

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Limousin

Vu l'avis de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les médecins en date du 22 mars 2012,

Considérant que la permanence des soins ambulatoires en place sur le département de la Haute-Vienne fonctionne depuis le 1^{er} septembre 2010 sur un mode expérimental, en application des dispositions ministérielles spécifiques visées supra,

ARRETE

Article 1 :

Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires du Limousin avec ses annexes départementales est arrêté tel qu'annexé au présent arrêté.

Article 2:

Le présent arrêté entrera en vigueur au 1^{er} octobre 2012.

Article 3 :

Le cahier des charges et ses annexes décrivent l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés en médecine ambulatoire en Limousin. Il détaille également l'organisation de la régulation des appels.

Article 4:

Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département et notamment les sectorisations d'activités de consultation et de visite.

Article 5:

Il précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux astreintes de permanence des soins ambulatoire (consultation et visite) et à la régulation médicale téléphonique.

Article 6:

Il définit les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation du dispositif de permanence des soins ambulatoire.

Il définit également les modalités de recueil et de suivi des incidents.

Il précise enfin les modalités de suivi de l'enveloppe régionale consacrée à la permanence des soins ambulatoire.

Article 7:

Les arrêtés suivants sont abrogés à compter du 1^{er} octobre 2012 :

- Arrêté préfectoral du 31 décembre 2008 portant organisation de la permanence des soins en médecine générale en Corrèze
- Arrêté préfectoral du 10 octobre 2005 portant organisation de la permanence des soins en médecine générale en Creuse

Article 8 :

Les caisses primaires d'assurance maladie continuent d'effectuer les paiements des rémunérations pour les astreintes et la régulation auprès des médecins libéraux intervenant.

Article 9:

Les conseils départementaux de l'Ordre des médecins sont chargés de centraliser et transmettre les tableaux de garde d'une part au Directeur Général de l'ARS, au Préfet de département ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie concernés et, d'autre part, aux acteurs de la permanence des soins.

Article 10:

Le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire est consultable sur le site internet de l'ARS du Limousin à l'adresse suivante :

<http://www.ars.limousin.sante.fr>

Il peut également être consulté :

- à la Préfecture de Région : rue de la Préfecture, 87000 LIMOGES
- à la Préfecture de la Corrèze : 1 rue Souham, 19000 TULLE
- à la Préfecture de la Creuse : 4 place Louis Lacrocq, 23000 GUERET
- au siège de l'ARS du Limousin et à la Délégation Territoriale de l'ARS en Haute-Vienne : 24 Rue Donzelot, CS 13108, 87031 LIMOGES Cedex 1
- à la Délégation Territoriale de l'ARS en Corrèze : rue Sylvain Combes, BP 230, 19012 TULLE CEDEX
- à la Délégation Territoriale de l'ARS en Creuse : rue Alexandre Guillon, BP 309, 23006 GUERET CEDEX

Article 11 :

Tout recours contre le présent arrêté doit être formulé devant le Tribunal Administratif dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

Article d'exécution.

**Fait à Limoges le 26 septembre 2012,
Le Directeur Général,
Philippe CALMETTE**

ANNEXES

Annexe 1 : Organisation départementale Haute-Vienne

Annexe 2 : Organisation départementale Corrèze

Annexe 3 : Organisation départementale Creuse

DEPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

***DISPOSITIF EXPERIMENTAL
DE
PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE***

CAHIER DES CHARGES

**Délégation territoriale
de la Haute-Vienne**

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
du Limousin

Arrêté n° ARS/DT87/2010/417

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6314-1 et les articles R.6315-1 et suivants ;

Vu l'article 44-II de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié par l'article 36-V de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

Vu le décret n°2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence des soins en médecine ambulatoire ;

Vu le décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires ;

Vu l'arrêté ministériel du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;

Vu l'arrêté interministériel du 11 mars 2010 fixant les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence des soins (région Limousin) ;

Vu la circulaire du ministre de la santé, de la jeunesse et des sports du 8 février 2008 relative aux instructions sur les dispositions à prendre par les préfets permettant la mise en œuvre de l'avenant n° 27 à la convention nationale du 12 janvier 2005 ;

Vu la circulaire interministérielle n°DGS/DUS/UAR 2010/175 du 28 mai 2010 relative aux nouvelles dispositions contenues dans la version 2010 du plan national canicule et à l'organisation de la permanence des soins propre à la période estivale ;

Vu l'avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et du Transport Sanitaire de la Haute-Vienne du 30 août 2010 ;

ARRETE :

Article 1 : Un dispositif expérimental de permanence des soins en médecine ambulatoire est mis en place pour une période de 5 ans, à compter du 1^{er} septembre 2010, sur le territoire du département de la Haute-Vienne.

Article 2 : Un cahier des charges définissant les modalités de fonctionnement de ce dispositif expérimental est établi. Il figure en annexe du présent arrêté.

Article 3 : Ce dispositif concerne à la fois l'organisation de la régulation médicale des appels et l'organisation générale de l'offre de soins de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Article 4 : Le nouveau dispositif repose sur une double sectorisation afin de répondre au mieux aux demandes des malades après régulation médicale par le SAMU-Centre 15 :

- 12 secteurs dans lesquels un médecin d'astreinte assure les consultations
- et 6 secteurs dans lesquels un médecin d'astreinte assure les visites au domicile du patient.

Une cartographie de cette double sectorisation figure dans le cahier des charges départemental annexé au présent arrêté.

Article 5 : Les plages d'astreinte au cours desquelles s'applique le dispositif de permanence des soins sont les suivantes :

- tous les jours de 20h à 8h
- les samedis de 12h à 20h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- le lundi de 8h à 20h, lorsqu'il précède un jour férié
- le vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 12h, lorsqu'ils suivent un jour férié.

Article 6 : Les modalités de rémunération des médecins figurent dans le cahier des charges départemental annexé au présent arrêté.

Article 7 : L'arrêté préfectoral du 7 février 2005, modifié le 25 novembre 2005, le 29 août 2008, le 19 juin 2009 puis le 18 février 2010, relatif au cahier des charges fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de la Haute-Vienne est abrogé.

Article 8 : Le secrétaire général de la préfecture et le délégué territorial de la Haute-Vienne de l'Agence Régionale de Santé du Limousin, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

Fait à Limoges, le 31 août 2010,

Le Directeur Général
de l'Agence Régionale de Santé
du Limousin,



Michel LAFORCADE

DEPARTEMENT DE LA HAUTE-VIENNE

DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

CAHIER DES CHARGES

Annexe à l'arrêté n° ARS/DT87/2010/417 du 31 août 2010 du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Limousin relatif à la mise en œuvre, sur le territoire de la Haute-Vienne, d'un dispositif expérimental de permanence des soins en médecine ambulatoire

SOMMAIRE

Sigles utilisés	p 3
Définition de la PDSA	p 4
Des éléments de contexte de la PDSA qui ne peuvent pas être ignorés	p 4
La nécessité de faire évoluer le dispositif actuel	p 5
L'histoire de la permanence des soins en Haute-Vienne : une évolution notable et continue	
La régulation	p 6
La sectorisation de la PDSA	p 7
Le dispositif expérimental : description et fonctionnement	
La régulation médicale des appels	p 8
Les secteurs d'astreinte médicale	
Sectorisation de l'activité de consultations	p 13
Sectorisation de l'activité de visites au domicile des patients	p 16
Rémunération des médecins effecteurs	p 18
Suivi et évaluation du dispositif de PDSA	p 21
Liste des documents joints au cahier des charges départemental	p 22
Document 1 Densité médicale en Limousin	
Document 2 Arrêté du 11 mars 2010	
Document 3 Sectorisation de la PDS au 31 août 2010	
Document 4 Décret du 1 ^{er} octobre 2009	

SIGLES UTILISES :

ARS :	Agence Régionale de Santé
BPP :	Bonnes Pratiques Professionnelles
CDOM :	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS :	COmité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGARS :	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DT 87 :	Délégation Territoriale de la Haute-Vienne de l'ARS
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAS :	Haute Autorité de Santé
IK :	Indemnité Kilométrique
MMG :	Maison Médicale de Garde
PDSA :	Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire
SMUR :	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

DEFINITION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE (PDSA) ARTICLE R. 6315-1 DU CSP

La PDSA est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

Elle s'organise sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence arrêtés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

En application du **décret du 1^{er} octobre 2009** déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence des soins en médecine ambulatoire et de **l'arrêté interministériel du 11 mars 2010** fixant les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence de soins (Région Limousin), une expérimentation de permanence des soins en médecine ambulatoire est mise en œuvre sur la zone constituée par le département de la Haute-Vienne.

Cette permanence des soins est assurée **par les médecins libéraux ou salariés de centres de santé ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique** et dont la capacité est attestée par le Conseil départemental de l'ordre des médecins.

DES ELEMENTS DE CONTEXTE DE LA PERMANENCE DES SOINS QUI NE PEUVENT PAS ETRE IGNORES

Le dispositif actuel de la permanence des soins en médecine ambulatoire s'inscrit dans un contexte évolutif qui nécessite d'être pris en compte pour anticiper les problématiques qui ne manqueraient pas de se poser à court terme.

Les principaux éléments de contexte concernent :

- Le vieillissement de la population qui a pour conséquence de générer pour les médecins plus d'actes médicaux, notamment à domicile et qui justifie le maintien d'un dispositif de permanence des soins garantissant un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire départemental.
- L'évolution défavorable de la démographie médicale dans les trois départements de la région Limousin dans les cinq à dix ans à venir, non compensée par l'installation de jeunes médecins, la pénibilité des contraintes de l'exercice, notamment en milieu rural, concernant des praticiens qui vieillissent, la faible densité médicale dans certaines zones rurales du département (*cf document 1*) et la difficulté pour les médecins libéraux ruraux de se faire remplacer dans leur exercice,
- L'absence, en Haute-Vienne, d'une sectorisation SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) qui ne permet pas au dispositif hospitalier d'assurer seul la permanence des soins en nuit profonde.

LA NECESSITE DE FAIRE EVOLUER LE DISPOSITIF ACTUEL

C'est pour toutes ces raisons que, convaincus de la nécessité d'agir rapidement, les acteurs de la permanence des soins du département de la Haute-Vienne se sont engagés dans cette réflexion depuis trois ans.

Deux dimensions essentielles doivent être associées et garanties :

- maintenir, dans la limite du possible, un égal accès aux soins pour les usagers sur l'ensemble du territoire,
- diminuer, pour les médecins, la contrainte liée aux astreintes médicales dont la fréquence est élevée dans certains secteurs ruraux actuels qui disposent de peu de médecins sur leur territoire.

C'est la parution de la circulaire du ministre de la santé du 8 février 2008 incitant à une réduction notable du nombre de secteurs de PDSA (passage de 31 secteurs à un nombre compris dans une fourchette de 12 à 17 secteurs pour le département de la Haute-Vienne) qui a conduit à s'interroger sur la faisabilité d'une telle réduction du nombre de secteurs. Au moment de la parution de cette circulaire, le département de la Haute-Vienne comprenait 31 secteurs.

Dans un premier temps le préfet a demandé, en avril 2008, l'aide et les conseils de la mission d'appui à la PDSA sur une proposition de réduction à 24 du nombre des secteurs d'astreinte.

Il est apparu rapidement qu'une telle réduction n'était pas envisageable dans des délais acceptables. Devant ce constat, une réflexion départementale concernant un nouveau dispositif innovant satisfaisant aux termes de la circulaire de février 2008 a été engagée.

Le projet de ce nouveau dispositif a été élaboré avec les professionnels dès l'automne 2008 et présenté:

- à l'ensemble des médecins du département, lors de trois réunions tenues en novembre et décembre 2008.
- aux élus en avril 2009 lors de cinq réunions du 8 au 16 avril 2009 qui se sont tenues au Chatenet en Dognon, à Bellac, à Saint-Yrieix, à Limoges et à Ambazac.

Début 2009, il a été demandé au ministère à ce que le département de la Haute-Vienne puisse bénéficier d'une expérimentation. Ce dossier a été retenu et présenté devant la " mission nationale d'appui à l'organisation de la permanence des soins" le 16 juillet 2009.

L'arrêté interministériel, pris le 11 mars 2010, autorise la mise en place d'un dispositif expérimental de permanence des soins en Limousin sur le territoire de la Haute-Vienne (cf document 2)

Depuis la publication de cet arrêté, tous les médecins généralistes de Haute-Vienne, ainsi que tous les médecins remplaçants ont été:

- d'une part, destinataires d'un courrier d'information sur le nouveau dispositif, dès le 2 avril 2010.
- d'autre part, invités à participer à des réunions d'information lors de cinq soirées, entre le 29 avril et le 25 mai 2010, coanimées par le Conseil de l'Ordre des médecins et la délégation territoriale de la Haute-Vienne de l'ARS du Limousin.

L'HISTOIRE DE LA PERMANENCE DES SOINS EN HAUTE-VIENNE : UNE EVOLUTION NOTABLE ET CONTINUE

LA REGULATION

En 1977, deux associations sont créées, en accord avec le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne (FMF) et le Syndicat de l'Hospitalisation Privée:

- L'Association de la médecine d'urgence sur la Ville de Limoges
- L'Association de la médecine rurale de la Haute-Vienne.

Le regroupement de ces deux associations est à l'origine d' « Urgences Médecins 87 ».

La Loi du 6 janvier 1986, relative à l'aide médicale urgente, visait à "mettre un peu d'ordre" dans le fonctionnement des transports sanitaires et à déterminer les grands principes du système médical d'urgence. Cette loi précise l'ensemble des points fondamentaux de l'organisation des Centres 15, un numéro unique pour les centres de réception et de régulation des appels, lieux où doit se réaliser la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif de l'aide médicale urgente. Dans le même temps, les négociations conventionnelles ont permis d'établir 15 sites nationaux expérimentaux de Centres 15 qui, finalement, se sont réduits à cinq.

Le 20 juillet 1987, la convention nationale entre les organismes d'assurance maladie et les syndicats médicaux donne le feu vert pour une expérimentation en Haute-Vienne de 18 mois avec la participation des médecins libéraux.

Le 20 janvier 1988 est créé le CODAMU de la Haute-Vienne.

Le 1^{er} février 1988, le numéro d'appel unique « 15 » est créé en Haute-Vienne.

Dans le cadre de cette organisation:

- Le 17 mars 1988, une convention est signée entre les caisses d'assurance maladie de la Haute-Vienne et le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne FMF.
- Le 27 février 1989 une autre convention est signée entre la direction générale du CHU, siège du SAMU, le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne FMF, le Syndicat CSMF, l'Association des Médecins d'Urgence de Limoges, l'Association de Médecine Rurale de la Haute-Vienne et un représentant des établissements privés d'hospitalisation.
- Un règlement intérieur du Centre 15 est signé le 31 août 1989.
- Le démarrage effectif du Centre 15 de la Haute-Vienne a lieu le 1er juin 1990. Les médecins régulateurs libéraux sont présents, comme les médecins hospitaliers, 24 h/24. La rémunération des médecins libéraux est fixée à 3 C par heure de régulation. Depuis cette date, grâce à une convention locale entre l'Association "Urgences Médecins", la CPAM et le CHU de Limoges, les appels de la permanence des soins sont régulés via un numéro d'appel unique: le 15. Cette régulation est effectuée par les médecins régulateurs libéraux dans les mêmes locaux que les médecins régulateurs du SAMU 87, au sein du CHU de Limoges (Hôpital Dupuytren).

Le 1^{er} avril 1991, l'Association Urgences Médecins fusionne son numéro d'appel avec le « 15 ». Une campagne médiatique est réalisée par le CHU et la CPAM.

Le 12 mars 1992, une directive du Ministère des Affaires Sociales a réduit la présence des médecins libéraux de 24 à 12 heures pour les jours ouvrables et à 17 heures pour les dimanches et jours fériés. Cette réduction du temps de régulation fut appliquée d'avril à septembre 1992. Après cette date, la régulation s'est à nouveau effectuée 24 heures sur 24 jusqu'à fin 2007.

Depuis, la régulation du CRRA-Centre 15 est assurée :

- 24h sur 24 par les médecins régulateurs hospitaliers,
- pendant les plages horaires de la permanence des soins par les médecins régulateurs libéraux.

Les données statistiques de l'année 2009 montrent que le Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) de la Haute-Vienne a reçu plus de 60000 appels, dont plus de 35000 régulés par les médecins régulateurs libéraux, dans le cadre de la permanence des soins. Ces chiffres sont en augmentation de plus de 11% par rapport à 2008.

Cette augmentation du nombre d'appels confirme le rôle pivot de la régulation médicale dans le dispositif de permanence des soins et l'importance de disposer d'un nombre adapté de Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) et de médecins régulateurs pour garantir la qualité de la réception et du traitement de l'appel.

LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

➤ Avant septembre 2002 :

La permanence des soins en médecine ambulatoire sur le département de la Haute-Vienne n'était pas assurée selon une sectorisation géographique. Les médecins, en milieu rural, se regroupaient pour une permanence des soins par « clientèle ».

La Ville de Limoges disposait, quant à elle, d'un service de garde dont le planning était établi par l'association « Urgences Médecins », les médecins effecteurs étant volontaires.

➤ Entre avril et septembre 2002 :

Le travail de sectorisation, dite géographique, a été fait. Il est le fruit d'une collaboration étroite entre les médecins, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

Cette sectorisation géographique a été effective de septembre 2002 à février 2005.

