



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CENTRE-VAL DE
LOIRE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R24-2016-100

PUBLIÉ LE 4 JUILLET 2016

Sommaire

ARS du Centre-Val de Loire

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| R24-2016-07-01-004 - 2016-OSMS-0055 non drogation GHT G. DAUMEZON 45 (1 page) | Page 3 |
| R24-2016-07-01-005 - 2016-OSMS-0056 non drogation GHT HENRI EY 28 (1 page) | Page 5 |
| R24-2016-07-01-003 - 2016-OSMS-0058 fusion chateauroux le blanc (3 pages) | Page 7 |
| R24-2016-07-01-006 - 2016-OSMS-0060 création GHT d'Eure et Loir 28 (2 pages) | Page 11 |
| R24-2016-07-01-007 - 2016-OSMS-0061 création GHT de l'Indre 36 (2 pages) | Page 14 |
| R24-2016-07-01-008 - 2016-OSMS-0062 création GHT de l'Indre et Loire 37 (2 pages) | Page 17 |
| R24-2016-07-01-009 - 2016-OSMS-0063 cration GHT du Loir et Cher_41 (2 pages) | Page 20 |
| R24-2016-07-01-010 - 2016-OSMS-0064 cration GHT du Loiret_45 (2 pages) | Page 23 |
| R24-2016-07-01-011 - 2016-OSMS-0065 Arrt fixant le cahier des charges PDSA - 01.07.2016 (62 pages) | Page 26 |
| R24-2016-06-28-010 - Arrêté n° 2016-OSMS-PH37-0070 déclarant infructueux l'appel à projet relatif à la création d'un SESSAD de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique. (2 pages) | Page 89 |

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-004

2016-OSMS-0055 non drogation GHT G. DAUMEZON

45

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

ARRETE

N° 2016-OSMS-0055 du 1^{er} juillet 2016

Portant refus de la demande de dérogation du centre hospitalier Georges Daumezon à Fleury les Aubrais à l'obligation d'être partie à un groupement hospitalier de territoire

La directrice générale de l'Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire,

Vu l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et notamment son article 5 ;

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-1 et L. 1434-3, R. 6132-7 et suivants ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu la demande de dérogation du 20 mai 2016 du directeur du centre hospitalier Georges Daumezon à Fleury les Aubrais ;

Considérant la taille et la nature de l'activité au sein de l'offre territoriale de soins du centre hospitalier Georges Daumezon à Fleury les Aubrais;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La demande de dérogation du centre hospitalier Georges Daumezon à Fleury les Aubrais à l'obligation d'être partie à un groupement hospitalier de territoire est refusée.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'agence régionale de santé du Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. A l'égard des tiers, ce délai court à compter de la publication aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-005

2016-OSMS-0056 non drogation GHT HENRI EY 28

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

ARRETE

N° 2016-OSMS-0056 du 1^{er} juillet 2016

Portant refus de la demande de dérogation du centre hospitalier Henri Ey à Bonneval à l'obligation d'être partie à un groupement hospitalier de territoire

La directrice générale de l'Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire,

Vu l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire et notamment son article 5 ;

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-1 et L. 1434-3, R. 6132-7 et suivants ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu la demande de dérogation du 4 mai 2016 du directeur du centre hospitalier Henri Ey à Bonneval, confirmée par courrier du 15 juin 2016 ;

Considérant la taille et la nature de l'activité au sein de l'offre territoriale de soins du centre hospitalier Henri Ey à Bonneval ;

ARRÊTE

Article 1^{er} : La demande de dérogation du centre hospitalier Henri Ey à Bonneval à l'obligation d'être partie à un groupement hospitalier de territoire est refusée.

Article 2 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'agence régionale de santé du Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. A l'égard des tiers, ce délai court à compter de la publication aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire
Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-003

2016-OSMS-0058 fusion chateauroux le blanc

**AGENCE REGIONALE DE
SANTE CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRÊTÉ
N° 2016-OSMS-0058**

**Autorisant la fusion-absorption du Centre Hospitalier de Châteauroux et du Centre
Hospitalier du Blanc**

La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6122-1 à L. 6122-20, L 6141-7-1, R. 6122-23 à R. 6122-44,

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne BOUYGARD, directrice générale de l'agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016,

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé,

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du Directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre-Val de Loire en date du 9 octobre 2014 portant adoption de la révision du projet régional de santé de la région centre,

Considérant le protocole d'accord sur les principes de la fusion des Centres Hospitaliers de Châteauroux et du Blanc, signé entre la Direction, les présidents des Conseils de Surveillance des établissements concernés et la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire en date du 28 avril 2016,

Considérant le dossier déposé par le Centre Hospitalier de Châteauroux et le Centre Hospitalier du Blanc le 31 mai 2016,

Considérant que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail du Centre Hospitalier du Blanc, sollicité le 15 mars 2016, a donné un avis en s'abstenant sur le projet de fusion du Centre Hospitalier de Châteauroux et du Centre Hospitalier du Blanc,

Considérant que le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail du Centre Hospitalier de Châteauroux, sollicité le 24 mars 2016, a rendu un avis partagé sur le projet de fusion du Centre Hospitalier de Châteauroux et du Centre Hospitalier du Blanc avec 4 voix pour et 4 voix contre,

Considérant l'avis favorable à l'unanimité des membres présents des Directoires des Centres Hospitaliers du Blanc et de Châteauroux en date, respectivement, des 21 et 23 mars 2016, concernant le projet de fusion de ces deux établissements,

Considérant l'avis favorable à la majorité des membres présents des Commissions médicales d'établissement des Centres Hospitaliers du Blanc et de Châteauroux en date, respectivement, des 22 et 29 mars 2016, concernant le projet de fusion de ces deux établissements,

Considérant l'avis favorable du Comité technique d'établissement du Centre Hospitalier du Blanc en date du 22 mars 2016 et l'avis exprimé par 6 voix défavorable et 4 voix favorable du Comité technique d'établissement Centre Hospitalier de Châteauroux en date du 29 mars 2016, concernant le projet de fusion de ces deux établissements,

Considérant l'avis favorable à l'unanimité des membres présents des Conseils de Surveillance des Centres Hospitaliers du Blanc et de Châteauroux en date, respectivement, des 24 mai et 1^{er} avril 2016, concernant le projet de fusion de ces deux établissements,

Considérant l'avis favorable des Conseils municipaux du Blanc et de Châteauroux en date, respectivement, des 28 avril et 2 mai 2016, concernant le projet de fusion des Centres Hospitaliers du Blanc et de Châteauroux,

Considérant que la demande n'a pas d'impact sur le nombre d'implantations d'activités de soins existantes et que ce projet est donc compatible avec les objectifs quantifiés en implantations fixés par ce schéma,

Considérant l'avis favorable du rapporteur en date du 10 juin 2016,

Considérant l'avis favorable de la commission spécialisée de l'organisation des soins pour le compte de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie du Centre, en date du 21 juin 2016,

ARRÊTE

Article 1 : est autorisée la fusion, par absorption, du Centre Hospitalier du Blanc par le Centre Hospitalier de Châteauroux.

Article 2 : cette fusion, tant administrative que budgétaire prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2017. Cette décision est sans influence sur la dénomination, le siège et le ressort du Centre Hospitalier du Châteauroux. Les opérations de liquidations comptables seront achevées au cours du premier semestre 2017

Article 3 : le Centre hospitalier de Châteauroux devra élaborer son projet d'établissement intégrant l'établissement objet de la fusion à l'issue du prochain Plan Régional de Santé.

Article 4 : la directrice des établissements fusionnés est chargée de la clôture des comptes de chaque établissement ainsi que de toutes les opérations se rapportant à la gestion des deux établissements. Cette clôture devra intervenir au terme de l'exercice 2016.

Article 5 : A compter du 1^{er} janvier 2017, les dons et legs acquis, l'actif et le passif, l'ensemble des éléments constitutifs du patrimoine, les biens meubles et immeubles du domaine public et du domaine privé, les droits et obligations à l'égard des tiers du Centre Hospitalier du Blanc sont transférés de plein droit au Centre Hospitalier de Châteauroux. Ces transferts de biens, droits et obligations ne donnent lieu à aucune indemnité, taxe, salaire ou honoraire. La Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé du Centre-Val de Loire est chargée de l'authentification des transferts de propriété en vue de la publication au service de publicité foncière.

Article 6 : les autorisations d'activités de soins et d'exploitation d'équipements et matériels lourds relevant de l'article L 6122-1 du Code de la Santé Publique dont est détenteur le Centre Hospitalier du Blanc sont transférées au Centre Hospitalier de Châteauroux et feront l'objet d'une confirmation suite à cession suivant la procédure prévue à l'article R. 6122-35 Code de la Santé Publique.

Article 7 : le présent arrêté peut faire l'objet, dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de la date de publication au recueil des actes administratifs :

- soit d'un recours gracieux auprès de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,
- soit d'un recours hiérarchique auprès du Ministre des Affaires Sociales et de la Santé conformément aux dispositions de l'article L. 6122-10-1 du code de la santé publique. Ce recours hiérarchique ne constitue pas un préalable obligatoire au recours contentieux : Ministère des affaires sociales et de la santé - 14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP,
- soit d'un recours contentieux formé par toute personne ayant intérêt à agir auprès du Tribunal administratif d'Orléans, 28 rue de la Bretonnerie – 45057 ORLEANS CEDEX 1.

Article 8 : La directrice de l'offre sanitaire et médico-sociale de l'Agence régionale de santé de la région Centre-Val de Loire est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée sous pli recommandé avec accusé de réception, et publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans le 1^{er} juillet 2016
La Directrice générale de l'Agence
régionale de santé du Centre-Val de Loire,
Signé : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-006

2016-OSMS-0060 création GHT d'Eure et Loir 28

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-0060 du 1^{er} juillet 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard, en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Après réception des objectifs médicaux visés au 1° de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et conformément au calendrier défini à l'article 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, les centres hospitaliers de Louis Pasteur de Chartres, de Victor Jouselin de Dreux, de Henri Ey de Bonneval, de Châteaudun, de Nogent le Rotrou, de La Loupe sont appelés à se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le groupement hospitalier de territoire d'Eure et Loir est composé des établissements suivants :

- Le centre hospitalier Louis Pasteur de Chartres
- Le centre hospitalier Victor Jouselin de Dreux
- Le centre hospitalier spécialisé Henri Ey de Bonneval
- Le centre hospitalier de Châteaudun
- Le centre hospitalier de Nogent le Rotrou
- Le centre hospitalier de La Loupe

Article 2 : La publication du présent arrêté emporte création du comité territorial des élus locaux.

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre chargée de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-007

2016-OSMS-0061 création GHT de l'Indre 36

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-0061 du 1^{er} juillet 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard, en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Après réception des objectifs médicaux visés au 1° de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et conformément au calendrier défini à l'article 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, les centres hospitaliers du Blanc, de Saint Roch de Buzançais, de Châteauroux, de Châtillon sur Indre, de la Châtre, de La Tour Blanche d'Issoudun, de Levroux, de Saint Charles de Valençay, du centre départemental Gériatrique de l'Indre et de l'EHPAD de Vatan sont appelés à se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le groupement hospitalier de territoire de l'Indre est composé des établissements suivants :

- Le centre hospitalier du Blanc
- Le centre hospitalier Saint Roch de Buzançais
- Le centre hospitalier de Châteauroux
- Le centre hospitalier de Châtillon sur Indre
- Le centre hospitalier de la Châtre
- Le centre hospitalier La Tour Blanche d'Issoudun
- Le centre hospitalier de Levroux
- Le centre hospitalier Saint Charles de Valençay
- Le centre départemental gériatrique de l'Indre
- L'EHPAD de Vatan

Article 2 : La publication du présent arrêté emporte création du comité territorial des élus locaux.

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre chargée de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire
Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-008

2016-OSMS-0062 création GHT de l'Indre et Loire 37

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-0062 du 1^{er} juillet 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard, en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Après réception des objectifs médicaux visés au 1° de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et conformément au calendrier défini à l'article 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, les centres hospitaliers du chinonais, de Paul Martinais de Loches, intercommunal d'Amboise/Château Renault, de Jean Pagès de Luynes, de Sainte Maure de Touraine, de Louis Sevestre à la Membrolle/Choisille, régional et universitaire de Tours, les EHPAD de l'Ile Bouchard, de Richelieu, de Saint Christophe sur le Nais sont appelés à se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le groupement hospitalier de territoire de l'Indre et Loire, dénommé groupement hospitalier de territoire de Touraine Val de Loire, est composé des établissements suivants :

- Le centre hospitalier du Chinonais
- Le centre hospitalier Paul Martinais de Loches
- Le centre hospitalier intercommunal d'Amboise/Château Renault
- Le centre hospitalier Jean Pagès de Luynes
- Le centre hospitalier de Sainte Maure de Touraine
- Le centre hospitalier Louis Sevestre de la Membrolle/Choisille
- Le centre hospitalier régional et universitaire de Tours
- L'EHPAD de l'Ile Bouchard
- L'EHPAD de Richelieu
- L'EHPAD de Saint Christophe sur le Nais

Article 2 : La publication du présent arrêté emporte création du comité territorial des élus locaux.

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès de la ministre chargée de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-009

2016-OSMS-0063 cration GHT du Loir et Cher_41

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-0063 du 1^{er} juillet 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard, en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Après réception des objectifs médicaux visés au 1° de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et conformément au calendrier défini à l'article 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, les centres hospitaliers de Simone Veil de Blois, d'Antoine Moreau de Montoire, de Montrichard, de Romorantin-Lanthenay, de Saint Aignan sur Cher, de Selles sur Cher et de Vendôme sont appelés à se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le groupement hospitalier de territoire du Loir et Cher est composé des établissements suivants :

- Le centre hospitalier Simone Veil de Blois
- Le centre hospitalier Antoine Moreau de Montoire
- Le centre hospitalier de Montrichard
- Le centre hospitalier de Romorantin-Lanthenay
- Le centre hospitalier de Saint Aignan sur Cher
- Le centre hospitalier de Selles sur Cher
- Le centre hospitalier de Vendôme

Article 2 : La publication du présent arrêté emporte création du comité territorial des élus locaux.

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès de la ministre chargée de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-010

2016-OSMS-0064 cration GHT du Loiret_45

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-0064 du 1^{er} juillet 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard, en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Après réception des objectifs médicaux visés au 1° de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et conformément au calendrier défini à l'article 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, les centres hospitaliers de Pierre Dézarnaulds de Gien, de Lour Picou de Beaugency, de Pierre Lebrun de Neuville aux Bois, de l'agglomération montargoise d'Amilly, de Sully sur Loire, de Pithiviers, de Paul Cabanis de Beaune la Rolande, du centre hospitalier régional d'Orléans et du centre hospitalier départemental Georges Daumézon de Fleury les Aubrais sont appelés à se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le groupement hospitalier de territoire du Loiret est composé des établissements suivants :

- Le centre hospitalier Pierre Dézarnaulds de Gien
- Le centre hospitalier Lour Picou de Beaugency
- Le centre hospitalier Pierre Lebrun de Neuville aux Bois
- Le centre hospitalier de l'agglomération montargoise d'Amilly
- Le centre hospitalier de Sully sur Loire
- Le centre hospitalier de Pithiviers
- Le centre hospitalier Paul Cabanis de Beaune la Rolande
- Le centre hospitalier régional d'Orléans
- Le centre hospitalier départemental Georges Daumézon de Fleury les Aubrais

Article 2 : La publication du présent arrêté emporte création du comité territorial des élus locaux.

Article 3 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès de la ministre chargée de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Fait à Orléans, le 1^{er} juillet 2016

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire

Signée : Anne BOUYGARD

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-07-01-011

2016-OSMS-0065 Arrt fixant le cahier des charges PDSA
- 01.07.2016

**AGENCE REGIONALE DE
SANTE CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRÊTÉ
N° 2016-OSMS-0065**

**Portant fixation du cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des
soins en médecine générale en région Centre-Val de Loire**

La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R.4127-1 et suivants, et L.1435-5, L.6311-2, L.6314-1 et R.6315-1 et suivants,

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, et notamment son article 65 instaurant le fonds d'intervention régional,

Vu le décret du ministre de la santé et des sports n° 2010-809 en date du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins,

Vu le décret du ministre de la santé et des sports n° 2010-810 en date du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires,

Vu le décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé,

Vu le décret du ministre des affaires sociales et de la santé en date du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard en qualité de directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, et du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, en date du 20 avril 2011, relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire,

Vu l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé en date du 20 octobre 2011, fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire,

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 (parue au journal officiel du 25 septembre 2011),

Vu l'arrêté n° 2015-OSMS-0019 du directeur général de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire en date du 30 janvier 2015 fixant le cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires en région Centre-Val de Loire,

Vu l'avis favorable rendu par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires du Cher en date du 30 janvier 2015 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans le Cher,

Vu l'avis favorable rendu par la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie en date du 12 mars 2015 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans le Cher,

Vu l'avis favorable rendu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins du Cher en date du 23 avril 2015 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans le Cher,

Vu l'avis favorable rendu par le préfet de département du Cher en date du 7 mai 2015 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans le Cher,

Vu l'avis favorable rendu par l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux Centre-Val de Loire en date du 28 octobre 2015 relatif aux projets de réorganisation de la PDSA dans le Cher,

Vu l'avis favorable rendu par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires de l'Indre en date du 24 février 2016 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans l'Indre,

Vu l'avis favorable rendu par le préfet de département de l'Indre en date du 17 mars 2016 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans l'Indre,

Vu l'avis favorable rendu par le conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Indre en date du 29 mars 2016 relatif au projet de réorganisation de la PDSA dans l'Indre,

Considérant que suite aux avis défavorables rendus par la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie en date du 7 mars 2016 et par l'Union régionale des professionnels de santé-médecins libéraux Centre-Val de Loire en date du 21 avril 2016, relatifs au projet de réorganisation de la PDSA dans l'Indre, un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs de la PDSA de l'Indre le 24 mai 2016 a abouti à un consensus sur les modalités d'organisation des effectifs fixes et mobiles dans l'Indre à compter du 2 juillet 2016, ainsi que sur les modalités d'évaluation :

ARRÊTE

Article 1 : le cahier des charges portant organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en région Centre-Val de Loire est fixé conformément à l'annexe du présent arrêté. Il remplace le cahier des charges annexé à l'arrêté n° 2015-OSMS-0019 du directeur général de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire en date du 30 janvier 2015.

Article 2 : le présent arrêté est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif d'Orléans dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 3 : La directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire est chargée de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre-Val de Loire.

Fait à Orléans, le 01 juillet 2016
La directrice générale de l'Agence régionale
de santé Centre-Val de Loire
Signé : Anne BOUYGARD

NB : l'annexe de l'arrêté est consultable auprès du service émetteur de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire.

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE VAL DE LOIRE**

**Cahier des charges relatif à l'organisation de la
permanence des soins en médecine générale
en région Centre-Val de Loire**

PREMIERE PARTIE :

LES PRINCIPES REGIONAUX

■ Visa

1. Le code de la santé publique, notamment ses articles R.4127-1 et suivants, et L.1435-5, L.6311-2, L.6314-1 et R.6315-1 et suivants.
2. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
3. La loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, et notamment son article 65 instaurant le fonds d'intervention régional.
4. Les décrets n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins (PDS) et n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.
5. L'arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, 2, 3 et 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
6. Le décret n° 2015-75 du 27 janvier 2015 relatif à l'organisation de la permanence des soins des chirurgiens-dentistes en ville et des médecins dans les centres de santé.
7. L'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, et du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat, en date du 20 avril 2011, relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire (PDSA).
8. L'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé en date du 20 octobre 2011, fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
9. La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011 (parue au journal officiel du 25 septembre 2011).
10. Les recommandations de bonne pratique de la Haute autorité de santé, relatives aux « modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » - mars 2011.
11. L'instruction n°DSS/SD1B/2012/60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoires.
12. Vu le projet régional de santé 2012-2016 adopté par arrêté du 22 mai 2012, dont le schéma régional d'organisation des soins – volet ambulatoire.
13. L'arrêté n° 2014-OSMS-0142 du directeur général de l'Agence régionale de santé du Centre en date du 22 décembre 2014 fixant le cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires en région Centre.
14. L'arrêté n° 2016-OSMS-0065 de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire en date du 1^{er} juillet 2016 fixant le cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale en région Centre-Val de Loire.

