

**Annexe à l'arrêté n°362 /ARS-OI du 16/11/2016
portant révision du cahier des charges régional de la permanence des soins
ambulatoire dans le département de La Réunion**

**CAHIER DES CHARGES REGIONAL
PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE
AMBULATOIRE**

Région REUNION

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'échanges au sein du groupe de travail régional.

Il est soumis pour avis aux instances de consultation :

CODAMUPS TS – CSOS – URPS Médecins – CDOM - Préfet

SOMMAIRE	3
PRINCIPES GENERAUX DE LA PDSA	5
DEFINITION DES TERRITOIRES DE LA PDS	6
ORGANISATION DE LA REGULATION DES APPELS RELEVANT DE LA PDS	7
1. Principes généraux de la régulation de la PDS	7
2. Organisation de la régulation des appels à La Réunion	7
3. Qualification du médecin régulateur de la PDS en médecine ambulatoire	9
4. Cas particulier du patient en HAD ou en établissement médico-social	9
ORGANISATION DES EFFECTEURS DE LA PDS	10
1. La garde pharmaceutique	10
2. Les transports sanitaires	10
2.1 La garde ambulancière	10
2.2 Les conditions d'organisation du transport vers les lieux de consultations aux heures de la PDSA	11
3. L'astreinte médicale	11
3.1. Principes généraux	11
3.2. Prise de relais de la PDS ambulatoire par les structures des urgences en deuxième partie de nuit	12
3.3. Modalités pratiques de l'effection	12
3.4. Modalités de coordination entre médecin régulateur et médecin effecteur	16
3.5. Etablissement du tableau de garde	16
AMELIORATION DE L'INFORMATION DU PUBLIC	17
FINANCEMENT DU DISPOSITIF DE PDS EN MEDECINE AMBULATOIRE	18
MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE LA PDS	20
• La mise en œuvre de l'évaluation	20
• La définition des indicateurs et les sources	20

MODALITES DE RECUEIL, DE SUIVI ET DE COMMUNICATION DES INCIDENTS 21

- **La définition des incidents 21**
- **Les modalités de recueil et de suivi des incidents 21**
- **Les modalités d'information des instances 22**

REVISION DU CAHIER DES CHARGES REGIONAL DE LA PDSA 21

REFERENCES 21

ANNEXES 23

- 1. La fiche de suivi de la participation des médecins libéraux à la régulation**
- 2. La fiche de suivi de la participation des médecins libéraux aux astreintes (fixes, mobiles)**
- 3. La liste des indicateurs d'évaluation complémentaires**
- 4. La fiche de dysfonctionnement (incidents)**
- 5. Les modalités de fonctionnement du groupe de travail régional**
- 6. Procédure CAT devant un décès survenu au domicile**
- 7. Procédure de gestion des appels au C15 pour les médecins régulateurs**

PRINCIPES GENERAUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définit la permanence des soins comme une mission de service public. Elle a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et des centres de santé (article L.6315-1 du CSP).

Elle est assurée aux horaires suivants :

- tous les jours de 20 h 00 à 08 h 00,
- les samedis après-midi de 14h 00 à 20h 00
- les dimanches et jours fériés de 08 h 00 à 20 h 00,

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 (ARS).

La permanence des soins est assurée par des médecins libéraux ou salariés 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 permanences des soins.

Elle peut être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins.

Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission peut aussi être assurée par les établissements de santé en relais de la médecine libérale dans les conditions fixées par l'ARS.

Les principes d'organisation de la permanence des soins devant figurer dans le cahier des charges régional de la permanence des soins, sont les suivants :

- la délimitation des territoires de permanence des soins ;
- le nombre d'effecteurs par territoire de permanence des soins ;
- les modalités d'affectation ;
- la mention des lieux fixes de consultation ;
- l'organisation de la régulation des appels, et en particulier la participation des médecins libéraux à la régulation en lien avec le SAMU – centre 15 ;
- la rémunération forfaitaire des astreintes et de la régulation médicale libérale ;
- les conditions d'organisation du transport des patients vers les lieux de consultation ;
- les indicateurs de suivi et d'évaluation.

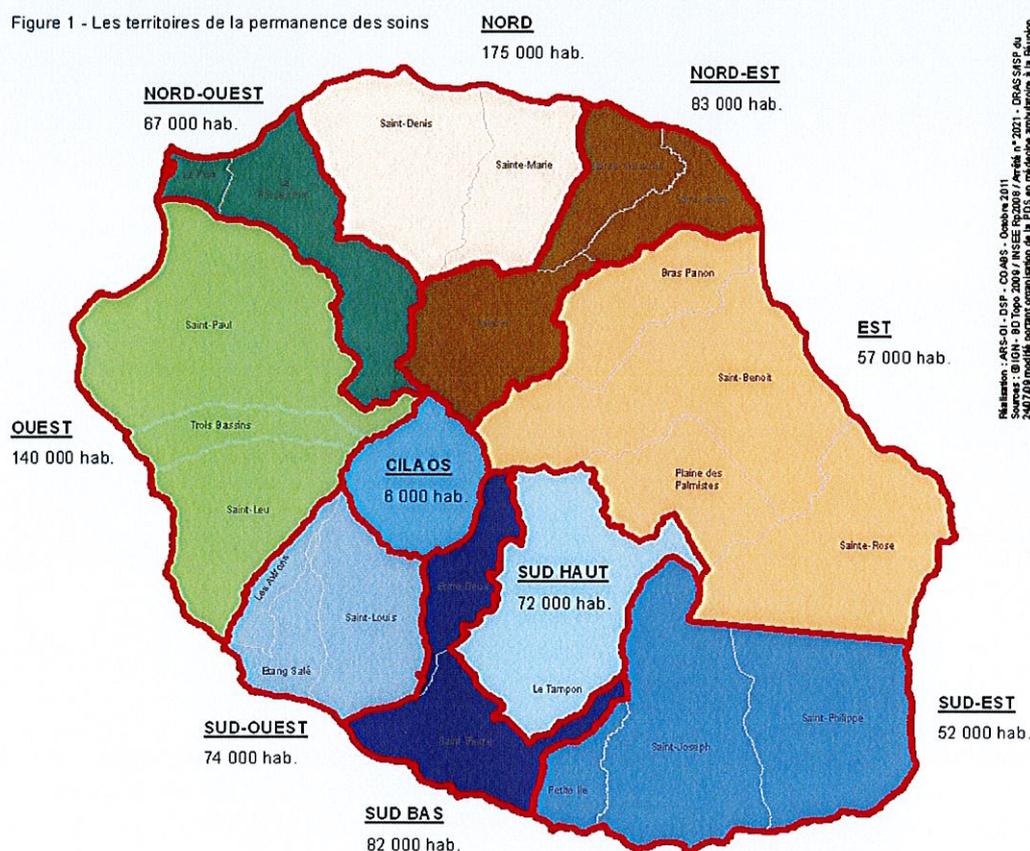
Le cahier des charges régional est arrêté par la directrice générale de l'Agence de santé Océan Indien après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS), de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins, du conseil départemental de l'ordre des médecins et du préfet de La Réunion.

