ANNEXE 3.1. SCHÉMA DE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Le schéma de PDSES a été élaboré à la lecture de la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, de la circulaire DGOS/R5/2011/74 du 24 février 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS) actualisé le 22 juillet 2011, du code de la santé publique (CSP), de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 26 juillet 2011 et de l'arrêté du 16 janvier 2012 relatif aux montants et aux conditions de l'indemnisation forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissements de santé.

La loi HPST érige la permanence des soins en établissement de santé (PDSES) en mission de service public (MSP) financée par une enveloppe MIG PDSES spécifique. **Le schéma de PDSES décrit l'organisation de la prise en charge des patients au sein des établissements Bretons, aux horaires de permanence des soins, en lien avec les urgences.** L'organisation décrite a été élaborée à partir d'un diagnostic, au terme d'une concertation à deux niveaux. Un niveau régional, au sein d'un groupe de concertation composé de représentants des fédérations hospitalières et de professionnels médicaux et un niveau territorial, avec les conférences de territoire et leurs groupes de travail appuyés notamment par les comités permanents des urgences (CPU).

Cette organisation graduée de la PDSES est une recommandation à partir de laquelle les territoires élaboreront leur projet médical de PDSES en lien avec un groupe de concertation régional. Ce projet territorial de permanence des soins en établissements de santé sera intégré au Programme Territorial de Santé (PTS). La mise en œuvre du projet au sein des différents territoires pourra s'étaler sur la durée de SROS.

L'indemnisation des établissements au titre de la PDSES sera inscrite dans leur contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) sur la base du schéma de PDSES régional. Le financement suivra progressivement la mise en œuvre sur la base de l'évaluation des CPOM notamment des missions de service public. L'accueil des patients aux horaires de permanence des soins dans les structures non éligibles à la MIG PDSES car non inscrites au schéma régional de PDSES, sera financé par l'activité.

I. PÉRIMÈTRE : PRINCIPES ET OBJECTIFS

PRINCIPES

La PDSES se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit à partir de 20h jusqu'à 8h, le samedi après midi, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

Les différentes modalités de permanence des soins peuvent être :

- Astreinte : Le médecin à l'obligation d'être joignable à son domicile ou à proximité afin d'intervenir dans les plus brefs délais dans l'établissement de santé pour répondre à une demande de soins entre 20h et 8h du matin, le samedi à partir de 12h à 8h le lendemain matin, le dimanche et les jours fériés de 8h à 8h le lendemain matin.
- Garde : Présence effective du médecin dans l'établissement, la nuit de 20h à 8h, le samedi de 12h à 8h, dimanche et jours fériés de 8h à 8h.

Dans les établissements publics le code de santé publique impose un repos compensateur le lendemain de garde .

- Demi-garde/demi-astreinte : Première partie de nuit (20h-0h) en garde, seconde (0h-8h) en astreinte.

La PDSES concerne le seul champ MCO. Les hôpitaux locaux, SSR, USLD et la psychiatrie hors service d'urgences, ne relèvent donc pas du dispositif de PDSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, **les structures autorisées à l'activité de greffe et les structures d'hospitalisation à domicile font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.** La PDSES englobe en revanche l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN.

Les plateaux techniques hautement spécialisés des centres référents voire régionaux appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES. **Cette mission peut cependant être mutualisée entre plusieurs structures autorisées.**

L'indemnisation allouée au titre de la participation à la mission de service public PDSES inscrite au schéma de PDSES vise ainsi à valoriser les établissements s'engageant à accueillir de nouveaux malades dans le cadre d'un partenariat renforcé avec les urgences. Les praticiens libéraux (y compris de ville) peuvent également être impliqués dans le dispositif et indemnisés à ce titre.

Cela n'exclut pas **la possibilité pour les structures de médecine d'urgence de recourir en cas de besoin à d'autres services ou structures non financées à ce titre. Une fois le répertoire opérationnel des ressources (ROR) mis en place,** toutes les structures pouvant accueillir des malades en aval

des urgences y seront répertoriées mais celui-ci devra préciser la liste des services et spécialités participant au schéma de PDSES, indemnisés pour cela.

