recueil

Toutes les sources de données disponibles sont résumées dans le tableau n°6.

2.2.1. L'activité chirurgicale

Les bases de données actuelles disponibles de façon exhaustive et facilement accessibles sont essentiellement celles du PMSI via l'outil DIAMANT. Un suivi de l'activité en chirurgie digestive et orthopédique de chaque établissement (de première partie de nuit et de nuit profonde) fut établi par une requête spécifique dans la base de données. Les critères suivants ont pu être distingués : séjours chirurgicaux (nombre de séjours / nombre de journées), âge, provenance (avec ou sans passage par les urgences), classification d'activité (avec ou sans chirurgie ambulatoire). Néanmoins, la source PMSI ne permettait qu'un suivi mensuel de l'activité sans distinction d'horaire de jour ou de nuit.

La mise en place d'un recueil de données d'activité (annexe n°3) auprès des établissements a permis de suivre de façon plus précise l'activité chirurgicale PDSES. Ainsi certains critères ont pu être relevés : l'activité quotidienne entre 18h30 et 8h30 (date d'intervention / horaire de début et de fin d'intervention), la provenance (SAU – Service d'hospitalisation), le diagnostic principal (CIM10), l'acte CCAM pratiqué, les transferts (date / heure / destination). La grille de recueil a été envoyée par courriel sous format Excel® à chaque établissement appartenant au dispositif

PDSES (établissements de première partie de nuit et de NP). Plusieurs vagues de recueil (n=4) ont été effectuées afin de suivre l'activité de février 2012 à janvier 2013.

2.2.2. L'activité des SU

La base de données disponible au niveau de la région pour suivre les flux de visites dans les SU de la région est la base du CERVEAU. Ainsi, certaines données ont pu être suivies de façon automatique en requêtant dans la base : le nombre annuel de visites par tranche horaire, le nombre moyen de passages mensuels par tranche horaire (8h30 / 18h30 – 18h30 / 22h30 – 22h30 / 8h30), le nombre moyen de passages mensuels par tranche horaire pour certains groupes de pathologies traceuses (douleur abdominale – traumatologie). Néanmoins, devant le manque d'exhaustivité de la base CERVEAU (60% des SU de la région Ile de France connectés), une enquête auprès des établissements a dû être mise en place avec le recueil du nombre de passages quotidiens par tranche horaire.

2.2.3. Le respect du cahier des charges régional

2.2.3.1. *Le registre des refus*

La mise en place d'un registre régional du refus au sein du ROR fut une étape essentielle de l'élaboration du dispositif d'évaluation de la réorganisation de la PDSES en chirurgie viscérale et traumatologique. C'est un outil déclaratif mis à disposition des professionnels de la région permettant un signalement en temps réel ou différé d'un refus de prise en charge (schéma n°1). Le formulaire du refus comprend un volet pour le déclarant et un volet pour la personne qui a refusé le patient. Les formulaires sont anonymisés. Plusieurs données sont colligées dans le registre : la structure ayant déclaré le refus et celle ayant refusé le patient, la date et l'heure de la déclaration, la date et l'heure du refus, l'heure et la localité de prise en charge, le motif de la demande et celui du refus, la destination finale du patient et le signalement d'un impact sur la prise en charge.

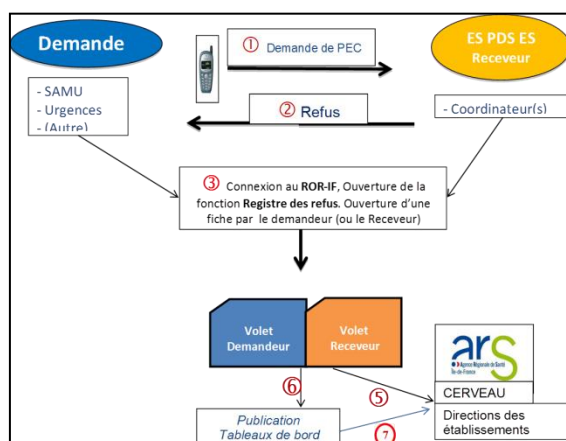


Schéma n°1

2.2.3.2. *Le registre de fonctionnement non conforme*

Hébergé également dans le ROR-IF, ce registre a été élaboré sur le même modèle que le celui du refus. Les motifs de fonctionnements non conformes au cahier des charges régional y sont colligés.

2.3. L'analyse des données et des indicateurs

L'analyse des différentes données a été le plus souvent déclinée avec une approche locale (établissement), territoriale (département) et régionale afin de mettre en perspective certains enjeux spécifiques à chaque situation.

Pour l'activité chirurgicale globale orthopédique et viscérale, une requête dans la base DIAMANT a été réalisée pour suivre le nombre mensuel de séjours chirurgicaux avec un GHM « digestif » (D01) et/ou « orthopédie – traumatologie » (D02) sans et avec chirurgie ambulatoire. Nous avons limité la requête aux patients âgés de plus de 18 ans avec ou sans passage par les urgences. Une comparaison de l'activité entre les sites PDSES NP et 1^{ère} partie de nuit a été réalisée.

Pour l'activité chirurgicale PDSES (à partir du recueil), le taux de réponse aux différentes vagues de l'enquête d'activité a permis d'apprécier la participation des différents établissements à l'évaluation du nouveau dispositif PDSES. A partir des recueils d'activité, une analyse en volume par tranche horaire (1^{ère} partie de nuit et NP) a été effectuée. Ces données ont été comparées à l'activité chirurgicale en 2010 estimée à partir de l'enquête ARS de 2011 (tableau n°2). Par ailleurs, une évaluation du taux de dépassement horaire des interventions de 1^{ère} partie de nuit sur la nuit profonde a été effectuée. Afin d'avoir une approche plus opérationnelle du dispositif PDSES, l'occupation simultanée des équipes PDSES dans un territoire donné a été appréciée. Pour ce fait, l'évaluation du pourcentage de temps par tranche horaire d'interventions simultanées (orthopédique et viscérale) sur un territoire dans les sites PDSES NP a été effectuée. Cette étude a été réalisée sur une période d'un an (de février 2012 à janvier 2013).

Pour l'activité des services d'urgences, le nombre moyen de visites mensuelles par tranche horaire (8h30 – 18h30 / 18h30 – 22h30 / 22h30 – 8h30) dans les sites PDSES NP et ceux de première partie de nuit a été suivi. L'organisation de la PDSES en réseau ne devant pas modifier l'accueil des urgences, ce suivi devait d'assurer de l'absence de transfert de flux de patients entre les deux types de site.

2.4. Les limites

2.4.1. Les limites liées aux bases de données

La commission d'évaluation avait comme priorité d'élaborer un dispositif de suivi de la réorganisation avec des indicateurs pertinents, peu nombreux et disponibles. Le recueil de ces données devait être facile et automatisé. Rapidement, la commission a constaté qu'il n'existait aucune base de données exhaustive permettant de recueillir l'ensemble des éléments nécessaires à une évaluation complète du dispositif PDSES. En effet, même si les enjeux liés à la PDSES ne sont pas récents (démographie médicale, sécurité et qualité des soins, lisibilité des parcours de soins, financements, etc...), la loi HPST a mis à jour les problématiques posées par l'attribution de MSP PDSES et la nécessité de suivre cette activité pour laquelle aucune base de données et aucun outil spécifique n'existent. Ainsi, l'évaluation s'est appuyée sur plusieurs bases différentes non exhaustives et/ou non homogènes. Par exemple, en 2012, la base de données CERVEAU ne recueillait l'activité que de 60% environ des SU de la région. Un recueil complémentaire sur un support différent a donc été mis en place afin d'obtenir l'exhaustivité des SU.

2.4.2. Les limites liées aux outils

Du fait de l'impossibilité de tracer l'activité aux horaires de la PDSES avec le PMSI, le recours à des outils déclaratifs était nécessaire. Ces derniers ont dû être élaborés dans une période très contrainte afin de pouvoir associer le dispositif opérationnel et l'évaluation. La lourdeur du recueil liée à la nécessité pour les établissements de croiser différentes bases de données (données de blocs opératoires, PMSI, dossiers médicaux) est à l'origine d'une inhomogénéité des réponses et des difficultés d'analyse.

Sources de données	Champs d'évaluation	Avantages	Limites
Recueil d'activité des établissements	Activité chirurgicale aux horaires de la PDSES		Déclaratif, pas d'automatisation, lourdeur du recueil
	Transferts entre établissements aux horaires de la PDSES		
	Flux de passages aux urgences pour les établissements n'émettant pas dans CERVEAU		
	Respect du cahier des charges (participation au suivi et à l'évaluation du dispositif)		
PMSI / DIAMANT	Séjours avec acte chirurgical	Automatisation, exhaustivité	Pas de tranche horaire
	Séjours avec acte chirurgical et passage par les urgences		
Registre des refus	Respect du cahier des charges (zero refus / dimensionnement du dispositif / coordinateur unique)	Accessibilité à tous les professionnels, facilité d'utilisation	Déclaratif
	Impact sur la prise en charge / effets indésirables		
Registre des fonctionnements non conformes au cahier des charges	Respect du cahier des charges (Retour des patients vers les établissements d'origine, dimensionnement du dispositif, organisation interne des établissements)	Accessibilité à tous les professionnels, facilité d'utilisation	Déclaratif, non disponible au 2 février 2012 (mise en place en juin 2012)
CERVEAU	Flux de passages aux urgences par tranches horaires (établissements émettant dans CERVEAU)	Automatisation	Pas d'exhaustivité
	Flux de passages aux urgences par pathologie traceuse (établissements émettant dans CERVEAU)	Automatisation	

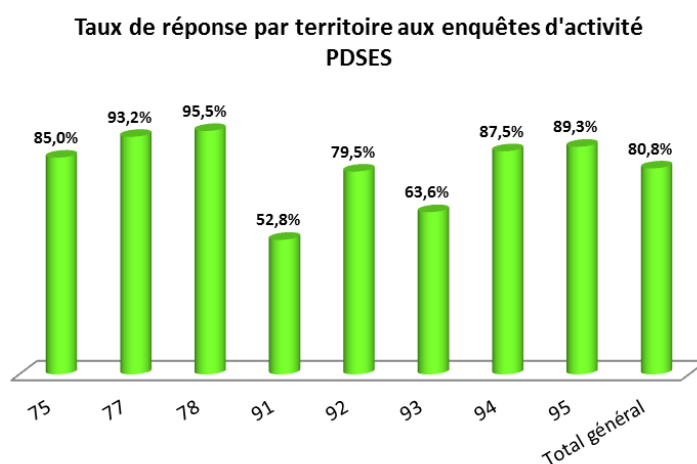
Tableau 7 : Sources de données pour l'évaluation du dispositif

3. LES CONSTATATIONS PRINCIPALES

3.1. L'activité chirurgicale PDSES

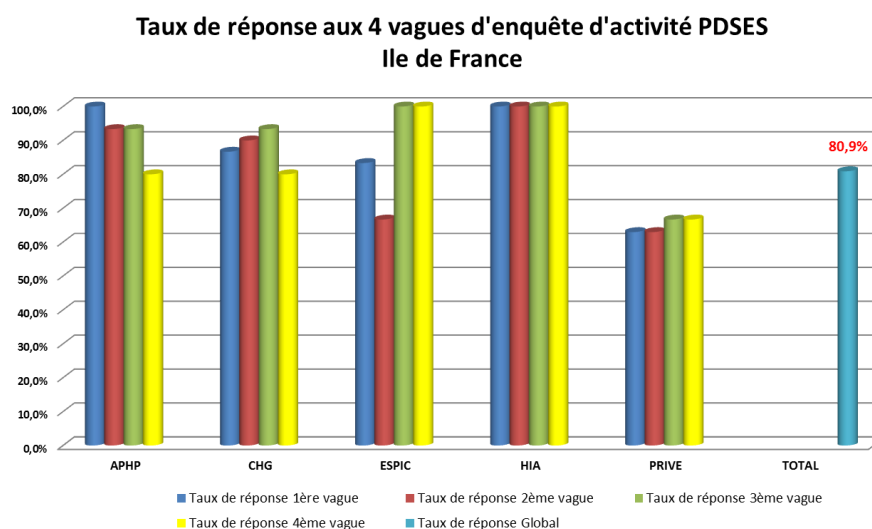
3.1.1. La participation à l'évaluation du dispositif

Quatre vagues d'enquête d'activité successives ont été menées sur période de 12 mois entre février 2012 et janvier 2013. Tous les établissements assurant une MSP PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale ont été sollicités par l'ARS Ile de France. En moyenne, sur la durée de l'étude, plus de 80% des établissements franciliens ont participé au dispositif d'évaluation (graphique n°1).



Graphique n° 1

Ce taux de participation était variable en fonction des départements et du statut de l'établissement limitant dans certains cas l'analyse de l'activité PDSES (graphique n°2), la participation étant moindre dans les établissements du secteur privé.



Graphique n° 2

Les établissements dont les recueils de données d'activité chirurgicale ne sont pas parvenus à la commission d'évaluation régionale pour analyse, sont notés dans le tableau n°8. L'ensemble de ces établissements représente une faible part des séjours en chirurgie orthopédie et viscérale de la région ($\approx 5\%$ des séjours soit 4425 séjours).

Absence de recueil	Recueil partiel
CMCO Evry Hôpital privé Claude Gallien Hôpital privé de St Denis CH des 4 villes	CH d'Orsay Clinique Pasteur Vert Gallant Clinique de l'Est Parisien Clinique Floréal Clinique Roseraie CH Montreuil Cochin

Tableau 8 : établissements n'ayant peu ou pas participé à l'évaluation

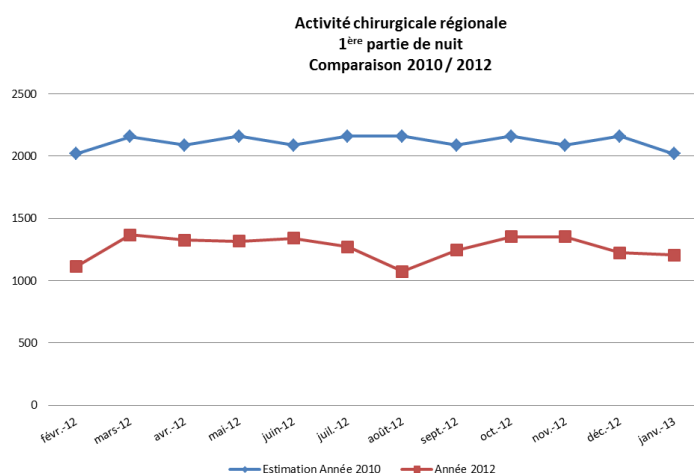
Si le taux de participation au suivi d'activité est satisfaisant, il existe une très grande hétérogénéité dans la qualité des données fournies. Si la complexité et la lourdeur des enquêtes (tant sur le plan du recueil que sur la transmission des données) peut en partie expliquer ce phénomène, certains établissements n'ont parfois pas respecté les modalités de l'évaluation. Ainsi, les données d'horaires d'intervention ou d'actes CCAM n'ont pas été relevés dans la plupart des établissements de Paris intra-muros limitant ainsi certaines analyses (taux de dépassement horaire ou occupation simultanée des équipes PDSES par exemple).

POINTS ESSENTIELS : participation à l'évaluation du dispositif
• Le taux de participation régional au suivi d'activité est satisfaisant et permet une évaluation pertinente du dispositif. • Certains établissements n'ont pas participé à la démarche d'évaluation. • La qualité des données transmises est hétérogène notamment dans Paris intra-muros.

3.1.2. L'activité chirurgicale de première partie de nuit

3.1.2.1. Le volume d'activité chirurgicale

Le volume d'interventions a été apprécié sur les 71 établissements ayant répondu aux enquêtes. Près de 15132 interventions furent réalisées dans la région en première partie de nuit entre février 2012 et janvier 2013. L'activité chirurgicale sur la période d'étude était inférieure aux prévisions (graphique n°3) avec en moyenne 41,5 interventions par jour entre 18h30 et 22h30 dans la région (médiane = 41,3 ; [34; 45]) durant la période étudiée versus 60,1 en 2010.



Graphique n° 3

3.1.2.2. La répartition territoriale

La répartition de l'activité chirurgicale en première partie de nuit est assez hétérogène (tableau n°9 à 11). Paris est le territoire où il y a le plus d'activité chirurgicale PDSES en 1^{ère} partie de nuit.

	Total	Part (%)	Nb d'interventions par 1 ^{ère} partie de nuit / 100000 habitants	Nb d'interventions par établissement / 1 ^{ère} partie de nuit
Paris (75)	3635	24,0	0,44	1,11
Seine et Marne (77)	1635	10,8	0,34	0,45
Yvelines (78)	1718	11,4	0,33	0,43
Essonne (91)	1167	7,7	0,26	0,46
Hauts de Seine (92)	1774	11,7	0,31	0,49
Seine Saint Denis (93)	1612	10,7	0,29	0,55
Val de Marne (94)	1582	10,5	0,33	0,48
Val d'Oise (95)	2009	13,3	0,47	0,79

Tableau 9 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale PDSES de 1^{ère} partie de nuit

	Orthopédie	Part (%)	Nb d'interventions par 1 ^{ère} partie de nuit / 100000 habitants	Nb d'interventions 1 ^{ère} partie de nuit et par établissement
Paris (75)	1878	23,3	0,23	0,57
Seine et Marne (77)	1056	13,1	0,22	0,29
Yvelines (78)	988	12,3	0,19	0,25
Essonne (91)	541	6,7	0,12	0,21
Hauts de Seine (92)	873	10,8	0,15	0,24
Seine Saint Denis (93)	851	10,6	0,15	0,29
Val de Marne (94)	809	10,0	0,17	0,25
Val d'Oise (95)	1060	13,2	0,25	0,41

Tableau 10 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale PDES en orthopédie en 1^{ère} partie de nuit

	Viscérale	Part (%)	Nb d'interventions par 1 ^{ère} partie de nuit / 100000 habitants	Nb d'interventions par 1 ^{ère} partie de nuit et par établissement
Paris (75)	1757	24,8	0,21	0,53
Seine et Marne (77)	579	8,2	0,12	0,16
Yvelines (78)	730	10,3	0,14	0,18
Essonne (91)	626	8,8	0,14	0,25
Hauts de Seine (92)	901	12,7	0,16	0,25
Seine Saint Denis (93)	761	10,8	0,14	0,26
Val de Marne (94)	773	10,9	0,16	0,24
Val d'Oise (95)	949	13,4	0,22	0,37

Tableau 11 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale PDES en viscérale en 1^{ère} partie de nuit

3.1.2.3. La répartition par spécialité

L'orthopédie représente le type d'intervention le plus fréquent en 1^{ère} partie de nuit (figure n°1).

Répartition de l'activité PDES de 1^{ère} partie nuit
par spécialités
Ile de France

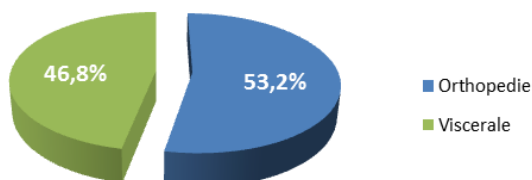
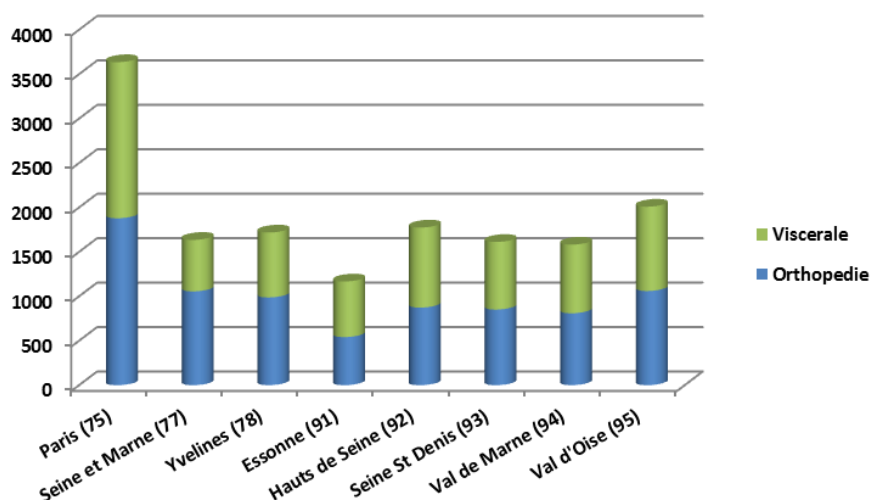


Figure 1 : répartition d'activité par spécialité

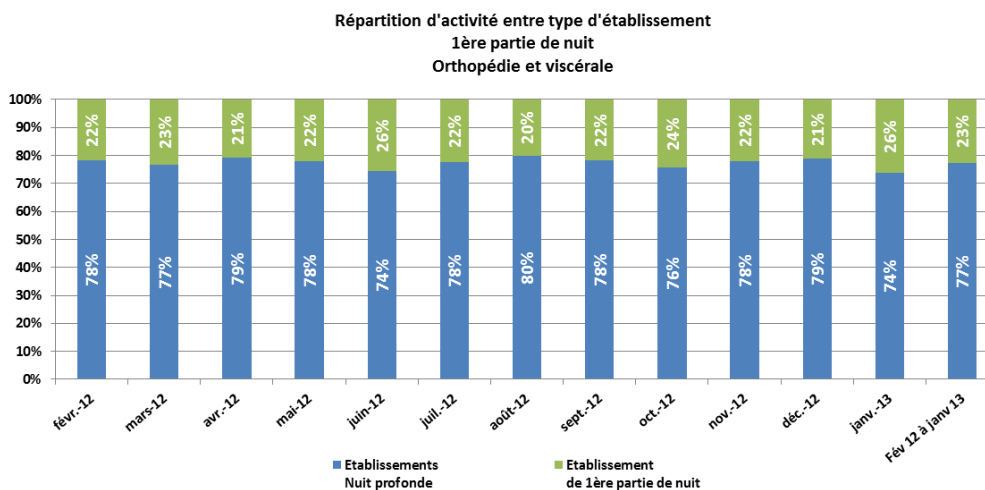
Cette répartition est identique dans la plupart des départements hormis dans le 91 et le 92 (graphique n°4).



Graphique n° 4 : répartition de l'activité par spécialité et par territoire

3.1.2.4. La répartition entre type d'établissements

L'activité chirurgicale était réalisée en grande majorité (entre 75% et 80%) par les 34 établissements assurant également la nuit profonde. Cette répartition s'est maintenue durant la période étudiée (graphique n°5).

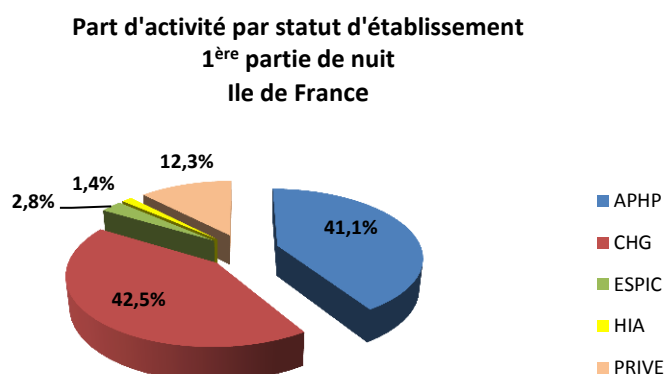


Graphique n° 5

3.1.2.5. Répartition par statut d'établissements

Les hôpitaux généraux et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris assurent une grande partie des interventions de 1^{ère} partie de nuit avec respectivement 42,5% et 41,1% de l'activité (graphique n°6). Lorsque l'on considère l'orthopédie en première

partie de nuit, celle-ci est assurée par les établissements de l'AP-HP dans 41,9% des cas (40,1 % par les CHG). Cette tendance s'inverse en faveur des CHG pour la chirurgie viscérale et digestive (AP-HP : 40,1% / CHG : 45,2%).