DEFINITION DES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS (PDS) :

La Réunion est divisée en 10 territoires de PDS en médecine ambulatoire, définis comme suit :

- **Nord** regroupant les communes de Saint Denis et Sainte Marie
- **Nord-est** regroupant les communes de Sainte Suzanne, Saint André et Salazie
- **Est** regroupant les communes de Bras-Panon, Saint Benoît, la Plaine des Palmistes et Sainte Rose
- **Sud-est** regroupant les communes de Saint Philippe, Saint Joseph et Petite Ile
- **Sud bas** regroupant les communes de Saint Pierre et l'Entre Deux
- **Sud haut** regroupant la commune du Tampon
- **Sud-ouest** regroupant les communes de Saint Louis, l'Etang salé et les Avirons
- **Cilaos** regroupant la commune de Cilaos
- **Ouest** regroupant les communes de Saint Leu, Trois-Bassins et Saint Paul
- **Nord-ouest** regroupant les communes du Port et de La Possession.

Figure 1 - Les territoires de la permanence des soins



Dans un souci de lisibilité pour la population et d'amélioration du fonctionnement de la permanence des soins, l'harmonisation des découpages en territoire de santé (PDSA, permanence pharmaceutique, transports sanitaires) doit être initiée rapidement.

■ ORGANISATION DE LA REGULATION DES APPELS RELEVANT DE LA PDS « SOCLE DU DISPOSITIF » :

1. Principes généraux de la régulation de la PDS

La régulation médicale s'effectue dans le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé.

L'accès au médecin de permanence fait de préférence l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable.

Le médecin régulateur décide de la réponse adaptée à la demande de soins après évaluation de la situation par :

- le conseil téléphonique simple ;
- le conseil téléphonique pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone
- le conseil téléphonique pouvant aboutir à une télé prescription par fax à la pharmacie de garde ;
- l'orientation vers une consultation programmée de médecine générale ;
- l'orientation vers un centre de consultation médicale non programmée assurant la PDS sur le secteur concerné (Maison Médicale de Garde, cabinet médical de garde), par un moyen de transport adapté si nécessaire ;
- l'intervention d'un effecteur médical à domicile ;
- l'orientation vers un service d'urgence hospitalier, par un moyen de transport adapté si nécessaire ;
- le renvoi au médecin régulateur du SAMU en cas d'urgence vitale

2. Organisation de la régulation des appels à La Réunion

La régulation est organisée conjointement par le SAMU et l'Association Réunionnaise des Régulateurs Médicaux d'Exercice Libéral (ARRMEL) dans le cadre d'une convention liant le centre hospitalier siège du Centre 15 à l'ARRMEL. La convention actuelle devra être mise en conformité avec le cahier des charges régional dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur de celui-ci.

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 CRRA -15, assurer une régulation médicale des appels et avoir signé avec le centre hospitalier, siège du SAMU, une convention approuvée par le Directeur général de l'ARS et respectant ce cahier des charges.

La régulation médicale est effectuée au sein du CRRA - Centre 15 par des praticiens hospitaliers, des médecins généralistes libéraux et des assistants de régulation médicale.

Contrairement aux médecins régulateurs libéraux qui ne sont présents actuellement que dans les horaires de la PDS, les médecins régulateurs hospitaliers assurent la régulation des appels 24 h sur 24.

Une orientation initiale des appels est effectuée par l'assistant de régulation médicale, soit vers un régulateur libéral, soit vers un régulateur hospitalier. Le médecin régulateur dispose d'une procédure de gestion des appels (annexe 7) qu'il conviendra d'évaluer au moins une fois par an.

Un poste de travail avec logiciel de régulation et de téléphonie est mis à disposition du médecin régulateur libéral. Ce dernier dispose des moyens téléphoniques lui permettant de contacter directement le médecin de garde ou d'orienter le patient vers une structure de soins.

Le médecin régulateur est accessible par le 15 sur tout le territoire.

La régulation libérale pourra être accessible à partir de 2012 par son propre numéro de téléphone interconnecté au SAMU – centre 15 à condition de n'engendrer aucun surcoût supplémentaire pour les appelants et l'ARS. Une évaluation des temps de décrocher doit être menée suite de la mise en place du nouveau dispositif de téléphonie. Elle pourra conduire à adapter l'effectif des assistants de régulation.

Les médecins régulateurs libéraux volontaires participent à la régulation préalable des soins non programmés :

- du lundi au vendredi de 20h à 7h
- le samedi de 14h à 7h
- les dimanches et jours fériés de 7h à 7h

Les horaires de présence peuvent être modifiés dans la mesure où le nombre d'appels le justifie. En particulier une extension de 19h à 20h, du lundi au vendredi, est retenue dès l'entrée en vigueur de CCR, et sera reconduite sous réserve de la disponibilité du financement par l'ARS.

Le nombre de médecins régulateurs libéraux présents est déterminé en fonction des plages d'intervention suivantes :

- Du lundi au vendredi, de 19h à 20h, un régulateur (cf. réserve supra)
- Du lundi au vendredi, de 20h à 23h deux régulateurs, de 23h à 7h un régulateur
- Le samedi, de 14h à 23h deux régulateurs, de 23h à 7h un régulateur
- Les dimanches et jours fériés, de 7h à 23h deux régulateurs, de 23h à 7h un régulateur.

Ce nombre correspond à une moyenne de 6 à 8 affaires traitées par heure et par médecin. Il leur permet de respecter les recommandations de la HAS qui ont pour objet d'harmoniser les pratiques et d'améliorer la qualité et la sécurité des réponses apportées aux patients. Au-delà et en deçà de ce taux, une adaptation du nombre de médecins régulateurs devra être étudiée et mise en œuvre dans les meilleurs délais, en veillant à maintenir la régulation libérale en nuit profonde.

