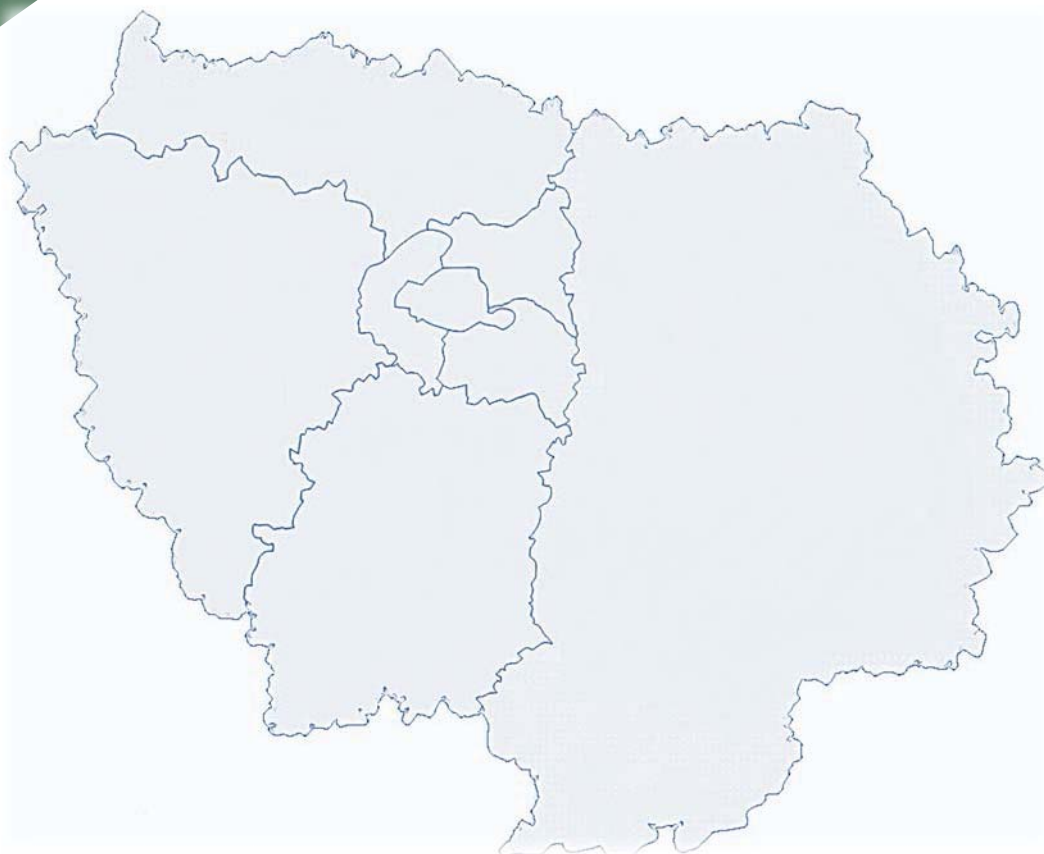


Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires

2018



Région Ile-de-France

Arrêté DGARS n° DOS-2017-2140 du 21 décembre 2017

Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018

PRINCIPES GÉNÉRAUX

I. INTRODUCTION

A. Présentation du cahier des charges

- La PDSA depuis la loi HPST

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

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

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

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

- Volontariat des médecins participant à la PDSA,
- Accès médicalement régulé au médecin de permanence,
- Territorialisation et rémunération forfaitaire.

- Définition de la mission de PDSA

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

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

La permanence des soins ambulatoires est assurée par les médecins volontaires exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins. Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique.

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

- Contenu du cahier des charges

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

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

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

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

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

- Opposabilité du cahier des charges

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

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

- Publication, mise en œuvre et révision

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

Cet arrêté est pris après avis des comités départementaux mentionnés à l'article R. 6313-1 (les CODAMUPS-TS), de la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), et de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les médecins (URPS-médecins).

Les conditions d'organisation mentionnées au troisième alinéa sont soumises pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins et au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police.