■ Préambule

La permanence des soins est une organisation médicale entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier (public ou privé) permettant de répondre aux besoins de soins de la population en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux

La PDSA fait partie intégrante de la PDS.

Le présent cahier des charges décrit l'organisation au niveau régional de la PDSA.

Cette organisation s'inscrit dans le cadre des orientations du Schéma régional d'organisation des soins ambulatoire.

Les principes d'organisation de la prise en charge des demandes de soins non programmés sont définis au niveau régional par l'ARS, après avis des préfets de département et des représentants des professionnels de santé.

Ces principes définissent des priorités d'actions qui seront ensuite, adaptées à la réalité de chaque territoire de permanence des soins.

C'est pourquoi, ce cahier des charges régional est lui-même décliné au niveau départemental et territoire par territoire, en fonction des besoins de santé et des spécificités locales.

Il repose sur un certain nombre de principes :

1. La participation à la PDSA repose sur le principe du volontariat (Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010),
2. Organiser la PDSA par secteur de garde, à partir de 20h en semaine et les week-ends et jours fériés,
3. Mettre en place une réponse adaptée à chaque demande de soins non programmées fondée sur la responsabilité (déontologie médicale) et le pragmatisme,
4. Promouvoir la continuité des soins durant les heures d'ouverture des cabinets et éviter l'orientation spontanée des patients vers les services d'urgence pour des prises en charge ne le justifiant pas,
5. Réduire les contraintes liées à l'activité de garde en concertation avec les médecins au sein des CODAMUPS-TS, en privilégiant, si besoin, le regroupement progressif des secteurs, dans un contexte de démographie médicale déclinante,
6. Favoriser le principe du déplacement du patient chaque fois que cela est médicalement possible,
7. Organiser un dispositif de régulation performant et attractif garantissant dans des délais satisfaisants une réponse adaptée et une prise en charge efficiente,
8. Clarifier les rôles et les responsabilités par l'articulation et la coordination avec les autres dispositifs hospitaliers et extra-hospitaliers, notamment dans le cadre de la prise en charge de l'urgence, par la contractualisation.

■ Introduction

Un premier diagnostic partagé entre l'ARS et les différents acteurs de santé concernés a mis en exergue quelques éléments caractéristiques de la région Centre-Val de Loire :

- une répartition diffuse et hétérogène de la population (4 % du total national) et de l'offre de soins au sein d'un ensemble régional relativement vaste (7 % de la superficie nationale) ;
- une situation démographique professionnelle critique avec des perspectives alarmantes à court terme pour certains territoires et des activités de soins : il existe une grande hétérogénéité de densité médicale :

| Département | Superficie (km ²) | Population 2011 | Densité de population (hab. / km ²) | Nombre d'omnipraticiens libéraux (OL) | Part d'OL de 55 ans et plus | Densité d'OL pour 100 000 hab. |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 18 - Cher | 7 235 | 311 694 | 43 | 234 | 53% | 75 |
| 28 - Eure-et-Loir | 5 880 | 430 416 | 73 | 300 | 53% | 70 |
| 36 - Indre | 6 791 | 230 175 | 34 | 174 | 59% | 76 |
| 37 - Indre-et-Loire | 6 127 | 593 683 | 97 | 604 | 44% | 102 |
| 41 - Loir-et-Cher | 6 343 | 331 280 | 52 | 277 | 56% | 84 |
| 45 - Loiret | 6 775 | 659 587 | 97 | 504 | 57% | 76 |
| Région CENTRE-Val de Loire | 39 151 | 2 556 835 | 65 | 2 087 | 52% | 82 |

Source : EXTRACTION RPPS 04/12/2014 et recensement de population INSEE 2011

- l'inadéquation de l'offre en matière de transport au regard des besoins dans certains secteurs ;
- les recours inappropriés à la permanence des soins consécutifs aux insuffisances relatives à la continuité des soins, notamment pour les personnes âgées en EHPAD ;
- les recours inappropriés aux services d'accueil et d'urgence des centres hospitaliers en lien avec de nouveaux déterminants comportementaux ;
- le recours inapproprié aux services d'incendie et de secours en lieu et place des ambulanciers,
- une activité médicale hétérogène entre les départements.

■ Champ d'application

La PDSA est une mission de service public qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé.

Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat.

Cette mission est assurée aux horaires suivants :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- 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, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante. Ainsi, le samedi matin qui suit un vendredi qui lui-même suit un jour férié relève de la PDSA et donne lieu à ce titre à rémunération de l'astreinte correspondante et des actes régulés le cas échéant.

■ Axes d'organisation

1. Définition des territoires

La PDSA s'organise sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence arrêtés par le Directeur général de l'ARS qui tient compte de l'état de la démographie médicale.

Le travail de détermination des territoires est mené en lien avec la réflexion autour des modalités d'effectif dont il est le corollaire.

En effet, les territoires de PDSA déterminent le cadre opérationnel de l'effectif.

Le découpage de la permanence des soins retenu doit être lisible pour la population ; il délimite les modalités d'intervention des professionnels de santé qui y sont implantés.

Les territoires arrêtés sont de taille adéquate et se fondent sur des éléments pragmatiques, tenant compte :

- de la population (nombre, typologie,...) ;
- de la solidité du dispositif de régulation (nombre de participants, plages horaires couvertes, activité) ;
- du nombre d'effectifs définis par rapport à l'offre médicale existante, à la demande de soins et à l'activité médicale constatée, de leur sollicitation par tranche horaire ; ce nombre est rapporté à la superficie et à la distance entre les points extrêmes du territoire concerné ;
- des habitudes de garde et des réseaux tissés entre acteurs de la permanence des soins ;
- de la localisation des établissements de santé et notamment des services d'urgence ;
- des zones d'intervention des SMUR ;
- des points fixes de garde, type maisons médicales de garde ;
- des structures professionnelles type SOS médecins, (Bourges, Tours, Orléans,...) ;
- des structures existantes (hôpitaux locaux, EHPAD) ;
- des projets existants pouvant avoir un impact sur la permanence des soins (maisons de santé pluridisciplinaires, expérimentations soins de ville).

Le découpage en territoires de permanence des soins respecte un certain nombre de principes :

- accès aux soins non programmés garanti en tous points, quel que soit le territoire ;
- sécurité, notamment, en termes d'accès et de délai de réponse (prise en compte du temps moyen de déplacement entre le domicile du patient et le lieu de garde) ;
- cohérence avec la configuration des autres gardes (garde ambulancière, garde pharmaceutique).

En fonction des caractéristiques géographiques, un territoire de PDSA peut être commun à plusieurs départements (territoire de santé).

La configuration des territoires (superficie) peut aussi varier en fonction des tranches horaires.

L'évolution et la reconfiguration des territoires de PDSA doivent être adaptées à l'évolution démographique des professionnels de santé et au changement organisationnel.

2. Régulation médicale des appels

- Centralisation de la régulation des appels à l'échelle du département

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable par le SAMU-Centre 15 ou par une plate-forme de régulation médicale ayant passé convention et interconnectée avec le Samu-Centre 15.

Le dispositif de la régulation médicale est le pivot de la PDSA.

Les principes de cette régulation sont :

- une régulation départementale au Centre 15,
- une réponse par des médecins libéraux volontaires, au sein du service d'aide médicale urgente (SAMU), favorisant la complémentarité ville / hôpital, sécurisante,
- une réponse médicale, adaptée à la demande de soins,
- une traçabilité des appels (prise en charge des appels et suivi des réponses apportées) dans les conditions définies par l'arrêté du ministre du travail, de l'emploi et de la santé, en date du 20 octobre 2011, fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la PDSA, pris en application de l'article R.6315-3 du code de la santé publique.

- Réception, orientations et réponses apportées

La réception des appels est assurée par un permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) qui assure le lien avec le médecin libéral régulateur, selon les protocoles en vigueur, en articulation avec la régulation hospitalière.

La régulation médicale est un acte médical pratiqué par téléphone après un interrogatoire méthodique et conclu par une décision du médecin régulateur, en adéquation avec le besoin de soins du patient.

L'articulation entre les différents acteurs (le SAMU Centre 15 et les régulateurs libéraux) est formalisée par une convention entre le centre hospitalier siège du SAMU-Centre 15 et l'association des médecins régulateurs libéraux.

Les associations de régulation libérale sont responsables de la tenue du tableau de participation des médecins à la régulation, de la mise à jour et de l'effectivité de leur présence. Elles présenteront un tableau actant une continuité de la PDSA au SAMU-Centre 15, aux conseils départementaux de l'ordre des médecins concernés et à l'ARS du Centre-Val de Loire.

Le médecin régulateur décide de la réponse la mieux adaptée à la demande de soins par :

- le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente,
- le conseil médical permettant de donner satisfaction à la demande du patient durant la période de soins non programmés,
- le conseil médical avec prescription médicamenteuse téléphonique¹ ; cette dernière est définie comme une prescription à distance, dans les suites d'un conseil téléphonique, réalisée dans trois situations : rédaction et transmission à distance d'une ordonnance écrite à la pharmacie de garde la plus proche du domicile pour le patient, prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale, adaptation d'un traitement lorsque le médecin traitant n'est pas joignable. Le médecin régulateur apprécie la nécessité ou non d'une prescription médicamenteuse par téléphone, après examen de la situation et analyse de l'état du patient avec les informations dont il dispose par téléphone. La prescription est à durée limitée et non renouvelable. Elle est soumise, comme les appels traités par la régulation, à une obligation de traçabilité et doit respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé en février 2009.
- l'orientation du patient vers un lieu fixe de garde (cabinet médical, maison médicale de garde) ou vers une structure de soins (service des urgences), voire le déclenchement d'un transport adapté pour assurer le déplacement de la personne,
- le déclenchement de l'intervention d'un médecin effecteur d'astreinte sur un territoire.

La régulation médicale, en tant que véritable pivot de la PDSA, doit être un dispositif performant et fiable garantissant une réponse de qualité aux besoins du patient. Elle doit permettre, par le conseil médical et/ ou par la prescription médicamenteuse téléphonique ou par le recours au médecin d'astreinte, lorsque cela est nécessaire, de limiter le recours inapproprié aux services d'urgence et aux transports sanitaires non médicalement justifiés.

- *Renforcement de la régulation par la promotion de l'exercice*

L'attractivité de la régulation doit être renforcée, afin d'augmenter le nombre de médecins participants, par :

- l'introduction d'une « labellisation » de la régulation (rédaction d'un cahier des charges, relatif au cadrage et à la sécurisation du dispositif) ;
- le développement de moyens informatiques : installation d'un logiciel de suivi de disponibilité des effecteurs et des appels (fondé sur le rappel des patients, afin de vérifier la prise en compte réelle du conseil téléphonique), et de gestion des ambulances ; en effet, ces différents niveaux de régulation sont très chronophages et doivent être facilités par des moyens techniques ; la bonne gestion du temps est, en régulation, un enjeu majeur ;

¹ Recommandation de bonne pratique de l'HAS

« Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale » - Février 2009

- une aide en personnels avec présence d'un coordonnateur ambulancier pour la coordination des véhicules et un secrétariat pour décharger les médecins régulateurs des tâches administratives ;
 - la coordination avec les pharmacies : tableau des gardes par secteur (consultable en temps réel sur les sites www.resogardes.fr ou/et www.3237.fr) et prescription téléphonique codifiée et sécurisée des médicaments ;
 - l'extension aux périodes de pic d'activité, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante (le samedi matin à partir de 8h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié) ;
 - l'élargissement du recrutement notamment aux médecins généralistes qui vont partir à la retraite et aux remplaçants ayant une pratique suffisante en médecine générale ;
 - le rôle des associations de régulation libérale en termes de formation et de remises à niveau ;
 - l'inscription d'un module spécifique portant sur la régulation dans le cursus universitaire des étudiants en médecine composé d'un enseignement théorique et d'un stage de terrain tutoré et rémunéré.
- Rémunération

La rémunération de la régulation libérale au sein du Centre 15 est revalorisée et adaptée aux conditions de sa réalisation.

Elle repose sur trois principes :

- Une indemnisation d'un régulateur à l'échelle du département ;
- Une rémunération du temps de travail dans la limite d'un certain plancher défini au niveau national et adapté au niveau régional par l'ARS, après concertation de l'URPS-ML de la région Centre-Val de Loire, à hauteur de 80 € par heure de régulation, avec une durée minimale de 4 heures ;
- Et à raison d'un aller-retour par jour pour un médecin exerçant en dehors de la circonscription du lieu de régulation (Centre 15), et dans la limite départementale:
 - une prise en charge des frais de déplacement à hauteur de 0,62 € /Km,
 - une rémunération du temps de trajet sur la base de 80 € par heure.

3. Modalités de l'effectif

- Principe

La PDSA est assurée par les médecins 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, quel que soit son lieu d'exercice.

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Dans ce cadre, le conseil départemental de l'ordre des médecins atteste de la capacité de ces derniers à participer à la permanence des soins et en informe l'agence régionale de santé.

Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le Directeur général de l'ARS, transmise au conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM).

- Détermination de l'astreinte médicale

Afin d'être en mesure de mettre en œuvre un dispositif à la fois efficient pour la population et attractif pour les médecins qui y participent, les forfaits d'astreinte sont définis par l'ARS au niveau régional, dans les limites fixées par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

La rémunération minimale de l'astreinte est fonction de la durée de la garde, sur la base de 150 € pour une garde d'une durée de référence de 12 h, au prorata temporis, avec une durée minimale de 4 heures.

Toutefois, pour les gardes de 20 h à 22h, le montant de l'astreinte est de 25 €.

La détermination des montants tient compte :

- de la taille des territoires couverts,
- de la diminution du nombre de secteurs,
- du nombre d'effecteurs,
- des contraintes et sujétions de l'activité,
- des périodes de garde couvertes.

- Etablissement des tableaux de garde

Un tableau de garde nominatif par territoire de PDSA est établi par le CDOM pour une durée minimale de trois mois précisant le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes par chaque médecin.

Le tableau est transmis par le CDOM au Directeur général de l'ARS au plus tard dix jours avant sa mise en œuvre, ainsi qu'au préfet de département, aux SAMU, aux médecins et associations concernés et aux CPAM.

Lorsque le médecin intervient dans le cadre d'une association de PDSA, l'association transmet au CDOM une liste actualisée des médecins susceptibles de participer à la PDSA pour l'association.

Dans le mois suivant la mise en œuvre du tableau de garde, cette association transmet la liste nominative, par tranche horaire, des médecins ayant effectivement assuré la PDSA sur le territoire.

En cas d'incomplétude du tableau de garde, le CDOM entame des démarches de concertation, afin de le compléter. Si ces démarches ne permettent pas de compléter le tableau, le CDOM transmet un rapport au Directeur général de l'ARS accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA.

Le CDOM est également chargé de transmettre au Directeur général de l'ARS la liste des médecins qu'elle a exemptés en raison de leur âge, de leur état de santé et éventuellement des conditions d'exercice.

Le Directeur général de l'ARS transmet au Préfet de département une proposition d'acte de réquisition qui tient compte de ces deux listes.

Une liste des médecins bénéficiaires d'exemption accordées par le CDOM pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercices, est transmis au Directeur général de l'ARS qui le communique au préfet.

Les modalités de transmission des informations par le Directeur général de l'ARS au préfet pour l'exercice des réquisitions de PDSA doivent être formalisées.

La réquisition constituant l'exercice d'un pouvoir de police du préfet, celui-ci conserve une marge d'appréciation dans l'opportunité de réquisitionner.

- Organisations spécifiques : complémentarité ville / hôpital

En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existante, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé (publics et privés).

De même, selon les mêmes critères, la PDSA de certains secteurs pourra être modulée sur le créneau horaire réglementaire, sur décision du Directeur général de l'ARS, en lien avec le préfet de département, et après validation en CODAMUPS-TS.

En tout état de cause, cette restriction de la plage horaire de garde est soumise à des prérequis obligatoires :

- elle doit se fonder sur des éléments la justifiant (un état des lieux préalable devra être effectué, en particulier, portant sur le nombre moyen d'actes en soirée par semaine et par mois) ;
- une prise en charge organisée des imprévus en journée par les cabinets médicaux ou les structures d'exercice regroupés concernés ;
- une contractualisation avec l'établissement de santé dont le service d'urgence est impacté par le report sur le créneau horaire arrêté ; la convention doit prévoir de manière précise les différents cas de prise en charge et les réponses apportées, les responsabilités des différents intervenants (médecins libéraux et établissement), un suivi et une évaluation du dispositif mis en place. Il devra être tenu compte de l'évolution de la fréquentation des services d'urgence ;
- une permanence des soins fiable et garantie pendant les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures et 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, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante ;
- une prise en compte et une articulation avec les questions de transports sanitaires.

Cette adaptation horaire aura pour conséquences :

- un montant de l'astreinte médicale proportionnel à la durée de la période couverte dans la limite de 12h ;
- une fongibilité des enveloppes PDS entre la ville et l'hôpital avec des possibilités de renforcer la régulation libérale, les effecteurs et les équipes SAMU pour la période précitée.

La solution d'une prise en charge dans un lieu fixe de consultation est privilégiée. Ces maisons médicales de garde ou autres structures organisées seront, si possible, adossés aux services d'urgence.

- Cas de certaines visites

Il s'agit de visites qui restent marginales (en termes de quantité) mais sont chronophages concernant :

- des patients pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation à domicile,
- des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes,
- des actes médico-légaux ou administratifs (certificats de décès, gardes à vue,...).

Il est donc possible d'envisager une organisation spécifique avec éventuellement la mise en place d'une effecton mobile préposée à ce type d'actes.

Cette organisation spécifique doit se justifier par une évaluation préalable (nombre de cas de visites incompressibles moyen par semaine, analyse des besoins, etc.)

L'effecton mobile peut s'exercer dans le même territoire que les secteurs au sein desquels sont implantés les points fixes de garde. Il doit être spécifié si plusieurs médecins sont engagés sur un territoire.

Une rémunération spécifique est prévue pour ce type d'organisation.

Cette organisation devra être débattue au sein de chaque CODAMUPS-TS, qui aura à prendre en compte la démographie médicale qui ne permet pas de segmenter l'activité médicale.

- Mise en place de maisons médicales de garde sur des sites dédiés.

Les maisons médicales de garde, bien souvent adossées aux services d'urgence, participent à la pérennisation d'une réponse de soins de proximité au sein de secteurs agrandis, permettent :

- de concentrer les moyens ;
- de répartir la charge de l'effecton ;
- d'apporter un lieu sécurisé pour les médecins qui interviennent ;
- de désengorger les services d'urgence et de rendre ainsi l'accès aux soins plus performant.

Elles nécessitent de :

- déplacer les patients, le médecin de permanence n'effectuant pas de visites,
- de revoir le circuit de demandes de soins afin que la régulation soit systématique.

