

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES (PDSA) EN MARTINIQUE

- DIAGNOSTIC REGIONAL ET CAHIER DES CHARGES DE LA PDSA
2014-2016

(En substitution du cahier des charges arrêté par le DGARS le 11 Juin 2012)

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Nouveau cadre juridique | 3 |
| Evolutions par rapport au précédent cahier des charges | 3 |
| Contexte régional | 5 |
| Caractéristiques de la population | 5 |
| Démographie médicale | 6 |
| Nature des risques induits par la situation actuelle..... | 6 |
| Etat des lieux..... | 7 |
| 1-Organisation territoriale de la PDSA | 7 |
| 2-Participation volontaire des médecins généralistes à la PDSA | 8 |
| 3-Régulation médicale | 8 |
| 4-Garde médicale | 9 |
| 5- Coût de la Permanence des soins ambulatoires | 11 |
| 6-Forces et faiblesses du dispositif régional actuel | 11 |
| Axes d'organisation | 12 |
| Article 1 - Organisation de l'offre de soins de PDSA | 12 |
| Article 2 - Organisation de la régulation des appels | 16 |
| Article 3 - Dispositions particulières..... | 17 |
| Article 4 - Financement du dispositif de PDSA..... | 17 |
| Article 5 - Amélioration de l'information du public | 19 |
| Article 6 - Suivi et évaluation du fonctionnement de la PDSA | 19 |
| Annexes | 22 |
| Annexe 1 – Fiche de suivi de la participation aux gardes | 22 |
| Annexe 2 - Fiche de suivi de la participation à la régulation..... | 23 |
| Annexe 3 – Circuit des tableaux de garde et de financement des forfaits de garde et régulation | 24 |

NOUVEAU CADRE JURIDIQUE

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 ont modifié le cadre réglementaire de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), afin d'apporter souplesse et cohérence à son organisation et son pilotage. Il s'agit ainsi d'améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux dans un contexte de maîtrise de l'ONDAM et de recherche d'efficacité du dispositif global de santé.

Les principes du nouveau dispositif prévoient :

- Un renforcement de la régulation médicale afin d'orienter le patient vers le médecin, la structure ou la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins ;
- Une adaptation des modalités d'effectif prévoyant notamment une coordination avec les établissements de santé en deuxième partie de nuit ;
- La modification des règles de rémunération de la PDSA dont la gestion de l'enveloppe de financement fermée (comprenant les forfaits d'astreinte et la régulation) relève des compétences de l'ARS ;
- L'intégration du nombre d'actes et de la part des actes régulés dans les indicateurs de suivi du fonctionnement du dispositif régional de PDSA ;
- La possibilité de moduler, selon les sujétions et en fonction des crédits disponibles, la rémunération des effecteurs et de la régulation.

Parallèlement, le décret n°2010 810 prévoit une réorganisation du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS), sans toutefois y introduire de bouleversements majeurs.

Le rôle du CODAMUPS-TS n'est pas substantiellement modifié par le nouveau cadre de la PDSA, mais son double rôle de consultation préalable et d'évaluation du dispositif départemental de PDSA doit s'intégrer désormais dans le cadre plus large des orientations stratégiques fichées par le DGARS. En tant qu'instance de concertation proche des professionnels et des préoccupations de terrain, il est consulté sur le projet de cahier des charges régional.

Destinataire, avec la sous-commission de l'organisation des soins de la CRSA des recueils d'incidents liés à la PDSA, il continue d'exercer, par l'intermédiaire de son sous-comité médical, des fonctions d'évaluation du dispositif de permanence des soins au niveau local et propose les modifications qu'il juge souhaitables dans le cahier des charges régional.

EVOLUTIONS PAR RAPPORT AU PRECEDENT CAHIER DES CHARGES

Après deux années de fonctionnement, l'actualisation de l'organisation de la permanence des soins s'est avérée nécessaire. En effet, le fonctionnement initialement prévu dans le précédent cahier des charges s'est retrouvé confronté à des difficultés d'exécution sur le terrain.

La demande peu importante de soins ambulatoires constatée à partir de minuit avait justifiée l'adaptation des horaires d'effectif jusqu'à minuit sauf pour le samedi, horaire étendu à 01h. Dans un

soucis d'harmonisation des pratiques et vu la faible activité sur le créneau de minuit à 1h, cette tranche horaire a été supprimée.

Par ailleurs, il convient également d'aligner les horaires de régulation à ceux des maisons médicales de garde. Le nombre d'appels, plus important les week-ends et jours fériés nécessite l'ajustement des plages horaires de régulation. De plus, le nombre d'appels en nuit profonde (00h-07h) le samedi soir, d'une faible importance, remet en question la présence d'un régulateur libéral à ces horaires.

Enfin, l'intégration d'un effecteur mobile, SOS médecins, se justifie vu le service rendu à population. En effet, aux horaires de la PDSA, il était uniquement prévu que les gardes soient réalisées au sein de lieux fixes, les maisons médicales de garde ; ce dispositif ne permettant pas au médecin de garde les déplacements au domicile du patient.

Ces constats ont amené l'ARS de la Martinique à faire évoluer le dispositif, en actant :

- l'ouverture des maisons médicales de garde jusqu'à minuit du lundi au dimanche,
- l'augmentation des plages horaires de la régulation en semaine, les week-ends et jours fériés,
- la suppression de la nuit profonde le samedi,
- la revalorisation du forfait de régulation les week-ends et jours fériés,
- la revalorisation du forfait d'effecteur les nuits du 24 et 31 décembre, ainsi que les 25 décembre et 1^{er} janvier (horaire de 19h à minuit)
- l'intégration d'un effecteur mobile, SOS médecins.

L'arrêté fixant le présent cahier des charges régional de la PDSA a été pris le 21 Décembre 2015 par le Directeur Général de l'ARS Martinique après avis du préfet et des instances concernées (CODAMUPS-TS, Commissions Spécialisée de l'Organisation des Soins, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins).

Le présent cahier des charges entrera en vigueur le 01^{er} Janvier 2016.

CONTEXTE REGIONAL

Caractéristiques de la population

La Martinique se caractérise par :

