



PREFECTURE REGION LANGUEDOC- ROUSSILLON

# **RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS**

**N ° 123 - OCTOBRE 2012**

# SOMMAIRE

## **SGAR**

Arrêté N °2012273-0001 - Arrêté du 29 septembre 2012 fixant le Cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine ambulatoire

.....

1





PREFECTURE REGION LANGUEDOC- ROUSSILLON

## **Arrêté n °2012273-0001**

**signé par Mme le Directeur Général de l'ARS  
le 29 Septembre 2012**

**SGAR**

Arrêté du 29 septembre 2012 fixant le Cahier  
des charges régional de la permanence des  
soins en médecine ambulatoire

ARRETE

Fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins  
en médecine ambulatoire

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon

- Vu** Le code de la santé publique, et notamment les articles L.1435-5, L.6311-2, L.6314-1 et suivants, R.6315-1 et suivants ;
- Vu** La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Vu** Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- Vu** Le décret du 1er avril 2010 portant nomination de Madame Martine AOUSTIN en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé de Languedoc-Roussillon ;
- Vu** Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins ;
- Vu** Le 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 ;
- Vu** Le décret n°2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé ;
- Vu** L'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;
- Vu** L'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011 ;
- Vu** L'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 ;

**Vu** L'arrêté du 27 février 2012 fixant la nature des charges relatives à la permanence des soins en établissement de santé financées par le fonds d'intervention régional en application de l'article R.6112-28 du code de la santé publique ;

**Vu** L'instruction DGOS/R2/2011/192 du 20 mai 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire ;

**Vu** Les avis émis pris en application des dispositions de l'article R.6315-6 du code de la santé publique ;

**CONSIDERANT** que le cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine ambulatoire répond aux besoins de la population du Languedoc-Roussillon.

## ARRETE

**Article 1 :** Le cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine ambulatoire et son annexe, joint au présent arrêté, fixe les principes d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire pour la région Languedoc-Roussillon.

**Article 2 :** Toutes les dispositions prises antérieurement relatives à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans la région du Languedoc-Roussillon sont abrogées.

**Article 3 :** Le cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine ambulatoire du Languedoc-Roussillon est applicable à compter du 1er octobre 2012 à l'exception du territoire de santé des Pyrénées-Orientales où il prendra effet au 1er décembre 2012.

Pour cette exception, jusqu'à la date du 1er décembre 2012, les dispositions jusqu'alors en vigueur continuent de s'appliquer.

**Article 4 :** Dans les deux mois de sa publication, le présent arrêté peut faire l'objet, d'un recours gracieux auprès du directeur général de l'agence régionale de santé du Languedoc-Roussillon ou d'un recours hiérarchique auprès du ministre en charge de la santé. Il peut également faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent.

**Article 5 :** Le directeur de l'offre de soins et de l'autonomie, les délégués territoriaux de l'Agence régionale de santé sont chargés de l'exécution, chacun en ce qui le concerne, du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Région Languedoc-Roussillon , ainsi qu'à ceux des départements de l'Aude, du Gard, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées-Orientales.

Fait à Montpellier, le 29 Septembre 2012

Docteur Martine Aoustin

SIGNE

Directeur Général

# LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE

## Cahier des Charges Régional

*« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »*

**Article 77 du Code de Déontologie Médicale  
Article R 4127-7 du Code de la Santé Publique (CSP)**







# SOMMAIRE :

<b>I – Principes généraux de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire (PDSa)</b> .....	<b>5</b>
- DEFINITION.....	7
- LE TERRITOIRE DE PDSa .....	7
- LE CAHIER DES CHARGES REGIONAL .....	8
- L'ORGANISATION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS EN PDSa.....	9
- LA REGULATION .....	11
- LE TABLEAU DE GARDE .....	13
- LA REMUNERATION DES PERSONNES PARTICIPANT A LA PDSa.....	14
<b>II – Principes régionaux de la mise en œuvre de la PDSa en Languedoc-Roussillon</b> .....	<b>15</b>
A – LES PLAGES HORAIRES .....	17
B – LA REGULATION .....	17
C – L'EFFECTION.....	19
D – LES TRANSPORTS.....	21
E – LA REMUNERATION DE LA PDSa.....	21
F – LE SUIVI ET L'EVALUATION .....	22
G – LES MODALITES DE RECUEIL ET DE SUIVI DES INCIDENTS .....	23
H – L'INFORMATION DES USAGERS .....	23
I – LES EXPERIMENTATIONS POSSIBLES EN MATIERE DE PDSa.....	23
J – CAS PARTICULIER : LA PDS DENTAIRE .....	24
<b>III – Déclinaisons départementales opérationnelles du Cahier des Charges Régional</b> .....	<b>25</b>
- Territoire de santé de l'Aude.....	29
- Territoire de santé du Gard.....	57
- Territoire de santé de l'Hérault.....	79
- Territoire de santé de la Lozère.....	105
- Territoire de santé des Pyrénées-Orientales .....	125
<b>IV – Glossaire</b> .....	<b>145</b>
<b>V – Annexe</b> .....	<b>149</b>
Le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de PDSa (Instruction ministérielle n° DSS/1B/2012 du 27 janvier 2012). .....	151





# I – Principes généraux de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire (PDSa)



## DEFINITION (ART. R. 6315-1 DU CSP)

Conformément au décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010, la Permanence des Soins (PDS) est une **mission de service public** qui a pour objet de répondre **aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et des centres de santé**. Elle doit garantir l'accès de la population à un médecin sur **l'intégralité des plages horaires de la permanence des soins**.

Cette mission est assurée aux horaires suivants :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures du matin,
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- Lorsque le besoin de la population le justifie (au regard de l'activité constatée et de l'offre médicale existante) : le samedi à partir de midi, le lundi précédent un jour férié, le vendredi et le samedi suivant un jour férié.

La Permanence des Soins (PDS) peut, désormais, être également assurée par les établissements de santé, lorsque l'offre médicale et la demande de soins le justifient, notamment en nuit profonde.

Ce report sur un établissement de santé doit être **motivé dans le Cahier des Charges Régional (CCR)**. La réponse au transport et aux visites à domicile doit être, alors, anticipée.

La Permanence de Soins (PDS) dite en médecine ambulatoire (PDSa) s'organise sur le territoire régional divisé en territoires de permanence arrêtés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

## LE TERRITOIRE DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE (PDSa) (art. R. 6315-1 du CSP)

C'est le niveau opérationnel de la PDSa, cadre de l'effectif correspondant à un espace géographique, spécifique, formalisé par des limites qui circonscrivent l'aire d'intervention des professionnels.

Ce découpage territorial arrêté par le Directeur Général de l'ARS au sein du CCR de la PDSa doit être en cohérence avec les principes du volet ambulatoire du Schéma Régional de l'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé (SROS-PRS) notamment :

- sur l'articulation avec le secteur hospitalier en maillant le territoire par des points fixes d'astreintes type Maison Médicale de Garde (MMG), dont certaines plus à vocation universitaire, auraient une mission complémentaire de formation des jeunes médecins en fin d'étude ou débutants.  
Les MMG ont vocation à être installées plutôt en milieu urbain ou péri-urbain.
- sur l'adossement des points fixes d'astreinte à des structures de soins d'exercice coordonné du type Maison de Santé Pluri Professionnelle (MSP), Centre de santé ou centres hospitaliers plutôt en milieu rural.
- en s'articulant avec la garde pharmaceutique et la garde ambulancière.

Ce découpage doit être simple et lisible pour l'ensemble des acteurs. Il doit respecter des règles de sécurité tant pour les patients que pour les médecins en terme d'accès et de délai de réponse, y compris le temps de déplacement entre le médecin et le patient, notamment dans le cadre des visites dites « incompressibles » auprès des personnes qui ne peuvent se déplacer.

La dimension « espace – temps » prend son sens dans les modalités de réponse (visites, consultations au cabinet du médecin, à la Maison Médicale de Garde (MMG), ou autre lieu identifié) qui peuvent varier ou co-exister selon les territoires et les plages horaires de Permanence de Soins (PDS).

Dans le cadre du décret du 13 juillet 2010, le CCR s'attachera à :

- renforcer la **régulation médicale**, pivot de l'organisation du système pour orienter le patient vers le médecin, la structure et la prise en charge adaptés à son état par la mise en œuvre d'une régulation médicale libérale au sein du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU).
- adopter les modalités d'effectation en coordination avec les établissements de santé, notamment en nuit profonde (conformément aux préconisations du volet ambulatoire du SROS-PRS).
- moduler les règles de rémunérations des astreintes de PDSa en fonction de sujétions temporo-spatiales éventuelles.

## LE CAHIER DES CHARGES REGIONAL (art. R 6315-6 du CSP)

Le cahier des charges est régional avec une **déclinaison opérationnelle territoriale départementale** dans la mesure où :

- le territoire de santé ARS est le département,
- l'échelon de concertation est le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS),
- le garant de la complétude du tableau d'astreinte est le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM),
- le cadre de la régulation est le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) départemental et le centre 15 CRRA,
- l'échelon fonctionnel du secours à la personne qui porte le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) est départemental.

