



Cahier des charges

Permanence Des Soins Ambulatoires

En Guadeloupe

A Saint-Martin & Saint-Barthélemy

2012 - 2016

SOMMAIRE

LEXIQUE -----	4
VISAS-----	6
PREAMBULE -----	7
Le projet du présent cahier des charges régional a donné lieu avant sa publication à la consultation des organismes suivants : -----	8
I. DEFINITION ET CHAMP-----	8
II. DIAGNOSTIC – ETAT DES LIEUX-----	9
A. Régulation médicale-----	9
B. Sectorisation et astreintes des médecins et pharmaciens-----	10
C. Coût de la permanence des soins -----	14
1. Coût de la régulation -----	14
2. Coût des astreintes-----	15
3. Coût des maisons médicales de garde -----	15
4. Coût de la garde ambulancière -----	16
5. Coût de la garde des pharmacies-----	16
III. Axes d'organisation -----	17
A. Article 1 : Définition des territoires de PDSA -----	17
B. Article 2 : Organisation de la régulation médicale des appels-----	18
1. Exigences de la réglementation -----	18
2. Objectif de renforcement qualitatif de la régulation échéance de deux ans maximum-----	18
3. Objectif de promotion de la régulation et de la garde-----	18
C. Article 3 : Modalités d'exécution de la garde -----	19
1. Principe -----	19
2. Etablissement des tableaux de garde -----	20
3. Organisations spécifiques : en nuit profonde -----	20
4. Cas des visites à domicile incompressibles -----	20
5. Perspectives d'évolution sur 5 ans -----	21
D. Article 4 : Organisation de la PDSA pour le territoire des Iles du Nord -----	21

1.	CODAMUPS-TS-----	21
2.	Nuit profonde-----	22
3.	Modalités de régulation -----	22
4.	Transports sanitaires-----	22
E.	Article 5 : Tarifs de rémunération de la permanence des soins ambulatoire des médecins-----	22
F.	Article 6 : Transports sanitaires terrestres et autres modes de transports (voies maritimes et aériennes)-----	23
1.	Exigences de la réglementation -----	23
2.	Organisation des transports sanitaires terrestres pendant les horaires de PDSA -	23
3.	Transports maritimes et aériens -----	24
G.	Article 7 : Communication régionale sur la prise en charge des demandes de soins non programmés -----	24
H.	Article 8 : Suivi et évaluation-----	25
1.	Le suivi du dispositif de PDSA -----	25
2.	Le suivi du fonctionnement par MMG-----	26
	Conclusion -----	26
IV.	ANNEXES-----	27
	Annexe 1 : Circuits de financement des forfaits -----	27
1.	Circuit actuel de paiement des forfaits de PDSA : Le dispositif conventionnel piloté par l'assurance maladie -----	27
2.	Futur circuit de paiement de PDSA : dispositif réformé piloté par les ARS-----	27
	Annexe 2 : Grille de rémunération des médecins participant à la PDSA en Guadeloupe--	28
	Annexe 3 : Cartographie des actes régulés -----	30
	Annexe 4 : Vade-mecum sur le bon usage de la permanence des soins -----	32

LEXIQUE

ADGUPS	Association Départementale des Gardes, Urgences et de Promotion de la Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
ATSU	Association pour la promotion et le développement des transports sanitaires d'urgence de Guadeloupe
CCR	Cahier des Charges Régional
CDOM	Conseil de l'ordre des médecins
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNP	Comité national de pilotage
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSP	Code de la santé publique
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DSS	Direction de la sécurité sociale
DT	Délégation territoriale (Saint-Martin)
EVASAN	Evacuation sanitaire
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MMG	Maisons médicales de garde
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle
PDS	Permanence des soins
PDSA	Permanence des soins ambulatoire
SAMU	Service d'aide médicale urgente

SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SIAGETS	Syndicat interdépartemental Antilles-Guyane des entreprises de transport sanitaires
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
TPMR	Transport de personnes à mobilité réduite
TS	Transports sanitaires
URPS	Unions régionales des professionnels de santé
VSL	Véhicule Sanitaire Léger

Principales cotations des visites à domicile et majorations:

MD : Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée hors astreinte régulée

MDD : Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée hors astreinte régulée dimanche et jours fériés

MDN : Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée hors astreinte régulée entre 20h - 24h et 6h - 8h

MDI : Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée hors astreinte régulée entre 0h - 6h

MNO Majoration nourrisson jusqu'au 25ème mois (incompatible avec majorations d'urgences)

MGE Majoration généraliste enfant du 26ème mois au 6ème anniversaire (incompatible avec majorations d'urgences)

VRM : Majoration astreinte milieu de nuit sur la visite (0h - 6h)

VRN : Majoration astreinte de nuit sur la visite (20 h - 24 h et 6 h - 8 h)

V ou VS : Visite au domicile du patient

VISAS

- Avenant n°2 au cahier des charges régional pris par arrêté préfectoral n°2009- 476 du 26 mars 2009.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.
- Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 relatif aux CODAMUPS-TS.
- Le compte rendu des réunions du sous-comité médical des 09 juin et 21 juin 2011.
- Le compte rendu du sous-comité transports sanitaires du 10 juin 2011.
- Le compte rendu du CODAMUPS en session plénière des 28 juin, 13 décembre 2011, et 16 avril 2012.
- Articles L1435-5, L6314-1, R6315-1 à R6315-6 du code de la santé publique.
- Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire, instruction n° DGOS/2011/R2/192 du 20 avril 2011 – visa CNP 2010-279.
- Article 65 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.
- 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.
- Circulaire du 13 février 2012 relative à l'amélioration de l'organisation de la réponse aux besoins urgents en soins dentaires

PREAMBULE

Les dispositions du décret du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la PDSA s'appliquent à la date de publication par le DGARS de l'arrêté fixant le cahier des charges régional (CCR). Le schéma défini par le présent cahier des charges est applicable au moment où le DGARS prend l'arrêté fixant le CCR.

Ce décret spécifie que :

- la région est divisée en territoires de permanence dont les limites sont arrêtées par l'ARS selon les principes définis dans un cahier des charges régional ;
- les participants à la PDSA sont les médecins de cabinet, les autres médecins ayant conservé une pratique clinique, les ES dans les conditions fixées par l'ARS ;
- la régulation est assurée par le centre 15 auquel les médecins libéraux volontaires peuvent participer dans les conditions définies par le cahier des charge et après signature d'une convention médecin/ ES-SAMU ;
- la régulation est aussi assurée par les centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont connectés avec le centre de régulation médicale et après signature d'une convention avec ES-Samu.

Les principes d'organisation de la PDSA font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par l'ARS dans le respect du SROS qui décrit :

- l'organisation générale de la réponse aux demandes de soins non programmés
- les lieux fixes de consultation
- la régulation des appels
- l'organisation des territoires de permanence
- le recueil et le suivi des incidents
- les indicateurs de suivi de l'activité et les conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDS.
- la rémunération forfaitaire des effecteurs (consultations et visites à domicile) et des régulateurs.

L'organisation de la PDSA, qui relève de la responsabilité de l'ARS en accord avec le Préfet, répond à deux objectifs majeurs :

- Garantir l'accès permanent à une réponse de qualité aux besoins de santé de la population (temps d'accès compatible et accès aux soins adaptés) ;
- Structurer l'offre des soins non programmés en coordonnant les ressources du territoire (médecins, établissements de santé, SMUR-SAMU, SDIS...).

Le projet du présent cahier des charges régional a donné lieu avant sa publication à la consultation des organismes suivants :

- Les unions régionales des professionnels de santé ;
- Les conseils départementaux des ordres professionnels ;
- Le CODAMUPS-TS et ses sous-comités médical et transports sanitaires ;
- La commission spécialisée de la CSA

Leurs avis ont été recueillis par écrit et il en a été tenu compte dans la rédaction définitive du présent cahier des charges.

I. DEFINITION ET CHAMP

La permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. (Article R6315-1 du CSP)

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

Cette mission est assurée aux horaires suivants :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- 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.

Les fêtes légales ci-après désignées sont des jours fériés (Code du travail article L3133-1)

- 1° Le 1er Janvier ;
- 2° Le lundi de Pâques ;
- 3° Le 1er Mai ;
- 4° Le 8 Mai ;
- 5° L'Ascension ;
- 6° Le lundi de Pentecôte ;
- 7° Le 14 Juillet ;
- 8° L'Assomption ;
- 9° La Toussaint ;
- 10° Le 11 Novembre ;
- 11° Le jour de Noël.

