



CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA

Projet de révision
Version du 21 janvier 2025 présentée au Sous-comité médical
(séance du 27/01/2025)

CAHIER DES CHARGES REGIONAL

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

DEPARTEMENT DE LA REUNION

Annexe à l'arrêté n° /ARS/2025 portant révision du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires dans le département de La Réunion

Le présent cahier des charges n'a pas vocation à traiter des dispositions conventionnelles liant l'Assurance maladie aux médecins libéraux et relatives aux modalités de facturations des actes.

Information pour le Sous-comité médical (27/01/2025) :

Le présent projet de cahier des charges porte les modifications suivantes par rapport à l'existant :

- *Modification des horaires de la PDSA avec mise en conformité avec la réglementation (début à 20H00 en soirée et non 19H00 en semaine ; début à 12H00 le samedi et non 14H00)*
- *Identification d'un secteur optionnel à Salazie*
- *Limitation de l'effectif mobile à l'après-midi du samedi et au dimanche en journée*
- *Revalorisation de la rémunération de la régulation en considération de la nouvelle valeur conventionnelle du G*
- *Suppression de l'identification préalable des structures de garde par secteur, à l'exception des maisons médicales de garde sous forme associative et ouverte à l'ensemble des médecins volontaires et des MMG/cabinet de garde positionnés en proximité immédiate des urgences*

Table des matières

1.	PRINCIPES GENERAUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	4
1.1.	Définition de la permanence des soins ambulatoires	4
1.2.	Horaires de la permanence des soins ambulatoires	4
1.3.	Extension de la permanence des soins ambulatoires selon les jours fériés	4
1.4.	Les secteurs de la permanence des soins ambulatoires.....	4
1.4.1.	<i>Secteur de permanence de soins pour l'effectation fixe :</i>	4
1.4.2.	<i>Relais des services d'urgence en nuit profonde</i>	5
1.4.3.	<i>Secteur de permanence de soins pour l'effectation mobile :</i>	5
1.5.	Les maisons médicales de garde.....	7
1.6.	Etablissements des certificats de décès.....	7
1.7.	Articulation avec la garde pharmaceutique.....	7
2.	PRINCIPES GENERAUX DE LA REGULATION MEDICALE	7
2.1.	Définition de la régulation.....	7
2.2.	Organisation de la régulation	8
2.3.	Qualification du médecin régulateur	10
2.4.	Cas particulier des patients en hospitalisation à domicile ou en établissement médico-social	10
3.	ORGANISATION DE L'EFFECTION	10
3.1.	Principaux généraux de l'effectation	10
3.2.	Charte de bonnes pratiques	11
3.3.	Modalités pratiques de l'effectation fixe.....	11
3.3.1.	<i>Détermination du nombre de lignes de garde et horaires pour l'effectation fixe :</i>	11
3.3.2.	<i>Détermination du tableau de garde pour l'effectation fixe :</i>	12
3.4.	Modalités pratiques de l'effectation mobile :.....	13
3.4.1.	<i>Détermination du nombre de lignes d'astreinte et horaires pour l'effectation mobile :</i>	13
3.4.2.	<i>Détermination du tableau de garde pour l'effectation mobile :</i>	13
3.5.	Carences des tableaux de garde, remplacement et non-prise de garde.....	14
3.6.	Modalités de coordination entre médecin régulateur et médecin effecteur	14
3.6.1.	<i>Orientation du patient vers le médecin de permanence effecteur ou médecin de garde :</i>	14
3.6.2.	<i>Orientation du médecin effecteur mobile vers le domicile du patient.</i>	14
3.6.3.	<i>Information réciproque du médecin régulateur et du médecin effecteur sur le patient et sa prise en charge</i> 14	
3.7.	Suivi de l'activité de permanence des soins.....	14
4.	COMMUNICATION AUPRES DE LA POPULATION	14
5.	FINANCEMENT DU DISPOSITIF	15
5.1.	Règles de financement de la permanence des soins ambulatoires	15
5.2.	Rémunération de la régulation médicale libérale.....	15
5.3.	Rémunération forfaitaire de l'effectation fixe.....	16
5.4.	Rémunération forfaitaire de l'astreinte d'effectation mobile	16

	3
6. MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU FON CTIONNEMENT DE LA PDSA	16
6.1. Indicateurs de suivi et d'évaluation	17
6.2. Traçabilité des incidents et dysfonctionnements	19
6.2.1. <i>Définition des incidents</i>	19
6.2.2. <i>Modalités de recueil et de suivi des incidents</i>	19
7. MODALITES DE CONSULTATION ET D'INFORMATION DES INSTANCES	19
8. REVISION DU CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA	19
9. ANNEXES	20
FICHE DE SUIVI DE LA PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX A LA REGULATION.....	21
Année de référence : Mois de référence	PAGE : 1
PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE.....	22
LE DYSFONCTIONNEMENT CONCERNE	22
<i>Organisation des gardes Régulation Effecton</i>	22

1. PRINCIPES GENERAUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

1.1. Définition de la permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est une mission de service public, définie par le code de la santé publique et qui 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.6315-4 du CSP).

Elle comprend la régulation médicale et l'effectation fixe et mobile.

Elle est organisée selon un cahier des charges arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé La Réunion (ARS) 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 (URML), du Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) et du préfet de La Réunion.

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 pluriprofessionnelles, centres de santé, maisons médicales de garde et cabinets médicaux de garde ainsi que par les médecins exerçant dans des associations de permanences des soins.

Elle peut être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique après avis du CDOM.

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.

1.2. Horaires de la permanence des soins ambulatoires

La permanence des soins ambulatoires est mise en œuvre aux horaires suivants :

- Tous les soirs du lundi au dimanche de 20h00 à 8h00 le lendemain,
- Les samedis de 12h00 à 20h00,
- Les dimanches et jours fériés de 08h00 à 20h00.

La période dite de « nuit profonde » concerne les heures de minuit à 8H00.

La régulation médicale couvre l'ensemble des plages horaires de la PDSA. L'effectation fixe et mobile peut ne pas couvrir la nuit profonde.

1.3. Extension de la permanence des soins ambulatoires selon les jours fériés

Le lundi, lorsqu'il précède un jour férié, et 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.