- Une forte densité de population : La Martinique est la plus petite des régions du territoire français par sa superficie (1 128 km²) mais la plus dense en peuplement après l'Île de France avec 348 habitants/km² en 2013, soit 3 fois plus que la moyenne hexagonale. Au niveau infrarégional, on constate de grande disparité puisque 42% de la population de l'île est concentrée dans 4 communes du Centre Agglomération (Fort de France, Lamentin, Schœlcher et Saint Joseph).
- Un vieillissement marqué : Le changement dans la structure d'âge de la population amorcé dans les années 1970 s'accroît avec une diminution de la proportion des moins de 20 ans accompagnée par un accroissement des 60 ans et plus. Ainsi, selon les projections démographiques de l'INSEE, le nombre des personnes âgées continuera d'augmenter plus rapidement que l'ensemble de la population ce qui devrait aboutir à placer la Martinique au 2^{ème} rang des régions les plus âgées de France à l'horizon 2040. S'agissant de la répartition géographique des personnes âgées de 60 ans et plus, on constate que ce sont les communes du Nord qui sont les plus marquées par le vieillissement.
- Un indice de fécondité stable : l'indicateur conjoncturel de fécondité de la Martinique reste légèrement au-dessus de la moyenne nationale, même s'il est plus bas que celui des autres DOM (2,11 enfants par femmes en 2008 en Martinique contre 1,99 en moyenne métropolitaine, 2,20 en Guadeloupe, 2,48 à la Réunion et 3,57 en Guyane).
- Une espérance de vie à la naissance légèrement inférieure à la moyenne nationale : au milieu des années 1960, l'espérance de vie à la naissance était de 63,3 ans pour les hommes et de 67,4 ans pour les femmes. En 2008, elle est désormais de 77,6 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes, très proche de la moyenne métropolitaine (77,7 ans pour les hommes et 84,3 ans pour les femmes).
- Une part limitée de population d'origine étrangère : La part de la population d'origine étrangère en Martinique est l'une des plus basses des régions françaises (1,6% en 2006), bien qu'elle ait très légèrement augmenté au cours de ces dernières années (0,9% au recensement de 1990). Les originaires de Sainte-Lucie et d'Haïti représentent plus de la moitié (59%) de la population étrangère en Martinique.

Une étude sur les revenus et les conditions de vie des ménages en Martinique, réalisée par l'INSEE Antilles-Guyane et le Conseil Général de la Martinique, parue en avril 2011, montre que de plus en plus de ménages martiniquais sont confrontés à des difficultés économiques. Ainsi, les revenus des ménages progressent moins rapidement depuis 2005 du fait de la stagnation des revenus d'activité sur la période récente. La part des ménages vivant sous le seuil de bas revenus est passée de 17,8% à 20,5% au cours des 5 dernières années.

Démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2015, la démographie médicale de la Martinique est la suivante :

Tableau 1 - Nombre de médecins en Martinique au 1er janvier 2015

| | Libéraux exclusifs | Salariés hospitaliers | Autres Salariés | Mixtes | Total |
|--------------|-----------------------|--------------------------|--------------------|-----------|-------------|
| Généralistes | 284 | 119 | 51 | 33 | 487 |
| Spécialistes | 176 | 258 | 41 | 60 | 535 |
| Total | 460 | 377 | 92 | 93 | 1022 |

Source : DREES-RPPS 2015

Au niveau régional, la densité de médecins généralistes libéraux en Martinique a diminué en quatre ans : de 83,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2010, on passe à une densité de 80,5 en 2014. Cette densité est inférieure de 25% à la moyenne métropolitaine (105,9 en France Métropolitaine).

On observe par ailleurs une répartition inégale des médecins généralistes au sein du territoire de santé avec notamment 6 communes du Nord sans médecin généraliste.

L'examen de la population des médecins généralistes exerçant en Martinique montre une majorité d'hommes (52,8% contre 44,2% de femmes). L'âge moyen des médecins généralistes libéraux de 48,8 ans en 2010 est passé à 52,5 ans en 2014 avec 45% de médecins généralistes de plus de 55 ans.

L'analyse de la part des médecins généralistes de 55 ans et plus par commune montre que la majeure partie des communes où la densité médicale est relativement basse (entre 20 et 70 MG pour 100 000 habitants) ont aussi des taux de médecins généralistes de 55 ans et plus supérieurs à 50% (10 communes sur 16).

Nature des risques induits par la situation actuelle

Au vu des données actuelles, les principaux risques pesant sur l'organisation de la PDSA tiennent :

- D'une part, à la motivation des médecins généralistes, en nombre insuffisant par rapport à la population régionale et avec une proportion non négligeable de médecins de 55 ans et plus susceptibles de ne pas participer à la PDSA;
- D'autre part, à des temps de déplacement sur l'île très variables et souvent dissuasifs, notamment pour ce qui concerne la réalisation de visites à domicile, alors qu'une partie de la population, en situation de précarité, ne dispose pas des moyens de locomotion personnel pour atteindre les lieux de consultations.

Un travail d'identification de *zones dites fragiles* a été mené régionalement notamment sur la base de critères de démographie médicale et paramédicale. Ces zones ont fait l'objet de priorités d'actions déclinées dans le volet ambulatoire du SROS PRS, afin de consolider l'offre de soins, notamment en termes d'offre de soins de premier recours et de prise en charge dans le cadre de la permanence des soins.

ETAT DES LIEUX

1-Organisation territoriale de la PDSA

L'arrêté préfectoral du 4 Mai 2006 organisait la PDSA sur 7 secteurs de garde médicale. Ce découpage cohabitait avec 3 autres découpages, à savoir ceux de l'organisation des urgences hospitalières, de la permanence ambulancière et de la garde de pharmacie.

Vu l'incohérence du système, un travail d'harmonisation des secteurs de garde était nécessaire.

La loi HPST, en définissant le territoire de santé comme élément déterminant de la politique régionale de santé a permis de réorganiser la PDSA de manière plus uniforme.

Au vu des spécificités régionales, la Martinique est assimilée à un territoire de santé unique découpé en quatre territoires de proximité.

La Permanence Des Soins Ambulatoires en Martinique s'organise donc en quatre secteurs de garde : Centre, Sud, Nord caraïbe et Nord atlantique.

Figure 1– Répartition des médecins généralistes libéraux sur le territoire



Source : DREES-RPPS 2014/ Population légales 2014 INSEE

2-Participation volontaire des médecins généralistes à la PDSA

En 2010, le taux de participation des médecins généralistes à la PDSA en Martinique (y compris participation à la régulation) fait partie des plus faibles constaté en France avec une participation inférieure à 19% en Martinique contre 60% dans 78% des départements de métropole. On note par ailleurs une érosion progressive de cette participation qui était proche de 30% en 2008.

Le nombre d'effecteurs théoriques trop faible sur certains territoires, notamment dans le Nord, entraîne une multiplication des gardes par effecteur, ce qui n'encourage pas certains médecins qui ont déjà une activité importante aux heures d'ouverture de leur cabinet. Dans ce cas, le nombre de gardes par effecteur réel est encore plus élevé ce qui accroît la pénibilité du dispositif.

Depuis 2012, 55 médecins participent volontairement à la PDSA, soit un taux de participation de 20% pour l'ensemble du territoire.

3-Régulation médicale

Organisation régionale

La régulation médicale régionale de tous les appels urgents est assurée par le SAMU-Centre 15 qui assure la coordination entre les médecins hospitaliers et libéraux.