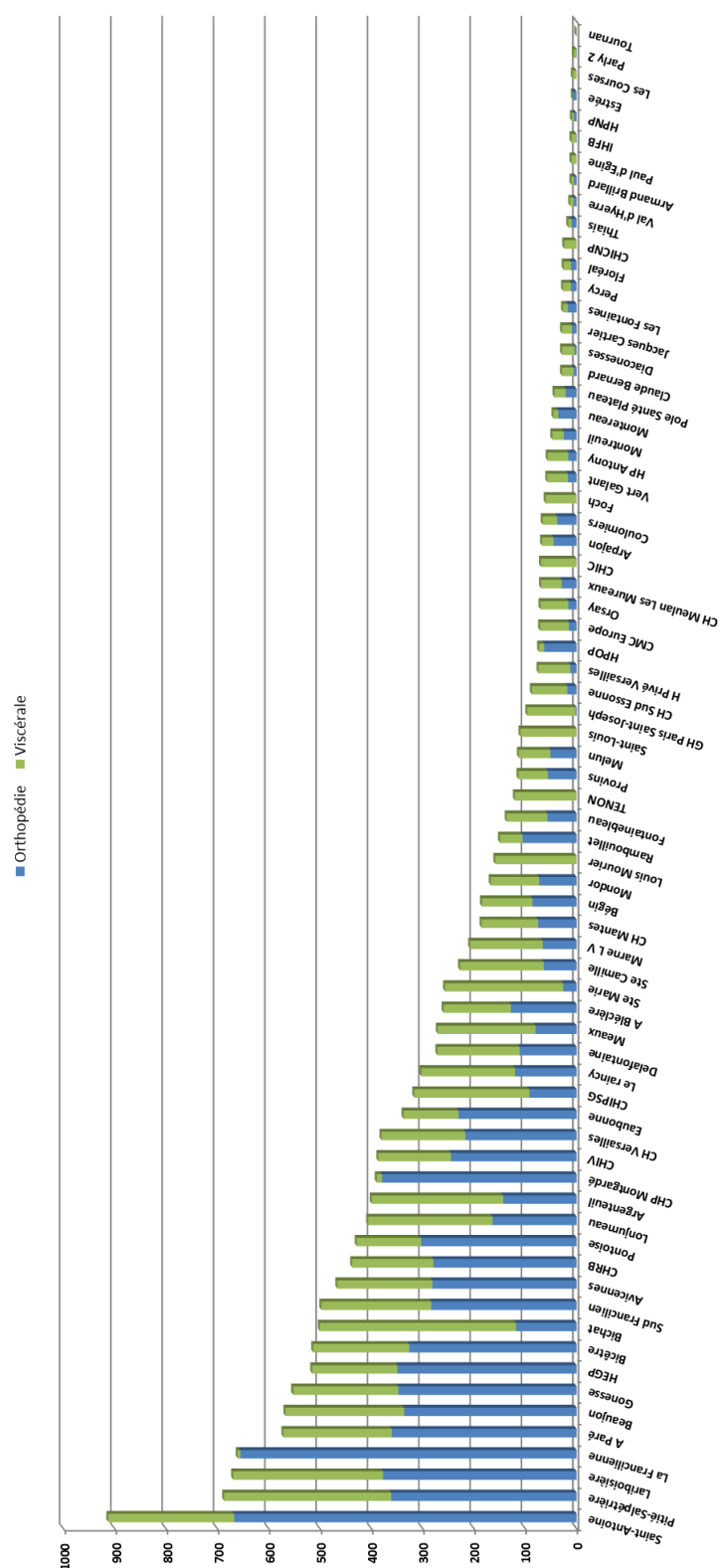
Graphique n° 6

Néanmoins, en rapportant l'activité au nombre de structures, les établissements de l'AP-HP (n = 14) réalisent un nombre moyen d'interventions supérieure aux autres établissements (tableau n°12).

	Nb établissements répondeurs	Nb d'interventions	Nb moyen d'interventions par établissement par 1 ^{ère} partie de nuit
APHP	14	6212	1,22
CHG	28	6427	0,63
HIA	2	428	0,59
ESPIC	6	210	0,10
PRIVE	21	1855	0,24
TOTAL	71	15132	0,58

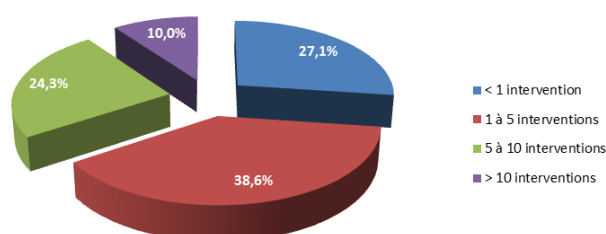
Tableau 12 : répartition de l'activité chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit par statuts d'établissements

3.1.2.6. La répartition par établissements



Graphique n° 7 : nombre d'interventions en 1^{ère} partie de nuit par établissements (février 2012 à janvier 2013)

L'activité de certains sites notamment en orthopédie doit être pondérée par certaines spécificités (activité SOS main par exemple). C'est le cas de l'Hôpital Saint Antoine (AP-HP) ou la clinique de la Francilienne. Une partie non négligeable des établissements ne réalise que très peu d'interventions en 1^{ère} partie de nuit dans le cadre de la PDSSES. En effet, 19 établissements en Ile de France réalisent moins d'une intervention par semaine dans cette tranche horaire (graphique n°8).



Graphique n° 8 : répartition des établissements en fonction du nombre d'interventions en 1^{ère} partie de nuit par semaine

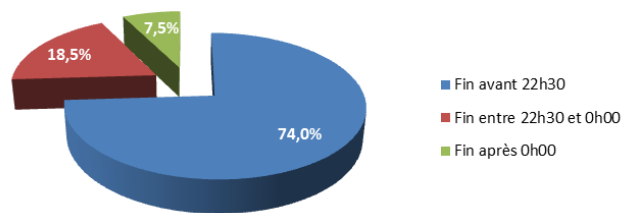
3.1.2.7. Le taux de dépassement

Malgré la séparation de la période nocturne en deux parties distinctes (1^{ère} partie de nuit : début de la garde à 22h30 – Nuit profonde : 22h30 à 8h30), l'analyse des volumes d'activité dans ces deux tranches horaires n'est pas suffisante. En effet, la prise en compte du nombre d'interventions débutant en 1^{ère} partie de nuit et débordant sur la nuit profonde est nécessaire, celle-ci s'ajoutant à l'activité de nuit profonde.

3.1.2.7.1. *Le taux de dépassement régional*

Près des 3/4 des interventions débutaient et finissaient avant 22h30. Néanmoins, près de 26% de l'activité chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit débordait sur la période de nuit profonde et plus particulièrement sur la période 22h30 – 0h (graphique n°9). Ce phénomène est important à prendre en compte car il met en évidence une période charnière où l'activité PDSSES reste dense (22h30 – 0h00).

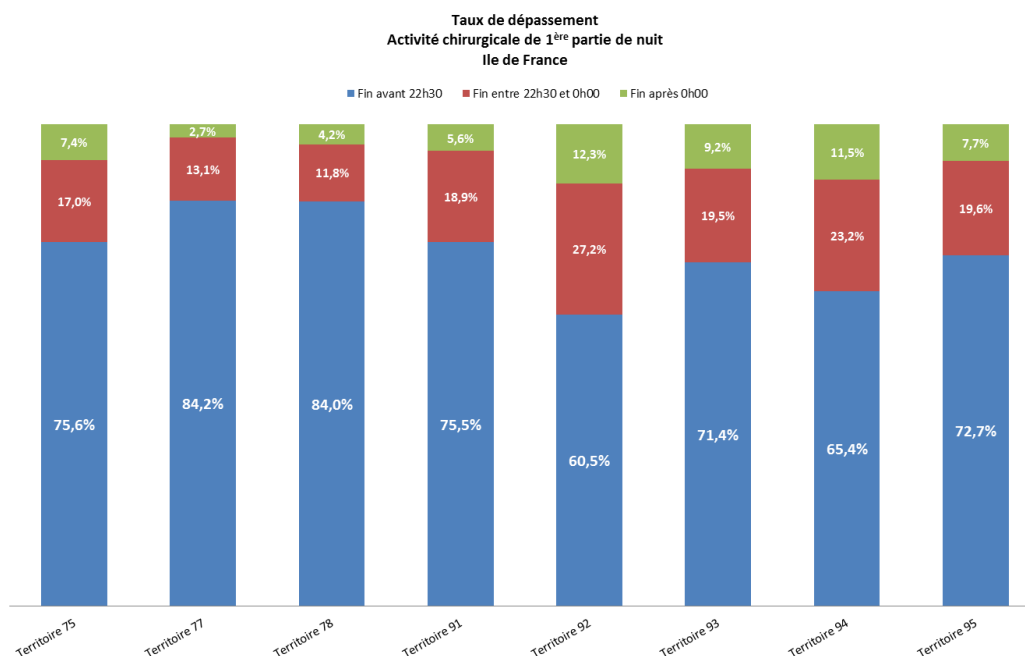
Taux de dépassement
Activité chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit
Ile de France



Graphique n° 9

3.1.2.7.2. Le taux de dépassement territorial

Si le taux de dépassement moyen régional est de 26%, ce taux est variable en fonction des territoires, pouvant aller de 15,8% en Seine et Marne jusqu'à 40% dans les Hauts de Seine (graphique n°10). Ce taux de dépassement doit être pondéré en fonction du nombre d'intervention moyen par établissement dans chaque territoire. Néanmoins un taux de dépassement élevé dans un département avec un volume d'interventions proche de la moyenne régionale (graphique n°10) nécessite probablement une analyse plus approfondie de l'organisation des blocs opératoires dans certains établissements.



Graphique n° 10

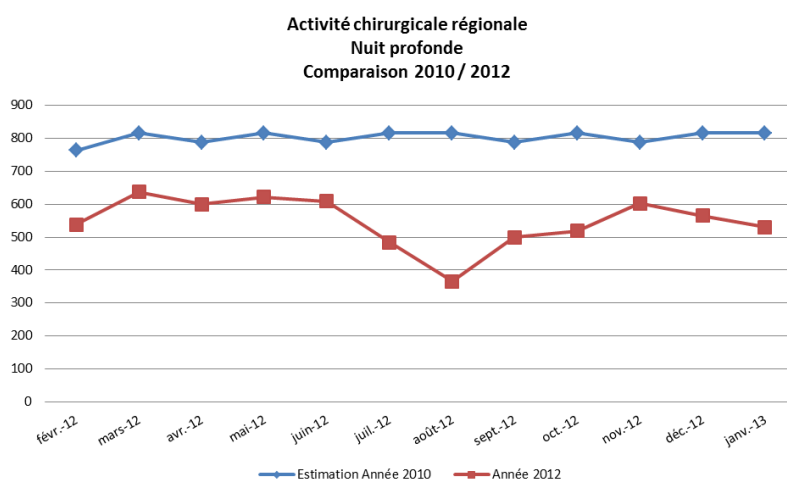
POINTS ESSENTIELS : 1^{ère} partie de nuit

- L'activité chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit est inférieure aux prévisions de 2010 avec en moyenne 41,5 interventions réparties sur les 71 établissements répondeurs.
- 27 % des établissements réalisent moins d'une intervention par semaine en 1^{ère} partie de nuit.
- Le taux de dépassement de l'activité de 1^{ère} partie de nuit sur la nuit profonde n'est pas négligeable (26%) et doit être prise en compte dans le dimensionnement du dispositif de nuit profonde.
- A volume d'activité égale, les variations importantes du taux de dépassement entre établissements peuvent faire évoquer des difficultés d'organisation des blocs opératoires

3.1.3. L'activité chirurgicale de nuit profonde

3.1.3.1. Le volume d'activité chirurgicale

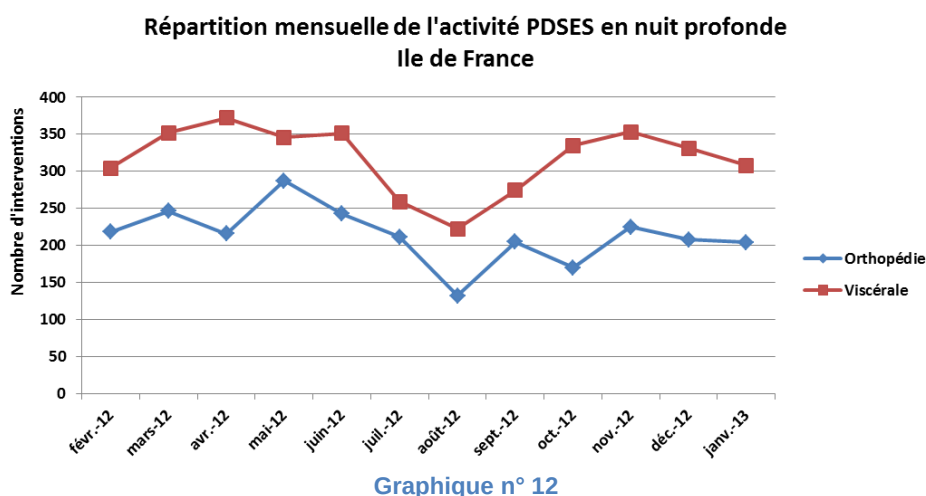
L'activité chirurgicale sur la période d'étude était inférieure aux prévisions basées sur des données d'activité de 2010 (graphique n°11). L'activité chirurgicale toute spécialité confondue est évaluée à 18 interventions en moyenne par nuit profonde dans la région (médiane = 18,2 ; [11,8; 20,3]) versus 26,3 en 2010.



Graphique n° 11

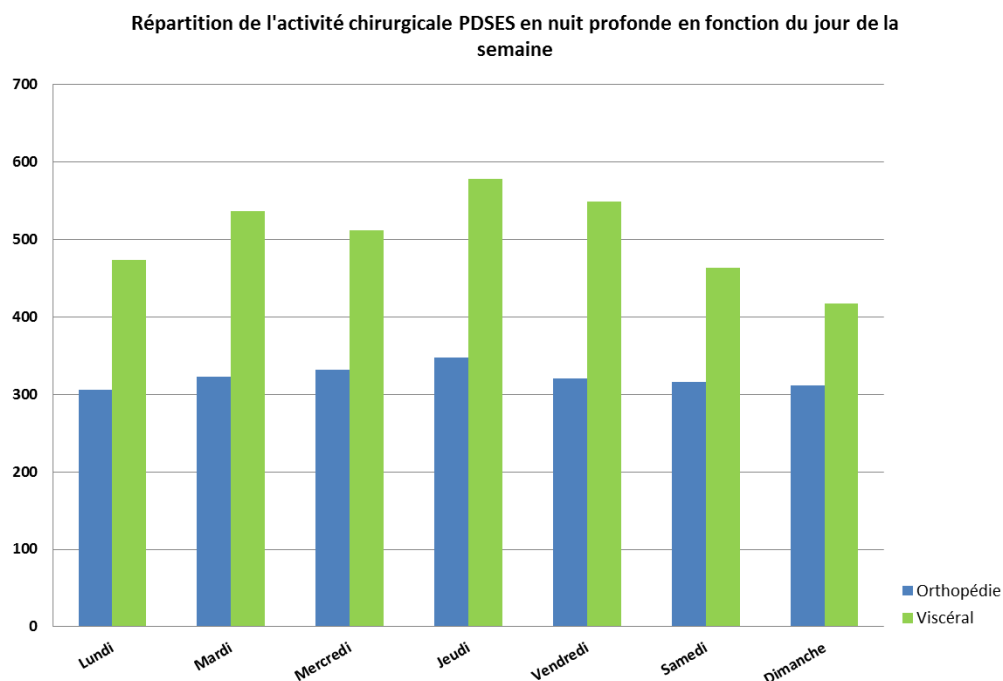
3.1.3.2. La répartition mensuelle et hebdomadaire

Entre février 2012 et janvier 2013, 6374 interventions ont été réalisées en nuit profonde. La donnée mensuelle d'activité était disponible pour la totalité des établissements. L'activité diminue fortement durant les mois de juillet, août et septembre 2012 (graphique n°12) pour arriver à 11,8 interventions par nuit profonde dans la région en août.



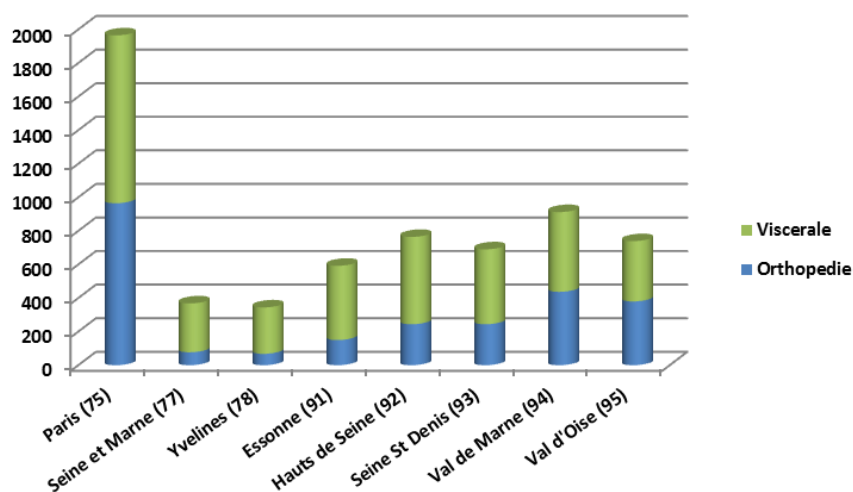
Graphique n° 12

La donnée « date d'intervention » était disponible pour 4340 interventions (68 %). L'activité PDSES en nuit profonde est plus soutenue en milieu de semaine (graphique n°13).



Graphique n° 13

3.1.3.3. La répartition territoriale



Graphique n° 14 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale en NP (février 2012 à janvier 2013)

Paris est le département où l'activité chirurgicale en nuit profonde est la plus importante (30,8 % de l'activité). Viennent ensuite le Val de Marne (14,3%), les Hauts de Seine (12,0%) et le Val d'Oise (11,6%).

	Nb d'interventions	Part (%)	Nb d'interventions par nuit profonde / 100000 habitants	Nb d'interventions par nuit profonde et par établissement
Paris (75)	1965	30,8	0,24	0,90
Seine et Marne (77)	368	5,8	0,08	0,50
Yvelines (78)	344	5,4	0,07	0,24
Essonne (91)	592	9,3	0,13	0,54
Hauts de Seine (92)	764	12,0	0,13	0,42
Seine St Denis (93)	690	10,8	0,12	0,63
Val de Marne (94)	912	14,3	0,19	0,62
Val d'Oise (95)	739	11,6	0,17	0,67

Tableau 13 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale en NP (fév. 2012 à janv. 2013)

	Nb d'interventions en Orthopédie	Part (%)	Nb d'interventions par nuit profonde / 100000 habitants	Nb d'interventions par nuit profonde et par établissement
Paris (75)	965	37,6	0,12	0,44
Seine et Marne (77)	77	3,0	0,02	0,11
Yvelines (78)	68	2,7	0,01	0,05
Essonne (91)	150	5,8	0,03	0,14
Hauts de Seine (92)	244	9,5	0,04	0,13
Seine St Denis (93)	244	9,5	0,04	0,22
Val de Marne (94)	437	17,0	0,09	0,30
Val d'Oise (95)	380	14,8	0,09	0,35

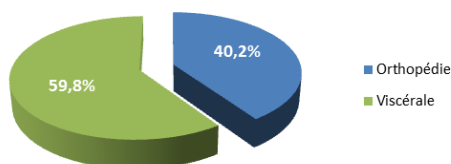
Tableau 14 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale en orthopédie en NP (fév. 2012 à janv. 2013)

	Nb d'intervention en Viscérale	Part (%)	Nb d'interventions par nuit profonde / 100000 habitants	Nb d'interventions par nuit profonde et par établissement
Paris (75)	1000	26,2	0,12	0,46
Seine et Marne (77)	291	7,6	0,06	0,40
Yvelines (78)	276	7,2	0,05	0,19
Essonne (91)	442	11,6	0,10	0,40
Hauts de Seine (92)	520	13,7	0,09	0,28
Seine St Denis (93)	446	11,7	0,08	0,41
Val de Marne (94)	475	12,5	0,10	0,33
Val d'Oise (95)	359	9,4	0,08	0,33

Tableau 15 : répartition territoriale de l'activité chirurgicale en viscérale en NP (fév. 2012 à janv. 2013)

3.1.3.4. La répartition par spécialité

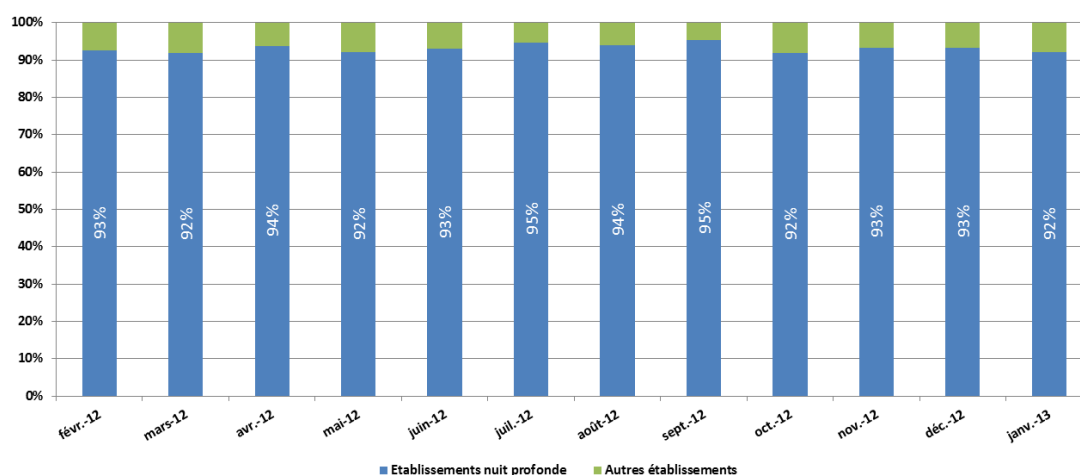
En nuit profonde, les interventions de chirurgie viscérale sont plus nombreuses (graphique n°14).



Graphique n° 15 : répartition par spécialité des interventions chirurgicales PDES en NP en Ile de France (février 2012 à janvier 2013)

3.1.3.5. La répartition entre types d'établissements

L'activité chirurgicale de nuit profonde est assurée par les établissements qui assument la MSP PDES de nuit profonde (graphique n°16). Néanmoins, 5 à 8% de l'activité en nuit profonde est réalisée par des établissements de 1^{ère} partie de nuit. Ce phénomène a persisté tout au long de la période d'évaluation et représente 439 interventions (348 en chirurgie viscérale et 91 en orthopédie).

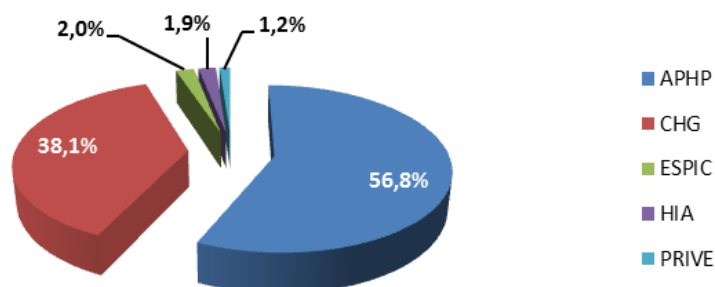


Graphique n° 16 : répartition de l'activité chirurgicale PDES en nuit profonde

3.1.3.6. La répartition par statut d'établissements

Les établissements de l'AP-HP et les CHG assurent la quasi-totalité de l'activité en nuit profonde toutes spécialités confondues (graphique n°17). Lorsque l'on considère l'orthopédie en nuit profonde, celle-ci est assurée par les établissements de l'AP-HP

dans 65% des cas (31,7 % par les CHG) alors que la différence est moins nette pour la chirurgie viscérale et digestive (AP-HP : 51,2% / CHG : 42,4%).