1.4. Les secteurs de la permanence des soins ambulatoires

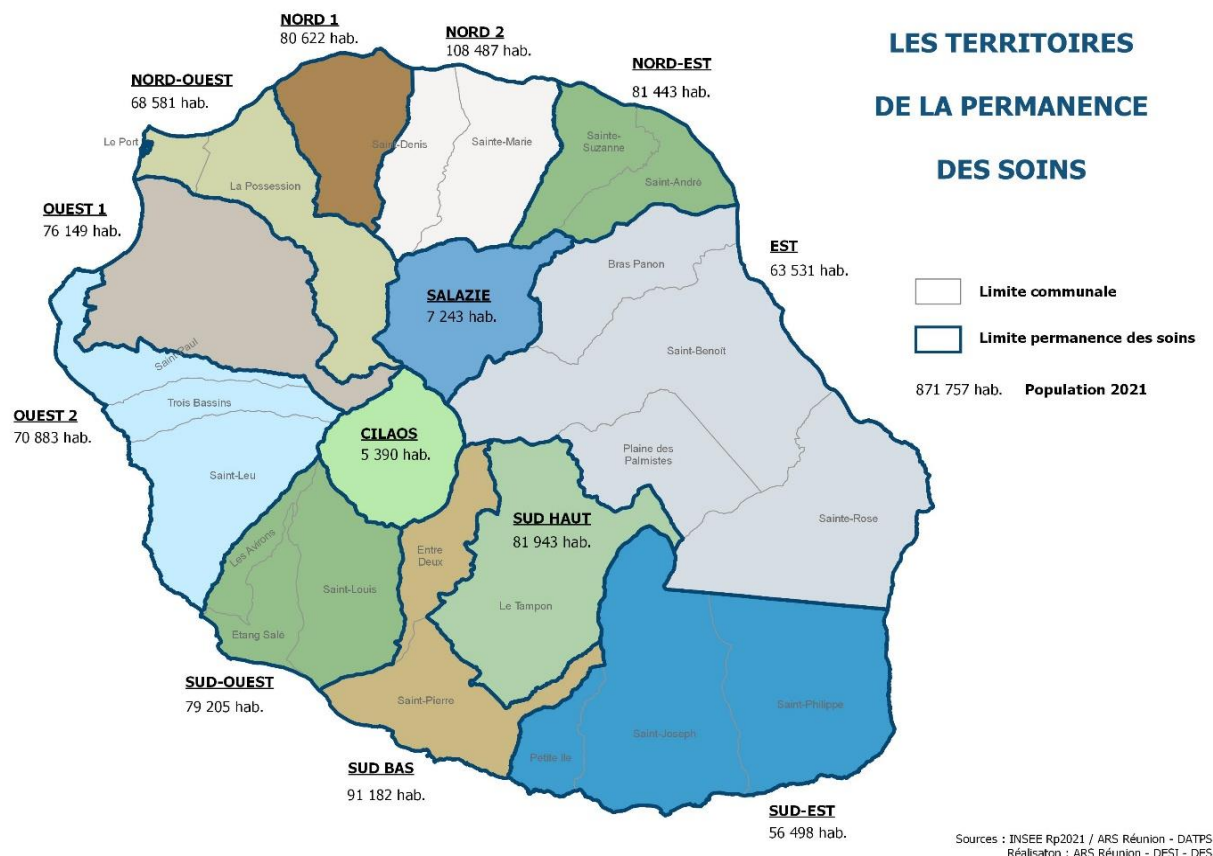
1.4.1. Secteur de permanence de soins pour l'effectation fixe :

Le département est divisé en 12 territoires (ou secteurs) de permanence des soins ambulatoires :

- **Nord 1** couvrant les quartiers Est de Saint Denis (Sainte Clotilde, Moufia, Chaudron, Bois de Nèfles, la Bretagne, Domenjod) et Sainte Marie
- **Nord 2** couvrant les quartiers centre et Ouest de Saint Denis (centre-ville, Montgaillard, la Montagne, Bellepierre, le Brulé et Saint-François)
- **Nord-Est** regroupant les communes de Sainte Suzanne, Saint André et Salazie
- **Est** regroupant les communes de Bras-Panon, Saint Benoît, la Plaine des Palmistes et Sainte Rose
- **Sud Est** regroupant les communes de Saint Philippe, Saint Joseph et Petite Ile
- **Sud Bas** regroupant les communes de Saint Pierre et l'Entre Deux
- **Sud Haut** pour la commune du Tampon
- **Sud Ouest** regroupant les communes de Saint Louis, l'Etang salé et les Aviron

- **Cilaos**
- **Ouest 1** couvrant la partie Nord et centre de Saint Paul (Etang Saint-Paul, Cambaie, La Plaine, Centre - ville, Bois de Nèfles, Sans-soucis, Bellemène, Bois Rouge, Bernica, Le Guillaume, Tan Rouge, 20% de Fleurimont, Plateau Caillou et Saint Gilles les Hauts)
- **Ouest 2** couvrant la partie Sud de Saint Paul (80% Fleurimont, Plateau Caillou et Saint Gilles Les Hauts, Saint Gilles Les Bains, La Saline, La Saline Les Bains, Barrage – Sacré Cœur) et les communes de Trois bassins et de Saint Leu
- **Nord Ouest** regroupant les communes du Port et de La Possession.

Un sous-secteur comprenant la commune de **Salazie** est identifié au sein du secteur Est 1. Il n'est actif aux heures et jours de la PDSA que si un médecin est volontaire pour y assurer la PDSA.



1.4.2. Relais des services d'urgence en nuit profonde

En nuit profonde, les patients nécessitant une consultation sans délai sont préférentiellement dirigés après régulation par le Centre 15/ARRMEL vers les services d'accueil des urgences suivants :

- Pour le territoire Nord 1 et 2, vers le CHU Nord,
- Pour le territoire Nord-Est vers le CHU Nord ou GHER,
- Pour le territoire Est vers le GHER,
- Pour les territoires Nord-ouest, Ouest 1 et 2, vers le CHOR,
- Pour les territoires Sud-ouest, Sud-est, Sud Haut et Sud bas vers le CHU Sud.