L'accessibilité à ces structures doit être garantie par une organisation des transports adaptée et ciblée, régulée par le SAMU-Centre 15, utilisée de manière parcimonieuse et dans des situations médicalement et socialement justifiées. Dans un souci d'efficacité, le mode de transport doit être adapté à l'état de santé du patient, conformément aux référentiels dans ce domaine.

Afin de mobiliser les médecins et d'accroître le nombre d'effecteurs, un financement minimum (équipement et fonctionnement) des maisons médicales de garde sera garanti, notamment dans le cadre de l'enveloppe permanence des soins (effecton) et de manière complémentaire via le Fonds d'Intervention régional (FIR)

Enfin, la maison médicale de garde doit être équipée d'un logiciel informatique accessible par chaque médecin pour effectuer la télétransmission et la prise en charge intégrale pour les personnes bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle et les personnes souffrant d'une affection de longue durée. La généralisation du tiers payant pour les actes régulés doit permettre de limiter le recours inapproprié des patients aux services d'urgence.

- Perspectives d'évolution

Compte tenu de l'évolution démographique professionnelle, un diagnostic permettant d'identifier les points faibles et les points forts de l'organisation et du fonctionnement de la

PDSA mise en place est un préalable systématique et indispensable à la détermination de solutions de suppléance pérenne.

Une nouvelle sectorisation, si nécessaire, en fonction des ressources disponibles devra s'effectuer en plusieurs étapes, et faire l'objet, à moyen terme, d'une adaptation spécifique à chaque territoire, aux moyens de :

- un élargissement des secteurs, mais avec, en contrepartie, un renforcement des effectifs (mise en place ou non, en fonction de sa justification, d'une effectif mobile) ;
- une mutualisation des médecins libéraux, avec notamment des organisations type « SOS Médecins » ;
- l'implantation de nouvelles maisons médicales de garde préférentiellement adossées à une structure de soins ou médico-sociale, avec un accès préalablement régulé (par le Centre 15 ou par une infirmière d'orientation à l'accueil des urgences doublée d'une sécurité ou par une plateforme de régulation médicale interconnectée avec le centre 15) ;
- une articulation cohérente entre les secteurs de gardes médicales, des pharmaciens et des ambulanciers.

Les modalités de réponse (visites, consultations au cabinet du médecin de garde, consultations en maison médicale de garde...) peuvent varier ou coexister selon les territoires et les plages horaires.

4. Coordination ambulancière territoriale

L'ARS détermine les conditions dans lesquelles le transport des patients vers un lieu de consultation peut être organisé lorsqu'ils ne peuvent se déplacer par leurs propres moyens.

- Organisation des transports sanitaires terrestres pendant les horaires de PDS

L'organisation des transports sanitaires est l'un des aspects importants du dispositif de la permanence et de la continuité des soins.

Plus encore que pour les autres thèmes de la permanence des soins, les situations départementales, voire dans certains secteurs, infra-départementales, sont très hétérogènes.

La concentration des plateaux techniques et des effecteurs de la garde vont conduire inexorablement à une augmentation de la demande des transports, notamment en zone rurale à la population vieillissante.

L'organisation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière doit être définie dans un cadre contraint, celui de la non augmentation des dépenses de transports.

C'est pourquoi, il convient d'établir un état des lieux, par secteur, des dysfonctionnements constatés (mésusages, situations inappropriées), puis d'harmoniser au niveau de la région les pratiques hétérogènes et de pallier les carences en ambulances aux heures de PDS par :

- l'institution d'une délégation de service public, confiée aux entreprises de transports sanitaires ;
- le développement d'une coordination ambulancière territoriale, assurée par un coordonnateur ambulancier, telle que préconisée par le référentiel du 9 avril 2009, élaboré par le comité national des transports sanitaires :
- définie dans une convention de fonctionnement (qui coordonne, où, avec quels financements,... ?),

- assurant une visibilité permanente de la disponibilité des ambulances en termes de délai d'intervention, de moyens techniques et humains avec présence d'un ou plusieurs véhicules de catégorie A par secteur territorial et d'un véhicule de catégorie A ou C pendant la période de garde départementale (si le préfet n'a pas approuvé la proposition de tableau qui lui a été soumise sur la base du volontariat) et optimiser leur utilisation,
- permettant la traçabilité de l'activité des ambulanciers avec formalisation de la prise en charge et du bilan clinique de l'ambulancier, gestion des horaires, suivi opérationnel de l'intervention,
- limitant le recours au SDIS via une convention conclue entre le SAMU et le SDIS uniquement pour les situations « de débordement » du dispositif, et, en l'absence de convention, via l'application du référentiel du 25 juin 2008 relatif au secours à personne et à l'aide médicale urgente.
- une prise en charge financière des carences ambulancières, des retours à domicile (notamment pour les patients en EHPAD, à titre exceptionnel et après régulation) et des sorties blanches du SMUR ;
- le développement des modes alternatifs de transports (type taxis, VSL) avec le concours des collectivités locales.

■ Dispositif de communication régionale

Devant les sollicitations croissantes des acteurs de l'urgence et les recours inappropriés à certains dispositifs (engorgement des urgences), devant également une évolution des comportements, il est nécessaire de mettre en œuvre un dispositif de communication sur l'organisation de l'offre de soins.

L'ensemble des acteurs de santé concernés en région Centre-Val de Loire, à savoir l'ARS, l'URPS ML, les conseils de l'ordre des médecins, les caisses primaires de l'assurance maladie,... devront, de manière coordonnée, informer :

- la population, sur le bon usage de l'offre de soins pendant et en dehors des heures de PDS et sur la bonne utilisation des différents dispositifs (notamment des transports sanitaires) ;
- l'Education nationale, le Ministère du travail et les associations locales de sport concernant la réglementation en vigueur et les missions des acteurs des urgences (régulateurs, médecin effecteur, SDIS, ...) ;
- les médecins libéraux, en lien avec les conseils de l'ordre des médecins, concernant leurs obligations déontologiques, relatives à l'organisation, pendant leur absence, de la prise en charge des patients par un confrère, et non pas par un renvoi systématique (sur leur répondeur téléphonique) au Centre 15.

■ Définition des indicateurs de suivi et modalités d'évaluation

La présente organisation de permanence des soins ambulatoires fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuels.

La commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) sont tenus informés via la présentation d'un bilan d'activité.

Le suivi et l'évaluation doivent porter tout particulièrement sur :

- le nombre d'actes (consultations et visites) réalisés par période de permanence des soins, par secteur, rapporté à la population du secteur, et type d'orientation (hospitalisation, urgences,...), nombre d'actes non régulés, à partir des données des associations de permanence des soins,
- le fonctionnement de la régulation (nombre de médecins participants, nombre d'appels et d'actes régulés en fonction des tranches horaires, suites données), à partir des données des associations de régulation libérale, des SAMU,
- la participation réelle et effective des médecins à la PDSA, en fonction des tranches horaires et des périodes (nombre de participants / population par département), et du remboursement des forfaits d'astreinte, à partir notamment des données des CPAM,
- la coopération et la complémentarité ville-hôpital (évolution de la fréquentation des services d'urgence par territoire, participation des médecins libéraux à la permanence des soins et éventuels dysfonctionnements constatés sur la tranche horaire 20h-24h, pendant les week-ends et jours fériés, coordination MMG/services d'urgence) en se fondant sur les données des SAMU-Centre 15, les rapports d'activité des associations de régulation libérale, de SOS Médecins et des maisons médicales de garde,
- les modalités de fonctionnement des MMG par tranche horaire d'ouverture (nombre d'appels, accès régulé ou non, nombre d'actes, orientation du patient),
- le bilan des visites citées en page 11 : nombres d'actes par semaine, week-ends et jours fériés, fonctionnement, bilan et coût de l'effectif mobile, organisation par territoire,
- l'organisation et fonctionnement des transports sanitaires : nombre de prises en charge, nombre de carences constatées, nombre de sorties blanches, état de la coordination ambulancière à partir des données des SAMU notamment, bilan de la fluidité en termes de disponibilité des véhicules,
- part des patients relevant du niveau 1 de la Classification clinique des malades des urgences (CCMU) dans les passages aux urgences pendant et en dehors des horaires de la permanence des soins,
- évolution du coût de la PDSA par poste (enveloppes régionales PDSA + FIR),
- taux de satisfaction des patients et des professionnels de santé en termes d'organisation du dispositif et de réponse apportée.

Le recueil des données devra contribuer à relever tout particulièrement les incidents, relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDSA.

Pour ce faire, une fiche de suivi devra être mise en place aux niveaux :

- de la régulation libérale au Centre 15,
- des différents effecteurs libéraux,
- du Samu,

et devra être transmise pour information à l'ARS et au CDOM concerné.

Puis un bilan régional annuel sera établi par l'ARS et présenté à la CSOS de la CRSA et aux CODAMUPS-TS.

DEUXIEME PARTIE :

LES DECLINAISONS

TERRITORIALES

Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale dans le Cher

■ Axes d'organisation à compter du 2 février 2015

1. Définition des territoires

La réorganisation de la permanence des soins ambulatoires dans le département du Cher concerne :

- L'effectif fixe dans quatre secteurs du département
- L'effectif mobile dans deux secteurs du département

Une réduction importante du nombre de secteurs de permanence des soins ambulatoires est intervenue le 2 février 2015 ramenant le nombre de secteurs de garde de médecine générale de 15 secteurs en semaine (13 secteurs les week-ends et jours fériés) à 4 secteurs fixes en semaine, les week-ends et jours fériés (cf. carte effectif fixe).

Puis une effectif mobile définie sur deux secteurs (Nord et Sud) a complété le dispositif existant (cf. carte effectif mobile).

2. Régulation médicale des appels

- Centralisation de la régulation des appels à l'échelle du département

L'accès au médecin de garde sur le département est assuré par la régulation médicale (Centre 15) sur une plateforme commune Centre 15 (SAMU du Cher) et le 18-112 (SDIS du Cher) installée dans les locaux du centre Hospitalier Jacques Cœur de Bourges.

La régulation SAMU est renforcée par une régulation libérale : l'association service de permanence des soins sur l'agglomération berruyère du Cher (ASPSAB)

- du lundi au vendredi de 20 h à minuit
- le samedi de 12 h à 16 h
- les dimanche et jour férié de 9 h à 13 h

Actuellement, 17 médecins libéraux participent à la régulation libérale (2 sont en cours de formation).

En dehors de ces créneaux, la régulation de la permanence des soins est assurée par le médecin régulateur SAMU de la plateforme (praticien hospitalier, praticien attaché ou praticien contractuel du service ou de l'hôpital).

Les demandes de soins non programmés s'effectuent également, soit par le numéro national 36 24, soit par le numéro départemental 02 48 23 33 33 des centres d'appels SOS Médecins interconnectés avec les centres 15 conformément à l'article 49 de la loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 (art 6314-1 du CSP), dans les conditions prévues par la convention de partenariat conclue entre SOS Médecins et l'établissement siège de SAMU.

- Réception, orientations et réponses apportées

Le médecin régulateur décide du déclenchement de l'intervention du médecin effecteur d'astreinte, s'il juge que cette réponse est la mieux adaptée à la demande de soins.

3. Modalités de l'effectio

- Effectio fixe

Les horaires de permanence des soins ambulatoires sur les quatre secteurs fixes sont les suivants :

- du lundi au vendredi de 20 h à 24 h
- le samedi de 12 h à 24 h
- les dimanches et jours fériés de 8 h à 24 h

Les médecins prennent leur garde soit à leur cabinet, soit au sein d'une maison médicale de garde et n'effectuent plus de visites à domicile.

La maison médicale de garde de Vierzon est ouverte :

- du lundi au vendredi de 20 h à 24h
- le samedi de 12 h à 24 h
- les dimanches et jours fériés de 9 h à 13 h et de 15 h à 23 h

La maison médicale de garde de Bourges est ouverte :

- du lundi au vendredi de 20 h à 24 h
- le samedi de 14 h à 18 h
- les dimanches et jours fériés de 14 h à 18 h

Le dispositif est complété par l'Association SOS médecins sur le secteur de Bourges.

Une sectorisation pour les médecins généralistes est conservée afin qu'un tableau de garde puisse être établi, mais une déssectorisation pour les patients est effective : le patient est dirigé par le Centre 15 vers le point de consultation le plus proche du lieu où il se trouve.

- Effectio mobile :

A partir du 29 mai 2015, cette effectio a été mise en œuvre sur les deux secteurs Nord et Sud redéfinis :

- le vendredi : de 20h à 24h
- le week-end : le samedi de 12 h à 24 h et le dimanche de 8 h à 20 h
- les jours fériés : de 8h à 20h

Le dispositif s'étend progressivement aux autres soirs de la semaine et des dimanches et jours fériés (de 20h à 24h), si les effectifs d'effecteurs le permettent.

Ces deux médecins itinérants interviennent à la demande du SAMU pour assurer les visites incontournables et les certificats de décès.

Tous les appels du médecin effecteur sont exclusivement régulés par le Centre 15. Le médecin régulateur décide de déclencher l'effectio mobile lorsqu'aucun autre moyen de prise en charge n'est envisageable (conseil téléphonique, déplacement du patient sur un point fixe de consultation, transport du patient vers un service d'urgence).

Le médecin effecteur mobile est tenu de se déplacer dès lors que le régulateur du Centre 15 lui en fait la demande qu'il s'agisse de se rendre auprès d'un patient pour effectuer une consultation, ou pour établir un certificat de décès.

Les médecins membres de l'association « la Volante 18 » peuvent être effecteurs mobiles. Tout médecin adhérent à cette association le fait en son nom propre au titre de son statut de médecin généraliste.

Ces deux effecteurs n'interviennent pas sur le secteur de Bourges ni sur le secteur de Vierzon.

- Dispositif existant en nuit profonde

Deux effecteurs assurent la permanence des soins ambulatoires de minuit à 8h sur le secteur de Bourges qui a été élargi aux communes suivantes (cf. carte nuit profonde) :

- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| - Arçay, | - Plaimpied-Givaudins, |
| - Berry-Bouy, | - Saint-Doulchard, |
| - Bourges, | - Saint-Germain-du-Puy, |
| - La Chapelle-Saint-Ursin, | - Saint-Michel de Volangis, |
| - Lissay-Lochy, | - Saint-Florent-sur-Cher, |
| - Marmagne, | - Sainte-Thorette, |
| - Morthomiers, | - Soye-en-Septaine, |
| - Moulins-sur-Yèvre, | - Le Subdray, |
| - Nohant-en-Gout, | - Trouy. |
| - Osmoy, | |

De plus, une expérimentation concernant la délivrance des certificats de décès en nuit profonde hors secteur unique redéfini autour de Bourges est menée depuis le 1^{er} janvier 2014. Tout médecin volontaire pour intégrer cette expérimentation doit être inscrit à l'Ordre des Médecins et se positionner sur le tableau de garde spécifique établi par l'association SOS Médecins. Ce médecin sera mobilisé uniquement par le SAMU Centre 15.

- Récapitulatif

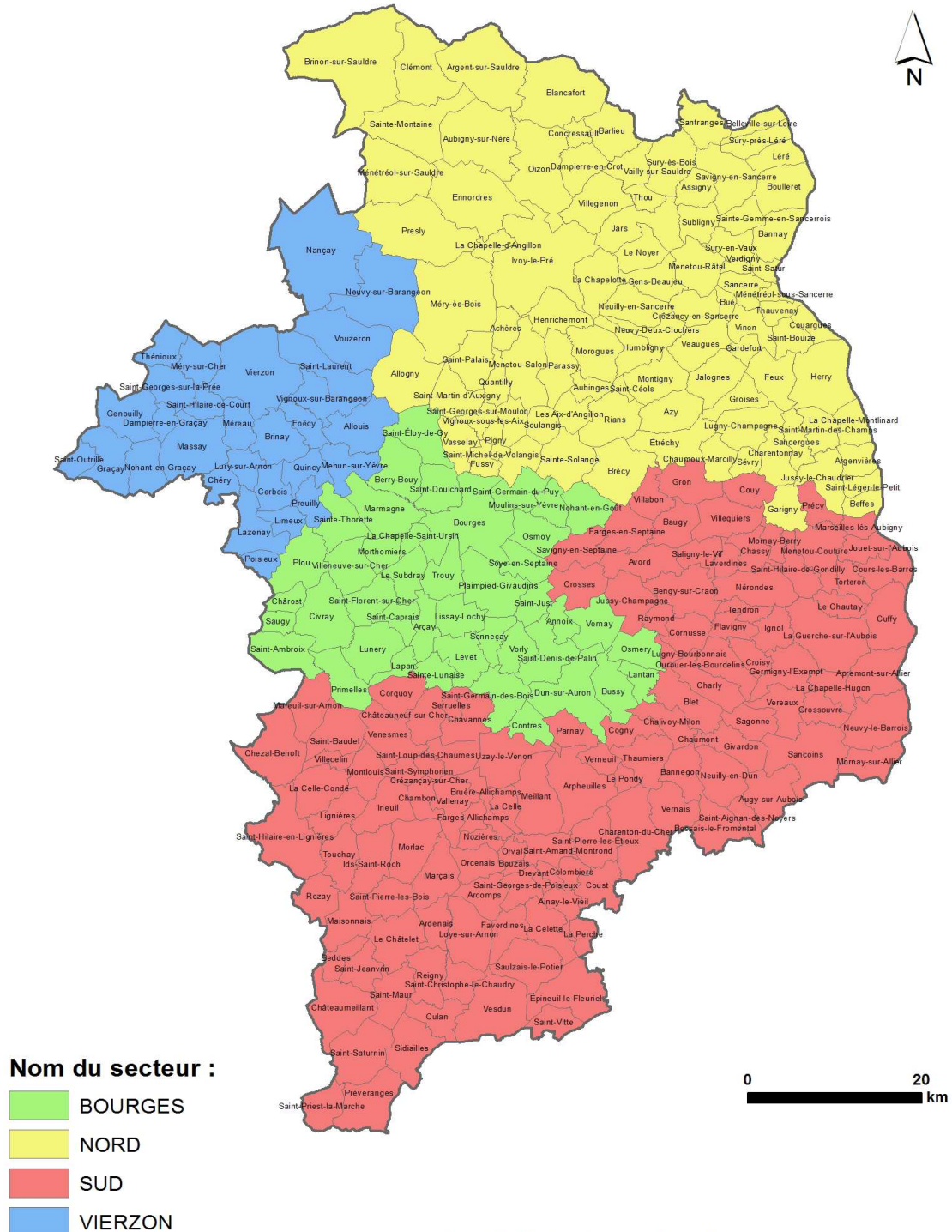
➤ *En semaine, en week-end et jours fériés:*

| Secteur | Effectation fixe | | | | Effectation mobile | |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| | Nord | Sud | Vierzon | Bourges | Nord redéfini | Sud redéfini |
| Localisation de la garde | Cabinet médecin de garde | Cabinet médecin de garde | Maison Médicale de Garde | - Cabinet de SOS Médecins - Maison Médicale de Garde* | Sans objet | |
| Nombre de médecins de garde | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 |
| Plages horaires de l'effectation | <p><u>Concernant toutes les effectations fixes hors MMG :</u> Les soirs du lundi au vendredi de 20h à 24h Les samedis de 12h à 24h Les dimanches et jours fériés de 8h à 24h</p> <p><u>*Concernant la MMG de Bourges :</u> Les soirs du lundi au vendredi de 20h à 24h, Les samedis de 14h à 18h Les dimanches de 14h à 18h.</p> <p><u>Concernant la MMG de Vierzon :</u> Les soirs du lundi au dimanche de 20h à 24h Les samedis de 12h à 24h Les dimanches et jours fériés de 9h-13h à 15-23h</p> | | | | <p><u>A la mise en œuvre :</u> Le vendredi de 20h à 24h Le samedi de 12h à 24h Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h (puis 24h)</p> <p><u>Organisation ciblée :</u> Du lundi au jeudi de 20h à 24h</p> | |
| Type d'actes | Consultations | | | -Consultations et visites pour SOS Médecins -Consultations pour la Maison Médicale de Garde | - Visites incontournables - Certificats de décès | |