Un renforcement peut être envisagé en fonction d'une situation sanitaire particulière ou imprévue, soit à titre préventif soit en fonction d'indicateurs montrant un besoin, sachant que ce renforcement est déjà prévu dans le cadre du plan cyclone départemental.

La décision de renforcer la régulation pendant les périodes de permanence des soins ou d'étendre ces périodes en raison de circonstances particulières ne peut être prise que par le Directeur général de l'ARS.

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 selon le principe que les activités multitâches peuvent être source d'erreur (cf. HAS)

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'ARRMEL et du SAMU
- des tableaux de garde des pharmacies

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.

Pour assurer la mise en paiement et le suivi de la participation des médecins libéraux à la régulation aux horaires de la PDSA, une fiche de suivi devra être complétée mensuellement par l'ensemble des médecins participants à la régulation (cf. annexe 1). Ces fiches devront être visées par le chef de service du SAMU - centre 15 puis transmises, pour mise en paiement, à la CGSS de La Réunion et pour suivi à l'ARS OI (cette organisation est susceptible d'être modifiée en fonction de directives réglementaires). La dématérialisation des fiches de facturation sera développée de manière échelonnée dans un but de simplification et facilitation des échanges.

Les fiches non visées ne pourront donner lieu à aucune compensation financière.

L'ARRMEL est chargée

- d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs aux horaires de permanence des soins,
- de représenter les régulateurs libéraux auprès des instances régionales,
- d'assurer la régulation libérale au sein du SAMU-Centre 15,
- de l'application de la convention signée avec le Centre Hospitalier siège du SAMU.

Une convention de financement définit les obligations de l'ARRMEL dans le cadre d'une dotation attribuée par l'agence régionale de santé au titre du FIQCS qui permet d'assurer le fonctionnement de la régulation libérale, les moyens mis à sa disposition ainsi que la méthode d'évaluation permettant d'adapter ses moyens à l'activité réalisée.

3. Qualification du médecin régulateur de la PDS en médecine ambulatoire

Le médecin régulateur de la PDSA est médecin généraliste, exerçant la médecine générale de manière régulière. La participation d'un médecin au tableau de la régulation de la PDSA impose qu'il respecte les termes de la convention SAMU-ARRMEL, qu'il dispose d'une formation initiale et qu'il s'inscrive dans le dispositif d'amélioration des pratiques et d'évaluation. Cette participation est également soumise à l'accord du chef de service du SAMU – centre 15.

4. Cas particulier du patient en HAD ou en établissement médico-social

Le médecin coordonnateur d'astreinte pour l'HAD est identifié comme l'interlocuteur privilégié du médecin régulateur.

Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) ou handicapées, le médecin coordonnateur doit s'assurer de l'existence d'une réponse aux besoins médicaux, notamment la nuit et les week-ends. Les appels émanant des établissements d'hébergement pour personnes handicapées et personnes âgées doivent être traités comme s'ils provenaient du domicile.

La pertinence de la décision du recours au SAMU – centre 15 ou aux urgences hospitalières ou aux visites incompressibles fait l'objet d'une évaluation à posteriori, en collaboration avec les médecins coordonnateurs, au travers de la fiche de dysfonctionnement. Cette évaluation sera présentée à l'instance régionale de coordination et de suivi de la PDSA.

ORGANISATION DES EFFECTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS :

1. La garde pharmaceutique

Les organisations représentatives de la profession ont la responsabilité de l'établissement des tableaux de garde, de la communication aux instances concernées y compris le SAMU et de l'information au public.

Les coordonnées de la pharmacie de garde la plus proche du lieu d'appel sont accessibles 24h/24 par le numéro audiotel 32-37 ou sur le site 3237.fr (accès grand public en temps réel) ou sur resogardes.fr (accès réservé aux professionnels de santé) et sur le serveur vocal du Centre 15 au 02 62 90 60 44.

La Réunion est actuellement découpée en 6 zones identiques pour le service de garde et le service d'urgence (7 le dimanche). Ce découpage repose sur le principe de l'accessibilité à la pharmacie de garde en moins de 20 mn du point fixe de garde. Cependant il ne tient pas compte du temps d'accès au cabinet de garde depuis le domicile du patient qui peut se surajouter au délai d'accès à la pharmacie de garde. Cette situation est source de mécontentement des usagers et peut les conduire à renoncer à aller chercher leurs médicaments aux heures de la PDS.

L'organisation actuelle de la garde pharmaceutique doit être revue pour tenir compte de l'existence de l'évolution du dispositif médical de PDS qui repose désormais sur des structures fixes bien identifiées sur chaque territoire. L'objectif est de faire en sorte que la pharmacie de garde soit au plus près du point fixe médical et que les horaires de fonctionnement coïncident (excepté en nuit profonde).

Les points fixes de garde s'engagent à afficher dans la salle d'attente le nom de la pharmacie de garde et à lui adresser systématiquement les patients qui ont besoin de médicaments.

Ainsi, tout doit être mis en œuvre pour que la permanence des soins médicale et la garde pharmaceutique soit plus cohérente et minimise les déplacements des patients. Des besoins d'amélioration du dispositif sont identifiés sur la zone « Grand Est » et le Sud (Tampon, St Pierre, St Louis). L'ouverture d'un nouveau point fixe de PDSA sur St Denis pourrait justifier d'une ligne supplémentaire d'astreinte sur le chef-lieu.

Les instances professionnelles des pharmaciens se sont engagées à réétudier rapidement leur découpage pour l'adapter à celui de la garde médicale dans l'intérêt du service rendu à la population et en différenciant le besoin en matière de service de garde et en matière de service d'urgence. La prise en compte des spécificités territoriales peut conduire, à regrouper des zones ou à l'inverse à les diviser. Les modifications feront l'objet d'une annexe informative au CCR. En l'absence de réponse satisfaisante, il sera nécessaire d'envisager dès le second semestre 2012 des organisations nouvelles avec les implications juridiques que cela recouvre.

2. Les transports sanitaires

2.1 La garde ambulancière :

La garde ambulancière privée est départementale. Elle a pour but d'assurer une prise en charge satisfaisante des patients relevant de l'aide médicale urgente via le SAMU – centre 15.

Elle couvre les samedis, dimanches et jours fériés de 08 h 00 à 20 h 00 ainsi que les nuits de 20 h 00 à 08 h 00. Elle n'est mobilisable qu'à la demande du médecin régulateur et fait l'objet d'une convention entre l'ATSU et le SAMU.

Un tableau détermine le découpage des secteurs, les lieux de pôle de garde ainsi que le nombre d'ambulances affectées.