1.4.3. Secteur de permanence de soins pour l'effectation mobile :

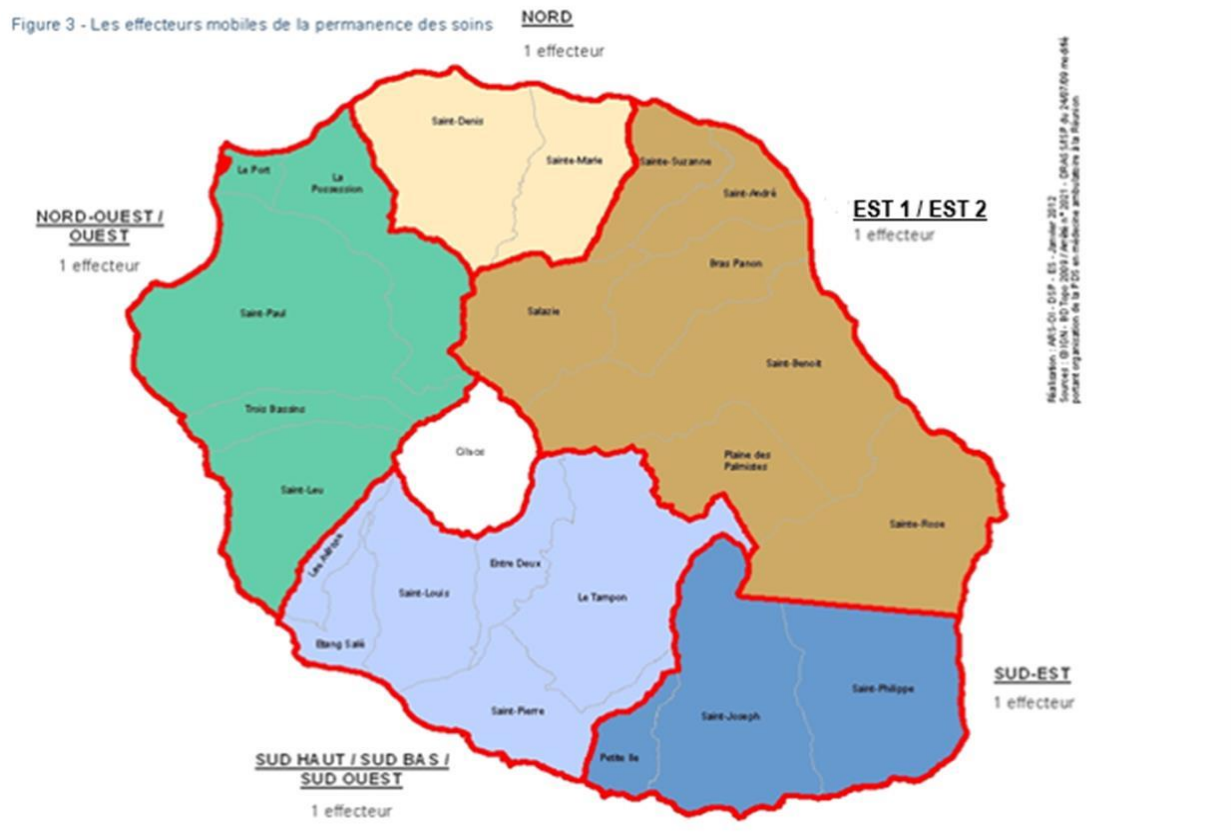
Face à la difficulté d'organiser des visites à domicile depuis les lieux d'effectation fixe, des lignes d'astreinte sont mises en place en complément de l'effectation mobilisée, pour la réalisation des visites à domicile incompressibles y compris la réalisation des certificats de décès.

Ces astreintes d'effecteur mobile fonctionnent de 12h00 à 20h00 le samedi et de 8h00 à 20h00 le dimanche et les jours fériés.

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

- Nord 1 et 2
- Nord-Est et Est
- Sud-est
- Sud Haut / Sud Bas et Sud-Ouest
- Nord-Ouest et Ouest

La commune de Cilaos n'est pas couverte par cette effecteur mobile.



Un protocole devra être élaboré sous l'égide de la préfecture et de l'ARS, en concertation avec l'URML et autres représentants des médecins participant à la PDSA, les représentants des établissements autorisés en psychiatrie publics et des services d'urgences/SMUR/SAMU, le SDIS et les forces de l'ordre afin de garantir la sécurité, pour toute la durée de leurs interventions, des médecins sollicités pour l'établissement des certificats relatifs aux soins psychiatriques sans consentement.

Ce protocole devra garantir que l'intervention médicale soit être sécurisée par la présence, sur toute sa durée, des forces de l'ordre.

Il définira également les indications et modalités de recours à la sédation des patients, et les modalités d'appel par le médecin effecteur du psychiatre de garde ou d'astreinte de l'EPSMR ou du CHU pour un conseil.

L'extension des missions des médecins d'effecteur mobile à l'établissement des certificats relatifs aux soins psychiatriques sans consentement interviendront dans le mois suivant l'approbation du protocole par l'ARS.

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

Une évaluation à 6 mois de l'activité de l'astreinte mobile permettra de revoir son organisation. Elle pourra être remise en cause, si elle n'est pas utilisée par défaut d'indications.

1.5. Les maisons médicales de garde

De forme associative, une maison médicale de garde se définit comme un lieu fixe assurant une activité de consultation médicale de soins non programmés uniquement aux horaires de la permanence des soins ambulatoires.

Les maisons médicales de garde peuvent être implantées dans des structures existantes (par exemple, des structures d'exercice coordonné).

Elles peuvent, dans le cadre de leurs missions, assurer la fonction de la régulation médicale libérale en lien avec le SAMU-Centre 15, dans le respect des dispositions du code de la santé publique et après un accord préalable de l'ARS.

Les maisons médicales de garde, sous réserve de conformité au cahier des charges défini par la circulaire du 23 mars 2007, bénéficie d'un soutien budgétaire annuel de l'ARS à leur fonctionnement.

1.6. Etablissements des certificats de décès

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) 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 CNOM 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'indisponibilité 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 au Centre 15 qui pourra mobiliser le médecin d'astreinte d'effectif mobile, ou un infirmier inscrit au tableau tenu par l'ordre des infirmiers au titre de l'expérimentation en cours d'établissement des certificats de décès par les infirmiers, pour l'établissement du certificat de décès.

Une rémunération spécifique du professionnel est prévue par l'Assurance maladie, ne laissant aucun reste à charge pour les familles.

Une communication auprès des élus et de la population est faite afin de les informer de cette procédure et des modalités de financement.

1.7. Articulation avec la garde pharmaceutique

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

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

La Réunion est découpée en 6 zones pour le service de garde et le service d'urgence, avec passage à 7 zones le dimanche.

Les médecins de permanence effecteurs, ou médecins de garde, s'engagent à afficher dans la salle d'attente de leur lieu d'exercice de la PDSA le nom de la pharmacie de garde et à lui adresser systématiquement les patients qui ont besoin de médicaments.

2. PRINCIPES GENERAUX DE LA REGULATION MEDICALE

2.1. Définition de la régulation

L'accès au médecin de permanence effecteur, ou médecin de garde, fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable accessible via le 15.

Cette régulation préalable contribue au bon usage de la PDSA et des urgences par la population, et au maintien des patients dans un parcours de soins coordonné par leur médecin traitant.

L'absence de régulation préalable ne fait pas obstacle à ce que le médecin effecteur ou médecin de garde reçoive le patient en consultation avec application des règles conventionnelles de cotation des actes.

