

ANNEXES

SOMMAIRE / ANNEXES

- **Annexe 1 : Dispositions réglementaires**
- **Annexe 2 : Procédure de paiement des forfaits de permanence des soins**
- **Annexe 3 : Dispositif de rémunération dégressive pour les gardes postées**
- **Annexe 4 : Règlement intérieur du CRRA-C15 aux horaires de la PDSA**
- **Annexe 5 : Calendrier 2024**

Annexe 1 : Dispositions réglementaires

LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 – portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires art. 49

Code de santé publique

Articles L6314-1 à L6314-3 du code de santé publique

Relatif à la permanence des soins.

Article R4127-47

Relatif à la continuité des soins

Article R6311-8 du code de santé publique

Relatif au centre de réception et de régulation des appels

Articles R6313-1 à R6313-7 du code de santé publique

Relatif au Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

Articles R6315-1 à R6315-7 du code de la santé publique

Relatifs aux modalités d'organisation de la permanence de soins et les conditions de participation des médecins à cette permanence.

Décrets

Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010

Relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

Modifiant les articles R6315-1 à R6315-6 et R6311-8 du code de santé publique.

Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010

Relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

Modifiant les articles R6313-1 à R6315-6 et R6313-9 du code de santé publique.

Décret n°2012-271 du 27 février 2012

Relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé.

Décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016

Relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires

Arrêtés ministériels

Arrêté ministériel du 20 avril 2011

Relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire

Arrêté du 22 septembre 2011

Portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011.

Arrêté du 20 octobre 2011

Fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire, pris en application de l'article R. 6315-3 du code de la santé publique.

Instruction

Instruction DGOS/R2/2011/192 du 20 mai 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Instruction 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.

Convention des médecins libéraux

Le 26 juillet 2011, la nouvelle convention médicale a été signée entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et trois syndicats représentant les médecins libéraux (CSMF, MG France, SML).

Recommandations de la Haute Autorité de Santé

Haute Autorité de Santé – Novembre 2011 :

Synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale

Haute Autorité de Santé - Février 2009 :

Synthèse des recommandations de bonnes pratiques professionnelles : Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale

Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire

Cahier des charges des MMG : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>

Annexe 2 : Procédure de paiement des forfaits de permanence des soins

1. Elaboration et transmission des tableaux de garde à l'ARS

1.1 Elaboration des tableaux de garde

Dans chaque territoire de permanence des soins, défini par le cahier des charges régional PDSA, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 volontaires pour participer à la permanence et les associations de permanence des soins établissent le tableau de garde pour une **durée minimale de trois mois**.

Un tableau de garde est établi pour la régulation médicale et l'effectif.

Les modalités d'élaboration et de mise à jour des tableaux de garde sont définies par l'article R6315-2 du CSP (voir infra).

Un tableau nominatif des médecins de permanence est établi :

- Par territoire de PDSA
- Par période de PDSA :
 - 1^{ère} partie de nuit (20h-24h),
 - 2^{ème} partie de nuit (24h-8h),
 - Samedi après midi (12h-20h)
 - Dimanches, jour férié (8h-20h)
 - Ponts mobiles : lundi précédant un jour férié, vendredi suivant un jour férié de 8h à 20h et samedi suivant un jour férié de 8h à 12h).
- Et par tranche de 4 heures, pour les effecteurs.

Il précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes par chaque médecin. L'inscription au tableau vaut engagement du médecin.

Les tableaux nominatifs sont transmis **45 jours au plus tard** avant leur mise en œuvre au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) pour validation. Le CDOM veille tout au long de l'année à la constitution des tableaux de permanence, en apportant une attention toute particulière aux périodes de congés.

L'actualisation nominative des tableaux de garde devra être effectuée **au plus tard un mois après le jour de prise de garde**.

Sur les tableaux de gardes réalisées des effecteurs postés **doit figurer le nombre d'actes effectués par tranche de 4 heures de garde**.

1.2 Modalités de transmission du tableau de garde

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au Directeur général de l'Agence régionale de santé via les délégations territoriales, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, aux SAMU (services d'aide médicale urgente), aux médecins et associations de permanence des soins concernés.

2. Contrôle des tableaux de gardes des régulateurs et des effecteurs par l'ARS et transmission des ordres de paiement aux organismes locaux d'assurance maladie

A compter de la publication du cahier des charges régional, l'ARS procédera, via les délégations territoriales, à la vérification et à la validation des tableaux des gardes réalisées transmis par le conseil départemental de l'ordre des médecins. Cette validation a pour objet de vérifier la conformité des tableaux de garde au cahier des charges régional de la PDSA. Cette étape est obligatoire pour déclencher le processus de paiement des forfaits de régulation et de garde, aux médecins inscrits au tableau de garde.