Les nouvelles dispositions réglementaires relatives à la PDSa s'appliquent à la date d'entrée en vigueur du CCR fixé par arrêté du Directeur Général de l'ARS, après avis :

- des 5 CODAMUPS-TS de la région
- de la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (COSOS) de la Conférence Régionale de la Santé de l'Autonomie (CRSA)
- de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) médecins libéraux

et pour ce qui concerne les spécificités de chaque département :

- du CDOM
- du Préfet de département.

## ORGANISATION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS EN PDSa :

### Le schéma cible régional

L'objectif est de consolider en termes d'accessibilité l'organisation de la PDS en médecine ambulatoire à partir des 10 principes généraux inscrits dans le cadre du CCR (art. R 6315-6 du CSP)

1) **La PDSa est une mission de service public assurée par des médecins volontaires (art. R 6315-4 du CSP)**

La participation du médecin à la permanence des soins reste cependant un **devoir au plan déontologique** (art. 77 du code de déontologie, art. R 4127-7 du code de la santé publique).

Le principe du volontariat a transféré la responsabilité individuelle du médecin à une responsabilité collective de la Profession dont l'Ordre des médecins est le garant.

2) **Les horaires de PDS sont exclusivement ceux définis dans le décret du 13 juillet 2010**

(art. R 6315-1 du CSP), à savoir :

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

3) **Le dispositif repose sur une régulation médicale téléphonique préalable** (art. R 6315-3 du CSP) accessible sur l'ensemble du territoire par le numéro d'appel 15 et organisée par le SAMU au sein du CRRA.

L'accès au médecin de permanence peut être assuré par les numéros des centres d'appel des associations de Permanence des Soins à condition que ceux-ci soient interconnectés avec le CRRA et aient signé une convention avec l'établissement de santé siège du SAMU approuvée par le Directeur Général de l'ARS.

Les médecins libéraux participent à la régulation médicale sur la base du volontariat (art. R 6315-4 du CSP).

Les appels traités, les réponses apportées par le médecin régulateur sont soumis à une exigence de traçabilité absolue.

4) **Le dispositif est fondé sur la base des nouveaux territoires de PDSa arrêtés par le Directeur Général de l'ARS** (art. R 6315-1 du CSP)

Ces territoires peuvent varier en fonction de tranches horaires de PDSa et des jours.

Ils peuvent varier aussi en fonction du type de l'effectif : consultations sur un point fixe ou visite auprès du patient.

Par ailleurs, dans certains cas des territoires de PDSa d'un département limitrophe d'autres départements intra-régionaux devront être mutualisés avec les territoires de PDSa des départements voisins concernés.

De même dans d'autres cas des territoires de PDSa d'un département limitrophe de départements extra régionaux dépendront d'un CCR élaboré par d'autres ARS concernées.

5) **Les consultations sont assurées par le médecin d'astreinte sur des points fixes identifiés :**

Ces points fixes peuvent être :

- le cabinet médical du praticien,
- une Maison Médicale de Garde (MMG),
- un centre de consultations de SOS médecins,
- un service de médecine d'urgence d'un établissement de santé public ou privé,
- un local dédié et identifié ou tout autre dispositif.

Ces dispositifs doivent être prioritairement, notamment en milieu rural, adossés à des structures de soins (centre hospitalier, Etablissement Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), ...).

Un transport éventuel du patient par un véhicule tiers vers le lieu de consultation doit être organisé et déclenché par la régulation médicale.

Les conditions de l'organisation sont déterminées par l'ARS (art. R 6315-5 du CSP).

6) **Les visites dites « incompressibles » seront assurées par un effecteur mobile, y compris en nuit profonde après une régulation médicale obligatoire.**

Ces effecteurs mobiles pourront être des médecins volontaires, des médecins de SOS médecins, des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) en zone rurale ou montagneuse.

Des astreintes de visites expérimentales pourront être explorées au sein d'un réseau des EHPAD volontaires sur un territoire ou au sein des places d'Hospitalisation A Domicile (HAD).

7) **Le financement de la Permanence des Soins (PDSa) relatif à la régulation et à l'effection prévu dans le CCR** devra s'inscrire dans le montant de l'enveloppe financière spécifique régionale déléguée par le niveau national à la région au sein du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

8) **Dans son territoire de juridiction, le CDOM au travers du tableau de garde (art. R 6315-2 du CSP)** est le garant de la responsabilité collective des médecins en matière de PDSa, en lien avec la Délégation Territoriale (DT) correspondante de ARS.

En cas de difficulté, il appartient au CDOM de mettre en application les dispositions prévues à l'article R. 6315-4 du CSP.

9) **Le cadre opérationnel de la PDSa est le niveau départemental.**

La déclinaison départementale du CCR reprenant les 10 principes généraux, devra décrire pour chaque département :

- les territoires de PDSa en fonction des plages horaires de PDSa,
- les modalités précises d'interventions des effecteurs mobiles,
- les lieux précis de consultations,
- les modalités précises du transport du patient lorsque nécessaire.

10) **La déclinaison départementale du CCR de la PDSa devra faire le lien avec la garde pharmaceutique et la garde ambulancière.**



## LA REGULATION (art. L 6311-2 et art. L 6314-1 du CSP)

La régulation des appels est la clef de voute du système. Elle est organisée au niveau départemental. L'accès au médecin de permanence se fait après une régulation médicale téléphonique préalable (art. L 6315-3 du CSP), organisée par le SAMU et accessible par le 15 sur tout le territoire, avec la participation des médecins libéraux. Elle peut être aussi assurée par les numéros des centres d'appels des associations de PDSa type SOS médecins, à condition qu'ils soient interconnectés et sous convention avec l'établissement siège du SAMU.

Sous réserve d'une convention signée avec l'établissement siège du SAMU, la régulation libérale peut être délocalisée au cabinet ou au domicile du médecin, pour répondre à une période de crise ou à des variations de flux d'appels ou pour garantir l'égalité d'accès à la fonction de régulateur libéral à tous les médecins quelque soit leur lieu d'exercice.

Dans le cadre de la PDSa, les appels traités et les réponses apportées par le médecin régulateur nécessitent une obligation de traçabilité, y compris pour les prescriptions médicamenteuses par téléphone.

Ceci impose, en cas de régulation libérale délocalisée, une interconnexion avec le Centre 15. Les règles de cette traçabilité sont précisées dans l'arrêté du 20 octobre 2011.

La régulation libérale intervient aux horaires de PDSa, mais peut ne pas être opérationnelle à certains horaires en fonction du volume de l'activité. Elle est alors assurée par la régulation du Centre 15. Cette dérogation doit être motivée et prévue dans le CCR.

Une régulation médicale libérale au sein du SAMU peut être organisée par le Directeur général de l'ARS en dehors des périodes de PDSa définies à l'article R 6315-1 du CSP si les besoins de la population l'exigent (art. R 6311-8 du CSP).


Une évaluation des pratiques de régulation doit être mise en place conformément aux recommandations de l'HAS notamment suivant le principe de l'échantillonnage et obligatoirement pour tous les dossiers avec fiches d'incidents ou signalés par un régulateur. Cette analyse commune doit être faite par le responsable du CRRA et le coordonnateur de la régulation libérale.

### Le médecin régulateur libéral

- La fonction de médecin régulateur libéral est exclusive de toute autre fonction pendant la période où elle est assurée.
- Le médecin régulateur libéral décide de la réponse adaptée à la demande de soins (art. R 6315-5 du CSP).

Cette réponse peut être :

- le conseil médical téléphonique, y compris thérapeutique
- le renvoi de l'appel vers le régulateur de l'Aide Médicale Urgente (AMU)
- l'orientation du patient vers une structure ou un dispositif dispensant des soins non programmés (Maison Médicale de Garde (MMG), cabinet médical, services de médecine d'urgence, ...), y compris en déclenchant le transport éventuellement nécessaire au déplacement de la personne

- 
- Le déclenchement de l'intervention du médecin « effecteur » de permanence pour une visite
  - Une prescription téléphonique de durée limitée et non renouvelable, conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par la Haute Autorité de Santé (HAS) en Février 2009, à l'exception de la téléprescription des médicaments stupéfiants ou assimilés.

Trois modalités de prescription sont possibles :

- La rédaction et la transmission à distance d'une ordonnance écrite à la pharmacie d'officine, notamment de garde.
- La prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale.
- L'adaptation d'un traitement prescrit lorsque le médecin traitant n'est pas joignable.

Le conseil médical et la prescription téléphonique sont aujourd'hui reconnus réglementairement par le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 (art. R 6316-1 du CSP) relatif à la télémédecine.

## LE TABLEAU DE GARDE (art. R 6315-2 du CSP)

Un tableau de garde nominatif et départemental, par territoire de PDSa arrêté par le Directeur Général de l'ARS dans le CCR, est établi pour une durée minimale de trois mois en lien avec le CDOM.

Ce tableau doit préciser:

- le nom du médecin,
- la modalité de l'effection : consultation et/ou visite
- le lieu de dispensation des actes,
- le territoire de PDSa concerné,
- les horaires concernés.

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

Le CDOM est destinataire de l'ensemble du tableau 45 jours au moins avant leur mise en œuvre. En cas, d'impossibilité à remplir l'ensemble du tableau, celui-ci est transmis incomplet.

