

**Cahier des charges
régional
de la
permanence des soins
ambulatoires**

**Pays-de-la-Loire
2017-2019**

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	6
A. PREAMBULE	6
B. TEXTES DE REFERENCE	7
C. OBJET DU CAHIER DES CHARGES	10
D. CONDITIONS D'ELABORATION DU PRESENT CAHIER DES CHARGES	10
E. ARTICULATION AVEC D'AUTRES SCHEMAS ET PROGRAMMES	11
II. ETAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS EN PAYS DE LA LOIRE	12
A. LES CARACTERISTIQUES DE LA REGION	12
1. <i>...au regard de sa géographie</i>	12
2. <i>...au regard de sa démographie : une démographie dynamique malgré un léger ralentissement</i>	12
B. LES BESOINS DE SANTE DE LA POPULATION	14
C. L'ORGANISATION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS ASSURANT LES SOINS NON PROGRAMMES	15
1. <i>L'offre libérale</i>	15
a) La régulation médicale de continuité des soins	15
b) La densité des professionnels de santé libéraux	15
2. <i>L'offre hospitalière sur l'activité de médecine d'urgence</i>	17
3. <i>Les consultations non programmées</i>	19
D. L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE EN 2016	19
1. <i>Les systèmes d'information</i>	19
2. <i>La permanence des soins en médecine ambulatoire</i>	19
a) L'organisation de la régulation médicale des appels	19
b) L'effectif	20
(1) Les consultations	20
(2) Les visites à domicile	21
c) Synthèse de l'évaluation	21
3. <i>Les autres systèmes de permanence des soins</i>	28
a) Les gardes pharmaceutiques	28
b) Les gardes odontologiques	28
c) Les gardes ambulancières	29
d) Les gardes de kinésithérapie	29
e) Le dispositif infirmier	32
4. <i>La coopération avec les établissements de santé</i>	33
III. PRINCIPES REGIONAUX D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE .	33
A. GOUVERNANCE DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE	33
1. <i>Les associations de permanence des soins</i>	33
a) Les associations d'organisation de la permanence des soins médicaux	33
b) Les associations de permanence des soins en kinésithérapie respiratoire	34
c) Les associations des transports sanitaires urgents	34
2. <i>Les ordres</i>	34
3. <i>Les syndicats professionnels</i>	35
4. <i>Les instances de concertation</i>	35
B. LE SYSTEME D'INFORMATION	36
1. <i>Le numéro d'appel dédié à la permanence des soins en médecine générale ambulatoire</i>	36
2. <i>Mise en œuvre du SI PDSA</i>	36
3. <i>Le SI de gestion et de paiement des gardes médicales</i>	36
C. COMMUNICATION, SUIVI ET EVALUATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE	37

1.	<i>Communication : la lisibilité du système et le bon usage du dispositif de permanence des soins en médecine générale ambulatoire</i>	37
2.	<i>Suivi et évaluation</i>	37
a)	Le tableau de bord de suivi de l'activité	37
b)	Modalités de recueil et de suivi des réclamations et des événements indésirables graves.....	38
(1)	Définition.....	38
(2)	Modalités de recueil et de suivi.....	38
(3)	Modalités d'information des instances	39
c)	L'évaluation du dispositif	39
D.	PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE	39
1.	<i>Une mission de service public assurée par des médecins volontaires</i>	39
2.	<i>Une couverture horaire totale sur la permanence des soins en médecine générale ambulatoire</i>	40
3.	<i>Un dispositif qui repose sur une régulation médicale préalable des appels</i>	40
4.	<i>Un dispositif fondé sur des territoires délimités de permanence des soins en médecine générale ambulatoire</i> ...	41
5.	<i>Une organisation de l'effectif modulée selon les besoins du territoire</i>	42
a)	Organisation des lieux fixes de consultation	43
b)	Organisation du système de visite.....	43
c)	Coopération avec les établissements de santé	43
d)	Cas particulier d'effectif	44
(1)	Les établissements de santé de proximité	44
(2)	L'hospitalisation à domicile	44
(3)	Les soins dispensés aux détenus	46
(4)	Les EHPAD	46
(5)	L'établissement des actes médico-administratifs en période de permanence des soins ambulatoire	47
E.	PICS D'ACTIVITE ET SITUATION SANITAIRE EXCEPTIONNELLE	49
F.	LES AUTRES SYSTEMES DE GARDE	50
1.	<i>Les gardes pharmaceutiques</i>	50
2.	<i>Les gardes odontologiques</i>	50
3.	<i>Les gardes ambulancières</i>	51
4.	<i>Les gardes de kinésithérapie</i>	51
5.	<i>Le dispositif infirmier</i>	52
G.	L'EXPERIMENTATION DE L'ACHEMINEMENT DES PATIENTS VERS LES LIEUX DE CONSULTATION FIXES DE GARDE	52

IV. CONDITIONS D'ORGANISATION DES TERRITOIRES DE PERMANENCE DES SOINS AFFERENTES A CHAQUE DEPARTEMENT

53

A.	DEPARTEMENT DE LOIRE ATLANTIQUE.....	53
1.	<i>Etat des lieux de la permanence des soins en Loire Atlantique</i>	53
a)	Les caractéristiques du département	53
(1)	Un dynamisme démographique soutenu	53
(2)	Une situation de l'offre de soins favorable	54
b)	Les besoins de santé de la population	58
2.	<i>Organisation retenue</i>	58
a)	La régulation médicale	58
b)	L'effectif.....	59
(1)	La permanence des soins en médecine générale ambulatoire	59
(2)	La permanence des soins des autres professionnels de santé	61
B.	DEPARTEMENT DE MAINE ET LOIRE	61
1.	<i>Etat des lieux de la permanence des soins en Maine et Loire</i>	61
a)	Les caractéristiques du département	61
(1)	Une croissance démographique assez marquée	61
(2)	Une situation de l'offre contrastée	62
b)	Les besoins de santé de la population	66
2.	<i>Organisation retenue</i>	66
a)	La régulation médicale	66
b)	L'effectif.....	67

(1)	La permanence des soins en médecine générale ambulatoire	67
(2)	La permanence des soins des autres professionnels de santé	68
C.	DEPARTEMENT DE MAYENNE	68
1.	<i>Etat des lieux départemental</i>	68
a)	Les caractéristiques du département	68
(1)	Une croissance démographique modérée	68
(2)	Une situation de l'offre tendue	69
b)	Les besoins de santé de la population	74
2.	<i>Organisation retenue</i>	75
a)	La régulation médicale	75
b)	L'effectif.....	75
(1)	La permanence des soins en médecine générale ambulatoire	75
(2)	La permanence des soins des autres professionnels de santé	76
D.	DEPARTEMENT DE LA SARTHE	76
1.	<i>Etat des lieux départemental</i>	76
a)	Les caractéristiques du département	76
(1)	Une croissance démographique modérée	76
(2)	Une situation de l'offre globalement défavorable	77
b)	Les besoins de santé de la population	83
2.	<i>Organisation retenue</i>	83
a)	La régulation médicale	83
b)	L'effectif.....	84
(1)	La permanence des soins en médecine générale ambulatoire	84
(2)	La permanence des soins des autres professionnels de santé	85
E.	DEPARTEMENT DE LA VENDEE.....	85
1.	<i>Etat des lieux départemental</i>	85
a)	Les caractéristiques du département	85
(1)	Une croissance démographique forte	85
(2)	Une situation de l'offre contrastée plutôt favorable.....	87
b)	Les besoins de santé de la population	91
2.	<i>Organisation retenue</i>	91
a)	La régulation médicale	91
b)	L'effectif.....	92
(1)	La permanence des soins en médecine générale ambulatoire	92
(2)	La permanence des soins des autres professionnels de santé	94
V.	LA REMUNERATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES	94
A.	LA REMUNERATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE DANS LE CADRE DE L'AUTORISATION MINISTERIELLE PREVUE A L'ARTICLE L. 1435-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	94
1.	<i>Cadre général</i>	94
2.	<i>Répartition de l'enveloppe régionale PDSA</i>	94
3.	<i>La rémunération de la régulation médicale libérale</i>	96
4.	<i>La rémunération de l'effectif</i>	96
a)	Les indemnités d'astreinte	96
b)	Les actes	96
5.	<i>Les modalités de révision des modèles économiques</i>	97
6.	<i>Circuit et modalités de liquidation et de paiement</i>	97
B.	LE FINANCEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS DES PROFESSIONNELS DE SANTE NE RELEVANT PAS DE L'ARTICLE L1435-5 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	98
1.	<i>La rémunération de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire hors autorisation ministérielle</i>	98
2.	<i>La rémunération de la garde pharmaceutique</i>	98
3.	<i>La rémunération de la garde odontologique</i>	99
4.	<i>La rémunération de la garde ambulancière</i>	99
5.	<i>La rémunération de la garde en kinésithérapie</i>	99
6.	<i>La rémunération du dispositif infirmier</i>	99

VI. OBJECTIFS PLURIANNUELS D'AMELIORATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE	100
VII. CONDITIONS DE REVISION DU CAHIER DES CHARGES REGIONAL.....	102
VIII. ANNEXES	103
A. LES MODALITES DE SUIVI ET D'EVALUATION DU CAHIER DES CHARGES	103
1. <i>Le tableau de bord de suivi de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire</i>	103
2. <i>Le calendrier de suivi des dépenses exécutoires et N-1</i>	106
B. LES CONDITIONS D'ORGANISATION DES TERRITOIRES DE PERMANENCE DES SOINS	107
1. <i>Conditions d'élaboration des tableaux d'astreinte.....</i>	107
2. <i>Synthèse des organisations départementales.....</i>	108
a) Département de la Loire Atlantique	108
b) Département du Maine et Loire	115
c) Département de la Mayenne	119
d) Département de la Sarthe	123
e) Département de la Vendée	127
3. <i>Liste des communes rattachées à chaque territoire de PDSA.....</i>	132
a) Département de la Loire Atlantique	132
b) Département du Maine et Loire	144
c) Département de la Mayenne	153
d) Département de la Sarthe	161
e) Département de la Vendée	169
C. AUTORISATION MINISTERIELLE DE FINANCER REMUNERATION FORFAITAIRES DES MEDECINS PARTICIPANT AUX GARDES ET A LA REGULATION MEDICALE TELEPHONIQUE ET CELLE DES ACTES EFFECTUES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE MEDICALE PAR DES CREDITS DU FIR	182

I. Introduction

A. Préambule

La permanence des soins ambulatoire consiste à organiser l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients, en dehors des heures d'ouverture des cabinets, devenant ainsi un véritable service public. Elle permet aux patients d'avoir accès à un médecin et un pharmacien la nuit, le samedi après-midi (excepté pour les pharmaciens), le dimanche et les jours fériés et d'avoir accès à un chirurgien-dentiste le dimanche matin et les jours fériés ou un kinésithérapeute pendant la période hivernale.

Dans le cadre de l'application de la réforme encadré par la loi n° 2009-584 du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la région des Pays-de-la-Loire s'est inscrite en 2012 dans une expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins des médecins libéraux.

L'expérimentation a porté essentiellement sur une réorganisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire permettant d'améliorer la réponse aux demandes de soins non programmés et les conditions d'exercice des médecins. En revanche, elle ne dérogeait pas aux textes en vigueur concernant l'organisation générale de la permanence des soins, qui repose notamment sur le volontariat des médecins généralistes, une définition précise des plages horaires à couvrir et le cahier des charges arrêté par la Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Cette expérimentation, encadrée par le cahier des charges régional du 24 juillet 2012, définissant les principes d'organisation de la permanence des soins et ses déclinaisons locales et déterminant également la rémunération spécifique des personnes participant à cette permanence, a fait l'objet d'une évaluation sur 2014 et 2015, dont les résultats ont été publiés sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire : http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_accompagnement_soins/Permanence_des_soins/Rapport_final_-_Evaluation_experimentation_PDSA_2011-2014_vf.pdf. Compte tenu des résultats positifs de cette expérimentation, dont la synthèse est présentée en annexe du présent document, l'agence et ses partenaires ont décidé de reconduire l'organisation existante et de solliciter à nouveau auprès du Ministère l'autorisation de financer l'ensemble des missions de la permanence des soins ambulatoires par le Fonds d'Intervention Régional.

Cette autorisation de bénéficier, à compter du 1^{er} janvier 2017, des modalités de financement de la permanence des soins en médecine ambulatoire en application du II de l'article L.1435-5 du code de la santé publique pour une durée de trois ans a été accordée par arrêté ministériel en date du 27 décembre 2016.

Le cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire 2017-2019 a par conséquent vocation à stabiliser l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires dans la région des Pays de la Loire dans le cadre d'un plan pluriannuel d'actions ciblées, présenté ci-après et synthétisé en annexe, permettant d'améliorer la performance du système.

B. Textes de référence

La permanence des soins est une mission de service public, encadrée par le code de la santé publique, ses articles L 1435-5, L5125-22, L6311-2, L6314-1 et R4127-1, R4127-245, R6315-1 et suivants.

En ce qui concerne les médecins, elle est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par :

- les médecins généralistes et spécialistes (adhérents ou non à la convention nationale) dans le cadre de leur activité libérale,
- les centres de santé,
- tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique selon des modalités fixées contractuellement avec l'ARS.

Sur la base du volontariat.

L'article R6315-1 du code de la santé publique organise 3 niveaux possibles de couverture horaire de la PDSA :

- en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20h à 08h les jours ouvrés, les dimanches et jours fériés ;
- ou pour partie de 20h à 08h en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département ;
- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département : 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.

Une permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS). Le DGARS arrête le nombre et les limites des secteurs, qui peuvent être interdépartementaux, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) et du comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

Les principes d'organisation font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le DGARS dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins (SROS) fixant (cf article R.6315-1 du CSP) :

- l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmées,
- les lieux fixes de consultation,
- l'organisation de la régulation des appels,
- les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département,
- les indicateurs de suivi et les conditions d'évaluation du fonctionnement de la PDSA,
- les modalités de recueil, de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins et d'information de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et du comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS),
- la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes et à la régulation médicale téléphonique (pouvant varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques dans des limites fixées par arrêté).

L'article L5125-22 du code de la santé publique encadre l'organisation de **la garde pharmaceutique** de la manière suivante :

- Organisation d'un service de garde et d'urgence pour répondre aux besoins du public et aux demandes urgentes en dehors des jours d'ouverture généralement pratiqués par les officines, dans une zone déterminée la nuit de 20h à 08h, les dimanches et jours fériés de 08h à 20h, les jours en dehors des jours et des heures (08h à 20h) habituels d'ouverture de l'officine.
- Obligation de toutes les officines de la zone, à l'exception de celles mentionnées à l'article L. 5125-19 (société mutualiste ou union de sociétés mutualistes) , de participer à ces services, sauf décision contraire prise par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé après avis des organisations représentatives de la profession dans le département, en cas de circonstances ou de particularités locales rendant impraticable ou non nécessaire la participation de l'ensemble des officines ;
- Règlement de l'organisation des services de garde et d'urgence par les organisations représentatives de la profession dans le département ;
- Règlement desdits services par arrêté du DGARS à défaut d'accord entre elles, en cas de désaccord de l'un des pharmaciens titulaires d'une licence d'officine intéressés ou si l'organisation retenue ne permet pas de satisfaire les besoins de la santé publique ;
- Information des collectivités locales des services de garde et d'urgence mis en place ;
- Possibilité pour un pharmacien d'ouvrir son officine pendant un service de garde ou d'urgence, alors qu'il n'est pas lui-même de service, sous réserve de la tenir ouverte durant tout le service considéré.

La convention nationale pharmaceutique, signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine (FSPF, USPO et UNPF), reconduit le financement du dispositif de permanence pharmaceutique conventionnel mis en place en 2006 par les partenaires conventionnels, et revalorise les indemnités et honoraires versés aux pharmaciens dans ce cadre.

Ce dispositif financier conventionnel prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire d'astreinte par période de garde ainsi que d'honoraires de gardes perçus par ordonnance.

La convention nationale prévoit que les pharmaciens titulaires d'officine participant à la permanence pharmaceutique perçoivent une indemnité d'astreinte de 150 euros pour chacune des périodes suivantes : la nuit, la journée du dimanche, le jour férié.

Les pharmaciens titulaires d'officine participant au service de garde organisé perçoivent également des honoraires pour chaque ordonnance exécutée pendant les périodes de garde dont le montant est variable selon les horaires.

La permanence de soins dentaires, définie aux articles R. 4127-245 et R. 6315-7 et suivants du code de la santé publique, est organisée par les ordres départementaux et assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux et leurs collaborateurs, les chirurgiens-dentistes remplaçants (assurant les obligations de permanence dues par le praticien titulaire remplacé), et les chirurgiens-dentistes des centres de santé qui y participent dans le cadre de leur obligation déontologique prévue à l'article R4127-245 du code de la santé publique.

L'avenant n° 2 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes a défini les modalités de participation de l'Assurance Maladie au financement de la Permanence Des Soins (PDS) dentaires. La participation de l'Assurance Maladie au financement de la PDS intervient sous deux formes : une rémunération d'astreinte par demi-journée de permanence et une majoration spécifique.

En ce qui concerne **les masseurs kinésithérapeutes**, l'article R. 4321-92 du code de la santé publique fixe une obligation réglementaire de continuité des soins et non de permanence des soins.

La convention nationale majore les actes réalisés la nuit et le dimanche, le samedi dès midi également pour les appels d'urgence.

Il en est de même pour **les infirmier-ères** dont la profession n'est pas tenue d'organiser une garde infirmière mais d'assurer la continuité des soins ; le code de la santé publique définit ainsi les règles professionnelles applicables à la profession d'infirmière ou d'infirmier, qui comprennent des devoirs aux patients.

Parmi eux, l'article R. 1412-30 précise que « dès qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier ou l'infirmière est tenu d'en assurer la continuité sous réserve des dispositions de l'article R. 4312-41.

Cet article prévoit que si l'infirmier ou l'infirmière décide, sous réserve de ne pas nuire à un patient, de ne pas effectuer des soins, ou se trouve dans l'obligation de les interrompre, il doit en expliquer les raisons à ce patient et, à la demande de ce dernier ou de ses proches, lui remettre la liste départementale des infirmiers et infirmières mentionnée à l'article L. 4312-1.

La convention nationale finance des majorations de nuit de 20h à 08h (applicable lorsque le médecin indique une nécessité impérieuse d'exécution de nuit) et le dimanche, voire en cas d'urgence dès 08h le samedi (applicables lorsque le médecin indique la nécessité d'une exécution rigoureusement quotidienne).

Dans le prolongement de l'avenant n°3 de la convention nationale, contribuant au développement des activités des médecins libéraux à domicile, l'arrêté de modification du livre III de la liste des actes et prestations relatif aux perfusions, paru le 30 septembre 2014, diversifie les cotations possibles pour les perfusions sous surveillance continue et les perfusions de plus d'une heure nécessitant une surveillance. Est financée également l'organisation de la surveillance hors jour de pose et de retrait de perfusion.

Le cahier des charges est arrêté dans les conditions suivantes (cf article L. 1435-5 du CSP) :

- définition des modalités (dont la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour leur participation à la mission) en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins et, après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent,
- faculté du ministère d'autoriser pour 3 ans le financement dans tout ou partie des secteurs de la PDSA la rémunération forfaitaire susvisée et celle des actes effectués dans le cadre de la PDSA par des crédits du Fonds d'Intervention Régional (FIR).

L'arrêté du DGARS fixant cahier des charges est pris après avis :

- des CODAMUPS-TS
- de la commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA
- de l'URPS médecins

Les conditions d'organisation territoriale sont soumises pour avis aux CDOM et aux préfets.

Les avis prévus au présent alinéa sont rendus dans le délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu.

C. Objet du cahier des charges

Le présent cahier des charges définit les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, pharmaceutique, dentaire et de kinésithérapie respiratoire. Il prend également en compte la mission de continuité des soins des infirmiers-ères, qui interviennent pour partie pendant la période de permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Il définit l'organisation sur les 5 territoires de santé de la région, que sont la Loire Atlantique, le Maine et Loire, la Mayenne, la Sarthe et la Vendée.

Il est arrêté pour 3 ans, jusqu'au 31/12/2019 et intègre 11 objectifs opérationnels, déclinés dans un plan d'actions ciblées, destinés à améliorer la performance du système.

En application de l'article L. 1435-5 du code de la santé publique, Il fixe le cadre de financement et de rémunération de la mission de permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Enfin, il fixe les modalités de communication, de suivi et d'évaluation de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires.

D. Conditions d'élaboration du présent cahier des charges

Le présent cahier des charges a été élaboré sur le fondement des résultats de l'évaluation de la permanence des soins ambulatoires médicale évoquée en préambule et les bilans d'activité présentés par les autres professionnels de santé.

Il a été réalisé en concertation avec les acteurs et les partenaires concernés réunis dans un comité de pilotage régional et de cinq comités de pilotage départementaux, dont la composition est annexée au présent document, qui seront également chargés du suivi et de l'évaluation du dispositif (cf les instances de concertation).

Au niveau régional, sont définis les principes généraux d'organisation de la permanence des soins ambulatoires, les modalités de financement et de rémunération des médecins, les modalités de communication, de suivi et d'évaluation du dispositif.

Au niveau départemental, le comité de pilotage définit l'organisation territoriale, en cohérence avec le cadre régional, suit et évalue le fonctionnement du dispositif local et propose les modifications nécessaires à son amélioration dans le respect de l'enveloppe plafond départementale fixée pour rémunérer la permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Dans ce cadre les associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, les associations de SOS Médecins en Loire Atlantique, les associations de permanence des soins dentaires, de kinésithérapie respiratoire, les syndicats des pharmaciens participent à la gouvernance du dispositif et sécurisent chacun pour ce qui le concerne la mise en place des dispositions prévues dans le présent cahier des charges.

E. Articulation avec d'autres schémas et programmes

Le présent cahier des charges s'inscrit dans le cadre des orientations définies dans le Projet Régional de Santé des Pays de la Loire 2012-2016 et les orientations stratégiques du prochain Projet Régional de Santé. Il tient compte des orientations fixées sur :

- la qualité et sécurité des soins, l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité ;
- l'accès aux services de santé, et aux soins spécialisés et notamment sur la sécurisation et l'optimisation de l'organisation de la prise en charge des urgences, l'anticipation du risque de pénurie de professionnels de santé, l'accessibilité de l'offre de soins des personnes en situation de handicap et des personnes les plus éloignées du soin (détenus, exclus, patients psychiatriques ou en situation de handicap psychique), l'organisation territoriale des activités de 1^{er} recours ;
- les systèmes d'information partagés en santé.

Il tient également compte de l'organisation de la garde pharmaceutique afin de faciliter l'information et l'orientation du patient et de la garde ambulancière dans les 5 départements de la région des Pays de la Loire.

Il intègre l'expérimentation de l'organisation de l'acheminement des patients vers les points fixes de consultation médicale.

II. Etat des lieux de la permanence des soins en Pays de la Loire

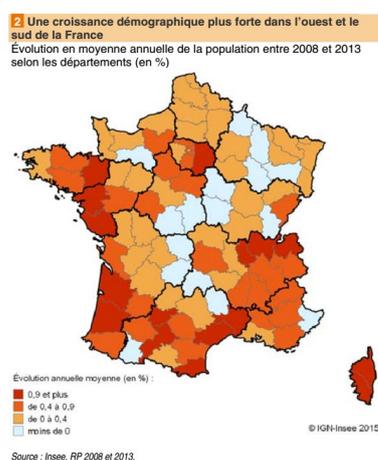
A. Les caractéristiques de la région

1. ...au regard de sa géographie

La région des Pays de la Loire fait preuve d'une grande attractivité malgré une position géographique relativement excentrée. Ceci est en grande partie dû à la diversité de ses infrastructures de transports. Constituée de cinq départements diversifiés, son territoire s'articule autour d'une armature urbaine dynamique constituée d'une métropole de grande taille (Nantes-Saint-Nazaire), de grandes agglomérations (Angers et Le Mans) et de villes moyennes bien réparties sur le territoire. Ces dernières représentent autant de bons relais pour l'accès aux services et équipements des populations issues des petites villes et espaces ruraux.

2. ...au regard de sa démographie : une démographie dynamique malgré un léger ralentissement

Avec 3 794 894 habitants au 1^{er} janvier 2017 (cf populations légales millésimées 2014 entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017), les Pays de la Loire sont la 8^{ème} région la plus peuplée de France. Entre 2008 et 2013, la population de la région augmente de 30 140 personnes chaque année, soit un **rythme de croissance annuel de 0.8%**. Il s'agit du 3^{ème} taux de croissance le plus élevé de la région métropolitaine. Son dynamisme repose sur deux moteurs relativement équilibrés : le solde migratoire et le solde naturel. Si tous les départements de la région connaissent une croissance démographique, le gain de population est porté pour les trois quarts par les départements de Loire Atlantique et de Vendée.

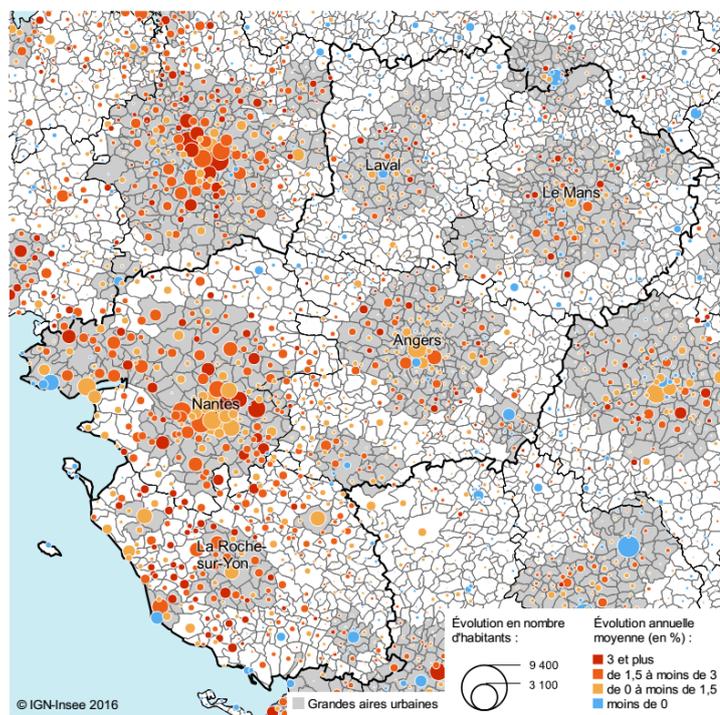


La dynamique démographique est positive dans les trois quarts des communes des Pays de la Loire. Elle est particulièrement marquée dans l'espace périurbain des grandes villes de la région et sur une bande littorale située au sud de la Loire. A contrario, aux frontières de la région, le nord de la Loire-Atlantique, le sud-est de la Vendée, le nord de la Mayenne et l'est de la Sarthe sont des territoires où davantage de communes perdent de la population.¹

¹ Source : Insee - flash Pays de la Loire n°38 décembre 2015.

6 Forte croissance démographique dans l'ouest et à la périphérie des villes

Évolution annuelle moyenne de population par commune entre 2008 et 2013



Source : Insee, Recensements de la population (RP) 2008 et 2013.

Si la croissance de la population reste soutenue, **la hausse de la population régionale a légèrement ralenti** passant de 32 600 habitants supplémentaires par an entre 2000 et 2008 à 30 100 entre 2008 et 2013. Les estimations de 2014 et de 2015 confirment ce léger ralentissement : la croissance serait de 28 000 habitants par an entre 2013 et 2015.

Sur la période récente, **la baisse des naissances** contribue au ralentissement de la croissance démographique. En 2015, 42 150 bébés seraient nés dans les Pays de la Loire (estimation provisoire), soit 1 500 de moins que l'année précédente. Cette baisse s'observe dans tous les départements de la région.

L'espérance de vie est plus longue qu'au niveau national : dans les conditions de mortalité de 2013, un homme vit dans la région en moyenne 78.8 ans, soit 2.8 de plus qu'en 10 ans. L'espérance de vie des femmes demeure nettement supérieure : en 2013, elle s'élève à 85.6 ans.²

Le groupe d'âge des plus de 65 ans est un peu plus représenté, 18.9% de la population, dans les Pays de la Loire qu'en France métropolitaine, 18,6% ; il en est de même pour les moins de 20 ans, qui représentent 25.5 % de la population dans les Pays de la Loire pour 24.4% en France métropolitaine.³

² Source : Insee - Analyses Pays de la Loire n°27 janvier 2016.

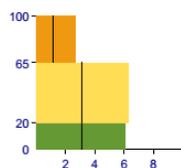
³ Source : Insee - Estimation de population pyramide des âges 2015

France Métropolitaine

Groupes d'âges (2015)

âge	millions	%	% femmes
65+	11,97	18,6	57,5
20 - 64	36,65	57	50,7
<20	15,66	24,4	48,8
Total	64,28	100	51,5

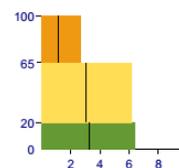
☐ Modifier les groupes d'âges



Pays de la Loire

Groupes d'âges (2015)

âge	millions	%	% femmes
65+	0,7	18,9	57,5
20 - 64	2,06	55,6	50,2
<20	0,95	25,5	48,9
Total	3,72	100	51,2



B. Les besoins de santé de la population

La fédération nationale des observatoires régionaux de la santé a dressé une typologie des régions 2016⁴, elle classe la région des Pays de la Loire dans le même groupe de régions que l'Aquitaine-Limousin-Poitou Charentes, l'Auvergne-Rhône Alpes et la Bretagne.

La population des régions de cette classe a des caractéristiques démographiques proches de celles observées sur l'ensemble de l'hexagone. La part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est toutefois inférieure à la moyenne des régions hexagonales.

Socialement, **les régions de cette classe font partie des régions favorisées** : les taux d'allocataires du RSA et d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales sont inférieurs à la moyenne hexagonale. Sur le plan de l'activité professionnelle, cette classe se distingue avec une part d'agriculteurs, exploitants agricoles (parmi les actifs ayant un emploi) supérieure à la moyenne hexagonale. Le taux de chômage et la part des jeunes de 20-29 ans ayant peu ou pas de diplômes sont quant à eux, inférieurs à la moyenne française.

Concernant l'état de santé, la situation est relativement bonne. La mortalité prématurée par maladies infectieuses et parasitaires est inférieure à l'ensemble des régions hexagonales.

Chez les femmes, la mortalité prématurée pour certaines maladies de l'appareil circulatoire (insuffisance cardiaque, maladies hypertensives) est également inférieure à la moyenne hexagonale. La tendance est similaire pour la mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les personnes de 65 ans et plus.

Le taux standardisé d'admission en affection longue durée (ALD) pour insuffisance cardiaque est supérieur à la moyenne hexagonale chez les hommes de 65 ans et plus. Il en est de même pour le taux standardisé de personnes en ALD pour maladies héréditaires et métaboliques et, pour le taux standardisé masculin, pour les maladies du système ostéoarticulaire.

À l'inverse, les indicateurs d'ALD pour maladies de l'appareil digestif, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, et diabète de type 2 sont inférieurs à la moyenne hexagonale. Chez les moins de 65 ans, les taux standardisés d'ALD sont en dessous de la moyenne hexagonale pour les maladies vasculaires cérébrales (uniquement chez les femmes), les cardiopathies ischémiques et pour certaines maladies de l'appareil respiratoire (BPCO et asthme).

L'offre de soins de proximité (libérale) ne diffère pas de ce qui est observé dans l'ensemble des régions hexagonales.

⁴ La France des régions 2016 – approche socio-sanitaire – Fnors janvier 2016

C. L'organisation générale de l'offre de soins assurant les soins non programmés

1. L'offre libérale

a) La régulation médicale de continuité des soins

Deux départements de la région, la Loire Atlantique et la Mayenne, ont organisé une régulation médicale téléphonique du recours aux soins non programmés pendant les horaires de continuité des soins.