➤ A partir de février 2005 :

C'est l'arrêté préfectoral du 7 février 2005, modifié le 25 novembre 2005, le 29 août 2008, le 19 juin 2009 puis le 18 février 2010 (*cf. document 3*), relatif au cahier des charges, qui fixe les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de la Haute-Vienne.

La mise en place de cette sectorisation s'est appuyée sur plusieurs éléments:

- les données géographiques et les infrastructures routières
- l'organisation des transports sanitaires
- les données relatives aux besoins de soins de la population
- les caractéristiques démographiques de la population et des professions de santé, notamment des médecins généralistes
- les données relatives à l'offre de soins locale existante, notamment l'activité la nuit et le week-end des établissements de santé et de toute organisation assurant la permanence des soins

LE DISPOSITIF EXPERIMENTAL : DESCRIPTION ET FONCTIONNEMENT

L'arrêté interministériel du 11 mars 2010, paru le 18 mars 2010 au Journal Officiel de la République Française, autorise le département de la Haute-Vienne à mettre en œuvre son projet expérimental de permanence des soins sur son territoire et précise le montant maximal des rémunérations et des dépenses dans ce cadre (*cf. document 2*).

LA REGULATION MEDICALE DES APPELS: CLEF DE VOUTE DU DISPOSITIF DE PDS EN MEDECINE AMBULATOIRE

➤ Dispositif de régulation médicale des appels

L'accès au médecin d'astreinte de secteur se fait **après régulation médicale** téléphonique préalable. Cette régulation **est systématique pour tous les actes relevant de la permanence des soins** et s'impose à tous les médecins effecteurs participant à ce dispositif.

La régulation médicale est organisée par le SAMU 87 et accessible par le **numéro 15** sur tout le territoire départemental.

Cette régulation médicale est assurée 24h sur 24 par les médecins régulateurs hospitaliers. Les médecins régulateurs libéraux renforcent cette régulation médicale pour les appels relevant de la permanence des soins pendant les plages horaires suivantes:

- **tous les jours de 20h à 8h**
- **les samedis après-midi de 12h à 20h**
- **les dimanches et jours fériés de 8h à 20h**
- **le vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié (ainsi que le samedi matin suivant de 8h à 12h)**
- **le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié**

Les médecins régulateurs libéraux sont implantés au sein des locaux du SAMU 87 (CHU de Limoges)

C'est l'association " Urgences Médecins 87" qui est chargée d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs libéraux et de les transmettre au SAMU 87.

La régulation peut également être assurée par les numéros des centres d'appel des associations de PDSA. Dans ce cas, les centres d'appels des associations doivent disposer de plates-formes d'appels interconnectées avec le central du SAMU, assurer une régulation médicale des appels et avoir signé avec le CHU de Limoges, siège du SAMU 87, une convention approuvée par le Directeur Général de l'ARS (DGARS) et respectant le cahier des charges.

Toute convention déjà existante entre une association de PDSA et le CHU de Limoges, siège du SAMU 87, doit être mise en conformité avec le cahier des charges dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de celui-ci. Cette conformité est validée par le DGARS.

➤ Le tableau suivant précise le nombre de médecins régulateurs libéraux présents au CRRA en fonction des plages horaires:

<i>Plage horaire</i>	<i>Nombre de médecins régulateurs présents au CRRA</i>
nuits de 20h à 8h	1
samedis 12h à 20h	2
dimanches et jours fériés de 8h à 21h	2
lundi de 8h à 21h s'il précède un jour férié	2
vendredi de 8h à 21h s'il suit un jour férié (ainsi que le samedi matin de 8h à 12h)	2

➤ La rémunération forfaitaire versée aux médecins régulateurs libéraux reste fixée à 3 C par heure de régulation.

➤ Renforcement du dispositif de régulation médicale

Si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (Plan hivernal, Plan canicule, ...), le nombre de médecins régulateurs libéraux présents au CRRA peut être augmenté pendant tout ou partie des plages horaires de la permanence des soins en fonction de la situation.

Il est admis qu'un médecin régulateur libéral peut traiter, de façon sécurisée, jusqu'à 8 affaires par heure. Au-delà de 12 affaires par heure, le renforcement de la régulation libérale devient effectif.

Il en est de même si les besoins de la population nécessitent de mobiliser une régulation médicale libérale en dehors des plages horaires réglementaires de la permanence des soins.

La régulation médicale libérale peut être également renforcée si le comité de suivi et d'évaluation de l'expérimentation de PDS en Haute-Vienne constate, à la vue des indicateurs d'activité, que le nombre de médecins régulateurs libéraux présents au CRRA du SAMU 87 est insuffisant pendant certaines plages horaires.

L'acceptation du renforcement du dispositif relève de l'autorité du DGARS, au vu d'un rapport explicatif et détaillé en justifiant le bien-fondé.

La rémunération des médecins régulateurs libéraux, dans le cadre du renforcement de cette régulation, se fait sur la base de 3C de l'heure, dans les limites de l'enveloppe allouée. Si une situation exceptionnelle se présentait, un financement exceptionnel serait sollicité auprès du ministère de la santé.

➤ Rôle du médecin régulateur :

Il décide de la réponse la mieux adaptée à la demande de soins, qui peut être :

- **le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente**
- un **conseil médical** pouvant aboutir à une **prescription médicamenteuse téléphonique**, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (BPP) édictées par la Haute autorité de santé (HAS) en février 2009. Lorsqu'elle donne lieu à l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci doit être adressée, signée, par courriel sécurisé ou télécopie, par le médecin régulateur à une pharmacie.
- **l'orientation du patient vers toute structure dispensant des soins non programmés** (point fixe de garde ou cabinet médical du médecin d'astreinte, service des urgences), y compris le déclenchement d'un transport nécessaire au déplacement de la personne vers une structure d'urgences.
- le déclenchement de l'intervention du médecin effecteur d'astreinte sur le grand secteur de visites pour accomplir les **visites "incompressibles"**.

Il s'agit des visites effectuées, dans le cadre de la permanence des soins, au domicile de patient nécessitant des soins mais présentant une pathologie qui ne met pas en jeu le pronostic vital et qui se trouve dans l'incapacité de se déplacer.

Ces visites concernent notamment :

- **les patients pris en charge à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile**
- **les résidents des établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD)**
- **les actes médico-légaux ou administratifs (notamment les certificats de décès, les certificats en vue d'une hospitalisation sans consentement, les visites dans le cadre de la garde à vue, les prélèvements sanguins pour déterminer l'alcoolémie,...)**

Cette première approche pour qualifier et lister les visites dites "incompressibles" pourra être complétée au regard des informations communiquées par les médecins régulateurs dans le cadre du suivi du dispositif.

Les appels traités, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, sont soumis à une obligation de traçabilité, qui sera précisée par arrêté ministériel.

La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, **exclusive de toute autre fonction**. En particulier, le régulateur ne saurait être également médecin effecteur sur les horaires où il accomplit ses fonctions de régulation.

Pour exercer leur mission, les médecins régulateurs doivent disposer des tableaux d'astreinte des médecins effecteurs des secteurs de consultations et des secteurs de visites, avec leurs noms, adresses d'exercice et coordonnées téléphoniques fiables. **Toute modification de ces tableaux doit être portée, sans délai, à la connaissance du SAMU 87.**

Les médecins régulateurs s'engagent à fournir au médecin effecteur toutes les informations lui permettant de recontacter l'appelant et de localiser précisément son domicile.

➤ La prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation

La prescription médicamenteuse par téléphone, dans le cadre de la régulation médicale téléphonique, est définie comme une prescription à distance, dans les suites d'un conseil téléphonique, réalisée dans trois situations :

- la rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite
- la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale
- l'adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

Après examen de la situation et analyse de l'état du patient avec les informations dont il dispose par téléphone, et **après avoir exclu la nécessité de déclencher une intervention médicale** (médecin effecteur dans le cadre de la permanence des soins de ville), **le médecin régulateur apprécie la nécessité ou non d'une prescription médicamenteuse par téléphone.**

Le médecin régulateur peut prescrire toute thérapeutique qui lui semble adaptée à l'état du patient, dans les limites de ce qu'il est habilité à prescrire (ce qui exclut en pratique les médicaments à prescription restreinte).

Il peut s'agir de médicaments à prescription facultative ou soumis à prescription obligatoire en vertu de l'article R. 5132-6 du code de la santé publique. En revanche, **la télé prescription des médicaments stupéfiants ou assimilés dans le cadre de la régulation est de facto exclue** dans la mesure où ils nécessitent l'établissement d'une ordonnance sécurisée et une surveillance particulière du patient.

En cas de prescription de médicaments non présents dans la pharmacie familiale, une ordonnance écrite peut être nécessaire pour leur délivrance et/ou leur remboursement. Dans ce cas, une ordonnance écrite est établie par le médecin régulateur et transmise à une pharmacie, qui sera déterminée en lien avec le patient. Cette transmission est effectuée de préférence **par courriel sécurisé ou, en cas d'impossibilité, par télécopie.**

Dans tous les cas, la prescription est à durée limitée et non renouvelable.

Elle est soumise, comme les appels traités par la régulation, à une obligation de traçabilité qui sera précisée par arrêté ministériel

➤ Garde pharmaceutique

La Haute-Vienne est découpée en 13 secteurs de garde pharmaceutique. La sectorisation de ces gardes est en cohérence avec la sectorisation des médecins d'astreinte assurant les consultations sur les 12 secteurs (*cf. carte page suivante*).

Secteurs de garde de pharmacies en Haute-Vienne Année 2010



➤ Garde ambulancière départementale à disposition du SAMU-Centre15

Le département de la Haute-Vienne a été divisé en 6 secteurs (*cf. carte page suivante*).

Cette sectorisation, élaborée en concertation avec le SAMU 87, l'Association des transports sanitaires urgents 87 et la DDASS a pour but d'assurer une prise en charge satisfaisante des patients et de garantir des délais d'intervention raisonnables compris entre 20 et 30 minutes sur l'ensemble du département.

C'est **l'arrêté préfectoral du 17 novembre 2005** qui fixe la sectorisation du département de la Haute-Vienne pour la garde ambulancière.

Cette garde ambulancière couvre les dimanches et jours fériés de 8h à 20h ainsi que les nuits de 20 heures à 8 heures. Le véhicule est stationné avec son équipage **sur un site dédié** pour chacun des six secteurs du département.

Pendant la garde, toutes les demandes de transports urgents sont à adresser au SAMU 87 – CENTRE 15, à charge pour lui de transmettre chaque demande à l'équipage de permanence du pôle dont dépend la commune où réside le patient.

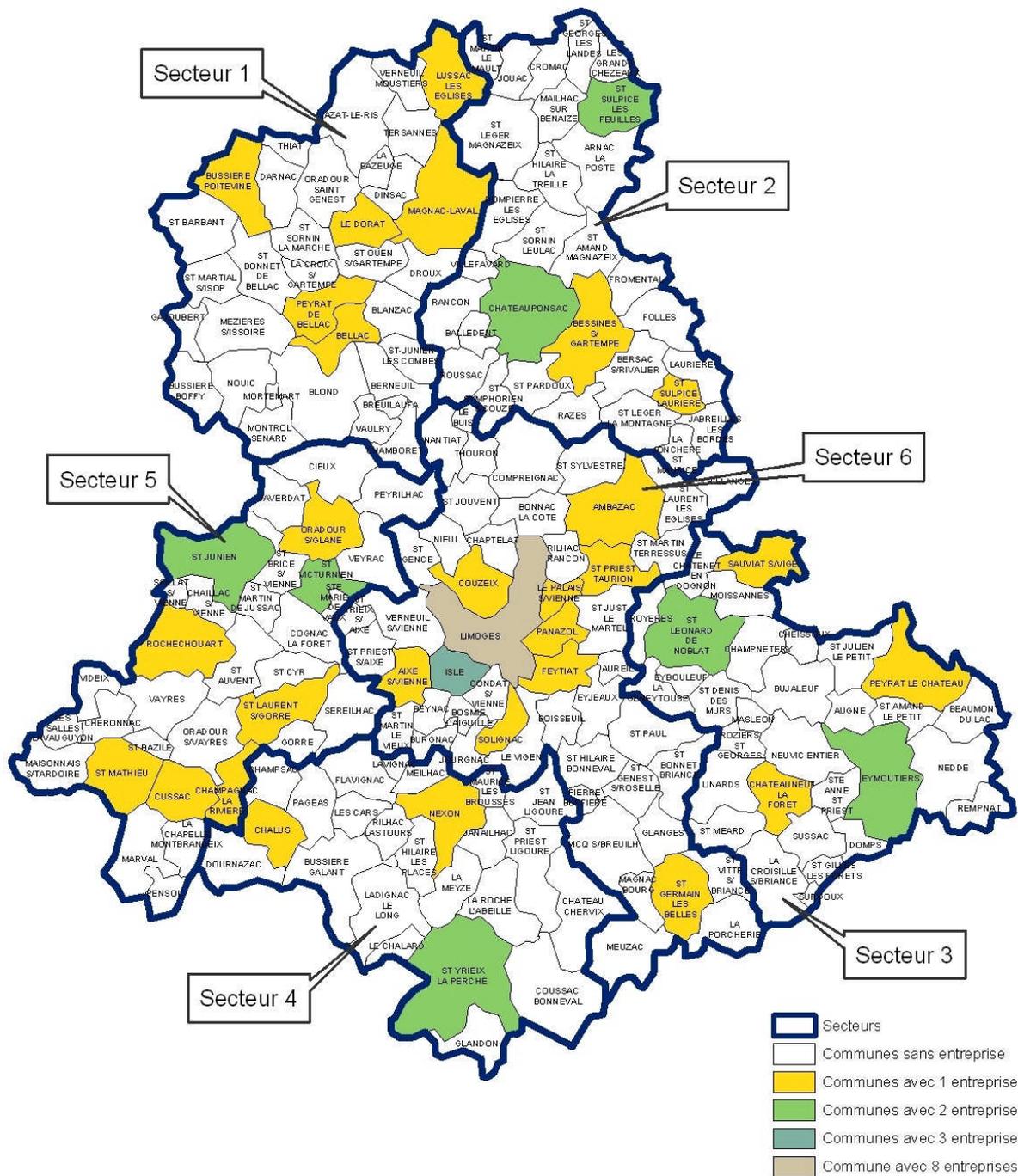
Cette ambulance ne peut être mobilisée qu'à la demande du médecin régulateur et seulement pour effectuer des transports du domicile du patient vers une structure d'urgence.

Le tableau ci-dessous précise à ce jour, par secteur de garde ambulancière, les pôles de garde où sont stationnés les ambulances et où sont hébergés les équipages:

Secteur concerné	Pôle de garde	Nombre d'ambulances affectées
SECTEUR 1	Le Dorat	1
SECTEUR 2	Bessines-sur-Gartempe	1
SECTEUR 3	Neuvic-Entier	1
SECTEUR 4	Saint-Yrieix-la-Perche	1
SECTEUR 5	Rochechouart	1
SECTEUR 6	Site de Limoges Beaubreuil	2
	Site de Boisseuil	1

GARDE DEPARTEMENTALE AMBULANCIERE

Sectorisation du département de la Haute-Vienne



**LES SECTEURS D'ASTREINTE MEDICALE:
UNE DOUBLE SECTORISATION POUR UNE MEILLEURE
REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION**

Le nouveau dispositif repose sur une double sectorisation afin de répondre au mieux aux demandes des malades après régulation médicale par le SAMU-Centre 15. Une des sectorisations correspond uniquement à l'activité de consultations et l'autre uniquement à l'activité de visites au domicile du patient.

1. SECTORISATION DE L'ACTIVITE DE CONSULTATIONS

Une première sectorisation découpe le département de la Haute-Vienne en **12 secteurs d'astreinte** (cf. *carte page suivante*). Dans chacun de ces 12 secteurs, un médecin (ou deux médecins sur le secteur de Limoges pendant certaines plages horaires) est chargé d'assurer uniquement des **consultations sur un point fixe** (cabinet du médecin d'astreinte sur le secteur ou point fixe de garde sur le secteur comme précisé dans le tableau ci-dessous) :

- tous les jours de 20h à 24h
- les samedis de 12h à 20h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- le vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié (ainsi que le samedi matin suivant de 8h à 12h)
- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié

➤ Participation des médecins

Les médecins généralistes libéraux installés sur le secteur sont prioritaires pour participer à cette astreinte.

Dans l'hypothèse où le tableau des astreintes ne peut pas être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à des médecins libéraux installés sur d'autres secteurs.

Les médecins remplaçants peuvent participer aux astreintes, en remplacement d'un médecin installé.

Dans l'éventualité où des difficultés persistantes seraient constatées pour compléter le planning sur un secteur, la mobilisation de tout autre médecin pourrait être sollicitée dans le respect de la législation.

➤ Transport d'un patient vers un lieu de consultation

S'agissant du transport d'un patient vers un lieu de consultation, le dispositif de transport dit "social", tel qu'il avait été mis en place en février 2009, à titre temporaire, sur le secteur de Saint-Junien / Rochechouart, du fait de l'absence de médecin effecteur mobile, a été très peu mobilisé.

Le nouveau dispositif expérimental de permanence des soins ne devrait pas nécessiter une organisation spécifique en ce sens.

Toutefois, la question de l'organisation et du financement du transport du patient vers le lieu de consultations fera l'objet d'un suivi particulier.

➤ Les lieux de consultation, dans chacun des 12 secteurs de consultations, sont précisés dans le tableau ci-dessous.

