

REGION ILE-DE-FRANCE

CAHIER DES CHARGES REGIONAL FIXANT LES CONDITIONS D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Arrêté DGARS du 29 mars 2013 N°DOSMS-2013-041

PREAMBULE

La Loi HPST confie à l'Agence Régionale de Santé l'organisation de la mission de service public de Permanence des soins ambulatoires (PDSA) en s'appuyant notamment sur l'élaboration d'un cahier des charges régional.

Dans la continuité du Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), l'Agence Régionale de Santé d'Ile-de-France entend donner au nouveau dispositif de PDSA toute sa place dans la réponse à la demande de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, en particulier dans l'objectif de qualité et de sécurité de la prise en charge.

Dans ce cadre, afin d'assurer à chaque appelant, quelle que soit sa situation, l'accès à la prise en charge la mieux adaptée, la régulation médicale constitue le véritable pivot de ce dispositif. De plus, une régulation médicale performante permet une efficacité accrue du dispositif par une réponse adaptée et graduée à l'état médical du patient : conseils, consultation en point fixe, visite à domicile, recours à l'aide médicale urgente... Cette régulation médicale, renforcée de la participation accrue des médecins libéraux, s'appuiera sur une nouvelle gouvernance des Centres de Réception et de Régulation des Appels des Centres I5.

L'Agence Régionale Santé souhaite garantir sur chaque territoire une offre de prise en charge permettant à la régulation médicale d'orienter si besoin les patients vers les dispositifs de permanence des soins ambulatoires adaptés et, en conséquence, limiter les passages aux urgences aux situations qui le justifient. A ce titre, l'activité des médecins libéraux participant à ces dispositifs se doit d'être pérennisée, confortée et le cas échéant renforcée. L'ensemble des ressources en termes d'effectif seront sollicitées pour garantir sur chaque territoire de la région une réponse adaptée à la demande.

Par ailleurs, une communication forte envers les usagers, doit accompagner ces orientations : l'information sur le bon usage du dispositif de PDSA et le rôle fondamental de la régulation médicale, constitue un levier majeur de la réussite de cette organisation. Elle doit permettre d'optimiser les ressources médicales disponibles et de présenter les alternatives au recours spontané aux services d'urgence. Il conviendra à ce titre d'associer les représentants des usagers, les représentants des médecins, les représentants des collectivités et l'assurance maladie à cette campagne d'information pour garantir son succès.

La dimension régionale introduite par le nouveau cadre réglementaire ne doit pas minimiser l'importance des déclinaisons territoriales du cahier des charges et l'adaptation du dispositif aux spécificités locales. Dès cette première version, il importe que les acteurs locaux participent activement à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du cahier des charges. La nouvelle organisation territoriale permet, d'une part, de réagir rapidement aux éventuels dysfonctionnements qui pourraient survenir et, d'autre part, d'améliorer progressivement le dispositif dans son ensemble.

SOMMAIRE

PRINCIPES GENERAUX	9
INTRODUCTION	10
A. PRESENTATION DU CAHIER DES CHARGES	10
B. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU CAHIER DES CHARGES REGIONAL	12
C. ARTICULATION AVEC D'AUTRES SCHEMAS ET PROGRAMMES	13
I. ETAT DES LIEUX ET ENJEUX EN ILE-DE-FRANCE	14
A. CARACTERISTIQUES REGIONALES	14
B. LE ROLE DES ACTEURS	15
C. CHIFFRES CLES	16
II. PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION DE LA PDSA	17
III. LA REGULATION MEDICALE	18
IV. L'EFFECTION	20
V. PICS D'ACTIVITE ET SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE	22
VI. GOUVERNANCE, SUIVI ET EVALUATION	23
A. LES NOUVELLES STRUCTURES DE GOUVERNANCE REGIONALE ET DEPARTEMENTALE : CONSTITUTION ET ROLE	23
B. SUIVI ET EVALUATION	24
VII. FINANCEMENT	27
A. LA REMUNERATION DES MEDECINS LIBERAUX DE PERMANENCE	27
B. LES CONDITIONS ET PRINCIPES	27
C. LA REPARTITION DE L'ENVELOPPE REGIONALE PDSA	28
D. LES AUTRES MOYENS FINANCIERS MIS EN ŒUVRE	28

**VIII. COMMUNICATION SUR LE BON USAGE DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES** **29**

DÉCLINAISONS TERRITORIALES

SOMMAIRE TYPE DES DECLINAISONS TERRITORIALES **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

I. ETAT DES LIEUX DEPARTEMENTAL **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

- CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUE ET DEMOGRAPHIQUE DU DEPARTEMENT **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- L'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRE **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- ARTICULATION AVEC L'OFFRE HOSPITALIERE, LE SDIS OU LA BSPP ET LES TRANSPORTEURS SANITAIRES **ERREUR !
SIGNET NON DEFINI.**
- LIEUX D'INTERVENTION PARTICULIERS **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- INFORMATION ET COMMUNICATION **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

II. REGULATION MEDICALE **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

- II. A - ORGANISATION GENERALE **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- II. B - GESTION DES PERIODES DE TENSION ET DE PICS D'ACTIVITÉ **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- II. C - MODALITES D'ELABORATION, DE MISE A JOUR ET DE VALIDATION DES TABLEAUX DE GARDE POUR
L'EFFECTION

III. EFFECTION **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

- III. A - TERRITOIRES DE PDSA **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- III. B - MODALITES D'INTERVENTION DES EFFECTEURS **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- III. C - MODALITES D'ELABORATION, DE MISE A JOUR ET DE VALIDATION DES TABLEAUX DE GARDE POUR
L'EFFECTION **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**
- III. D - GESTION DES PERIODES ET DES PICS D'ACTIVITE **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

