

RAPPORT INTERMEDIAIRE

Réorganisation régionale Permanence des Soins en Etablissements de Santé Chirurgie orthopédique / traumatologique et viscérale / digestive

Rédacteur	Dr Hellmann Romain Commission Régionale d'Evaluation PDESES (CREPDESES)
Contribution	Marianne PERREAU-SAUSSINE
Document(s) de référence	Cahier des charges régional PDESES / Guide de démarrage PDESES

Plan

- a. Introduction**
- b. Activité liée à la PDESES**
 - a. Taux de réponse à l'enquête d'activité*
 - b. Activité chirurgicale en nuit profonde*
 - c. Activité chirurgicale en première partie de nuit*
 - d. Transfert inter établissement*
 - e. Les flux dans les services d'urgences*
 - f. Activité de radiologie*
- c. Le refus**
 - a. Répartition chronologique*
 - b. Répartition géographique*
 - c. Répartition par spécialité*
 - d. Répartition par motif de refus*
 - e. Typologie des refus*
- d. Conclusions**

Introduction

a. Contexte

Depuis l'été 2010, l'ARS d'Ile-de-France s'est engagée aux cotés des professionnels de santé de la région dans un large chantier de réorganisation de la Permanence des Soins en Etablissements de Santé (PDES) et plus particulièrement dans le domaine de la chirurgie viscérale et orthopédique nocturne. Ce projet majeur à vocation fortement restructurante a été mis en place le 1^{er} février 2012.

Jusqu'en 2012, la PDES en chirurgie orthopédique et viscérale était assurée dans la région par 86 sites MCO autorisés pour l'accueil des urgences. En nuit profonde, l'activité chirurgicale dans ces spécialités était évaluée à 9 671 interventions par an (soit 26,5 interventions par nuit profonde dans la région) ⁽¹⁾. 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 - amener à des complications pour les patients. Aucun outil de signalement de ces difficultés n'était disponible. La sécurisation des prises en charge, l'amélioration de l'efficience et la garantie de l'accès aux soins pour tous les Franciliens ont constitué la pierre angulaire des travaux de réorganisation entrepris par l'ARS aux cotés de professionnels de santé. La région s'est ainsi dotée d'un Cahier des Charges Régional fondé autour de 7 engagements fondamentaux et novateurs - dont le principe du « zéro refus » - suivi étroitement par un registre mis à disposition des professionnels de santé.

b. Processus d'évaluation

L'ARS d'Ile de France s'est engagée à accompagner la nouvelle organisation par un dispositif d'évaluation concomitant élaboré par la Commission Régionale d'Evaluation (CREPDES). Constituée de 20 membres, elle se réunit tous les mois depuis novembre 2011. Elle est composée d'acteurs de terrain participant activement à la PDES dans les 8 territoires de la région dans les différents domaines concernés (SAMU, urgences, anesthésie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, radiologie, paramédicaux, département d'information médicale, CERVEAU, ROR) ainsi que des membres de

Sociétés Savantes ou de groupes de travail régionaux. Sa composition exacte est consultable sur le site www.ars.iledefrance.sante.fr.

Les axes principaux de suivi ont été initialement centrés sur :

- * le respect du cahier des charges régional
- * les données d'activité liées à la PDSES (activité chirurgicale et de transfert)
- * la surveillance des flux des patients au niveau des services d'urgence

Des outils de suivi ont été mis progressivement en place. Ainsi, le registre des refus, dispositif central de l'évaluation, a été mis à disposition des professionnels de santé de la région dès le 1^{er} février 2012 sur le Répertoire Opérationnel des Ressources (www.ror-if.fr)

Un suivi quotidien est réalisé grâce à la plateforme de veille de l'ARS en relation avec les Délégations Territoriales et la CREPDSES.

Deux vagues d'enquête sur l'activité chirurgicale PDSES ont été entreprises depuis la mise en place de la réorganisation : une première phase en mars sur l'activité de février, la deuxième actuellement en cours sur la période de mars à mai 2012. Seules les données de la première phase de recueil sont disponibles dans ce rapport.

En parallèle, un recueil de l'activité des Services de Régulations Médicales liées à la réorganisation de la PDSES chirurgicale est en cours.

Un suivi mensuel de l'activité des Services d'Urgences est réalisé par le CERVEAU (Centre Régional de Veille et d'Action sur les Urgences).

Le dispositif d'évaluation sera complété très prochainement par la mise à disposition aux professionnels de santé d'un registre de déclaration des fonctionnements non conformes tels que prévu par le cahier des charges régional PDSES. Ce registre sera accessible via le Répertoire Opérationnel des Ressources d'Ile de France (www.ror-if.fr).

Activité liée à la PDSES

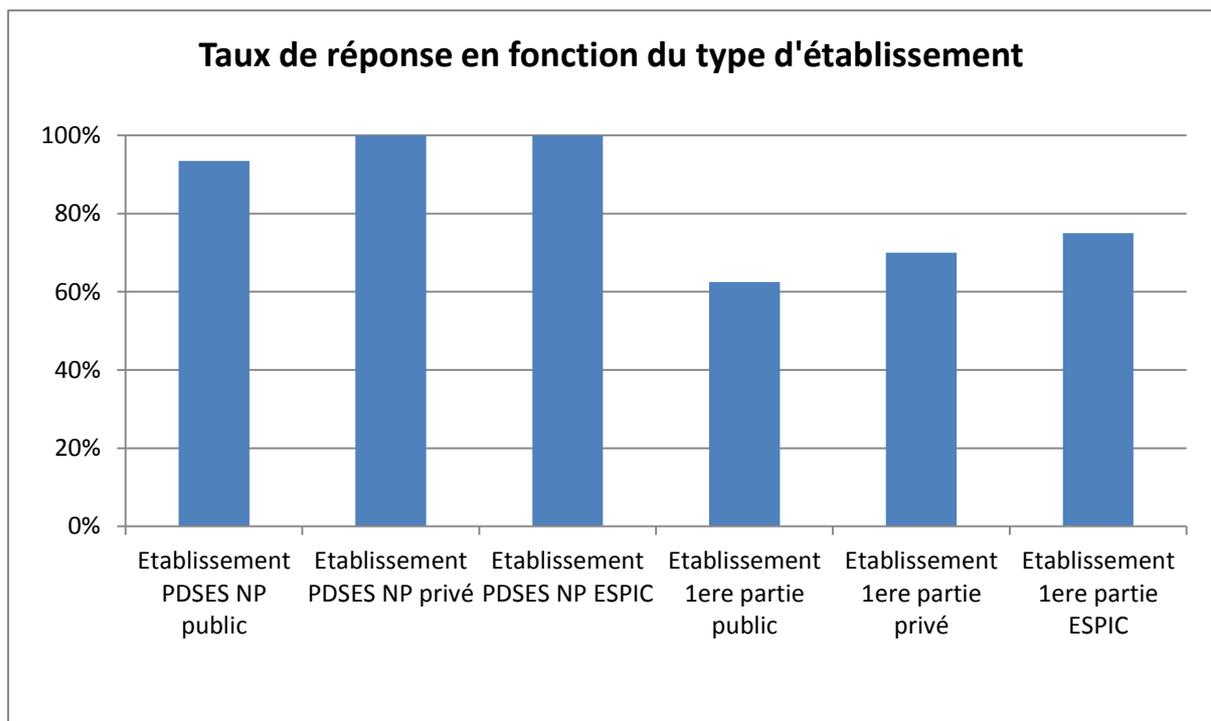
AVERTISSEMENT

Les données d'activité chirurgicale des mois de mars à mai 2012 n'ont pu être incluses dans ce rapport intermédiaire. Le retour tardif des recueils notamment dans certains territoires aurait rendu l'analyse peu fiable.