Secteur concerné (consultations uniquement)	Point de consultations
SECTEUR A	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR B	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR C	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR D	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR E	Maison Médicale de Garde de Limoges
SECTEUR F	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR G	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR H	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR L	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR I	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR J	Cabinet médical du médecin d'astreinte ou EHPAD de Bessines sur Gartempe
SECTEUR K	Cabinet médical du médecin d'astreinte

La localisation des points de consultation pourra évoluer au regard des données recueillies par le Comité de suivi du dispositif de PDSA.

Un règlement intérieur a été établi par chaque structure accueillant le cabinet de consultation.

Il est demandé à chaque praticien de respecter ce règlement intérieur et de prévenir à l'avance de sa venue le responsable de la structure.

➤ La Maison Médicale de Garde de Limoges (MMG) est le point fixe de consultation sur le secteur E.

Le tableau ci-dessous précise le nombre d'effecteurs présents en fonction des plages horaires de la PDS.

<i>Plage horaire</i>	<i>Nombre de médecins effecteurs assurant les consultations</i>
soirées de 20h à minuit	1
samedis de 12h à 20h	2
dimanches et jours fériés de 8h à 20h	1 à 2 de 8h à 14h <i>(2 médecins en période hivernale)</i> 1 de 14h à 20h
lundi de 8h à 20h s'il précède un jour férié	1 à 2 de 8h à 14h <i>(2 médecins en période hivernale)</i> 1 de 14h à 20h
vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié (ainsi que le samedi matin de 8h à 12h)	1 à 2 de 8h à 14h <i>(2 médecins en période hivernale)</i> 1 de 14h à 20h

➤ Renforcement de la MMG

La première étape de renforcement de la MMG consiste à assurer la présence de 2 médecins effecteurs sur le site de consultations pendant la totalité des plages horaires de la permanence des soins.

Dans un deuxième temps, si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (Plan hivernal, Plan canicule, ...), à la demande du directeur général de l'ARS, le nombre d'effecteurs peut être augmenté pendant tout ou partie des plages horaires.

Parallèlement, en cas de débordement d'activité de la MMG de Limoges, des demandes d'actes de consultations peuvent être orientés par le CRRA vers le cabinet médical de l'association SOS Médecins Limoges.

➤ Renforcement des autres secteurs de consultations.

Les 11 autres secteurs peuvent bénéficier de renforcement dans les mêmes conditions que celles ci-dessus développées pour la MMG de Limoges.

2. SECTORISATION DE L'ACTIVITE DE VISITES AU DOMICILE DES PATIENTS

Une deuxième sectorisation découpe le département de la Haute-Vienne en 6 secteurs : **5 grands secteurs ruraux et un secteur couvrant la ville de Limoges et sa périphérie** (cf carte page suivante) :

➤ dans chacun des **5 grands secteurs ruraux un médecin** est chargé d'assurer, sur chaque secteur, après régulation médicale, les visites dites "incompressibles", au domicile du patient :

- tous les jours de 20h à 8h
- les samedis de 12h à 20h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- le vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié (ainsi que le samedi matin suivant de 8h à 12h)
- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié

➤ pour le **grand secteur de l'agglomération de Limoges, deux médecins** participent à l'activité de visites à domicile, pendant les mêmes plages horaires que pour les secteurs ruraux, à l'exception de la plage **de minuit à 8 heures**, où un seul médecin assure les visites à domicile

➤ Hébergement des médecins d'astreinte

Pour les 5 grands secteurs ruraux, il est proposé un hébergement du médecin effecteur chargé d'effectuer les visites au domicile du patient.

Le tableau ci-après précise les points fixes d'hébergement sur chacun des secteurs.

Ce tableau fixe également le point géographique de chaque secteur à partir duquel sont comptabilisées les Indemnités Kilométriques (IK).

Secteur concerné (Visites à domicile uniquement)	Point Fixe d'hébergement du médecin d'astreinte sur le secteur	Comptabilisation des frais de déplacement sur le secteur (IK) à partir de:
SECTEUR 1	BESSINES-SUR-GARTEMPE 87250	BESSINES-SUR-GARTEMPE 87250
SECTEUR 2	Hôpital de Bellac (HIHL) 4, av. Charles de Gaulle 87300 Bellac	BELLAC 87300
SECTEUR 3	SAINT-LAURENT-SUR-GORRE 87310	SAINT-LAURENT-SUR-GORRE 87310
SECTEUR 4	sans objet	LIMOGES 87000
SECTEUR 5	Centre Hospitalier Jacques Boutard 4, place du 4 septembre 87500 St-Yrieix-la-Perche	SAINT-PRIEST-LIGOURE 87800
SECTEUR 6	EHPAD Jalouneix-Bertroff (HIMB) route du Mont 87460 Bujaleuf	BUJALEUF 87460

Un règlement intérieur a été établi par chaque structure hébergeant le médecin d'astreinte. Il est demandé à chaque praticien de respecter ce règlement intérieur et de prévenir à l'avance de sa venue le responsable de la structure.

L'implication des établissements de santé et du secteur médico-social a contribué à la mise en place de ce dispositif.

➤ Renforcement des secteurs de visites.

Si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (Plan hivernal, Plan canicule, ...), à la demande du directeur général de l'ARS, le nombre d'effecteurs peut être augmenté dans un ou plusieurs secteurs de visites à domicile, pendant tout ou partie des plages horaires, comme pour la régulation et les secteurs de consultations.

➤ Participation des médecins

Les médecins généralistes libéraux installés sur un secteur sont prioritaires pour participer à l'astreinte sur le dit secteur.

Dans l'hypothèse où le tableau des astreintes ne peut pas être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à des médecins libéraux installés sur d'autres secteurs.

Les médecins remplaçants peuvent participer aux astreintes de visites à domicile, en remplacement d'un médecin installé.

Dans l'éventualité où des difficultés persistantes seraient constatées pour compléter le planning sur un secteur, la mobilisation de tout autre médecin pourrait être sollicitée dans le respect de la législation.

3. REMUNERATION DES MEDECINS EFFECTEURS EFFECTUANT LES CONSULTATIONS ET LES VISITES AU DOMICILE DU PATIENT

Le montant forfaitaire de rémunération des plages d'astreinte tant sur les secteurs de consultations que sur les grands secteurs de visites est établi en utilisant comme base le tarif conventionnel de la rémunération forfaitaire des astreintes (50 euros pour 4 heures d'astreinte).

En fonction des plages horaires, un coefficient multiplicateur allant de 1 à 3 (comme prévu dans l'arrêté du 11 mars 2010) est appliqué. Toute augmentation du tarif conventionnel sera répercutée sur la rémunération forfaitaire des astreintes. Il en est de même pour la rémunération des médecins régulateurs libéraux.

A la rémunération forfaitaire de l'astreinte s'ajoute la rémunération des actes médicaux réalisés par le praticien ainsi que les indemnités kilométriques (IK) s'il y en a, dans le respect des dispositions conventionnelles en vigueur.

Pour fixer la rémunération forfaitaire des médecins participant aux astreintes de permanence des soins sur les grands secteurs de visites à domicile, il a été tenu compte de la contrainte qui pèse sur les médecins qui interviennent dans les macro secteurs ruraux.

Les tableaux ci-dessous précisent le montant de la rémunération forfaitaire de l'astreinte de PDS, en fonction de la plage horaire concernée, pour les médecins assurant les consultations et pour les médecins effecteurs mobiles.

Le dispositif de permanence des soins permet, pendant les plages horaires concernées, de faire bénéficier les patients qui le demandent du "tiers payant":

- sur la partie des actes prise en charge par l'assurance maladie (70 à 100%)
- et sur la totalité des indemnités kilométriques

Cette mesure s'applique à tous les assurés sociaux.

Conformément à la réglementation, le médecin d'astreinte s'engage à respecter, pendant les plages de la PDSA, les tarifs conventionnels du secteur 1.

CONSULTATIONS

11 SECTEURS RURAUX DE HAUTE-VIENNE (Secteurs A à D et F à L)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte par secteur</i>
20h à 24h	50 euros + les actes	1 effecteur
Samedi de 12h à 20h	100 euros + les actes	1 effecteur
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" de 8h à 20h	150 euros + les actes	1 effecteur

SECTEUR DE LIMOGES: Maison Médicale de Garde (Secteur E)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte sur ce secteur</i>
20h à 24h	50 euros + les actes	1 effecteur
Samedi de 12h à 20h	100 euros + les actes	2 effecteurs
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" <u>de 8h à 14h</u>	75 euros + les actes	2 effecteurs
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" <u>de 14h à 20h</u>	75 euros + les actes	1 effecteur

EFFECTEURS MOBILES

5 MACRO SECTEURS RURAUX (Secteurs 1, 2, 3, 5 et 6)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte par secteur</i>
Nuit de 20h à 8h	450 euros + les actes	1 effecteur
Samedi de 12h à 20h	150 euros + les actes	1 effecteur
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" de 8h à 20h	225 euros + les actes	1 effecteur

MACRO SECTEUR DE LIMOGES (Secteur 4)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte sur ce secteur</i>
Nuit de 20h à 24h	125 euros + les actes	2 effecteurs
Nuit de 0h à 8h	300 euros + les actes	1 effecteur
Samedi de 12h à 20h	150 euros + les actes	2 effecteurs
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" de 8h à 20h	225 euros + les actes	2 effecteurs

SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

Le décret n° 2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 détermine les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la PDS en médecine ambulatoire. L'évaluation du dispositif expérimental fait partie de ces modalités (*cf. document n° 4*).

SUIVI ET EVALUATION

Un suivi mensuel du dispositif doit être réalisé sur la base des indicateurs de suivi et d'évaluation listés dans l'annexe du décret.

Les indicateurs sont recueillis par les différents intervenants professionnels de la PDS (SAMU-Centre 15, services d'urgences, médecins effecteurs en cabinet ou mobiles). Ils sont transmis au CDOM et à la Délégation territoriale de la Haute-Vienne via l'envoi des documents de recueil la première semaine du mois m+1.

Pour assurer cette évaluation, un comité de suivi du dispositif est constitué. Il est composé de professionnels de santé (médecins régulateurs et médecins effecteurs, CDOM, URML, SOS-Médecins, SDIS, transporteurs privés, SAMU), de représentants des élus et de l'ARS (DT 87). Ce comité peut décider de se faire assister dans ses travaux par toute personne qualifiée.

Le secrétariat de ce comité est assuré par l'ARS (DT87).

Une fiche de recueil des incidents et événements indésirables, à transmettre sans délai au CDOM et à la DT 87 a vocation à être renseignée par les médecins régulateurs du CRRA et les médecins effecteurs.

La question de l'organisation et du financement du transport du patient vers le lieu de consultations fera l'objet d'un suivi particulier.

SUIVI DE L'ENVELOPPE

Deux attestations de participation à la PDS (une pour les secteurs de consultations, l'autre pour les visites) seront mises à disposition des médecins. Ces attestations remplies doivent être transmises à l'organisme chargé du règlement au plus tard le 5^{ème} jour ouvré du mois suivant le mois concerné par l'astreinte pour que le paiement puisse intervenir à la fin de ce mois m+1.

Le tableau réalisé, figurant dans le logiciel Ordigard, sert d'outil de référence aux agents qui traiteront ce dossier. Tout changement dans le tableau prévisionnel de garde doit être corrigé dans ce logiciel. En cas de litige, il est convenu que c'est le tableau du logiciel Ordigard qui prime.

L'obligation de suivi mensuel de l'enveloppe ne permet pas d'envisager un "dispositif retardataire".

LISTE DES DOCUMENTS JOINTS AU CAHIER DES CHARGES DEPARTEMENTAL

Document 1 Densité médicale en Limousin

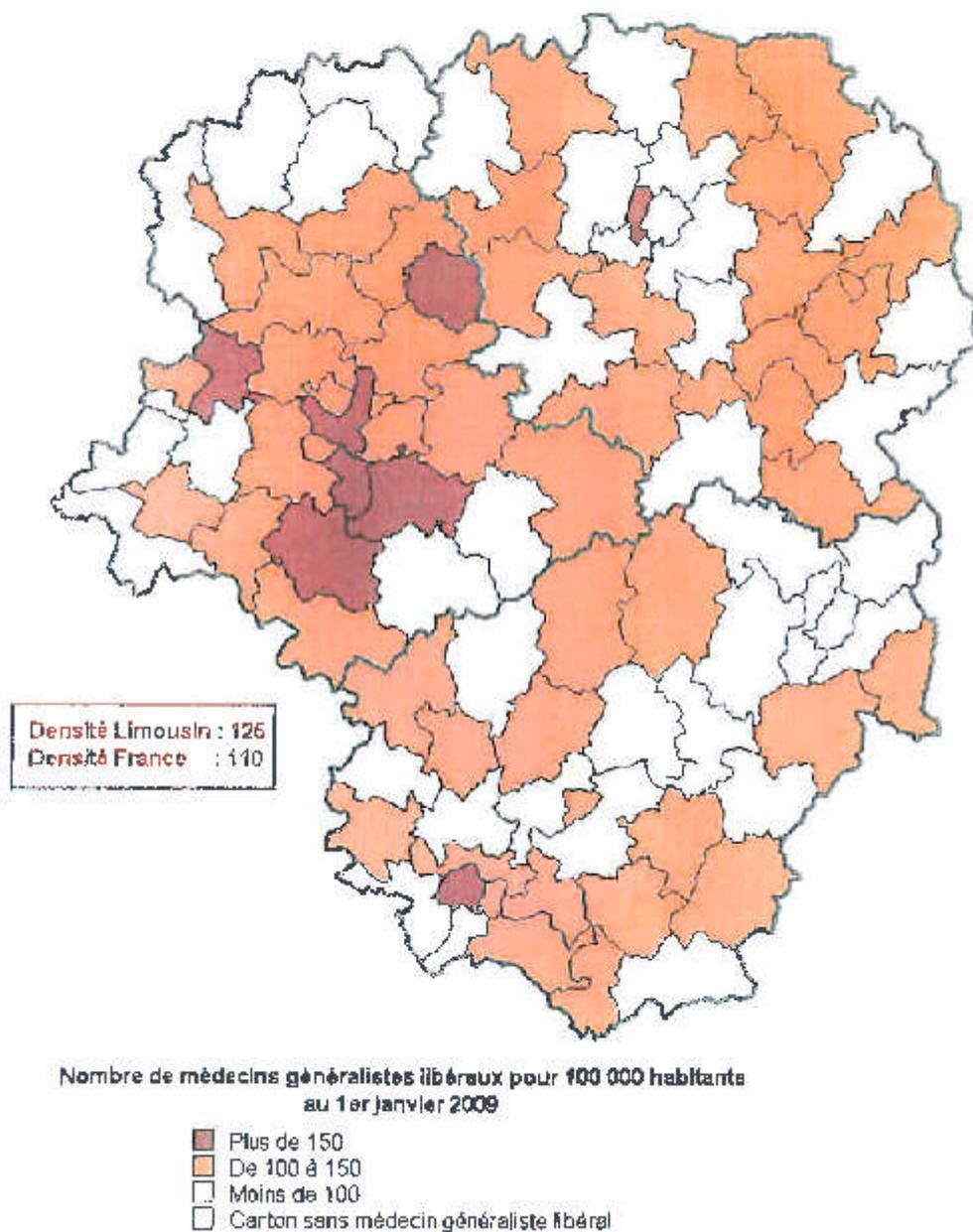
Document 2 Arrêté du 11 mars 2010

Document 3 Sectorisation de la PDS au 31 août 2010

Document 4 Décret du 1^{er} octobre 2009

Source : DRASS (ADEL) - INSEE (RP 2006)

Des densités de généralistes libéraux plus faibles en milieu rural





JORF n°0066 du 19 mars 2010 page 5515
texte n° 42

ARRETE

Arrêté du 11 mars 2010 fixant les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence de soins (région Limousin)

NOR: SA5510Q4681A

Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme du FPE et le ministre de la santé et des sports,
Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-5 ;
Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6314-1 et ses articles R. 6315-1 et suivants ;
Vu l'article 44-TI de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié par l'article 35 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;
Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole daté du 7 janvier 2010 ;
Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés daté du 12 janvier 2010,
Arrêtent :

Article 1 En savoir plus sur cet article...

Le montant maximal des dépenses alloué au titre de l'expérimentation est calculé sur la base du coût constaté dans les départements concernés par l'expérimentation, au cours de l'année civile précédente, au litre de la permanence des soins ambulatoire.

Article 2 En savoir plus sur cet article...

Les plafonds maximaux des montants unitaires des différentes rémunérations des médecins assurant la permanence des soins dans le cadre des expérimentations prévues à l'article 44-TI de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 sont fixés :
— pour l'activité de régulation : au maximum le montant horaire prévu par la convention nationale du 12 janvier 2005 et ses avenants conclus entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les médecins généralistes et les médecins spécialistes ;
— pour les astreintes de permanence des soins : au maximum trois fois le montant des astreintes prévues par la convention et ses avenants précités.

Article 3 En savoir plus sur cet article...

Le montant maximal annuel mentionné à l'article 1er dont dispose la mission régionale de santé du Limousin au titre des rémunérations forfaitaires rémunérant la participation des médecins au dispositif de permanence des soins dans la zone d'expérimentation est fixé à 2 367 000 euros.
La zone d'expérimentation est constituée par le département de la Haute-Vienne.