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

- 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 médecin de permanence effecteur (ou médecin de de garde) au titre de la PDSA, par un moyen de transport adapté si nécessaire.
- L'intervention d'un effecteur médical à domicile,
- L'orientation vers un service d'urgence hospitalier, par un moyen de transport adapté si nécessaire,
- Le renvoi au médecin régulateur du SAMU en cas d'urgence vitale.

Conformément à l'arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la PDSA, le logiciel de régulation doit permettre d'identifier le médecin de garde vers lequel le patient a été orienté, l'identité de ce dernier, le motif, l'heure et le jour de l'appel. Ces informations peuvent être demandées par l'Assurance maladie dans le cadre des contrôles de facturation.

2.2. Organisation de la régulation

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 (CHU de La Réunion) à l'ARRMEL ; la convention doit être mise en conformité avec le cahier des charges dans les trois mois suivant l'entrée en vigueur ou la modification 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 toute demande de soins non programmés (SNP) en journée du lundi au samedi matin.

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

La régulation médicale est accessible par le 15 pour tout le territoire.

La séparation de la fonction de régulation et d'effection est maintenue. Il n'est pas retenu à ce stade de mettre en place une régulation complémentaire qui serait assurée par les médecins de permanence effecteurs ou médecins de garde, sauf sur autorisation expresse de l'ARS à l'initiative de maisons médicales de garde associatives ouvertes à tous les médecins volontaires, et dans le respect des dispositions du code de la santé publique.

Les médecins régulateurs libéraux pour la PDSA sont présents aux horaires de la PDSA au centre 15 sur le site Nord du CHU ou sur le site Sud du CHU.

L'ouverture de sites complémentaires, au CHOR et au GHER, sera étudiée et mise en œuvre, le cas échéant, sur le 1er semestre 2025, sous réserve de disposition de locaux adaptés et d'un accès garanti à la téléphonie et au logiciel de régulation du SAMU.

Une orientation initiale des appels est effectuée par l'assistant de régulation médicale, soit vers un médecin régulateur libéral, soit vers un médecin régulateur hospitalier, selon l'urgence perçue de la situation. Le médecin régulateur dispose d'une procédure de gestion des appels soumise à évaluation au moins une fois par an entre le SAMU et l'ARRMEL.

Un poste de travail avec logiciel de régulation et téléphonie est mis à disposition du médecin régulateur libéral. Ce dernier dispose des moyens téléphoniques lui permettant de contacter directement le médecin de permanence effecteur, ou médecin de garde de garde, afin de lui orienter le patient ou de contacter le médecin d'astreinte d'effection mobile.

Préalablement à la participation à la régulation depuis les sites hospitaliers autres que le SAMU – CHU Nord, les médecins concernés devront avoir suivi une formation sur la plateforme commune du CHU Nord selon des modalités définies par l'ARRMEL et le SAMU.

Pour exercer leur mission, les médecins régulateurs doivent disposer :

- des tableaux de garde des médecins de permanence effecteurs, ou médecins de garde, et des médecins d'astreinte d'effectif mobile 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 CDOM ;
- des tableaux de garde des pharmacies ;
- des coordonnées des médecins coordonnateurs des HAD.

Dans le cas d'une visite à domicile, le médecin régulateur fournit au médecin effecteur toutes les informations lui permettant de recontacter l'appelant et de localiser précisément son domicile.

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

- du lundi au dimanche, de 20h00 à 8h00 le lendemain,
- le samedi de 12h00 à 20h00,
- les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00.

Le nombre de médecins régulateurs libéraux présents est déterminé en fonction des plages d'intervention et comprend a minima :

- du lundi au dimanche, deux régulateurs de 20h00 à 23h00 et un régulateur de 23h00 à 8h00 le lendemain,
- le samedi, deux régulateurs de 12h00 à 20h00,
- les dimanches et jours fériés, deux régulateurs de 12h00 à 20h00.

La régulation est renforcée, au titre du SAS et de la PDSA, par un régulateur complémentaire chaque jour de 17h00 à 21h00.

L'ARS s'engage à augmenter le nombre de lignes de régulation médicale libérale sous réserve que l'ARRMEL dispose de ressources mobilisables dans le respect du principe du volontariat. A défaut de médecins volontaires libéraux, une solution de recours à des médecins salariés pourra être étudiée.

De même, un renforcement des lignes de régulation peut être envisagé en fonction d'une situation sanitaire particulière ou imprévue (épidémie, événement climatique, mouvements sociaux...).

La décision de renforcer la régulation pendant les périodes de permanence des soins ou d'étendre ces périodes en raison de circonstances particulières est prise par le directeur général de l'ARS en concertation avec l'ARRMEL.

La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre activité.

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 est complétée mensuellement par l'ensemble des médecins participant à la régulation (annexe 1). Cette fiche est visée par le chef de service du SAMU - centre 15 puis transmise pour mise en paiement à la CGSS et pour suivi à l'ARS La Réunion. La dématérialisation des fiches de facturation sera développée dans un but de simplification et facilitation des transmissions.

L'ARRMEL est chargée :

- d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs libéraux aux horaires de permanence des soins,
- de représenter les régulateurs libéraux auprès des instances régionales,
- de veiller à l'application de la convention signée avec le Centre Hospitalier siège du SAMU,
- d'assurer la formation et la supervision des régulateurs libéraux.

Le tableau de présence des médecins régulateurs libéraux est transmise à l'ARS au plus tard 15 jours avant pour le mois à venir.

Une convention de financement avec l'ARS définit les obligations de l'ARRMEL dans le cadre d'une dotation attribuée par l'ARS afin d'assurer le fonctionnement de la régulation libérale, les moyens mobilisés ainsi que la méthode d'évaluation permettant d'adapter ces moyens à l'activité réalisée.

2.3. Qualification du médecin régulateur

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 à la régulation et qu'il s'inscrive dans le dispositif d'amélioration des pratiques et d'évaluation porté par l'ARRMEL. 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 des patients en hospitalisation à domicile ou en établissement médico-social

Le médecin praticien d'HAD d'astreinte est identifié comme l'interlocuteur privilégié du médecin régulateur libéral. En horaires de PDSA, sauf situation d'urgence, le patient en HAD (ou ses proches) appelle l'astreinte HAD (composée d'un IDE et d'un médecin), l'infirmier pouvant se déplacer au domicile pour une 1ère évaluation, puis en référer au médecin HAD qui peut faire une prescription en téléconsultation ou demander, auprès du centre 15, un transfert vers un établissement de soins. En situation d'urgence, le patient (ou ses proches) appelle le centre 15 qui se rapproche au besoin du médecin coordonnateur.