La participation actuelle de la médecine de ville à la régulation préalable des soins non programmés a été modifiée en juillet 2009. Elle prévoit des créneaux horaires dérogatoires spécifiques à la région aboutissant à la présence, au centre 15, d'un médecin libéral, en moyenne 82 heures par semaine soit 8 plages horaires :

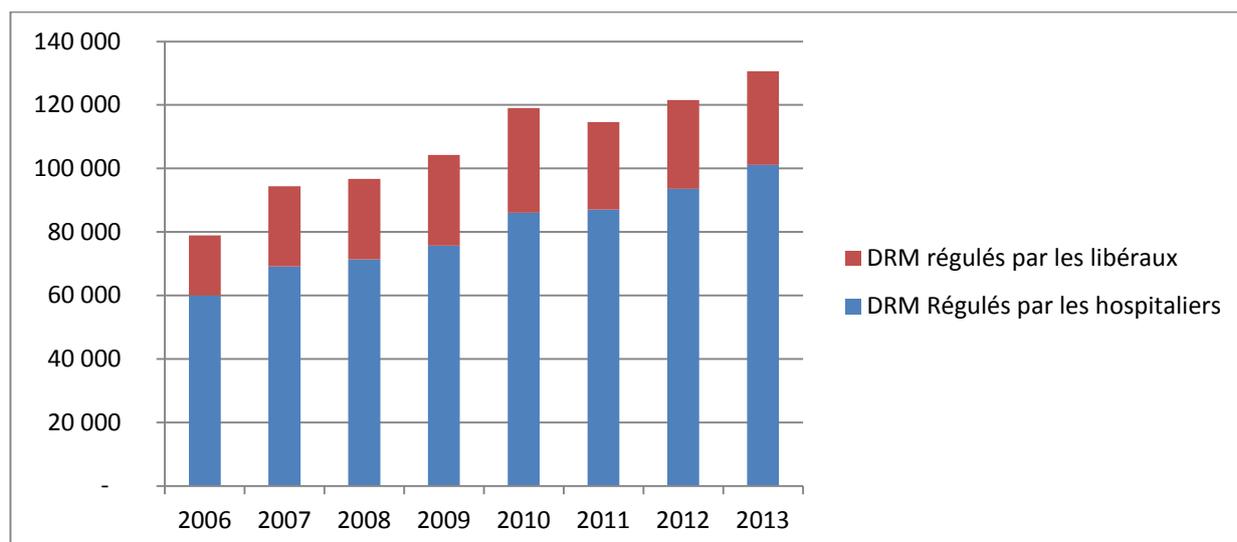
- La nuit de 16h à 23h (1 plage horaire) ;
- Le vendredi de 15h à minuit (1 plage horaire) ;
- Le samedi de 7h à 19h et de 19 h à 7h (2 plages horaires) ;
- Les dimanches et jours fériés de 7h à 15h, de 15h à 23h, de 8h à 13h (3 plages horaires).

16 médecins participent à la régulation médicale dont 10 participent à la fois à la régulation et à l'effectif dans les maisons médicales de garde.

Activité

Le nombre d'affaires régulées est en augmentation régulière depuis 2006 passant d'un peu plus de 78000 affaires régulées à environ 140 000 en 2014, soit une augmentation d'environ 79% en 8 ans.

Figure 2 - Evolution de l'activité de régulation du centre 15



*DRM : Dossier de Régulation Médicale

Sources : Statistique Centre 15

On constate par ailleurs, au sein de l'activité de régulation, l'émergence de nouveaux types d'appel pour des consultations téléphoniques (conseil médical après tremblement de terre ou au cours de l'épidémie de dengue, de chikungunya ...) qui ont triplé en 4 ans.

4-Garde médicale

Organisation régionale

Les gardes, actuellement prévues dans le cadre de la PDSA en Martinique, sont organisées sur quatre secteurs. Cependant, elles sont effectives sur les secteurs centre, sud et nord atlantique. En effet, dans l'attente du renforcement de la densité médicale du territoire nord caraïbe, le secteur de garde associé est fusionné avec le centre.

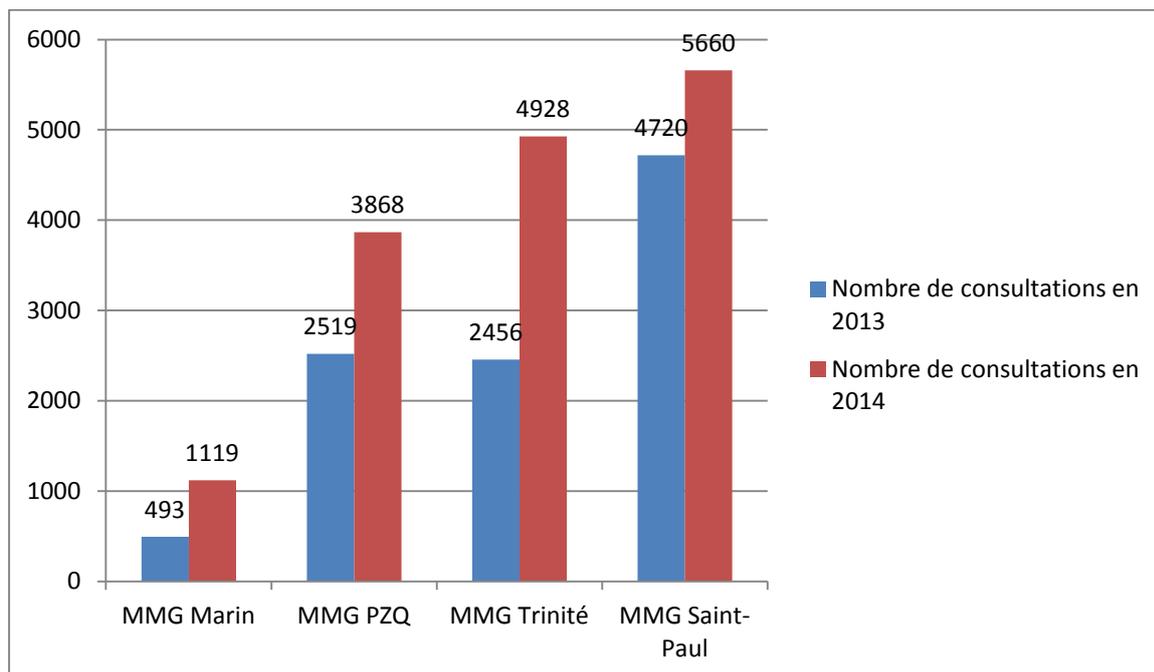
Au même titre que les créneaux de participation à la régulation ont été adaptés aux spécificités locales, les horaires de la PDSA ont fait l'objet d'adaptation au niveau des horaires des gardes. En effet, alors que l'article R.6315-1 du code de la santé publique prévoit des horaires allant de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés et toute la journée les dimanches et jours fériés, l'organisation régionale est basée sur les horaires suivants :

- Entre 19h et 00h les jours ouvrés ;
- A partir de 13h les samedis (contre 14h généralement en France métropolitaine)
- De 7h à 00h les dimanches et jours fériés.

Activité

L'activité des médecins libéraux recensée aux heures de la permanence des soins dans les Maisons Médicales de Garde a été identifiée, pour les années 2013 et 2014, à partir de l'évaluation réalisée via le logiciel médical « Hellodoc » actuellement utilisé au sein des structures, corrélée avec les données de la caisse générale de sécurité sociale de la Martinique.