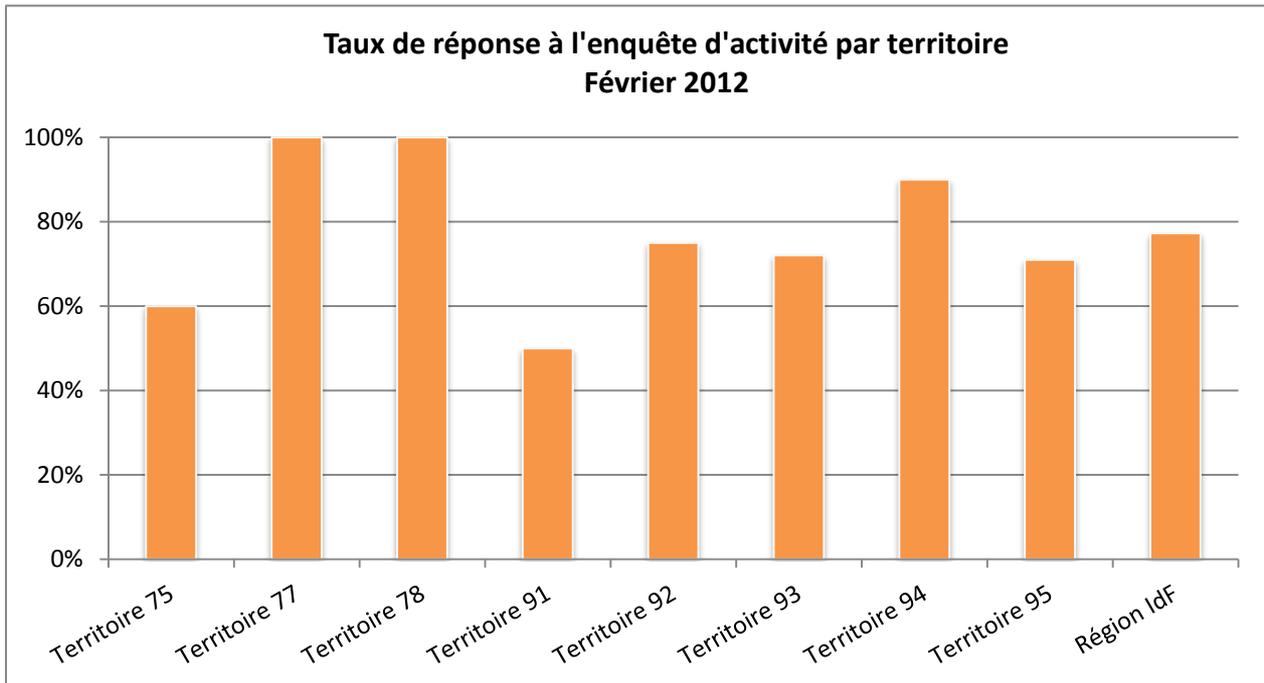
L'analyse d'activité chirurgicale en première partie de nuit et en nuit profonde est basée sur des données déclarées par les établissements de la région recueillies lors de la première vague d'enquête réalisée mi mars 2012 (taux de réponse de 78,5%). Par soucis d'homogénéisation des données, seul le mois de février a été analysé. Si les résultats se limitent à une synthèse d'activité en volume, une analyse plus fine sur les horaires et le CIM 10 a pu être effectuée.

a. Taux de réponse à l'enquête d'activité

- *Taux de réponse en fonction du type d'établissement*

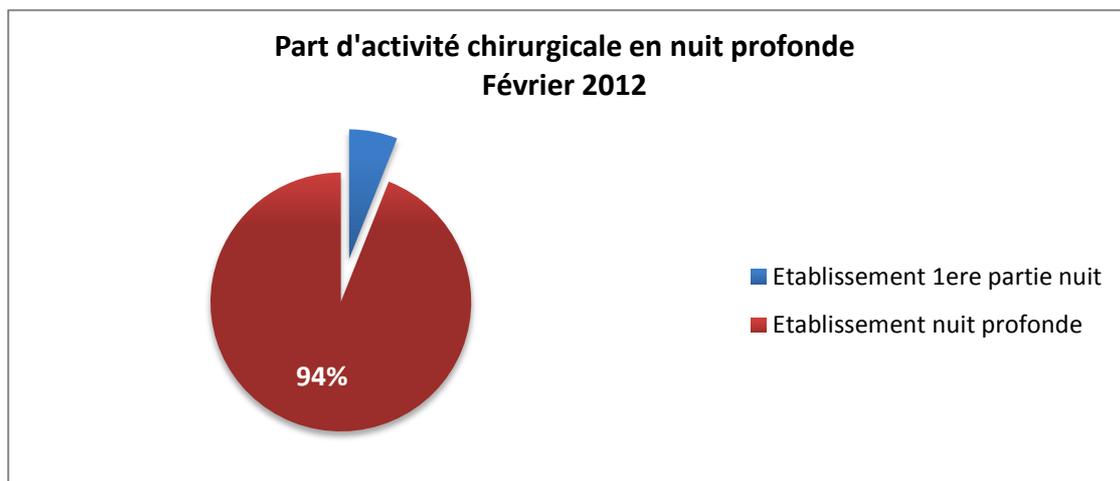


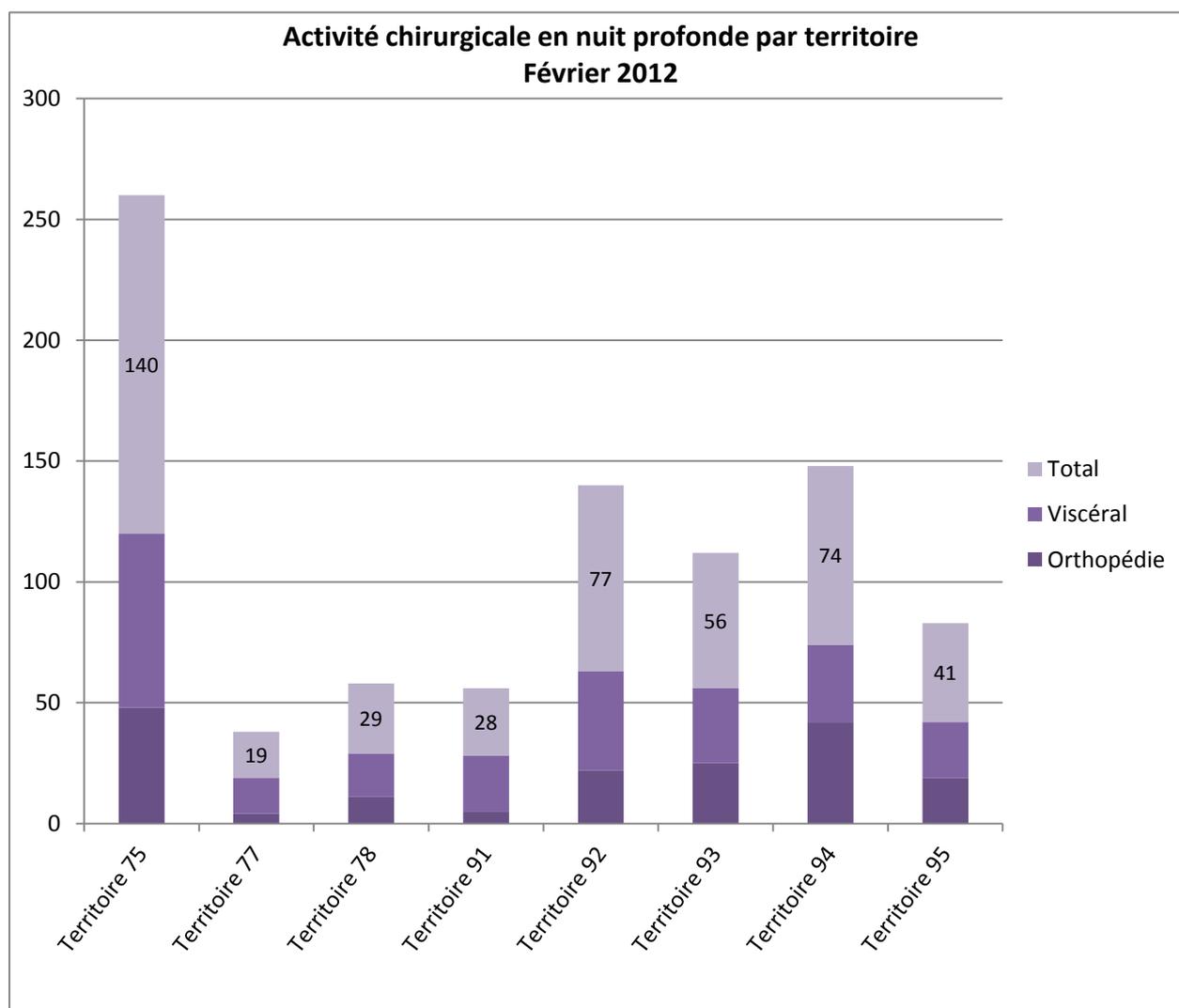
- **Taux de réponse en fonction des territoires**



b. Activité en nuit profonde

464 interventions en nuit profonde (22h30 – 8h30) ont été réalisées dans les centres répondeurs soit environ 15 interventions par nuit profonde dans la région. La quasi totalité des interventions en nuit profonde sont réalisés dans les établissements en charge de cette tranche horaire.