Dans les 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 à plusieurs EHPAD), sauf urgence vitale, les appels à la régulation sont passés par les IDE d'astreinte, sur la base d'un 1er bilan clinique.

En cas de carence, celle-ci fait l'objet d'un signalement par la régulation à l'ARS pour évaluation de l'effectivité du dispositif d'astreinte infirmière mutualisée territoriale en EHPAD.

Les appels émanant des établissements d'hébergement pour personnes vivant avec un handicap et personnes âgées sont traités par le centre 15 et la régulation libérale comme s'ils provenaient du domicile.

3. ORGANISATION DE L'EFFECTION

3.1. Principaux généraux de l'effection

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat ; l'organisation doit permettre l'accès de tout médecin volontaire, installé sur un secteur de PDSA, au tableau de garde de ce secteur. Le CDOM est garant de ce principe.

Les médecins effecteurs de la PDSA assurent leurs consultations dans chaque secteur de PDSA au sein d'une maison médicale de garde (MMG) de forme associative, de leur cabinet médical, ou d'une structure autre dédiée à la permanence des soins.

L'installation d'une MMG de forme associative au sein des hôpitaux disposant d'un service d'accueil des urgences, permettant notamment la prise en charge de patients réorientés par les urgences lorsqu'ils ne nécessitent pas une prise en charge urgente avec mobilisation des moyens d'un plateau technique hospitalier, est encouragée et soutenue budgétairement par l'ARS.

Les médecins remplaçants, inscrits au CDOM, peuvent participer à la PDSA en remplacement d'un médecin installé. L'étudiant en médecine souhaitant effectuer un remplacement est autorisé s'il dispose d'une licence de remplacement valide et qu'il a obtenu l'autorisation du CDOM (après transmission du contrat de remplacement).

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 ou du Centre 15.

En complément des médecins de permanence effecteurs, ou médecins de garde, des médecins d'astreinte sont inscrits, toujours sur la base du volontariat, sur les lignes d'astreinte de l'effectif mobile afin de réaliser, sur saisine du médecin régulateur ou du centre 15, des visites à domicile. 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 critères d'activation de l'effectif mobile seront précisés par un groupe de travail constitué de l'URML, de l'ARRMEL et du CDOM et annexés au présent cahier des charges par décision du directeur général de l'ARS après consultation du sous-comité médical du CODAMUPS-TS.

3.2. Charte de bonnes pratiques

Une charte de bonnes pratiques pour les effecteurs de la PDSA peut être mise en place sur proposition de l'URML et du CDOM. Elle est annexée au présent cahier des charges, par décision du directeur général de l'ARS, après consultation du sous-comité médical du CODAMUPS-TS.

Cette charte a vocation à :

- rappeler les bonnes pratiques de la PDSA,
- garantir une continuité de parcours de soins pour les patients pris en charge par un médecin effecteur de la PDSA en assurant une liaison avec le médecin traitant lorsqu'une suite doit être donnée à l'acte réalisé en PDSA,
- garantir que les médecins effecteurs de la PDSA assurent la réponse exclusivement pour les demandes de soins ne pouvant pas être différés aux horaires habituels 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 sur les missions de la PDSA.

3.3. Modalités pratiques de l'effectif fixe

Le présent cahier des charges définit le nombre de lignes d'effectif fixe et mobile par territoire de PDSA.

3.3.1. Détermination du nombre de lignes de garde et horaires pour l'effectif fixe :

Chaque secteur dispose a minima d'une ligne de garde.

Le nombre de lignes de garde par secteur est défini en fonction du nombre d'habitants et du taux de recours constaté à la PDSA.

Les secteurs disposant d'un service d'accueil des urgences sont dotés d'une ligne de garde supplémentaire tenue par la maison médicale de garde associative, ouverte à tout médecin volontaire (ou à défaut le cabinet médical de garde) installée en proximité directe ou au sein de l'établissement de santé concerné.

Ces lignes de garde accueillent notamment les patients non hospitalo-requérants réorientés par le service d'urgence ; cette réorientation est considérée comme répondant à l'exigence de régulation médicale préalable, à charge pour le service d'urgence d'en conserver la traçabilité à tenir à disposition de l'Assurance maladie en cas de contrôle.

Au-delà des lignes principales de garde, des lignes additionnelles peuvent être ouvertes, sans nécessité de couverture de l'ensemble de la période de PDSA, pour tenir compte de l'afflux de patients.

Il en résulte la répartition suivante des lignes :

Secteurs d'astreinte	Délimitation du secteur	Lignes principales	Lignes additionnelles
Nord 1	Saint Denis (Sainte Clotilde, Moufia, Chaudron, Bois de Nèfles, la Bretagne, Domenjod), Sainte Marie	1	1
Nord 2	Saint Denis (centre-ville, Montgaillard, la Montagne, Bellepierre, le Brulé et Saint-François)	2 (dont 1 ligne fléchée sur une MMG CHU Nord*)	0

Secteurs d'astreinte	Délimitation du secteur	Lignes principales	Lignes additionnelles
Nord-Est	Sainte Suzanne, Saint André et Salazie	1 (ligne fléchée sur la MMG MSE)	1
Est	Bras-Panon, Saint Benoît, la Plaine des Palmistes et Sainte Rose	1 (ligne fléchée sur le Cabinet Garde GHER)	0
Nord-Ouest	Le Port, La Possession	1	1
Ouest 1	Saint Paul (Etang Saint-Paul, Cambaie, La Plaine, Centre - ville, Bois de Nèfles, Sans-soucis, Bellemène, Bois Rouge, Bernica, Le Guillaume, Tan Rouge, 20% de Fleurimont, Plateau Caillou et Saint Gilles les Hauts)	2 (dont 1 ligne fléchée MMG CHOR)	0
Ouest 2	Saint Paul (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	1	0
Sud Bas	Saint Pierre, L'Entre Deux	2 (dont 1 ligne fléchée MMG CHU Sud)	1
Sud Haut	Le Tampon	1	1
Sud-Ouest	Saint Louis, L'Etang salé, Les Avirons	1	0
Sud Est	Saint Philippe, Saint Joseph et Petite Ile	1	1
Cilaos	Cilaos	1	0
Salazie*	Salazie	1	0
Total		16	6

*Ligne mobilisable par un médecin effecteur hors MMG du CHU Nord, dans l'attente de l'ouverture de cette dernière

**à défaut de médecins volontaires, la commune de Salazie reste intégrée dans le secteur Nord Est, sans modification du nombre de ligne de garde de ce dernier.