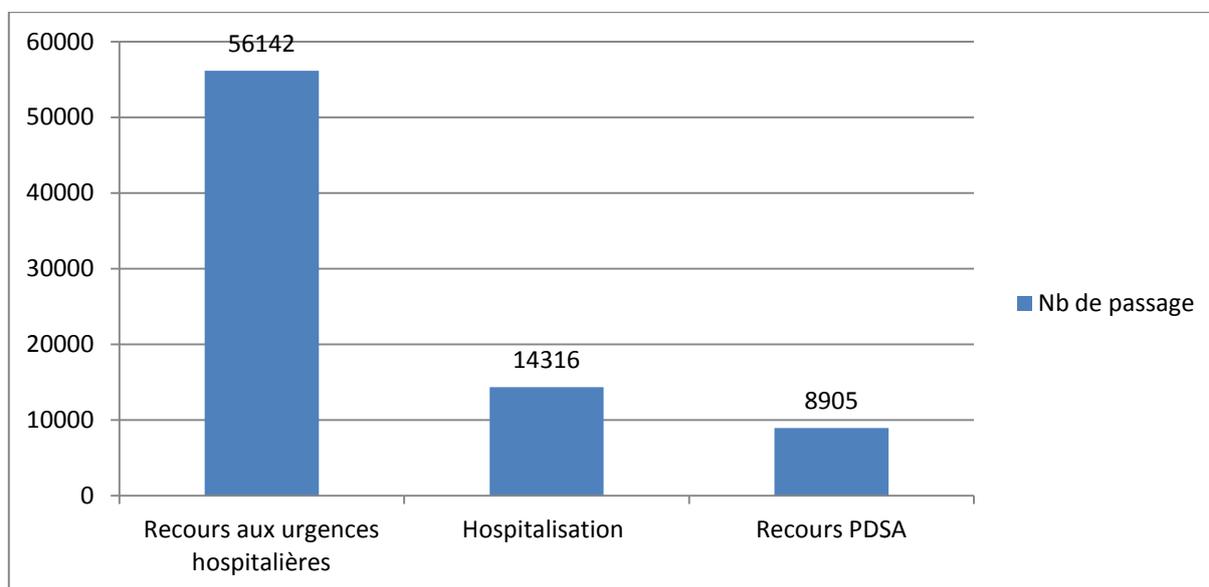
Figure 3 – Nombre de consultations réalisées par Maison Médicale de Garde en 2013 et 2014



Sources : Hellodoc, CGSS

La faible participation aux gardes à la MMG du Marin, avec seulement six médecins volontaires, explique l'activité de cette structure pour l'année 2013.

Figure 4 – Recours aux urgences hospitalières, nombre d'hospitalisations et recours PDSA en 2013



Sources : Services des urgences / Hellodoc

L'analyse de ces chiffres corrobore toute l'importance que représente le dispositif de Maisons Médicales de Garde : pour 56 142 passages aux urgences hospitalières, 14 316 patients sont hospitalisés et 41 826 patients retournent à domicile. L'essor du dispositif réside en une meilleure connaissance et communication autour des Maisons Médicales de Garde pour une orientation la plus efficace et efficace des patients, ceci avec le concours de l'ensemble des partenaires de la permanence des soins.

5- Coût de la Permanence des soins ambulatoires

En 2013, la permanence des soins ambulatoires a été financée à hauteur de **593 523,60 €** pour la régulation et l'effectation.

En 2014, au titre du SAMU, le Centre Hospitalier Universitaire de la Martinique bénéficie d'une enveloppe MIGAC annuelle de **2 704 390€**, destinée au financement de postes de permanenciers hospitaliers.

Pour 2014, le financement de la PDSA est estimé à **710 000 €** pour la régulation et l'effectation et en incluant la réintégration de l'effecteur mobile SOS Médecins.

Une simulation réalisée à partir de l'organisation théorique prévue en 2015 (augmentation du nombre d'heure de régulation et augmentation du forfait horaire les week-ends et jours fériés) a permis d'évaluer l'enveloppe nécessaire à **820 046 €**, soit une augmentation d'environ 15% du budget annuel alloué à la PDSA.

6-Forces et faiblesses du dispositif régional actuel

| Forces | Faiblesses |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Des maisons médicales de garde réparties dans chaque territoire de santé : 2 au Centre, 1 dans le Nord Atlantique et 1 dans le Sud. Situées à proximité d'établissement hospitalier, elles permettent une mutualisation de l'offre de soins ambulatoire et hospitalier.- La pratique du tiers payant sur la part obligatoire, si carte vitale et attestation à jour, qui encourage l'accès aux soins pour tous | <ul style="list-style-type: none">- Une démographie médicale en déficit, inégalement répartie sur le territoire, avec une proportion importante de MG âgés de 55 ans et plus- Une faible participation des médecins généralistes à la PDSA ce qui entraîne une multiplication des gardes par certains effecteurs- Une population en situation de précarité qui accède plus facilement aux urgences hospitalières. |

AXES D'ORGANISATION

Article 1 - Organisation de l'offre de soins de PDSA

1.1 - Effectation

L'organisation régionale de la PDSA couvre les horaires suivants :

- Du lundi au vendredi, de 19h à minuit ;
- les samedis, de 13h à minuit ;
- les dimanches et jours fériés, de 7h à minuit ;
- les jours fériés locaux (lundi gras, mardi gras, mercredi des cendres, le vendredi saint et le 2 Novembre), de 7h à minuit.

La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département (art 6315-1 du code de santé publique) :

- le lundi lorsqu'il précède un jour férié,
- le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

En raison de la faible activité sur la période de nuit profonde, les demandes de soins entre minuit et 7h seront orientées vers les services d'accueil des urgences autorisés.

Le schéma cible PDSA prévoit :

- 1 effecteur pour le Nord Caraïbe,
- 1 effecteur pour le Nord Atlantique,
- 1 effecteur pour le Sud,
- 2 effecteurs pour le Centre,
- 2 effecteurs mobiles (SOS Médecin) intervenant sur le Centre et le Sud.

1.2 - Modalités d'effectation

Aux heures de la PDSA, les demandes de soins doivent faire l'objet d'une régulation par le centre 15 qui oriente le patient vers la prise en charge la mieux adaptée à son état de santé. **Les prises en charge relevant d'un médecin libéral sont réalisées au sein de lieux fixes de consultation, les Maisons Médicales de Garde ou au domicile du patient, dans le cas de la garde mobile effectuée par SOS Médecin.**

➤ Participation à la PDSA

La permanence des soins ambulatoires est assurée par les médecins exerçant dans des cabinets libéraux et centre de santé ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. Un tableau de garde nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins coordonnateurs de secteur.

L'élaboration de ce tableau doit respecter la procédure et répondre aux critères prévus par les textes réglementaires (art R. 6315-2 du code de santé publique). Ce principe vaut aussi pour les médecins régulateurs libéraux.

Le tableau de garde précise le nom, la modalité et la maison médicale de garde de dispensation des actes pour chaque médecin.

L'association SOS Médecin participe au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au CDOM de la liste nominative des médecins effectuant cette permanence pour les secteurs centre et sud.

➤ Elaboration et validation des tableaux de garde

Pour chaque secteur, un tableau de garde est établi par le coordinateur médical, représentant des médecins libéraux du secteur concerné.