2.2 Les conditions d'organisation du transport vers les lieux de consultations aux heures de la PDSA :

Le transport sanitaire assis, aller-retour domicile du patient vers le cabinet médical de garde, et le retour au domicile après passage aux urgences n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie.

Une expérimentation dans le cadre de la Gestion du Risque pourrait être menée, en lien avec les transporteurs sanitaires pour permettre l'acheminement AR vers un CMG et pour le retour à domicile après passage dans un service d'urgence pour un patient qui nécessite un transport assis ne pouvant être réalisé par ses propres moyens.

3. L'astreinte médicale

3.1 Principes généraux :

Les médecins effecteurs de la PDS assurent leurs consultations sur un point fixe, soit au sein d'une maison médicale de garde (MMG), soit au sein d'un cabinet de médecine de garde (CMG).

Les demandes de soins non programmées devront le plus souvent possible faire l'objet d'une régulation par le SAMU-centre15 qui orientera le patient vers la prise en charge la mieux adaptée à son état de santé.

Les médecins généralistes installés sur le secteur sont prioritaires pour participer à la PDS au sein des MMG. Dans l'hypothèse où le tableau des gardes d'une MMG ne peut être complété par les médecins du secteur, il est fait appel à d'autres médecins libéraux. Les médecins remplaçants, inscrits au conseil départemental de l'ordre des médecins, peuvent participer en remplacement d'un médecin installé.

Le médecin volontaire pour assurer la PDS doit être joignable et s'engage, en fonction de sa disponibilité, à répondre dans les meilleurs délais aux demandes du médecin régulateur d'exercice libéral ou du SAMU 974-centre 15.

Il s'engage à intervenir par une consultation ou, le cas échéant et selon sa disponibilité, par une visite au domicile du patient en cas d'impossibilité de faire appel à l'effecteur mobile de garde. Cette visite déclenchée par la régulation libérale doit être réservée à des situations exceptionnelles appréciées par le médecin régulateur. Elle résulte d'un dialogue confraternel entre le médecin régulateur et le médecin de permanence. La mise en place de la ligne d'astreinte des effecteurs mobiles (cf. infra) facilitera la réalisation de ces visites « incompressibles » dont la définition reste à préciser grâce aux informations communiquées par les médecins régulateurs dans le cadre du suivi du dispositif.

Le médecin volontaire pour assurer la PDS se chargera, en cas d'impossibilité de faire appel à l'effecteur mobile de garde, de la délivrance des constats de décès, laissant s'il le juge utile au médecin traitant la rédaction du certificat de décès à l'exception des situations imposant un délai d'inhumation trop long.

Le nombre de médecins effecteurs par territoire varie de 1 à 2 en fonction des besoins (1 effecteur pour 70 à 80 000 habitants selon une estimation locale).

En cas de situation sanitaire particulière, à titre préventif ou en présence d'indicateurs montrant un besoin particulier le nombre d'effecteurs pourra être augmenté, après accord du Directeur général de l'ARS.

3.2 Prise de relais de la PDS ambulatoire par les structures des urgences en deuxième partie de nuit :

Conformément aux orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS – PRS) et à l'exception des points fixes libéraux qui assurent la permanence des soins sur la totalité de la nuit, les structures hospitalières de médecine d'urgence assurent la permanence des soins après la fermeture des structures de PDSA.

Les patients nécessitant une consultation sont préférentiellement dirigés après régulation par le CRRA – Centre 15, vers les structures des urgences suivantes :

- Pour le territoire Nord vers le CHR site CHFG
- Pour le territoire Nord-est vers le CHR site CHFG ou le GHER
- Pour le territoire Est vers le GHER
- Pour les territoires Sud-est, Sud Haut et Sud bas vers le CHR site GHSR
- Pour le territoire Sud-ouest vers le CHR site GHSR ou le CHGM
- Pour les territoires Ouest et Nord-ouest vers le CHGM.

3.3 Modalités pratiques de l'effecton :

Dans chacun des territoires déterminés un ou plusieurs médecins sont chargés d'assurer les consultations dans un point fixe (cabinet de médecine de garde ou maison médicale de garde).

Le dispositif couvre les horaires suivants :

- toutes les nuits, de 20h à minuit ;
- les samedis, de 14h à 20h ;
- les dimanches et jours fériés, de 8h à 20h.

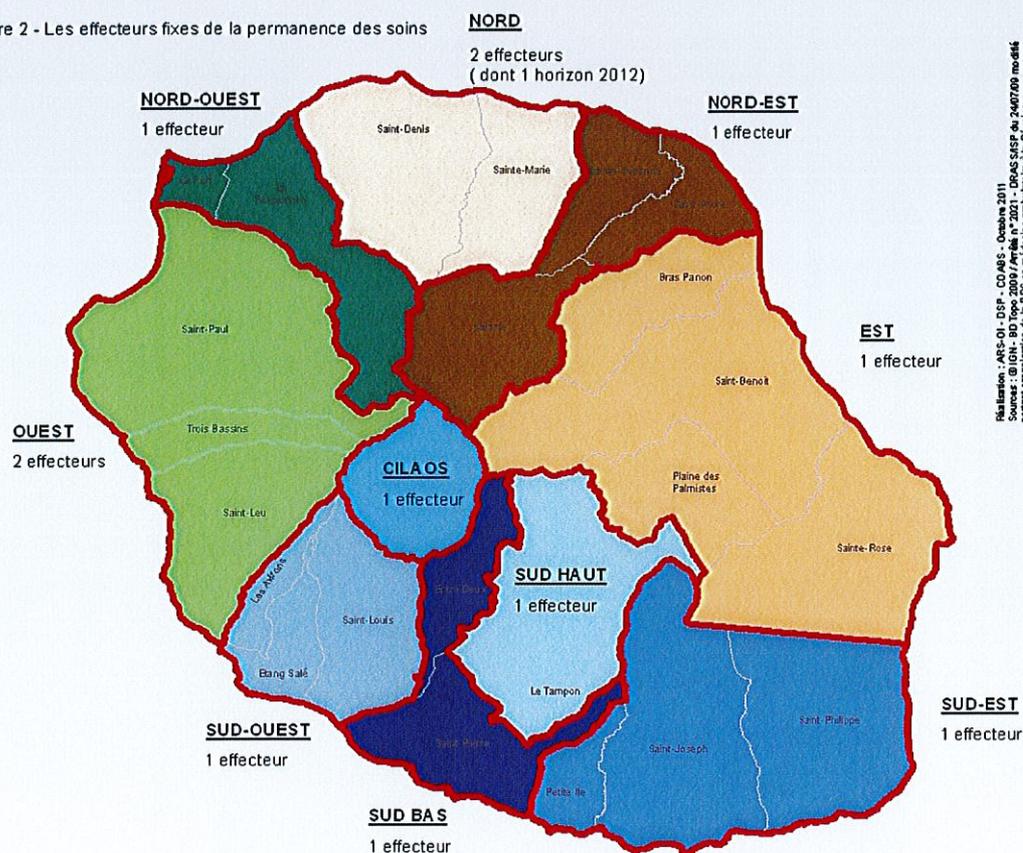
En raison de la faible activité sur la période de nuit profonde, les demandes de soins entre minuit et 8h seront orientées vers les services d'accueil des urgences autorisés.