Le volume d'activité chirurgicale en nuit profonde retrouvé en février 2012 est nettement inférieur aux prévisions faites à partir des données recueillies en 2010 pourtant réalisées sur une tranche horaire plus réduite (0h00 – 8h30). En effet, les projections tablaient sur une activité d'environ 825 interventions durant le mois de février. La même tendance est retrouvée pour l'activité chirurgicale de première partie de nuit.

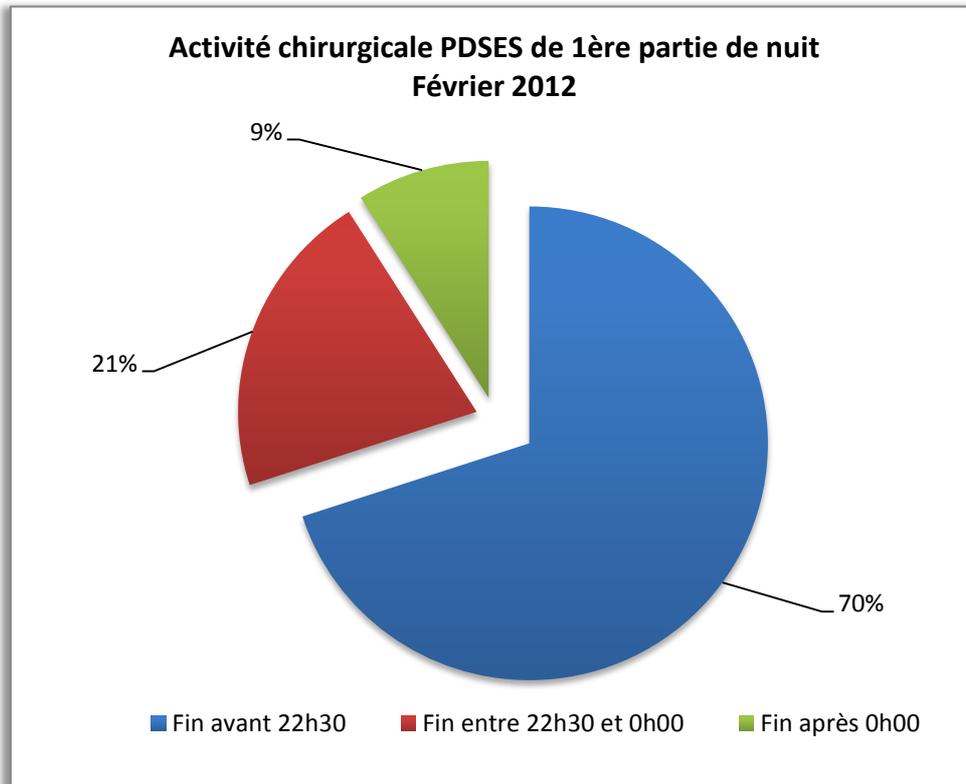
Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour tenter d'expliquer cette différence :

- Variation saisonnière de l'activité chirurgicale
- Enquête plus précise que l'enquête ARS de 2011 avec des requêtes plus spécifiques (activité PDSSES à l'exclusion de l'activité programmée, activité de chirurgie orthopédique et viscérale à l'exclusion des autres activités chirurgicales).

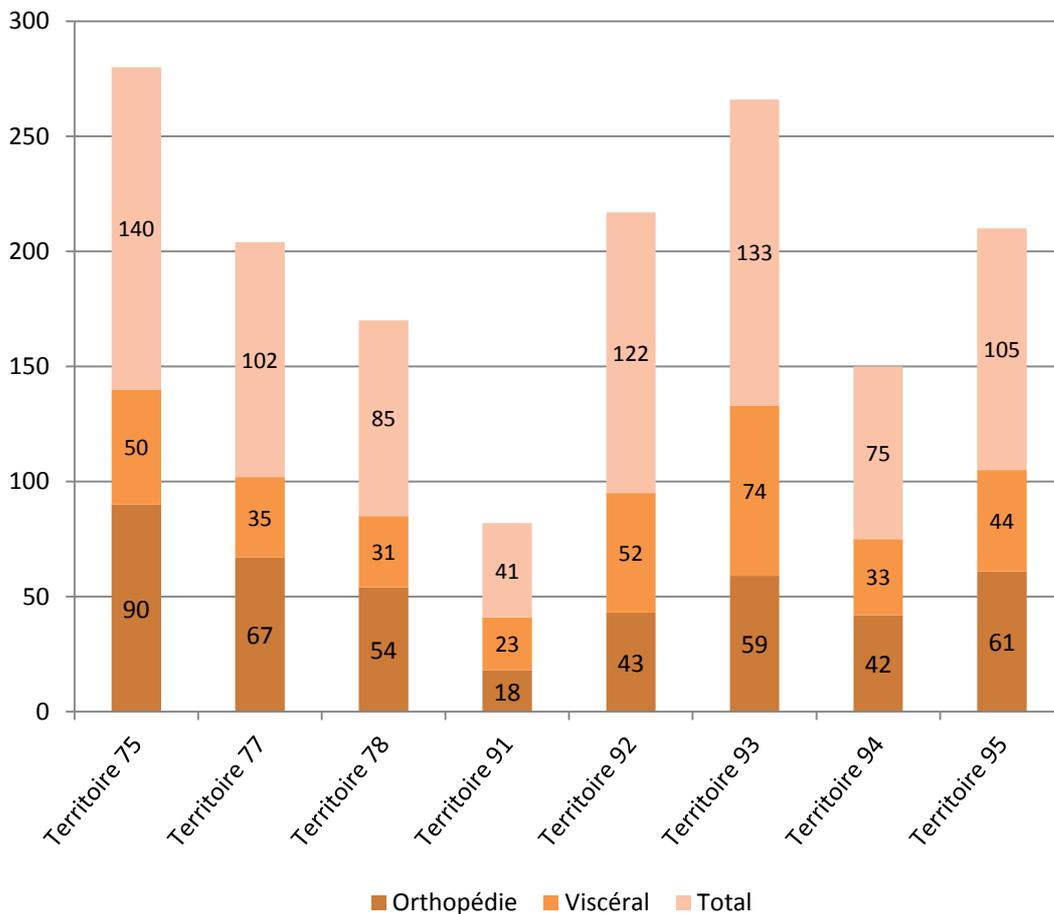
c. Activité chirurgicale en première partie de nuit

803 interventions ont été réalisées en première partie de nuit durant le mois de février 2012, soit environ 28 interventions par jour dans cette tranche horaire dans la région.

Cette activité déborde dans 30% des cas sur la nuit profonde.

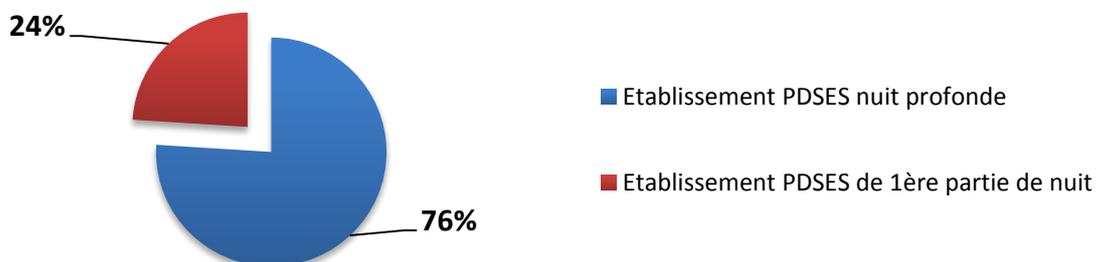


Activité chirurgicale en première partie de nuit par territoire Février 2012



L'activité de première partie de nuit est majoritairement réalisée par les établissements de nuit profonde.

