

**En présence de :** ARS (A. BARRETEAU, M. PERREAU-SAUSSINE, S. LE LOUP, M.-C. GEIDEL), AP-HP, FEHAP Ile-de-France, FHF Ile-de-France, FHP Ile-de-France

**Objet de la réunion :** 1. Evaluation PDES chirurgie, 2. Commission territoriale PDES 3. Etat des lieux de l'avancée du dispositif et perspective de déploiement en 2012, 4. Financement PDES 2012.

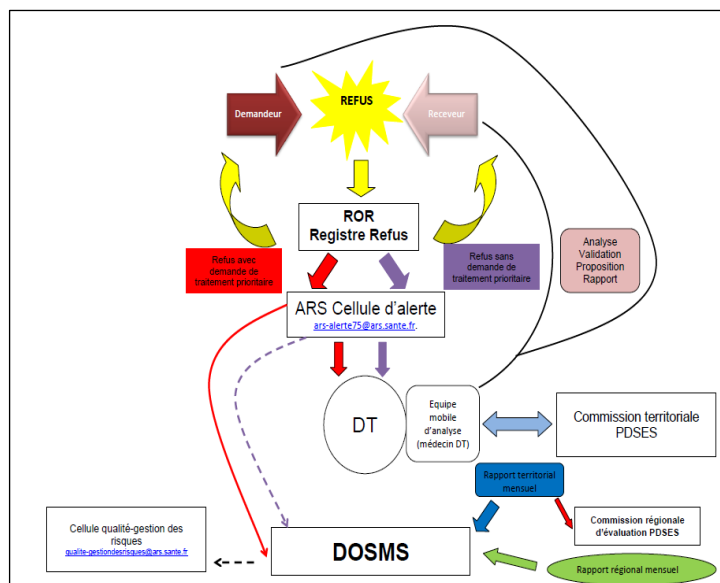
**Document remis :** aucun

## I. Evaluation de la PDES

Depuis le mois de décembre, l'agence a travaillé à l'évaluation du dispositif PDES. A ainsi été mise en place la commission d'évaluation. Elle est composée d'acteurs des 8 TS dans les différents domaines de spécialités concernés. Deux réunions ont d'ores et déjà eu lieu les 25.11 et 15.12.2011. Le Dr Wargon du CH Saint-Camille (TS94) et le Dr Gaillard du GHSJ (TS75) y représentent la FEHAP Ile-de-France.

Trois domaines doivent être principalement investigués par la commission : le refus, le fonctionnement non conforme et les indicateurs. Le premier travail a été d'identifier les outils de recueil des données nécessaires à l'évaluation du dispositif. Le ROR et le CERVEAU ont été sélectionnés. Le ROR va permettre de suivre les refus dès le 01.02.2012.

En pratique, s'agissant du refus, demandeur et receveur renseigneront un formulaire de signalement sur le ROR. Le thésaurus des motifs de refus est limité, qu'il soit lié à l'établissement (faute de place, raisons techniques, manque de moyens humains, équipes injoignable) ou lié au patient (destination refusée par la patient état du patient incompatible avec la destination envisagée). Quand le refus est signalé, la cellule d'alerte de l'agence répartit la demande auprès de la DTARS concernée, en charge de faire une enquête. Chaque refus fera l'objet d'un rapport à remettre à la commission régionale d'évaluation.



La commission régionale sera destinataire des tableaux de bord de refus au niveau local, régional et au niveau de chaque établissement à une fréquence qu'il convient encore de déterminer. Ces chiffres seront transmis au comité de suivi PDES. Les indicateurs de suivi seront validés à la prochaine réunion de la commission d'évaluation, le 25.01.2012. L'objectif est de sélectionner ceux pouvant faire l'objet d'une remontée rapide, simple et systématisée.

L'agence précise que le refus ne peut intervenir qu'à partir de 22h30, heure à laquelle la demande intervient. Toute demande intervenant avant 22h30 sera considérée comme fonctionnement non conforme. Plusieurs membres du comité de suivi PDSES s'inquiète de cette orientation : risque que certains établissements attendent 22h30 pour transférer, problème des délais d'exploration notamment en chirurgie viscérale. Il est proposé de considérer la possibilité de signaler un refus non à partir de 22h30 mais de 18h30, heure de début de la garde. L'agence rappelle qu'il ne s'agit que d'une première orientation. Ce point sera examiné par la commission d'évaluation du 25.01.2012.

Le fonctionnement non conforme passera aussi par le ROR à partir du 15.02.2012. L'identification des refus ou du fonctionnement non conforme se fait sur le mode déclaratif. Les indicateurs liés à l'activité PDSES seront renseignés par les établissements et les SAMU sur le ROR.

Le CERVEAU va permettre quant à lui de surveiller les flux dans les services d'urgence. Le but est d'identifier les modifications éventuelles de fréquentation, notamment par la mise en place de suivi de groupes de pathologies traceuses (notamment traumatologie) et par comparaison avec les données historiques de 2011.

## **II. Commission territoriale PDSES**

Il a été décidé de mettre en œuvre une gouvernance territoriale d'évaluation du dispositif de la PDSES. Elle sera placée sous l'égide du délégué territorial. Cette commission territoriale rassemblera également les responsables internes PDSES des établissements, un responsable des SAMU, les référents PDSES de la première partie de nuit et ceux de nuit profonde. Le but de cette commission est de pouvoir être force de propositions dans l'adaptation du dispositif aux réalités locales. Les commissions territoriales se réuniront tous les deux mois.