IV. REMUNERATIONS ET FINANCEMENT **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

V. INFORMATION ET COMMUNICATION **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

VII. ANNEXES RELATIVES AU DISPOSITIF TERRITORIAL **ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.**

PARIS (75) **35**

SEINE-ET-MARNE (77) **51**

YVELINES (78) **78**

ESSONNE (91) **101**

<u>HAUTS-DE-SEINE (92)</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>SEINE-SAINT-DENIS (93)</u>	<u>155</u>
<u>VAL-DE-MARNE (94)</u>	<u>182</u>
<u>VAL D'OISE (95)</u>	<u>200</u>
<u>ANNEXES AU CAHIER DES CHARGES REGIONAL</u>	<u>231</u>
<u>ANNEXE 1 : GLOSSAIRE – ACRONYMES</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>ANNEXE 2 : DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>ANNEXE 3 : PROCEDURE DE PAIEMENT DES FORFAITS DE PERMANENCE DES SOINS</u> <u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>	
<u>ANNEXE 4 : RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU CRRA-C15 POUR LA PERMANENCE DES SOINS</u> <u>AMBULATOIRES</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>ANNEXE 5 : DISPOSITIF DE REMUNERATION DEGRESSIVE POUR LES GARDES POSTEES</u> <u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>	
<u>ANNEXE 6 : TABLEAUX DE GARDE (TRAMES TYPE)</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>ANNEXE 7 : CALENDRIERS 2013 ET 2014</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>RECOMMANDATIONS (SANS CARACTERE D'OPPOSABILITE)</u>	<u>256</u>

STATUTS DE L'ASSOCIATION DEPARTEMENTALE DES MEDECINS LIBERAUX POUR LA REGULATION MEDICALE ET LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

PRINCIPES GÉNÉRAUX

INTRODUCTION

a. Présentation du cahier des charges

▪ La PDSA depuis la loi HPST

La loi HPST qualifie la permanence des soins ambulatoires de mission de service public. Elle confie au directeur général de l'ARS :

- le pilotage du dispositif de la permanence des soins ambulatoires (PDSA),
- la partie forfaitaire de son financement,
- la définition des territoires de permanence des soins ambulatoires.

Conformément aux dispositions du décret n°2010/809 du 13 juillet 2010, le présent cahier des charges formalise les principes généraux sur lesquels se fonde l'organisation du dispositif de PDSA en Ile-de-France, ainsi que les déclinaisons opérationnelles pour chacun des huit départements.

Les principes sur lesquels reposait le dispositif de PDSA sont maintenus :

- volontariat des médecins participant à la PDSA,
- accès médicalement régulé au médecin de permanence,
- territorialisation et rémunération forfaitaire.

▪ Définition de la mission de PDSA

La permanence des soins ambulatoires est définie comme le dispositif devant répondre par des moyens structurés, adaptés et médicalement régulés, aux demandes de soins non programmés survenant aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux c'est-à-dire :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- 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.

La permanence des soins ambulatoires est assurée par les médecins volontaires 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.

La permanence des soins ambulatoires peut être assurée en collaboration avec les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'Agence régionale de santé.

- Contenu du cahier des charges

Le cahier des charges est précisé par les textes et comprend :

- l'organisation de la régulation médicale des appels,
- l'organisation générale de l'offre de soins ambulatoire assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés aux horaires de la PDSA,
- les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département,
- les lieux fixes de consultation.

Le cahier des charges définit les modalités de suivi et d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins ambulatoires, avec précision des modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement du dispositif.

Le cahier des charges détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires, sont informés du suivi et de l'évaluation du dispositif de PDSA.

Le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des médecins participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale.

- Opposabilité du cahier des charges

Le présent cahier des charges régional définit le cadre opposable à chacun des acteurs participant au dispositif de PDSA, notamment :

- par l'évolution de la gouvernance du dispositif de régulation médicale, aux niveaux régional et territorial,
- par les tableaux de garde qui sont établis pour chaque territoire de permanence des soins. Les cas de carence peuvent donner lieu à réquisition par le Préfet,
- par la mise en place, dans les centres de régulation médicale, d'une traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires, conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la Haute Autorité de santé et des sociétés savantes,
- par les rémunérations forfaitaires retenues par période, effecteur et territoire de permanence, dans le respect de l'enveloppe régionale annuelle allouée à l'ARS et les montants minimum fixés par arrêté du 20 avril 2011,
- par l'harmonisation des modalités de suivi et d'évaluation du dispositif, et du signalement des dysfonctionnements.

- Publication, mise en œuvre et révision

L'organisation décrite dans le cahier des charges entre en vigueur au lendemain de la publication de l'arrêté du DGARS fixant le cahier des charges régional.

Cet arrêté est pris après avis des comités départementaux mentionnés à l'article R. 6313-I (les CODAMUPS-TS), 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 (URPS-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 dispositions transitoires, précisées dans la convention nationale des médecins du 26 juillet 2011 concernant le versement des rémunérations forfaitaires, prendront fin, pour les professionnels exerçant dans la région, au lendemain de la publication de l'arrêté.

Du fait de l'allocation annuelle de l'enveloppe PDSA, une révision au moins formelle du cahier des charges régional est à prévoir chaque année, après avis des instances en charge de l'évaluation du dispositif de permanence des soins.

Toute modification du dispositif de permanence des soins ambulatoires entrera en vigueur l'année suivante, avec la publication d'un nouvel arrêté du directeur général de l'ARS.

b. Méthodologie d'élaboration du cahier des charges régional

▪ Une démarche progressive

Au regard de l'hétérogénéité des organisations entre les départements franciliens et de la contrainte financière, l'ARS a prévu les étapes suivantes pour renforcer l'organisation de ce dispositif :

- dès 2012, un cahier des charges basé sur une évolution significative mais progressive du dispositif, pour renforcer notamment les dispositifs libéraux de la régulation et de l'effectif,
- dès publication de l'arrêté, une période de déploiement et d'observation permettant à la fois de mettre en place les outils de gouvernance locaux et le recueil des indicateurs de suivi,
- puis, contemporain de la publication du SROS-PRS, une relecture du cahier des charges initial s'appuyant notamment sur les enseignements tirés du suivi et de l'évaluation du dispositif, permettant de valider les choix émis et le cas échéant, de faire émerger des évolutions plus conséquentes.

▪ Un pilotage régional, une concertation et un suivi au niveau territorial

Le pilotage par l'ARS du dispositif de PDSA en Ile-de-France associe au sein d'un comité de pilotage les partenaires suivants : URPS-médecins, représentants des Ordres, des associations de permanence des soins, des SAMU et des urgentistes, des représentants des transporteurs sanitaires, des usagers au titre de la CRSA, de l'Assurance maladie, un représentant des centres de santé, un représentant de l'AMIF.

