

Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires de la région Franche-Comté

■ DEFINITION DE LA PERMANENCE DES SOINS

La mission de permanence des soins (PDS) ambulatoire est une mission de service public, elle a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et des centres de santé (article L.6315-1 du Code de la Santé Publique).

Elle est assurée aux horaires suivants :

- tous les jours de 20h à 8h
- les samedis de 12h à 20h,
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h,
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi à partir de 8h lorsqu'ils suivent un jour férié.

A cette fin, la région est divisée en territoires de permanence des soins dont les limites sont arrêtées par le Directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

La permanence des soins est assurée par des médecins libéraux ou salariés 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.

Conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, la mission de permanence des soins est assurée en collaboration avec les établissements de santé.

■ ORGANISATION GENERALE DE LA PERMANENCE DES SOINS

● La régulation des appels

La régulation des appels de la permanence des soins en médecine ambulatoire est organisée et assurée par l'Association Comtoise de Régulation Libérale (ACORELI), association régie par la loi de 1901.

L'ACORELI est chargée d'établir les tableaux de présence des médecins régulateurs aux horaires de permanence des soins.

Une convention établie entre l'ACORELI et l'ARS précise le fonctionnement de la régulation libérale, les moyens mis à sa disposition, ainsi que la méthode d'évaluation permettant d'adapter ces derniers à l'activité réalisée.

Dans toute la région, la régulation libérale est accessible par téléphone au numéro 39 66.

Le transfert d'un appel de l'ACORELI vers le SAMU - centre 15 du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Besançon ou inversement, du SAMU - centre 15 du CHRU vers l'ACORELI, est possible lorsque l'assistant de régulation médicale (ARM) ou le médecin régulateur de l'un ou de l'autre des deux dispositifs l'estime nécessaire.

Cette organisation doit garantir aux patients une réponse médicale adaptée à leur questionnement ou à leur problème de santé et leur permettre d'être orientés le cas échéant vers la bonne filière de prise en charge.

Conformément à l'article 6315-3 du code de la santé publique, l'accès au médecin de permanence se fait après régulation téléphonique préalable aussi bien par un médecin régulateur de l'ACORELI que par un médecin régulateur de l'aide médicale urgente.

Pour les départements du Doubs, du Jura et de la Haute-Saône (ainsi que pour le Territoire de Belfort, pour la période minuit-8h) la régulation libérale des appels par l'ACORELI est effectuée dans les locaux du SAMU - centre 15 du CHRU de Besançon.

Dans le territoire de permanence des soins de Besançon, l'accès au médecin de permanence est également assuré par le numéro du centre d'appel médical de l'association SOS médecins, le 36 24, interconnecté au SAMU – centre 15 et sous convention avec le CHRU (convention du 31/05/2007 et avenant² du 18 juillet 2012) conformément à l'article R 6315-3 du décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010. L'interconnexion et les transferts d'appels entre l'ACORELI et SOS médecins sont régis par une convention signée le 21 septembre 2007.

L'association SOS Médecins Besançon gère ses propres appels de PDS.

Pour le département du Territoire de Belfort, la régulation libérale des appels est effectuée par l'ACORELI, dans les locaux du SAMU - centre 15 du Centre Hospitalier de Belfort – Montbéliard (CHBM) – site de Belfort pour les périodes suivantes :

- du lundi au vendredi de 20h à minuit,
- le samedi de 12 h à minuit,
- les dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

Lorsque la régulation régionale du centre 15 sera effectuée sur le site de la plateforme bisontine, l'ACORELI-Besançon régulera seule l'ensemble des appels régionaux de permanence des soins ambulatoires sur l'intégralité des créneaux de cette dernière.

La régulation libérale ACORELI est interconnectée avec le centre de réception et de régulation des appels du SAMU - centre 15 du CHBM – site de Belfort.

Les modalités d'organisation font l'objet d'une convention entre le CHBM - site de Belfort - gestionnaire du SAMU - centre 15 et l'ACORELI.

