

# PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

## Dossier Projet de création d'un dispositif de « Régulation médicale » aux horaires de la PDSA

PROMOTEUR : .....

DEPARTEMENT: .....

### CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE INSTRUCTEUR DE L'ARS

Date de réception du dossier : .....

Date de l'accusé de réception : .....

DOSSIER COMPLET

DOSSIER INCOMPLET

Pièces complémentaires demandées le : .....

Pièces demandées :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Pièces retournées le: .....

# Préambule

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une mission de service public assurée par des médecins généralistes volontaires, aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux et des centres de santé, c'est-à-dire:

- les nuits de 20 heures à 8 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- le samedi de 12 heures à 20 heures et en tant que de besoin les ponts mobiles.

Depuis la loi HPST (21 juillet 2009), l'organisation de la PDSA, ainsi qu'une partie de son financement, est confiée à la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé (DGARS).

En concertation avec les acteurs de la permanence des soins, la DGARS élabore un cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires définissant les principes généraux d'organisation et les modalités d'organisation territoriales, y compris les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence.

En cohérence avec le Plan Régional de santé (PRS), ce cahier des charges a pour objectif d'accroître l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la PDSA.

L'actuel cahier des charges régional de la PDSA pour l'Île-de-France est entré en vigueur au 14 janvier 2022. **Ce document est opposable aux acteurs de la PDSA.**

Il est consultable à l'adresse suivante : <https://www.iledefrance.paps.sante.fr/participer-la-permanence-des-soins-ambulatoires-9>

**Tout nouveau participant au dispositif PDSA** doit être intégré dans le cahier des charges régional de la PDSA. Un **nouveau projet** s'entend comme un projet non encore inscrit comme tel dans le cahier des charges régional de la PDSA.

**Tout projet** doit respecter les principes généraux du cahier des charges régional de la PDSA et répondre à des besoins définis sur le département concerné et/ou des besoins identifiés par les instances (Comité Médical Territorial de Gouvernance, Sous-Comité Médical, Comité de Pilotage Régional PDSA...).

La première étape consiste, pour le promoteur, à déposer un dossier de demande auprès de l'ARS. Toute demande se matérialise par la constitution d'un dossier qui sera instruit par les services de l'Agence. Pour tout nouveau projet ou évolution, le dossier doit être déposé **avant toute mise en œuvre du projet.**

Le projet fait ensuite l'objet d'une instruction :

- **dans un premier temps, il doit être discuté en Comité Médical Territorial de Gouvernance et recueillir l'avis du sous-comité médical du département d'implantation,**
- **dans un deuxième temps, le projet sera soumis aux avis du Comité de pilotage régional de la permanence des soins ambulatoires et du CODAMUPS-TS.**

Une fois la demande soumise aux instances, la DGARS prend la décision finale d'intégrer le nouveau projet dans la prochaine version du cahier des charges régional de la PDSA.

**La décision favorable de la DGARS** pour le projet conditionne le versement des forfaits de garde aux médecins participant à ce projet, ainsi que **la prise en charge éventuelle sur le FIR** (fond d'intervention régional) d'une partie des frais de fonctionnement. La prise en charge financière n'est pas systématique

**Les décisions font l'objet d'une communication au bénéficiaire.**

Le promoteur est invité à renseigner, de façon complète, chacune des rubriques de ce dossier de demande en portant une attention toute particulière à l'égard des recommandations et préconisations formulées dans le cahier des charges.