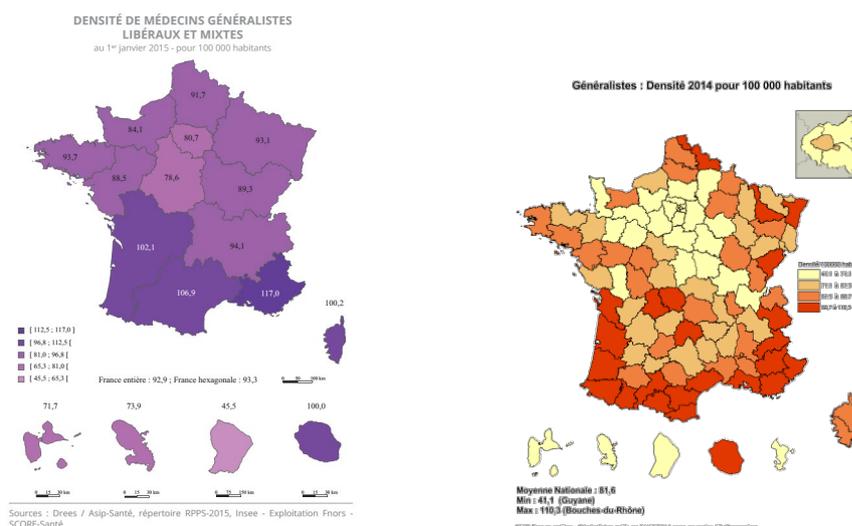
En Loire Atlantique, un poste de travail adapté à la régulation médicale libérale de jour est financé en année pleine pour permettre au CHU de Nantes d'organiser la régulation médicale de médecine générale de 08h à 20h en semaine et de 08 à 12h le samedi matin. Un renforcement sur la période de 10h-16h en semaine, afin de faire face à l'accroissement d'activité de régulation de médecine générale, a été octroyé fin 2015.

En Mayenne et en Sarthe, une régulation médicale de médecine générale est organisée le samedi matin, avec 2 régulateurs par samedi de 08h à 12h.

b) La densité des professionnels de santé libéraux

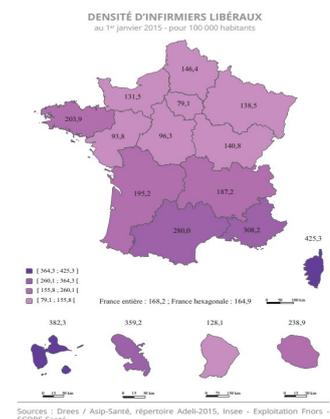
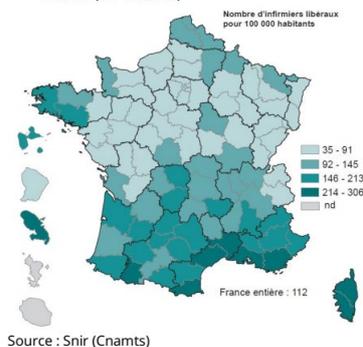
La région des Pays de la Loire compte une densité des **médecins généralistes**, de 88,3, inférieure à la moyenne française, de 92,9 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2015.

Avec des situations contrastées dans la région, la Mayenne et la Sarthe présentant la densité la plus basse.



La densité des **infirmiers libéraux**, de 93,8 infirmier-ères pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2015, est également inférieure à la moyenne française, de 164,9. L'ensemble des territoires de la région présente une densité faible.

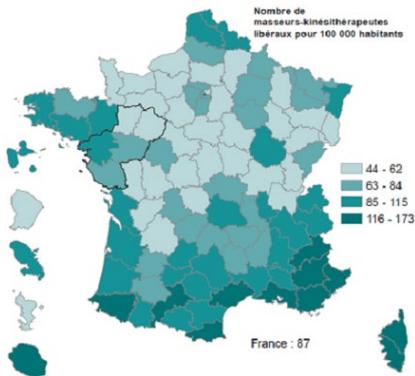
Fig3 Densité d'infirmiers libéraux
France (31/12/2012)



La densité des **masseurs kinésithérapeutes**, de 86,4 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2015, est également inférieure à la moyenne française, de 101.9.

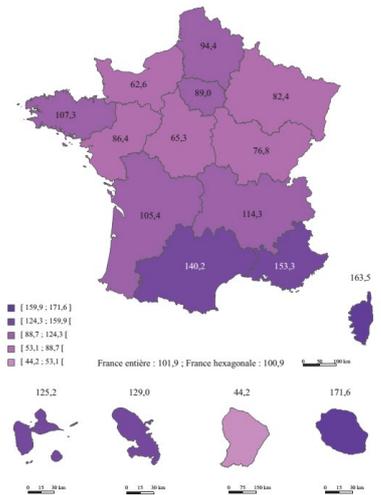
Là aussi, la situation est contrastée, la Mayenne et la Sarthe présentant la situation la moins favorable alors que la Loire Atlantique présente une densité supérieure à la moyenne nationale.

Fig3bis Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux
 France (31/12/2013)



Sources : Snir (Cnamts), Insee

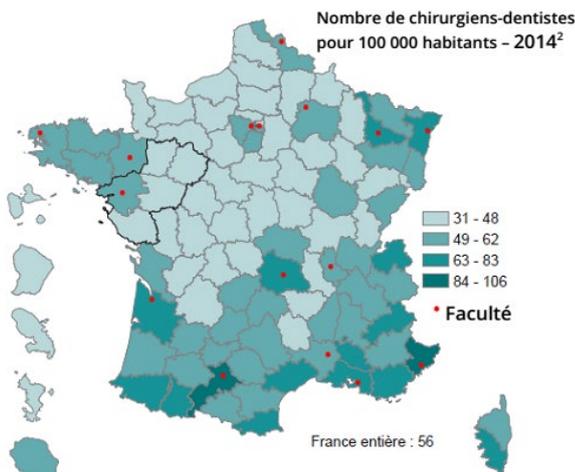
DENSITÉ DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX
 au 1^{er} janvier 2015 - pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire Adeli-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

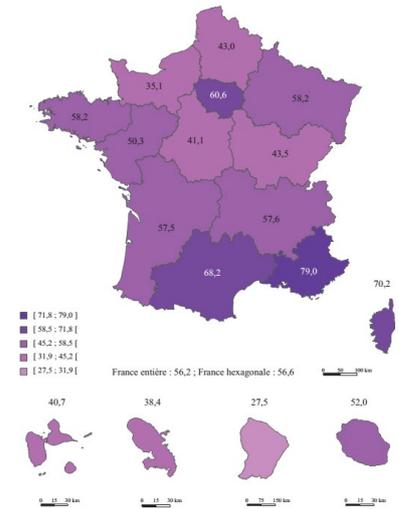
La densité en **chirurgiens-dentistes**, de 50.3 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2015, est également légèrement en-deçà de la moyenne française, de 56.2. 4 départements sur 5 se situent dans la fourchette basse, seule la Loire Atlantique, lieu de résidence de la faculté dentaire, se situe dans la moyenne.

Nombre de chirurgiens-dentistes
 pour 100 000 habitants - 2014²



Sources : Snir (Cnamts), Insee
 1. Chirurgiens-dentistes omnipraticiens et spécialistes en orthodontie (ODF), chirurgie orale et médecine bucco-dentaire.
 2. Données au 31 décembre de l'année n-1, Snir (Cnamts).

DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET MIXTES
 au 1^{er} janvier 2015 - pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

La densité des **pharmacies d'officine**, de 31.9 pour 100 000 habitants est légèrement inférieure à la moyenne de la France Métropolitaine, de 33,6.

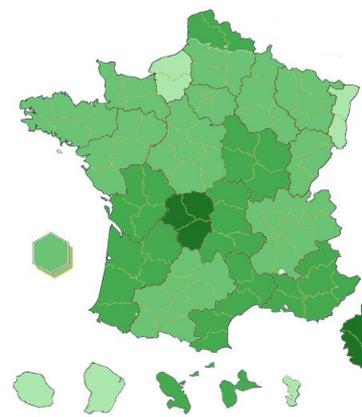
Cartes régionales - Officine

Cartes actualisées au 5 août 2016

Nombre d'officines pour 100.000

< 30
31-35
36-40
> 40

PAYS DE LA LOIRE
Nombre d'officines pour
100.000 habitants : 31.9



Sources : Ordre national des pharmaciens, août 2016 - Insee, 2013

2. L'offre hospitalière sur l'activité de médecine d'urgence

L'exercice par un établissement de santé de l'activité de soins de médecine d'urgence mentionnée au 14° de l'[article R. 6122-25](#) est autorisé selon une ou plusieurs des trois modalités suivantes :

1° - La régulation médicale des appels adressés au service d'aide médicale urgente mentionné à l'[article L. 6112-5](#) ;

2° - La prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation, appelée SMUR, ou la structure mobile d'urgence et de réanimation spécialisée dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons, appelée SMUR pédiatrique ;

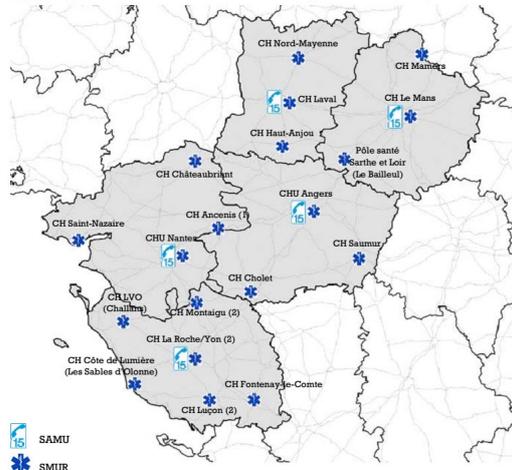
3° - La prise en charge des patients accueillis dans la structure des urgences ou dans la structure des urgences pédiatriques.

Le dispositif s'articule dans la région autour de :

- 5 Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) départementaux avec au sein des centres 15 une régulation médicale libérale et hospitalière. Ils fonctionnent 24 heures sur 24, tous les jours de l'année et reçoivent plus d'un million d'appel par an.
- 15 Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) et 3 antennes de SMUR couvrent la région. L'activité des SMUR est variable selon leurs implantations. Ils ont réalisé en 2014 19 100 sorties primaires⁵.

⁵ Transport primaire : prendre en charge un patient en dehors d'un établissement de santé (transport secondaire : transférer un patient entre deux établissements de soins).

Fig 1.1 Implantation des SAMU et des SMUR en Pays de la Loire (2015)

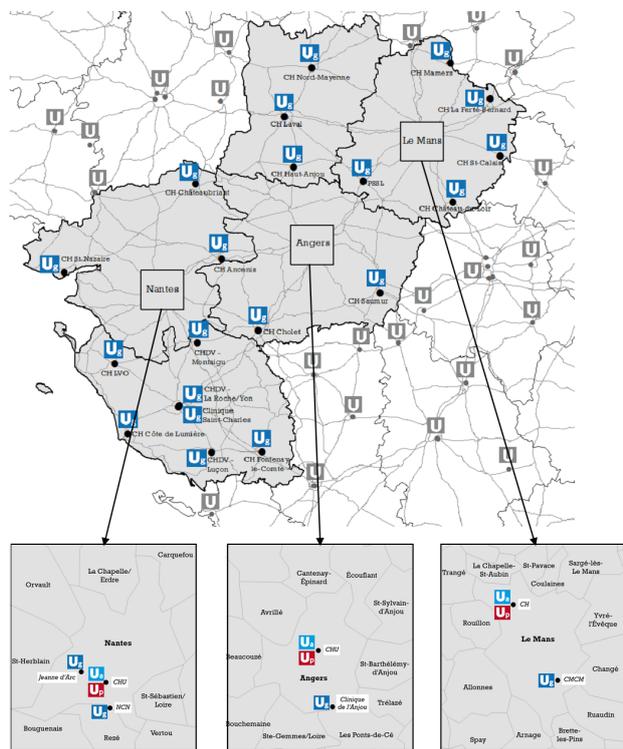


Source : ORU Pays de la Loire

1. Le SMUR du Centre hospitalier d'Anenis est une antenne du SMUR du CHU de Nantes. Il assure un accueil en journée, 7 jours sur 7.
2. Les Centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon, Montaigu et Luçon dépendent de la même entité juridique.

- 27 services d'accueil des urgences dont 5 sont rattachés à un établissement privé. Ces services ont déclaré 761 902 passages en 2014.

Fig 1.3 Services d'urgences des Pays de la Loire et des départements limitrophes (2015)



Légende

- [Blue 'U'] Service d'urgences générales des Pays de la Loire
 - [Red 'U'] Service d'urgences adultes des Pays de la Loire
 - [Green 'U'] Service d'urgences pédiatriques des Pays de la Loire
 - [White 'U'] Ville des départements limitrophes disposant d'un service d'urgences
- Source : ORU Pays de la Loire

3. Les consultations non programmées

En complément de l'activité habituelle des médecins libéraux, des structures de médecine générale dédiées à l'activité non programmée, en cours de recensement, se sont mises en place dans la région, notamment auprès de la clinique du Maine à Laval et de la Polyclinique du Parc à Cholet.

D. L'organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire en 2016

1. Les systèmes d'information

Les systèmes d'information destinés à la gouvernance du dispositif, à l'échange d'informations entre professionnels de santé et à l'information et l'orientation du patient ne sont pas stabilisés et se structurent progressivement.

Depuis le 11 mai 2015, le GCS e-santé est agréé opérateur de **messagerie sécurité de santé**. Les professionnels de santé peuvent avoir accès à l'espace de confiance national et à l'annuaire national commun. Il propose aux acteurs de santé et du médico-social de la région une Messagerie sécurisée de santé, appelée e-santé MAIL. Elle leur permet d'acheminer des données, protégées par le secret professionnel, par voie électronique sécurisée.

Le déploiement d'un **système d'information pour la PDSA** tient compte de ces enjeux. Il vise à assurer une traçabilité de la prise en charge des patients du décroché de l'appel par l'assistant de régulation médicale (ARM) jusqu'à la résolution apportée par le médecin régulateur ou par le médecin effecteur. Il vise également à harmoniser les indicateurs d'évaluation de la PDSA. Ce système doit être interconnecté avec le système de régulation médicale du SAMU.

Les ADOPS 44, 49, 72 et 85 ont souscrit au marché, notifié à la société SIS (également prestataire pour le SI des SAMU) le 31 octobre 2014 ; il n'a pas encore été mis en œuvre. L'ADOPS 53 répond déjà à ces objectifs.

2. La permanence des soins en médecine ambulatoire

a) L'organisation de la régulation médicale des appels

L'accès aux médecins effecteurs, assurant la permanence des soins ambulatoire, n'est pas direct : il est régulé par une organisation fondée sur **le centre de réception et de régulation médicale des appels** (CRRRA 15) des SAMU- Centre 15.

Chaque département dispose d'un SAMU avec une écoute permanente, 24 heures sur 24 tous les jours de l'année.

Aux horaires de la permanence des soins, les appels concernant la PDSA sont régulés par des médecins généralistes libéraux en coordination avec les médecins régulateurs hospitaliers. Cette régulation médicale libérale est organisée au niveau départemental. Plusieurs départements ne couvrent pas l'ensemble des plages horaires, en particulier en nuit profonde ; il en est ainsi du Maine et Loire et de la Sarthe.

L'accès à cette régulation médicale libérale est toujours possible par le numéro "15" et selon l'organisation spécifique de certains départements par un numéro spécifique à 10 chiffres. Dans ce dernier cas, les usagers sont incités à ne pas utiliser le 15 pour accéder à la régulation médicale libérale.

Ce dispositif est en cours d'évolution puisque Le troisième alinéa de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique organise l'accès gratuit de la régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente.

Par décision n°2016-0172, homologuée par arrêté du 07 mars 2016, l'ARCEP, autorité de régulation des communications électroniques et des postes, a attribué à la permanence des soins ambulatoires le statut de numéro d'urgence au numéro national de permanence des soins ambulatoires, qui est **le n°116/117**. Ce numéro bénéficie des caractéristiques techniques des numéros d'urgence, notamment la gratuité d'acheminement par les opérateurs, pour les appelants, et le démasquage des numéros. En outre, ce numéro correspond au numéro européen mis à disposition par la commission européenne pour la mission de régulation de la permanence des soins ambulatoires.

En application de l'article L.1435-5 du code de la santé publique, il revient au DGARS de déterminer, pour la région, lequel des deux numéros, entre le 15 et le 116/117, sera utilisé pour la permanence des soins ambulatoires.

La régulation médicale peut être délocalisée sur des "antennes de régulation médicale" intégrées au SAMU Centre 15.

Cette régulation médicale téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national.

Les deux centres de réception des appels de SOS Médecins sont interconnectés au SAMU-Centre 15 de Loire-Atlantique par convention. Sur les zones couvertes SOS assure des visites et consultations aux horaires de la PDSA et dispose d'un numéro de téléphone national à 4 chiffres, le 36 24.

Les médecins généralistes libéraux participant à la régulation médicale dans la région et ayant reçu une formation spécifique validée sont en augmentation : 212 (34 en Loire Atlantique, 58 en Maine et Loire, 31 en Mayenne, 23 en Sarthe et 58 en Vendée).

Les réponses apportées sont de différents ordres : conseil médical, télé prescription, orientation vers un médecin de garde, orientation vers un service d'accueil des urgences, envoi d'un vecteur de transport ou d'un médecin mobile de 20 heures à 8 heures lorsqu'un tel dispositif a été prévu.

b) L'effectif

(1) Les consultations

Les médecins de garde prennent en charge les patients qui leur sont adressés par la régulation médicale, soit directement dans leur cabinet habituel (53, 85), soit au sein de lieux fixes de consultation (CAPS ou MMG – 44, 49, 53, 72, 85) spécialement dédiés à la permanence des soins.

Il existe dans la région **46 lieux fixes de consultation en Pays de la Loire** (14 en Loire Atlantique, 13 en Maine et Loire, 8 en Mayenne, 8 en Sarthe et 3 en Vendée) et un en Bretagne, à la Roche Bernard (56) qui dessert quelques communes du nord-ouest du département de Loire Atlantique .

La région des Pays de la Loire n'a pas mis en place de dispositif spécifique d'acheminement des patients vers les lieux fixes de consultation, excepté sur un territoire en Mayenne, celui de Villaines la Juhel, le plus étendu et le plus rural.

(2) Les visites à domicile

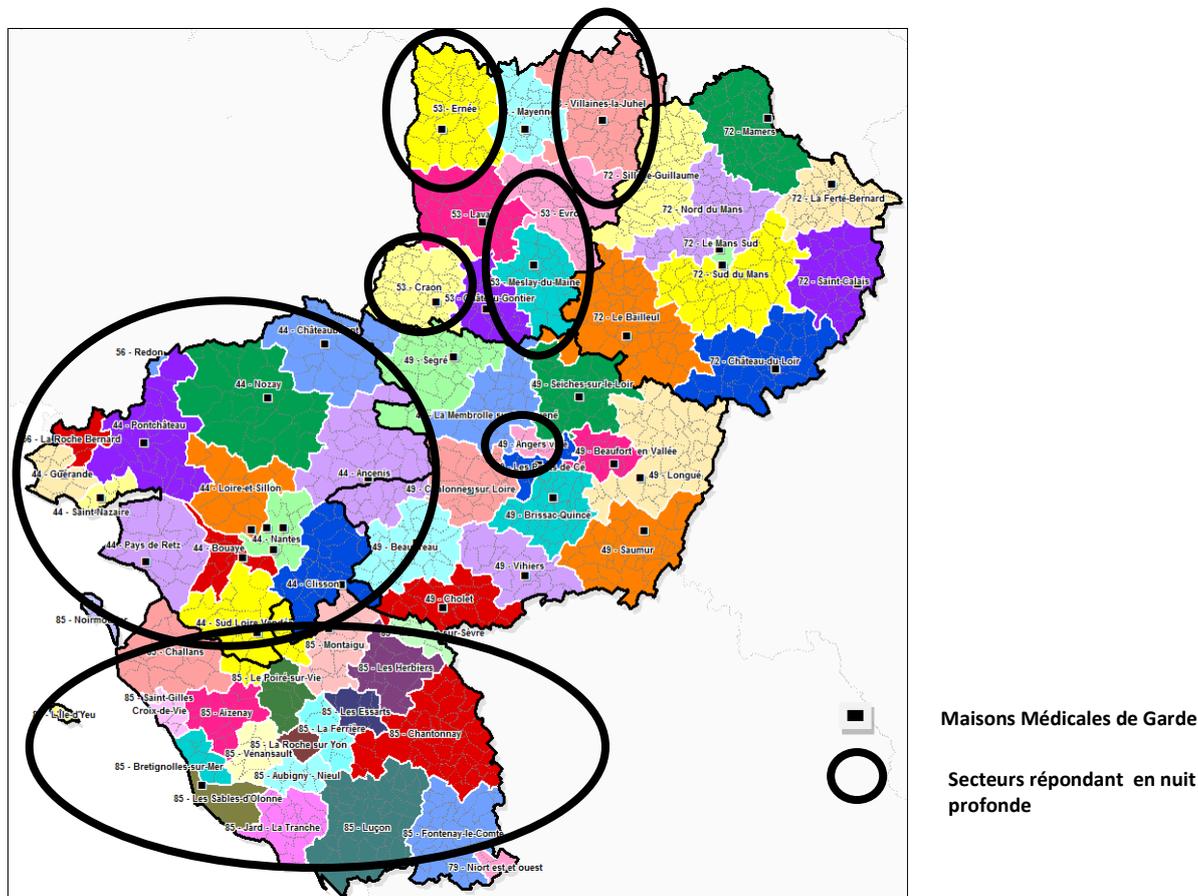
Les visites à domicile sont assurées par les médecins effecteurs relevant des ADOPS ou de SOS Médecins. Tous les départements assurent des visites incompressibles, excepté la Sarthe.

c) Synthèse de l'évaluation

L'évaluation de l'expérimentation du nouveau mode de financement de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, dont le rapport est mis en ligne sur le site de l'Agence régionale de Santé des Pays de la Loire, (http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_accompagnement_soins/Permanence_des_soins/Rapport_final_Evaluation_experimentation_PDSA_2011-2014_vf.pdf), mise en œuvre dans 4 départements sur 5 (Loire Atlantique hors agglomérations nantaise et nazairienne, Maine et Loire, Mayenne et Vendée, hors îles) a permis de mettre en exergue l'amélioration de la performance du système.

Une organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire plus efficiente :

- Une gouvernance départementale structurée autour d'associations, les ADOPS, responsabilisées dans l'organisation de la PDSA et impliquées dans le suivi de l'activité ;
- Un regroupement significatif des secteurs autour des maisons médicales de garde : 50 secteurs soit une diminution de 48% depuis 2010, 58% des secteurs disposant d'un point fixe assurant des consultations jusqu'à minuit avec des temps d'accès inférieurs à 30 minutes ;
- 15 secteurs issus pour certains de fusion de secteurs répondent en nuit profonde.



Un fonctionnement de la PDSA plus attractif et plus visible :

En ce qui concerne l'activité de régulation médicale, l'ensemble des plages sont couvertes excepté en nuit profonde dans le Maine et Loire et la Sarthe.

La participation des médecins a augmenté de 9%. De même, l'évaluation a constaté une hausse du volume d'heures de plus de 10% entre 2011 et 2014.

L'activité, de 8 appels maximum par heure, se rapproche de l'objectif de 6 décisions de régulation médicale par heure et par médecin.

Régulation (évolution 2012-2014)	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Vendée*
Nombre de médecins participant à la régulation	34 (38*)	66 (59*)	31 (32*)	58 (54*)
Volume d'heures de régulation annuel	15 280 (13 171*)	7 319 (7 213*)	6 184 (6 124*)	12 445 (12 578*)
Nombre de DRM	97 698 (94 620*)	54 982 (52 191*)	32 206 (31 992*)	53 362 (53 255*)

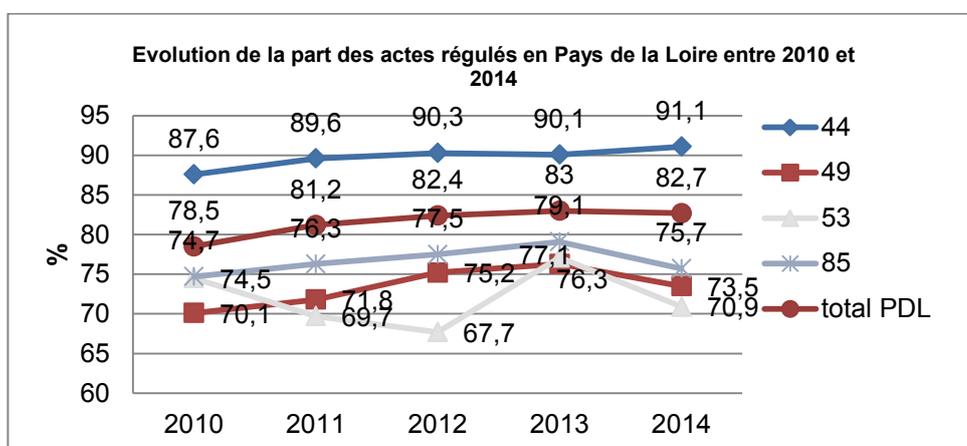
*En Vendée, les chiffres de 2012 portent sur la période de septembre, date de démarrage, à décembre

() activité régulation 2012

() activité régulation 2014

La nature des décisions reste stable depuis 2011 : 41% de conseil médical, 26% d'orientations vers les maisons médicales de garde (MMG). La part d'activité régulée passe de 78.5% à 82.7% (les chiffres de l'Assurance Maladie intègrent également les zones non expérimentales).

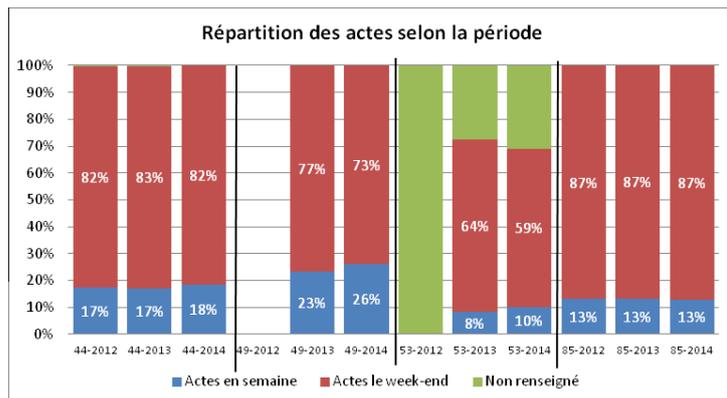
En 2014, 1804 des 22 000 appels reçus par SOS St Nazaire, 6 692 des 87 925 des appels reçus par SOS Nantes ont été transmis par l'interconnexion avec le centre 15.



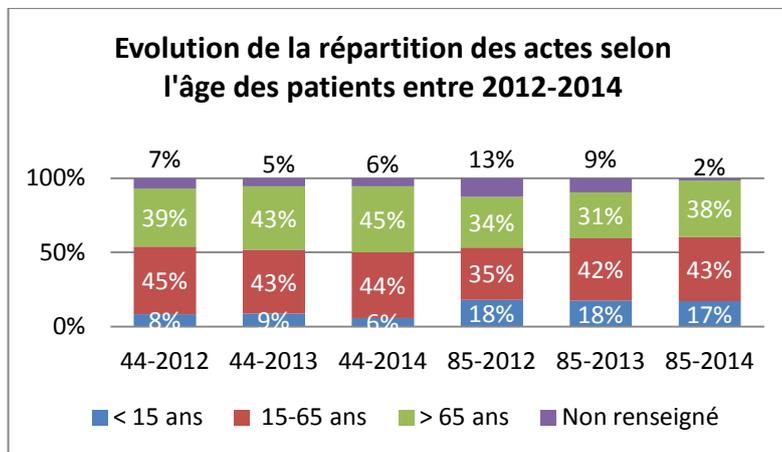
En ce qui concerne l'effectif, l'expérimentation a permis de fidéliser les médecins voire d'augmenter le nombre de participants en Maine et Loire (passage de 425 en 2011 à 442 en 2014), en Mayenne (hausse de 171 à 184) et en Vendée (de 63 à 76 pour les médecins mobiles et de 421 à 419 pour les effecteurs fixes) ; le Loire Atlantique (passage de 557 en 2009 à 509 en 2014 et de 127 mobiles à 99) et la Sarthe (baisse de 255 à 231) se caractérisent par une baisse du nombre de participants.

Le taux de carences est très faible puisqu'il se situe entre 0 et 1.5%.

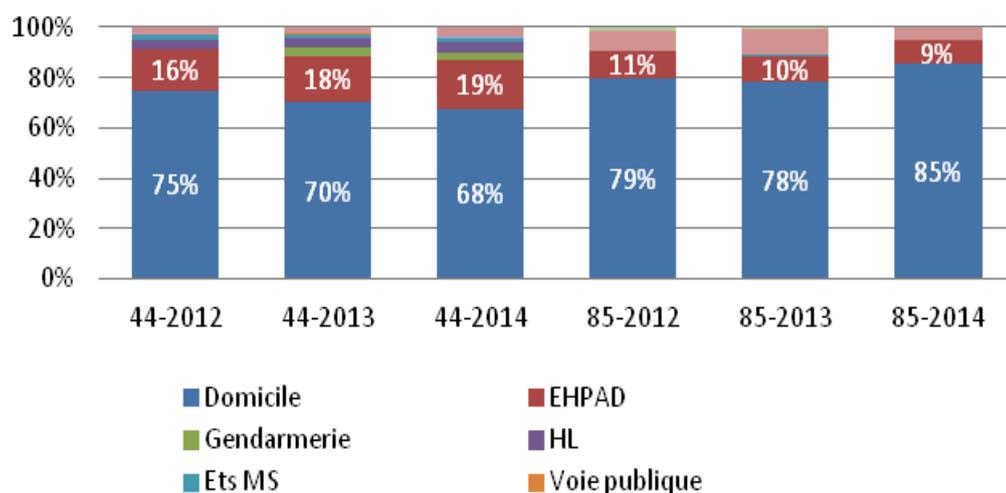
L'activité reste stable à 76 000 actes en point fixe : 85% de consultations et 25% de visites. Entre 73 et 87% des actes sont réalisés le week-end, la part des actes administratifs étant inférieure à 1%.



L'activité des **médecins mobiles**, expérimentée en Loire Atlantique et en Vendée, représente entre 7 et 9% de l'activité. Les patients de plus de 65 ans sont ceux qui y ont le plus recours (44.5%). Les médecins interviennent principalement à domicile (70%) et en EHPAD.



Evolution des lieux d'intervention entre 2012 et 2014



La typologie de l'activité est très différente entre les deux départements. L'activité est plus importante en Loire Atlantique même si la moyenne d'actes par nuit diminue : 7.6 contre 8.14 ; si elle augmente légèrement en Vendée (2.77 contre 2.25), elle reste faible. Pour autant, l'activité est plus régulière en Vendée qu'en Loire Atlantique, le nombre de nuits sans actes étant de 7.65% en Vendée alors qu'il représente près du quart en Loire Atlantique. Enfin, 46% des actes sont réalisés en nuit profonde en Loire Atlantique contre 88% en Vendée.

Cf tableau ci-après.