La permanence des soins et la continuité des soins

Toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas de la permanence des soins.

La continuité des soins est une obligation réglementaire qui s'impose à toute structure détentrice d'une autorisation d'activité de soins. Elle nécessite une organisation **de la prise en charge 24 heures sur 24 des patients et malades déjà hospitalisés et/ou admis aux urgences en dehors des heures de PDSES.** Son financement différent de la mission de permanence des soins en établissements de santé est lié à l'activité.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médicotechniques

Activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement

- les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique
- les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques
- les unités neurovasculaires
- la cardiologie interventionnelle
- la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle
- l'hémodialyse, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques

Si la greffe relève d'un financement spécifique hors schéma, l'hémodialyse relève de la continuité des soins.

Les unités surveillances continues ont une permanence des soins mutualisés en interne au sein des établissements.

Activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée, au sein, en aval des urgences ou directement dans un service de spécialité.

- Spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, hématologie clinique.
- Spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.

Les activités médicotechniques : Ce sont l'imagerie médicale et radiologie, la biologie, la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins. Les activités d'imagerie et de biologie médicale participent également à la permanence des soins et sont inscrites dans le schéma de PDSES. L'activité de pharmacie qui relève de la continuité des soins n'y apparaît pas.

Les spécialités suivantes ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins. C'est le cas :

- du traitement du cancer,
- des soins de suite et de réadaptation, de la rééducation et réadaptation fonctionnelle,
- des activités de biologie d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal,
- d'examen de caractéristiques génétiques.

De même ne sont pas inscrites dans le schéma cible

- la médecine interne
- la gériatrie
- l'endocrinologie
- l'infectiologie
- la dermatologie
- la rhumatologie
- la médecine vasculaire
- la médecine hyperbarre
- la chirurgie plastique

II. DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'organisation et du financement de la PDSES a été réalisé à partir de plusieurs sources.

- Les enquêtes réalisées en 2008 et en 2009 qui ont alimenté les travaux d'organisation de la permanence des soins hospitalière lors du débasage, c'est-à-dire la sortie de la rémunération de la permanence des soins des tarifs d'hospitalisation. Ces enquêtes associaient également les établissements privés.
- **L'état des lieux du financement de la PDS dans les établissements privés par les contrats de pratique professionnel (CPP)** signés avec l'URCAM.

- **L'enquête nationale PDSES 2011** sur l'organisation effective en 2010 de cette permanence portant sur l'ensemble des établissements concernés par la PDSES tous statuts confondus.
- **Le benchmark des blocs opératoires réalisé par l'ARS Bretagne en mai 2011.** L'activité opératoire non programmée en horaire de PDSES a été individualisée et analysée.

Ces documents déclaratifs ne permettent toutefois pas tous de distinguer les activités relevant de la permanence des soins de celles du domaine de la continuité des soins.

III. PRÉCONISATION DE L'ORGANISATION RÉGIONALE DE LA PDSES (À 5 ANS)

1. LA GRADATION DES SOINS ET LA TERRITORIALISATION

La répartition des spécialités médicales et chirurgicales dans le schéma cible obéit au régime des autorisations inscrites dans le SROS et ses différentes fiches thématiques. Cependant, dans une préoccupation d'efficience et d'optimisation de la ressource médicale, le principe de mutualisation de cette permanence est inscrit pour certaines activités. Cette mutualisation peut être construite à l'échelle d'une agglomération, d'un territoire, voire au niveau régional. Elle peut intégrer des praticiens libéraux.

La définition de l'organisation régionale de cette permanence des soins en établissements de santé a pris en compte certains éléments apportés lors de la concertation avec les conférences de territoire.

La mission de service public PDSES ainsi que son financement par la mission d'intérêt général (MIG) sera inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements concernés. Ceux-ci élaboreront les organisations éventuellement mutualisées ainsi que les modalités de rémunération de chaque structure dans le cadre de conventions inter établissements associant éventuellement des praticiens libéraux.