Au plus tard, 30 jours avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au représentant du Directeur Général de l'ARS en Délégation Territoriale, au Préfet de département, au SAMU, aux médecins et associations concernés, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département.

Dans le mois qui suit la mise en œuvre du tableau de garde, l'association de PDSa inscrite sur le tableau de garde doit transmettre au CDOM la liste nominative des médecins effecteurs ayant assuré la PDSa sur les territoires de PDSa pour chaque tranche horaire reconnue.

En cas d'incomplétude du tableau de garde, le CDOM entame des démarches de concertation afin de le compléter.

En cas d'insuccès, le CDOM transmet un rapport au Directeur général de l'ARS ou à son représentant territorial, accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSa.

Ces éléments sont transmis par le Directeur Général de l'ARS au Préfet de département en vue de procéder, le cas échéant, aux réquisitions nécessaires notamment pour la mise en œuvre de l'effection.

Le Directeur Général de l'ARS communique aussi au Préfet la liste des médecins bénéficiaires d'une exemption de garde transmise par le CDOM.

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

## LA REMUNERATION DES PERSONNES PARTICIPANT A LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE AMBULATOIRE (art. R 6315-6 du CSP)



Le CCR précise la rémunération des personnes participant aux astreintes de PDSa sous forme de forfait, indépendant de la rémunération des actes accomplis lors de leur mission dans le cadre du Risque Assurantiel Conventionnel.

Le montant des forfaits d'astreintes est fixé par l'arrêté du 20 avril 2011 et ne peut être inférieur à 150 euros pour une durée de référence de douze heures pour une astreinte d'effecton et ne peut être inférieur à 70 euros par heure de régulation pour la participation à la régulation médicale par téléphone.

Une enveloppe régionale, déterminée pour la rémunération forfaitaire des médecins participant à la PDSa et des modalités de mise en œuvre du dispositif, est allouée chaque année à l'ARS par un arrêté interministériel et intégrée au sein du FIR.

Ces crédits délégués concernent l'effecton et la régulation. La rémunération forfaitaire peut varier en fonction de sujétions temporelles ou de contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale (art. R 6315-6 du CSP).

Le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de PDSa est précisé dans le document joint en annexe issu de l'instruction ministérielle N° DSS/1B/2012 du 27 janvier 2012.



## **II – Principes régionaux de la mise en œuvre de la PDSa en Languedoc-Roussillon**



L'application de ces principes vise à élaborer un schéma cible qui devrait permettre une réponse plus adéquate aux besoins de la population en matière de PDSa.

L'atteinte de cet objectif sera conditionnée par les financements mobilisables et les ressources humaines disponibles ainsi que par la volonté des acteurs de se l'approprier.

## A – LES PLAGES HORAIRES

Elles sont définies pour la PDSa et doivent être respectées par les acteurs de la PDS.

Une harmonisation dans les territoires de PDSa concernés devra être mise en œuvre pour l'application de l'article R. 6315-1 du CSP.

Cet article prévoit qu'en fonction de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, les plages horaires de PDSa peuvent être étendues 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.

## B – LA REGULATION

L'intégration des régulateurs de la PDSa dans le CRRA constitue le modèle à privilégier, avec au minimum un mode visuel direct entre les deux acteurs et au mieux la présence du Médecin Régulateur Libéral (MRL) au sein des équipes de la régulation hospitalière du Centre 15.

Cependant, une régulation médicale libérale délocalisée reste possible notamment en nuit profonde ou en cas de mise en tension du dispositif sous réserve que le médecin régulateur libéral soit interconnecté avec le CRRA et qu'une traçabilité complète des appels puisse être assurée. La délocalisation peut avoir aussi pour objectif d'assurer un nombre suffisant de MRL au sein d'un département.

Le nombre de MRL peut varier en fonction des besoins évalués sur le volume d'appels horaires, en fonction des tranches horaires de PDSa, ou en fonction de l'importance de la population départementale.


L'organisation de la régulation médicale libérale sera mise en œuvre en fonction des besoins recensés par territoire et de la capacité de financement disponible au niveau régional.

En cas de mise en tension du dispositif de régulation des appels, et notamment en cas de crise sanitaire, le nombre MRL peut être augmenté en fonction des tranches horaires sur décision du Directeur Général de l'ARS après demande motivée émanant du responsable du SAMU en lien avec le coordinateur de la régulation libérale.

Une convention entre les associations de régulations libérales et le CRRA doit être formalisée et décrire les missions respectives des 2 partenaires ainsi que les modalités d'organisation conjointe de la régulation médicale.

Des protocoles régionaux de régulation en lien avec les SAMU doivent être rédigés et périodiquement actualisés.

Les médecins régulateurs libéraux doivent suivre une formation initiale pour participer à la régulation et maintenir leur niveau de compétence par une formation continue régulière.



La régulation médicale libérale est exclusive de toute autre activité durant le temps de régulation.

La pratique du conseil médical téléphonique et la prescription téléphonique en liaison avec les pharmacies de garde devront être promues selon les recommandations de bonne pratique édictées par la HAS.

L'accès au médecin de permanence devra se faire de manière privilégiée par le numéro d'appel 15 du CRRA.

Il pourra, cependant, aussi se faire par les numéros des associations du PDS (type SOS Médecins ou ALUMPS « Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la permanence des Soins » en Lozère) sous réserve d'une interconnexion avec le CRRA et de la signature d'une convention avec l'établissement de santé siège du SAMU.

La PDSa en nuit profonde (0h – 8h) dans les territoires situés dans un délai d'intervention d'un SMUR inférieur à 30 minutes pourra être éventuellement supprimée sous réserve qu'une régulation médicale libérale soit mise en œuvre dans la même tranche horaire si elle n'existait pas. Dans ce cas de figure les services d'urgence des établissements de santé prennent le relai de l'effecteur libérale dans les mêmes tranches horaires concernées.

Conformément à l'arrêté du 20 octobre 2011 fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la PDS ambulatoire, les centres de régulation médicale procèdent à un enregistrement sonore des appels qu'ils traitent.

Ces enregistrements sont conservés pendant une durée de 5 ans. Chaque appel donne lieu à l'ouverture d'un dossier conforme aux recommandations de bonne pratique édictées par l'HAS.

De la même manière au travers de la convention, les acteurs de la PDSa s'attacheront à rechercher avec le CRRA tout moyen ou dispositif susceptible de renforcer la qualité et la sécurité de la régulation médicale libérale, notamment par la mise en œuvre effective d'un retour d'information de l'effecteur au CRRA avant de clôturer le dossier, ce qui permettra d'une part de conforter la traçabilité et d'autre part de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles en offrant aux acteurs l'opportunité d'apprécier la pertinence du diagnostic initial.



## C – L’EFFECTION

- Trois types d’organisation peuvent être décrits en fonction de la typologie des territoires :
  - Dans les territoires urbains ou semi-urbains.

L’effectif pourra s’appuyer sur les structures ou des dispositifs de type :

    - Maison Médicale de Garde (MMG).
    - SOS Médecins
    - Cabinets de médecins
    - Associations de médecins
    - Service de médecine d’urgence au sein des établissements de santé publics ou privés.
  - Dans les territoires intermédiaires.

L’effectif reposera sur un médecin identifié aux horaires de PDSa pour chaque territoire de PDSa décliné dans le CCR et éventuellement sur le service d’urgence au sein des établissements de santé publiques ou privés.
  - Dans les territoires excentrés.

L’effectif reposera sur un médecin identifié aux horaires de PDSa pour chaque territoire de PDSa décliné dans le CCR.

Dans les territoires situés à plus de 30 minutes d’une Structure Mobile d’Urgence et de Réanimations (SMUR), la permanence des soins ambulatoires pourra s’appuyer sur les médecins correspondants SAMU (MCS) qui devront être réunis en association départementale.
  - L’effectif comprend deux modalités de réalisation :
    - La **consultation** sur un point fixe identifié
    - La **visite** au domicile du patient ou à son substitut de domicile chaque fois que l’état de santé du patient le nécessite et après entente entre le régulateur et l’effectif.
- Les territoires de PDSa pourront varier dans leurs limites géographiques en fonction des tranches horaires de PDSa et de la saisonnalité notamment dans les zones touristiques.
- La PDSa en nuit profonde (0h – 8h) dans les territoires situés dans un délai d’intervention d’un SMUR inférieur à 30 minutes pourra être éventuellement supprimée sous réserve qu’une régulation médicale libérale soit mise en œuvre dans la même tranche horaire si elle n’existait pas.

La suppression, en accord avec les acteurs, de l’effectif en nuit profonde dans ces territoires est motivée par le constat d’une diminution conséquente du nombre des appels, dont la nature relève en outre plus souvent de l’AMU que de la PDSa.

Dans ce contexte, l’existence ou la mise en œuvre d’une régulation médicale libérale en nuit profonde doit garantir la pertinence des déplacements vers l’établissement de santé lorsque l’appel relève exclusivement de la PDSa.

A contrario, dans les territoires situés à plus de 30 minutes d'un SMUR, le maintien d'une effecton en nuit profonde doit être privilégié pour permettre notamment, en sus d'une réponse à la PDSa, une adéquate réponse aux situations relevant de l'AMU.