La transmission du tableau de garde validé par l'ARS à l'organisme local d'assurance maladie vaudra ordre de paiement. Il est précisé que l'ARS transmettra l'ordre de paiement à l'organisme local de rattachement du médecin inscrit au tableau de l'ordre.

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 procède :

- Au contrôle du « service fait »,
- Puis au paiement des forfaits de régulation et de garde

Pour effectuer le contrôle du service fait, l'organisme local doit disposer des documents suivants :

- Le tableau de garde validé transmis par l'ARS via la délégation territoriale,
- 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 territoire de permanence et des périodes (date et plage horaires) couverts, le nombre d'actes réalisées par tranche de quatre heures,
- 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).

Dans le cas où les organismes locaux rencontreraient une difficulté lors du contrôle du service fait ou du paiement des forfaits, ils en informent l'ARS via la délégation territoriale qui devra alors prendre les mesures adéquates.

Art.R. 6315-2. du code de la santé publique :

I. — Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 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 précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes de chaque médecin. Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins concerné. Le conseil départemental de l'ordre des médecins 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 conseil départemental dans les plus brefs délais.

II. — Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de permanence de soins, celle-ci communique au conseil départemental et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles de participer à cette permanence au titre de l'association. Dans un délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde, **l'association transmet au conseil départemental la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire.**

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le conseil départemental au directeur général de l'agence régionale de santé, au préfet de département ou, à Paris, au préfet de police, 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.

PROCEDURE DE LIQUIDATION ET DE PAIEMENT DES FORAITS DE PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

CIRCUIT DES TABLEAUX DE GARDE

Médecins et associations PS	Tableaux de garde prévisionnels par plage de 4 heures pour une durée minimale de 3 mois
	Nom, modalité et lieu de dispensation des actes ou liste nominative des médecins susceptibles de participer à la permanence des soins au titre d'une association de permanence des soins (PS)
	Transmission 45 j avant sa mise en œuvre au CDOM concerné
CDOM	Vérifie que les médecins volontaires sont en situation régulière d'exercice
	Constata, le cas échéant, l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires
	Enregistre les modifications apportées au tableau de garde
	Transmet, 10 j avant sa mise en œuvre, le tableau au DGARS, au Préfet, au Préfet de police à Paris, au SAMU, aux médecins et associations de permanence des soins concernés
	En cas de modification après transmission, nouvelle communication dans les plus brefs délais
Transmet mensuellement, après la période de garde, les tableaux des gardes réalisées	
ARS	Dispose des tableaux des gardes réalisées (définitifs) transmis par le CDOM
	Procède à la validation des tableaux de garde
	Transmet les tableaux à la CPAM de rattachement du médecin pour ordre de paiement
	Résout les difficultés rencontrées par la CPAM
	Procède au suivi de l'enveloppe régionale
CPAM	Procède au contrôle du « service fait »
	Procède au paiement des médecins concernés (en cas de difficulté, informe l'ARS pour suite à donner)
	Transmission trimestrielle au DCGDR du montant des forfaits de régulation et de garde versés aux médecins pour remonter régionale centralisée à l'ARS

AVANT LA PERIODE DE GARDE

Etape	Acteurs	Destinataire(s)	Procédure	Support	Périodicité	Echéance
1.	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins volontaires • Associations PDS • Associations de régulation 	CDOM	<ul style="list-style-type: none"> • Les médecins volontaires élaborent et transmettent leurs tableaux prévisionnels de garde au CDOM • Les associations de PDS transmettent la liste nominative des médecins susceptibles de participer à la permanence des soins <p>Ces tableaux de garde sont établis pour une durée minimale de trois mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux de garde prévisionnels par territoire de PDS (avec mention des médecins coordonnateurs le cas échéant) indiquant : <ul style="list-style-type: none"> – Nom et prénom du médecin – Modalité => fixes ou mobiles – et lieu de dispensation des actes de chaque médecin => MMG ou point fixe • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Trimestrielle	45 jours avant le début de la période de garde
2.	CDOM	ARS, s'il y a lieu	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifie que les médecins sont en situation régulière d'exercice • Reçoit régulièrement de la part des associations de PDS du département la liste nominative des médecins susceptibles de participer à la PDSA au titre de l'association • En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, sollicite l'avis de l'URPS-médecins, les associations de PDS, les représentants des médecins de centres de santé au niveau départemental pour compléter les tableaux prévisionnels de régulation et de garde • S'il y a lieu, adresse un rapport au DGARS sur les difficultés rencontrées pour la complétude du tableau • Etablit la liste des médecins exemptés 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux de garde prévisionnels par territoire • Liste à jour des médecins exemptés • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Trimestrielle	
3.	CDOM	<ul style="list-style-type: none"> • ARS • SAMU • Préfets • Médecins, associations PDS 	<p>Le CDOM diffuse 10 jours avant la période de garde les tableaux prévisionnels à :</p> <ul style="list-style-type: none"> – L'ARS (Délégation territoriale), – Au SAMU, – Au Préfet de département, et Préfet de police à Paris – Aux médecins ou associations de PDS concernées 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux de garde prévisionnels • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Trimestrielle	10 jours avant le début de la période de garde
4.	CDOM		Toute modification des tableaux survenue après leur transmission doit faire l'objet d'une nouvelle communication à l'ensemble des destinataires concernés	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Temps réel	