Pour les DOM, la loi du 21 mai 2001, dite loi TAUBIRA, a ajouté à cette liste le jour de la commémoration de l'abolition de l'esclavage (le 27 mai en Guadeloupe).

Il n'existe pas de textes reconnaissant comme jours fériés supplémentaires en Guadeloupe. : lundi gras, mardi gras, cendres, mi-carême, vendredi saint, fête de Victor Schoelcher et défunts. Il n'y a pas de base légale ou réglementaire pour que ces jours fêtés du fait des usages et coutumes locaux entraînent les mêmes avantages que ceux reconnus dans les lois de la République. C'est pourquoi ils ne peuvent pas être pris en compte, pour la majoration de l'Assurance Maladie versée aux professionnels de Santé. Seul un projet ou une proposition de loi pourrait créer une base légale.

II. DIAGNOSTIC – ETAT DES LIEUX

Sont recensés les modes d'organisation en vigueur jusque là :

- la régulation médicale libérale, organisée sous forme d'association de médecins libéraux.
- les lieux fixes de consultation dédiés à la permanence des soins (les maisons médicales de garde, dans certains cas accolées à un établissement de santé) ;
- les secteurs et territoires d'astreinte pour la PDS des médecins, pharmaciens, et transporteurs sanitaires.
- les coûts de la permanence des soins

A. Régulation médicale

La régulation médicale¹ :

- Est un acte médical pratiqué par téléphone par un médecin régulateur ;
- Apporte une prise en charge adaptée à chaque situation de façon équitable sur tout le territoire ;
- Assure une écoute et une réponse permanente aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmés.

La régulation médicale des appels est un pivot de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et de l'aide médicale urgente (AMU).

24 médecins (dont un basé à Saint-Barthélemy) participent à la régulation libérale.

Faute de volontariat pour assurer la régulation au centre 15, la mise en place de la régulation télé déportée est efficace : le nombre de médecins régulateurs a augmenté et la majorité des appels trouve une réponse dans les conseils médicaux, permettant d'éviter des consultations en MMG (élément explicatif de la baisse significative de leur fréquentation²) ou des visites. La régulation reste fragile, car reposant elle aussi sur le volontariat.

¹ Recommandations HAS, mars 2011

² ADGUPS.

Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2010³ :

PARTICIPATION DES MEDECINS A LA REGULATION DEPARTEMENT DE LA GUADELOUPE									
Samedi matin		Samedi après-midi		Dimanche 8h-20h		Nuit 20h-24h		Nuit 24h-8h	
Hospitalier	Libéral	Hospitalier	Libéral	Hospitalier	Libéral	Hospitalier	Libéral	Hospitalier	Libéral
1	0	1	1	1	1	1	1	1	1

En Guadeloupe les horaires de la régulation libérale sont les suivants :

- 1) Lundi- Vendredi : 14h-22h/ 22h-6h
- 2) Samedi: 12h-21h/21h-6h
- 3) Dimanche et jours fériés: 8h-19h/19h-6h
- 4) Lundi précédent un jour férié : 8h-6h
- 5) Vendredi-Samedi lorsqu'ils suivent un jour férié : 8h-6h

B. Sectorisation et astreintes des médecins et pharmaciens

Historique de la sectorisation

En 2006, l'évolution de l'organisation de la sectorisation s'est fondée sur la nécessité de réorganiser le territoire, du fait de la diminution du nombre de médecins et du faible volontariat pour effectuer les gardes.

En 2009, la suppression de la nuit profonde sur certains secteurs a été rendue possible par le relais assuré par les urgences des hôpitaux sur le créneau horaire 24h-8h. Depuis lors, cette organisation avait été stabilisée.

Dans certains secteurs, quelques médecins continuent à assurer les gardes après 24h. Le maintien de cette participation en seconde partie de nuit ne peut pas être encouragé quand il ne se justifie pas. La coexistence d'un service d'urgences assuré par un établissement de santé et le maintien de l'astreinte de nuit profonde sont redondants

Les territoires concernés sont les îles du Nord Saint-Martin, Saint-Barthélemy.

L'organisation de la permanence des soins fonctionne globalement correctement sur l'ensemble du département, mise à part un secteur. Sur le secteur des Saintes-Terre de Haut, l'agence régionale de santé a, dans certains cas, communiqué au Préfet les informations lui permettant de procéder aux réquisitions nécessaires à la mise en œuvre de la permanence des soins ou, dans d'autres cas, l'ARS a elle-même recherché des remplaçants afin que la permanence des soins soit assurée.

Pour le fonctionnement de la PDSA, les médecins libéraux se sont engagés sur les gardes des week-ends et des jours fériés.

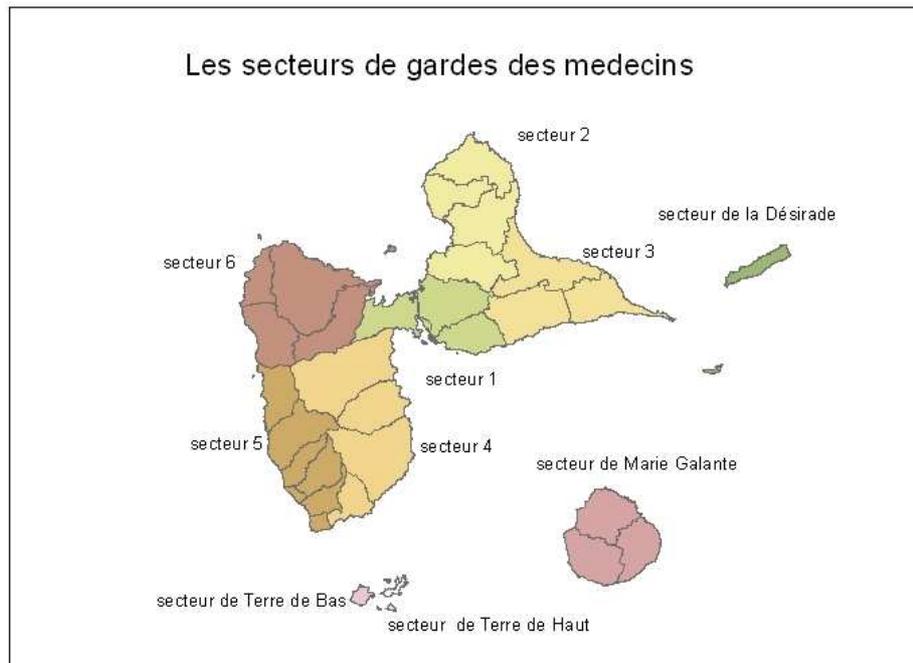
³ Rapport de l'ordre national des médecins sur la PDS, février 2010 (extrait page 34, annexe 1)

Les principales constatations sont les suivantes :

- Non-volontariat des médecins de certains secteurs pour assurer l'astreinte de nuit en MMG durant la semaine, notamment sur le secteur 5 ;
- Equilibre précaire du dispositif actuel du fait du faible nombre de médecins participants, notamment pour les Saintes (Terre de Bas) et la Désirade
- Non concordance des secteurs de garde médecins et pharmaciens, ce qui conduit à des déplacements très importants des patients notamment dans le sud de la Basse-Terre.