Les coordonnateurs médicaux transmettent le tableau de garde de chaque secteur au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre au CDOM qui vérifie que les médecins inscrits sont en situation régulière d'exercice, puis mettent en ligne les tableaux sur le site PDSAL972.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au directeur général de l'ARS, au préfet, aux services d'aide médicale urgente, aux médecins, au Centre 15 ainsi qu'à l'assurance maladie.

En cas de modifications, les tableaux de garde sont actualisés régulièrement par les coordonnateurs médicaux avec une mise à jour en ligne sur le site PDSAL972 et une transmission au CDOM pour vérification. Les tableaux à jour font l'objet d'une nouvelle communication.

Dès lors que l'ARS dispose des tableaux de garde définitifs contrôlés par le CDOM avant le 05 du mois courant pour le mois précédent, l'ARS procède à la validation des tableaux de garde. La transmission du tableau de garde validé par l'ARS à l'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.

Sur la base de l'ordre de paiement transmis par l'ARS, l'assurance maladie procédera au contrôle du « service fait », puis au paiement des forfaits de régulation et d'astreinte. Pour effectuer le contrôle du service fait, l'assurance maladie doit être destinataire des documents suivants :

- le tableau de garde validé et transmis par l'ARS
- la demande individuelle de paiement des forfaits transmise par le médecin (cf. annexes 1 et 2)

➤ Remplacement et non prise de garde

L'inscription au tableau de garde vaut engagement du médecin.

Lorsqu'un médecin initialement inscrit sur le tableau de garde ne peut finalement assurer sa garde le jour prévu, il lui incombe de rechercher un remplaçant. Il doit signaler ce remplacement le plus tôt possible au coordinateur médical du secteur concerné, par écrit (email ou fax) avec copie au CDOM. Le coordonnateur procèdera à la modification en ligne sur le site PDSAL972 et informera le CDOM ainsi que les acteurs concernés.

➤ En cas de carence des tableaux de garde

En application de l'article R.6315-4 du code de santé publique, en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la PDSA, le CDOM recueille l'avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins libéraux des secteurs concernés. Si à l'issue de ces démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le CDOM adresse un rapport au DG ARS accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA. Ces éléments sont transmis au préfet afin que celui-ci procède aux réquisitions nécessaires.

➤ Rôles des coordonnateurs médicaux

Le coordonnateur médical est choisi, par secteur, par ses pairs dans la liste des médecins participant régulièrement et sur la base du volontariat, au dispositif de permanence des soins ambulatoires. La durée du mandat du coordonnateur médical est fixée selon les modalités décrites dans le règlement intérieur des MMG.

Le coordonnateur médical est chargé de :

- réaliser le tableau de garde de la MMG concernée
- envoyer le tableau de garde au CDOM quarante-cinq jours au plus tard avant sa mise en œuvre
- mettre en ligne le tableau de garde sur le site PDSAL 972
- réaliser les modifications du tableau en ligne sur le site PDSAL 972 et informer le CDOM des changements
- réaliser le bilan d'activité de la MMG
- gérer les difficultés rencontrées et s'assurer du bon fonctionnement de la MMG (achat de matériels, consommables, approvisionnements des MMG en médicaments, ...)
- être en relation régulière avec les différents partenaires de la PDSA (ARS, CDOM, CGSS, Directeur d'hôpital ou de clinique, Centre 15...)

L'activité de coordination, comprenant les missions énumérées précédemment ne peut être rétribuée à **plus de 25,30 EUR par jour** d'ouverture de la structure.

➤ Site PDSAL 972

En l'absence d'outil national commun aux ARS pour la gestion des tableaux de garde et le paiement des forfaits, le site internet www.pdsal972.fr financé par l'association PDSAL 972, est l'outil utilisé pour la consultation des tableaux de garde par les médecins participant à la permanence des soins ambulatoires, le centre 15, l'ARS, le CDOM et la CGSS.

Les tableaux de garde sont également validés par l'ARS via cet outil.

En cas de dysfonctionnement du site internet, la version papier des tableaux de garde est utilisée selon la procédure décrite précédemment.

1.3 - Lieux fixes de consultations : Maisons médicales de garde

Chaque secteur doit disposer d'une MMG ; seul le Centre peut bénéficier de deux MMG, dans la mesure où ce secteur regroupe 42% de la population régionale.

Etant donné la faible démographie médicale actuelle du secteur Nord Caraïbe, la Maison Médicale de Garde prévue à moyen terme sera ouverte au public dans un premier temps les week-ends et jours fériés. Des actions seront menées par l'ensemble des partenaires en vue de rendre plus attractif ce secteur particulièrement déficitaire afin de permettre un accroissement du nombre de médecins généralistes et d'envisager la mise en place du schéma cible.

La Maison Médicale de Garde sera de préférence située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence. Si la MMG n'est pas située dans une enceinte hospitalière, il est préconisé, pour favoriser la sécurisation des locaux, qu'elle soit contiguë ou proche de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie).

Chaque MMG doit signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respective proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination des

structures. Le CODAMUPS-TS devra veiller à l'établissement de cette convention avec les acteurs du réseau d'urgence.

Les MMG installées sur le territoire doivent s'assurer de la plus grande accessibilité possible, notamment du point de vue financier pour les patients. Ainsi, afin de lever tout obstacle au recours à la PDSA pour les patients, les MMG doivent généraliser le tiers payant sur la part obligatoire, à la condition de disposer d'une carte vitale et d'une attestation de sécurité sociale à jour. La conclusion d'accords locaux devra être privilégiée pour permettre la mise en place des formes de dispenses d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale.

Afin d'harmoniser le fonctionnement des Maisons Médicales de Garde, un règlement intérieur doit être établi, en collaboration avec l'ensemble des acteurs de la PDSA et validé par le sous-comité médical du CODAMUPS. Ce règlement est remis à chaque médecin effecteur ; la participation à la garde impliquant l'adhésion du médecin à ce règlement.

En cas de non respect du règlement intérieur et de pratiques pouvant altérer le bon fonctionnement des Maisons Médicales de Garde, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pourra être amené à prendre des sanctions à l'encontre des médecins concernés. De plus, le versement du forfait de garde ne sera pas effectué.

1.4 - Consultation mobile : SOS Médecin

La Martinique compte une association de SOS médecins dont l'activité s'effectue, dans le cadre de la PDSA, au domicile du patient après régulation par le centre 15 ou par la plate-forme d'appels de SOS Médecins dès lors que cette plate-forme assure une régulation médicale des appels conformément à l'article 6314-1 du CSP. Aussi, une convention d'interopérabilité téléphonique entre SOS Médecins et le SAMU-Centre 15 doit être établie.

L'évaluation de la régulation des appels par la plate-forme d'appel de SOS Médecins se fait selon les mêmes modalités définies pour l'évaluation de la régulation libérale.

Dans ce cadre, l'association SOS Médecin intervient sur deux secteurs mobiles qui couvrent le centre et le sud.

1.5 - Conditions d'organisation du transport des patients vers les lieux de consultation

Lorsque les patients ne peuvent pas se déplacer par leurs propres moyens, le transport des patients vers le lieu de consultation doit être organisé.