Sur la base du volontariat, les structures qui le souhaitent peuvent proposer un service de minuit à 8h.

Le schéma cible PDSA prévoit, à horizon 2012, au moins 1 effecteur fixe par territoire, conformément à la répartition suivante :

- **Nord** : 2 effecteurs (dont 1 par création ex nihilo en 2012) ;
- **Nord-Est** : 1 effecteur ;
- **Est** : 1 effecteur ;
- **Sud-Est** : 1 effecteur ;
- **Sud bas** : 1 effecteur ;
- **Sud haut** : 1 effecteur ;
- **Sud-Ouest** : 1 effecteur ;
- **Cilaos** : (1 effecteur est souhaité avec une adaptation possible des horaires de PDSA)
- **Ouest** : 2 effecteurs ;
- **Nord-Ouest** : 1 effecteur.

Figure 2 - Les effecteurs fixes de la permanence des soins



Les lieux fixes de consultation de chaque territoire sont définis ci-après pour les périodes indiquées :

Territoires de PDSA	Lieux fixes de consultations Localisation	Typologie	Nombre d'effecteurs fixes			
			Soirée 20h-Minuit	Minuit-8h	Samedi AM	Dimanche en journée et JF
Nord (2012)	St Denis A / St Denis B	CMG ou CMG et MMG	2	1	2	2
Nord-est	St André	MMG	1	0	1	1
Est	St Benoît	CMG	1	0	1	1
Sud-est	St Joseph	CMG	1	0	1	1
Sud bas	St Pierre	CMG MMG	1	0	1	1
Sud haut	Le Tampon	CMG	1	0	1	1

Sud-ouest	St Louis	CMG	1	0	1	1
Cilaos	Cilaos	Hôpital de Cilaos				
Ouest	St Paul	MMG	2	0	2	2
	St Leu	CMG				
Nord-ouest	Le Port	CMG	1	1	1	1

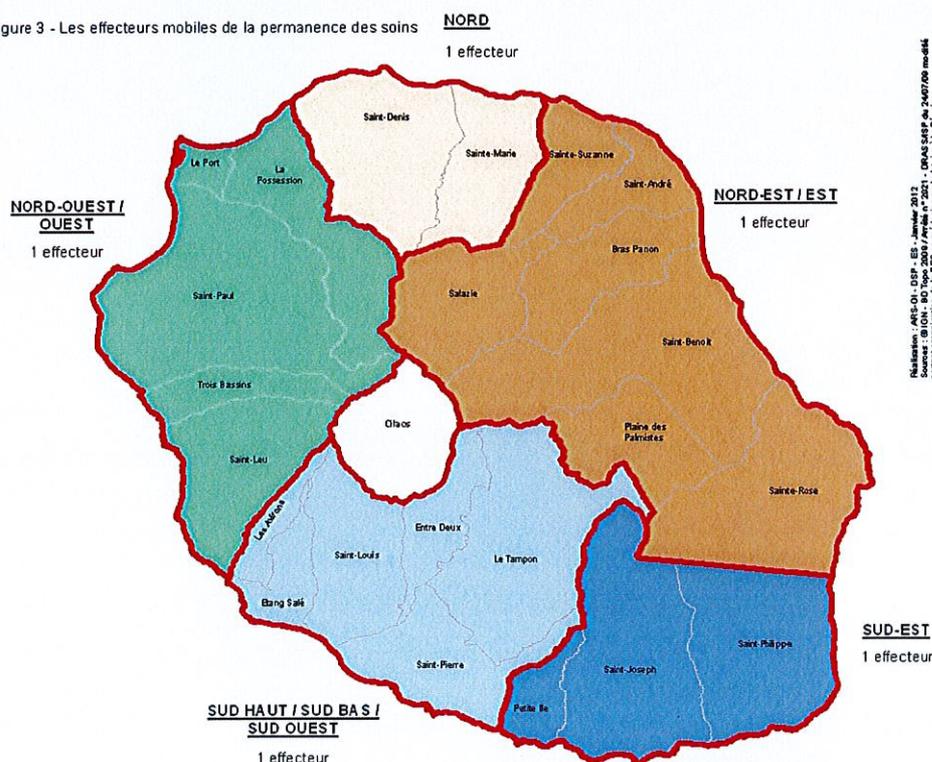
Face à la difficulté d'organiser des visites à domicile en raison notamment de la spécialisation de la PDSA, il est identifié un besoin de ligne d'astreinte supplémentaire pour des effecteurs mobiles. Leur nombre, leur localisation, leurs horaires de fonctionnement restent à définir et seront aussi fonction des disponibilités de financement (ARS, conseil général, mairies, etc.).

A l'entrée en vigueur du CCR, 5 lignes d'astreinte d'effection mobile viennent en complément des points fixes de garde pour la réalisation des visites à domicile incompressibles y compris la réalisation des certificats de décès.

Elles interviennent sur les territoire ou regroupements de territoire de PDS suivants :

- **Nord** : 1 effecteur
- **Nord-est et Est** : 1 effecteur
- **Sud-est** : 1 effecteur
- **Sud Haut / Sud Bas et Sud-ouest** : 1 effecteur
- **Nord-Ouest et Ouest** : 1 effecteur

Figure 3 - Les effecteurs mobiles de la permanence des soins **NORD**
1 effecteur



Elles fonctionnent de 20h à minuit du lundi au dimanche, de 14h à 20h le samedi et de 8h à 20h le dimanche et les jours fériés.

Elles sont déclenchées par la régulation libérale du Centre 15. L'effectif hospitalière prendra le relais de l'effectif mobile libérale en nuit profonde.

Une convention définissant les modalités d'intervention des médecins effecteurs au sein des structures d'HAD ou médico-sociales sera à élaborer entre le C15 et les coordinateurs médicaux de ces structures.