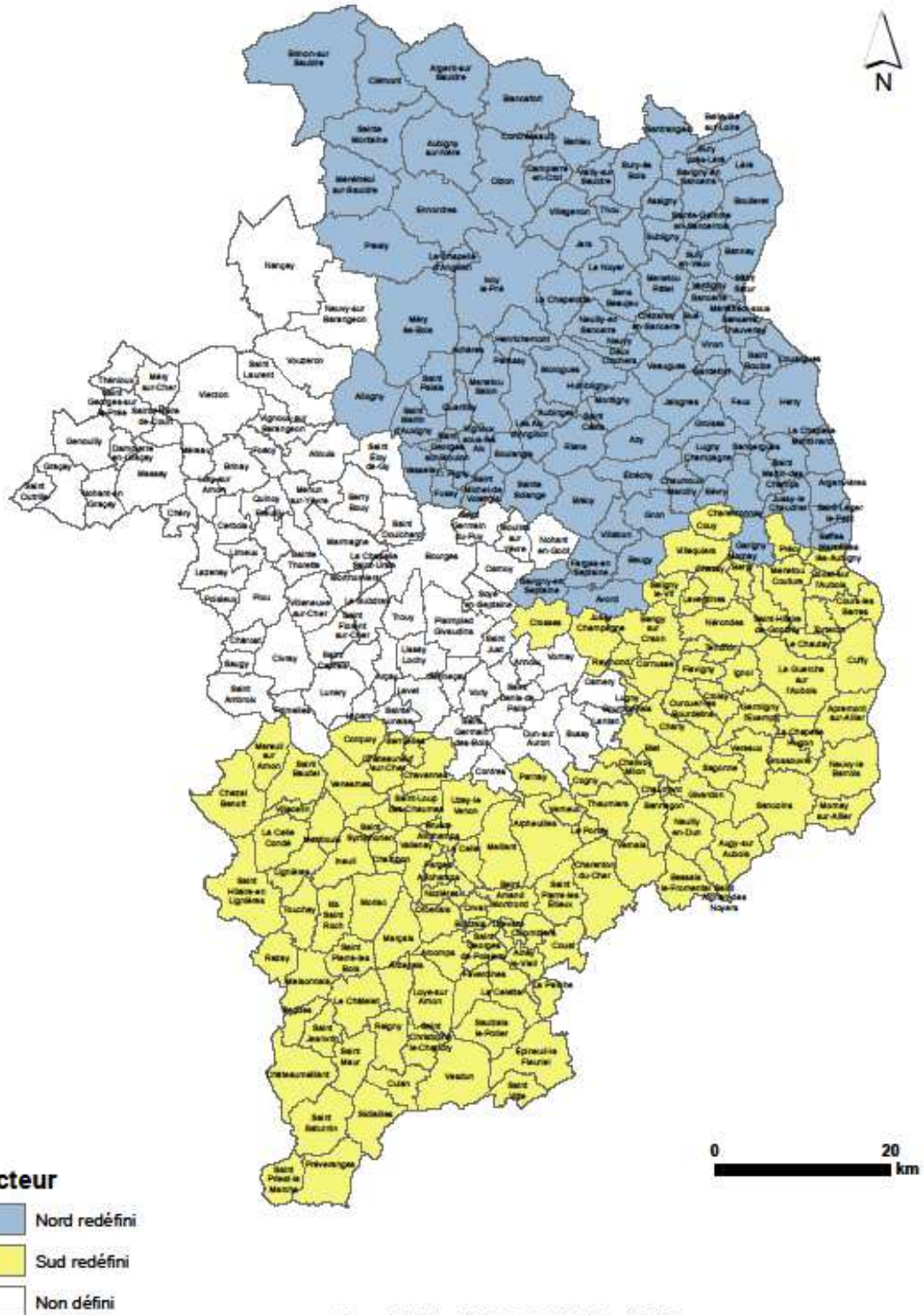
➤ *En nuit profonde (tous les jours de minuit à 8h)*

| Secteur | Bourges élargi | Hors Bourges |
|--------------------|----------------|----------------------|
| Nombre de médecins | 2 | / |
| Types d'actes | Visites | Certificats de décès |

PDSA DU CHER - SECTORISATION EFFECTIVE depuis le 2 février 2015
 du lundi au vendredi de 20h à minuit / du samedi de 12h à minuit / les dimanches et jours fériés de 8h à minuit



PDSA DU CHER - SECTORISATION EFFECTION MOBILE 2015
 du lundi au vendredi de 20h à minuit / le samedi de 12h à minuit / les dimanches et jours fériés de 8h à minuit



Les secteurs PDSA - Département du Cher

Permanence des soins en nuit profonde (minuit - 8h)



Source : ARS du Centre - Décembre 2013

■ Définition des indicateurs de suivi et modalités d'évaluation

Recueils d'informations souhaités au 30 juin et au 30 décembre dans le courant du mois suivant :

MMG :

- provenance des appels (régulation, centre hospitalier, autres).
- nombre de consultations et de visites effectuées en semaine et en week-end
- orientation des patients (domicile, urgences)
- effectifs des patients par classe d'âge
- dysfonctionnements observés dans l'orientation vers la MMG

REGULATION CENTRE.15 :

Par période de PDSA (début de nuit, nuit profonde, samedi après-midi, dimanche et jour férié),

- nombre d'appels à la régulation
- l'origine des appels (domicile, établissements médico-sociaux pour personnes âgées ou personnes handicapées, établissements sociaux...),
- les types de réponse apportée (conseil téléphonique, orientation vers les médecins de garde pour consultation, orientation vers les médecins de garde pour consultation pour visite à domicile, orientation vers les urgences...)
- nombre de transports sanitaires déclenchés par période de PDSA
- nombre de carences d'ambulances libérales

SOS Médecins :

Par période de PDSA (début de nuit, nuit profonde, samedi après-midi, dimanche et jour férié),

- Nombre total d'actes réalisés
- Nombre total d'appels reçus
- Nombre total de certificats de décès établis

Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale en Eure-et-Loir

■ Axes d'organisation à compter du 1^{er} juillet 2014

1. Définition des territoires

Le département d'Eure et Loir compte depuis 2008, 8 secteurs de PDSA. De superficie et de population très variables, la modalité de gestion de la PDSA au sein de chaque secteur est en conséquence modulée :

Si le secteur de Chartres, premier en population et en superficie est régulé par une Maison Médicale de Garde (MMG), située dans les locaux du Centre Hospitalier de la ville, Les autres secteurs, d'implantation rurale, fonctionnent tous avec des gardes assurées par les Médecins généralistes à partir de leur cabinet.

Cette différence de nature (zone urbaine dense/ zone rurale) a conduit les médecins généralistes par le biais de leur Union Régionale (URPS) à solliciter de façon expérimentale (hormis secteur de Chartres : MMG) un arrêt de la garde des soirs de semaine dans 6 secteurs ruraux à 22 h (Central, Châteaudun, Nogent-le-Rotrou, Dreux ouest, Dreux centre et Dreux Est) à compter de mai 2013.

Seuls les praticiens du secteur de La Loupe, organisés autour de l'hôpital local, n'ont pas souhaité entrer dans cette expérimentation.

Il convient de rappeler que la PDSA en nuit profonde (Minuit – 8 h) était déjà assurée depuis de nombreuses années par le Centre 15 / urgences si besoin, sur la totalité du territoire eurélien.

Les autres secteurs fonctionnent avec des gardes assurées par les médecins généralistes à partir de leur cabinet.

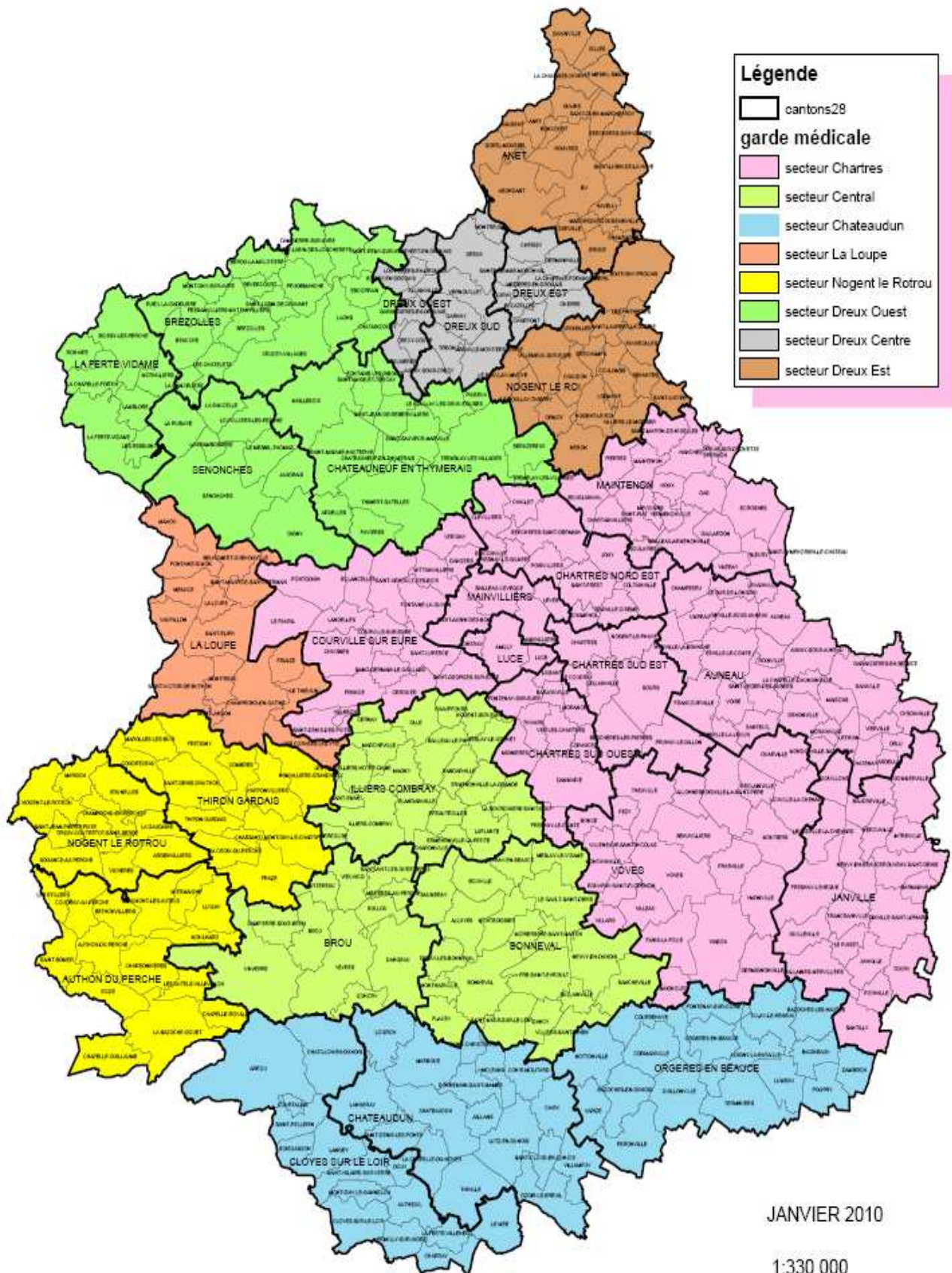
L'offre de soins sur le drouais est renforcée par la Consultation Non Programmée de Médecine Générale (CNPMG) rattachée au centre hospitalier de Dreux.

A l'issue de cette expérimentation, qui a duré un an, au vu du nombre d'actes réalisés les soirs de semaine dans ces 6 secteurs ruraux, et dans la mesure où il n'a pas été constaté d'afflux massif aux urgences, les représentants des médecins ont souhaité que la PDSA des soirs de semaine sur ces 6 secteurs soit remplacée par le dispositif suivant :

- La PDSA des soirs de semaine est maintenue sur le secteur de Chartres (Maison Médicale de Garde) et La Loupe.
- Dès le samedi matin (8 h - 12 h) une régulation sans effecton est mise en place. L'objectif est d'aider les patients à s'orienter vers un cabinet de ville ouvert.
- La régulation du dimanche matin est doublée de 8 h à 14 h
- Les week-ends et jours fériés (ainsi que le lundi précédent un mardi férié, un vendredi et samedi suivant un jeudi férié ou un samedi suivant un vendredi férié) sont considérés « jour de pont »
- La PDSA avec des médecins effecteurs fonctionne le samedi à partir de 14 h et jusque minuit sur l'ensemble du département et le dimanche de 8 h à minuit.

Cette nouvelle organisation s'appuie sur une régulation efficace, capable d'assurer des conseils médicaux par téléphone, et donc de juger du degré d'urgence de chaque cas. Les régulateurs sont des médecins expérimentés.

Cette nouvelle organisation a fait l'objet d'une évaluation, présentée au sous-comité Aide Médicale Urgente du CODAMUPSTS, le 2 décembre 2014.



| SECTEURS | SEMAINE | WE et JF |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| MMG de CHARTRES | 20H-24H | Samedi : 14H -24h Dimanche et JF : 8H - 24 H |
| LA LOUPE | 20H-24H | Samedi après-midi : 14-24H dimanche et JF: 8H-24H |
| CENTRAL CHATEAUDUN NOGENT LE ROTROU DREUX OUEST DREUX CENTRE DREUX EST | Plus de garde depuis 01/07/2014 | |
| Dispositif concourant à la PDSA→ CNP DREUX Centre de Consultations Non Programmées | 17H à 23H | Samedi : 14H à 23H et dimanche : 11H-18H |

2. Régulation médicale des appels

En Eure-et-Loir, l'ADOPS 28 est l'association qui s'occupe des tableaux de régulation. Le Centre 15 se situe au CH de Dreux.

Il y a 23 médecins participants à la régulation. Le maintien de l'effectif est fragile.

La participation des médecins libéraux à la régulation se fait au rythme de 20 h – 24 h en semaine, de 12 h à 24 h le samedi et de 8 h à 24 h le dimanche et les jours fériés.

A titre expérimental :

Sur demande de l'ADOPS, 2 expérimentations ont été mises en place à compter du 01/09/2014 :

- Le dimanche matin : doublement de la garde, afin de faire face à la surcharge d'activité constatée sur la tranche horaire 8 h -14 h les années précédentes.
- Le samedi matin: extension de la PDSA de 8 h à 12 h afin de palier la fermeture des cabinets libéraux le samedi matin, l'ADOPS a souhaité cette alternative, ce qui permet d'orienter les patients vers les cabinets ouverts et ainsi éviter l'engorgement du samedi à midi.

| | SEMAINE | WE et JF |
|----------------------------|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REGULATION LIBERALE | 20H-24H | Samedi : 12H -24H (sans effecton jusqu'à 14H) Dimanche et JF : 8H - 24H ----- Expérimentations Samedi matin: 8H-12H Dimanche matin doublement à la régulation jusqu'à 14H. |

3. Modalités de l'effectio

En Eure-et-Loir, **les médecins participant à la régulation libérale ne participent pas à l'effectio**. En outre, une vingtaine de médecins en sont exemptés.

A la demande des médecins de l'ADOPS , et au vu du faible volume d'activité de l'effectio les soirs de semaine sur les secteurs autres que ceux de Chartres, Dreux et La Loupe, il a été décidé d'arrêter la permanence des soins les soirs de semaine.

Le relais est pris par les urgences sur les autres horaires de PDSA.

Ces derniers secteurs ont un mode particulier d'effectio :

- Chartres : la garde, sur ce secteur très étendu géographiquement, est effectuée au sein d'une maison médicale de garde, située dans les locaux du CH de Chartres (site du Coudray). Son accès est soumis à la régulation du Centre 15 et à l'orientation par les urgences du centre hospitalier de Chartres.
- Le médecin de garde n'effectue pas de visite à domicile.
Le secteur de Chartres connaît un fort taux de remplacement (près de 60% des 134 médecins volontaires, selon le CDOM 28 et l'ADOPS28)
- La Loupe (canton à l'Ouest du département) : c'est un petit secteur de 5 médecins autonomes. Ceux-ci ont la particularité d'assurer à la fois les gardes de la PDSA et la permanence dans l'hôpital local de la Loupe. Le fonctionnement est cohérent mais fragile : le départ d'un des médecins nécessitera certainement de repenser la sectorisation.

4. Dispositif renforçant l'offre de soins sur le Drouais depuis mai 2013 :

Le dispositif de CNPMG a été créé le 15 avril 2013 au CH de Dreux, à proximité de son service d'urgences : l'orientation des patients est effectuée par l'équipe médicale des urgences du CH, afin de fluidifier lesdites urgences en évitant d'accueillir des patients relevant de l'ambulatoire. Les médecins (y compris libéraux) qui y interviennent sont des vacataires payés par l'hôpital. Le tiers payant est systématiquement pratiqué.

En semaine (lundi à vendredi) : 17H-23H (initialement 23H30 : un ajustement horaire a eu lieu en mai 2015, pas de patients au-delà de 23H se présentaient)

Les samedis: 14H-23H

Dimanches ou les jours fériés : 11H-18H

■ Définition des indicateurs de suivi et modalités d'évaluation

Concernant le suivi de la PDS, l'ADOPS 28 établit les tableaux de garde après réunion présentielle de tous les médecins concernés, et elle est appuyée d'une secrétaire administrative disposant de base de données complète concernant :

- le fonctionnement de la régulation
- la participation réelle et effective des médecins à la PDSA
- évolution du coût de la PDSA par poste
- le bilan des visites incompressibles
- les modalités de fonctionnement de la MMG

Le CODAMUPSTS sera régulièrement saisi de la réalisation de la PDSA. Lui seront soumis :

- Les données chiffrées précédemment évoquées
- L'analyse des dysfonctionnements éventuels et l'impact sur les services d'urgence

Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale dans l'Indre

■ Axes d'organisation à compter du 2 juillet 2016

1. Nécessité de réorganiser la permanence des soins

En raison de la diminution de la démographie des médecins généralistes, de la forte proportion des médecins de plus de 55 ans, de la charge de travail reposant sur eux en cette période de pénurie de médecin, et leur volonté de maintenir une permanence de soins ambulatoires (PDSA) de qualité sur tout le département, la nécessité de réformer la permanence des soins était plus qu'indispensable.

Un groupe de travail réunissant les représentants des médecins libéraux, le Conseil Départemental de l'ordre des médecins de l'Indre (CDOM), le Service d'Aide Médicale Urgente de l'Indre (SAMU), l'hôpital de Châteauroux, le Service Départemental d'Incendie et de Secours de l'Indre (SDIS), l'Association des Médecins Régulateurs Libéraux (AMERLI), la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Indre (CPAM) et la Délégation départementale de l'ARS en partenariat avec la préfecture de l'Indre, a élaboré après concertation, une nouvelle organisation de la PDSA.

Cette organisation qui prend en compte la démographie médicale du département a le mérite de maintenir et de garantir une prise en charge des soins de proximité sur tout le territoire départemental. Elle améliore les conditions de travail des médecins libéraux en garantissant une diminution du nombre de gardes par praticien dans un contexte où l'effectif des médecins va considérablement diminué d'ici 5 ans.

2. Définition des territoires

- **Le département est divisé en cinq grands secteurs de PDSA :**

- Le secteur Centre : regroupe Châteauroux, St Maur, Ardente, Le Poinçonnet et Déols.
- Le secteur NORD-EST : regroupe Issoudun, Levroux, Vatan, Reuilly ;
- Le secteur SUD-EST : regroupe Argenton, Neuvy St Sepulchre, Aigurande, La Châtre et Eguzon.
- Le secteur NORD-OUEST : regroupe Châtillon, Buzançais, Villedieu sur Indre, Valençay, Clion, Chabris, Poulaines ;
- Le secteur SUD-OUEST : regroupe Mézières, Le Blanc, St Benoit du Sault, Tournon St Martin, St Gaultier.