Les lignes principales sont ouvertes a minima sur l'ensemble des horaires de la PDSA, à l'exception de la nuit profonde.

Les lignes principales peuvent être ouvertes en nuit profonde, dans la mesure où des médecins sont volontaires pour en assurer la couverture.

3.3.2. Détermination du tableau de garde pour l'effectif fixe :

Pour chaque ligne, un médecin est inscrit nominativement au tableau de garde tenu par le CDOM, selon les principes suivants :

- Dans les secteurs disposant d'une maison médicale de garde (MMG), de forme associative et ouverte à l'adhésion de tout médecin volontaire, la garde est assurée au sein de cette MMG pour au moins 1 ligne. Le planning des gardes est établi par la MMG qui le communique à l'avance au CDOM, à charge pour ce dernier d'arrêter le tableau de garde.

Ceci concerne, à date et sans préjudice de l'émergence de nouvelles MMG répondant aux mêmes exigences, les secteurs Nord-Est, Ouest 1 et Sud bas.

En cas de 2^{ème} ligne principale, le tableau de garde est établi directement par le CDOM si des médecins externes à la MMG sont volontaires ; à défaut, il reste proposé par la MMG.

- A Cilaos, la garde est prioritairement effectuée par les médecins de la MSP.
- Dans les secteurs qui ne dispose pas d'une MMG de forme associative et ouverte à l'adhésion de tout médecin volontaire, le CDOM arrête le tableau de garde en veillant à une répartition équitable entre les médecins volontaires, que ceux-ci souhaitent effectuer leur garde au sein de leur propre cabinet ou au sein d'autres structures médicales.
- Dans les secteurs ne disposant pas d'une MMG de forme associative et ouverte à l'adhésion de tout médecin volontaire, une association de permanence des soins, ouverte à tout médecin volontaire,

peut être constituée et élaborer dès lors une proposition de tableau de garde transmise au CDOM. En cas de désaccord sur la répartition de la garde entre les médecins du secteur, il appartient au CDOM de veiller à la répartition équitable de l'inscription au tableau de garde entre les médecins volontaires.

Un médecin référent, identifié au sein de chaque MMG ou association de permanence des soins, est chargé :

- d'établir le tableau de garde du secteur concerné,
- de transmettre le tableau de garde au CDOM, 45 jours au plus tard avant sa mise en œuvre,
- d'assurer le suivi des modifications du tableau de garde et d'en informer le CDOM,
- de réaliser le bilan d'activité,
- d'être en relation régulière avec les différents partenaires de la PDSA.

Conformément à l'article R.6315-2 du code de la santé publique, dix jours avant sa mise en œuvre, le tableau de garde valable pour a minima les trois mois à venir, est transmis par le CDOM, à l'ARS La Réunion, au préfet, au service d'aide médicale urgente, aux médecins et aux associations de permanence des soins concernés ainsi qu'à la Caisse d'Assurance Maladie.

La transmission est assurée de manière dématérialisée ou via une application dédiée, avec précision des coordonnées téléphoniques et mails professionnels des médecins concernés.

En cas de recours à une application dédiée, le CDOM informe l'ARS de la disponibilité du tableau de garde et de toute modification apportée.

3.4. Modalités pratiques de l'effectation mobile :

Le présent cahier des charges définit le nombre de ligne d'astreinte pour l'effectation mobile.

3.4.1. Détermination du nombre de lignes d'astreinte et horaires pour l'effectation mobile :

Chaque secteur d'effectation mobile dispose d'une ligne d'astreinte pour l'effectation mobile :

Secteurs de garde fixe	Délimitation du secteur	Lignes
Nord	Saint Denis et Sainte Marie	1
Nord-Est et Est	Sainte Suzanne, Saint André, Salazie Bras-Panon, Saint Benoît, la Plaine des Palmistes et Sainte Rose	1
Nord-Ouest /Ouest 1 et 2	Le Port, La Possession, Saint Paul, Trois bassins, et Saint Leu	1
Sud-Haut/Sud-Bas/Sud-Ouest	Saint Pierre, L'Entre Deux, Le Tampon, Saint Louis, L'Etang salé, et Les Avirons	1
Sud Est	Saint Philippe, Saint Joseph et Petite Ile	1
Total		5

Les lignes sont ouvertes le samedi de 12h00 à 20h00 et le dimanche et jours fériés de 8h00 à 20h00.

3.4.2. Détermination du tableau de garde pour l'effectation mobile :

Le tableau de garde pour l'effectation mobile est établi par le CDOM parmi les médecins volontaires ou sur proposition des associations de permanence des soins.

Conformément à l'article R.6315-2 du code de la santé publique, dix jours avant sa mise en œuvre, le tableau de garde valable pour a minima les trois mois à venir, est transmis par le CDOM, à l'ARS La Réunion, au préfet, au service d'aide médicale urgente, aux médecins et aux associations de permanence des soins concernés ainsi qu'à la Caisse d'Assurance Maladie.

La transmission est assurée de manière dématérialisée ou via une application dédiée, avec précision des coordonnées téléphoniques et mails professionnels des médecins concernés.

En cas de recours à une application dédiée, le CDOM informe l'ARS de la disponibilité du tableau de garde et de toute modification apportée.

3.5. Carences des tableaux de garde, remplacement et non-prise de garde

En cas d'absence de médecins volontaires, le CDOM sollicite, pour compléter le tableau de garde, l'URML et les associations de permanence des soins, avant de transmettre un rapport au directeur général de l'ARS La Réunion avec la liste des médecins susceptible d'exercer la permanence des soins et qui pourraient faire l'objet d'une mesure de réquisition préfectorale.

Lorsqu'un médecin initialement inscrit dans le tableau de garde ne peut 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 de l'ARS, du SAMU – centre 15, de l'ARRMEL et du CDOM. Ce dernier valide la modification et veille à en informer tous les acteurs concernés.

Les obligations ou engagements pris par le médecin 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 à l'ARS, dans un délai de 10 jours avant la mise en œuvre du tableau de garde. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission doit faire l'objet d'une communication à l'ARS dans les plus brefs délais.

3.6. Modalités de coordination entre médecin régulateur et médecin effecteur

3.6.1. Orientation du patient vers le médecin de permanence effecteur ou médecin de garde :

La sectorisation de la PDSA sert de base à la régulation.

Si le médecin régulateur estime que la consultation d'un médecin est la réponse adaptée, il adresse le patient au médecin qui assure la permanence des soins dans le secteur concerné en se référant au tableau de garde arrêté par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins

Si deux sites de garde sont situés à équidistance du lieu d'appel, le médecin régulateur laisse au patient le choix du site de consultation.