**Contenu du dossier :**

- 1 : Fiche d'identité du projet et de la structure
- 2 : Description du projet
- 3 : Locaux et équipement
- 4 : Fonctionnement
- 5 : Suivi et évaluation
- 6 : Liste des pièces à joindre au dossier

**TEXTES DE REFERENCE**

A consulter sur le site :

<https://www.iledefrance.paps.sante.fr/participer-la-permanence-des-soins-ambulatoires-9>

**Cahier des charges régional de la PDSA :**

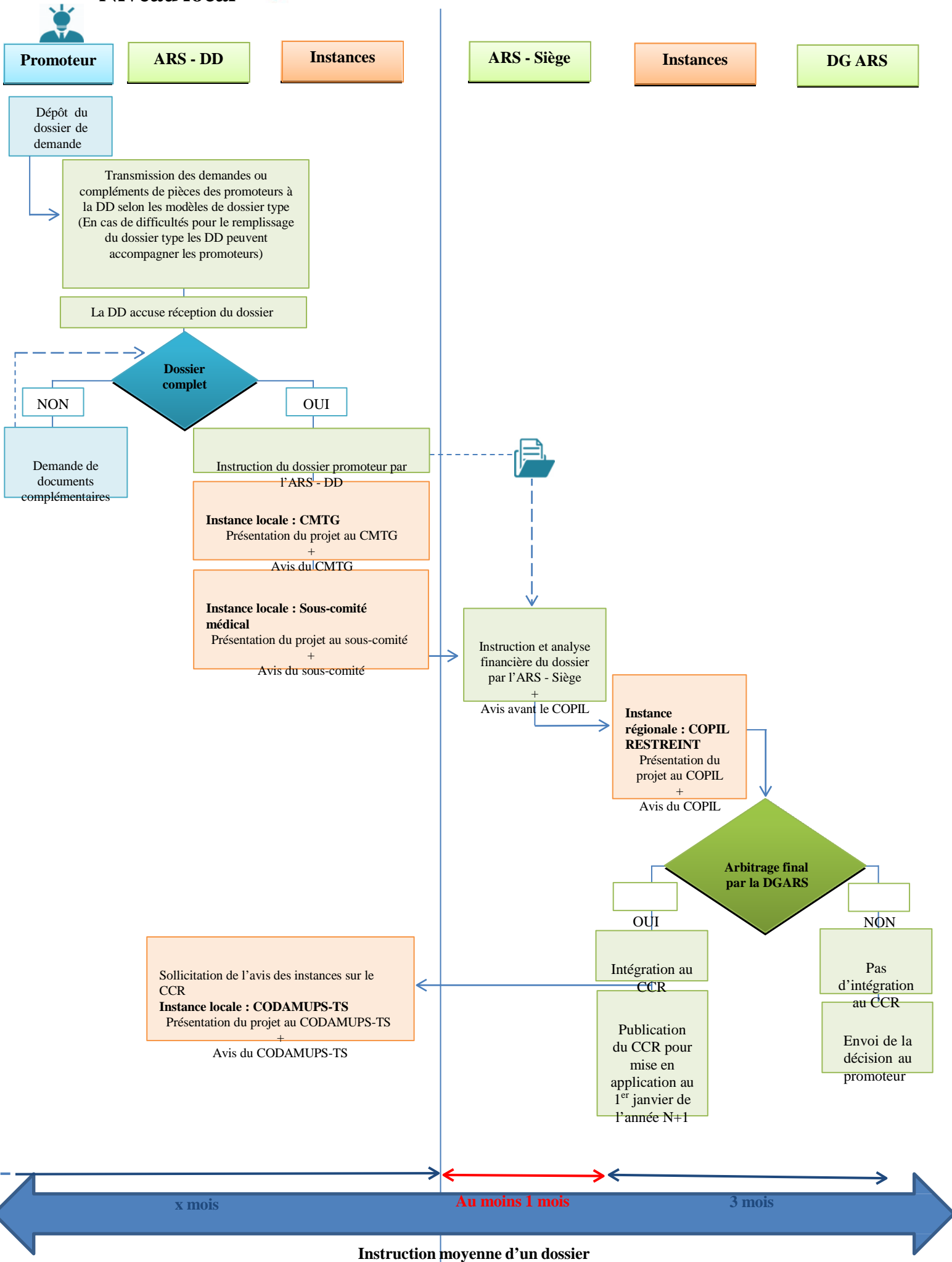
- Principes généraux
- Déclinaisons territoriales
- Annexes

