



Révisions

Juin 2015

Relatives au SROS-PRS

- Volet Imagerie médicale et équipements matériels lourds
- Volet Missions de service public : Permanence des soins dans les établissements de santé

Arrêtés correspondant à ces révisions

- Arrêté de révision du SROS
- Arrêté de révision du PRS

Vous pouvez retrouver ces documents
sur le site

www.ars.franche-comte.sante.fr

Fiche SROS - PRS

Imagerie médicale et équipements matériels lourds

3.1. Imagerie de coupes

3.1.1. Implantation de scanographes

Tenant compte des orientations préconisées par le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS, et principalement la nécessité de substituer les technologies de type IRM aux technologies irradiantes, il n'est proposé aucune nouvelle autorisation de scanographe à destination diagnostique dans la région Franche-Comté. Toutefois, en fonction du résultat de l'étude qui sera réalisée en 2015 concernant les délais de rendez-vous, du nombre de radiologues ayant accès à chaque équipement, du volume d'activité, du nombre et de l'étendue des plages utilisées des équipements déjà implantés, une implantation et un équipement supplémentaires pourront être autorisés sur le bassin du Nord Franche-Comté.

La forte croissance de la demande en imagerie interventionnelle justifie par contre l'autorisation d'un appareil dédié. Cet appareil pourra être implanté sur l'agglomération de Besançon.

A Champagnole, l'implantation d'un scanographe, prévue par le SROS III puis le SROS-PRS 2012 – 2016, résultait de la nécessité pour les sites ayant un service de médecine d'urgence, de disposer d'un accès à un scanographe sur place 24 heures sur 24.

L'autorisation accordée en 2011 n'a pas été mise en œuvre dans les délais impartis par la réglementation et est, de ce fait, caduque.

L'évolution prévue sur Champagnole, notamment la transformation du service de médecine d'urgence en consultations non programmées ne justifie plus un tel équipement sur ce site.

Enfin, dans le cadre du renouvellement des appareils en place, une attention particulière devra être portée à l'accès à ces appareils par l'ensemble des praticiens radiologues des bassins de vie concernés.

3.1.2. Implantation d'appareils d'IRM

L'implantation de nouvelles IRM dans la région a été pensée de manière à prendre en compte pour chaque bassin de vie et chaque implantation déjà existante les critères suivants :

- le taux d'équipement en IRM pour 100 000 habitants par bassin de vie,
- le nombre d'examens réalisés par appareil pour chaque bassin de vie,
- le nombre de passages aux urgences réalisés dans le cas où les Centres Hospitaliers sont titulaires d'une autorisation d'activité de soins en urgence sur le bassin de vie étudié,
- la présence d'unités spécifiques qui nécessitent un accès à l'IRM 24h/24 (UNV et Urgences Pédiatriques),
- le besoin grandissant d'examens IRM, exprimé par les oncologues, avec demande de pouvoir disposer de plages horaires dédiées à la cancérologie et/ou de la possibilité d'effectuer des examens IRM en urgence.

Il est apparu à travers l'examen de ces critères la nécessité de réduire les inégalités constatées sur le territoire régional en matière de taux d'équipement par bassin de vie et de répondre aux exigences liées à l'implantation de nouvelles unités neurovasculaires dans la région Franche-Comté.

C'est pourquoi il est retenu l'implantation :

- d'un appareil supplémentaire d'IRM à Vesoul,

- d'un appareil supplémentaire d'IRM à Lons-le-Saunier,
- d'un appareil supplémentaire d'IRM sur l'aire urbaine Belfort Montbéliard après ouverture du nouvel hôpital à Trévenans et réalisation d'une nouvelle évaluation des besoins.

Afin d'assurer une prise en charge correcte des patients nécessitant une imagerie de haute technicité et à des fins de recherche, il est proposé également l'implantation d'un appareil d'IRM dédié à l'imagerie de pointe sur l'agglomération de Besançon.

3.1.3. Développement des appareils d'IRM à visée diagnostique ostéo-articulaire

Une augmentation des délais de rendez-vous d'IRM pour les patients externes est constatée en 2014, avec un délai régional moyen estimé à 35 jours.

Par ailleurs, certains appareils ont une activité importante supérieure à 10 000 actes en 2013, dont une majorité concerne des actes à visée diagnostique ostéo-articulaire (y compris rachis).

La priorité nationale de diversification du parc des appareils d'IRM prévoit, pour 2014, un taux national de 12,2 % d'IRM à vocation ostéoarticulaire.

Compte tenu de ces éléments, il est proposé l'implantation de 2 IRM supplémentaires à visée diagnostique ostéo-articulaire dans la région Franche-Comté.

Ces autorisations ne pourront être accordées qu'à des structures titulaires d'une autorisation en IRM polyvalente, et dont le nombre d'examens ostéo-articulaires par appareil est estimé l'année précédente à plus de 6 000 par an.

Ces nouvelles implantations d'IRM à visée ostéo-articulaire ne pourront faire l'objet d'une demande qu'à la condition que les demandeurs participent à un dispositif de permanence des soins en établissement de santé par téléradiologie, tel qu'il est développé aux paragraphes 4.2. et 4.3. ci-après.

3.2. Imagerie nucléaire

Il n'est pas prévu ni de nouvelles implantations ni d'appareils supplémentaires en médecine nucléaire sur la région Franche-Comté.

Cette orientation a été retenue en tenant compte :

- du fait que l'offre actuelle permet de répondre aux besoins de la population sans difficulté,
- que les techniques actuellement présentes sur le marché ne permettent pas d'identifier de besoins nouveaux en matière d'équipement matériels lourds pour lesquels une patientèle suffisante pourrait être identifiée au sein de la région et qui permettrait d'en assurer la viabilité.

Si toutefois des évolutions technologiques nouvelles venaient à apparaître pour les TEP scan, notamment par le développement de nouveaux traceurs nécessaires à l'activité de cancérologie ou dans le cadre du diagnostic et du suivi des patients atteints de la maladie d'Alzheimer, une réflexion sur les besoins pourrait être engagée dans le cadre du renouvellement de certaines autorisations.

4.1. Modalité de portage d'autorisation

Afin d'assurer un accès le plus large possible des équipements matériels lourds aux radiologues de la région, les porteurs de demandes d'autorisations veilleront à proposer des solutions d'ouverture de l'utilisation des équipements tant aux radiologues libéraux qu'aux radiologues hospitaliers du bassin de vie. Cela pourra se faire :

- soit par des structures juridiques mixtes qui seront privilégiées,
- soit par des modalités de coopération publique-privée pour l'accès aux différents équipements sous la forme de conventions qui devront être jointes aux demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation.

Les porteurs de demandes d'autorisation devront impérativement produire une réflexion sur la réorganisation de leur plateau technique et les modalités de diminution des délais de rendez vous. Cette mesure vise tant les équipements à renouveler que les équipements nouvellement autorisés.

4.2. Permanence des soins

Dans un premier temps, il est rappelé qu'il est impératif que les sites ayant un service d'accueil des urgences dans la région disposent :

- d'un accès à un scanographe sur place 24 heures sur 24,
- d'une modalité d'accès à une IRM 24 heures sur 24, soit par le biais d'un appareil sur place lorsque cela est prévu par le présent volet du SROS-PRS, soit par le biais d'une convention avec un établissement titulaire d'une autorisation.

Le schéma proposé vise aussi à améliorer la gestion de la permanence des soins au sein de la région Franche-Comté.

A cette fin, dans le cadre de la coopération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier pour les porteurs d'autorisation, la participation à la permanence des soins en imagerie de tous les utilisateurs d'équipements matériels lourds sera prévue lorsque le secteur hospitalier n'est pas en mesure de l'assurer seul, dans les conditions précisées ci-après.

Les radiologues libéraux ayant accès à un équipement d'imagerie de coupe en journée participent à la permanence des soins en imagerie médicale des établissements publics de santé qui sollicitent leur appui dans le cadre d'une organisation régionale ou d'un partenariat local.

Les modalités de l'organisation à l'échelle régionale sont définies au paragraphe 4.3 ci-dessous. Parmi celles-ci, les partenaires s'assureront que la sollicitation de la garde ou de l'astreinte en imagerie se fera par un médecin senior.

4.3. Développement de la Téléradiologie

Afin de faciliter l'organisation de la permanence des soins, les porteurs d'autorisations sont invités à mutualiser autant que faire se peut leur ligne d'astreinte.

Cet objectif vise à répondre :

- à la nécessaire efficience qu'il convient de trouver dans l'organisation de la permanence des soins,
- à améliorer les conditions de travail des radiologues en ce qui concerne leur sollicitation dans la permanence des soins d'autre part,
- aux difficultés croissantes de démographie des radiologues, qui ne permettent plus d'assurer la permanence, voire la continuité des soins dans certains établissements publics de santé sans avoir recours systématiquement à l'intérim et / ou à des structures pratiquant la téléradiologie.

A cette fin, le recours à une structure de téléradiologie en Franche-Comté permettra d'assurer la permanence des soins en imagerie dans les établissements de santé publics, dès lors qu'ils ne sont plus en mesure d'assurer leur ligne de garde ou d'astreinte dans le cadre réglementaire (notamment, dans le cadre d'astreinte, lorsque le nombre de praticiens hospitaliers est inférieur à 5).

L'ensemble des radiologues libéraux ayant un accès à l'imagerie de coupe dans la région et les radiologues des établissements de santé publics sollicitant la structure participeront à la prise en charge des examens pendant les périodes de permanence des soins couvrant de 18 h 30 à 8 h 30 pour la nuit, de 12 h à 18 h 30 pour les samedis après-midi, les dimanches et jours fériés de 8 h 30 à 18 h 30.

Cette organisation aura vocation à prendre en charge pour le compte de ces établissements de santé publics :

- les examens d'imagerie de coupe demandés dans le cadre de situations d'urgence, sur la base d'un référentiel à concerter avec le Réseau Régional des Urgences Hospitalières de Franche-Comté (RRUH) ;
- les actes de radiologie conventionnelle ne pouvant faire l'objet d'une interprétation en première intention par un urgentiste, dans un cadre à préciser avec le RRUH ;
- les actes d'IRM réalisés en urgence au titre de la prise en charge des AVC sur la période de PDSSES qui font l'objet d'une prise en charge dans le cadre du réseau RUN AVC ;
- les examens de même type relevant de la continuité des soins, mais réalisés sur la période couverte par la PDSSES et non couverte par le prestataire habituel.

La réalisation des échographies fera l'objet d'une protocolisation spécifique. Au regard de l'importance de leur activité pédiatrique, le CHRU de Besançon et l'Hôpital Nord Franche-Comté devront s'assurer de la possibilité de réalisation d'échographies 24 heures sur 24.

Compte tenu des difficultés rencontrées par les établissements publics de santé et de l'urgence de la situation, ce dispositif sera mis en œuvre au cours du premier semestre 2016.

Les autorisations de nouvel équipement, de remplacement ou de renouvellement exprès d'autorisations consenties à des structures de droit privé seront conditionnées à la participation à ce dispositif.

En fonction des possibilités techniques qu'il offre, la mise en œuvre de cette organisation privilégiera l'utilisation du PACS régional.

4.4. Développement des performances du parc d'équipements installés

Afin de garantir aux patients un accès au meilleur équipement possible, les porteurs de demandes d'autorisations veilleront à indiquer les modalités selon lesquelles ils entendent assurer le maintien à niveau et la mise à jour régulière des matériels pour lesquels ils demandent une autorisation nouvelle ou un renouvellement d'autorisation.

Ces éléments figureront dans le dossier d'analyse des demandes d'autorisation utilisées par les rapporteurs de l'ARS lors de l'examen des dossiers présentés.

Cette disposition concerne toutes les modalités d'imagerie, tant les renouvellements d'équipement matériels lourds que les nouvelles acquisitions.

4.5. Gradation des plateaux techniques d'imagerie

La gradation des plateaux techniques prévue par le SROS III est reconduite dans le cadre du présent schéma.

4.5.1. Plateau technique complet

- Environnement

Ils sont implantés dans les CHU et dans les établissements les plus importants de la région qui ont vocation à disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie.

Les équipements peuvent être dispersés sur plusieurs sites géographiques en fonction de l'organisation des activités cliniques.

L'entité où est implanté le plateau technique doit être suffisamment attractive pour justifier de cette implantation (établissements à vocation régionale ou ayant fonction de recours important).

- Composition :

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- exploration vasculaire ;
- plusieurs scanners multibarettes. La garantie d'une permanence des soins (garde radiologique sur site 24 heures sur 24 pour le scanner comme pour l'IRM) Des plages horaires doivent être dédiées :
 - aux urgences lorsque l'on comptabilise plus de 40 000 passages,
 - aux actes diagnostiques liés aux pathologies cancéreuses ;
- au moins deux IRM. Un des appareils doit correspondre à une activité habituelle et permettre une utilisation dans les indications les plus larges. Il doit notamment être accessible 24 heures sur 24 en particulier pour les indications neurologiques d'urgence (AVC) ;
- médecine nucléaire : 2 gamma caméras au moins par site, 1 TEP.

4.5.2. Plateau technique étendu

- Environnement

Il concerne les établissements ou regroupements d'établissements de taille importante couvrant la majorité des pathologies et pouvant disposer d'une autorisation d'accueil des urgences avec une activité conséquente. Ces établissements doivent justifier d'un rôle important au sein d'un territoire de recours.

Certains d'entre eux peuvent avoir développé une spécificité dans un domaine de compétence particulière comme la cardiologie interventionnelle.

- Composition :

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- exploration vasculaire si l'environnement médicochirurgical est approprié ;
- un scanner multibarettes disposant de plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences, ouvert 24 heures sur 24 ;
- une IRM assurant la permanence des soins, accessible notamment 24 heures sur 24 en particulier pour les indications neurologiques d'urgence ;
- l'accès à la médecine nucléaire pourrait être envisagé, selon le type d'activité de l'établissement.

4.5.3. Plateau technique diversifié

- Environnement

Ces plateaux seront implantés dans les établissements de court séjour disposant d'une activité médicale ou d'une activité chirurgicale suffisante.

- Composition

- radiologie conventionnelle ;
- échographie en radiologie ainsi qu'échographie spécialisée dans certains services ;
- un scanner disposant de plages horaires dédiées à la prise en charge des urgences et assurant la permanence de soins ;
- une IRM dans l'établissement ou par convention.

4.5.4. Plateau technique de proximité

- Environnement

Les établissements ayant une activité limitée.

- Composition


La radiologie conventionnelle et l'échographie semblent suffisantes pour couvrir les besoins de ces établissements. La couverture radiologique en établissement peut être assurée dans le cadre d'une coopération avec les professionnels installés en ville.