L'organisation de la PDSES s'appuie sur des filières de soins graduées, identifiées dans un projet médical de territoire porté par l'établissement de référence. Ce projet de PDSES est intégré au programme territorial de santé (PTS)

Le circuit du patient y est défini pour chaque spécialité avec le rôle et la place de chaque établissement, les conditions d'orientation éventuelles vers le centre recours et son retour vers les centres de proximité.

Sur cette base, la régulation par le centre 15 tient une place centrale dans le dispositif dans le respect du libre choix du patient.

L'équipe médicale de territoire est un élément majeur dans l'organisation et la mutualisation de la PDSES. Elle dépasse le cadre de l'établissement. Elle peut prendre plusieurs formes : le temps partagé d'assistant et/ou de praticien, la prime multi-sites, la fédération médicale inter hospitalière (FMIH), elle peut aller jusqu'au service voire pôle de territoire.

Dans le cadre de la PDSES, des praticiens libéraux peuvent intervenir au sein de cette équipe de territoire.

Le schéma de PDSES, au regard des besoins, peut amener à une réduction de l'offre existante pour une spécialité définie. Cela aboutira alors à des mutualisations, parfois une réduction du nombre de sites de permanence. Dans ce cas, le DGARS ne désignera qu'une partie des établissements pour assurer cette mission sur la base de critères de priorisation. Il s'agit de l'environnement, la notion de site référent, la présence d'une structure d'urgence sur le site, le niveau d'activité, la formation des personnels, les équipements.

2. LA GARANTIE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Améliorer l'accès aux soins

Le schéma de PDSES garantit aux horaires de permanence des soins en lien avec le réseau des urgences, dans un principe de filière de soins graduée, un accès aux soins à l'échelle du territoire de santé, au niveau infrarégional, ou régional selon les disciplines concernées.

L'accessibilité financière doit être respectée, les tarifs opposables dans ces plages horaires étant ceux du secteur 1.

Améliorer la qualité de prise en charge

L'organisation de la PDSES doit participer à la réduction les délais d'attente et d'orientation en aval des urgences. Elle sécurise les parcours de soins non programmés.

Améliorer l'efficience

L'élaboration du schéma de PDSES participe à l'optimisation de l'utilisation de la ressource médicale dans la région en privilégiant les mutualisations entre établissements indépendamment de leur statut. L'élimination de doublons entre établissements sur une même activité permet en outre d'éviter des redondances.

3. LE FINANCEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS

La fongibilité des enveloppes public-privé

La « MIG PDSES » régionale est une enveloppe contrainte. Elle regroupe l'enveloppe MIG de la permanence des soins hospitalière (PDSH) des établissements publics et ESPIC et l'enveloppe allouée aux praticiens libéraux participant à la permanence des soins des établissements privés ex OQN dans le cadre des contrats de pratiques professionnels (CPP) signés avec l'URCAM.

Modalité du financement des établissements et praticiens

En raison des différences statutaires des établissements et des médecins, les modalités de financement sont différentes.

La mission de service public de PDSES définie dans le schéma régional, est inscrite dans les CPOM des établissements et fait l'objet du versement aux établissements publics et ESPIC d'une MIG PDSES sous réserve de la réalisation de la mission contractualisée évaluée annuellement, notamment dans son aspect de territorialisation.

Les établissements privés, dont la mission de service public est contractualisée dans le cadre de leur CPOM, déclarent à la CPAM l'activité PDSES des différents praticiens sur la base de tableaux de gardes et d'astreintes effectués. La caisse indemnise directement les médecins concernés.

Du fait des différences statutaires des établissements et des médecins, le calcul de la rémunération est différent. Le statut du praticien hospitalier, inscrit dans le code de santé public, décrit l'astreinte, la garde, avec la notion d'indemnité de sujétion et de temps de travail lié au repos compensateur après une période de nuit. Pour le secteur libéral les modalités de rémunération sont inscrites dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie et l'arrêté du 16 janvier 2012 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé.