APRES LA PERIODE DE GARDE

Etape	Acteurs	Destinataire (s)	Procédure	Support	Périodicité	Echéance
1.	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins volontaires • Associations PDS • Associations de régulation 	CDOM	Communiquent par tranche horaire, les listes nominatives des médecins ayant effectivement assuré la permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Listes nominatives par tranche horaire des médecins ayant effectivement assuré la permanence des soins • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Délai maximal d'un mois suivant la fin de la mise en œuvre du tableau de garde	Fin de chaque période mensuelle de garde
2.	CDOM	ARS (Délégation départementale)	Le CDOM transmet les tableaux de garde nominatifs à l'ARS (Délégation départementale)	<ul style="list-style-type: none"> – Tableaux nominatifs des gardes réalisées • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Mensuelle	Fin de chaque période mensuelle de garde
3.	ARS (DD)		<p>L'ARS (Délégation départementale) :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Valide les tableaux de gardes réalisées pour l'effectif et la régulation <p>La validation consiste à s'assurer de leur conformité au cahier des charges régional et parallèlement à l'enveloppe PDSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pour l'effectif : adéquation du nombre d'effecteurs et de leur répartition par plage horaire et par territoire – Pour la régulation : adéquation du nombre d'heures de régulation et de leur répartition hebdomadaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableaux nominatifs des gardes réalisées • Tableaux électroniques via ORDIGARD 	Mensuelle	Fin de chaque période mensuelle de garde
4.	<ul style="list-style-type: none"> • Médecins volontaires • Associations PDS • Associations de régulation 	CPAM	<p>Les médecins régulateurs ou effecteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Envient leur demande individuelle de paiement des forfaits et attestation signée de participation à la permanence des soins à leur CPAM de rattachement 	<ul style="list-style-type: none"> • Demande individuelle de paiement des forfaits comportant : <ul style="list-style-type: none"> – Récapitulatif du territoire PDSA et des périodes (dates et plages horaires) couverts, – Demande d'indemnisation, – Attestation signée de participation à la PDSA • Demande électronique via ORDIGARD/PGARDE 	Mensuelle	<p>Fin de chaque période mensuelle de garde</p> <p>En l'absence d'accord départemental sur un délai inférieur, envoi dans les trois mois</p>
5.	CPAM	Médecins ayant effectué les gardes	<p>Sur la base de l'ordre de paiement transmis, la CPAM :</p> <ul style="list-style-type: none"> – Procède au contrôle du « service fait » et au paiement des forfaits, une fois les pièces justificatives reçues (croisement entre les tableaux de garde validés transmis par l'ARS et les demandes individuelles de paiement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tableau de gardes nominatif validés par l'ARS • Demande individuelle de paiement des forfaits et attestation - Demande électronique via ORDIGARD/PGARDE 	Mensuelle	A réception des pièces justificatives

Annexe 3 : Dispositif de rémunération dégressive pour les gardes postées

Pour les effecteurs postés, est mis en place un dispositif de rémunération dégressive en fonction du nombre d'actes effectués pendant la garde.

Celui-ci repose sur un forfait maximum de 200€ si, pendant 4 heures de garde, le médecin n'effectue aucune consultation ou une seule. A partir du 2^{ème} acte, le forfait diminue d'un palier de 60€. Pour le 3^{ème} acte, le forfait diminue d'un autre palier de 60€. A compter du 4^{ème} acte, le forfait est fixé à 60€.

Pour être rémunérée, la durée d'une garde ne peut être inférieure à 3 heures. Seuls les actes facturés sont pris en compte pour la dégressivité.