- un appareil supplémentaire d'IRM à Vesoul,
- un appareil supplémentaire d'IRM à Lons-le-Saunier,
- une implantation supplémentaire d'IRM sur l'aire urbaine de Belfort-Montbéliard à Trévenans et un appareil supplémentaire d'IRM après ouverture du nouvel hôpital à Trévenans et réalisation d'une nouvelle évaluation des besoins,
- 6 implantations de scanner sur l'aire urbaine de Belfort Montbéliard avec 5 implantations après la mise en service du nouvel hôpital à Trévenans, dont une sur ce site, soit 6 scanners, une de ces implantations et un de ces appareils étant conditionnés aux résultats de l'étude prévue au paragraphe 3.1.1
- un appareil d'IRM dédié à l'imagerie de pointe sur l'agglomération de Besançon
- un appareil de scanographie dédié à l'activité de radiologie interventionnelle à Besançon
- deux appareils d'IRM à visée ostéo-articulaire sur l'agglomération de Besançon
- suppression d'une implantation et d'un appareil de scanographie à Champagnole
- suppression de deux implantations de gamma-caméras avec maintien de 3 appareils, liée au transfert à une seule entité juridique des autorisations détenues par trois gestionnaires de gamma-caméras à Montbéliard.

	Nombre d'implantations	Nombre d'appareils
Scanner	14 mini 16 maxi dont une implantation supplémentaire conditionnée aux résultats de l'étude prévue au paragraphe 3.1.1.	20 scanographes dont - 19 scanographes à visée diagnostique (dont 1 conditionné aux résultats de l'étude prévue au paragraphe 3.1.1.) - 1 scanographe dédié à l'activité de radiologie interventionnelle. *plus1 scanographe dédié à la dosimétrie.
IRM	9 mini 10 maxi	17 appareils d'IRM dont 1 appareil d'IRM dédié à l'imagerie de pointe et 2 appareils à visée ostéo-articulaire
Gamma Caméra	5	10
TEP Scan	2	2

Concernant l'accessibilité, les points suivants sont rappelés :

- amélioration de l'accès des usagers par réduction des délais de rendez-vous (se reporter au paragraphe 4.1 ci-dessus)
- accès 24H/24 au scanographe et à l'IRM (se reporter aux paragraphes 4.2 et 4.5)
- ouverture de l'accès aux équipements au plus grand nombre de professionnels (se reporter au paragraphe 4.1)



Afin de répondre aux objectifs fixés par le guide méthodologique diffusé par la DGOS, et afin de s'assurer de mesurer les évolutions en terme d'accessibilité aux équipements matériels lourds, il est proposé la réalisation d'une enquête annuelle sur les délais de rendez-vous.

Cette enquête sera conduite avec les outils créés par l'ANAP et selon la méthodologie mise en place par celle-ci dans son étude sur 14 régions en 2010.

Elle sera menée par les services de l'ARS dans le quatrième trimestre de chaque année et fera l'objet d'une restitution auprès des titulaires d'autorisation avec des éléments de comparaison interrégionale si ceux-ci sont disponibles, dans le courant du premier trimestre de l'année suivante.

Le taux d'équipement pour 100 000 habitants et le nombre d'examens par appareil fera l'objet d'un suivi annuel.

Enfin, une enquête annuelle sera conduite afin d'évaluer pour chaque équipement son profil d'activité selon les différents types d'examens d'imagerie qu'il pratique (incluant la proportion d'examens par appareil d'IRM liés aux pathologies cancéreuses).

A l'occasion de cette enquête, l'ARS procédera aussi à un recensement :

- du nombre de sites disposant d'un accès H24 à l'IRM,
- du nombre de coopérations entre plusieurs sites portant sur la télémédecine pour l'interprétation à distance des images.

Un tableau spécifique élaboré par l'ARS sera transmis à cet effet à tous les titulaires d'autorisation dans le courant du mois de novembre de chaque année.

Fiche SROS - PRS

Missions de service public

Permanence Des Soins dans les Etablissements de Santé (PDSES)

La sécurité et la qualité du parcours des patients font partie des objectifs majeurs que l'Agence Régionale de Santé de Franche-Comté s'est fixés dans le cadre du Programme Stratégique Régional de Santé.

La réorganisation de la Permanence Des Soins dans les Etablissements de Santé (PDSES) doit s'articuler avec le volet hospitalier du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS-PRS) dont elle constitue un élément. Les parties urgences, chirurgie, médecine, obstétrique et néonatalogie, psychiatrie et imagerie médicale du volet hospitalier du SROS-PRS ont des points d'articulation particulièrement évidents avec le schéma d'organisation de la PDSES.

Elle est également étroitement liée au développement de la télé médecine et à la permanence des soins ambulatoire avec laquelle il est nécessaire de construire et d'entériner une complémentarité.

1. Les enjeux d'une adaptation régionale de la PDSES

- Améliorer l'accès aux activités de soins autorisées, à l'échelon le plus adapté, la nuit, le week-end et les jours fériés afin de permettre au patient d'être pris en charge au bon endroit en sécurisant les parcours de soins non programmés.
- Faire évoluer l'organisation basée sur une approche par établissement à une approche régionale.
- Favoriser l'efficacité du dispositif, en optimisant la ressource médicale et en évitant les doublons sur une même activité.
- Assurer une offre à des tarifs opposables et sans reste à charge pour le patient et assurer une bonne information des usagers et des professionnels relative à cette organisation.
- Permettre de réduire les délais d'attente pour l'orientation en rendant plus lisibles les filières de prise en charge définies en aval des structures d'urgences et en renforçant l'articulation avec l'organisation existante des soins de premier recours.
- Faciliter la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics.
- Evaluer rigoureusement ce dispositif afin de permettre des adaptations progressives.

2. Définition et périmètre de la PDSES

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) qualifie la permanence des soins de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L.6112-1) et donne compétence au Directeur général de l'ARS, dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins, pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) est l'outil juridique pour contractualiser sur l'organisation de la PDSES avec les établissements attributaires de cette mission pour une ou plusieurs disciplines médicales, chirurgicales ou obstétricales.

La PDSES est définie comme "l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié", et se distingue de la continuité des soins, des activités non programmées de jour, et de la permanence des soins ambulatoire.

Précision sur la notion de « nouveaux malades pris en charge » (annexe 2 de l'instruction N° DGOS/R3/2011/457 du 11 février 2011 relative à l'enquête régionale « gardes et astreintes médicales au titre de l'activité MCO ») : Le nouveau malade est défini comme le malade non hospitalisé dans la spécialité concernée, accueilli et pris en charge aux horaires de PDSES (18h30 à 8h30 pour la nuit et de 12h à 18h30 pour les samedis après-midi, dimanches et jours fériés) et ne relevant pas d'une prise en charge dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

Elle concerne le seul champ des activités de court séjour (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) en aval des urgences. Par conséquent, les ex-hôpitaux locaux, les activités de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), de Soins de Longue Durée (USLD) et de psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence et des soins urgents sans consentement) ne relèvent pas du dispositif de PDSES.

Elle couvre :

- **Les spécialités réglementées**, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre de la gradation des soins hospitaliers (autres que les structures de médecine d'urgence stricto sensu)

Accès direct aux plateaux techniques spécialisés à la demande des urgentistes

Réanimation adulte

Réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée

Obstétrique

Néonatalogie (sans soins intensifs)

Néonatalogie (avec soins intensifs) et Réanimation Néonatale

Centre d'hémodialyse

Centre d'hémodialyse pour enfants

Unité de dialyse médicalisée

Chirurgie cardiaque

Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie

Soins intensifs en cardiologie

Neurochirurgie

Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neurologie

- **D'autres spécialités médicales et chirurgicales, non visées dans les activités réglementées**, mais qui peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSES, éventuellement mutualisée.

La PDSES doit être en cohérence avec l'organisation de l'activité de médecine d'urgence. Dans ce cadre, les activités d'anesthésie, d'imagerie, de biologie, de pharmacie sont également concernées et intégrées au schéma cible de la PDSES.

Les champs non concernés par la PDSES

Les structures autorisées à pratiquer la médecine d'urgence (établissements ex-DG), les activités de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation dans le cadre du dispositif de PDSES.

Le traitement du cancer, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, les activités de diagnostic prénatal et les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ne sont pas concernés par les obligations de permanence des soins.

- 1.1.1. La PDSES s'appuie également sur l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par l'arrêté du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi que sur la circulaire DHOS/M 2 n°2003-219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et d'application des dispositions d'intégration des gardes dans les obligations de service statutaires ainsi que les textes suivants et sur l'arrêté du 16 janvier 2012 pour les médecins libéraux participant à la PDSES.

3. Bilan du schéma cible à mi parcours

Rappel des principes d'organisation retenus :

- Respecter et financer les modalités de permanence médicale définies par les textes pour les spécialités réglementées.
- Harmoniser la densité des permanences en fonction de l'activité.
- Mutualiser les lignes de garde et astreinte entre établissements et évaluer la possibilité de limiter les astreintes pour certaines spécialités à la première partie de la nuit sur certains sites en déléguant la permanence à un nombre de sites restreints sur la région.
- Créer les conditions d'une réponse fiable dans les secteurs et spécialités déficitaires en facilitant la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics.
- Favoriser les solutions innovantes par filière en mobilisant les nouvelles techniques et en formant les acteurs.
- Mettre en œuvre des séances de travail avec les spécialistes et les urgentistes en vue d'élaborer des procédures régionales ou d'évaluer certaines situations.
- Prendre en compte les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques.
- Sécuriser et évaluer le dispositif et si besoin le faire évoluer.
- Coordonner le schéma de la PDSES avec les autres projets.

3.1 Réalisation des objectifs fixés selon le calendrier prévisionnel de mise en œuvre

Respecter et financer les modalités de permanence médicale définies par les textes pour les spécialités réglementées. Janvier 2013

- Anesthésie au CHRU : création d'une garde d'anesthésiste en chirurgie cardio-thoracique et transformation de 1 astreinte de sécurité en 1 astreinte opérationnelle. **REALISE.**
- Chirurgie cardio-thoracique au CHRU : transformation de 1 astreinte de sécurité en 1 astreinte opérationnelle de chirurgien. **REALISE.**
- Neuroradiologie vasculaire interventionnelle au CHRU : transformation de 1 astreinte de sécurité en 1 astreinte opérationnelle de radiologue. **REALISEE**, l'astreinte opérationnelle est assurée par le CHRU de Dijon 1 week-end tous les mois et demi.
- Unités de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC) de l'Hôpital Nord Franche-Comté (HNFC) -site Belfort, du CHI 70, du CH Lons-le-Saunier et du CH Dole : transformation de 4 astreintes opérationnelles de cardiologie en garde, ou garde d'interne + astreinte opérationnelle de sénior. Adaptation du financement à l'organisation retenue par l'établissement. **REALISE.**
- Obstétrique de la Clinique de Montbéliard : financement de 1 astreinte d'anesthésiste, de gynécologue-obstétricien et de pédiatre. **REALISE.**
- Anesthésie à la Clinique Saint-Vincent : financement de 1 astreinte d'anesthésiste dans le cadre de l'USIC et la cardiologie interventionnelle. **REALISE.**
- Pédiatrie à la Polyclinique de Franche-Comté : financement de 1 astreinte de pédiatre. **REALISE**
- Soins intensifs de néonatalogie CH Lons-le-Saunier : transformation de l'astreinte opérationnelle de pédiatre en garde. **NON REALISEE.**

Harmoniser la densité des permanences en fonction de l'activité. Au plus tard fin 2013.

- Avant le déménagement de l'HNFC sur le site médian, mettre en place une permanence commune aux deux sites (bi-site) en gastro-entérologie, en ORL et en pneumologie. **REALISE EN 2014.**
- Evaluer l'opportunité de la création d'une astreinte d'infectiologie HNFC versus astreinte régionale d'infectiologie. **EVALUATION REALISEE EN 2014.**

- Financement indexé sur l'intensité des déplacements. REALISE sur la base des données 2011, mais non actualisé depuis.

Mutualiser les lignes de garde et astreinte entre établissements et évaluer la possibilité de limiter les astreintes à la première partie de la nuit sur certains sites en déléguant la permanence à un nombre de sites restreints sur la région. 1^{er} semestre 2014.

- Orthopédie : évaluer la possibilité de mutualiser l'astreinte entre les centres hospitaliers de Lons-le-Saunier et de Saint-Claude au sein de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) du Jura Sud en fonction de la densité d'appels et des besoins et/ou la possibilité de limiter cette permanence à la première partie de la nuit. NON REALISE.

- Biologie : évaluer la possibilité d'une astreinte opérationnelle commune CHI de Haute-Comté (CHI HC) et CH Lons-le-Saunier ou CHT Jura. ASTREINTE COMMUNE PREVUE DEBUT 2016 dans le cadre du GCS de l'arc jurassien.

- Ophtalmologie : évaluer la possibilité d'une astreinte opérationnelle commune CH Dole et CHT Jura. REFLEXION AMORCEE.

- ORL et Ophtalmologie : évaluer la possibilité de limiter les astreintes à la première partie de la nuit sur certains sites en maintenant pour la région, une astreinte de nuit profonde sur 1 ou 2 sites principaux. EVALUATION REALISEE EN 2014, organisation à définir.

- Neurologie : garde régionale MISE EN OEUVRE EN COURS dans le cadre de la Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) de neurologie.

Créer les conditions d'une réponse fiable dans les secteurs et spécialités déficitaires en facilitant la participation des praticiens libéraux au dispositif, qu'ils exercent en établissements privés ou participent à la mission de service public en établissements publics. 1^{er} semestre 2014.

- Fiabiliser une astreinte en ophtalmologie, ORL, pneumologie et en urologie à Lons-le-Saunier. NON REALISE.

- Organiser à minima un accès H24 à l'IRM sur les sites des UNV en mobilisant si besoin les effecteurs privés et les praticiens publics. NON REALISE.

Favoriser les solutions innovantes par filière en mobilisant les nouvelles techniques et en formant les acteurs. Fin 2016

- Prévoir un transfert d'images et une interprétation à distance pour les sites suivants : CH Saint-Claude, CH Champagnole, CH Gray.

- Etendre les possibilités de transfert d'images depuis un site demandeur vers tous les services de spécialités de permanence.

- Examiner des solutions de délégation de réalisation des échographies aux urgentistes et leur formation éventuelle en interface avec le SROS-PRS urgences et imagerie.

- Evaluer le besoin de formation des urgentistes au repérage des situations critiques en ophtalmologie et au traitement des situations simples et si besoin la mettre en place. EVALUATION REALISEE EN 2014. Pas de besoin répertorié.

Mettre en œuvre des séances de travail avec les spécialistes et les urgentistes en vue d'élaborer des procédures régionales ou d'évaluer certaines situations. 1^{er} semestre 2014.

- La recherche de solutions innovantes est particulièrement attendue pour fiabiliser l'organisation de certaines spécialités dans certains secteurs : ORL, ophtalmologie, gastro-entérologie et pneumologie. NON REALISE

- Dans certaines spécialités, ces travaux viseront à organiser l'accès à un avis spécialisé pour les sites d'accueil d'urgences isolés par une mutualisation des ressources : cardiologie pour d'autres situations que le syndrome coronarien aigu, néphrologie, pharmacie, imagerie. NON REALISE

- Enfin une analyse approfondie est nécessaire pour évaluer l'opportunité d'une astreinte et son organisation en région pour la gériatrie NON REALISEE et la psychiatrie REFLEXION AMORCEE.