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

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

B. Méthodologie d'élaboration du cahier des charges régional

▪ Une démarche progressive

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

- En 2012 :
 - ✓ Un cahier des charges basé sur une évolution significative mais progressive du dispositif, pour renforcer notamment les dispositifs libéraux de la régulation et de l'effectif ;
 - ✓ Dès publication de l'arrêté, une période de déploiement et d'observation permettant à la fois de mettre en place les outils de gouvernance locaux et le recueil des indicateurs de suivi ;
 - ✓ Puis, contemporain de la publication du SROS-PRS, fin 2012 une relecture du cahier des charges initial s'appuyant notamment sur les enseignements tirés du suivi du dispositif.
- En 2013-2014 :
 - ✓ Une montée en charge progressive d'un système d'information dédié aux acteurs de la PDSA devant contribuer à créer les conditions d'une évaluation partagée de l'activité tant au niveau territorial que régional et le cas échéant, de faire émerger des évolutions du dispositif ;
 - ✓ La mise en place d'expérimentations (rémunérations dégressives des forfaits de gardes postées, dispositifs innovants de gardes postées,...), permettant des avancées à la fois en termes d'efficience et de couverture territoriale du dispositif régional.
- En 2015 :
 - ✓ Le développement de la couverture territoriale par un appel à projet ciblé sur les territoires non couverts ou insuffisamment couverts ;
 - ✓ Un renforcement de la régulation médicale libérale au sein du CRRA-C15, pour plusieurs départements ;
 - ✓ La poursuite du développement du système d'information e-PDSA contribuant à améliorer les conditions d'évaluation partagée du dispositif ;
 - ✓ Enfin, le lancement d'une campagne d'information régionale sur le bon usage du dispositif de PDSA dans l'objectif de poursuivre la diffusion d'informations relative à la PDSA auprès du public.
- En 2016 :
 - ✓ La poursuite du développement du système d'information e-PDSA contribuant à améliorer les conditions d'évaluation partagée du dispositif, notamment par l'avancée de l'automatisation du recueil des données des CRRA-C15 ;
 - ✓ L'évaluation d'expérimentations mises en œuvre et d'un certain nombre de dispositifs existants afin de renforcer le dispositif ;
 - ✓ La contribution au déploiement de la dématérialisation du circuit de paiement et de liquidation des forfaits de gardes dans la région pour simplifier le circuit et optimiser les délais de paiement.
- En 2017 :
 - ✓ L'amélioration du recueil des données dans le système d'information e-PDSA afin de parvenir à une exhaustivité des données d'activité ;
 - ✓ L'amélioration de la couverture territoriale, notamment par l'optimisation des modalités de garde.

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

Le pilotage par l'ARS du dispositif de PDSA en Ile-de-France associe au sein d'un comité de pilotage régional restreint les partenaires suivants : URPS-médecins, représentants des Ordres, des SAMU en plus de l'ARS. Ce comité peut en composition plénière être élargi aux partenaires suivants pour certaines de ses réunions : des associations de permanence des soins, des urgentistes, des représentants des transporteurs sanitaires, des usagers au titre de la CRSA, de l'Assurance Maladie, un représentant des centres de santé, un représentant de l'Association des Maires de l'Ile-de-France (AMIF).

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

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

Dans ce cadre, les associations départementales des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires réunissant tous les acteurs libéraux du territoire concerné (régulateurs, effecteurs fixes et mobiles et représentants de tous les médecins libéraux exerçant sur le territoire dans le cadre de la PDSA) :

- Participent à la gouvernance du dispositif,
- Constituent l'interlocuteur représentant les médecins libéraux pour les différents partenaires,
- Et sécurisent la mise en place des dispositions prévues dans ce cahier des charges.

C. Articulation avec d'autres schémas et programmes

Si le cahier des charges régional de la PDSA s'inscrit dans un cadre réglementaire spécifique, il convient que sa mise en œuvre soit en cohérence avec les axes du Projet Régional de Santé notamment :

- Le volet ambulatoire, notamment celles relatives aux aspects liés à la démographie médicale et à la continuité des soins,
- Le volet Urgences notamment pour la cohérence de l'offre et du maillage territorial entre les points fixes de garde et les structures de médecine d'urgence,
- Les dispositifs de garde pharmaceutique et de garde ambulancière, organisés dans un cadre spécifique départemental,
- La permanence des soins en établissement de santé,
- Le volet Bucco-dentaire,
- Le volet Imagerie,
- Le volet Psychiatrie pour les demandes de soins non programmés des patients présentant des troubles psychiques,
- Le volet Médico-social,
- Le volet Biologie.