Une évaluation à 6 mois permettra d'ajuster cette organisation au besoin de la population.

Territoire Nord :

Compte tenu de la disparition de l'ancien secteur 2, acté comme fictif dans le SROS-PRS, du rattachement de la commune de Ste Marie à celle de St Denis et d'un besoin estimé à une ligne d'astreinte pour 70 à 80 000 h, (principe retenu par le groupe de travail chargé d'élaborer le cahier des charges régional de la PDSA), le territoire Nord devra disposer de 2 effecteurs fixes qui devront fonctionner en complémentarité et non en concurrence.

La sectorisation retenue pour le territoire Nord de PDS consiste en un point fixe pour la partie Est de St Denis et pour Ste Marie, dénommé effecteur « A » et en un point fixe à créer pour la partie Ouest et le centre de St Denis, dénommé effecteur « B ».

La forme juridique (Maison Médicale de Garde ou autre forme d'organisation de soins non programmés) et la localisation de ce point fixe dénommé effecteur « B » restent à déterminer. Néanmoins il sera privilégié, pour une répartition optimale de l'offre de soins, la proximité du CHR site CHFG et, pour une meilleure sécurisation des locaux, la contiguïté ou la proximité d'une structure hospitalière ou de services publics.

Territoire Ouest :

Le rattachement de la commune de St Leu au secteur de St Paul-Trois Bassin était souhaité depuis longtemps. Il devient cohérent avec le découpage des territoires de santé du PRS.

Sur ce nouveau territoire de 140 000 habitants, deux effecteurs fixes sont identifiés.

Territoire de Cilaos :

Le territoire de Cilaos reste identifié comme un territoire de PDS à part entière en raison de sa situation géographique particulière.

Excepté l'intervention d'un médecin pour sa patientèle au titre de la continuité des soins, la PDS se limite actuellement à l'ouverture d'un cabinet médical sur une partie du samedi après-midi (dont la pérennité risque d'être remise en cause si l'effectif médical actuel se réduit). En dehors de ces offres, les malades peuvent être orientés vers l'hôpital de Cilaos où existe un dispositif de télémédecine mis en place par le CHR. Lors de situations exceptionnelles (événements climatiques, coupure de route), un médecin du CHR Sud est présent sur place conformément aux instructions du plan cyclone.

La démographie médicale du secteur et le mode d'exercice des médecins ne permettent pas actuellement de créer un point fixe de consultation de type MMG. Des actions devront être menées par l'ARS, la CGSS et les collectivités locales en vue de rendre ce secteur plus attractif pour accroître le nombre des médecins généralistes et développer progressivement une offre médicale aux heures de la PDSA.

Dans l'attente, le dispositif actuel mis en place sur l'hôpital de Cilaos est maintenu.

3.4 Modalités de coordination entre médecin régulateur et médecin effecteur

- Orientation du patient vers le médecin d'astreinte

La sectorisation de la permanence des soins sert de base à la régulation.

Si le médecin régulateur estime que l'intervention d'un médecin est la réponse adaptée à la demande, il s'adresse au médecin qui assure la permanence des soins dans le secteur concerné en se référant au tableau de permanence.

Dans le cas où le domicile (ou le lieu d'appel) du patient est situé dans un lieu géographiquement proche d'une autre structure de permanence que celle de son secteur, le médecin régulateur peut contacter le médecin libéral de permanence du secteur voisin le plus proche.

Si deux structures de garde sont situées à équidistances du lieu d'appel, le médecin régulateur donnera les coordonnées des deux endroits, laissant au patient le choix du site de consultation.

Dans tous les cas et en cas de litige, la sectorisation prévaut.

- Orientation du médecin d'astreinte vers le domicile du patient

Pour la réalisation des visites incompressibles incluant les certificats initiaux de mesure de soins psychiatriques, le médecin régulateur contacte en première intention le médecin effecteur mobile de garde du secteur concerné, et à défaut de réponse, le médecin effecteur mobile des secteurs les plus proches, sinon le médecin effecteur fixe du territoire de PDSA correspondant au domicile du patient. En dernier recours et façon exceptionnelle, il fera appel aux autres effecteurs que sont le SAMU et les médecins sapeurs pompiers via le CODIS. En cas d'agitation du patient, l'intervention médicale devra être sécurisée par la présence de forces de police ou de gendarmerie.

Lorsque le motif de l'appel concerne un acte administratif lié à un décès survenu au domicile (voir annexe 6), et dans l'hypothèse où aucun autre effecteur n'est disponible, une demande de concours au SDIS pourra être faite via le CODIS. Cette sollicitation devra être utilisée avec « tact et mesure ».

- Information réciproque du médecin régulateur et du médecin effecteur sur le patient et sa prise en charge

La mission confiée au médecin effecteur doit faire l'objet d'un suivi entre le médecin effecteur et le CRRA – Centre 15.

Il appartient au médecin effecteur de tenir le médecin régulateur informé :

- du diagnostic ;
- des suites données aux appels qui lui ont été transmis.

Le médecin effecteur informe le CRRA 15 de la fin de sa mission et lui donne un bilan.

3.5 Etablissement du tableau de garde

Un médecin référent, chargé de transmettre au CDOM les éléments nécessaires à l'élaboration du tableau de garde, est identifié pour chacune des structures de PDS.

Lorsqu'un médecin initialement mentionné dans le tableau de permanence ne peut finalement assurer son obligation de permanence au jour prévu, il lui incombe d'effectuer la recherche d'un remplaçant. Il doit signaler ce remplacement le plus tôt possible auprès du SAMU – centre 15, de l'ARRMEL et du conseil départemental de l'ordre des médecins. Ce dernier valide la modification et veille à transmettre le tableau départemental de permanence modifié à tous les acteurs concernés.

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.

La liste des médecins exemptés est transmise au Directeur général de l'agence régionale de santé par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Le DGARS la communique au préfet de département.

Les carences du tableau de garde sont signalées par le CDOM au directeur de l'ARS, dans un délai de 10 jours avant la mise en œuvre. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission doit faire l'objet d'une communication au DGARS dans les plus brefs délais.

- Les modalités de réquisition :

Dans le cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, l'Ordre départemental des médecins sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé représentant des médecins et des médecins référents des structures de la permanence des soins pour compléter le tableau de garde. Si à l'issue de ces consultations, le tableau de garde reste incomplet, l'Ordre départemental adresse un rapport de ou des carences au DGARS.

Le 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. Ces éléments sont ensuite transmis par le DGARS au Préfet de département qui procède, le cas échéant, aux réquisitions.