Une réflexion sur l'organisation et le financement des transports des patients vers les lieux de consultation sera initiée entre l'ARS, la CGSS, les collectivités, les mutuelles et les acteurs (TAP). Une solution de prise en charge pourrait s'orienter vers une expérimentation de taxis « sociaux », idéalement cofinancée par les différents partenaires institutionnels.

1.6 - Délivrance de produits pharmaceutiques

L'accès à une pharmacie de garde peut parfois poser problème dans les zones géographiques éloignées des MMG, ce qui est source de mécontentement des usagers. Sans se substituer à une officine, chaque MMG dispose d'une réserve de médicaments pour répondre aux premières urgences ; la liste des médicaments établie par les médecins coordonnateurs, ayant été préalablement transmise à l'ARS pour validation.

Des organisations nouvelles pourront être envisagées de façon à permettre notamment la délivrance de certains médicaments par la structure de garde, avec les implications juridiques que cela recouvre, ou la prise de garde pharmaceutique sur le site même des MMG.

Article 2 - Organisation de la régulation des appels

Les médecins de ville doivent poursuivre leur participation à la régulation préalable des soins non programmés pour un volume horaire hebdomadaire de 93h suivant les plages horaires suivantes :

- Du lundi au vendredi de 17h à minuit (1 plage horaire)
- Les samedis, dimanches et jours fériés de 7h à 15h, de 15h à minuit et de 8h à 20h (3 plages horaires).

Après examen de la situation et analyse de l'état du patient avec les informations dont il dispose par téléphone, le médecin régulateur libéral peut :

- Adresser le patient à son médecin traitant dès la réouverture le lendemain des cabinets médicaux,
- Donner un conseil médical simple ou pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription devra respecter les recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé en février 2009,
- Adresser le patient à la MMG la plus proche,
- Adresser le patient aux urgences hospitalières,
- Déclencher une intervention à domicile via l'effecteur mobile SOS médecins,
- Déclencher le moyen de transport le plus adapté à la situation.

Le coordonnateur médical du centre 15 est élu, par ses pairs dans la liste des médecins régulateurs libéraux participant régulièrement et sur la base du volontariat, au dispositif de permanence des soins ambulatoires. Il est chargé de :

- réaliser le tableau de garde des médecins régulateurs libéraux du Centre 15
- envoyer le tableau de garde au CDOM quarante-cinq jours au plus tard avant sa mise en œuvre
- mettre en ligne le tableau de garde sur le site PDSAL 972
- réaliser les modifications du tableau, et informer le CDOM des changements
- renseigner en ligne les tableaux de garde journaliers avec signature du mois échu avant le 5 du mois en cours
- déposer le cahier de garde mis à la disposition des médecins régulateurs libéraux du Centre 15 au CDOM avant le 05 du mois en cours
- réaliser le bilan d'activité de la régulation libérale du Centre 15.

Cette activité non prévue dans la réglementation, est créée de façon à améliorer les conditions d'organisation de la régulation libérale et sera rémunérée selon les mêmes modalités que celles prévues pour les coordonnateurs médicaux de secteur.

A chaque garde, le médecin régulateur libéral du centre 15 a pour obligations de :

- contacter chaque MMG, avant l'orientation du premier patient, afin de s'assurer de la présence du médecin effecteur afin de répondre au mieux aux demandes de soins,
- faire remonter au coordonnateur médical du centre 15 les difficultés rencontrées au cours de la garde (impossibilité de contacter le médecin effecteur, réorientation des appels pour d'autres prises en charge...) via le cahier de garde mis à disposition.

Article 3 - Dispositions particulières

En cas de crise sanitaire ou d'évènements exceptionnels, l'organisation du dispositif de Permanence des Soins Ambulatoires (régulation et période d'effecton) pourra être adaptée en fonction des besoins de la population.

Article 4 - Financement du dispositif de PDSA

Rémunération des médecins participant à la permanence des soins

La rémunération de la permanence des soins se décompose en deux ensembles : les actes et majorations d'actes qui restent dans le champ de la convention médicale, et les forfaits de garde et de régulation médicale s'inscrivant dans le cadre de l'enveloppe régionale annuelle pour la région Martinique.

L'enveloppe régionale couvrira les rémunérations des médecins participant à la permanence des soins conformément aux modalités suivantes :

- Les forfaits de rémunération de garde du médecin inscrit sur le tableau de garde mentionné à l'article R.6315-2 du code de la santé publique sont les suivants :

| | Période d'effecton | Rémunération forfaitaire |
|---|--|--------------------------|
| Secteur fixe (MMG) et secteur mobile (SOS Médecins) | Nuit de 19h à minuit | 135 EUR |
| | Nuit du samedi de 13h à minuit | 210 EUR |
| | Dimanches et férié 7h à 19h | 210 EUR |
| | Nuit des 24 et 31 Décembre | 270 EUR |
| | 25 Décembre et 1 ^{er} Janvier de 7h à 19h | 270 EUR |

- La rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique mentionnée à l'article R.6315-3 du code de la santé publique est fixée à :
 - o 76 EUR par heure de régulation du lundi au vendredi
 - o 80 EUR par heure de régulation les samedis, dimanches et jours fériés
 - o 100 EUR par heure de régulation les 24, 25, 31 Décembre et 1^{er} Janvier.
- Pour être rémunérées, la régulation médicale libérale et les gardes des médecins généralistes de permanence doivent être réalisées aux heures de permanence des soins, et être effectuées conformément aux modalités prévues dans le présent cahier des charges.

Modalités de financement des Maisons médicales de garde

Conformément à l'annexe I de la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, le financement des MMG est global et affecté à l'association de PDSA délégataire du service public.

➤ Les locaux

Les crédits délégués financent le prix moyen de location intégrant les charges, déterminé sur la base d'une surface de MMG adaptée à l'activité et devant être au maximum de 120m², avec un prix moyen global fixé sur la base du prix moyen observé dans la région ou ville.

Lorsque les locaux sont mis à disposition par un établissement de santé, celui-ci perçoit par l'association de PDSA, selon les règles de droit en vigueur:

- un loyer si la MMG est établi sur le domaine privé ;
- une redevance si elle est établie sur le domaine public (article L. 2125-1 du code général de la propriété des personnes publique).

➤ Les coûts d'investissement

L'enveloppe peut se situer entre 20 000 et 25 000 Euro maximum la première année pour le matériel médical, le matériel informatique et téléphonique et le mobilier. La Maison Médicale de Garde n'a pas à disposer d'un équipement médical lourd.

➤ Les coûts de fonctionnement :

L'enveloppe pour prendre en charge les consommables et petits matériels peut se situer entre 8 000 à 15 000 Euro par an.

➤ Les charges de personnel :

Une personne préposée à l'accueil téléphonique et physique peut être nécessaire, pour des raisons d'activité ou de sécurité. Toutefois, le temps rémunéré de ce professionnel ne peut pas dépasser les horaires de la PDS tels que définis par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) et le préfet dans le cahier des charges départemental.