**Principaux textes réglementaires relatifs à la PDSA (cf cahier des charges)**

# Intégration des nouveaux projets PDSA ou évolution des projets existants

## Niveau local

## Niveau régional



# 1. FICHE D'IDENTITE DU PROJET

<b>DEPARTEMENT :</b>	.....
<b>PROMOTEUR</b>	<b>NOM DE LA STRUCTURE :</b> ..... ..... .....
	<b>RAISON SOCIALE :</b> <input type="checkbox"/> Association loi 1901 <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> SCM</span>
	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : ..... ..... .....
	<b>Objet de la structure :</b> ..... ..... ..... ..... .....
	<b>Coordonnées administratives du siège social :</b> ..... ..... ..... ..... .....
	<b>RESPONSABLE JURIDIQUE :</b>  NOM: ..... Prénom: ..... Courriel: ..... Téléphone: .....
	<b>Profession et lieu d'exercice :</b> ..... ..... .....

	<p>..... .....</p> <p><b>Correspondant administratif (le cas échant) :</b></p> <p>NOM: .....</p> <p>Prénom: .....</p> <p>Courriel: .....</p> <p>Téléphone: .....</p> <p><b>Profession et lieu d'exercice :</b></p> <p>..... ..... ..... ..... .....</p>
--	---

## 2. DESCRIPTION DU PROJET

**Développer les objectifs du projet :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Identification des besoins** (cahier des charges régional, par les instances de gouvernance PDSA...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Le projet entend répondre aux caractéristiques suivantes :**

- plages horaires:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- toute l'année (préciser le cas échéant, les périodes de fermeture) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Schéma de régulation médicale proposé dans le cadre du projet** (préciser le nombre de médecins régulateurs par jour et tranche horaire ainsi que les éventuelles variations saisonnières) :

.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Préciser le numéro d'appel et s'il s'agit d'un numéro surtaxé :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Préciser si le projet fonctionne en lien avec :**

- un ou plusieurs dispositif(s) de garde postée (préciser le nom et le lieu de chacun de ces dispositifs) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- un ou plusieurs dispositif(s) d'effectation mobile (préciser le nombre moyen d'effecteurs mobiles disponibles par plages horaires de PDSA) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Articulation avec les autres acteurs présents aux horaires de la PDSA :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Activité prévisionnelle :** (joindre le nombre d'appels, de décrochés et de DRM/heure sur la tranche horaire prévue)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Date prévisible de mise en œuvre du projet :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **3. LOCAUX ET EQUIPEMENT**

**Lieu d'implantation du centre de régulation médicale (préciser l'adresse complète)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Description de la salle de régulation médicale**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Description de l'équipement technologique (téléphonique, radiophonique, informatique) et d'information (logiciel, bases de données, documentation médicale, informations logistiques ...)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Cet équipement permet-il un traitement automatisé des appels (pré-qualification...) ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Cet équipement permet-il la gestion en temps réel des moyens, leur déclenchement, le suivi des actions ?

- Le centre de régulation médicale est-il équipé d'un disque d'attente ? Le cas échéant, préciser le message d'attente :

**Interconnexion avec le CRRA-C15** modalités fonctionnelles, s'il s'agit d'une plateforme hors SAMU-C15

**Liens avec les effecteurs mobiles** (géolocalisation, téléphonie..) ; l'interconnexion est-elle : téléphone/ informatique/ les 2 / aucune interconnexion. Préciser les modalités fonctionnelles

- Informations disponibles au centre de régulation relatives aux effecteurs postés du département (sources) :

**Liens avec les effecteurs postés** (géolocalisation, téléphonie..) ; l'interconnexion est-elle : téléphone/ informatique/ les 2 / aucune interconnexion. Préciser les modalités fonctionnelles :

- Informations disponibles au centre de régulation relatives aux effecteurs postés du département (sources) :