• Rôle du médecin régulateur

Le médecin régulateur décide de la réponse la mieux adaptée à la demande de soins, qui peut être :

- un conseil médical pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse téléphonique, d'une durée limitée et non renouvelable. Cette prescription doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute autorité de santé en février 2009. Lorsqu'elle donne lieu à l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci doit être adressée signée, par courriel sécurisé ou télécopie, par le médecin régulateur à une pharmacie¹,

- l'orientation du patient vers toute structure assurant la prise en charge des soins non programmés (point fixe de garde ou cabinet médical du médecin d'astreinte ou service des urgences), y compris le déclenchement d'un transport nécessaire au déplacement de la personne vers une structure d'urgence, en concertation avec l'aide médicale urgente,

- le déclenchement de l'intervention d'un effecteur médical sur place,

- le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'aide médicale urgente.

Les appels traités, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur, sont soumis à une obligation de traçabilité détaillée dans 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.

¹ Le dispositif resogardes (<http://www.resogardes.com/index.php>) permet aux médecins régulateurs d'avoir accès aux coordonnées des trois pharmacies de garde les plus proches.

Pour exercer leur mission, les médecins régulateurs doivent disposer :

- des tableaux de garde des médecins effecteurs des territoires de permanence des soins, avec leurs noms, adresses d'exercice et coordonnées téléphoniques fiables et toutes informations susceptibles d'optimiser la prise en charge du patient. Toute modification de ces tableaux doit être portée, sans délai, à la connaissance de l'ACORELI, du centre 15 et des conseils départementaux de l'ordre des médecins concernés,
- des tableaux de garde des pharmacies,
- des tableaux de garde des chirurgiens dentistes (la permanence des soins dentaire fait l'objet d'un cahier des charges spécifique)

- La rémunération des médecins régulateurs

La rémunération forfaitaire versée aux médecins régulateurs libéraux de l'ACORELI est au minimum de 70 euros de l'heure (article 2 de l'arrêté du 20 avril 2011). Son montant est précisé dans la convention ARS-ACORELI.

- Le dimensionnement de la régulation

Le nombre de médecins régulateurs libéraux présents aux différentes plages horaires est détaillé dans la convention ARS-ACORELI. Il doit tenir compte du nombre d'appels moyen par plage horaire. Un renforcement peut être envisagé pour ajuster le dispositif, en fonction d'une situation sanitaire particulière, soit à titre préventif, soit en fonction d'indicateurs mettant en évidence un besoin. La décision de renforcer le nombre de médecins régulateurs pendant les périodes de permanence des soins est conforme aux modalités décrites dans la convention ARS - ACORELI.

• L'organisation des territoires de permanence des soins

• Les territoires, les horaires de permanence des soins et les modalités d'organisation de l'effectif

L'ARS détermine les territoires de permanence des soins dont certains interdépartementaux en fonction des besoins de la population et de l'offre médicale. L'annexe 2 détaille, par département, la composition communale de ces derniers.

Le nombre de médecins effecteurs par territoire (au minimum de 1) est précisé dans l'annexe 1 de ce cahier des charges.

Concernant les horaires, en Franche-Comté, la PDS est organisée sur l'ensemble des créneaux :

- La régulation libérale assure une réponse sur l'ensemble des créneaux de PDSA.
- En revanche, à compter de l'entrée en vigueur de ce cahier des charges, l'effectif n'est plus assuré sur le créneau minuit - 8h sauf :
 - . **sur les territoires dont plus de la moitié des communes les composants sont situées à plus de 30 minutes d'un services d'accueil des urgences (listés en annexe 1),**
 - . **sur les zones urbaines densément peuplées (listées en annexe 1),**

Au sein de ces territoires (précisés en annexe 1), une réflexion associant les acteurs locaux de la PDSA, le conseil de l'Ordre concerné, l'AMU et l'Agence régionale de santé, sera menée de septembre 2015 à avril 2016 afin d'identifier et de proposer des organisations efficaces répondant de façon optimale aux demandes de soins non programmées mais aussi aux demandes de soins relevant de l'aide médicale urgente (médecins correspondants SAMU). Leurs mises en œuvre sur les différents territoires de PDSA concernés feront l'objet d'avenants à ce cahier des charges.

En l'absence de propositions d'évolution de l'organisation actuelle de la permanence des soins sur ces territoires en avril 2016, l'effectif sera susceptible d'être arrêté sur le créneau minuit – 8H après qu'une évaluation de l'activité d'effectif par territoire ait été menée. Le cas échéant, l'arrêt de l'effectif sur ce créneau sur les territoires de PDSA concernés fera l'objet d'avenant à ce cahier des charges.

En cas de situation sanitaire particulière, à titre préventif ou en présence d'indicateurs montrant un besoin particulier, le nombre d'effecteurs peut être augmenté, en accord avec l'ARS.