Par ailleurs, une prestation de ménage peut être envisagée.

➤ La coordination du fonctionnement de la MMG :

En fonction, d'une part, du nombre de médecins participant au fonctionnement de la structure et, d'autre part, des situations locales, une coordination peut être mise en place.

Néanmoins, si cette activité est réalisée par un médecin, elle ne peut être rétribuée à **plus de 25,30 EUR/jour** d'ouverture par an au total pour la structure. La somme peut être attribuée forfaitairement pour le ou les médecins en charge de la MMG.

➤ Autres frais :

Des frais de gestion peuvent éventuellement être intégrés aux crédits délégués avec des honoraires d'expert comptable. Ces frais seront compris dans une fourchette à élaborer sur des bases comparatives entre régions et MMG, ainsi que des prestations de gestion du personnel permettant d'optimiser les coûts et d'assurer une stabilité.

Article 5 - Amélioration de l'information du public

La mise en œuvre de l'organisation du dispositif de permanence de soins décrite ci-dessus devra s'accompagner d'une communication auprès du public par l'ARS de la Martinique, en lien avec l'URPS ML. Deux objectifs majeurs devront être visés :

- Améliorer la compréhension du dispositif ;
- Informer et rassurer sur son efficacité et les évolutions mises en œuvre.

Objectif pédagogique

La réorganisation proposée de la permanence des soins en Martinique doit offrir une forte lisibilité pour faciliter la compréhension et l'orientation du patient. Les évolutions apportées au dispositif doivent être connues du public, notamment avec la mise en place des points fixes de garde qui seront mis en place et qui contribueront à cet objectif de lisibilité.

Cette communication sera également l'occasion de :

- Rappeler le dispositif existant ;
- Préciser le niveau de recours en fonction des motifs (à qui s'adresser et pour quoi), en rappelant les règles de bon recours à la permanence des soins.

Objectif d'information

Le sujet de la qualité de prise en charge dans le cadre de la permanence des soins peut soulever des inquiétudes, en particulier dans le cadre d'une stratégie d'optimisation du dispositif en termes de qualité mais aussi de coûts. Il est donc nécessaire, tout en menant ces réorganisations, de rassurer le public quant à l'efficacité des mesures prises.

Afin d'améliorer l'information du public, un plan de communication sera mis en place par l'ARS Martinique avec l'URPS ML, afin de relayer les bons messages au travers des médias les plus appropriés (institutionnels mais aussi des relais sur le terrain). Il s'agira notamment de définir les indicateurs qui permettront de suivre les impacts du nouveau dispositif de PDSA et de les communiquer auprès du public.

Article 6 - Suivi et évaluation du fonctionnement de la PDSA

Le dispositif décrit ci-dessus a pour objectif de pérenniser une permanence des soins efficace et de qualité, répondant aux besoins de la population dans un contexte d'évolution démographiques défavorable : vieillissement de la population, part importante de médecins généralistes proches de la retraite, pénurie de médecin généralistes sur certains secteurs de la région...

L'organisation de la PDSA arrêtée régionalement nécessite une évaluation constante de son fonctionnement afin de répondre aux obligations imposées par le décret du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et de permettre une amélioration continue du système instauré. Dans ce contexte, le sous-comité médical du CODAMUPS, dont les membres sont désignés par arrêté préfectoral est mise en place et a pour mission:

- d'effectuer un suivi des indicateurs de fonctionnement de la permanence des soins ;
- de recenser les incidents de fonctionnement de la PDSA (défaut de participation volontaire, difficultés d'orientation ...)
- de recueillir et d'analyser les plaintes ou doléances relatives à la permanence des soins afin de proposer à la validation du DGARS des actions en vue d'améliorer le dispositif régional.

Le sous-comité médical adresse au DGARS un rapport d'évaluation annuel permettant de disposer :

- d'une évaluation du fonctionnement du dispositif dans sa globalité ;
- d'une évaluation spécifique du fonctionnement des Maisons Médicales de Garde mises en place ;
- d'une évaluation de la participation des médecins libéraux à la régulation.

Ce rapport annuel sera transmis au CODAMUPS-TS, à la CRSA ainsi qu'à l'URPS-ML.

Evaluation du fonctionnement de la PDSA

Les indicateurs relatifs au fonctionnement de la PDSA qui feront l'objet d'un suivi annuel sont les suivants :

| Indicateur | Source |
|--|------------------|
| Taux d'actes réalisés aux horaires de la PDSA préalablement régulés | CGSS / Centre 15 |
| Taux de participation volontaire des médecins généralistes libéraux à la PDSA par territoire de PDSA | CDOM |
| Nombre de réquisition par territoire de PDSA | ARS |
| Nombre de passages aux urgences aux horaires de la PDSA | Etablissements |

Evaluation spécifique du fonctionnement des Maisons Médicales de Garde

Une évaluation spécifique des Maisons Médicales de Garde est réalisée annuellement par le sous comité médical du CODAMUPS. Cette évaluation régionale s'appuie sur les éléments transmis par les structures financées, conformément aux dispositions de la partie 3 du cahier des charges des MMG. Elle permet le suivi annuel des indicateurs suivants :

| Type d'indicateur | Indicateurs |
|------------------------|--|
| Indicateurs d'activité | Nombre de jours d'ouverture par MMG |
| | Nombre de participation à la garde régionale de médecins au sein de la MMG |
| | Nombre total de personnes vues en consultations à la MMG |

| | |
|--|---|
| Indicateurs de régulation de l'accès à la MMG | Nombre de personnes venues à la MMG via la régulation du Centre 15 |
| | Nombre de personnes venues à la MMG en accès direct (hors régulation préalable) |
| | Nombre de personnes venues à la MMG après réorientation par un service d'urgences |
| Indicateur de réponse aux consultations non programmées | Nombre de patients retournant à leur domicile après consultation |
| | Nombre de patients réorientés vers une structure d'urgence |
| | Nombre d'actes réalisés par le médecin de garde à la MMG |

Indicateurs relatifs à la régulation

L'évaluation de la participation des médecins libéraux à la régulation requiert la mise en place d'un recueil d'information adapté permettant de connaître précisément l'activité de la régulation libérale et l'imputation des charges entre régulation libérale et régulation hospitalière. Un logiciel dédié à la régulation libérale devra être mis en place pour permettre une analyse spécifique.

Au terme de chaque année, le Centre 15 doit faire parvenir au sous-comité médical les indicateurs d'activité suivants :

- Nombre d'appels annuels traités par le Centre 15
- Nombre d'appels traités par les régulateurs libéraux (pendant les heures réglementaires de PDSA)
- Répartition des appels traités par les régulateurs libéraux en fonction :
 - o de l'orientation donnée : conseil médical, information non médicale, orientation vers le médecin de permanence, report sur une consultation en cabinet le lendemain aux heures ouvrables, renvoi vers une structure d'urgence, ...
 - o des jours et des plages horaires (nuit du lundi au vendredi entre 16h et minuit, les samedis, dimanches et jours fériés de 7h à 15h, 15h à 00h et de 8h à 20h).