Pour assurer le suivi de la participation des médecins libéraux aux astreintes, des fiches de suivi devront être complétées hebdomadairement par les régulateurs libéraux et mensuellement pour les autres médecins participants à la permanence des soins (cf. annexes 1 et 2). Dans l'attente des nouvelles modalités de gestion de l'enveloppe PDSA dans le cadre du fond d'intervention régional (FIR), ces fiches seront transmises, pour suivi à l'ARS, ainsi qu'à l'Ordre départemental des médecins, et pour paiement à la CGSS

■ Amélioration de l'information du public

La mise en œuvre de l'organisation du dispositif de permanence de soins décrite ci-dessus devra s'accompagner d'actions de communication auprès du public organisée entre l'ARS et les professionnels de santé.

Deux objectifs majeurs devront être visés :

- un objectif d'information : faire connaître le dispositif organisé de la PDS, rassurer sur son efficacité et les évolutions mises en œuvre.
- un objectif pédagogique : préciser le niveau de recours en fonction des motifs (à qui s'adresser et pour quoi), en rappelant les règles de bon recours à la permanence des soins.

Cette communication devra être faite sur une base régulière, étant donné la complexité du système et l'importance que revêt le sujet.

Les professionnels de la PDSA proposeront un dispositif de communication à destination du grand public et de leurs confrères qui sera soumis à validation de l'ARS pour mise en œuvre.

Financement du dispositif de PDS en médecine ambulatoire

Les principes généraux

La rémunération de la permanence des soins doit s'inscrire dans les conditions définies par la convention médicale et dans le cadre d'une enveloppe régionale fermée déléguée à l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) d'un montant de 1 042 813 € pour l'année 2011.

La rémunération de la permanence des soins se décompose en deux ensembles :

- La rémunération des actes et des majorations d'actes reste dans le champ de la convention médicale ;
- La rémunération forfaitaire des astreintes et de la régulation médicale s'inscrit dans le cadre de l'enveloppe régionale fermée déléguée à l'Agence de santé Océan Indien.

Les conditions et les limites de la rémunération forfaitaire des astreintes et de la régulation médicale libérale sont définies par l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire :

- La rémunération de l'astreinte des médecins inscrit sur le tableau de garde ne peut être inférieure à 150 € pour une durée de référence de 12 heures. Ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon des sujétions particulières y compris des contraintes géographiques, dans la limite de l'enveloppe régionale de la permanence des soins ambulatoire ;
- La rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique ne peut être inférieure à 70 € par heures de régulation ;
- Les limites des rémunérations appliquées dans la région doivent être compatibles avec le montant de l'enveloppe régionale déléguée.

Les crédits seront délégués à l'ARS OI par le Ministère de la santé dès la publication du cahier des charges régional de la PDSA par la Directrice Générale de l'Agence de Santé Océan Indien.

Les rémunérations forfaitaires définies par le cahier des charges régional de la PDSA

Les principes suivants de la rémunération forfaitaire des astreintes et de la régulation médicale libérale ont été retenus, après concertation, dans le cahier des charges régional de la PDSA :

1 - La rémunération forfaitaire de la régulation médicale libérale

Elle est établie après concertation sur la base :

- d'une rémunération forfaitaire inchangée de 3C/h soit 82,2 €/heure pour la période 20h à 23h la semaine, les périodes 14h à 20h et 20h à 23h les samedis, les périodes 7h à 14h, 14h à 20h, 20h-à 23h les dimanches et jours fériés ;
- d'une rémunération forfaitaire pour tenir compte de la pénibilité de travail, à hauteur de 112,5€/heure pour la régulation médicale libérale en nuit profonde, pour les périodes de 23h à 7h en semaine, les samedis et les dimanches et jours fériés.

Le montant de l'enveloppe régionale de la rémunération forfaitaire des médecins régulateurs pour une année de fonctionnement s'élève à 720 496 €.

	Régulation médicale libérale			
	régulateur	nbre heures	tx horaire	Coût
semaine 20h-23h	2	3	84	126 504
semaine 23h-7h	1	8	115	230 920
samedi 14h-20h	2	6	88	53 856
samedi 20h-23h	2	3	88	26 928
samedi 23h-7h	1	8	115	46 920
dimanche et JF 7h-14h	2	7	88	77 616
dimanche 14h-20h	2	6	88	66 528
dimanche et JF 20h-23h	2	3	88	33 264
dimanche et JF 23h-7h	1	8	115	57 960
Total coût de la régulation				720 496

La possibilité est offerte à la régulation libérale de déroger aux horaires habituels de la PDSA en raison, à La Réunion, de la fermeture plus précoce de la plupart des cabinets médicaux générant à compter de 19h une charge de travail supplémentaire pour la régulation médicale téléphonique. Son financement fait l'objet d'une prise en charge dérogatoire.

	Régulation médicale libérale			
	Régulateur	Nombre d'heure	Taux horaire	Coût
semaine 19h-20h	1	1	84	21 084

2 - La rémunération forfaitaire de l'effectif

La rémunération forfaitaire de l'**astreinte fixe** du médecin inscrit sur le tableau de garde est en fonction de la durée de la garde. Elle est établie sur la base :

- d'une rémunération forfaitaire inchangée d'un montant de 50 € pour la période de 20h à minuit ;
- d'une rémunération forfaitaire inchangée d'un montant de 100 € pour la période de minuit à 8h ;
- d'une rémunération forfaitaire d'un montant de 75 € pour les samedis pour la période de 14h à 20h.
- d'une rémunération forfaitaire inchangée d'un montant de 150 € pour les dimanches et les jours fériés pour la période de 8h à 20h.

Le montant de l'enveloppe régionale de la rémunération forfaitaire des médecins effecteurs fixes pour une année de fonctionnement s'élève à 428 550 €.

	Astreintes de la PDS			
	Effecteur	Nombre d'heure	Taux par période	Coût
Tous les jours 20h -00h	11	4	50	200 750
Tous les jours 00h-8h	2	8	100	73 000
samedi 14h-20h	12	6	75	46 800
dimanche et JF 8h-20h	12	12	150	108 000
Total coût des astreintes				428 550

Chaque **effecteur mobile** pourra prétendre à une rémunération des astreintes à hauteur de 100 euros pour 4 heures travaillées, soit :

- 100 € pour la période de 20h à 24h,
- 150 € pour les samedis de 14h à 20h,
- 300 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.