La déclinaison du cahier des charges régional par département figure en annexe 1.

• La mutualisation entre les secteurs ambulatoire et hospitalier

Conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique, en fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existante, la mission de permanence des soins peut être assurée par les établissements de santé, en relais de la médecine libérale. La permanence des soins en établissement de santé est organisée dans le cadre d'un schéma cible arrêté le 31 janvier 2013.

Dans les territoires dépourvus de médecins de garde en période de nuit profonde (de minuit à 8h), la coordination entre les médecins régulateurs de la PDS et de l'aide médicale urgente doit faire l'objet d'un protocole décrivant les modalités d'envoi d'ambulance.

- Elaboration du tableau de garde des astreintes et de la régulation

Dans chaque territoire de permanence des soins, les médecins participant à la permanence des soins et les associations de permanence des soins établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois.

Ce tableau précise :

- les coordonnées de l'effecteur,
- les modalités et le lieu de prise de garde.

Il est transmis, au plus tard quarante-cinq jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) concerné. Ce dernier vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

Toute modification de ce tableau est communiquée au CDOM dans les plus brefs délais. Si le médecin intervient dans le cadre d'une association de permanence de soins, celle-ci communique au conseil départemental et met à jour régulièrement la liste nominative des médecins susceptibles de participer à cette permanence au titre de l'association.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le conseil départemental :

- au Directeur général de l'agence régionale de santé,
- au Préfet de département,
- aux services d'aide médicale urgente,
- aux médecins et associations de permanence des soins concernés,
- aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM),
- aux organisations représentatives des pharmaciens.

Toute modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais à l'ACORELI, au SAMU-Centre 15 ainsi qu'au conseil départemental de l'ordre des médecins et à la CPAM concernés.

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 de l'Ordre la liste nominative, par tranche horaire, des médecins qui ont effectivement assuré la permanence des soins sur le territoire.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, celui-ci, en vue de compléter le tableau de garde, sollicite l'avis de l'union régionale des professionnels de santé (URPS) représentant les médecins, des représentants des médecins des centres de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de garde reste incomplet, le conseil départemental de l'ordre des médecins adresse un rapport au Directeur général de l'agence régionale de santé. Ce rapport fait état des avis recueillis et dresse la liste des médecins susceptibles d'exercer la permanence des soins, dont l'adresse et les coordonnées téléphoniques professionnelles sont précisées.

Le Directeur général de l'agence régionale de santé communique ces éléments au Préfet de département, afin que celui-ci procède, le cas échéant, à des réquisitions.

Lorsqu'un médecin initialement mentionné dans le tableau de permanence ne peut finalement assurer son obligation de permanence au jour prévu, il lui incombe d'effectuer la recherche d'un remplaçant. Il doit signaler ce remplacement le plus tôt possible au SAMU - centre 15, à l'ACORELI, de la personne chargée de l'élaboration du tableau de son secteur et au conseil départemental de l'ordre des médecins qui valide la modification et veille à transmettre le tableau départemental de permanence modifié à tous les acteurs concernés.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Le Directeur général de l'agence régionale de santé peut demander au conseil départemental de l'ordre des médecins la liste des médecins exemptés² et la communiquer au Préfet de département.

Afin d'optimiser les délais de vérification et de validation des tableaux de garde par les conseils de l'Ordre et l'ARS avant transmission aux CPAM, l'utilisation d'un même logiciel de gestion des gardes dans la région est fortement recommandé.

- La rémunération des médecins effecteurs

Les montants forfaitaires de rémunération des plages de garde sont établis en utilisant comme base le tarif fixé à l'article 2 de l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Ils s'établissent comme suit :

Pour les effecteurs :

- le soir de 20h à minuit : 50 euros
- le samedi de 12h à 20h : 100 euros
- le dimanche de 8h à 20 h : 150 euros
- le lundi ouvré de 8h à 20h, lorsqu'il précède un jour férié, et le vendredi de 8h à 20h, lorsqu'il suit un jour férié : 150 euros
- le samedi de 8h à 12h lorsqu'il suit un jour férié : 50 euros
- la nuit de minuit à 8h : 100 euros jusqu'à l'échéance du 30 avril 2016, pour les territoires listés en annexe 1 et en attente d'évolutions organisationnelles (cf Les territoires, les horaires de permanence des soins et les modalités d'organisation de l'effectif).