Evolution de l'activité des médecins mobiles entre 2012 et 2014	Loire Atlantique (5 secteurs)	Vendée (3 secteurs)
Pool de médecins mobiles	99 (127*)	76 (53*)
Nombre d'actes / an	2771 (2 970*)	1011 (238*)
Moyenne d'actes par nuit pour la zone de couverture départementale	7,59 (8,14*)	2,77 (2,25*)
Nombre d'actes par médecin et par nuit	1,52 (1,63*)	0,92 (0,75*)
Nombre de nuits sans actes	412 - 22,58% (423* - 23,18%*)	84 - 7,65% (141* - 44,34%*)
Horaires d'intervention	20h-00h : 54,13% (45%*) 00h-08h : 45,87% (54%*)	20h-00h : 11,77% (12%*) 00h-08h : 88,23% (82%*)
Durée moyenne pour arriver sur les lieux	36 (35*)	44 (39*)
Durée moyenne sur les lieux (en min)	35 (33*)	31 (34*)

() activité médecins mobiles 2012
(*) activité médecins mobiles 2014

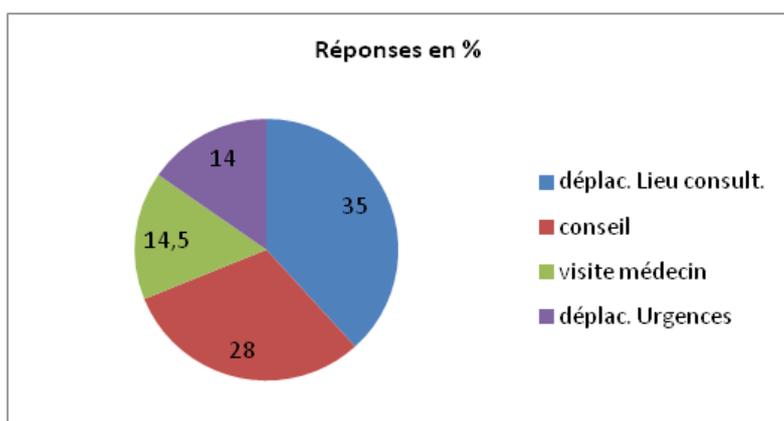
L'évaluation médico-économique du dispositif démontre qu'il est plus économique qu'un passage aux urgences en Loire Atlantique. A contrario, il est plus onéreux en Vendée. Le dispositif permet d'éviter une hospitalisation dans 75% des situations.

Indicateur	Donnée	44	85
Coût moyen d'une prise en charge aux urgences non d'une hospitalisation	Forfait d'Accueil et de Traitement des Urgences (ATU)	25€	25€
	Forfait Annuel Urgence <i>(données SAE)</i>	75€	75€
	Coût national moyen actes pour un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation <i>(source finances hospitalières juillet / aout 2010)</i>	85€	85€
	Coût moyen d'un Transport Sanitaire en garde <i>(données assurance maladie)</i>	414€	394
	Total	599€	579
Coût moyen d'un acte de Médecin mobil (2014)	Total <i>(cout forfait/nombre d'actes annuel)</i>	546€	971 €

Le dispositif est également mieux connu et utilisé par les usagers. En effet, 58% des personnes interrogées connaissent le numéro de téléphone du médecin de permanence, 14% se souvenant d'avoir reçu une information sur le numéro de recours. Seules 19% se sont rendues directement aux urgences.

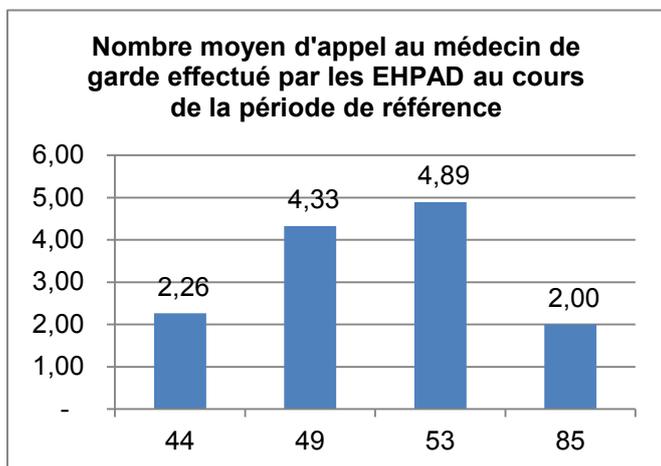
13.6% ont eu recours à la régulation téléphonique, dont 40.8% pour des enfants de moins de 17 ans et 25% des plus de 60 ans.

En ce qui concerne les suites données, l'évaluation montre un niveau de satisfaction élevé des patients, 88,8% des usagers jugeant le délai d'attente raisonnable, 93% des personnes étant satisfaites du conseil téléphonique. Lorsque la réponse a donné lieu à une orientation vers l'effecteur fixe, 88% des personnes ayant répondu à l'enquête ont indiqué avoir mis moins d'une ½ heure pour se rendre sur le lieu de consultation.

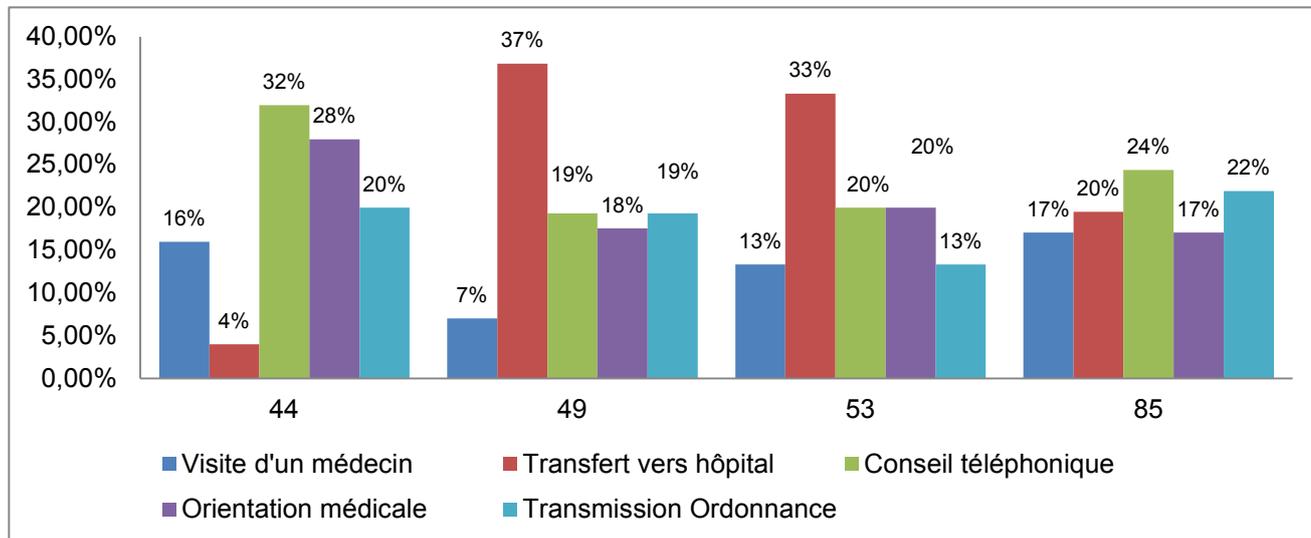


9 sur 10 ont indiqué vouloir faire appel au même numéro en cas de survenu d'un nouveau problème de santé. Plus d'un tiers ont consulté un médecin dans les 48h.

En outre, **l'expérimentation a permis d'améliorer la permanence des soins en institution, en particulier dans les EHPAD**. Ainsi, les 2/3 des établissements qui ont répondu à l'enquête ont indiqué avoir eu connaissance du numéro de recours, information déclinée dans une procédure interne pour 78% d'entre eux. 84% des EHPAD ayant répondu ont fait appel au dispositif de la PDSA.



L'activité des décisions de régulation médicale (DRM) en EHPAD est contrastée dans la région puisque l'orientation vers les services d'urgence est la décision majoritaire en Maine et Loire et en Mayenne alors qu'en Vendée et en Loire Atlantique, le conseil téléphonique est prédominant.



En ce qui concerne le conseil téléphonique, il recouvre des réalités différentes selon les départements en l'absence de consensus médical sur sa définition.

La permanence des soins en médecine générale ambulatoire a coûté 11.38 millions d'euros sur la zone d'expérimentation des nouveaux modes de rémunération, répartis à hauteur de 25% sur la régulation, 45% sur les astreintes des effecteurs et 30% sur les actes.

En 2015, l'enveloppe consacrée à la régulation était de 3.275 millions d'euros, la rémunération s'échelonnant entre 3 et 4 consultations par heure selon les départements. En France, la rémunération des médecins régulateurs s'échelonne de 3 à 5C/H.

L'enveloppe consacrée aux astreintes des effecteurs était de 6 millions d'euros (complément de rémunération des médecins mobiles compris).

L'activité reste maîtrisée, même si elle augmente sur 3 départements sur 5, car elle reste inférieure au montant plafond pour l'ensemble des départements.

DEPARTEMENT	population prise en charge pour l'effectif	MONTANT				
		ACTES THEORIQUE	ACTES 2012	ACTES 2013	ACTES 2014	ACTES 2015
44	640 000	1 523 017	1 041 746	1 031 656	1 025 072	1 111 293
49	786 000	1 161 994	817 833	918 414	933 188	861 333
53	305 147	197 769	307 005	201 601	189 757	204 212
72	565 718	711 695		458 783		460 853
85	674 879	1 435 163		512 961	529 587	511 897

C'est en Loire Atlantique et en Maine et Loire que le montant des actes par habitant est le plus élevé, celui de la Mayenne étant le plus bas.

DEPARTEMENT	montant actes théoriques par habitant	montant actes 2013 par habitant	montant actes 2014 par habitant	montant actes 2015 par habitant
44	2,38	1,61	1,60	1,74
49	1,48	1,17	1,19	1,10
53	0,65	0,66	0,62	0,67
72	1,26	0,81	-	0,81
85	2,13	0,76	0,78	0,76

La **conférence régionale de santé et de l'autonomie** (CRSA) des Pays de la Loire, dans son rapport sur les droits des usagers du système de santé 2015, a émis des recommandations qui ont vocation à être prises en compte dans le présent cahier des charges.

En ce qui concerne les bonnes pratiques concernant les droits des usagers, elle a relevé que les difficultés de **communication entre professionnels de santé et usagers**, recensée à travers l'analyse des plaintes et réclamations, pourraient faire l'objet de recherches de procédés adaptés mis en œuvre dans la région.

En ce qui concerne le **traitement des plaintes et réclamations**, elle souligne l'insuffisance de lisibilité pour le grand public et prône la mise en place d'un support accessible sur le site internet de l'agence régionale de santé, pouvant être étayé par les différentes associations. Elle propose que les conseils de l'ordre explicitent sur leur site les processus de traitement des plaintes et réclamations. Enfin, elle suggère d'expérimenter le traitement des demandes de médiation des usagers par les conseils territoriaux en santé.

3. Les autres systèmes de permanence des soins

a) Les gardes pharmaceutiques

Dans les Pays de la Loire, d'après les statistiques de Résopharma, il n'existe pas de zone de garde où le temps d'accès est supérieur à 20 minutes.

L'information du patient a lieu par l'intermédiaire du numéro de téléphone payant 3237 (35 centimes la minute auxquels s'ajoute le prix d'un appel) ou internet. En Sarthe, le territoire est partiellement couvert par ce numéro, le numéro à 10 chiffres préexistant (0825.120.304) ayant été maintenu.

Il n'existe pas de moyen fluide de communication avec le prescripteur en période de permanence des soins ambulatoire.

b) Les gardes odontologiques

Une permanence des soins dentaires harmonisée a été organisée sur la région des Pays de la Loire et fixée par décision DGARS du 27 août 2015 publiée le 04 septembre 2015, les dimanche et jours fériés de 09h à 12h.

L'extension sur toute la région des 3 heures de garde a permis de gagner en aisance ; la mise en œuvre de la régulation médicale, un des objectifs du cahier des charges actuel, permettrait de trier les urgences dentaires des autres demandes.

Une meilleure orientation des patients, en fonction des lieux de garde, grâce par exemple à la géolocalisation, permettrait de mieux répartir les patients entre les cabinets de garde et d'augmenter l'activité des cabinets où elle est faible voire inexistante.

	44	49	53	72	85
Sectorisation	5 zones	3 zones mais la majorité des patients se déplacent sur Angers	2 zones (Nord et Sud)	le Mans et La Communauté Urbaine du Mans	5 zones
Tableau de garde	Sur 3 mois	Sur 3 mois Publication hebdomadaire	Affichage la veille	Sur 3 mois ARS/CPAM/ADOPS/SAMU	Sur 3 mois
Lieu d'effecton de l'astreinte	cabinet	cabinet	cabinet	Au cabinet puis au CH du Mans lorsque le centre de soins délocalisé de la faculté de chirurgie dentaire de Nantes sera effectif	cabinet
Participants	Libéraux et centre de santé : 1017	Libéraux et salariés de centre de santé : 353	Libéraux : 129	113 actuellement et 229 lorsqu'elles seront assurées à l'hôpital du Mans	Libéraux et centre de santé : 324
Activité		1618 patients vus entre le 30/09/2015 et le 01/10/2016.	Pour 2015, 6 urgences par jour de garde en moyenne	750 urgences	
Permanence hors PDSA				Vacances de Noël et du 14/07 au 15/08	2 heures par jour l'été Projet : 1 matinée

c) Les gardes ambulancières

Afin de garantir la continuité de prise en charge des patients pendant les périodes définies par arrêté du ministre chargé de la santé, à savoir les samedi, dimanche, jours fériés de 08h à 20h ainsi que la nuit de 20 heures à 8 heures du matin, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble de chaque territoire départemental.

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Population 2013	1 328 620	800 190	307 500	569 040	655 510
Superficie (km ²)	6 815,4	7 165,6	5 175,2	6 206,0	6 719,6
Densité 2013 (nbe hab/km2)	194,9	111,7	59,4	91,7	97,6
Nombre de secteurs de garde	9	9	7	8	10
Superficie moyenne d'un secteur de garde (km ²)	757,3	796,2	739,3	775,8	672,0
Nombre d'équipages de garde	12	13	8	10	11
Nombre d'habitants pour un équipage	110 718 ⁶	61 553	38 437	56 904	59 591

Afin d'améliorer la continuité de la réponse aux demandes de transports sanitaires urgents régulés par le SAMU, l'agence a financé l'équipement de 351 véhicules de transports sanitaires de la géolocalisation dans quatre départements non équipés (49, 53, 72, 85), la Loire Atlantique ayant autofinancé son équipement.

Cette démarche s'inscrit en articulation avec le programme SI SAMU et dans le cadre d'une initiative des associations de transports de secours d'urgence de la région qui ont engagé des démarches pour s'organiser au niveau régional. Ainsi, dans les pistes d'optimisation actuellement travaillées par les transporteurs, apparaissent celles relatives à un nouveau maillage des territoires et d'une régulation ambulancière commune entre les départements rendue possible par le fait que les 5 associations travaillent désormais avec la même société informatique.

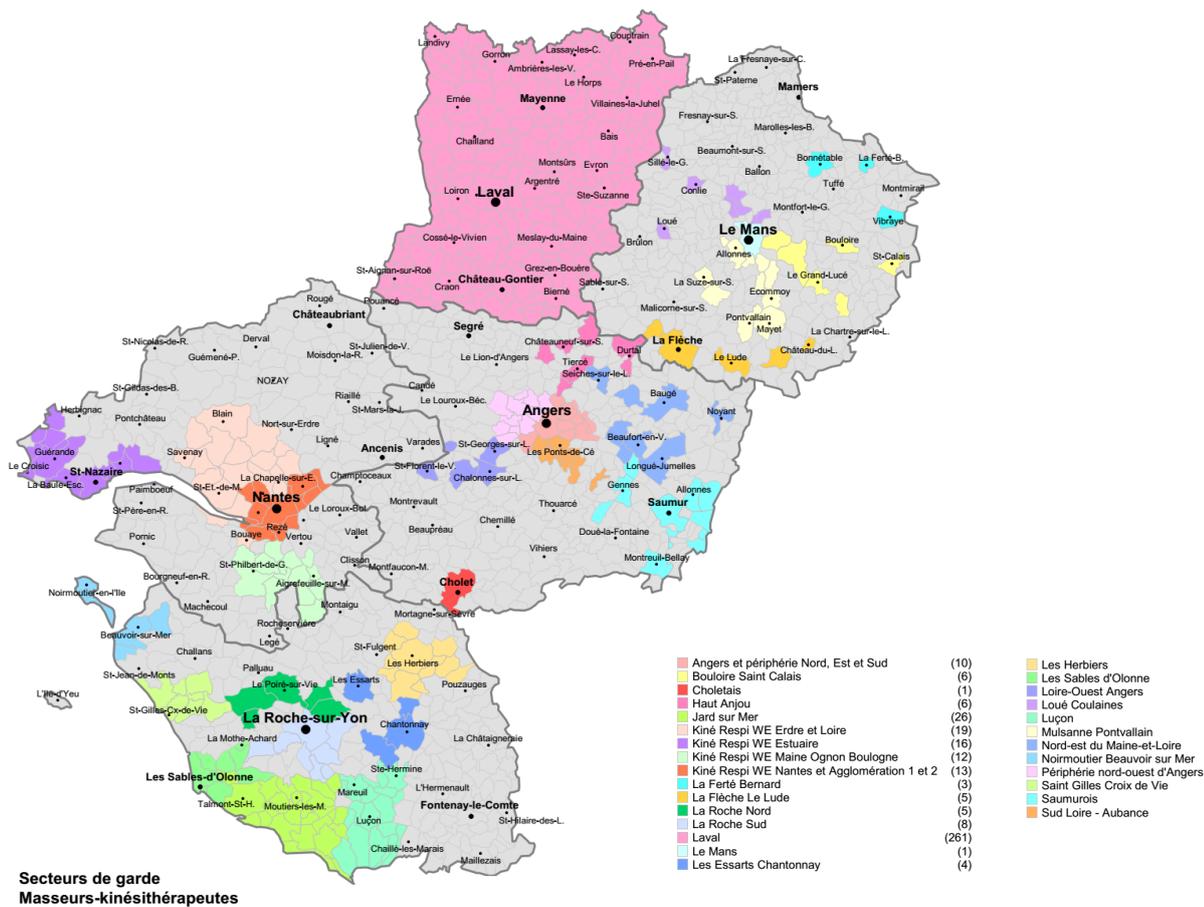
L'implantation des entreprises et les secteurs de garde sont présentés ci-après dans la quatrième partie du présent document relative aux conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

d) Les gardes de kinésithérapie

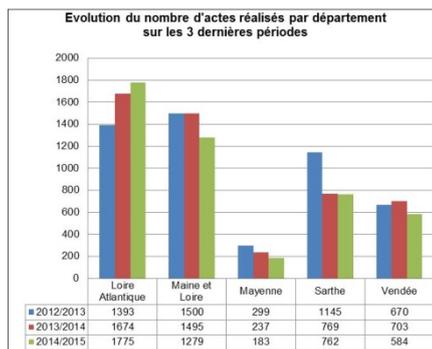
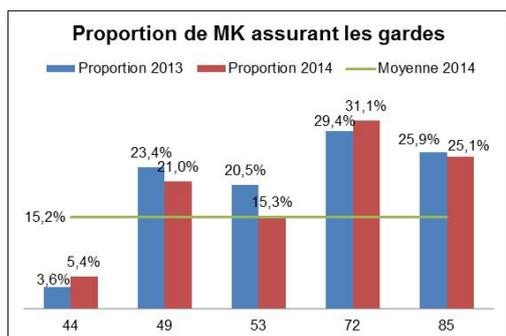
La prise en charge des actes de kinésithérapie respiratoire est organisée le week-end et les jours fériés pendant la période hivernale définie par l'institut de veille sanitaire (15 octobre – 31 mars).

Les astreintes sont organisées au niveau départemental du samedi midi au dimanche soir selon la sectorisation suivante. Le territoire comprend 29 secteurs de garde.

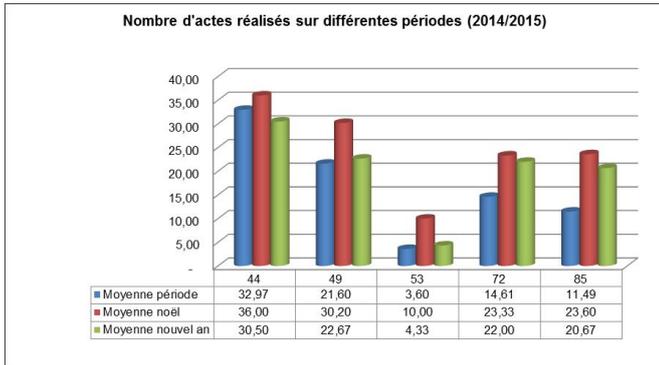
⁶ Le fait que le nombre d'habitants par équipage soit très élevé en Loire-Atlantique, comparativement aux autres départements, s'explique par l'existence de SOS médecins sur les agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire et par le fait que les véhicules soient géo-localisés depuis de nombreuses années.



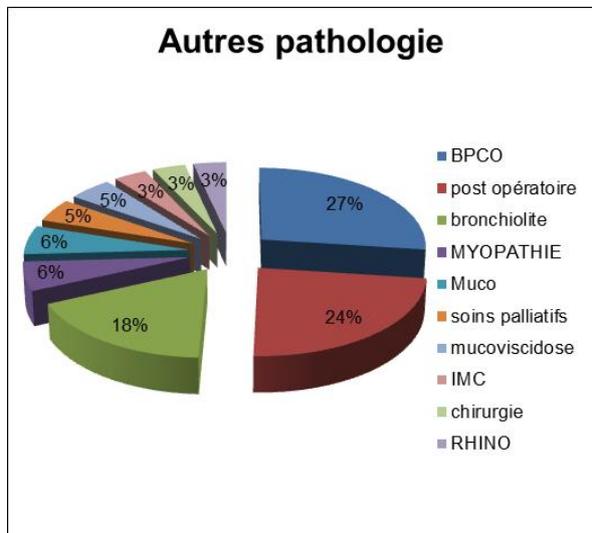
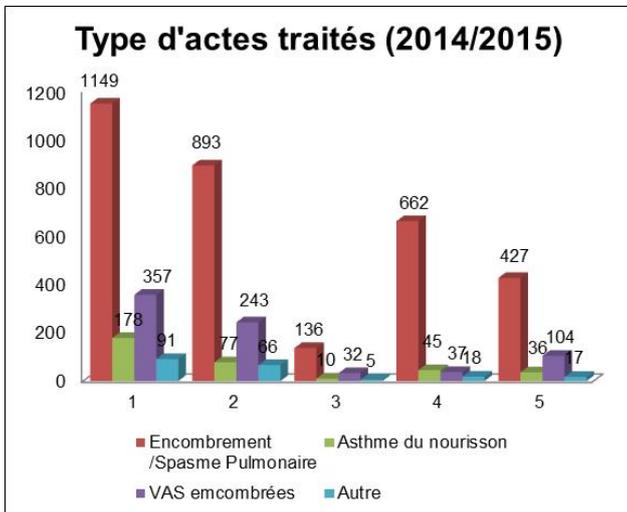
L'activité est globalement en baisse sur l'ensemble de la région excepté sur la Loire Atlantique. En moyenne, dans la région, 15% des masseurs kinésithérapeutes participent aux gardes.



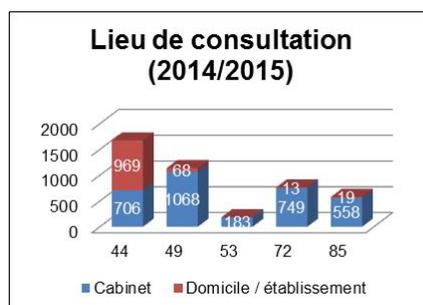
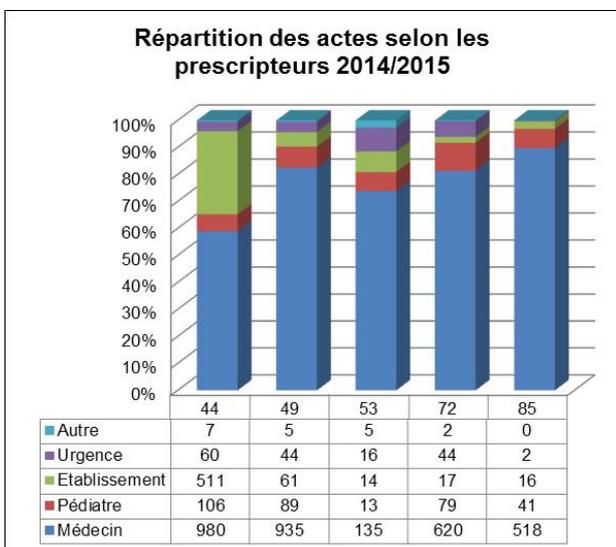
C'est sur la période de Noël et du nouvel an que l'activité est la plus importante.



Plus de 95 % des actes réalisés concernent l'une des trois pathologies mentionnées. Les encombrements / spasmes pulmonaires représentent près de ¾ des actes. Sur 200 autres actes qui ont été réalisés durant cette période, 108 ont été renseignés. Le BPCO, la bronchiolite et le post opératoire représentent près de 70 % des actes.



Sur la région, près de 75 % des patients sont adressés par leur médecin. Cet indicateur s'élève même à près de 90 % pour la Vendée. Environ 80 % des consultations ont lieu au cabinet.



e) Le dispositif infirmier

Le panel d'observation des conditions d'exercice et d'activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire 2014 établi par l'ORS précise que :

- 73% des infirmiers travaillent en moyenne 4 à 5 jours par semaine samedi et dimanche inclus ;
- 56% travaille un week-end sur deux ;
- 60% des infirmiers effectuent au moins une nuit d'astreinte par semaine au cours de laquelle ils sont amenés à répondre au téléphone (probabilité évaluée à 5%) et à se déplacer au domicile du patient si besoin (1 appel sur 4 est suivi d'un déplacement soit une probabilité de 1.4%).

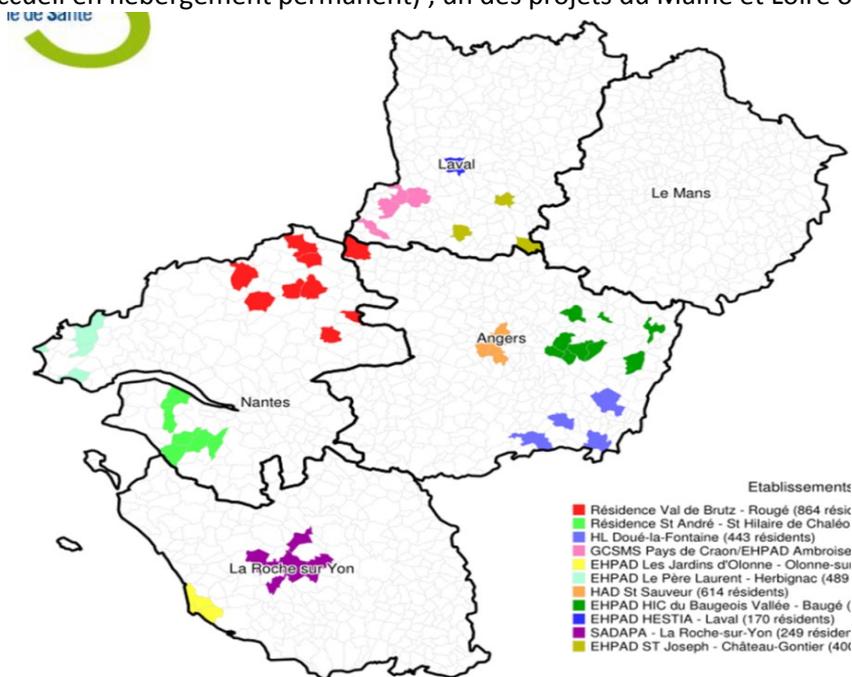
La continuité des soins infirmiers est organisée en journée en général sur une amplitude de 07h30 à 19h ou plus tard (source : panel d'observation supra), 7j sur 7.

En dehors des horaires, les patients ont en général accès à un répondeur qui les renvoie vers le 15.

Certains cabinets infirmiers sur Nantes et St Nazaire se spécialisent dans les prises en charge en urgence, notamment la nuit et le week-end afin de faire face à des sorties tardives d'hospitalisation de patients non encore suivi par un IDE libéral. *A Nantes SOS Infirmiers, installés dans les locaux de SOS Médecins Nantes, fonctionne 24h/24 et 7 jours sur 7 pour prendre en charge les demandes de soins infirmiers urgents.*

Une organisation spécifique a été mise en place entre plusieurs cabinets, dans le cadre des **maisons de santé pluridisciplinaires**, pour accompagner des personnes en fin de vie.

L'expérimentation astreinte IDE de nuit en EHPAD a permis de mettre en place une astreinte infirmière de nuit sur 4 départements sur 5 (absence de réponse en Sarthe) dans 69 EHPAD, soit 5 239 places (11.5% de la capacité d'accueil en hébergement permanent) ; un des projets du Maine et Loire organise le recours à des IDEL.



4. La coopération avec les établissements de santé

La coopération entre les acteurs de la permanence des soins ambulatoires et les établissements de santé s'illustre notamment par :

- un accueil des médecins régulateurs relevant du dispositif de permanence des soins ambulatoire dans les centres de réception et de régulation médicale des appels des SAMU-Centre 15 de la région,
- une prise de relais de l'effectif par les services d'urgences hospitalières de minuit à 8 heures sur trois secteurs de la Mayenne, de 1 heure à 8 heures dans le Maine et Loire, et de 23 heures à 8 heures en Sarthe,
- la mise à disposition de locaux pour héberger les maisons médicales de garde, ou les médecins mobiles,
- une intervention des médecins effecteurs de la PDSA au sein des établissements de santé de proximité (ex « hôpitaux locaux »), sur certains territoires, pour assurer la continuité des soins.

Par ailleurs, pour l'agglomération nantaise, il existe une convention entre l'établissement d'hospitalisation à domicile de Nantes et le CHU et entre l'hospitalisation à domicile (HAD) et SOS Médecins Nantes.

III. Principes régionaux d'organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

A. Gouvernance de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

La gouvernance du dispositif s'inscrit dans un système de gouvernance partagée, pluri professionnelle et territorialisée et organise la subsidiarité de la gestion permanence des soins ambulatoire dans les territoires de santé, que sont les 5 départements de la région Pays de la Loire, en la confiant aux professionnels de santé en coopération avec les acteurs du territoire.

Cette délégation de gestion s'inscrit dans un cadre contractuel avec l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire, responsable de la mise en œuvre de cette politique publique dans la région. Le contrat définit les missions, objectifs et obligations de chacun dans la gestion du dispositif. Sa mise en œuvre fait l'objet d'un suivi dans le cadre d'un dialogue de gestion au moins bi-annuel entre les co-contractants.

La gouvernance territoriale du dispositif est organisée sur les deux échelons du territoire, la région et les cinq départements.

1. Les associations de permanence des soins

a) Les associations d'organisation de la permanence des soins médicaux

Les associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS) se voient confier, par convention pluriannuelle, dont la durée est alignée sur la celle du cahier des charges régional, la gestion opérationnelle du dispositif de permanence des soins médicaux ambulatoire.

Une association s'est constituée dans chaque département.

Dans chaque département, les associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS) mettent en place une organisation de la permanence des soins et réalisent les adaptations nécessaires pour converger vers la cible définie pour le département par le cahier des charges régional.

Pour ce faire, elles sont responsables de la gestion financière de l'enveloppe départementale plafond définie dans le présent cahier des charges. Elles peuvent utiliser les éventuelles marges de manœuvre financières dégagées pour adapter la rémunération des astreintes dans les territoires de permanence des soins et, des forfaits des régulateurs libéraux dans la limite des plafonds fixés par l'arrêté ministériel.

Elles peuvent également, par conventionnement valorisé, contribuer à la sensibilisation et à la formation des internes et des médecins sur l'exercice particulier de la permanence des soins médicaux ambulatoire, notamment sur la régulation de médecine générale, avec les départements de médecine générale des UFR.

Enfin, elles utilisent les systèmes d'information interne nécessaires à la réalisation des missions de gestion, d'organisation et de fonctionnement de la permanence des soins médicaux ambulatoire, dans le cadre du schéma régional intégré des systèmes d'information en santé défini dans le Projet Régional de Santé, tout en respectant l'utilisation d'un système d'information autonome dédié à la PDSA et interconnecté avec le SI SAMU.