LE SCHÉMA DE PERMANENCE DES SOINS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ *

1. ACTIVITÉS RÉGLEMENTÉES

Indépendamment de l'organisation mise en place, le financement de la permanence des soins est basé sur le code de santé publique en retenant son niveau plancher. Ainsi, quand il est inscrit « garde ou astreinte » dans la réglementation, la dotation allouée permettra le financement d'une astreinte, cette notion pouvant varier au cas par cas au vu de l'activité.

1.1 Gynéco obstétrique et pédiatrie

art D. 6124-44 CSP, Art. D. 6124-56 CSP et réa art D. 6124-61

Le financement de la PDS de gynécologie, anesthésie et pédiatrie répond à la description suivante. La couverture chirurgicale est incluse dans le schéma cible des activités non réglementées, dans les sites disposant d'urgences.

- **Les maternités de niveau 1 et 2A :**

- < à 1 500 naissances,

- Le gynécologue est d'astreinte dédiée. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
- L'anesthésiste et le pédiatre sont d'astreinte

- > à 1 500 naissances

- Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
- L'anesthésiste est de garde
- Le pédiatre est d'astreinte

- > à 2000 naissances

- Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
- L'anesthésiste est de garde dédiée
- Le pédiatre est d'astreinte

- **Les maternités de niveau 2B et 3**
  - Les activités de ces maternités sont en Bretagne, supérieures à 2000 naissances
  - Le gynécologue est de garde. Un chirurgien est d'astreinte si le gynécologue n'a pas la compétence chirurgicale.
  - L'anesthésiste est de garde dédiée
  - Le pédiatre est de garde. Dans le cas de la réanimation néonatologique, la mutualisation avec l'USIC néonatale se fait sous la forme d'une garde plus une astreinte

** Ce schéma n'inscrit pas la PDSES de l'Hôpital Inter Armée de Brest*

Cette organisation concerne les établissements suivant

< à 1 500

Niveau 1 : CH Carhaix, CH Landerneau, Clinique Pasteur Brest, CH Ploermel, Clinique Saint Michel Sainte Anne Quimper, Clinique Océane Vannes, CH Redon, CH Vitré, CHP St Brieuc, CH Lannion

Niveau 2A : CH Morlaix, CH Fougères, CH Dinan, CH St Malo, CH Guingamp, CHCB Pontivy

> à 1 500

Niveau 2A : Clinique Keraudren Brest

> à 2000

Niveau 2A : CHP St Grégoire Rennes, Clinique la Sagesse Rennes

Niveau 2 B : CHBS Lorient, CHIC Quimper

Niveau 3 : CHU Brest, CHBA Vannes, CHU Rennes, CH St Brieuc

1.2 Réanimation

Réanimation pédiatrique Art. D. 6124-34-3 CSP

Le financement est sur la base d'une garde de pédiatre. Celle-ci est mutualisée avec l'USIC néonatale sous forme une garde (G) plus une astreinte (A).

Brest : 1G + 1A

Rennes : L'activité du CHU de Rennes supérieure à 4 000 accouchements ainsi que la mutualisation d'activités de gynéco obstétrique, de réanimation néonatale, réanimation pédiatrique, bloc opératoire pédiatrique, justifie sur l'ensemble de ces activités de :

- 2 gardes de gynéco-obstétrique
- 2 gardes d'anesthésie réanimation
- 2 gardes de pédiatrie

Réanimation adulte Art. D. 6124-31 CSP

Une garde par structure est inscrite (11 gardes sur la région)

T1 : 3 : Brest 2, Morlaix 1

T2 : 1 : Quimper 1

T3 : 1 : Lorient1

T4 : 1 : Vannes1

T5 : 3 : Rennes 3

T6 : 1 : Saint-Malo 1

T7 : 1 : Saint Brieuc 1

Unité de surveillance continue

L'activité est principalement liée à la continuité des soins. Elle est mutualisée en interne au sein des établissements. Elle ne fait pas l'objet d'un financement PDSES spécifique.

Unité de soins intensifs cardiologiques art D 6214-105 et art 6124-109 CSP

Une garde de cardiologue par unité définie dans l'annexe territoriale est inscrite dans le schéma.