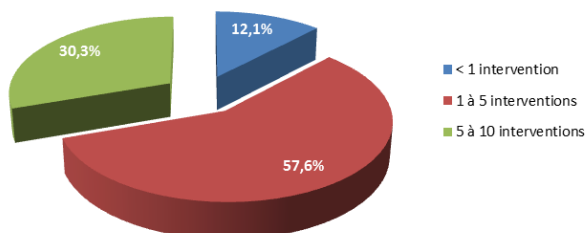


Graphique n° 17 : Répartition de l'activité chirurgicale PDESES Nuit profonde en Ile de France (février 2012 à janvier 2013)

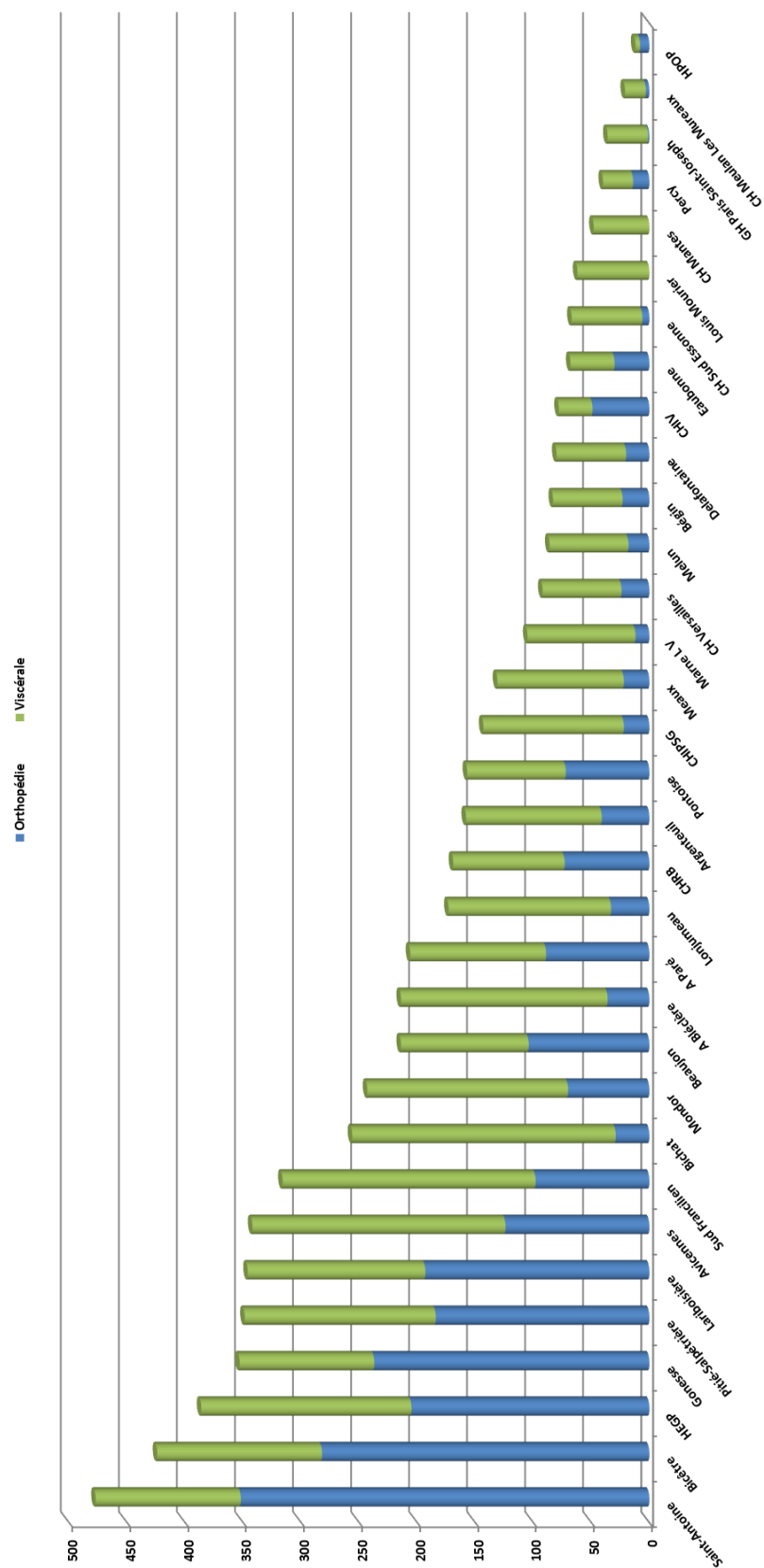
3.1.3.7. La répartition par établissements

Un groupe de 4 établissements (HIA Percy - GH Paris Saint-Joseph - CH Meulan Les Mureaux et l'Hôpital Privé de l'Ouest Parisien) réalisent moins d'une intervention par semaine dans cette tranche horaire (graphique n°17). A noter que l'activité des établissements fonctionnant en alternance a été prise en compte.

L'activité de chaque établissement assurant la MSP PDESES en nuit profonde est illustrée sur le graphique n°19.



Graphique n° 18 : répartition des établissements en fonction du nombre d'interventions en nuit profonde par semaine

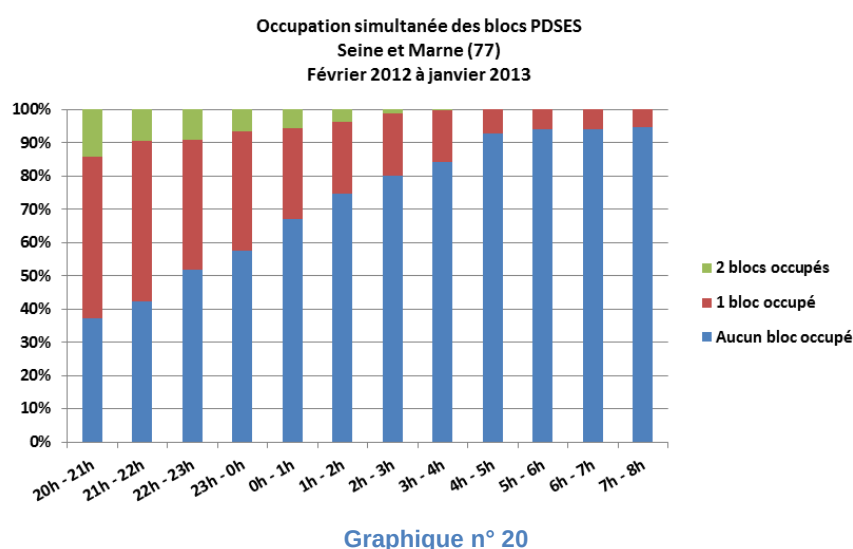


Graphique n° 19 : nombre d'interventions en nuit profonde par établissements (fév. 2012 à janv. 2013)

3.1.3.8. L'occupation simultanée des équipes PDSES

A partir des horaires de début et de fin des interventions chirurgicales dans les établissements assurant la MSP PDSES en nuit profonde, une évaluation de l'occupation simultanée des équipes chirurgicales PDSES au sein d'un territoire a été réalisée. Il a été considéré que la présence d'un seul bloc opérationnel (soit une seule équipe d'anesthésie) en nuit profonde au sein d'un établissement était la situation la plus fréquente. Cette approche était confortée par les données d'activité qui ne recensaient que de très rares interventions simultanées sur un même site. L'analyse de l'occupation simultanée des équipes PDSES n'a pu être effectuée dans 2 départements (Paris et les Hauts de Seine) du fait de l'absence d'exhaustivité des données.

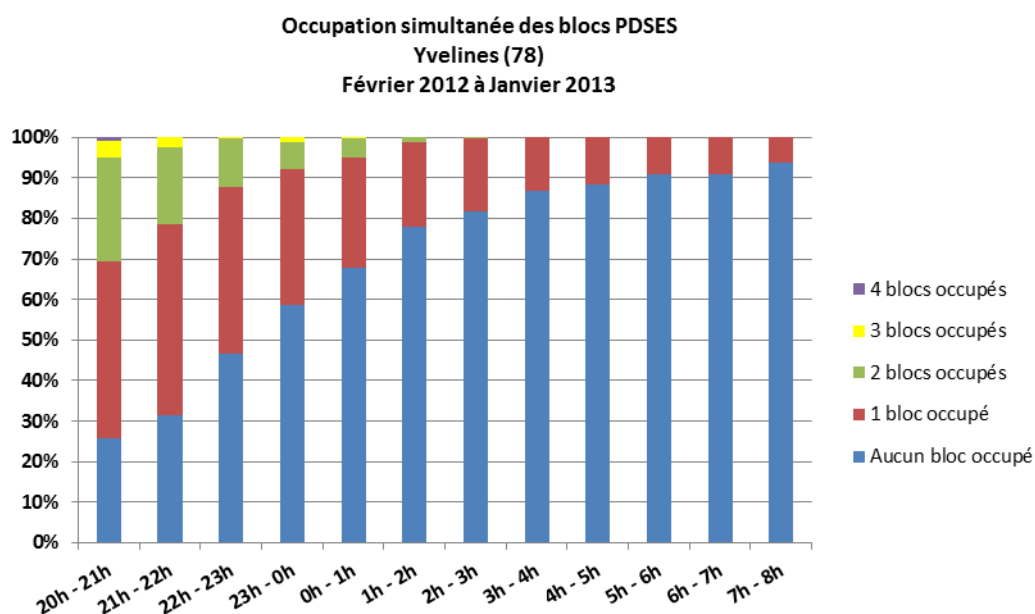
3.1.3.8.1. La Seine et Marne (77)



En Seine et Marne, le pourcentage de temps d'occupation simultanée des deux blocs PDSES (Nord 77 et Sud 77) n'est pas négligeable notamment autour de 22h30 (10% du temps) jusqu'à 2h du matin (graphique n°20).

3.1.3.8.2. Les Yvelines (78)

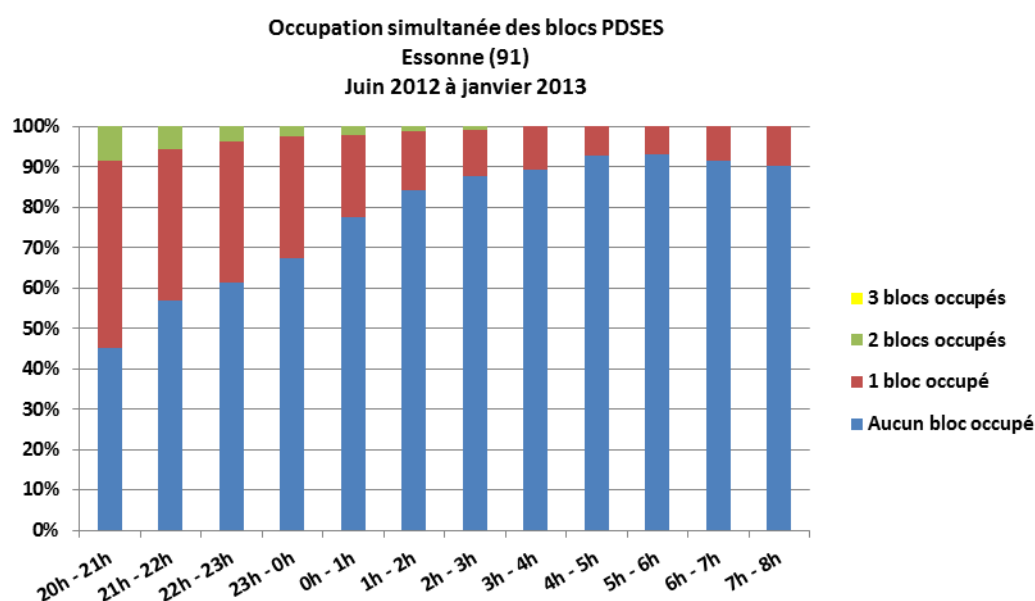
Dans les Yvelines, 5 établissements assurent la MSP PDSES en nuit profonde dont deux en alternance (Mantes – Meulan les Mureaux), soit 4 blocs PDSES par nuit. Durant cette période, les 4 blocs ne sont jamais occupés de façon simultanée (graphique n°21). A partir de 22h, l'occupation simultanée de 3 blocs dans le territoire est peu fréquente. Ainsi, si l'on considère ce seul critère, la réduction du nombre de sites assurant la MSP PDSES en orthopédie et viscérale en nuit profonde pourrait être envisagée.



Graphique n° 21

3.1.3.8.3. L'Essonne (91)

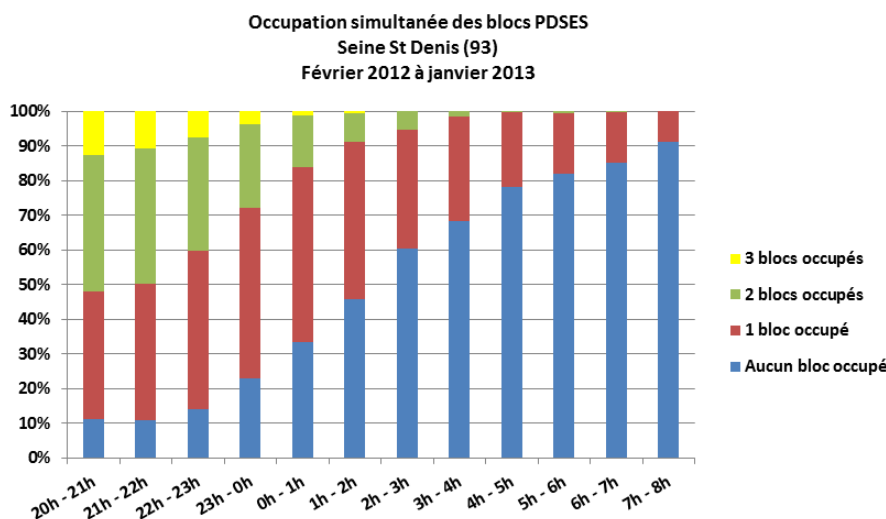
Dans l'Essonne, 3 établissements assurent la MSP PDSES en nuit profonde. Les 3 blocs PDSES n'ont jamais été occupés simultanément durant la période d'étude (graphique n°22). Ainsi, si l'on considère ce seul critère, la réduction du nombre de sites assurant la MSP PDSES en orthopédie et viscérale en nuit profonde pourrait être envisagée dans ce département. Néanmoins dans cette éventualité, le contexte géographique doit être pris en compte.



Graphique n° 22

3.1.3.8.4. La Seine St Denis (93)

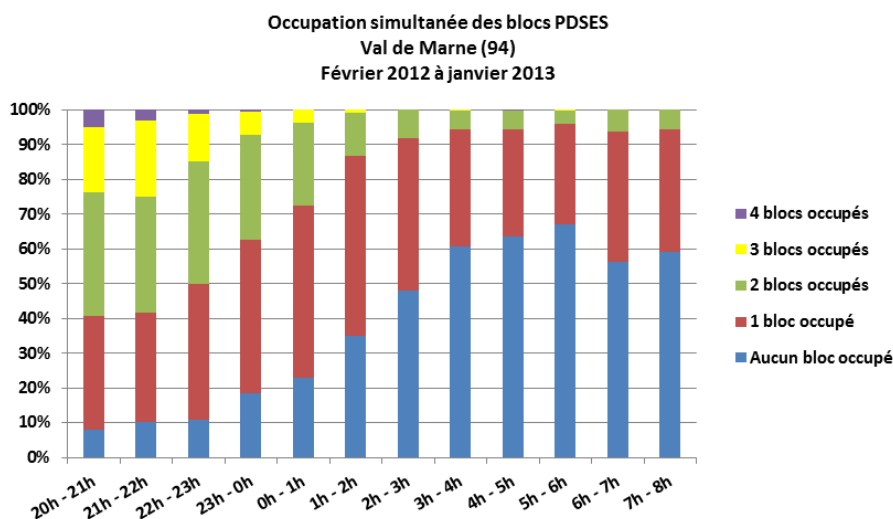
En Seine St Denis, 3 établissements assurent la MSP PDSES en nuit profonde. L'occupation simultanée des 3 blocs en nuit profonde n'est pas négligeable notamment durant la période 22h30 – 0h00 (près de 10% du temps). Une diminution du nombre de sites semble difficile dans ce territoire (graphique n°23).



Graphique n° 23

3.1.3.8.5. Le Val de Marne (94)

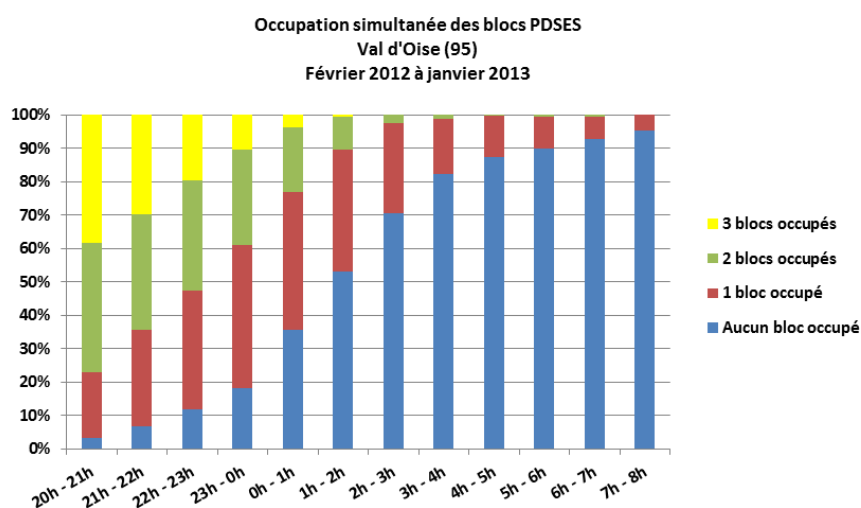
Dans le Val de Marne, 4 établissements assurent la MSP PDSES en nuit profonde. L'activité simultanée dans les 4 blocs PDSES du territoire est très faible aux alentours de 22h30 mais l'activité soutenue du territoire ainsi que le taux de dépassement de l'activité de 1^{ère} partie de nuit doivent être pris en compte dans l'éventualité d'une diminution du nombre de sites en nuit profonde (graphique n°24).



Graphique n° 24

3.1.3.8.6. Le Val d'Oise (95)

Dans le Val d'Oise, 4 établissements assurent la MSP PDSES en nuit profonde dont deux en alternance (Argenteuil – Eaubonne) soit 3 blocs PDSES chaque nuit. L'occupation simultanée de tous les blocs PDSES à partir de 22h30 est un phénomène fréquent (graphique n°25). Sur ce seul critère, il ne semble pas raisonnable de diminuer le nombre de sites assurant la MSP PDSES en nuit profonde.



Graphique n° 25

3.1.3.9. La description des actes chirurgicaux en nuit profonde

3.1.3.9.1. L'exhaustivité des données

L'analyse des actes CCAM en nuit profonde ne fut pas exhaustive dans tous les territoires surtout dans Paris intra-muros du fait du manque de précision dans les données transmises notamment par les établissements de l'AP-HP (tableau n°16 et 17). Néanmoins, lorsque la donnée était disponible au niveau d'un établissement, celle-ci était le plus souvent exhaustive. Ainsi, les données disponibles (3981 interventions) décrivent l'activité réalisée dans 47 établissements d'Ile de France dont une majorité assurant la MSP PDSES en nuit profonde (n = 27 avec 3698 interventions). Il faut noter que l'analyse n'a porté que sur l'acte CCAM chirurgical principal (exclusion de l'acte anesthésique par exemple).

Les établissements dont les données CCAM ne sont pas disponibles ou incomplètes sont listés dans le tableau n°17.

	Ile de France	Paris	Petite et grande couronne
Nb d'interventions en NP	6374	1965	4409
Nb d'interventions avec codification CCAM	3981	668	3313
Taux d'exhaustivité CCAM	62,5%	34,0%	75,1%

Tableau 16 : exhaustivité des données CCAM

Etablissements	Donnée "jour"	Donnée "heure"	Donnée "CCAM ou CIM 10"
Hôpital de la Pitié Salpêtrière	x	x	X
Hôpital Beaujon	x	x	X
Hôpital Bichat Claude Bernard	x	x	X
Hôpital Lariboisière	x	x	X
Hôpital Cochin	x	x	X
Hôpital Saint Louis	x	x	X
Hôpital Tenon	x	x	X
HIA Percy			X

Tableau 17 : établissements avec la totalité de la donnée manquante

Les données manquantes des établissements mentionnés dans le tableau n°17 ont limité l'analyse du dispositif PDSES notamment à Paris.

3.1.3.9.2. Les durées d'intervention

Sur les 3981 actes analysés, la durée moyenne d'intervention de chirurgie viscérale était de 2 heures et 27 minutes (max : 4h30 / min : 4 min). Pour la chirurgie orthopédique, elle était de 1 heure et 53 minutes (max : 5h20 / min : 7 min).

3.1.3.9.3. Les typologies des interventions en chirurgie viscérale

Entre le 1^{er} février 2012 et le 31 janvier 2013, 3809 interventions en chirurgie viscérale ont été réalisées (figure n°2). Sur les 2324 interventions possédant un code CCAM analysable, seules 2126 interventions concernaient la chirurgie viscérale (exclusion faite des interventions à visée urologique, gynécologique,...).

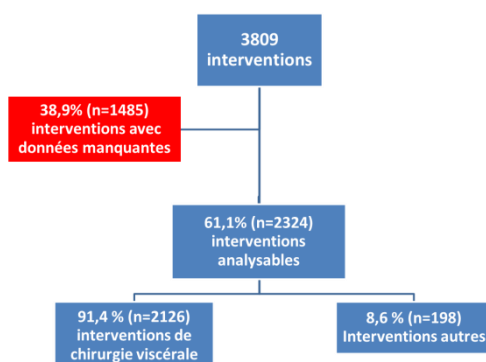
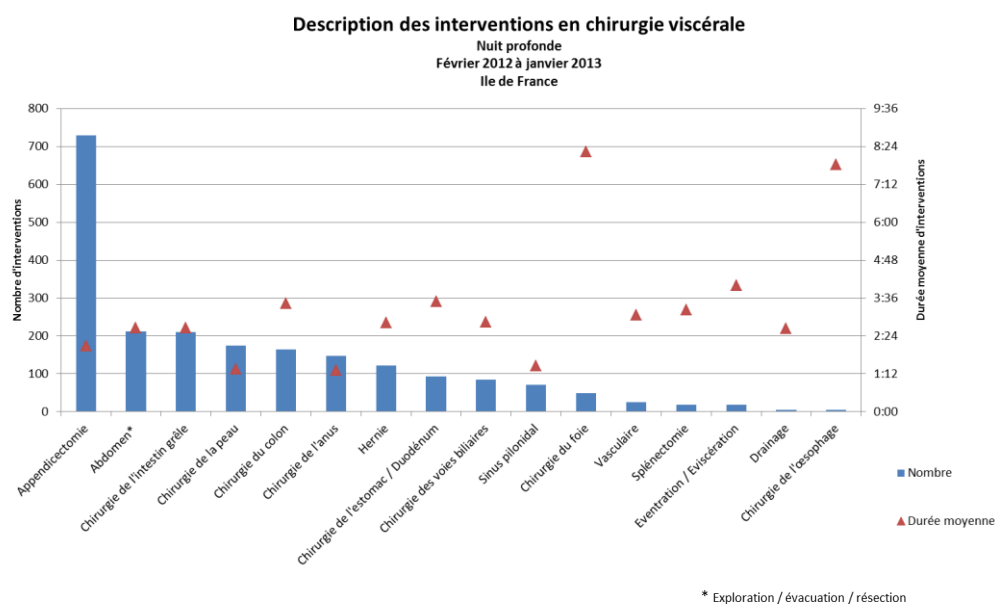


Figure 2 : étude des interventions en chirurgie viscérales

L'appendicectomie était l'acte le plus souvent réalisé en nuit profonde (n=730) dont la plupart par coelioscopie (69%) (graphique n°26). Le détail des actes CCAM en chirurgie viscérale est disponible en annexe n°4.