Prendre en compte les éventuelles difficultés d'accès liées à des enjeux géographiques. Au plus tard fin 2013.

- Evaluer l'opportunité du maintien d'une astreinte au CHI HC en cardiologie et en urologie en tenant compte de la capacité de l'établissement à répondre au socle d'engagement et de la fréquence des appels aux heures de permanence. EVALUATION PARTIELLEMENT REALISEE (1 mois d'observation au lieu de 2), organisation à définir.

Sécuriser et évaluer le dispositif et si besoin le faire évoluer. 1^{er} semestre 2013.

- Constituer un socle commun précisant de façon synthétique les engagements de tout établissement en matière d'accueil des patients aux horaires de PDSES en particulier sur la séniorisation des permanences, leur complétude et le suivi de la mission en vue de l'intégrer au CPOM. **Formalisation du socle engagement organisation et évaluation et signature des avenants sauf HNFC, CHRU, CHT Jura sud.**

- Ne rémunérer que les établissements qui seront attributaires de la mission de service public de PDSES, et qui respecteront ces engagements. Seront attributaires en priorité, les établissements assurant déjà la mission. **REALISE**

- Evaluer annuellement l'organisation mise en place à partir de données fiables transmises par les établissements et la régulation régionale. **REALISE PARTIELLEMENT** (recensement des lignes mises en place et des effecteurs, mais pas des déplacements).

Coordonner le schéma de la PDSES avec les autres projets.

Projets PRS Télémedecine, Volets SROS – PRS Imagerie, prise en charge des patients cérébro-lésés, psychiatrie, chirurgie et urgences. Les différentes préconisations seront étudiées en étroite concertation. **A POURSUIVRE EN INTEGRANT LE VOLET OBSTETRIQUE ET NEONATOLOGIE.**

3.2 Lignes de gardes et d'astreintes, effecteurs séniors

Les éléments de diagnostic sont issus des informations transmises par les établissements dans le cadre du suivi du schéma.

Effecteurs mobilisables (recensement actualisé au 1^{er} janvier 2015) : Sont pris en compte les praticiens ayant le plein exercice (Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers, Médecins des hôpitaux universitaires (MEDHU), Praticiens Hospitaliers Temps Plein (PHTP), Praticiens Hospitaliers temps partiel (PHtp), Assistants, Praticiens contractuels, Attachés). (Calcul du temps à partir des retours des établissements de santé). Les remplaçants ne sont pas pris en compte. Les praticiens associés sont pris en compte si une astreinte de sécurité sénior est assurée lorsque ces derniers sont de permanence.

SPECIALITE	Forte fragilité ETP < 3 ETP	Fragilité moyenne ETP = 3	4 ETP et plus
Biologie	CH St Claude, CH Gray	CH Dole, CHIHC, CH Lons	CHRU, HNFC
Cardiologie		CHI 70, CH Lons, CH Dole, CHIHC	CHRU, HNFC
Chirurgie orthopédique et traumatologie hors rachis et main	CH St Claude, CHIHC	CH Dole	CHRU, HNFC, CHI 70, CH Lons
Chirurgie viscérale et digestive hors greffe	CH Dole, CH St Claude	CHIHC, HNFC (car 2 sites)	CHRU, CHI 70, CH Lons
Gastro-entérologie	CH Lons		CHRU, HNFC, CHI 70,
Imagerie	CH Lons, CH Dole, CHIHC, CH St Claude, CH Champagnole, CH Gray		
Néphrologie	CH St Claude	CH Dole, CHI 70	
Neurologie		CH Lons	
Obstétrique	CHIHC	CH St Claude, CH Lons	
Ophtalmologie	CH Dole, CH Lons	CHRU, CHI 70	
ORL	CHI 70, CH Lons		
Pédiatrie	CH St Claude	CHI 70, CH Lons, CH Dole, CHIHC	
Pharmacie	CH Lons		
Pneumologie	CH Lons	CHI 70	
Psychiatrie *		CHIHC	
Urologie	CHIHC	CHI 70, CH Lons	

* Psychiatrie HNFC, CH Lons-le-Saunier et CH DOLE n'ont pas mis en œuvre l'astreinte prévue au schéma faute d'effecteurs.

3.3 Données issues des SAMU-SMUR

L'analyse des résumés de passage aux urgences est réalisée sur la base de données 2010 à 2012. Les données 2013 et 2014 seront mises à disposition pour les travaux du RRUH.

La fréquence par service d'urgence et par spécialité, des situations susceptibles d'un recours aux spécialistes et leur répartition en fonction des créneaux horaires de PDSES contribuent au diagnostic de la PDSES.

Les limites de ces données sont liées :

- à la qualité et l'exhaustivité des données saisies en particulier diagnostics et Classification Clinique des Malades aux Urgences. Aucune évaluation n'ayant été menée sur ces données à ce jour.

- à l'organisation spécifique du circuit d'accueil des urgences dans certains établissements de santé :

- pour les urgences obstétricales circuit direct dans tous les établissements détenteurs d'une autorisation d'obstétrique,
- pour les urgences pédiatriques, ortho-traumatologiques, urologiques (jusqu'au 1^{er} octobre 2013) circuit direct au CHRU.

3.4 Données démographiques - Densité médicale pour 100 000 hab. de professionnels salariés et libéraux Source : RPPS mars 2015

	Belfort Montbéliard Héricourt	Besançon Gray	Dole	Lons-le- Saunier Champagnole St Claude	Pontarlier	Vesoul Lure Luxeuil	Franche- Comté
<i>Population</i>	334 087	345 705	90 032	167 690	81 757	156 413	1 175 684
Anesthésie-réanimation	13,2	25,2	6,7	10,1	13,5	10,2	15,4
Chirurgie générale	3,9	9,4	3,3	5,1	3,7	2,6	5,4
Chirurgie infantile		2,0					0,6
Chirurgie orthopédique et traumatologie	3,4	4,9	5,6	5,4	2,4	3,5	4,3
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	1,0	1,6		0,6		0,6	0,9
Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire		1,4					0,4
Chirurgie urologique	1,2	3,5	3,3	1,2	1,2	2,6	2,2
Chirurgie vasculaire	0,9	2,0		0,6			0,9
Chirurgie viscérale et digestive	2,1	2,2		1,2		2,2	1,7
O.R.L et chirurgie cervico faciale	0,3	1,4	1,1	0,0	1,2	0,0	0,7
Chirurgie maxillo- faciale et stomatologie	0,6	3,2	1,1	0,6		0,6	1,4
Ophtalmologie	6,3	11,6	15,6	6,6	3,7	4,5	8,2
Néphrologie	5	12	4	2		3	26
Neurochirurgie	0,3	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Gynécologie médicale	2,4	3,0	0,3	1,5	0,6	2,1	2,8
Gynécologie- obstétrique	9,3	10,4	8,9	5,4	4,9	7,0	8,4
Cardiologie et maladies vasculaires	5,3	10,9	7,8	5,1	3,7	4,5	6,9
Endocrinologie et métabolisme	2,1	3,0	5,6	1,2	1,8	1,9	5
Gastro-entérologie et	3,6	8,3	2,2	3,0	3,3	4,3	4,8

hépatologie							
Pédiatrie	5,1	15,2	7,2	3,9	7,1	6,7	8,4
Pneumologie	4,9			3,2			4,2
Psychiatrie	12,9	26,2	26,7	6,6	12,0	22,1	18,1
Neuropsychiatrie	7,9	7,9	14,5	10,1	1,3	7,0	7,4
Gérontologie	6,9	11,7	4,3	5,2	2,4	6,6	37,1
Gériatrie	1,8	2,3	1,1	0,0	0,0	2,6	1,6

**Psychiatrie : la répartition des psychiatres est très liée au rattachement administratif de certains praticiens au site principal de la structure hospitalière spécialisée.*

3.5. Dispositif d'évaluation de la PDSES

Indicateurs à suivre par les établissements assurant la permanence des soins :

- Nombre de lignes et type de lignes de permanence effective par spécialité et nombre, qualification et identité des effecteurs seniors par spécialité. **REALISE ANNUELLEMENT.**
- Nombre de déplacements par spécialité aux heures de la PDSES pour des nouveaux patients. **NON REALISE.**

Analyse du registre informatisé permettant une veille en régulation et en service d'urgences des difficultés de recours à une permanence spécialisée : nombre de refus total et nombre de refus avec motifs discordants, liste des motifs de refus, nombre et nature des signalements de fonctionnements non-conformes. **NON MIS EN PLACE.**

De même et afin de croiser les données, les indicateurs suivants seront à suivre par les services de régulation médicale concernant le recours à la PDSES : Nombre de transferts SMUR et non SMUR, par spécialité, aux heures de la PDSES. **NON REALISE.**

Conclusion du bilan du schéma réalisé à mi-parcours :

Points forts

Respect des règles de permanence concernant les activités soumises à réglementation à l'exception des soins intensifs de néonatalogie au CH de Lons-le-Saunier.

Suppression des lignes en doublon à l'HNFC en 2014 : Astreintes bi-sites à l'HFNC en Pneumologie, Otorhinolaryngologie, Gastro-entérologie.

Neurologie : garde régionale en cours de mise en œuvre dans le cadre de la Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMIH) de neurologie.

Mutualisation de la permanence des lignes de Biologie entre la CHT Jura Sud et le CHI Haute-Comté dès 2016.

Points faibles

L'astreinte en unités de soins intensifs néonatalogie au CH de Lons-le-Saunier n'est pas satisfaisante : une garde est obligatoire réglementairement.

En gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL, pneumologie et urologie, les permanences prévues au schéma cible PDSES ne sont pas mises en œuvre au CH de Lons-le-Saunier.

Imagerie : absence d'accès H24 à l'IRM pour l'UNV au CH de Lons-le-Saunier.

En chirurgie viscérale et en chirurgie orthopédique et traumatologique, la permanence d'anesthésiste et de chirurgien est assurée sur chaque site détenteur d'une autorisation de médecine d'urgence et de chirurgie, mais celles-ci sont très fragiles :

- en chirurgie viscérale au CH de Dole et au CH de St-Claude.
- en orthopédie et traumatologie au CHI de Haute-Comté et au CH de Saint-Claude

AU TOTAL, le schéma initial ciblait déjà les spécialités fragiles et les zones déficitaires. Celles-ci sont confirmées par le bilan à mi-parcours. D'autres difficultés sont apparues.

Les recommandations du schéma actuel ont été globalement mises en œuvre selon le calendrier prévu.

L'élaboration des procédures régionales avec les spécialistes et les urgentistes n'a pu démarrer avant la constitution du RRUH-FC. Le GCS RRUH-FC constitué en juin 2014 est un partenaire incontournable dans l'organisation et le suivi de la PDSES.

L'évaluation lignes-effecteurs est importante mais insuffisante (pas de suivi exhaustif des déplacements) pour suivre le schéma, l'adapter et ajuster le financement.

4. Les principes d'organisation retenus sont reconduits :

- Respecter et financer les modalités de permanence médicale définies par les textes pour les spécialités réglementées.
- Sécuriser le dispositif pour les spécialités en situation de fragilité en optimisant la ressource médicale et en favorisant l'efficacité du dispositif.
- Coordonner le schéma de la PDSES avec les autres projets.
- Evaluer le dispositif et si besoin le faire évoluer.

5. Calendrier prévisionnel et mise en œuvre

- **Respecter et financer les modalités de permanence médicale définies par les textes pour les spécialités réglementées. Juin 2015**

- Soins intensifs de néonatalogie CH Lons-le-Saunier : transformation de l'astreinte opérationnelle de pédiatre en garde. A défaut, révision de la reconnaissance contractuelle de soins intensifs de néonatalogie.

- Obstétrique et néonatalogie : Adapter conformément à la réglementation les gardes et astreintes en fonction des autorisations, du volume de naissance et de la configuration des sites.

Suite à la décision n°2015.190 du 9 juin 2015 portant retrait, en application de l'article L6122-13 II, de l'autorisation d'exercer l'activité de soins de gynécologie-obstétrique de la clinique de Montbéliard, les lignes afférentes à cette activité sont supprimées du schéma PDSES.

- **Sécuriser le dispositif pour les spécialités en situation de fragilité en optimisant la ressource médicale et en favorisant l'efficacité du dispositif.**

Les spécialités suivantes présentent une PDSES particulièrement fragile. Elles sont priorisées. L'expertise du RRUH-FC et des spécialistes est mobilisée selon le calendrier ci-dessous.

	Eléments de décision	Priorité	Calendrier et échéance retenus
Gastro-entérologie	Pb démographique et pb repérés par les urgentistes	1	Décembre 2015
Chirurgie traumatologie hors rachis et main	Pb de plateau technique et de volume	2	Décembre 2015
Ophtalmologie	Diagnostic déjà réalisé, possibilité de limiter certaines astreintes à la première partie de la nuit	3	Décembre 2015 Contribution du RRUH limitée aux procédures
	Eléments de décision	Priorité	Calendrier et échéance retenus
Imagerie	Solutions de télé imagerie Réflexions en cours dans le cadre du volet imagerie.	4	Juin 2016 Contribution RRUH limitée à un cahier des charges (délais et

	Les représentants des établissements demandent à participer à la réflexion et souhaitent une étude médico-économique		qualité de la réponse, procédures, examens avec injection de produit de contraste, échographie)
ORL	Diagnostic déjà réalisé, mais situations parfois complexes	5	Juin 2016
Psychiatrie	Déficit de possibilité recours en pédo psychiatrie et en psy adultes	6	Début de la réflexion en 2016
Urologie	Spécialité ciblée dans le schéma initial Evaluation à compléter	7	Décembre 2016

Pour chaque spécialité ciblée :

En vue de contribuer avec les spécialités concernées à l'optimisation de la PDSES à l'échelle de la région, le RRUH-FC en partenariat avec les spécialistes, se voit confier les missions suivantes :

- Etablir un diagnostic partagé
 - Elaborer :
 - des scénarii d'organisation territoriale de la permanence des soins pour les spécialités priorisés dans le schéma PDSES pour garantir un accès permanent aux plateaux techniques spécialisés à l'échelle géographique adéquate.
- Les possibilités de mutualisation en région ou en inter-région, de limitation de certaines astreintes à la première partie de la nuit et d'utilisation des nouvelles technologies pour les spécialités qui s'y prêtent, seront explorées.
- des procédures régionales d'orientation et de prise en charge des patients par spécialité en fonction du caractère d'urgence pour fiabiliser une organisation territoriale de la PDSES.
 - des indicateurs d'évaluation de cette organisation pour si besoin la faire évoluer.

Pour réaliser sa mission, le RRUH-FC mobilisera des urgentistes, des spécialistes publics et libéraux. Un cahier des charges encadre cette mission.

Le RRUH-FC s'appuiera sur les référentiels existants.