Au niveau régional, sont définis les principes généraux d'organisation du dispositif de PDSA, la répartition des forfaits par territoire de permanence des soins dans le respect de l'enveloppe régionale, les modalités de suivi et d'évaluation, les circuits de signalement et de traitement des dysfonctionnements.

Au niveau départemental, les acteurs locaux sont sollicités pour proposer une déclinaison territoriale des principes régionaux, pour suivre le dispositif et les éventuelles modifications à apporter pour l'améliorer, dans le respect des contraintes financières régionales.

Dans ce cadre, la mise en place d'une Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire réunissant tous les acteurs libéraux du territoire concerné (régulateurs, effecteurs fixes et mobiles et représentants de tous les médecins libéraux exerçant sur le territoire dans le cadre de la PDSA), sera favorisée afin de :

- participer à la gouvernance du dispositif,
- devenir l'interlocuteur des différents partenaires,
- et sécuriser la mise en place des dispositions prévues dans ce cahier des charges.

c. Articulation avec d'autres schémas et programmes

Si le cahier des charges régional de la PDSA s'inscrit dans un cadre réglementaire spécifique, il convient qu'il soit élaboré en cohérence avec :

- les orientations du volet ambulatoire du SROS, notamment celles relatives aux aspects liés à la démographie médicale et à la continuité des soins,
- le volet Urgences du SROS sanitaire : notamment pour la cohérence de l'offre et du maillage territorial entre les points fixes de garde et les structures de médecine d'urgence,
- la réorganisation de la PDSES,
- le volet imagerie du SROS,
- le volet « Psychiatrie » du SROS pour les demandes de soins non programmées des patients présentant des troubles psychiques,
- le schéma bucco-dentaire,
- le schéma médico-social,
- les orientations du SROS biologie,
- les dispositifs de garde pharmaceutique et de garde ambulancière, organisés dans un cadre spécifique départemental.

I. ETAT DES LIEUX ET ENJEUX EN ILE-DE-FRANCE

a. Caractéristiques régionales

Région caractérisée avec un centre dense, urbain et une problématique semi-rurale en grande couronne, l'Île-de-France concentre 20% de la population nationale sur une superficie de 12 000 km².

Il existe des disparités et des spécificités départementales, notamment en termes d'accès aux soins et de précarité.

Elle se caractérise par une densité régionale d'omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale, une importante offre hospitalière notamment en sites d'urgence, des Centres de réception et de régulation des appels (CRRA)-Centres 15 à très forte activité.

En moyenne, près de 11% des omnipraticiens libéraux installés dans la région participent au dispositif organisé de PDSA (perception d'un forfait d'astreinte ou de régulation). Les modalités de participation sont les suivantes :

- la régulation médicale des appels relevant de la permanence des soins ambulatoires, organisée au sein des 8 CRRA-CI5 de la région. Pour 5 d'entre eux, les médecins libéraux sont présents 24 heures sur 24 ;
- les consultations dans un point fixe de garde, dont près de 40 maisons médicales de garde (MMG) ;
- les visites à domicile.

Les effecteurs se répartissent pour 7 départements, sur 103 secteurs de permanence des soins les dimanches et jours fériés, 99 secteurs en première partie de nuit, 61 secteurs en nuit profonde. En effet, Paris ne compte qu'un seul secteur de permanence des soins.

Quelques secteurs sont dépourvus d'organisation locale de la PDSA et s'appuient sur les urgences des établissements de santé (le Vexin ainsi que le Sud et Sud-est de la Seine-et-Marne).

Les points fixes de consultations ne fonctionnent pas après minuit et seuls les effecteurs mobiles interviennent en 2nde partie de nuit sur la plus grande partie de la région.

La complétude des tableaux de garde départementaux est obtenue à plus de 90%, les réquisitions sont exceptionnelles et le fonctionnement de la PDSA est jugé globalement satisfaisant.

Dans la logique de la loi HPST, les enjeux de la réorganisation du dispositif de PDSA, seront :

- le développement de la composante ambulatoire de la Permanence des soins,
- la limitation des recours non pertinents aux services d'urgence,

et en lien avec les principes du plan stratégique régional de santé :

- assurer un égal accès à une prise en charge adaptée pendant les horaires de PDSA, sur tous les territoires,
- accroître la qualité du dispositif,
- optimiser son efficacité.

b. Le rôle des acteurs

1) de la régulation médicale

Les 8 Centres de Réception et de Régulation des Appels – Centres 15 (CCRA-C15) implantés au sein des SAMU de la région, fonctionnent tous avec des équipes composées de médecins régulateurs hospitaliers et libéraux dans les mêmes locaux, comme préconisé par les standards de qualité.

Dans 3 départements (75, 77, 95), les médecins régulateurs libéraux ne sont pas présents en deuxième partie de nuit. Dans 5 départements, un ou deux médecins régulateurs libéraux sont présents 24 heures sur 24. Une association de médecins régulateurs libéraux organise la répartition des gardes dans 5 départements (75, 91, 92, 93, 95).

Dans 3 départements (78, 92, 94), les médecins libéraux ont pour l'exercice de l'activité de régulation médicale, la qualité de praticien attaché.

2) de l'effectif

- Effecteurs postés

Des Amicales de médecins libéraux organisent localement des tours de garde, que les médecins effectuent à leur cabinet (75, 78, 92, 93), ou dans des points fixes sous forme de gardes postées.

Une maison médicale de garde (MMG) se définit « comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation non programmée ».

Les 40 MMG recensées en Ile-de-France se caractérisent par :

- une répartition territoriale contrastée : 2 MMG dans le 95, 12 SAMI dans le 94
- le portage par une association départementale (75, 78, 91, 94)
- une situation à proximité ou dans l'enceinte d'un établissement de santé pour un quart d'entre elles,
- une activité faible en semaine (moins de 6 patients en 4 heures en moyenne), soutenue le dimanche,
- une part variable d'accès direct, même si le principe de l'accès régulé est maintenu,
- une patientèle d'enfants (près de 30%) et d'adultes de moins de 60 ans, venant pour un motif médical, souvent en rapport avec une affection aiguë,
- un accès pratiquement généralisé à la télétransmission et à la dispense d'avance des frais,
- un fonctionnement subventionné par l'ARS, par le biais du FIQCS, pour 34 d'entre elles.