Dans ces territoires là, une politique volontariste de mise en œuvre de MCS en appui sur les acteurs de la PDSa doit être développée en lien avec les SAMU dans le cadre de la médecine d'urgence et son schéma départemental d'organisation. Pour conforter cette approche et atteindre cet objectif, la mise en œuvre d'une modulation tarifaire du forfait d'effecton de PDSa en nuit profonde sera priorisée par l'ARS dans ces territoires précisément situés à plus de 30 minutes d'un SMUR.

- Le nombre d'effecteurs pourra varier dans le temps de manière ponctuelle en fonction des besoins de la population sur demande motivée adressée au Directeur Général de l'ARS par le responsable du SAMU, notamment en période de crise sanitaire, de pic épidémique, d'épisode de canicule, ...
- L'existence ou la création d'un deuxième forfait d'astreinte médicale aux horaires d'ouverture d'une MMG, doit obligatoirement permettre de répondre en sus des demandes de consultations sur le site, aux demandes éventuelles de visite sous réserve que cette demande ait préalablement fait l'objet d'une régulation médicale.
- Toute demande d'augmentation du nombre de forfait d'astreinte médicale devra être justifiée par une augmentation suffisante du volume d'activité de la MMG ou s'accompagner de la fermeture d'un nombre au moins équivalent de territoire de PDSa et de leur rattachement concomitant au territoire d'effecton de cette MMG.
- Dans les zones urbaines où sont implantées des associations de SOS médecins et une MMG (Montpellier, Nîmes, Perpignan), le choix de la modalité d'effecton reste à l'appréciation de la régulation (Centre 15 et Plateforme d'appel interconnectée) en fonction du besoin du patient (nature du besoin et capacité à se déplacer).  
Les associations de SOS Médecins ont l'obligation de mettre en œuvre dans les meilleurs délais au moins un point fixe de consultation lorsqu'elles n'en disposent pas dans la ville.  
Avec l'accord de l'ensemble des acteurs concernés, SOS Médecins pourra étendre son aire d'intervention dans la couronne péri-urbaine, notamment pour les visites en nuit profonde.  
Si une autre association de médecins libéraux intervient dans la même zone urbaine, cette association et SOS Médecins devront collaborer au mieux des intérêts de la population.
- L'ouverture d'une nouvelle MMG sera conditionnée obligatoirement à la fermeture concomitante d'au moins deux territoires de PDSa et à leur rattachement au territoire d'effecton de cette MMG.
- Pour les MMG, conformément et dans le respect de l'article 7 de la nouvelle Convention Médicale signée le 26 juillet 2011, le tiers payant devra être mis en place suivant les conditions requises par l'Assurance Maladie à savoir :
  - Un exercice en secteur I conventionnel
  - Une régulation de l'acte
  - Une télétransmission des feuilles de soins.

- Pour le financement des MMG, il appartiendra à l'ensemble des partenaires concernés de rechercher tous les moyens susceptibles de conforter et pérenniser le fonctionnement de ces structures dans l'avenir.
- Dans le cadre de la relation ville – hôpital, la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES) et la PDSa contribuent à assurer la continuité de la prise en charge des demandes des soins non programmées.

## D – LES TRANSPORTS

Une réflexion sur l'organisation des transports des patients vers un lieu de consultation devra être poursuivie et intégrer la stratégie d'organisation de la PDS, notamment pour ce qui concerne les résidents des EHPAD.

La problématique des transports devra être envisagée en lien avec la possibilité de mettre en œuvre un effecteur mobile.

Si ce dispositif n'est pas disponible, notamment en nuit profonde (0h à 8 heures), le transport vers le lieu de consultation pourra faire appel :

- Soit à un Transport Assis Professionnalisé (TAP) avec un éventuel financement CPAM
- Soit à la garde ambulancière en lien avec les établissements de santé
- Soit à une entreprise de transport sanitaire ou non, en lien avec un financement éventuel des Conseils Généraux ou autres organismes notamment si la justification du transport est d'ordre social.

## E – LA REMUNERATION de la PDSa

En application de l'article R. 6315-6 du CSP, le Directeur Général de l'ARS détermine les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la PDS dans les conditions définies aux articles R. 6315-2 et R. 6315-3 du CSP.

Conformément à l'arrêté du 20 avril 2011 :

- 1 – La rémunération de l'astreinte du médecin, inscrit sur le tableau de garde mentionné à l'article R. 6315-2 du CSP, sera égale à 50 euros par tranche de quatre heures d'effecton, quelle qu'en soit la modalité (consultation ou visite).
  - Soit pour chaque jour de la semaine :
    - 50 euros de 20h à 24h
    - 100 euros de 0h à 8h
  - Soit pour le Samedi :
    - 100 euros de 12h à 20h.
  - Soit pour le Dimanche et jours fériés :
    - 150 euros de 8h à 20h
- 2 – la rémunération pour participation à la régulation médicale téléphonique mentionnée à l'article R. 6315-3 du CSP sera de 70 euros par heure de régulation.

Cette rémunération pour l'effectation et la régulation pourra être révisée chaque année en fonction de l'évolution du montant de l'enveloppe de PDSa déléguée aux régions.

Conformément à l'article 2 de l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la PDS en médecine ambulatoire, le Directeur Général de l'ARS décide d'appliquer la modulation tarifaire des forfaits de la manière suivante :

- Pour les forfaits d'astreinte d'effectation :  
120 euros pour l'astreinte de 0h à 8h (nuit profonde) dans les territoires de PDSa éloignés à plus de 30 minutes d'un SMUR.
- Pour la régulation en nuit profonde (0h à 8h) le forfait horaire est porté à 80 euros.

Cette modulation tient compte des contraintes budgétaires s'exerçant sur l'enveloppe régionale de PDSa déléguée par le niveau national pour l'année en cours et pourra être révisée en fonction des ressources financières disponibles et de l'évolution des sujétions territoriales.

Les territoires de PDSa concernés seront identifiés dans chaque déclinaison départementale opérationnelle du CCR.

## F – LE SUIVI ET L'EVALUATION

En lien avec le CODAMUPS-TS et notamment le sous comité médical, l'ARS analysera la pertinence du découpage territorial de la PDS, de l'organisation de la régulation et de l'effectation libérale en fonction des modalités initialement retenues et proposera les ajustements nécessaires en tant que de besoins mais toujours dans le respect de l'enveloppe financière déléguée pour la PDSa.

Dans le cadre de l'engagement contractuel, un rapport d'activité annuel sera fourni suivant un modèle type établi par l'ARS en accord avec les parties par l'ensemble des dispositifs de PDSa financés tels que les associations de MRL, ou les associations gérant les MMG.

Pour le suivi de la PDSa, les indicateurs obligatoirement retenus sont les suivants :

- 1 – nombre et pourcentage d'actes régulés  
(Indicateur de gestion du risque)
- 2 – nombre et pourcentage des patients relevant du niveau 1 de la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) passant dans les Services de Médecine d'Urgence aux heures de PDSa.
- 3 – les montants et le nombre des forfaits annuels de régulation et d'effectation.

## G – LES MODALITES DE RECUEIL ET DE SUIVI DES INCIDENTS

Les difficultés rencontrées d'une part dans la mise en place du dispositif puis dans son suivi devront être remontées dans chaque département auprès de la délégation territoriale de l'ARS correspondante chaque fois et autant que nécessaire.

L'ARS informera en tant que de besoin et au moins une fois par an la COSOS de la CRSA ainsi que les CODAMUPS-TS.

## H – L'INFORMATION DES USAGERS

C'est une priorité. Les tensions sur le terrain comme les dysfonctionnements proviennent souvent du mésusage de la PDSa. Une communication large sur le bon usage de la PDSa viendra étayer la mise en œuvre du dispositif, notamment par l'intermédiaire des journaux d'information des diverses collectivités territoriales ou d'autres supports médiatiques audio visuels.

Cette communication se fera en lien avec l'Ordre des médecins et l'URPS Médecins Libéraux.

## I – LES EXPERIMENTATIONS POSSIBLES EN MATIERE DE PDSa

Sur le FIR et en fonction des ressources disponibles notamment en lien avec la fongibilité possible des enveloppes, des dispositifs expérimentaux pourront être testés.

- Pour explorer de nouvelles modalités d'effectation dans l'objectif de la conforter, notamment en matière de visite, on pourra envisager :
  - d'expérimenter tout dispositif innovant susceptible de maintenir l'effectation en nuit profonde sur des territoires de PDSa plus étendus ;
  - de développer la synergie entre PDSa et médecin correspondant SAMU (MCS) sur les territoires ruraux excentrés situés à plus de 30 minutes d'intervention d'un SMUR ;
  - de rechercher de nouveaux dispositifs d'astreinte territoriale assurant une PDS pour un certain nombre d'EHPAD regroupés, limitant ainsi le déplacement des personnes âgées vers les structures d'urgence des établissements de santé ;
  - d'instituer une astreinte médicale administrative pour la rédaction des certificats de décès, les réquisitions de gendarmerie et les visites des gardes à vue ;

*Cette notion de médecin de « garde administrative volontaire » sera à explorer pour évaluer les conditions de sa mise en œuvre et de son financement, notamment avec les pôles de médecine légale dans les établissements de santé où ils sont présents ;*

- de financer une aide aux médecins libéraux des zones rurales isolées à partir des structures et associations de PDSa situées en zone urbaine en lien avec le contrat conventionnel santé solidarité territoriale ou tout autre dispositif indépendant de celui-ci ;
- de dissocier les territoires de consultation et de visite sur un même point fixe de PDSa, un territoire de visite pouvant alors correspondre à plusieurs territoires de consultation.