Nb d'actes effectués durant la période de 4h	Montant Forfait ARS
0 et 1	200 €
2	140 €
3	80 €
4 et plus	60 €

Cas particulier des gardes de plus de 4 heures

Pour une garde de plus de 4 heures, le forfait de garde (F) se décompose comme suit :

- Un montant forfaitaire (F1) déterminé en fonction du nombre (N1) d'actes réalisés pour la tranche des 4 premières heures de garde ;
- Un montant forfaitaire (F2) pour les heures suivantes, obtenu en proratisant le montant du forfait qui aurait été dû pour 4 heures de garde, pour les (N2) actes réalisés au-delà des 4 premières heures de garde.

Exemple 1 : garde de 6 heures où le médecin effectue 4 actes pendant les 4 premières heures de sa garde, puis 3 actes pendant les 2 heures suivantes.

Sa rémunération s'élève à :

$$F = F1 + F2$$

$$F = (\text{valeur du forfait F1 pour 4 actes}) + ((\text{valeur du forfait F2 pour 3 actes}) \text{ proratisé sur 2 heures})$$

$$F = 60 \text{ €} + 40 \text{ €} [(80\text{€}/4) \times 2] \text{ soit } 100\text{€}$$

Exemple 2 : garde de 5 heures où le médecin effectue 3 actes pendant les 4 premières heures de sa garde, puis 2 actes pendant l'heure suivante.

Sa rémunération s'élève à

$$F = F1 + F2$$

$$F = (\text{valeur du forfait F1 pour 3 actes}) + ((\text{valeur du forfait F2 pour 2 actes}) \text{ proratisé sur 1 heure})$$

$$F = 80 \text{ €} + 35 \text{ €} [(140\text{€}/4) \times 1] \text{ soit } 115\text{€}$$

Chaque lieu fixe de garde tient un registre chronologique couvrant la période d'ouverture arrêtée dans le présent cahier des charges régional : y seront reportés, le nom du médecin de garde, l'identité des patients accueillis, le jour et l'heure de leur prise en charge. Ce registre est tenu à la disposition de l'ARS.

Annexe 4 : Règlement intérieur du CRRA-C15 pour la permanence des soins ambulatoires

1. GÉNÉRALITÉS

L'Agence régionale de santé (ARS) a élaboré le cahier des charges régional de la PDSA conformément à l'article R 6315-6 du CSP, dont les règles, déclinées au niveau départemental, s'imposent à l'ensemble des acteurs.

Le cahier des charges régional de la PDSA précise :

- Les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département et l'organisation de la régulation médicale des appels ;
- Les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins ;
- Les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins.

Le présent document, en application des lois et règlements en vigueur, et notamment aux dispositions du Code de la Santé Publique, présente les principes d'organisation du CRRA-C15 pour la PDSA.

- La permanence des soins ambulatoires (PDSA)

La permanence des soins est une mission de service public, telle que prévue à l'article L6112-1 du code de la santé publique.

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

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

Elle repose sur l'organisation d'une régulation médicale des appels et la participation des médecins libéraux de permanence, effecteurs fixes et mobiles.

- La régulation médicale

La régulation médicale est définie et organisée conformément aux recommandations sur les « Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale » (HAS, mars 2011). Elle doit être mise en œuvre conformément aux recommandations sur la « Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale » (HAS, Février 2009), ainsi qu'aux recommandations de pratique clinique édictées par les sociétés savantes.

La finalité de la régulation médicale est de qualifier, d'une façon efficace et sûre, l'ensemble des appels reçus au CRRA-C15, en précisant notamment ceux qui relèvent de l'AMU et ceux qui relèvent de la PDSA.

En effet, le public appelle le « 15 » pour des cas relevant aussi bien de la PDSA que de l'AMU.

La réception en un lieu unique des appels d'urgence et des appels pour des demandes de soins non programmés, facilite la qualification (et, le cas échéant, la requalification) des appels dans le cadre d'exercice approprié, AMU ou PDSA.

- Le CRRA-C15

Le centre de réception et de régulation des appels (CRRA-C15) est une structure implantée au sein du SAMU et dont la mission est notamment d'assurer la régulation médicale de l'aide médicale urgente (AMU) et de la PDSA.

Le cas échéant, il peut recevoir les appels des numéros dédiés d'effecteurs libéraux adhérents à l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires.

Pour assurer sa mission, le CRRA-C15 associe des médecins régulateurs libéraux et des médecins régulateurs hospitaliers.