Le RRUH apportera aussi sa contribution pour élaborer avec les spécialistes les procédures régionales d'orientation et de prise en charge des patients de la PDSES neurologie dans le cadre de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière.

Le comité de suivi est systématiquement destinataire de la composition des groupes, des dates, de l'ordre du jour et des comptes-rendus de réunions.

Les scénarii seront soumis pour validation au comité de suivi PDSES.

La contractualisation dans le cadre d'un avenant CPOM est obligatoire pour la reconnaissance de la mission de PDSES. Cet avenant comporte un socle commun précisant de façon synthétique les engagements de tout établissement en matière d'accueil des patients aux horaires de PDSES en particulier sur la séniorisation des permanences, leur complétude et le suivi de la mission.

Seuls sont rémunérés les établissements attributaires de la mission de service public de PDSES par cet avenant CPOM et qui respecteront ces engagements. Seront attributaires en priorité, les établissements assurant déjà la mission.

• **Coordonner le schéma de la PDSES avec les autres projets** *Tout au long du schéma*

Les référents thématiques du SROS-PRS seront systématiquement associés aux travaux du RRUH pour les spécialités qui les concernent. En particulier Projets PRS Télémédecine, Volet SROS – PRS Imagerie, prise en charge des patients cérébro-lésés et neurologie, médecine, psychiatrie, obstétrique et néonatalogie, chirurgie et urgences. Les différentes préconisations seront étudiées en étroite concertation.

• **Evaluer le dispositif et si besoin le faire évoluer.** *Tout au long du schéma*

Evaluer annuellement l'organisation mise en place à partir de données fiables transmises par les établissements et la régulation régionale selon le dispositif décrit ci-dessous.

6. Dispositif d'évaluation de la PDSES

6.1 Indicateurs à suivre annuellement par les établissements ayant la mission de la permanence des soins et à transmettre à l'ARS-FC

- Nombre de lignes et type de lignes de permanence effective par spécialité.
- Nombre, qualification et identité des effecteurs seniors par spécialité.
- Nombre de déplacements par spécialité aux heures de la PDSES

Avant décembre 2016, un cahier des charges régional doit être élaboré pour suivre le temps de mobilisation des praticiens en PDSES.

A défaut du fonctionnement d'une solution informatisée permettant ce suivi, une étude des déplacements et du temps de mobilisation sur 1 trimestre sera conduite annuellement sur les spécialités étudiées par le RRUH et les spécialistes dès 2015 et en 2016.

6.2 Suivi par le RRUH

Une analyse annuelle des dysfonctionnements concernant la PDSES sera intégrée dans la synthèse annuelle prévue au CPOM.

Afin de croiser les données, les indicateurs suivants seront à suivre par les services de régulation médicale concernant le recours à la PDSES : Nombre de transferts SMUR et non SMUR, par spécialité, aux heures de la PDSES.

6.3 Indicateurs de suivi du schéma PDSES

- Taux annuel de lignes d'astreintes conformes au schéma cible.
- Taux annuel de spécialités ciblées, analysées par le RRUH-FC et les spécialistes selon le calendrier prévu.
- Part des établissements ayant signé l'avenant au CPOM spécifique de la mission PDSES.
- Part des établissements ayant transmis en totalité les indicateurs prévus au 6.1 du schéma cible.

7. Tableau de l'organisation de la PDSES en Franche-Comté

Sigle : AO = Astreinte Opérationnelle	Lignes de permanence mises en œuvre par établissement recensement MAJ 8 janvier 2015	SCHEMA CIBLE		
		Internes	Seniors	Détail séniors
Anesthésie	CHRU 2 gardes (dont 1 dédiée obstétrique) –et 3 astreintes – 2 <i>gardes d'intermes</i> HNFC – 3 gardes (dont 1 dédiée obstétrique) CHI 70 1 garde et 1AO CH Lons 1 garde CH Dole 1 garde CHI HC 1 garde CH St Claude 1 garde PFC 1 garde dédiée obstétrique et 1 astreinte CI St Vincent 1 astreinte dédiée cardiologie interventionnelle		12 gardes 4 astreintes dont 1AO	CHRU 1 garde obstétrique dans l'unité , 1 garde soins intensifs chirurgie thoracique et cardio-vasculaire 1 garde générale 3 astreintes dont 1 opérationnelle HNFC 2 gardes sur Belfort dont 1 obstétrique 1 garde sur Montbéliard A ajuster en fonction de l'évolution du nombre de naissances et du regroupement des sites Autres sites détenteurs de médecine d'urgences et d'une autorisation de Chirurgie et/ou d'Obstétrique 1 garde sur place PFC 1 garde (activité d'obstétrique) CI St Vincent 1 astreinte cardiologie interventionnelle
Biologie	CHRU 3 astreintes - 2 <i>gardes d'interne</i> – 1 garde samedi AM et 2 dimanche matin HNFC 1 astreinte bi-site CHI 70 1 AS CH Lons 1 AO CH Dole 1 AO CHI HC 1 AS en semaine et 1 AO WE CH St Claude 1 AO CH Gray 1 AO CH Champagnole – convention avec le laboratoire libéral	CHU : 1 garde	10 astreintes dont 1 AO Puis 8 AO à compter de 2016	CHRU 3 astreintes Sites détenteurs d'une autorisation de médecine d'urgences 1 astreinte CHI HC et CHT Jura sud 1 astreinte opérationnelle commune dans le cadre du GCS arc jurassien à compter de 2016. CH Champagnole convention avec le laboratoire libéral
USIC - Cardiologie et médecine vasculaire	CHRU - USIC 1 Garde – 1 <i>garde d'interne</i> HNFC – site B - USIC 1 AO commune avec cardiologie interventionnelle – 1 <i>garde d'interne</i> HNFC – site M - USIC 1 Garde CHI 70 - USIC 1 AO + interne en garde CH Lons - USIC 1 AO – 1 <i>garde d'interne</i> CH Dole - USIC 1 garde CHI HC 1 Astreinte opérationnelle commune RADIO-NEURO CI St Vincent - USIC 1 Garde commune avec la cardiologie interventionnelle doublée par une astreinte.		7 gardes ou (garde interne + AO) 1 astreinte A compter du site médian 6 gardes ou (garde interne + AO) et 1 astreinte	CHRU 1 garde CI St Vincent 1 garde commune USIC cardiologie interventionnelle Sites détenteurs d'une reconnaissance contractuelle d'USIC 1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie) CHI HC Evaluer en 2015 le maintien d'1 astreinte sous réserve d'une séniorisation constante dans la spécialité de cardiologie en tenant compte de la fréquence des appels pour les urgences aux heures de permanence.
Cardiologie interventionnelle	CHRU - 1-AS HNFC – site B - 1 AO + <i>garde interne</i> commune avec USIC CI St Vincent – 1 garde commune avec la cardiologie interventionnelle doublée par une astreinte.		1 astreinte	Sites détenteurs d'une autorisation de cardiologie interventionnelle 1 astreinte avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites ou entre plusieurs unités.
Chirurgie cardio-thoracique	CHRU – 1 garde et 1 AO		1 AO	CHRU 1 AO
Chirurgie de la main	CHRU – 1 AS		1 astreinte	CHRU 1 astreinte
Chirurgie maxillo-faciale	CHRU – 1 AS		1 astreinte	CHRU 1 astreinte

Sigle : AO = Astreinte Opérationnelle	Lignes de permanence actuelles par établissement	SCHEMA CIBLE		
		Internes	Seniors	Détail séniors
Chirurgie orthopédique et traumatologique hors rachis et main	CHRU 1 garde – 1 garde d'interne HNFC ½ garde 1 ^{re} partie de la nuit en semaine + 0,5 astreinte de 0h à 8h30 en semaine. ½ garde samedi après-midi WE et JF CHI 70 1 garde (dans le cadre de la fédération CHRU CHI70) ou AO selon effecteur CH Lons 1 AO CH Dole 1 AO CHI HC 1 AO CH St Claude 1 AO		2 gardes 5 astreintes A adapter après étude RRUH-Spécialistes	CHRU 1 garde HNFC 1 garde Sites détenteurs d'une autorisation de médecine d'urgences et de chirurgie 1 astreinte Evaluer la mutualisation entre Lons et Saint-Claude en fonction de la densité d'appel et des besoins et/ou la possibilité de limiter cette permanence à la première partie de la nuit. Sur le site de Dole l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.
Chirurgie pédiatrique	CHRU 1 AS chirurgie orthopédie traumatologie pédiatrique – 1 AS chirurgie viscérale pédiatrique – 1 garde d'inteme	CHU : 1 garde	2 astreintes	CHRU 2 astreintes (chirurgie viscérale et chirurgie ortho-trauma)
Chirurgie vasculaire	CHRU 1 AO HNFC1 AO à compter de novembre 2013		1 astreinte	CHRU 1 astreinte
Chirurgie viscérale et digestive (hors greffes)	CHRU 1 garde – 1 garde d'interne HNFC -2 AO CHI 70 -1 AO CH Lons -1 AO CH Dole- 1 AO CHI HC -1 AO CH St Claude -1 AO		1 garde 7 astreintes A compter du site médian 2 garde 5 astreintes	CHRU 1 garde HNFC 2 astreintes en phase transitoire puis 1 garde sur le site médian Sites détenteurs d'une autorisation de médecine d'urgences et de chirurgie 1 astreinte
Gastro-entérologie et hépatologie Hors greffe	CHRU 1 AS de gastroentérologie et 1 AS hépatologie – 1 garde d'interne HNFC– site B 1 AO HNFC– site M 1 AO 1AO bi-site d'endoscopie digestive en mai 2014 CH Lons PAS d'astreinte CHI 70 1 AS	CHU : 1 garde	5 astreintes dont 1 AO A adapter après étude RRUH-Spécialistes	CHRU 1 astreinte gastro-entérologie 1 astreinte hépatologie HNFC 1 astreinte CH Lons 1 astreinte CHI 70 1 astreinte
Gériatrie	Etude complémentaire nécessaire			Etude complémentaire nécessaire
Gynécologie	CHRU (garde commune avec l'obstétrique)		2 astreintes	CHRU 1 astreinte HNFC 1 astreinte sur le site médian
Hématologie adultes et enfants	CHRU 1 astreinte adulte et 1 astreinte en SI hémato cancérologie pédiatrique – 1 garde d'interne	CHU : 1 garde	2 astreintes	CHRU 1 astreinte adulte 1 astreinte en SI hémato cancérologie pédiatrique
Imagerie (radiologie générale, neuro-radiologie, radiologie vasculaire (y compris TTT des hémorragies du post partum par embolisation))	CHRU 1 astreinte de radiologie générale, 1 astreinte de neuroradiologie, 1 astreinte de radiologie vasculaire interventionnelle – 2 gardes d'interne HNFC– site B 1 AO HNFC – site M 1 AO CHI 70 1 AO CH Lons 1 garde – 1 AS CH Dole 1 AO CHI HC 1 une demi-astreinte CH St Claude 1 AO CH Gray 1 AO	CHU : 2 gardes	12 astreintes A adapter après étude RRUH-Spécialistes	CHRU 3 astreintes HNFC 2 astreintes opérationnelles en phase transitoire puis 1 garde sur le site médian. Sites détenteurs d'une autorisation de médecine d'urgences 1 astreinte A adapter en fonction des options de télé-interprétation Obtenir un accès H24 IRM pour les sites UNV
Infectiologie	CHRU 1 AS		1 astreinte	CHRU 1 astreinte
Néphrologie	CHRU-centre 1 AO – 1 garde d'interne HNFC–site M-centre 1 AO ou 1 garde (uniquement samedi AM et DJF) CHI 70-centre 1 AS CH Dole-centre 1 AO CH St Claude-centre 1 AO	CHU : 1 garde	5 astreintes	Sites détenteurs d'une autorisation de dialyse médicalisée en centre 1 astreinte

Sigle : AO = Astreinte Opérationnelle	Lignes de permanence actuelles par établissement	SCHEMA CIBLE		
		Internes	Seniors	Détail séniors
Neurochirurgie et chirurgie du rachis	CHRU 1 AO – 1 garde d'interne	CHU : 1 garde	1 AO	CHRU 1 AO
Neurologie - UNV	CHRU-UNV 1 AS – 1 garde d'interne HNFC–site M-UNV 1 AO CHI 70 1 AS CH Lons-UNV 1 AO		1 garde 3 astreintes	CHRU 1 garde régionale Sites détenteurs d'une reconnaissance d'UNV 1 astreinte CHI70 1 astreinte dès la reconnaissance d'1 UNV
Neuroradiologie interventionnelle	CHRU 0.5 AS. L'astreinte de neuroradiologie interventionnelle de Besançon est assurée par le CHRU de Dijon 1 WE tous les 1,5 mois. Jamais la nuit.		1 AO	CHRU 1 AO
Obstétrique	CHRU 1 garde (garde commune avec la gynécologie) – 1 garde d'interne HNFC – site B 1 garde – 1 garde d'interne HNFC – site M 1 garde – 1 garde d'interne CHI 70 1 garde CH Lons 1 AO – 1 garde d'interne CH Dole 1 AO ou garde sur place CHI HC 1 AO CH St Claude 1 AO PFC 1 garde		4 gardes 5 astreintes dont 5 AO A compter du site médian 3 gardes 5 AO	Services atteignant ou dépassant 1500 naissances : CHRU, HNFC site de Belfort, HNFC site de Montbéliard, PFC 1 garde dans l'unité d'obstétrique ; Puis HNFC site médian 1 garde dans l'unité d'obstétrique ; Services ne dépassant pas 1500 naissances : CHI 70, CH Lons, CH Dole, CHI HC, CH St Claude, 1 astreinte opérationnelle exclusive, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site
Odontologie				Etude complémentaire nécessaire CHRU et HNFC Prendre en compte la permanence des soins dentaires (PDSA)
Ophtalmologie	CHRU 1 astreinte HNFC 1 AO bi-site CHI 70 1 astreinte CH Dole 1 astreinte		2 astreintes 2 ou 3 astreintes de 1° partie de nuit A adapter après étude RRUH-Spécialistes	CHRU, HNFC 1 astreinte CHI70, CH Lons, 1 astreinte limitée à la première partie de nuit Sur la zone de Dole Evaluer la nécessité d'une ligne limitée à la 1° partie de nuit dont l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.
Otorhinolaryngologie	CHRU 1 astreinte HNFC 1 AO bi-site de 0h à 8h30 à site M à compter du 1 janvier 2015 CHI 70 1 astreinte		2 astreintes 2 ou 3 astreintes de 1° partie de nuit A adapter après étude RRUH-Spécialistes	CHRU, HNFC 1 astreinte CHI70 et CH Lons 1 astreinte limitée 1° partie de nuit Sur la zone de Dole Evaluer la nécessité d'une ligne limitée à la 1° partie de nuit dont l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.
Pédiatrie, Néonatalogie, dont soins intensifs et réanimation néonatale et pédiatrique <i>Voir détail références réglementaires dans l'annexe technique</i>	CHRU 1 garde et 1 AO – 1 garde d'interne – 1 astreinte HNFC– site B 1 garde HNFC– site M 1 garde CHI 70 1 AO CH Lons 1 AO CH Dole 1 AO CHI HC1 AO CH St Claude 1 AO PFC1 garde rémunérée en astreinte		3 gardes 5 AO 2 astreintes	CHRU 1 garde commune à la réanimation pédiatrique et néonatale et aux soins intensifs néonatalogie pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale. +1 astreinte Services avec SI de néonatalogie : HNFC site Belfort, CH Lons 1 garde sur site pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatalogie A terme HNFC site médian 1 garde et 1 astreinte Etablissements avec néonatalogie sans SI : CHI 70, CH Dole, HNFC site Montbéliard, CHHC, PFC 1 AO pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatalogie Etablissements sans néonatalogie : CH St Claude 1 astreinte