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

A. Caractéristiques régionales

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

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

Elle se caractérise par une densité régionale d'omnipraticiens libéraux plus faible que la moyenne nationale, une importante offre hospitalière notamment en sites d'urgence, des Centres de Réception et de Régulation des Appels Centre 15 à très forte activité.

En moyenne, près de 11% des omnipraticiens libéraux installés dans la région participent au dispositif organisé de PDSA.

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

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

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

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

B. Le rôle des acteurs

1) La régulation médicale

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

Les médecins régulateurs libéraux sont présents 24h sur 24h dans chaque département.

Dans le département des Yvelines, les médecins ont pour l'exercice de l'activité de régulation médicale, la qualité de praticien attaché.

2) L'effectif

- L'effectif postée : les lieux fixes de consultations

Il existe dans la région 69 lieux de consultations fixes, répartis selon deux types de structures assurant les gardes :

- 43 Maisons Médicales de Garde ;
- 26 points fixes de garde ;

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

Les 43 MMG recensées en Ile-de-France se caractérisent par :

- Une répartition territoriale contrastée : pour exemple, 2 MMG dans le 95, 12 SAMI dans le 94,
- Le portage par une association départementale (91, 94),
- Une situation à proximité ou dans l'enceinte d'un établissement de santé pour un quart d'entre elles,
- Une activité plus faible en semaine et soutenue le dimanche.

Outre les MMG, dans certains territoires des associations de permanence de soins ou des amicales de médecins libéraux organisent des gardes dans des points fixes.

– L'effectif mobile : les associations de visites à domicile

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

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

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

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

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

Dans le cadre du dispositif organisé de PDSA, les associations de permanence des soins sont reconnues comme des effecteurs incontournables par les CRRA-C15, dans les départements dans lesquels leur centre d'appel est interconnecté avec le SAMU-C15 : pour les visites dites incompressibles ou les nombreuses situations pour lesquelles il est nécessaire de procéder à un examen à domicile, en particulier pour les populations fragiles ne pouvant se déplacer (enfants, personnes âgées..).

3) Les Conseils départementaux de l'Ordre des Médecins

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

- Vérifier que les médecins de permanence sont en situation régulière d'exercice,
- Veiller à la complétude des tableaux de garde après avoir si nécessaire, fait les démarches auprès des organisations représentatives,
- Faire émerger des propositions d'amélioration du dispositif de PDSA, en lien avec les médecins, le SAMU, l'Agence régionale de santé et l'Assurance maladie.

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

4) L'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux

L'Union Régionale des Professionnels de Santé des Médecins Libéraux émet un avis sur le cahier des charges régional de la PDSA.

L'URPS médecins joue un rôle important dans la gouvernance régionale du dispositif et dans l'animation des associations locales des acteurs libéraux de la PDSA.

III. PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION DE LA PDSA

L'Agence régionale de santé entend :

Pour la régulation médicale :

- Affirmer le principe intangible d'une régulation médicale, conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), comme pivot du dispositif ;
- Renforcer et valoriser l'implication des médecins libéraux dans l'activité de régulation médicale en s'appuyant sur la mise en place d'Associations départementales des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, réunissant tous les acteurs libéraux ;
- Promouvoir une régulation médicale de qualité (formation, conditions de travail, ...) et l'évaluer ;
- Privilégier l'unité de lieu des régulateurs par département dans les CRRRA-C15, gage d'une organisation conjointe et équilibrée par les médecins libéraux et hospitaliers aux horaires de la PDSA.

Pour l'effectif :

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

Pour la gestion du dispositif :

- Réunir régulièrement le comité de pilotage régional de la PDSA en formation restreinte (ARS, URPS, Ordres, SAMU) ;
- Promouvoir les réunions du comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale dans le cadre de la PDSA dans chaque département, comprenant des représentants de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, de l'Ordre des médecins, du SAMU et de l'ARS ;
- Développer les conditions d'un suivi et d'une évaluation du dispositif par le développement de systèmes d'information modernisés.

IV. LA REGULATION MEDICALE

« L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15). Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine lequel de ces deux numéros est utilisé au plan régional. Il l'inscrit dans le cahier des charges mentionné à l'article R.6315-6. Les médecins volontaires participent à l'activité de régulation médicale des appels dans les conditions définies par le [présent] cahier des charges [...]».

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

« La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels ».