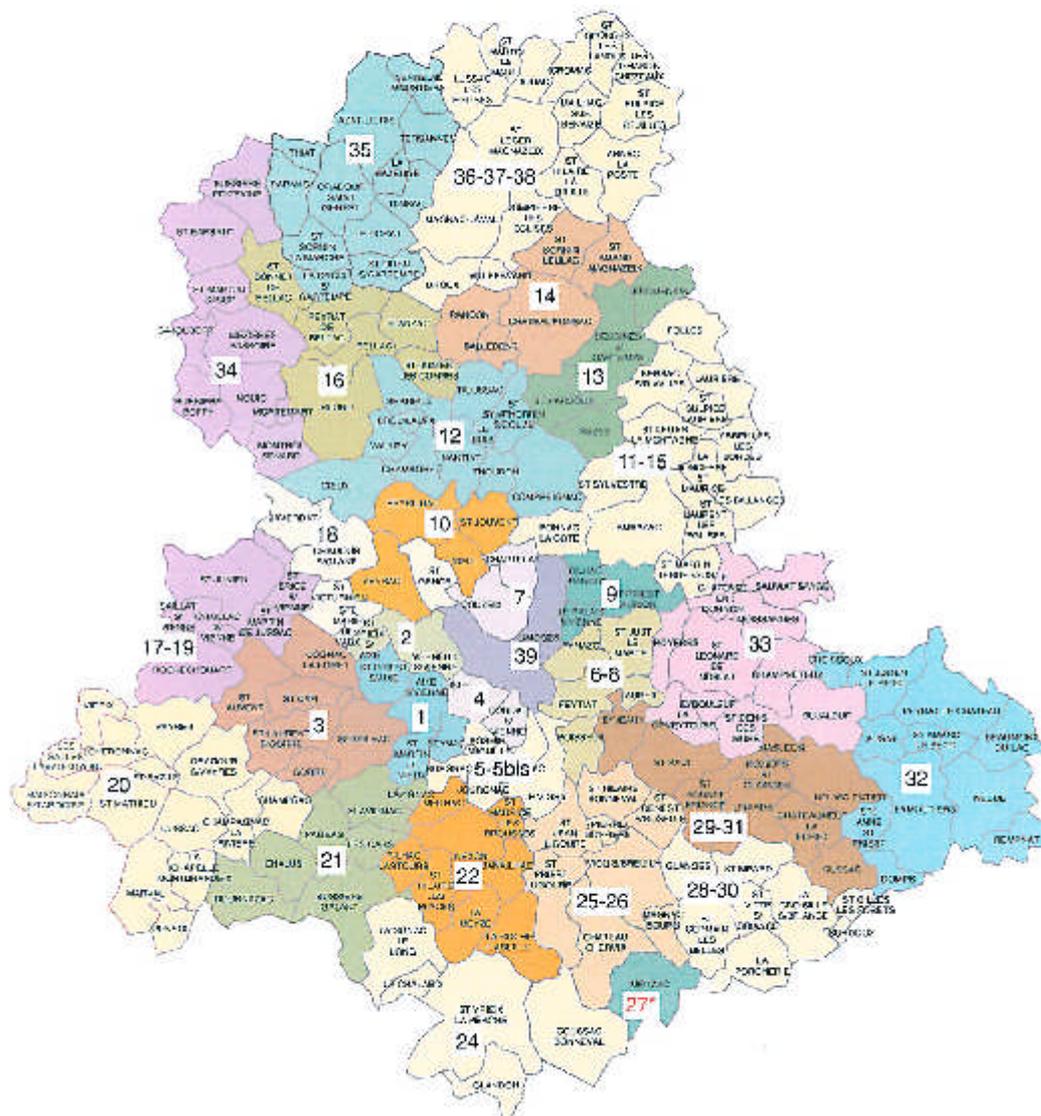
Article 4 En savoir plus sur cet article...

Le directeur de la sécurité sociale et la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 11 mars 2010.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021990394...> 22/02/2011

SECTEURS D'ASTREINTES MEDICALES EN HAUTE-VIENNE



* ASTREINTES ASSURÉES ALTERNATIVEMENT PAR LE SECTEUR 25-26 ET LE SECTEUR 29-30

GEOFLA
IGN-PARIS

DDASS - Pôle Santé
Février 2010

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Décret n° 2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire

NOR : SASS0917580D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports et du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié par l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

Vu l'avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 23 juillet 2009 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 juillet 2009 ;

Vu l'avis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 30 juillet 2009 ;

Vu l'avis du Conseil national de l'ordre des médecins en date du 20 mai 2009 ;

Vu les avis des organisations syndicales représentatives des médecins,

Décète :

Art. 1^{er}. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent, parmi celles qui se sont déclarées volontaires, les missions régionales de santé qui participent aux expérimentations prévues au II de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 susvisé, sur la base du cahier des charges annexé au présent décret.

Ils peuvent décider de l'arrêt des expérimentations avant leur terme, au regard des résultats de l'évaluation annuelle.

Art. 2. – Le projet d'expérimentation élaboré par la mission régionale de santé est transmis pour avis au comité mentionné à l'article R. 6313-1 du code de la santé publique.

Art. 3. – La mission régionale de santé informe le préfet et les caisses locales d'assurance maladie des départements concernés par l'expérimentation des modalités d'expérimentation ainsi que du montant et de la nature des rémunérations qu'elle a fixés.

Art. 4. – Le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 1^{er} octobre 2009.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,

ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique
et de la réforme de l'Etat,*

ERIC WOERTH

A N N E X E

CAHIER DES CHARGES RELATIF AUX EXPÉRIMENTATIONS
EN MATIÈRE DE RÉMUNÉRATION DE PERMANENCE DE SOINS**1. Objet et cadre de l'expérimentation**

Le II de l'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008, modifié par l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2008, ouvre la possibilité pour les missions régionales de santé (MRS) volontaires de mettre en place des expérimentations de rémunération des médecins assurant la permanence de soins, qui dérogent aux dispositions de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale en en fixant le montant et les modalités.

L'objectif de ces expérimentations est d'améliorer, dans tout ou partie d'un département ou d'une région, l'effectivité de la réponse aux demandes de permanence des soins en médecine ambulatoire, ainsi que son efficience.

La mise en place de ces expérimentations s'inscrit dans le cadre des principes fondant l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire :

- une sectorisation du département ou de la région adaptée à l'offre et à la demande de soins et selon les différentes plages horaires ;
- une régulation préalable départementale ou régionale des demandes de permanence des soins, qui devra être accessible par le numéro de téléphone national en vigueur sur le territoire. Cette régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels ;
- une organisation définie dans le cadre d'un cahier des charges départemental.

Ces expérimentations concernant les rémunérations des médecins de permanence des soins (régulateurs, effecteurs), financées sur le risque, peuvent être complétées par des dispositifs financés par :

- des fonds d'intervention, tels le fonds d'intervention de qualité et de coordination des soins (FIQCS) (par exemple : l'investissement dans des maisons médicales de garde, [MMG] ou la prise en charge des transports vers les points de consultation dans le cadre de la permanence des soins) ;
- des financements de droit commun (par exemple le financement du transport sanitaire) ;
- d'autres personnes morales (par exemple les collectivités territoriales ou les établissements de santé). Si des marges de manœuvre sont dégagées sur les crédits correspondant aux soins de ville, elles peuvent être réaffectées aux soins hospitaliers ou autres.

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations ont été définies après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, des organisations syndicales représentatives des médecins et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale précisera les limites (maximales) dans lesquelles les missions régionales de santé pourront fixer les montants unitaires des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque mission régionale volontaire.

2. Désignation des MRS

Pour l'année 2009, 5 ou 6 MRS volontaires seront choisies, après appel à candidatures, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour mener des expérimentations.

Les MRS sont sélectionnées sur la base de leur projet et des critères suivants :

- amélioration de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Il faudra notamment mesurer l'amélioration apportée sur le plan de l'effectivité de la réponse, des conditions de travail des médecins libéraux et des établissements (répartition de la charge de la permanence des soins) par le dispositif proposé par rapport au dispositif existant ;
- lisibilité de la réponse aux besoins des assurés. Une partie des problèmes actuels de la permanence des soins est liée à la difficulté pour les assurés de connaître les moyens de répondre à un besoin de soins au cours des périodes de permanence ;
- coût du dispositif proposé. Le nouveau dispositif devra être plus efficient que le dispositif antérieur. Une enveloppe globale regroupant le paiement des astreintes des régulateurs et des effecteurs ainsi que le paiement des actes effectués lors des périodes de permanence des soins (C, V et majorations associées) sera déléguée aux MRS et devra être respectée ;
- acceptation du dispositif par les partenaires locaux (comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, ordre des médecins, syndicats, association départementale d'aide médicale urgente) ;
- intégration, dans la mesure du possible, de plusieurs départements au sein d'une même région afin d'impulser une réorganisation plus globale de la permanence des soins sur la zone. La présentation d'une expérimentation couvrant l'ensemble de la région – en préfiguration du dispositif futur dans le cadre des agences régionales de santé – est un élément favorable pour la sélection ;

- articulation avec les dispositifs hospitaliers existant (SAMU, SMUR, services d'urgence, création d'accueil pré-porte notamment).

Les membres de la mission nationale d'appui donneront un avis sur les projets proposés par les MRS (effectivité, réalité du besoin, globalité du projet) au regard de l'objectif poursuivi, d'une part, et de la cohérence, d'autre part, notamment par rapport aux principes d'organisation de la permanence des soins et aux améliorations proposées par rapport aux organisations existantes.

3. Modalités de l'expérimentation

Avec cette expérimentation, les MRS peuvent organiser différemment la permanence des soins ambulatoire et prévoir de nouveaux modes de rémunération, en développant des coopérations innovantes entre les professionnels de santé. Il n'y a pas de réelle contrainte à ces évolutions, sous la condition que la réponse aux assurés s'en trouve améliorée. Par ailleurs, il n'est pas envisageable de modifier la période de permanence de soins même si l'organisation peut varier au cours de cette période.

Afin d'accompagner cette évolution de l'organisation, les MRS peuvent, alternativement ou cumulativement :

- globaliser l'ensemble des éléments de rémunération forfaitaires ou à l'acte rémunérant la participation des médecins au dispositif de permanence des soins ;
- moduler le niveau de ces astreintes en fonction de critères divers (zone, lieu d'exercice de la permanence de soins, nombre d'actes effectués, spécialisation des actes pour une patientèle, etc.) ;
- modifier le niveau de l'astreinte de l'effecteur ;
- modifier le niveau de l'astreinte du régulateur.

L'expérimentation peut conduire à une harmonisation des tarifs sur le territoire pour des situations identiques, ce qui laisse la place à des rémunérations différentes selon la situation des secteurs (zone rurale, zone urbaine, présence ou absence d'une MMG, d'un hôpital), selon les périodes (avant, après minuit), selon les effecteurs (densité, pénibilité/fréquence des gardes).

La dotation financière porte sur l'ensemble des sommes servant au paiement des astreintes des régulateurs et des effecteurs ainsi que sur les sommes servant aux paiements des actes effectués lors des périodes de permanence des soins.

Par exemple, un effecteur qui prendrait une garde sur deux secteurs pourrait bénéficier d'un montant d'astreinte plus élevé.

Les MRS peuvent également compléter les financements par des crédits du FICQS.

Par exemple, dans le cadre d'une meilleure collaboration entre les médecins libéraux exerçant en ville et les établissements hospitaliers, notamment si la permanence des soins en seconde partie de nuit est assurée exclusivement ou principalement par les établissements de santé, dégager des crédits qui pourront servir à financer le transport de patients vers le centre hospitalier ou une MMG via des véhicules mobilisés dans le cadre de la garde ambulatoire (les crédits seront versés via un avenant au contrat pluriannuel d'objectif et de moyens de l'établissement de santé ; le montant de l'enveloppe relative aux missions d'intérêt général correspondante pourra être augmenté). Par ailleurs, des partenariats associant les médecins libéraux et les établissements de santé publics ou privés pourront être mis en place pour assurer une meilleure réponse à la demande de permanence des soins.

L'expérimentation peut couvrir un bassin de vie, un territoire infradépartemental, départemental, infrarégional, régional ou encore une zone blanche. En revanche, tous les médecins ou les associations de permanence des soins exerçant dans le territoire choisi pour l'expérimentation devront être rémunérés selon les modalités définies par l'expérimentation. Il ne pourra pas y avoir coexistence des nouvelles modalités expérimentées avec les modalités de rémunération de la permanence des soins actuellement définies par la convention nationale.

Dans tous les cas, la participation financière de l'assuré ne pourra pas être supprimée, même si les rémunérations forfaitaires ou à l'acte des médecins sont globalisées. Un ticket modérateur doit donc être maintenu, quelles que soient les modalités de rémunération choisies.

4. Mise en place de l'expérimentation sur le terrain

Le projet doit être élaboré par les MRS avec l'ensemble des acteurs locaux, y compris les associations de permanence des soins, et remporter leur adhésion avant toute mise en œuvre, dans la mesure où les nouvelles modalités de rémunération des professionnels participant à la permanence des soins s'imposent sur l'ensemble du territoire choisi.

Par voie de conséquence, lors de la phase de préparation, il est impératif que les MRS associent les services de la préfecture, le comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, le conseil départemental de l'ordre des médecins ainsi que les associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS) et les associations regroupant les médecins participant à la permanence des soins (par exemple : SOS Médecins ou Urgence médicale de Paris) de la zone concernée par l'expérimentation. Elles doivent également associer, le cas échéant, les établissements de santé.

Les modalités de rémunération des professionnels participant à la permanence de soins dans le cadre de l'expérimentation sont définies par décision du directeur de la MRS.

5. Evaluation

Les MRS réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'au Parlement.

L'évaluation a pour objet de vérifier que le fonctionnement global de la permanence des soins est amélioré et rendu plus efficace par l'expérimentation.

Elle est réalisée sur la base des critères de suivi et d'évaluation listés ci-dessous.

En matière de suivi du dispositif :

- suivi mensuel du coût du dispositif expérimental par rapport à la prévision et suivi mensuel de l'enveloppe régionale globale (effectué par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés [CNAMTS]) ;
- efficacité de la réponse : remplissage des tableaux de permanence et présence à la régulation. Taux de volontaires par rapport aux médecins généralistes inscrits dans le département.

En matière d'évaluation annuelle :

- nombre d'actes réalisés par période de permanence des soins, par secteur, rapporté à la population. Nombre d'actes régulés et d'actes non régulés ;
- nombre d'actes effectués en MMG et en visite, ratio ;
- nombre d'actes médico-administratifs ;
- nombre d'actes suivis d'une hospitalisation, d'un envoi aux urgences, d'un envoi d'un SMUR ;
- activité de la régulation par plages de permanence des soins, nombre de régulateurs mobilisés par appel et par heure ;
- nombre et nature des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins ;
- activité des services d'urgence aux horaires de permanence des soins, nombre de patients réorientés des services d'urgence vers les MMG et inversement ;
- comparaison avec l'activité des SAMU aux horaires de permanence des soins et régulation ;
- nombre de transports effectués pendant les périodes de permanence des soins par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ou par des entreprises de transports sanitaires.

Tout autre indicateur jugé pertinent par la MRS, ainsi qu'une appréciation qualitative, pourra être ajouté.

L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de la Corrèze

à compter du 1^{er} octobre 2012

SOMMAIRE

	Page
Sigles utilisés	3
Définition de la permanence des soins en médecine ambulatoire	4
Éléments de contexte de la permanence des soins en médecine ambulatoire	5
La nécessité de faire évoluer le dispositif actuel	5
Bref historique de la sectorisation de la permanence des soins en Corrèze	6
Le nouveau dispositif d'organisation et de fonctionnement en Corrèze	
• La régulation médicale des appels	7
• Les secteurs d'astreinte médicale	11
• la sectorisation de l'activité de consultations	11
• la sectorisation de l'activité de visites au domicile des patients	12
• la rémunération des médecins effecteurs	14
• la garde pharmaceutique	16
• la garde ambulancière	16
Suivi et évaluation du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire	17
Liste des documents joints	18

SIGLES UTILISES :

AMRL 19	Association des médecins régulateurs libéraux de la Corrèze
ARS	Agence régionale de santé
CDOM	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CODAMUPSTS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels (« centre 15 »)
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
HAS	Haute autorité de santé
Loi HPST	Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
PDSA	Permanence des soins en médecine ambulatoire
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation

**DEFINITION DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MEDECINE AMBULATOIRE**
Article R. 6315-1 du code de la santé publique
**(décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités
d'organisation de la permanence des soins)**

La permanence des soins en médecine ambulatoire est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé.

Elle s'organise sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé.

L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux agences régionales de santé (ARS) par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST).

A ce titre, les ARS ont la compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoires.

Ce nouveau dispositif entre en vigueur le 1^{er} octobre 2012, après que le cahier des charges régional de la permanence des soins ait été arrêté par le directeur général de l'ARS.

L'article R. 6315-1 du code de la santé publique stipule:

"La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;

2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

A cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6.

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'agence régionale de santé. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'agence régionale de santé, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé."

ELEMENTS DE CONTEXTE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Le dispositif actuel de la permanence des soins en médecine ambulatoire s'inscrit dans un contexte évolutif qui nécessite d'être pris en compte pour anticiper les problématiques qui ne manqueraient pas de se poser à court terme.