Description des secteurs de garde des médecins, pharmaciens, et transporteurs ambulanciers

Les secteurs de garde médecins	Les secteurs de garde de pharmacie
<p><u>Zone de la Grande-Terre : 3 secteurs</u></p> <p><u>Secteur 1</u> : Abymes/ Pointe-à -Pitre/ Gosier/ Baie- Mahault;</p> <p><u>Secteur 2</u> : Morne-à -L'eau /Petit Canal/ Port Louis/ Anse Bertrand;</p> <p><u>Secteur 3</u> : Sainte-Anne/ Saint-François/ Le Moule;</p> <p><u>Zone de la Basse-Terre : 3 secteurs</u></p> <p><u>Secteur 4</u> : Petit Bourg/ Goyave/ Capesterre / Trois Rivières ;</p> <p><u>Secteur 5</u>: Gourbeyre/Vieux-Fort/Basse-Terre/Saint-Claude/Baillif/Vieux-Habitants/Bouillante</p> <p><u>Secteur 6</u> : Pointe Noire/ Deshaies/ Sainte-Rose/ Lamentin ;</p> <p><u>Les îles :</u></p> <p><u>Secteur 7</u> : Marie-Galante ;</p> <p><u>Secteur 8</u> : Les Saintes (Terre de Haut) ;</p> <p><u>Secteur 9</u> : Les Saintes (Terre de Bas) ;</p> <p><u>Secteur 10</u> : La Désirade ;</p> <p><u>Secteur 11</u> : Saint-Martin ;</p> <p><u>Secteur 12</u> : Saint-Barthélemy</p>	<p><u>Secteur 1</u> : Gosier/Les Abymes/Pointe-à-Pitre (49 pharmacies)</p> <p><u>Secteur 2</u> : Anse Bertrand/Le Moule/Morne-à-L'eau/Petit-Canal/Port-Louis/Sainte-Anne/Saint-François (36 pharmacies)</p> <p><u>Secteur 3</u> : Baie-Mahault/Deshaies/Goyave/Lamentin Petit-Bourg/Pointe-Noire/Sainte-Rose (37 pharmacies).</p> <p><u>Secteur 4</u> : Baillif/BasseTerre/Bouillante/Capesterre/Gourbeyre/Saint-Claude/Trois-Rivières/Vieux-Habitants/Vieux-Fort (31 pharmacies).</p> <p><u>Les îles :</u> Le nombre total de pharmacies est de 21, réparties comme suit :</p> <p><u>Les Saintes</u> : 1 ;</p> <p><u>La Désirade</u> : 1 ;</p> <p><u>Marie-Galante</u> : 5 ;</p> <p><u>Saint-Barthélemy</u> : 3 ;</p> <p><u>Saint-Martin</u> : 11.</p>



PARTICIPATION DES MEDECINS A L'ASTREINTE						
Nombre de médecins	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Secteur 5	Secteur 6
	30	7	14	20	15	12

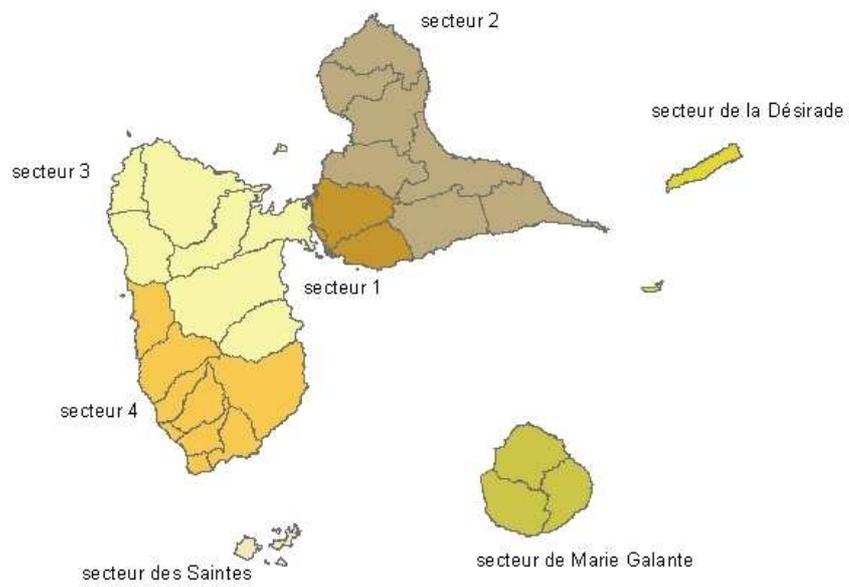
PARTICIPATION DES MEDECINS A L'ASTREINTE						
Nombre de médecins	Terre de Haut	Terre de Bas	Marie-Galante	Désirade	Saint-Barthélemy	Saint-Martin
	2	1	6	1	4	13

A fin 2011, un total de 125 médecins ont participé à la garde sur les 12 secteurs de permanence des soins.

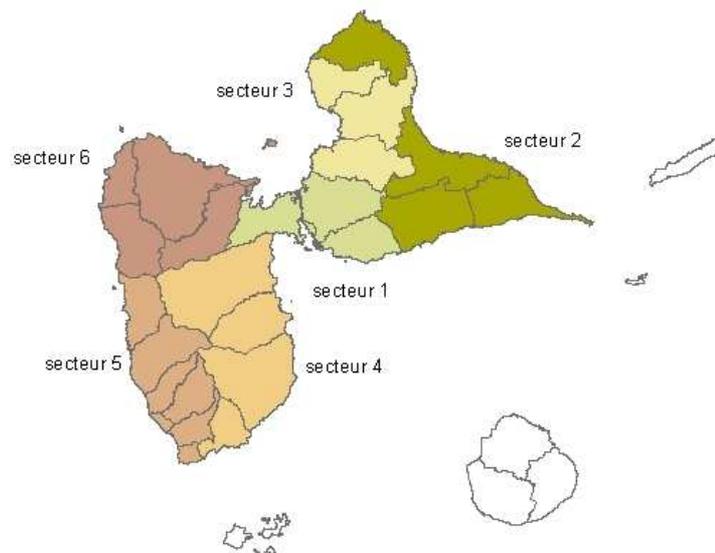
Les plages horaires doivent obligatoirement être celles actuellement définies par la convention médicale, c'est-à-dire pour l'astreinte :

- 1) pour la période de 20 heures à 0 heure ;
- 2) pour la période de 0 heures à 8 heures ; (Cas des îles)
- 3) pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8 heures à 20 heures,
- 4) pour le lundi ouvré de 8 heures à 20 heures lorsqu'il précède un jour férié et pour le vendredi de 8 heures à 20 heures lorsqu'il suit un jour férié ;
- 5) pour les samedis de 12 heures à 20 heures ;
- 6) pour le samedi de 8 heures à 12 heures, lorsqu'il suit un jour férié.

Les secteurs de gardes des pharmacies



Les secteurs de gardes des transports sanitaires



C. Coût de la permanence des soins

Le financement de l'ADGUPS⁴ est assuré sur le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) pour un montant de 401 472 € en 2010. Ce financement comprend le fonctionnement des MMG de 5 des secteurs de garde « continentaux » (fourchette haute 49 425 € pour la MMG3 et fourchette basse de 36 949 € pour la MMG 5) ainsi que la régulation médicale libérale (logiciel, frais généraux, services extérieurs, charges de personnel pour un montant de 189 243 €).

Le financement des gardes et astreintes et de la régulation médicale est jusqu'à ce jour (avant la mise en œuvre du CCR de la PDSA) assuré sous la forme d'un versement direct réalisé par l'Assurance Maladie (Caisse Générale de Sécurité Sociale – CGSS) aux médecins régulateurs et effecteurs.. Ce financement se présente selon deux types de forfaits ainsi versés : le forfait « gardes et astreintes » et le forfait « régulation libérale ».

1. Coût de la régulation

Régulation libérale ADGUPS :

L'avenant du 26 mars 2009 au cahier des charges régional prévoit le développement du télédéportage au bénéfice des médecins régulateurs résidant à distance du site de régulation pour la connexion avec le Centre 15.

Cette régulation est assurée via le logiciel SYPPS dont le coût annuel est de 32 723 € (auquel on peut rajouter le coût de démarrage de 7 000 € en 2008).

En 2009, 333 960 € au titre du forfait « régulation médicale » En 2010, au titre de la régulation, la contribution de la CGSS s'élève à 498 783,78 €.

Les tranches horaires pour la régulation

	Prix unitaire
Lundi au vendredi 14h-22h	3C
Lundi au vendredi 22h-6h	3C
Samedi 12h-21h	3C
Samedi 21h-6h	3C
Dimanche et férié 8h-19h	3C
Dimanche et férié 19h-6h	3C

⁴ ADGUPS : association départementale des gardes, urgences et promotion de la santé

2. Coût des astreintes

En 2009, le montant versé est de 672 850 € au titre du forfait « gardes et astreintes ». En 2010, pour la rémunération des astreintes des médecins libéraux, la CGSS a décaissé 476 060 €.

En 2009, un total de 1 006 810 € a été versé par la CGSS au titre de la PDSA (régulation et gardes et astreintes). En 2010, cette somme s'élevait à 974 843,78 €.