T1 : 3 : Brest 2, Morlaix 1

T2 : 1 : Quimper 1

T3 : 1 : Lorient1

T4 : 1 : Vannes1

T5 : 2 : Rennes 2

T6 : 1 : Saint-Malo 1

T7 : 1 : Saint-Brieuc 1

Unité de soins intensifs art D 6214-105 et art 6124-109 CSP

Une garde par unité est inscrite (5 gardes sur la région)

- gastroentérologie : Rennes 1
- chirurgie cardiaque : Brest 1, Rennes 1
- neurochirurgie : Brest 1, Rennes 1

1.3 Unité Neurovasculaire circulaire DHOS/04 2007-108 22 mars 2007

Une astreinte de neurologue par UNV est inscrite. Les UNV des CHU sont rémunérées par 1 garde en raison de leur rôle de référence régionale (6 A et 2 G sur la région).

T1 : Brest 1 G
T2 : Quimper 1 A
T3 : Lorient 1 A
T4 : Vannes 1 A
T5 : Rennes 1 G
T6 : Saint-Malo 1 A
T7 : Saint Brieuc 1 A
T8 : Pontivy 1 A

1.4 Cardiologie interventionnelle art 6124-181 CSP

Une astreinte de cardiologue interventionnel par site est inscrite.

Les établissements Brestois organisent la mutualisation de la PDS avec participation de l'ensemble des médecins. L'organisation doit être parfaitement connue du public et des acteurs de santé.

T1 : 1 : Brest
T2 : 1 : Quimper
T3 : 1 : Lorient
T4 : 1 : Vannes
T5 : 2 : Rennes
T6 : 1 : Saint-Malo
T7 : 1 : Saint Brieuc

1.5 Chirurgie cardiaque art 6124- 123 CSP

Une astreinte de chirurgien cardiaque est inscrite

Brest 1, Rennes 1

1.6 Neurochirurgie art 6124- 138 CSP

Une astreinte de neurochirurgie adulte

Brest 1

Une astreinte de neurochirurgie adulte et une astreinte pédiatrique

Rennes 2

1.7 Neuroradiologie interventionnelle art 6124- 150 CSP

Une astreinte de neuroradiologue interventionnel

Rennes 1

L'activité de permanence des soins d'anesthésie réglementée concernant les points 1.5, 1.6 et 1.7 sera mutualisée sous forme d'une garde

2. ACTIVITÉS NON RÉGLEMENTÉES

2.1 Activités chirurgicales

L'organisation de la PDSES chirurgicale au sein d'un territoire de santé doit privilégier les mutualisations entre établissements dans le cadre d'équipes médicales de territoire. Dans un objectif incitatif d'**équipe médicale de territoire**, la réalisation d'astreinte mutualisée entre praticiens d'établissements distants sera rémunérée ½ garde ½ astreinte.

Les médecins libéraux participant à la PDSES des établissements privés inscrits dans le schéma seront financés directement par la CPAM sur la base de l'enveloppe MIG PDSES inscrite au CPOM de l'établissement.

Seuls les sites disposant d'une structure d'urgence et/ou ceux assurant la permanence des soins dans le cadre de convention avec une structure d'urgence sont financés au titre de la PDSES.

2.1.1 Chirurgie Digestive et Orthopédique et traumatologique

Dans sa construction, le schéma de PDSES intègre la recommandation du Conseil National de Chirurgie d'une ligne de PDSES pour 400 000 à 600 000 habitants.

Ceci amène à individualiser la permanence en établissement de santé en nuit profonde correspondant à une astreinte « complète » et la permanence de début de nuit, week-ends (WE) et jours fériés (JF) reconnaissable par un (*) dans le document. Cette dernière sera financée selon des critères définis, notamment dans l'arrêté du 16 janvier 2012 relatif aux montants et aux conditions de l'indemnisation forfaitaire aux médecins

libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissements de santé.