Pour l'équipe mobile du territoire de Belfort (voir la déclinaison départementale en annexe) :

- la nuit de minuit à 8h : 250 euros jusqu'à l'échéance du 30 avril 2016, pour les territoires listés en annexe 1 et en attente d'évolutions organisationnelles (cf Les territoires, les horaires de permanence des soins et les modalités d'organisation de l'effectif).

Les rémunérations appliquées doivent être compatibles avec le montant de l'enveloppe déléguée.

A la rémunération forfaitaire de la garde s'ajoutent la rémunération des actes médicaux réalisés par le médecin ainsi que les indemnités kilométriques dans le respect des dispositions conventionnelles en vigueur.

Les médecins qui participent à la permanence des soins doivent respecter les tarifs conventionnels du secteur 1 pour les actes qu'ils accomplissent.

La nouvelle convention médicale signée le 13 juillet 2011, parue au JO le 26 septembre 2011, instaure le tiers payant social, permettant à tous les médecins effecteurs de la permanence des soins de l'appliquer s'ils le jugent utile. Ainsi, au sein des maisons médicales de garde, les patients qui le demandent doivent pouvoir bénéficier du tiers payant sur la partie des actes pris en charge par l'assurance maladie.

² Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins.
Version soumise à avis du cahier des charges régional de la permanence des soins 2015 • 19 juin 2015

- **Autres dispositifs de garde**

- La garde pharmaceutique

Un service de garde pharmaceutique est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des horaires d'ouverture généralement pratiqués par les officines dans une zone déterminée. L'organisation des services de garde est gérée par les organisations représentatives de la profession dans les départements.

Chaque département est découpé en zones de garde pharmaceutique correspondant aux besoins de la population. Le numéro de téléphone 32 37 ou le site internet <http://www.3237.fr/> permet de connaître les 3 pharmacies de garde les plus proches.

Tout doit être mis en œuvre afin que la permanence des soins médicale et la garde pharmaceutique soient cohérentes et minimisent les déplacements des patients.

- La garde ambulancière

La garde ambulancière ne fait pas partie du dispositif de permanence des soins mais peut y contribuer en coordination avec l'aide médicale urgente.

Une plateforme régionale de transports sanitaires fonctionne, depuis janvier 2014, sur les périodes de garde (toutes les nuits de 20 heures à 8 heures, les samedis, dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures) afin d'optimiser l'organisation des transports en ambulance, réduire les délais d'intervention auprès des patients et diminuer le nombre de carences ambulancières.

La plateforme centralise les demandes des établissements en transports post-hospitaliers en période de garde (via un numéro unique), recherche une ambulance disponible dans les meilleurs délais, assure les transports post-hospitaliers sans amoindrir l'efficacité de la réponse ambulancière aux besoins liés à l'urgence pré-hospitalière et améliore donc les délais de prise en charge.

- La garde des chirurgiens dentistes

Dans tous les départements, une garde des chirurgiens dentistes est organisée le matin des dimanches et des jours fériés. Un cahier des charges, ad hoc, décrit cette dernière.

■ Modalités d'évaluation

L'organisation de la permanence des soins fait l'objet d'une évaluation annuelle, afin de vérifier que son fonctionnement est adapté et efficient.

L'évaluation permet d'apporter les adaptations nécessaires au dispositif et à l'évolution des besoins de soins non programmés et de l'offre de soins.

L'évaluation porte notamment sur les éléments suivants : sectorisation, régulation, tableau de permanence, articulation entre le système de permanence des soins et les autres modalités de réponse aux demandes de soins non programmés, mais aussi sur des aspects financiers.

Concernant l'évaluation spécifique des territoires sur lesquels la nuit profonde a été maintenue, elle s'appuiera sur l'évolution de l'activité de permanence des soins de ces derniers.

• Indicateurs de suivi

Afin de réaliser l'évaluation du dispositif, les indicateurs suivants sont recueillis périodiquement et transmis à l'agence régionale de santé, qui en assure la synthèse.