Articles R. 6315-3 modifié et L6314-1 du Code de la santé publique

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

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

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

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

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

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

En Ile-de-France, des médecins libéraux volontaires participent à la régulation médicale des huit Centres de réception et de régulation des appels (CRRRA-C15).

La progression du nombre d'appels relevant de la PDSA, la démographie défavorable des médecins régulateurs libéraux, la collaboration étroite et immédiate, nécessaire entre libéraux et hospitaliers pour cette activité exigeante, la nécessité d'un lieu dédié et équipé, sont autant d'éléments convergents pour considérer en Ile-de-France, les CRRRA-C15 comme lieux privilégiés de la régulation médicale.

- Les CRRA-C15, lieu d'organisation conjointe de l'activité de régulation médicale

L'ARS Ile-de-France a pour objectif de faire évoluer sous sa gouvernance le fonctionnement actuel des CRRA-C15, organisé par le service d'aide médicale urgente. Il s'agit de mettre en place une organisation conjointe et paritaire entre médecins régulateurs libéraux et hospitaliers, structurée au plan départemental autour de cette mission de service public. Le CRRA-C15 a vocation à constituer dans ce cadre la « Maison commune » de la régulation médicale.

Dans chaque département, le représentant de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire est l'interlocuteur libéral au sein du CRRA-C15, pour les médecins ou structures installés dans le département. Cette association assure la participation de médecins libéraux à la régulation médicale des appels, dans le cadre d'une convention passée avec l'établissement siège du SAMU, soumise à l'avis du Comité de pilotage régional de la PDSA. Les dispositions de cette convention doivent assurer :

- La permanence du fonctionnement du CRRA-C15,
- Une réponse rapide et adaptée aux appels reçus,
- La neutralité absolue des orientations vis-à-vis des effecteurs qu'ils relèvent du secteur public ou privé.

La participation à la régulation médicale reste ouverte aux médecins volontaires à titre individuel, ou à des associations de permanence des soins, selon des modalités définies par le règlement intérieur du CRRA-C15 pour la PDSA. Un comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale est constitué dans chaque département et a vocation à veiller au fonctionnement optimal de la régulation médicale aux horaires de la PDSA et en assurer le suivi et l'évaluation.

- L'accès au médecin de permanence

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

Au cours de l'année 2018, l'accès à la permanence des soins ambulatoires fera l'objet d'une régulation médicale préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins – le 116 117 ou par le numéro national d'aide médicale urgente – le 15.

Les associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le CRRA-C15 et assurant une régulation médicale des appels, peuvent également être accessibles pour cette régulation téléphonique sous réserve d'une convention passée avec l'établissement siège du SAMU-Centre15, soumise à l'avis du Comité de pilotage régional de la PDSA.

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

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

Fin 2017 et au cours du premier trimestre 2018, l'URPS poursuivra les actions de promotion et de recrutement auprès des médecins libéraux franciliens, sur la base d'un financement par l'ARS de forfaits découverte des CRRA-C15 pour les médecins libéraux.

La mise en place et la réalisation de ces actions de formation seront évaluées au cours de l'année 2018.

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

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

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

En 2017, l'ARS a financé la formation de nouveaux médecins libéraux régulateurs en Ile-de-France, action coordonnée par l'URPS médecins. La réflexion relative aux pratiques entre régulateurs du CRRRA-C15, entamée en 2015 par la mise en place de groupes d'échanges, sera poursuivie en 2018.

Ces deux programmes feront l'objet d'une évaluation au cours du premier semestre 2018 dans l'objectif de consolider ces dispositifs d'amélioration des pratiques.

- **Evaluation**

Les modalités d'évaluation sont précisées dans le chapitre « *Gouvernance, suivi et évaluation* » du présent cahier des charges.

V. L'EFFECTION

▪ La participation des médecins libéraux à la PDSA

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

- Les lieux fixes de consultation (Maisons médicales de garde ou Points fixes), qui assurent l'accès à des consultations de médecine générale pour les situations ne pouvant pas attendre la réouverture des cabinets médicaux. Ils permettent la réalisation d'actes de diagnostic et/ou de soins qui ne nécessitent pas un accès immédiat à un plateau technique installé sur site ;
- Les associations de permanence des soins, qui occupent une place notable pour la réalisation des visites incompressibles. De plus, dans certains territoires, des effecteurs mobiles dédiés à la régulation médicale du CRRRA-C15 assurent également ces visites. Il s'agit des visites qui ne peuvent être différées, parmi lesquelles les visites immédiates avec priorité et les visites dans les délais usuels.

