

# PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

## LA REUNION

# CAHIER DES CHARGES REGIONAL 2022

***Version 16 octobre 2022  
après présentation au sous-comité médical du  
CODAMUPS le 6 octobre 2022  
Et à la CSOS du 13 octobre 2022***

***Soumise à concertation des instances***



Ce document est la proposition de l'ARS suite aux échanges au sein du groupe de travail régional mis en place fin 2021, et tient compte des modifications acceptées par l'ARS lors du sous-comité médical du CODAMUPS qui s'est tenu le 6 octobre 2022, et celles acceptées lors de la CSOS du 13 octobre

Le cahier des charges est par ailleurs soumis à:  
URPS Médecins – CDOM - Préfet

## Table des matières

1	PRINCIPES GENERAUX DE LA PDSA .....	5
1.1	Définition de la PDSA .....	5
1.2	Les horaires de la PDSA.....	6
1.3	Le découpage du département en secteurs de PDSA.....	7
2	ORGANISATION DE LA REGULATION DES APPELS EN HORAIRES PDSA – SOCLE DU DISPOSITIF .....	8
2.1	Principes généraux de la régulation de la PDSA.....	8
2.2	Organisation de la régulation des appels à La Réunion .....	9
2.3	Qualification du médecin régulateur de la PDSA.....	11
2.4	Cas particulier du patient en HAD ou en établissement médico-social.....	12
3	ORGANISATION DES EFFECTEURS DE LA PDSA .....	12
3.1	les principes généraux d'organisation de l'effectif de la PDSA.....	12
3.2	Charte de bonnes pratiques.....	13
3.3	Prise de relais de la PDSA par les structures des urgences en deuxième partie de nuit	14
3.4	Modalités pratiques de l'effectif.....	14
3.4.1	Les lignes d'astreinte mobile .....	16
3.4.2	Modalités d'établissement des constats de décès .....	18
3.5	Modalités de coordination entre médecin régulateur et médecin effecteur.....	18
3.6	Etablissement des tableaux de garde .....	19
4	LA GARDE PHARMACEUTIQUE.....	20
5	LES TRANSPORTS SANITAIRES .....	21
5.1	L'organisation de la garde ambulancière à La Réunion.....	21
5.2	Les conditions d'organisation du transport vers les lieux de consultation aux heures de la PDSA.....	21
6	COMMUNICATION AUPRES DE LA POPULATION.....	21
7	FINANCEMENT DU DISPOSITIF .....	22
7.1	Les principes généraux.....	22
7.2	La rémunération de la régulation médicale libérale .....	22
7.3	La rémunération forfaitaire de l'effectif fixe.....	23
7.4	La rémunération forfaitaire des astreintes de l'effectif mobile.....	24
8	MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE LA PDSA ...	24
8.1	Suivi de la mise en œuvre du cahier des charges.....	24
8.2	Mise en œuvre de l'évaluation .....	25
8.3	Les indicateurs de suivi et d'évaluation .....	25
8.4	Traçabilité des incidents et dysfonctionnements .....	27
8.4.1	La définition des incidents .....	27
8.4.2	Les modalités de recueil et de suivi des incidents .....	27
9	LES MODALITES DE CONSULTATION DES INSTANCES.....	27
10	REVISION DU CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA .....	27
11	REFERENCES.....	29
12	ANNEXES.....	29

# 1 PRINCIPES GENERAUX DE LA PDSA

## 1.1 DEFINITION DE LA PDSA

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).

Après plusieurs années de fonctionnement, l'actualisation de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires s'avère nécessaire pour s'adapter à la stratégie nationale « Ma santé 2022 » et au Pacte de refondation des urgences et ainsi améliorer la prise en charge des soins non programmés (SNP) aux horaires PDSA.

Les résultats de l'audit mené en 2021 ont montré que l'organisation de la PDSA à la Réunion fonctionne avec une activité soutenue des médecins de garde, répondant correctement aux besoins de la population en termes d'accès aux soins après la fermeture des cabinets médicaux.

Pour autant, l'organisation de la PDSA justifie certaines évolutions prenant en compte le contexte de transformation de notre système de soins, les comportements de la population et l'évolution de l'exercice médical des jeunes générations.

Les principales modifications du cahier des charges concernent les domaines suivants:

- La place de la PDSA dans la réponse aux soins non programmés, dans une logique de gradation de l'offre et de bon usage des soins par la population,
- L'ajustement des horaires de la PDSA en articulation avec les horaires du SAS, en conformité avec la réglementation et avec la réalité des horaires de fermeture des cabinets médicaux en fin de journée à la Réunion.
- La fonction de régulation médicale afin d'optimiser la réponse aux demandes de soins non programmés de la population et d'assurer le bon usage des différentes réponses aux soins non programmés.
- Le redécoupage des secteurs de la PDSA pour tenir compte de la réalité des flux de la population et de l'activité des cabinets de garde.
- L'organisation des visites à domiciles dans le cadre de la PDSA, avec évolution des jours et horaires de cette modalité de PDSA.
- La perspective de développer le dispositif des médecins correspondants SAMU dans les territoires éloignés d'un SMUR.
- Les conditions de rémunération des différentes modalités de la PDSA
- La communication auprès de la population sur le bon usage du dispositif de permanence des soins et des urgences.

- Le renforcement de l'évaluation du fonctionnement de la PDSA.

Le cahier des charges régional est arrêté par le directeur général de l'Agence régionale de santé La Réunion après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS), de l'Union régionale des professionnels de santé représentant les médecins, du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) et du Préfet du département.

La permanence des soins est assurée, sur la base du volontariat, par des médecins libéraux ou salariés exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, maisons de santé multidisciplinaires 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. Le CDOM est garant de l'équité d'inscription des médecins volontaires au tableau de garde de la PDSA, sur les différents secteurs de PDSA.

A La Réunion, la PDSA est assurée pour l'effectif fixe par des cabinets de garde professionnalisés, et des maisons médicales de garde, qui couvrent le tableau de garde départemental.

## 1.2 LES HORAIRES DE LA PDSA

Une modification des horaires de PDSA est proposée pour répondre d'une part à la réglementation, d'autre part à la réalité des pratiques des cabinets médicaux : démarrage à 19h au lieu de 20h en soirée et démarrage à 12h le samedi au lieu de 14h en application de la réglementation nationale.

La PDSA est définie sur les horaires suivants :

- Tous les soirs du lundi au dimanche **de 19h à 00h**,
- Les nuits profondes de 00h à 8h.
- Les samedis de **12h à 19h**
- Les dimanches et jours fériés de 08h00 à 19h.

Concernant l'inscription des nuits profondes sur le tableau de garde, elle fait l'objet de la même exigence que les autres horaires de PDSA : le tableau de garde doit être rempli de façon exhaustive dès lors que le secteur a demandé son inscription sur le tableau. Cette exigence répond à un objectif de lisibilité pour la population et de sécurité. A ce jour, seul le secteur nord1 est en capacité d'assurer ce tableau. On maintient cependant l'inscription de nuit profonde dans le cahier des charges pour le nord, le sud haut et le nord-ouest.

De plus, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié sont également inscrits au tableau de la PDSA selon un calendrier établi en début d'année civile par le directeur général de l'ARS après avis de l'URML et du CDOM. En fonction des fermetures prévues par les cabinets médicaux libéraux des CPTS sur les dates de « pont », le CDOM et l'URML formulent un avis sur la nécessité d'ouvrir les structures de PDSA correspondantes.