Les principaux éléments de contexte concernent :

- **Le vieillissement de la population** qui a pour conséquence de générer, pour les médecins, plus d'actes médicaux, notamment à domicile, et qui justifie le maintien d'un dispositif de permanence des soins garantissant un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire départemental.
- **L'évolution défavorable de la démographie médicale** dans les trois départements de la région Limousin dans les cinq à dix ans à venir, non compensée par l'installation de jeunes médecins, la pénibilité des contraintes de l'exercice, notamment en milieu rural, concernant des praticiens qui vieillissent, la faible densité médicale dans certaines zones rurales du département et la difficulté pour les médecins libéraux ruraux de se faire remplacer.

LA NECESSITE DE FAIRE EVOLUER LE DISPOSITIF ACTUEL

Convaincus de la nécessité d'agir rapidement et durablement, les acteurs de la permanence des soins du département de la Corrèze se sont engagés dans une réflexion sur la nécessité de faire évoluer ce dispositif.

Deux dimensions essentielles doivent être associées et garanties :

- maintenir, dans la limite du possible, **un égal accès aux soins pour les usagers** sur l'ensemble du territoire,
- **diminuer, pour les médecins, la contrainte liée aux astreintes médicales** dont la fréquence est élevée dans certains secteurs ruraux actuels qui disposent de peu de médecins sur leur territoire.

Présenté et validé au cours du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires du 24 février 2012, ce dispositif est le fruit d'une large concertation à laquelle ont participé le conseil départemental de l'ordre des médecins, les médecins régulateurs libéraux, les médecins généralistes libéraux, le SAMU centre 15, la fédération interhospitalière de l'aide médicale urgente et l'ARS au cours des réunions organisées depuis le lancement du projet de réorganisation en juillet 2011.

Il a fait l'objet d'une présentation et de débats avec les médecins généralistes et les médecins régulateurs libéraux au cours des réunions des 12 et 14 juin 2012 et du 3 juillet 2012

concernant l'organisation des astreintes dans les secteurs de visites et dans les secteurs de consultations

Enfin, le dispositif a été présenté lors de la conférence de presse du 5 juillet 2012 concernant le plan d'action partenarial mis en œuvre en Corrèze par le conseil départemental de l'ordre des médecins, le conseil général et l'ARS pour maintenir et renforcer la qualité de la réponse aux demandes de soins de proximité en Corrèze.

BREF HISTORIQUE DE LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE EN CORRÈZE

• **Avant le 1^{er} janvier 2003** :

Les médecins du département s'organisent pour assurer les gardes médicales en dehors des heures d'ouverture de leurs cabinets. Regroupés en associations, ils composent des tableaux de garde par secteur et les transmettent au conseil départemental de l'ordre des médecins.

La rémunération des gardes se fait à l'acte.

• **A partir de 2003** :

Un dispositif d'astreinte des médecins libéraux est mis en place. La Corrèze est alors découpée en 35 secteurs de garde.

La permanence des soins est organisée, sur la base du volontariat, la nuit de 20 h à 8 h, le samedi de 12 h à 20 h, et les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h.

L'indemnisation des astreintes est effectuée par la CPAM de la Corrèze sur la base d'un forfait de 50 € pour 12 heures + paiement des actes réalisés.

Durant les périodes de garde départementale, les appels arrivent au SAMU qui en assure la régulation.

• **2009** :

- mise en place d'une régulation libérale, dans les locaux du SAMU, avec le numéro d'appel 0 810 19 19 55 ;
- sectorisation fixée à 21 secteurs ;
- pour les secteurs de Brive, Tulle et Ussel, l'arrêt des astreintes des médecins généralistes effecteurs est fixé à minuit avec un transfert de la 2^{ème} partie de nuit (0 h à 8 h) aux urgences des centres hospitaliers de ces 3 secteurs.

L'article L. 6314-1 du code de la santé publique (loi HPST du 21 juillet 2009) affirme désormais que les médecins participent à « la mission de service public de permanence des soins » dans le cadre de leur activité libérale.

Cette organisation reste effective jusqu'à la mise en place du présent dispositif.

LE NOUVEAU DISPOSITIF D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT SUR LE DEPARTEMENT DE LA CORRÈZE

LA REGULATION MEDICALE DES APPELS : CLEF DE VOUTE DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

➤ Dispositif de régulation médicale des appels

L'accès au médecin d'astreinte de secteur se fait **après régulation médicale** téléphonique préalable. Cette régulation **est systématique pour tous les actes relevant de la permanence des soins** et s'impose à tous les médecins effecteurs participant à ce dispositif.

La régulation médicale de la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, au sein du SAMU 19, par des médecins régulateurs libéraux et est accessible, par **le numéro 15**, sur tout le territoire départemental.

Elle est assurée pendant les plages de la permanence des soins :

- tous les jours de 20 h à 8 h ;
- les samedis après-midi de 12 h à 20 h
- les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h
- le vendredi de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié, et le samedi suivant de 8 h à 20 h ;
- le samedi 8 h à 20 h suivant un vendredi férié ;
- le lundi de 8 h à 20 h lorsqu'il précède un mardi férié.

L'association des médecins régulateurs libéraux de la Corrèze (AMRL 19) est chargée d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs libéraux et les transmet à l'ARS, au conseil départemental de l'ordre des médecins et au SAMU.

➤ Médecins régulateurs libéraux présents au CRRA :

Plage horaire	Nombre de médecins régulateurs
Nuits de 20 h à 8 h	1
Samedis de 12 h à 20 h	2
Dimanches, jours fériés et ponts ⁽¹⁾ de 8 h à 20 h	1 régulateur de 8 h à 20 h + 1 régulateur de 8 h à 14 h

⁽¹⁾ ponts : - lundis de 8 h à 20 h précédant un mardi férié ;
- vendredis et samedis de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié ;
- samedis de 8 h à 20 h suivant un vendredi férié.

➤ Rémunération de la régulation :

Plage horaire	Rémunération / heure
Soirs de 20 h à 24 h	70 €
Nuits de 0 h à 8 h	95 €
Samedis de 12 h à 20 h	70 €
Dimanches, jours fériés et ponts ⁽¹⁾ de 8 h à 20 h	70 €

⁽¹⁾ ponts : - lundis de 8 h à 20 h précédant un mardi férié ;
- vendredis et samedis de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié ;
- samedis de 8 h à 20 h suivant un vendredi férié.

➤ Renforcement du dispositif de régulation médicale

Le nombre de médecins régulateurs libéraux présents au centre de réception et de régulation des appels est déterminé en fonction de l'activité mesurée sur les différentes plages horaires.

Si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (plan hivernal, plan canicule, ...), le nombre de médecins régulateurs libéraux peut être augmenté pendant tout ou partie des plages horaires de la permanence des soins en fonction du contexte.

La décision de renforcer la régulation pendant les périodes de permanence des soins ou d'étendre ces périodes en raison de circonstances particulières relève de l'autorité du directeur général de l'ARS.

➤ Rôle du médecin régulateur libéral :

Il décide de la réponse la mieux adaptée à la demande de soins, qui peut être :

- le **renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente**
- un **conseil médical** pouvant aboutir à une **prescription médicamenteuse téléphonique**, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la haute autorité de santé (HAS) en février 2009. Lorsqu'elle donne lieu à l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci doit être signée par le médecin régulateur qui l'adresse à une pharmacie, par courriel sécurisé ou télécopie, après appel téléphonique préalable du pharmacien d'astreinte.
- **l'orientation du patient vers toute structure dispensant des soins non programmés** (point fixe de garde ou cabinet médical du médecin d'astreinte, service des urgences), y compris le déclenchement d'un transport nécessaire au déplacement de la personne vers une structure d'urgences.
- le déclenchement de l'intervention du médecin effecteur d'astreinte sur le grand secteur de visites pour accomplir les **visites "incompressibles"**.

Il s'agit des visites effectuées, dans le cadre de la permanence des soins, au domicile du patient nécessitant des soins mais présentant une pathologie qui ne met pas en jeu le pronostic vital et qui se trouve dans l'incapacité de se déplacer.

Ces visites concernent notamment :

- les patients pris en charge à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile
- les résidents des établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD)
- les actes médico-légaux ou administratifs (notamment les certificats de décès, les certificats en vue d'une hospitalisation sans consentement, les visites dans le cadre de la garde à vue, les prélèvements sanguins pour déterminer l'alcoolémie,...)
- toute autre situation particulière appréciée par un médecin régulateur.

Cette première approche pour qualifier et lister les visites dites "incompressibles" pourra être complétée au regard des informations communiquées par les médecins régulateurs dans le cadre du suivi du dispositif.

Les appels traités, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, sont soumis à une obligation de traçabilité.

La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, **exclusive de toute autre fonction**. En particulier, le régulateur ne saurait être également médecin effecteur sur les horaires où il accomplit ses fonctions de régulation.

Pour exercer leur mission, les médecins régulateurs doivent disposer des tableaux d'astreinte des médecins effecteurs des secteurs de consultations et des secteurs de visites, avec leurs noms, adresses d'exercice et coordonnées téléphoniques fiables. **Toute modification de ces tableaux doit être portée, sans délai, à la connaissance de l'ARS, du conseil départemental de l'ordre des médecins et du SAMU 19.**

Les médecins régulateurs s'engagent à fournir au médecin effecteur toutes les informations lui permettant de recontacter l'appelant et de localiser précisément son domicile.

➤ La prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation

La prescription médicamenteuse par téléphone, dans le cadre de la régulation médicale téléphonique, est définie comme une prescription à distance, dans les suites d'un conseil téléphonique, réalisée dans trois situations :

- la rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite
- la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale
- l'adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

Après examen de la situation et analyse de l'état du patient avec les informations dont il dispose par téléphone, et **après avoir exclu la nécessité de déclencher une intervention médicale** (médecin effecteur dans le cadre de la permanence des soins), **le médecin régulateur apprécie la nécessité ou non d'une prescription médicamenteuse par téléphone.**

Le médecin régulateur peut prescrire toute thérapeutique qui lui semble adaptée à l'état du patient, dans les limites de ce qu'il est habilité à prescrire (ce qui exclut en pratique les médicaments à prescription restreinte).

Il peut s'agir de médicaments à prescription facultative ou soumis à prescription obligatoire en vertu de l'article R. 5132-6 du code de la santé publique. En revanche, la télé prescription des médicaments stupéfiants ou assimilés dans le cadre de la régulation est de facto exclue dans la mesure où ils nécessitent l'établissement d'une ordonnance sécurisée et une surveillance particulière du patient.

En cas de prescription de médicaments non présents dans la pharmacie familiale, une ordonnance écrite peut être nécessaire pour leur délivrance et/ou leur remboursement. Dans ce cas, une ordonnance écrite est établie par le médecin régulateur et transmise à une pharmacie, qui sera déterminée en lien avec le patient. Cette transmission est effectuée de préférence par courriel sécurisé ou, en cas d'impossibilité, par télécopie après contact téléphonique préalable avec le pharmacien d'astreinte.

Dans tous les cas, la prescription est à durée limitée et non renouvelable.

Elle est soumise, comme les appels traités par la régulation, à une obligation de traçabilité.

**LES SECTEURS D'ASTREINTE MEDICALE:
UNE DOUBLE SECTORISATION POUR UNE MEILLEURE
REPOSE AUX BESOINS DE LA POPULATION**

Le nouveau dispositif repose sur une double sectorisation afin de répondre au mieux aux demandes des patients après régulation médicale :

- la première concerne l'activité de consultations et de visites pour certaines périodes de permanence des soins ;
- la seconde concerne l'activité de visites à domicile uniquement.

L'agglomération de Brive, qui comprend une fraction importante de la population du département, fait l'objet d'une adaptation spécifique avec un secteur de consultations et de visites incompressibles sur la même aire géographique.

1. SECTORISATION DE L'ACTIVITE DE CONSULTATIONS

Une première sectorisation découpe le département de la Corrèze en **10 secteurs d'astreinte + le secteur particulier de Brive** (cf. document en annexe). Dans chacun de ces secteurs, un médecin est chargé d'assurer les **consultations sur un point fixe** (cabinet du médecin d'astreinte sur le secteur ou point fixe de garde sur le secteur) :

- tous les jours de 20h à 24h ;
- le samedi de 12h à 20h ;
- le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h ;
- le vendredi de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié, et le samedi suivant de 8 h à 20 h ;
- le samedi 8 h à 20 h suivant un vendredi férié ;
- le lundi de 8 h à 20 h lorsqu'il précède un mardi férié.

➤ Participation des médecins

Les médecins généralistes libéraux installés sur le secteur sont prioritaires pour participer à cette astreinte.

Dans l'hypothèse où le tableau des astreintes ne peut être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à des médecins libéraux installés sur d'autres secteurs.

Les médecins remplaçants peuvent participer à ces astreintes.

Dans l'éventualité où des difficultés persistantes seraient constatées pour compléter le planning sur un secteur, la mobilisation de tout autre médecin peut être sollicitée dans le respect de la législation.

Sur chacun des secteurs un médecin référent, en lien avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, est chargé d'élaborer les plannings d'astreinte. Ces tableaux seront communiqués à l'ARS.

➤ Transport d'un patient vers un lieu de consultation

Les éventuelles difficultés rencontrées pendant les plages de permanence des soins en médecine ambulatoire lors du déplacement d'un patient vers un lieu de consultations feront l'objet d'une attention particulière du comité de suivi du dispositif.

➤ Les lieux de consultation :

Dans chacun des secteurs, un médecin est chargé d'assurer les consultations soit à son cabinet, qui est situé sur le secteur de l'astreinte, soit dans un autre point fixe de garde sur le secteur.

La localisation des points de consultation pourra évoluer au regard des données recueillies par le comité de suivi du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Dans le cas d'un point fixe de garde autre que le cabinet médical du médecin d'astreinte, un règlement intérieur doit être établi par chaque structure accueillant le cabinet de consultation.

2. SECTORISATION DE L'ACTIVITE DE VISITES A DOMICILE DITES INCOMPRESSIBLES

Ces visites concernent notamment :

- les patients pris en charge à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile
- les résidents des établissements médico-sociaux (notamment les EHPAD)
- les actes médico-légaux ou administratifs (notamment les certificats de décès, les certificats en vue d'une hospitalisation sans consentement, les visites dans le cadre de la garde à vue, les prélèvements sanguins pour déterminer l'alcoolémie,...)
- toute autre situation particulière appréciée par un médecin régulateur.

Dans chacun des secteurs de consultation, hors secteur de Brive, le médecin chargé des consultations est également chargé d'effectuer les visites incompressibles :

- les samedis de 12 h à 20 h ;
- les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h ;
- le vendredi de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié, et le samedi suivant de 8 h à 20 h ;
- le samedi 8 h à 20 h suivant un vendredi férié ;
- le lundi de 8 h à 20 h lorsqu'il précède un mardi férié.

Par ailleurs, une deuxième sectorisation découpe le département de la Corrèze en 3 secteurs de visites à domicile, hors secteur de Brive. Dans chacun de ces 3 secteurs, et après régulation médicale, un médecin est chargé d'assurer uniquement les visites dites incompressibles au domicile des patients de 20 h à 8 h.

➤ **Sur le secteur particulier qui couvre l'agglomération de Brive :**

Le soir et la nuit, c'est **le même médecin** qui assure les consultations de 20 h à minuit ainsi que les visites incompressibles de 20 h à 8 h.

Les samedis de 12 heures à 20 heures, les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures, les lundis précédant un jour férié, les vendredis et samedis suivant un jour férié, la permanence est effectuée par **2 médecins** qui assurent les consultations et les visites incompressibles.

➤ **Hébergement des médecins d'astreinte**

Afin de faciliter son travail, le médecin d'astreinte peut être hébergé sur le secteur déterminé dans un local mis à sa disposition. Dans cette hypothèse, les indemnités kilométriques afférentes à ses déplacements sont calculées à partir de ce lieu.

L'implication des établissements de santé et du secteur médico-social contribue à la mise en place de ce dispositif.

➤ **Renforcement des secteurs de visites.**

Si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (plan hivernal, plan canicule, ...), à la demande du directeur général de l'ARS, le nombre d'effecteurs peut être augmenté dans un ou plusieurs secteurs de visites à domicile, pendant tout ou partie des plages horaires, comme pour la régulation et les secteurs de consultations.

➤ **Participation des médecins**

Les médecins généralistes libéraux installés sur un secteur sont prioritaires pour participer à l'astreinte sur le dit secteur.

Dans l'hypothèse où le tableau des astreintes ne peut pas être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à des médecins libéraux installés sur d'autres secteurs.

Les médecins remplaçants peuvent participer aux astreintes de visites.

Dans l'éventualité où des difficultés persistantes seraient constatées pour compléter le planning sur un secteur, la mobilisation de tout autre médecin pourrait être sollicitée, dans le respect de la législation.

Sur chacun des secteurs un médecin référent, en lien avec le conseil départemental de l'ordre des médecins, est chargé d'élaborer les plannings d'astreinte.

3. REMUNERATION DES MEDECINS EFFECTUANT LES CONSULTATIONS ET LES VISITES AU DOMICILE DES PATIENTS

L'arrêté du 20 avril 2011 fixe les modalités de la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire (cf. document en annexe).

Il précise que les rémunérations forfaitaires sont différenciées selon la nature de la fonction assurée, notamment la régulation, les consultations en point fixe de garde, les visites à domicile et qu'une modulation de ces rémunérations peut être appliquée en fonction des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence.

A la rémunération forfaitaire de l'astreinte s'ajoute la rémunération des actes médicaux (augmentée des majorations spécifiques de nuit, dimanche et jours fériés) réalisés par le praticien ainsi que les indemnités kilométriques, s'il y en a, dans le respect des dispositions conventionnelles en vigueur.