Les associations de SOS Médecins Nantes et SOS Médecins Saint Nazaire contribuent à la gouvernance du dispositif dans le département de Loire Atlantique.

b) Les associations de permanence des soins en kinésithérapie respiratoire

Les associations départementales d'organisation de la permanence des soins en kinésithérapie respiratoire se voient confier, par convention pluriannuelle, dont la durée est alignée sur la celle du cahier des charges régional, la gestion opérationnelle du dispositif de permanence des soins en kinésithérapie ambulatoire.

Une association s'est constituée dans chaque département.

Dans chaque département, les associations départementales d'organisation de la permanence des soins en kinésithérapie mettent en place une organisation de la permanence des soins en kinésithérapie respiratoire et réalise les adaptations nécessaires pour converger vers la cible définie pour le département par le cahier des charges régional.

c) Les associations des transports sanitaires urgents

Une association s'est constituée dans chaque département.

Dans chaque département, les associations des transports sanitaires urgents mettent en place une organisation des gardes en cohérence avec le cahier des charges régional.

2. Les ordres

Les conseils de l'ordre jouent un rôle qui diffère d'une profession à l'autre. Ils sont soit directement chargés de l'organisation de la permanence des soins, soit affectés d'un rôle de régulateur de son bon fonctionnement, soit ils remplissent les deux missions.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins est garant du remplissage des tableaux de garde de la permanence des soins médicaux ambulatoire.

Ainsi, en application de l'article R6315-2 du code de la santé publique, il est chargé de vérifier que les médecins de permanence sont en situation régulière d'exercice sur le fondement de la liste nominative transmise par les ADOPS, les associations de SOS Médecins et les centres de santé.

En application de l'article R6315-4 du code de la santé publique, en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs sur le département, il est chargé de :

- Recueillir l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins, de prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés pour compléter le tableau de permanence ;
- Adresser au Préfet un rapport, faisant état des avis recueillis (avec copie à l'ARS) afin que celui-ci procède alors aux réquisitions nécessaires.

Le conseil régional de l'ordre des pharmaciens est également chargé de la régulation des services de garde et d'urgence, qui est une obligation légale et déontologique pour tout pharmacien.

En cas de carence, ou si l'organisation retenue ne permet pas de satisfaire les besoins de la santé publique, le Préfet peut, après avis des organisations professionnelles et du Conseil régional de l'Ordre des pharmaciens, prendre un arrêté organisant lesdits services.

Il en est de même du conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, chargés de vérifier que les professionnels sont en situation régulière d'exercice.

Le conseil de l'ordre départemental des chirurgiens-dentistes est chargé de l'organisation de la permanence des soins dentaires.

Il n'existe pas d'ordre professionnel des ambulanciers.

3. Les syndicats professionnels

La garde pharmaceutique a pour particularité d'être organisée par les syndicats des pharmaciens.

Les gardes ambulancières sont organisées par les associations de transports sanitaires urgents.

4. Les instances de concertation

A l'échelon régional, le comité de pilotage régional de la PDSA, dont la composition est annexée au présent contrat (cf. ANNEXE A) est chargé :

- d'assurer le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du présent cahier des charges ;
- d'accompagner et développer la mise en place de la démarche qualité et l'amélioration de l'efficacité du système ;
- d'accompagner si besoin l'extension territoriale de la démarche et l'organisation de réponses à l'échelon régional ou interdépartemental permettant l'amélioration de la performance du système.

Une concertation avec les représentants du secteur médico-social est instaurée afin d'améliorer la permanence des soins des personnes en situation de handicap et les personnes âgées dépendantes.

A l'échelon départemental, le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) dont la composition est annexée au présent contrat (cf. ANNEXE n°), est chargé, en application de l'article R. 6313-1 du code de santé publique de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional. Il s'assure de la coopération des personnes physiques et

morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de permanence des soins ambulatoire et aux transports sanitaires.

En tant que de besoin, les représentants des masseurs kinésithérapeutes pourront être invités.

Le bilan annuel de permanence des soins ambulatoires est présenté au CODAMUPS.

B. Le système d'information

1. Le numéro d'appel dédié à la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

En application de l'article L.1435-5 du code de la santé publique, comme suite à la consultation lancée par courrier du 25 juillet 2016 et après avis du comité de pilotage régional de la permanence des soins ambulatoires, la décision ARS-PDL/DG/2016/004 définit le 116117 comme numéro d'appel utilisé en Pays de la Loire pour la régulation téléphonique médicale libérale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.

Le 116 117 est opérationnel sur l'ensemble du territoire national.

2. Mise en œuvre du SI PDSA

4 des associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS) sur 5 ont contractualisé, sous la forme d'un bon de commandes, avec la société SIS, sur l'ensemble des modules et options suivants : régulation, effecton, pilotage.

L'ADOPS 53 n'a pas signé le marché et conserve son système d'information actuel.

Quelle que soit la solution mise en œuvre le système d'information de la permanence des soins devra prendre en compte les orientations fixées par le projet régional de santé.

Il tiendra ainsi compte du cadre régional des systèmes d'information partagés de santé.

Il devra s'articuler avec les SI des SAMU et du programme de modernisation des systèmes d'information et de télécommunication des services d'aide médicale urgente mis en place par le décret n°2015-1680 du 15 décembre 2015 sur le module « régulation » du SI PDSA.

Il prendra enfin en compte les outils, proposés par le GSC e-santé, destinés à faciliter les échanges entre professionnels de santé de manière sécurisée et l'information, l'orientation et la coordination du parcours des patients, au fur et à mesure de leur développement et des usages proposés, en particulier :

- La messagerie sécurisée de santé

Afin de favoriser la continuité et la prise en charge coordonnée des soins du patient, au fur et à mesure de son déploiement le dossier médical partagé (DMP) pourra devenir l'outil privilégié.

3. Le SI de gestion et de paiement des gardes médicales

L'efficacité du système de permanence des soins implique également de se doter d'outils d'allocation de ressources et de paiement automatisés et sécurisés.

La CNAM a ainsi mis en place fin 2015 un nouveau télé-service permettant de dématérialiser les demandes de paiement d'indemnités de garde. Ce télé-service est interfacé avec ORDIGARD, outil de gestion des tableaux de garde, créé et administré par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Il permet de réduire le délai de paiement de l'Assurance maladie à 5 jours. Ce système est déjà utilisé par les pharmaciens.

Compte tenu de la mise en œuvre du SI PDSA dans la région et des contraintes liées à l'outil ORDIGARD, à ce jour, les ADOPS n'ont pas retenu cet outil.

Les systèmes d'information de la PDSA en Pays de la Loire pourront être adaptés, si besoin, afin d'organiser l'automatisation et la sécurisation de l'allocation de ressources et du paiement des gardes médicales, sans remettre en cause la centralisation effectuée par les ADOPS et sans alourdir les procédures actuelles. Un avenant au marché public du SI devra être élaboré pour prendre en compte cet aspect.

C. Communication, suivi et évaluation de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Les modalités de suivi et d'évaluation du dispositif définies ci-après sont susceptibles d'évoluer en fonction des suites données aux propositions de la conférence régionale de solidarité et de l'autonomie (CRSA), rappelées dans l'état des lieux supra (cf 2^{ème} partie, D-2-c)

1. Communication : la lisibilité du système et le bon usage du dispositif de permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Une communication nationale grand public sera organisée, lorsque le numéro national sera opérationnel, afin de promouvoir le recours au numéro national de permanence des soins en médecine générale ambulatoire.

Elle sera accompagnée d'une campagne de communication régionale et départementale par l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire.

Le cadre de ces campagnes de communication sera défini en concertation avec les acteurs dans les instances de concertation listées dans le paragraphe III-B-4.

Les supports de communication sur l'organisation de la permanence des soins ambulatoires mis en place ont vocation à améliorer la lisibilité de l'organisation retenue sur chaque territoire et notamment distinguer les modalités de recours aux urgences et à la permanence des soins ambulatoires.

2. Suivi et évaluation

a) *Le tableau de bord de suivi de l'activité*

Les modalités de suivi et d'évaluation de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires sont déclinées dans les conventions de gestion signées entre l'ARS et les associations de permanence des soins.

Elles s'inscrivent, pour une part, dans le cadre de l'instruction n°DSS/1B/DGOS/2016/325 en date du 25 octobre 2016, déterminant les modalités de mise en œuvre de la dérogation accordée par le Ministère en application de l'article L1435-5 du code de la santé publique.

Elles tiennent compte par ailleurs des indicateurs partagés, identifiés comme nécessaires au suivi et à l'évaluation du dispositif.

Il s'inscrit dans le cadre pluri professionnel et territorial du présent cahier des charges.

Afin d'assurer le suivi annuel du dispositif, et de pouvoir apporter à l'organisation les aménagements nécessaires, les différents acteurs concernés devront recueillir les données permettant le calcul des indicateurs intégrés dans le tableau de bord annexé au présent cahier des charges (cf. ANNEXE A) et l'élaboration de leur rapport annuel d'activité.

L'Agence Régionale de Santé formalisera sur cette base un bilan régional comprenant la situation par profession et par territoire. Ce bilan comprendra également un point sur l'information, l'orientation du patient et la coopération entre professionnels de santé ainsi que le bilan des réclamations et événements indésirables recensés par les acteurs selon les modalités définies dans le paragraphe III-D-2-b ci-après.

Il présentera enfin le bilan financier à partir des informations transmises par l'Assurance Maladie (CRGDR) selon le cadre défini en annexe (cf. ANNEXE A). La gestion des enveloppes plafond départementales de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire impliquant le maintien d'un suivi quadrimestriel, le bilan des dépenses de l'année N, sera transmis par l'Assurance Maladie (DRGDR) selon le calendrier joint en annexe (cf. ANNEXE A).

b) Modalités de recueil et de suivi des réclamations et des événements indésirables graves

(1) Définition

Le suivi et l'évaluation du présent cahier des charges intègre le bilan des réclamations et des événements indésirables graves déclarés par les acteurs du système de santé. Ce suivi fait l'objet de 2 indicateurs intégrés dans le tableau de bord de suivi de la permanence des soins ambulatoire présenté en annexe (cf. ANNEXE A).

Sont entendues comme réclamations : les requêtes, doléances ou plaintes écrites émanant d'un usager ou de son entourage et mettant en cause la qualité du service rendu par un établissement de santé, un établissement ou service médico-social, ou un professionnel de santé (incluant les officines et les laboratoires) ou les transporteurs sanitaires.

Sont considérés comme événements indésirables graves, les événements ayant un impact grave ou majeur sur l'organisation, la sécurité des patients/résidents, et /ou les biens matériels.

En ce qui concerne les événements indésirables graves (EIG) à impact sur les patients/résidents, est considéré comme grave ou majeur un événement ou un défaut de prise en charge responsable d'une atteinte physique ou psychologique grave réversible, ainsi que les atteintes non réversibles pouvant aller jusqu'au décès.

Il est de la responsabilité des professionnels de santé d'estimer si des événements à impact modéré et maîtrisé doivent néanmoins être portés à la connaissance de l'ARS notamment en raison de leur fréquence inhabituelle et/ou de circonstances particulières.

Enfin, le rapport d'activité des associations de permanence des soins doit intégrer le bilan des dysfonctionnements récurrents de la permanence des soins ambulatoires comme le non-respect de l'astreinte par le professionnel de santé ou le dysfonctionnement du circuit régulateur-effecteur.

(2) Modalités de recueil et de suivi

Les événements indésirables graves sont signalés à l'Agence régionale de Santé selon la procédure définie sur le site internet de l'agence : [Veille sanitaire](#) et à l'aide du formulaire mis en ligne. Dans le cadre de la démarche qualité, ils font l'objet d'un traitement par les professionnels de santé.

En ce qui concerne les réclamations et les dysfonctionnements de la permanence des soins ambulatoire, ils sont retracés par les associations de permanence des soins. Ce suivi, qui s'inscrit dans la démarche qualité conduite par les associations de permanence des soins, est organisé en lien avec les établissements de santé, siège des SAMU, et les Ordres professionnels.

Les établissements de santé, siège des SAMU, transmettent aux associations de permanence des soins une synthèse des réclamations, portant sur la régulation de médecine générale, également transmise à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les Ordres professionnels transmettent un bilan annuel synthétique des réclamations des usagers qu'ils ont traitées aux ADOPS.

(3) Modalités d'information des instances

L'ARS transmettra aux ADOPS, à la commission spécialisée de la Conférence régionale de la santé et de l'Autonomie, ainsi qu'aux comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) le rapport annuel de bilan de la permanence des soins ambulatoires qui comprendra le bilan des réclamations, des événements indésirables graves et des dysfonctionnements récurrents.

c) L'évaluation du dispositif

Une évaluation du présent cahier des charges sera organisée avant son échéance afin de préparer son renouvellement.

Elle intégrera également une évaluation sur la prise en compte des recommandations de bonnes pratiques, en particulier celles émises par la Haute Autorité en Santé (HAS) et comprendra des éléments d'analyse sur l'impact du fonctionnement des soins non programmés en continuité des soins, l'analyse du recours aux urgences et aux transports sanitaires pendant cette période.

D. Principes d'organisation de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

1. Une mission de service public assurée par des médecins volontaires

Basée sur le volontariat, la permanence des soins en médecine générale ambulatoire s'inscrit dans le cadre d'une mission de service public afin de répondre aux besoins de soins non programmés de la population. L'activité de permanence de soins fait ainsi, partie intégrante des missions des médecins libéraux. Son organisation, de la compétence de l'ARS, doit répondre à des principes qui conditionnent l'efficacité de l'ensemble du dispositif, le tout dans le cadre d'une organisation générale qui a pour finalité l'intérêt de la population.

L'article R. 4127-77 du code de déontologie médicale codifié dans le code de la santé publique définit la participation du médecin à la permanence des soins comme un devoir, fondé sur le volontariat individuel des médecins, conformément à l'article R. 6315-4 du code de la santé publique.

Les médecins, susceptibles d'y participer seront les médecins généralistes et autres spécialistes (adhérents ou non à la convention nationale) dans le cadre de leur activité libérale, les médecins des centres de santé, tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique selon des modalités fixées contractuellement avec l'ARS.

2. Une couverture horaire totale sur la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

L'organisation régionale définie dans le présent cahier des charges cible une couverture totale des horaires de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire, y compris en nuit profonde, à savoir :

- de 20h à 08h les jours ouvrés, dimanches et jours fériés ;
- les dimanches et jours fériés de 08h à 20h ;
- les samedis de 12h à 20h et de 20h à 08h ;
- les lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié de 08h à 20h ;
- les vendredis de 08h à 20h et les samedis de 08h à 12h, lorsqu'ils suivent un jour férié.

Cependant un souci d'économie de santé, certains territoires, œuvrant pour l'éducation de la population en matière de consommation du soin et ayant une activité faible, peuvent conventionner avec des établissements de santé afin qu'ils prennent le relais de l'effectif sur certaines plages horaires, dès lors que le coût organisationnel est inférieur la dépense qui pourrait être occasionnée par un déploiement maximal de l'offre de PDSA.

3. Un dispositif qui repose sur une régulation médicale préalable des appels

Le dispositif de la permanence des soins ambulatoire repose sur la régulation médicale, préalable à l'accès au médecin de permanence. Cette régulation médicale constitue le premier niveau de réponse à la demande de soins non programmée hors Aide Médicale Urgente.

Ce dispositif tient compte, dans son fonctionnement, des bonnes pratiques en vigueur et notamment celle relative aux modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale.

(HAS-http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf)

En conformité avec l'arrêté ministériel du 20 octobre 2011, les centres de régulation médicale susceptibles de recevoir des appels de permanence des soins procèdent à un enregistrement sonore des appels qu'ils traitent, conservé pendant une durée de cinq ans.

La régulation médicale des appels de permanence des soins ambulatoire peut être assurée par :

- un (ou plusieurs) médecin régulateur dédié exerçant dans les centres de régulation médicale hospitaliers (centres de réception et de régulation des appels -CRRRA- des SAMU-Centre 15) ou en régulation délocalisée
- les centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le CRRRA et sous convention avec le SAMU-Centre 15,

Le médecin régulateur dispose de la possibilité d'effectuer des prescriptions médicamenteuses conformément à la loi HPST. Ces télé prescriptions peuvent être transmises par voie électronique sécurisée aux pharmacies d'officine selon les recommandations de la HAS.

La régulation médicale doit être assurée sur la totalité des plages horaires de la permanence des soins, avec le souci d'optimiser le recours à l'offre de soins.

En cas d'impossibilité pour un département de mettre en place une régulation médicale libérale sur la totalité des plages horaires de la PDSA, des mutualisations de moyens sont possibles entre les départements ; ainsi une régulation

médicale adaptée aux besoins peut être commune à un ou plusieurs départements sur certaines plages horaires (en particulier de minuit à 8h00).

Les médecins régulateurs seront régulièrement formés et leurs pratiques auront vocation à s'inscrire dans le cadre des recommandations diffusées par la Haute Autorité en Santé (HAS). Une évaluation de la conformité des centres de régulation médicale à ces recommandations sera mise en œuvre.

4. Un dispositif fondé sur des territoires délimités de permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le découpage régional des territoires de la permanence des soins s'appuie sur les travaux conduits dans le cadre de l'expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins en médecine ambulatoire et d'une démarche spécifique sur les agglomérations nantaise et nazairienne.

Une cohérence entre la réponse aux demandes de soins aux heures de permanence des soins et la politique de développement de l'offre de soins de premier recours est recherchée.

La qualité de l'organisation de la permanence des soins constitue un des facteurs déterminants pour favoriser l'exercice ou l'installation des professionnels de santé sur les territoires fragiles.

Les travaux engagés dès 2008 visaient la définition d'une sectorisation d'une cinquantaine de territoires, avec pour objectif de garantir l'équité entre les départements afin que les efforts de resectorisation déjà consentis par certains ne les pénalisent pas.

La méthodologie a reposé sur deux grandes étapes :

- Le regroupement des secteurs de garde antérieurs pour permettre une couverture territoriale de la région en maisons médicales de garde sur la base des critères suivants :
 - Reprise des territoires des maisons médicales de garde existantes,
 - Obtention d'un nombre de médecins généralistes suffisant pour rendre les gardes les moins contraignantes possibles,
 - Utilisation du maillage des hôpitaux de proximité pour conforter leur place,
 - Prise en compte des flux majoritaires des patients,
 - Temps d'accès de 20 minutes et 30 minutes entre 0 et 8 heures.
- Et l'ajustement des limites géographiques afin d'éviter, lorsque cela était possible, de scinder les communautés de communes qui sont des acteurs importants dans le développement des maisons de santé pluri professionnelles.

Les deux agglomérations de Nantes et Saint-Nazaire en Loire-Atlantique ainsi que celle de l'île d'Yeu en Vendée sont des zones spécifiques ne relevant pas de cette méthodologie.

En outre, afin de faciliter l'information, l'orientation et l'acheminement du patient vers le lieu de consultation médicale fixe, les associations de permanence des soins des autres professionnels de santé, les syndicats représentant les pharmaciens tiennent compte, dans la mesure du possible, de l'organisation territoriale de la permanence des soins médicale ambulatoire.

Enfin, dans le cadre de l'expérimentation relative à l'acheminement des patients vers les maisons médicales de garde puis en tant que de besoin vers les pharmacies de garde, intégrées dans le présent cahier des charges, les associations de transports sanitaires urgents, sollicitées pour l'organiser, tiendront également compte de l'organisation territoriale de la permanence des soins médicaux ambulatoire et de l'organisation de la garde pharmaceutique.

5. Une organisation de l'effectif modulée selon les besoins du territoire

Les modalités d'élaboration des tableaux d'astreinte des médecins effecteurs sont définies en ANNEXE C.

Le recours au médecin d'astreinte doit être possible, selon les modalités d'organisation départementales, quand un examen clinique est estimé nécessaire par le médecin régulateur : ce médecin d'astreinte est appelé "médecin effecteur".

L'effectif, en référence à l'article L.6315-1 du code de la santé publique, peut être assurée par des médecins autres que libéraux⁷.

Le médecin effecteur intervient dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire en dehors de toute situation d'urgence vitale. Il est sollicité par le dispositif de régulation médicale selon les protocoles établis entre les SAMU-Centre 15 et les associations de permanence des soins ambulatoire. Le médecin effecteur prodigue ses soins sous sa responsabilité.

Les missions de soins proposées par le médecin régulateur sont prioritaires. Si malgré tout une indisponibilité de l'effecteur apparaissait, le médecin coordonnateur de la permanence des soins ambulatoires, ou à défaut, le centre de régulation médicale doit être averti par l'effecteur et tenter de mettre en œuvre une réponse adaptée à cette indisponibilité.

L'échelle territoriale de mise en œuvre de cette « effectif » est le territoire de garde, défini de telle sorte qu'il puisse être cohérent avec l'offre de soins de premier recours, et validé par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS). L'étendue des territoires peut, selon les plages horaires (notamment en nuit profonde), être de taille différente.

Le système d'effectif mis en place sur le territoire de garde, est organisé selon deux modalités de prise en charge du patient :

- Une consultation, sauf spécificité départementale, dans un lieu fixe de consultation (centre d'accueil de la permanence des soins – CAPS – ou maison médicale de garde – MMG -). Des raisons de proximité (du

⁷ Rappel des 3 derniers paragraphes de l'art. R. 6315-1. du code de la santé publique :

« 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 au conseil départemental de l'ordre des médecins.

« En fonction de la demande de soins et de l'offre médicale existantes, la mission de permanence des soins peut aussi être assurée par les établissements de santé, dans les conditions fixées par l'agence régionale de santé.

médecin effecteur et du patient) peuvent justifier une prise en charge du patient au cabinet du médecin effecteur.

- Les visites par un médecin effecteur, selon le modèle d'organisation départementale.

a) Organisation des lieux fixes de consultation

La cible est de disposer au sein de chaque territoire d'un lieu fixe de consultation, dédié à la permanence des soins (MMG ou CAPS).

Son accès doit faire l'objet d'une régulation médicale et sa situation géographique ne doit pas être à plus de 30 minutes de distance (effectuée dans les conditions de circulation habituelles) de la limite la plus lointaine du territoire.

Les lieux fixes de consultation (CAPS ou MMG) peuvent être situés au sein d'une structure sanitaire, médico-sociale ou d'une maison de santé pluri professionnelle déjà existante.

La priorité doit toujours être donnée au lieu fixe de garde (CAPS ou MMG), sous régulation médicale stricte du centre d'appels. Le patient s'y rend par ses propres moyens, sauf en cas d'impossibilité avérée ou d'expérimentation de l'acheminement des patients vers les lieux fixes de consultation (cf. [paragraphe III-H-5](#)).

La réorientation des patients à partir des services d'urgences vers la régulation médicale doit pouvoir être possible selon des protocoles à définir entre les établissements de santé et les associations de permanence des soins.

La cartographie des lieux fixes de consultation est consultable dans la 2^{ème} partie du cahier des charges supra, portant sur l'état des lieux (cf. [paragraphe II-D-2-b-\(1\)](#)).

b) Organisation du système de visite

Lorsque la situation du patient le nécessite et que celui-ci est dans l'impossibilité médicale de se déplacer, le médecin effecteur, en lien avec la régulation médicale, et qu'il soit ou non positionné dans un lieu fixe de consultation, peut être amené à réaliser des visites incontournables sauf spécificités départementales.

Il est par ailleurs mis en place, de 20h à 08h, en Loire Atlantique et en Vendée, un système d'effecteurs mobiles ("médecins mobiles"), régulé par le centre de régulation médicale pour des actes protocolisés.

c) Coopération avec les établissements de santé

La coopération entre établissements de santé et associations de médecins relevant du dispositif de permanence des soins ambulatoire s'organise par l'établissement de conventions et la définition de protocoles. Ceci vise notamment à éviter les recours injustifiés aux services des urgences ou envisager les modalités d'accès direct pour un patient dans un service d'hospitalisation.

Par ailleurs les établissements de santé peuvent assurer un relais pour les associations de médecins relevant du dispositif de permanence des soins ambulatoire, notamment de minuit à 8h00 sur certains territoires de la région, compte tenu de la faiblesse de l'activité observée.

Cette coopération ne peut être réalisée que dans le cadre d'un accord entre les deux parties, faisant l'objet d'une convention.

d) Cas particulier d'effectif

(1) Les établissements de santé de proximité

Les établissements de santé de proximité (ex "hôpitaux locaux") doivent réglementairement assurer la continuité des soins dans leur périmètre d'activité. Ils disposent d'un financement en DAF (ex-DGF). Trois cas de figure ne posent a priori pas de problème au regard de leur mode de financement :

- Continuité des soins assurée aux heures de permanence des soins en totalité par leurs effectifs médicaux salariés,
- Continuité des soins assurée partiellement par leurs effectifs médicaux salariés et par des médecins généralistes du territoire avec lesquels ils ont passé une convention et qu'ils rémunèrent directement.
- Continuité des soins assurée totalement par les médecins généralistes du territoire (idem ci-dessus).

Dans les autres cas de figure, l'établissement peut faire appel au dispositif de permanence des soins sous réserve d'un conventionnement avec les associations de permanence des soins ambulatoires.

Cependant, les conventions signées, ou les accords existants, entre les associations de permanence de soins et les établissements de santé de proximité, antérieurs à la présente convention peuvent être prorogées.

(2) L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue un mode de prise en charge qui permet à une personne atteinte de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier à son domicile de soins médicaux et paramédicaux coordonnés par un établissement de santé. L'hospitalisation à domicile (HAD) est donc une modalité d'hospitalisation à part entière qui s'inscrit en substitution des modes d'hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et soins de suite et réadaptation (SSR).

Au-delà du domicile personnel, le champ d'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) a été étendu en 2007 aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, et, en 2013, à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, notamment pour les personnes en situation de handicap.

En 2014, l'ensemble de la région est couvert par une offre d'hospitalisation à domicile (HAD). 10 structures sont autorisées (cf. couverture territoriale est représentée sur la carte ci-dessous).

L'article D. 6124-309 du CSP indique, pour les structures dites d'hospitalisation à domicile qu'elles « *sont tenues d'assurer la permanence et la continuité des soins, y compris les dimanches et les jours fériés* ».

Les modalités de mise en œuvre de la permanence et continuité des soins doivent être précisées pour chaque structure dans un règlement intérieur (défini par l'article D. 6124-310).

(3) Les soins dispensés aux détenus

Les soins dispensés aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et en milieu hospitalier, constituent l'une des 14 missions de services publics (MSP) définies par la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HPST) (12° article L. 6112-1 du Code de la santé publique). Les MSP sont attribuées par les agences régionales de santé et peuvent être confiées à tout établissement de santé.

Cette Mission de Service Public est couverte en nombre de centres dans la région : tous les centres pénitentiaires de la région disposent d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA).

En revanche, durant la détention, on constate des insuffisances dans l'accès aux soins (délais d'attente élevés) et des difficultés à la sortie (problème d'ouverture des droits à l'Assurance maladie, manque de préparation, ...).

La circulaire interministérielle n°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice encadre la continuité des soins et la prise en charge en dehors des heures d'ouverture de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire.

L'article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 (n° 2009-1436) indique notamment que : « La prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le Code de la santé publique. La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population (...). »

Au titre de la continuité des soins, l'unité sanitaire doit organiser la réponse médicale devant être apportée aux personnes détenues hors de ses heures d'ouverture.

Selon ce même article 46 de la loi pénitentiaire et l'article R. 6112-16 du Code de la santé publique, un protocole est signé par le directeur général de l'agence régionale de santé, le directeur interrégional des services pénitentiaires, le chef de l'établissement pénitentiaire et le directeur de l'établissement de santé concerné après avis du conseil de surveillance. Il définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en dehors des horaires de l'unité sanitaire. Les personnels pénitentiaires appliquent les directives prévues par ce même protocole (article D. 374 du Code de procédure pénale).

La circulaire prévoit dans ce cadre que, parmi les modalités pratiques de recours aux soins, peut être sollicité le recours aux médecins de ville ou associations de type SOS Médecins dans le cadre d'une convention entre ces derniers, l'établissement de santé de référence et l'établissement pénitentiaire.

(4) Les EHPAD

Les EHPAD dont l'activité médicale est exclusivement du ressort des médecins libéraux, relèvent de la permanence des soins, sous réserve du maintien des modes organisationnels et de rémunération libérale.

Afin de faciliter le bon déroulement de la permanence des soins de médecine générale en EHPAD, sera organisé, en coopération avec les représentants des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès du public des personnes âgées de plus de 75 ans, l'accès aux dossiers médicaux des résidents et aux médicaments.

De même, l'organisation de la permanence des soins ambulatoire tiendra compte des mesures nationales et régionales favorisant les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en établissements et services médico-sociaux.

(5) L'établissement des actes médico-administratifs en période de permanence des soins ambulatoire

(a) L'établissement des certificats de décès

La réalisation du certificat de décès est une obligation administrative. Ainsi, l'article L. 2223.42 du code général des collectivités territoriales précise que « l'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès ».

C'est le préalable à la rédaction de l'acte d'état civil qui doit parvenir à la mairie dans les meilleurs délais, au mieux dans les 24h suivant la demande d'intervention. Il doit être rédigé par un médecin inscrit au Tableau de l'ordre des médecins ou par un étudiant en médecine, en situation régulière de remplacement, et engage leur expertise et leur responsabilité. C'est un acte médical revêtant une importance médico-légale.

Les réformes du Ministère chargé de l'intérieur portant sur les opérations funéraires et la liste des infections transmissibles ainsi que la mise en place des agences régionales de santé par la loi HPST, ont conduit à une révision des modèles de certificats de décès. Parallèlement à ces travaux, un comité sur la dématérialisation des certificats de décès a été mis en place. Ce comité a pour objet l'évolution et l'optimisation du logiciel de certification électronique des décès mis en œuvre par le CépîDC-INSERM, ainsi que son déploiement en établissement de santé.

En Pays de la Loire, le médecin effecteur peut être sollicité selon les modalités définies dans les projets d'organisation départementaux.

La loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 modifie le code de la sécurité sociale en intégrant dans son article L. 162-5-14-2, la prise en charge par l'assurance maladie, sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixées par décret.

Le décret n°2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient précise que sont pris en charge les certificats réalisés :

- au domicile du patient, y compris dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou lorsque le patient réside dans un établissement social ou médico-social ;
- aux horaires de permanence des soins ambulatoires, le samedi matin (« la nuit entre 20 heures et 8 heures, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié de 8 heures à 20 heures ») et de 08 à 20h sur les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, déterminées par arrêté du DGARS ;

L'arrêté en date du 10 mai 2017 fixe le montant brut du forfait à 100€ ; il est versé par les régimes d'assurance maladie obligatoire sans avance de frais du patient. Ce forfait rémunère la visite réalisée dans ce cadre et les frais de déplacement afférents. Ce forfait est versé par la CPAM de rattachement.

(b) L'établissement des actes relevant de la médecine légale

Ces actes, effectués sur réquisition du procureur de la République ou d'un officier de police judiciaire, peuvent être liés à une activité de thanatologie (autopsie, levée de corps) ou de médecine légale du vivant (examen des

victimes aux fins de détermination de l'incapacité totale de travail et de constatation de lésions et traumatismes, examen des personnes gardées à vue).⁸

Une grande partie de cette activité est aujourd'hui réalisée dans les établissements publics de santé, mais il peut arriver que le médecin effecteur soit sollicité pendant la période de permanence des soins ambulatoire.

Le schéma directeur de la médecine légale prévoit la création d'un maillage territorial à 3 niveaux :

- un niveau régional, composé de structures hospitalières appelées « centres-pivots », qui sont dédiées aux activités de médecine légale thanatologique (IML) et du vivant (UMJ) et chargées de l'animation du réseau et de la formation des médecins légistes ;
- un niveau départemental, composé d'unités médico-judiciaires (UMJ) hospitalières dédiées à la seule médecine légale du vivant ;
- un niveau local, dit « réseau de proximité », qui comprend les services des urgences hospitalières, des médecins libéraux ainsi que des associations de médecins.