L'ARS Ile-de-France poursuit la mise en place de mesures afin de rendre plus attractive l'activité d'effection, notamment en réduisant les disparités de rémunération entre départements.

Les résultats de l'évaluation du dispositif permettront d'engager la réflexion sur une participation progressive et volontaire d'autres médecins spécialistes libéraux en appui au dispositif de PDSA, notamment pour la biologie et l'imagerie.

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

▪ Le recours pour les zones actuellement non couvertes

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

Des modalités financières spécifiques ont été expérimentées depuis 2016 dans certains territoires en raison de leur caractéristique spécifique.

Dans la continuité de cette action, l'ARS Ile-de-France poursuivra au cours de l'année 2018, sa réflexion quant au développement de projets innovants permettant d'apporter des solutions pérennes dans les territoires concernés, en lien avec les instances de gouvernance locales de la PDSA.

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

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

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

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

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

Il convient, pour le sécuriser, que :

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

L'inscription sur un tableau de garde oblige à répondre aux sollicitations de la régulation médicale du CRRA-C15, pour tous les acteurs de l'effectif (médecin de permanence, association de visite...).

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

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

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

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

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

Une communication harmonisée sur le bon usage du dispositif de PDSA, du recours éventuel au 116 117, du recours au 15 et du recours aux urgences, sera à organiser pour la région, en lien avec les partenaires impliqués aux niveaux régional et territorial. Les différences d'organisation des dispositifs de chaque territoire conduiront vraisemblablement à envisager des campagnes spécifiques pour chaque département en associant l'ensemble des partenaires, notamment les médecins libéraux.

VI. PICS D'ACTIVITE ET SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE

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

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

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

Pour la période hivernale 2017-2018, une enveloppe globale correspondant à 292 heures est attribuée pour chaque régulation médicale libérale avec la possibilité de renforcer la présence des régulateurs libéraux, lorsque le besoin paraît justifié, dans la limite de ce nombre d'heures.

Il revient à chaque association départementale en charge d'organiser la présence des médecins régulateurs libéraux au CRRRA-C15 de déterminer en lien avec le SAMU-C15, les situations nécessitant un ajustement des effectifs pour les périodes et horaires concernés.

Les données d'activité et notamment les périodes de renforcement feront l'objet d'une évaluation à l'issue de cette période.

Les modalités de ce renforcement sont décrites dans chaque déclinaison départementale au *II.B Gestion des périodes de tension et de pics d'activité*.

VII. GOUVERNANCE, SUIVI ET EVALUATION

A. Les structures de gouvernance régionale et départementale : constitution et rôle

Le dispositif repose sur :

- Le Comité de pilotage régional de la PDSA, en formation plénière ou restreinte

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

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

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

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

- Un Comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale dans le cadre de la PDSA, constitué dans chaque département

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

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

- L'association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, respectant la diversité de tous les acteurs libéraux,
- Le SAMU-Centre15.

En composition élargie, ce comité pourra associer un représentant des médecins urgentistes des établissements hospitaliers publics, un représentant des médecins urgentistes des établissements de santé privés d'intérêt collectif et un représentant des médecins urgentistes des établissements de santé privés à but lucratif lorsqu'ils existent sur le territoire.

Sont membres de droit de ce comité, le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins ou son représentant, et le Directeur Général de l'ARS ou son représentant.

La présidence de ce comité est assurée de façon alternée, chaque année, par un représentant de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoire, et par un représentant du SAMU-C15.

Un bureau exécutif restreint issu de ce comité, composé du président de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires ou son représentant, du Directeur du SAMU-C15 ou de son représentant, du Président du conseil de l'Ordre ou de son représentant ainsi que du Directeur Général de l'ARS ou son représentant, se réunit périodiquement afin de gérer de façon réactive, tout sujet le nécessitant. Les coordonnateurs libéral et hospitalier de la régulation sont également associés à ce bureau.