**Outils à disposition des médecins régulateurs PDSA (exemple : répertoire, géolocalisation des effecteurs...) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Autre(s) numéro(s) d'appel arrivant sur une ligne spécifique :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Modalités d'enregistrement des appels et des réponses données, modalités d'archivage, de traçabilité et de conservation des DRM :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Contenu du dossier de régulation médicale (DRM): préciser les items enregistrés dans le système d'information :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Mesures en vigueur pour respecter le secret médical :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 4. FONCTIONNEMENT

### Intervenants médicaux

- Nombre de médecins généralistes prévus pour participer au dispositif, part des remplaçants :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Activité de régulation médicale exclusive ou activité mixte :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Nombre maximum de médecins pouvant être mobilisés ponctuellement en renfort (notamment période hivernale) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Formation(s) requise(s), modalités d'entrée et de participation au tour de garde :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Modalités d'organisation et d'élaboration des tableaux de garde (préciser la durée des gardes par tranche de 4 heures, 6 heures...) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Procédure en cas d'indisponibilité du médecin de garde prévu :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Existence de revues de dossiers ? :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Existence de formations médicales organisées par la structure :**

.....



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Intervenants non médicaux (assistants de régulation médicale) :**

- Nombre total d'intervenants non médicaux, avec répartition en nombre, par jour et tranche horaire, présents en salle de régulation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Formation requise :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Informations systématiquement recueillies auprès de l'appelant par l'intervenant non médical :**

- pour chaque appel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- pour chaque envoi d'effecteur mobile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Fonctionnement de la salle de la régulation**  
(Joindre règlement intérieur de la salle de régulation)

- Préciser les différentes étapes de la prise en charge d'un appel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Critères de transmission de l'appel au médecin régulateur **(joindre protocole)** :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Modalités et critères de transmission de l'appel au CRRA-C15 **(joindre protocole)** :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Part des appels transmis au CRRA-C15 au cours des 2 années écoulées *si le centre de régulation médicale n'est pas implanté au CRRA-C15* :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Présence d'un superviseur (préciser les fonctions exercées) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Gestion des flux des appels PDSA (modalités de mise en attente...) :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Gestion des appels en cas de pics d'activité :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Gestion des appels PDSA venant d'un autre département :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

**Gestion d'un appel en langue étrangère :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Modalités d'échange et de transfert d'informations entre le centre de régulation médicale et les effecteurs pour les appels PDSA :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Modalités d'adressage :**

- à un effecteur posté :
- .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- à un effecteur mobile :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- à un service d'urgence :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Informations recueillies de façon systématique après engagement d'effecteur :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- suivi des patients pour lesquels seul un conseil médical a été donné :





# 5. SUIVI ET EVALUATION

**Les modalités de suivi et d'évaluation** décrites dans le cahier des charges régional s'imposent à tout acteur de la PDSA participant au dispositif.

**Le promoteur s'engage à mettre en place / à adapter les moyens nécessaires pour recueillir ces indicateurs. Quels sont les moyens mis en œuvre ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Indicateurs de qualité et de performance utilisés actuellement pour l'amélioration du dispositif :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Relations avec l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires :**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 6. LISTE DES PIÈCES À JOINDRE

<input type="checkbox"/> Copie des statuts en vigueur datés et signés
<input type="checkbox"/> Copie des documents justifiant de l'existence juridique : Liste des insertions au Journal Officiel (ou récépissé de la préfecture) ou au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers relatives à la création de l'association ou de la société intervenues concernant la raison sociale, l'objet ou l'adresse
<input type="checkbox"/> Règlement intérieur de la salle de régulation
<input type="checkbox"/> Liste nominative des médecins régulateurs PDSA
<input type="checkbox"/> Le cas échéant, convention d'interconnexion avec l'établissement siège du SAMU-Centre 15, avec les associations effecton mobile, autres...
<input type="checkbox"/> Tout autre document jugé utile pour présenter le projet, juger de son intérêt et de ses impacts
<input type="checkbox"/> Données d'activité sauf si renseignées dans le SI PDSA (DR, DRM, appels décrochés par heure sur la tranche horaire prévue)