- Effecteurs mobiles

S'agissant des associations de permanence des soins, la région présente des caractéristiques spécifiques en particulier au centre de la région.

Elles sont très présentes en Ile-de-France, et couvrent généralement les zones urbaines et péri-urbaines. Parmi elles, les associations appartenant à SOS Médecins occupent une place très importante dans l'offre de visites à domicile et, plus récemment, sous forme de points fixes de consultations non programmées, dans les départements de Paris, de la Seine-et-Marne, des Yvelines, de l'Essonne, du Val d'Oise.

Leurs plateformes d'appels, dont les numéros sont bien connus du public, traitent un volume important d'appels en journée comme aux horaires de la PDSA. Leur organisation leur permet de mobiliser de façon souple les médecins effecteurs, pour s'adapter à la fluctuation des demandes de soins non programmées. De façon générale, l'intervention d'un médecin à domicile est déclenchée dans les limites de la zone couverte par l'association. Les appelants peuvent aussi bénéficier à leur demande, de conseils médicaux donnés par un médecin de SOS médecins.

Sur les territoires où elles sont implantées, les associations de permanence des soins constituent après minuit, la seule alternative libérale aux urgences hospitalières, et dans certains départements, la seule offre libérale les soirs en semaine.

En ce sens, elles constituent une part significative de l'offre de soins aux horaires de la permanence des soins ambulatoires pour la prise en charge d'urgences non vitales.

Dans le cadre du dispositif organisé de PDSA, les associations de permanence sont reconnues comme des effecteurs incontournables par les CRRA-CI5, dans les départements dans lesquels leur centre d'appel est interconnecté avec le SAMU-CI5 : pour les visites dites incompressibles ou les nombreuses situations pour lesquelles il est nécessaire de procéder à un examen à domicile, en particulier pour les populations fragiles ne pouvant se déplacer (enfants, personnes âgées..).

3) Les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) ont un rôle important et consacrent une partie significative de leurs moyens, dont un responsable ordinal, à l'organisation de la permanence des soins. Leurs principales missions sont de :

- gérer les tableaux de permanence, de plus en plus de manière informatisée veiller à leur complétude,
- faire émerger des propositions d'amélioration du dispositif de PDSA, en lien avec les médecins, le SAMU, l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie.

Les CDOM se mobilisent également sur la continuité des soins, notamment au moment des périodes de congés. De plus, ils interviennent en instruisant les plaintes relatives à la permanence des soins.

c. Chiffres clés

Pour la régulation médicale, la moyenne régionale s'établit, tous horaires confondus, à près de 180.000 dossiers médicaux traités par CRRA-CI5 avec une part importante, d'informations et de conseils médicaux qui peut atteindre près de 40% des décisions de régulation. L'activité des médecins régulateurs libéraux est prédominante en première partie de nuit, les fins de semaine et lors des pics d'activité saisonniers, notamment hivernaux.

Pour l'effectif, près de 1400 médecins ont participé à la PDSA en assurant des consultations en garde (dans leur cabinet médical, en point fixe ou MMG), près de 360 médecins prenant part à une activité de visite à domicile.

L'activité effectuée aux horaires de la PDSA a représenté en 2010

- près de 900 000 actes (consultations et visites), dont :
- 40% de consultations et 60% de visites
- 45% effectués les samedis, dimanches et jours fériés
- 12 % effectués entre minuit et 8 heures

Le coût global de la PDSA en Ile-de-France a été évalué à 77,7 M€ pour l'année 2010. Il résulte de la somme du coût des actes médicaux (50,5 M€), des astreintes (3,5M€), des forfaits de régulation (2,6 M€), de la garde ambulancière (18,9 M€) à laquelle vient s'ajouter la ligne PDSA du FIQCS (2,2 M€).

II. PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION DE LA PDSA

L'Agence régionale de santé entend :

Pour la régulation médicale :

- Affirmer le principe intangible d'une régulation médicale, conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), comme pivot du dispositif
- Renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation médicale en s'appuyant sur la mise en place d'Associations départementales des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire, réunissant tous les acteurs libéraux
- Promouvoir une régulation médicale de qualité (formation, conditions de travail, ...) et l'évaluer
- Privilégier l'unité de lieu des régulateurs par département dans les CRRA-CI5, gage d'une organisation conjointe et équilibrée par les médecins libéraux et hospitaliers aux horaires de la PDSA

Pour l'effectif :

- Inciter à la participation des médecins libéraux à la PDSA
- Formaliser le recours pour les zones actuellement non couvertes
- Favoriser le fonctionnement et le développement, lorsque nécessaire, des dispositifs de garde postée
- Accroître le niveau d'exigence auprès des effecteurs (délais, services rendus,...)
- Développer l'accessibilité financière de tous les dispositifs de PDSA, par le tiers-payant
- Favoriser la communication auprès du grand public sur le bon usage et le fonctionnement des dispositifs dans chaque département

Pour la gestion du dispositif :

- Mettre en place un comité de pilotage régional de la PDSA (ARS, URPS, Ordres, SAMU et urgentistes, associations de PDSA, représentant des usagers, des centres de santé, des transporteurs sanitaires, des collectivités territoriales, de l'Assurance maladie)
- Mettre en place un comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale dans le cadre de la PDSA dans chaque département, comprenant des représentants de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, de l'Ordre des médecins, du SAMU et de l'ARS.
- Développer les conditions d'un suivi et d'une évaluation du dispositif par le développement de systèmes d'information modernisés

III. LA REGULATION MEDICALE

« 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 [présent] cahier des charges [...]. »

«[...] Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels[...]. »

« 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 [...]. »

Articles R. 6315-3 et L6314-1 du CSP

- **Le principe intangible d'une régulation médicale, conforme aux recommandations HAS**

L'ARS Ile-de-France entend affirmer le principe d'une régulation médicale, comme pivot du dispositif de PDSA.

La régulation médicale se définit comme un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur de permanence, dans les conditions définies par la HAS et conformément aux recommandations des sociétés savantes. Ce mode d'organisation tel que préconisé, constitue un objectif cible que l'ARS entend atteindre à courte échéance en Ile-de-France.