Part d'activité chirurgicale en 1ère partie de nuit Février 2012

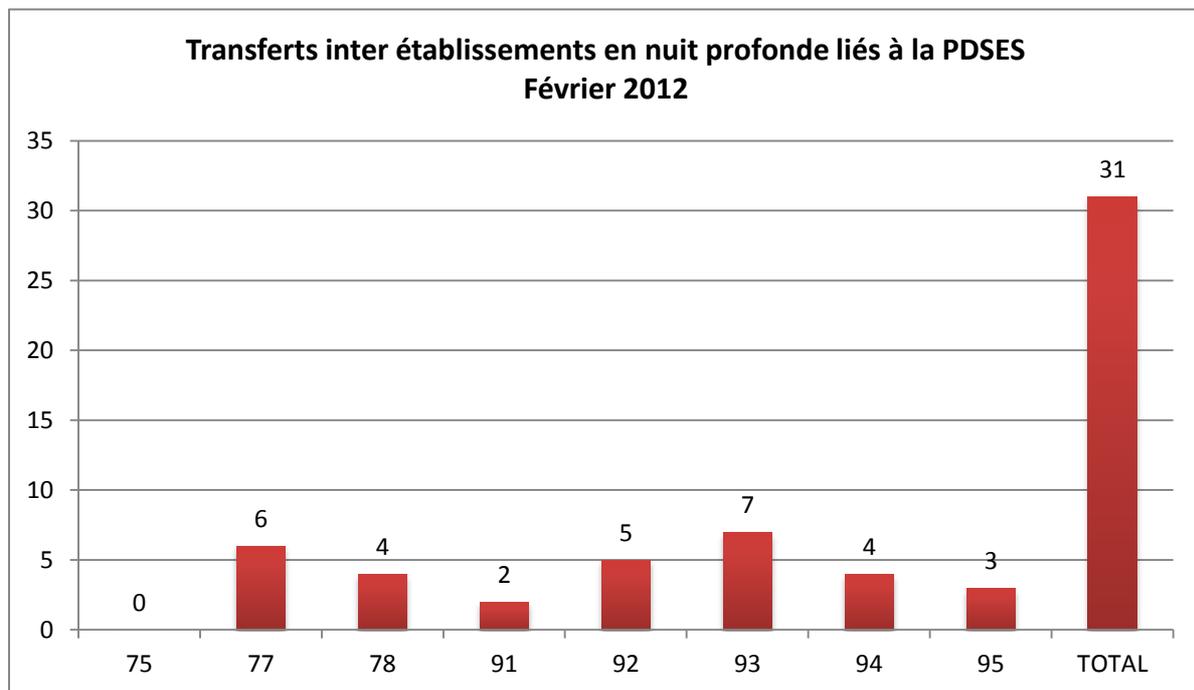


d. Transfert inter établissement

Cette donnée est difficile à évaluer car uniquement basée pour l'instant sur les déclarations des établissements. Le taux de retour de cette information a été très faible. On peut avancer plusieurs hypothèses :

- Peu ou pas de transfert : l'activité chirurgicale est faible en nuit profonde et déjà réalisée en grande majorité par les établissements de nuit profonde. Les réorientations pré hospitalières par les régulations médicales des patients ayant un fort risque d'intervention chirurgicale en nuit profonde sont effectives limitant ainsi les transferts secondaires.
- Difficulté de traçabilité de l'information de transfert : c'est une hypothèse non négligeable. Il est probable que le nombre de transfert soit de ce fait sous évalué.

Le recueil de données des régulations médicales pourra peut-être permettre une meilleure quantification de cette activité de transfert liée à la réorganisation de la PDSES.



e. Flux dans les services d'urgences

Il n'y a pas eu de modification ou de réorientation de flux évident entre des différents services d'urgences depuis la mise en place de la nouvelle réorganisation. Néanmoins, un suivi étroit sur plusieurs mois est nécessaire pour confirmer l'absence d'impact.

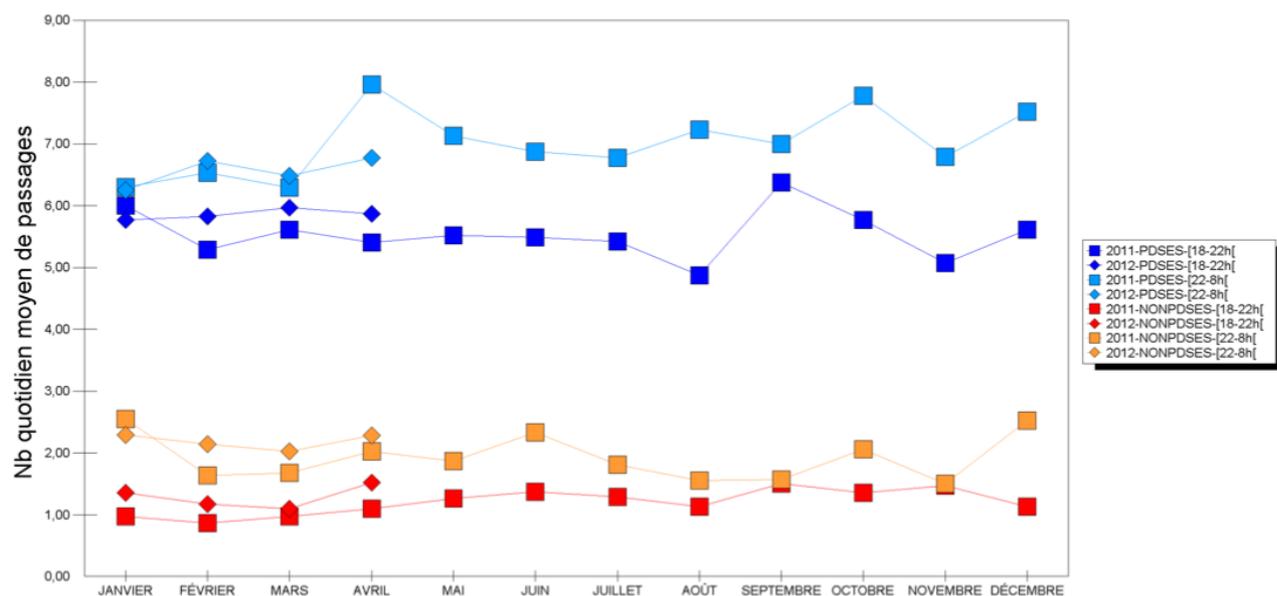


Figure 1 : Passages moyens mensuels dans les SAU de Paris intra muros émettant dans Cyber Urgences
Données fournies par CERVEAU