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

- De s'assurer du bon fonctionnement de la régulation médicale au sein du CRRRA-C15 et du respect des dispositions du règlement intérieur s'appliquant aux horaires de PDSA,
- De mettre en place une démarche qualité centrée sur les pratiques de régulation médicale,
- D'évaluer la neutralité et l'indépendance des décisions de régulation médicale et leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques médicales,
- D'étudier les signalements en rapport avec d'éventuels dysfonctionnements et proposer des solutions adaptées,
- De faire évoluer les règles de collaboration entre les différents acteurs,
- De contribuer au recueil et à l'analyse des données d'activité locales,
- De proposer au comité de pilotage régional, des évolutions de l'organisation générale et du règlement intérieur,
- D'élaborer un rapport d'activité annuel territorial à destination du comité de pilotage régional et des instances départementales que sont les CODAMUPS-TS et les sous-comités médicaux, et de la CSOS CRSA.

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

« Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R. 6315-6 » Art. R. 6313-1.-du CSP

B. Suivi et évaluation

Le suivi et l'évaluation du dispositif de PDSA s'appuient sur les données provenant :

1. De l'ensemble des acteurs participant au dispositif de PDSA (pour la régulation médicale, l'effectif mobile et postée et les plateformes d'appels), à partir de leurs données d'activité renseignées sur le système d'information régional de la PDSA développé à la demande de l'Agence régionale de Santé.

Les indicateurs sont issus des données renseignées par les acteurs dans l'outil de recueil e-PDSA :

- Indicateurs de la régulation médicale :
 - Nombre total de dossiers de régulation pendant et hors PDSA ;
 - Nombre d'appels téléphoniques entrants, d'appels décrochés, de dossiers de régulation ouverts et de dossiers de régulation médicale par période et par tranche horaire PDSA ;
 - Nombre de dossiers de régulation médicale par profil de médecin régulateur, par période et par tranche horaire PDSA ;
 - Répartition des décisions apportées par période et par tranche horaire PDSA ;
 - Répartition du type de conseil apporté par période et par tranche horaire PDSA ;
 - Pourcentage des appels téléphoniques décrochés en moins de 60 secondes par période et par tranche horaire PDSA.

- **Indicateurs pour les plates-formes d'appels :**
 - Nombre d'appels décrochés ;
 - Nombre d'appels reçus, d'appels traités, dont pris en charge par un médecin par tranche horaire et période PDSA ;
 - Répartition des réponses apportées par tranche horaire et période de PDSA.

- **Indicateurs de l'effectif mobile :**
 - Nombre de visites à domicile pendant et hors période de PDSA ;
 - Nombre de visites à domicile réalisées, avec précision du lieu géographique d'intervention et de la plage horaire de PDSA ;
 - Nombre de visites à domicile effectuées à la demande directe du CRRA-C15, par tranche horaire PDSA et périodes de PDSA ;
 - Nombre de visites à domicile pour certificat de décès dont effectuées à la demande directe du CRRA-C15 par tranche horaire et périodes de PDSA.

- **Indicateurs de l'effectif postée :**
 - Nombre de patients vus en consultation par période de PDSA et par tranche horaire PDSA et par tranche de 4 heures ;
 - Nombre total de consultations et nombre de consultations effectuées à la demande directe du CRRA-C15 par période de PDSA et par tranche horaire PDSA et par tranche de 4 heures.

A l'horizon de 2018-2019, cet outil intégrera à terme de nouveaux indicateurs :

- **Indicateurs de la régulation médicale :**
 - Nombre de médecins libéraux et hospitaliers participant à la régulation médicale ;
 - Qualification et statut des régulateurs hospitaliers et libéraux.

 - **Indicateurs de l'effectif mobile :**
 - Nombre de visites effectuées pour des enfants, des personnes âgées ;
 - Nombre de visites effectuées par lieu géographique ;
 - Nombre de visites effectuées par motif médical ;
 - Nombre de visites à domicile suivies de l'adressage du patient à un service d'urgence ;
 - Nombre de visites n'ayant pas été rémunérées (patients non solvables).

 - **Indicateurs de l'effectif postée :**
 - Répartition selon les origines géographiques, les motifs médicaux ;
 - Nombre de consultations effectuées pour des enfants, des personnes âgées ;
 - Nombre de patients adressés par un service d'urgence, réorientés vers un service d'urgence ;
 - Nombre de consultations n'ayant pas été rémunérées (patients non solvables).
2. **Les données des lieux fixes de garde**, sur la base du logiciel ORDIGARD ; celui-ci permet de restituer par plages horaires de PDSA l'activité réalisée des gardes postées ainsi que le montant des forfaits s'y rapportant.