Leur coopération est un enjeu essentiel pour la qualité, la sécurité et l'optimisation de la réponse apportée à chaque appel.

Les objectifs de cette coopération visent à :

- Assurer une rapidité de la réponse téléphonique par une permanence aux heures de la PDSA, durant toute l'année pour les usagers du territoire

- Déterminer la décision et déclencher éventuellement une intervention dans les plus brefs délais après un interrogatoire médical suffisant pour garantir une réponse adaptée.
- S'intégrer aux réseaux des urgences en articulant le rôle des acteurs publics et privés.
- Apporter la réponse d'un médecin régulateur dans les délais les plus brefs pour tout appel ;
- Contrôler systématiquement l'exécution et le suivi de toutes les décisions ;
- Traiter tout appel avant réorientation vers un autre CRRA-C15 ;
- Veiller à l'ouverture d'un dossier de régulation médicale (DRM) pour chaque appel, comprenant le retour d'informations de l'effecteur et une codification.

2. GOUVERNANCE

Le cahier des charges régional de la PDSA met en place dans chaque département, un comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale.

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

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

- L'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, respectant la diversité de tous les acteurs libéraux
- Le SAMU-C15.

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

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

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

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

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

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

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

3. FONCTIONNEMENT GENERAL

Les éléments décrits dans ce chapitre ont pour objectif de définir les modalités collaboration des personnels du CRRA-C15 et de fonctionnement, dans le cadre spécifique de la permanence des soins ambulatoires.

Ces éléments devront être intégrés dans le règlement intérieur du CRRA-C15, soit par révision, soit par le biais d'un avenant. Les modifications du règlement intérieur du CRRA-C15 doivent être réalisées dans le respect des dispositions applicables au règlement intérieur de l'établissement de santé siège du CRRA-C15 à savoir les articles L6143-1 et L6143-7 du CSP.

- Fonctionnement et organisation générale

La participation des médecins libéraux à la régulation médicale au sein du CRRA-C15 s'effectue dans le cadre de la PDSA.

Le CRRA-C15 dispose d'un encadrement administratif, paramédical et médical.

1) Le cadre administratif ou paramédical du CRRA-C15

Il organise et contrôle le fonctionnement des personnels ARM du CRRA-C15, gère le planning et l'organisation du travail dans le respect des procédures et en accord avec le médecin hospitalier responsable de la régulation médicale et le médecin coordonnateur de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires.

2) Les Assistants de Régulation Médicale (ARM)

Au quotidien, les ARM sont placés sous l'autorité du médecin régulateur et assujettis au secret professionnel. Leur formation obligatoire est assurée par le SAMU et en lien avec le médecin coordonnateur de l'association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires.

Le rôle des ARM inclut :

2.1 - La prise d'appel et la transmission au médecin régulateur

Quel que soit le mode d'arrivée, téléphone, interphone, télécopieur, internet ou tout autre support, l'ARM doit :

- Prendre l'appel, recueillir les données, effectuer une première analyse et transmettre cet appel à un médecin régulateur en fonction de la cotation suivante :
 - P0 urgence vitale patente ou latente pouvant entraîner le déclenchement SMUR réflexe et d'un engin du service d'incendie et de secours suivi d'une régulation médicale prioritaire
 - P1 régulation médicale immédiate
 - P2 régulation médicale qui peut être mise en attente, sans risque pour le patient, d'autres régulations étant en cours :

Les appels pour voie publique, lieux publics et institutions sont orientés vers le médecin régulateur hospitalier ainsi que les appels présentant un caractère de complexité particulière.

Les appels provenant d'un domicile et ne présentant pas de caractère de détresse ou de complexité, sont orientés vers le médecin régulateur libéral.

Les distinctions prévues dans la répartition des appels vers les différents médecins régulateurs, ne s'appliquent plus en présence de plusieurs appels à caractère urgent P0/P1 ou en cas d'afflux d'appels, en particulier lors de périodes d'épidémie saisonnière ou en situation d'exception.

- Renseigner le DRM

Le ou les médecins régulateurs hospitaliers et libéraux bénéficient d'une assistance (ARM) pour l'exécution et le suivi du parcours des patients pris en charge.

2.2 Des missions d'exécution qui consistent à :

- Localiser et envoyer des effecteurs selon les consignes du médecin régulateur ;
- Assurer la liaison avec les dispositifs de gardes postées, effecteurs mobiles et cabinets médicaux ouverts ou positionnés en période de congés ;
- Gérer la flotte SMUR, et ambulances privées selon directives des médecins régulateurs ;
- Recenser des places hospitalières disponibles avec les Systèmes d'information disponibles ;
- Rechercher des destinations hospitalières avec interface entre médecin régulateur et interlocuteur recherché ;
- Recensement des ambulances privées disponibles pour l'Aide Médicale Urgente ou dans le cadre de la garde ambulancière.