### 1.3 LE DECOUPAGE DU DEPARTEMENT EN SECTEURS DE PDSA

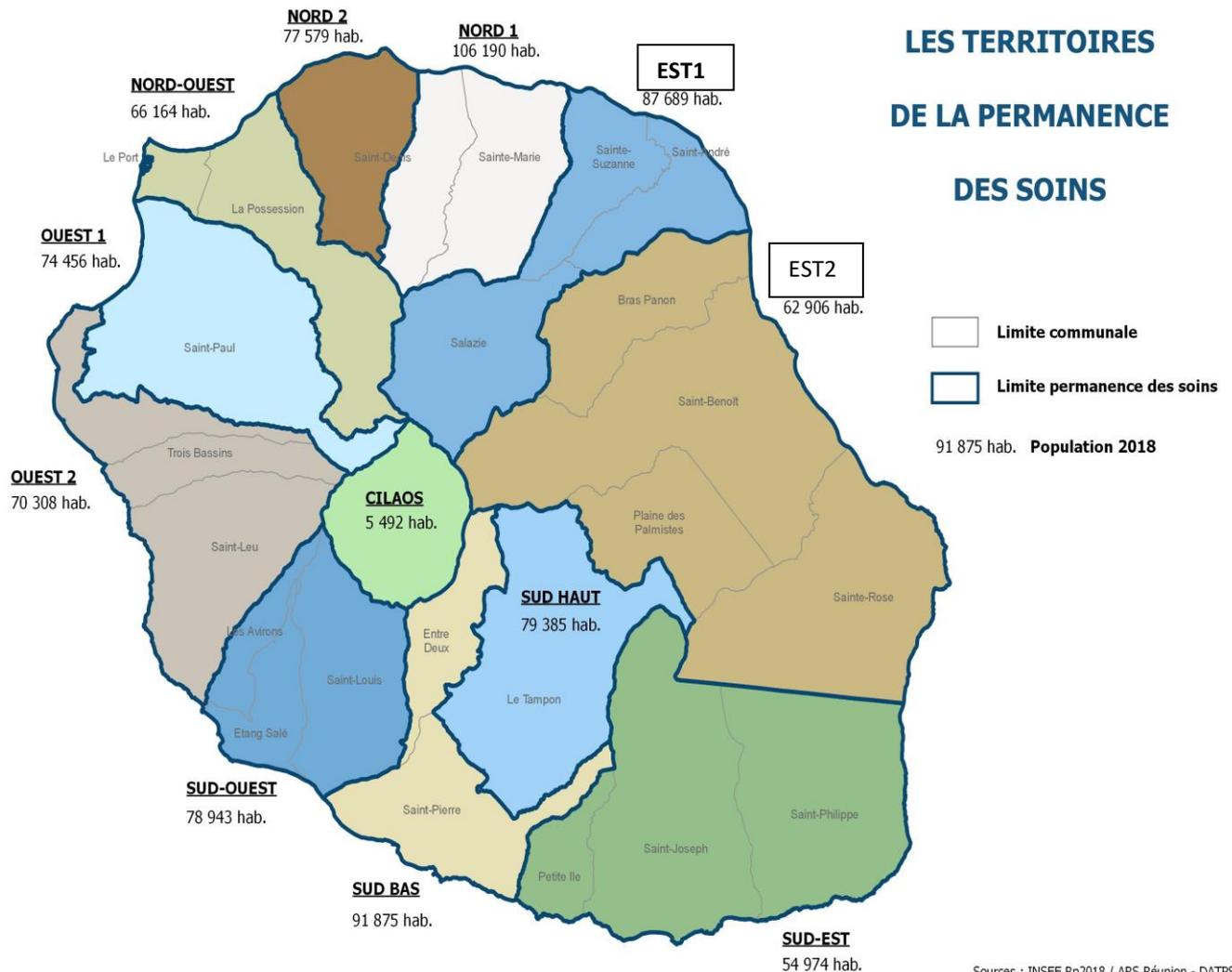
Le département est divisé en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

Une modification est apportée au découpage du territoire réunionnais, qui passe de 10 à 12 secteurs.

Le département Réunion est divisé en 12 territoires de PDSA, définis comme suit :

- **Nord 2** section ouest avec Saint Denis ville, Montgaillard, la Montagne, Bellepierre, le Brulé et Saint-François ;
- **Nord 1 section est** avec Sainte Clotilde, Moufia, Chaudron, Bois de Nèfles, la Bretagne, Domenjod et Sainte Marie
- **Est 1** regroupant les communes de Sainte Suzanne, Saint André et Salazie.
- **Est 2** 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** pour la commune du Tampon.
- **Sud-ouest** regroupant les communes de Saint Louis, l'Etang salé et les Avirons.
- **Cilaos**.
- **Ouest 1** section nord avec Etang St-Paul, Cambaie, La Plaine, Centre, Bois de Nèfles, Sans-soucis, Bellemène, Bois Rouge, Bernica, Le Guillaume, Tan Rouge et 20% Fleurimont, Plateau Caillou et Saint Gilles les Hauts ;
- **Ouest 2, section** sud du territoire avec 80% Fleurimont, Plateau Caillou et Saint Gilles les Hauts, Saint Gilles les Bains, La Saline, La Saline les Bains, Barrage –Sacré Cœur, Trois bassins, Saint Leu.
- **Nord-ouest** regroupant les communes du Port et de La Possession.

## LES TERRITOIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS



## 2 ORGANISATION DE LA REGULATION DES APPELS EN HORAIRES PDSA – SOCLE DU DISPOSITIF

### 2.1 PRINCIPES GENERAUX DE LA REGULATION DE LA PDSA

L'accès au médecin de permanence effecteur fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable pour tous les actes relevant de la permanence des soins et s'impose à tous les médecins effecteurs participant au dispositif (article R.6315-3 du CSP).

L'accès direct au médecin de garde sans passer par une régulation médicale préalable reste possible pour la population mais ne donne pas droit à la facturation à l'assurance maladie de la majoration PDSA, la facturation des majorations spécifiques nuits, week-ends et jours fériés reste possible en application de la NGAP.

Le médecin régulateur décide de la réponse adaptée à la demande de soins après évaluation de la situation par téléphone, les suites données peuvent être :

- 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 ou messagerie sécurisée à la pharmacie de garde ;
- L'orientation vers un centre de consultation médicale non programmée assurant la PDSA sur le secteur concerné (Maison Médicale de Garde ou cabinet médical de garde), par un moyen de transport adapté si nécessaire. La possibilité de prescription d'un transport adapté par le régulateur est conditionnée à la pérennisation du dispositif transitoire mis en place de juillet à septembre 2022.
- 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.

Le traçage de l'activité dans le logiciel de régulation permet d'identifier la structure de garde vers laquelle le patient a été orienté par le régulateur.

Les règles de bon usage de la PDSA et des urgences devront faire l'objet d'une communication large auprès du public, afin que les urgences ne soient utilisées par la population que pour des situations qui nécessitent le plateau technique hospitalier. Parallèlement les structures ambulatoires de garde ne prendront en charge en horaires PDSA que les patients dont l'état ne permet pas de différer la consultation aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux de ville. Cette communication sera assurée conjointement par l'ARS, le centre 15, l'ARRMEL, le CDOM, l'assurance maladie et les professionnels de santé. Pour les venues non régulées dans les cabinets de garde, il appartient aux professionnels de santé de faire cette pédagogie auprès des patients.

## **2.2 ORGANISATION DE LA REGULATION DES APPELS A LA REUNION**

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 (le CHU) 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.
- En articulation avec la régulation médicale du Service d'Accès aux Soins (SAS) et sa plateforme téléphonique permettant une prise en charge unique des appels pour toute situation d'urgence ou pour tout besoin de soins non programmés (SNP) en journée du lundi au samedi matin.

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 (ARM). La séparation de la fonction de régulation et d'effectif est maintenue, Il n'est pas retenu à ce stade de mettre en place une régulation parallèle qui serait assurée par les structures d'effectif (MMG ou cabinets de garde).

Les médecins régulateurs libéraux pour la PDSA sont présents aux horaires de la PDSA, les médecins régulateurs hospitaliers assurent la régulation des appels 24 h sur 24. Des régulateurs libéraux assurent les horaires hors PDSA depuis la mise en place du SAS expérimental à la Réunion pour les soins non programmés de jour en semaine.

Les médecins remplaçants, inscrits au conseil départemental de l'ordre des médecins, peuvent participer à la régulation médicale en remplacement d'un médecin régulateur.

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 5) 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.

La possibilité de régulation depuis le site du CHU sud sera mise en œuvre dès que les points techniques seront résolus, mettant les médecins régulateurs dans les mêmes conditions techniques qu'au nord. Ceci dans l'objectif de faciliter la participation des médecins libéraux du sud. Préalablement à l'exercice de régulation sur le site du CHU sud, les médecins devront avoir suivi une formation sur la plateforme commune du CHU nord selon des modalités définies par l'ARRMEL et le SAMU.

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

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

- Les soirées de la semaine (du lundi au vendredi) 19h 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 maintenue. 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), pourrait être renforcé en fonction de l'activité constatée, sur demande de l'ARRMEL.
- 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 permet de respecter les recommandations de l'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, adresse mail sécurisée. Toute modification de ces tableaux doit être portée, sans délai, à la connaissance de l'ARRMEL et du SAMU par le conseil départemental de l'ordre des médecins.
- 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, en particulier dans le cas de visites à 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 participant à la régulation (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 et pour suivi à l'ARS La Réunion (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 par le chef de service du SAMU 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 FIR 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.

### **2.3 QUALIFICATION DU MEDECIN REGULATEUR DE LA PDSA**

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.

Dans le respect de ces conditions, les médecins retraités et remplaçants peuvent participer à la régulation.