Graphique n° 26 : principaux actes réalisés en chirurgie viscérale en nuit profonde

3.1.3.9.4. Les typologies des interventions en chirurgie orthopédie

Entre le 1er février 2012 et le 31 janvier 2013, 2565 interventions en chirurgie orthopédique ont été réalisées. Sur les 1627 interventions possédant un code CCAM analysable, 1472 interventions concernaient la chirurgie orthopédique (exclusion faite des interventions à visées vasculaire, maxillo-faciale,...).

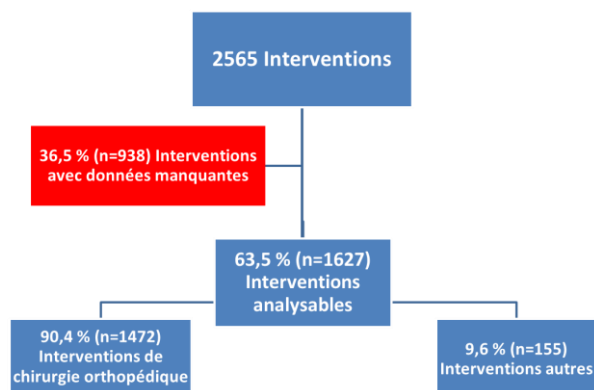
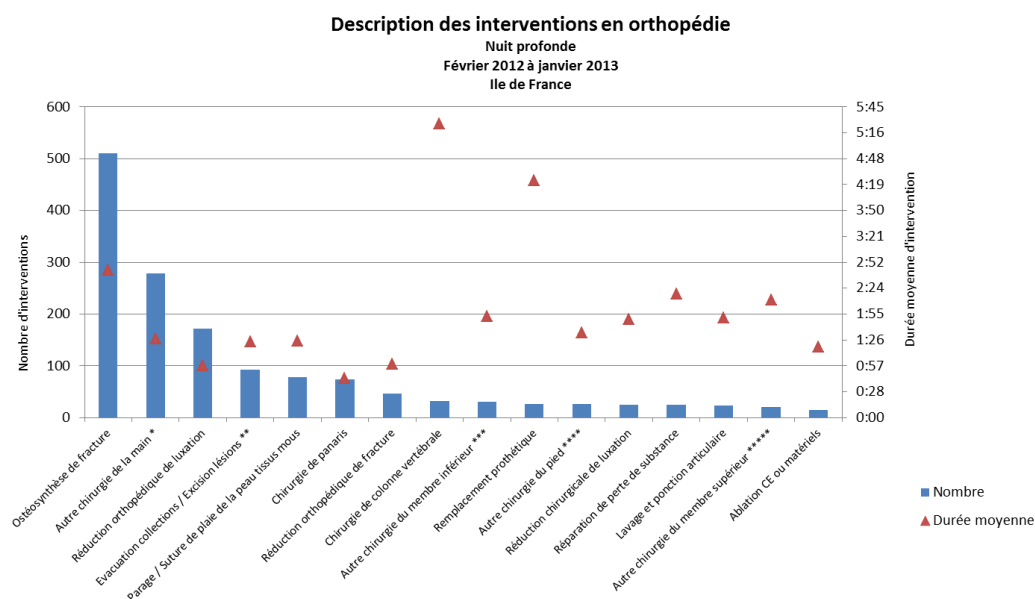


Figure 3 : étude des interventions en chirurgie orthopédique

L'ostéosynthèse de fracture était l'acte le plus souvent réalisé en nuit profonde (n=525) (graphique n°27). Le détail des actes CCAM en chirurgie orthopédique est disponible en annexe n°5.



Graphique n° 27 : principaux actes en chirurgie orthopédique en nuit profonde

* Autre que réduction de luxation ou ostéosynthèse
 ** Infectieuses ou traumatique
 *** Autre que chirurgie du pied, réduction de luxation ou ostéosynthèse
 **** Autre que réduction de luxation ou ostéosynthèse
 ***** Autre que réduction de luxation ou ostéosynthèse

3.1.3.10. Les transferts dans le cadre de la PDSES

L'étude de l'impact de la réorganisation sur le nombre de transferts entre établissements dans le cadre de la PDSES était un objectif de l'évaluation du dispositif mis en place. Du fait du manque d'exhaustivité des données, cette évaluation n'a pas été possible. Les seules données exploitables sont celles de la Seine et Marne entre février 2012 et septembre 2013. Durant cette période, 50 transferts dont 74 % (n=37) ont été réalisés d'un établissement vers un site assurant la MSP de PDSES, soit 1,5 transfert la nuit par semaine (de 18h30 à 8h30) soit 3% de l'activité PDSES dans le territoire. Les transferts étaient assurés quasi exclusivement (n=49) par des transporteurs privés. Le délai moyen entre la demande et l'arrivée du transporteur était de 96 minutes (médiane = 99 minutes). Un seul transfert a été réalisé par SMUR avec un délai de 180 minutes.

POINTS ESSENTIELS : Nuit profonde

- L'activité chirurgicale en nuit profonde est inférieure aux prévisions de 2010 avec en moyenne 18 interventions par nuit en Ile de France pour les deux spécialités étudiées. Cette activité est plus faible de juillet à septembre (en diminuant à 11,8 interventions par nuit profonde en août).
- 5 à 8 % de l'activité est réalisée par des établissements n'assurant pas la MSP PDESES en nuit profonde.
- 12% des établissements assurant la MSP PDESES en nuit profonde réalisent moins d'une intervention par semaine durant cette tranche horaire (pour les deux spécialités étudiées.).
- Le manque d'exhaustivité des données notamment dans les départements des Hauts de Seine (92) et de Paris (75) a limité l'évaluation du dispositif PDESES en nuit profonde.
- Une approche opérationnelle par l'analyse de l'occupation simultanée des blocs au niveau d'un territoire semble être un critère pertinent pour évaluer le bon dimensionnement du dispositif.
- En ne considérant que les données d'activité, une diminution du nombre de sites PDESES en nuit profonde semble envisageable.
- Les transferts inter hospitaliers induits par la mise en place de la nouvelle organisation n'ont pu être quantifiés.

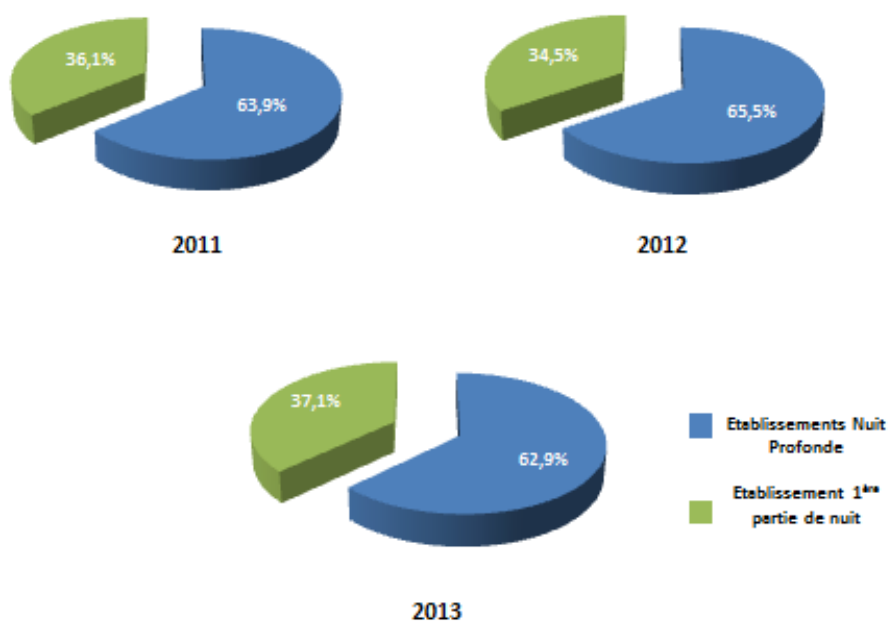
3.2. Les effets sur l'attractivité des établissements

3.2.1 Les effets sur l'attractivité chirurgicale

3.2.1.1. L'attractivité en chirurgie viscérale et digestive

3.2.1.1.1. Les séjours chirurgicaux avec passage par les urgences

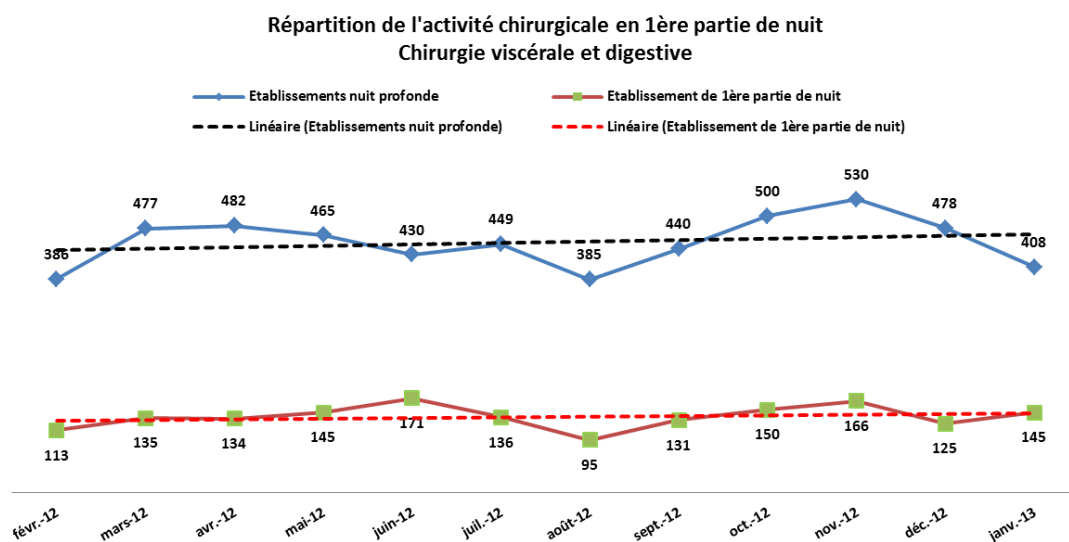
Le volume de séjours chirurgicaux (GHM D01) a été suivi sur trois années successives en distinguant les établissements assurant la MSP PDES en 1^{ère} partie de nuit et ceux de nuit profonde afin de d'apprécier l'impact de la réorganisation sur le recrutement des structures. Entre 2011 et 2013, il n'y a pas eu de tendance significative de transfert d'activité d'un type de site vers l'autre (graphique n°28).



Graphique n° 28 : Répartition des séjours chirurgicaux GHM D01 avec passages par les urgences Ile de France (2011 – 2013)

3.2.1.1.2. L'activité chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit

Les établissements PDES de 1^{ère} partie de nuit semblent de ne pas avoir perdu d'activité chirurgicale PDES en chirurgie viscérale sur la période étudiée (graphique n°29).

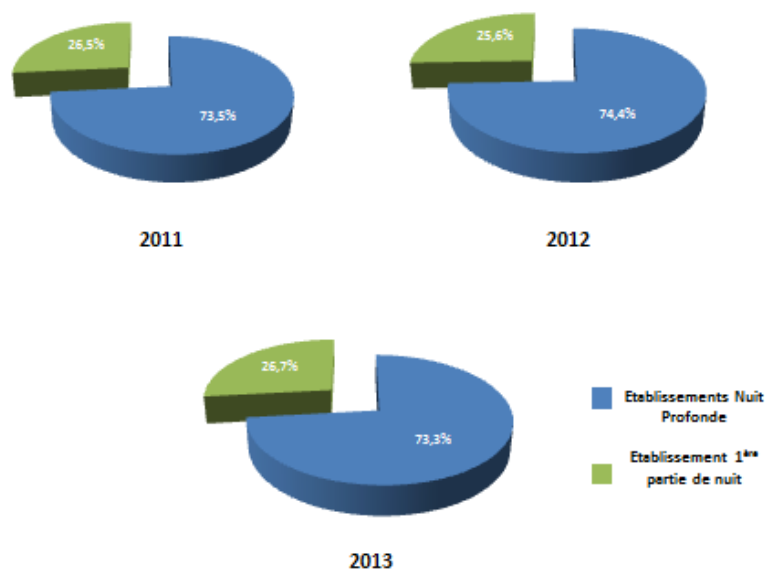


Graphique n° 29

3.2.1.2. L'attractivité en chirurgie orthopédique et traumatologique

3.2.1.2.1. Les séjours chirurgicaux avec passage par les urgences

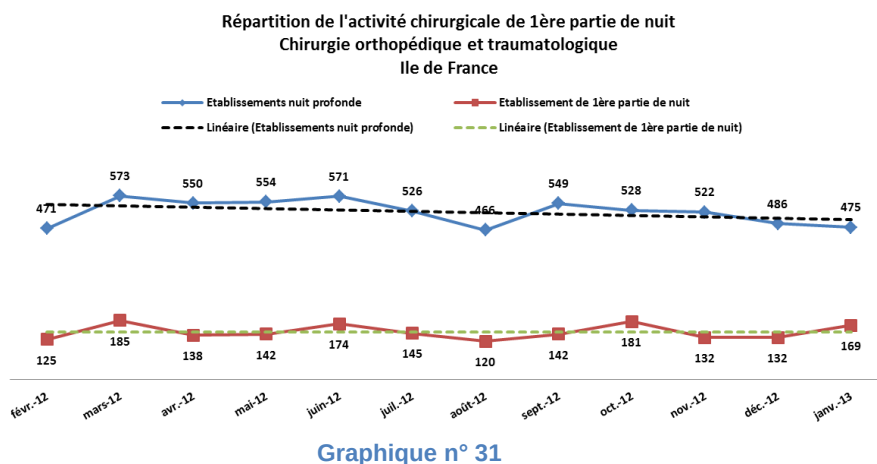
Le volume de séjours chirurgicaux (GHM D02) a été suivi sur trois années successives en distinguant les établissements assurant la MSP PDES en 1^{ère} partie de nuit et ceux de nuit profonde afin de s'assurer de l'absence d'impact de la réorganisation sur le recrutement des structures pour l'orthopédie. Entre 2011 et 2013, il n'y a pas eu de tendance significative de transfert d'activité d'un type de site vers l'autre (graphique n°30).



Graphique n° 30 : Répartition des séjours chirurgicaux GHM D02 avec passage par les urgences Ile de France (2011 – 2013)

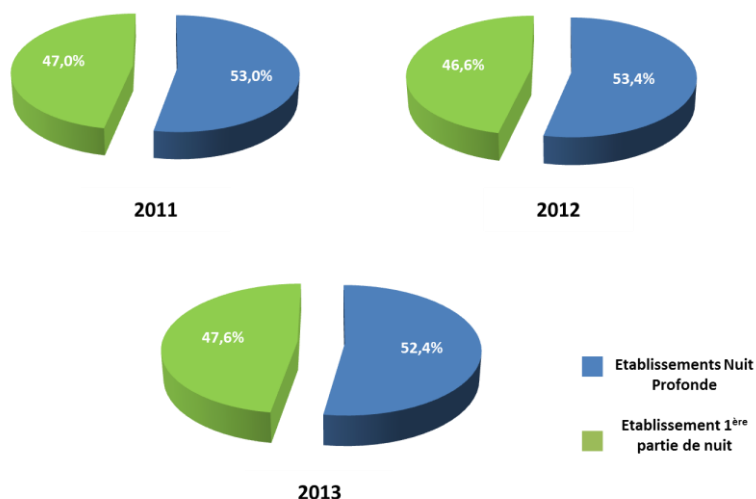
3.2.1.2.2. L'activité chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit

Les établissements PDSES de 1^{ère} partie de nuit semblent de ne pas avoir perdu d'activité chirurgicale PDSES en chirurgie orthopédique sur la période étudiée (graphique n°31).



3.2.1.3. L'attractivité globale en chirurgie

Le volume de séjours chirurgicaux (GHM D01 - GHM D02) (en intégrant toutes les provenances et la chirurgie ambulatoire) a été suivi sur trois années successives en distinguant les établissements assurant la MSP PDSES en 1^{ère} partie de nuit et ceux de nuit profonde. Il ne semble pas y avoir eu de modification d'activité globale en termes de séjours dans les deux types d'établissements (graphique n°32).

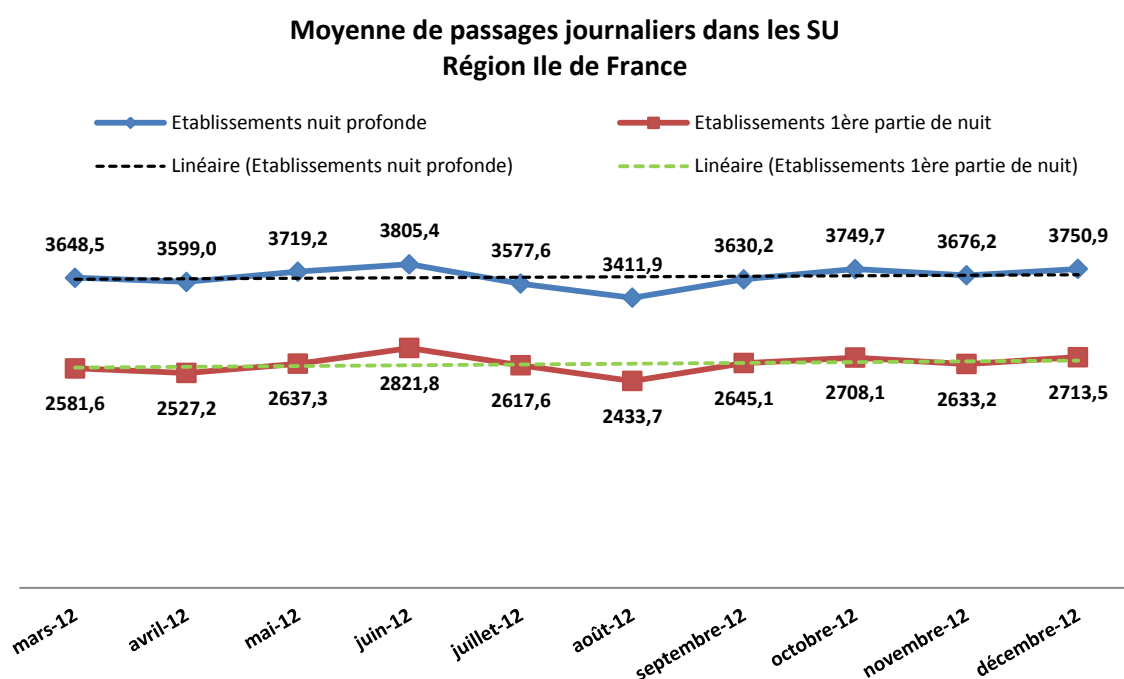


3.2.2. Les effets sur les flux dans les services d'urgences

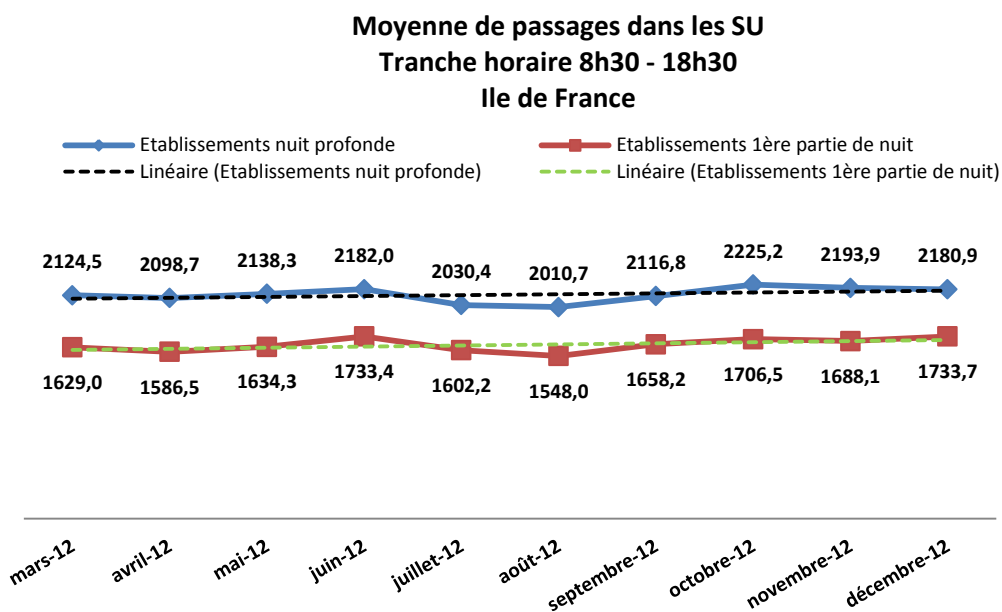
Le dispositif de suivi des flux dans les SU avait pour objectif d'évaluer l'impact de la réorganisation. Plus spécifiquement, cette évaluation devait apprécier l'effet de l'absence ou de la présence de la MSP PDSES en chirurgie viscérale et orthopédique en nuit profonde sur le flux de patients consultant dans les SU.

3.2.2.1. Les passages moyens journaliers

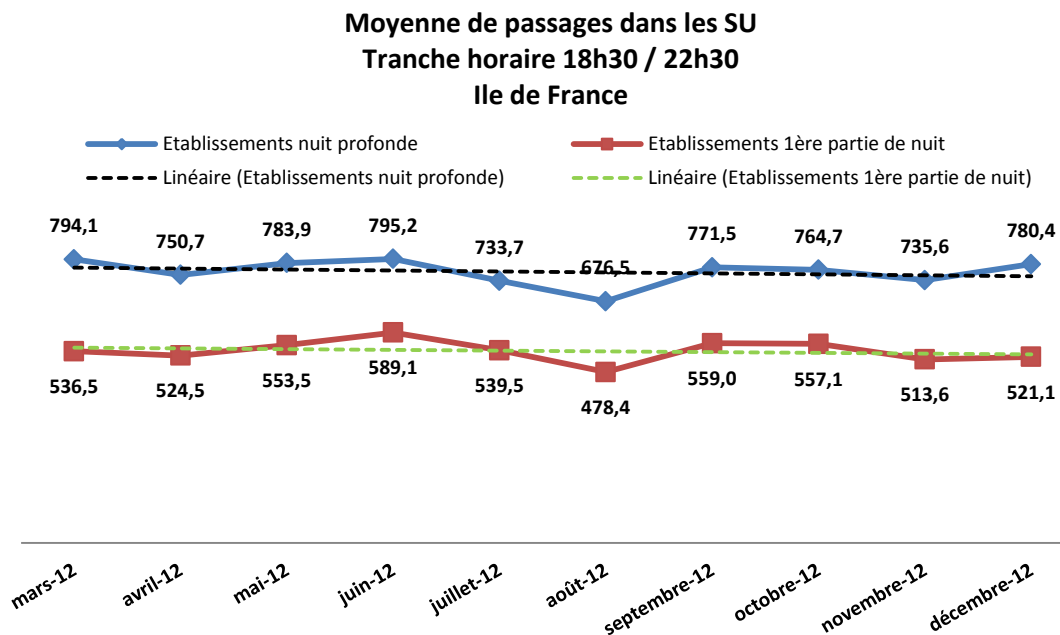
Afin d'avoir une analyse exhaustive et homogène à périmètre constant, le suivi n'a pu être effectué que de mars 2012 à décembre 2012. Il ne semble pas y avoir eu de modification sensible de la répartition des flux entre les sites de 1^{ère} partie de nuit et les sites de nuit profonde (graphique n°33). Cette constatation concerne toutes les tranches horaires analysées (graphique n°34 à 36).