- **La participation des médecins libéraux : élément incontournable de l'activité de régulation médicale**

La participation des médecins libéraux à l'activité de régulation médicale doit être valorisée et renforcée, puisqu'elle permet :

- d'améliorer la qualité de la réponse à la demande de l'appelant, notamment pour les conseils,
- d'optimiser le recours aux soins non programmés, par une meilleure orientation des demandes de soins entre les acteurs de l'aide médicale urgente et ceux de la permanence des soins,
- et au régulateur hospitalier de se recentrer sur l'aide médicale urgente.

En Ile-de-France, des médecins libéraux volontaires participent à la régulation médicale des huit Centres de réception et de régulation des appels (CRRA) - Centres 15, et sont présents 24 heures sur 24 pour certains d'entre eux.

La participation des médecins libéraux dans les CRRA-CI5 en nuit profonde (0h-8h) sera soutenue et renforcée par la présence possible de deux médecins régulateurs libéraux, en fonction de l'activité constatée pendant cette période, afin de garantir une prise en charge homogène et adaptée sur l'ensemble de la région. Les aménagements locaux seront proposés à l'initiative du Comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale et soumis à l'avis du Comité de Pilotage Régional avant mise en œuvre décidée par le DGARS.

La progression du nombre d'appels relevant de la PDSA, la démographie défavorable des médecins régulateurs libéraux, la collaboration étroite et immédiate, nécessaire entre libéraux et hospitaliers pour cette activité exigeante, la nécessité d'un lieu dédié et équipé, sont autant d'éléments convergents pour considérer en Ile-de-France, les CRRA-CI5 comme lieux privilégiés de la régulation médicale.

- **Les CRRA- CI5, lieu d'organisation conjointe de l'activité de régulation médicale**

L'ARS Ile-de-France a pour objectif de faire évoluer sous sa gouvernance, le fonctionnement actuel des CRRA-CI5, organisé par le service d'aide médicale urgente. Il s'agit de mettre en place une organisation conjointe et paritaire entre médecins régulateurs libéraux et hospitaliers, structurée au plan départemental autour de cette mission de service public. Le CRRA-CI5 a vocation à constituer dans ce cadre la « Maison commune » de la régulation médicale.

Dans chaque département, le représentant de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire est l'interlocuteur libéral au sein du CRRA-CI5, pour les médecins ou structures installés dans le département. Cette association assure la participation de médecins libéraux à la régulation médicale des appels, dans le cadre d'une convention passée avec l'établissement siège du SAMU, soumise à l'avis du Comité de pilotage régional de la PDSA. Les dispositions de cette convention doivent assurer :

- la permanence du fonctionnement du CRRA-CI5,
- une réponse rapide et adaptée aux appels reçus,
- la neutralité absolue des orientations vis-à-vis des effecteurs qu'ils relèvent du secteur public ou privé.

La participation à la régulation médicale reste ouverte aux médecins volontaires, à titre individuel, ou à des associations de permanence des soins, selon des modalités définies par le règlement intérieur du CRRA-CI5 pour la PDSA. Un comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale est constitué dans chaque département et a vocation à veiller au fonctionnement optimal de la régulation médicale aux horaires de la PDSA et en assurer le suivi et l'évaluation.

- **L'accès au médecin de permanence**

Le numéro d'appel 15 donne accès à la régulation médicale téléphonique quel que soit le lieu de la région.

Les associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le CRRA-CI5 et assurant une régulation médicale des appels, peuvent également être accessibles pour cette régulation téléphonique sous réserve d'une convention passée avec l'établissement siège du SAMU-CI5 soumise à l'avis du Comité de pilotage régional de la PDSA.

- **Renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation médicale**

L'ARS Ile-de-France entend prendre toutes les mesures pour rendre plus attractive l'activité de régulation médicale aux horaires de la PDSA, notamment auprès des médecins libéraux, tout en harmonisant les conditions de rémunération entre les départements.

- **Promouvoir une régulation médicale de qualité (formation, conditions de travail, évaluation...)**

L'activité de régulation médicale demande une formation médicale initiale et continue, ainsi qu'une évaluation au regard des recommandations de bonnes pratiques en vigueur.

La conformité du dossier médical de régulation médicale aux recommandations de la HAS pour les appels de PDSA, constitue un facteur d'amélioration de la qualité des pratiques, en permettant l'évaluation de l'activité de la régulation médicale.

- **Evaluation**

Les modalités de fonctionnement et d'évaluation sont précisées dans le chapitre « Suivi et évaluation » du présent cahier des charges.

IV. L'EFFECTION

- **La participation des médecins libéraux à la PDSA**

L'ARS Ile-de-France entend soutenir l'implication des médecins libéraux dans la permanence des soins sur l'ensemble des territoires de la région, pour offrir une alternative aux recours spontanés aux services d'urgence. Les différentes modalités d'effectio n existantes sont les suivantes :

- les gardes « traditionnelles » en cabinets libéraux,
- les points fixes de consultation (Maisons médicales de garde ou points fixes), qui assurent l'accès à des consultations de médecine générale pour les situations ne pouvant pas attendre la réouverture des cabinets médicaux. Ils permettent la réalisation d'actes de diagnostic et/ou de soins qui ne nécessitent pas un accès immédiat à un plateau technique installé sur site.
- les associations de permanence des soins occupent une place notable pour la réalisation des visites incompressibles. De plus, les médecins généralistes libéraux « isolés » et, dans certains territoires, des effecteurs mobiles dédiés à la régulation médicale du CRRRA-CI15 assurent également ces visites. Il s'agit des visites qui ne peuvent être différées, parmi lesquelles les visites immédiates avec priorité et les visites dans les délais usuels.

L'ARS Ile-de-France entend prendre des mesures pour rendre plus attractive l'activité d'effectio n, notamment en réduisant les disparités de rémunération entre départements.

La période d'observation suivant la publication du cahier des charges permettra d'engager la réflexion sur une participation progressive et volontaire d'autres médecins spécialistes libéraux en appui au dispositif de PDSA, notamment pour la biologie et l'imagerie.