<i>Sigle :</i> AO = Astreinte Opérationnelle	Lignes de permanence actuelles par établissement	SCHEM A CIBLE		
		Internes	Seniors	Détail séniors
Pharmacie	CHRU 2 astreintes – 1 garde d'interne HNFC 1 AO bi-site CHI 70 1 astreinte CH Lons 1 astreinte CH Dole 1 astreinte CHI HC1 astreinte en semaine – 1 AO en WE et JF CH Gray 1 Astreinte de sécurité avec un seul effecteur	CHU : 1 garde	7 astreintes dont 1 AO	CHRU 2 astreintes (médicaments et dispositifs médicaux) HNFC, CHI 70, CH Lons, CH Dole, CH Pontarlier 1 astreinte CH Champagnole, CH St Claude et CH Gray 1 procédure de recours en conformité à la réglementation
Pneumologie	CHRU 1 astreinte – 1 garde d'interne HNFC – 1 AO bi-site d'endoscopie en mai 2014 CHI 70 1 astreinte CH Lons PAS d'astreinte	CHU : 1 garde	4 astreintes dont 1 AO	CHRU 1 astreinte HNFC 1 astreinte CHI 70 1 astreinte CH Lons 1 astreinte
Psychiatrie	CHRU – 1 garde d'interne – 1 astreinte CH Novillars 1 astreinte CHI HC 1 astreinte Ch St Rémy et NFC 2 astreintes CH Dole St Ylie 1 astreinte	CHU : 1 garde	10 astreintes A adapter après étude RRUH- Spécialistes	1 A dans chaque site accueillant des patients hospitalisés sans consentement. CH St Rémy et NFC 2 astreintes (St Rémy et Montbéliard) CH Novillars 1 astreinte CHI HC 1 astreinte CH Dole St Ylie 1 astreinte En l'absence de séniorisation de l'astreinte, la mission d'accueil de patients hospitalisés sans consentement pourra être réévaluée CHRU, HNFC, CHI 70, CH Lons, CH Dole 1 astreinte
Réanimation adulte	CHRU Besançon - Réa médicale 1 garde - 1 garde d'interne CHU Besançon - Réa chirurgicale - 1 garde - 1 garde d'interne HNFC – site B 1 garde HNFC– site M 1 garde- A préciser CHI 70 1 garde CH Lons 1 garde		7 gardes	Unités de réanimation autorisées 1 garde
Urologie	CHRU Besançon 1 AO HNFC 1 AO CH Lons PAS d'astreinte CHI 70 1 AO CHI HC 1 AO	CHU : 1 garde	5 astreintes A adapter après étude RRUH- Spécialistes	CHRU, HNFC, CHI 70, CH Lons 1 Astreinte CHI HC Evaluer en 2015 le maintien d'1 astreinte sous réserve d'une séniorisation constante dans la spécialité d'urologie pour les urgences aux heures de permanence. Sur la zone de Dole Evaluer la nécessité d'une ligne limitée à la 1° partie de nuit dont l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.



PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENT DE SANTE

ANNEXE TECHNIQUE DU SCHEMA CIBLE REVISE PAR SPECIALITES

RAPPEL Définition et périmètre de la PDSES

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qualifie la permanence des soins de mission de service public à laquelle tout établissement de santé peut contribuer (article L.6112-1) et donne compétence au directeur général de l'ARS, dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, pour l'organisation territoriale et l'attribution de cette mission. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est l'outil juridique pour contractualiser sur l'organisation de la PDSES avec les établissements attributaires de cette mission pour une ou plusieurs disciplines médicales ou chirurgicales.

La PDSES est définie comme "l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients nécessitant des soins urgents la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou un jour férié", et se distingue de la continuité des soins, des activités non programmées de jour, et de la permanence des soins ambulatoire.

Elle concerne le seul champ des activités de court séjour (Médecine, Chirurgie et Obstétrique) en aval des urgences. Par conséquent, les ex-hôpitaux locaux, les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), de soins de longue durée (USLD) et de psychiatrie (en dehors des structures de médecine d'urgence et des soins urgents sans consentement) ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSES.

Elle couvre :

- les spécialités réglementées, pour lesquelles les modalités de permanence médicale sont définies par les textes, correspondant aux filières de soins d'urgence spécialisées à organiser, dans le cadre de la gradation des soins hospitaliers : réanimation, périnatalité, néonatalogie, néphrologie et hémodialyse, chirurgie cardiaque, cardiologie interventionnelle, unités de soins intensifs en cardiologie, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle, plateaux techniques spécialisés.
- d'autres spécialités médicales et chirurgicales, non visées dans les activités réglementées, mais qui peuvent nécessiter l'organisation d'une PDSES, éventuellement mutualisée.

La PDSES doit être en cohérence avec l'organisation de l'activité de médecine d'urgence. Dans ce cadre, les activités d'anesthésie, d'imagerie, de biologie, de pharmacie sont également concernées et intégrées au schéma cible de la PDSES.

Les champs non concernés par la PDSES : Les structures autorisées à pratiquer la médecine d'urgence (établissements ex-DG), les activités de greffe et l'activité d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation dans le cadre du dispositif de PDSES.

Le traitement du cancer, les soins de suite et de réadaptation, les activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation, les activités de diagnostic prénatal et les examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou d'identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ne sont pas concernés par les obligations de permanence des soins.

Méthode d'analyse de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé en Franche-Comté

Le thésaurus ORUPACA : "diagnostics d'urgences plateaux techniques requis ", indique la fréquence des situations critiques par rapport aux cas d'usage et précise l'inventaire des plateaux technique nécessaires (avis spécialisés, actes diagnostiques et thérapeutiques) et les délais d'accès. Basés sur ce thésaurus, les principaux critères techniques ont été synthétisés pour certaines spécialités.

Guide de lecture et définitions :

Cas d'usage : Diagnostics fournis par le thésaurus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Situation critique : diagnostic nécessitant un accès à un plateau technique requis dans un délai inférieur ou égal à 3 heures.

Les délais s'entendent comme délais "maximum" définis selon 5 intervalles : DQP (Dès Que Possible ; <=3 h ; <=6h ; <=12h ; <=24h

Pour les délais supérieurs à 24 h, les diagnostics n'ont pas été renseignés et ont été considérés comme sortant du champ.

Exemple CARDIOLOGIE ET MEDECINE VASCULAIRE

Avis spécialisé : avis du cardiologue nécessaire dans 30 situations des 46 cas d'usage recensés dans le thésaurus ORUPACA. Cet avis est requis dans un délai très court (DQP = dès que possible) pour 17 des 30 situations précitées .Les situations critiques représentent 47.83 % des cas d'usage.

Plateaux techniques nécessaires : Une échocardiographie est nécessaire dans 13 cas et cet examen est requis dans un délai très court dans 8 cas sur 13.

	Avis spécialisé référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA		Conclusion
Critères techniques	Cardiologue (30/46) DQP 17/30 Situations critiques 47.83%	Echo cardio (dqp 8/13)		Avis spécialisé souvent nécessaire et souvent dès que possible

Situation régionale 2013-2014 : état arrêté au 8 janvier 2015

Informations issues des questionnaires de suivi annuel des lignes et effecteurs dans le cadre du suivi du schéma PDSES.

Les informations concernant les déplacements annuels pendant les astreintes n'ont pas pu être recensées. Le recensement des déplacements en temps de garde et d'astreinte opérationnelle réglementaire est Sans Objet (SO).

Suite à la décision n°2015.190 du 9 juin 2015 portant retrait, en application de l'article L6122-13 II, de l'autorisation d'exercer l'activité de soins de gynécologie-obstétrique de la clinique de Montbéliard, les lignes afférentes à cette activité sont supprimées du schéma PDSES.

ANESTHESIE				
LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE 2014 ENQUETE	EFFECTEURS SENIORS 2014	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde dédiée obstétrique 1 garde dédiée SI chirurgie thoracique et cardiovasculaire 1 garde générale 3 astreintes dont 1 AO (1 dédiée au BOP thoracique, 1 AO dédiée en pédiatrie et 1 générale hors activité de greffe)	2 gardes d'interne 2 gardes 1 AO 1 AS	2 PUPH TIT 7 Med. HU 40 PHTP 4 Chef de clinique assistant 4 P contractuel TP 1 P contractuel Tp	1 garde dans l'unité d'obstétrique 1 garde SI chirurgie thoracique et cardiovasculaire 1 garde générale 3 astreintes dont 1 AO (1 dédiée au BOP thoracique, 1 AO dédiée en pédiatrie et 1 générale hors activité de greffe)
HNFC	2 gardes sur le site de Belfort dont 1 dédiée obstétrique 1 garde sur le site de Montbéliard Solution transitoire en attente du site médian	3 gardes	13 PHTP 4 PHTp 2 contractuels TP 1 PH 50%	2 gardes sur le site de Belfort dont 1 obstétrique 1 garde sur le site de Montbéliard A ajuster en fonction de l'évolution du nombre de naissances et du regroupement des sites
CHI 70	1 garde	1 garde et 1 AO	9 PHTP (mais départ d'un PHTP en janvier 2014) 2 P Contractuels	1 garde
CH Lons	1 garde	1 garde	5 PHTP 1 PHTP(80%)	1 garde
CH Dole	1 garde	1 garde	1 PHTP x remplaçants	1 garde
CHI Haute-Comté	1 garde	1 garde	4 PHTP 4 contractuels TP	1 garde
CH St Claude	1 garde	1 garde	1 PHTP 3 Remplaçants	1 garde
PFC	1 garde dédiée obstétrique	1 garde dédiée obstétrique et 1 AS	4 Anesthésistes libéraux	1 garde (activité d'obstétrique)
CI St Vincent	1 A cardiologie interventionnelle	1 A cardiologie interventionnelle	10 Anesthésistes libéraux	1 A cardiologie interventionnelle

Obligations réglementaires pour certaines activités autorisées :

- **Obstétrique selon volume de naissances**: astreinte opérationnelle ou par garde sur site (+1500) ou par garde dans l'unité (+ 2000)
- **Chirurgie cardiaque**: obligation de garde ou d'astreinte opérationnelle exclusive sur site au titre de la continuité et de la permanence

- **Cardiologie interventionnelle** : en l'absence de précision, astreinte avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites ou entre plusieurs unités
- **Neurochirurgie** : astreinte opérationnelle ou garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites
- **Neuroradiologie endovasculaire** : astreinte opérationnelle ou garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites

BIOLOGIE

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	Schéma cible
CHRU Besançon	1 garde interne en biochimie 3 A	2 gardes d'interne 3 A 1 garde samedi AM et 2 dimanche matin	13 PUPH TIT dt 2 PUPH tit pharmacie hop 3 Med. HU 7 PHTP 3 PHTp 1 attaché CDD		1 garde interne en biochimie 3 A
HNFC	1 A		10 PHTP 1 Contractuel TP		1 A
CH Dole	1 A	1 AO	3 PHTP 1 Attaché 0,2		1 A
CHI 70	1 A	1 AS	3 PHTP 1 PHTp		1 A
CH Gray	1 A	1 AO	1 Contractuel		1 A
CH Lons	1 A	1 AO	3 PHTP		CHI HC et CHT Jura sud 1 astreinte opérationnelle commune dans le cadre du GCS arc jurassien
CHI Haute-Comté	1 A	1 AS en semaine et 1 AO WE	2 PHTP 1PHTp		
CH St Claude	1 A	1 AO	1 PHTP 1 P contractuel		
CH Champagnole	1 convention avec laboratoire libéral		1 convention avec laboratoire libéral		

CARDIOLOGIE ET MEDECINE VASCULAIRE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Cardiologie (30 situations /46 cas d'usage) Cet avis est requis dans un délai très court (DQP = dès que possible) pour 17 des 30 situations précitées. Les situations critiques représentent 47.83 % des cas d'usage	Echo cardio (DQP 8/13)	Avis spécialisé souvent nécessaire et souvent dès que possible
Obligation réglementaire pour l'USIC: garde sur place qui peut être assurée, en dehors du service de jour, par un interne en médecine. Dans ce cas, un médecin spécialiste est placé en astreinte opérationnelle. Le Schéma prévoyait d'étudier l'opportunité du maintien d'1 astreinte en cardiologie au CH de Pontarlier. La demande d'évaluation adressée au CHI HC le 15 juillet 2013 n'a été restituée que partiellement en dec 2014.		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon USIC	1 garde	1 garde d'interne 1 garde	2 PUPH TIT 3 Med. HU 5 PHTP 1 contactuel Tp 1 Assistant 1 Attaché CDD <i>Les effecteurs réalisent aussi les astreintes de cardiologie interventionnelle</i>	SO	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)
HNFC USIC	Site B : 1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie) Site M : 1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)	Site B : 1 garde d'interne et 1 AO commune avec cardiologie interventionnelle Site M : 1 Garde	5 PHTP 2 Contractuels TP <i>1 Assistant spé associé sous couvert sénior</i> <i>2 Attachés associés sous couvert sénior</i>	SO	Site B : 1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie) Site M : 1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)
CHI 70 USIC	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)	1 AO + interne en garde	3 PHTP 1 assistant partagé	SO	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)
CH Lons USIC	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)	1 AO+ interne en garde	2 PHTP 2 PH Tp 1 assistant spécialiste partagé (40%)	SO	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)
CH Dole USIC	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)	1 garde	3 PHTP 1 PH Tp (5/6)	SO	1 garde (ou 1 AO si interne sur place en cardiologie)
CI St Vincent USIC	1 garde commune USIC cardiologie interventionnelle		7 praticiens libéraux communs avec USIC	SO	1 garde commune USIC cardiologie interventionnelle

CHI Haute-Comté	Le Schéma prévoyait d'étudier le maintien d'1 astreinte.	1 AO commune CARDIO-NEURO	3 PH cardio 1 PH neuro <i>1 Attaché associé neuro sous couvert sénior</i>	Réponse partielle en décembre 2014	Evaluer en 2015 le maintien d'1 astreinte sous réserve d'une séniorisation constante dans la spécialité de cardiologie en tenant compte de la fréquence des appels pour les urgences aux heures de permanence.
------------------------	--	------------------------------	---	------------------------------------	--