## **2.4 CAS PARTICULIER DU PATIENT EN HAD OU EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL**

Le médecin coordonnateur d'astreinte pour l'HAD est identifié comme l'interlocuteur privilégié du médecin régulateur. En horaires de garde, le patient en HAD appelle l'astreinte HAD (composée d'un IDE et d'un médecin), l'infirmier peut se déplacer au domicile pour une 1<sup>ère</sup> évaluation, puis en réfère au médecin HAD, qui peut faire prescription en téléconsultation, ou demander un transfert vers un établissement de soins. En cas de décès, en horaires PDSA, il pourra solliciter le centre 15 pour que l'astreinte mobile assure le déplacement et le certificat de décès. Cette organisation est susceptible de modifications, si les services d'HAD sont en mesure de renforcer leur astreinte médicale et de mutualiser les moyens.

Dans les structures d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), le médecin coordonnateur doit s'assurer de l'existence d'une réponse aux besoins médicaux, notamment la nuit et les week-ends. Des astreintes infirmières étant mises en place pour tous les EHPAD du département (de façon mutualisée pour 4 ou 5 EHPAD), sauf urgence vitale, les appels à la régulation devront être faits par les IDE d'astreinte, sur la base d'un 1<sup>er</sup> bilan clinique. En cas de carence IDEL, celle-ci devra faire l'objet d'un signalement par la régulation à l'ARS pour évaluation de l'effectivité du dispositif d'astreinte mutualisée territoriale.

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 un comité de suivi (regroupant les acteurs de la PDSA) préparatoire à la présentation en CODAMUPS (cf infra) 1 fois par an.

## **3 ORGANISATION DES EFFECTEURS DE LA PDSA**

### **3.1 LES PRINCIPES GENERAUX D'ORGANISATION DE L'EFFECTION DE LA PDSA**

Les médecins effecteurs de la PDSA assurent leurs consultations sur un point fixe dans chaque secteur de PDSA, soit au sein d'une maison médicale de garde (MMG), soit au sein d'un cabinet de médecine de garde (CMG). Cette organisation professionnalisée de la PDSA a fait la preuve de son efficacité à la Réunion et donne une bonne visibilité à la population, facilitant l'accès aux soins.

Conformément au pacte de refondation des urgences, on prévoit l'installation d'une maison médicale de garde ou cabinet de garde au sein des hôpitaux accueillant les urgences, avec un

rôle spécifique de « délestage » pour les patients venus aux urgences et ne nécessitant pas les moyens d'un plateau technique hospitalier.

Les demandes de soins non programmés aux horaires de la PDSA font l'objet d'une régulation médicale préalable par le Centre15/ARRMEL qui orientera le patient vers la prise en charge adaptée à son état de santé. Cette régulation préalable contribue au bon usage de la PDSA et des urgences par la population. Cependant, l'accès direct aux cabinets de garde et MMG reste possible, il appartient au médecin effecteur de juger du caractère non différable des soins.

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat, l'organisation en place doit permettre l'inscription effective de tout médecin volontaire sur le tableau de garde ; le CDOM est garant de ce principe.

Les médecins remplaçants, inscrits au conseil départemental de l'ordre des médecins, peuvent participer à la PDSA en remplacement d'un médecin installé. L'étudiant en médecine souhaitant effectuer un remplacement est autorisé à exercer sur les structures effectrices, s'il dispose d'une licence de remplacement valide, qu'il a obtenu l'autorisation du conseil de l'ordre (après transmission du contrat de remplacement). Il exerce avec une carte CPS de remplaçant.

Le médecin inscrit sur le tableau de garde de la PDSA 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 mobilisation de l'effecteur mobile de garde. Cette visite déclenchée par la régulation libérale doit être réservée à des situations prédéfinies et appréciées par le médecin régulateur. Elle résulte d'un dialogue confraternel entre le médecin régulateur et le médecin de permanence.

Les lignes d'astreinte des effecteurs mobiles (cf. infra) facilitent la réalisation des visites « incompressibles » dont le périmètre sera précisé par les représentants des médecins sous l'égide de l'ARRMEL, de l'URML et du CDOM (avant fin 2022).

Le nombre de médecins effecteurs par territoire varie en fonction de la démographie du territoire et des besoins de la population.

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 temporairement, après accord du Directeur général de l'ARS et avis du CODAMUPS-TS.

### **3.2 CHARTE DE BONNES PRATIQUES**

Une charte de bonnes pratiques pour les effecteurs de la PDSA sera mise en place dans le délai d'un an suivant la publication du cahier des charges, sous l'égide de l'URML et du CDOM. Elle fera également l'objet d'un avis du CODAMUPS, et sera annexée au cahier des charges.

Cette charte aura vocation à :

- Rappeler les bonnes pratiques de la PDSA
- Garantir une continuité de parcours de soins pour les patients pris en charge dans les MMG et cabinets de garde : en assurant une liaison entre structures PDSA et médecin traitant lorsqu'une suite doit être donnée à l'acte de PDSA.
- Garantir que les cabinets de garde et MMG assurent la réponse exclusivement pour les demandes de soins ne pouvant pas être différés aux horaires d'ouverture des cabinets de ville, afin d'éviter le nomadisme médical.

- Favoriser la bonne utilisation du système de soins, en contribuant à l'information et l'éducation des patients venant consulter dans les structures effectrices de PDSA.

### **3.3 PRISE DE RELAIS DE LA PDSA PAR LES STRUCTURES DES URGENCES EN DEUXIEME PARTIE DE NUIT**

Les astreintes médicales en nuit profonde (minuit à 8h) ne sont pas assurées à ce jour sur l'ensemble du département.

3 lignes d'astreintes en nuit profonde sont maintenues dans les secteurs :

- 1 pour le secteur nord;
- 1 ligne pour le secteur ouest.
- 1 ligne sur le secteur sud.

Ces lignes de garde seront caduques si aucun médecin volontaire n'a été identifié par le CDOM 365 nuits par an au bout de 6 mois après la publication du cahier des charges. La garde en nuit profonde doit être assurée 365 nuits par an.

Lorsqu'une astreinte d'effecteurs en nuit profonde est inscrite dans le cahier des charges, elle doit être assurée 365 jours/an. A défaut, l'ARS mettra fin à cette astreinte en horaires nuit profonde, après consultation du CODAMUPS..

Conformément aux orientations du Programme Régional de Santé, les structures hospitalières de médecine d'urgence assurent l'accueil des patients régulés après la fermeture des structures de PDSA. La régulation préalable en nuit profonde fera l'objet d'une communication auprès de la population.

La possibilité de prolonger la garde des MMG adossées aux services d'urgences, au-delà de minuit en fonction de l'activité des services d'urgences fera l'objet d'analyses partagées entre établissement hospitalier et MMG et soumise à l'accord du directeur général de l'ARS. .

Les patients nécessitant une consultation sans délai possible sont préférentiellement dirigés après régulation par Centre 15/ARRMEL, vers les structures des urgences suivantes :

- Pour le territoire Nord 1 et 2, vers le CHU site Felix Guyon
- Pour le territoire Est1 vers le site Felix Guyon ou GHER
- Pour le territoire Est2 vers le GHER
- Pour les territoires Sud-est, Sud Haut et Sud bas vers le CHU sud
- Pour le territoire Sud-ouest vers le CHU sud
- Pour les territoires Ouest 1 et 2 et Nord-ouest vers le CHOR.

### **3.4 MODALITES PRATIQUES DE L'EFFECTION**

Dans chacun des territoires de PDSA, 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 soirées, de 19h à minuit

- les samedis, de 12h à 19h
- les dimanches et jours fériés, de 8h à 19h.

En l'absence de points fixes de permanence en nuit profonde, les demandes de soins qui ne peuvent pas être différées entre minuit et 8h seront orientées par le régulateur vers les services d'accueil des urgences autorisés le cas échéant.

Le schéma cible PDSA prévoit le nombre de lignes d'astreintes fixes par territoire de PDSA. Une ligne correspond à un médecin inscrit au tableau de garde établi par le conseil départemental de l'Ordre des médecins.

La PDSA est assurée à ce jour (octobre 2022) pour chacun des secteurs par :

Secteur	Structure
Est2	Cabinet médical de Saint Benoit
Est1	Maison de Soins de l'Est
Nord 1	SOS Nord
Nord 2	Cabinet médical de garde de saint Vincent
Nord Ouest	SOS Ouest
Ouest 1	MMG CHOR
Ouest 2	SOS Saint Leu
Sud bas	SOS Sud
Sud haut	SOS Clinisud
Sud Ouest	Urgence médical sud ouest
Sud Est	Cabinet de garde de Saint Joseph

L'organisation retenue sera de 1 seule structure effectrice par secteur, sauf dans les secteurs desservis par une MMG adossée aux urgences. Si la démographie le justifie, une 2<sup>ème</sup> structure effectrice de ville peut être retenue.  
Le tableau de garde identifiera un nom de médecin par structure effectrice.

Sur le secteur Ouest 1, en complément de la MMG adossée au CHOR, une structure de garde pourra être créée par appel à candidature lancé par l'ARS dans un délai de 6 mois à compter de la publication du cahier des charges et après avis du Sous-comité médical.