L'évaluation de la plate-forme d'appel téléphonique de SOS médecin fait l'objet d'une évaluation selon les mêmes modalités précisées ci-dessus pour les appels traités aux horaires de la permanence des soins.

ANNEXES

Annexe 1 – Fiche de suivi de la participation aux gardes



Direction de la Permanence des Soins
et des Professions de Santé (DPSPS)
CS 80636- 97263 Fort de France Cédex
Fax : 0396 39 44 13
@ : ars-martinique-secretariat-direction@ars.sante.fr

PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

Attestation de participation à la permanence des soins - Demande d'indemnisation

Document à transmettre mensuellement à la CGSS Martinique - Pôle Installation conventionnelle
Centre d'affaire Agora 2 - Zac de l'étang z'abricot - 2^e étage 97200 Fort-de-France

PÉRIODE ET LIEU D'EFFECTION

| | | | |
|----------------------|--|------------------------|--|
| Année de référence : | | Nom du Secteur : | |
| Mois de référence : | | Lieu de consultation : | |

MÉDECIN EFFECTEUR

| | | | |
|-------------------------------------|--|----------|--|
| Nom : | | Prénom : | |
| N° Professionnel d'identification : | | Adeli : | |
| Adresse Professionnelle : | | | |
| Téléphone : | | M@il : | |

NB - Pour les médecins exerçant en qualité de remplaçant, préciser les coordonnées du médecin remplacé auquel sera versée l'indemnisation :

| Nom | Prénom | N° professionnel | Adresse |
|-----|--------|------------------|---------|
| | | | |

ASTREINTES RÉALISÉES AU COURS DU MOIS DE

| Date | Période d'effection | | | Période d'effection | | | |
|------------------------|---------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| | Nuit 19h-00h | Samedi 13h-00h | Dimanche/ Fériés 7h-19h | Nuit 24/12 19h-00h | 25/12 Fériés 7h-19h | Nuit 31/12 19h-00h | 01/01 Fériés 7h-19h |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| TOTAL EFFECTION | | | | | | | |
| FORFAIT | x 135 € | x 210 € | x 210 € | x 270 € | x 270 € | x 270 € | x 270 € |
| TOTAL GENERAL | | | - € | | | | |

DEMANDE D'INDEMNISATION

Je soussigné Docteur _____, certifie avoir participé à la permanence des soins aux dates mentionnées ci-dessus, ouvrant droit au versement des forfaits figurant dans le tableau ci-dessus, soit la somme de _____

Fait à : _____
le : _____

Signature et cachet:

Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectue au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de la permanence ou du médecin de permanence intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisés dans l'intervention en dehors des heures ouvrées, sous réserve d'une transmission du tableau au conseil départemental de l'ordre des médecins.
Pour ouvrir droit à indemnisation, l'effecteur devra :
- Ne pas être réquisitionné ;
- Avoir effectivement réalisé l'astreinte.
Les indemnités d'astreinte sont versées en application du cahier des charges de la PDSA arrêté par le Directeur Général de l'ARS de la Martinique, et en fonction du tableau de permanence validé par le Conseil de l'Ordre des Médecins.

Annexe 3 – Circuit des tableaux de garde et de financement des forfaits de garde et régulation

| Etape | Acteurs | Destinataires | Procédure | Support | Périodicité | Echéance |
|----------------------------------|---|---|--|--|--|--|
| 1 | -Coordonnateurs médicaux (MMG et C15) -SOS médecins | CDOM | -Les coordonnateurs médicaux élaborent et transmettent au CDOM les tableaux de garde prévisionnels par secteur de garde -SOS médecin transmet au CDOM la liste nominative des médecins susceptibles de participer à la PDSA. Ces tableaux de garde sont établis pour une durée de <u>3 mois</u> . | Tableaux de garde prévisionnels par secteur de garde mis en ligne via le site PDSAL972, indiquant: -le nom des coordonnateurs médicaux, -le nom et prénom du médecin effecteur et régulateur -le nom de la MMG de garde -le secteur mobile | Trimestrielle | <u>45 jours</u> avant le début de la période de garde |
| 2 | CDOM | ARS | -Vérifie que les médecins sont en situation régulière d'exercice -Constata l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires, sollicite l'avis de l'URPS-ML, les associations de PDSA pour compléter les tableaux prévisionnels de régulation et de garde -Adresse s'il y a lieu un rapport au DGARS sur les difficultés rencontrées pour compléter le tableau -Etablit les listes des médecins exemptés et réquisitionnables et les transmet à l'ARS | -Tableaux de garde prévisionnels par secteur de garde -Liste à jour des médecins exemptés et réquisitionnables | Trimestrielle | |
| 3 | CDOM | ARS, SAMU, Préfet, Médecins, Associations | Le CDOM diffuse <u>10 jours</u> avant la période de garde les tableaux prévisionnels : A l'ARS, au SAMU, au préfet, aux médecins et association de PDSA | Tableaux de garde prévisionnels | Trimestrielle | <u>10 jours</u> avant le début de la garde |
| 4 | -Médecins volontaires -Coordonnateurs médicaux (MMG et C15) | CDOM | Toute modification des tableaux survenue après leur transmission est réalisée par les coordonnateurs qui sont tenus de transmettre l'information au CDOM pour nouvelle diffusion. | | Temps réel | |
| Après la période de garde | | | | | | |
| 5 | -Médecins volontaires -Coordonnateurs médicaux (MMG et C15) -SOS médecins | CDOM | -Après avoir récolté l'ensemble des modifications, les médecins coordonnateurs communiquent au CDOM, les listes nominatives des médecins ayant effectivement assuré la PDSA | Tableaux de garde définitifs | Délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde | Fin de chaque période mensuelle de garde |
| 6 | CDOM | ARS | Le CDOM transmet après vérification les tableaux de garde définitifs nominatifs à l'ARS. | Tableaux de garde définitifs | Mensuelle | Début de chaque période suivant la période de garde réalisée |

| | | | | | | |
|----|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|-----------|--|
| 7 | ARS | | -Valide les tableaux de garde pour l'effectation et la régulation. | Tableaux de garde définitifs | Mensuelle | Début de chaque période suivant la période de garde réalisée |
| 8 | ARS | CGSS | L'ARS transmet les tableaux de garde validés à la CGSS pour ordre de paiement. | Tableaux de garde validés | Mensuelle | Début de chaque période suivant la période de garde réalisée |
| 9 | Médecins volontaires SOS médecin | CGSS | Les médecins régulateurs et effecteurs envoient, individuellement, leur attestation de participation à la PDSA à la CGSS. | Demande individuelle de paiement des forfaits comprenant : -secteur de garde, date et horaire couverts -demande d'indemnisation -attestation signée | Mensuelle | Début de chaque période suivant la période de garde réalisée |
| 10 | CGSS | Médecins volontaires SOS médecin | Procède au contrôle du service fait (croisement entre les tableaux de garde validés transmis par l'ARS et les demandes individuelles de paiement) et au paiement des forfaits une fois les pièces justificatives reçues | -Tableaux de garde définitifs validés par l'ARS -Attestation de participation à la PDSA | Mensuelle | A réception des pièces justificatives |