	2009	2010
Régulation	333 960,00	498 783,78
Astreintes	672 850,00	476 060,00
Total	1 006 810,00	974 843,78

Coût des tranches horaires d'astreintes pour la Guadeloupe continentale

Périodes	Prix unitaire €
Nuit 20h-0h	50
Samedi 12-20h	100
Dimanche et férié 8h-20h	150
Lundi précédents jour férié et vendredi suivant jour férié 8h-20h	150
Samedi suivant jour férié 8h-12h	50

Coût des tranches horaires d'astreintes dans les Iles

Périodes	Prix unitaire €
Nuit 20h-8h	150
Samedi 12-20h	100
Dimanche et férié 8h-20h	150
Lundi précédents jour férié et vendredi suivant jour férié 8h-20h	150
Samedi suivant jour férié 8h-12h	50

3. Coût des maisons médicales de garde

Les crédits FIQCS attribués à l'association ADGUPS se sont élevés en moyenne à 412 549€ annuels entre 2007 et 2010. Cette enveloppe a été assez constante dans le temps, et elle n'a pas diminué malgré la fermeture d'une MMG (secteur 2).

L'enveloppe FIQCS 2011 de financement de la PDS s'est élevée à 393 592 € et devait être consommée à 97,5%.

Pour 2012, le budget prévisionnel est de 440 201 €, dont 153 208 € au titre de la régulation. La demande de financement comprend un montant de 9198 euros pour chacun des secteurs et également au titre de la régulation pour une coordination médicale.

Maisons médicales de garde							
Secteur	Secteur 1 Chauvel	Secteur 2	Secteur 3 Moule	Secteur 4 Capesterr e Belle Eau	Secteur 5 Basse- Terre	Secteur 6 Sainte- Rose	Total
Nombre de consultations 2010	3 663	0	6 210	956	509	585	11 923
Montants versés en 2010 ⁵ (en euros)	0		37 068,75	32 064,75	27 711,75	28 295,25	125 140,50
FIQCS/Budget 2011 (en euros)	45 375		49 425	42 753	36 949	37 727	212 229
Budget sollicité pour 2012 (en euros)	82 308	9 198	66 218	73 620	33 268	31 579	296 191

ADGUPS	Montants versés ⁶ 2010	Budget 2011	Demande 2012
FIQCS/Financement de la régulation	139 962	181 363	153 208

4. Coût de la garde ambulancière

En 2010, le versement mensuel d'une indemnité de 346 euros par véhicule dédié à la garde pour chaque période de permanence de 12 heures (samedi, dimanche, jours fériés et nuit de 20h à 8h) a eu un coût global de 327 223,07 €.

5. Coût de la garde des pharmacies

Le coût total des astreintes pharmacie en 2010 s'est élevé à 474 450 € (source CGSS).

⁵ Source CGSS

⁶ Source CGSS

III. Axes d'organisation

A. Article 1 : Définition des territoires de PDSA

La PDSA s'organise désormais sur le territoire régional, divisé en territoires de permanence de soins arrêtés par le Directeur général de l'ARS.

Les territoires actuels de PDSA ont été déterminés par l'arrêté préfectoral n°2006-285 PREF/DSDS du 6 mars 2006 sur la réorganisation du dispositif de la permanence des soins.

Ils peuvent être modifiés en tenant compte:

- du nombre de professionnels participant à la PDSA
- de la localisation des établissements de santé et notamment des services d'urgence ;
- des points fixes de garde, type maisons médicales de garde ;
- des structures existantes (EHPAD).
- des projets existants liés ou non à la permanence des soins (maisons de santé pluri professionnelles, expérimentations soins de ville) ;
- de la garantie de l'accès aux soins non programmés quel que soit le secteur ;
- de la sécurité, notamment, en termes de délai de réponse (prise en compte du temps moyen de déplacement entre le domicile du patient et le lieu de garde), temps d'accès d'une ½ heure à 45 minutes;
- de la mise en cohérence avec les autres secteurs de gardes (garde pharmaceutique notamment). La problématique de la garde ambulancière sera résolue par la mise en place d'une plate-forme de régulation.

La reconfiguration des territoires de PDSA n'a pas pour vocation, sauf circonstances exceptionnelles, de remettre en cause des organisations existantes donnant satisfaction. Mais le rapprochement des secteurs des médecins et des pharmaciens passe par l'un ou l'autre des scénarii suivants :

- Scénario 1 : une reconfiguration des secteurs 4 et 5 de garde médecins vers un seul secteur.
- Scénario 2 : une reconfiguration du secteur 4 de garde pharmacie vers deux secteurs.

Il faudra donc dans un délai de deux ans maximum mettre en œuvre l'un ou l'autre à l'issue des concertations indispensables.

B. Article 2 : Organisation de la régulation médicale des appels

1. Exigences de la réglementation

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente (SAMU). Les médecins libéraux volontaires y participent dans des conditions définies par le présent cahier des charges. Le médecin régulateur décide de la réponse adaptée à la demande de soins.

Les réponses apportées par le médecin régulateur, y compris les prescriptions (médicamenteuses par téléphone), sont soumises à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la santé.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé en dehors des périodes de permanence des soins, si les besoins de la population l'exigent.

2. Objectif de renforcement qualitatif de la régulation échéance de deux ans maximum

- Développement de moyens informatiques : logiciel de gestion des ambulances ;
- Mutualisation de la régulation CHU/ADGUPS avec l'intégration des 4 PARM mis à disposition par l'ADGUPS au site unique de régulation du SAMU/SMUR/Centre 15 situé au CHU ; L'arrêt du financement des rémunérations des permanenciers de l'ADGUPS sur le FIQCS/FIR interviendra à compter de septembre 2012.
- Mise en place d'un permanencier ambulancier pour la régulation des véhicules ;
- Coordination avec les pharmacies : tableau des gardes par secteur et prescription téléphonique codifiée et sécurisée des médicaments (pour les traitements courts d'une durée de 24h à 48h, et s'ils sont conformes aux prescriptions de la Haute Autorité de Santé).
- Réflexion spécifique avec les COM de Saint-Martin et Saint-Barthélemy sur l'optimisation de la régulation dans les Iles du Nord.

3. Objectif de promotion de la régulation et de la garde

Incitation par le CDOM et l'association de régulation libérale à la formation et à la remise à niveau des régulateurs et des professionnels participant à la garde ;

Le dispositif de régulation via le Centre 15, auquel s'adjoint une régulation libérale télé-déportée, doit être pérennisé comme pivot de la permanence des soins à l'échelle du département.

Evaluation des besoins respectifs en effecteurs et en régulateurs libéraux en tenant compte :

- de la sectorisation (un médecin généraliste participe à l'une ou l'autre des activités de régulation ou de garde) ;
- de la nécessité d'utiliser pour la régulation des médecins de terrain ayant une expérience confirmée, eu égard à la complexité ; d'un acte médical à part entière de première ligne, reposant sur la seule écoute du patient en l'absence de tout vis-à-vis.

C. Article 3 : Modalités d'exécution de la garde

1. Principe

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

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

Cette participation est formalisée par une convention entre le médecin et le Directeur général de l'agence régionale de santé, transmise pour avis au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins qui sont volontaires pour participer à cette permanence et l'association de permanence des soins, établissent le tableau de garde pour une durée minimale de trois mois.

La sectorisation (au sens de la configuration des territoires de permanence des soins) tient compte de la disponibilité des médecins de garde, qui doit être appréciée en fonction :

- de l'efficacité de la régulation ;
- du nombre de professionnels volontaires pour la PDSA par rapport à l'offre médicale existante et à l'activité médicale constatée ;
- de leur sollicitation par tranche horaire.

Compte tenu de l'abandon des règles conventionnelles nationales de rémunération de la PDSA, le nombre et la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale (dans les limites définies par arrêté et sur la base d'une enveloppe fermée) sont définis par l'ARS.

2. Etablissement des tableaux de garde

Dans chaque territoire de permanence des soins, un tableau de garde nominatif est établi par l'ADGUPS, association de PDSA délégataire de la mission de service public, pour une durée minimale de trois mois précisant le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes par chaque médecin.

Ce tableau 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.

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, 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.

L'ADGUPS 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.