Ce découpage permet d'avoir un pool de 20 médecins en moyenne par secteur et garantit un tour de garde moins fréquent pour les médecins.

Le découpage sectoriel du territoire de santé de l'Indre est joint en annexe. Le département compte 100 médecins généralistes qui participent à la permanence des soins (chiffres du CDOM 36 au 31/03/2016).

3. Modalités de l'effectif

- **Modalités de l'effectio**

En dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, la permanence des soins est assurée par le médecin de garde sur chacun des cinq secteurs précités :

- Les jours du lundi au vendredi de 20 h à 23 h
- Les samedis de 12 h à 23 h
- Les dimanches et jours fériés de 8 h à 23 h

Pour l'ensemble de ces secteurs, la permanence des soins s'étend aux lundis de 8 h à 23 h lorsqu'ils précèdent un jour férié ; aux vendredis et samedis de 8 h à 23 h lorsqu'ils suivent un jour férié.

La continuité de la permanence après 23 h est assurée par les services du SAMU-Centre 15 du Centre hospitalier de Châteauroux.

Le secteur de Châteauroux, compte-tenu de l'importance de l'activité constatée pendant la période hivernale et estivale, fait l'objet de deux lignes de garde tout au long de l'année, mais uniquement les samedis, dimanches et jours fériés ainsi que les jours de pont considérés comme fériés de 8 h à 23 h, permettant ainsi la présence de deux médecins libéraux de garde.

Un médecin référent par secteur est nommé pour garantir l'interface entre les médecins libéraux de son secteur, le conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Indre et l'ARS notamment pour s'assurer de la complétude des tableaux de garde de permanence des soins.

L'effectio fixe est assurée par un médecin généraliste dans chaque secteur de garde, aux heures indiquées ci-dessus. Il assure uniquement les consultations.

Pour les quatre secteurs ruraux, les patients sont orientés vers le médecin de garde le plus proche du lieu où se trouve le patient.

Le médecin effecteur a la liberté d'assurer la garde dans son cabinet ou dans une maison médicale de garde.

Pour le secteur Centre, la permanence des soins est assurée sur deux sites :

- le cabinet de l'association « Urgences médicales 36 » (UM 36) situé sur le site de la Clinique St-François, lorsque le médecin de garde est de la structure UM 36,
- la maison médicale de garde située sur le site du centre hospitalier de Châteauroux pour tous les autres médecins de garde.

- **Maisons médicales de garde**

Cinq maisons médicales de garde sont opérationnelles à :

- Châteauroux, au sein du centre hospitalier de Châteauroux,
- La Châtre, place du Général de Gaulle 36 400 La Châtre,
- Aigurande, 6, rue Jean Marien Messant 36 140 Aigurande, au sein d'un cabinet médical
- Issoudun, dans les locaux du centre hospitalier d'Issoudun,
- Argenton sur creuse, dans les locaux de la Maison de santé pluri professionnelle 8, rue de la Sablière 36 200 Argenton sur Creuse.

Le secteur de garde de la Châtre dispose de deux maisons médicales de garde fonctionnant en alternance soit à la Châtre soit à Aigurande.

Les maisons médicales de garde sont ouvertes sur les plages horaires suivantes :

- du lundi au vendredi de 20 h à 23 h
- les samedis de 12 h à 23 h
- les dimanches et jours fériés de 8 h à 23 h
- et à titre expérimental, les samedis de 8 h à 12 h

Les médecins utilisent la télétransmission avec les caisses d'assurance maladie et pratiquent le tiers payant.

L'accès à la maison médicale est régulé par le centre 15 du centre hospitalier de Châteauroux.

- **Modalités de l'effection mobile**

L'effection mobile aura lieu uniquement les week-ends et jours fériés. Elle vient compléter l'effection fixe. Il s'agit de deux médecins itinérants qui effectueront les visites sur l'ensemble du territoire hors secteur Centre.

↳ Les horaires d'intervention:

- les samedis de 12 heures à 23 heures
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 23 heures
- Et les lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié et les vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié de 8 heures à 23 heures

↳ Le découpage géographique :

- Un effecteur dans le nord du département (secteur nord redéfini)
- Un effecteur dans le sud du département (secteur sud redéfini)
- Ces deux effecteurs n'interviendront pas sur le secteur Centre qui bénéficie de l'intervention de la structure de soins non programmés UM 36.

↳ Les types de visites effectuées par ces deux effecteurs mobiles sur demande du Centre 15:

- Les certificats de décès sont inclus dans les missions et forfaits d'astreinte des effecteurs mobiles le samedi matin et aux horaires de PDSA, dans l'attente d'une prise en charge conventionnelle par l'assurance maladie.
- Les visites incontournables

L'effecteur mobile n'intervient qu'à la demande du Centre 15.

Le médecin régulateur décide de déclencher l'effection mobile lorsqu'aucun autre moyen de prise en charge n'est envisageable (conseil téléphonique, déplacement du patient sur un point fixe de consultation).

Le médecin effecteur mobile est tenu de se déplacer dès lors que le régulateur du Centre 15 lui en fait la demande qu'il s'agisse de se rendre auprès d'un patient pour effectuer une consultation ou pour établir un certificat de décès.

↳ Les médecins pouvant être effecteurs mobiles :

Une association est créée afin que l'effecteur mobile soit organisée dans l'Indre. Peuvent participer :

- tous les médecins généralistes du département,
- tous les remplaçants des médecins des cinq secteurs,
- les médecins régulateurs de l'Indre,
- les internes en médecine générale titulaires d'une licence de remplacement dès lors qu'ils remplacent un médecin du département.

Tout médecin adhérent à cette association, le fait en son nom propre au titre de son statut de médecin généraliste.

Il est mis en œuvre une effecteur mobile les samedis matins de 8 h à 12 h à titre expérimental.

4. Régulation médicale des appels

Un dispositif de régulation médicale libérale est en place dans l'Indre. Les médecins libéraux intervenant dans ce cadre sont regroupés au sein de l'association des médecins régulateurs libéraux de l'Indre (A.M.E.R.L.I).

La régulation médicale libérale est installée au sein des locaux du SAMU centre 15 du centre hospitalier de Châteauroux et regroupe 24 médecins généralistes.

Il existe 1 poste de régulation libérale ; un 2^{ème} poste pouvant toutefois être activé en cas de forte activité, validé par le responsable du Samu-Centre 15, et sous réserve de l'accord du Directeur Général de l'ARS. Les locaux sont mis à disposition à titre gracieux par le centre hospitalier de Châteauroux.

La régulation médicale libérale est assurée les jours ouvrés de 20 h à minuit, les samedis de midi à minuit, les dimanches et jours fériés de 08 heures à minuit.

Et à titre expérimental les samedis de 8h à midi.

L'AMERLI, est gestionnaire des fonds pour les médecins régulateurs.

A ce titre, les médecins régulateurs perçoivent 80 € par heure de régulation majorés des indemnités de déplacement (temps de trajet et frais de trajet à 0,62 €/km), à raison d'un aller-retour par jour pour un médecin exerçant en dehors de la circonscription du lieu de régulation.

Les évolutions envisagées du dispositif de permanence des soins ambulatoires sont les suivantes :

- Possibilité d'étudier l'interconnexion de la plate-forme d'appel d'UM36 avec le centre de réception et de régulation des appels du Centre hospitalier de Châteauroux et signature d'une convention avec l'établissement siège du SAMU 36 approuvée par le directeur général de l'ARS et respectant le présent cahier des charges.
- La diffusion en tant que de besoin du numéro d'appel 3237 et de l'adresse internet <http://www.3237.fr> par le médecin de garde aux patients permettant de localiser les pharmacies de garde les plus accessibles.

5 Rémunération de l'effecton

- **Rémunération de l'effecton fixe:**

La rémunération des gardes est de 37.50 € par soir de semaine de 20 h à 23 h, 137.50 € les samedis de 12 h à 23 h et 187.50 € les dimanches et jours fériés de 8 h à 23 h.

Au titre de l'expérimentation de l'effecton fixe du samedi matin (8 h - 12 h) sur les 5 secteurs (6 en hiver), les médecins effecteurs perçoivent 50 € pour une astreinte de 8 h à 12 h plus 26,50 € par acte régulé au titre de la majoration. Seule une consultation (C) est facturée au patient.

La traçabilité des actes est effectuée par le SAMU et une attestation individuelle des actes est complétée par les médecins de garde. Le centre hospitalier de Châteauroux est gestionnaire des fonds du FIR et reverse aux médecins effecteurs la revalorisation s'élevant à 50 € pour l'astreinte et à 26,50€ par acte régulé

- **Rémunération de l'effecton mobile :**

- 300 € pour la période 20 h - 23 h les soirs des week-ends et jours fériés
- 200 € par tranche de quatre heures le samedi de 12 h à 20 h (soit 200 € de 12 h à 16 h ; 200 € de 16 h à 20 h)
- 200 € par tranche de quatre heures les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h (soit 200 € de 8 h à 12 h ; 200 € de 12 h à 16 h ; 200 € de 16 h à 20 h)

A titre expérimental le samedi matin:

- 200 € par tranche de quatre heures, soit un forfait de 50 €/ h. L'effecton mobile intervenant en dehors des horaires de PDSA, les actes sont cotés sans aucune majoration spécifique (d'acte régulé) applicable uniquement pour les interventions aux horaires de PDSA.

■ Définition des indicateurs de suivi et modalités d'évaluation

Les modalités de recueil des indicateurs devront être examinées en coordination avec le conseil de l'ordre des médecins et le centre hospitalier de Châteauroux et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Indre.

Une évaluation du dispositif à six mois de fonctionnement sera effectuée, suivie d'une réunion annuelle organisée avec les représentants de chaque secteur, afin de proposer des améliorations pour l'année à venir.

PDSA de l'INDRE



Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale dans l'Indre-et-Loire

■ Axes d'organisation à compter du 1^{er} juin 2015

1 Définition des territoires

Le département d'Indre-et-Loire est découpé en 7 secteurs, depuis le 1^{er} juin 2015 (Cf. cartographie) :

- 1 secteurs dit urbain (agglomération de Tours) pour lequel la permanence des soins est assurée en grande partie par l'association SOS Médecins 37, en remplacement des médecins libéraux, sur les créneaux horaires définis réglementairement, après régulation du SAMU ou appels directs des personnes au standard de SOS Médecins, ainsi que par la maison médicale de garde (MMG) de Tours.
- 6 secteurs dits ruraux
 - o Château-Renault
 - o Amboise
 - o Loches
 - o Sainte-Maure de Touraine
 - o Chinon
 - o Langeais

La sectorisation actuelle répond à un double objectif :

- mettre en adéquation les obligations de permanence de soins ambulatoire avec l'activité réelle et les moyens disponibles, avec en contrepartie une organisation de la prise en charge en journée des consultations non programmées, une permanence médicale durant les périodes de congés en corrélation avec l'importance de la population à prendre en charge, un partenariat avec un établissement de santé pouvant se traduire par une convention ou un protocole, et une évaluation périodique de la réponse aux demandes de soins ;
- rendre viable les organisations locales fragilisées par un nombre de médecins souvent insuffisant.

2. Régulation médicale des appels

Les médecins généralistes omnipraticiens participent, dans les locaux du SAMU, à la régulation médicale pour les appels relevant de la permanence des soins de la médecine ambulatoire, en vertu d'une convention signée entre le CHRU de Tours et l'Association pour la Permanence des Soins et des Urgences médicales en Indre-et-Loire (A.P.S.U.M.) du 24 mars 2006, à laquelle est annexé un « protocole d'orientation des appels reçus au CRRRA 15 du SAMU durant les horaires de permanences des soins en médecine ambulatoire ».

Les horaires de garde des médecins libéraux régulateurs sont les suivants :

- du lundi au vendredi de 20h à 24h
- les samedis de 12h à 24h
- les dimanches et jours fériés de 8h à 24h.

Ils interviennent par tranche horaire de 4 heures, sachant que les régulateurs assurent de 1 à 3 tranches horaires consécutives selon leur disponibilité.

La régulation libérale n'est pas assurée les jours compris entre un férié et un week-end, ni les samedis matin, sauf décision expresse du CDOM, validée par l'ARS et la CPAM.

Les régulateurs sont actuellement au nombre de 15. Lors de la mise en œuvre de la régulation libérale au sein du SAMU, les régulateurs libéraux étaient au nombre de 23.

La rémunération de la régulation est effectuée au vu de tableaux mensuels visés par les médecins régulateurs et par le SAMU.

Il est important de conforter, et même d'augmenter l'effectif des médecins régulateurs libéraux pour renforcer le dispositif actuel au moins sur certains créneaux horaires déjà couverts compte tenu de pics d'activité enregistrés, voire d'étendre cette participation sur des périodes assurées exclusivement par les régulateurs hospitaliers.

3. Modalités de l'effectif

- Sur Tours et son agglomération

- o L'association « SOS Médecins 37 »

L'association SOS Médecins assure cette permanence des soins, à partir d'1 ou 2 cabinet(s) situé(s) dans des locaux mis à disposition par le centre hospitalier régional universitaire à l'hôpital Bretonneau, à Tours, en fonction du volume d'activité, avec en principe 3 médecins en semaine et 3 à 4 les week-ends et jours fériés, voire 6 durant les périodes épidémiques. Cette offre de soins de premiers recours est complétée par la maison médicale de garde de Tours en fonctionnement les week-ends et jours fériés.

- o La maison médicale de garde (MMG) de Tours

Portée par l'Association Maison Médicale de Garde Tourangelle (AMMGT), elle a ouvert ses portes le 12 décembre 2010, au sein des locaux attribués, par le CHRU de Tours à l'Hôpital Bretonneau, à l'association SOS Médecins, pour la tenue de ses consultations fixes.

La permanence des soins y est assurée par une trentaine de médecins (médecins libéraux et médecins de SOS Médecins) les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

Les patients sont orientés par le SAMU, après attribution d'un numéro de dossier et communication des coordonnées téléphoniques de la MMG. Les rendez-vous sont pris par un secrétariat téléphonique géré par l'association SOS Médecins. Le principe arrêté consiste à adresser à la MMG les patients en capacité de se déplacer.

- Hors agglomération de Tours

La PDSA en nuit profonde (00h à 8h) est supprimée sur ces six secteurs.

o Les effecteurs fixes

Sur les 6 secteurs dits ruraux, la PDSA est assurée les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h par un effecteur fixe sur chaque secteur.

Ces effecteurs reçoivent les patients uniquement en consultation (aucune visite à domicile) soit dans une MMG, soit à leur cabinet, en fonction de l'organisation définie dans chaque secteur.

Les deux secteurs disposant, à ce jour, d'une MMG sont ceux de Loches et Amboise. Les quatre autres secteurs (Chinon, Langeais, Château-Renault et Sainte Maure de Touraine) fonctionnent selon un roulement entre les cabinets des médecins de garde.

La maison médicale de garde du Lochois est portée par l'Association pour la Permanence des Soins du Lochois (APS Lochois). Elle a ouvert ses portes le 15 janvier 2011, et est adossée au service des urgences du Centre hospitalier de Loches avec lequel une charte de fonctionnement a été signée.

La maison médicale de garde d'Amboise est portée par l'APSUM. Elle a ouvert ses portes le 1^{er} juin 2015, et est adossée au service des urgences du Centre hospitalier d'Amboise avec lequel une convention a été signée.

Les demandes de soins sont normalement régulées au préalable par le SAMU.

o Les effecteurs mobiles

Dans la mesure où les médecins des secteurs ruraux n'assurent plus de garde en soirée ni de visites à domicile, il a été décidé, avec l'ensemble des acteurs de la PDSA du département, la mise en place de deux effecteurs mobiles.

Ces deux médecins itinérants sont basés à leur domicile et interviennent, uniquement à la demande du SAMU, sur l'ensemble du département (hors agglomération) pour assurer les visites incontournables (sur appréciation du médecin régulateur).

Ils interviennent tous les soirs, du lundi au dimanche, de 20h à 24h, les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

La liste de garde des médecins itinérants est gérée conjointement par SOS médecins, l'APSUM et le CDOM.

■ Définition des indicateurs de suivi et modalités d'évaluation

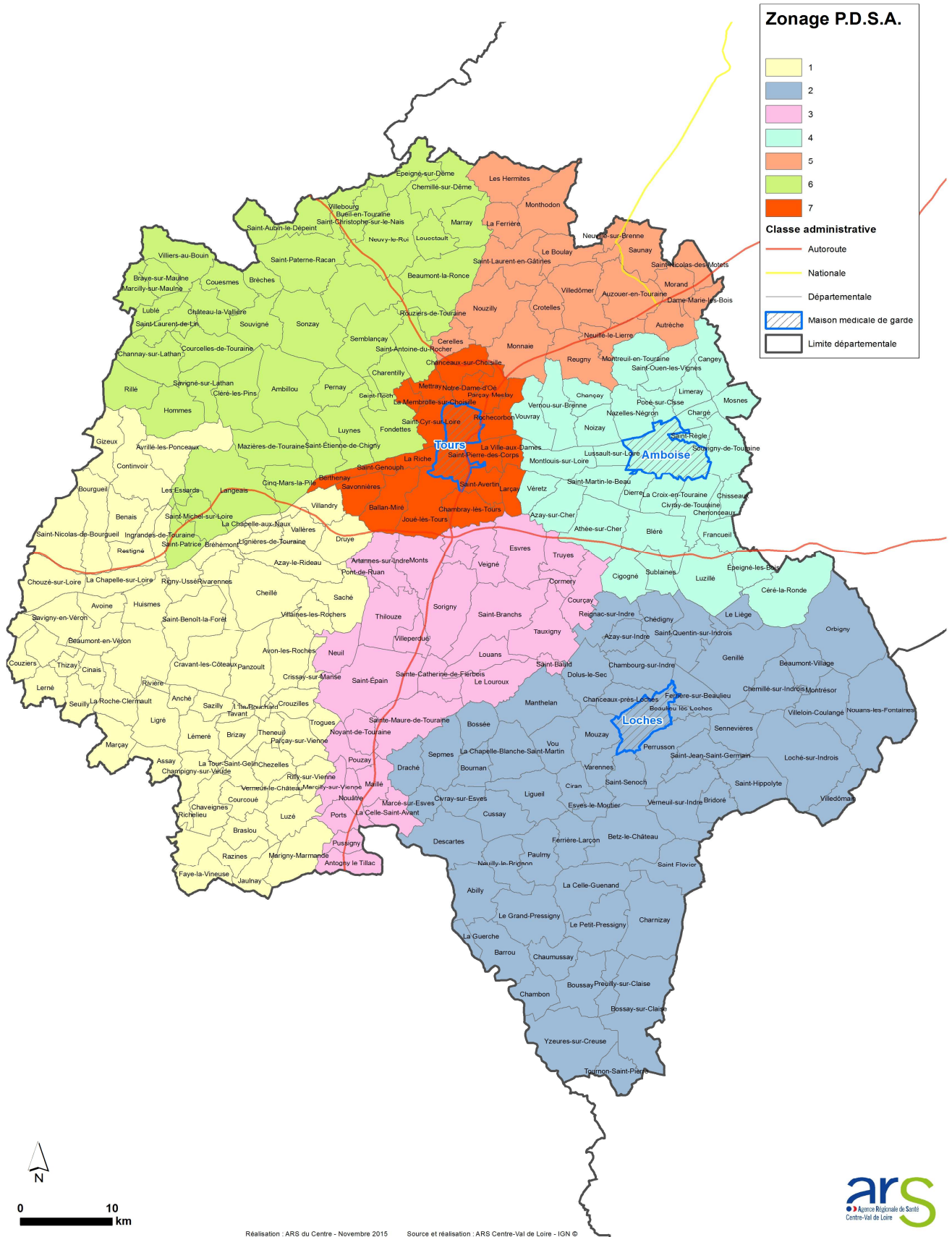
La nouvelle organisation de la permanence des soins ambulatoires dans le département fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation annuels.