Pour fixer, conformément à l'article R.6315-6 du code de la santé publique, la rémunération forfaitaire des médecins participant aux astreintes de permanence des soins sur les grands secteurs de visites à domicile, il a été tenu compte de la contrainte qui pèse sur les médecins qui interviennent dans les macro secteurs ruraux.

Les tableaux ci-après précisent le montant de la rémunération forfaitaire de l'astreinte de permanence des soins, en fonction de la plage horaire concernée, pour les médecins assurant les consultations et pour les médecins effecteurs mobiles.

Pendant les horaires de la permanence des soins les patients qui le demandent devront pouvoir bénéficier du tiers payant sur la partie des actes prise en charge par l'assurance maladie et sur les indemnités kilométriques.

Conformément à la réglementation, le médecin d'astreinte s'engage à respecter, pendant les plages de la permanence des soins en médecine ambulatoire, les tarifs conventionnels du secteur 1.

CONSULTATIONS

10 secteurs, hors secteur de Brive

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte par secteur</i>
Soir de 20 h à 24 h	50 euros + les actes	1 médecin
Samedi de 12 h à 20 h ⁽¹⁾	120 euros + les actes	1 médecin : il assure à la fois les consultations et les visites incompressibles
Dimanche, jour férié et pont ⁽²⁾ de 8 h à 20 h ⁽¹⁾	180 euros + les actes	1 médecin : il assure à la fois les consultations et les visites incompressibles

EFFECTEURS MOBILES

3 macro secteurs, hors secteur de Brive

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte par secteur</i>
Nuit de 20 h à 8 h	450 euros + les actes	1 médecin

SECTEUR DE BRIVE

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte sur ce secteur</i>
Nuit de 20 h à 8 h	450 euros + les actes	1 médecin : il assure à la fois les consultations de 20 h à 24 h et les visites incompressibles de 20 h à 8 h
Samedi de 12 h à 20 h ⁽¹⁾	120 euros + les actes	2 médecins : ils assurent à la fois les consultations et les visites incompressibles
Dimanche, jour férié et pont ⁽²⁾ de 8 h à 20 h ⁽¹⁾	180 euros + les actes	2 médecins : ils assurent à la fois les consultations et les visites incompressibles

⁽¹⁾ Les samedis, dimanches, jours fériés et ponts, les médecins d'astreinte qui assurent les consultations effectuent également les visites incompressibles sur leur secteur.

⁽²⁾ ponts : - lundis de 8 h à 20 h précédant un mardi férié ;
- vendredis et samedis de 8 h à 20 h suivant un jeudi férié ;
- samedis de 8 h à 20 h suivant un vendredi férié.

LA GARDE PHARMACEUTIQUE

Le département de la Corrèze est découpé en 19 secteurs de garde pharmaceutique (*cf. document en annexe*).

LA GARDE AMBULANCIERE

Le département de la Corrèze est divisé en 11 secteurs de garde (*cf. document en annexe*).

La garde ambulancière a pour but de garantir, sur l'ensemble du département, une prise en charge satisfaisante des patients nécessitant un transport sanitaire, en application des dispositions du code de la santé publique.

Elle est assurée :

- durant la nuit de 20 heures à 8 heures
- les samedis, dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures.

SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

Un suivi du dispositif doit être réalisé sur la base d'indicateurs de suivi et d'évaluation tels que :

- effectivité de la réponse : remplissage des tableaux de permanence (régulation et effectif) et présence à la régulation
- taux de volontaires par rapport au nombre de médecins généralistes installés dans le territoire de permanence des soins.

Une évaluation annuelle est faite, entre autres, à partir des données suivantes :

- le nombre d'actes réalisés par période de permanence des soins, par secteur, rapporté à la population du secteur
- le nombre d'actes régulés et non régulés
- le nombre d'actes réalisés en maison médicale de garde, s'il y a lieu, et leur répartition sur les tranches horaires d'ouverture
- le nombre d'actes réalisés en visites par tranches horaires de la PDSA
- le nombre d'actes réalisés en consultations par tranches horaires de la PDSA
- le nombre d'actes médico-administratifs
- le nombre d'actes suivis d'une hospitalisation, d'un envoi aux urgences, d'un envoi d'un SMUR
- l'activité de la régulation par plages de permanence des soins : nombre de régulateurs mobilisés, nombre d'appels par heure, suite données aux appels

Les indicateurs sont recueillis par les différents intervenants professionnels de la PDS (médecins régulateurs du centre de réception et de régulation des appels, services des urgences, médecins effecteurs en cabinet ou mobiles).

Pour assurer cette évaluation, un comité de suivi du dispositif doit être constitué. Il sera composé de professionnels de santé, de représentants des élus et des usagers, de la préfecture et de l'ARS.

Ce comité peut décider de se faire assister dans ses travaux par toute personne qualifiée.

Le secrétariat du comité est assuré par l'ARS.

Une fiche de recueil des incidents et évènements indésirables, à transmettre sans délai au comité départemental de l'ordre des médecins et à la délégation territoriale de l'ARS, a vocation à être renseignée par les médecins régulateurs du CRRA et par les médecins effecteurs.

LISTE DES DOCUMENTS JOINTS

- Document 1 : Décret N°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
- Document 2 : Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire
- Document 3 : Organisation des astreintes de la régulation libérale et des secteurs de permanence
- Document 4 : Secteurs d'astreinte de la permanence des soins en médecine ambulatoire : consultations
- Document 5 : Secteurs d'astreinte de la permanence des soins en médecine ambulatoire : visites au domicile du patient
- Document 6 : Sectorisation de la garde pharmaceutique
- Document 7 : Sectorisation de la garde ambulancière

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

NOR : SASH1006687D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1435-5, L. 6311-2 et L. 6314-1 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 23 mars 2010 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 24 mars 2010 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 31 mars 2010 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. – Au chapitre V du titre I^{er} du livre III du code de la santé publique, les articles R. 6315-1 à R. 6315-6 sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 6315-1.* – La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

« 1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;

« 2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

« 3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

« A cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6.

« La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

« Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'agence régionale de santé. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'agence régionale de santé, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

« En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé.

« *Art. R. 6315-2.* – I. – Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois.

« Ce tableau précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin. Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins concerné. Le conseil départemental de l'ordre des médecins vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

« Toute modification de ce tableau est communiquée au conseil départemental dans les plus brefs délais.

« II. – Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de permanence de soins, celle-ci communique au conseil départemental et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles

de participer à cette permanence au titre de l'association. Dans un délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde, l'association transmet au conseil départemental la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire.

« Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le conseil départemental au directeur général de l'agence régionale de santé, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux services d'aide médicale urgente, aux médecins et associations de permanence des soins concernés ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais.

« *Art. R. 6315-3.* – L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente. Les médecins libéraux volontaires y participent dans des conditions définies par le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6. Lorsque le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente.

« L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Cette convention respecte le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6.

« Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions mentionnées au troisième alinéa de l'article R. 6315-5, sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé.

« *Art. R. 6315-4.* – Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat.

« En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de garde, sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins, des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de garde reste incomplet, le conseil départemental de l'ordre des médecins adresse un rapport au directeur général de l'agence régionale de santé. Ce rapport fait état des avis recueillis et dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la permanence des soins, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé communique ces éléments au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, afin que celui-ci procède, le cas échéant, aux réquisitions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 6314-1.

« Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

« Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au directeur général de l'agence régionale de santé par le conseil départemental qui la communique au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police.

« *Art. R. 6315-5.* – Le médecin régulateur, exerçant dans les conditions définies à l'article R. 6315-3, décide de la réponse adaptée à la demande de soins.

« L'agence régionale de santé détermine les conditions dans lesquelles le transport des patients vers un lieu de consultation peut être organisé lorsqu'ils ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens.

« En dehors des cas relevant de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur peut donner des conseils médicaux, notamment thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone. Il peut également procéder à une telle prescription lors de situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription antérieure. Lorsque la prescription nécessite l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci est adressée à une pharmacie. La prescription, d'une durée limitée et non renouvelable, est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de santé relatives à la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale.

« *Art. R. 6315-6.* – Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

« Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels.

« Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

« Le cahier des charges régional définit les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins. Il précise les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins. Il détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1 sont informés de ces incidents.

« Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« L'arrêté fixant le cahier des charges régional est pris après avis des comités départementaux mentionnés à l'article R. 6313-1, de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins. Les conditions d'organisation mentionnées au troisième alinéa sont soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police. Les avis prévus au présent alinéa sont rendus dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu. »

Art. 2. – Au chapitre II du titre II du livre IV de la sixième partie du code de la santé publique, il est créé un article R. 6422-1 ainsi rédigé :

« *Art. R. 6422-1.* – Les articles R. 6315-1 à R. 6315-6 du présent code ne s'appliquent pas à Mayotte. »

Art. 3. – L'article R. 6311-8 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, si les besoins de la population l'exigent. »

Art. 4. – I. – Les conventions conclues entre les associations de permanence des soins et les établissements sièges de service d'aide médicale urgente avant la date d'entrée en vigueur du cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique dans sa nouvelle rédaction doivent, au plus tard trois mois suivant cette date, être mises en conformité avec ce cahier des charges.

Dans les cas où leur conformité au cahier des charges a été validée par le directeur général de l'agence régionale de santé, elles peuvent être reconduites sans changement.

II. – Dans chaque région, les dispositions du présent décret entrent en vigueur à la date de publication de l'arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé fixant le cahier des charges régional prévu par le présent décret.

III. – Jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions du présent décret en application du II du présent article, le mot : « préfet » mentionné dans les articles R. 6315-2, R. 6315-3 et R. 6315-6 du code de la santé publique est remplacé par les mots : « directeur général de l'agence régionale de santé ».

Art. 5. – La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 13 juillet 2010.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

La ministre de la santé et des sports,
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la réforme de l'Etat,*
FRANÇOIS BAROIN

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire

NOR : ETSH1111063A

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'État, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la santé publique, et notamment son article R. 6315-6 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 21 décembre 2010,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – En application de l'article R. 6315-6 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins dans les conditions définies aux articles R. 6315-2 et R. 6315-3 du code de la santé publique.

Les rémunérations forfaitaires sont différenciées selon la nature de la fonction assurée, notamment la régulation, les consultations en point fixe de garde, les visites à domicile.

Le cahier des charges régional peut également prévoir, dans le respect des limites fixées par l'article 2 du présent arrêté, une modulation de ces rémunérations forfaitaires en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence.

Ces rémunérations forfaitaires et, le cas échéant, les modalités de leur modulation sont précisées dans le cahier des charges régional de la permanence des soins.

Art. 2. – En application de l'article R. 6315-6 du code de la santé publique, les rémunérations des médecins participant à la permanence des soins peuvent varier dans les conditions suivantes :

1° La rémunération de l'astreinte du médecin inscrit sur le tableau de garde mentionné à l'article R. 6315-2 du code de la santé publique ne peut être inférieure à 150 euros pour une durée de référence de douze heures ; ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites ;

2° La rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique mentionnée à l'article R. 6315-3 du même code ne peut être inférieure à 70 euros par heure de régulation.

Art. 3. – Les limites des rémunérations appliquées dans la région doivent être compatibles avec le montant de l'enveloppe déléguée à chaque région.

Art. 4. – Le présent arrêté sera révisé chaque année afin de tenir compte de l'évolution du montant de l'enveloppe déléguée aux régions.

Art. 5. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 20 avril 2011.

*Le ministre du travail,
de l'emploi et de la santé,*
Pour le ministre et par délégation :
*La directrice générale
de l'offre de soins,*
A. PODEUR

*Le ministre du budget, des comptes publics,
de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
D. LIBAULT*

La permanence des soins en médecine ambulatoire en Corrèze

Organisation des astreintes de la régulation libérale et des secteurs de permanence

Astreintes	Soirs de 20 h à 24 h	Nuits de 20 h à 8 h	Samedis de 12 h à 20 h	Dimanches, fériés et ponts de 8 h à 20 h
Régulation libérale		1 régulateur	2 régulateurs	1 régulateur de 8 h à 20 h + 1 régulateur de 8 h à 14 h
10 secteurs de consultations (hors secteur de Brive)	Consultations		Consultations et visites incompressibles	
3 secteurs de visites incompressibles (hors secteur de Brive)		Visites incompressibles		
Secteur de Brive (secteur de consultations et de visites incompressibles)	Le même médecin assure : les consultations de 20 h à 24 h et les visites incompressibles de 20 h à 8 h		2 médecins assurent les consultations et les visites incompressibles	

Août 2012

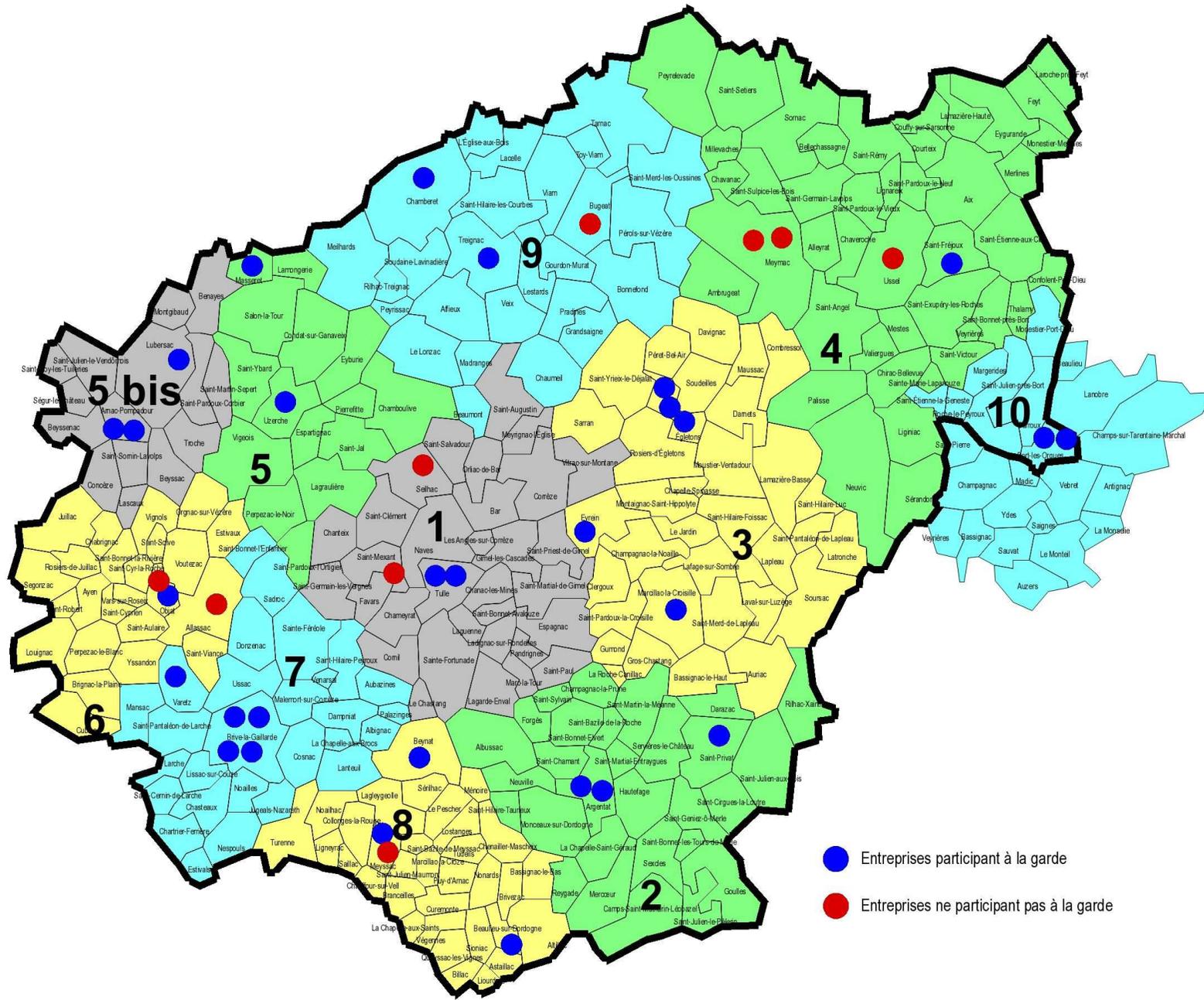
Les secteurs de garde des pharmacies en Corrèze