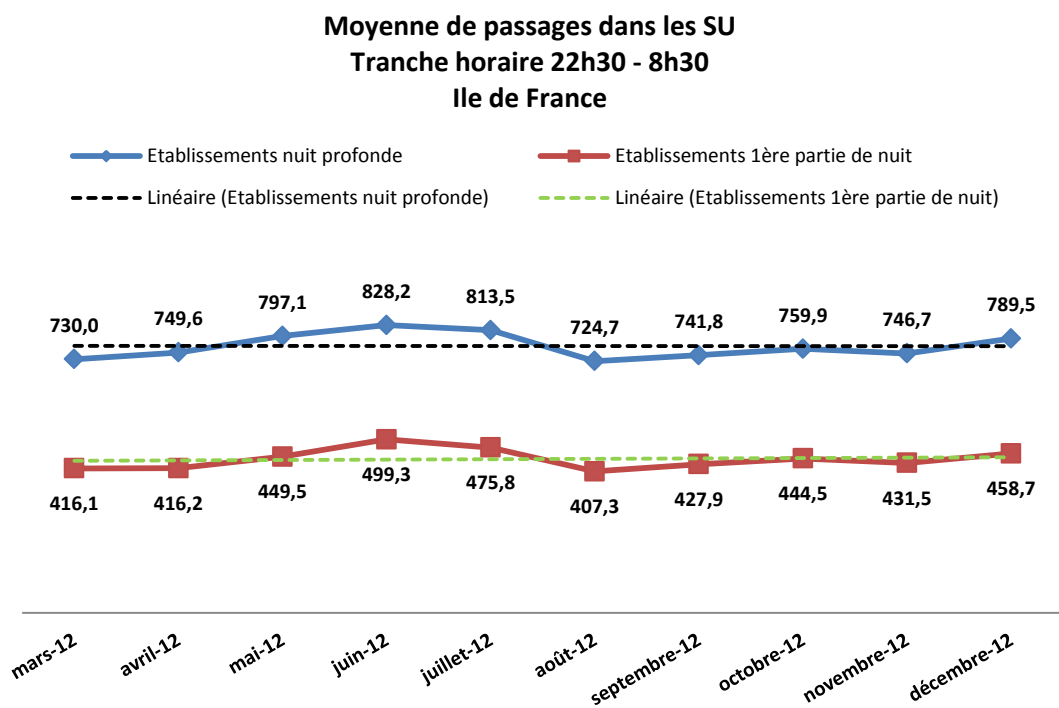
Graphique n° 33



Graphique n° 34



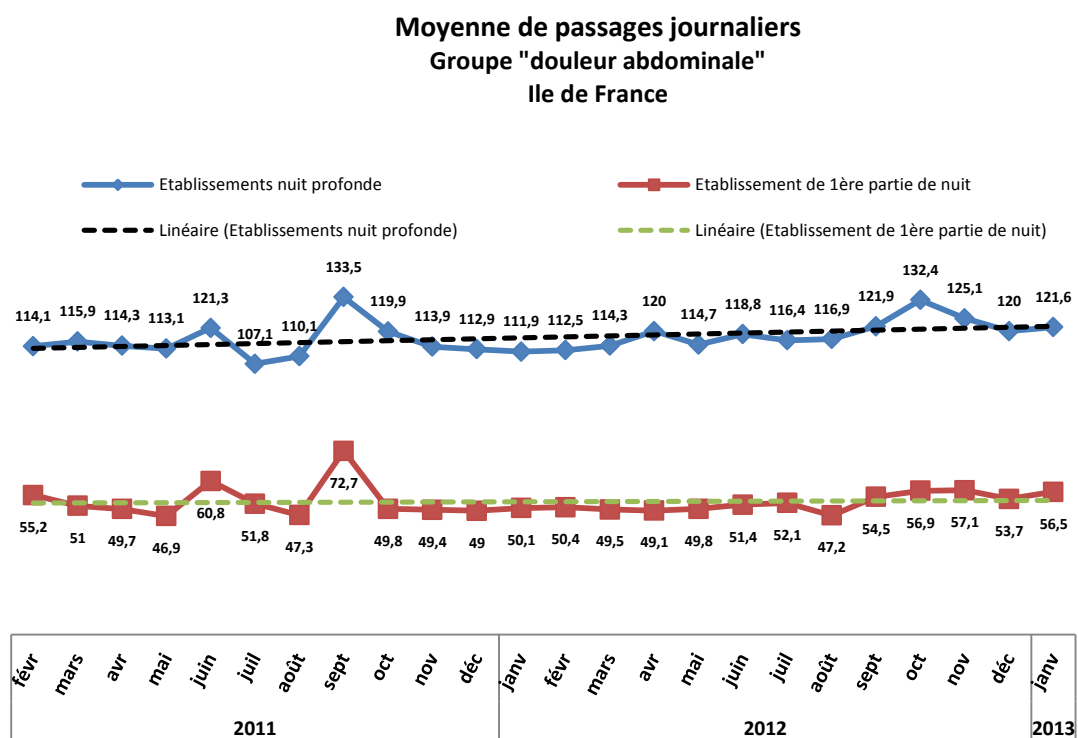
Graphique n° 35



Graphique n° 36

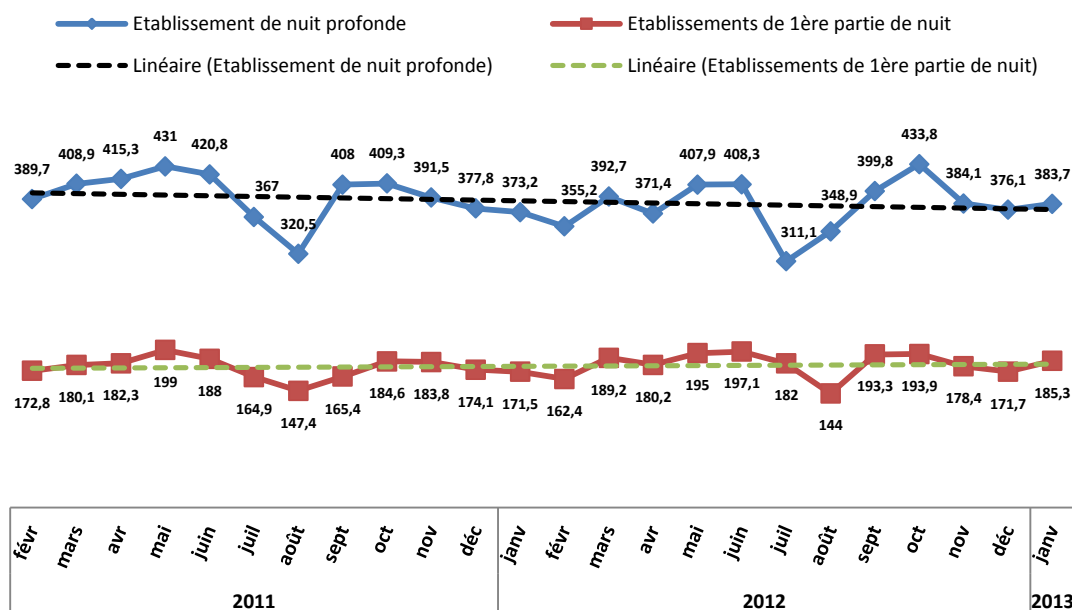
3.2.2.2. Les pathologies traceuses

Afin de suivre avec plus de précision les variations de flux induites par la réorganisation de passage dans les SU Franciliens, deux groupes de pathologies ont été individualisés : « douleur abdominale » afin de tracer une activité en lien avec la chirurgie viscérale et « traumatismes » pour l'activité de chirurgie orthopédique. Plusieurs sites ont été exclus de l'analyse soit par défaut de connexion à CERVEAU soit par un historique de données insuffisant (ou qualité de saisie insuffisante sur le diagnostic). L'analyse des moyennes de passages journaliers ne montre pas de transfert de flux évident entre les deux types de sites (graphique n°37 et 38).



Graphique n° 37

Moyenne de passages journaliers dans les SU Groupe "traumatisme" Ile de France



Graphique n° 38

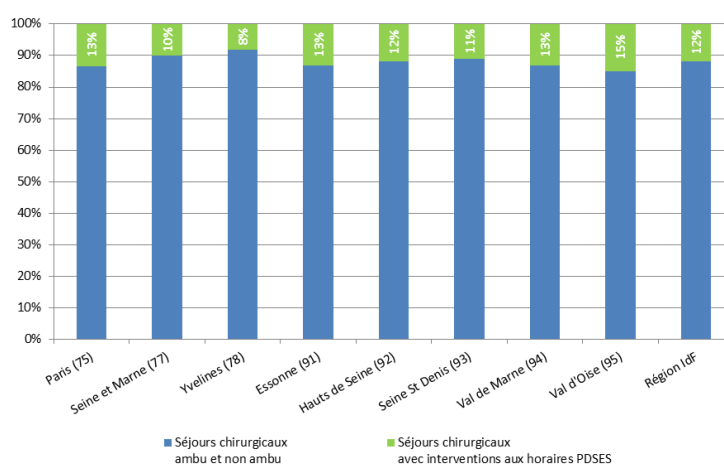
POINTS ESSENTIELS : les effets sur l'attractivité des établissements

- La réorganisation de la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale ne semble pas avoir eu d'impact sur l'attractivité des établissements en termes de séjours chirurgicaux dans ces spécialités.
- La réorganisation de la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale ne semble pas avoir eu d'impact sur l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES des établissements assurant la 1^{ère} partie de nuit.
- L'accueil des urgences en Ile de France ne semble pas avoir été modifié par le nouveau dispositif PDSES.

3.3. Les relations entre activité chirurgicale PDSES et non PDSES – activité des services d'urgences

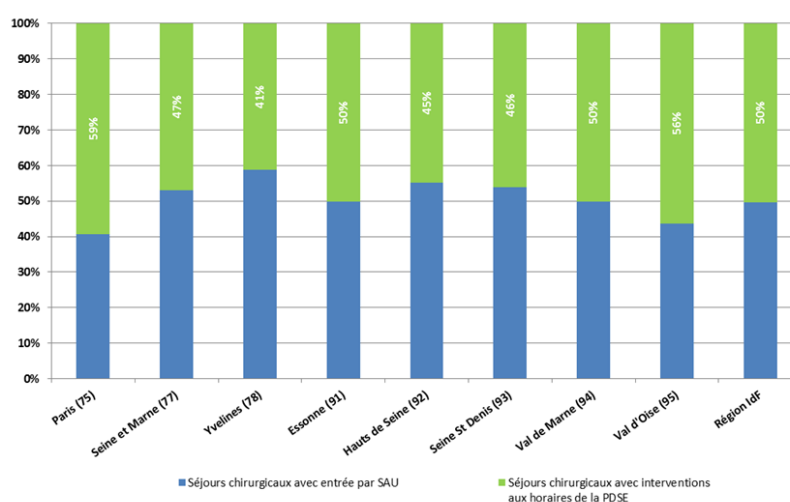
3.3.1. La relation activité chirurgicale PDSES et non PDSES

L'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES (18h30 – 8h30) a été rapprochée au nombre de séjours chirurgicaux (GHM D01 et D02 – ambulatoire et non ambulatoire) dans chaque territoire de février 2012 à janvier 2013. Les séjours chirurgicaux avec une intervention aux horaires de la PDSES représentent environ 12% de la totalité des séjours chirurgicaux en Ile de France (graphique n°39).



Graphique n° 39

Ensuite, l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES (18h30 – 8h30) a été rapprochée au nombre de séjours chirurgicaux avec entrée par les urgences (GHM D01 et D02 non ambulatoire) dans chaque territoire de février 2012 à janvier 2013. Les séjours chirurgicaux avec une intervention aux horaires de la PDSES représentent environ 50% de la totalité des séjours chirurgicaux avec entrée par les urgences en Ile de France (graphique n°40).



Graphique n° 40

3.3.2. La relation activité chirurgicale PDSES / activité des services d'urgences

L'étude d'une relation éventuelle entre l'activité d'un service d'urgence et l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES a été menée sur 12 mois (février 2012 à janvier 2013). Les données recueillies et analysées étaient :

- Le nombre annuel d'interventions aux horaires de la PDSES (18h30 – 8h30) par établissement. Ces données étaient issues des enquêtes d'activité menées par l'ARS.
- Le nombre annuel de passages adultes dans les SU de la région. Ces données étaient issues du CERVEAU.

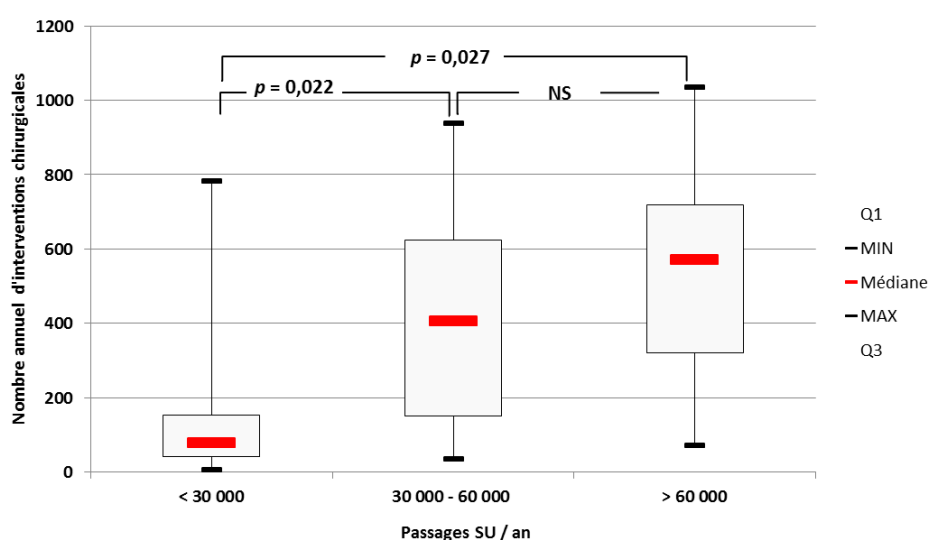
Les établissements n'ayant pas des données exhaustives (données chirurgicales PDSES et/ou absence de connexion à CERVEAU) ont été exclus de l'étude.

L'étude porte sur une cohorte régionale de 38 établissements assurant la MSP de PDSES (1^{ère} partie de nuit ou nuit profonde).

La comparaison des médianes a été réalisée par un test non paramétrique de Wilcoxon. Les résultats sont présentés en médiane [min; max].

L'étude de corrélation a été réalisée par un test de Spearman.

3.3.2.1. Le nombre médian d'interventions chirurgicales PDSES en fonction du volume de passages dans les SU (graphique n°41)

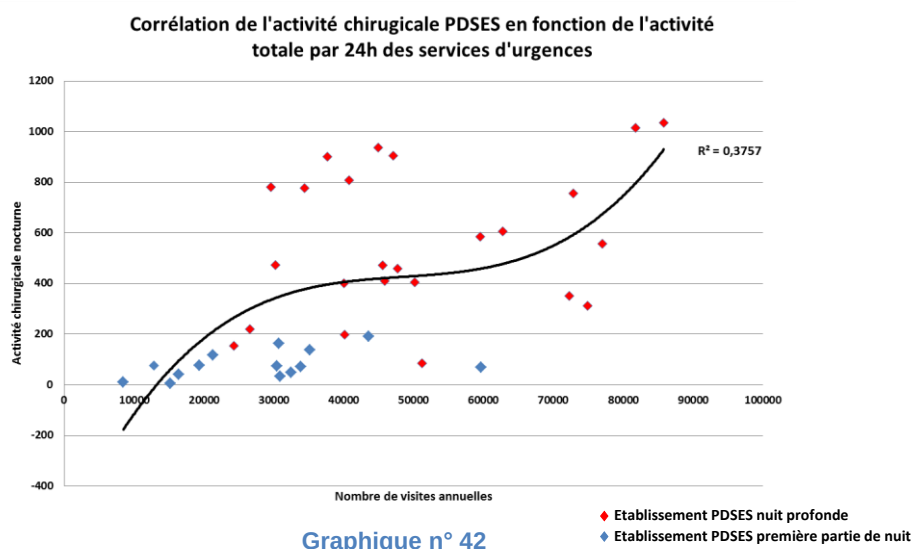


Graphique n° 41

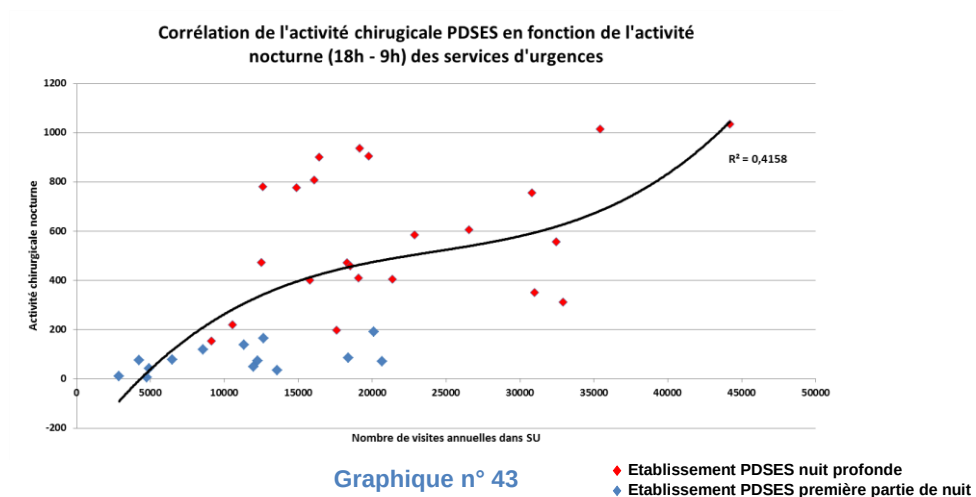
L'analyse globale des 3 groupes montre une différence significative ($p=0,032$). Le nombre médian d'interventions dans les établissements avec SU de moins de 30 000 passages (77 [5; 781]) est inférieure au nombre médian d'interventions dans ceux de 30 000 – 60 000 passages et dans ceux supérieurs à 60 000 passages : 405 [34; 937], $p=0,022$ et 571 [70; 1035], $p=0,027$, respectivement. Cette différence n'est pas significative entre ces deux derniers groupes.

3.3.2.2. L'étude de corrélation entre l'activité chirurgicale PDSES et les passages dans les SU

L'étude de la corrélation entre les passages dans les SU et l'activité chirurgicale PDSES a été réalisée par une régression polynomiale d'ordre 3 (graphique n°42). Il existe une corrélation significative ($p=0,01$; $R^2=0,3757$) entre l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES et l'activité des SU. Cette corrélation existe surtout pour les SU de « petite taille » (< 30 000 visites) et pour les SU de « grande taille » (> 60 000 visites). Cette relation est moins claire pour les sites de taille moyenne (30 000 – 60 000) témoignant sans doute des multiples facteurs générant l'activité PDSES (spécificité des sites, organisation des blocs par exemple).



La corrélation entre passages dans les SU aux horaires de la PDSES et l'activité chirurgicale PDSES a été étudiée par une régression polynomiale d'ordre 3 (graphique n°43). Il existe une corrélation significative ($p=0,01$; $R^2=0,4158$). Cette corrélation existe surtout pour les SU de petite taille (< 30 000 visites) et pour les SU de grande taille (> 60 000 visites). Cette relation est moins claire pour les sites de taille moyenne (30 000 – 60 000) témoignant sans doute d'une origine poly factorielle de l'activité PDSES (spécificité des sites, organisation des blocs par exemple).



POINTS ESSENTIELS : les relations entre activité chirurgicale PDSES et non PDSES – activité des services d'urgences

- L'activité chirurgicale PDSES représente 12 % de l'activité chirurgicale globale en MCO
- L'activité chirurgicale PDSES représente 50% de l'activité chirurgicale passant par les urgences
- Il existe une corrélation entre activité chirurgicale PDSES et nombre de passages aux urgences

3.4. Le respect du cahier des charges régional

3.4.1. Le registre des refus

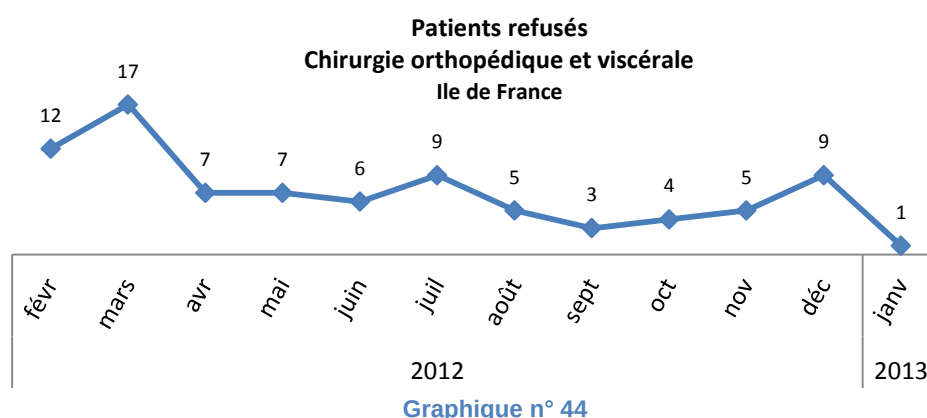
Cet outil a été un des éléments essentiels dans la démarche de réorganisation de la PDSES. Outil de réassurance et garantissant la sécurité du dispositif pour les différents professionnels lors de l'élaboration du cahier des charges régional, il constitue un élément important dans le suivi et l'évaluation de la réorganisation. En effet, il permet :

- le suivi du respect du cahier des charges régional (et notamment le « zéro refus »),
- le suivi d'un éventuel impact sur la prise en charge lié à un refus,
- une vision sur le dimensionnement du dispositif (notamment le motif « faute de place au bloc opératoire »).

Il faut noter que le registre de refus était ouvert de 18h30 à 8h30 chaque nuit. Ainsi, seul les refus de prise en charge en nuit profonde pouvaient être déclarés

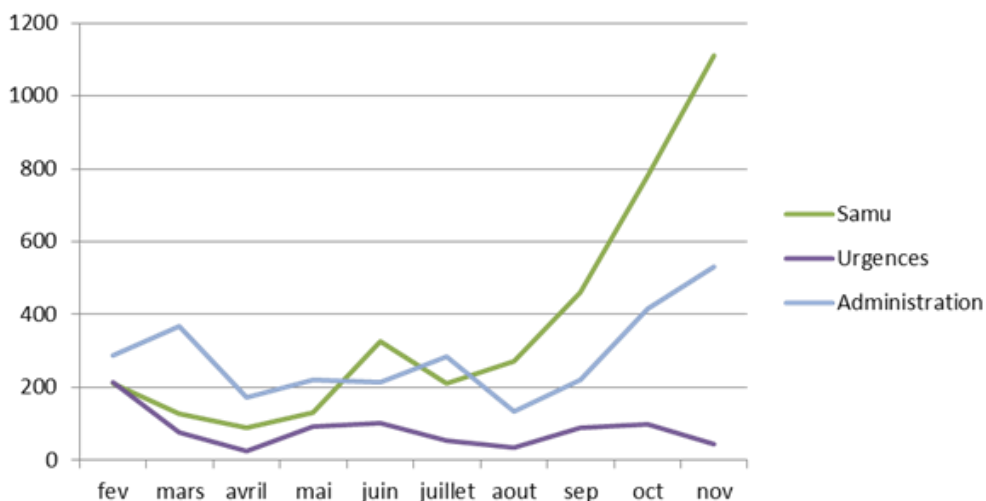
3.4.2. Les caractéristiques principales

Entre le 1^{er} février 2012 et le 1^{er} février 2013, 89 signalements de patients refusés en nuit profonde ont été notifiés dans le registre (graphique n°44) soit 0,24 refus par nuit profonde et 1,7 signalements par semaine en moyenne. La majorité des signalements (63,5%) était liée à une pathologie orthopédique contre 36,5% en chirurgie viscérale. L'âge moyen des patients en orthopédie et en chirurgie viscérale était respectivement de 46,5 et 52,3 ans. Le nombre de refus par patient était en moyenne de 1,6. Ainsi, après un refus, le patient était accepté par un autre établissement pour sa prise en charge dans 60 % des cas. Néanmoins, certains patients ont été refusés par plusieurs établissements successifs (max = 13). La plupart des signalements ont été effectués par les services d'urgences (61,3%) versus 38,7% par les régulations médicales du SAMU.