Par ailleurs, le groupe de travail n'a pas souhaité de renfort du nombre de lignes d'astreinte des structures effectrices existantes telles que proposées par l'ARS au groupe de travail. Les critères démographiques présentés par l'ARS pour les renforts n'ont pas été validés.

Afin de conforter la capacité de réponse aux besoins de la population, le nombre de lignes d'astreinte est augmenté par rapport au précédent cahier des charges, en fonction des critères suivants :

- Critère géographique d'isolement : ainsi pour Cilaos. (+1) La mise en place de l'astreinte à Cilaos est conditionnée à l'engagement des médecins à couvrir le tableau de garde (accord de principe donné par les médecins de la MSP sous réserve de disposer d'une « chambre de garde » sur place).

- Les Maisons médicales de garde ont automatiquement une ligne d'astreinte compte tenu de leurs missions exclusives en PDSA, ainsi celles du nord-est (MSE), et du CHOR déjà incluses, la MMG du CHU sud sera également intégrée, il s'agit d'une reconnaissance d'activité existante.
- Adosser une MMG ou un cabinet de garde à tous les services d'urgences du département : CHU sud, CHOR, GHER sont déjà pourvus, une MMG supplémentaire est à créer au CHU nord. (+1) ; comme pour le secteur ouest1, l'ARS procédera par appel à candidature pour la création de cette nouvelle structure dans les 6 mois suivant la publication du cahier des charges par arrêté du directeur général de l'ARS.

Ces MMG ou cabinets de garde adossés aux urgences ont une fonction particulière au sein du dispositif de PDSA, outre la population régulée ou venant spontanément, elles accueillent prioritairement les patients non hospitalo-requérants réorientés par les urgences (mission de « délestage » des services d'urgences hospitaliers). Compte tenu de ce rôle spécifique vis-à-vis des services d'urgences, on considère qu'il est pertinent d'avoir également une ligne d'astreinte « de ville » si la démographie le justifie (+1 sur secteur ouest1 et sur le secteur nord2)

Concernant le taux de recours aux structures de PDSA (nb d'actes PDSA/100000 habitants), on constate des différences entre territoires très importantes sans retrouver d'éléments explicatifs à ce stade (dispersion comprise entre 3287/100 000hab et 53 768/100 000hab). Ces écarts devront faire l'objet d'analyses complémentaires par l'assurance maladie. Ce critère n'est donc pas pris en compte à ce stade.

- Ce serait donc 4 lignes d'astreinte supplémentaires inscrites au tableau de garde, soit au total 15 lignes d'astreinte d'effecteurs fixes.

Secteur	Structure
Est2	Cabinet médical de Saint Benoit
Est1	Maison de Soins de l'Est
Nord 1	SOS Nord
Nord 2	Cabinet médical de garde de saint Vincent + Structure adossée aux urgences du CHU nord par AAC
Nord Ouest	SOS Ouest
Ouest 1	MMG CHOR + Cabinet ville par AAC
Ouest 2	SOS Saint Leu
Sud bas	SOS Sud + MMG CHU sud
Sud haut	SOS Clinisud
Sud Ouest	Urgence médical sud ouest
Sud Est	Cabinet de garde de Saint Joseph
Cilaos	MSP Cilaos

### 3.4.1 Les lignes d'astreinte mobile

Face à la difficulté d'organiser des visites à domicile depuis les cabinets de garde fixes, 5 lignes d'astreinte mobile sont financées en complément des points fixes de garde pour la réalisation des visites à domicile incompressibles y compris la réalisation des certificats de décès, et autres certificats sur demande de la justice uniquement le WE et jours fériés en journée.

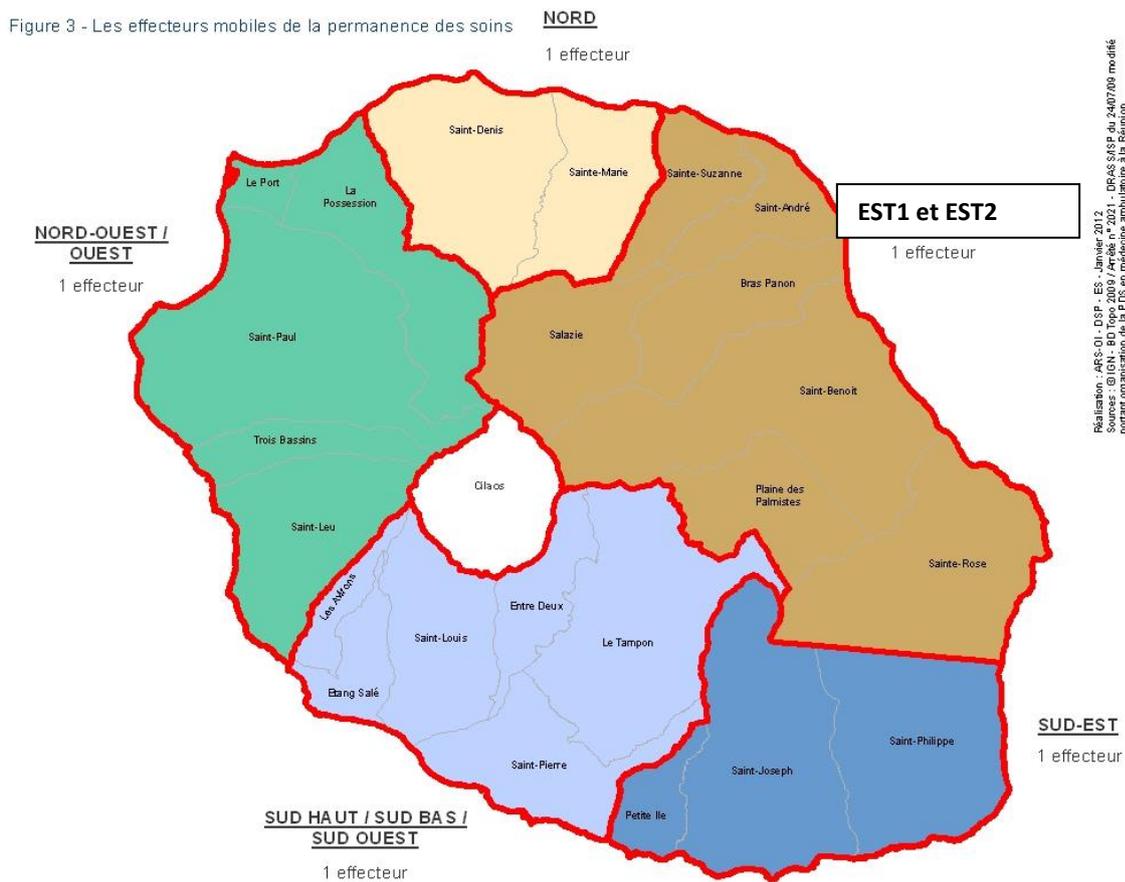
Ces astreintes mobiles fonctionnent de 12h à 20h le samedi et de 8h à 20h le dimanche et les jours fériés

Elles interviennent sur les territoires ou regroupements de territoire de PDSA suivants :

- **Nord** : 1 effecteur
- **Est 1 et Est 2** : 1 effecteur
- **Sud-est** : 1 effecteur
- **Sud Haut / Sud Bas et Sud-ouest** : 1 effecteur
- **Nord-Ouest et Ouest** : 1 effecteur

Compte tenu des difficultés relayées par les élus et les forces de police pour établir les certificats de décès dans des délais acceptables, les astreintes mobiles sont étendues aux soirées de 19h à 24h, 7jours/7.

Il appartiendra au CDOM de s'assurer de la couverture du tableau d'astreinte mobile de soirée et de lancer un appel à candidatures auprès des médecins libéraux y compris les retraités et les remplaçants autorisés.



Les astreintes mobiles sont déclenchées exclusivement par la régulation du Centre 15 / ARMEL.

Une évaluation à 6 mois à compter de la publication du cahier des charges permettra d'ajuster cette organisation et de mesurer le service rendu. En effet, des carences ont été signalées sans être bien documentées à ce jour. L'astreinte pourra être remise en cause, si elle n'est pas utilisée, par défaut d'indications.

L'évaluation devra également analyser les dysfonctionnements signalés. Les dysfonctionnements seront déclarés à l'ARRMEL, au CDOM et à l'ARS, ils feront l'objet d'une analyse commune avec l'URML et MRE, ils seront présentés au comité technique de suivi du cahier des charges avant présentation au CODAMUPS.