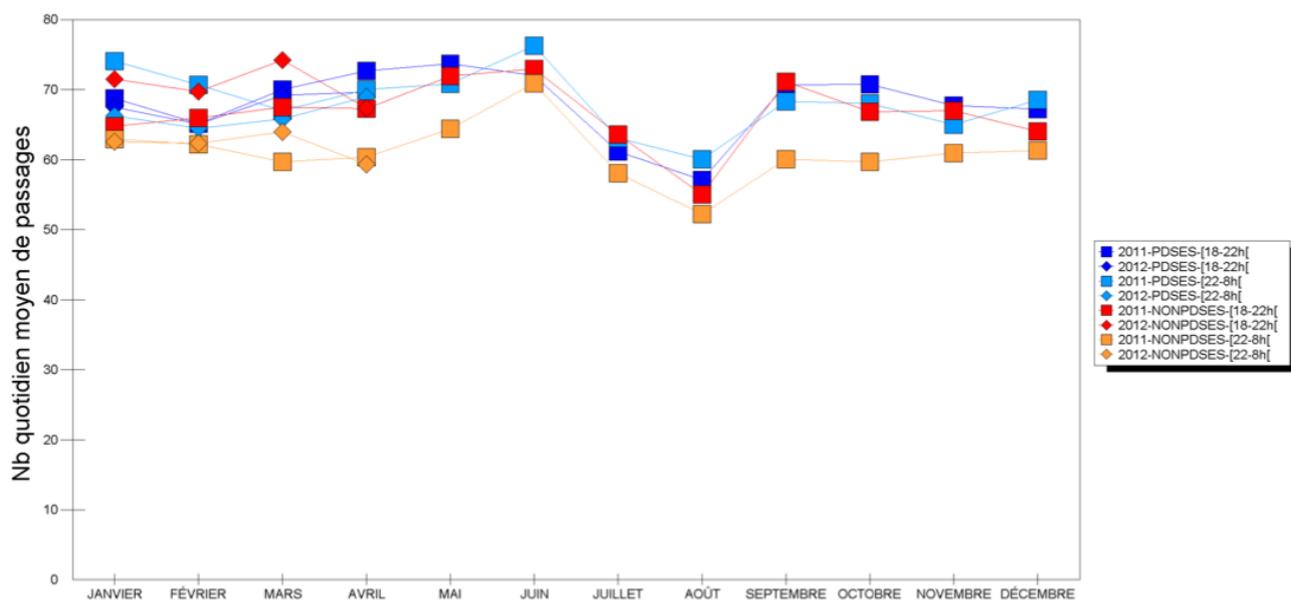
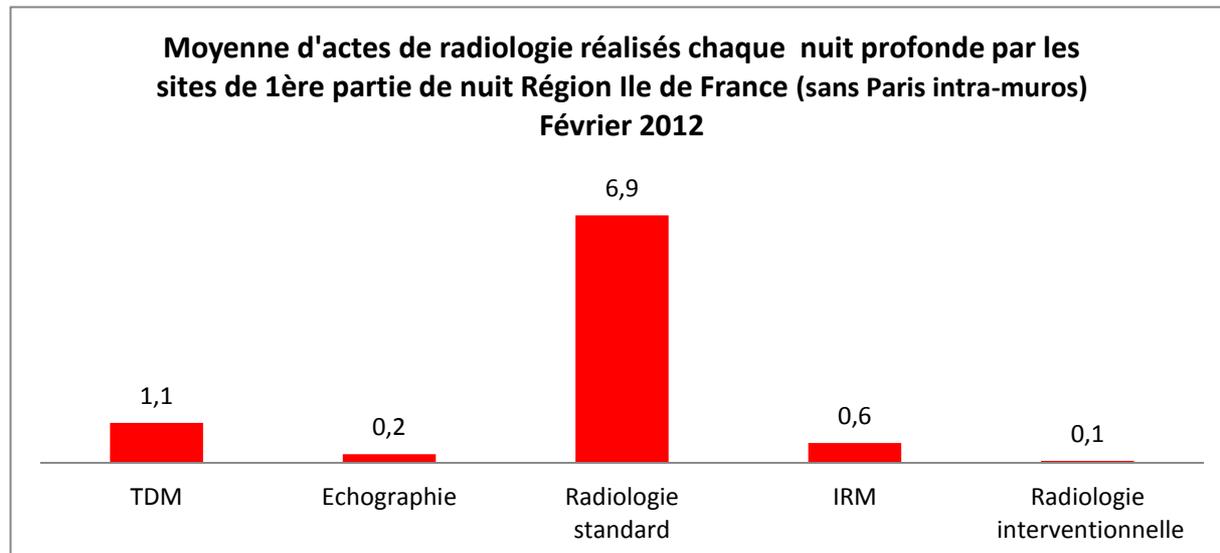
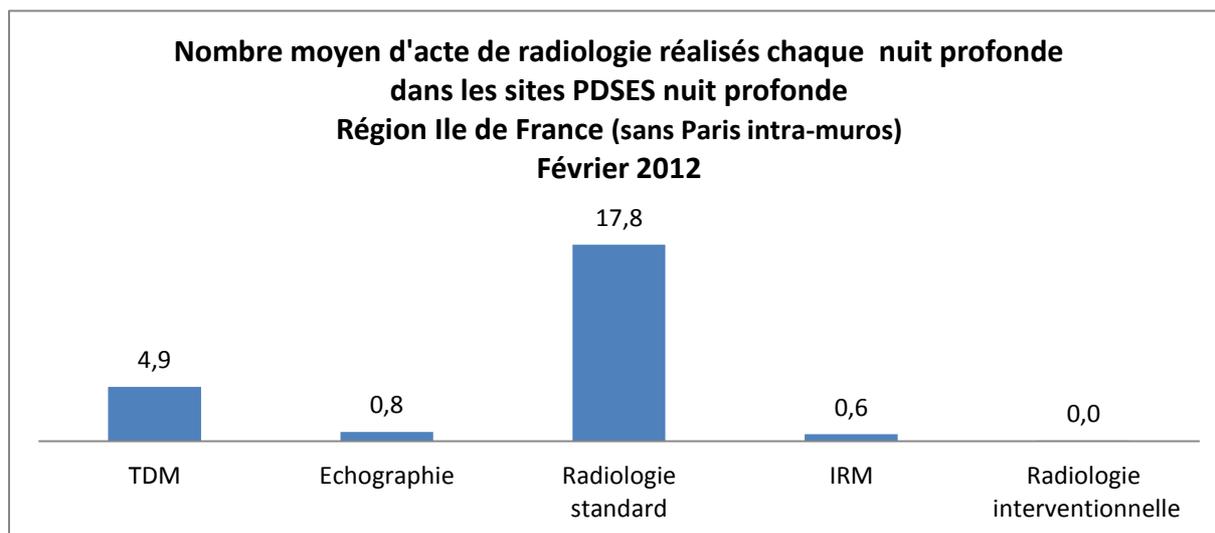


Figure 2 : Passages moyens mensuels dans les SAU des Hauts de Seine émettant dans Cyber Urgences
Données fournies par CERVEAU

f. Activité de radiologie

Ces données sont à analyser avec précaution car non exhaustive (39% de taux de réponse et 43 % avec l'exclusion de Paris intra-muros). Ces chiffres sont donnés à titre indicatif.



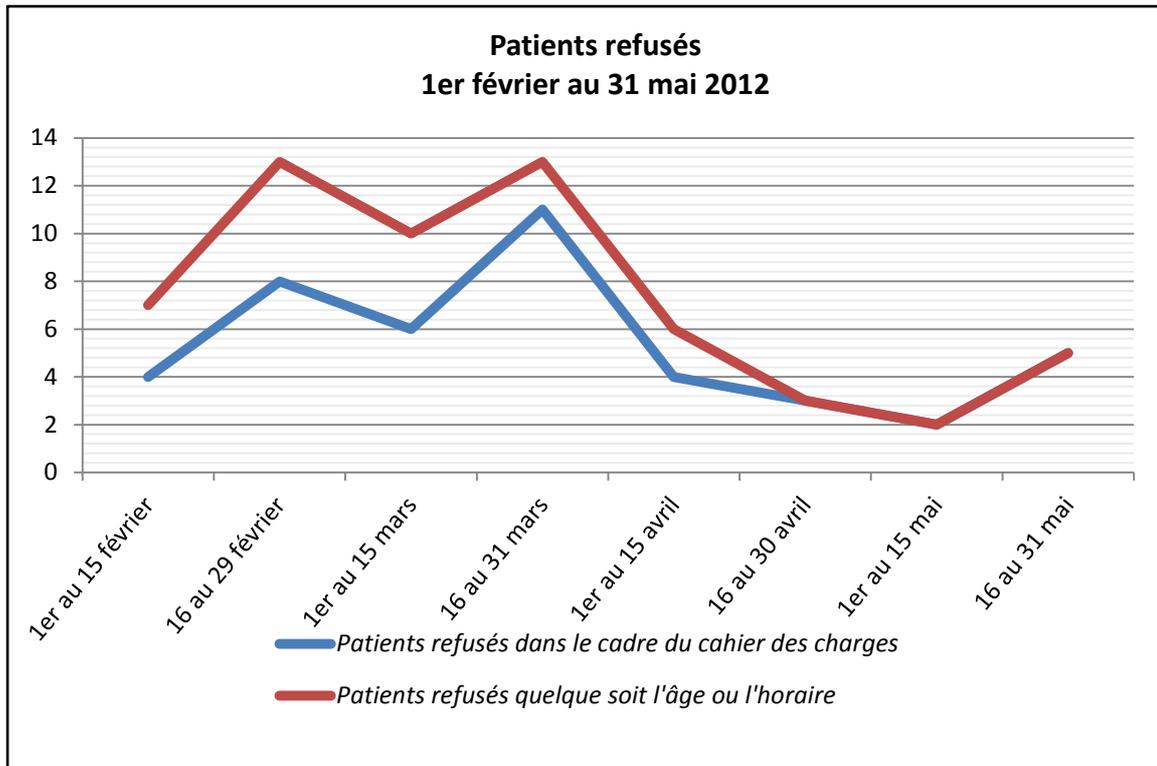
Points à retenir sur l'activité PDSES

- *Le volume d'activité chirurgicale PDSES en nuit profonde est plus faible que les estimations faites à partir des données de 2010. Cette tendance doit être confirmée par un suivi étroit de l'activité qui doit permettre dans les prochains mois de s'affranchir des variations saisonnières éventuelles.*
- *L'activité chirurgicale en nuit profonde est assurée dans 94 % des cas par les établissements de nuit profonde. Ces derniers assurent par ailleurs $\frac{3}{4}$ de l'activité PDSES de 1^{ère} partie de nuit.*
- *L'activité de transfert est difficile à apprécier pour l'instant. Les données d'activité des régulations médicales permettront sans doute de mieux apprécier l'activité de transfert en nuit profonde.*

Le refus

Entre le 1^{er} février et le 31 mai 2012, 42 patients ont été refusés dans le cadre du cahier des charges (parmi les 58 patients refusés au total) soit 0,3 refus par nuit profonde du 1^{er} février au 31 mai 2012. Pour ces 42 patients, il y a eu 64 refus (demande de transfert refusé).