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE		
Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Cardiologie interventionnel (3/38) DQP 3/3 Situations critiques 57.89%	Cathétérisme interventionnel	Avis spécialisé pour situation ciblée et toujours dès que possible. Technicité du praticien importante. Autorisation spécifique nécessaire.
Obligations réglementaires pour cette activité lorsqu'elle est autorisée : en l'absence de précision, astreinte avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites ou entre plusieurs unités		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 AS	1 AS	2 PUPH TIT 2 Med. HU 4 PHTP <i>Les effecteurs réalisent aussi</i>	SO	1 astreinte

			<i>les astreintes de cardiologie et médecine vasculaire</i>		
HNFC	1 A	site B 1 AO + garde interne commune avec USIC	4 PHTP parmi les 8 PHTP mobilisés pour la cardiologie et médecine vasculaire	SO	Site B : 1 astreinte
CI St Vincent	1 garde commune USIC. Cette garde est doublée ou triplée par AS selon les compétences du praticien		7 praticiens libéraux communs avec USIC	SO	1 garde commune USIC cardiologie interventionnelle

CHIRURGIE CARDIOTHORACIQUE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Chirurgie thoracique et chirurgie de l'aorte Chirurgien cardio thoracique (13/19) DQP 13/13 Situations critiques 73.7%	Echo doppler, scanner, bloc opératoire spécialisé	Situations critiques très fréquentes Avis spécialisé très fréquent et toujours dès que possible .Technicité du praticien importante et plateau technique important.
Pneumologie médicale Chirurgie thoracique (3/27) DQP 2/3 Situations critiques 40.74%	Scanner et radio interventionnelle dqp pour 2 situations de chirurgie thoracique	Avis très spécialisé et plateau technique spécialisé pour la chirurgie thoracique
Obligations réglementaires pour la chirurgie cardio-thoracique lorsqu'elle est autorisée : obligation de garde exclusive ou d'astreinte opérationnelle sur site au titre de la continuité et de la permanence		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
-----------------------	-------------------------	--------------------	----------------------------	-------------------------------	-----------------------

CHRU Besançon	1 AO	1 garde et 1 AO	1 PUPH TIT 2 Med. HU 4 PHTP	SO	1 AO
----------------------	------	-----------------	-----------------------------------	----	------

CHIRURGIE DE LA MAIN

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Chirurgien de la main (42/58) DQP 4/42 Situations critiques 15.52 %	bloc opératoire	Situations rarement critiques mais avis spécialisés fréquents. Technicité du praticien importante.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 A	1 AS	5 Med. HU 2 PHTP 1 contractuel 2 Assistants		1 A

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
		Envoi d'image par le PACS Régional

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1A	1 AS	1 PUPH TIT 1 Med. HU 1 PHTP 2 Assistants		1A

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE HORS RACHIS ET MAIN

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA		Plateaux techniques nécessaires ORU PACA		Conclusion	
Chirurgien orthopédique (104/170) DQP 73/104 Situations critiques 35.3 %				Situations rarement critiques mais avis souvent nécessaire et souvent dès que possible	
Le schéma cible prévoit à l'HNFC 1 garde et évaluation de la possibilité de transformer la ½ garde de nuit en garde et au CH St Claude 1A et évaluation de la possibilité de mutualiser avec CH Lons-le-Saunier. Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes.					
LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde	1 garde interne 1 garde	1 PUPH TIT 3 Chefs clinique ass (fédération CHRU/CHI70) 4 PHTP 2 contractuels dont 1 TP 5 Assistants	SO	1 garde
HNFC	1 garde et évaluer la possibilité de transformer la ½ garde de nuit en garde	1/2 garde 1ère partie de la nuit en semaine + 0,5 astreinte de 0h à 8h30 en semaine 1/2 garde samedi après midi WE et JF	1 PHTP 2 Contractuel TP 2 Praticiens attachés	SO	1 garde
CHI 70	1A	1 garde	1 PHTP 2 P Contractuels 2 Assistants 3 Chefs de clinique ass(fédération CHRU/CHI70)	NR	1A
CH Dole	1A	1 AO	3 PHTP	NR	Sur le site de Dole 1A l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.
CH Lons	1A	1 AO	4 PHTP	NR	
CH St-Claude	1A et évaluer la possibilité de mutualiser avec CH Lons	1 AO	2 P Contractuels	NR	Évaluer la mutualisation entre Lons et St-Claude en fonction de la densité d'appel et des besoins et/ou la possibilité de limiter cette permanence à la première
			1 PHTP		

CHI Haute-Comté	1 A	1 AO	1 contractuel TP 1 Assistant spé. partagé 50%	NR	partie de la nuit.
CHIRURGIE PEDIATRIQUE					

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 1 AS chirurgie orthopédie traumatologie pédiatrique 1 AS chirurgie viscérale pédiatrique	1 garde d'interne 1 AS chirurgie orthopédie traumatologie pédiatrique 1 AS chirurgie viscérale pédiatrique	1 PUPH TIT 2 Med. HU 3 PHTP 1 Assistant	SO	1 garde d'interne 1 AS chirurgie orthopédie traumatologie pédiatrique 1 AS chirurgie viscérale pédiatrique

CHIRURGIE VASCULAIRE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Chirurgien vasculaire (26/28) DQP 25/26 Situations critiques 92.86%	Echo doppler, scanner, bloc opératoire	Situations critiques très fréquentes. Avis spécialisé quasi systématique et toujours dès que possible. Technicité du praticien importante.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 A	1 AO	1 PUPH TIT 2 Med. HU 2 PHTP 1 contractuel TP	SO	1 A
HNFC	0	1 AO à compter de novembre 2013	1 Praticien exercice libérale 1 Praticien clinicien TP		

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE HORS GREFFE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
<i>EN GASTRO ENTEROLOGIE</i> Chirurgie viscérale (11/90) DQP 0/11 <i>EN GYNECOLOGIE</i> Chirurgie viscérale (1/90) DQP 1/1	Scanner DQP 1/1	Avis spécialisé de chirurgie digestive rarement nécessaire mais dqp en gynécologie.

LOCALISATION PDES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde	1 garde d'interne 1 garde	1 PUPH TIT 2 Chefs de clinique assistants 2 PHTP 1 résident interne 3 Assistants	SO	1 garde
HNFC	site B 1 A site M 1 A solution transitoire	2 AO	5 PHTP 1 Assistant		2 astreintes en phase transitoire puis 1 garde sur le site médian
CHI 70	1 A	1 AO	4 PHTP		1 A
CH Lons	1 A	1 AO	3 PHTP 1 contractuel TP		1 A
CH Dole	1 A	1 AO	2 PHTP		1 A
CHI Haute-Comté	1 A	1 AO	2 PHTP 2 remplaçants contractuels		1 A
CH St Claude	1 A	1 AO	1 PHTP 1 remplaçant		1 A

Les activités de greffe n'entrent pas dans le champ de la PDES ; elles font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation dans le cadre du dispositif de PDES.

GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Gastroentérologue (20/90) DQP 3/20 Situations critiques 15.56 %	Endoscopie digestive DQP 2/12	Avis spécialisé de Gastroentérologue très rarement nécessaire mais 2 situations de fibroscopie en urgence. Situations critiques rares. Absence de recours dans le Jura y compris Dole et Lons ainsi qu'à Pontarlier et à Gray. Réponse apportée par le CHU plus ou moins facilement par défaut de place. Transferts parfois différés dans des conditions difficiles
Le schéma prévoit la recherche de solutions innovantes et la nécessité d'élaborer des procédures régionales pour fiabiliser la prise en charge en gastro-entérologie dans certains secteurs. Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes.		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 1 AS de gastroentérologie 1 AS hépatologie	1 garde d'interne 1 AS de gastroentérologie 1 AS hépatologie	1 Chef de clinique assistant 4 PHTP		1 garde d'interne 1 AS de gastroentérologie 1 AS hépatologie
CH Lons	1 A	0			1 A
HNFC	1 AO bi-site	1 AO bi-site d'endoscopie digestive en mai 2014	5 PHTP 1 Contractuels TP <i>1 Attaché associé sous couvert sénior</i>		1 A
CHI 70	1 A	1 AS	2 PHTP 2 P Contractuels		1 A

HEPATOLOGIE

Les activités de greffe n'entrent pas dans le champ de la PDSES. Elles font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation dans le cadre du dispositif de PDSES.

GERIATRIE

L'astreinte en gériatrie est actuellement très hétérogène, souvent commune avec le SSR et/ou les EHPAD

Les urgentistes interviewés signalent l'intérêt d'un avis gériatrique pour gérer les flux de patient et la décision ou non d'hospitaliser.
L'avis peut généralement être différé au lendemain.

Les établissements disposant d'une unité de gériatrie aigüe disposent facilement de cet avis en journée.

Le schéma cible initial indique dans son annexe :

Débat sur l'intérêt d'une permanence en gériatrie.

Les ES publics soulignent l'utilité de cette permanence pour la gestion des flux de patients âgés et propose d'étudier le financement des permanences pour les ES qui les ont mises en place.

Point de vue de l'URPS : Toutes les spécialités sont amenées à prendre en charge ces patients.

Et propose :

Une étude complémentaire est nécessaire afin d'examiner le fonctionnement des astreintes actuelles et surtout la nature exacte de la réponse.

Un groupe de travail sera constitué dans ce but .Les fédérations transmettront les coordonnées des personnes référentes à solliciter pour cette étude.
Echéance du SROS.

GYNECOLOGIE

Il n'existe pas de dispositions réglementaires relatives à l'activité de gynécologie.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	0 (garde commune avec l'obstétrique)	Pas de ligne spécifique			1 astreinte
HNFC	0	Pas de ligne spécifique			1 astreinte sur le site médian

HEMATOLOGIE adulte et enfant		
Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Hématologue (10/28) dont : DQP 7/10 et 6/7 par téléphone Réanimateur (2/28) dont DQP 2/2 Néphrologue (1/28) dont DQP 1/1 Situations critiques 29 %	Isolement DQP 4/4	Mission régionale La cancérologie n'est pas concernée par les obligations de permanence des soins mais l'hématologie peut en faire partie.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2014	EFFECTEURS SENIORS 2014	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 1 A Hématologie adulte 1 A en SI hémato cancérologie pédiatrique	1 garde d'interne 1 A adulte 1 A en SI hémato cancérologie pédiatrique	1 PUPH TIT 2 Med. HU 6 PHTP 1 contractuel TP		1 garde d'interne 1 A Hématologie adulte 1 A en SI hémato cancérologie pédiatrique

IMAGERIE

(Radiologie générale et radiologie vasculaire (y compris traitement des hémorragies du post partum par embolisation)

Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon (UNV)	2 gardes d'internes 3 A	2 gardes d'internes 3A (1 astreinte de radiologie générale, 1 astreinte de neuroradiologie, 1 astreinte de radiologie vasculaire interventionnelle)	1 PUPH TIT 3 Chefs de Clinique assistants 6 PHTP 1 PHTp 2 contractuels TP 1 Assistant		2 gardes d'internes 3 A (1 astreinte de radiologie générale, 1 astreinte de neuroradiologie, 1 astreinte de radiologie vasculaire interventionnelle)
HNFC (UNV)	2 A en phase transitoire en attente du site médian	1 AO site B 1 AO site M	5 PHTP 1 PHTp 2 P contractuel TP 1 Contractuel Tp + radiologues libéraux du GIE		2 astreintes opérationnelles en phase transitoire puis 1 garde sur le site médian.
CHI 70	1 A	1 AO	2 PHTP 2 P contractuels 1 Attaché TP 1 Attaché Tp 1 Assistant partagé		1 A
CH Lons (UNV)	1 A	1 garde + 1 AS(GIE ?)	2 PH Tp (prévision de départ à la retraite 62 et 67 ans) 1 Attaché TP 1 Attaché Tp		1 A
CH Dole	1 A	1 AO	1 Attaché (partenariat radiologues libéraux + téléradiologie)		1 A
CHI Haute-Comté	1 A	1 AO (une demi-astreinte)	1 PHTP 1 PHTp 3 Attachés 10%		1 A
CH St-Claude	1 A	1 AO	1 PHTP 1 P contractuel TP 1 Attaché associé 60% sous couvert sénior		1 A
	1 A		2 PH tp		1 A

CH Champagnole					
CH Gray	1 A	1 AO	Société CGTR + intérim		1 A

INFECTIOLOGIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Infectiologue (19/54) DQP 16/19 dont 100% des cas par téléphone Chir ortho 4/54 dont DQP 3/4 Chir vasc 3/54 dont DQP 3/3 Réanimateur 4/54 dont DQP 4/4 Neurochirurgien 1/54 donr DQP 1/1 Situations critiques 39 %	Isolement DQP 2/2 Scanner DQP 1/1 IRM DQP 1/1	Mission régionale Réponse estimée satisfaisante par les urgentistes.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 A	1 AS	1 Med. HU 3 PHTP		1 A

NEPHROLOGIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Conclusion
Néphrologue (7/11) DQP 1/7 Situations critiques 9.1 %	Avis spécialisé de néphrologue exceptionnel : 1 seule situation critique : insuffisance rénale aiguë, avec hyperkaliémie Rareté des professionnels .Rareté des situations et des déplacements sauf au CHRU (enquête 2011) les sites non détenteurs d'une autorisation de dialyse médicalisée en centre lourd font appel au CHU de Besançon
Obligations réglementaires Article D. 6124-69 centre d'hémodialyse : En dehors des heures d'ouverture du centre d'hémodialyse, une astreinte est assurée par un néphrologue de l'équipe médicale susmentionnée. Cette astreinte peut couvrir les différentes modalités de dialyse que l'établissement est autorisé à pratiquer. Elle peut également couvrir les activités de traitement exercées par plusieurs établissements de santé, lorsqu'ils sont liés par une convention de coopération prévue à l'article R. 6123-55. Dans les établissements de santé disposant d'une unité de soins intensifs en néphrologie, l'astreinte peut être assurée par le néphrologue de garde de cette unité. Article D. 6124-76 unité d'hémodialyse : l'équipe peut être commune avec celle d'un centre d'hémodialyse ; elle est toujours en effectif suffisant, pour qu'une astreinte médicale soit assurée par un de ses membres, hors des heures de fonctionnement de l'unité de dialyse. Cette astreinte peut également être assurée dans les conditions prévues à l'article D. 6124-69.	