Le logiciel du SAMU sera probablement à adapter, dans la mesure du possible, avec les items de suivi ciblés par le cahier des charges régional.

Les indicateurs retenus pour le suivi et l'évaluation :

- l'organisation de la PDS sur le territoire
 - o évolution du nombre de secteurs (*ARS*)
 - o nombre de médecins participant effectivement à la PDSA (*CPAM*)
 - o nombre de médecins dispensés (*CDOM*)
- l'activité générale
 - o nombre d'actes (consultations et visites) réalisés par période de permanence des soins, par secteur, rapporté à la population du secteur, (*SAMU + CPAM*)
 - o type d'orientation (hospitalisation, urgences, conseil médical, orientation vers MMG, visite médecin itinérant...), (*SAMU*)
- les modalités de fonctionnement et activité des MMG et des médecins itinérants
 - nombre d'actes par MMG, par période de PDSA (*MMG*)
 - o nombre d'actes non régulés pris en charge par la MMG (arrivée directe à la MMG) (*MMG*)
 - o nombre d'actes régulés par le SAMU missionnant le médecin itinérant (*SAMU*)
- le fonctionnement de la régulation
 - o nombre de médecins libéraux régulateurs, (*SAMU*)
 - o nombre total d'appels et d'affaires traités par le SAMU 37 (AMU et PDS) en fonction des tranches horaires et du lieu géographique d'appel, (*SAMU*)
- l'organisation et fonctionnement des transports sanitaires
 - o nombre de prises en charge par secteur réalisées par les véhicules de garde et par les autres véhicules sanitaires à titre libéral (*ATSU*)
 - o nombre de carences constatées (*ATSU+SAMU*)
 - o nombre de sorties blanches : uniquement les refus de transport pour lesquels le SAMU a payé (*SAMU*)

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) dans le département d'Indre-et-Loire



Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale dans le Loir-et-Cher

■ Axes d'organisation à compter du 27 mai 2014

- Définition des territoires

La garde des médecins libéraux en Loir-et-Cher, fondée initialement sur 27 secteurs, a été ramenée à 22 puis à 15 secteurs par le dernier arrêté n°2008-182-6 du 30/06/2008 portant organisation de la PDS en médecine ambulatoire en Loir-et-Cher.

Cependant, depuis cet arrêté, certains secteurs se sont organisés entre eux en se regroupant pour assurer leurs gardes (*cas des secteurs de Blois et d'Onzain/Herbault début 2011*) portant à 14 le nombre effectif de secteurs.

Faisant suite au CODAMUPS-TS du 17 janvier 2012, le secteur de Marchenoir/Morée est scindé en deux : les cantons de Marchenoir et Ouzouer qui relèvent de l'arrondissement de Blois sont rattachés au secteur PDSA de Blois ; le canton de Morée est rattaché au secteur PDSA de Vendôme.

Des rapprochements factuels de certains secteurs sont intervenus en 2012 et ont été officialisés suite au CODAMUPS-TS du 29 janvier 2013, par l'arrêté n° 2013-OSMS-070 du directeur général de l'ARS:

- le secteur de Savigny sur Braye est rattaché au secteur de Mondoubleau pour la zone départementale
- les secteurs de Mer et Contres sont rattachés au secteur de Blois uniquement le week-end.

Afin de pallier la diminution des effecteurs sur l'ensemble du département, de nouvelles modifications ont été validé par les membres du CODAMUPSTS du 27 mai 2014, sur proposition du Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Loir et Cher.

Ces modifications apparaissent dans le tableau et les cartes ci-dessous.

Détail des secteurs :

En semaine : 9 secteurs

| Tous les jours de la semaine 20h – 22h | Remarques |
|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| MONDOUBLEAU | |
| VENDOME | |
| MONTOIRE SUR LE LOIRE | |
| BLOIS | |
| MER | |
| CONTRES | |
| MONTRICHARD | |
| VILLEFRANCHE – ROMORANTIN | |
| LAMOTTE – NEUNG - SALBRIS | <i>ABSENCE DE GARDE EN SEMAINE</i> |

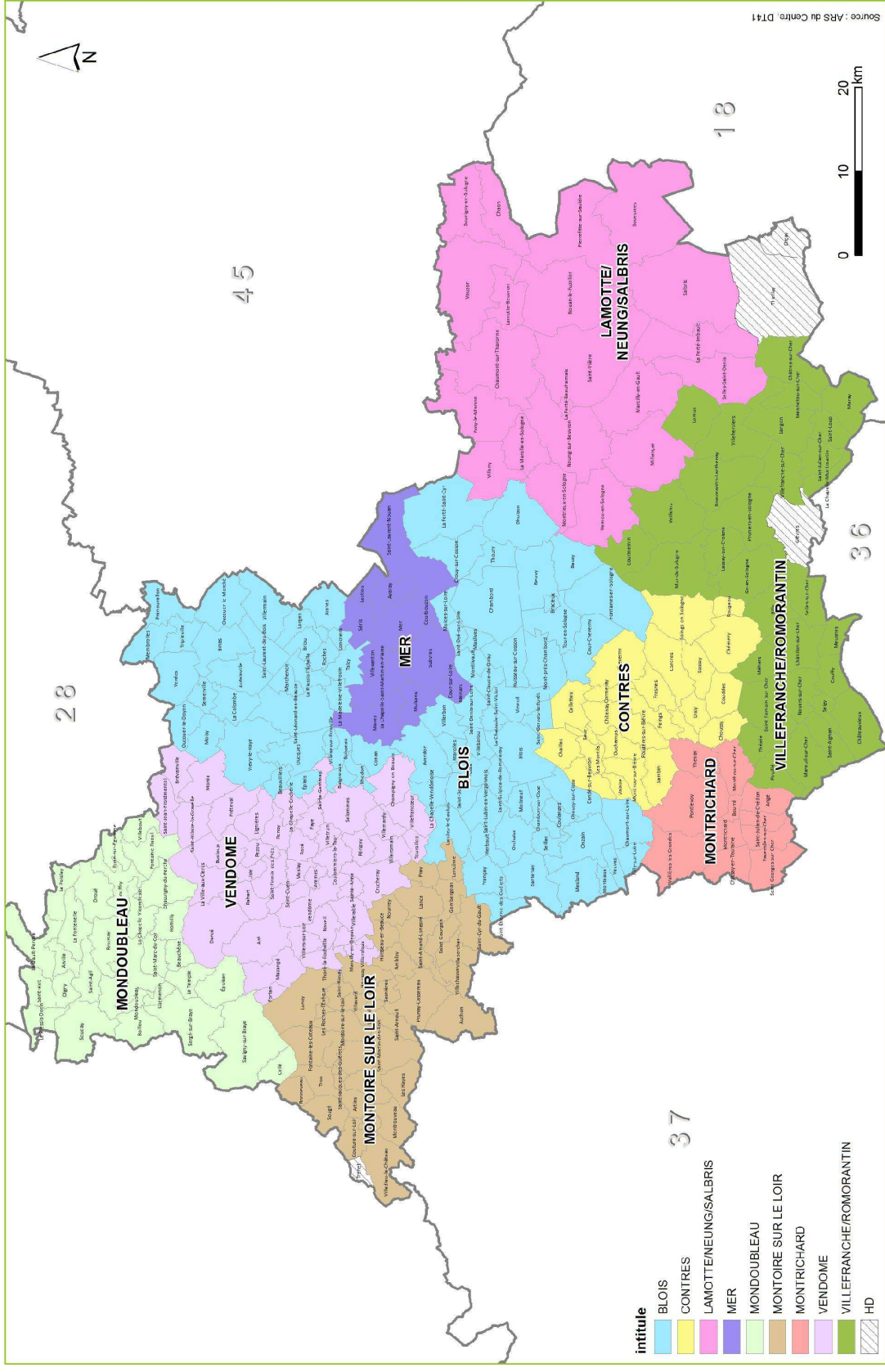
Les week-ends et jours fériés : 9 secteurs

| Samedi de 12h à 20h Dimanches et jours fériés de 8h à 20h | Samedi de 20h à minuit Dimanches et jours fériés de 20h à minuit |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| MONDOUBLEAU | MONDOUBLEAU |
| VENDOME | VENDOME |
| MONTOIRE SUR LE LOIRE | MONTOIRE SUR LE LOIRE |
| BLOIS | BLOIS |
| VINEUIL | VINEUIL |
| BRACIEUX – COURS CHEVERNY | BRACIEUX – COURS CHEVERNY |
| MONTRICHARD | MONTRICHARD |
| VILLEFRANCHE – ROMORANTIN | VILLEFRANCHE – ROMORANTIN |
| LAMOTTE – NEUNG - SALBRIS | / |

Selon cette organisation, **le nombre de secteurs en Loir et Cher est ramené à 9 en semaine et 9 pour les week-ends et jours fériés.**

La permanence des soins ambulatoires en semaine

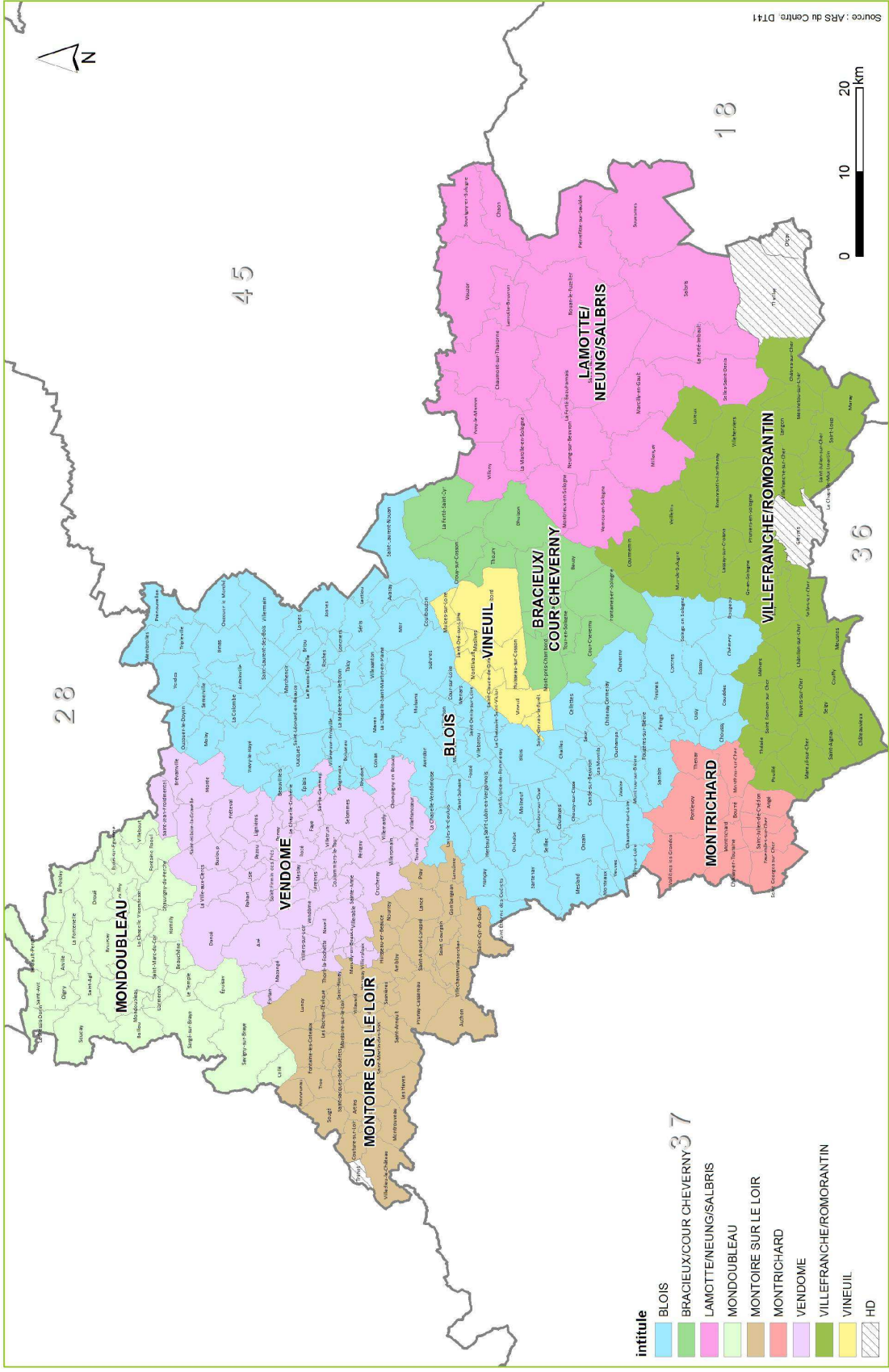
les 9 zones de permanence de soins ambulatoires (PDSA) dans le département du Loir-et-Cher au 27 mai 2014



Source : ARS du Centre, D141

La permanence des soins ambulatoires en weekends

les 9 zones de permanence de soins ambulatoires (PDSA) dans le département du Loir-et-Cher au 27 mai 2014



En Loir-et-Cher, suite au CODAMUPSTS du 29 janvier 2013, la garde s'arrête sur tous les secteurs du département à 22 heures en semaine. En contrepartie de cet allègement, il est attendu des médecins qu'ils rejoignent les MMG pour assurer les gardes.

La garde est maintenue jusqu'à 24 heures les week-ends et jours fériés, conformément à l'arrêté n°2009-21-16 du 21/01/2009 portant modification de l'arrêté n°2008-182-6 portant organisation de la PDS en médecine ambulatoire dans le département de Loir-et-Cher.

Dérogent à cette règle les secteurs sous convention avec l'ARS pour lesquels la garde s'arrête à 20 heures en semaine et les week-ends. Ces conventions prennent en compte l'importance de la demande de soins ambulatoire après 20 heures, et le nombre d'effecteurs sur le secteur concerné. La demande de soins est objectivée par le SAMU 41.

Actuellement, seul le secteur de Lamotte-Beuvron/Neung-sur-Beuvron/Salbris n'assure plus de garde au-delà de 20 heures depuis le 1^{er} octobre 2008, en raison de l'insuffisance de médecins (*six médecins généralistes sur ce grand secteur*).

En contrepartie, les médecins généralistes du secteur s'engagent à répondre en journée aux demandes de soins non programmées (les imprévus) pour éviter un report sur les services des urgences.

A noter que, pour faire face à l'évolution de la démographie médicale, le CDOM 41 a relevé en 2007 le seuil d'exemption lié à l'âge de 57 à 60 ans.

Il a été convenu de poursuivre la réflexion sur la faisabilité d'un découpage du département en trois secteurs de garde s'appuyant sur trois maisons médicales de garde (MMG : nouveau territoire de la permanence des soins) situées à proximité ou adossées aux centres hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin. Dans un premier temps, les médecins souhaitant poursuivre leur activité de garde pourront poursuivre sur leurs secteurs actuels.

Objectifs escomptés par la mise en place de ces trois MMG : allègement des tours de garde pour les médecins, lisibilité et facilité d'accès pour la population (un tableau de garde, établi par MMG, permettra d'offrir un service constant à la population), rapprochement avec les services d'urgence pour faciliter la réorientation des patients ; ainsi chacun (la médecine de ville, les urgences courantes et les urgences hospitalières les plus graves nécessitant un plateau technique) doit retrouver son rôle initial/ cœur de métier.

L'accès aux MMG est/sera régulé par le SAMU-Centre 15. Lorsque le patient est réorienté par les services des urgences vers la MMG, il n'est pas nécessaire de passer par la régulation du SAMU. Les MMG n'assurent que des consultations.

De plus, il est en projet de travailler à la mise en place d'une garde de « second niveau », complétant la garde opérationnelle au sein des MMG ; aussi un effecteur mobile médecin, par territoire d'intervention, en parallèle de la réduction de nombre de secteurs, serait notamment chargé d'assurer :

- les visites dites « incompressibles » : une visite est le plus souvent requise du fait de l'impossibilité du patient de se déplacer ;

- la rédaction des certificats de décès et l'examen médical en amont : les médecins traitants invitent généralement les familles à les joindre sur leur téléphone mobile lorsqu'un décès est attendu. Une telle stratégie doit être encouragée.

Cette garde serait rémunérée selon un tarif qui reste à définir.

Toutefois, eu égard au nombre de visites en nuit profonde (/ an), ce « doublage » de la garde pour ces visites incompressibles mérite d'établir un bilan préalable. En revanche, une organisation en amont et en aval, hôpital / secteur médico-social, EHPAD en particulier est à travailler.

Enfin, un système de transport pouvant ramener le patient à son domicile après sa consultation à la MMG (et passage à la pharmacie) reste également à définir.

La prise en charge des urgences en provenance des EHPAD :

Au regard de l'importance des sollicitations des EHPAD auprès du Centre 15 en période de PDSA, des propositions sont formulées afin d'améliorer la réponse aux urgences dans ces établissements :

- la formation des personnels à la prise en charge des urgences,
- la facilitation au recrutement ou l'accroissement du temps de présence des médecins coordonateurs,
- un renforcement de la compétence gériatrique des médecins libéraux (formation continue),
- ces préconisations se rajoutent aux procédures de contractualisation précisant les engagements réciproques avec les professionnels libéraux et les services hospitaliers (services d'urgence, court séjour gériatrique, secteur psychiatrique).

- **Régulation médicale des appels**

La régulation libérale de la médecine ambulatoire (en charge d'orienter au mieux la demande de soins « de ville ») en Loir-et-Cher est actuellement assurée, au SAMU-CENTRE 15, après une première régulation des permanenciers du SAMU, au moins quatre soirs en semaine (du lundi au jeudi et parfois le vendredi sur les horaires suivants : 20h-24H), le samedi (de 16h à 20h) et le dimanche (sur les créneaux suivants : 8H-12H et 16h-20H).

Elle est organisée par l'association des médecins régulateurs libéraux du Loir-et-Cher (AMRL 41) composée de quatre médecins (trois médecins généralistes et un pédiatre libéral) et doit être nettement renforcée les vendredis soirs, les samedis de 12h à 16h et les dimanches entre 12h et 16h et entre 20h et 24h sans toutefois démunir le département de ses effecteurs.

Dans la mesure où le nombre de secteurs devrait être sensiblement réduit du fait de la mise en place des trois MMG, il est fait appel au volontariat des médecins libéraux pour y participer (*principe rappelé dans le courrier adressé le 29/04/2011 à l'ensemble des médecins généralistes du Loir-et-Cher*).

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) prévoit également de solliciter des médecins retraités comme salariés vacataires par le Centre Hospitalier de Blois (SAMU-Centre 15), ceci afin d'éviter le paiement direct de cotisations sociales à l'URSSAF.

- **Modalités de l'effectif**

La Délégation Territoriale de Loir-et-Cher a examiné, avec les Directeurs des Centres Hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin, la possibilité de mettre à disposition, gratuitement, des locaux adaptés, à proximité des urgences mais indépendants pour assurer les gardes. Une réflexion avec la CPAM est en cours, afin d'assurer une liaison informatique (télétransmission et prise en charge intégrale des patients en CMU et ALD). Cette organisation a été validée lors du CODAMUPS du 9 décembre 2010.