En Pays de la Loire, le schéma directeur prévoit une organisation en héli-région avec deux unités médico-judiciaires :

- une à Angers dans le Maine et Loire, avec une organisation de niveau 2, mettant à disposition une équipe médicale unique pour les examens des victimes et des gardés à vue 24h/24 et une IDE 12h/24 les jours ouvrables ou 08h/24 7 jours sur 7. Un réseau de proximité existe en Mayenne mais pas en Sarthe.
- une à Nantes, en Loire Atlantique, avec une organisation de niveau 3, mettant à disposition une équipe médicale unique pour les examens des victimes et des gardés à vue, exerçant 6 jours/semaine aux heures ouvrables, à laquelle s'ajoute l'organisation d'astreintes médicales, les week-ends et jours fériés et une IDE 08/24 6 jours sur 7 ; il n'existe pas de réseau de proximité en Vendée.

La circulaire du 28 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine légale précise que les parquets des juridictions rattachées à une unité médico-judiciaire (UMJ) dédiée peuvent recourir au réseau de proximité, à titre dérogatoire et de façon permanente, soit aux jours et heures non ouvrables de l'unité médico-judiciaire (UMJ), soit lorsque des circonstances particulières, telles que l'éloignement géographique ou les délais de transport, le rendent nécessaire.

Avec l'accord préalable du procureur de la République, il peut également être recouru au réseau de proximité lorsque des circonstances ponctuelles, telles que les intempéries, l'urgence, la dangerosité de la personne placée en garde à vue, les contraintes opérationnelles des services de police ou unités de gendarmerie, ou encore un nombre important d'examens de compatibilité requis par eux en même temps, le rendent utile.

La Conférence de consensus de 2004 et le guide de bonnes pratiques de la Direction des affaires criminelles et des grâces de juillet 2009 mentionnent que :

« Pour répondre au mieux aux attentes des autorités judiciaires qui le requièrent, il est souhaitable qu'à défaut de l'expérience de ces examens, le praticien acquière, comme le préconise la conférence de consensus des 2 et 3 décembre 2004, une formation initiale et continue à la pratique de ces examens.

Les principales qualités professionnelles attendues du praticien pour procéder à l'examen des personnes gardées à vue sont les suivantes :

- *Exercice de la médecine indépendamment des interventions en garde à vue ;*
- *Formation spécifique : connaissances en matière de médecine légale, connaissances minimales quant au fonctionnement de l'institution judiciaire, connaissance du cadre juridique de l'intervention, connaissance de la nature et de l'étendue de la mission ;*

⁸ Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en œuvre de la réforme légale

Indépendance d'esprit et objectivité du raisonnement et des constatations, tant à l'égard des enquêteurs qu'à l'égard des personnes gardées à vue ;

- *Intérêt porté à la mission ;*
- *Disponibilité ;*
- *Mobilité. »*

Il est également précisé :

« En l'absence de toute structure hospitalière dédiée à la médecine légale, l'intervention du médecin en garde à vue doit reposer sur la constitution d'un réseau de proximité, qui pourra comporter :

- *des structures privées ou associatives de médecine légale ;*
- *des médecins libéraux exerçant à proximité du lieu où se déroule la mesure de garde à vue et dûment formés ;*
- *le cas échéant et de manière résiduelle, des praticiens des services d'urgences hospitaliers au sein des locaux hospitaliers non spécifiquement dédiés à la médecine légale, lorsque ces praticiens sont en mesure de remplir cette mission sans mettre en péril leur cœur d'activité et lorsqu'ils ont pu bénéficier d'une formation spécifique, acquiescent au principe de cette mission et sont en effectifs suffisants. »*

Il est rappelé que le recours dérogatoire à des praticiens relevant du réseau de proximité dédié et spécifique, de manière permanente ou ponctuelle, fait l'objet d'un paiement à l'acte adressé au titre des frais de justice de la juridiction, selon le destinataire de la réquisition judiciaire, au praticien ou à la structure requise, après édition d'un mémoire de frais.

La rémunération consécutive à la réalisation d'un examen médical de gardé à vue présente un caractère forfaitaire : elle ne donne donc lieu à aucune majoration pour des interventions effectuées de nuit, le dimanche ou un jour férié et n'ouvre pas droit au remboursement des frais de déplacement, ni de séjour.

(c) L'établissement des certificats médicaux pour hospitalisation sous contrainte

Les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public, sont susceptibles de faire l'objet d'une admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat.

Le médecin effecteur, en fonction des organisations départementales, est susceptible d'être sollicité pour demander, par un certificat médical circonstancié, des soins psychiatriques sans consentement.

Ces certificats sont prévus par la loi (cf. article L. 3212-1 à L. 3212-12 du code de la santé publique, L. 3213-1 à L. 3213-10 du code de la santé publique, L. 3211-6 du code de la santé publique et L. 490 du code civil).

E. Pics d'activité et situation sanitaire exceptionnelle

Au vu des remontées d'informations provenant des dispositifs de veille et d'alerte (suivi des pics épidémiques, de l'activité des structures des urgences), de l'activité des régulations médicales et des sollicitations de professionnels de terrain, l'Agence Régionale de Santé prend la décision, après concertation du SAMU et des associations de permanence des soins, de renforcer si besoin les effecteurs de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire pour une période transitoire.

Cet ajustement des effectifs médicaux sera envisagé en priorité pour la régulation médicale téléphonique.

Par ailleurs, les organisations de la permanence des soins ambulatoire en Loire Atlantique et en Vendée tiennent compte des variations d'activité saisonnières liées à l'augmentation de la population présente pendant l'été.

F. Les autres systèmes de garde

1. Les gardes pharmaceutiques

Il est convenu de maintenir le système de garde pharmaceutique actuel (cf. 2^{ème} partie relative à l'état des lieux, paragraphe II-D-3-a) mais de favoriser une meilleure coordination entre professionnels de santé afin de faciliter l'information, l'orientation et la qualité des soins du patient.

Dans ce cadre, il est convenu d'organiser un accès facilité au médecin de garde en diffusant la procédure permettant de joindre le prescripteur pour échanger si besoin, sur une situation relative à la période de permanence des soins en médecine ambulatoire concernée :

- SOS Médecins met en place un numéro dédié ;
- Les SAMU disposent d'un système d'identification de numéros des professionnels de santé sur lequel les pharmaciens peuvent être identifiés. Il permet d'identifier les numéros des officines de pharmacie mais pas les téléphones portables des pharmaciens.

Afin de faciliter l'orientation du patient le samedi après-midi, période de permanence des soins en médecine ambulatoire, la liste des pharmacies fermées de manière récurrente cette demi-journée sera transmise aux associations de permanence des soins.

Les prescriptions médicamenteuses téléphoniques télétransmises seront réalisées conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, notamment celle relative à la téléprescription dans le cadre de la régulation médicale de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf.

Les pharmaciens s'inscriront également dans les dispositifs déployés, dans le cadre du programme régional des systèmes d'information partagés en santé, présentés dans la deuxième partie portant sur l'état des lieux, au paragraphe II-D-1

Ils prendront ainsi en compte les outils, proposés par le GCS e-santé, destinés à faciliter les échanges entre professionnels de santé de manière sécurisée et l'information, l'orientation et la coordination du parcours des patients, au fur et à mesure de leur développement et des usages proposés, en particulier :

- La messagerie sécurisée de santé ;

Afin de favoriser la continuité et la prise en charge coordonnée des soins du patient, au fur et à mesure de son développement le dossier médical partagé (DMP) pourra devenir l'outil privilégié.

2. Les gardes odontologiques

Il est convenu de maintenir le système de garde odontologique actuel (cf. 2^{ème} partie relative à l'état des lieux, paragraphe II-D-3-b) mais de favoriser une meilleure coordination entre professionnels de santé afin de faciliter l'information, l'orientation et la qualité des soins du patient.

Les situations de douleur et d'infection dentaire font l'objet d'une régulation médicale avec une évaluation de la situation sur le fondement d'un arbre décisionnel puis en fonction de l'évaluation, le patient est orienté vers le lieu fixe de consultation à partir du tableau de garde odontologique transmis par les Ordres départementaux professionnels aux associations de permanence des soins ambulatoire.

Les chirurgiens-dentistes s'inscriront également dans les dispositifs déployés, dans le cadre du programme régional des systèmes d'information partagés en santé, présentés dans la deuxième partie portant sur l'état des lieux, au [paragraphe II-D-1](#)

Ils prendront ainsi en compte les outils, proposés par le GCS e-santé, destinés à faciliter les échanges entre professionnels de santé de manière sécurisée et l'information, l'orientation et la coordination du parcours des patients, au fur et à mesure de leur développement et des usages proposés, en particulier :

- La messagerie sécurisée de santé ;

Afin de favoriser la continuité et la prise en charge coordonnée des soins du patient, au fur et à mesure de son développement, le dossier médical partagé (DMP) pourra devenir l'outil privilégié.

Afin d'améliorer l'organisation, un intranet régional partagé entre les 5 départements intégrant un outil de gestion des gardes sera mis en place.

3. Les gardes ambulancières

L'organisation retenue dans les départements est présentée dans la 4^{ème} partie du présent cahier des charges, relative aux conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

La performance du système implique la mise en place d'un système d'information de gestion des transports sanitaires interconnecté avec le système d'information du SAMU-Centre 15, la mise en œuvre de la géolocalisation et l'organisation d'une coordination ambulancière.

4. Les gardes de kinésithérapie

Il est convenu de maintenir le système de garde de kinésithérapie actuel (cf 2^{ème} partie relative à l'état des lieux, paragraphe II-D-3-d) mais de favoriser une meilleure coordination entre professionnels de santé afin de faciliter l'information, l'orientation et la qualité des soins du patient.

Les masseurs kinésithérapeutes s'inscriront également dans les dispositifs déployés, dans le cadre du programme régional des systèmes d'information partagés en santé, présentés dans la deuxième partie portant sur l'état des lieux, au [paragraphe II-D-1](#).

Ils prendront ainsi en compte les outils, proposés par le GCS e-santé, destinés à faciliter les échanges entre professionnels de santé de manière sécurisée et l'information, l'orientation et la coordination du parcours des patients, au fur et à mesure de leur développement et des usages proposés, en particulier :

- La messagerie sécurisée de santé ;

Afin de favoriser la continuité et la prise en charge coordonnée des soins du patient, au fur et à mesure de son développement, le dossier médical partagé (DMP) pourra devenir l'outil privilégié.

5. Le dispositif infirmier

La région Pays de la Loire n'organisera pas dans le cadre du présent cahier des charges une permanence des soins infirmiers ambulatoires. Le cadre de continuité des soins des patients suivis par les IDEL permet de disposer d'une réponse pour les patients bénéficiant d'une prescription médicale sur une partie de la période de PDSA.

Pour autant, sera organisé l'articulation du dispositif d'astreinte IDE de nuit expérimenté dans la région en fonction de son développement prévu, notamment dans le cadre de la mise en œuvre mesures du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie, dont l'axe 3 prévoit le développement des prises en charges en proximité en favorisant les soins palliatifs à domicile y compris pour les résidents en ESMS :

- action 9-1 – favoriser une présence infirmière la nuit dans les EHPAD ;
- action 11-13 – renforcer les capacités et fréquences d'intervention des SSIAD/SPASAD dans des horaires élargis et notamment le week-end et la nuit (dans le cadre de la contractualisation).

Par ailleurs, il est convenu de favoriser une meilleure coordination entre professionnels de santé afin de faciliter l'information, l'orientation et la qualité des soins du patient en :

- améliorant les échanges d'information sur la connaissance du dispositif expérimental astreinte IDE de nuit en EHPAD ;
- améliorant l'information des IDEL sur leurs obligations en matière de continuité des soins : formation continue, plaquette ARS/CPAM/ordre/URPS sur l'exercice libéral, information sur le site du PAPS ;
- améliorant l'information des médecins sur l'organisation de la continuité des soins infirmiers.

De même, sera pris en compte les outils, proposés par le GSC e-santé, destinés à faciliter les échanges entre professionnels de santé de manière sécurisée et l'information, l'orientation et la coordination du parcours des patients, au fur et à mesure de leur développement et des usages proposés, en particulier :

- La messagerie sécurisée de santé ;

Afin de favoriser la continuité et la prise en charge coordonnée des soins du patient, au fur et à mesure de son développement, le dossier médical partagé (DMP) pourra devenir l'outil privilégié.

G. L'expérimentation de l'acheminement des patients vers les lieux de consultation fixes de garde

La garde ambulancière est complétée en Mayenne par un dispositif spécifique de prise en charge des transports sur le secteur de Villaines-la-Juhel, déclenché par le médecin régulateur libéral, uniquement en l'absence d'autres possibilités d'acheminement vers le lieu de consultation. Si le médecin de garde l'estime nécessaire, il signera un formulaire fourni par l'ambulancier autorisant le transport du patient à la pharmacie de garde pour permettre la délivrance des médicaments.

Par ailleurs, afin de diminuer le recours non pertinent aux services d'urgence et dans le cadre du présent cahier des charges, la région Pays de la Loire expérimentera l'acheminement des patients vers les points fixes de consultation sur certains territoires infra-départementaux prioritaires présentant les caractéristiques suivantes : une fragilité sur la démographie médicale, une proportion de population âgée importante, des difficultés sociales marquées.

Le cahier des charges de l'expérimentation sera fixé en concertation avec les associations de permanence des soins, et les associations de transport sanitaire urgent en lien avec les instances de concertation de la permanence des soins ambulatoires.

IV. Conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département

A. Département de Loire Atlantique

1. Etat des lieux de la permanence des soins en Loire Atlantique

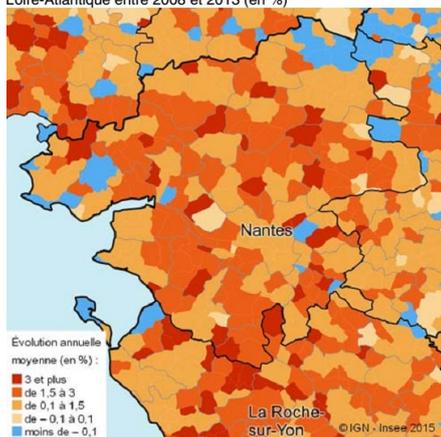
a) Les caractéristiques du département

(1) Un dynamisme démographique soutenu⁹

Avec 1 382 766 habitants au 1^{er} janvier 2017, la Loire-Atlantique est le **département le plus peuplé** des Pays de la Loire.

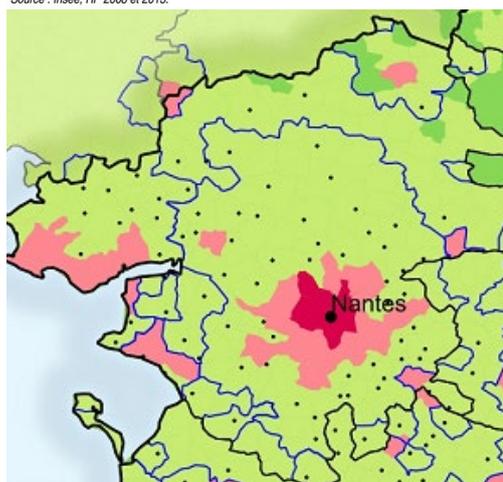
Entre 2008 et 2013, elle gagne chaque année 14 550 habitants. Sa croissance démographique est soutenue : + 1,1 %, soit deux fois plus qu'en moyenne nationale.

2 Une croissance positive pour la majorité des communes
Evolution annuelle moyenne de la population des communes de Loire-Atlantique entre 2008 et 2013 (en %)



La très grande majorité des communes de la Loire-Atlantique sont dans une **dynamique positive**. Nantes Métropole gagne 5 670 habitants par an en moyenne entre 2008 et 2013. Les communes de la grande couronne nantaise connaissent un dynamisme démographique particulièrement marqué. Seules 18 communes perdent des habitants au cours des cinq dernières années.

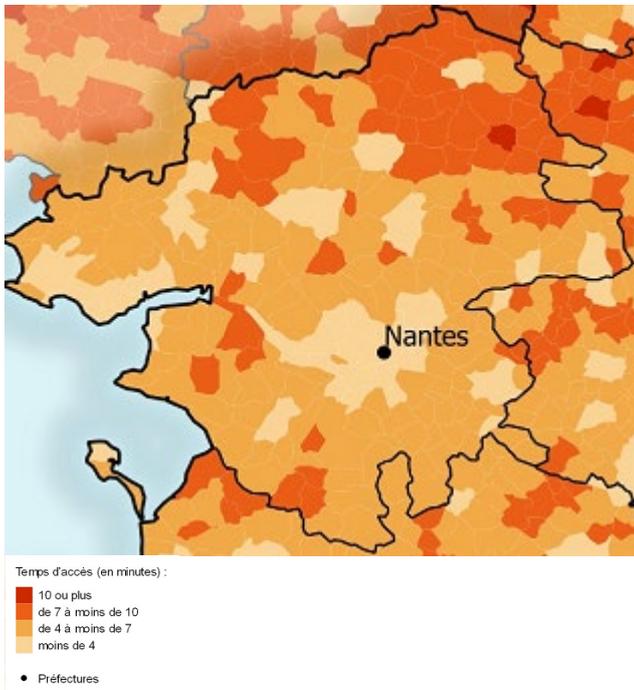
La Loire-Atlantique apparaît **la moins rurale de la région** : c'est le seul département de la région dans lequel les habitants résident moins souvent dans des territoires faiblement denses qu'au niveau national.



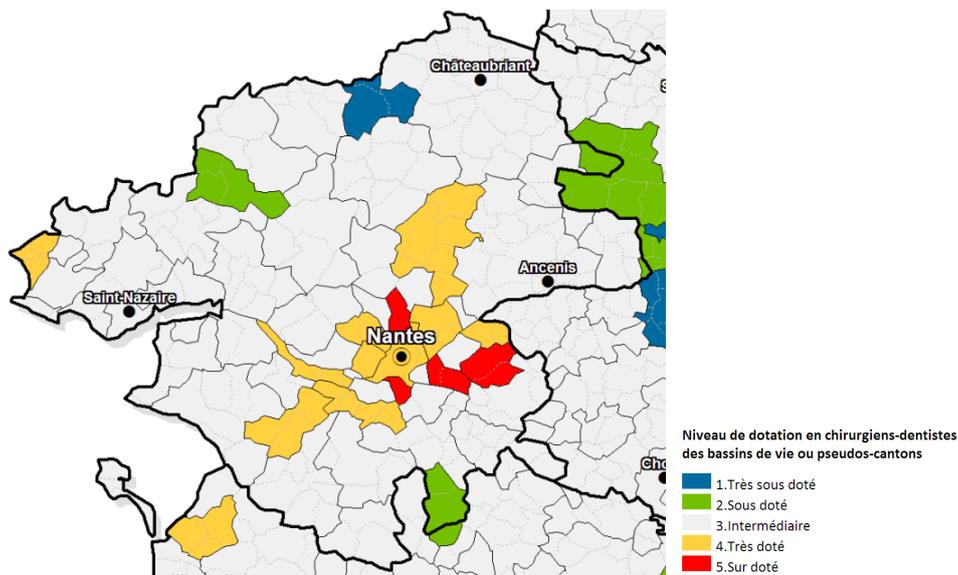
⁹ Cf INSEE flash Pays de la Loire – n°33 – décembre 2015 et INSEE analyses Pays de la Loire – n°26 – janvier 2016

(2) Une situation de l'offre de soins favorable

Le département de la Loire Atlantique dispose globalement du **temps d'accès au panier de vie courante**¹⁰ à 7 minutes au plus, le plus favorable de la région.



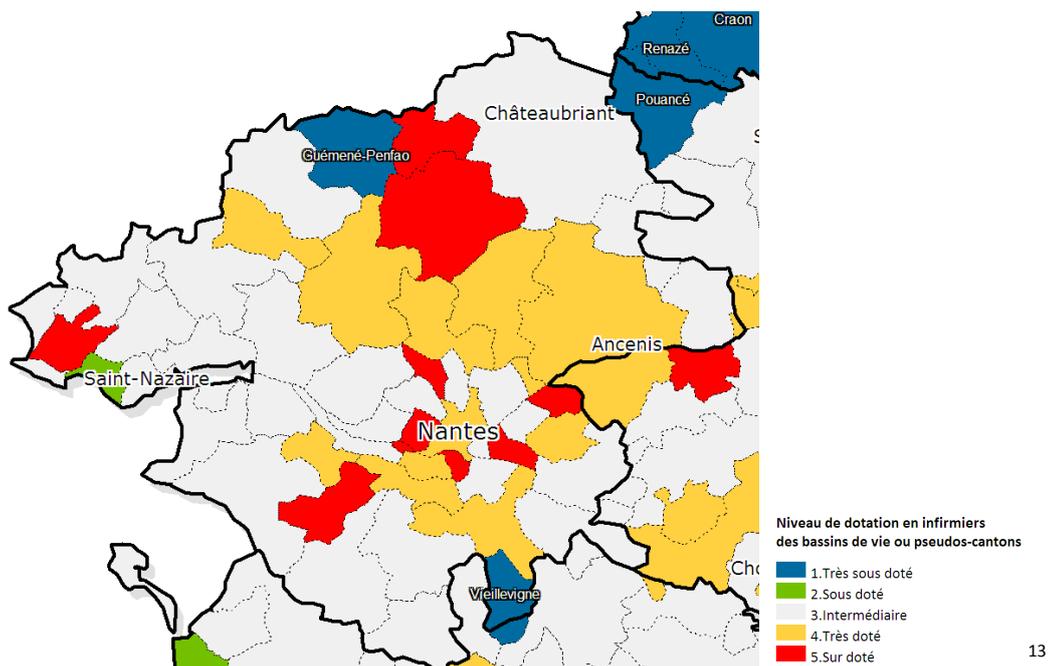
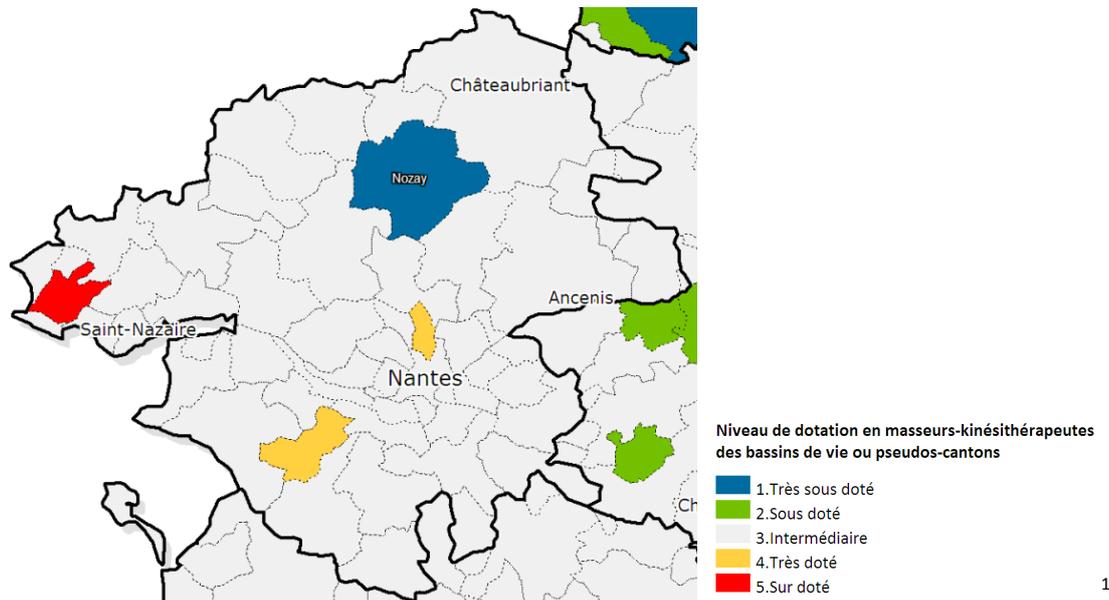
La **densité des professionnels de santé** est globalement favorable avec des zones disparates.



11

¹⁰ Cf INSEE Analyses – n°26 – janvier 2016 : ce panier est composé de 22 équipements et services couramment utilisés par la population dont les professionnels de santé de proximité.

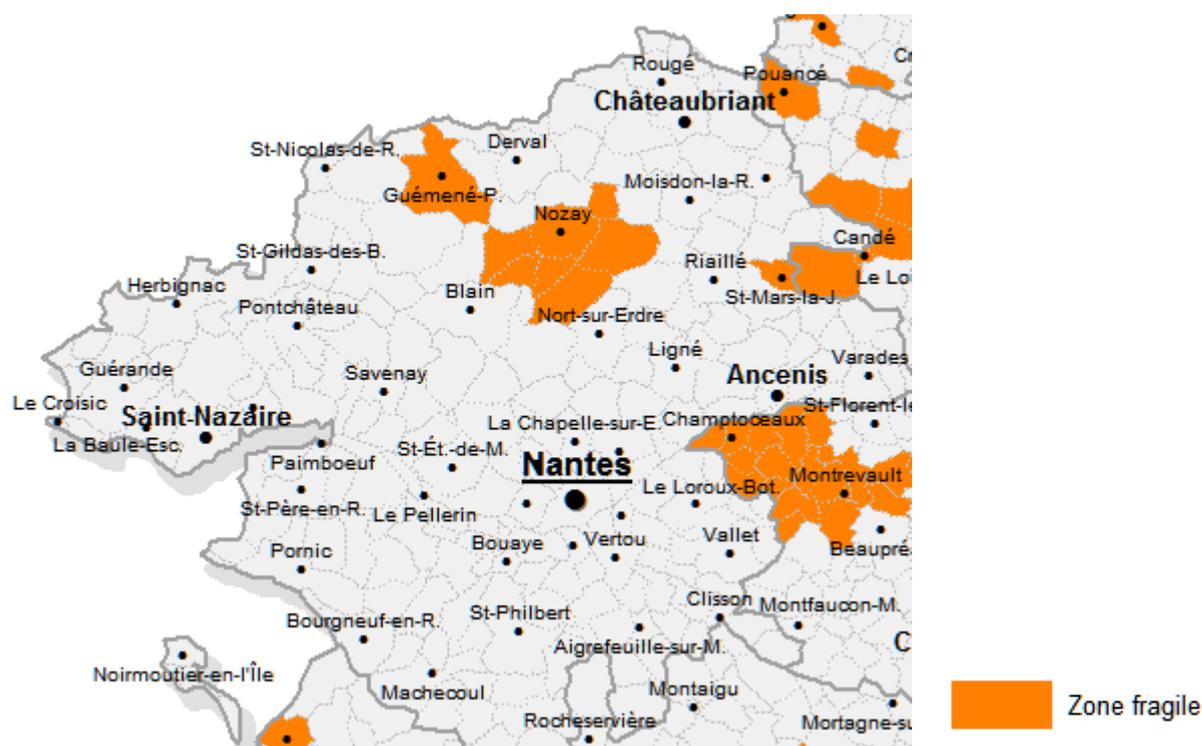
¹¹ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/A13/2013 du 11 septembre 2013 relatif à la définition des zones de mise en œuvre de mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



Le département compte seulement **9 communes en zone fragile** : Abbaretz, Guéméné-Penfao, Nozay, Puceul, Saffré, Saint-Mars-la-Jaille, Treffieux, Vay, La Grigonnais.

¹² Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/758/2012/44 du 23 octobre 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

¹³ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



En ce qui concerne la **démographie des médecins**¹⁴, le département de Loire Atlantique enregistre la plus forte hausse des effectifs de la région des médecins inscrits au tableau de l'Ordre sur la période 2007-2015(20.9%). Le CNOM souligne que la hausse constatée des effectifs de médecins en activité totale a une forte probabilité de continuer d'ici 2020.

Le département de Loire Atlantique comptabilise également une hausse des médecins en activité régulière, plus 11.7%, la projection de l'évolution des effectifs d'ici 2020 croissant plus vite que celle de la population.

Le département présente la proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans la plus faible de la région.

Tableau n°4 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

Département	Moyenne d'âge	% femmes	% < 40 ans	% >= 60 ans
Loire Atlantique	50	51%	21%	21%
Maine et Loire	50	47%	19%	22%
Mayenne	53	41%	12%	28%
Sarthe	53	38%	12%	32%
Vendée	52	42%	16%	27%

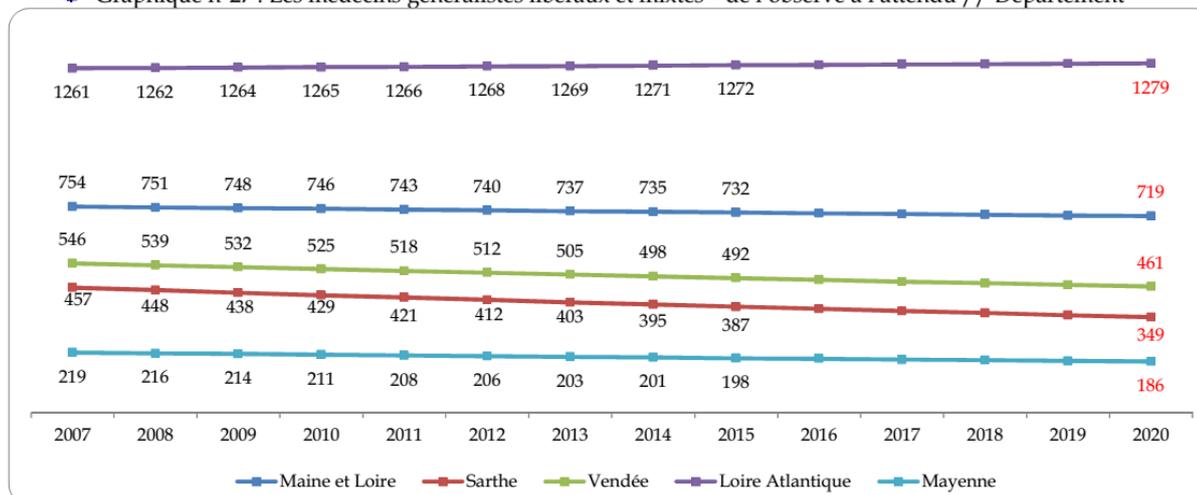
Tableau n°15 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale- situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Loire Atlantique	50,5	17,8%	19,2%	28,2%
Maine et Loire	51,2	20,8%	17,1%	32,8%
Mayenne	53,4	25,8%	14,1%	43,9%
Sarthe	54,4	30,4%	9,5%	56,7%
Vendée	53,4	27,6%	11,6%	35,5%

¹⁴ La démographie médicale en région Pays de la Loire – situation en 2015 – Atlas régional du CNOM

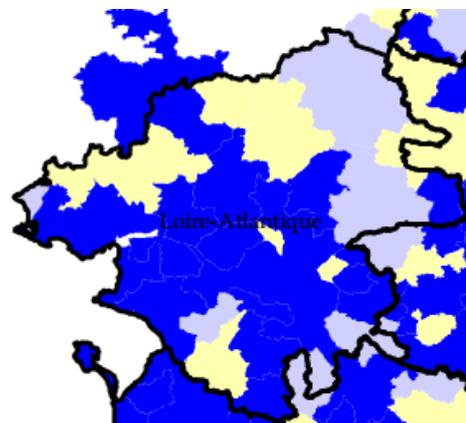
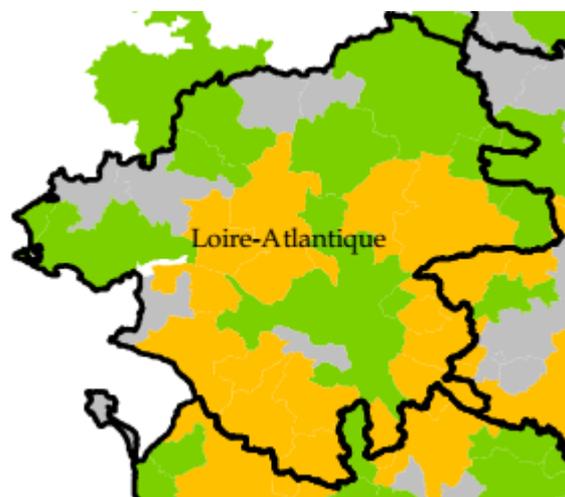
La Loire Atlantique est le seul département de la région pour lequel le CNOM prévoit une hausse des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes d'ici 2020.