### **3.4.2 Modalités d'établissement des constats de décès**

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a rappelé que l'établissement des certificats de décès s'inscrit dans le cadre des obligations déontologiques des médecins mais qu'il ne constitue pas une urgence médicale ou médico-légale et qu'il appartient donc au médecin de répondre prioritairement aux demandes des patients dont l'état de santé requiert une prise en charge médicale. Le Conseil de l'Ordre des médecins retient, par respect des familles du défunt, qu'il convient de répondre aux demandes d'établissement des certificats de décès dans les meilleurs délais possibles.

En cas d'empêchement du médecin traitant, la réponse dans le cadre de l'organisation de la PDSA en soirée, week-end et jours fériés, est de faire appel aux médecins de garde pour l'établissement du certificat de décès.

Pour le week-end et les jours fériés, une organisation spécifique a été mise en place avec des médecins en astreinte mobile qui pourront se déplacer à domicile, à la demande du Centre 15/ARRMEL pour établir le certificat de décès. Une rémunération spécifique est prévue, ne laissant aucun reste à charge pour les familles.

On prévoit d'étendre l'astreinte mobile aux soirées de 19h à 24h pour mieux répondre aux besoins de la population.

Le déclenchement de l'intervention à domicile des médecins de garde pour procéder au constat de décès est effectué exclusivement par la régulation du Centre 15/ARRMEL. Une communication auprès des élus sera faite afin de les informer de cette procédure et des modalités de financement.

### **3.5 MODALITES DE COORDINATION ENTRE MEDECIN REGULATEUR ET MEDECIN EFFECTEUR.**

- Orientation du patient vers le médecin effecteur 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 adresse le patient au médecin qui assure la permanence des soins dans le secteur concerné en se référant au tableau de permanence.

Si deux structures de garde sont situées à équidistance 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 effecteur vers le domicile du patient.

Pour la réalisation des visites incompressibles incluant les certificats initiaux de mesure d'hospitalisation en psychiatrie, le médecin régulateur contacte en première intention le médecin effecteur mobile de garde du secteur concerné, et à défaut de disponibilité, le médecin effecteur mobile des secteurs les plus proches, sinon le médecin effecteur fixe du territoire de PDSA correspondant au domicile du patient. En cas d'agitation du patient, l'intervention médicale devra être sécurisée par la présence de forces de police ou de gendarmerie.

Pour l'établissement des certificats préalables aux mesures de soins psychiatriques sans consentement, les indications et modalités de recours à une sédation feront l'objet d'une concertation médicale, dans un délai de 6 mois à compter de la publication du cahier des charges. Cette concertation médicale se déroulera à l'initiative du SAMU en associant l'ensemble des acteurs concernés : URML-OI, MRE, médecins urgentistes et du SMUR et les psychiatres hospitaliers.

Lorsque le motif de l'appel concerne un acte administratif lié à un décès survenu au domicile (annexe 4), et dans l'hypothèse où aucun autre effecteur n'est disponible, une demande de concours du SDIS pourra être faite via le CODIS. Cette sollicitation devra être utilisée en dernier recours avec « tact et mesure ».

Le Centre 15/ARRMEL assure le déclenchement et la régulation de l'intervention à domicile des médecins de garde. Une réflexion complémentaire menée par l'ARRMEL avec l'URML et le CDOM et les effecteurs mobiles fixera les indications de visites à domicile, qui pourront être annexées au cahier des charges de la PDSA.

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

Le médecin effecteur informe le CRRA 15 en cas d'impossibilité d'assurer la réponse à la sollicitation du centre 15 dans des délais raisonnables. Il le fait obligatoirement par téléphone afin que le régulateur puisse rechercher une réponse alternative.

### **3.6 ETABLISSEMENT DES TABLEAUX DE GARDE**

- Rôle du médecin référent des structures fixes de PDSA

Un médecin référent est identifié pour chacune des structures de PDSA.

Le médecin référent est chargé de :

- Réaliser le tableau de garde des structures de PDSA concernées.
- Transmettre le tableau de garde au CDOM, 45 jours au plus tard avant sa mise en œuvre.
- Assurer le suivi des modifications du tableau de garde et en informer le CDOM.
- Réaliser le bilan d'activité.
- Etre en relation régulière avec les différents partenaires de la PDSA.

- Le tableau de garde de l'effecteur mobile

Le tableau de l'effectif mobile est établi par le CDOM sur la base d'un appel à candidatures auprès des médecins inscrits à l'ordre des médecins de la Réunion.

➤ Remplacement et non prise de garde.

Lorsqu'un médecin initialement mentionné dans le tableau de permanence ne peut finalement pas 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.

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 libéraux et des médecins référents des structures de la permanence des soins (conformément à l'article R6315-4 du CSP) 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 carence 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 mensuellement par les régulateurs libéraux et par les médecins référents des secteurs de PDSA pour les autres médecins participant à la permanence des soins (annexes 1, 2 et 3). Ces fiches seront transmises, pour suivi à l'ARS, ainsi qu'à l'Ordre départemental des médecins, et pour paiement à la CGSS.

## **4 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](http://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. Il ne tient pas compte du temps d'accès au cabinet médical de garde depuis le domicile du patient qui peut se surajouter au délai d'accès à la pharmacie de garde.

Les points fixes de PDSA 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.

## **5 LES TRANSPORTS SANITAIRES**

### **5.1 L'ORGANISATION DE LA GARDE AMBULANCIERE A LA REUNION**

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 8h00 à 20h00 ainsi que les nuits de 20h00 à 08h00. 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 de garde détermine le découpage des 10 secteurs, les lieux de pôle de garde ainsi que le nombre d'ambulances affectées.

### **5.2 LES CONDITIONS D'ORGANISATION DU TRANSPORT VERS LES LIEUX DE CONSULTATION AUX HEURES DE LA PDSA**

La prescription mise en place de façon transitoire de juillet à septembre 2022 suite à la mission flash sur les urgences fera l'objet d'une évaluation au plan national.

Les conditions de prise en charge pour la Réunion seront donc définies dès que le ministère aura fait connaître les décisions suite à l'évaluation.

## **6 COMMUNICATION AUPRES DE LA POPULATION**

Le déploiement de la permanence de soins décrite ci-dessus devra s'accompagner d'actions de communication auprès du public, organisées par l'ARS, le CDOM, l'assurance maladie, les associations représentant les patients et les professionnels de santé.

Deux objectifs majeurs seront visés :

- Prioritairement, un objectif d'information de la population : faire connaître le dispositif organisé de la PDSA et des soins non programmés, pour le rendre efficient.
- Un objectif pédagogique d'éducation de la population, favorisant le bon usage des soins, dont PDSA et urgences et privilégiant le rôle du médecin traitant, et l'appel du centre 15 en amont de l'accès aux urgences et des structures de PDSA.

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

## **7 FINANCEMENT DU DISPOSITIF**

### **7.1 LES PRINCIPES GENERAUX**

La rémunération de la permanence des soins s'inscrit dans les conditions définies par la convention médicale et par les textes réglementaires dans le cadre du fonds d'intervention régionale (FIR) délégué à l'Agence Régionale de Santé La Réunion.

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

- La rémunération des actes et des majorations d'actes par l'assurance maladie dans le champ de la convention médicale et la nomenclature des actes dont les règles de facturation sont rappelées dans l'annexe 6 du présent cahier des charges ;
- La rémunération forfaitaire des astreintes des effecteurs et de la régulation médicale dans le cadre du FIR.

Les conditions et les limites de la rémunération forfaitaire des astreintes d'effecteurs, sont définies par l'arrêté du 24 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Les conditions de rémunération de la régulation médicale libérale et de l'effectif mobile sont dorénavant adossées à la valeur de la cotation du G (29,60 euros au 30 septembre 2022) permettant de tenir compte de l'évolution de son montant en fonction des négociations conventionnelles. Ainsi, la majoration géographique appliquée dans les départements des Outre-mer est automatiquement prise en compte.

Pour l'effectif fixe, l'ARS décide d'appliquer la majoration outremer aux tarifs fixés par arrêté ministériel.

Les limites des rémunérations appliquées dans la région doivent être compatibles avec le montant de l'enveloppe régionale déléguée.

### **7.2 LA REMUNERATION DE LA REGULATION MEDICALE LIBERALE**

Elle est établie sur la base :

- D'une rémunération de 88,8€/heure pour la période 19h-23h la semaine, le samedi, dimanche et jours fériés (3G/heure),
- D'une rémunération de 118,4€/heure pour la période de 23h à 7h la semaine (4G/heure) et le samedi et dimanche
- D'une rémunération de 88,8€/heure pour les périodes de 7h à 20h pour le dimanche et les jours fériés et de 14h à 20h le samedi.

Le montant de l'enveloppe régionale de la rémunération forfaitaire des médecins régulateurs pour une année de fonctionnement s'élève à 738 757€ €.