a. Répartition chronologique



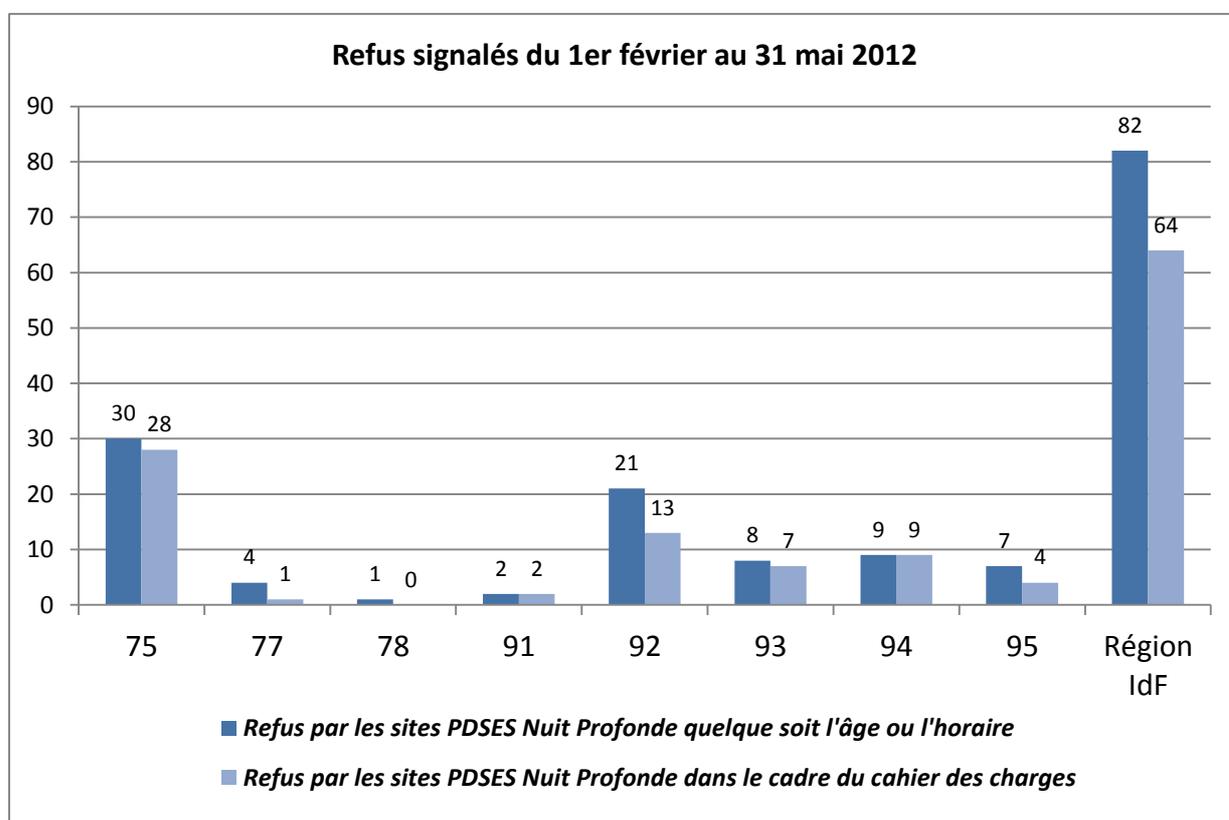
Le nombre de signalement a progressivement diminué dans la région à partir du mois d'avril, le niveau actuel de signalement étant faible avec 1 à 2 refus / semaine. Plusieurs interprétations peuvent être avancées :

- « Peu de refus car peu de patients à opérer » : le niveau actuel de déclaration est le reflet d'une activité chirurgicale faible durant cette tranche horaire. La disparition des déclarations en dehors du cahier des charges participe probablement à maintenir un niveau de déclaration faible.
- « Peu de refus car la réorganisation fonctionne » : L'absence de refus signalé par les Régulations Médicales témoigne probablement d'un bon fonctionnement de la nouvelle réorganisation lors des horaires de la PDSSES avec moins de difficulté pour les SAMU à adresser les patients vers les sites identifiés « nuit profonde » (élément

corroboré par les retours d'expérience des SAMU lors de commissions territoriales PDSES). Ainsi, les patients sont adressés dans les sites adaptés dès la prise en charge pré hospitalière, évitant ainsi des transferts secondaires.

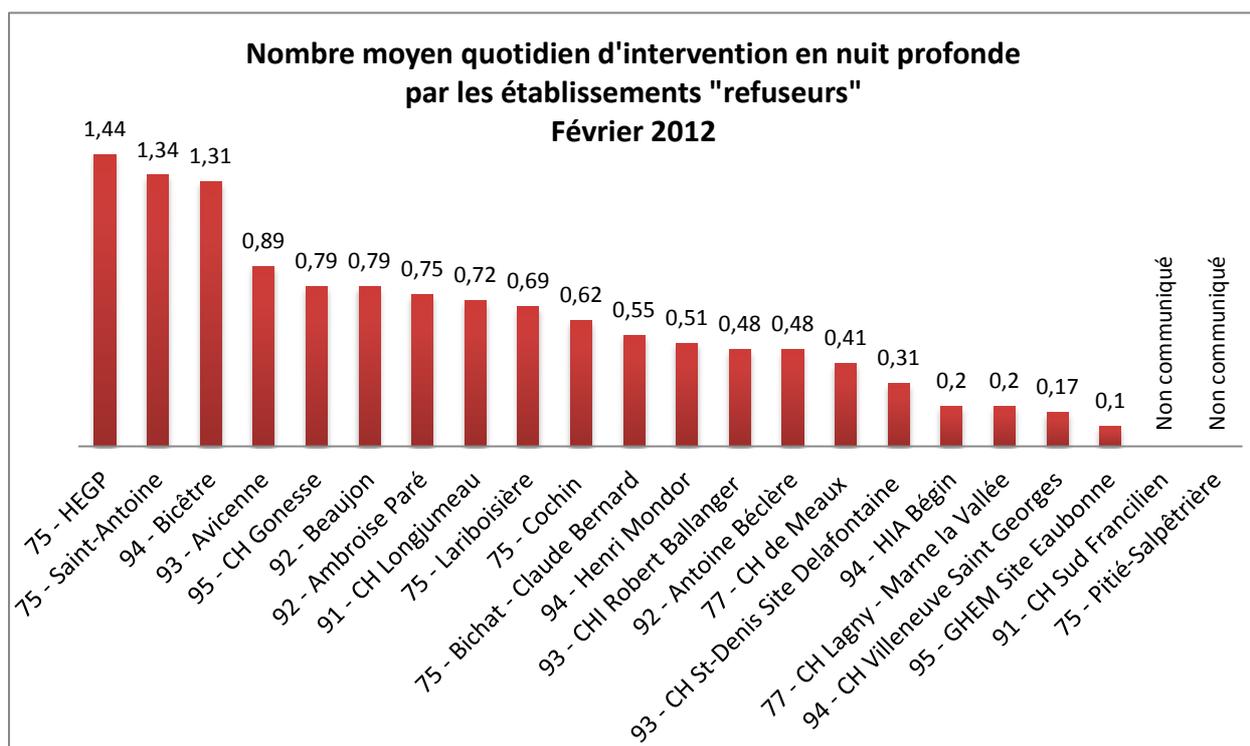
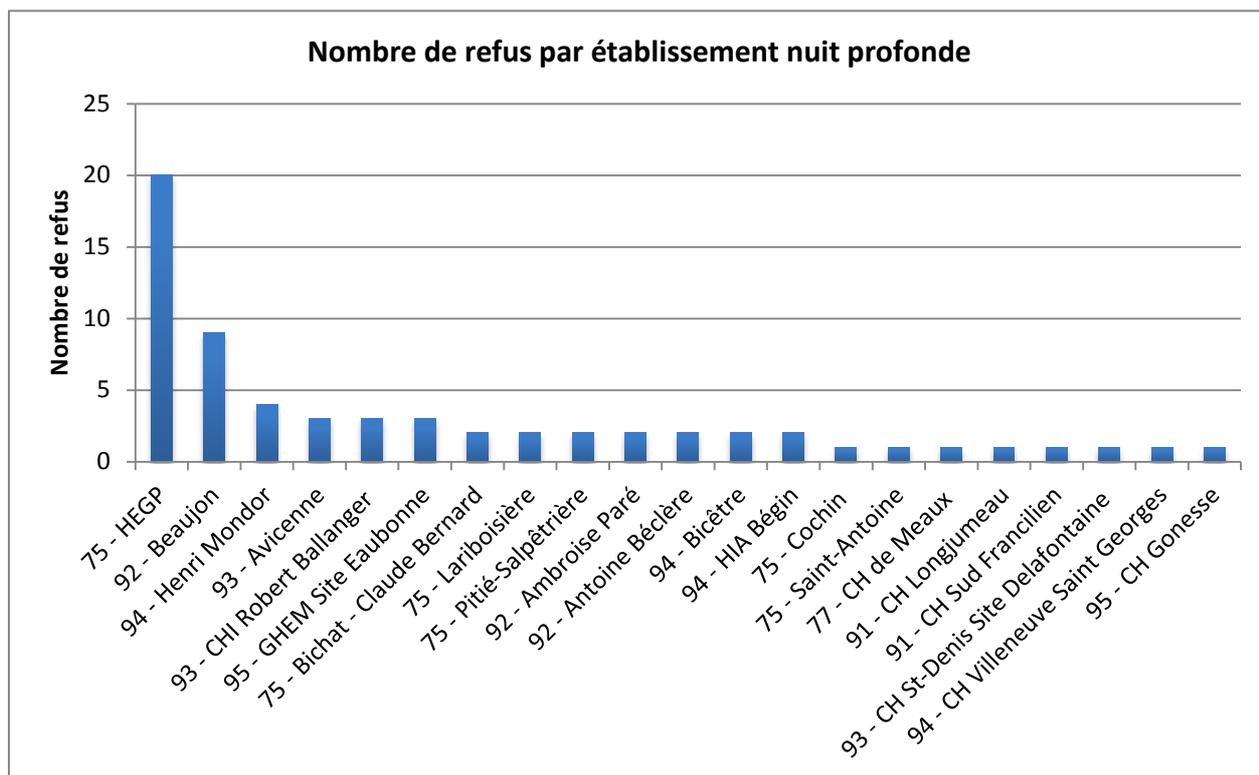
- « Peu de refus car il y a une sous utilisation du registre des refus par les professionnels de santé » : le niveau actuel de signalement ne témoignerait peut-être pas de la réalité, les professionnels de santé ne déclarant pas forcément les refus. L'information de la mise à disposition d'un outil de signalement n'a peut-être pas diffusé auprès de tous les médecins concernés de la région. Il est nécessaire que les acteurs de terrain s'approprient cet outil mis à leur disposition.