Source : chambre syndicale des pharmaciens de la Corrèze

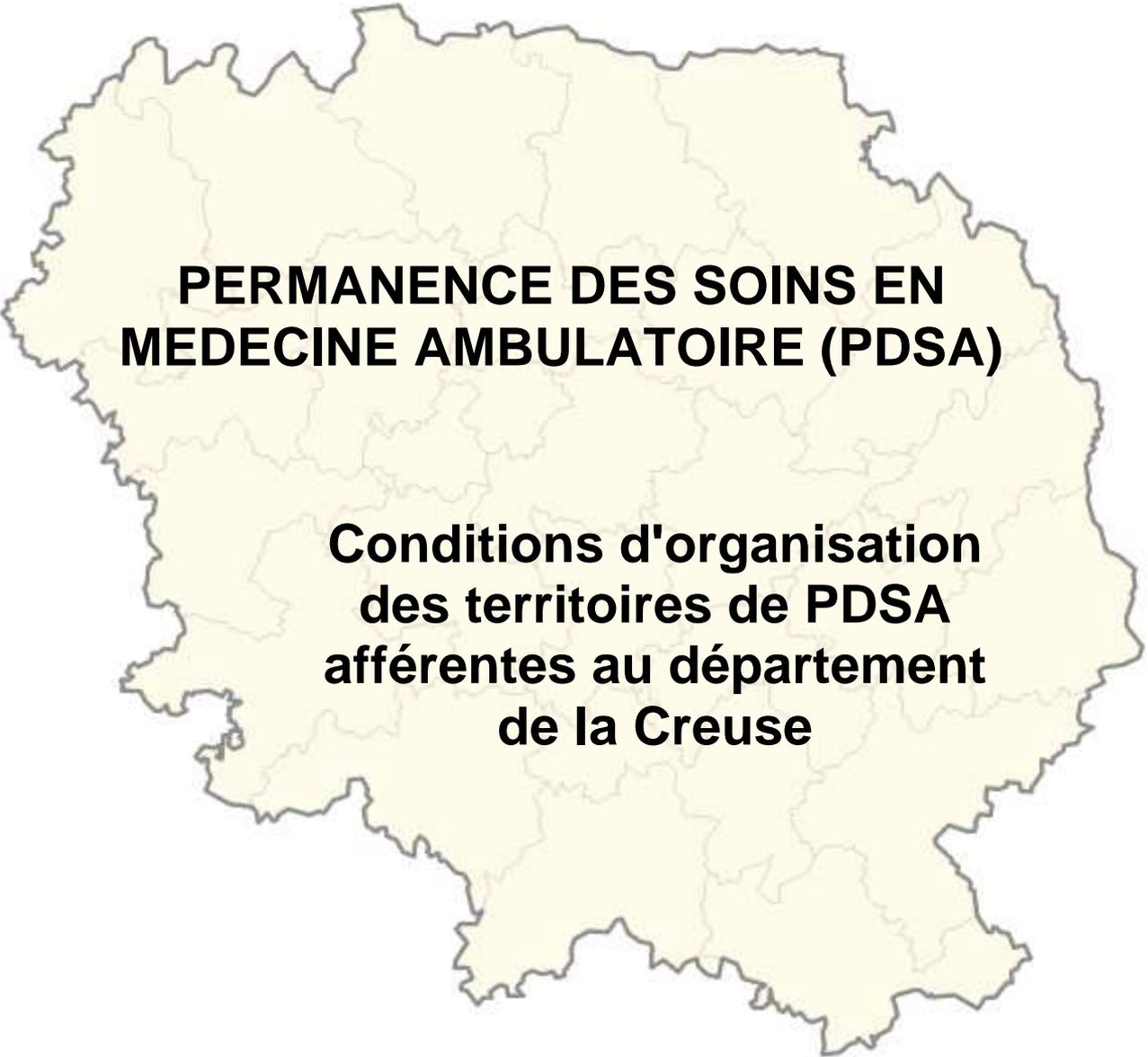
Secteurs de garde des ambulanciers

Département de la Corrèze



- Entreprises participant à la garde
- Entreprises ne participant pas à la garde

DEPARTEMENT DE LA CREUSE

A map of the Creuse department, France, with a light yellow background and a dark grey outline. The map is divided into numerous irregular shapes representing PDSA territories. The text is centered over the map.

PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE (PDSA)

**Conditions d'organisation
des territoires de PDSA
afférentes au département
de la Creuse**

SOMMAIRE

Sigles utilisés	p. 3
Définition de la PDSA	p. 4
Des éléments de contexte de la PDSA	p. 5
La nécessité de faire évoluer le dispositif actuel	p. 5
Histoire de la sectorisation de la permanence des soins en Creuse	p. 6
Un nouveau dispositif d'organisation et de fonctionnement sur le département de la creuse	
• La régulation médicale des appels	p. 7
• Les secteurs d'astreinte médicale	p. 11
• Sectorisation de l'activité de consultations	p. 11
• Sectorisation de l'activité de visites au domicile des patients	p. 12
• Rémunération des médecins effecteurs	p. 15
• Garde pharmaceutique	p. 17
• Garde ambulancière	p. 17
Suivi et évaluation du dispositif de PDSA	p. 18
Liste des documents joints	p. 18

SIGLES UTILISES :

ARS :	Agence Régionale de Santé
ASSUM 23:	Association départementale de service de soins et d'urgences médicales du département de la Creuse
BPP :	Bonnes Pratiques Professionnelles
CDOM :	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS :	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA:	Centre de réception et de régulation des appels
DGARS :	Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
DT 23 :	Délégation Territoriale de la Creuse de l'ARS du Limousin
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAS :	Haute Autorité de Santé
IK :	Indemnité Kilométrique
PDSA :	Permanence Des Soins en médecine Ambulatoire
SMUR :	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

**DEFINITION DE LA PERMANENCE DES SOINS
EN MEDECINE AMBULATOIRE (PDSA)
Article R. 6315-1 du Code de la Santé Publique
(décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la
permanence des soins / Document 1 en annexe)**

La PDSA est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé.

Elle s'organise sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence arrêtés par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux agences régionales de santé (ARS) par la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires).

A ce titre, les ARS ont la compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoires.

Ce nouveau dispositif entre en vigueur le 1^{er} octobre 2012, après que le cahier des charges régional de la permanence des soins aura été arrêté par le directeur général de l'ARS.

L'article R. 6315-1 du Code de la santé Publique stipule:

"La mission de permanence des soins prévue à l'article L. 6314-1 a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;

2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

A cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le directeur général de l'agence régionale de santé, selon les principes d'organisation définis dans le cahier des charges régional mentionné à l'article R. 6315-6.

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'agence régionale de santé. Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'agence régionale de santé, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins.

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé."

DES ELEMENTS DE CONTEXTE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Le dispositif actuel de la permanence des soins en médecine ambulatoire s'inscrit dans un contexte évolutif qui nécessite d'être pris en compte pour anticiper les problématiques qui ne manqueraient pas de se poser à court terme.

Les principaux éléments de contexte concernent :

- **Le vieillissement de la population** qui a pour conséquence de générer, pour les médecins, plus d'actes médicaux, notamment à domicile, et qui justifie le maintien d'un dispositif de permanence des soins garantissant un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire départemental.
- **L'évolution défavorable de la démographie médicale** dans les trois départements de la région Limousin dans les cinq à dix ans à venir, non compensée par l'installation de jeunes médecins, la pénibilité des contraintes de l'exercice, notamment en milieu rural, concernant des praticiens qui vieillissent, la faible densité médicale dans certaines zones rurales du département et la difficulté pour les médecins libéraux ruraux de se faire remplacer dans leur exercice.
- L'absence, en Creuse, d'une sectorisation SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) qui ne permet pas au dispositif hospitalier d'assurer seul la permanence des soins en nuit profonde.

LA NECESSITE DE FAIRE EVOLUER LE DISPOSITIF ACTUEL

C'est pour toutes ces raisons que, convaincus de la nécessité d'agir rapidement mais durablement, les acteurs de la permanence des soins du département de la Creuse se sont engagés dans cette réflexion.

Deux dimensions essentielles doivent être associées et garanties :

- maintenir, dans la limite du possible, **un égal accès aux soins pour les usagers** sur l'ensemble du territoire,
- **diminuer, pour les médecins, la contrainte liée aux astreintes médicales** dont la fréquence est élevée dans certains secteurs ruraux actuels qui disposent de peu de médecins sur leur territoire.

C'est la parution de la circulaire du ministre de la santé du 8 février 2008, incitant à une réduction notable du nombre de secteurs de PDSA (passage de 15 secteurs à un nombre compris dans une fourchette de 4 à 6 secteurs pour le département de la Creuse), qui a conduit à s'interroger sur la faisabilité d'une telle réduction du nombre de secteurs.

Le projet de ce nouveau dispositif a été élaboré en partenariat avec le CDOM 23, l'ASSUM 23 où sont représentés les médecins participant à la PDSA, les médecins régulateurs libéraux, le Centre hospitalier de Guéret, le SAMU 23 et les personnes missionnées de l'ARS.

Messieurs Auclair et Vergnier, alors députés de la Creuse, ont été informés par l'ARS du travail engagé sur la PDSA dans leur département, respectivement les 7 avril et 14 avril 2011.

Le dispositif a été présenté :

- à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département, lors de trois réunions tenues les 5, 12 et 19 avril 2012 sur les territoires des futurs secteurs, co-animées par le Conseil de l'Ordre des médecins, l'ASSUM 23 et les Délégations territoriales de la Creuse et de la Haute-Vienne de l'ARS du Limousin.
- à la direction et à l'équipe médicale du SAMU 23 du CH de Guéret le 28 mars 2012.
- au président de l'association de secours urgents de la Creuse (ASU 23) le 6 juillet 2012
- au président du Conseil Général de la Creuse le 16 août 2012 par le Directeur Général de l'ARS
- au président de l'association des maires de la Creuse, député-maire de Guéret, le 24 septembre 2012.

Tous les médecins généralistes de la Creuse, ainsi que tous les médecins remplaçants, ont été destinataires d'un courrier d'information sur le nouveau dispositif, dès le 10 mai 2012, afin qu'ils puissent exprimer leur engagement personnel à participer aux astreintes de consultations et de visites.

HISTOIRE DE LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE EN CREUSE

➤ Avant février 2002 :

La permanence des soins en médecine ambulatoire sur le département de la Creuse n'était pas assurée selon une sectorisation géographique. Les médecins se regroupaient pour une permanence des soins par « patientèle ».

Le département était organisé en 27 secteurs, dont un ne disposait que d'un seul médecin et trois de deux médecins.

La permanence n'était assurée que du samedi après midi au lundi matin. Les autres jours de la semaine les médecins étaient constamment "joignables".

Une astreinte de semaine est organisée à Guéret depuis 1996 et à Aubusson depuis 2002, à la demande du Préfet.

➤ Entre 2002 et fin 2005 :

Une modification de la sectorisation est intervenue. Elle est le fruit d'une collaboration étroite entre les médecins, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Creuse. Ainsi, 22 secteurs ont été définis et une astreinte médicale mise en place toutes les nuits.

➤ A partir du 2 janvier 2006:

C'est l'arrêté préfectoral du 10 Octobre 2005 et le cahier des charges qui définit la nouvelle permanence des soins. Celle-ci repose sur:

Une régulation médicale libérale fonctionnant tous les jours de 20h à 24h, le samedi après midi et le dimanche de 8h à 20h, l'équipe du SAMU 23 assurant la régulation en nuit profonde ainsi que les plages non assurées par les médecins régulateurs libéraux

- Un territoire départemental découpé en 15 secteurs de garde

Cette organisation reste effective jusqu'à la mise en place du présent dispositif.

UN NOUVEAU DISPOSITIF D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT SUR LE DEPARTEMENT DE LA CREUSE

LA REGULATION MEDICALE DES APPELS: CLEF DE VOUTE DU DISPOSITIF DE PDS EN MEDECINE AMBULATOIRE

➤ Dispositif de régulation médicale des appels

L'accès au médecin d'astreinte de secteur se fait **après régulation médicale** téléphonique préalable. Cette régulation **est systématique pour tous les actes relevant de la permanence des soins** et s'impose à tous les médecins effecteurs participant à ce dispositif.

La régulation médicale de la PDSA est organisée par le SAMU 23 et accessible sur tout le territoire départemental par **le numéro: 05 55 41 82 02**

Le numéro 15 demeure réservé, en Creuse, à l'aide médicale urgente.

Cette régulation médicale est assurée pendant les plages de PDSA :

- **tous les jours de 20h à 8h**
- **les samedis après-midi de 12h à 20h**
- **les dimanches et jours fériés de 8h à 20h**
- **le vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié (ainsi que le samedi matin suivant de 8h à 12h)**
- **le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié**

Un médecin libéral assure la régulation, au sein des locaux du SAMU 23 (CH de Guéret), sur toutes ces plages à l'exception de la plage comprise entre 0h et 8h où c'est un médecin régulateur hospitalier qui répond aux appels.

L' "ASSUM 23" est chargée d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs libéraux et les transmet au CDOM 23 et au SAMU 23.

La régulation pourrait également être assurée par les numéros des centres d'appel des associations de PDSA qui s'implanteraient sur le département. Dans ce cas, les centres d'appel des associations doivent disposer de plates-formes d'appel interconnectées avec le central du SAMU, assurer une régulation médicale des appels et avoir signé avec le centre hospitalier de Guéret, siège du SAMU 23, une convention approuvée par le DGARS et respectant le cahier des charges.

➤ Le tableau suivant précise le nombre de médecins régulateurs libéraux présents au CRRA en fonction des plages horaires:

<i>Plage horaire</i>	<i>Nombre de médecins régulateurs</i>
nuits de 20h à 24h	1
samedis 12h à 20h	1
dimanches et jours fériés de 8h à 20h	1
lundi de 8h à 20h s'il précède un jour férié	1
vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié, ainsi que le samedi matin de 8h à 12h	1

➤ La rémunération forfaitaire versée aux médecins régulateurs libéraux est fixée à 70€ par heure de régulation.

➤ Renforcement du dispositif de régulation médicale

Si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (Plan hivernal, Plan canicule, ...), le nombre de médecins régulateurs libéraux peut être augmenté pendant tout ou partie des plages horaires de la permanence des soins en fonction de la situation.

Il est admis qu'un médecin régulateur libéral peut traiter, de façon sécurisée, jusqu'à 8 affaires par heure. Au-delà de 12 affaires par heure, la nécessité de renforcer la régulation libérale se justifie.

Il en est de même si les besoins de la population nécessitent de mobiliser une régulation médicale libérale en dehors des plages horaires réglementaires de la permanence des soins.

La régulation médicale libérale pourrait être également renforcée si le comité de suivi et d'évaluation de la PDS en Creuse constate, à la vue des indicateurs d'activité, que le nombre de médecins régulateurs libéraux présents au CRRA du SAMU 23 est insuffisant pendant certaines plages horaires.

L'acceptation du renforcement du dispositif relève de l'autorité du Directeur Général de l'ARS, au vu d'un rapport explicatif et détaillé en justifiant le bien-fondé.

La rémunération des médecins régulateurs libéraux, dans le cadre du renforcement de cette régulation, se fait sur la base de 70€ de l'heure. Si une situation exceptionnelle se présentait, un financement exceptionnel pourrait être sollicité auprès des services ministériels en charge de la santé.

➤ Rôle du médecin régulateur de la PDSA:

Il décide de la réponse la mieux adaptée à la demande de soins, qui peut être :

- le **renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente**
- un **conseil médical** pouvant aboutir à une **prescription médicamenteuse téléphonique**, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles (BPP) édictées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en février 2009. Lorsqu'elle donne lieu à l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci doit être adressée, signée, par courriel sécurisé ou télécopie, par le médecin régulateur à une pharmacie, après appel téléphonique préalable du pharmacien d'astreinte.
- l'orientation du patient vers toute structure dispensant des soins non programmés (point fixe de garde ou cabinet médical du médecin d'astreinte, service des urgences), y compris le déclenchement d'un transport nécessaire au déplacement de la personne vers une structure d'urgences.
- le déclenchement de l'intervention du médecin effecteur d'astreinte sur le grand secteur de visites pour accomplir les visites "incompressibles".

Il s'agit des visites effectuées, dans le cadre de la permanence des soins, au domicile du patient nécessitant des soins mais présentant une pathologie qui ne met pas en jeu le pronostic vital et qui se trouve dans l'incapacité de se déplacer.

Ces visites concernent notamment :

- **les patients pris en charge à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile**
- **les résidents des établissements médico-sociaux**
- **les actes médico-légaux ou administratifs (notamment les certificats de décès, les certificats en vue d'une hospitalisation sans consentement, les visites dans le cadre de la garde à vue, les prélèvements sanguins pour déterminer l'alcoolémie,...)**
- **et toute situation, hors AMU, jugée par le médecin régulateur comme justifiant le déplacement du médecin d'astreinte.**

Pour un bon fonctionnement du dispositif, dans tous les cas, il est souhaitable qu'un contact téléphonique préalable au déplacement soit établi entre le médecin régulateur et le médecin d'astreinte.

Cette première approche pour qualifier et lister les visites dites "incompressibles" pourra être complétée au regard des informations communiquées par les médecins régulateurs dans le cadre du suivi du dispositif.

Les appels traités, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, sont soumis à une obligation de traçabilité.

La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, **exclusive de toute autre fonction**. En particulier, le régulateur ne saurait être également médecin effecteur sur les horaires où il accomplit ses fonctions de régulation.

Pour exercer leur mission, les médecins régulateurs doivent disposer des tableaux d'astreinte des médecins effecteurs des secteurs de consultations et des secteurs de visites, avec leurs noms, adresses d'exercice et coordonnées téléphoniques fiables. **Toute modification de ces tableaux doit être portée, sans délai, à la connaissance du CDOM et du SAMU 23.**

Les médecins régulateurs s'engagent à fournir au médecin effecteur toutes les informations lui permettant de recontacter l'appelant et de localiser précisément son domicile.

➤ La prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation

La prescription médicamenteuse par téléphone, dans le cadre de la régulation médicale téléphonique, est définie comme une prescription à distance, dans les suites d'un conseil téléphonique, réalisée dans trois situations :

- la rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite
- la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale
- l'adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

Après examen de la situation et analyse de l'état du patient avec les informations dont il dispose par téléphone, et **après avoir exclu la nécessité de déclencher une intervention médicale** (médecin effecteur dans le cadre de la permanence des soins), **le médecin régulateur apprécie la nécessité ou non d'une prescription médicamenteuse par téléphone.**

Le médecin régulateur peut prescrire toute thérapeutique qui lui semble adaptée à l'état du patient, dans les limites de ce qu'il est habilité à prescrire (ce qui exclut en pratique les médicaments à prescription restreinte).