Indicateurs	Responsable du recueil
Suivi de la consommation régionale de l'enveloppe dédiée à la PDS	ARS / assurance maladie
Nombre d'actes (consultations, visites) réalisés en soirée, en nuit profonde, les week end et les jours fériés, par territoire, rapporté à l'effectif de la population	ARS / assurance maladie
Nombre d'actes régulés par l'ACORELI et d'actes non régulés par l'ACORELI	ARS / assurance maladie
Nombre de sollicitations par les CDOM de l'avis de l'URPS pour absence ou insuffisance de médecins effecteurs	CDOM – URPS médecins
Nombre de réquisitions	ARS
Nombre de médecins effecteurs rapporté au nombre de médecins généralistes installés non exemptés	CDOM
Nombre d'actes effectués en maisons médicales de garde (MMG) et points fixes de consultations par période (week end- semaine)	MMG et points fixes de consultations
Nombre de passages dans les services d'urgence des établissements situés sur des territoires où l'effectif de la PDSA s'arrête à minuit	Services d'urgence des territoires concernés CIRE
Nombre de patients réorientés des MMG vers les services d'urgence	MMG et services d'urgence

Nombre de patients réorientés des services d'urgence vers les MMG	MMG et services d'urgence
---	---------------------------

Indicateurs	Responsable du recueil
Nombre d'incidents relevés	CDOM ACORELI Services des urgences
Nombre d'appels total reçus au 39 66 par département	ACORELI
Nombre de régulateurs mobilisés par tranches horaires	ACORELI
Nombre d'appels traités par heure par les ARM selon les tranches horaires	ACORELI Centre 15
Nombre d'appels traités par heure par les médecins régulateurs selon les tranches horaires	ACORELI
Nombre de conseils téléphoniques donnés par l'ACORELI	ACORELI
Nombre de décisions de consultations (visites ou consultations en cabinet ou MMG) prises par les médecins régulateurs	ACORELI
Nombre d'ambulances demandées par l'ACORELI en concertation avec l'aide médicale urgente pour tous les territoires de PDS	ACORELI
Idem mais pour les territoires où la PDS s'arrête à minuit.	ACORELI
Nombre de patients adressés à un service d'urgences par l'ACORELI	ACORELI
Nombre d'appels au 39 66 transférés vers le 15	ACORELI Centre 15
Nombre d'appels au 15 transférés vers le 39 66	ACORELI Centre 15
Des analyses spécifiques ponctuelles pourront être réalisées (par exemple, la proportion de patients hospitalisés après passage aux urgences aux horaires de permanence des soins).	CIRE (Sursaud)

Tout autre indicateur jugé pertinent, ainsi qu'une appréciation qualitative sur le dispositif et les difficultés éventuelles, peuvent être ajoutés.

- **Modalités de recueil et de suivi des incidents**

Toute institution ou organisme ayant connaissance d'un incident relatif à la permanence des soins est tenu d'en informer l'agence régionale de santé en veillant au respect du secret médical, ainsi que le conseil départemental de l'ordre des médecins concerné. Pour ce faire, une fiche de dysfonctionnement est annexée à ce cahier des charges (annexe 4).

Une copie des courriers de plaintes émanant des usagers ou des professionnels et reçus par les partenaires est transmise à l'agence régionale de santé, ainsi que la réponse qui y aura été apportée.

L'agence régionale de santé assure la synthèse des incidents et en informe les conseils départementaux de l'ordre concernés et inversement.

- **Rapport annuel**

Un rapport annuel est réalisé par l'agence régionale de santé. Il permet l'évaluation du dispositif et comporte notamment la synthèse des indicateurs de suivi et des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins de santé. L'évaluation permet d'adapter le dispositif si nécessaire.

Ce rapport est transmis à la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et aux CODAMUPS-TS.

Les demandes de modifications à apporter à l'organisation de la permanence des soins sont examinées en tant que de besoin par le sous comité médical du département correspondant, afin de les soumettre au CODAMUPS-TS du département correspondant.

Références

Références réglementaires

Décret n°2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire

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

Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire

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

Circulaire n°DGOS/R5/2011/311 du 1^{er} août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)

Instruction DSS SD1B/2012/60 du 27 janvier relative à la nouvelle procédure de paiement des forfaits suite

Article R.4127-77 du code de la santé publique

Références non réglementaires

Haute Autorité de Santé. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations. Février 2009

Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Préconisations pour l'organisation et l'optimisation de la permanence des soins. Mai 2010

Haute Autorité de Santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonne pratique. Mars 2011

Annexes

Annexe 1 : mise en œuvre départementale du cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires

Annexe 2 : détail des communes par territoire de PDS

Annexe 3 : carte de la garde pharmaceutique

Annexe 4 : fiche de dysfonctionnement