Plusieurs facteurs peuvent expliquer le faible nombre de signalements de refus au niveau régional :

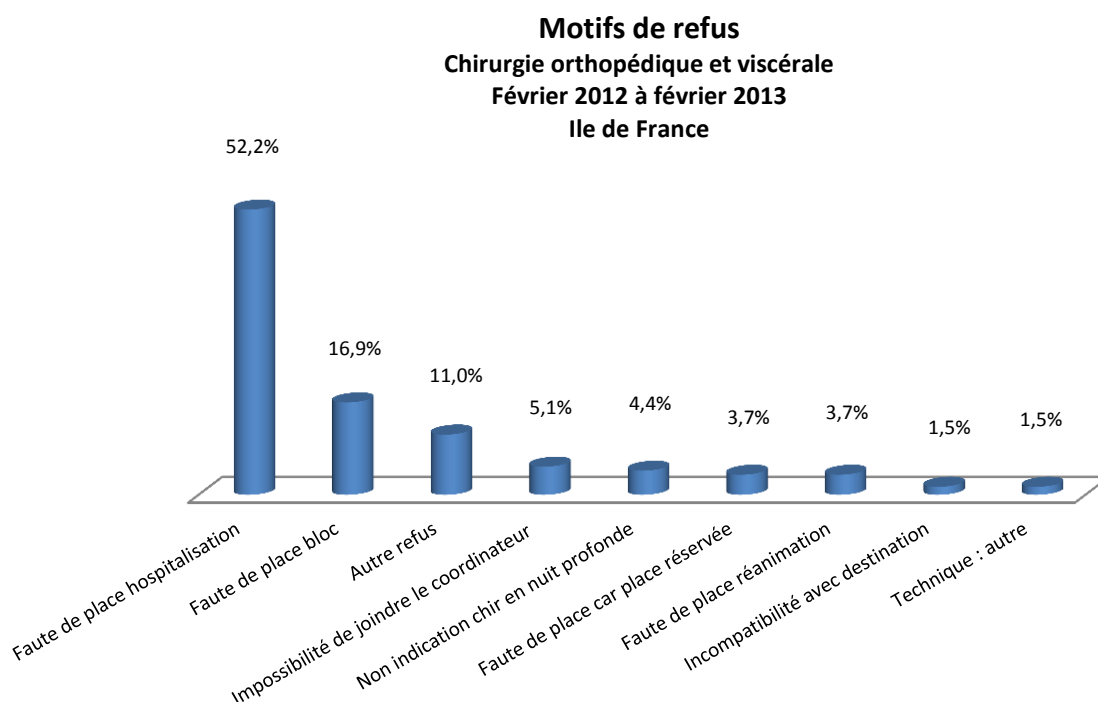
- « Peu de refus car peu de patients à opérer » : le faible nombre de refus est probablement lié à un niveau d'activité faible en nuit profonde.
- « Peu de refus car la réorganisation fonctionne » : le faible nombre de refus signalé par les régulations médicales du SAMU témoigne probablement d'un bon fonctionnement de la nouvelle réorganisation lors des horaires de la PDSES. Les difficultés d'adressage par les SAMU des patients vers les sites identifiés « nuit profonde » semblent diminuer. Cet élément a été corroboré par les retours d'expérience des SAMU lors des différentes commissions territoriales PDSES. Ainsi, les patients sont adressés dans les sites adaptés dès la prise en charge pré-hospitalière, évitant ainsi des transferts secondaires.
- « Peu de refus car il y a une sous-utilisation du registre des refus par les professionnels de santé » : le niveau de signalement ne témoignerait pas de la réalité, les professionnels de santé ne déclarant pas tous les refus. L'analyse du nombre de connexions au ROR Ile de France permet de mettre en évidence une sous-utilisation de l'outil par les SU témoignant probablement d'une mauvaise information auprès de certains professionnels de santé (graphique n°45).



Graphique n° 45 : nombre de connexion au ROR-IF entre février et novembre 2012

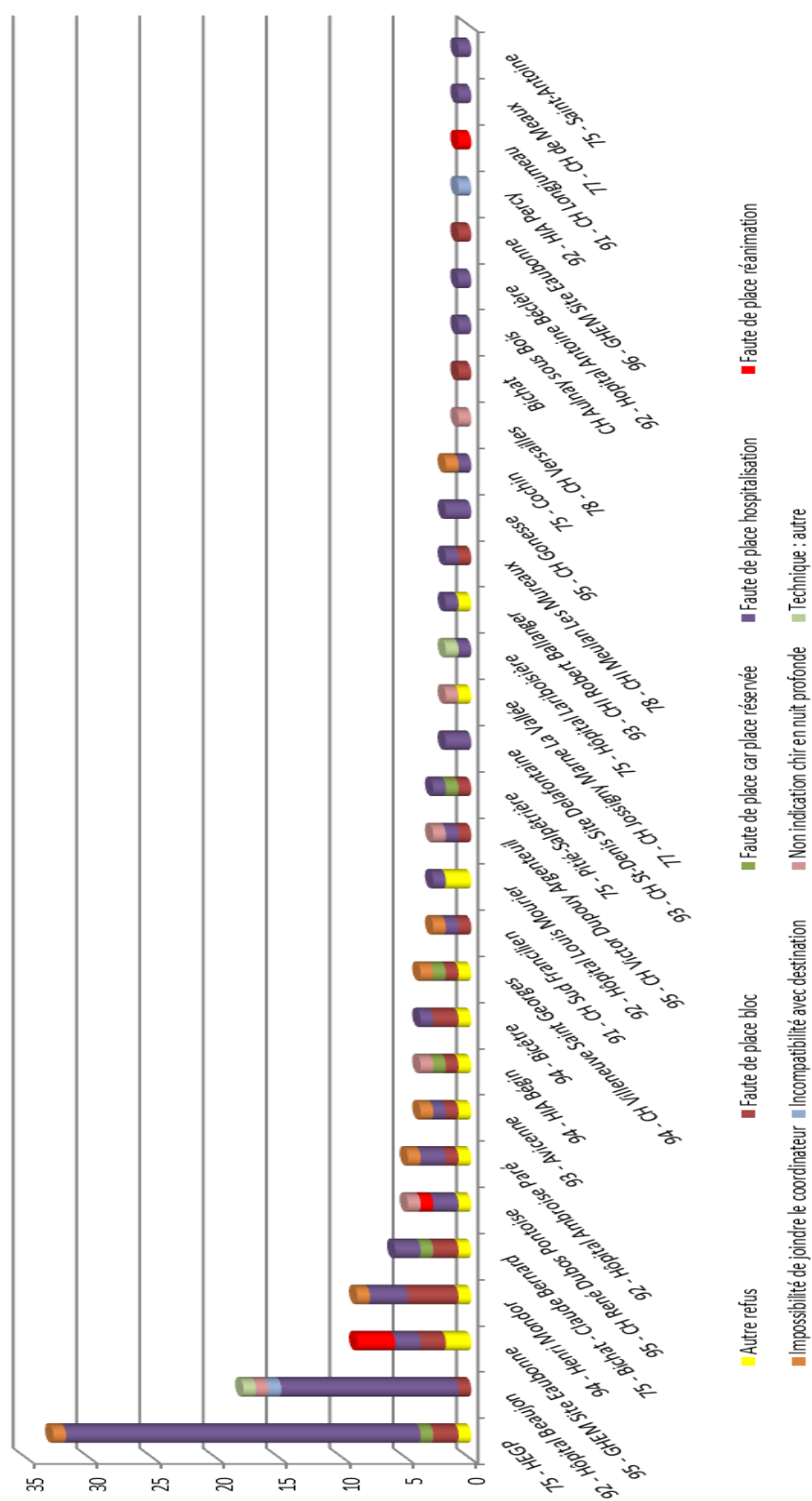
3.4.3. Les motifs de refus

La plupart des refus étaient motivés par une faute de place d'hospitalisation conventionnelle. Ce phénomène indique que les établissements assurant la MSP PDSES en nuit profonde n'ont pas intégré toutes les dimensions de la problématique et des engagements liés à la PDSES notamment en matière de gestion des lits. Le nombre de refus liés à une faute de place au bloc opératoire (donc lié à une impossibilité d'effectuer un geste opératoire) était faible (graphique n°45). Cet élément est un indicateur en faveur du bon dimensionnement du dispositif régional.



Graphique n° 46

3.4.4. Les établissements « refuseurs » (graphique n°47)



Graphique n° 47

Lors des deux premiers mois de mise en place du dispositif, les refus ont été concentrés principalement sur deux établissements : l'Hôpital Européen Georges Pompidou (Paris) et l'Hôpital Beaujon (Hauts de Seine). Ces signalements ont progressivement diminué par la suite. Plusieurs explications peuvent être apportées :

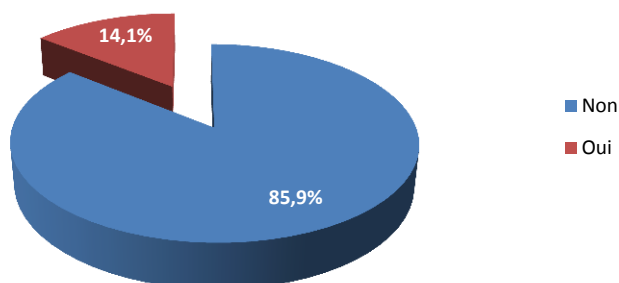
- Adaptation interne des établissements avec appropriation des enjeux et des engagements liés à l'attribution de la PDSSES.
- Action de l'ARS Ile de France auprès de ces établissements pour identifier les causes et rappeler les engagements du cahier des charges.

Plusieurs signalements de refus ont concerné l'alternance entre l'Hôpital d'Eaubonne et l'Hôpital d'Argenteuil (Val d'Oise). L'amélioration de la coordination entre les deux sites, le partage de protocoles commun et l'accompagnement de l'ARS ont permis une diminution de ce phénomène.

3.4.5. Les enquêtes sur les refus par l'ARS

L'ARS Ile de France s'était engagée à enquêter sur les refus déclarés afin d'assurer la transparence du dispositif. La procédure d'enquête est consultable en annexe n°6. Sur les 89 signalements, 68% ont été investigués par les différentes délégations territoriales de l'ARS. Une faible proportion de refus avec impact sur la prise en charge a été signalée (graphique n°48). Après enquête, aucun effet indésirable grave n'a été relevé.

Signalement d'un impact sur la prise en charge
Orthopédie et viscérale
Février 2012 à février 2013
Ile de France



Graphique n° 48

3.4.6. Limites

L'analyse des données du registre doit être abordée avec précautions. Le registre des refus est un outil déclaratif, ce qui constitue sa principale limite. En effet, il est probable qu'une partie non négligeable des refus n'ait pas été déclarée soit :

- par une méconnaissance de l'outil
- par une incompatibilité de déclaration en « temps réel » avec l'activité médicale de garde,
- par un « filtrage » des refus par les professionnels. En effet, il est possible qu'un patient refusé trouvant un site de prise en charge à la deuxième tentative soit considéré comme un phénomène « normal » n'entraînant pas nécessairement un signalement.
- par une « autocensure » des professionnels pour ne pas mettre en difficulté un établissement avec lequel des relations de confiance existent.

Par ailleurs, l'effet « centre » doit être pris en compte. Deux établissements ont concentré près de 60% des refus signalés, ce qui limite la pertinence de l'analyse.

POINTS ESSENTIELS : le respect du cahier des charges régional

- 89 signalements de refus ont été déclarés sur le registre soit 1,7 par semaine
- Aucun effet indésirable grave n'a été signalé
- 2 établissements ont concentré la majorité des refus
- L'analyse des données du registre doit être prise avec précaution du fait de son manque d'exhaustivité.
- La sous-utilisation du registre par les professionnels est à noter.

3.5. Les effets sur la morbi-mortalité

L'analyse de l'impact de la réorganisation sur la morbi-mortalité des Franciliens liée à la mise en place de la réorganisation n'a pu être évaluée que par des données indirectes. En effet, le dispositif d'évaluation s'est heurté à plusieurs difficultés :

- Difficulté de traçabilité des patients pris en charge aux horaires de la PDSES (durée de séjour, mortalité, nombre et durée des procédures de transferts, délais d'accès au bloc opératoire, etc.). Ces données n'ont pu être intégrées dans les enquêtes d'activité du fait de la lourdeur et la complexité de l'extraction de données aux niveaux des logiciels métiers des établissements.
- Absence de traçabilité dans le PMSI des patients pris en charge dans le cadre de la PDSES et donc des informations essentielles à une analyse de morbi-mortalité.

Ainsi, seules les données issues du registre des refus ainsi que celles issues des plaintes et réclamations liées à la PDSES et remontées au niveau de l'ARS ont pu être analysées :

- Aucun effet indésirable grave lié à un signalement de refus n'a été mis en évidence durant la période considérée,
- Aucune plainte ou réclamation liée à la PDSES en orthopédie ou chirurgie viscérale n'a été adressée aux services de l'ARS

Néanmoins actuellement, aucune donnée ne permet d'écarter de façon certaine l'absence d'impact de la réorganisation sur la morbi-mortalité des patients pris en charge dans le cadre du dispositif.

3.5. Les effets médico-économiques

La volonté de sécurisation des sites assurant la PDSES en nuit profonde est à l'origine de la mise en place d'un dispositif de permanence sur place expliquant l'augmentation du nombre de gardes après schéma (tableau n°17). La grille tarifaire de financement est basée sur celle fixée par la DGOS en 2011. Lors de la concertation régionale avant la mise en place du nouveau dispositif, une révision du montant de l'astreinte financée par l'ARS a été effectuée. Ainsi, pour les établissements assurant la PDSES en première partie de nuit, l'astreinte de première partie de nuit a été valorisée à 49 073 € par an (en incluant les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés).

	Avant schéma	Après schéma	Évolution en %	Coût avant schéma	Coût après schéma
Nombre lignes de gardes	41	52	44%	7 356 184,74 €	9 176 107,00 €
en CHU	23,5	24	6%	4 216 349,79 €	4 306 059,36 €
en CH	16,5	24	45%	2 960 415,81 €	4 306 059,36 €
en ESPIC	1	2	100%	179 419,14 €	358 838,28 €
en privé lucratif	0	2		- €	205 150,00 €
Nombre de lignes d'astreintes	133	93	-30%	8 729 197,88 €	3 874 256,19 €
en CHU	16	4	-75%	1 166 593,92 €	196 294,75 €
en CH	48	28	-41%	3 499 781,76 €	1 374 063,25 €
en ESPIC	15	9	-40%	1 093 681,80 €	441 663,19 €
en privé lucratif	54	52	-3%	2 969 140,40 €	1 862 235,00 €
Total				16 085 382,62 €	13 050 363,19 €

Tableau 18

Il faut noter que l'impact économique de la réforme sur une éventuelle augmentation des charges liées au transfert inter hospitalier en nuit profonde n'a pu être évalué du fait de l'absence d'exhaustivité des données recueillies. De même, l'augmentation des recettes T2A pour les établissements assurant une MSP PDSES notamment en nuit profonde n'a pu être déterminée. Néanmoins, il est probable que devant l'absence de transfert de flux dans les SU et le niveau d'activité faible en nuit profonde, l'augmentation des recettes induites par les tarifs ne soient pas significatives pour les établissements assurant la PDSES en nuit profonde. Une évaluation plus précise de cet impact médico-économique semble nécessaire.

Les marges financières constituées ont permis un redéploiement vers le financement de nouveaux schémas de PDSES, notamment ceux des chirurgies dites de spécialité.

Compte tenu des contraintes financières nationales actuelles et de la démographie médicale, la tendance à la graduation des soins dans un territoire et à la concentration progressive des compétences dans les disciplines hautement



spécialisées est inéluctable. Cette tendance concernera probablement la PDSES qui nécessite une compétence le plus souvent transversale et hautement spécialisée (médicale / chirurgicale et technique) impliquant une concentration nocturne progressive des moyens humains et techniques dans les centres de recours de références. Le poids de la MSP PDSES va devenir sans doute non négligeable pour les établissements surtout si elle ne s'accompagne pas d'une augmentation de la fréquentation des SU. Ainsi, favoriser et renforcer la coopération territoriale en un réseau gradué d'établissements doit être une priorité avec un modèle incitatif à la fois pour les établissements perdant MSP la PDSES mais aussi pour les établissements pivots du dispositif. Un modèle médico-économique nouveau permettant d'assurer un réseau territorial et/ou régional de prise en charge de qualité et sécurisée aux horaires de la PDSES est sans doute à envisager.

3. CONCLUSIONS PRINCIPALES

1. Une réorganisation qui semble fonctionner

La réduction du nombre de sites assurant la PDSES en nuit profonde semble n'avoir entraîné aucune difficulté majeure tant sur le plan organisationnel que sur la prise en charge des patients. Les retours d'expérience des régulations médicales des SAMU sont globalement positifs avec une diminution des difficultés d'orientation des patients et de recherche de place pour les deux spécialités en nuit profonde. Même s'il faut interpréter les données du registre avec précaution, le nombre de signalements de refus est faible sur la période d'évaluation et aucun effet indésirable grave n'a été constaté. Néanmoins, l'absence de visibilité sur les transferts inter hospitaliers et les difficultés qui peuvent en découler (disponibilité des transports sanitaires, délais de transfert par exemple) constituent une limite à cette conclusion.

2. L'activité chirurgicale dans le cadre de la PDSES est faible en nuit profonde

L'activité prévisionnelle basée sur les données de l'enquête ARS de 2010 et sur les données SAE des établissements a largement surestimé l'activité chirurgicale notamment en nuit profonde. En effet, seulement 15 à 20 interventions sont réalisées en moyenne chaque nuit profonde dans la région. Dans le périmètre du dispositif actuel, il est probable que les marges de gains d'activité en nuit profonde soient réduites. Par ailleurs, cette différence entre l'activité attendue et l'activité mesurée met en exergue la nécessité de maintenir une évaluation continue de l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES. Actuellement, en l'absence d'indentification de cette activité dans le PMSI, un outil de suivi performant et pérenne semble souhaitable. L'analyse plus fine des actes pourrait permettre d'évaluer la pertinence de leur réalisation en nuit profonde.

3. Sur les seules données d'activité, le dimensionnement du dispositif assurant la PDSES en chirurgie viscérale et orthopédique semble pouvoir être révisé afin d'améliorer son efficience.

En première partie de nuit, l'activité reste soutenue dans la plupart des établissements induisant dans près de 30% des cas un débordement de l'activité sur la nuit profonde. Néanmoins, la répartition de l'activité est très hétérogène et dans certains établissements (19 sites), l'activité chirurgicale est extrêmement faible (moins d'une intervention par semaine). Sans limiter le rôle des chirurgiens au seul geste chirurgical, on peut raisonnablement se poser la question de la pertinence de l'attribution de la MSP PDSES à certains établissements en se basant sur les seules données d'activité.

En nuit profonde, certains facteurs complémentaires sont à prendre en compte. Outre l'activité d'avis ou de gestes chirurgicaux qui peuvent durer plusieurs heures, les facteurs géographiques ou opérationnels au niveau d'un territoire (occupation simultanée des équipes PDSES par exemple), les pratiques spécifiques de certains établissements (bascule ambulatoire) ainsi que l'activité des SU doivent être considérés. La concentration progressive des MSP PDSES sur certains sites, devenant ainsi sites de recours territoriaux, permettrait une optimisation des ressources médicales et paramédicales. La diminution du nombre d'astreintes liées à la PDSES permettrait d'épargner du temps de travail dans le territoire améliorant ainsi les conditions de travail. Néanmoins, la problématique d'une perte éventuelle de rémunération complémentaire pour certains praticiens ne doit pas être négligée notamment dans les territoires déjà peu attractifs. Par ailleurs, la concentration progressive des missions PDSES pourrait induire une graduation des soins dans les territoires de santé qui ne peut s'entendre que par un développement concomitant des coopérations entre les différents établissements du réseau et par un développement d'outils (télémédecine, télé radiologie, etc.) afin d'assurer à chaque Francilien un accès de qualité en toute sécurité au dispositif de PDSES. En effet, la disparition de la MSP PDSES en chirurgie viscérale et traumatologique dans certains établissements doit s'accompagner du développement d'une télé consultation spécialisée à distance avec le centre référent du territoire. C'est dans ces conditions que la question de la pertinence de l'attribution de la MSP PDSES en nuit profonde à certains établissements peut s'envisager. A terme, un outil permettant la visualisation d'occupation des blocs opératoires au niveau territorial voire régional aux horaires de la PDSES permettrait sans doute d'optimiser l'orientation et la prise en charge des patients.

L'amélioration du dispositif d'offre de soins en chirurgie viscérale et orthopédique doit être un objectif dans cette démarche de révision. Sans se limiter à une diminution simple de l'offre, cette démarche doit permettre d'aborder les problématiques de pertinence de réalisation de certains actes aux horaires de la PDSES, d'optimisation de l'organisation des blocs opératoires pendant le nycthémère et d'une meilleure coordination de l'offre avec une vision territoriale.

Pour réviser le périmètre du dispositif PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale, plusieurs indicateurs peuvent sans doute être utilisés :

- Le volume d'activité chirurgicale dans les différentes tranches horaires : cet indicateur ne peut être utilisé seul. L'activité simultanée dans les différents sites ne peut pas être appréciée par cette seule donnée. Une réduction du nombre de sites sur une donnée aussi générale risque de rendre impossible l'accès au bloc opératoire dans certains territoires pendant certaines tranches horaires.
- L'occupation simultanée des équipes PDSES : cet indicateur est sans doute le plus pertinent car il garantit aux usagers un accès permanent au dispositif. Néanmoins, en routine, cet indicateur nécessite la mise en

place d'un outil informatique performant au niveau de chaque territoire ou au niveau régional. Cet outil aurait un double intérêt : organisationnel pour définir plus finement le périmètre du schéma mais aussi opérationnel en permettant un adressage des patients vers les sites non occupés.

- Le nombre de passages aux urgences : il semble en effet qu'il existe une corrélation entre activité des services d'urgence et activité chirurgicale PDSES. Il semble qu'en dessous de 30 000 passages par an, l'activité chirurgicale aux horaires de la PDSES soit très faible. Néanmoins, il ne faut pas oublier l'activité d'avis spécialisé. La diminution du nombre de sites impliquerait le développement d'un outil d'avis à distance (télémédecine ou télé radiologie par exemple).
- Le respect des engagements liés à l'attribution de la MSP PDSES : il faut sans doute inclure cet indicateur au choix des sites afin de maintenir un principe d'équité et d'égalité entre les détenteurs de la MSP PDSES. La non-participation ou la participation partielle de certains centres à l'évaluation ainsi que le non-respect du principe du « zéro refus » doivent être pris en compte.

4. La réorganisation ne semble pas avoir modifié l'attractivité des établissements en termes d'activité chirurgicale et de flux de passages aux urgences.