Outre les médecins libéraux, la contribution des médecins salariés, notamment des centres de santé, sera recherchée en oeuvrant à la levée des difficultés réglementaires actuelles

- **Le recours pour les zones actuellement non couvertes**

Pour l'ARS Ile-de-France, l'objectif est de tout mettre en œuvre pour augmenter le nombre de territoires couverts par une offre de permanence des soins ambulatoires et de limiter le relais par les urgences hospitalières aux seules zones ne trouvant pas de solution locale. Cette action nécessitera la mobilisation de moyens relevant de l'effectio n et des transports sanitaires avec des modalités financières adaptées et spécifiques à ces zones.

- **Favoriser le fonctionnement et le développement, lorsque nécessaire, des dispositifs de garde postée**

Selon le contexte local, l'extension ou le redimensionnement des horaires d'ouverture des maisons médicales de garde (MMG) ou points fixes existants fait partie des mesures à envisager pour optimiser leur niveau d'activité actuel. La création de nouveaux lieux fixes de consultation peut être proposée en fonction de besoins objectivés. De façon générale, les projets de PDSA (nouveau point fixe, modification de la zone d'intervention d'un effecteur mobile...) seront soumis à l'avis du CODAMUPS-TS du département concerné et à celui du comité de pilotage régional PDSA, avant décision du directeur général de l'ARS.

- **Accroître le niveau d'exigence auprès de tous les effecteurs (délais, services rendus,...)**

De façon générale, la disponibilité des effecteurs telle que prévue dans le présent cahier des charges, est un élément essentiel du dispositif de PDSA.

Cet objectif doit pouvoir s'appuyer dans chaque territoire sur l'ensemble des acteurs de la PDSA et notamment sur la création de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire.

Il convient, pour le sécuriser que :

- la liste à jour des effecteurs soit transmise avant la période de garde, si possible de façon nominative, au conseil de l'Ordre qui en assure sa diffusion, comme prévu par le décret du 13 juillet 2010,
- les acteurs locaux définissent, dans le cadre des conventions qui les lient, les modalités de confirmation de leur prise de garde auprès des centres de régulation médicale,
- le retour d'information des effecteurs au centre de régulation médicale soit effectué conformément aux recommandations en vigueur.

L'inscription sur un tableau de garde oblige à répondre aux sollicitations de la régulation médicale du CCRA-CI5, pour tous les acteurs de l'effectif (médecin de permanence, association de visite...).

Dans ce cadre, les délais de réponse à la sollicitation doivent être conformes aux délais d'interventions requis par l'état de santé du patient apprécié par le médecin régulateur.

Les informations concernant ces délais sont suivies par le Comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale.

- **Développer l'accessibilité financière de tous les dispositifs de PDSA par le tiers-payant**

L'ARS s'inscrit en appui de la démarche précisée par la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, visant à développer l'accès au tiers-payant dans le cadre de la permanence des soins, en particulier pour les points fixes de garde. Cette disposition est de nature à faciliter l'orientation des patients vers un dispositif de PDSA et à réduire sur ce point l'attractivité des services d'urgence.

- **Favoriser la communication auprès du grand public sur le bon usage et le fonctionnement des dispositifs dans chaque département.**

Une communication harmonisée, sur le bon usage du dispositif de PDSA, du recours au 15 et aux urgences, est à organiser pour la région, en lien avec les partenaires impliqués aux niveaux régional et territorial. Les différences d'organisation des dispositifs de chaque territoire conduiront vraisemblablement à envisager des campagnes spécifiques pour chaque département en associant l'ensemble des partenaires, notamment les médecins libéraux.

Un axe de cette communication permettra d'identifier le CCRA-CI5, non plus comme exclusivement hospitalier mais bien, comme une entité où collaborent des médecins libéraux et hospitaliers pour apporter une réponse efficace et permanente aux appels médicaux urgents.

V. PICS D'ACTIVITE ET SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

Au vu des remontées d'informations provenant des dispositifs de veille et d'alerte (suivi des pics épidémiques, de l'activité des structures des urgences), de l'activité des régulations médicales et des sollicitations des professionnels de terrain, le Directeur Général de l'ARS prend la décision de renforcer si besoin, les effecteurs de la PDSA, pour une période transitoire.

Cet ajustement des effectifs médicaux sera envisagé en priorité pour la régulation médicale téléphonique.

L'ARS Ile-de-France entend élaborer avec les acteurs impliqués, un outil de modélisation des variations d'activité saisonnières des soins ambulatoires, permettant de prévoir et de déclencher le renforcement du dispositif de PDSA, sur des critères objectifs harmonisés.

VI. GOUVERNANCE, SUIVI ET EVALUATION

a. Les nouvelles structures de gouvernance régionale et départementale : constitution et rôle

Le nouveau dispositif repose sur :

- **le Comité de pilotage régional de la PDSA, en formation plénière ou restreinte.**

En formation plénière, ce comité de pilotage régional (COPIL) est composé des représentants de l'Agence régionale de santé, l'URPS-Médecins, des associations de permanence des soins, des Ordres, des directeurs de SAMU, des urgentistes, des centres de santé, des transporteurs sanitaires, des usagers, de l'Assurance maladie, de l'Association des maires d'Ile-de-France (AMIF).

Le COPIL a en charge le suivi et l'évaluation du dispositif au niveau régional, pour l'effectif et la régulation. Il est destinataire des rapports d'activité annuel territoriaux, comprenant le suivi des indicateurs définis ci-après.

En formation restreinte, le comité est composé des représentants de l'URPS-Médecins, de l'Ordre des médecins, des directeurs de SAMU, de l'ARS.

Celui-ci a en charge l'arbitrage de toute difficulté non résolue au niveau territorial.

- **un Comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale dans le cadre de la PDSA est constitué dans chaque département.**

Il est le cœur du concept de maison commune de la régulation médicale énoncé dans le présent cahier des charges régional.

Il est composé d'un nombre limité de membres, représentant à parité :

- l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire, respectant la diversité de tous les acteurs libéraux
- le SAMU-CI5.

En composition élargie, ce comité pourra associer un représentant des médecins urgentistes des établissements hospitaliers publics, un représentant des médecins urgentistes des établissements de santé privés d'intérêt collectif et un représentant des médecins urgentistes des établissements de santé privés à but lucratif lorsqu'ils existent sur le territoire. Sont membres de droit de ce comité, le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou son représentant, et le Directeur Général de l'ARS ou son représentant.

La présidence de ce comité est assurée de façon alternée chaque année, par un représentant de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire, et par un représentant du SAMU-CI5.