- d'identifier sur un même territoire de PDSa, des effecteurs de consultation et de visite différents notamment dans les territoires en limite interdépartementale.

- Dans le cadre de la régulation médicale libérale, on pourra explorer des modalités de mutualisations éventuelles entre deux départements.
- Dans le cadre des appels relevant de la prise en charge psychiatrique ambulatoire, très chronophage dans l'écoute et la réponse à apporter par le médecin régulateur libéral à la personne en demande, on devra rechercher l'intervention d'une compétence psychiatrique mobilisable.

Cette réponse à la demande psychiatrique pose souvent aussi un problème d'ordre sécuritaire pour l'effecteur qui intervient à la demande de la régulation, que ce soit en consultation ou en visite et devra trouver une réponse adaptée.

## J - CAS PARTICULIER : La PDS dentaire

En application de l'avenant n° 2 de la Convention nationale Dentaire signé avec l'Assurance Maladie le 16 Avril 2012 et publié au Journal Officiel le 31 Juillet 2012, une PDS dentaire devra être initiée en lien avec les professionnels de santé concernés et les représentants institutionnels.

Cet avenant contient, en effet, plusieurs dispositions sur la permanence des soins. Il instaure notamment une rémunération de la demi-journée d'astreinte le dimanche et les jours fériés à hauteur de 75 euros et une revalorisation de la majoration des actes régulés effectués dans ce cadre.

La participation du chirurgien-dentiste au dispositif de permanence des soins dentaire est formalisée par une inscription nominative sur le tableau départemental de garde et par une intervention régulée.

Ces dispositions entreront en vigueur à l'expiration du délai fixé à l'article L. 162.14.1.1 du code de la Sécurité Sociale.



# III – Déclinaisons départementales opérationnelles du Cahier des Charges Régional


**L'ARS a identifié les 5 départements du Languedoc-Roussillon  
comme étant les 5 territoires de santé de la région  
(Arrêté n° 2010-814 du 11 Octobre 2010)**

Chaque déclinaison départementale opérationnelle du CCR pourra toujours être revue et modifiée après concertation avec les dispositifs et instances réglementaires concernés en fonction :

- de l'évolution quantifiée des besoins de la population
- de la disponibilité et de la volonté des professionnels de santé impliqués
- de la possibilité du financement du projet au regard des montants disponibles au sein des enveloppes financières annuelles dédiées à la PDSa.





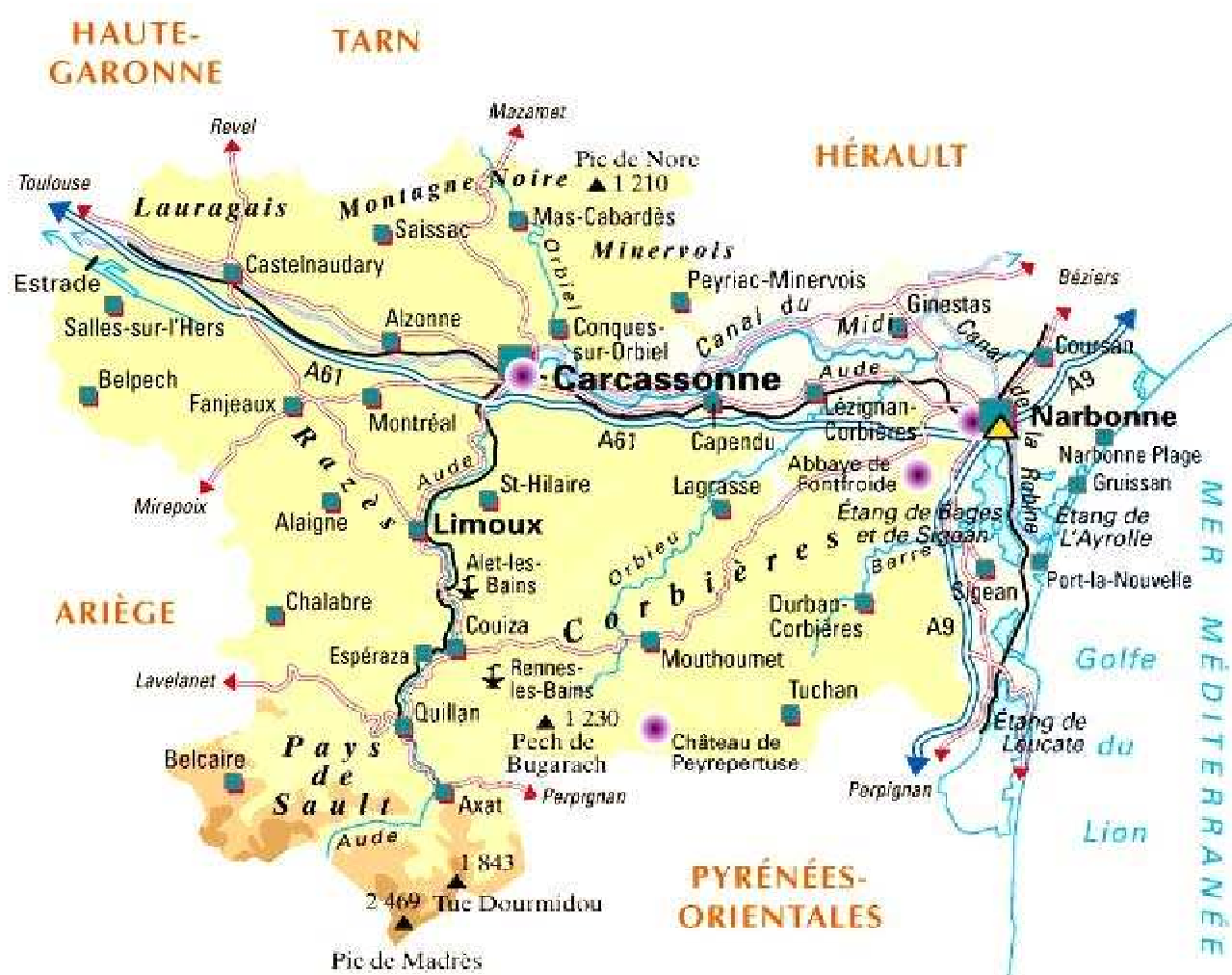


- Territoire de santé de l’Aude.....	29
- Territoire de santé du Gard.....	57
- Territoire de santé de l’Hérault.....	79
- Territoire de santé de la Lozère.....	105
- Territoire de santé des Pyrénées-Orientales.....	125



# Déclinaison départementale opérationnelle du Cahier des Charges Régional

## « Aude »





## « Aude »

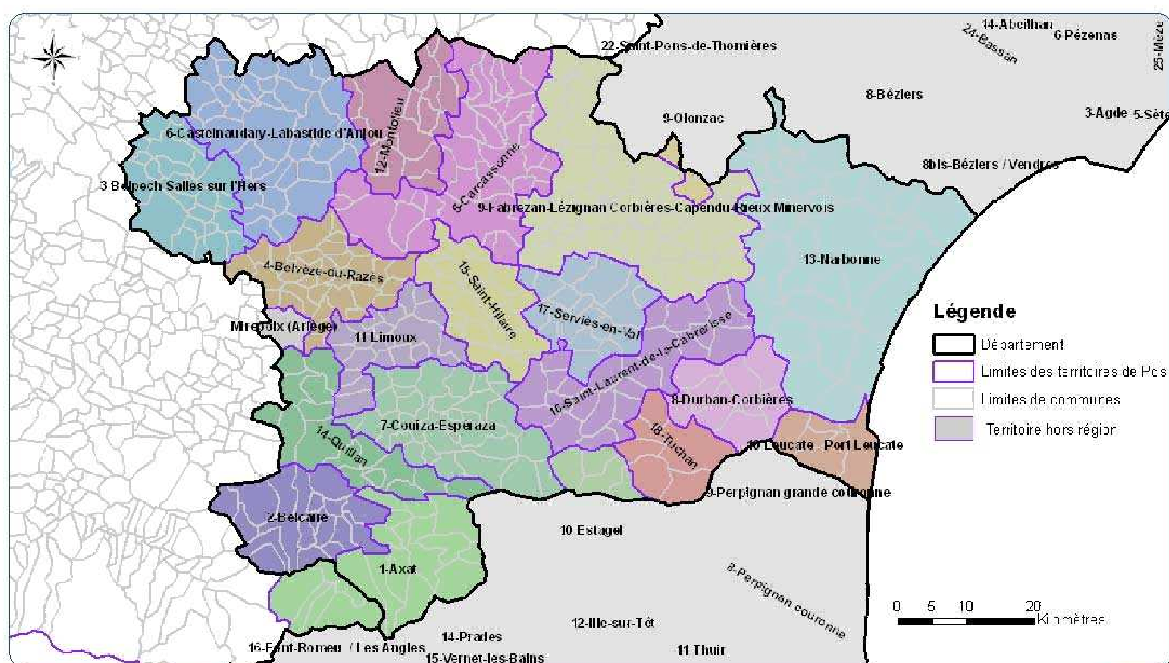
### 1) Les territoires de PDSa

Le nombre de territoires est arrêté à « 18 » sur le département de l'Aude selon de découpage suivant :