La chirurgie viscérale et digestive

Le principe est la rémunération d'une astreinte présente par site disposant d'une maternité avec structure d'urgence. La notion d'équipe médicale de territoire est favorisée selon les modalités définies plus haut.

Une astreinte par site est inscrite. Introduction de la notion de permanence de début de nuit, WE et JF

T1 : Brest 2, Carhaix 1, Landerneau 1, Morlaix 1

T2 : Quimper 1

T3 : Lorient 1

T4 : Vannes 1, Ploërmel 1

T5 : Rennes : 2 + Rennes (*), Fougères 1, Vitré 1, Redon 1

T6 : St Malo 1, Dinan 1

T7 : St Brieuc 1, Lannion 1, Guingamp 1

T8 : Pontivy 1

(*) astreinte début de nuit ainsi que samedi après midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h

La chirurgie orthopédique et traumatologique

La même notion d'équipe médicale de territoire est incitée. Une seule ligne d'astreinte territoriale mutualisée sera rémunérée. Une pondération est réalisée selon des critères populationnels, d'accessibilité géographique et de distances entre centres. A cet effet, le principe d'une ligne d'astreinte en début de nuit ainsi que les samedis après midi, dimanches et jours fériés par site est retenu et financée sur certains sites disposant de structure d'urgence. Cette mission de service public mutualisée appuie son organisation et sa mise en œuvre sur la télémédecine.

Inscription au schéma d'une astreinte avec la notion de permanence de début de nuit, WE et JF pour certains sites.

T1 : Brest 1 + Brest (*) + Carhaix (*), Landerneau (*), Morlaix 1

T2 : Quimper 1

T3 : Lorient 1

T4 : Vannes 1, Ploërmel (*)

T5 : Rennes : 2 + Rennes*, Fougères – Vitré*, Redon 1

T6 : St Malo 1+ Dinan (*)

T7 : St Brieuc1 + Guingamp (*), Lannion 1

T8 : Pontivy 1

(*) astreinte début de nuit ainsi que samedi après midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h

La pérennité de l'astreinte de début de nuit ainsi que le samedi après midi, dimanches et jours fériés sera soumise à évaluation au cours de la période du PRS

2.1.2 Chirurgie de spécialité

Excepté la chirurgie de la main, de la chirurgie infantile, la répartition d'une astreinte par territoire de santé est le principe retenu. Cette notion peut varier pour des raisons d'activité et de disponibilité médicale.

Urologie

Inscription d'une astreinte (7 sur la région)

T1 : 1 : Brest

T2 : 1 : Quimper

T3 : 1 : Lorient

T4 : 1 : Vannes

T5 : 1 : Rennes

T6 : 1 : St Malo

T7 : 1 : St Brieuc

Chirurgie vasculaire et thoracique

Inscription d'une astreinte (7 sur la région)

T1 : 1 : Brest

T2 : 1 : Quimper

T3 : 1 : Lorient

T4 : 1 : Vannes

T5 : 1 : Rennes

T7 : 1 : St Brieuc

ORL

Inscription d'une astreinte (8 sur la région)

T1 : 1 : Brest

T2 : 1 : Quimper

T3 : 1 : Lorient

T4 : 1 : Vannes

T5 : 1 : Rennes

T6 : 1 : St Malo

T7 : 1 : St Brieuc

T8 : 1 : Pontivy

OPH

Inscription d'une astreinte (7 sur la région)

T1 : 1 : Brest

T2 : 1 : Quimper

T3 : 1 : Lorient

T4 : 1 : Vannes

T5 : 1 : Rennes

T6 : 1 : St Malo

T7 : 1 : St Brieuc

La recommandation du schéma de PDSES en ORL et OPH sera soumise à évaluation au cours de la période du PRS.

Chirurgie SOS main

Inscription de 2 astreintes sur la région

Brest 1

Rennes 1

Chirurgie infantile

Inscription d'une astreinte (5 sur la région)

T1 : 2 Brest (Ortho + viscéral)

T5 : 2 Rennes (Ortho + viscéral)

T7 : 1 St Brieuc

2.2 Anesthésie liée aux activités non réglementées

Il s'agit de la permanence des soins liée aux activités non réglementées des blocs opératoires notamment. Lorsqu'elle est compatible avec la réglementation en particulier les chiffres d'activité d'obstétrique, la permanence des soins est mutualisée entre les lignes d'anesthésie réglementée et non réglementée.