Un bureau exécutif restreint issu de ce comité, composé du président de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires ou son représentant, du directeur du SAMU-CI5 ou de son représentant, du président du conseil de l'Ordre ou de son représentant ainsi que du Directeur Général de l'ARS ou son représentant, se réunit périodiquement afin de gérer de façon réactive, tout sujet le nécessitant. Les coordonnateurs libéral et hospitalier de la régulation, sont également associés à ce bureau.

Le comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale a pour rôle dans le cadre de la PDSA :

- de s’assurer du bon fonctionnement de la régulation médicale au sein du CRRA-CI5 et du respect des dispositions du règlement intérieur s’appliquant aux horaires de PDSA,
- de mettre en place une démarche qualité centrée sur les pratiques de régulation médicale,
- d’évaluer la neutralité et l’indépendance des décisions de régulation médicale et leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques médicales,
- d’étudier les signalements en rapport avec d’éventuels dysfonctionnements et proposer des solutions adaptées,
- de faire évoluer les règles de collaboration entre les différents acteurs,
- de contribuer au recueil et à l’analyse des données d’activité locales,
- de proposer au comité de pilotage régional, des évolutions de l’organisation générale et du règlement intérieur,
- d’élaborer un rapport d’activité annuel territorial à destination du comité de pilotage régional et des instances départementales que sont les CODAMUPSTS et les sous-comités médicaux, et de la CSOS CRSA.

En effet, au niveau départemental, les CODAMUPS-TS et les sous-comités médicaux sont les instances chargées par les textes, de veiller à l’organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population, et de proposer toutes les modifications jugées souhaitables.

*« Dans chaque département, un comité de l’aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille à la qualité de la distribution de l’aide médicale urgente, à l’organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l’article R. 6315-6 »
Art. R. 6313-I.-du CSP*

b. Suivi et évaluation

Ces comités médicaux territoriaux transmettent toutes les informations utiles aux CODAMUPS-TS et leurs sous-comités médicaux, instances chargées par les textes d’assurer le suivi et l’évaluation du dispositif de permanence des soins.

Les incidents répertoriés, relatifs à l’organisation et au fonctionnement de la permanence des soins, doivent faire l’objet d’une transmission au CODAMUPS-TS et à la commission spécialisée de l’organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l’autonomie. Le comité de pilotage régional en est également informé, ainsi que le cas échéant, les ordres départementaux dans le cadre de leurs missions.

– Outils et indicateurs du suivi et de l’évaluation

La liste des indicateurs de suivi fera l’objet d’une concertation régionale associant les partenaires territoriaux :

Pour la régulation médicale, les indicateurs suivants peuvent être proposés :

- le nombre d’appels reçus
- le délai moyen et la répartition de la prise en charge des appels par tranche horaire
- le nombre, la qualification de tous les dossiers traités pendant la permanence des soins par tranche horaire et périodes de PDSA

- le nombre de refus de prise en charge par les effecteurs, avec motifs et zones géographiques
- le nombre de transfert d'appel vers les plateformes d'association de visite
- la répartition des orientations entre les différents dispositifs par tranche horaire
- le nombre de transporteurs ou de SMUR engagés par carence d'effecteur mobile
- le nombre de médecins libéraux et hospitaliers participant à la régulation médicale
- le nombre moyen d'heures de régulation médicale effectuées par un médecin régulateur
- la qualification et le statut des régulateurs hospitaliers et libéraux

Pour les effecteurs mobiles :

- le nombre annuel de visites réalisées, avec précision du lieu géographique d'intervention et de la plage horaire de PDSA
- le nombre de visites effectuées à la demande du CRRA-CI5, réparties par mois et périodes de PDSA
- le nombre de visites effectuées pour des enfants, des personnes âgées (âges à définir)
- le nombre de visites effectuées dans une structure médico-sociale,
- le nombre de visites effectuées dans un lieu de détention
- le nombre de visites effectuées pour certificat de décès
- le nombre de visites à domicile suivies de l'adressage du patient à un service d'urgence
- le délai moyen et la répartition des interventions pour les visites incompressibles
- le nombre de visites n'ayant pas été rémunérées (patients non solvables)
- le nombre de médecins libéraux participant à l'effecteur mobile par département

Pour les effecteurs postés :

- nombre de patients vus en consultation, par plage horaire de PDSA et tranches de 4 heures.
- nombre de patients venus après orientation du CRRA-CI5,
- répartition selon les origines géographiques, les motifs médicaux
- le nombre de consultations effectuées pour des enfants, des personnes âgées (âges à définir)
- nombre de patients adressés par un service d'urgence, réorientés vers un service d'urgence
- le nombre de consultations n'ayant pas été rémunérées (patients non solvables)
- le nombre de médecins libéraux participant aux gardes par territoire de permanence des soins.

Suivi des dispositifs d'accès au médecin de permanence :

Pour chaque numéro d'appel opérationnel dans la région aux heures de PDSA, l'ARS Ile-de-France sera périodiquement destinataire d'informations visant à objectiver les modalités de réception, d'analyse et de traitement de l'appel :

- zone géographique desservie, plages de fonctionnement, modalités et numéro de renvoi, pourcentage des appels décrochés par unité de temps,
- qualité et formation des intervenants, procédures et protocoles en vigueur,
- le nombre par plages horaires de PDSA : d'appels reçus, d'appels traités dont pris en charge par un médecin, des réponses données par modalité (conseil téléphonique, orientation vers une consultation de médecine générale (point fixe ou MMG), envoi d'un médecin sur place, orientation vers une structure des urgences, envoi d'un SMUR), d'appels transférés au CRRA-I5

Autres indicateurs de suivi

L'ARS Ile-de-France prévoit également d'évaluer le fonctionnement du dispositif de PDSA au regard :

- du taux de couverture de la PDSA (astreintes versées/astreintes attendues)
- du nombre d'actes (consultations et visites) réalisés aux horaires de la PDSA
- du nombre de plaintes ayant fait l'objet d'une instruction par l'ARS
- du nombre de réquisitions par département
- des dysfonctionnements signalés par les comités médicaux territoriaux aux CODAMUPS-TS.

D'autre part, l'impact du dispositif de PDSA sera également étudié au regard :

- de l'évolution des passages aux urgences pendant la PDSA
- de l'évolution de l'activité des transporteurs sanitaires aux horaires de PDSA.