Graphique n°27 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – de l'observé à l'attendu // Département



*Hors région = 193 médecins

Malgré une baisse des effectifs entre 2007 et 2015 enregistrée par quelques bassins de vie, la densité reste assez forte.



La Loire Atlantique présente un nombre d'**officines** pour 100 000 habitants de 32, qui situe le département plutôt dans une fourchette haute.

La Loire Atlantique a mis en place un modèle d'organisation atypique des **transports sanitaires urgents** depuis de longues années, la profession s'étant en effet fortement impliquée pour offrir une réponse H24 sur tout le territoire départemental en garde et en UPH ; environ 110 véhicules sont ainsi à la disposition du SAMU.

L'organisation existante initiée en 1991 avant la réforme de la garde ambulancière mise en œuvre en 2003, est basée sur le principe d'une mise à disposition de l'entreprise et non d'un véhicule.

Le dispositif repose sur une géolocalisation éprouvée, fonctionnelle et mise en place par la profession. Pour autant, la couverture en terme de géolocalisation est encore loin de la cible puisqu'elle ne vise encore que les ambulances de catégorie A (dits « gros volumes »).

Les véhicules sont dotés d'un équipement supérieur aux normes exigées (défibrillateurs) et répondant à un cahier des charges. La porosité entre la garde et l'UPH permet au SAMU de disposer de la réponse la plus adaptée aux besoins.

Un coordonnateur ambulancier siège au sein du SAMU et un système d'information en lien avec celui du SAMU permet la traçabilité des transports.

b) Les besoins de santé de la population

La Loire-Atlantique présente une **mortalité générale et une mortalité prématurée supérieures à la moyenne régionale** chez les hommes, et proches de cette moyenne chez les femmes.

Les **admissions en ALD** y sont également légèrement plus fréquentes chez les hommes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment défavorable en matière de cancers (en particulier de cancers du poumon, des voies aérodigestives supérieures et du sein), de maladies cardiovasculaires avant l'âge de 65 ans, de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool, et de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

La situation relative de la Loire-Atlantique au sein de la région apparaît par contre plutôt favorable en matière de diabète, de suicide, de décès par accident de la circulation.

L'analyse de ces données au niveau des dix territoires met en évidence des **situations particulièrement contrastées, avec de façon globale, une situation plus défavorable dans les territoires situés au Nord et à l'Ouest du département.**

2. Organisation retenue

a) La régulation médicale

La régulation en médecine générale, basée au sein du SAMU-Centre 15, s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-a](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-3](#).

Une régulation médicale est également assurée au sein des centres d'appels des associations de SOS Médecins.

En Loire Atlantique, la régulation médicale est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires (cf modèle économique – 5^{ème} partie relative à la rémunération de la permanence ambulatoire, paragraphe A-7).

b) L'effectation

(1) La permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le département est divisé en douze territoires sur la totalité des plages de PDSA à l'exception des périodes de minuit à 8 heures sur les secteurs 44-1 à 44-10 :

44-1	Ancenis
44-2	Bouaye
44-3	Châteaubriant
44-4	Clisson
44-5	Guérande
44-6	Loire-et-Sillon
44-7	Nozay
44-8	Pays-de-Retz
44-9	Pontchâteau
44-10	Sud-Loire-Vendée
44-11	Nantes
44-12	Saint-Nazaire

La répartition des communes par territoire de permanence des soins est jointe en [ANNEXE B-3](#).

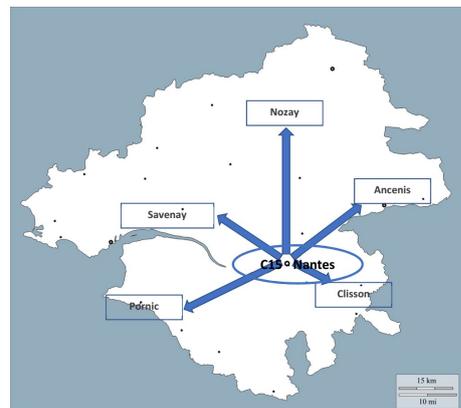
Les territoires 44-1 à 44-10 relèvent de l'autorisation ministérielle octroyée à l'ARS Pays de la Loire, sur la durée du présent cahier des charges, de financer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé et celle des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire par des crédits du fonds d'intervention régional.

L'effectation en Loire Atlantique s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-b](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-5](#).

En Loire Atlantique, l'effectation est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires, en point fixe de consultation sur l'ensemble des plages horaires jusqu'à minuit.

De plus, entre 20h00 et minuit, il est mis à disposition de la régulation du Centre 15, un pool départemental de médecins mobiles qui interviennent sur la totalité du département (hors agglomérations nantaise et nazairienne), pour des visites protocolisées entre 20h00 et 08h.

Ceux-ci sont dispatchés sur 5 sites (Ancenis, Clisson, Nozay, Pornic et Savenay) afin de répondre le plus efficacement possible aux besoins de la population, de favoriser un accès possible à un médecin à moins de 30 minutes et d'assurer la permanence des soins des hôpitaux de proximité.



Les territoires 44-11, exception faite des missions de la maison médicale de garde de Nantes dont les horaires d'astreinte d'effecton sont identiques à ceux des autres territoires, et 44-12, dont les actes relèvent d'un financement conventionnel.

L'effecton de la permanence des soins sur le territoire de Nantes repose sur des points fixes de consultation et sur des visites à domicile. Les points fixes de consultation sont situés :

- A l'est de la ville de Nantes, au sein des locaux de l'association de SOS Médecins Nantes. Ce centre de consultation est ouvert tous les soirs entre 20 heures et 24 heures, sept jours/sept, les samedis entre midi et 20 heures et les dimanches, jours fériés, lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié, vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, entre 8 heures et 20 heures.

L'extension à la totalité des horaires de PDSA (incluant la nuit profonde entre minuit et 8 heures) pourra être envisagée ultérieurement en fonction de la fréquentation, après évaluation.

- En centre-ville, au sein du point fixe de consultation de Nantes géré par l'association du CAPS de Nantes, à proximité du C.H.U. Ce centre de consultation est ouvert tous les soirs entre 20h et 24h, les samedis entre 12 heures et 24 heures et les dimanches entre 8 heures et 24 heures, jours fériés, lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié, vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, entre 8 heures et 24 heures. La permanence est assurée par un médecin effecteur.
- Au sud, à Rezé, dans les locaux de l'association SOS Médecins Nantes. Ce centre de consultation est ouvert tous les soirs entre 20 heures et 24 heures, sept jours/sept, les samedis entre midi et 20 heures, les dimanches, jours fériés, lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié, vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, entre 8 heures et 20 heures.

L'extension à la totalité des horaires de PDSA (incluant la nuit profonde entre minuit et 8 heures) pourra être envisagée ultérieurement en fonction de la fréquentation, après évaluation conjointe avec les acteurs.

L'effecton de la permanence des soins sur le territoire de Saint Nazaire repose sur un point fixe de consultation et sur des visites à domicile. Le point fixe de consultation est situé à Saint-Nazaire au sein des locaux de SOS Médecins,

il est ouvert tous les soirs entre 20 heures et 24 heures, sept jours/sept, les samedis entre midi et 23 heures, les dimanches, les jours fériés, les lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié, les vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, entre 8 heures et 23 heures.

L'extension à la totalité des horaires de PDSA (incluant la nuit profonde entre minuit et 8 heures) pourra être envisagée ultérieurement en fonction de la fréquentation, après évaluation conjointe avec les acteurs.

La répartition des communes par territoires de PDSA 44 entre 20 heures et 8 heures figure en [ANNEXE B-3](#).

(2) La permanence des soins des autres professionnels de santé

L'organisation de la permanence des soins des autres professionnels de santé dans la Loire Atlantique s'inscrit dans le cadre de l'organisation décrite dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges portant sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire, au [paragraphe II-D-3](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire fixés dans la 3^{ème} partie du présent cahier des charges, au [paragraphe III-F](#).

B. Département de Maine et Loire

1. Etat des lieux de la permanence des soins en Maine et Loire

a) Les caractéristiques du département

(1) Une croissance démographique assez marquée¹⁵

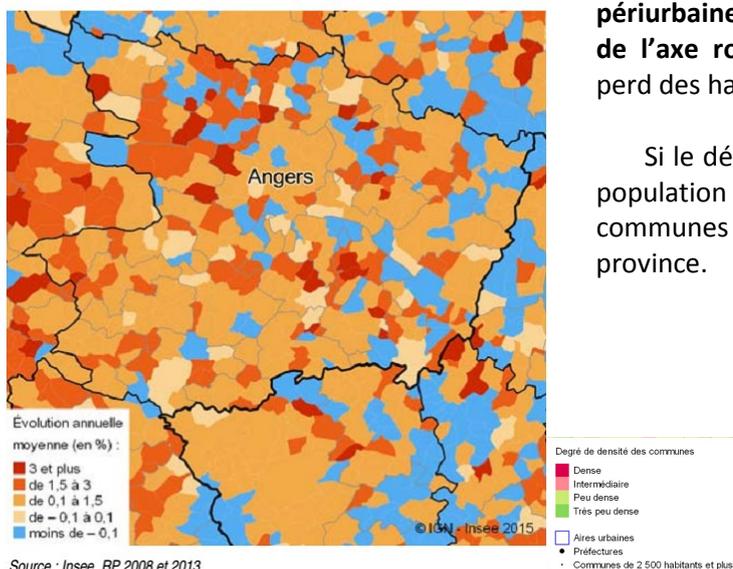
Le Maine-et-Loire compte 829 103 habitants au 1^{er} janvier 2017, ce qui en fait **le deuxième département le plus peuplé des Pays de la Loire**.

Entre 2008 et 2013, il gagne environ 5 080 personnes chaque année, soit une hausse de 0,6 %. Cette progression de sa population est légèrement supérieure à la moyenne nationale.

¹⁵ Cf INSEE flash Pays de la Loire – n°34 – décembre 2015 et INSEE Analyses Pays de la Loire – n°26 – janvier 2016

2 Une croissance inégale de la population

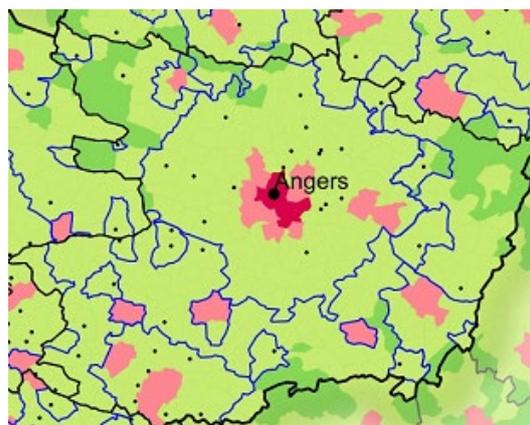
Évolution annuelle moyenne de la population des communes de Maine-et-Loire entre 2008 et 2013 (en %)



Source : Insee, RP 2008 et 2013.

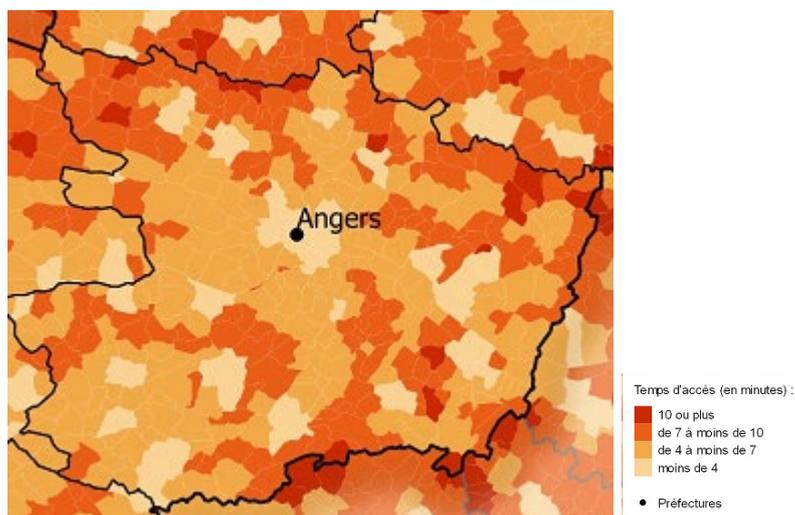
Elle se concentre principalement dans les **communes périurbaines de la grande couronne d'Angers et le long de l'axe routier Angers-Laval**. Une commune sur cinq perd des habitants au cours des cinq dernières années.

Si le département possède des communes denses, la population réside pour autant plus souvent dans des communes à faible densité qu'en France de province.



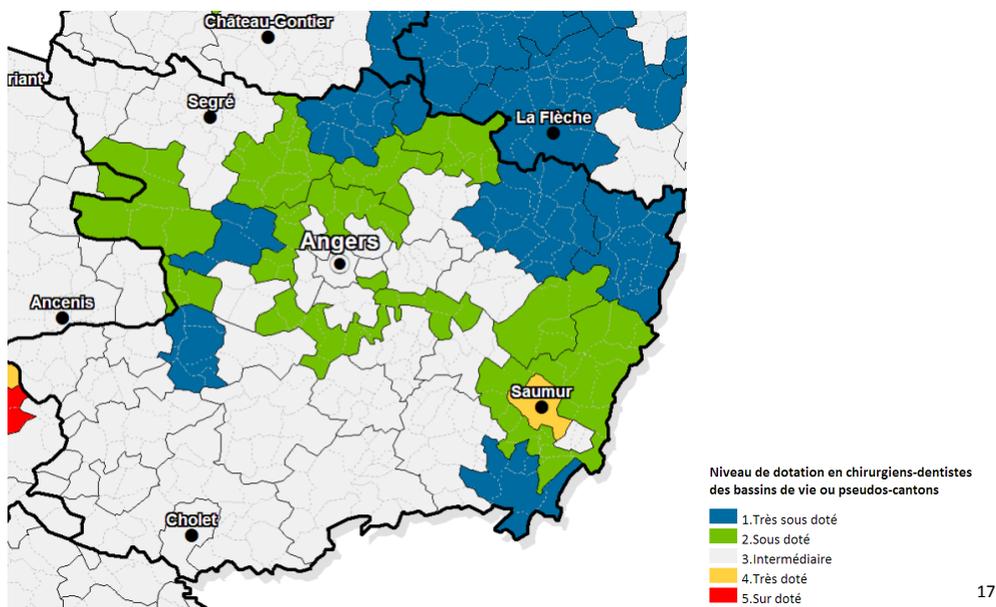
(2) Une situation de l'offre contrastée

Le département du Maine et Loire présente un **temps d'accès au panier de vie courante**¹⁶ globalement favorable facilité par le maillage territorial et sa grande agglomération qu'est Angers ainsi que son réseau de petites villes bien réparties sur le territoire.

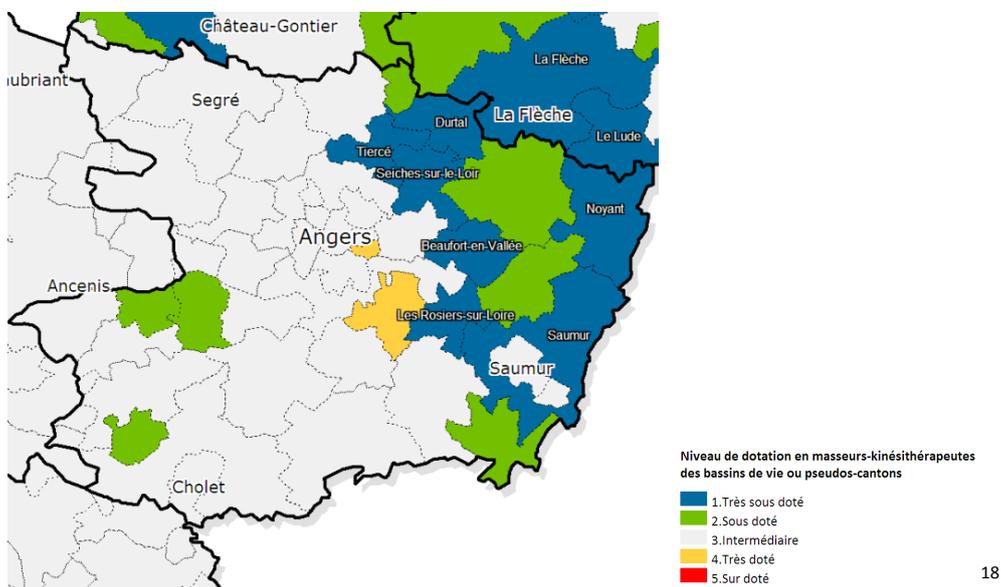


¹⁶ Cf INSEE Analyses – n°26 – janvier 2016 : ce panier est composé de 22 équipements et services couramment utilisés par la population dont les professionnels de santé de proximité.

La situation est un peu plus contrastée en ce qui concerne la **densité des professionnels de santé**, de très favorable en infirmiers à moins favorable pour les autres professionnels de santé. Le nord-est du département est le plus concerné par un niveau de sous dotation en professionnels de santé.



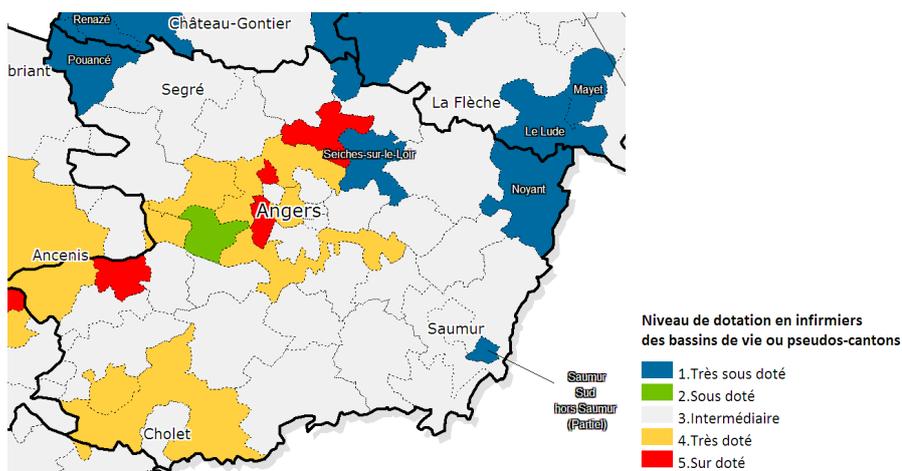
17



18

¹⁷ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/A13/2013 du 11 septembre 2013 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

¹⁸ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/758/2012/44 du 23 octobre 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



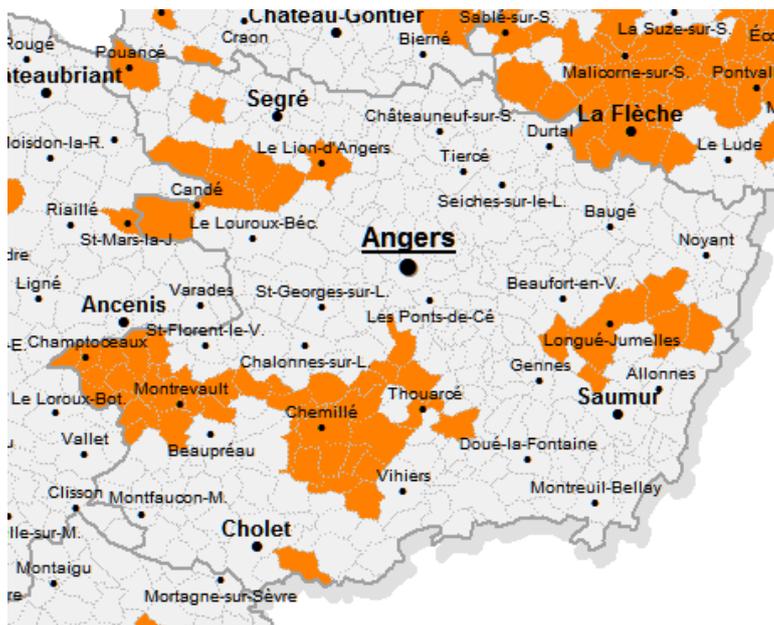
19

Le département compte **57 communes en zone fragile** :

Commune	Population 2009	Commune	Population 2009	Commune	Population 2009
Angrie	923	Freigné	1 164	Sainte-Christine	776
Beaulieu-sur-Layon	1 448	Le Fület	1 872	Saint-Christophe-la-Couperie	757
La Boissière-sur-Èvre	413	Valanjou	2 202	Saint-Georges-des-Gardes	1 580
Bouzillé	1 451	La Jumellière	1 358	Saint-Lambert-du-Lattay	1 828
Candé	2 837	Landemont	1 619	Saint-Laurent-des-Autels	2 111
Challain-la-Potherie	827	Le Lion-d'Angers	3 638	Saint-Lézin	772
Champtoceaux	2 342	Liré	2 393	Saint-Martin-de-la-Place	1 162
Chanzeaux	1 126	Loiré	849	Saint-Pierre-Montlimart	3 258
La Chapelle-Rousselin	721	Longué-Jumelles	6 820	Saint-Quentin-en-Mauges	1 030
Chaudron-en-Mauges	1 443	Martigné-Briand	1 876	Saint-Rémy-en-Mauges	1 406
La Chaussaire	777	Maulévrier	3 072	Saint-Sauveur-de-Landemont	854
Chazé-sur-Argos	1 016	Melay	1 599	La Salle-et-Chapelle-Aubry	1 251
Chemillé	6 967	Montrevault	1 279	La Salle-de-Vihiers	1 076
Combrée	2 703	Mouliherne	911	Thouarcé	1 835
Coron	1 539	Mozé-sur-Louet	2 022	La Tourlandry	1 270
Cossé-d'Anjou	433	Neuvy-en-Mauges	799	La Varenne	1 719
Drain	1 877	Pouancé	3 140	Vern-d'Anjou	2 071
Faye-d'Anjou	1 241	Le Puiset-Doré	1 120	Vernantes	1 951
Le Fief-Sauvin	1 642	Les Rosiers-sur-Loire	2 348	Vernoil-le-Fourrier	1 251

Zone fragile

¹⁹ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



En ce qui concerne la **démographie des médecins**²⁰, le département du Maine et Loire enregistre la 2^{ème} plus forte hausse des effectifs de la région des médecins inscrits au tableau de l'Ordre sur la période 2007-2015 (16.2%). Le CNOM souligne que la hausse constatée des effectifs de médecins en activité totale a une forte probabilité de continuer d'ici 2020.

Le département comptabilise également une hausse des médecins en activité régulière, plus 7.4%, la projection de l'évolution des effectifs d'ici 2020 croissant plus vite que celle de la population.

Le département présente une proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans de 22% juste derrière la Loire Atlantique.

Tableau n°4 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

Département	Moyenne d'âge	% femmes	% < 40 ans	% >= 60 ans
Loire Atlantique	50	51%	21%	21%
Maine et Loire	50	47%	19%	22%
Mayenne	53	41%	12%	28%
Sarthe	53	38%	12%	32%
Vendée	52	42%	16%	27%

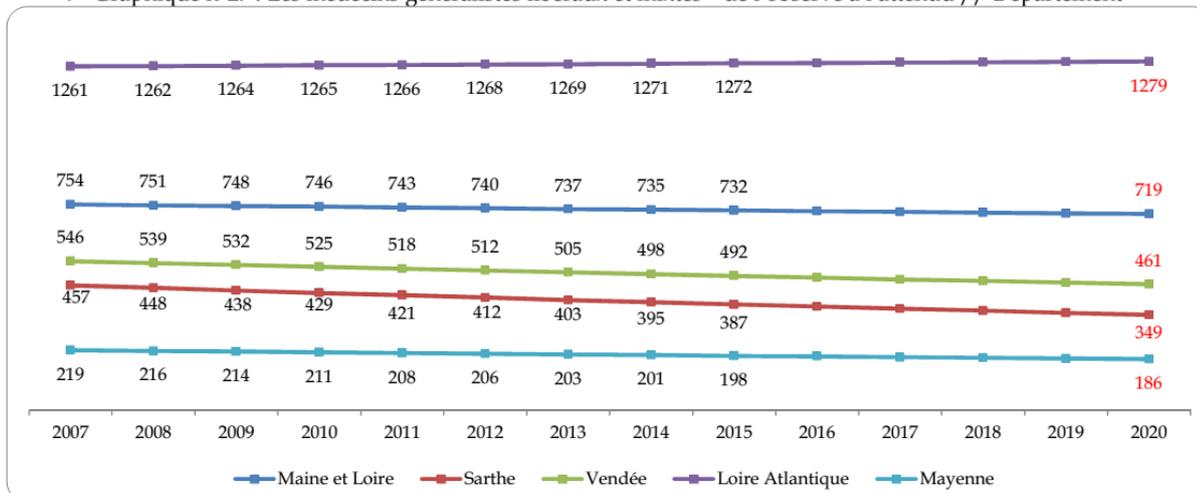
Tableau n°15 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale- situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Loire Atlantique	50,5	17,8%	19,2%	28,2%
Maine et Loire	51,2	20,8%	17,1%	32,8%
Mayenne	53,4	25,8%	14,1%	43,9%
Sarthe	54,4	30,4%	9,5%	56,7%
Vendée	53,4	27,6%	11,6%	35,5%

Le CNOM prévoit la poursuite de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes d'ici 2020.

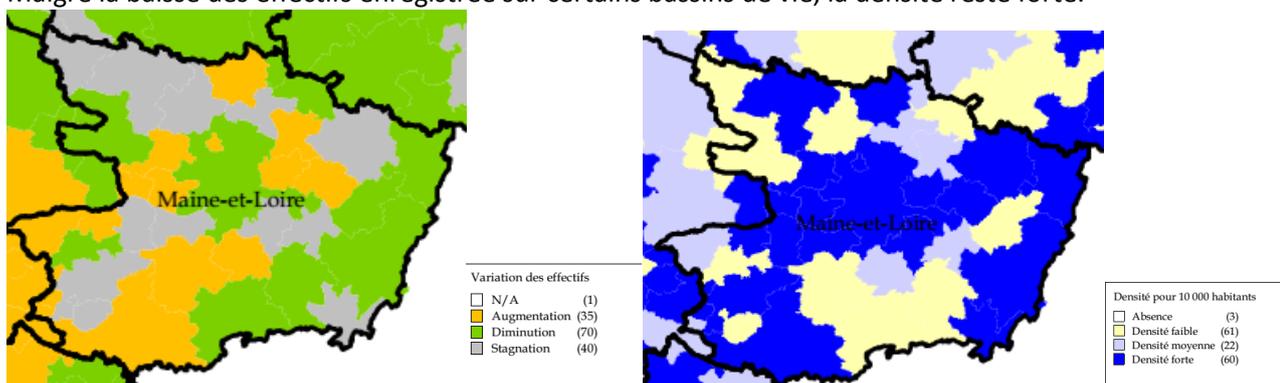
²⁰ La démographie médicale en région Pays de la Loire – situation en 2015 – Atlas régional du CNOM

Graphique n°27 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – de l’observé à l’attendu // Département



*Hors région = 193 médecins

Malgré la baisse des effectifs enregistrée sur certains bassins de vie, la densité reste forte.



Le Maine et Loire présente un nombre d’offices pour 100 000 habitants de 31.1, qui situe le département plutôt dans une fourchette haute, juste derrière la Loire Atlantique.

b) Les besoins de santé de la population

Le Maine-et-Loire présente une **mortalité générale inférieure à la moyenne régionale** pour les hommes et proche de cette moyenne pour les femmes. La mortalité prématurée est inférieure à la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes.

Les **admissions en ALD** y sont également légèrement moins fréquentes. Cette situation globalement favorable se retrouve pour les cancers et les pathologies liées à la consommation excessive d’alcool.

Par contre, la situation départementale apparaît défavorable en matière d’admissions en ALD pour diabète et pour maladies cardiovasculaires.

Au niveau des territoires, les situations sont en général peu contrastées. Les situations globalement les moins favorables s’observent dans les territoires du Nord et de l’Est du département.

2. Organisation retenue

a) La régulation médicale

La régulation en médecine générale, basée au sein du SAMU-Centre 15, s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-a](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-3](#).

Dans le Maine et Loire, la régulation médicale est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires (cf modèle économique – 5^{ème} partie relative à la rémunération de la permanence ambulatoire, paragraphe A-7), excepté en nuit profonde, à partir d'1 heure du matin.

b) L'effectif

(1) La permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le département est divisé en treize territoires :

49-1	Angers ville
49-2	Beaufort-en-Vallée
49-3	Beaupréau
49-4	Brissac-Quincé
49-5	Chalonnnes-sur-Loire
49-6	Cholet
49-7	Longué
49-8	La Membrolle sur Longuenée
49-9	Les Ponts de Cé
49-10	Saumur
49-11	Segré
49-12	Seiches-sur-le-Loir
49-13	Vihiers

La cartographie de ces territoires est présentée ci-dessous. La répartition des communes par territoires de permanence des soins est quant à elle jointe en [ANNEXE B-3](#).

Chaque territoire dispose d'un point fixe de consultation.

Les territoires relèvent de l'autorisation ministérielle octroyée à l'ARS Pays de la Loire, sur la durée du présent cahier des charges, de financer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé et celle des actes effectués

dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire par des crédits du fonds d'intervention régional.

L'effectif en Maine et Loire s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-b](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-5](#).

Dans le département, l'effectif est organisée en point fixe de consultation le samedi à partir de 12h, les dimanches et jours fériés de 08h à 20h, en soirée jusqu'à minuit, excepté à Angers où une réponse existe de minuit à 8 heures du matin, les services d'urgence prenant le relais de minuit à 08h (cf modèle économique – 5^{ème} partie relative à la rémunération de la permanence ambulatoire, paragraphe A-7) ; un médecin généraliste (SMUGA) est également présent sur Angers, Avrillé, Trélazé et Saint Barthélémy d'Anjou.

(2) La permanence des soins des autres professionnels de santé

L'organisation de la permanence des soins des autres professionnels de santé dans le Maine et Loire s'inscrit dans le cadre de l'organisation décrite dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges portant sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire, au [paragraphe II-D-3](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire fixés dans la 3^{ème} partie du présent cahier des charges, au [paragraphe III-F](#).

C. Département de Mayenne

1. Etat des lieux départemental

a) Les caractéristiques du département

(1) Une croissance démographique modérée²¹

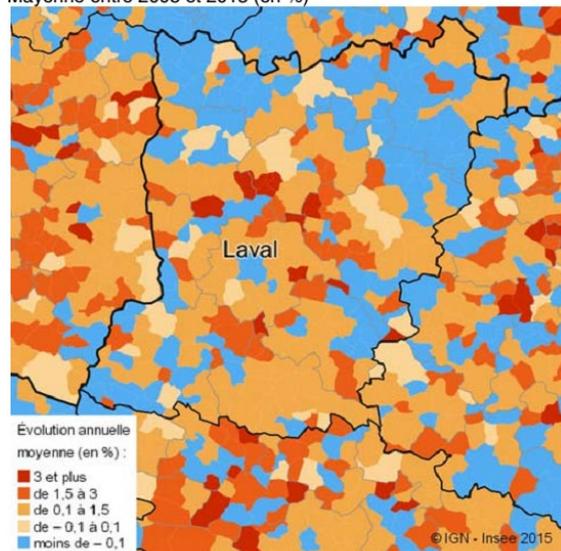
Au 1^{er} janvier 2017, la Mayenne compte 317 595 habitants. C'est le **département le moins peuplé des Pays de la Loire**. La population augmente à un rythme modéré, de l'ordre de 900 habitants supplémentaires chaque année entre 2008 et 2013.

Les **communes les plus dynamiques** se concentrent **dans la deuxième couronne de Laval et le long des axes routiers Laval-Angers et Laval-Le Mans**. Un tiers des communes perdent des habitants au cours des cinq dernières années, dont Laval.