3. Organisations spécifiques : en nuit profonde

La mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé pour la période 24h-8h dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé. Pour mémoire, un relais assuré par les services d'urgence est déjà en vigueur sur certains secteurs de la Guadeloupe (Guadeloupe « continentale ») pour la période d'astreinte de 24h-8h dite de nuit profonde supprimée depuis 2009.

4. Cas des visites à domicile incompressibles

Les visites à domicile incompressibles restent marginales (en termes de quantité) mais sont très chronophages.

Une organisation spécifique dédiée aux visites à domicile est envisageable sur un territoire regroupant plusieurs secteurs de PDSA.

Une rémunération spécifique est prévue pour ce type de visites, dans la limite d'un plafond défini par arrêté.

5. Perspectives d'évolution sur 5 ans

Compte tenu de l'évolution démographique professionnelle, il s'agit dans un premier temps de consolider les organisations qui fonctionnent, sous réserve de leur efficience, et en parallèle, de mener une réflexion pour aboutir à des solutions compatibles avec la densité des professionnels, le respect du volontariat et les moyens financiers disponibles. L'adaptation du découpage des secteurs devra s'effectuer par étapes, dans la perspective :

- de la garantie de la continuité des soins
- de la régulation des urgences ressenties en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville,
- d'un élargissement des secteurs,
- de la relocalisation, au cas par cas, des maisons médicales de garde pour les adosser à un hôpital, avec un accès préalablement régulé (par le Centre 15 ou par une infirmière d'orientation à l'accueil des urgences doublée d'une sécurité) ;
- de l'articulation des secteurs de garde médecins avec ceux des pharmacies ;
- d'un désengorgement des services d'urgences des centres hospitaliers,
- de la suppression des visites injustifiées.

Les différents types de réponses possibles (visites, consultations au cabinet du médecin de garde, consultations en MMG...) pourront varier ou coexister selon les secteurs et les plages horaires.

Des évolutions sont à envisager pour les maisons médicales de garde dont l'activité est la plus faible :

- MMG de Basse-Terre (en lien avec l'hôpital)
- MMG de Sainte-Rose (évolution en maison de santé pluri-professionnelle MSP)

Pour l'organisation de la réponse aux besoins urgents en soins dentaires, une réponse plus lisible et plus adaptée ainsi qu'une plus grande coordination entre libéraux et hospitaliers sont les objectifs recherchés.

La qualité de la réponse aux besoins de soins dentaires en dehors des heures d'ouverture des cabinets passe aussi par une régulation médicale préalable à définir.

D. Article 4 : Organisation de la PDSA pour le territoire des Iles du Nord

1. CODAMUPS-TS

Les membres d'un Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) spécifique aux Iles du Nord seront désignés, après étude de faisabilité (faisabilité juridique ; représentation des membres).

2. Nuit profonde

Le report de l'activité libérale sur les établissements de santé en nuit profonde deviendra effectif pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy dans l'année qui suivra la publication du présent cahier des charges.

3. Modalités de régulation

Une réflexion sera menée sur la pertinence et la faisabilité d'une régulation hospitalière spécifique aux Iles du Nord.

4. Transports sanitaires

Les moyens des transports sanitaires à Saint-Martin et Saint-Barthélemy seront mis en adéquation par rapport aux problématiques du territoire (route de circulation unique, service de radiologie de l'hôpital de Saint Martin actuellement à distance) et à la coopération envisagée avec Sint Maarten.

E. Article 5 : Tarifs de rémunération de la permanence des soins ambulatoire des médecins

Le montant des rémunérations est fixé :

- Pour la régulation : sur la base de forfait(s) par heure de régulation : Cf. annexe 2.
- Pour la participation à l'astreinte de : Cf. annexe 2.
- Pour les visites à domicile aux horaires de permanence de soins : (nouvelles modalités conventionnelles) Cf annexe 2

Les coûts de rémunérations de participation à la PDSA sont imputés sur l'enveloppe globale du FIR (fonds d'intervention régional) mise en place à compter du 1^{er} mars 2012.

Une revalorisation des tarifs de rémunération ne peut intervenir qu'en fonction de la réduction du nombre des secteurs médecins et de l'amplitude des plages où une garde libérale est maintenue.

L'organisation immédiate est définie à l'article 1 du présent cahier des charges (Définition des territoires de PDSA) et se fonde sur le dispositif en vigueur depuis 2009.

L'organisation à court terme révisera les permanences en nuit profonde sauf dans les îles dépourvues d'un service d'urgence hospitalier.

L'organisation cible à moyen terme devra être définie et mise en place dans un délai maximal de 5 ans après la publication du présent cahier des charges. (Cf. Article 3).

Les tarifs de rémunération de participation à la PDSA sont susceptibles d'évoluer en fonction du rythme des réorganisations.

S'il devait y avoir une modification des tarifs de rémunération de la PDSA, elle entrerait en vigueur au 1^{er} janvier de l'année suivante.

F. Article 6 : Transports sanitaires terrestres et autres modes de transports (voies maritimes et aériennes)

1. Exigences de la réglementation

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

A partir de 2012, le nombre maximum de véhicules par rapport à la population dénombrée par l'INSEE doit être révisé.

2. Organisation des transports sanitaires terrestres pendant les horaires de PDSA

L'organisation des transports sanitaires est l'un des aspects importants du dispositif de la permanence et de la continuité des soins. L'agrément et le contrôle des équipages et véhicules est du ressort de l'ARS.

Actuellement l'ATSU établit le tableau semestriel d'astreinte des ambulanciers et le transmet à l'ARS qui vérifie la couverture du territoire et diffuse le tableau auprès des organismes intéressés. La garde ambulancière se fait sur les créneaux horaires de 20 heures à 8 heures, en semaine. Se rajoutent les tranches 08 heures-20 heures en week-end et jours fériés.

La réflexion doit porter sur la régulation de la réponse ambulancière à l'urgence pré-hospitalière de jour, nuit, week-end et jours fériés, sans augmentation des dépenses de transports.

Un état des lieux des dysfonctionnements constatés (mésusages, situations inappropriées) conduit à la nécessité d'harmoniser en journée des pratiques hétérogènes et de pallier les carences en ambulances aux heures de PDS par :

- L'institution d'une plate-forme de régulation, gérée par les entreprises de transports sanitaires, pour une coordination assurée par un PARM ambulancier, telle que préconisée par le référentiel du 9 avril 2009, élaboré par le comité national des transports sanitaires ;
 - définie dans une convention de fonctionnement entre ARS, centre 15-Samu et professionnels des transports
 - assurant une visibilité permanente de la disponibilité des ambulances en termes de délai d'intervention, de moyens techniques et humains pendant la période de garde et optimisant leur utilisation,
 - permettant la traçabilité de l'activité des ambulanciers avec formalisation de la prise en charge par l'ambulancier, gestion des horaires, suivi opérationnel de l'intervention ;
 - limitant le recours au SDIS via une convention conclue entre le SAMU et le SDIS uniquement pour les situations « de débordement » du dispositif ;
- Le développement des modes alternatifs de transports (type taxis, VSL, covoiturage, TPMR) avec le concours des collectivités locales.

3. Transports maritimes et aériens

Pour les urgences non vitales, la signature de conventions avec les compagnies de transports maritimes dans le cadre des transferts inter-îles est à privilégier dans les cas où les transports ne relèvent pas de l'usage des lignes régulières aux heures habituelles de fonctionnement.

Les transports hélicoptérés et aériens entre les îles de l'archipel et les établissements de soins sont traités dans le cadre de Schéma Régional d'Organisation des Soins, volet hospitalier.

G. Article 7 : Communication régionale sur la prise en charge des demandes de soins non programmés

Le dispositif de communication sur l'organisation de l'offre de soins, prévoit une information :

- De la population sur l'organisation de la permanence des soins par territoire et la bonne utilisation des différents dispositifs (y compris des transports sanitaires) ;
- Des services de l'Etat, Collectivités, associations sportives sur les missions des acteurs des urgences (régulateur, médecin effecteur, SDIS, SAMU ...) ;
- des médecins libéraux concernant l'organisation pendant leur absence de la prise en charge des patients par un confrère ou un remplaçant, et non pas par un renvoi sur leur répondeur téléphonique au Centre 15.

En annexe 4 au présent cahier des charges figure un vade-mecum sur le bon usage de la permanence des soins.