En cas de litige, la sectorisation prévaut.

3.6.2. Orientation du médecin effecteur mobile vers le domicile du patient.

La régulation médicale libérale au centre 15 assure le déclenchement et la régulation de l'intervention des médecins effecteurs mobiles.

Pour la réalisation des visites incompressibles incluant les certificats relatifs aux soins psychiatriques sans consentement, 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 ou encore le médecin effecteur fixe du territoire de PDSA correspondant aux lieux où se situe le patient.

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

Le médecin effecteur informe le Centre 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.

3.7. Suivi de l'activité de permanence des soins

Pour assurer le suivi de la participation des médecins libéraux, des fiches de suivi sont complétées mensuellement par les régulateurs libéraux (annexe 1). Ces fiches seront transmises, pour suivi à l'ARS, au CDOM, et pour paiement à la CGSS.

4. COMMUNICATION AUPRES DE LA POPULATION

Le déploiement de la permanence de soins s'accompagne d'actions de communication auprès du public favorisant :

- le recours aux médecins de garde lorsque l'état de santé du patient ne permet pas de différer la consultation aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux de ville,

- le recours aux services d'urgences seulement pour des situations nécessitant sans délai le plateau technique hospitalier,
- l'appel au préalable au SAMU-Centre 15 en amont de l'accès aux urgences et aux médecins de garde de PDSA
- la promotion du rôle du médecin traitant, et l'importance du recours et de l'appel à ce dernier hors situation d'urgences médicales en journée de semaine et le samedi matin.

Cette communication est assurée par l'ARS, après concertation avec le CDOM, l'Assurance maladie, l'ARRMEL, l'URML, le SAMU, et les acteurs de la PDSA et associations représentant les patients.

Une campagne est menée sur le 1er semestre 2025.

L'ARS dédie un budget, sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR), pour financer ces actions de communication qui devront être réitérées régulièrement au regard de la complexité perçue du système et de l'importance que revêt le sujet.

Il est attendu des médecins de garde de la PDSA de relayer ces messages auprès des patients, notamment lorsque ceux-ci se présentent de manière non-régulée dans les structures de garde.

5. FINANCEMENT DU DISPOSITIF

5.1. Règles de financement de la permanence des soins ambulatoires

La rémunération de la permanence des soins s'inscrit dans les conditions définies par la convention médicale et par les textes régissant le Fonds d'intervention régionale (FIR) géré par l'ARS.

Les conditions et les limites de la rémunération forfaitaire des gardes/astreintes d'effecteurs sont définies par l'arrêté modifié du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire. Les montants bénéficient de l'application de la majoration de 20%.

La rémunération de la régulation médicale libérale est adossée à la valeur du G permettant de tenir compte des évolutions conventionnelles.

5.2. Rémunération de la régulation médicale libérale

La rémunération de base de l'heure de régulation médicale libérale est de 144 €/heure (soit 4 G/heure).

Elle est portée à 180 €/heure (soit 5 G/heure) de 23H00 à 8H00.

Les effectifs indiqués dans le tableau ci-dessous ne prennent pas en compte l'augmentation attendue du nombre de lignes de régulation.

Régulation médicale libérale					
	Nbre de jours	Nbre de régulateurs	Nbre heures	Coût horaire	Coût
Semaine 20h00-23h00	251	2	3	144 €	216 864 €
semaine 23h00-8h00	251	1	9	180 €	406 620 €
samedi 12h-20h	52	2	8	144 €	119 808 €
samedi 20h00-23h00	52	2	3	144 €	44 928 €
samedi 23h00-8h00	52	1	9	180 €	84 240 €
dimanche et JF 8h00-20h00	62	2	12	144€	214 272 €
dimanche et JF 20h00-23h00	62	2	3	144 €	53 568 €
dimanche et JF 23h00-8h00	62	1	9	180 €	100 440 €
Total					1 240 740 €

5.3. Rémunération forfaitaire de l'effectif fixe

La rémunération forfaitaire de la garde fixe du médecin inscrit sur le tableau de garde est fonction de la durée de la garde :

- Rémunération forfaitaire d'un montant de 72 € pour la période de 20h00 à minuit (180 / 12 x 4 heures + majoration outremer de 20%).
- Rémunération forfaitaire d'un montant 144 € pour la période de minuit à 8h00 (180 / 12 x 8heures + majoration outremer de 20%).
- Rémunération forfaitaire d'un montant de 144€ pour les samedis après-midi pour la période de 12h00 à 20h00 (180 / 12 x 8 heures + majoration outremer de 20%).
- Rémunération forfaitaire d'un montant de 216 € pour les dimanches et les jours fériés pour la période de 8h00 à 20h00 (180 / 12 x 12 heures + majoration outremer de 20%).

Astreintes fixes d'une ligne de garde					
	Nbre de jours et de semaine	Ligne astreinte	Nbre heures	Coût astreinte fixe avec majoration coefficient géographique de 20%	Coût annuel
Soirées 20h-00h	365	22	4	72 €	578 160 €
Nuits Profondes 00h-8h	365	0	8	144 €	0
Samedi 12h-20h	52	22	8	144 €	164 736 €
Dimanche et JF jour 8h-20h	62	22	12	216 €	294 624 €
Total					1 037 520 €

5.4. Rémunération forfaitaire de l'astreinte d'effectif mobile

La rémunération forfaitaire des médecins effecteurs mobiles, inscrits sur le tableau de garde, est fonction de la durée de la garde. Elle est établie sur la base de 1 G/heure incluant la majoration outremer de 20% et de l'augmentation du tarif de consultation de la nouvelle convention médicale.

- 288 € pour la période du samedi de 12h00 à 20h00 (1 G x 8 heures)
- 432 € pour la période du dimanche ou jour férié pour de 8h00 à 20h00 (1 G x 12 heures)

5 lignes d'astreinte mobiles					
	Nombre de jours et semaine	Nombre de lignes	Nombre heures	Coût astreinte	Coût
Samedi 12h-20h	52	5	8	288 €	74 880 €
Dimanche et JF jour 8h-20h	62	5	12	432 €	133 920 €
Total					208 800 €

6. MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DE LA PDSA

Le suivi du respect du cahier des charges est assuré par le sous-comité médical du CODAMUPS-TS. Le sous comité se réunit au moins 2 fois par an.

L'évaluation se base 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).

Un document de synthèse est 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, organisations représentatives des médecins participants à la PDSA, usagers).

Les travaux du sous-comité médical permettent de proposer les évolutions d'organisation nécessaires à l'amélioration du dispositif.