- Territoire n° 1 : Axat**
- Territoire n° 2 : Belcaire**
- Territoire n° 3 : Belpech / Salles sur l'Hers**
- Territoire n° 4 : Belvèze du Razès**
- Territoire n° 5 : Carcassonne**
- Territoire n° 6 : Castelnaudary / Labastide d'Anjou**
- Territoire n° 7 : Couiza / Espéraza**
- Territoire n° 8 : Durban**
- Territoire n° 9 : Fabrezan / Lézignan**
- Territoire n°10 : Leucate**
- Territoire n°11 : Limoux**
- Territoire n°12 : Montolieu**
- Territoire n°13 : Narbonne**
- Territoire n°14 : Quillan**
- Territoire n°15 : Saint Hilaire**
- Territoire n°16 : Saint Laurent de la Cabrerisse**
- Territoire n°17 : Serviès en Val**
- Territoire n°18 : Tuchan**

## Territoires de PDSa en 2012

### AUDE



Sources : ARS LR (juillet 2012) : 9 6712  
 Réalisation : CFSAD (ARS LR) août 2012  
 Direction d'édition : Fabrice ARS



## 2) Les modalités de la régulation médicale libérale

Numéro d'appel **C15**  
Logiciel utilisé : **System Start**

### Schéma mis en œuvre au 1<sup>er</sup> Octobre 2012

#### Jours Fériés :

Le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié sont considérés pour l'horaire de 8h à 20h comme un dimanche et jours fériés.

#### Nombre de médecins régulateurs libéraux présents au sein du CRRA :

Jours	Tranche Horaire	Médecins Régulateurs Libéraux
Tous les jours	20h – 24h	1
Le samedi	12h – 20h	1
Dimanche et jours fériés	8h – 20h	1
Samedi et dimanche	0h – 08h	1
Lundi au vendredi	0h – 08h	0

#### Lignes supplémentaires :

Jours	Tranche Horaire	Période / Mois	Médecins Régulateurs Libéraux
Tous les jours	20h – 24h		0
	0h – 8h		0
Le samedi	12h – 20h		0
Dimanche et jours fériés	8h – 12h	12 mois	1

#### Modulation tarifaire :

Le forfait horaire de régulation médicale libérale, fixé à 70 euros, est tarifé à 80 euros en nuit profonde (0h – 8h).

#### Association participant à la régulation médicale :

APSA : Association pour la Permanence des Soins dans l'Aude  
Cabinet Médical 17, rue Jean Baptiste Perrin 11000 CARCASSONNE  
Président : Docteur Jean-Serge CARLES

Nombre de médecins généralistes participant au 1<sup>er</sup> janvier 2012 : 37

### 3) Les modalités d'intervention de l'effecton

#### Jours Fériés :

Le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié sont considérés pour l'horaire de 8h à 20h comme un dimanche et jours fériés.

#### Modulation tarifaire :

Le forfait d'astreinte d'effecton, fixé à 50 euros par tranches de 4 heures, est tarifé à 60 euros pour la nuit profonde, soit 120 euros pour la période 0h – 8h, dans les territoires de PDSa situés à plus de 30 minutes d'un SMUR.

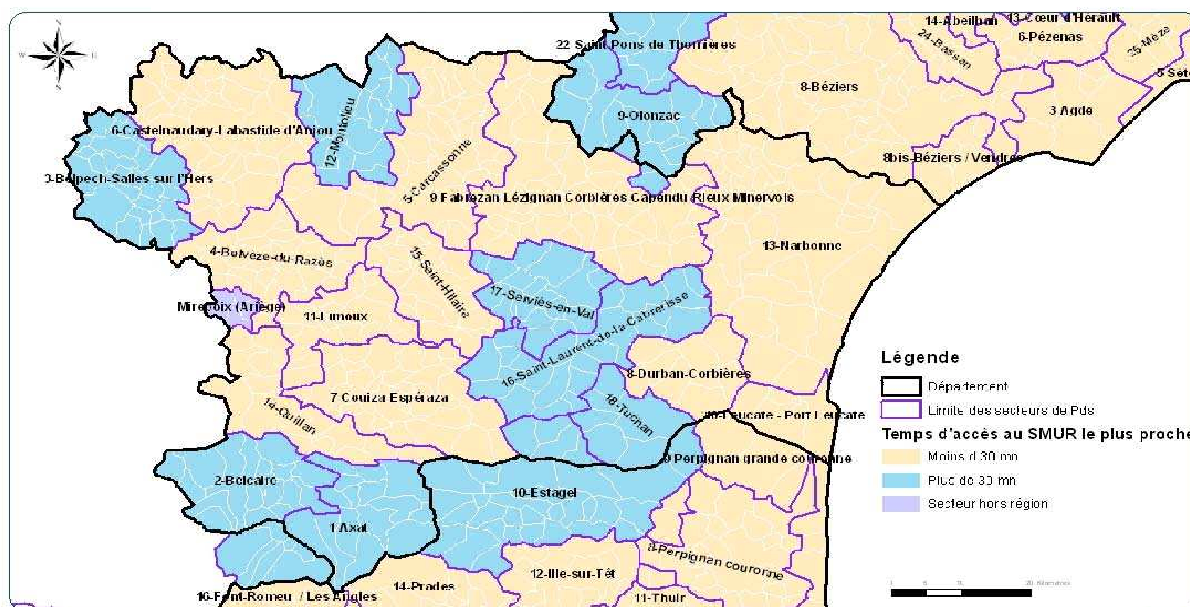
Concernant la majoration tarifaire en nuit profonde dans les territoires situés à plus de 30 minutes d'un SMUR, **les territoires concernés sont :**

- n° 1 Axat
- n° 2 Belcaire
- n° 3 Belpech – Salles sur l'Hers
- n° 8 Durban
- n° 12 Montolieu,
- n° 16 Saint Laurent de la Cabrerisse,
- n° 17 Serviès en Val,
- n° 18 Tuchan.



Cartographie de ces territoires par rapport au temps d'accès SMUR le plus proche

AUDE



Source : ARS LR (juillet 2012) ; 9 charts  
 Réalisation : COSAD (ARS LR) août 2012  
 Droits de diffusion : Interne ARS



## Effectation par territoires

Territoire PDSa	Association des médecins effecteurs	Nombre de forfait d'effectation	Horaires	Lieu	
				MMG Cabinet	Ets santé
N° 1 AXAT+ 7 communes limitrophes de l'Ariège <b>+ 30'SMUR</b>	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	
N° 2 BELCAIRE <b>+ 30'SMUR</b>	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	
N° 3 BELPECH SALLES SUR L'HERS <b>+ 30'SMUR</b>	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	
N° 4 BELVEZE	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	
N° 5 CARCASSONNE	Association CALIBUR	1	Tous les jours du lundi au vendredi 20h – 24h	MMG	
		2	Samedi dimanche et jours fériés 20h – 24h	MMG	
		0	0h – 8h		Service d'Urgences
		2	Samedi 12h – 20h	MMG	
		2	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	MMG	

Territoire PDSa	Association des médecins effecteurs	Nombre de forfait d'effectif	Horaires	Lieu	
				MMG Cabinet	Ets santé
N° 6 CALTELNAUDARY	Association Médecins de Famille du Lauragais MMG – CH Castelnaudary	1	Tous les jours 20h – 24h	MMG	
		0	0h – 8h		Service d'Urgences
		1	Samedi 12h – 20h	MMG	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	MMG	

N° 7 COUIZA	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		0	0h – 8h		Service d'Urgences
		1	Samedi 12h – 20h :	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h :	Cabinet	

N° 8 DURBAN + 30'SMUR	Médecins généralistes	1	Tous les jours du lundi au vendredi 20h – 24h	Cabinet	
		0,5	Samedi dimanche et jours fériés 20h – 24h fusion avec le territoire 18 Tuchan	Cabinet	
		1	0h – 8h Tous les jours du lundi au vendredi	Cabinet	
		0,5	0 h – 8h Samedi dimanche et jours fériés fusion avec le territoire 18 Tuchan	Cabinet	
		0,5	Samedi 12h – 20h fusion avec le territoire 18 Tuchan	Cabinet	
		0,5	Dimanche et jours fériés 8h – 20h fusion avec le territoire 18 Tuchan	Cabinet	

N° 9 FABREZAN LEZIGNAN	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	MMG	
		0	0h – 8h		Service d'Urgences
		1	Samedi 12h – 20h	MMG	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	MMG	