Dans chaque territoire de santé, une réunion d'information se tiendra pour informer du dispositif avant le 01.02.2012. L'organisation, l'évaluation, le financement et les premiers travaux de la cellule performances d'accompagnement des établissements référencés PDSES nuit profonde dans la rationalisation de l'utilisation de leurs blocs, seront l'objet de ces réunions départementales.

## **III. Etat des lieux de l'avancée du dispositif et perspective de déploiement en 2012**

### **A. Transports et permanence des soins**

Des travaux ont eu lieu sur la problématique « transports et PDSES », menés notamment avec les représentants des pompiers pour les informer qu'ils pourraient être redirigés sur les sites référents. L'agence précise qu'il convient de relativiser les modifications éventuelles dans leur organisation, la régulation médicale sera en effet la plus impactée par le nouveau dispositif. Une réunion s'est également tenue avec le représentant régional des transporteurs ambulanciers privés, membre de la CSOS.

Enfin, sur le TS77, un travail a débuté avec les ambulanciers privés seine-et-marnais pour savoir comment les opérateurs privés pourrait être associés au dispositif de nuit profonde compte tenu de la réduction du nombre de site dans la réforme de la PDSES. Un financement spécifique, ouvert sur la base de la LFSS 2012, peut être envisagé.

## B. Déploiement du dispositif aux autres spécialités en 2012

Le dispositif de la PDSES sera décliné pour les autres spécialités chirurgicales (ORL, stomatologie, vasculaire, ophtalmologie, urologie, pédiatrie, polytraumatisé, chirurgie de la main). La méthodologie de travail reste encore à déterminer. Si des avis d'experts sont attendus (Dr Mercier pour la pédiatrie, le Dr Richard pour la neurologie) permettant d'élaborer des schémas de réorganisation, la procédure de sélection n'est pas encore arrêtée. La neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle font l'objet d'un travail dont les résultats seront intégrés dans le SROS-PRS fin 2012. Les conclusions des experts sont attendues d'ici fin mars. L'agence précise que le dossier Neurochirurgie est complexe et qu'il incite à travailler très étroitement avec l'AP-HP.

La PDS psychiatrique sera intégré aux réflexions « urgences psychiatriques » (loi du 05.07.2011).

Sur l'imagerie, l'agence souhaite recueillir l'avis des représentants en présence. La question est de savoir s'il faut lancer les expérimentations d'un déploiement du dispositif pour cette spécialité. La question revêt une acuité particulière dans un contexte actuel mouvant pour cette spécialité (travaux du SROS-PRS en cours, et lancement d'un appel à projets « Télé-imagerie » ouverts aux sites PDSES nuit profonde notamment). L'agence souhaite ne pas lancer les expérimentations de télé-imagerie en 2012, faire une étude sur l'organisation de l'imagerie sur les sites PDSES en nuit profonde pour n'aborder ce dossier qu'à partir de 2013, en fonction des autorisations délivrées après publication du SROS-PRS.

Pour les activités réglementées (anesthésie, réanimation notamment), la mise en œuvre se fera à partir de 2013, en fonction des autorisations délivrées après publication du SROS-PRS.

L'agence précise que s'agissant de la chirurgie gynécologique, la réflexion ne devrait pas être amorcée avant 2013-2014.

## **IV. Financement de la PDSES**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012, une MIG PDSES commune intégrant le financement par les Contrats de Pratiques Professionnelles (CPP) des praticiens libéraux est instaurée. Toutefois, le paiement des praticiens par les CPAM est maintenu.

Parallèlement, le Fonds d'intervention régionale (FIR) est institué, abondés par les financements du FIQSV, de la PDSES, de la PDSA, des crédits de prévention notamment. L'agence est en attente des décrets d'application devant intervenir à la fin du 1<sup>er</sup> trimestre 2012.

2012 est une année de transition s'agissant des financements MIG PDSES.

Pour les établissements ex-DG, deux MIG PDSES sont instaurées, l'une pour les établissements de première partie de nuit, l'autre pour ceux assurant la PDSES en nuit profonde. Elle comprend l'indemnisation des gardes et astreintes par spécialité. Un financement complémentaire éventuel peut être prévu en raison du démarrage du dispositif par le biais de l'enveloppe MIG 2011 ou de crédits FMESPP.

Pour les sites ex-DG, l'enveloppe s'élève à 11 millions d'euros en 2011. Le financement de la PDSES chirurgie nuit profonde se fera à hauteur d'une garde par spécialité pour les 30 sites ex-DG retenus.

Pour les établissements de « première partie de nuit », l'agence leur redistribuera les financements de nuit profonde retirés, à hauteur de 40 000 euros par spécialité (pour rappel le montant DGOS par astreinte pour l'ensemble de la nuit s'élève 58 800 €).

Pour les établissements ex-OQN, 50 lignes d'astreintes sont concernées par l'évolution du dispositif. La mission de PDSES exercée par les libéraux donnera lieu à un avenant au CPOM et une convention tripartite signée entre l'ARS, l'établissement et l'ensemble des médecins participant aux gardes et astreintes. Il y aura autant de conventions que de lignes de garde existant. En pratique, l'établissement reçoit la notification du montant de la MIG, signe une convention de mandatement avec la caisse pivot puisque le versement aux médecins sera effectuée par cette dernière. Les praticiens doivent faire remonter le tableau des gardes et astreintes à l'établissement, la caisse et l'ARS. Un accompagnement financier de l'établissement ex-OQN retenu dans le cadre du dispositif PDSES nuit profonde (HPOP sur le TS78) sera assuré.