Ainsi, cette organisation amènera à réduire le rythme des gardes. Cependant les médecins des villes-centre ne seraient pas nécessairement disposés à assurer leurs gardes à la MMG mais peuvent vouloir continuer à exercer à leur cabinet.

Il doit également être précisé que le principe retenu est celui de la mise en place progressive, sur la base du volontariat et, dans un premier temps, seulement le week-end et les jours fériés. Le CDOM a organisé des réunions de sensibilisation des médecins sur ces trois secteurs.

- Une maison médicale de garde (MMG) est déjà installée à Blois, dans des locaux adaptés (ceux de la PASS) et via l'association support « Association de la Permanence des Soins des Médecins Libéraux » (APSML 41) du Loir-et-Cher.

La MMG fonctionne les week-ends avec des médecins remplaçants (environ 80 actes sur le samedi-dimanche en « fourchette » haute durant la période d'hiver et 40 actes en « fourchette » basse durant la période estivale).

Les médecins libéraux installés souhaitent continuer à exercer leurs gardes au sein de leurs cabinets.

La maison médicale de garde (MMG) de Blois fonctionne (*extension envisagée à un second cabinet*) essentiellement avec des médecins remplaçants. Son informatisation est en cours via l'association de la permanence des soins des médecins libéraux du Loir et Cher,

- Sur les sites de Vendôme et de Romorantin, les MMG sont à l'état de projet (*locaux disponibles, matériel à acquérir*) : nécessité du support d'une « association médicale » pour déposer une demande de financement auprès du fonds d'intervention régional (FIR).

- Concernant le projet de MMG de Romorantin, un local est déjà disponible au sein du CH et mis à disposition à titre gratuit. Après concertation organisée par le CDOM, il ressort que les médecins de Romorantin continueraient, au moins au début, à assurer leurs gardes à leur cabinet et ce serait les médecins des secteurs périphériques qui occuperaient la MMG, ceci, dans l'attente d'un regroupement complet de l'ensemble des médecins.
Le CDOM poursuivra le travail de sensibilisation à l'égard des professionnels de santé.

- Concernant le projet de MMG sur Vendôme, un local est mis à disposition par le CH (modalités restant à obtenir : aménagements à prévoir et budget à déterminer) et la sensibilisation/mobilisation des médecins par le CDOM est à prévoir à nouveau. Une association support a été identifiée, mais les médecins sont réservés quant à la mise en place d'une MMG ; les médecins situés en périphérie de Vendôme sont plus sensibles au projet proposé. Ce projet a été priorisé dans cadre du contrat local de santé (CLS) conclu avec le Pays Vendômois.

Concernant les interrogations relatives au tiers payant dans les MMG, ces dernières ont été levées par la CPAM. La nouvelle convention médicale prévoit explicitement le tiers payant (*dispense d'avance des frais sur la part sécurité sociale*) pour les actes réalisés en MMG. Aucun pré-requis technique ou paramétrage n'est nécessaire. De plus, s'agissant des actes effectués pendant la permanence des soins, il n'y aura pas de pénalité financière pour les assurés qui n'ont pas déclaré de médecin traitant.

Travaux restant à conduire :

- établir une convention entre l'association des médecins et le centre hospitalier, siège de la MMG pour définir les modalités de gestion de la MMG et définir les relations avec le service des urgences ;
- désigner un coordonnateur sur chaque territoire de la PDSA chargé d'élaborer le tableau de garde (*dans un premier temps les WE et jours fériés ; et dans un second temps, en soirée*) et des relations avec le centre hospitalier sur la gestion matérielle de la MMG ;
- organiser les transports vers les MMG (quels critères de déclenchement d'un transport ? quelles modalités de transport (conducteurs, véhicules dédiés, financements) ?

- étudier les aménagements nécessaires au bon fonctionnement de chaque MMG et les crédits à solliciter ;
- informer très largement la population sur les trois secteurs concernés par ces MMG.

La nouvelle organisation projetée autour de ces trois MMG nécessitera également qu'une pharmacie soit toujours ouverte sur les trois villes de Blois, Vendôme et Romorantin. Une discussion devra être conduite avec le Conseil de l'Ordre et les syndicats de pharmaciens.

De plus, une garde mutualisée public/privé dédiée à la pathologie ophtalmique est mise en place depuis le 1^{er} juillet 2007. Elle est assurée, en alternance hebdomadaire, par les ophtalmologistes libéraux et le CH de Blois. Les demandes de consultation sont adressées par le Centre 15 qui les oriente vers le praticien de garde. Les ophtalmologistes libéraux consultent dans leurs cabinets respectifs, les ophtalmologistes du CHB au sein de l'établissement. Les horaires actuellement fixés ont été ramenés à 22H pour les praticiens libéraux (dernier horaire d'accueil du patient). Il paraît nécessaire de mieux former les médecins urgentistes sur ces pathologies et qu'ils disposent de protocoles élaborés par l'équipe d'ophtalmologistes.

■ Définition des indicateurs de suivi et modalités d'évaluation

-ORDIGARDE - CDOM : données relatives à l'organisation des gardes et éventuellement aux réquisitions ;

-CPAM : systèmes d'information permettant la transmission des tableaux de régulation médicale, des données statistiques relatives à l'activité par secteur, par nombre d'actes et les coûts financiers associés en scindant les deux parties de nuit (20H-22H et 22H-24H et 6-8H) ainsi qu'en distinguant les consultations en cabinet et les visites à domicile ;

-SAMU-CENTRE 15 : le résumé de passage aux urgences (cause(s), horaire(s), code(s) postal (aux), lourdeur ou non de la situation médicale) ;

Le sous-comité médical participe au suivi et évaluation. Des réunions, organisées trimestriellement par la DTARS 41, en présence de représentants du CDOM, de médecins généralistes (syndicats), du SAMU-CRAA 15, des Centres Hospitaliers de Blois, Vendôme et Romorantin et de la CPAM, permettront de faire le point sur la mise en œuvre effective de ce cahier des charges, sur l'évolution des travaux restant à effectuer et sur les difficultés rencontrées.

Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale dans le Loiret

■ Axes d'organisation à compter du 1^{er} octobre 2014

1. Présentation des secteurs de PDSA et de l'offre de soins urgente

Le nombre de secteurs n'a cessé de diminuer :

2005 : 25 secteurs

2008 : 12 secteurs

2009 : 11 secteurs

La carte des secteurs de permanence des soins figure en **annexe 1**.

Les établissements de santé et notamment des services d'urgence sont localisés aux :

- Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO)
- Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise à Amilly
- Centre Hospitalier de Gien
- Centre Hospitalier de Pithiviers
- Clinique la Reine Blanche site du Pôle Oréliance

Les zones d'intervention des SMUR correspondent aux bassins de vie ou aux zones d'emplois.

2. Régulation médicale des appels

L'accès au médecin de garde sur le département est assuré :

- par le SAMU (Centre 15), et elle est renforcée par l'Association des Médecins Régulateurs Généraliste du Loiret au SAMU Centre 15 dans les locaux du CHRO :

- les soirs de semaine de 20h à 24h ;
- les samedis de 12h à 24h ;
- les dimanches et jours fériés de 8h à 24h.

- par SOS Médecins du Loiret au 3624 (numéro d'appel facturé).

Ces interconnexions aujourd'hui téléphoniques, ont vocation à devenir informatiques dès 2015, le SAMU et SOS médecins s'étant engagés à rendre effective cette disposition réglementaire.

3. Modalités de l'effectio

L'organisation de la PDSA en ce qui concerne les effecteurs et les lieux de consultations est décrite dans le tableau en **annexe 2** selon les créneaux horaires de PDSA suivants :

- tous les jours du lundi au dimanche en nuit profonde, de 0h à 8h
- le samedi, de 12h à 20h (carte annexe 3)
- le dimanche et les jours fériés, de 8h à 20h (carte annexe 4)
- 20h 24h :
 - tous les jours du lundi au dimanche et jours feries (carte annexe 5)
 - les jours de pont : le lundi avant un jour férié, le vendredi après un jour férié et le samedi après un jour férié.

La participation de SOS Médecins à la PDSA concernant ce créneau horaire sur le secteur d'Artenay du lundi au vendredi et sur le secteur Châteauneuf sur Loire du lundi au dimanche n'est que provisoire dans l'attente de nouvelles modalités d'organisation de la PDSA sur ces secteurs.

Les secteurs bénéficiant de points fixes de garde sont les suivants (6 lieux de consultations) :

- Secteur de Gien : MMG au Centre Hospitalier de Gien
- Secteur de Montargis : MMG au Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise à Amilly
- Secteur Orléans Nord : lieu fixe de consultations SOS Médecins, rue Chanzy à Orléans Centre
- Secteur Orléans sud : MMG à la Clinique de l'Archette à Olivet
- Secteur de Pithiviers : MMG au Centre Hospitalier de Pithiviers
- Secteur de Sully-sur-Loire : MMG au Centre Hospitalier de Sully-sur-Loire

Lorsqu'il est indiqué « SOS Médecins » dans le tableau en annexe 2 quel que soit le secteur, le lieu de consultations est celui de SOS Médecins à Orléans Centre.

La zone d'intervention détournée en noir indiquée sur les différentes cartes en annexes correspond à une effectio mobile de SOS Médecins.

Dans la mesure où SOS Médecins prend en charge plusieurs secteurs de garde, son astreinte est calculée en fonction du nombre de secteurs et du nombre de médecins intervenants :

| Périodes | Tous les jours en nuit profonde | Du lundi au vendredi | Samedi | | Dimanche et Jours fériés | | Lundi avant jour férié | | Vendredi après jour férié | | Samedi après jour férié | |
|----------------------|---------------------------------|----------------------|-----------|-----------|--------------------------|-----------|------------------------|-----------|---------------------------|-----------|-------------------------|-----------|
| | 0h à 8h | 20h à 24h | 12h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h |
| Forfait SOS MEDECINS | 300 € | 670 € | 840 € | 620 € | 1260 € | 620 € | 1260 € | 620 € | 1260 € | 620 € | 1260 € | 620 € |

A ce jour, la garde pharmaceutique sur le département est organisée par les syndicats de pharmaciens en 13 secteurs recouvrant les zones de PDSA.

4. Prise en charge financière exceptionnelle de transports sanitaires vers une MMG

A titre exceptionnel, il est prévu que des transports sanitaires aller/retour vers des MMG soient financés. La décision de cette prise en charge relève exclusivement du médecin de garde en tenant compte de critères médicaux et sociaux.

■ Modalités d'évaluation de la PDSA

L'évaluation de la PDSA dans le département est prévue à travers:

- la transmission annuelle des bilans d'activité suivants :
- le bilan d'activité du centre 15 et des urgences (base informatisée),
- le bilan d'activité de SOS Médecins
- le bilan d'activité de chacune des MMG
- les informations que peut nous transmettre la CPAM concernant l'activité de PDSA des médecins libéraux

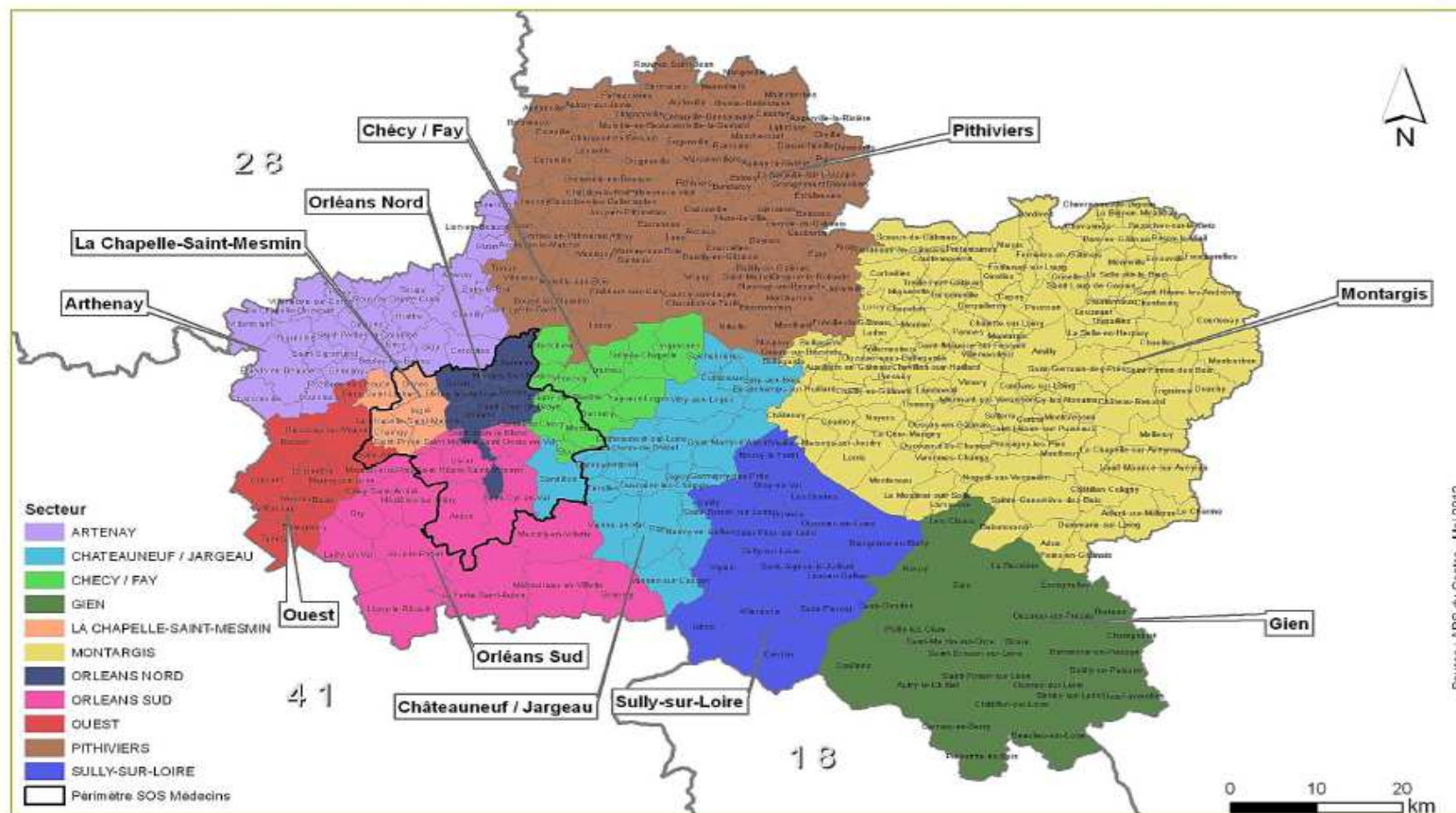
■ Evolution de la PDSA

Une réflexion concernant le renforcement de la PDSA sur Orléans et ses alentours a débuté en juin 2014 ; il s'agit d'envisager la création prochaine de deux points de consultations à proximité des services d'urgences pour conforter l'offre de soins.

ANNEXE 1 : Les secteurs de PDSA dans le Loiret

La permanence des soins

les 11 zones de permanence de soins (PDS) dans le département du Loiret

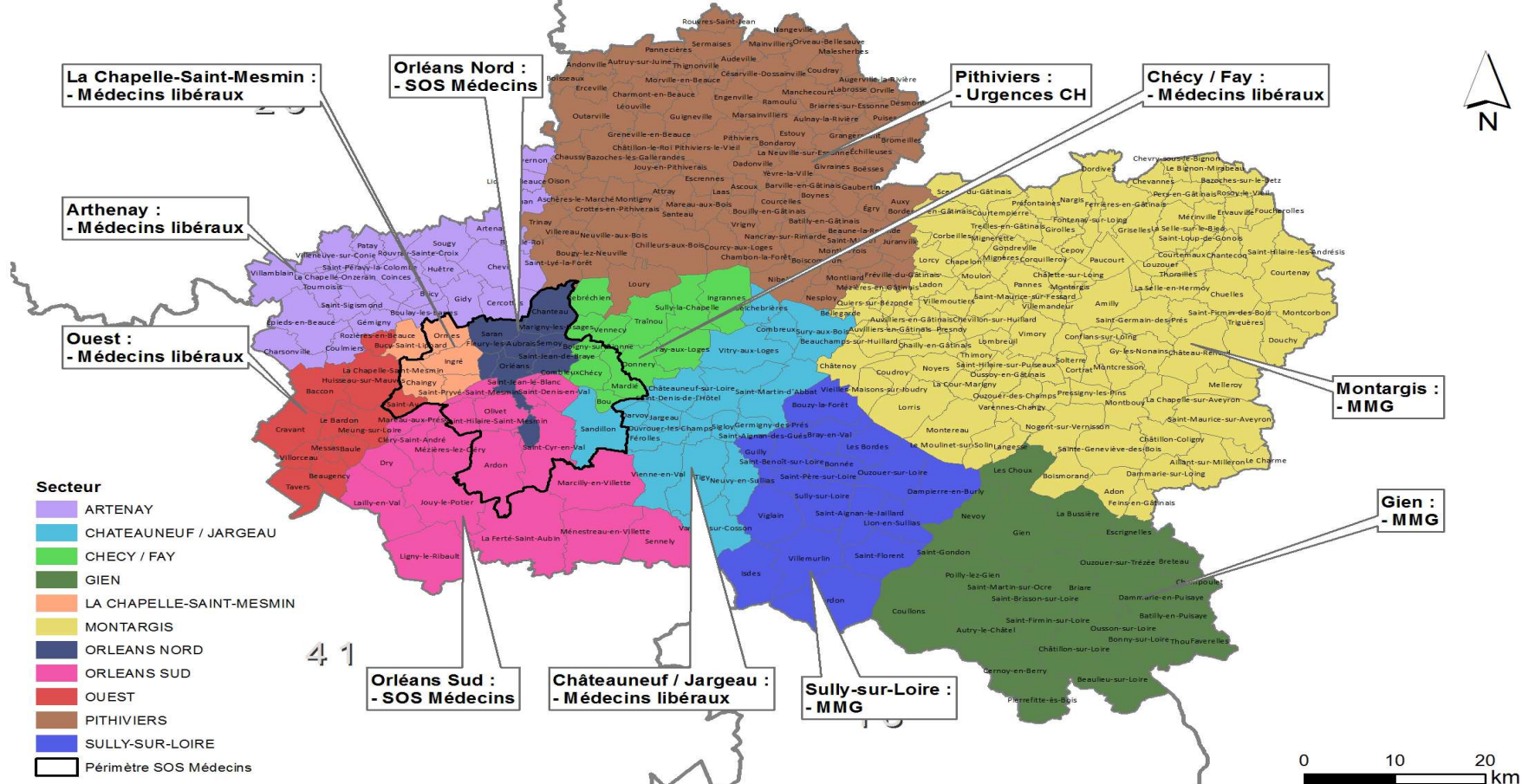


ANNEXE 2 : Effecteurs et lieux de consultations par secteur

| SECTEUR | Tous les jours en nuit profonde | du lundi au vendredi | Samedi | | Dimanche et Jours fériés | | Lundi avant jour férié | | Vendredi après jour férié | | Samedi après jour férié | |
|----------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------|------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------------------------------|-------------------|
| | 0h à 8h | 20h à 24h | 12h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h | 08h à 20h | 20h à 24h |
| ARTENAY | SAMU | SOS Médecins | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux |
| OUEST | SAMU | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins |
| GIEN MMG adossée au CH de Gien | SAMU | Urgences CH Gien | MMG | MMG | MMG | Urgences CH Gien | Médecins libéraux | MMG | Médecins libéraux | Urgences CH Gien | MMG | MMG |
| LA CHAPELLE ST MESMIN | SAMU + SOS Médecins | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins |
| CHÂTEAUNEUF sur LOIRE | SAMU | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins |
| CHECY/ FAY AUX LOGES | SAMU | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins | Médecins libéraux | SOS Médecins |
| MONTARGIS MMG adossée au CHAM | SAMU | MMG | MMG | MMG | MMG | MMG | Médecins libéraux | MMG | Médecins libéraux | MMG | MMG | MMG |
| ORLEANS NORD | SAMU + SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | Médecins libéraux + SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins |
| ORLEANS SUD MMG adossée à la Clinique Archette | SAMU + SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | MMG + SOS Médecins | Médecins libéraux + SOS Médecins | MMG + SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins | SOS Médecins |
| PITHIVIERS MMG adossée au CH Pithiviers | SAMU | Urgences CH Pithiviers | Urgences CH Pithiviers | MMG | MMG | MMG | Médecins libéraux | urgences CH Pithiviers | Médecins libéraux | urgences CH Pithiviers | urgences CH Pithiviers | MMG |
| SULLY / LOIRE MMG adossée au CH Sully sur Loire | SAMU | MMG | MMG | MMG | MMG | MMG | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux | Médecins libéraux de 8h à 12h MMG de 12h à 20h | MMG |