H. Article 8 : Suivi et évaluation

Le présent cahier des charges régional définit des indicateurs de suivi et les conditions d'évaluation du dispositif de la PDSA.

La commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence de la santé et de l'autonomie et le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) sont informés des incidents (défaut de participation volontaire, difficultés d'orientation..) et contribuent à l'évaluation de l'efficacité du dispositif.

Les données collectées doivent porter tout particulièrement sur :

1. Le suivi du dispositif de PDSA

Le fonctionnement de la régulation (nombre de médecins participants, nombre d'actes régulés en fonction des tranches horaires, suites données), à partir des données de l'association de régulation libérale, des données du Centre 15 et de la CGSS (effectivité de la régulation préalable à tout acte, participation réelle des médecins inscrits au tableau de garde, en fonction des tranches horaires et des périodes). Ces données sont adressées à l'ARS chaque trimestre.

En annexe 3 : les actes régulés en 2010 (Données CGSS cartographiées)

La coopération et la complémentarité ville-ES : report sur les services d'urgence, participation des médecins généralistes et des chirurgiens-dentistes et éventuels dysfonctionnements constatés sur la tranche horaire 20h-24h, pendant les périodes week-ends et jours fériés ; coordination MMG/ services d'urgence en se fondant sur les données à fournir annuellement par le SAMU, l'ADGUPS et les maisons médicales de garde ; nombre de passages aux urgences aux horaires de la PDSA (source établissements) ;

Bilan des visites à domicile incompressibles : nombres d'actes en moyenne par semaine, week-ends et jours fériés, bilan de l'activité du dispositif spécifique mobile ;

Fonctionnement des transports sanitaires : Données d'activités de la plate-forme ambulancière une fois mise en service, carences constatées, état de la coordination ambulancière à partir des données des SAMU notamment, bilan de la fluidité en termes de disponibilité des véhicules ; résultats des contrôles sur les véhicules et les équipages ;

Coût global de la PDSA et par poste (régulation, exécution de la permanence, visites à domicile incompressibles), évolution du coût de l'année n par rapport à l'année n-1 ;

Dénombrement des plaintes des patients, fourni annuellement par l'ARS ;

En lien avec la CGSS, est assuré un suivi de la liquidation du nouveau dispositif de rémunération des médecins participant à la PDSA.

2. Le suivi du fonctionnement par MMG

- Indicateurs d'activités
 - Nombre de jours d'ouverture par MMG
 - Nombre de participations à l'astreinte des médecins au sein des MMG
 - Nombre total de personnes vues en consultations à la MMG
- Indicateurs de régulation de l'accès aux MMG
 - Nombre de personnes venues à la MMG via la régulation de la PDS
 - Nombre de personnes venues à la MMG en accès direct (hors régulation préalable)
 - Nombre de personnes venues à la MMG après réorientation par un service d'urgences
- Indicateur de réponse aux consultations non programmées
 - Nombre de patients retournant à leur domicile après consultation
 - Nombre de patients réorientés vers une structure d'urgence
 - Nombre d'actes réalisés par le médecin de garde à la MMG

Le principe d'une évaluation régulière des MMG est retenu. Elle a lieu sur la base des données fournies trimestriellement par l'ADGUPS à l'ARS.

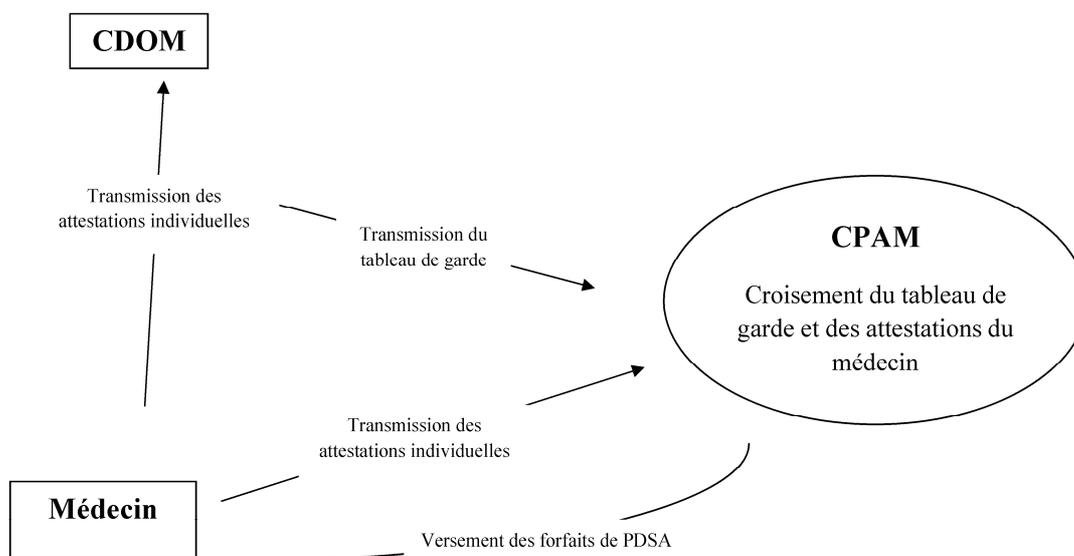
Conclusion

Le présent cahier des charges a vocation à être actualisé régulièrement en fonction du résultat des évaluations conduites.

IV. ANNEXES

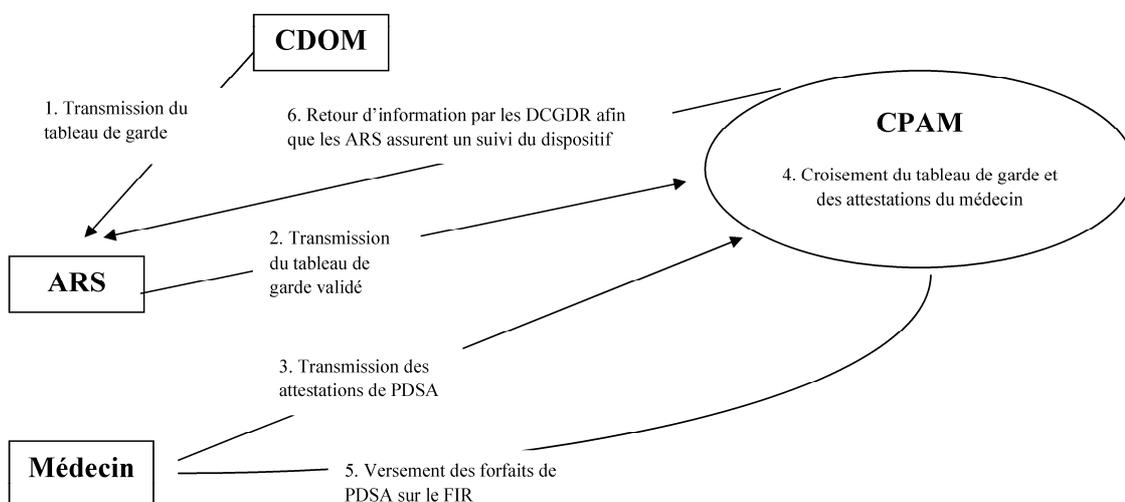
Annexe 1 : Circuits de financement des forfaits

1. Circuit actuel de paiement des forfaits de PDSA : Le dispositif conventionnel piloté par l'assurance maladie



Pour le circuit de liquidation de la Guadeloupe, remplacer CDOM par ADGUPS et CPAM par CGSS.

2. Futur circuit de paiement de PDSA : dispositif réformé piloté par les ARS



Annexe 2 : Grille de rémunération des médecins participant à la PDSA en Guadeloupe

Tableau 1 : Les tranches horaires pour la régulation

	Prix unitaire
Lundi au vendredi 14h-22h	3C
Lundi au vendredi 22h-06h	3C
Samedi 12h-21h	3C
Samedi 21h-06h	3C
Dimanche et férié 8h-19h	3C
Dimanche et férié 19h-06h	3C

C : tarif conventionnel de la consultation du médecin généraliste en secteur 1

Tableau 2 : Coût des tranches horaires d'astreintes pour la Guadeloupe continentale

Périodes	Prix unitaire
Nuits 20h-00h	50
Samedis 12-20h	100
Dimanches et fériés 8h-20h	150
Lundis précédant férié et vendredis suivants jour férié 08h-20h	150
Samedis suivants jour férié 8h-12h	50

Tableau 3 : Coût des tranches horaires d'astreintes dans les Iles

(Hors Saint-Martin et Saint-Barthélemy : suppression de la nuit profonde dès mise en œuvre du présent cahier des charges de la PDSA)

Périodes	Prix unitaire
Nuits 20h-00h	150
Samedis 12-20h	100
Dimanches et fériés 8h-20h	150
Lundis précédant férié et vendredis suivants jour férié 08h-20h	150
Samedis suivants jour férié 8h-12h	50

- Pour les visites à domicile aux horaires de permanence de soins : (nouvelles modalités conventionnelles)

Les visites régulées : si le médecin est inscrit sur les listes de garde selon le cahier des charges de la permanence des soins.