6.1. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Des indicateurs sont produits sur un rythme annuel : indicateurs de moyens, indicateurs d'activité, indicateurs de résultat.

INDICATEURS QUANTITATIFS	SOURCE
Démographie médicale et participation au dispositif de la PDSA	
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)	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
Activité de la régulation médicale	
Nombre d'appels téléphoniques décrochés par tranche horaire et période de PDSA	ARRMEL/SAMU
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"> - Conseils médicaux - Prescriptions médicamenteuses téléphoniques - Orientations vers un médecin de garde - Orientations vers une consultation en cabinet aux heures ouvrables - Déplacement d'un effecteur mobile - Orientation vers un médecin de garde d'urgence - Renvoi de l'appel vers l'AMU 	
Répartition des décisions apportées par période de PDSA	
Nombre moyen d'affaires traitées en 1h par médecin régulateur par période de PDSA	
Activité de l'effectation mobile	
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	
Activité de l'effectation fixe	
Nombre de patients vus en consultation après régulation médicale par période de PDSA	ARRMEL/CGSS Médecin de garde
Nombre de patients vus en consultation sans régulation médicale par période de PDSA	
Nombre d'actes régulés par période de PDSA	
INDICATEUR	SOURCE
Nombre d'actes non régulés par période de PDSA	
Nombre de patients adressés par un service d'urgence par période de PDSA	
Nombre de patients orientés vers un service d'urgence par période de PDSA	
Nombre de déclenchements de transports sanitaires (ambulances, SMUR, VSAV) par période de PDSA	
Typologie des motifs médicaux par période de PDSA	
Origines géographiques des patients par période de PDSA	
Nombre de visites à domicile pour certificat de décès par période de PDSA	
Coût de la PDSA	
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	
Coût total des actes non régulés par période de PDSA	
Coût global de la PDSA par habitant	

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

L'impact du dispositif de PDSA est 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 sont 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.

6.2. Traçabilité des incidents et dysfonctionnements

6.2.1. 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 :

- Refus de déférer à une réquisition.
- Carence d'effecteur malgré l'inscription sur tableau de garde.
- Difficultés techniques à joindre un effecteur.
- Délais de réponse...

6.2.2. Modalités de recueil et de suivi des incidents

Les incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDSA seront signalés à l'ARS par les différents acteurs 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 du sous-comité médical du CODAMUPS-TS, une fois par an.

7. MODALITES DE CONSULTATION ET D'INFORMATION DES INSTANCES

La commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) et la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers (CSDU) de la Conférence régionale de santé et de l'autonomie, et le CODAMUPS-TS, sont tenus informés, par l'ARS, en tant que de besoin des incidents survenus, et du résultat de l'évaluation annuelle du cahier des charges de la PDSA.

Les mêmes informations sont communiquées à l'URML et au CDOM.

8. REVISION DU CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA

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

Toute modification du dispositif de permanence des soins entre en vigueur, sauf disposition spécifique, au lendemain de la publication de l'arrêté modificatif.

9. ANNEXES

Fiche de suivi de la participation des médecins libéraux à la régulation

Fiche de dysfonctionnement (incidents)

Applicable au 1er janvier 2023

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES



LES HORAIRES DE LA PDSA

- Tous les soirs du lundi au dimanche de 19 à 24 heures
- Les samedis de 12 à 19 heures
- Les dimanches de 08 à 19 heures

MODALITES PRATIQUES DE L'EFFECTION FIXE

Le dispositif couvre les horaires suivants :

- Toutes les soirées, de 19h00 à minuit
- Les samedis, de 12h00 à 19h00
- Les dimanches et jours fériés, de 8h00 à 19h00

Dans chacun des territoires de PDSA, un ou plusieurs médecins sont chargés d'assurer les consultations dans un point fixe (MMG ou CMG).



EXTENSION SELON LES JOURS FERIES

- Le lundi précédant un mardi férié
 - Le vendredi et le samedi suivant un jour férié
- * Selon calendrier établi en début d'année civile par le DG de l'ARS en fonction d'une étude préalable

LES LIGNES D'EFFECTION MOBILE

Pour la réalisation des visites à domicile incompressibles y compris les certificats de décès et autres certificats requis pour l'initiation des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

- Les samedis : de 12 à 20 heures
- Les dimanches et jours fériés : de 08 à 20 heures

MODALITÉS D'ÉTABLISSEMENT DES CONSTATS DE DÉCÈS

Le médecin d'astreinte mobile se déplace à la demande de la régulation libérale du Centre 15

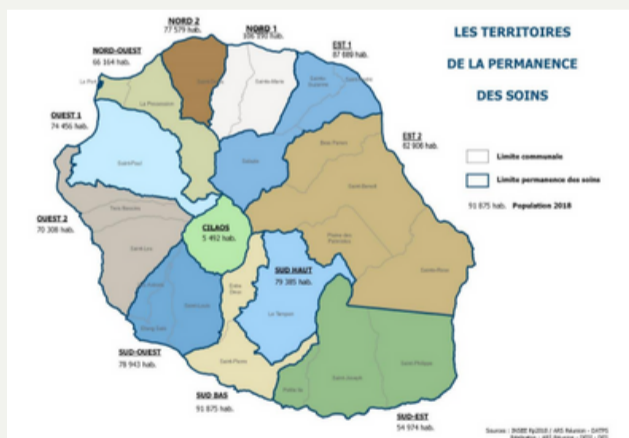


A La Réunion, la PDSA est assurée pour l'effecton fixe par des cabinets de garde professionnalisés et des maisons médicales de garde, qui couvrent le tableau de garde départemental.

L'EFFECTION FIXE

La Réunion est divisée en 12 territoires de PDSA, contre 10 précédemment.

Retrouvez les cartes sur notre site Internet.



LES LIGNES D'EFFECTION MOBILES

5 lignes à La Réunion (visualiser la carte) :

- 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



LA REMUNERATION FORFAITAIRE DE L'EFFECTION FIXE

- 89 € pour la période de 19h à minuit.
- 142 € pour la période de minuit à 8h.
- 124 € pour les samedis après-midi pour la période de 12h à 19h.
- 195 € pour les dimanches et les jours fériés pour la période de 8h à 19h.



LA REMUNERATION FORFAITAIRE DES ASTREINTES DE L'EFFECTION MOBILE

La rémunération forfaitaire des médecins effecteurs mobiles, inscrits sur le tableau de garde, est fonction de la durée de la garde.

Elle est établie sur la base de 1 G/heure :

- - 178 € pour les samedis de 14h00 à 20h00,
- - 355 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.
- - 148 € pour les soirées de 19h à 24h (7J/7)



Consultez le cahier
des charges complet