La crainte de certains établissements de perte d'attractivité en cas de non attribution de la MSP PDSES en nuit profonde ne semble pas s'être confirmée. En effet, il n'a pas été noté de modification de flux dans les services d'urgences. Il n'y a pas eu de transfert de flux vers les sites PDSES ayant la MSP en nuit profonde. L'objectif de réorganisation de la PDSES en réseaux d'établissements ne modifiant pas l'accueil des urgences semble avoir été atteint. Lors de la concertation, les échanges entre professionnels avaient fait émerger une profonde volonté de ne pas stigmatiser les différents établissements ayant perdu la MSP PDSES en nuit profonde. Ainsi, en suivant le modèle de la prise en charge des urgences cardiologiques, la réorganisation en réseaux d'établissement a permis de limiter l'impact sur les services d'urgences mais aussi sur l'activité chirurgicale.

5. La réorganisation de la PDSES en chirurgie viscérale et orthopédique a permis de rationaliser son financement.

Le processus de réorganisation de la PDSES en chirurgie viscérale et orthopédique a permis de rationaliser les lignes de permanence des soins en favorisant la garde sur place en nuit profonde au détriment d'astreintes. Cette orientation permet de garantir une meilleure lisibilité et une sécurisation de dispositif tant pour les patients

que pour les professionnels. Les marges financières constituées ont permis un redéploiement vers le financement de nouveaux schémas de PDSES.

6. Les engagements du cahier des charges ont été le plus souvent respectés par les établissements.

En participant au dispositif PDSES, les établissements devaient respecter les engagements du cahier des charges. Le respect de la plupart de ces engagements a pu être évalué :

- Mettre en place une gouvernance interne et territoriale de la PDSES : des référents PDSES ont pu être identifiés dans la grande majorité des établissements PDSES de la région. Dans la plupart des départements (hormis l'Essonne et la Seine St Denis), les commissions territoriales PDSES ont permis de réunir les référents PDSES de chaque établissement. Ce fut des lieux d'échange sur le dispositif PDSES au niveau de chaque territoire favorisant la diffusion des données, des nouveaux schémas PDSES et un retour d'expérience de chacun. Ces commissions territoriales doivent perdurer.
- Dimensionner ses ressources de manière à pouvoir assurer la mission PDSES et l'engagement au « zéro refus » : malgré ces limites, le registre des refus a permis dans certaines situations de mettre en évidence des difficultés de certains établissements à dimensionner les ressources (Hôpital Beaujon par exemple) guidant des actions spécifiques correctrices.
- S'engager à participer au suivi et à l'évaluation du dispositif : moins d'une dizaine d'établissements n'a pas participé de façon optimale au suivi d'activité. Un rappel des engagements semble nécessaire.

7. Le dispositif d'évaluation de la réorganisation semble avoir été opérationnel mais doit être amélioré.

Le dispositif de suivi de la réorganisation a permis de respecter les principaux objectifs fixés lors de sa mise en place. Il faut avant tout noter qu'aucun outil spécifique de suivi de la PDSES (régional ou national) n'existait lors de la mise en place du dispositif et que la plupart d'entre eux ont été élaborés ad hoc. Ainsi, plusieurs aspects méritent d'être précisés et/ou améliorés.

7.1. Activité liée à la PDSES

Si le suivi de l'activité induit par la PDSES doit être maintenu, celui-ci doit être adapté :

- Méthodologie : afin de simplifier le suivi, un recueil de données simplifiées (données agrégées) de façon continue au « fil de l'eau » semble suffisant. Celui-ci pourra être complété par des enquêtes régulières prospectives plus complètes sur une courte durée. Ces enquêtes pourront permettre de concentrer les efforts des professionnels afin de recueillir des données plus fines (nombre d'avis spécialisés, nombre de transferts, etc.)
- Mode de recueil de données : la mise en place d'un outil plus performant et moins contraignant pour les établissements semble nécessaire :
 - Soit sur le modèle déclaratif actuel avec le développement d'un portail régional interactif,
 - Soit par modification du PMSI permettant d'identifier l'activité liée à la PDSES.
 - Soit par une automatisation du recueil par interconnexion des SI des établissements avec une base de données régionale.

7.2. Le registre des refus

C'est un élément central de la réorganisation de la PDSES en favorisant l'acceptabilité du nouveau dispositif pour tous les professionnels. En effet, cet outil permet la remontée d'information sur les dysfonctionnements éventuels liés à une réorganisation de l'offre de soins. Néanmoins, sa portée est limitée par son manque d'exhaustivité. Plusieurs améliorations pourraient être apportées :

- Meilleure communication auprès des professionnels et des directions d'établissement :
 - sur les dispositifs PDSES régionaux mis en place,
 - sur les outils dispositifs notamment le registre des refus,
 - sur l'intérêt du signalement,
 - sur les procédures de traitement des signalements par l'Agence Régionale de Santé.
- Automatisation des signalements notamment par automatisation des déclarations à partir des logiciels métiers des SAMU



7.3. *Les limites de l'évaluation*

Du fait de la difficulté d'accès aux données, l'impact sur la morbi-mortalité liée à la réorganisation ainsi que les aspects médico-économiques ont été difficilement évaluables. La mise en place d'études ou outils spécifiques semble nécessaire.

4. RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

1. Favoriser la réorganisation de la PDSES en réseaux de façon graduée dans les territoires et dans toutes les spécialités y compris médicales.
2. Favoriser la prise en charge coordonnée de la PDSES au niveau du territoire en développement des outils de coopération (télémédecine / télé-imagerie par exemple)
3. Améliorer l'efficacité de l'offre de soins en chirurgie viscérale et orthopédique aux horaires de la PDSES.
4. Etamer une concertation sur le dimensionnement du dispositif PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale en première partie de nuit et en nuit profonde sur chaque territoire.
5. Améliorer la communication sur les dispositifs PDSES ainsi que sur les outils mis en place
6. Pérenniser le suivi d'activité liée à la PDSES en adaptant les outils de suivi et en les intégrant dans une approche plus opérationnelle

ANNEXES

ANNEXE n°1 : liste des établissements ayant la MSP PDSES

Département	Etablissements PDSES Nuit Profonde
Paris (75)	Hôpital Saint-Antoine
	Hôpital Bichat - Claude Bernard
	Hôpital Pitié-Salpêtrière
	Hôpital Cochin
	Hôpital Saint Joseph
	Hôpital Européen Georges Pompidou
	Hôpital Lariboisière
Seine et Marne (77)	Centre hospitalier de Jossigny
	Centre hospitalier de Meaux
	Centre hospitalier de Melun (Marc Jacquet)
Yvelines (78)	Centre hospitalier de Versailles
	Centre hospitalier de Mantes (François Quesnay)
	Centre hospitalier de Meulan Les Mureaux
	Centre hospitalier de Poissy
	Hôpital Privé de l'Ouest Parisien
Essonne (91)	Centre hospitalier de Longjumeau
	Centre hospitalier Sud Essonne
	Centre hospitalier du Sud Francilien
Hauts de Seine (92)	Hôpital Inter Armée de Percy
	Hôpital Ambroise Paré
	Hôpital Antoine Bécclère
	Hôpital Beaujon
	Hôpital Louis Mourier
Seine St Denis (93)	Centre hospitalier de St-Denis (Delafontaine)
	Centre hospitalier d'Aulnay sous Bois (Robert Ballanger)
	Hôpital Avicenne
Val de Marne (94)	Centre hospitalier de Villeneuve Saint Georges
	Hôpital Inter Armée Bégin
	Hôpital Bicêtre
	Hôpital Henri Mondor
Val d'Oise (95)	Centre hospitalier de Gonesse
	Centre hospitalier d'Argenteuil (Victor Dupouy)
	Centre hospitalier de Pontoise (René Dubos)
	Centre hospitalier d'Eaubonne

Département	Etablissements PDSES 1 ^{ère} partie de nuit
Paris (75)	Centre hospitalier Diaconesse / Croix Saint Simon
	Hôpital Saint Louis
	Hôpital Tenon
Seine et Marne (77)	Clinique de Tournan
	Clinique de la Francilienne
	Centre hospitalier de Coulommiers
	Centre hospitalier de Montereau
	Centre hospitalier de Provins
	Clinique les Fontaines
	Centre hospitalier de Fontainebleau
Yvelines (78)	Hôpital privé Parly II - Le Chesnay
	Centre hospitalier privé Montgardé Aubergenville
	Hôpital privé Versailles - Franciscaines
	Centre hospitalier des Courses
	Centre Médico Chirurgical Europe
	Centre hospitalier de Rambouillet
Essonne (91)	Centre hospitalier d'Orsay
	Hôpital Jacques Cartier - Massy
	CMCO d'Evry
	Centre hospitalier d'Arpajon
	Hôpital privé Claude Galien - Quincy sous Sénart
	Hôpital privé du Val d'Yerres
Hauts de Seine (92)	Hôpital Privé d'Antony
	Hôpital Foch
	Institut hospitalier Franco-britannique de Levallois Perret
	Centre hospitalier de Courbevoie-Neuilly-Puteaux
	Centre hospitalier des 4 Villes
	Pôle Sante Plateau
Seine St Denis (93)	Centre hospitalier de Montreuil
	Centre hospitalier du Raincy-Montfermeil
	Hôpital Européen La Roseraie
	Hôpital Privé de Saint Denis
	Centre Chirurgical Floréal
	Clinique de l'Estrée
	Clinique du Vert Gallant
	Clinique privée de l'Est Parisien
Val de Marne (94)	Hôpital Armand Brillard
	Hôpital Saint-Camille
	Clinique Pasteur
	Hôpital privé de Thiais
	Centre hospitalier de Créteil
	Hôpital privé Paul d'Egine
Val d'Oise (95)	Hôpital Privé du Nord Parisien
	Clinique Claude Bernard
	Clinique Sainte Marie

ANNEXE n°2 : composition de la commission régionale d'évaluation PDSES

Commission régionale d'évaluation PDSES
Mme Baradez (Centre hospitalier de Montreuil)
Pr Benhamou (Hôpital Bicêtre)
Dr Bomgrand (Hôpital Armand Brillard)
Dr Brun Ney (APHP - DOMRU)
Dr Croize (ARS - Délégation Territoriale de Seine et Marne)
Dr Dolveck (directeur médical GCS-dSISIF)
Dr Rejasse (Hôpital Saint Joseph)
Dr Leblanc (Centre Médico Chirurgical Europe)
Dr Legall (Centre hospitalier d'Argenteuil)
Dr Paquet (Centre hospitalier de Longjumeau)
Dr Pourre (Centre hospitalier d'Eaubonne)
Pr Renaud (Hôpital Cochin)
Dr Ricard Hibon (SAMU 95)
Dr Tazarourte (SAMU 77)
Pr Vieillard - Baron (Hôpital Ambroise Paré)
Mme Vossart (Hôpital Pitié Salpêtrière)
Dr Wargon (Hôpital St Camille)
Mr Bourgeois (SDIS 77)
Pr Renoux (HIA Bégin)
Dr Hellmann (ARS Direction de l'Offre de Soins - Référent thématique PDSES)

ANNEXE n°3 : recueil d'activité chirurgicale

1 - Recueil activité chirurgicale PDES du début de la garde jusqu'à 8h30 (tous les établissements)

Id	Date	Arrivée en salle de bloc	Sortie de salle de bloc	Origine du patient	Spécialité	Diagnostic principal (CIM 10)	Code CCAM chirurgie 1	Code CCAM chirurgie 2	Code CCAM anesthésie
	jj/mm/aaaa	hh:mm	hh:mm	Menu déroulant 1	Menu déroulant 2	Champ libre	Champ libre	Champ libre	Champ libre
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									

2 - Recueil activité transfert PDES du début de la garde jusqu'à 8h30 (Etablissement adresseur)

Id	Date de demande	Heure de demande	Spécialité	Destination	Date départ	Heure départ	Mode de transport
	jj/mm/aaaa	hh:mm	Menu déroulant	Menu déroulant	jj/mm/aaaa	hh:mm	Menu déroulant
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

Jour	Date	Tranche horaire	Nb de passage aux urgences	Hospitalisation via les urgences
	jj/mm/aaaa		Indiquer volume	Indiquer volume
1		8:30 - 18:30		
		18:30 - 22:30		
		22:30 - 8:30		
2		8:30 - 18:30		
		18:30 - 22:30		
		22:30 - 8:30		
3		8:30 - 18:30		
		18:30 - 22:30		
		22:30 - 8:30		
4		8:30 - 18:30		
		18:30 - 22:30		
		22:30 - 8:30		
5		8:30 - 18:30		
		18:30 - 22:30		
		22:30 - 8:30		
6		8:30 - 18:30		
		18:30 - 22:30		
		22:30 - 8:30		

ANNEXE n°4 : CCAM des interventions en chirurgie viscérale en nuit profonde

Type	Total	Acte	Nombre	Durée moyenne
Appendicectomie	730	Appendicectomie, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	443	1:58
		Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	114	2:44
		Appendicectomie, par abord de la fosse iliaque	100	1:35
		Appendicectomie, par laparotomie	38	2:01
		Appendicectomie avec toilette péritonéale pour péritonite aiguë généralisée, par laparotomie	35	2:30
Abdomen (Exploration / évacuation / résection)	212	Exploration de la cavité abdominale, par laparotomie [Laparotomie exploratrice]	108	2:59
		Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratrice]	50	2:06
		Évacuation d'une collection intraabdominale, par laparotomie	24	2:23
		Évacuation de collection intraabdominale, par coelioscopie ou par rétro-péritonéoscopie	16	2:17
		Évacuation de plusieurs collections intraabdominales, par laparotomie	9	3:16
		Évacuation d'une collection intraabdominale, par laparotomie	1	3:17
		Évacuation de collection intraabdominale, par rectotomie	1	1:50
		Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par laparotomie	1	1:52
		Exérèse de lésion d'un repli péritonéal [mésos] sans résection intestinale, par coelioscopie	1	1:03
		Exérèse de lésion d'un repli péritonéal [mésos] sans résection intestinale, par laparotomie	1	1:41
Splénectomie	18	Splénectomie totale, par laparotomie	15	2:56
		Pancréatectomie gauche avec splénectomie [Spléno-pancréatectomie gauche], par laparotomie	3	4:33
Voies biliaires	84	Cholécystectomie, par coelioscopie	58	2:45
		Cholécystectomie, par laparotomie	16	3:08
		Cholécystectomie avec ablation transcystique de calcul de la voie biliaire principale, par coelioscopie	4	2:23
		Cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par coelioscopie	1	2:45
		Cholécystectomie, par laparotomie	1	2:20
		Cholécystectomie par coelioscopie, avec cholédocho-duodénostomie par laparotomie	1	1:05
		Ablation de calcul de la voie biliaire principale, par oeso-gastro-duodénoscopie	2	3:25
		Résection de la voie biliaire principale pédiculaire avec anastomose biliodigestive, par laparotomie	1	5:15
		Suture de plaie ou de perforation de l'estomac ou du duodénum, par coelioscopie	49	2:58
Estomac / Duodénum	93	Suture de plaie ou de perforation de l'estomac ou du duodénum, par laparotomie	24	3:40
		Gastrectomie partielle inférieure avec anastomose gastro-jéjunale, par laparotomie	6	4:14
		Duodéno-pancréatectomie céphalique, par laparotomie	6	7:09
		Gastrostomie cutanée, par laparotomie	2	3:25
		Résection partielle atypique de la paroi de l'estomac n'interrompant pas la continuité, par laparotomie	1	3:51
		Gastroplastie par pose d'anneau ajustable périgastrique pour obésité morbide, par coelioscopie	1	2:40
		Gastrectomie totale avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	1	0:41
		Gastrotomie à visée thérapeutique, par laparotomie	1	2:25
		Confection d'une valve tubérositaire sans libération de la grande courbure gastrique, par coelioscopie	1	4:12
		Repositionnement ou ablation d'un anneau ajustable périgastrique, par coelioscopie	1	2:05
Hernie	122	Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord inguinal	31	2:43
		Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal	30	2:07
		Cure d'une hernie fémorale [crurale], par abord inguinofémoral	16	5:21
		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans sans pose de prothèse, par abord direct	16	3:15
		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par abord direct	15	1:51
		Cure bilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord inguinal	3	2:36
		Cure d'une hernie hiatale sans pose de prothèse, par laparotomie	2	1:53
		Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	2	2:07
		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct	2	0:54
		Plastie d'une coupole du diaphragme pour éventration, par laparotomie	1	1:39
		Cure de hernie de la paroi abdominale antérieure après l'âge de 16 ans avec pose de prothèse, par coelioscopie	1	4:15
		Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par vidéo-chirurgie	1	1:00
		Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord pré-péritonéal	1	2:04
		Cure d'une hernie hiatale avec pose de prothèse, par laparotomie	1	1:45
		Fermeture d'une éviscération abdominale, par abord direct	7	2:16
Eventration / Eviscération	18	Cure d'éviscération postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par abord direct	5	3:30
		Cure d'éviscération postopératoire de la paroi abdominale antérieure sans pose de prothèse, par abord direct	4	2:05
		Cure d'éviscération postopératoire de la paroi abdominale antérieure avec pose de prothèse, par coelioscopie	1	4:30
		Ablation d'une prothèse de la paroi abdominale, par abord direct	1	1:33
Intestin grêle	211	Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aiguë, par laparotomie	54	2:21
		Résection segmentaire unique de l'intestin grêle pour occlusion, par laparotomie	39	2:45
		Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par laparotomie	24	2:12
		Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	17	2:30
		Suture de plaie ou de perforation de l'intestin grêle, par laparotomie	13	2:33
		Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aiguë, par coelioscopie	10	5:14
		Entérostomie cutanée, par laparotomie	8	1:57
		Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], p	8	2:10
		Résection segmentaire multiple de l'intestin grêle, par laparotomie	7	2:40
		Détorsion intestinale ou section de bride péritonéale pour vice de rotation de l'anse intestinale primitive [mesenterium commune], p	6	1:54
		Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par laparotomie	5	4:16
		Entérotomie à visée thérapeutique, par laparotomie	3	3:13
		Réduction d'invagination intestinale aiguë, par laparotomie	3	2:06
		Résection segmentaire unique de l'intestin grêle sans rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	3	3:30
		Résection segmentaire unique de l'intestin grêle avec rétablissement de la continuité, en dehors de l'occlusion, par coelioscopie	2	2:12
		Entérostomie ou colostomie cutanée de protection, au cours d'une résection intestinale avec rétablissement de la continuité	2	5:16
		Rétablissement secondaire de la continuité digestive après résection de l'intestin grêle, par laparotomie	2	3:46
		Réduction d'invagination intestinale aiguë, par coelioscopie	1	2:20
		Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par coelioscopie	1	2:10
		Libération étendue de l'intestin grêle [Entérolyse étendue] pour occlusion aiguë, par coelioscopie	1	2:02
		Fermeture d'entérostomie cutanée, par abord direct	1	2:08
		Section de bride et/ou d'adhérences péritonéales pour occlusion intestinale aiguë, par laparotomie	1	0:40

Colon	164	Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	27	3:06
		Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	26	3:45
		Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	23	3:43
		Colostomie cutanée, par laparotomie	20	2:17
		Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	12	4:58
		Colectomie droite avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	11	5:40
		Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie	7	3:34
		Colectomie gauche avec libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	6	3:13
		Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par laparotomie	5	3:24
		Suture de plaie ou de perforation du côlon, par laparotomie	4	3:20
		Iléocolostomie de dérivation [Anastomose iléocolique sans exérèse intestinale], par laparotomie	3	3:25
		Colectomie transverse, par laparotomie	3	3:20
		Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par laparotomie	2	3:06
		Hémostase secondaire à un acte sur le rectum	2	1:07
		Colotomie exploratrice, par laparotomie	2	1:45
		Colectomie gauche sans libération de l'angle colique gauche, avec rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie	1	2:10
		Réfection de stomie cutanée intestinale, par laparotomie	1	0:20
		Suture de plaie ou de perforation du côlon, par coelioscopie	1	1:28
		Détorsion d'un volvulus du côlon, par endoscopie	1	0:50
		Résection rectosigmoïdienne dépassant le cul-de-sac de Douglas, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie	1	1:15
		Exérèse de moignon rectal résiduel, par abord périméal	1	2:50
		Résection rectosigmoïdienne par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie, avec anastomose coloanale par laparotomie	1	1:35
		Colectomie totale avec conservation du rectum, avec anastomose iléorectale, par laparotomie	1	4:11
		Colectomie totale avec conservation du rectum, sans rétablissement de la continuité, par coelioscopie ou par laparotomie avec préparation par coelioscopie	1	1:05
		Colostomie cutanée, par coelioscopie	1	1:10
		Colocolostomie de dérivation [Anastomose colocolique sans exérèse colique], par laparotomie	1	3:19
Sinus pilonidal	71	Excision d'un sinus pilonidal périnéofessier	39	1:58
		Mise à plat d'un sinus pilonidal périnéofessier infecté	32	0:46
Anus	147	Incision d'abcès de la région anale	64	1:15
		Mise à plat d'abcès et/ou de fistule intersphinctérien haut [intramural] de l'anus	21	2:23
		Mise à plat d'abcès et/ou de fistule bas de l'anus [transsphinctérien inférieur] en un temps, par fistulotomie ou fistulectomie	18	0:59
		Mise à plat d'abcès et/ou de fistule haut de l'anus [transsphinctérien supérieur] ou à trajet complexe multiramifié, avec drainage par fistulotomie	10	0:51
		Ablation de corps étranger ou de fécôme intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale	9	0:44
		Examen du rectum sous anesthésie générale, par voie anale	5	1:07
		Hémostase secondaire à un acte sur l'anus	5	1:04
		Hémorroïdectomie pédiculaire par résection sousmuqueuse	3	0:40
		Destruction et/ou exérèse de lésion superficielle non tumorale de l'anus	2	1:00
		Excision d'une fasciite nécrosante périnéofessière	2	2:10
		Mise à plat de fistule basse [transsphinctérienne inférieure] de l'anus avec résection d'un paquet hémorroïdaire isolé	1	0:55
		Résection complète d'un prolapsus colorectal extériorisé, avec anastomose coloanale et myorraphie du plancher pelvien	1	3:10
		Réduction de procidence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire, par voie anale	1	1:05
		Excision d'une hidrosadénite suppurative périnéofessière [maladie de Verneuil] sur plus de 30 cm²	1	0:50
		Résection d'un paquet hémorroïdaire isolé	1	0:40
		Suture de plaie de l'anus, sans réparation du muscle sphincter externe de l'anus	1	1:15
		Dilatation ou incision de sténose anorectale	1	0:57
Peau	174	Incision de collection vulvopérinéale	1	1:20
		Exérèse de lésion superficielle de la peau par excision d'une zone cutanée de 10 cm² à 50 cm²	95	1:41
		Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct	23	0:44
		Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur moins de 50 cm²	16	0:38
		Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale	6	1:05
		Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct	6	0:39
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	5	0:56
		Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur 50 cm² à 200 cm²	5	0:48
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en dehors de la face et de la main	3	1:41
		Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux	3	0:46
		Pansement de plaie de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale	2	0:26
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de grand axe	2	1:42
		Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de 3 cm à 10 cm de grand axe	2	0:53
		Exérèse de lésion souscutanée susfasciale de plus de 10 cm de grand axe	1	4:45
		Exérèse d'une lésion souscutanée susfasciale de moins de 3 cm de grand axe	1	0:13
		Exérèse de lésion fasciale et/ou sousfasciale des tissus mous, avec dissection de gros tronc vasculaire et/ou nerveux	1	0:45
		Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur plus de 200 cm²	1	0:40
Drainage	4	Pansement de plaie de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale	1	3:25
		Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains	1	1:39
		Drainage de plusieurs collections d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage échographique	1	2:35
		Drainage d'une collection d'un organe profond, par voie transcutanée avec guidage scanographique	1	1:30
		Drainage externe de conduit biliaire, par voie transcutanée avec guidage scanographique	1	1:55
Œsophage	4	Drainage externe d'un conduit biliaire avec pose d'une endoprothèse, par voie transcutanée avec guidage échographique et/ou radio	1	4:30
		OEsophagectomie avec oesophagogastroplastie, par thoracotomie et par coelioscopie	1	10:00
		OEsophagostomie cutanée, par cervicotomie	1	7:06
		Suture de plaie ou de perforation de l'oesophage, par thoracotomie	1	10:20
Vasculaire	25	Suture de plaie ou de perforation de l'oesophage, par laparotomie	1	3:55
		Ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou	17	2:22
		Suture de plaie d'artère digestive, par laparotomie	2	3:02
		Remplacement d'une artère digestive, par laparotomie	2	4:40
		Thrombectomie d'artère digestive, par laparotomie	2	7:05
		Suture de plaie de la veine porte et/ou de l'une de ses branches principales, par laparotomie	1	2:20
Foie	49	Réimplantation d'une artère digestive dans l'aorte, par laparotomie	1	4:15
		Transplantation de foie total	25	10:34
		Prélèvement d'un greffon hépatique total, chez un sujet en état de mort encéphalique	10	2:57
		Transplantation de foie réduit	7	10:41
		Résection atypique du foie, par laparotomie	4	5:19
		Hémostase de lésion du foie, par laparotomie	1	2:15
		Unisegmentectomie hépatique, par laparotomie	1	8:50
		Hémostase de lésion du foie, par coelioscopie	1	2:45