Samedi après midi et ponts (si arrêté préfectoral) : **VS ou V (23 €) + VRD (30 €) = 53 €**

Dimanche et Jours fériés : **VS ou V (23 €) + VRD (30 €) = 53 €**

Nuit de 20h à 24h et de 6h à 8h : **V ou VS (23 €) + VRN (46 €) = 69 €**
Nuit profonde de 0h à 6h “nouveau tarif” applicable au 27/03/2012 :
V ou VS (23 €) + VRM (59,50 €) = 82,50 €

Les visites non régulées : dans tous les autres cas.

Samedi après-midi, Dimanche et Jours fériés : **VS ou V (23 €) + MDD (22,60 €) = 45,60 €**

Nuit de 20h à 24h et de 6h à 8h : **V ou VS (23 €) + MDN (38,50 €) = 61,50 €**

Nuit profonde de 0h à 6h : **V ou VS (23 €) + MDI (43,50 €) = 66,50 €**

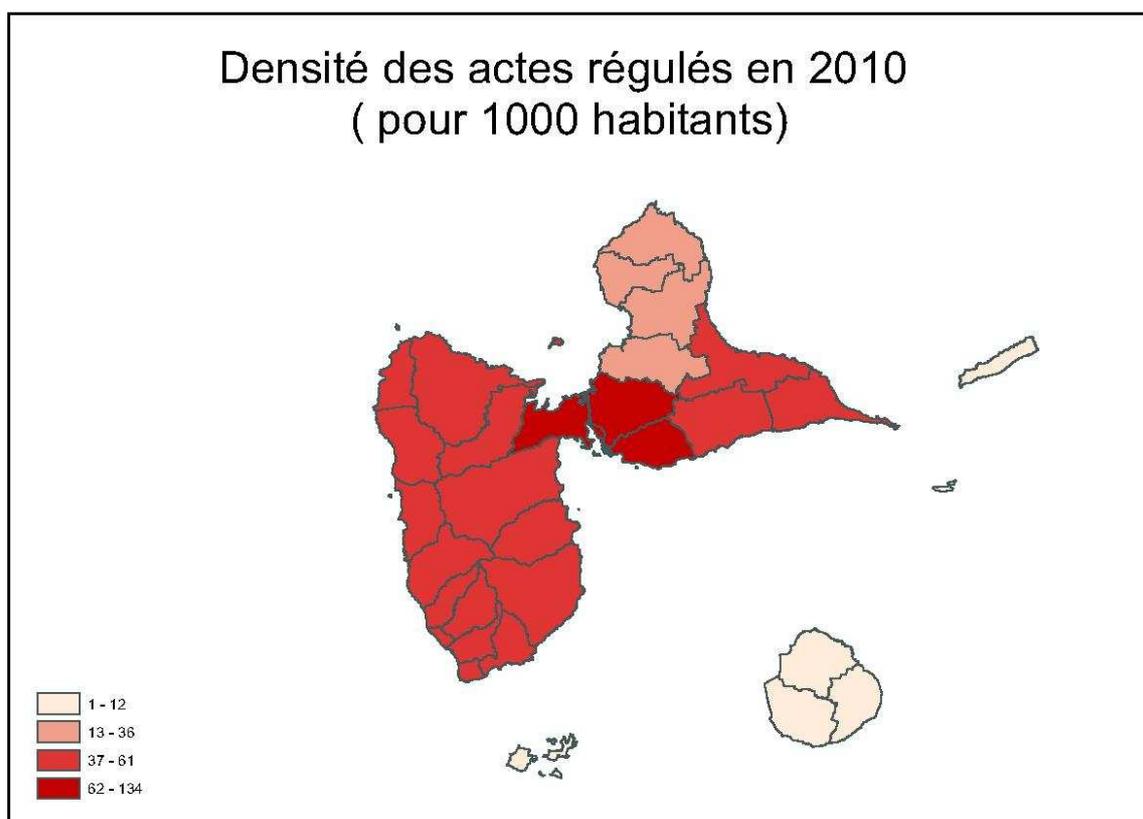
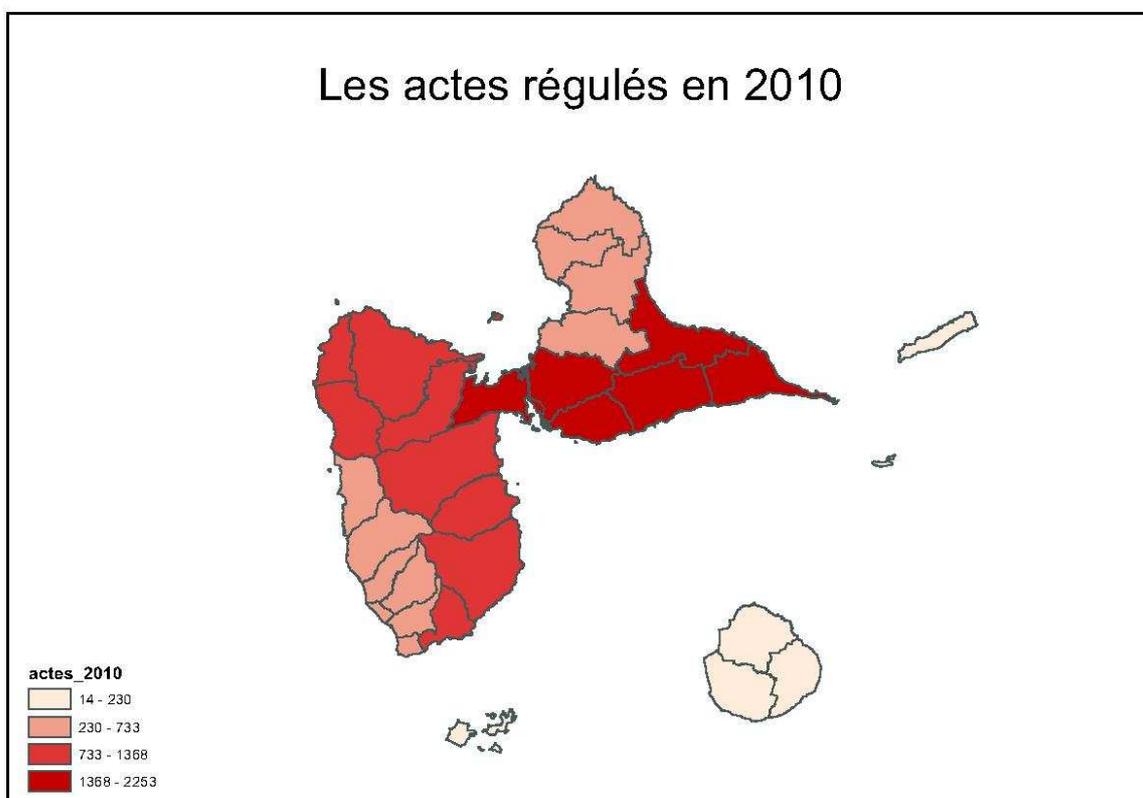
Les cotations MNO (nourrisson 0-24 mois) et MGE (jeune enfant 2-6 ans) se rajoutent au tarif des visites à domicile dans le cadre de la permanence de soins (régulées ou non).

La VL - La visite à domicile aux patients atteints de maladies neuro-dégénératives (à compter du 27/03/12): visite longue au domicile d'un patient en Affection de Longue Durée pour pathologie neuro-dégénérative identifiée, en particulier la maladie d'Alzheimer et la maladie de Parkinson.