Territoire PDSa	Association des médecins effecteurs	Nombre de forfait d'effectif	Horaires	Lieu	
				MMG Cabinet	Ets santé
N° 10 LEUCATE	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	
		0	Tous les jours 20h - 24h du 1 <sup>er</sup> septembre année N au 30 juin année N+1	MMG Perpignan	
		0	0h – 8h		Service d'Urgences
		1	Samedi 12h – 20h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	
		0	Samedi 12h – 20h du 1 <sup>er</sup> septembre année N au 30 juin année N+1	MMG Perpignan	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	
		0	Dimanche et jours fériés 8h – 20h du 1 <sup>er</sup> septembre année N au 30 juin année N+1	MMG Perpignan	

N° 11 LIMOUX	Association des médecins généralistes de Limoux Café le Commerce 11, place de la République LIMOUX	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		0	0h – 8h		Service d'Urgences
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	

N° 12 MONTOLIEU + 30'SMUR	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	

Territoire PDSa	Association des médecins effecteurs	Nombre de forfait d'effectif	Horaires	Lieu	
				MMG Cabinet	Ets santé
N° 13 NARBONNE	Association Pulman	1	Tous les jours du lundi au vendredi 20h – 24h	MMG	
		2	Samedi dimanche et jours fériés 20 h – 24 h	MMG	
		0	0h – 8 h		Service d'Urgences
		2	Samedi 12h – 20h	MMG	
		2	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	MMG	
		4 soit, 1 pour Narbonne-Plage, 1 pour Saint Pierre la Mer, 1 pour Port la Nouvelle et 1 pour Gruissan	Samedi dimanche et jours fériés 20h – 24h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	
		1 : pour Narbonne-Plage, Saint Pierre la Mer et Gruissan qui fusionnent	En semaine du lundi au vendredi de 20 h à 24 h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	
		4 soit, 1 pour Narbonne-Plage, 1 pour Saint Pierre la Mer, 1 pour Port la Nouvelle et 1 pour Gruissan	Samedi 12h – 20h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	
		4 soit, 1 pour Narbonne-Plage, 1 pour Saint Pierre la Mer, pour Port la Nouvelle et 1 pour Gruissan	Dimanche et jours fériés 8h – 20h du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 août	Cabinet	

Territoire PDSa	Association des médecins effecteurs	Nombre de forfait d'effecton	Horaires	Lieu	
				MMG Cabinet	Ets santé
N° 14 QUILLAN	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	

N° 15 SAINT HILAIRE + 30'SMUR	Médecins généralistes	1	Tous les jours 20h – 24h	Cabinet	
		1	0h – 8h	Cabinet	
		1	Samedi 12h – 20h	Cabinet	
		1	Dimanche et jours fériés 8h – 20h	Cabinet	

N° 16 SAINT LAURENT DE LA CABRERISSE + 30'SMUR	Médecins généralistes	1	Tous les jours du lundi au vendredi 20h – 24h	Cabinet	
		0,5	Samedi dimanche et jours fériés 20h – 24h fusion avec le territoire 17 Serviès en Val	Cabinet	
		1	0h – 8h tous les jours du lundi au vendredi	Cabinet	
		0,5	0h – 8 h samedi dimanche et jours fériés fusion avec le territoire 17 Serviès en Val	Cabinet	
		0,5	Samedi 12h – 20h fusion avec le territoire 17 Serviès en Val	Cabinet	
		0,5	Dimanche et jours fériés 8h – 20h fusion avec le territoire 17 Serviès en Val	Cabinet	

Territoire PDSa	Association des médecins effecteurs	Nombre de forfait d'effectif	Horaires	Lieu	
				MMG Cabinet	Ets santé
N° 17 SERVIES EN VAL + 30'SMUR	Médecins généralistes	1	Tous les jours du lundi au vendredi 20h – 24h	Cabinet	
		0,5	Samedi dimanche et jours fériés 20 h- 24h fusion avec le territoire 16 Saint Laurent de la Cabrerisse	Cabinet	
		1	0h – 8h tous les jours du lundi au vendredi	Cabinet	
		0,5	0h – 8h samedi dimanche et jours fériés fusion avec le territoire 16 Saint Laurent de la Cabrerisse	Cabinet	
		0,5	Samedi 12h – 20h fusion avec le territoire 16 Saint Laurent de la Cabrerisse	Cabinet	
		0,5	Dimanche et jours fériés 8h – 20h : fusion avec le territoire 16 Saint Laurent de la Cabrerisse	Cabinet	

N° 18 TUCHAN + 30'SMUR	Médecins généralistes	1	Tous les jours du lundi au vendredi 20h – 24h	Cabinet	
		0,5	Samedi dimanche et jours fériés 20h – 24h fusion avec le territoire 8 Durban	Cabinet	
		1	0h – 8h tous les jours du lundi au vendredi	Cabinet	
		0,5	0h – 8h samedi dimanche et jours fériés fusion avec le territoire 8 Durban	Cabinet	
		0,5	Samedi 12h – 20h fusion avec le territoire 8 Durban	Cabinet	
		0,5	Dimanche et jours fériés 8h – 20h fusion avec le territoire 8 Durban	Cabinet	

## Spécificités territoriales départementales :

### 1) concernant le **territoire n° 10 (Leucate)** :

- Il est rattaché à la Maison Médicale de Garde de Perpignan, en ce qui concerne les consultations du 1<sup>er</sup> septembre de l'année N au 30 juin de l'année N+1.
- S'agissant de la réalisation des visites sur le secteur audois, le centre de réception et de régulation des appels du SAMU de l'Aude assure l'effectif avec une réponse départementale.
- Afin de tenir compte de l'afflux des populations touristiques, les médecins du territoire de Leucate assurent la PDS pendant la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août.

### 2) concernant le **territoire n° 13 (Narbonne)** :

- deux lignes de garde les week-ends et jours fériés pour Narbonne dont une pour les visites.
- afin de tenir compte de l'afflux des populations touristiques du 1<sup>er</sup> juillet au 30 août : 4 lignes de garde supplémentaires durant cette période à Narbonne-Plage, Saint Pierre la Mer, Port la Nouvelle et Gruissan les samedis de 12h à 24h et les dimanches et jours fériés de 8h à 24h.  
En semaine, Narbonne Plage, Gruissan et Saint Pierre la Mer fusionnent pour les horaires 20 h – 24 h.

### 3) concernant le **territoire n° 5 (Carcassonne)** : 2 lignes de garde les week-ends et jours fériés dont une pour les visites.

### 4) concernant les **territoires n° 16 (Saint Laurent de la Cabrerisse)** et **n° 17 (Serviès en Val)** : fusion les week-ends et jours fériés.

### 5) concernant les territoires n° 8 (Durban) et n° 18 (Tuchan) : fusion les week-ends et jours fériés.

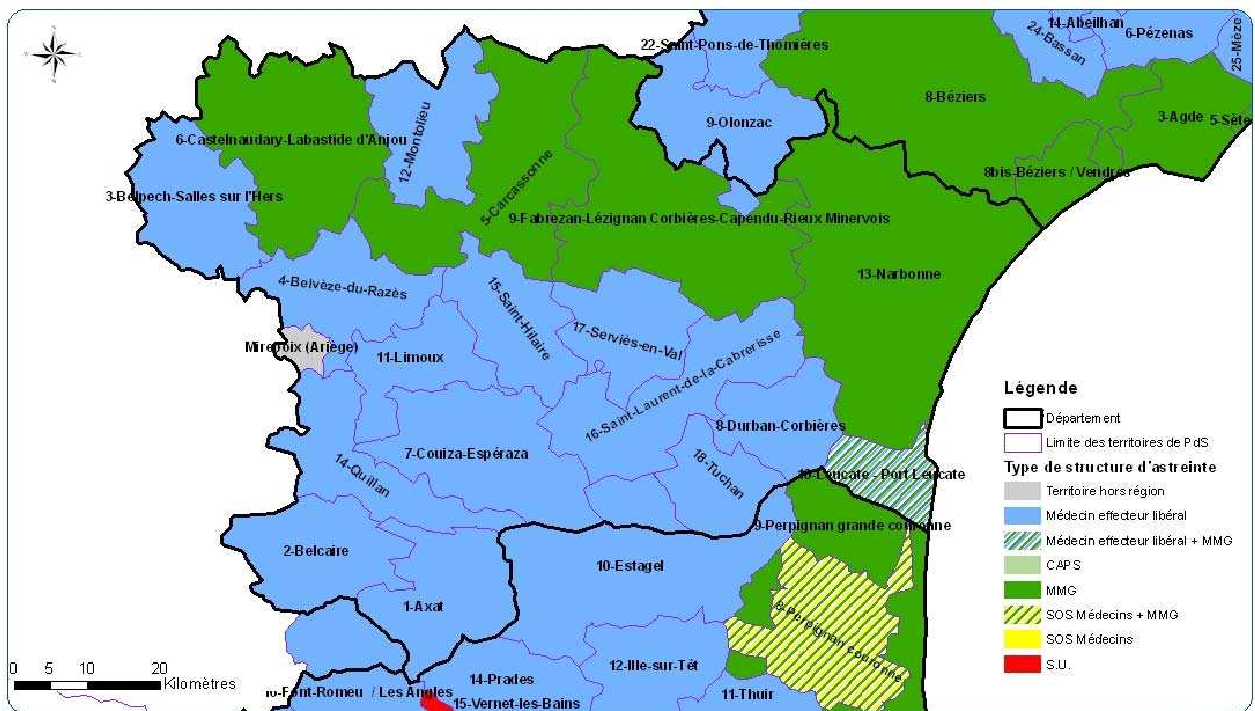
## Cartographie des effectifs par territoires et par tranches horaires de PDSa

- De 20h à 24 heures
- De 0h à 8 heures
- Et Samedi de 12h à 20 heures. Dimanche et jours fériés de 8h à 20 heures.