²¹ Cf INSEE flash Pays de la Loire – n°34 – décembre 2015 et INSEE Analyses Pays de la Loire – n°26 – janvier 2016

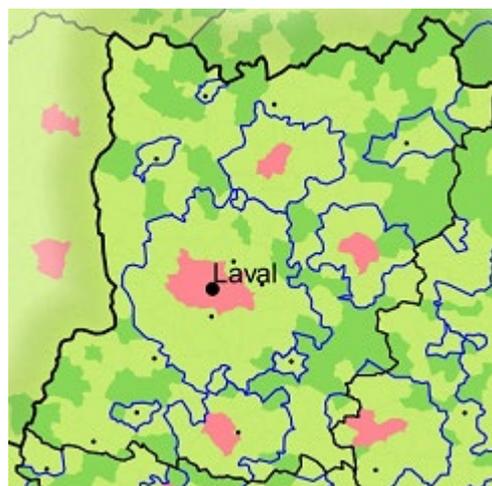
2 Des croissances plus fortes à la périphérie de Laval

Évolution annuelle moyenne de la population des communes de Mayenne entre 2008 et 2013 (en %)



Source : Insee, RP 2008 et 2013.

La Mayenne apparaît comme **l'un des deux départements de la région les plus ruraux** : les deux tiers de ses habitants résident dans des communes à faible densité et aucune commune n'est dense. La densité de population est faible (59 habitants par kilomètre carré) ; elle est particulièrement faible dans les territoires peu denses, et la proportion d'habitants résidant dans les communes très peu denses est élevée.



Degré de densité des communes

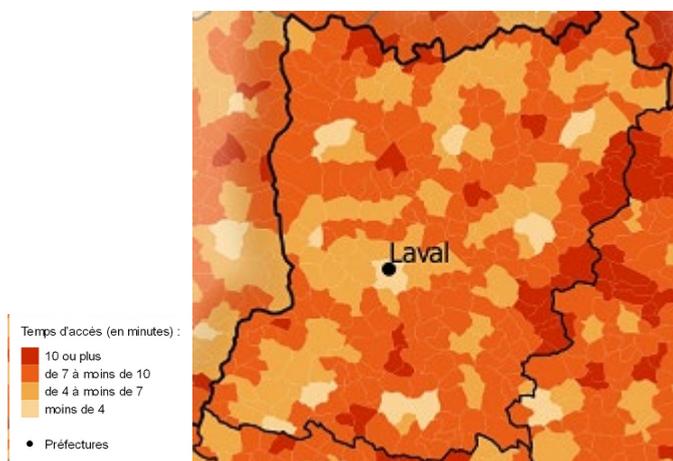
- Dense
- Intermédiaire
- Peu dense
- Très peu dense
- Aires urbaines
- Préfectures
- Communes de 2 500 habitants et plus

(2) Une situation de l'offre tendue

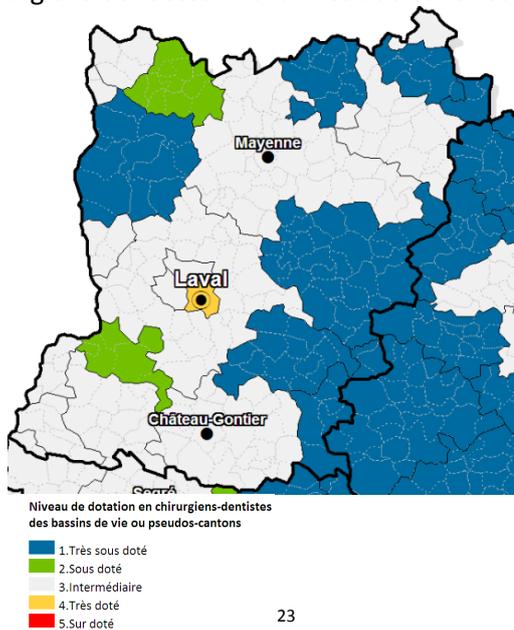
Le **temps d'accès au panier de vie courante**²², compte tenu de la proportion de territoires peu denses en Mayenne, décroche pour ces territoires, le temps d'accès médian doublant pour les habitants des communes peu denses (6 minutes) et triplant pour ceux des communes très peu denses (9 minutes) alors qu'elle est de moins de 4 sur les autres territoires. L'accessibilité est pour autant facilitée par le maillage territorial, la présence de l'agglomération du Mans et son réseau de petites villes bien réparties sur le territoire.

²² Cf INSEE Analyses – n°26 – janvier 2016 : ce panier est composé de 22 équipements et services couramment utilisés par la population dont les professionnels de santé de proximité.

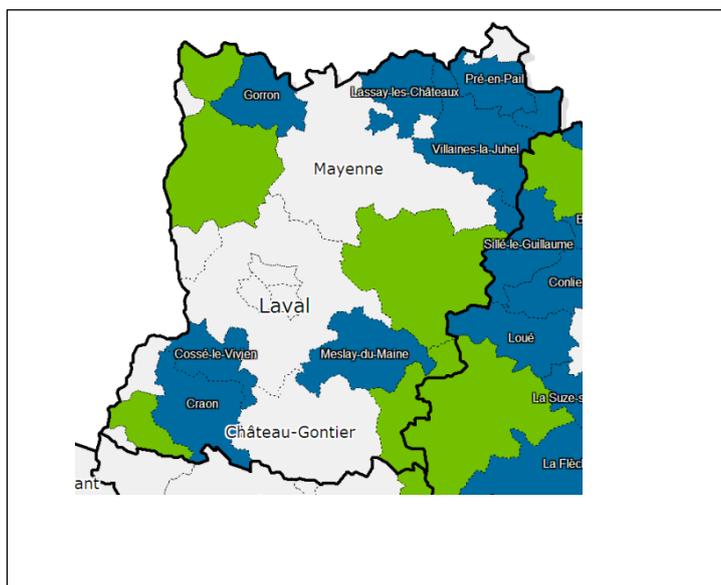
Ces dernières constituent des relais pour les habitants des communes moins denses. Ainsi, les habitants des communes les plus éloignées accèdent aux équipements courants plus facilement qu'au niveau national : les 5 % de Ligériens les plus éloignés parcourent des trajets de plus de 8 minutes, soit une minute de moins que la moyenne nationale.



La situation de la **densité des professionnels de santé** dépend également de la proximité des agglomérations de Laval, Château-Gontier et Mayenne, ces zones se situant plutôt en zone intermédiaire voir très doté pour les chirurgiens-dentistes à Laval. Les autres zones se situant plutôt en zone sous dotée voire très sous dotée.



23



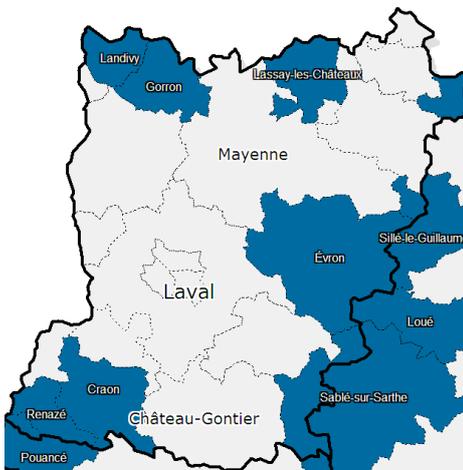
Niveau de dotation en masseurs-kinésithérapeutes des bassins de vie ou pseudos-cantons

- 1. Très sous doté
- 2. Sous doté
- 3. Intermédiaire
- 4. Très doté
- 5. Sur doté

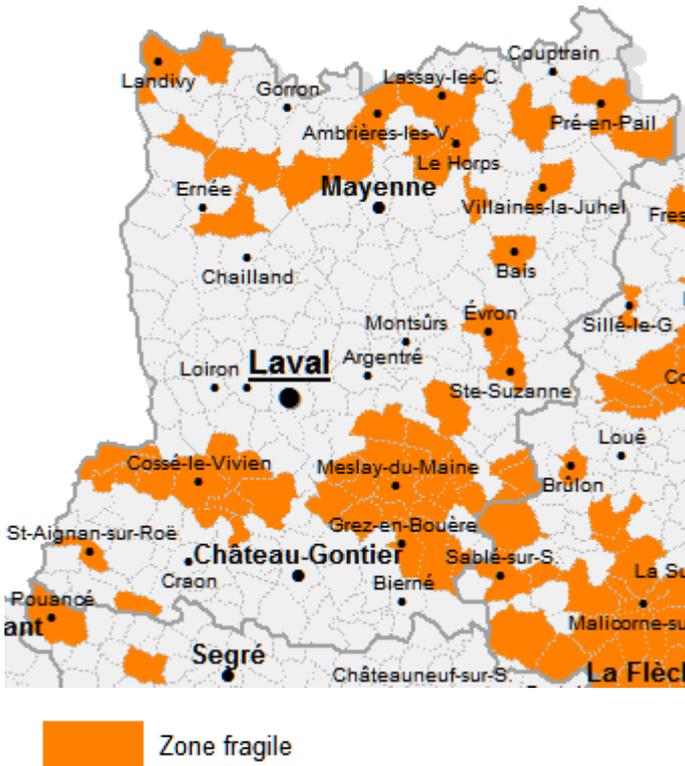
24

²³ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/A13/2013 du 11 septembre 2013 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

²⁴ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/758/2012/44 du 23 octobre 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



25



Le département comprend le même nombre de **zones fragiles** que le Maine et Loire, 57 :

²⁵ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

Commune	Population 2009	Commune	Population 2009	Commune	Population 2009
Ambrières-les-Vallées	2 778	Courbeville	646	Oisseau	1 158
Arquenay	634	La Cropte	218	Pontmain	864
Astillé	759	Cuillé	964	Préaux	176
Bais	1 297	Épineux-le-Seguain	209	Pré-en-Pail	2 042
Ballée	729	Évron	7 099	Quelaines-Saint-Gault	1 940
Bannes	137	Fougerolles-du-Plessis	1 367	Renazé	2 688
La Bazouge-de-Chemeré	522	Gastines	200	Ruillé-Froid-Fonds	501
Bazougers	999	Grez-en-Bouère	994	Saint-Aignan-sur-Roë	859
Le Bignon-du-Maine	339	Le Horps	761	Saint-Brice	532
Bouère	1 027	Javron-les-Chapelles	1 456	Saint-Charles-la-Forêt	220
Le Buret	314	Landivy	1 191	Saint-Denis-de-Gastines	1 678
Champéon	589	Lassay-les-Châteaux	2 439	Saint-Denis-du-Maine	418
La Chapelle-au-Riboul	513	Laubrières	311	Saint-Pierre-des-Nids	1 932
La Chapelle-Craonnaise	318	Maisoncelles-du-Maine	500	Saint-Poix	398
Châtillon-sur-Colmont	1 029	Méral	1 100	Sainte-Suzanne	973
Chéméré-le-Roi	461	Meslay-du-Maine	2 726	Simplé	363
Cosmes	329	Montaudin	910	Vaiges	1 170
Cossé-en-Champagne	333	Montenay	1 401	Villaines-la-Juhel	3 084
Cossé-le-Vivien	2 940	Montreuil-Poulay	403	Villiers-Charlemagne	1 052

En ce qui concerne la **démographie des médecins**²⁶, le département de la Mayenne la plus faible hausse des effectifs de la région des médecins inscrits au tableau de l'Ordre sur la période 2007-2015 (5.2%). Le CNOM souligne que cette tendance a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2020.

Sur la même période, le département enregistre également une baisse des médecins en activité régulière, moins 3.6%, la projection de l'évolution des effectifs d'ici 2020 décrochant par rapport à celle de la population qui continuera d'augmenter. Ainsi, les effectifs des médecins qui exercent en activité régulière dans le département de la Mayenne ont une forte probabilité de diminuer de 2,3% sur la période 2015/2020, tandis que le nombre d'habitants risque d'augmenter de 6,3%.

Enfin, le département présente une proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans de 28%, la deuxième plus importante de la région.

Tableau n°4 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

Département	Moyenne d'âge	% femmes	% < 40 ans	% >= 60 ans
Loire Atlantique	50	51%	21%	21%
Maine et Loire	50	47%	19%	22%
Mayenne	53	41%	12%	28%
Sarthe	53	38%	12%	32%
Vendée	52	42%	16%	27%

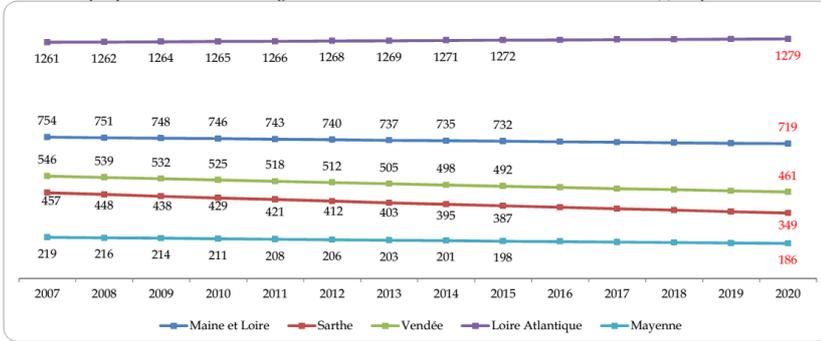
Tableau n°15 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale- situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Loire Atlantique	50,5	17,8%	19,2%	28,2%
Maine et Loire	51,2	20,8%	17,1%	32,8%
Mayenne	53,4	25,8%	14,1%	43,9%
Sarthe	54,4	30,4%	9,5%	56,7%
Vendée	53,4	27,6%	11,6%	35,5%

Le CNOM prévoit la poursuite de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes d'ici 2020.

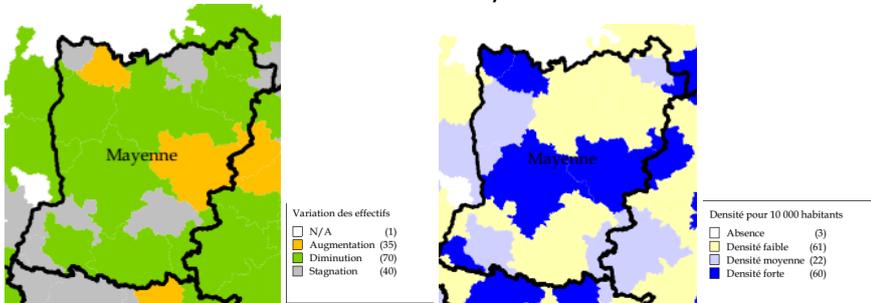
²⁶ La démographie médicale en région Pays de la Loire – situation en 2015 – Atlas régional du CNOM

Graphique n°27 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Département



*Hors région = 193 médecins

La diminution des effectifs touche quasiment tout le territoire excepté le centre-est, les territoires les moins denses étant ceux du nord-est et sud-est mayennais.



La Mayenne présente un nombre d'**officines** pour 100 000 habitants de 30.9, qui situe le département plutôt dans une fourchette haute, en 4^{ème} position dans la région.

L'organisation de la **garde des transports sanitaires urgents** repose sur une organisation fixée par cahier des charges en 2010, autour de 7 pôles de garde comportant un équipage de garde, excepté à Laval où il y en a deux. Le département a mis en place une organisation spécifique sur le secteur de Vilaines la Juhel afin de mobiliser en seconde intention et sur régulation du SAMU, l'équipage de garde pour acheminer les patients vers la maison médicale de garde. Cette organisation s'est améliorée en 2016 avec l'installation de la géolocalisation.

Les pôles de garde et la répartition spatiale des ambulances et des VSL en Mayenne en 2013



b) Les besoins de santé de la population

La Mayenne présente une **situation globalement favorable**, avec une **mortalité** générale et une mortalité prématurée inférieures à la moyenne régionale.

Les **admissions en ALD** y sont également moins fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment plus favorable en matière de cancers, de diabète, de pathologies en lien avec

une consommation excessive d'alcool, et de chutes chez les personnes âgées de plus de 65 ans. La situation relative de la Mayenne au sein de la région apparaît par contre défavorable en matière de décès par accident de la circulation chez les femmes.

L'analyse de ces données au niveau des trois territoires met en évidence, de façon globale, une **situation relativement homogène**, mais plutôt moins favorable dans le Nord Mayenne.

2. Organisation retenue

a) La régulation médicale

La régulation en médecine générale, basée au sein du SAMU-Centre 15, s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-a](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-3](#).

En Mayenne, la régulation médicale est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires (cf modèle économique – 5^{ème} partie relative à la rémunération de la permanence ambulatoire, paragraphe A-7.

b) L'effectif

(1) La permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le département est divisé en huit territoires de permanence des soins :

53-1	Château-Gontier
53-2	Craon
53-3	Ernée
53-4	Evron
53-5	Laval
53-6	Mayenne
53-7	Meslay-du-Maine
53-8	Villaines-la-Juhel

7 des 8 secteurs de garde sont adossés à des structures hospitalières. Les consultations peuvent avoir lieu à la maison médicale de garde ou au cabinet du médecin. La répartition des communes par territoires de permanence des soins est quant à elle jointe en [ANNEXE B-3](#).

Les territoires relèvent de l'autorisation ministérielle octroyée à l'ARS Pays de la Loire, sur la durée du présent cahier des charges, de financer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé et celle des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire par des crédits du fonds d'intervention régional.

L'effectif en Mayenne s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-b](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-5](#).

Dans le département, l'effectif est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires, excepté sur 3 secteurs (Mayenne, Laval et Château-Gontier), adossés à un centre hospitalier ayant un service d'urgence, où elle s'arrête à minuit.

(2) La permanence des soins des autres professionnels de santé

L'organisation de la permanence des soins des autres professionnels de santé en Mayenne s'inscrit dans le cadre de l'organisation décrite dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges portant sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire, au [paragraphe II-D-3](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire fixés dans la 3^{ème} partie du présent cahier des charges, au [paragraphe III-F](#).

D. Département de la Sarthe

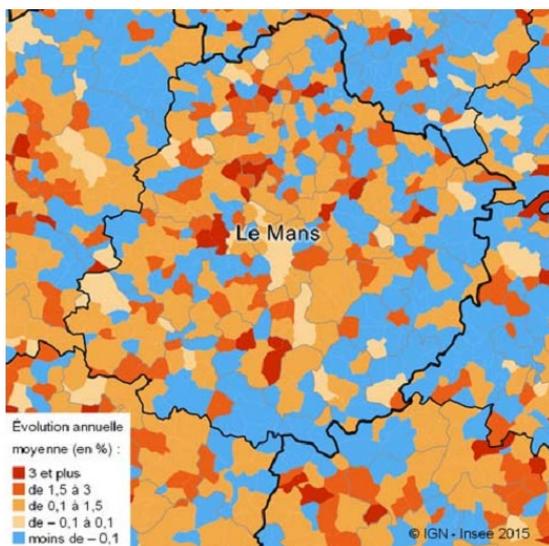
1. Etat des lieux départemental

a) Les caractéristiques du département

(1) Une croissance démographique modérée²⁷

2 Une croissance inégale sur le territoire

Évolution annuelle moyenne de la population des communes de Sarthe entre 2008 et 2013 (en %)



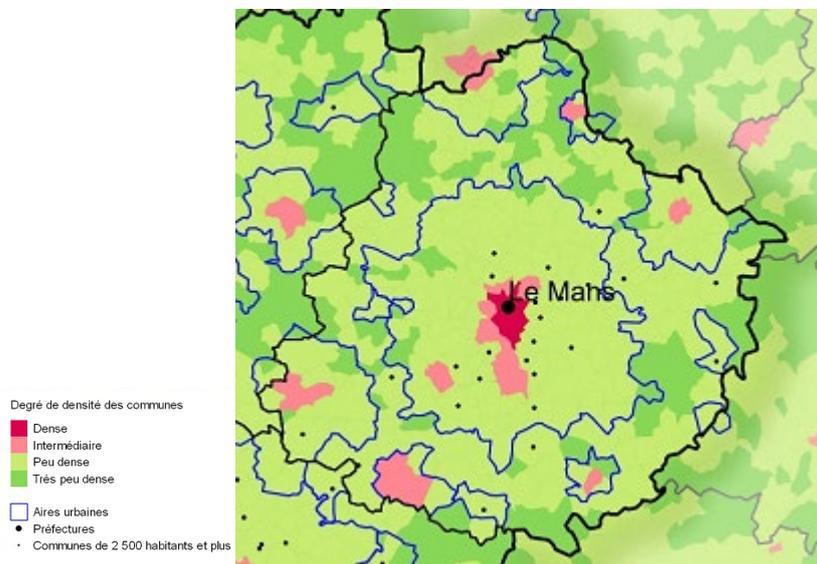
Au 1^{er} janvier 2017, la Sarthe compte 583 961 habitants. Entre 2008 et 2013, le département a connu un dynamisme démographique modéré avec environ 1 900 personnes supplémentaires chaque année.

Les communes de la couronne mancelle et celles situées sur les grands axes reliant Le Mans à Angers et à Laval sont les plus dynamiques.

Un tiers des communes perdent des habitants au cours des cinq dernières années.

²⁷ Cf INSEE flash Pays de la Loire – n°34 – décembre 2015 et INSEE Analyses Pays de la Loire – n°26 – janvier 2016

Dans la Sarthe, la population réside plus souvent dans des communes à faible densité qu'en France de province ; contrairement à la Mayenne et à la Vendée, ce département possède des communes denses.

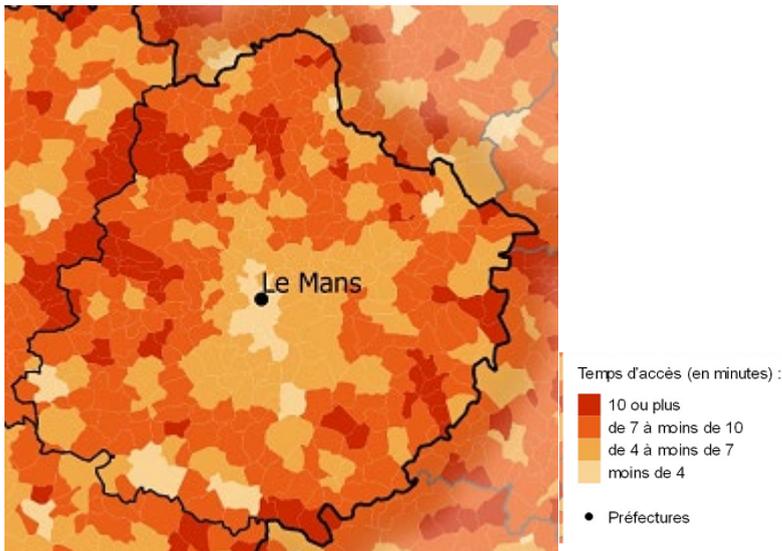


(2) Une situation de l'offre globalement défavorable

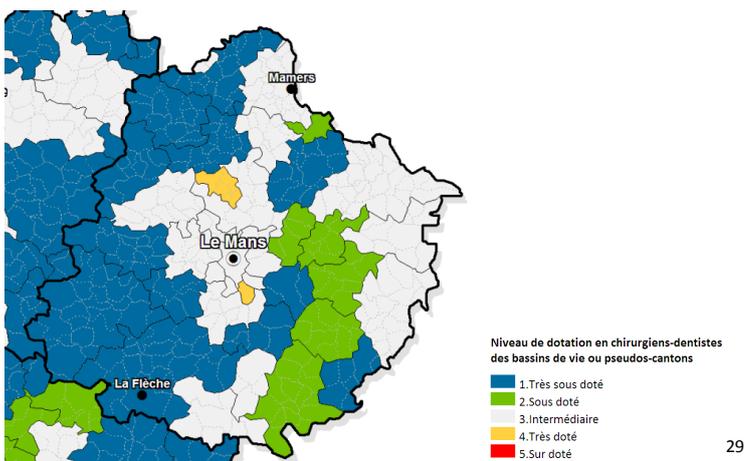
Le **temps d'accès au panier de vie courante**²⁸ est, pour la plupart des habitants de la Sarthe, inférieur à 7 minutes. L'accessibilité est facilitée par le maillage territorial, la présence de l'agglomération du Mans et son réseau de petites villes bien réparties sur le territoire.

Ces dernières constituent des relais pour les habitants des communes moins denses. Ainsi, les habitants des communes les plus éloignées accèdent aux équipements courants plus facilement qu'au niveau national : les 5 % de Ligériens les plus éloignés parcourent des trajets de plus de 8 minutes, soit une minute de moins que la moyenne nationale.

²⁸ Cf INSEE Analyses – n°26 – janvier 2016 : ce panier est composé de 22 équipements et services couramment utilisés par la population dont les professionnels de santé de proximité.

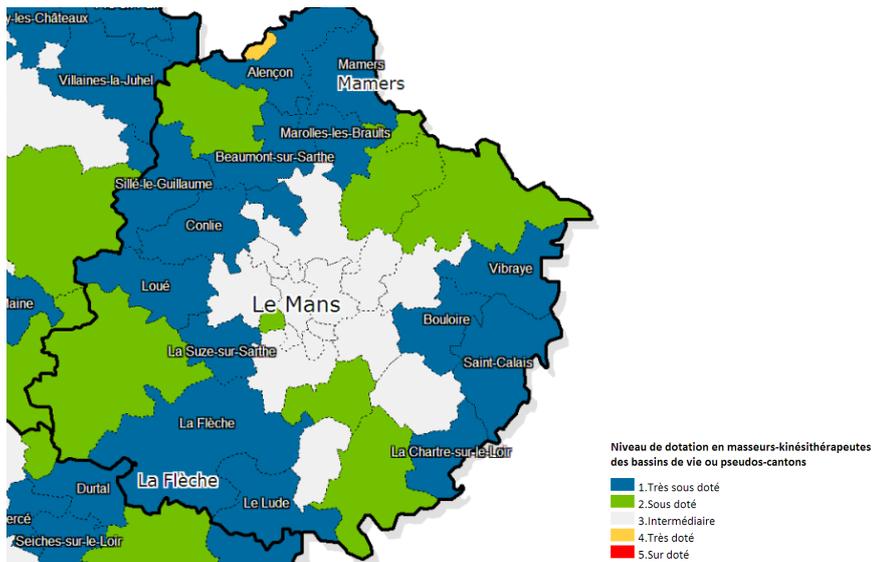


La situation de la **densité des professionnels de santé** est globalement défavorable, une grande partie du territoire étant en zone sous dotée ou très sous dotée ; la situation est cependant plus favorable chez les infirmières même si elle est fragile.

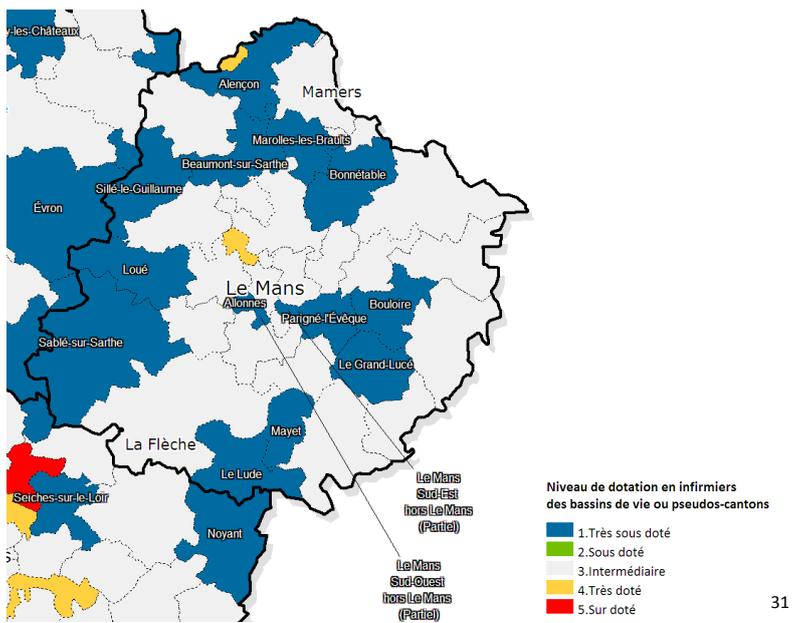


29

²⁹ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/A13/2013 du 11 septembre 2013 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



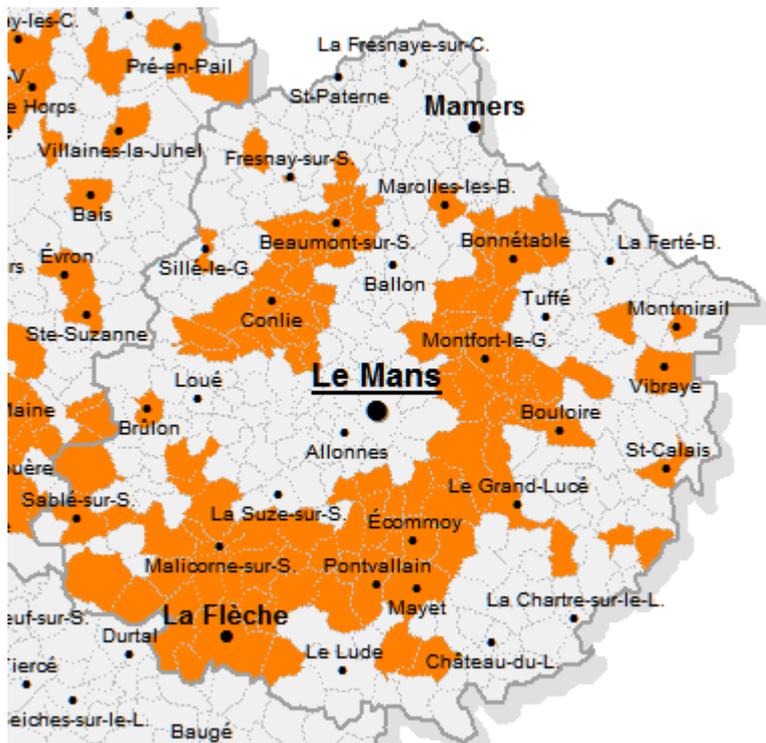
30



31

³⁰ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/758/2012/44 du 23 octobre 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

³¹ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



Le département compte le nombre le plus élevé de la région de communes en zone fragile : 119.

Commune	Population 2009	Commune	Population 2009	Commune	Population 2009
Ardenay-sur-Mérisse	471	Écommoy	4 666	Sablé-sur-Sarthe	12 399
Arthezé	374	Fatines	742	Saint-Biez-en-Belin	711
Assé-le-Riboul	487	La Fontaine-Saint-Martin	593	Saint-Calais	3 482
Aubigné-Racan	2 077	Fresnay-sur-Sarthe	2 198	Saint-Célerin	732
Auvers-le-Hamon	1 524	Le Grand-Lucé	2 053	Saint-Christophe-du-Jambet	202
Le Bailleul	1 202	Guécélard	2 716	Saint-Corneille	1 077
Bazouges-sur-le-Loir	1 184	Jauzé	95	Saint-Georges-du-Rosay	421
Beaufay	1 366	Juillé	464	Saint-Gervais-en-Belin	1 967
Beaumont-sur-Sarthe	2 094	La Flèche	15 228	Saint-Jean-de-la-Motte	921
Bernay-en-Champagne	437	Laigné-en-Belin	2 290	Saint-Maixent	772
Bessé-sur-Braye	2 363	Lavardin	756	Saint-Marceau	481
Bonnétable	4 041	Ligron	479	Saint-Mars-d'Outille	2 233
Bouloire	2 032	Lombron	1 962	Saint-Mars-la-Brière	2 439
Bousse	437	Malicorne-sur-Sarthe	1 962	Saint-Ouen-en-Belin	1 324
Le Breil-sur-Mérisse	1 441	Mansigné	1 579	Sainte-Sabine-sur-Longève	663
Brette-les-Pins	2 074	Mareil-sur-Loir	614	Saint-Symphorien	563
Briose-lès-Sables	505	Maresché	900	Savigné-l'Évêque	4 059
Brûlon	1 522	Marigné-Lailié	1 520	Ségrie	606
Cérans-Foulletourte	3 211	Marolles-les-Braults	2 163	Sillé-le-Guillaume	2 361
Challes	1 188	Mayet	3 188	Sillé-le-Philippe	1 091
Champagné	3 693	Mézery	1 781	Solesmes	1 370
Chantenay-Villedieu	883	Mézières-sous-Lavardin	634	Sougé-le-Ganelon	925
La Chapelle-d'Aligné	1 518	Moncé-en-Belin	3 375	Soulltré	685
La Chapelle-Saint-Fray	392	Montmirail	407	Surfonds	320
Château-l'Hermitage	242	Neuville-lalais	581	Tassé	303
Clermont-Créans	1 215	Neuvy-en-Champagne	377	Teloché	3 025
Conlie	1 844	Nogent-le-Bernard	879	Tennie	1 023
Conneré	2 958	Noyen-sur-Sarthe	2 591	Terrehault	127
Coulombiers	425	Nuillé-le-Jalais	465	Thorée-les-Pins	679
Courcelles-la-Forêt	420	Oizé	1 135	Thorigné-sur-Dué	1 629
Courcival	83	Parcé-sur-Sarthe	2 074	Torcé-en-Vallée	1 242
Courdemanche	641	Parigné-l'Évêque	4 744	Le Tronchet	137
Cré	805	Piacé	361	Vaas	1 596
Crosnières	942	Montfort-le-Gesnois	3 103	Vancé	345
Cures	536	Pontvallain	1 601	Vernie	346
Degré	736	Précigné	3 126	Vibraye	2 629
Dollon	1 447	La Quinte	824	Villaines-sous-Malicorne	985
Domfront-en-Champagne	978	Requeil	1 178	Vivoin	912
Doucelles	237	Rouperroux-le-Coquet	330	Yvré-le-Pôlin	1 883
Dureil	68	Ruillé-en-Champagne	331		

En ce qui concerne la **démographie des médecins**³², le département de la Sarthe comptabilise une hausse des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 8.8% sur la période 2007-2015, qui le situe en avant-dernière position dans la région.