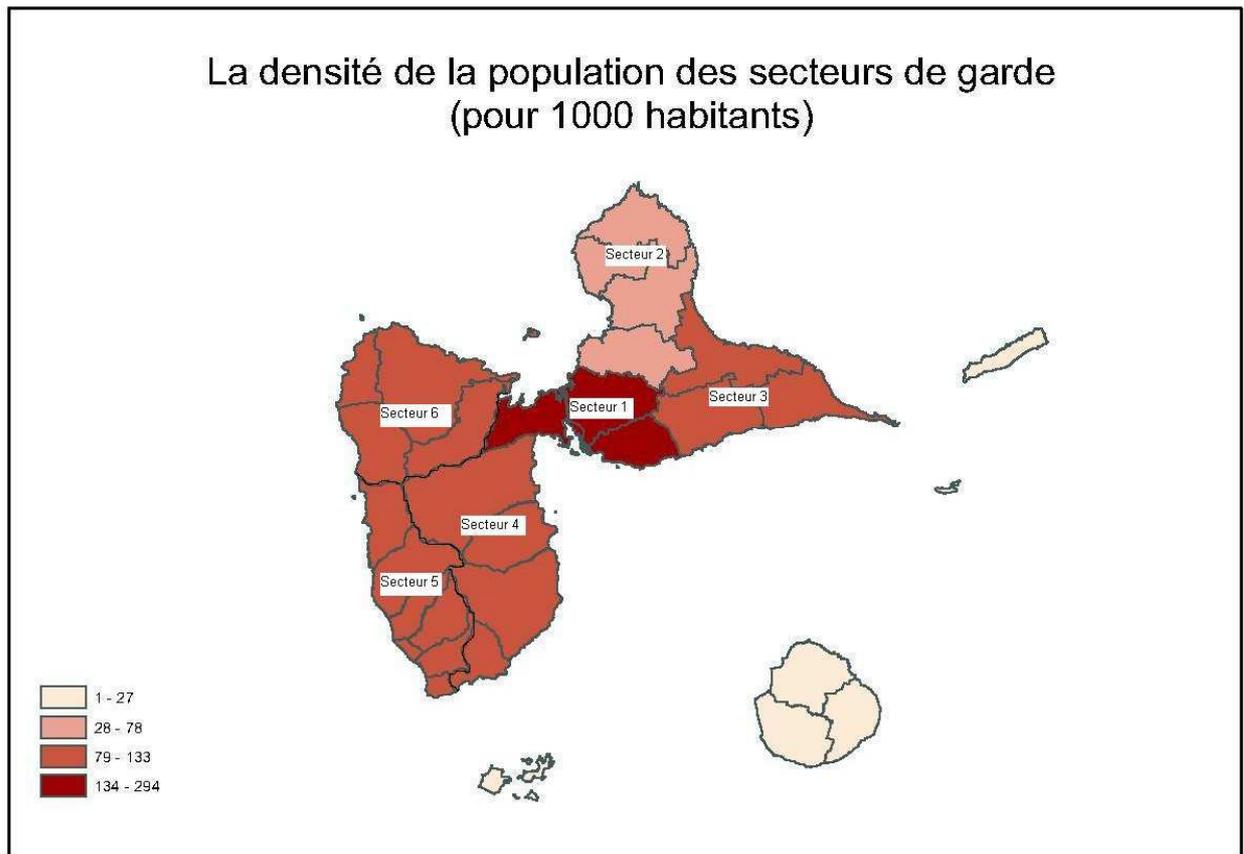
Sa fréquence : elle peut être tarifée une fois par an, et plus en cas de modification de l'état de santé du patient ou de son environnement qui nécessite une réévaluation de l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place.

V ou VS : Visite ; **MD** : Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée

Annexe 3 : Cartographie des actes régulés



La densité de la population des secteurs de garde (pour 1000 habitants)



Annexe 4 : Vade-mecum sur le bon usage de la permanence des soins

Le bon usage de la permanence des soins⁷

- **Savoir utiliser vos ressources de santé en dehors des heures de présence de votre médecin traitant ;**
- **Rôle informatif du médecin traitant.**

 Les horaires de la permanence des soins sont les suivantes :

Pour la Guadeloupe dite continentale :

Nuits 20h-00h

Samedis 12-20h

Dimanches et fériés 8h-00h

Lundis précédents un jour férié et vendredis suivants un jour férié
08h-20h

Samedis suivants un jour férié 8h-20h

Pour les îles :

Nuits 20h-8h

Samedis 12h-20h

Dimanches et fériés 08h-08h

Lundis précédents un jour férié et vendredis
suivants un jour férié 08-20h

Samedi suivants un jour férié 8h-20h

 Pour qu'une réponse médicale vous soit apportée le plus rapidement possible :

- Ne vous déplacez pas !
- Composez le 15.
- Le médecin régulateur à votre écoute établira avec vous la démarche de soin adaptée à votre cas ou vous délivrera simplement le conseil que vous souhaitez.

 Pour améliorer votre sécurité et votre confort :

- N'attendez pas la nuit ou le week-end pour vous faire soigner
- Vos symptômes vous inquiètent mais vous pensez pouvoir attendre pour consulter ?
- Le médecin régulateur vous conseillera sur la conduite à tenir : un avis médical vous évitera de négliger une maladie grave ou de surévaluer une maladie bénigne.

⁷ Extraits de http://www.medecindegarde11.fr/?page_id=231 et autres documents de Rhône-Alpes, Vaucluse...

- Pourquoi subir une longue attente inutile aux urgences de votre hôpital ?
 - Un conseil, l'orientation vers votre médecin de garde vous seront proposés si votre état de santé ne justifie pas une prise en charge hospitalière.
 - Les pharmacies de garde sont communiquées par voie d'affichage dans les pharmacies, dans votre quotidien régional et via le numéro d'appel 3237 « résogardes ».
 - Quand la médication peut attendre le lendemain, l'usage de votre « boîte de médicaments » domestique vous évitera de longs trajets pour recourir à la pharmacie de garde.
- ✚ Pour utiliser de façon citoyenne la permanence des soins :
- Le recours abusif aux urgences hospitalières nuit à leurs missions :
 - L'équipe médicale obligée de prendre en charge un simple rhume ne pourra pas se mobiliser pour la prise en charge des patients beaucoup plus graves qui, eux, relèvent de sa compétence.
 - C'est à chacun de nous de prendre soin de notre système de santé : Prenons les bonnes habitudes et les bons réflexes.
- ✚ N'appellez le Centre 15 et la permanence téléphonique libérale (05 90 90 13 13) qu'à bon escient :
- Votre médecin traitant est là pour vous soigner et vous conseiller :
 - Mieux que quiconque, il connaît votre cas et demeure le professionnel le plus à même de répondre à toutes vos questions de santé ne nécessitant pas de prise en charge immédiate.
 - Votre médecin traitant est en situation privilégiée pour vous informer sur le bon recours aux soins, en évoquant avec eux les bonnes attitudes, en dehors des situations d'urgence anxiogènes.
 - Le médecin régulateur du Centre 15 est là pour vous aider et vous orienter dans les situations devant être prises en charge dans de brefs délais :
 - Ne faites appel à lui que dans ce type de situations afin de ne pas embouteiller ce service essentiel.
 - Après régulation, pour se rendre aux maisons médicales de garde MMG (point fixe de garde où consulte le médecin de garde aux horaires de permanence des soins):

Maison Médicale de Garde secteur1 Pointe-à-Pitre/Abymes/Gosier/Baie-Mahault	129 route de Chauvel 97139 Abymes, face au CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes
Maison Médicale de Garde Secteur 3 Sainte Anne/St François/Le Moule	Zone artisanale de Damencourt à Moule 97160

Maison Médicale de Garde Secteur 4 Petit-Bourg/Goyage/Capesterre B.E/ Trois-Rivières	Rue Joliot CURIE à Capesterre Belle-Eau 97130
Maison Médicale de Garde Secteur 5 Gourbeyre/Vieux-Fort/Basse-Terre/St- Claude/Baillif/Vx-Habitant/Bouillante	Enceinte du Centre Hospitalier de Basse- Terre 97100, à côté de l'IRM
Maison Médicale de Garde Secteur 6 Pointe-Noire/Deshaies/St Rose/Lamentin	Bourg de Sainte rose, à la cité des fonctionnaires 97115 Sainte-Rose

Localisation des maisons médicales de garde