## Territoires de PDSa par type de structures ou de dispositifs d'astreinte en 2012

Période : milieu de nuit (20h-24h) - AUDE

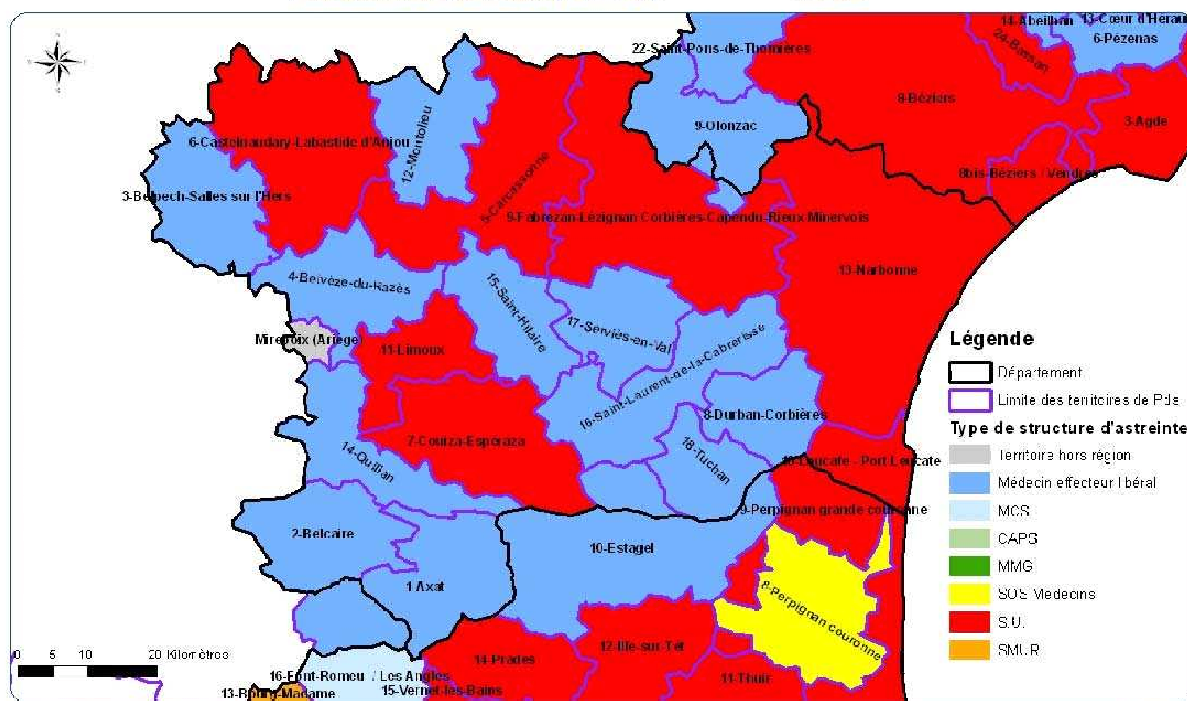


Sources : ARS LR (juillet 2012) ; 9 eofia  
 Réalisation : COSAD (ARS LR), août 2012  
 Droits de diffusion : Interne ARS



## Territoires de PDSa par type de structures ou de dispositifs d'astreinte en 2012

Période : Nuit profonde (0 h - 8 h) - AUDE



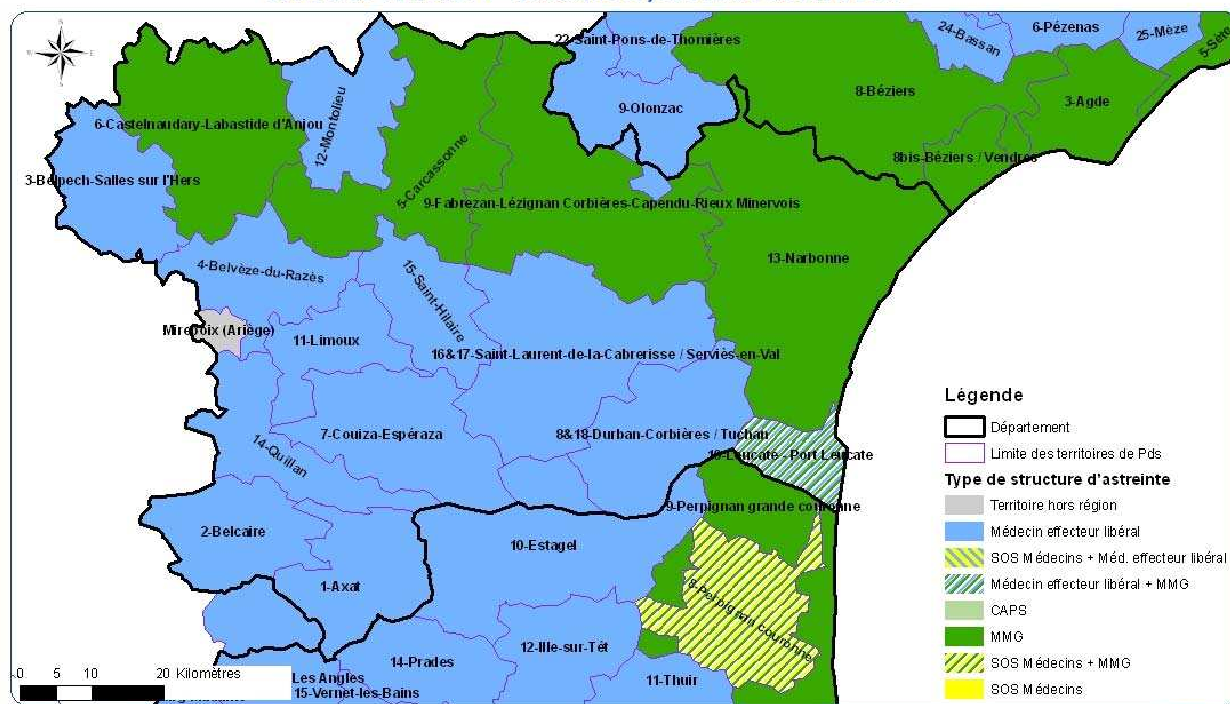
Sources : ARS LR (juil et 2012) ; Sactia  
 Réalisé avec : C. OSAD (ARS LR), avril 2012  
 Droits de diffusion : Interne ARS



## Territoires de PDSa par type de structures ou de dispositifs d'astreinte en 2012

Période : Week-end et jours fériés - AUDE

Samedi de 12 h à 20 h - Dimanche et jours fériés de 8 h à 20 h



Sources : ARS LR (juillet 2012) ; 9 eofla  
 Réalisation : COSAD (ARS LR), août 2012.  
 Droits de diffusion : Interne ARS



## 4) Annexes :

### I – Tableau de la liste des communes par territoire de PDSa

Territoires	Communes
<b>N° 1 AXAT</b>	Axat Cailla Counozouls Escouloubre Gincla Puilaurens-Lapradelle Le Bousquet Le Clat Montfort sur Boulzane Quirbajou Roquefort de Sault Salvezines Saint Martin Lys Sainte Colombe sur Guette  <u><b>Communes de l'Ariège :</b></u> Artigues Carcanière Le Pla Le Puch Mijanès Quérigut Rouze
<b>N°2 BELCAIRE</b>	Aunat Belcaire Belfort sur Rebenty Belvis Bessède de Sault Campagna de Sault Camurac Comus Espezel Fontanès de Sault Galinagues Joucou La Fajolle Marsa Mazuby Mérial Niort de Sault Rodome Roquefeuil
<b>N°3 BELPECH – SALLES SUR L'HERS</b>	Belflou Belpech Cahuzac Cumiès Fajac la Relenque Gaja la Selve

	<p>Gourvielle  La Louvière Lauragais  Lafage  Marquein  Mayreville  Mézerville  Molandier  Montauriol  Payra sur l'Hers  Pech Luna  Pécharic et le Py  Peyrefitte sur l'Hers  Plaigne  Ribouisse  Salles sur l'Hers  Saint Amans  Saint Michel Lanès  Saint Semin  Sainte Camelle  Villautou</p>
<p><b>N°4  BELVEZE DU RAZES</b></p>	<p>Alaigne  Bellegarde du Razès  Belvèze du Razès  Brézilhac  Brugairolles  Cailhau  Cailhavel  Cambieure  Courtauly  Donazac  Escueillens  Fanjeaux  Fenuillet du Razès  Ferran  Gramazie  Hounoux  La Courtète  La Force  Lasserre de Prouilhe  Lauraguel  Lignairolles  Malviès  Mazerolles du Razès  Montgradail  Monthaut  Orsans  Plavilla  Pomy  Routier  Signalens  Saint Gauderic  Saint Julien de Briola  Saint Just de Bélengard  Villarzel du Razès</p>