Régulation médicale libérale								
	Nbre de jours	Nbre de régulateurs	nbre heures	cout horaire	Coût	Proposition ARS	Coût total	
semaine 20h-23h	251	2	3	84	126 504	88,8	133 733	
semaine 23h-7h	251	1	8	115	230 920	118,4	237 747	
samedi 14h-20h	52	2	6	88	54 912	88,8	55 411	
samedi 20h-23h	52	2	3	88	27 456	88,8	27 706	
samedi 23h-7h	52	1	8	115	47 840	118,4	49 254	
dimanche et JF 7h-14h	62	2	7	88	76 384	88,8	77 078	
dimanche 14h-20h	62	2	6	88	65 472	88,8	66 067	
dimanche et JF 20h-23h	62	2	3	88	32 736	88,8	33 034	
dimanche et JF 23h-7h	62	1	8	115	57 040	118,4	58 726	
<b>Total coût de la régulation</b>					<b>719 264</b>		<b>738 757</b>	
						<b>Surcout</b>	<b>19 493</b>	

### 7.3 LA REMUNERATION FORFAITAIRE DE L'EFFECTION FIXE

La rémunération forfaitaire de l'**astreinte fixe** du médecin inscrit sur le tableau de garde est fonction de la durée de la garde. Elle est établie sur la base des valeurs de l'arrêté du 24 décembre 2021, majorées du coefficient géographique outremer:

- d'une rémunération forfaitaire d'un montant de 88,8€ pour la période de 19h à minuit;
- d'une rémunération forfaitaire d'un montant de 142,08 € pour la période de minuit à 8h ;
- d'une rémunération forfaitaire d'un montant de 124,32€ pour les samedis après-midi pour la période de 12h à 19h.
- d'une rémunération forfaitaire d'un montant de 195,36 € pour les dimanches et les jours fériés pour la période de 8h à 19h.

Astreintes fixes de la PDS avec le nouveau montant de rémunération (arrête 24/12/21) et changements horaires							
	Nbre de jours et de semaine	Ligne astreinte	Nbre heures	Coût astreinte fixe	coût	Coût 1 Astreinte sur 1 année	Evolution tarifaire d'une astreinte
Soirées 19h-00h	365	11	5	93,75	376 406	34 219	
profondes 00h-8h	365	3	8	120	131 400	43 800	
samedi pm 12h-19h	52	11	7	122,5	70 070	6 370	
dim jf jour 8h-19h	62	11	11	151,25	103 153	9 378	
<b>Total coût des astreintes</b>					<b>681 029</b>	<b>93 766</b>	<b>38%</b>
					<b>Surcout lié arrêté 24/12/2022 et changt horaire</b>	<b>225 578,75</b>	
					<b>Hors nuit profonde</b>	<b>49 966,25</b>	<b>59%</b>

L'ARS fait la proposition d'application du coefficient géographique sur les forfaits d'effection fixe. Le surcote de ce scénario est de 587 528€ par rapport au cahier des charges en cours.

Astreintes fixes de la PDS avec le nouveau montant de rémunération (arrête 24/12/21) avec ligne CILAOS et Saint Paul + MMG CHU sud et nord et maintien 3 lignes en Nuit profonde								
	Nbre de jours et de semaine	Ligne astreinte	Nbre heures	Coût astreinte fixe	coût	Coût avec application coefficient géographique de +18,4%	Coût astreinte fixe majoré	Coût d'une astreinte majorée sur 1 année
Soirées 19h-00h	365	15	5	93,75	513 281	607 725	111	40 515
profondes 00h-8h	365	3	8	120	131 400	155 578	142,08	51 859
samedi pm 12h-19h	52	15	7	122,5	95 550	113 131	145,04	7 542
dim jf jour 8h-19h	62	15	11	151,25	140 663	166 544	179,08	11 103
<b>Total coût des astreintes</b>					<b>880 894</b>	<b>1 042 978</b>		<b>111 019</b>
					<b>Surcote</b>	<b>425 443,75</b>	<b>sans nuit profonde</b>	<b>59 160</b>

## 7.4 LA REMUNERATION FORFAITAIRE DES ASTREINTES DE L'EFFECTION MOBILE.

L'organisation de l'effection mobile concerne le week-end, jours fériés, et soirées. La rémunération est basée sur 1G/heure.

La rémunération forfaitaire des médecins de garde mobiles, inscrits sur le tableau de garde, est fonction de la durée de la garde. Elle est établie sur la base de 1G/heure:

- 177,6 € pour les samedis de 14h à 20h,
- 355,2 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.
- 148€ pour les soirées de 19h à 24h (7J/7) :

Le coût annuel d'une ligne d'effection mobile est de 85277 €. Le cout total pour les 5 lignes s'élève à 426 388€/an.

5 lignes d'astreintes mobiles de la PDSA					
	Nombre de jours et semaine	Nombre de lignes	Nombre heures	Cout astreinte	Coût total
52 samedis pm 14h-20h	52	5	6	177,6	46 176,00
62 dimanches jf jour 8h-20h	62	5	12	355,2	110 112,00
365 soirées 19h/24h	365	5	5	148	270 100,00
<b>Total coût des 5 lignes d'astreintes mobiles</b>				<b>680,8</b>	<b>426 388,00</b>

## 8 MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE LA PDSA

### 8.1 SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU CAHIER DES CHARGES

Le suivi du respect du cahier des charges est assuré par le sous-comité médical du CODAMUPS. Le sous-comité se réunit au moins 2 fois par an. Un comité technique d'évaluation et de suivi sera réuni préalablement par l'ARS avec CDOM, URML, MRE pour analyser les données recueillies.

L'évaluation se basera sur :

- le recueil et l'analyse des plaintes ou doléances relatives à la permanence des soins,
- les indicateurs retenus dans le cahier des charges de la permanence des soins.

L'objectif est de :

- Contribuer à l'amélioration de la qualité des prises en charge, adapter le dispositif et adapter régulièrement le cahier des charges
- Mettre en place une démarche qualité harmonisée sur le département,
- Partager l'observation du dispositif (statistiques communes).

## 8.2 MISE EN ŒUVRE DE L'ÉVALUATION

Un document de synthèse sera établi annuellement par l'ARS, sur la base des indicateurs prévus et produits par les différents acteurs de la PDSA (assurance maladie, ARRMEL, CDOM, SAMU, usagers).

Les avis du CODAMUPS permettront de proposer les évolutions d'organisation nécessaires à l'amélioration du dispositif.

## 8.3 LES INDICATEURS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Des indicateurs seront produits sur un rythme annuel :

- Indicateurs de moyens
- Indicateurs d'activité
- Indicateurs de résultat

INDICATEUR	SOURCE
<b><i>Démographie médicale et participation au dispositif de la PDSA</i></b>	
Nombre de médecins libéraux participant à la régulation médicale	ARRMEL
Nombre de médecins libéraux participant à l'effectation par secteur de PDSA	CDOM/ARS
Part des médecins généralistes libéraux installés participant à la PDSA	CDOM
Nombre de gardes par médecin effecteur fixe (en différenciant les soirées et WE-fériés) et par structure	CDOM
Nombre de carences de médecins volontaires participant à la PDSA/ secteur	CDOM/ARS
Nombre de carences de médecins effecteurs mobiles	CDOM/ARS
Nombre de réquisitions	ARS/Préfecture
<b><i>Activité de la régulation médicale</i></b>	
Nombre d'appels téléphoniques décrochés par tranche horaire et période de PDSA	ARRMEL
Taux d'accueil = nombre d'appels décrochés/(nombre d'appels entrants – nombre d'appels abandonnés avant 10 secondes)	
Qualité de service 30 secondes = nombre d'appels décrochés < 30s/nombre d'appels décrochés	
Durée moyenne des appels	
Nombre total de dossiers de régulation ouverts	
Nombre moyen de dossiers de régulation ouverts par période de PDSA	
Nombre total de décisions apportées par type : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseils médicaux</li> <li>- Prescriptions médicamenteuses téléphoniques</li> <li>- Orientations vers une structure de garde</li> <li>- Orientations vers une consultation en cabinet aux heures ouvrables</li> <li>- Déplacement d'un effecteur mobile</li> <li>- Orientation vers une structure d'urgence</li> <li>- Renvoi de l'appel vers l'AMU</li> </ul>	
Répartition des décisions apportées par période de PDSA	
Nombre moyen d'affaires traitées en 1h par médecin régulateur par période de PDSA	
<b><i>Activité de l'effectation mobile</i></b>	
Nombre de visites à domicile avec précision du lieu géographique d'intervention par période de PDSA	ARRMEL/CGSS