ANNEXE n°5 : CCAM des interventions de chirurgie orthopédique en nuit profonde

Type	Total	Acte	Nombre	Durée moyenne
Réduction orthopédique de luxation	172	Réduction orthopédique d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale	69	0:56
		Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale	40	0:54
		Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture du coude	22	0:49
		Réduction orthopédique d'une luxation scapulohumérale avec fracture de l'extrémité proximale de l'humérus	21	0:57
		Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture métacarpophalangienne ou interphalangienne	4	1:04
		Réduction orthopédique progressive de fracture du fémur, par traction continue collée	4	2:36
		Réduction orthopédique d'une luxation tibiotarsienne ou d'une luxation-fracture du tarse	4	1:25
		Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture de l'articulation fémorotibiale	2	0:48
		Réduction orthopédique d'une luxation traumatique de l'articulation coxofémorale, avec contention post-opératoire	2	0:33
		Réduction orthopédique progressive de fracture et/ou de luxation de la ceinture pelvienne [du bassin]	1	0:30
		Réduction orthopédique progressive de fracture d'une extrémité et/ou de la diaphyse du tibia ou des 2 os de l'avant-bras	1	0:45
		Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture trapézo-métacarpienne	1	0:20
		Réduction orthopédique d'une luxation ou d'une luxation-fracture carpométacarpienne	1	0:55
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras	53	1:50
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia par matériel centromédullaire avec verrouillage distal	29	3:09
		Ostéosynthèse de fracture bimalléolaire complexe, à foyer ouvert	28	2:16
Ostéosynthèse	510	Ostéosynthèse de fracture bimalléolaire simple, à foyer ouvert	27	2:44
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire avec verrouillage distal	22	3:26
		Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert	21	2:16
		Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale de la fibula, à foyer ouvert	18	1:59
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia par matériel centromédullaire sans verrouillage distal	16	2:18
		Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire de l'humérus, à foyer fermé	15	1:19
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia, à foyer ouvert	15	4:32
		Ostéosynthèse de fracture infratrochantérienne ou trochantérodiaphysaire du fémur	14	2:25
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert	13	4:30
		Ostéosynthèse de fracture extracapsulaire du col du fémur	12	1:54
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du tibia par fixateur externe	11	2:56
		Ostéosynthèse de fracture complexe de l'extrémité proximale d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert	10	5:09
		Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé	10	1:12
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, à foyer ouvert	10	1:54
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras, à foyer fermé	9	1:31
		Ostéosynthèse de fracture simple ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale d'un os de l'avant-bras, à foyer fermé	8	1:33
		Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par broche, à foyer fermé	7	1:34
		Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial, à foyer ouvert	7	3:46
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus par matériel centromédullaire, à foyer fermé	7	2:46
		Ostéosynthèse de fracture complexe supracondyloire et intercondyloire du fémur, à foyer ouvert	6	4:26
		Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire du col [transcervicale] du fémur, de décollement épiphysaire	6	2:20
		Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale d'un os ou des 2 os de l'avant-bras par fixateur externe	6	1:42
		Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire et intercondyloire complexe de l'humérus, à foyer ouvert	5	3:42
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, à foyer fermé	5	1:31
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de la malléole médiale [tibiale], à foyer ouvert	5	2:28
		Ostéosynthèse de fracture complexe du pilon tibial par fixateur externe	5	3:46
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras avec réduction d'une luxation de l'articulation	5	3:55
		Ostéosynthèse de fracture complexe de la patelle, à foyer ouvert	5	2:58
		Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert	5	3:15
		Réduction d'une luxation du poignet avec ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, par arthrotomie	4	2:36
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du tibia ou des 2 os de l'avant-bras	4	2:24
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert	4	5:02
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur par matériel centromédullaire sans verrouillage distal	4	3:23
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os ou des 2 os de l'avant-bras	4	1:56
		Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire d'un os de la main, à foyer ouvert	4	1:02
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse du fémur, à foyer ouvert	3	3:06
		Ostéosynthèse de fracture supracondyloire extraarticulaire du fémur, à foyer ouvert	3	3:28
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus par fixateur externe	3	4:26
		Ostéosynthèse de fracture céphalotubérositaire de l'humérus	3	4:02
		Ostéosynthèse de fracture d'un métatarsien ou d'une phalange d'orteil, à foyer ouvert	3	1:21
		Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité distale des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert	3	1:35
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du tibia ou des 2 os de l'avant-bras	3	3:11
		Ostéosynthèse de fracture intracapsulaire de l'extrémité distale de l'humérus, à foyer ouvert	3	15:17
		Ostéosynthèse de fracture de l'acétabulum, par abord postérieur	3	2:15
		Ostéosynthèse de fracture articulaire complexe de l'extrémité proximale du tibia, à foyer ouvert	2	1:30
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse des 2 os de l'avant-bras avec réduction de luxation au coude	2	6:02
		Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire de l'extrémité proximale du tibia, à foyer ouvert	2	3:32
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale du tibia ou des 2 os de l'avant-bras	2	1:33
		Ostéosynthèse de fractures homolatérales du col et de la diaphyse du fémur	2	4:15
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire supramalléolaire des 2 os de la jambe, à foyer ouvert	2	3:00
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus, à foyer ouvert	2	15:30
		Ostéosynthèse de fracture simple du pilon tibial, à foyer ouvert	2	1:47
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras, à foyer fermé	2	
		Ostéosynthèse de fracture articulaire complexe de l'extrémité proximale du tibia, à foyer ouvert	2	3:04
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse de l'humérus par matériel centromédullaire, à foyer fermé	2	
		Ostéosynthèse de fracture des os du médiopied, à foyer ouvert	2	2:19
		Ostéosynthèse de fracture du corps ou du col du talus, à foyer ouvert	2	1:48
		Ostéosynthèse de fracture articulaire d'un os de la main par fixateur externe	1	1:45
		Ostéosynthèse de fracture de l'extrémité proximale des 2 os de l'avant-bras, à foyer ouvert	1	
		Ostéosynthèse préventive d'un os ou des 2 os de la jambe pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	1	2:32
		Ostéosynthèse de fractures articulaires de plusieurs os de la main par broche, à foyer fermé	1	1:06
		Ostéosynthèse d'une fracture supracondyloire et intercondyloire simple de l'humérus, à foyer ouvert	1	3:00
		Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os de l'avant-pied, à foyer fermé	1	0:55
		Ostéosynthèse de fracture complexe du calcanéus, à foyer ouvert	1	0:30
		Ostéosynthèse de fractures de plusieurs os de l'avant-pied, à foyer ouvert	1	3:30
		Ostéosynthèse de fracture de la diaphyse d'un os de l'avant-bras avec réduction d'une luxation de l'articulation	1	2:57
		Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main par broche, à foyer fermé	1	2:35
		Ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, à foyer ouvert	1	3:00
		Ostéosynthèse de fractures extraarticulaires de plusieurs os de la main, à foyer ouvert	1	2:15
		Ostéosynthèse d'une pseudarthrose de l'os scapuloïde, à foyer ouvert	1	2:35
		Ostéosynthèse de fracture extraarticulaire infratubérositaire de l'humérus	1	1:55
		Ostéosynthèse de fracture d'un condyle fémoral, à foyer ouvert	1	2:00
		Ostéosynthèse préventive du fémur pour lésion ostéolytique, à foyer fermé	1	2:50
		Ostéosynthèse de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale du fémur, à foyer fermé	1	4:56
		Ostéosynthèse d'une fracture de l'épicondyle médial ou de l'épicondyle latéral de l'humérus, à foyer ouvert	1	2:22

Réduction chirurgicale de luxation	25	Réduction d'une luxation du coude et/ou de l'articulation radio-ulnaire proximale par arthrotomie, avec	5	1:42
		Réduction d'une luxation de l'articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par	4	0:47
		Réduction d'une luxation du poignet avec ostéosynthèse de fracture d'un os du carpe, par arthrotomie	4	2:36
		Réduction d'une luxation du coude, par arthrotomie	3	1:44
		Réduction d'une luxation de l'articulation tibiotarsienne, talocalcanéenne et/ou médiotarsienne, par art	3	2:11
		Réduction d'une luxation ou luxation-fracture carpométacarpienne, par arthrotomie	2	1:15
		Réduction d'une luxation du poignet, par arthrotomie	2	3:07
		Réduction d'une luxation de prothèse de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	1	0:30
Réduction orthopédique de fracture	47	Réduction d'une luxation scapulo-humérale, par arthrotomie	1	2:08
		Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité distale d'un os ou de	34	0:53
		Réduction orthopédique de fracture ou de décollement épiphysaire de l'extrémité proximale et/ou de	5	0:39
		Réduction orthopédique d'une fracture d'un os de la main	2	0:50
		Réduction orthopédique de fractures de plusieurs os de la main	2	1:14
		Réduction orthopédique de fracture et/ou de luxation de l'avant-pied	2	1:33
		Réduction orthopédique de fracture du carpe et/ou d'une luxation du poignet	1	5:01
		Réduction orthopédique de fracture de l'os nasal [des os propres du nez]	1	0:55
Chirurgie de panaris	74	Excision d'un panaris profond de la pulpe des doigts [phlegmon pulpaire]	52	0:46
		Incision ou excision d'un panaris superficiel	22	0:38
Parage / Suture de plaie	78	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en	32	1:04
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de plus de 10 cm de grand axe, en	24	1:16
		Parage secondaire de lésion traumatique ou infectieuse de la peau et des tissus mous, sous anesthésie	7	1:06
		Pansement de plaie de la peau et des tissus mous, sous anesthésie générale ou locorégionale	5	1:21
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de plus de 10 cm de gra	4	1:27
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de moins de 3 cm de grand axe, et	4	1:51
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de 3 cm à 10 cm de grand axe, en	1	2:45
		Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la face de 3 cm à 10 cm de gran	1	0:30
Chirurgie de la main	278	Parage et/ou suture de plaie profonde de la peau et des tissus mous de la main	88	0:57
		Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt par suture sur un rayon de la main, par abord dir	34	1:04
		Réparation de plaie de l'appareil extenseur d'un doigt avec suture de plaie d'une articulation, sur un ra	21	1:01
		Suture de plaie d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts sur un rayon de la main, par abord direc	20	1:14
		Suture de plaie d'un nerf digital palmaire, sur un rayon de la main	15	1:24
		Réimplantation d'un doigt	10	4:33
		Parage et/ou suture d'une plaie pulpo-unguéale	9	0:44
		Amputation ou désarticulation d'un doigt, sans résection du métacarpien	8	3:15
		Libération de nerf digital par abord direct, sur un rayon de la main	8	1:16
		Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct	6	1:58
		Autogreffe du lit de l'ongle avec reposition de la tablette unguéale ou pose de prothèse	5	0:42
		Parage et/ou suture de plusieurs plaies pulpo-unguéales	4	0:46
		Synovectomie d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt, par abord	4	1:13
		Ténosynovectomie des muscles extenseurs au poignet, par abord direct	4	1:03
		Exploration de la peau et des tissus mous sans dissection d'un gros tronc vasculaire ou nerveux, par ab	4	0:58
		Réparation d'une hémisection antérieure du poignet avec ischémie complète de la main	4	3:41
		Suture de plaies d'un tendon d'un muscle fléchisseur des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un ray	3	2:22
		Couverture du lit de l'ongle par reposition de la tablette ou pose de prothèse provisoire	3	0:36
		Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts sur un rayon de la main, par abord d	2	2:34
		Reconstruction d'un tendon de la main par transplant pédiculé, en un temps	2	2:48
		Suture de plaies d'un nerf digital palmaire et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main	2	1:40
		Libération de tendon au poignet avec ténosynovectomie, par abord direct	2	0:42
		Suture de plaies des 2 tendons des muscles fléchisseurs des doigts et d'un nerf digital palmaire, sur un r	2	2:47
		Amputation complète de plusieurs rayons de la main	2	1:35
		Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet, par abord direct	2	2:20
		Arthrodèse temporaire d'une articulation métacarpophalangienne ou interphalangienne d'un doigt par	1	1:01
		Suture de plaies de tendon des muscles fléchisseurs des doigts, d'un nerf et d'une artère digitaux palma	1	1:37
		Suture de plaies de 2 nerfs digitaux palmaires, sur un rayon de la main	1	1:30
		Réimplantation du membre supérieur sectionné au dessus du poignet	1	12:45
		Amputation d'un doigt suranné autre que le pouce	1	2:20
		Suture de plaie du nerf médian ou du nerf ulnaire au poignet avec suture de plaie de l'artère radiale ou	1	1:45
		Suture de plaies de 2 nerfs digitaux palmaires et d'une artère digitale palmaire, sur un rayon de la main	1	1:05
		Réimplantation de 2 doigts	1	2:15
		Suture et/ou réinsertion de ligament articulaire du poignet, par arthrotomie	1	2:20
		Libération du tendon d'un muscle extenseur d'un doigt sur un rayon de la main, par abord direct	1	0:40
		Amputation et/ou désarticulation de plusieurs doigts, sans résection des métacarpiens	1	1:50
		Ténosynovectomie des muscles fléchisseurs des doigts sur plusieurs rayons de la main, par abord direc	1	1:45
		Pontage d'une artère de la main, par abord direct	1	7:35
		Suture de plaie d'une artère, sur un rayon de la main	1	3:34
Chirurgie de pied	26	Amputation ou désarticulation d'un orteil	9	0:57
		Suture d'un tendon de l'arrière-pied, par abord direct	3	1:38
		Aponévrotomie et désinsertion musculaire à la plante du pied [Libération plantaire]	2	1:30
		Amputation ou désarticulation du médiopied ou de l'avant-pied, avec stabilisation de l'arrière-pied	1	2:30
		Exérèse partielle d'os du pied sans interruption de la continuité, par abord direct	1	1:15
		Amputation d'un orteil suranné, sans reconstruction articulaire	1	0:30
		Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mob	1	2:40
		Ostéotomie du premier métatarsien, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangien	1	3:13
		Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mob	1	4:00
		Arthrodèse de la première articulation métatarsophalangienne, par arthrotomie	1	2:25
		Résection des tissus mous pour hypertrophie et gigantisme du pied	1	0:24
		Arthroplastie métatarsophalangienne par résection de la tête métatarsienne sur un rayon latéral du pie	1	1:15
Ablation de matériel	15	Tarsectomie postérieure ou ostéotomie de l'arrière-pied, avec ostéotomie supramalléolaire, avec allon	1	3:00
		Arthroplastie par résection de l'articulation ou arthrodèse interphalangienne d'un orteil latéral	1	1:12
		Exérèse d'un kyste synovial ou d'une bourse séreuse de la cheville ou du pied, par abord direct	1	2:10
		Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous, en dehors du visage et des mains	4	0:45
		Ablation de matériel d'ostéosynthèse des membres sur un site, par abord direct	4	1:20
		Ablation d'un corps étranger profond des tissus mous du visage ou des mains	2	1:10
		Ablation de broche d'ostéosynthèse enfoncée, par voie transcutanée sans guidage	2	0:46
		Ablation de matériel d'ostéosynthèse centromédullaire des membres sur un site, par abord direct	1	1:57
		Ablation de plusieurs corps étrangers profonds de la peau et des tissus mous du visage et/ou des mains	1	2:10
		Ablation de matériel d'ostéosynthèse du fémur, par abord direct	1	2:17

Excision / évacuation	92	Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne, par abord direct	23	0:52
		Évacuation de suppuration profonde de la main et/ou de l'avant-bras n'atteignant pas les gaines synoviales	15	0:48
		Évacuation de collection articulaire de la main, par arthrotomie	10	0:58
		Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur moins de 50 cm ²	7	1:19
		Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne avec ténosynovectomie, par arthrotomie	7	0:54
		Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur plus de 200 cm ²	6	1:26
		Excision de lésion infectieuse diffuse de la peau et des tissus mous sur 50 cm ² à 200 cm ²	6	1:33
		Évacuation de collection de l'articulation du genou, par arthrotomie	4	1:35
		Évacuation de collection superficielle de la peau, par abord direct	4	1:12
		Évacuation d'un phlegmon de gaine synoviale digitale ou digitocarpienne étendu à la main et/ou à l'avant-bras	3	1:21
		Évacuation de collection profonde de la peau et des tissus mous, par abord direct	2	
		Évacuation de collection de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	2	1:48
		Évacuation de collection périprothétique de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	1	1:25
		Excision de brûlure en dehors de l'extrémité céphalique et des mains, sur 5% à 7,5% de la surface corporelle	1	3:00
		Évacuation de collection de l'articulation tibiotarsienne ou d'une articulation du pied, par arthrotomie	1	1:30
Lavage et ponction articulaire	24	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthrotomie	6	1:22
		Nettoyage de l'articulation coxofémorale, par arthrotomie	4	2:59
		Nettoyage de l'articulation scapulo-humérale, par arthrotomie	2	1:47
		Nettoyage de l'articulation du coude, par arthrotomie	2	1:03
		Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie	2	2:09
		Ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage	2	0:18
		Nettoyage de l'articulation du coude, par arthroscopie	2	1:02
		Nettoyage de l'articulation scapulo-humérale, par arthroscopie	1	2:38
		Nettoyage de l'articulation tibiotarsienne, par arthrotomie	1	1:35
		Nettoyage des articulations du poignet, par arthrotomie	1	1:15
Autre chirurgie du membre inférieur	31	Nettoyage de l'articulation du genou, par arthroscopie	1	2:55
		Fasciotomie pour décompression de loge d'un membre, par abord direct	6	1:39
		Réinsertion du tendon calcanéen [d'Achille], par abord direct	5	1:23
		Amputation transfibulaire	4	2:07
		Réinsertion et/ou suture du tendon du muscle quadriceps fémoral	3	1:41
		Synovectomie antérieure du genou, par arthrotomie	3	1:19
		Suture de plaie de veine profonde de la jambe et/ou de la cuisse, par abord direct	2	2:43
		Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	2	1:35
		Suture ou réinsertion du ligament croisé postérieur du genou, par arthrotomie	1	4:15
		Réparation d'une rupture du tendon calcanéen [d'Achille], par voie transcutanée	1	1:30
		Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie	1	4:40
		Patellectomie totale, par abord direct	1	1:30
		Libération du nerf tibial [sciatique poplité interne] à la jambe et/ou au canal calcanéen, par abord direct	1	1:10
		Réinsertion et/ou suture du ligament patellaire [tendon rotulien]	1	2:00
Autre chirurgie du membre supérieur	20	Suture de plaie du nerf radial au bras ou au coude, par abord direct	3	3:25
		Suture de plaie d'une artère du membre supérieur, par abord direct	3	0:41
		Libération du nerf ulnaire au coude, par abord direct	3	2:27
		Exérèse d'un hygroma du coude, par abord direct	2	
		Exérèse d'un hygroma du coude, par abord direct	2	1:11
		Suture de plaie de nerf profond du membre supérieur en amont du poignet, par abord direct	1	1:40
		Réssection de la tête du radius, par arthrotomie	1	0:58
		Suture de plaie de veine profonde du membre supérieur ou du cou, par abord direct	1	1:30
		Exérèse partielle d'un os du membre supérieur sans interruption de la continuité, par abord direct	1	1:10
		Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	1	6:05
		Évidement d'un os du membre supérieur sans comblement, par abord direct	1	1:31
		Pontage d'une artère du membre supérieur, par abord direct	1	4:20
Remplacement prothétique	27	Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse totale	13	5:46
		Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartimentaire sur une déformation supérieure	5	4:09
		Remplacement de l'articulation coxofémorale par prothèse fémorale cervicocéphalique et cupule mobile	5	2:30
		Remplacement de l'articulation du genou par prothèse tricompartimentaire sur une déformation inférieure	3	2:38
		Remplacement de l'articulation scapulo-humérale par prothèse humérale unipolaire ou à cupule mobile	1	2:23
Perte de substance	25	Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional cutané, fascial, fasciocutané, septocutané	11	1:25
		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional muqueux, cutané ou fasciocutané, à p	7	1:07
		Réparation de perte de substance par lambeau à distance cutané, fasciocutané ou musculocutané, à p	4	3:34
		Réparation de perte de substance par lambeau pédiculé de grand omentum [épiploon], en situation ex	1	6:32
		Réparation par lambeau libre cutané, fascial, fasciocutané ou souscutané, musculaire, musculocutané,	1	8:15
		Réparation de perte de substance par lambeau local ou régional musculaire ou musculocutané, à pédic	1	4:55
Chirurgie de colonne vertébrale	32	Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par abord p	6	8:21
		Recalibrage bilatéral de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée, par abord postérieur	5	5:31
		Recalibrage unilatéral de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée, par abord postérieur	4	2:50
		Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par cervicotomie antér	3	3:17
		Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord p	3	4:59
		Correction instrumentale d'une déformation souple de la colonne vertébrale avec arthrodèse de 10 ver	2	9:14
		Recalibrage bilatéral de la colonne vertébrale cervicale, par abord postérieur	1	3:13
		Ostéosynthèse postérieure de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire avec arthro	1	2:10
		Exérèse de plusieurs hernies discales de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postéro	1	4:57
		Exérèse d'une récurrence d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale préalablement opérée par	1	2:35
		Arthrodèse intercorporelle de la colonne vertébrale lombale ou lombosacrée avec arthrodèse postéro	1	6:09
		Ostéosynthèse de la colonne vertébrale avec exploration du contenu canalaire, par thoracotomie	1	5:44
		Ostéosynthèse de la colonne vertébrale sans exploration du contenu canalaire, par abord antérieur et p	1	11:52
		Laminotomie vertébrale sans exploration du contenu intradural, par abord postérieur ou par abord pos	1	1:47
		Arthrodèse intercorporelle d'un spondylolisthésis lombal avec réduction, avec ostéosynthèse, par abo	1	3:48

ANNEXE n°6 : Procédure d'enquête du refus



AR Fiche :

Remarque :

Fiche d'analyse refus avec signalement d'un impact sur la prise en charge du patient

Date d'ouverture de fiche :

Adresse postale :

Date de fermeture de fiche :

Remarque complémentaire :

Motif du refus :

Données patients :

Age :

Sexe :

Antécédents et co-morbidités :

En cas de pathologie chronique (cancer par ex) : établissement habituel de prise en charge

Motif de consultation :

Diagnostic(x) retenu(x) :

Description de l'événement :

Date de prise en charge :

Heure de prise en charge :

Etablissement demandeur :

Etablissement ayant refusé :

Devenir du patient :

1
2

Chronologie de l'événement

Date et heure	Faits	Problème rencontré	Mesures serviciers défaillantes

Facteurs contributifs :

Conséquences éventuelles :

Plan d'action et mesures correctives proposées :