2.3 Les médecins :

- **Rôle du médecin hospitalier responsable de la régulation médicale**

Désigné par la direction de l'hôpital il veille, dans le cadre de la PDSA, conjointement avec le médecin coordonnateur de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, à l'organisation médicale et au bon fonctionnement du CRRA-C15-centre 15, sous la responsabilité du médecin directeur du SAMU en relation étroite avec le cadre administratif ou paramédical du CRRA-C15, placé sous leur autorité opérationnelle.

- **Rôle du médecin coordonnateur libéral**

Désigné par l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, il contribue en liaison avec le médecin directeur du SAMU à l'organisation et au bon fonctionnement du CRRA-C15-Centre 15 dans le cadre de la PDSA.

Il veille :

- A la complétude de la liste de garde des médecins régulateurs libéraux ;
- A l'organisation et au respect du planning des gardes des médecins libéraux, et les valide à posteriori ;

Il assure le recrutement des médecins régulateurs libéraux qu'il propose à l'agrément du médecin directeur du SAMU. Il contribue au rapport d'activité du CRRA-C15.

- **Rôle des médecins régulateurs**

Ils assurent au quotidien comme en situation d'exception ou de crise, la réponse médicale du CRRA-C15.

Des médecins régulateurs hospitaliers et des médecins régulateurs libéraux assurent la régulation médicale aux horaires de la PDSA.

4) **Éléments de procédure**

4.1. **Gestion des appels, dossier de régulation médicale**

Le médecin régulateur, après s'être présenté, prend en compte, utilise et vérifie les renseignements obtenus par l'ARM, formalisés dans le dossier de régulation médicale. Il conduit une procédure interrogative médicale brève *mais* structurée de l'appelant dans le cadre d'une démarche diagnostique, en vue d'une décision médicale :

- ✓ R1 : urgence vitale patente ou latente *imposant l'envoi d'un SMUR +/- SP* ;
- ✓ R2 : urgence vraie sans détresse vitale : *selon la pathologie SMUR, ou, Ambulance ou VSAV si un transport s'impose dans un délai adapté, contractualisé avec l'appelant et l'effecteur* ;
- ✓ R3 : médecine générale sans que le délai constitue en soi un facteur de risque : *renvoi vers médecin traitant vers un cabinet médical ou une garde postée ou effecteur mobile en fonction de la pathologie et des contraintes sociales et environnementales* ;
- ✓ R4 : conseil médical, téléprescription

4.2. **Décision médicale**

Le médecin régulateur hospitalier traite de préférence les appels présentant un caractère de détresse avérée ou potentielle ou de complexité particulière quel que soit leur lieu de survenue, cotés par l'ARM en P0 ou P1. La régulation médicale des situations d'exception incombe au médecin régulateur hospitalier, conformément aux plans d'urgence en vigueur. En période d'afflux d'appels de PDSA, afin de favoriser la rapidité de régulation médicale, le médecin régulateur hospitalier traite, s'il est disponible, des appels qualifiés P2 par l'ARM.

Le médecin régulateur libéral, traite les appels P2 qui proviennent d'un domicile et qui ne présentent pas de caractère de détresse ou de complexité particulière.

Chaque médecin régulateur assure la responsabilité des appels qu'il prend en charge.

Les médecins régulateurs hospitaliers et les médecins régulateurs libéraux s'entraident, dialoguent et coopèrent pour assurer au mieux la régulation médicale. Le cas échéant, ils échangent entre eux pour discuter de la meilleure conduite à tenir et se retransmettent respectivement les appels chaque fois qu'une telle transmission est susceptible d'offrir au patient une prise en charge plus appropriée. À tout moment, le médecin régulateur libéral peut, en cas de doute sur la gravité, retransmettre un appel au médecin régulateur urgentiste.

En cas de divergence de position entre les médecins régulateurs, la position prônant la prise en charge jugée la plus prudente pour le patient est retenue.