Il peut s'agir de médicaments à prescription facultative ou soumis à prescription obligatoire en vertu de l'article R. 5132-6 du code de la santé publique. En revanche, **la télé prescription des médicaments stupéfiants ou assimilés dans le cadre de la régulation est de facto exclue** dans la mesure où ils nécessitent l'établissement d'une ordonnance sécurisée et une surveillance particulière du patient.

En cas de prescription de médicaments non présents dans la pharmacie familiale, une ordonnance écrite peut être nécessaire pour leur délivrance et/ou leur remboursement. Dans ce cas, une ordonnance écrite est établie par le médecin régulateur et transmise à une pharmacie, qui sera déterminée en lien avec le patient. Cette transmission est effectuée de préférence **par courriel sécurisé ou, en cas d'impossibilité, par télécopie** après contact téléphonique préalable avec le pharmacien d'astreinte.

Dans tous les cas, la prescription est à durée limitée et non renouvelable.

Elle est soumise, comme les appels traités par la régulation, à une obligation de traçabilité.

LES SECTEURS D'ASTREINTE MEDICALE: UNE DOUBLE SECTORISATION POUR UNE MEILLEURE REPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION

Le nouveau dispositif repose sur une double sectorisation afin de répondre au mieux aux demandes des malades après régulation médicale par le SAMU-Centre 15. Une des sectorisations correspond uniquement à l'activité de consultations et l'autre uniquement à l'activité de visites au domicile du patient.

Historiquement, plusieurs communes de Creuse (Le Mas d'Artige, La Courtine, Saint-Oradoux-de-Chirouze et Saint-Martial-Le-Vieux) sont rattachées au dispositif de PDSA de Corrèze.

Le futur dispositif de PDSA, qui entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2012 en Creuse comme en Corrèze, maintient cette disposition particulière en ajoutant, après concertation entre les deux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins de Creuse et de Corrèze, une cinquième commune creusoise aux secteurs de Corrèze (Feniers).

Ces cinq communes appartiennent donc au secteur 4 de Corrèze pour les consultations d'astreinte et au secteur 2 de Corrèze pour les visites au domicile du patient.

Le document fixant les conditions d'organisation des territoires de PDSA afférentes au département de la Corrèze précise ce rattachement de communes creusoises au dispositif corrézien.

1. SECTORISATION DE L'ACTIVITE DE CONSULTATIONS

Une première sectorisation découpe le département de la Creuse en **5 secteurs d'astreinte** (cf. document 2 en annexe). Dans chacun de ces 5 secteurs, un médecin est chargé d'assurer uniquement des **consultations sur un point fixe** (cabinet du médecin d'astreinte sur le secteur ou point fixe de garde sur le secteur):

- tous les jours de 20h à 24h
- les samedis de 12h à 20h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- le vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié et le samedi matin suivant de 8h à 12h
- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié

➤ Participation des médecins

Les médecins généralistes libéraux installés sur le secteur sont prioritaires pour participer à cette astreinte.

Dans l'hypothèse où le tableau des astreintes ne peut pas être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à des médecins libéraux installés sur d'autres secteurs.

Les médecins remplaçants peuvent participer à ces astreintes.

Sur chacun des secteurs un médecin référent, en lien avec le CDOM, est chargé d'élaborer les plannings d'astreinte.

Dans l'éventualité où des difficultés persistantes seraient constatées pour compléter le planning sur un secteur, la procédure mentionnée à l'article R.6315-4 du Code de la Santé Publique s'appliquerait.

➤ Transport d'un patient vers un lieu de consultation

Les éventuelles difficultés rencontrées pendant les plages de PDSA lors du déplacement d'un patient vers un lieu de consultations feront l'objet d'une attention particulière du comité de suivi du dispositif de PDSA.

➤ Les lieux de consultation, dans chacun des 5 secteurs de consultations, sont précisés dans le tableau ci-dessous :

Secteur concerné (consultations uniquement)	Point de consultations
SECTEUR 1	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR 2	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR 3	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR 4	Cabinet médical du médecin d'astreinte
SECTEUR 5	Point de garde fixe à GUERET ou cabinet médical du médecin d'astreinte

Au regard des données recueillies par le comité de suivi du dispositif de PDSA, la mise en place d'un point fixe de consultations sur les secteurs 1, 2, 3 et 4 pourra être envisagée.

Un règlement intérieur doit être établi par chaque structure accueillant le cabinet de consultation.

Il est demandé à chaque praticien de respecter ce règlement intérieur et de prévenir à l'avance de sa venue le responsable de la structure.

2. SECTORISATION DE L'ACTIVITE DE VISITES A DOMICILE DITES INCOMPRESSIBLES

Une deuxième sectorisation découpe le département de la Creuse en 3 secteurs de visites à domicile : **2 grands secteurs ruraux et un secteur couvrant Guéret et sa région** (cf. document 3 en annexe):

Ces visites concernent notamment :

- les patients pris en charge à domicile dans le cadre de l'hospitalisation à domicile
- les résidents des établissements médico-sociaux
- les actes médico-légaux ou administratifs (notamment les certificats de décès, les certificats en vue d'une hospitalisation sans consentement, les visites dans le cadre de la garde à vue, les prélèvements sanguins pour déterminer l'alcoolémie,...)
- et toute situation hors AMU, jugée par le médecin régulateur comme justifiant le déplacement du médecin d'astreinte.

Pour un bon fonctionnement du dispositif, dans tous les cas, il est souhaitable qu'un contact téléphonique préalable au déplacement soit établi entre le médecin régulateur et le médecin d'astreinte.

Lorsque le médecin d'astreinte est amené à intervenir au sein d'un établissement médico-social, il doit pouvoir accéder à l'ensemble du dossier du résident. Il appartient à chaque directeur de structure de mettre en place une procédure et une organisation garantissant cet accès.

➤ Dans chacun des **2 grands secteurs ruraux (B et C) un médecin** est chargé d'assurer, sur chaque secteur, après régulation médicale, les visites dites "incompressibles", au domicile du patient :

- tous les jours de 20h à 8h
- les samedis de 12h à 20h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h
- le vendredi de 8h à 20h s'il suit un jour férié et le samedi matin suivant de 8h à 12h
- le lundi de 8h à 20h lorsqu'il précède un jour férié

➤ Pour le **grand secteur de l'agglomération de Guéret (A)**,

Les dispositions de l'article R. 6315-1 du Code de la Santé Publique (décret N°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins) prévoient que: "*En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'Agence Régionale de Santé.*"

C'est dans ce cadre réglementaire, au regard, d'une part, de la démographie médicale sur ce secteur et, d'autre part, de la demande en soins en lien avec la population, notamment sur Guéret, que le CH de Guéret assure cette mission.

Sur ce secteur, l'astreinte est ainsi assurée, pour partie, par les médecins libéraux et, pour partie, par le Centre hospitalier de Guéret.

- **un médecin du Centre Hospitalier de Guéret** participe, toutes les nuits, à l'activité ambulatoire pour effectuer les interventions médicales à domicile, à la demande du médecin régulateur,
 - de 20h à 8h du lundi au vendredi
 - de 0h à 8h les samedis, dimanches, jours fériés et jours de "pont"
- **un médecin libéral participe à l'activité de visites à domicile**
 - les samedis de 12h à 24h
 - les dimanches et jours fériés de 8h à 24h
 - le vendredi de 8h à 24h s'il suit un jour férié et le samedi matin suivant de 8h à 12h
 - le lundi de 8h à 24h lorsqu'il précède un jour férié

En cas d'admission aux urgences en nuit profonde, les personnes accueillies qui ne justifieraient pas médicalement d'une hospitalisation dans l'établissement de santé, pourront, au regard de leur situation personnelle, analysée et justifiée par le médecin urgentiste, bénéficier d'un retour à domicile différé au lendemain matin, à titre exceptionnel au nom des règles de bienveillance.

➤ Hébergement des médecins d'astreinte

Pour les 2 grands secteurs ruraux, il est proposé un hébergement du médecin effecteur chargé d'effectuer les visites au domicile du patient.

Le tableau ci-après précise les points fixes d'hébergement sur chacun des secteurs.

Secteur concerné	Lieu d'hébergement du médecin d'astreinte sur le secteur de visites à domicile
SECTEUR OUEST (B)	- EHPAD de BENEVENT L'ABBAYE - Centre Hospitalier de BOURGANEUF
SECTEUR EST (C)	- EHPAD de BOUSSAC - Centre Hospitalier d'AUBUSSON

Au regard des données recueillies par le comité de suivi du dispositif de PDSA, d'autres lieux d'hébergement pourront être proposés.

Un règlement intérieur doit être établi par chaque structure hébergeant le médecin d'astreinte. Il est demandé à chaque praticien de respecter ce règlement intérieur et de prévenir systématiquement à l'avance de sa venue le responsable de la structure.

L'implication des établissements de santé et du secteur médico-social contribue à la mise en place de ce dispositif.

➤ Indemnités kilométriques :

Pour les indemnités kilométriques, les règles de droit commun s'appliquent.

Toutefois, s'agissant des médecins qui résident hors département de la Creuse ainsi que des médecins remplaçants thésés, et qui assurent des astreintes de visites à domicile sur les secteurs du département de la Creuse, les indemnités kilométriques seront comptabilisées à partir des points fixes suivants :

- secteur A : Guéret
- secteur B : Bénévent l'Abbaye
- secteur C : Chénérailles

➤ Renforcement des secteurs de visites.

Si la situation sanitaire nationale ou locale le justifie, préventivement ou face à des indicateurs de tension (Plan hivernal, Plan canicule, ...), à la demande du directeur général de l'ARS, le nombre d'effecteurs peut être augmenté dans un ou plusieurs secteurs de visites à domicile, pendant tout ou partie des plages horaires, comme pour la régulation et les secteurs de consultations.

➤ Participation des médecins

Les médecins généralistes libéraux installés sur un secteur sont prioritaires pour participer à l'astreinte sur le dit secteur.

Dans l'hypothèse où le tableau des astreintes ne peut pas être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à des médecins libéraux installés sur d'autres secteurs.

Les médecins remplaçants peuvent participer aux astreintes de visites.

Dans l'éventualité où des difficultés persistantes seraient constatées pour compléter le planning sur un secteur, la mobilisation de tout autre médecin pourrait être sollicitée, dans le respect de la législation.

Sur chacun des secteurs un médecin référent, en lien avec le CDOM, est chargé d'élaborer les plannings d'astreinte.

3. REMUNERATION DES MEDECINS EFFECTUANT LES CONSULTATIONS ET LES VISITES AU DOMICILE DES PATIENTS

Le montant forfaitaire de rémunération des plages d'astreinte, tant sur les secteurs de consultations que sur les grands secteurs de visites, est établi sur la base du tarif conventionnel de la rémunération forfaitaire des astreintes (50 euros pour 4 heures d'astreinte).

C'est l'arrêté du 20 avril 2011 qui précise la rémunération des médecins participant à la PDSA (cf. document 4 en annexe).

A la rémunération forfaitaire de l'astreinte s'ajoute la rémunération des actes médicaux (augmentée des majorations spécifiques de nuit, dimanche et jours fériés) réalisés par le praticien ainsi que les indemnités kilométriques (IK), s'il y en a, dans le respect des dispositions conventionnelles en vigueur.

Pour fixer, conformément à l'article R.6315-6 du Code de la Santé Publique, la rémunération forfaitaire des médecins participant aux astreintes de permanence des soins sur les grands secteurs de visites à domicile, il a été tenu compte de la contrainte qui pèse sur les médecins qui interviennent dans les macro secteurs ruraux.

Les tableaux ci-dessous précisent le montant de la rémunération forfaitaire de l'astreinte de PDS, en fonction de la plage horaire concernée, pour les médecins assurant les consultations et pour les médecins effecteurs mobiles.

Le dispositif de permanence des soins permet, pendant les plages horaires concernées, de faire bénéficier les patients qui le demandent du "tiers payant":

- sur la partie des actes prise en charge par l'assurance maladie (70 à 100%)
- et sur la totalité des indemnités kilométriques

Cette mesure s'applique à tous les assurés sociaux.

Conformément à la réglementation, le médecin d'astreinte s'engage à respecter, pendant les plages de la PDSA, les tarifs conventionnels du secteur 1.

CONSULTATIONS

5 SECTEURS (Secteurs 1 à 5)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte par secteur</i>
20h à 24h	50 euros + les actes	1 médecin
Samedi de 12h à 20h	100 euros + les actes	1 médecin

Dimanche, Jour férié et "jour de pont" * de 8h à 20h	150 euros + les actes	1 médecin
---	------------------------------	------------------

EFFECTEURS MOBILES

2 MACRO SECTEURS RURAUX (Secteurs B et C)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte par secteur</i>
Nuit de 20h à 8h	450 euros + les actes	1 médecin (non hospitalier)
Samedi de 12h à 20h	100 euros + les actes	1 médecin (non hospitalier)
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" * de 8h à 20h	150 euros + les actes	1 médecin (non hospitalier)

MACRO SECTEUR DE GUERET (Secteur A)

<i>Plage horaire</i>	<i>Montant de la rémunération par médecin</i>	<i>Nombre de médecins d'astreinte sur ce secteur</i>
Nuits du lundi au vendredi de <u>20h</u> à 8h	astreinte assurée par le CH de Guéret	1 médecin du CH
Nuits du samedi, dimanche, jour férié et jour de "pont" * de <u>0h</u> à 8h	astreinte assurée par le CH de Guéret	1 médecin du CH
Samedi de 12h à <u>24h</u>	150 euros + les actes	1 médecin (non hospitalier)
Dimanche, Jour férié et "jour de pont" * de 8h à <u>24h</u>	200 euros + les actes	1 médecin (non hospitalier)

* il s'agit:

- du vendredi s'il suit un jour férié, ainsi que du samedi matin suivant
- du lundi lorsqu'il précède un jour férié.

4. FINANCEMENT DE L'ACTIVITE AMBULATOIRE ASSUREE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE GUERET

Le Centre Hospitalier de Guéret bénéficie, pour sa participation à la PDSA en Creuse, d'une allocation forfaitaire versée sur le FIR, d'un montant équivalent à la rémunération annuelle, charges comprises, d'un praticien hospitalier..

LA GARDE PHARMACEUTIQUE

Le département de la Creuse est découpé en 13 secteurs de garde pharmaceutique (cf. document 5 en annexe)

LA GARDE AMBULANCIERE

Le département de la Creuse est divisé en 8 secteurs (cf. document 6 en annexe).

Cette garde ambulancière, élaborée en concertation avec le SAMU 23 , l'Association des transports sanitaires 23 et la DDASS a pour but d'assurer une prise en charge satisfaisante des patients et de garantir des délais d'intervention raisonnables compris entre 20 et 30 minutes sur l'ensemble du département.

C'est l'arrêté préfectoral du 28 novembre 2003 qui fixe, en Creuse, l'organisation de la garde départementale qui assure le permanence du transport sanitaire.

Cette garde ambulancière est assurée les samedis, dimanches et jours fériés de 7h à 19h ainsi que les nuits de 19 heures à 7 heures (arrêté ministériel du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire).

Le véhicule est stationné avec son équipage **sur un site dédié**, nommé pôle de garde, pour chacun des huit secteurs du département.

Pendant la garde, toutes les demandes de transports urgents sont à adresser au SAMU 23 – CENTRE 15, à charge pour lui de transmettre chaque demande à l'équipage de permanence du pôle dont dépend la commune où réside le patient.

La mobilisation de cette ambulance ne peut se faire que dans le respect de la procédure et des dispositions contenues dans l'article R.6312-23 du Code de la Santé Publique.

SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

Un suivi du dispositif doit être réalisé sur la base d'indicateurs de suivi et d'évaluation.

Les indicateurs sont recueillis par les différents intervenants professionnels de la PDSA (SAMU-Centre 15, services d'urgences, médecins effecteurs en cabinet ou mobiles).

Pour assurer cette évaluation, un comité de suivi du dispositif est constitué.

A titre indicatif, il peut être composé de professionnels de santé (médecins régulateurs et médecins effecteurs, CDOM, URPS, pharmaciens, SDIS, transporteurs privés, SAMU, médecins remplaçants,...), du directeur du Centre Hospitalier de Guéret, du directeur du SDIS, de représentants des élus, des usagers et de l'ARS (DT 23).

Ce comité peut décider de se faire assister dans ses travaux par toute personne qualifiée.

Le secrétariat de ce comité est assuré par l'ARS (DT23).

Une fiche de recueil des incidents et événements indésirables, à transmettre sans délai au CDOM et à la DT 23 a vocation à être renseignée par les médecins régulateurs du CRRA et les médecins effecteurs.

LISTE DES DOCUMENTS JOINTS

Document 1 : Décret N° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

Document 2 : Secteurs d'astreinte de la PDSA (consultations) précisant les communes de Creuse rattachées à un secteur d'astreinte du département de la Corrèze

Document 3 : Secteurs d'astreinte de la PDSA (visites au domicile du patient) précisant les communes de Creuse rattachées à un secteur d'astreinte du département de la Corrèze

Document 4 : Arrêté ministériel du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la PDSA

Document 5 : Sectorisation de la garde pharmaceutique

Document 6 : Sectorisation de la garde ambulancière