Le principe de financement retenu est celui d'une garde par établissement référent et d'une demi-garde + demi-astreinte pour les établissements de proximité disposant d'urgences, de bloc opératoire avec maternité < 1 500 accouchements et d'une USC polyvalente.

T1 : rest 1G + 1 A, Carhaix ½ G +½ A, Morlaix ½ G +½ A, Landerneau 1A

T2 : Quimper 1 G

T3 : Lorient 1 G

T4 : Vannes 1 + Ploërmel ½ G +½ A

T5 : Rennes 1G + 1 A + 1A (*) , Fougères ½ G +½ A, Vitré ½ G +½ A, Redon ½ G +½ A

T6 : St Malo 1 G, Dinan ½ G +½ A

T7 : St Brieuc 1 G + Lannion ½ G +½ A, Guingamp ½ G +½ A

T8 : Pontivy 1 G

(*) astreinte début de nuit ainsi que samedi après midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h

2.3 Spécialités médicales

Médecine polyvalente :

Une astreinte par structure autorisée en médecine polyvalente disposant d'un site de médecine d'urgence est rémunérée soit 23 dont une ne fonc-

tionnant que le WE sur la région.
L'intérêt de la pérennité de cette ligne de PDSES sera évalué
T1 : 4 : Brest 1, Carhaix 1, Landerneau 1, Morlaix 1
T2 : 4 : Quimper 1, Concarneau ½, Douarnenez 1, Pont l'Abbé 1
T3 : 2 : Lorient 1, Quimperlé 1
T4 : 2 : Vannes 1, Ploërmel 1
T5 : 4 : Rennes 1, Fougères 1, Vitré 1, Redon 1
T6 : 2 : St Malo 1, Dinan 1
T7 : 4 : St Brieuc 1, Lannion 1, Guingamp 1, Paimpol 1
T8 : 1 : Pontivy 1

Endoscopie digestive :

Le principe est le financement d'une astreinte par site disposant d'une unité de réanimation, pondéré pour raison d'accessibilité géographique : inscription d'une astreinte.
L'intérêt et la faisabilité d'une astreinte de début de nuit et de samedi après midi et dimanche et jours fériés pour les centres de proximité rapprochés de centres référents (< 30 mn) seront évalués.
T1 : Brest 1, Morlaix 1
T2 : Quimper 1
T3 : Lorient 1
T4 : Vannes 1, Ploërmel (*)
T6 : St Malo1, Dinan (*)
T7 : St Brieuc 1, Lannion 1, Guingamp (*)
T8 : Pontivy 1
(*) astreinte début de nuit ainsi que samedi après midi, dimanche et jours fériés de 08h à 20h
T5 : CHU Rennes : Situation spécifique, cette permanence est considérée comme mutualisée avec l'USI de gastroentérologie

Cardiologie hors USIC

Au niveau des centres de référence, cette permanence est mutualisée avec la garde de l'USIC.
Dans les centres de proximité une astreinte est rémunérée selon activité, la disponibilité médicale et l'accessibilité géographique : une astreinte est inscrite.
T1 : 1 : Carhaix
T2 : 1 : Douarnenez
T4 : 1 : Ploërmel
T5 : 1 : Fougères
T6 : 1 : Dinan
T7 : 2 : Lannion, Guingamp
T8 : 1 : Pontivy selon la mise en œuvre de l'annexe territoriale USIC

Hématologie clinique :

une astreinte est inscrite (2)
T1 : Brest
T5 : Rennes

Pneumologie :

une astreinte est inscrite en lien avec l'activité réglementée de réanimation
T1 : Brest 1, Morlaix 1
T2 : Quimper 1
T3 : Lorient 1
T4 : Vannes 1
T5 : Rennes 1
T6 : St Malo 1
T7 : St Brieuc 1

2.4 Activités médicotechniques

L'imagerie médicale

Le principe est d'organiser une permanence des soins territoriale voire interterritoriale prenant en compte les niveaux d'activité et régionale selon les spécialités notamment l'imagerie interventionnelle. La téléimagerie est le support nécessaire à cette organisation. L'activité d'échographie tendra à être organisée même en l'absence de radiologue. Cette permanence doit reposer sur des équipes médicales mutualisées intégrant les médecins des établissements publics et les médecins libéraux.