Les décisions prises par les médecins régulateurs peuvent être :

- Un conseil, une téléprescription ;
- Le renvoi vers le médecin traitant ;
- L'adressage à un cabinet médical positionné auprès du Centre 15, à une garde postée ;

- L'envoi d'un effecteur mobile à domicile ;
 - L'adressage à une structure d'urgence, spécialisée ou non, avec envoi éventuel d'un vecteur de transport (l'envoi d'un transport non médicalisé est clairement indiqué) ;
 - L'envoi d'un engin du service d'incendie et de secours dans le cas où des gestes de secourisme sont indiqués en attente de l'équipe du SMUR ;
 - L'envoi des Unités Mobiles Hospitalières des SMUR dont les UMH pédiatriques, quand elles existent.
- La décision est explicitée à l'appelant en précisant le délai d'intervention potentiel.

4.3 Suivi de l'affaire

Les médecins régulateurs suivent et contrôlent l'état d'avancement des missions confiées aux différents effecteurs. Un bilan leur est retourné pour suivi d'informations.

Le bilan est transcrit dans le DRM par les médecins régulateurs, qui en assurent la codification.

Les médecins régulateurs libéraux, en lien avec l'ARM qui en est chargé, assurent le suivi des décisions de renvoi vers les médecins traitants, les cabinets positionnés, les gardes postées et les effecteurs mobiles.

4.4 Les réseaux de l'aide médicale urgente et de la PDSA

Pour la médecine de proximité : les modalités d'adressage des patients vers leur médecin traitant, les cabinets de garde, les cabinets positionnés en période de tension (fêtes, congés), les effecteurs mobiles et les gardes postées, font l'objet de procédures de service qui seront référencées par les partenaires avant publication du cahier des charges.

Les modalités d'engagement ou de sollicitations des :

- SMUR
- Ambulances privées
- Sapeurs-Pompiers
- Associations de secourisme
- Police – Sécurité des interventions
- SAMU Social 115 ou autre organisation sociale

font l'objet de procédures particulières selon le département rédigées par les partenaires avant publication du cahier des charges.

4. SITUATIONS EXCEPTIONNELLES ET DE CRISE SANITAIRE

En situation de tension, l'appui réciproque entre les médecins régulateurs urgentistes et généralistes est immédiat.

Des personnels de renfort, médecins régulateurs et assistants de régulation médicale, volontaires et formés pourront, notamment sous couvert de l'EPRUS être adjoints aux personnels habituels.

5. DISCIPLINE GENERALE

Les dispositions relatives à la gestion des établissements de santé s'appliquent au CRRA-C15 doté du numéro d'appel 15 en tant que partie intégrante de la structure hospitalière d'urgence SAMU.

La discipline et la tenue de la salle de régulation médicale sont sous la responsabilité du directeur médical du SAMU ou son représentant, et du médecin coordonnateur de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, des médecins régulateurs et du cadre du CRRA-C15. L'autorité compétente étant l'administration hospitalière.

La présence physique du médecin régulateur libéral en salle de régulation médicale est effective aux horaires prévus dans le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires.

La transmission aux équipes de relève est inscrite dans les principes de fonctionnement du CRRA-C15.

6. DÉMARCHE QUALITÉ

Les règles de bonnes pratiques s'imposent à tous les médecins régulateurs selon des procédures et/ou des protocoles élaborés en concertation avec l'ensemble des médecins régulateurs sous l'autorité du responsable du SAMU.

Les médecins régulateurs hospitaliers et libéraux suivent obligatoirement une formation initiale et continue à la régulation médicale. Le programme de la formation continue des médecins régulateurs libéraux et des ARM est établi conjointement par le médecin coordonnateur libéral et le médecin responsable du SAMU.

Pour chaque appel donnant lieu à un dossier de régulation médicale, chaque intervenant respecte les exigences de traçabilité précisées dans les textes.

Une évaluation de l'activité et des pratiques de régulation médicale de la PDSA et le recueil des indicateurs définis dans le cahier des charges régional de la PDSA sont réalisés dans une démarche d'amélioration continue de la qualité impliquant l'ensemble des personnels.

Les dysfonctionnements, réclamations et plaintes font l'objet d'un traitement selon les procédures en vigueur au sein de l'établissement de santé siège du CRRA-C15. Les cas relevant de la PDSA sont ensuite analysés par le comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale des appels relevant de la PDSA.

7. MOYENS TECHNIQUES

L'établissement de santé siège du CRRA-C15 met à sa disposition les moyens nécessaires à son fonctionnement. Les choix techniques nécessaires au fonctionnement du CRRA-C15 se font en concertation avec les représentants de l'ensemble des médecins régulateurs.