3. Le suivi et l'évaluation du dispositif s'appuie également sur :

- Les données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie
- Les informations transmises par les instances de gouvernance, notamment les comités médicaux territoriaux de gouvernance qui relayent au niveau régional ainsi qu'aux CODAMUPS-TS et leurs sous-comités médicaux,
- Leurs observations sur le fonctionnement territorial de la PDSA
 - Leurs remarques et leur analyse portant sur les données et tableaux de bord PDSA
 - Les incidents répertoriés, relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins
 - Ces incidents doivent faire l'objet d'une transmission au CODAMUPS-TS et à la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Le comité de pilotage régional en est également informé, ainsi que le cas échéant, les ordres départementaux dans le cadre de leurs missions.
- Les rapports d'activité annuels des structures de PDSA subventionnées par l'ARS, notamment les associations départementales des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins.

4. L'impact du dispositif de PDSA sera également étudié au regard :

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

VIII. FINANCEMENT

A. La rémunération des médecins libéraux de permanence

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

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

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

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

B. Les conditions et principes

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

Les effecteurs qui pourront prétendre à une rémunération forfaitaire dans le cadre du dispositif PDSA, figurent à ce titre dans les tableaux des « gardes postées » et de « répartition des effecteurs » des déclinaisons territoriales du présent cahier des charges. Quelle que soit la modalité de participation à la permanence des soins (régulation médicale, visites à domicile ou consultations), les gardes effectuées seront rémunérées au prorata des heures de permanence réalisées selon les plages horaires prévues dans le cahier des charges.

- Pour la régulation médicale téléphonique, le tarif horaire varie selon la plage horaire pour les gardes effectuées dans les CRRA-C15 de la région selon les modalités suivantes:
 - Le tarif horaire est de 80€ sur l'ensemble des plages horaires à l'exclusion de la nuit profonde (0h-8h)
 - Le tarif horaire est fixé à 95€ sur la plage horaire de la nuit profonde de 0h à 8h à compter du 1^{er} janvier 2018 ; pour cette plage horaire, une majoration exceptionnelle et non reconductible est accordée au tarif horaire de 110€ du 1^{er} janvier au 28 février 2018.

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

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

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

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

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

C. La répartition de l'enveloppe régionale PDSA

Pour 2018, la répartition de l'enveloppe régionale pour la rémunération forfaitaire des médecins participant à la PDSA, sur la base de l'organisation présentée dans les déclinaisons territoriales et des forfaits de rémunération retenus, est la suivante :

- Le montant régional de l'indemnisation des médecins régulateurs s'élève à **7,96 M€**. Une réserve de **0,20 M€** pour rémunérer le renforcement transitoire des effectifs, pour une situation sanitaire exceptionnelle.
- Le montant régional de l'indemnisation des médecins effecteurs s'élève à **5,76 M€**. Ce montant est minoré par l'absence de forfaits de permanence des soins à Paris pour les effecteurs (maintien du statu quo préexistant au cahier des charges). Il se décline comme suit :
 - 3,01 M€ pour les effecteurs mobiles,
 - 2,64 M€ pour les effecteurs postés,
 - 0,10 M€ de réserve pour un renforcement transitoire.

Le montant total régional de l'enveloppe des rémunérations forfaitaires s'élève à **13,92 M€**.

D. Les autres moyens financiers mis en œuvre

Pour soutenir la mise en œuvre du dispositif, l'ARS finance par le fonds d'intervention régional (FIR) les associations de la permanence des soins ambulatoires.

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

Au cours de l'année 2018, l'accès à la permanence des soins ambulatoires fera l'objet d'une régulation médicale préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins – le 116 117 ou par le numéro national d'aide médicale urgente – le 15.

Une campagne de communication harmonisée sur le bon usage du dispositif de PDSA, du recours au numéro d'appel de la régulation médicale (116 117 ou 15) et aux urgences, sera mise en œuvre en lien avec les partenaires impliqués au niveau régional.

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

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

Un axe de cette communication permettra d'identifier le CRRA-C15 comme une entité où collaborent des médecins libéraux et hospitaliers, pour apporter une réponse efficace et permanente aux appels médicaux urgents.