Le cout total de l'effectif mobile s'élève à 315 000 €, soit un dépassement de 30% de l'enveloppe régionale de la PDSA déléguée à La Réunion.

Les actions inscrites au présent cahier des charges seront mises en œuvre selon les financements dont dispose l'ARS par ordre de priorité suivant :

- La régulation médicale libérale ;
- L'astreinte des médecins inscrits au tableau de garde participant à la permanence des soins : 12 points fixes de garde ;
- La majoration de l'indemnisation des heures de régulation de nuit profonde pour tenir compte de l'accentuation du différentiel par rapport aux heures de régulation de en journée ou en soirée ;
- L'effectif mobile dont la mise en œuvre se fera d'une manière progressive, d'abord les samedis après-midi et dimanche en journée, puis extension en soirée de semaine et de week-end.

■ Modalités de suivi et d'évaluation du fonctionnement de la PDS

- La mise en œuvre de l'évaluation

L'organisation de la permanence des soins fait l'objet d'une évaluation annuelle, afin de vérifier que son fonctionnement est adapté et efficient.

L'évaluation permet d'apporter les adaptations nécessaires au dispositif et à l'évolution des besoins de soins non programmées et de l'offre de soins.

Elle sera assurée par l'ARS chargée de :

- recueillir les différents indicateurs auprès des conseils de l'ordre, des associations de régulation et de l'Assurance Maladie,
- analyser les résultats et élaborer un document de synthèse,
- diffuser l'évaluation au CODAMUPS-TS et aux différents acteurs de la PDS.

Les demandes de modifications à apporter à l'organisation de la permanence des soins sont examinés en tant que de besoin par le sous comité médical, afin de les soumettre au CODAMUPS TS. Des professionnels non-membres du sous-comité mais intervenant dans le dispositif de PDS pourront être invités à la réunion du sous-comité.

L'évaluation porte notamment sur les éléments suivants : sectorisation, régulation, tableau de permanence et articulation entre le système de permanence des soins et les autres modalités de réponse aux demandes de soins non programmés.

- La définition des indicateurs et les sources

Afin d'assurer une évaluation annuelle globale du fonctionnement de la PDS, les différents acteurs devront fournir les indicateurs suivants avant le 31 mars de l'année n+1 :

- Conseils départementaux de l'ordre des médecins :
 - Nombre de médecins généralistes
 - Nombre de médecins exemptés par territoires de PDS
 - Taux de remplissage des tableaux de permanence
 - Nombre d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires

- Associations de régulation :
 - Nombre de médecins formés à la régulation
 - Nombre d'appels reçus par tranches horaires
 - Répartition des appels par type de réponse et par tranches horaires
 - Nombre d'affaires traités par heure
 - Nombre d'incidents signalés ou plainte par écrit quelle qu'en soit l'origine

Afin d'adapter le dispositif aux besoins, ces informations seront complétées par :

- une mesure de l'impact du dispositif de PDSA sur l'activité des services hospitaliers d'urgence (nombre de patients CCMU1 pris en charge par tranches horaires),
- des données directement disponibles à l'ARS ou recueillies à partir des bases de l'Assurance Maladie
- et des plaintes et réclamations adressées à l'ARS par les usagers.

Tout autre indicateur jugé pertinent, ainsi qu'une appréciation qualitative sur le dispositif et les difficultés éventuelles, peuvent être ajoutés.

La liste des indicateurs à renseigner est précisée dans l'annexe 3.

Modalités de recueil, de suivi et de communication des incidents

- La définition des incidents

On entend par incident tout évènement organisationnel et/ou fonctionnel susceptible de nuire à la prise en charge et/ou à la qualité des soins non programmés durant les heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

Quelques exemples d'incidents :

- Non application de la procédure de réquisition
- Absence d'effecteur malgré l'inscription sur tableau de garde
- Difficultés techniques à joindre un effecteur

-

- Les modalités de recueil et de suivi des incidents

Les incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDSA seront signalés par les différents acteurs, à l'ARS, à l'aide de la fiche de dysfonctionnement jointe en annexe n° 4.

Un suivi régional de ces incidents sera effectué par l'ARS par l'intermédiaire d'une l'instance régionale de coordination et de suivi de la PDSA qui sera mis en place et qui regroupera l'URPS médecins, le CROM, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, les Associations de régulation, le SAMU, les associations de représentants des usagers et l'Assurance Maladie.

Afin de garantir une cohérence dans l'organisation des différents dispositifs de garde, seront associés de façon occasionnelle des représentants des pharmaciens (URPS, Conseils de l'Ordre des Pharmaciens).

Cette instance aura également pour mission, en lien avec le CODAMUPS, de :

- recueillir et analyser les plaintes ou doléances relatives à la permanence des soins afin de proposer à la validation du DGARS des actions en vue d'améliorer le dispositif régional,
- effectuer un suivi des indicateurs de fonctionnement de la permanence des soins,
- veiller à l'amélioration de la qualité des prises en charge,
- mettre en place une démarche qualité harmonisée sur les 2 départements,
- partager l'observation du dispositif (statistiques communes),
- établir les coopérations nécessaires avec le futur Réseau de médecine d'urgence.

- Les modalités d'information des instances

La commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers, le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS TS) seront tenus informés, en tant que de besoin, par le DGARS des incidents survenus.

Révision du cahier des charges régional de la PDSA

Le présent cahier des charges pourra être révisé à tout moment, notamment suite à l'évaluation annuelle du dispositif de permanence des soins.

Toute modification du dispositif de permanence des soins entrera en vigueur à compter de la publication de l'arrêté modificatif.

Références

Références réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- 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.
- Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins
- 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
- Arrêté ministériel du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire
- Pour la garde pharmaceutique, art L 5125-22 modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 – art 15, art R4235-49 sur la communication des informations au public

Références non réglementaires

- Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Préconisations pour l'organisation et l'optimisation de la permanence des soins Mai 2010
- Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou télé prescription) dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations. Février 2009
- Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonne pratique. Mars 2011
- Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011, approuvée par arrêté du 22 septembre 2011 (JO du 25 septembre 2011), Titre 1er, Sous-titre 2

Annexes

1. La fiche de suivi de la participation des médecins libéraux à la régulation
2. La fiche de suivi de la participation des médecins libéraux aux astreintes
3. La liste des indicateurs d'évaluation complémentaires
4. La fiche de dysfonctionnement (incidents)
5. Les modalités de fonctionnement du groupe de travail régional
6. Procédure CAT devant un décès survenu au domicile
7. Procédure Gestion des appels au C15 pour les médecins régulateurs