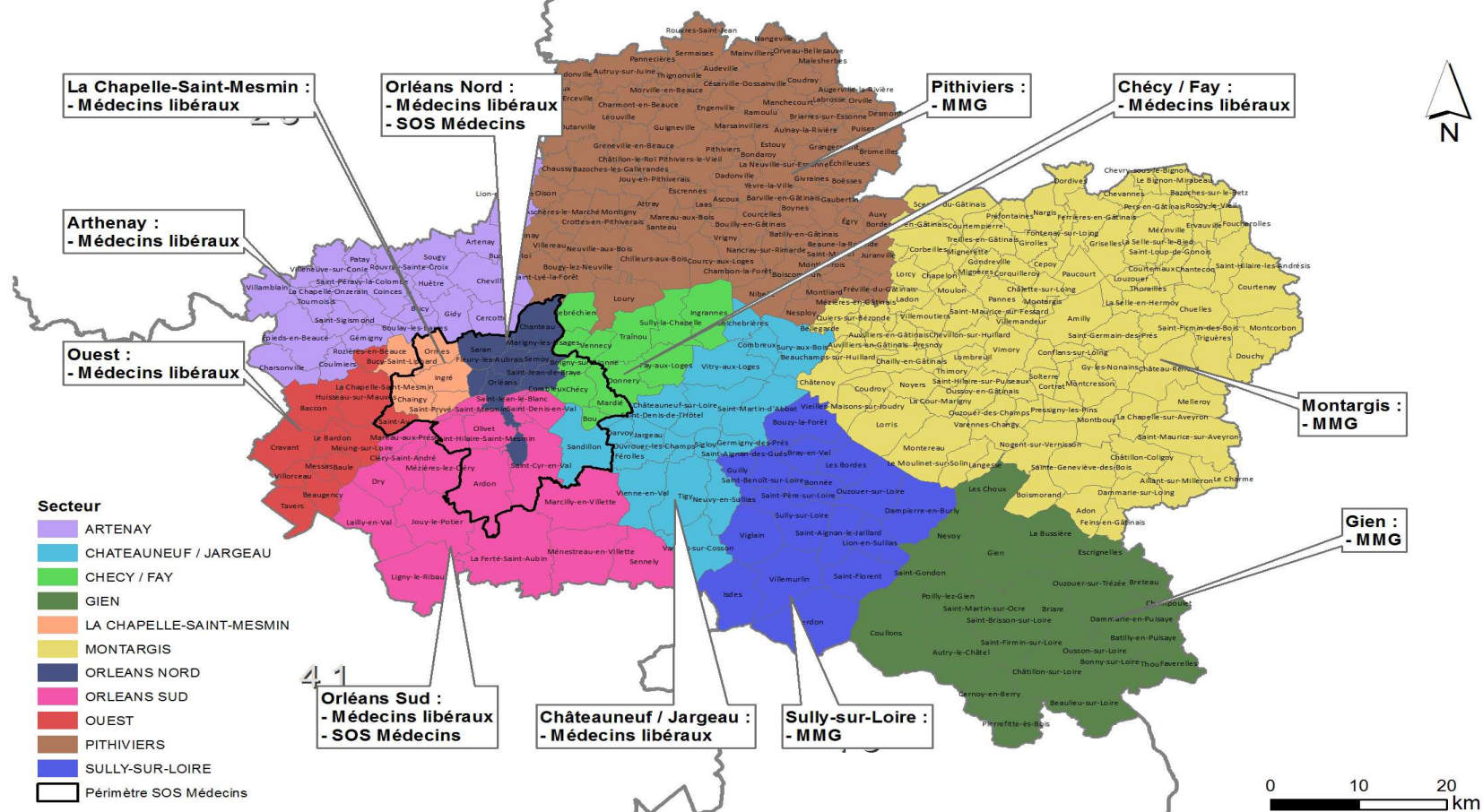
ANNEXE 3 : La PDSA de 12h à 20h : le samedi

La permanence des soins de 12h à 20h : les samedis
Les 11 zones de permanence de soins dans le Loiret



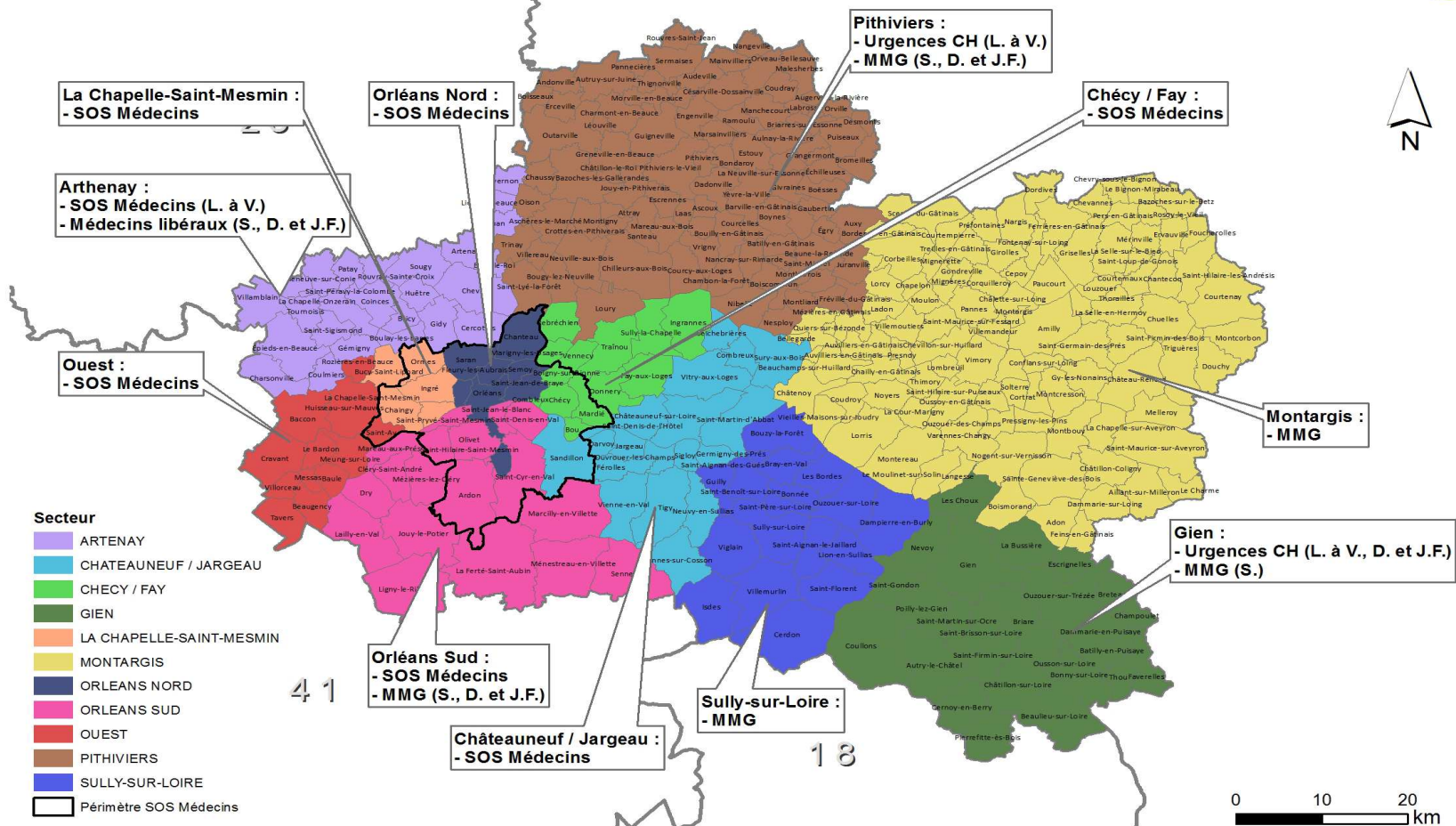
ANNEXE 4 : La PDSA de 8h à 20h : le Dimanche et jours fériés

La permanence des soins de 8h à 20h : dimanches et jours fériés
Les 11 zones de permanence de soins dans le Loiret



Annexe 5 : La PDSA de 20h à 24h : du lundi au vendredi / le samedi / le dimanche / les jours fériés

La permanence des soins de 20h à 24h : lundis au vendredis (L. à V.) / samedis (S.) / dimanches et jours fériés (D. et J.F.)
 Les 11 zones de permanence de soins dans le Loiret



TROISIEME PARTIE :

PRINCIPES DE REMUNERATIONS
FORFAITAIRES

ET

CIRCUIT DE LIQUIDATION
ET DE PAIEMENT

PRINCIPES DE REMUNERATIONS FORFAITAIRES EN REGION CENTRE-VAL DE LOIRE

Ils concernent les médecins libéraux participant à la permanence des soins en médecine générale

Pour l'effectation postée :

- Indemnisation d'un effecteur par secteur de garde postée, et par tranche horaire de 4 heures, exceptionnellement divisible,
- Sur la base de l'arrêté ministériel relatif à la rémunération des médecins participants à la PDSA : la rémunération minimale de l'astreinte est fonction de la durée de la garde, sur la base de **150 € pour une garde d'une durée de référence de 12 heures**, au prorata temporis, avec une durée minimale de 4 heures.

Toutefois, pour les gardes :

- ⊖ de 20 h à 22h, le montant de l'astreinte est de 25 €,
- ⊖ de 20h à 23h, le montant de l'astreinte est de 37 € 50.

Pour l'effectation mobile :

Indemnisation d'un effecteur par secteur de garde mobile :

- les soirs de semaine (de 20 h à 24 h) : une rémunération de 100 €/h
- les samedis (de 12 h à 20 h) : une rémunération de 50 €/h
- les dimanches et jours fériés (de 8 h à 20 h) : une rémunération de 50 €/h

Pour la régulation libérale :

- Indemnisation des **régulateurs à l'échelle du département, exerçant au Centre 15**, en fonction des besoins de la population et de l'organisation de la PDSA validée par le SAMU.
- Une rémunération du temps de travail dans la limite d'un certain plancher défini au niveau national et adapté au niveau régional par l'ARS, après concertation de l'URPS-ML de la région Centre-Val de Loire, à **hauteur de 80 € par heure de régulation**, avec une durée minimale de 4 heures ;
- Et à raison d'un aller-retour par jour pour un médecin exerçant en dehors de la circonscription du lieu de régulation (Centre 15), et dans la limite départementale, une prise en charge :
 - des **frais de déplacement** à hauteur de 0,62 € /km,
 - du **temps de trajet** sur la base de 80 € par heure.

CIRCUIT DE LIQUIDATION ET DE PAIEMENT DES FORFAITS DE LA PDSA

--

DISPOSITIF PILOTE PAR L'ARS DU CENTRE-VAL DE LOIRE

1 – Elaboration et transmission des tableaux de garde par le CDOM à l'ARS

(art. R.6315-2 du code de la santé publique)

Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins mentionnés à l'article R.6315-1 du CSP qui sont volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde **pour une durée minimale de trois mois**. Ce tableau de garde concerne à la fois les plages et horaires pour les astreintes et la régulation.

L'élaboration de ce tableau doit respecter une procédure et répondre à des critères prévus par les textes réglementaires rappelés ci-après. Le tableau de garde précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin.

Le tableau de garde doit être transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en oeuvre au CDOM concerné. Le CDOM vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

Toute modification de ce tableau est communiquée au CDOM dans les plus brefs délais. **(cas des médecins intervenant dans le cadre d'une association de permanence de soins : la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire est transmise par l'association au CDOM dans le délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en oeuvre du tableau de garde).**

Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre, le tableau est transmis par le CDOM au directeur général de l'ARS, au préfet de département, aux services d'aide médicale urgente, aux médecins et associations de permanence des soins concernés, ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie. Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais.

Dès lors, l'ARS dispose des tableaux de garde définitifs c'est-à-dire les tableaux qui prennent en compte l'ensemble des modifications intervenues après transmission du tableau de garde prévisionnel.

2 - Contrôle du tableau des régulations et astreintes par l'ARS et transmission des ordres de paiement aux organismes locaux d'assurance maladie

L'ARS procédera à la vérification et à la validation des tableaux de garde transmis par le CDOM, afin de veiller à ce que ces derniers respectent le cahier des charges (et par là même l'enveloppe allouée à l'ARS).

La transmission du tableau de garde validé par l'ARS à l'organisme local d'assurance maladie vaudra ordre de paiement et déclenchera ainsi le processus de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte aux médecins inscrits au tableau de garde et ayant effectué l'astreinte dans les conditions prévues au présent cahier des charges. Il est

précisé que l'ARS transmettra l'ordre de paiement à l'organisme local de rattachement du médecin inscrit au tableau de garde.

3 - Liquidation et paiement des forfaits par les organismes locaux d'assurance maladie

Sur la base de l'ordre de paiement transmis par l'ARS, **l'organisme local d'assurance maladie de rattachement du médecin procédera au contrôle du « service fait », puis au paiement des forfaits de régulation et d'astreinte.**

Pour effectuer le contrôle du service fait et au paiement des médecins concernés, l'organisme local doit procéder au croisement des documents dont il est destinataire, suivants :

- 1- Le tableau de garde validé transmis par l'ARS,
- 2- La demande individuelle de paiement des forfaits transmise par le médecin à sa CPAM de rattachement. Ce document doit comporter les éléments suivants :
 - le récapitulatif du secteur et des périodes (date et plages horaires) couverts,
 - les demandes d'indemnisation,
 - les attestations signées de participation à la permanence des soins.

Des documents complémentaires devront être transmis aux organismes locaux d'assurance maladie dans le cas où le médecin qui participe à la permanence des soins n'est pas conventionné (médecin salarié, médecin retraité, médecin qui n'a pas adhéré à la convention médicale, médecin remplaçant participant à la permanence des soins en son nom propre).

Il est précisé que dans le cas où les organismes locaux rencontreraient une difficulté lors du contrôle du service fait ou du paiement des forfaits, ces derniers devront immédiatement en informer l'ARS qui devra alors prendre les mesures adéquates pour mettre fin à cette difficulté.

4 - Suivi par l'ARS de la consommation de l'enveloppe allouée à la permanence des soins

Les organismes locaux d'assurance maladie communiqueront à l'ARS, via le directeur coordonnateur de la gestion du risque (DCGDR), un état trimestriel des forfaits de régulation et d'astreinte versés aux médecins, ainsi que les actes et majorations d'actes.

ARS du Centre-Val de Loire

R24-2016-06-28-010

Arrêté n° 2016-OSMS-PH37-0070 déclarant infructueux l'appel à projet relatif à la création d'un SESSAD de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique.

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
CENTRE-VAL DE LOIRE**

ARRETE N° 2016-OSMS-PH37-0070

Déclarant infructueux l'appel à projets relatif à la création d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique.

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé,

Vu le Code de justice administrative et notamment l'article R. 312-1 ;

Vu le Code de l'action sociale et des familles ;

Vu le Code de la santé publique ;

Vu le décret 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences Régionales de Santé (ARS) ;

Vu le décret 2010-870 du 26 juillet 2010 relatif à la procédure d'appel à projet et d'autorisation ;

Vu le décret 2014-565 du 30 mai 2014 modifiant la procédure d'appel à projet et d'autorisation ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne BOUYGARD en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Vu la circulaire n°DGCS/SD3B/DGOS/DGS/DSS/CNSA/2013/336 du 30 août 2013 relative à la mise en œuvre du plan autisme 2013-2017 ;

Vu l'Instruction Interministérielle DGCS/SD3B/DGOS/SDR4/DGESCO/CNSA/2014/52 du 13 février 2014 relative à la mise en œuvre des plans régionaux d'action, des créations de places et des unités d'enseignements prévues par le 3^{ème} plan autisme 2013-2017 ;

Vu l'arrêté n°2012-DG-0003 portant adoption du Projet Régional de Santé (PRS) de la région Centre en date du 22 mai 2012 ;

Vu l'arrêté n°2015-OSMS-CPARS-0059 du 24 avril 2015 relatif au calendrier prévisionnel pluriannuel des appels à projets pour les projets autorisés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire au titre des années 2015 et 2016 ;

Vu l'arrêté n°2015-OSMS-AAP-CS-0159 du 9 décembre 2015 portant composition de la commission de sélection d'appel à projet social ou médico-social pour les projets autorisés en application du 2° du II de l'article R.313-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles ;

Vu l'arrêté n°2016-OSMS-AAP-CS-SESSAD37-0053 du 2 mai 2016 portant nomination avec voix consultative des membres de la commission de sélection d'appel à projet pour la création de places de Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile (SESSAD) pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique sur l'agglomération de TOURS ;

Vu le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale 2012-2016 de la région Centre ;

Vu le Plan Régional d'Action pour l'Autisme 2013 - 2017 de la région Centre ;

Vu le PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) actualisé de la région Centre ;

Vu l'avis d'appel à projet relatif à la création d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique ;

Considérant le dossier de l'Association Départementale des Amis et Parents de Personnes Handicapées Mentales d'Indre-et-Loire (ADAPEI 37) et de l'Association « Enfance et Pluriel » transmis le 10 février 2016 à l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire ;

Considérant le rapport de présentation du déroulement de la procédure d'appel à projet et le procès-verbal de la commission de sélection de l'appel à projets relatif à la création d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique qui s'est réunie le 7 juin 2016 ;

Considérant la décision de refus préalable du président de la commission de sélection suite au non-respect par les candidats de deux critères de conformité « le type de structure » et « la capacité » tels que définis dans le cahier des charges ;

Considérant l'avis rendu par la commission de sélection d'appel à projets médico-sociale en sa séance du 7 juin 2016 publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région confirmant la décision de refus préalable proposée par le président ;

Considérant qu'en application de l'article R.313-6-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, il pourra être procédé à un nouvel appel à projets pour la création d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique.

ARRETE

Article 1^{er} : L'appel à projets relatif à la création d'un Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile (SESSAD) de 15 places dans l'agglomération de TOURS pour enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans atteints de troubles du spectre autistique est déclaré infructueux.

Article 2 : Le présent arrêté pourra faire l'objet, dans un délai de 2 mois à compter de sa notification ou de la publication au recueil des actes administratifs :

- soit d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, Cité Coligny, 131 rue du faubourg Bannier, BP 74409, 45044 ORLEANS CEDEX 1,
- soit d'un recours contentieux devant le Tribunal Administratif d'Orléans, 28 rue de la Bretonnerie, 45057 ORLEANS CEDEX 1.

Article 3 : Le Directeur Général Adjoint de l'Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire, la Déléguée Départementale d'Indre-et-Loire, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié aux demandeurs et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Orléans, le 28 juin 2016
La Directrice Générale
de l'Agence Régionale de Santé
Centre-Val de Loire
Signé : Anne BOUYGARD