Nombre de visites à domicile par motif médical par période de PDSA	
Nombre de visites à domicile suivies de l'adressage du patient à un service d'urgence par période de PDSA	
Nombre de visites décidées par ARRMEL n'ayant pu aboutir/secteur d'astreinte – motifs	
Nombre de visites à domicile pour certificat de décès par période de PDSA	
Nombre de signalements de dysfonctionnement par secteur d'astreinte mobile	
<b>Activité de l'effection fixe</b>	
Nombre de patients vus en consultation après régulation médicale par période de PDSA et par structure	ARRMEL/CGSS Structures de garde
Nombre de patients vus en consultation sans régulation médicale par période de PDSA et par structure	
Nombre d'actes régulés par période de PDSA et par structure	
Nombre d'actes non régulés par période de PDSA et par structure	
Nombre de patients adressés par un service d'urgence par période de PDSA et par structure	
Nombre de patients orientés vers un service d'urgence par période de PDSA et par structure	
Nombre de déclenchements de transports sanitaires (ambulances, SMUR, VSAV) par période de PDSA et par structure	
Typologie des motifs médicaux par période de PDSA et par structure	
Origines géographiques des patients par période de PDSA et par structure	
Nombre de visites à domicile pour certificat de décès par période de PDSA et par structure	
<b>Coût de la PDSA</b>	
Coût total de la régulation médicale	ARS/CGSS
Coût de la régulation médicale par habitant	
Coût total de l'effection mobile	
Coût de l'effection mobile par période de PDSA	
Coût de l'effection mobile par période de PDSA par habitant	
Coût total de l'effection fixe	
Coût de l'effection fixe par période de PDSA	
Coût de l'effection fixe par période de PDSA par habitant	
Coût total des actes régulés par période de PDSA et par structure	
Coût total des actes non régulés par période de PDSA et par structure	
Coût global de la PDSA par habitant	

## I. Evaluation qualitative

INDICATEUR	SOURCE
Taux de satisfaction des usagers de la PDSA (tous les deux ans)	Enquête ad hoc
Nombre de fiches de dysfonctionnements adressées	ARS, CDOM, URPS, établissements...
Nombre d'analyses des dysfonctionnements	
Nombre d'actions entreprises en réponse aux dysfonctionnements constatés	

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 la PDSA.

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

- L'activité des 4 services hospitaliers d'urgence (nombre de patients CCMU1 et CCMU2 pris en charge par tranches horaires),
- Nombre de patients réorientés vers la PDSA

La liste des indicateurs à renseigner est précisée dans l'annexe 4.

## **8.4 TRAÇABILITE DES INCIDENTS ET DYSFONCTIONNEMENTS**

### **8.4.1 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 de PDSA.

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
- Délais de réponse.....

### **8.4.2 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° 5.

Un suivi régional de ces incidents sera effectué par l'ARS en lien avec les professionnels dans le cadre d'un comité de suivi et d'évaluation, une synthèse sera présentée au sous-comité médical du CODAMUPS, une fois par an.

## **9 LES MODALITES DE CONSULTATION DES INSTANCES**

La CSOS, la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU), le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS TS), l'Union régionale des médecins libéraux Océan Indien (URML-OI) seront tenus informés, en tant que de besoin, par le DGARS des incidents survenus et du résultat de l'évaluation annuelle du cahier des charges de la PDSA.

## **10 REVISION DU CAHIER DES CHARGES 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.



## 11 REFERENCES

### 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.
- Loi n°2019-774 du 24 juillet 2009 relative à l'organisation et à la transformation de notre système de santé.
- Décret n°2009-1173 du 1<sup>er</sup> 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 24 décembre 2021 modifiant l'arrêté 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

## 12 ANNEXES

1. La fiche de suivi de la participation des médecins libéraux à la régulation
2. La liste des indicateurs d'évaluation complémentaires
3. La fiche de dysfonctionnement (incidents)
4. Procédure CAT devant un décès survenu au domicile
5. Procédure Gestion des appels au C15 pour les médecins régulateurs
6. Règles de facturation. Logigramme de l'Assurance Maladie

Annexe 1

FICHE DE SUIVI DE LA PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX A LA REGULATION

**Attestation de participation à la régulation médicale**

*Document à transmettre de façon mensuelle par voie postale ou dépôt pour paiement à la CGSS (4 bd Doret, 97704 St Denis Cedex 9) et pour suivi au CDOM*

PÉRIODE ET LIEU D'EFFECTION

Rappel des règles de facturation :

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de la permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisés dans l'intervention en dehors des heures ouvrées, sous réserve d'une transmission du tableau au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Pour ouvrir droit à l'indemnisation, l'effecteur devra :

- Ne pas être réquisitionné ;
- Avoir effectivement réalisé l'astreinte.

Les indemnités d'astreinte sont versées en application du cahier des charges de la PDSA arrêté par le Directeur Général de l'ARS de la Réunion et en fonction du tableau de permanence validé par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Année de référence :

Mois de référence .....

PAGE : 1

RÉGULATIONS RÉALISÉES AU COURS DU MOIS DE RÉFÉRENCE

	Semaine			Samedi			Dimanche et jours fériés	
	19h – 20h	20h - 23h	23h - 07h	14h - 20h	20h - 23h	23h - 07h	07h - 23h	23h - 07h
Tranches horaires								
Forfait horaire								

NOM	N° IDENTIFIANT	DATE	Nb d'heures	Signature							



## Annexe 2

INDICATEUR	SOURCE
<b>Démographie médicale et participation au dispositif de la PDSA</b>	
Nombre de médecins libéraux participant à la régulation médicale	ARRMEL
Nombre de médecins libéraux participant à l'effection par secteur de PDSA	CDOM/ARS
Part des médecins généralistes libéraux installés participant à la PDSA	CDOM
Nombre de gardes par médecin effecteur fixe (en différenciant les soirées et WE-fériés) et par structure	CDOM
Nombre de carences de médecins volontaires participant à la PDSA/ secteur	CDOM/ARS
Nombre de carences de médecins effecteurs mobiles	CDOM/ARS
Nombre de réquisitions	ARS/Préfecture
<b>Activité de la régulation médicale</b>	
Nombre d'appels téléphoniques décrochés par tranche horaire et période de PDSA	ARRMEL
Taux d'accueil = nombre d'appels décrochés/(nombre d'appels entrants – nombre d'appels abandonnés avant 10 secondes)	
Qualité de service 30 secondes = nombre d'appels décrochés < 30s/nombre d'appels décrochés	
Durée moyenne des appels	
Nombre total de dossiers de régulation ouverts	
Nombre moyen de dossiers de régulation ouverts par période de PDSA	
Nombre total de décisions apportées par type : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseils médicaux</li> <li>- Prescriptions médicamenteuses téléphoniques</li> <li>- Orientations vers une structure de garde</li> <li>- Orientations vers une consultation en cabinet aux heures ouvrables</li> <li>- Déplacement d'un effecteur mobile</li> <li>- Orientation vers une structure d'urgence</li> <li>- Renvoi de l'appel vers l'AMU</li> </ul>	
Répartition des décisions apportées par période de PDSA	
Nombre moyen d'affaires traitées en 1h par médecin régulateur par période de PDSA	
<b>Activité de l'effection mobile</b>	
Nombre de visites à domicile avec précision du lieu géographique d'intervention par période de PDSA	ARRMEL/CGSS
Nombre de visites à domicile par motif médical par période de PDSA	
Nombre de visites à domicile suivies de l'adressage du patient à un service d'urgence par période de PDSA	
Nombre de visites décidées par ARRMEL n'ayant pu aboutir/secteur d'astreinte – motifs	
Nombre de visites à domicile pour certificat de décès par période de PDSA	
Nombre de signalements de dysfonctionnement par secteur d'astreinte mobile	
<b>Activité de l'effection fixe</b>	
Nombre de patients vus en consultation après régulation médicale par période de PDSA et par structure	ARRMEL/CGSS Structures de garde
Nombre de patients vus en consultation sans régulation médicale par période de PDSA et par structure	
Nombre d'actes régulés par période de PDSA et par structure	
Nombre d'actes non régulés par période de PDSA et par structure	
Nombre de patients adressés par un service d'urgence par période de PDSA et par structure	
Nombre de patients orientés vers un service d'urgence par période de PDSA et par structure	
Nombre de déclenchements de transports sanitaires (ambulances, SMUR, VSAV) par période de PDSA et par structure	
Typologie des motifs médicaux par période de PDSA et par structure	
Origines géographiques des patients par période de PDSA et par structure	

Nombre de visites à domicile pour certificat de décès par période de PDSA et par structure	
<b>Coût de la PDSA</b>	
Coût total de la régulation médicale	ARS/CGSS
Coût de la régulation médicale par habitant	
Coût total de l'effectation mobile	
Coût de l'effectation mobile par période de PDSA	
Coût de l'effectation mobile par période de PDSA par habitant	
Coût total de l'effectation fixe	
Coût de l'effectation fixe par période de PDSA	
Coût de l'effectation fixe par période de PDSA par habitant	
Coût total des actes régulés par période de PDSA et par structure	
Coût total des actes non régulés par période de PDSA et par structure	
Coût global de la PDSA par habitant	

### Annexe 3 : Fiche de dysfonctionnement

A adresser au CDOM, ARRMEL et ARS.

## PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE - FICHE DE DYSFONCTIONNEMENT -

*Tout événement organisationnel et/ou logistique préjudiciable au patient doit être signalé.*

PERSONNE DECLARANTE	STRUCTURE DECLARANTE
Nom : ..... Prénom : ..... Fonction : ..... Tel : .....	<input type="checkbox"/> Conseil de l'ordre des médecins <input type="checkbox"/> Association de régulation <input type="checkbox"/> Association de PDSA <input type="checkbox"/> SAMU-centre 15 <input type="checkbox"/> Usager <input type="checkbox"/> Elu, <input type="checkbox"/> Autre

DATE ET LIEU DE L'ÉVÉNEMENT
Date (JJMMAA) : ..... Heure (HHMM) : ..... Lieu : .....

LE DYSFONCTIONNEMENT CONCERNE ...		
<i>Organisation des gardes</i>	<i>Régulation</i>	<i>Effection</i>
<input type="checkbox"/> Non respect de la procédure de réquisition <input type="checkbox"/> Fréquence d'inscription trop importante <input type="checkbox"/> Difficulté à compléter les tableaux de garde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Autre(s) : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Manque d'effecteur malgré inscription sur tableau de garde <input type="checkbox"/> File d'attente surchargée <input type="checkbox"/> Transporteurs indisponibles <input type="checkbox"/> Difficultés techniques pour joindre un effecteur <input type="checkbox"/> Nombre insuffisant de régulateurs <input type="checkbox"/> Traçabilité des appels <input type="checkbox"/> Autre(s) : ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> Manque de disponibilité suite à délai d'intervention trop important <input type="checkbox"/> Sur activité en cas d'épidémie <input type="checkbox"/> Difficulté à contacter un régulateur <input type="checkbox"/> Déplacement de l'effecteur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre(s) : ..... ..... .....

CIRCONSTANCES, DESCRIPTION ET CONSÉQUENCES DU DYSFONCTIONNEMENT
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....

<b>Gravité estimée</b>	<b>Réclamation exprimée</b>
<input type="checkbox"/> Vitale (mise en péril de la sécurité des soins et de la qualité des soins) <input type="checkbox"/> Critique (nécessité d'une correction pour maintenir la qualité des soins) <input type="checkbox"/> Non critique (pas de mise en péril mais perturbe le fonctionnement)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

<b>MESURES PRISES IMMEDIATEMENT</b>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

<b>PROPOSITIONS DE CORRECTION PAR LE DECLARANT</b>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Visa du déclarant**

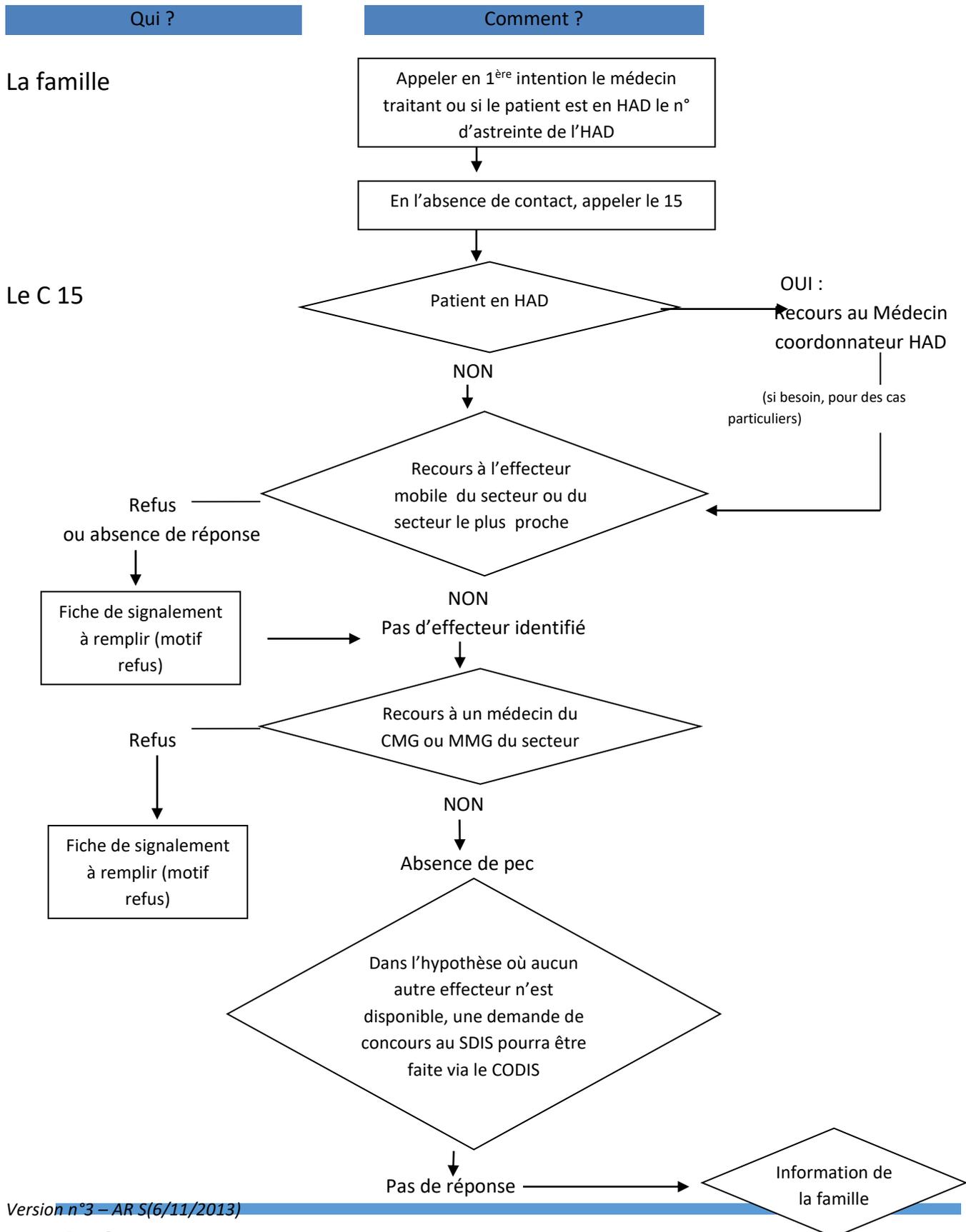
  
  
  
  
  
  
  
  

Date :

<b>SUITES DONNEES AU SIGNALEMENT DU DYSFONCTIONNEMENT</b> <i>(à renseigner a posteriori)</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe 4 :

PROCEDURE D'APPEL POUR OBTENIR UN CERTIFICAT DE DECES SURVENU AU DOMICILE





Annexe 5

## GESTION PAR LA REGULATION DES APPELS AU C15 = Modalités opérationnelles de déclenchement des effecteurs

### QUOI ?

### QUI FAIT QUOI ?

### COMMENT ?\*

ARRMEL	SAMU
--------	------

#### 1- URGENCE VITALE

Renvoi sur la régulation SAMU    Prise en charge par le SAMU

GA

#### 2 - URGENCE RELATIVE

*(Besoin de recours à un plateau technique ou à une surveillance de l'évolution)*

Adressage au service d'urgence

selon la situation : de VP à GA

#### 3 – CONSULTATION MEDICALE

*(Besoin d'être examiné par un médecin sans besoin d'un plateau technique ou d'une surveillance)*

##### 3-1 Patient transportable

- . Patient justifiant d'un transport allongé ou semi-assis
- . Patient justifiant d'un transport assis

Adressage à l'effecteur fixe

VP, AP

Adressage à l'effecteur fixe

VP, TAP si expérimentation pérennisée

Cas Particulier : en l'absence de VP, TAP

Adressage en service d'urgence :  
IAO, +/- renvoi MMG ou CMG adossé

GA

##### 3-2 Patient à mobilité « compliquée »

- 1- Recours à l'effecteur mobile, sinon
- 2- Adressage en service d'urgence

GA

**3-3 Patient relevant d'une hospitalisation  
sous contrainte**

SMUR, MSP, ...

Recours à l'effecteur mobile, sinon solution alternative : effecteur fixe, équipe

Cas Particulier du certificat de décès :

Voir procédure spécifique

**4 – PRESCRIPTION TELEPHONIQUE**

X

X

Envoi d'un fax ou mail sécurisé à la  
pharma  
cie  
garde

**5 – CONSEIL MEDICAL TELEPHONIQUE**

X

X

\* GA =Garde ambulancière,  
AP = Ambulance privée,  
VP = Véhicule personnel,  
TAP = Transport Assis professionnalisé

## LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