La biologie médicale

Une démarche de rapprochement des laboratoires de biologie médicale est motivée par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale. Une mutualisation au sein des grosses structures notamment les CHU (2 astreintes par CHU) ainsi qu'entre laboratoires d'établissements de santé d'un même territoire doit se mettre en place a fortiori pour la continuité et la permanence des soins.

Le principe du schéma s'appuie sur la notion d'équipe de biologiste territoriale. Le financement est contractualisé avec l'établissement référent du territoire de santé sur la base d'une permanence par établissement référent ainsi que par structure disposant d'urgences et/ou maternité pondéré par la distance géographique entre 2 structures permettant ces mutualisations (inférieure ou égale à 30mn).

T1 : 3 : Brest mutualisée avec Landerneau 2, Morlaix 1
T2 : 1 : Quimper mutualisée au sein des établissements du territoire
T3 : 1 : Lorient mutualisée au sein des établissements du territoire
T4 : 1 : Vannes mutualisée au sein des établissements du territoire
T5 : 3 : Rennes 2, Fougères 1
T6 : 1 : Saint-Malo mutualisée au sein des établissements du territoire
T7 : 2 : Saint Brieuc Lannion mutualisées au sein des établissements du territoire
T8 : 1 : Pontivy mutualisée au sein des établissements du territoire

Le financement est celui d'une astreinte (13 au niveau de la région).

IV. PLAN D'ACTIONS ET INDICATEURS

Plan d'action :

Ce schéma de PDSES a été conçu à partir du diagnostic réalisé, des travaux des autres thématiques concernées par la permanence des soins en établissements de santé et des débats du groupe de travail de concertation. Il a été enrichi des remarques et contributions des conférences de territoires par le biais de groupes de travail spécifique ou appuyés par les CPU.

Le PRS arrêté, les conférences de territoire ont pour mission d'élaborer un projet de permanence des soins déclinant le schéma régional de PDSES à l'échelle de leur territoire. Ce projet sera intégré au programme territorial de santé (PTS). Il définit les filières de soins graduées ainsi que leur calendrier de mise en œuvre. Des adaptations territoriales voire régionales du schéma de PDSES seront possibles sous réserve que l'organisation d'ensemble adoptée constitue de manière objective une réponse aux besoins en terme d'accès aux soins, respecte l'esprit du schéma régional et soit validée par le groupe de concertation régional. Ces éventuels aménagements devront respecter l'enveloppe allouée à la permanence des soins en établissements de santé.

Une évaluation de l'organisation de la PDSES sera organisée annuellement dans le cadre de l'évaluation des CPOM ainsi que de l'évaluation des missions de service public. Cette évaluation pourra permettre d'adapter le schéma en lien avec le groupe régional de concertation.

Indicateurs d'évaluation :

- Taux de réalisation du schéma cible

C'est l'écart annuel entre le nombre de lignes de gardes et d'astreintes identifiées par spécialité et par établissement dans le diagnostic initial et le schéma recommandé.

- Nombre total de passages aux urgences et aux heures de PDSES
- Benchmark des blocs opératoires par tranche horaire en individualisant l'activité de PDSES
- Activité de PDSES par spécialité au sein des différents établissements du territoire
  - Appels
  - Déplacements
  - Interventions chirurgicales
  - Admissions en hospitalisation
- Nombre de transferts organisés par les urgences pour des raisons d'organisation schéma de PDSES
- Transports de patients inter établissements en individualisant les transports SMUR et non SMUR
  - Aller vers un centre référent
  - Retour vers le centre adresseur