b. Répartition géographique



Si les refus sont plutôt concentrés sur deux territoires, il semble qu'il y ait une tendance à une centralisation des refus dans Paris intra –muros et la petite couronne. Cette répartition doit être mise en perspective par rapport à la dotation plus étoffée en sites PDSES nuit profonde de ces territoires mais aussi leur activité chirurgicale plus élevée aux horaires de la PDSES.

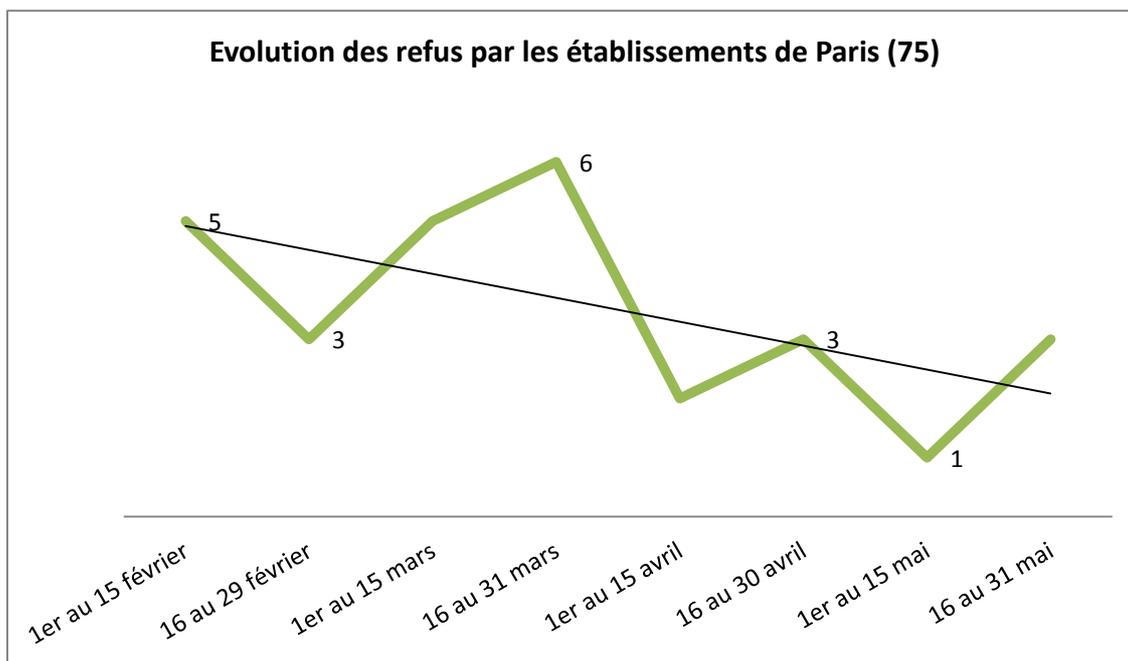
c. Répartition par établissement

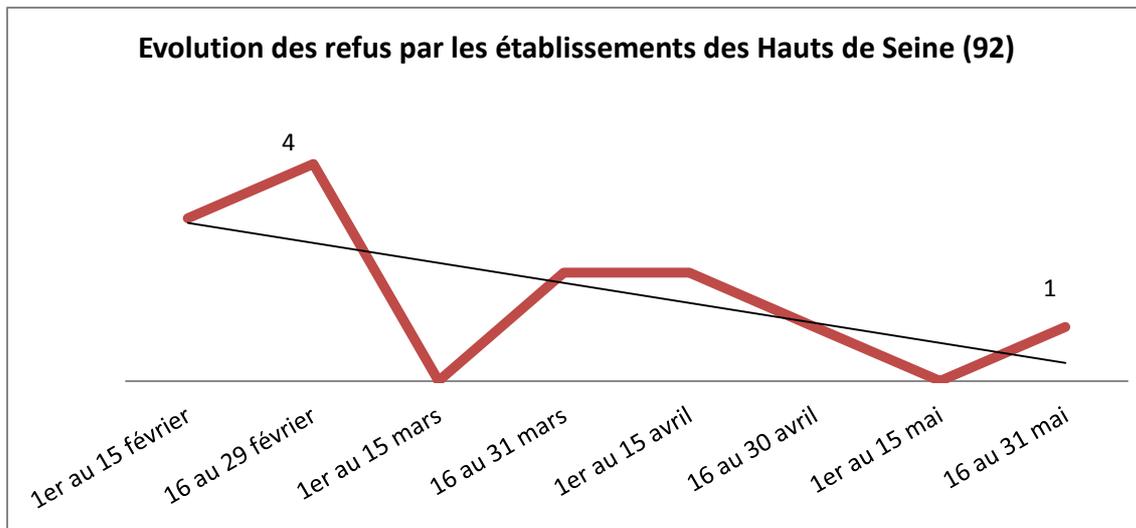


Lors des deux premiers mois, les refus ont été concentrés sur deux établissements. Les refus dans les territoires du 75 et du 92 et plus particulièrement dans les deux établissements refusant le plus de patient, sont en diminution nette depuis le mois d'avril.