VII. FINANCEMENT

a. La rémunération des médecins libéraux de permanence

Le financement de la PDSA, telle que prévue dans le cahier des charges régional PDSA, s'inscrit dans **une enveloppe régionale** fixée annuellement dont la gestion est dévolue à l'ARS.

Dans ce nouveau contexte, **le cahier des charges régional PDSA constitue le document de référence pour les organismes locaux de l'Assurance maladie** pour procéder au paiement **de la rémunération forfaitaire des médecins** participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale téléphonique (art. R.6315-6 du CSP).

Cette rémunération ne peut être inférieure à 70€ par heure de régulation et à 150€ pour une garde d'une durée de 12 heures (arrêté du 20 avril 2011). Le montant des actes et des majorations applicables dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins sont, quant à eux, définis par la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011.

Les montants des forfaits de régulation et de gardes sont présentés selon les plages horaires actuellement précisées par la convention médicale. Les procédures d'élaboration et de transmission des tableaux de garde à l'ARS, la procédure permettant le paiement des forfaits sont jointes en annexe au présent cahier des charges.

b. Les conditions et principes

Les gardes des médecins généralistes de permanence sont rémunérées, si elles sont réalisées sur place, aux heures de permanence des soins ambulatoires, conformément aux dispositions réglementaires et aux modalités prévues dans le présent cahier des charges. La procédure de paiement des forfaits de permanence des soins est précisée en annexe.

Les effecteurs qui pourront prétendre à une rémunération forfaitaire dans le cadre du dispositif PDSA, figurent à ce titre dans les tableaux des « gardes postées » et de « répartition des effecteurs » des déclinaisons territoriales du présent cahier des charges.

Quelle que soit la modalité de participation à la permanence des soins (régulation médicale, visites à domicile ou consultations), les gardes effectuées seront rémunérées au **pro rata** des heures de permanence réalisées selon les plages horaires prévues dans le cahier des charges.

- **Pour la régulation médicale téléphonique**, le tarif horaire est fixé à **80€** quelle que soit la plage horaire de PDSA, pour les gardes effectuées dans les CRRA-CI5 de la région.

Dans le cas où la régulation libérale ne couvre que la première partie de nuit (20h-24h), et dans les situations où l'importance des appels et leur gestion justifie une éventuelle prolongation de la présence du régulateur libéral, chaque heure au delà de minuit sera alors rémunérée au tarif horaire de 100€. Cette majoration ne s'appliquera pas dans les départements où la régulation libérale est organisée en nuit profonde de 20h à 8h.

Un recueil spécifique des besoins de régulateurs en début de nuit profonde sera effectué dès la publication du cahier des charges afin d'envisager, lors d'une publication ultérieure une prolongation de la présence des régulateurs libéraux.

- Pour les effecteurs postés, un dispositif de rémunération dégressive est mis en place pour les forfaits de gardes.

Ce dispositif allouera au médecin de permanence dans un point fixe, un forfait dégressif de 200€ par tranche de 4 heures de permanence, avec un plancher de rémunération de 60€. La dégressivité interviendra à compter du 2^{ème} acte¹.

Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation sur sa pertinence et son efficacité 6 mois après sa mise en œuvre, afin de décider de sa poursuite ou de sa modification.

- Pour les effecteurs mobiles, la rémunération forfaitaire est fixée à 50€ pour 4 heures, avec une exception pour les effecteurs mobiles intervenant sur de larges territoires de PDSA à caractère « rural » et dont la rémunération est supérieure car liée au territoire couvert.

c. La répartition de l'enveloppe régionale PDSA

Pour 2013, la répartition de l'enveloppe régionale pour la rémunération forfaitaire des médecins participant à la PDSA, sur la base de l'organisation présentée dans les déclinaisons territoriales et des forfaits de rémunération retenus, est la suivante :

- le montant régional de l'indemnisation des médecins régulateurs s'élève à **6,22 M€**. Une réserve de **0,15 M€** pour rémunérer le renforcement transitoire des effectifs, pour une situation sanitaire exceptionnelle.
- le montant régional de l'indemnisation des médecins effecteurs s'élève à **6,06 M€**. Ce montant est minoré par l'absence de forfaits de permanence des soins à Paris pour les effecteurs (maintien du statu quo préexistant au cahier des charges)

Il se décline comme suit :

- **2,85 M€** pour les effecteurs mobiles
- **3,01 M€** pour les effecteurs postés
- **0,20 M€** de réserve pour un renforcement transitoire

Le montant total régional de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires s'élève à **12,43 M€**.

d. Les autres moyens financiers mis en œuvre

Pour soutenir la mise en œuvre du dispositif, l'ARS finance par le fonds d'intervention régional (FIR) des associations départementales des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire au fur et à mesure de leur création.

Dans l'attente de ces créations, les subventions accordées aux associations de PDSA actuellement financées par l'ARS sont maintenues.

D'autre part, les montants issus des Missions d'Intérêt Général (MIG) permettant de financer la régulation aux horaires de la PDSA dans les CRRA-CI5 viendront compléter l'enveloppe PDSA du Fonds d'Intervention Régional.

¹ *A titre d'exemple un tableau de simulation de rémunérations de garde avec forfait dégressif est fourni en annexe

VIII. COMMUNICATION SUR LE BON USAGE DU DISPOSITIF DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

Après publication de l'arrêté relatif au cahier des charges régional de la PDSA, une campagne de communication harmonisée sur le bon usage du dispositif de PDSA, du recours au 15 et aux urgences, a été élaborée et mise en œuvre, en lien avec les partenaires impliqués au niveau régional.

Les principaux objectifs viseront à favoriser le « bon usage » du dispositif de permanence de soins ambulatoire et éviter les passages aux urgences inappropriés, mais également à informer le grand public sur le nouveau dispositif mis en place.

Les différences d'organisation des dispositifs de chaque territoire conduiront à envisager des campagnes spécifiques pour chaque département en associant l'ensemble des partenaires, notamment les médecins libéraux.

Un axe de cette communication permettra d'identifier le CRRA-CI5 comme une entité où collaborent des médecins libéraux et hospitaliers pour apporter une réponse efficace et permanente aux appels médicaux urgents.