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon-centre	1 garde d'interne 1 A	1 garde d'interne 1 AO	1 PUPH TIT 3 Med. HU 4 PHTP 1 Assistant		1 garde d'interne 1 A
HNFC-centre	site M 1 A	1 garde (uniquement samedi AM et DJF) ou 1 AO	5 PHTP 1 Assistant partagé		1 A
CHI 70-centre	1 A	1 AS	3 PHTP+1 Assistant partagé		1 A
CH Dole-centre	1 A	1 AO	1 PHTP 1 PH clinicien 1 Assistant spécialiste		1 A
CH St Claude-centre	1 A	1 AO	1 PHTP 1 P Contractuel		1 A

NEUROCHIRURGIE et CHIRURGIE DU RACHIS

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Neuro chirurgien (4/53) DQP 4/4 Neuro chirurgien télé expertise (17/53) DQP 13/14 Chirurgien du rachis télé expertise (14/53) DQP 7/14 Infectiologie télé expertise (2/53) DQP 1/1 Situations critiques 64.5 %	Scanner dqp 13/27 Angio scanner dqp 1/1 IRM dqp 8/17	Situations critiques mais avis spécialisés réalisables en télé expertise dans la majorité des cas. 686 déplacements en 2011 au CHRU. Technicité du praticien importante. Plateau technique spécialisé Mission Régionale ou inter régionale
Obligations réglementaires pour la neurochirurgie : astreinte opérationnelle ou garde avec possibilité de mutualisation entre plusieurs sites Mission Régionale ou inter régionale		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 1 AO	1 garde interne 1 AO	1 Med. HU 4 PHTP 1 Assistant	SO	1 garde d'interne 1 AO

NEUROLOGIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Neurologue (20/43) DQP 15/20 Infectiologie télé expertise (1/43) DQP 1/1 Situations critiques 48.8%	Scanner dqp 11/12 Angio scanner dqp 7/7 IRM dqp 4/4	Situations critiques mais avis spécialisés réalisables en télé expertise dans la majorité des cas. Réponse estimée très satisfaisante par les urgentistes depuis l'organisation régionale. Délais satisfaisants. Technicité du praticien importante. Plateau technique spécialisé
<p>1.1.1.1.</p> <p>1.1.1.2. Le schéma cible initial prévoit d'inscrire une garde régionale en neurologie</p> <p>1.1.1.3. Circulaire DHOS/O4/2007/108</p> <p>L'Unité Neuro-Vasculaire est sous la responsabilité d'un médecin neurologue présent ou accessible à tout moment</p>		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon UNV	1 garde d'interne 1 A en attente d'1 garde régionale séniorisée	1 garde d'interne 1 AS	4 PUPH TIT 1 Med. HU 3 PHTP 1 P contractuel 4 Assistants 1 Attaché CDD	SO	1 garde régionale
HNFC site M - UNV	1 A	1 AO	3 PHTP 1 Contractuel TP 1 Attaché TP		1 A
CHI 70	1 A en attente d'une reconnaissance UNV	1 AS	3 PHTP 1 PH 80% 1 P Contractuel Tp ne participant pas à la garde		1 astreinte dès la reconnaissance de l'UNV
CH Lons UNV	1 A	1 AO	2 PHTP 1 Attaché TP		1 A

NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon (UNV)	1 AO	0.5 AS L'astreinte de neuroradiologie interventionnelle de Besançon est assurée par CHRU de Dijon 1 WE tous les 1,5 mois, jamais la nuit	1 PUPH TIT 3 PHTP 1 Chef de Clinique assistant 1 contractuel TP		1 AO

OBSTETRIQUE et NEONATOLOGIE			
	Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Début de grossesse, avortement, IVG, GEU, Mole	Gynécologue obstétricien (13/14) DQP 3/14 Situations critiques : 57.1 %	Echographie Coéloscopie Scanner	Avis spécialisé de gynécologue obstétricien fréquemment nécessaire et dqp peu fréquent
MAP, Accouchement et post partum	Gynécologue obstétricien (19/23) DQP 12/19 Réanimateur (2/23) tjrs DQP Sage femme (2/23) Situations critiques : 74 %	Echographie Coéloscopie Scanner	Avis spécialisé de gynécologue obstétricien fréquemment nécessaire et dqp fréquents Avis spécialisé de réanimateur parfois nécessaire Obligations réglementaires pour l'obstétrique selon volume de naissances: par garde (+1500) ou par astreinte opérationnelle (-1500)
Autre gynécologie	Gynécologue obstétricien (19/19) DQP 6/19 Situations critiques : 42.1 %	Echographie Coéloscopie Scanner	Avis spécialisé de gynécologue obstétricien fréquemment nécessaire et dqp dans 1/3 des cas

Il conviendra de prendre en compte, dans les procédures futures, la prise en charge des urgences gynécologiques concomitantes des urgences obstétricales pour respecter la réglementation suivante. Le premier alinéa de l'article D 6124-44 indique que « le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants... ».

En ce qui concerne les médecins : Quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci organise la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :

- soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;
- soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

a) Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.

b) pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale doit être assurée par un gynécologue obstétricien tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique.

Il convient de noter que le législateur utilise des termes différents (secteur de naissance, unité d'obstétrique) dans le même article du code de la santé publique pour définir le champ qui doit être couvert par la dite présence médicale, alors que chacun de ces termes sont respectivement définis par les articles D 6124-38 CS

(secteur de naissance) et D 6124-37 (unité d'obstétrique). Le secteur de naissance est partie intégrante de l'unité d'obstétrique qui recouvre d'autres secteurs.

**Par ailleurs, il n'existe pas de dispositions réglementaires relatives à l'activité de gynécologie.
OBSTETRIQUE et NEONATALOGIE**

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne, 1 garde	1 garde d'interne, 1 garde (garde commune avec la gynécologie)	2 PUPH TIT 3 Med. HU 3 PHTP 1 contractuel TP	1 garde dans l'unité d'obstétrique
HNFC	site B 1 garde site M 1 garde	site B 1 garde d'interne, 1 garde site M 1 garde d'interne, 1 garde	10 PHTP 1 PHTp 2 Assistants spécialistes	site B : 1 garde dans l'unité d'obstétrique site M : 1 garde dans l'unité d'obstétrique puis site médian : 1 garde dans l'unité d'obstétrique.
CHI 70	1 AO	1 garde	6 PHTP + 2 PHTP ne participant pas à la garde	1 astreinte opérationnelle exclusive, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.
CH Lons	1 AO	1 garde interne, 1 AO	2 PHTP (actuellement 4 PHTP)	1 astreinte opérationnelle exclusive, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.
CH Dole	1 AO	1 AO ou garde sur place	5 PHTP	1 astreinte opérationnelle exclusive, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.
CHI Haute-Comté	1 AO	1 AO	2 PHTP 3 Attachés associés TP (procédure séniorisation ?)	1 astreinte opérationnelle exclusive, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.
CH St-Claude	1 AO	1 AO	1 PHTP 1 PHTp (75%) 1 P Contractuel	1 astreinte opérationnelle exclusive, pour l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.
PFC	1 garde		4 praticiens libéraux	1 garde dans l'unité d'obstétrique

Il convient de s'assurer que tous les effecteurs ont une qualification chirurgicale. Dans la négative, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, une procédure spécifique doit être prévue pour recourir à un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

ODONTOLOGIE

Le Schéma cible prévoit :

Une étude complémentaire CHRU et HNFC est nécessaire afin d'examiner la nature exacte des besoins et de la réponse possible.

Prendre en compte la permanence des soins dentaires (PDSA).

Un groupe de travail sera constitué dans ce but. Les fédérations transmettront les coordonnées des personnes référentes à solliciter pour cette étude. Echéance SROS.

OPHTALMOLOGIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Ophtalmologiste (28/50) DQP 8/28 Situations critiques 32 %	Echographie dqp 0/1 Fond d'oeil 1/11	Avis spécialisés fréquents mais seules 4 situations médicales et 4 traumatismes majeurs nécessitent cet avis en urgence et une technicité de prise en charge très spécialisée de niveau régional Recours aux consultations post urgences jugé très important par les urgentistes. Celui-ci est plus ou moins facile selon les sites occasionnant des transferts ou des délais importants.
Le schéma prévoit : - la recherche de solutions innovantes et la nécessité d'élaborer des procédures régionales pour fiabiliser la prise en charge en ophtalmologie dans certains secteurs - l'évaluation des situations entre 0h et 8h30 permettant de limiter les astreintes à la première partie de la nuit sur certains sites (réalisée au 2 ^o semestre 2013) - l'évaluation des besoins de formation des urgentistes dans cette spécialité (demande adressée aux responsables des urgences par le Pr Capellier le 18/12/13, réponse : pas de besoin spécifique). Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes.		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1A	1A	2 Med. HU 2 PHTP		1 A
HNFC	1AO bi-site	1AO bi-site	1 PHTP 1 PHTp 1 P contractuel TP		1 A

			3 Attachés Tp 1 Assistant partagé 1 Assistant spé		
CHI 70	1A	1A	3 PHTP 1 PHTp 1 Assistant		1 A limitée à la première partie de nuit.
CH Lons	1A	0			1 A limitée à la première partie de nuit.
CH Dole	1A dans l'attente d'une A commune JURA	1A	1,2 PHTp 1 départ en retraite au 4/10/2014 1 assistant spé		Sur la zone de Dole Evaluer la nécessité d'une ligne limitée à la 1° partie de nuit dont l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.

OTORHINOLARYNGOLOGIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
ORL (22/67) DQP 12/202 Situations critiques 20.9%	Scanner dqp 3/10 Vidéo nystagmoscopie 1/1 Embolisation dqp 1/1	Avis spécialisés fréquents et parfois en urgence % de situations critiques faible
Le schéma prévoit : - 1 astreinte bi-site en ORL à l'HNFC avant le site médian - la recherche de solutions innovantes et la nécessité d'élaborer des procédures régionales pour fiabiliser la prise en charge en ORL dans certains secteurs - l'évaluation des situations entre 0h et 8h30 permettant de limiter les astreintes à la première partie de la nuit sur certains sites a été réalisée au 2° semestre 2013 - l'évaluation formation et expérience des urgentistes à dans cette spécialité (demande adressée aux responsables des urgences par le Pr Capellier le 18/12/13, réponse pas de besoin spécifique). Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes. Remarque : astreinte d'ORL libéraux de la polyclinique du Parc avec convention avec le CH de Dole non reconnue ni financée dans le schéma. Astreinte d'ORL de week-end dans le Jura commune entre les ORL du CH de Lons et celle des ORL libéraux de Dole non reconnue ni financée dans le schéma.		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 A	1 A	1 PUPH TIT 2 Med. HU 2 PHTP 2 Assistants		1A

HNFC – site B	1 AO bi-site de 0h à 8h 30 à M à compter du 1 janvier 2015	2 AO PUIS 1 AO bi-site de 0h à 8h 30 à M à compter du 1 janvier 2015	5 PHTP 2 PHTp 1 Attaché 60% 1 Assistant partagé		1 A
CHI 70	1A	1 A	1 PHTP 2 PHTp + 1 PHTp ne participant pas à l'astreinte		1 A limitée 1 ^{re} partie de la nuit
CH Dole					Sur la zone de Dole Evaluer la nécessité d'une ligne limitée à la 1 ^o partie de nuit dont l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.
CH Lons	1A	0			1 A limitée 1 ^{re} partie de la nuit

PEDIATRIE, NEONATALOGIE DONT SOINS INTENSIFS, REANIMATION NEONATALE ET PEDIATRIQUE

Obligations réglementaires

OBSTETRIQUE

Article D6124-44 Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants : 2° En ce qui concerne les médecins :

a) Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité.

b) Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

REANIMATION PEDIATRIQUE et NEONATALOGIE

Article D6124-34 Dans toute unité de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée, mentionnée à l'article R. 6123-38-1, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin satisfaisant à l'une des conditions ci-dessous : 1° Etre qualifié spécialiste en pédiatrie ; 2° Etre qualifié spécialiste ou compétent en anesthésie-réanimation ou qualifié spécialiste en réanimation médicale.

Ces médecins disposent d'une expérience en néonatalogie ou en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique, et en réanimation pédiatrique lorsqu'ils exercent en réanimation pédiatrique spécialisée.

Article D6124-34- La permanence médicale en réanimation pédiatrique peut être, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, commune aux unités de réanimation pédiatrique et de réanimation néonatale dès lors que ces deux unités sont à proximité immédiate et que le niveau d'activité le permet. Dans ce cas, un médecin couvrant l'autre spécialité est placé en astreinte opérationnelle.

Article D6124-61 Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurés : 1° La présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale ;

NEONATOLOGIE Soins Intensifs et unités de Néonatalogie

Article D6124-56

Dans toute unité de néonatalogie ne pratiquant pas les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées : 1° La présence, le jour, sur le site d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ; 2° La présence, la nuit, sur le site ou en astreinte opérationnelle d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;

Dans toute unité de néonatalogie qui pratique les soins intensifs de néonatalogie, sont assurées : 1° La présence permanente tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie. L'encadrement du personnel paramédical peut être commun à l'unité de néonatalogie et à l'unité de réanimation néonatale si ces unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre. Un des pédiatres coordonne la prise en charge des nouveau-nés entre les unités d'obstétrique et de néonatalogie.

Les activités en service autorisé d'accueil des d'urgences n'entrent pas dans le champ de la PDSES. Elles font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation dans le cadre du dispositif de PDSES.

PEDIATRIE, NEONATOLOGIE DONT SOINS INTENSIFS, REANIMATION NEONATALE ET PEDIATRIQUE

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	REVISION schéma cible
CHRU Besançon niveau 3	1 garde commune à la réanimation pédiatrique et néonatale et aux soins intensifs néonatalogie. 1 A	1 garde d'interne 1 garde 1 AO 1 A	1 PUPH TIT 3 chefs de Clinique assistants 11 PHTP 1 PHTp 1 P contractuel TP 1 P contractuel Tp 2 Assistants 2 Attachés CDI L'effectif assure aussi la garde des urgences pédiatriques	1 garde commune à la réanimation pédiatrique et néonatale et aux soins intensifs néonatalogie pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale 1 A
HNFC Site B niveau 2B (SI Néonat)	site B 1 garde	site B (SI NEONAT) 1 garde	6 PHTP 3 Contractuels TP 2 Contractuels Tp 1 Attaché associé TP	sur site B (SI Néonat) 1 garde pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale site M (Néonat sans SI) 1 AO pédiatre justifiant

Site M niveau 2A (Néonat sans SI)	site M 1 A	site M 1 garde	2 Assistants partagés	d'une expérience attestée en réanimation néonatale A terme, site médian : 1 garde et 1 astreinte
CHI 70 niveau 2A (Néonat sans SI)	1 A	1 AO	3 PHTP 1 P Contractuel	1 AO pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale
CH Lons niveau 2B (SI Néonat)	1 garde sur site (SI Néonat)	1 AO	1 PHTP 2 contractuels TP 1 Assistant spécialiste	1 garde sur site pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale
CH Dole niveau 2A (Néonat sans SI)	1 A	1 AO	3,8 PHTP 1 Contractuel 80%	1 AO pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale
CHI Haute-Comté niveau 2A (Néonat sans SI)	1 A	1 AO	1 Attaché (10%) 1 contractuel TP 1 contractuel (50%) 1 Assistant TP 1 <i>Attaché associé</i> TP	1 AO pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale
CH St Claude niveau 1	1 A	1 AO	1 Attaché 60% 1 remplaçant 60 %	1 A
PFC niveau 2A (Néonat sans SI)	1 A	1 A	6 praticiens libéraux (4 actuellement)	1 AO pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale

PHARMACIE

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 2 astreintes (médicaments et dispositifs médicaux)	1 garde interne 2 A	2 PUPH TIT 9 PHTP 1 PHTp 5 Assistants		1 garde d'interne 2 astreintes (médicaments et dispositifs médicaux)
HNFC	1 AO bi-site	1 AO bi-site	9 PHTP 2 P Contractuel TP 1 Assistant TP 1 Attaché 70%		1 A
CHI 70	1A	1 A	4 PHTP 1 P Contractuel 1 Assistant		1A
CH Lons	1A	1 A	2 PHTP 1 contractuel TP		1A
CH Dole	1A	1 A	3 PHTP + 2 PH du CHS du Jura		1A
CHI Haute-Comté	1A	1 A en semaine 1 AO en WE et JF	1 PHTP 1 Attaché 80% 1 contractuel TP 1 assistant TP		1A
CH St Claude	1 procédure de recours	?	?		1 procédure de recours en conformité avec la réglementation
CH Champagnole	1 procédure de recours	?	?		
CH Gray	1 procédure de recours	1 A	?		