Plusieurs explications peuvent être apportées :

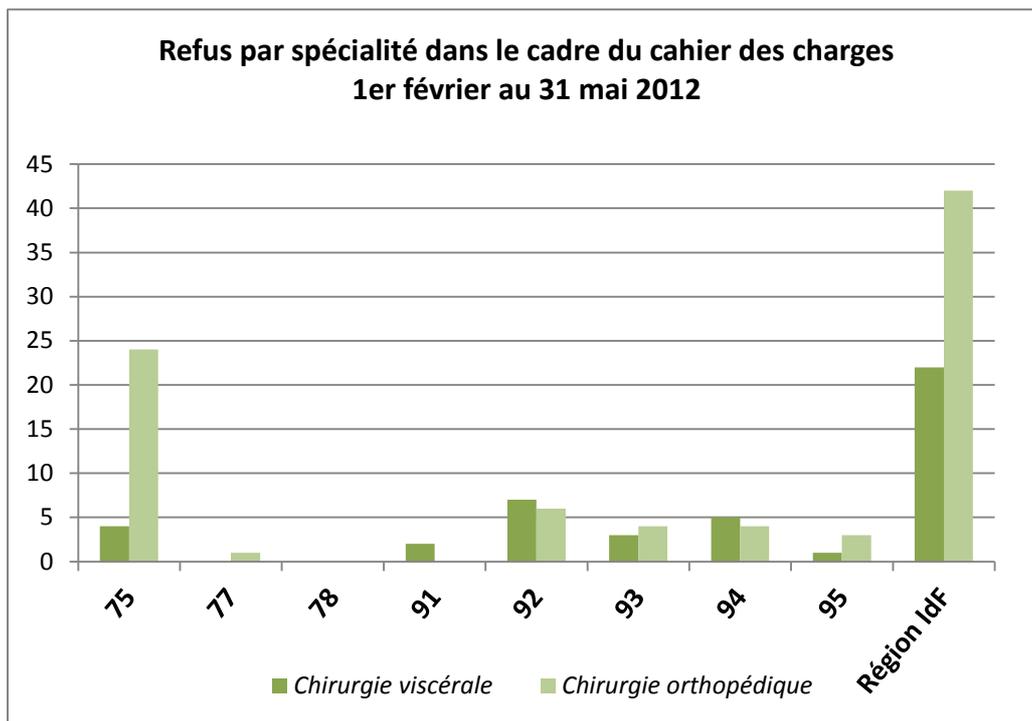
- Disparition des signalements en dehors des horaires de la PDES : en effet, la particularité était que les déclarants étaient les « refuseurs » et non les demandeurs. Les professionnels de santé de ces établissements avaient pris le parti de déclarer tous les refus y compris ceux n'entrant pas dans le cadre du cahier des charges.
- Réorganisation interne des établissements avec appropriation du sujet de la PDES par les établissements.
- Action de l'ARS Ile de France auprès de ces établissements pour identifier les causes et rappeler les engagements du cahier des charges.





d. Répartition par spécialité

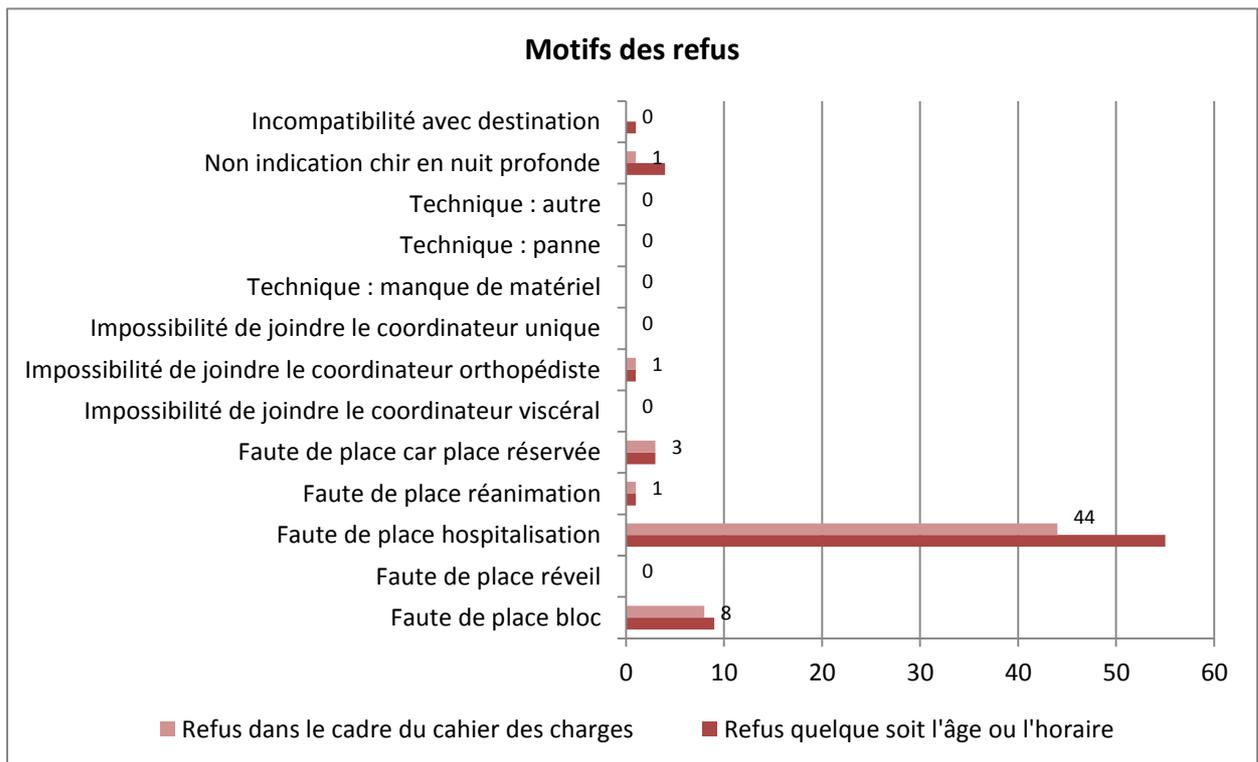
La majorité des cas de refus sont retrouvés en chirurgie orthopédique et traumatologique. Néanmoins, cette tendance concerne principalement Paris intra muros et témoigne surtout la difficulté de prise en charge de l'orthopédie dans un établissement APHP notamment en traumatologie de la main.



e. Répartition par motif de refus

Le motif de refus le plus fréquemment retrouvé est lié à un « manque de place d'hospitalisation » dans près de 69 % des cas de refus opposés dans le cadre du cahier des charges. Dans seulement 12,5 % des cas, le bloc était utilisé. On peut ainsi apporter quelques conclusions préliminaires :

- La réduction du nombre des sites en nuit profonde ne s'est pas accompagnée d'une indisponibilité des équipes chirurgicales durant les horaires de PDSES. Les équipes pouvaient opérer les patients nécessitant une chirurgie urgente. Par ailleurs, la majorité des patients refusés n'ont été refusé qu'une seule fois a donc trouvés rapidement une structure d'accueil adaptée.
- Le dimensionnement de l'accueil des sites PDSES nuit profonde peut poser question. Cette réflexion est d'autant plus importante qu'à priori, les réveils et les réanimations semblent ne pas poser de difficulté pour la prise en charge post opératoire d'un volume faible de patient en nuit profonde. Il sera sans doute nécessaire de suivre avec attention le rôle rempli par les SSPI et les USC dans la nouvelle réorganisation.



f. Typologie du refus

Le patient refusé est jeune avec en moyenne 45 ans. Il n'y a pas de différence significative entre les deux sexes. Dans 5 % des cas (3 patients), il y a eu un refus multiples (respectivement : 12 refus, 7 refus et 3 refus). Pour deux d'entre eux (12 refus et 3 refus), il n'y a pas eu de conséquence sur le pronostic vital ou fonctionnel du patient. Pour le dernier (7 refus), survenu mi mai 2012, l'enquête de la Délégation Territoriale concernée de l'ARS est en cours. Dans les 95 % des cas restant (refus unique), il n'y a pas eu de complication pour les patients.

Points à retenir sur le refus

- ***La majorité des refus ont été liés à une indisponibilité de lit d'hospitalisation, mais les patients ont trouvés rapidement une orientation adaptée (refus unique dans 95 % des cas).***
- ***Il n'y a pas eu de complications liées au refus pour les patients.***
- ***Le nombre d'équipes chirurgicales en nuit profonde semble suffisant car peu de refus ont été liés à une indisponibilité d'équipes ou de bloc.***
- ***Il semble nécessaire de rappeler aux établissements de nuit profonde les engagements de dimensionnement de l'accueil de patients nécessitant une chirurgie urgente en nuit profonde. Le faible volume d'acte chirurgical durant les horaires de nuit profonde ainsi que le faible nombre de refus lié à l'absence de place dans les SSPI et les services de réanimation doivent inciter les établissements à optimiser leur ressource d'accueil.***
- ***La mise à disposition prochaine (fin juin 2012 sur le ROR) d'un outil de signalement des fonctionnements non conformes pour les professionnels de santé de la région permettra de mieux apprécier les effets de la réorganisation sur les modalités de prise en charge.***

Conclusions

- *La réorganisation de la PDSES en chirurgie orthopédique et viscérale semble fonctionner. Néanmoins un suivi étroit doit être poursuivi durant l'année 2012.*
- *Le dispositif d'évaluation est opérationnel mais doit s'enrichir d'un nouvel outil de signalement du fonctionnement non conforme.*
- *Une promotion des outils de signalements mis à disposition des professionnels de santé doit être entreprise.*
- *Un rappel des engagements du cahier des charges pour les établissements de nuit profonde semble nécessaire.*