8. REGLEMENT DES DIFFERENDS

Les différends impliquant les personnels participant à la régulation médicale dans le cadre de la PDSA au sein du CRRA-C15, font l'objet d'un traitement selon les procédures en vigueur au sein de l'établissement de santé siège du CRRA-C15. Les différends qui viendraient à se produire entre les intervenants engagés dans l'exercice de la PDSA sont soumis au bureau exécutif du comité médical territorial.

Annexe 5 : Calendrier 2024

CALENDRIER 2024											
Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
1 L	1 J	1 V	1 L	1 M	1 S	1 L	1 J	1 D	1 M	1 V	1 D
2 M	2 V	2 S	2 M	2 J	2 D	2 M	2 V	2 L	2 M	2 S	2 L
3 M	3 S	3 D	3 M	3 V	3 L	3 M	3 S	3 M	3 J	3 D	3 M
4 J	4 D	4 L	4 J	4 S	4 M	4 J	4 D	4 M	4 V	4 L	4 M
5 V	5 L	5 M	5 V	5 D	5 M	5 V	5 L	5 J	5 S	5 M	5 J
6 S	6 M	6 M	6 S	6 L	6 J	6 S	6 M	6 V	6 D	6 M	6 V
7 D	7 M	7 J	7 D	7 M	7 V	7 D	7 M	7 S	7 L	7 J	7 S
8 L	8 J	8 V	8 L	8 M	8 S	8 L	8 J	8 D	8 M	8 V	8 D
9 M	9 V	9 S	9 M	9 J	9 D	9 M	9 V	9 L	9 M	9 S	9 L
10 M	10 S	10 D	10 M	10 V	10 L	10 M	10 S	10 M	10 J	10 D	10 M
11 J	11 D	11 L	11 J	11 S	11 M	11 J	11 D	11 M	11 V	11 L	11 M
12 V	12 L	12 M	12 V	12 D	12 M	12 V	12 L	12 J	12 S	12 M	12 J
13 S	13 M	13 M	13 S	13 L	13 J	13 S	13 M	13 V	13 D	13 M	13 V
14 D	14 M	14 J	14 D	14 M	14 V	14 D	14 M	14 S	14 L	14 J	14 S
15 L	15 J	15 V	15 L	15 M	15 S	15 L	15 J	15 D	15 M	15 V	15 D
16 M	16 V	16 S	16 M	16 J	16 D	16 M	16 V	16 L	16 M	16 S	16 L
17 M	17 S	17 D	17 M	17 V	17 L	17 M	17 S	17 M	17 J	17 D	17 M
18 J	18 D	18 L	18 J	18 S	18 M	18 J	18 D	18 M	18 V	18 L	18 M
19 V	19 L	19 M	19 V	19 D	19 M	19 V	19 L	19 J	19 S	19 M	19 J
20 S	20 M	20 M	20 S	20 L	20 J	20 S	20 M	20 V	20 D	20 M	20 V
21 D	21 M	21 J	21 D	21 M	21 V	21 D	21 M	21 S	21 L	21 J	21 S
22 L	22 J	22 V	22 L	22 M	22 S	22 L	22 J	22 D	22 M	22 V	22 D
23 M	23 V	23 S	23 M	23 J	23 D	23 M	23 V	23 L	23 M	23 S	23 L
24 M	24 S	24 D	24 M	24 V	24 L	24 M	24 S	24 M	24 J	24 D	24 M
25 J	25 D	25 L	25 J	25 S	25 M	25 J	25 D	25 M	25 V	25 L	25 M
26 V	26 L	26 M	26 V	26 D	26 M	26 V	26 L	26 J	26 S	26 M	26 J
27 S	27 M	27 M	27 S	27 L	27 J	27 S	27 M	27 V	27 D	27 M	27 V
28 D	28 M	28 J	28 D	28 M	28 V	28 D	28 M	28 S	28 L	28 J	28 S
29 L	29 J	29 V	29 L	29 M	29 S	29 L	29 J	29 D	29 M	29 V	29 D
30 M		30 S	30 M	30 J	30 D	30 M	30 V	30 L	30 M	30 S	30 L
31 M		31 D		31 V		31 M	31 S		31 J		31 M

01-janv	Premier de l'An	09-mai	Ascension	15-août	Assomption
01-avr	Lundi de Pâques	20-mai	Lundi de Pentecôte	01-nov	Toussaint
01-mai	Fête du travail	14-juil	Fête Nationale	11-nov	Armistice 18
08-mai	Victoire 1945			25-déc	Noël

49 Samedis hors jours fériés et ponts mobiles Lundi précédant un jour férié : 0

51 Dimanches hors jours fériés Vendredis et samedis suivant un jour férié : 5

5 Ponts mobiles Jours fériés : 11