Aucune mutualisation d'astreinte ne peut être assurée hormis via un GCS ou urgence ponctuelle lorsqu'il n'y a pas d'autre source d'approvisionnement possible pour un médicament et sur autorisation du DGARS (L 5126-2).

PNEUMOLOGIE Hors chirurgie thoracique

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Pneumologue (4/27) DQP ¼ Chirurgie thoracique (3/27) DQP 2/3 Situations critiques 40.74%	Fibroscopie dqp1/2 Oxygénothérapie hyperbare dqp 1/1 Scanner et radio interventionnelle dqp uniquement pour 2 situations de chirurgie thoracique	Avis spécialisé de pneumologie très rarement nécessaire et une situation de fibroscopie en urgence Avis très spécialisé et plateau technique spécialisé pour la chirurgie thoracique Absence de recours dans le Jura SUD et à Pontarlier
Le schéma prévoit la recherche de solutions innovantes et la nécessité d'élaborer des procédures régionales pour fiabiliser la prise en charge en pneumologie dans certains secteurs en particulier à Lons-le-Saunier		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 1 A	1 garde interne 1 A	2 PUPH TIT 1 Chef de clinique assistant 2 PHTP 1 PHTp 2 Attachés		1 garde d'interne 1 A
HNFC	1 AO bi-site	1 AO bi-site d'endoscopie en mai 2014	3 PHTP 2 Contractuels TP 1 Attaché à 30% 1 Attaché associé <i>sous couverture sénior</i>		1 A
CHI 70	1 A	1 A	3 PHTP 1 P contractuel		1 A
CH Lons	1 A	0			1 A
CH Dole	0	1 A	3 PHTP		0

PSYCHIATRIE

Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA	Plateaux techniques nécessaires ORU PACA	Conclusion
Psychiatre (9/44) DQP 7/9 Situations critiques 16 %	néant	
Le schéma prévoit la nécessité d'une étude spécifique approfondie avec le PRS PSYCHIATRIE et URGENCES A minima une astreinte sur les sites ayant une obligation réglementaire d'hospitalisation sans consentement (CH St Rémy et NFC – 2 sites, CH Dole St Ylie, CH Novillars, CHI Haute-Comté) Mise en place de consultations post urgences. Place des plateformes de coordination. Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes. 1 A dans chaque site accueillant des patients hospitalisés sans consentement. En l'absence de séniorisation de l'astreinte, la mission d'accueil de patients hospitalisés sans consentement pourra être réévaluée.		

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde d'interne 1 A	1 garde d'interne 1 A	2PUPH 8 PHTP 2 CCA 2 Assistants 1 Contractuel		1 garde d'interne 1 A
HNFC	1 A				1 A
CHI 70	1 A				1 A
CH Lons	1 A				1 A
CH Dole	1 A				1 A
CHI Haute-Comté	1 A	1 A	3 PHTP 1 contractuel TP		1 A
CHS de Saint-Rémy et Nord Franche-Comté	2 A	Réponse en attente	Réponse en attente		1 A
CH Dole St Ylie	1 A	Réponse en attente	Réponse en attente		1 A
CH Novillars	1 A	Réponse en attente	Réponse en attente		1 A

REANIMATION ADULTE

Obligation réglementaire Article D6124-29 Dans toute unité de réanimation, la permanence médicale est assurée par au moins un médecin membre de l'équipe médicale dont la composition est définie aux articles D. 6124-31 pour la réanimation adulte.

Dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, elle peut être assurée en dehors du service de jour par un interne en médecine dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. Dans ce cas, un médecin de l'équipe médicale mentionnée respectivement aux articles D. 6124-31 et D. 6124-34 est placé en astreinte opérationnelle.

LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013		REVISION schéma cible
CHRU Besançon	Réa médicale : 1 garde Réa chirurgicale : 1 garde	Réa médicale 1 garde interne et 1 garde Réa chirurgicale <i>1 garde d'interne</i>	Réa médicale 1 PUPH TIT 1 Med. HU 4 PHTP 5 contractuels TP 1 Attaché CDD	Réa chir 1 PUPH TIT 3 PHTP 1 CCA 1 Contractuel TP	Réa médicale : 1 garde Réa chirurgicale : 1 garde
HNFC	site B : 1 garde site M : 1 garde	1 garde	6 PHTP 1 PHtp 1 Contractuel TP 1 PH mis à dispo (gardes) 1 attaché TP <i>1 Assistant spé associé</i>		site B : 1 garde site M : 1 garde
CHI 70	1 garde	1 garde	6 PHTP 2 P contractuel 1 Assistant		1 garde
CH Lons	1 garde	1 garde	3 PHTP 1PHTp 1 contractuel TP		1 garde
CH Dole	1 garde	Autorisation non renouvelée			1 garde

UROLOGIE					
Avis spécialisé requis référentiel ORU PACA		Plateaux techniques nécessaires ORU PACA		Conclusion	
Urologue (24/51) DQP 12/24 Situations critiques 43 %		Scanner dqp 8/10 Echo dqp 3/6 Echodoppler dqp 3/4		Sollicitation fréquentes de l'urologue avec la moitié des situations dès que possible	
Le schéma prévoit la fiabilisation de la prise en charge en urologie. Le schéma prévoyait d'étudier l'opportunité du maintien d'1 astreinte en urologie au CH Pontarlier. La demande d'évaluation adressée au CHI HC le 15 juillet 2013 n'a été restituée que partiellement en décembre 2014. Organisation régionale à adapter après étude RRUH – Spécialistes.					
LOCALISATION PDSES	SCHEMA CIBLE INITIAL	LIGNE ENQUETE 2013	EFFECTEURS SENIORS 2013	Fréquence des déplacements	REVISION schéma cible
CHRU Besançon	1 garde interne 1 A	1 AO	1 PUPH TIT 2 Med. HU 3 PHTP 3 Assistants	SO	1 garde interne 1 A
HNFC	1 AO bi-site	1 AO	5 PHTP		1 A
CHI 70	1 A	1 AO	3 PHTP 1 Assistant partagé		1 A
CH Dole					Sur la zone de Dole Evaluer la nécessité d'une ligne limitée à la 1° partie de nuit dont l'organisation de l'astreinte s'appuiera sur l'accord cadre du 08/12/2014.
CH Lons	1 A	0	Effecteurs potentiels : 2 PHTP 1 Assistant partagé		1 A
CHI Haute-Comté	Le Schéma prévoyait d'étudier l'opportunité du maintien d'1 astreinte. Réponse partielle en décembre 2014.	1 AO	2 PHTP 1 Assistant spécialiste partagé (50%) 1 Remplaçant		Evaluer en 2015 le maintien d'1 astreinte sous réserve d'une séniorisation constante dans la spécialité d'urologie pour les urgences aux heures de permanence.

Pour mémoire le CHRU assure une astreinte dédiée aux greffes. Les effecteurs de ces astreintes de greffes participent aux astreintes d'urologie. Les activités de greffe n'entrent pas dans le champ de la PDSES ; elles font l'objet d'un mécanisme de financement spécifique et ne sont donc pas éligibles aux mécanismes d'indemnisation dans le cadre du dispositif de PDSES

Arrêtés correspondant à ces révisions

- Arrêté de révision du SROS
- Arrêté de révision du PRS



**Arrêté n° 2015-246
en date du 19.08.2015
modifiant l'arrêté du 17 décembre 2014
relatif au Schéma régional d'organisation des soins
de la région Franche-Comté**

**La Directrice générale de
l'Agence régionale de santé de Franche-Comté**

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.1434-1 et suivants, R.1434-17 et R. 1434-1 à R. 1434-8 ;

Vu l'arrêté du 26 novembre 2014 portant nomination de Monsieur Jean-Marc TOURANCHEAU, en qualité de directeur général par interim de l' Agence régionale de santé de Franche-Comté ;

Vu l'arrêté du 6 décembre 2010 de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté relatif à la définition des territoires de santé ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté 2012.30 du 28 février 2012 modifié de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté relatif au Projet régional de santé de la région de Franche-Comté ;

Vu l'arrêté 2012.24 du 28 février 2012 modifié de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté relatif au Schéma régional d'organisation des soins de la région de Franche-Comté ;

Vu l'avis rendu par la Conférence régionale de santé et de l'autonomie en date du 24 juin 2015 sur le schéma régional d'organisation des soins ;

Vu l'avis de la Préfecture de Région de Franche-Comté en date du 24 juin 2015 sur le Schéma régional d'organisation des soins ;

Vu l'avis du Conseil régional de Franche-Comté en date du 15 juillet 2015 sur le Schéma régional d'organisation des soins ;

Arrête

Article 1er :

Le Schéma régional d'organisation des soins de Franche-Comté est arrêté avec les modifications telles qu'elles figurent dans la partie « révisions du Projet régional de santé de Franche-Comté – juin 2015 ».

Article 2 :

Le Schéma régional d'organisation des soins de Franche-Comté est révisé sur les volets :

- Fiche SROS-PRS Volet Permanence des soins dans les établissements de santé (PDSES).
- Fiche SROS-PRS Volet Imagerie médicale et équipements matériels lourds.

Article 3 :

Le Schéma régional d'organisation des soins de Franche-Comté peut être consulté :

- a) à la préfecture de la région de Franche-Comté, 8 bis rue Charles Nodier à Besançon ;
- b) aux préfectures des départements :
 - du Doubs, 8 bis rue Charles Nodier à Besançon
 - du Jura, 8 rue de la Préfecture à Lons le Saunier
 - de Haute-Saône, 1 rue de la Préfecture à Vesoul
 - du Territoire de Belfort, Place de la République à Belfort
- c) au siège de l'Agence régionale de santé, 3 Avenue Louise Michel à Besançon ;
- d) ainsi que dans ses délégations territoriales :
 - Délégation territoriale Doubs, 3 Avenue Louise Michel à Besançon
 - Délégation territoriale Jura, 24 rue des Ecoles à Lons-le-Saunier
 - Délégation territoriale Haute-Saône, 3 rue Leblond à Vesoul
 - Délégation territoriale Territoire de Belfort, 8 rue Heim à Belfort

Il peut également être consulté sur le site internet de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté à l'adresse suivante :

<http://www.ars.franche-comte.sante.fr>

Article 4 :

Le Schéma régional d'organisation des soins de Franche-Comté 2012-2016 peut être révisé à tout moment suivant la même procédure de consultation et d'arrêté.

Article 5 :

Le Directeur de la stratégie et du pilotage de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région de Franche-Comté et des préfectures des départements de la région de Franche-Comté.

Fait à Besançon, le 19.08.2015

Le Directeur général par interim
de l'Agence régionale de santé
de Franche-Comté

SIGNE

Jean-Marc TOURANCHEAU

**Arrêté n° 2015-247
en date du 19.08.2015
modifiant l'arrêté du 17 décembre 2014
relatif au Projet régional de santé
de la région Franche-Comté**

**La Directrice générale de
l'Agence régionale de santé de Franche-Comté**

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.1434-1 et suivants, R.1434-17 et R. 1434-1 à R. 1434-8 ;

Vu l'arrêté du 26 novembre 2014 portant nomination de Monsieur Jean-Marc TOURANCHEAU, en qualité de directeur général par interim de l' Agence régionale de santé de Franche-Comté ;

Vu l'arrêté du 6 décembre 2010 de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté relatif à la définition des territoires de santé ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté 2012.30 du 28 février 2012 modifié de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté relatif au Projet régional de santé de Franche-Comté ;

Vu l'arrêté 2015-246 du 19.08.2015 du directeur général par interim de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté relatif à la révision du Schéma régional d'organisation des soins ;

Arrête

Article 1er :

Le Projet régional de santé de Franche-Comté est révisé dans la partie du Schéma régional d'organisation des soins de Franche-Comté :

- Fiche SROS-PRS Volet Permanence des soins dans les établissements de santé (PDSES).
- Fiche SROS-PRS Volet Imagerie médicale et équipements matériels lourds.

Article 2 :

Le Projet régional de santé de Franche-Comté 2012-2016 peut être révisé à tout moment suivant la même procédure de consultation et d'arrêté.

Il est composé :

- du Plan stratégique régional de santé
- du Schéma régional de prévention (SRP)
- du Schéma régional d'organisation des soins (SROS)
- du Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)

- du Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS)
- du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)
- du Programme pluriannuel régional de gestion du risque (PPRGDR)
- du Programme régional de télémedecine (PRT)

Article 3 :

Le projet régional de santé peut être consulté :

- a) à la préfecture de la région de Franche-Comté, 8 bis rue Charles Nodier à Besançon ;
- b) aux préfectures des départements :
 - du Doubs, 8 bis rue Charles Nodier à Besançon
 - du Jura, 8 rue de la Préfecture à Lons le Saunier
 - de Haute-Saône, 1 rue de la Préfecture à Vesoul
 - du Territoire de Belfort, Place de la République à Belfort
- c) au siège de l'Agence régionale de santé, 3 Avenue Louise Michel à Besançon ;
- d) ainsi que dans ses délégations territoriales :
 - Délégation territoriale Doubs, 3 Avenue Louise Michel à Besançon
 - Délégation territoriale Jura, 24 rue des Ecoles à Lons-le-Saunier
 - Délégation territoriale Haute-Saône, 3 rue Leblond à Vesoul
 - Délégation territoriale Territoire de Belfort, 8 rue Heim à Belfort

Il peut également être consulté sur le site internet de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté à l'adresse suivante :

<http://www.ars.franche-comte.sante.fr>

Article 4 :

Le Directeur de la stratégie et du pilotage de l'Agence régionale de santé de Franche-Comté est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région de Franche-Comté et des préfectures des départements de la région de Franche-Comté.

Fait à Besançon, le 19.08.2015

Le Directeur général par interim
de l'Agence régionale de santé
de Franche-Comté

SIGNE

Jean-Marc TOURANCHEAU