En revanche, la Sarthe recense une baisse du nombre de médecins inscrits en activité totale au tableau de l'Ordre sur la période 2007-2015. Selon le CNOM, il y a une forte probabilité que cette tendance se confirme jusqu'en 2020.

Sur la même période, le département enregistre également une baisse des médecins en activité régulière, la plus importante de la région, de moins 4.6%, la projection de l'évolution des effectifs d'ici 2020 décrochant par rapport à celle de la population qui continuera d'augmenter. Ainsi, les effectifs des médecins qui exercent en activité régulière dans le département de la Sarthe ont une forte probabilité de diminuer de 2,9% sur la période 2015/2020 tandis que le nombre d'habitants risque d'augmenter de 5,4%.

Enfin, la Sarthe présente la proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans la plus élevée de la région.

Tableau n°4 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

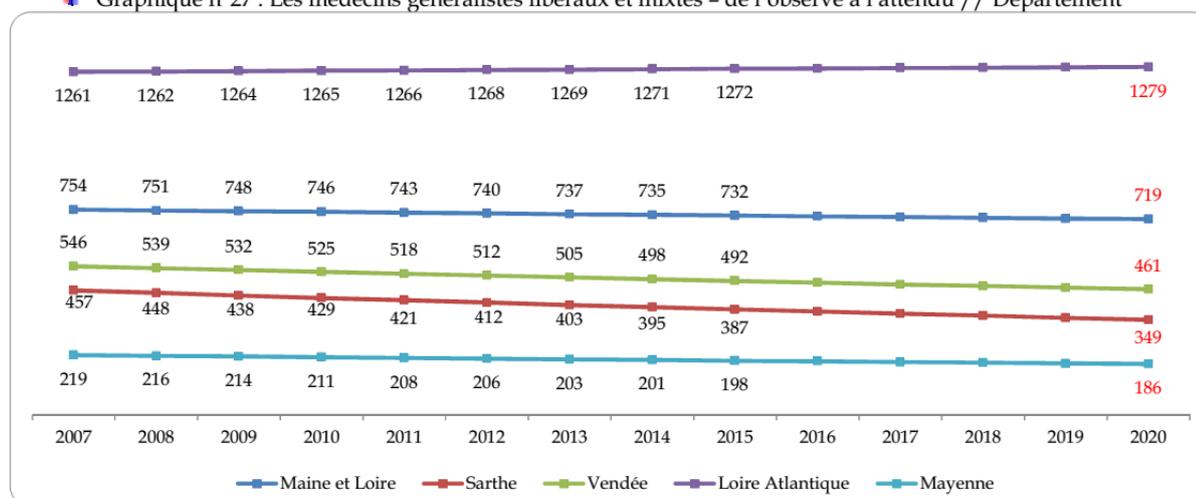
Département	Moyenne d'âge	% femmes	% < 40 ans	% >= 60 ans
Loire Atlantique	50	51%	21%	21%
Maine et Loire	50	47%	19%	22%
Mayenne	53	41%	12%	28%
Sarthe	53	38%	12%	32%
Vendée	52	42%	16%	27%

Tableau n°15 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale- situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Loire Atlantique	50,5	17,8%	19,2%	28,2%
Maine et Loire	51,2	20,8%	17,1%	32,8%
Mayenne	53,4	25,8%	14,1%	43,9%
Sarthe	54,4	30,4%	9,5%	56,7%
Vendée	53,4	27,6%	11,6%	35,5%

Le CNOM prévoit la poursuite de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes d'ici 2020.

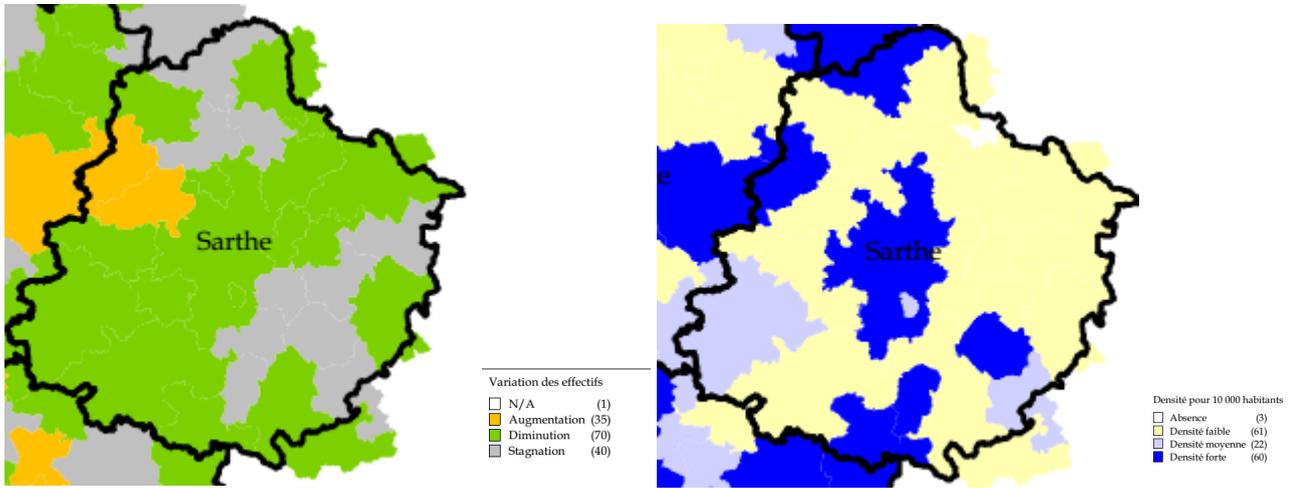
Graphique n°27 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Département



*Hors région = 193 médecins

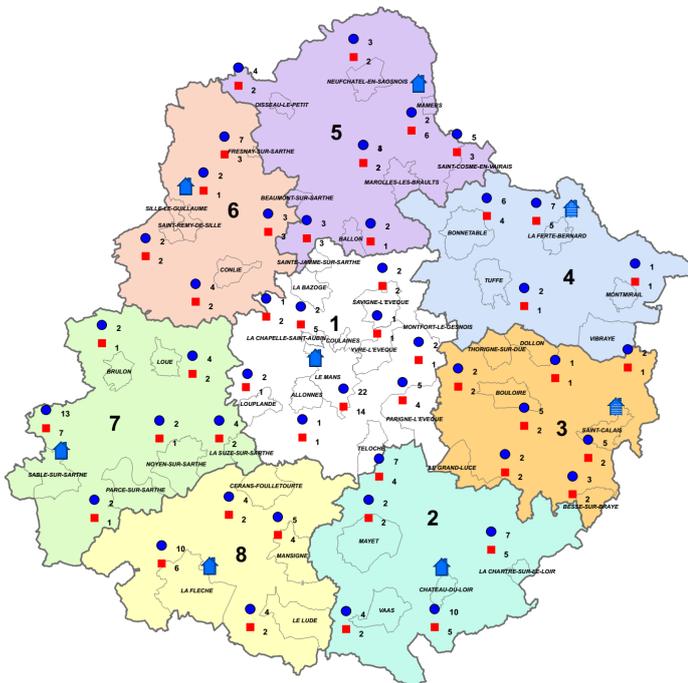
³² La démographie médicale en région Pays de la Loire – situation en 2015 – Atlas régional du CNOM

La diminution des effectifs touche quasiment tout le territoire de la Sarthe, excepté les territoires de Sillé-le Guillaume et Conlie. La majorité du territoire est en densité faible.



La Sarthe présente un nombre d'**officines** pour 100 000 habitants de 31.8, qui situe le département plutôt dans une fourchette haute, en 3^{ème} position dans la région.

L'organisation de la **garde des transports sanitaires urgents** repose sur une organisation fixée par cahier des charges en 2003, autour de 8 secteurs de garde comportant un équipage de garde, excepté au Mans où il y en a trois. Cette organisation s'est améliorée en 2016 avec l'installation de la géolocalisation.



Légende

- Nombre d'ambulances : 136
- Nombre de VSL : 203
- Total véhicules : 339



Auteur: ASR - GG Date: 09/06/2016

b) Les besoins de santé de la population

La Sarthe présente une **mortalité** générale proche de la moyenne régionale. Par contre, la mortalité prématurée est supérieure à la moyenne régionale chez les hommes, comme chez les femmes.

Les **admissions en ALD** y sont également plus fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation apparaît notamment défavorable en matière de suicide et de pathologies en lien avec une consommation excessive d'alcool pour l'ensemble de la population du département, et de cancers du poumon chez les hommes. La fréquence des admissions en ALD pour diabète et pour maladies cardiovasculaires est également supérieure à la moyenne régionale.

L'analyse de ces données au niveau des cinq territoires met en évidence des situations contrastées. **Deux territoires, Vallée du Loir et Alençon Haute Sarthe, cumulent des indicateurs défavorables** pour la mortalité générale, la mortalité prématurée, la mortalité prématurée évitable et la fréquence des admissions en ALD.

2. Organisation retenue

a) La régulation médicale

La régulation en médecine générale, basée au sein du SAMU-Centre 15, s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-a](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-3](#).

En Sarthe, la régulation médicale est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires (cf modèle économique – 5^{ème} partie relative à la rémunération de la permanence ambulatoire, paragraphe A-7), excepté en nuit profonde, le SAMU-centre 15 prenant ensuite le relais.

L'organisation repose sur :

- un médecin régulateur, tous les soirs jusqu'à minuit,
- deux médecins régulateurs, en fonction des flux d'appel, les samedis entre midi et 20 heures et les dimanches, jours fériés et ponts entre 8 heures et 20 heures,
- un renforcement saisonnier d'un médecin régulateur sur les mois de janvier, février, novembre et décembre ainsi que pendant les jours fériés et ponts.

Chaque médecin régulateur doit avoir bénéficié d'une formation initiale ; leurs pratiques auront vocation à s'inscrire dans le cadre des recommandations diffusées par la Haute autorité en santé. Il devra par ailleurs appréhender le fonctionnement du SAMU-centre 15 de la Sarthe et maîtriser les outils informatiques et téléphoniques requis.

Chaque médecin régulateur doit faire l'objet d'une reconnaissance de collaborateur occasionnel du service public (COSP) signée par la directrice du centre hospitalier du Mans.

Une convention de partenariat doit être conclue entre l'ADOPS 72 et le centre hospitalier du Mans siège du SAMU-centre 15 pour fixer les modalités d'organisation et de partenariat en matière de prise en charge de la permanence des soins ambulatoire.

Compte tenu de la proximité d'Alençon, la régulation des communes sarthoises suivantes est effectuée par le centre 15 de l'Orne : Arçonnay, Blèves, Chenay, Le Chevain, St Patern, Villeneuve en Perseigne.

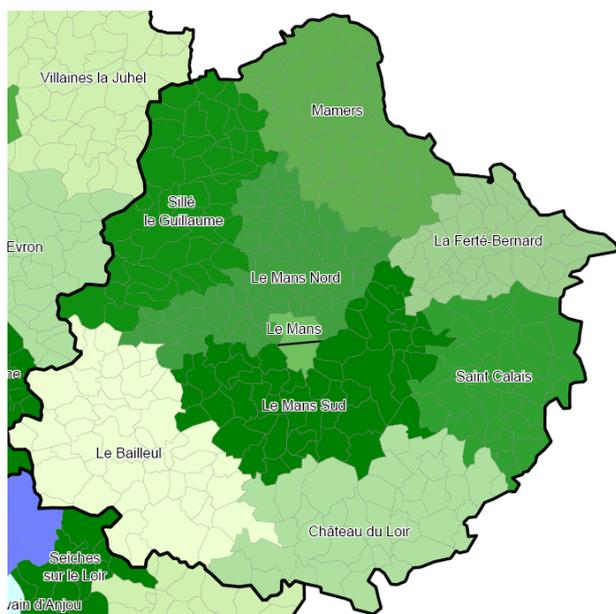
b) L'effectif

(1) La permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le département est divisé en dix territoires de permanence des soins, tous pourvus d'un point fixe de consultation en maison médicale de garde.

72-1	Le Bailleul
72-2	Château-du-Loir
72-3	La Ferté-Bernard
72-4 et 72-5	Le Mans-Nord et Le Mans-Sud
72-6	Nord du Mans
72-7	Sud du Mans
72-8	Mamers
72-9	Sillé-le-Guillaume
72-10	Saint-Calais

La cartographie de ces territoires est présentée ci-dessous. La répartition des communes par territoires de permanence des soins est quant à elle jointe en [ANNEXE B-3](#).



Les territoires relèvent de l'autorisation ministérielle octroyée à l'ARS Pays de la Loire, sur la durée du présent cahier des charges, de financer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé et celle des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire par des crédits du fonds d'intervention régional.

L'effectif en Sarthe s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-b](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-5](#).

Dans le département, l'effectif est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires jusqu'à minuit, les établissements de santé prenant ensuite le relais. Des conventions ou protocoles, entre l'ADOPS et les établissements de santé, formalisent le mode de prise en charge.

La permanence des soins est assurée par un médecin effecteur au sein de points fixes de consultation (centres d'accueil et de permanences des soins - CAPS) situés :

- Territoire 72-1 - Le Bailleul : au centre hospitalier Sarthe et Loir au Bailleul,
- Territoire 72-2 - Château du loir : au centre hospitalier de Château du Loir,
- Territoire 72-3 - La Ferté-Bernard : à l'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - EHPAD - Paul CHAPRON, à la Ferté-Bernard,
- Territoires 72-4 et 72-6 – Le Mans-Nord et Nord du Mans : au centre hospitalier du Mans,
- Territoires 72-5 et 72-7 - Le Mans Sud et Sud du Mans : au centre médico-chirurgical du Mans,
- Territoire 72-8 - Mamers : au centre hospitalier de Mamers,
- Territoire 72-9 – Sillé-le-Guillaume : à la maison de santé pluri professionnelle de Sillé-le- Guillaume,
- Territoire 72-10 - Saint-Calais : au centre Hospitalier de Saint-Calais.

Les deux lieux de consultation du Mans assurant la prise en charge de deux secteurs différents dans les mêmes locaux (Le Mans Nord et le Nord du Mans/Le Mans Sud et le Sud du Mans) bénéficient en conséquence, de la présence de deux médecins effecteurs.

Les points fixes de consultation font l'objet d'une convention locative et d'une convention de fonctionnement, concernant notamment le transfert, à minuit, de la prise en charge vers les services d'urgence.

(2) La permanence des soins des autres professionnels de santé

L'organisation de la permanence des soins des autres professionnels de santé en Sarthe s'inscrit dans le cadre de l'organisation décrite dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges portant sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire, au [paragraphe II-D-3](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire fixés dans la 3^{ème} partie du présent cahier des charges, au [paragraphe III-F](#).

E. Département de la Vendée

1. Etat des lieux départemental

a) Les caractéristiques du département

(1) Une croissance démographique forte³³

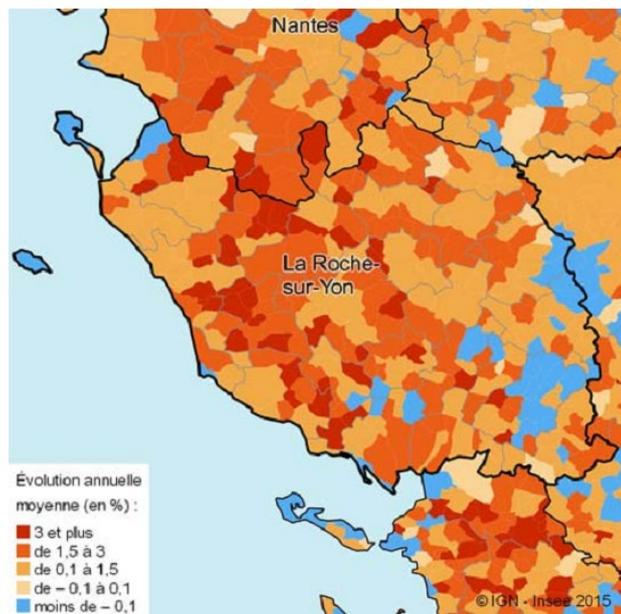
Avec ses 681 461 habitants au 1^{er} janvier 2017, la Vendée est le département des Pays de la Loire qui enregistre **le plus fort taux de croissance** de population au cours des cinq dernières années : + 1,2 % chaque année.

³³ Cf INSEE flash Pays de la Loire – n°34 – décembre 2015 et INSEE Analyses Pays de la Loire – n°26 – janvier 2016

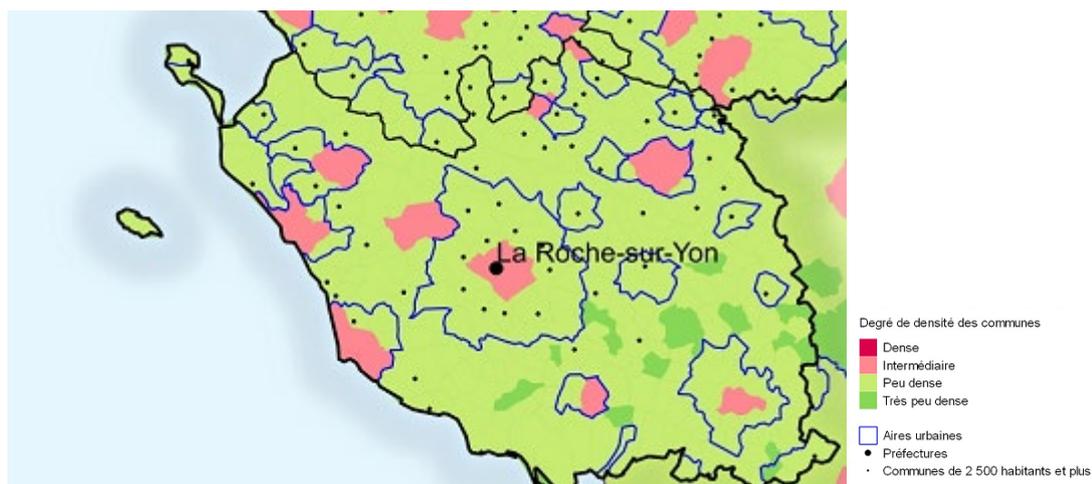
Les **communes situées sur une bande littorale**, ainsi que celles du **nord du département** et de la **couronne périurbaine de La Roche-sur-Yon** connaissent les croissances démographiques les plus fortes. Quelques communes du littoral et du sud-est du département perdent des habitants.

2 Un dynamisme de population inégal sur le territoire

Évolution annuelle moyenne de la population des communes de Vendée entre 2008 et 2013 (en %)



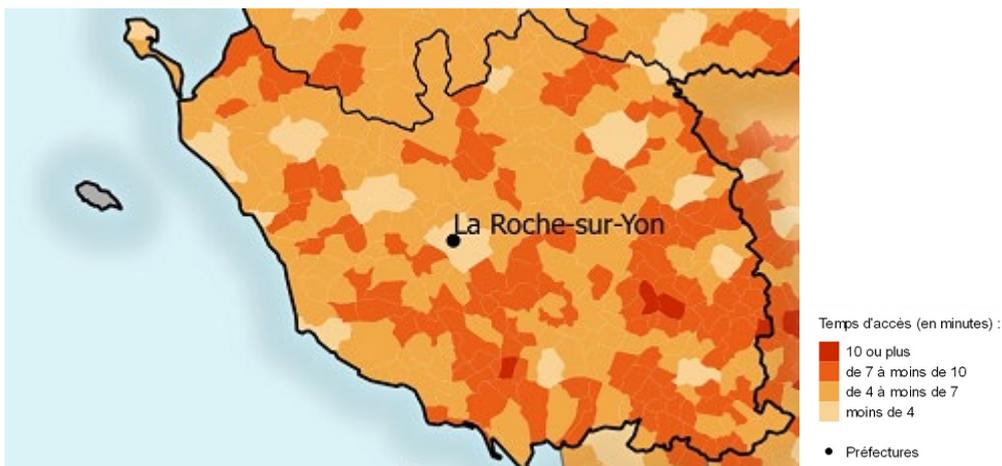
La Vendée apparaît comme **l'un des deux départements de la région les plus ruraux** ; pour autant, la densité de population est équivalente à la moyenne de province (96 habitants par kilomètre carré), car les communes peu denses sont plus densément peuplées que la moyenne nationale (75 habitants par kilomètre carré contre 63 en France de province).



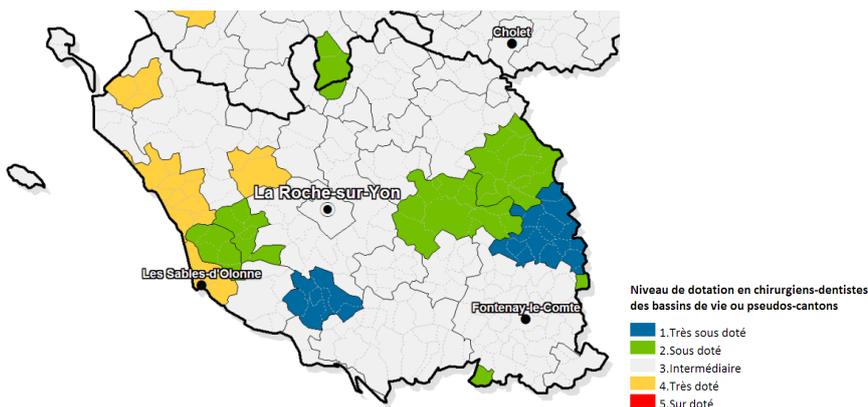
(2) Une situation de l'offre contrastée plutôt favorable

Le **temps d'accès au panier de vie courante**³⁴ est, pour la plupart des habitants de la Vendée, inférieur à 7 minutes. L'accessibilité est facilitée par le maillage territorial, la présence de l'agglomération de la Roche sur Yon et son réseau de petites villes bien réparties sur le territoire.

Ces dernières constituent des relais pour les habitants des communes moins denses. Ainsi, les habitants des communes les plus éloignées accèdent aux équipements courants plus facilement qu'au niveau national : les 5 % de Ligériens les plus éloignés parcourent des trajets de plus de 8 minutes, soit une minute de moins que la moyenne nationale.



La situation de la **densité des professionnels de santé** plutôt favorable, la Vendée comptant peu de bassins de vie sous dotés ou très sous dotés.

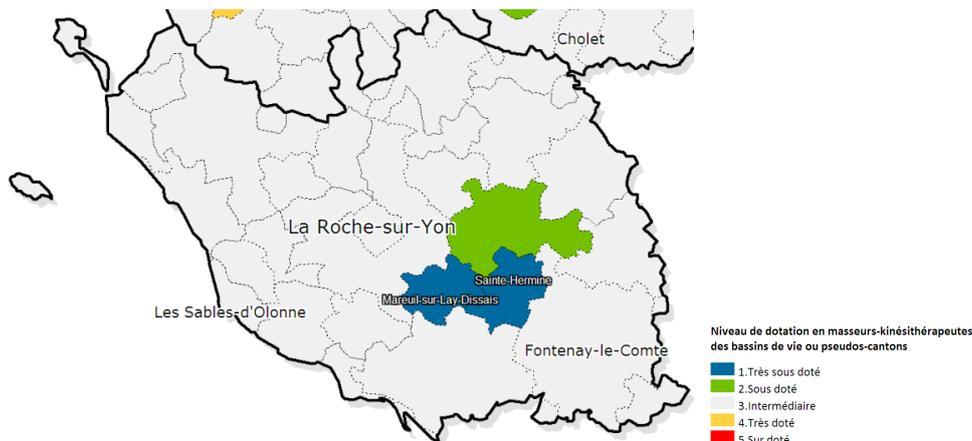


35

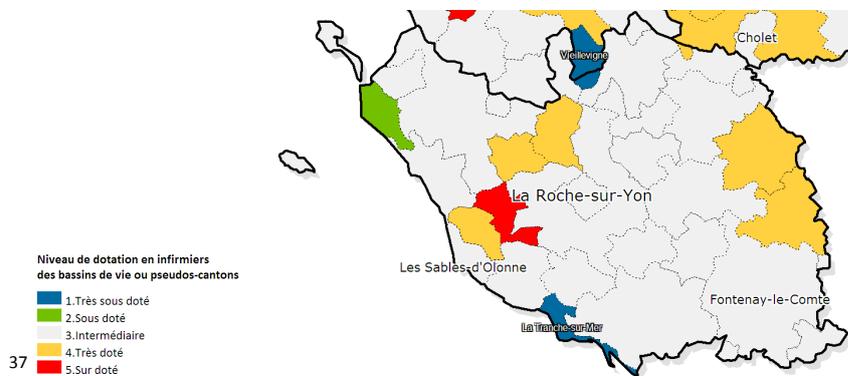
³⁴ Cf INSEE Analyses – n°26 – janvier 2016 : ce panier est composé de 22 équipements et services couramment utilisés par la population dont les professionnels de santé de proximité.

Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

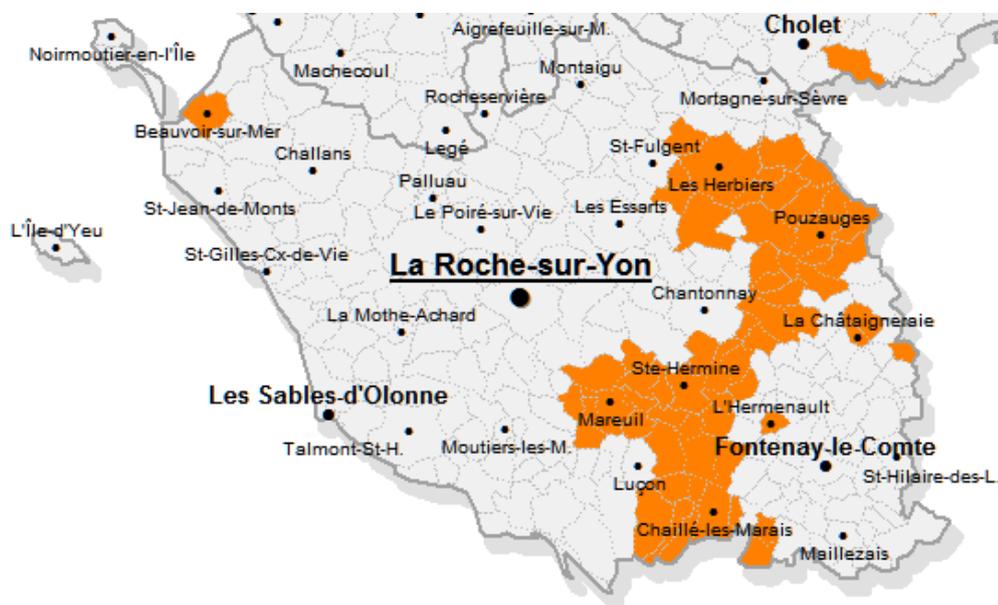
³⁵ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/A13/2013 du 11 septembre 2013 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire



36



37



Le département compte ainsi à peine plus de **zones fragiles** (61) que le Maine et Loire et la Mayenne.

³⁶ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/758/2012/44 du 23 octobre 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

³⁷ Arrêté n°ARS-PDL/DAS/DASPR/332/2012/44 du 14 mai 2012 relatif à la définition des zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé dans les Pays de la Loire

Commune	Population 2009	Commune	Population 2009	Commune	Population 2009
Bazoges-en-Pareds	1 166	L'Hermenault	841	La Réorthe	1 017
Beaurepaire	2 153	L'Île-d'Elle	1 421	Rosnay	544
Beauvoir-sur-Mer	3 845	La Jaudonnière	583	Saint-Aubin-la-Plaine	462
Bessay	413	Mareuil-sur-Lay-Dissais	2 670	Saint-Étienne-de-Brillouet	489
Le Boupère	2 898	La Meilleraie-Tillay	1 519	Sainte-Gemme-la-Plaine	1 921
La Bretonnière-la-Claye	629	Mesnard-la-Barotière	1 240	Sainte-Hermine	2 584
La Caillère-Saint-Hilaire	1 056	Monsireigne	891	Saint-Jean-de-Beugné	564
Chaillé-les-Marais	1 902	Montournais	1 725	Saint-Juire-Champgillon	430
Champagné-les-Marais	1 664	Moreilles	357	Saint-Mars-la-Réorthe	862
La Chapelle-aux-Lys	245	Mouchamps	2 600	Saint-Martin-Lars-en-Sainte-Hermine	414
La Chapelle-Thémer	349	Mouilleron-en-Pareds	1 280	Saint-Mesmin	1 819
La Châtaigneraie	2 641	Moutiers-sur-le-Lay	626	Saint-Michel-Mont-Mercure	1 981
Château-Guibert	1 452	Mouzeuil-Saint-Martin	1 138	Saint-Paul-en-Pareds	1 177
Les Châtelliers-Châteaumur	711	Nalliers	2 185	Sainte-Pexine	238
Chavagnes-les-Redoux	793	Péault	526	Sainte-Radégonde-des-Noyers	780
Corpe	900	Les Pineaux	573	Tallud-Sainte-Gemme	460
La Couture	196	La Pommeraie-sur-Sèvre	1 057	La Tardière	1 286
Les Epesses	2 575	Pouzauges	5 428	Thiré	553
La Flocellière	2 397	Puyravault	646	Vendrennes	1 447
Le Gué-de-Velluire	544	Réaumur	807	Vouillé-les-Marais	683
Les Herbiers	15 077				

En ce qui concerne la **démographie des médecins**³⁸, le département de la Vendée enregistre une hausse des effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre sur la période 2007-2015, de 15.7% ainsi qu'une augmentation des médecins en activité totale. Le CNOM indique que cette augmentation a une forte probabilité de continuer d'ici à 2020. Sur la même période, le département enregistre également une augmentation des médecins en activité régulière de 3.2% de ses effectifs.

Pour autant, l'évolution des effectifs de médecins entre 2015 et 2020, d'une prévision de 2%, croit moins vite que l'évolution prévisionnelle de la population, de 7%.

Enfin, la Vendée présente une proportion de médecins généralistes de plus de 60 ans de 27%.

Tableau n°4 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

Département	Moyenne d'âge	% femmes	% < 40 ans	% >= 60 ans
Loire Atlantique	50	51%	21%	21%
Maine et Loire	50	47%	19%	22%
Mayenne	53	41%	12%	28%
Sarthe	53	38%	12%	32%
Vendée	52	42%	16%	27%

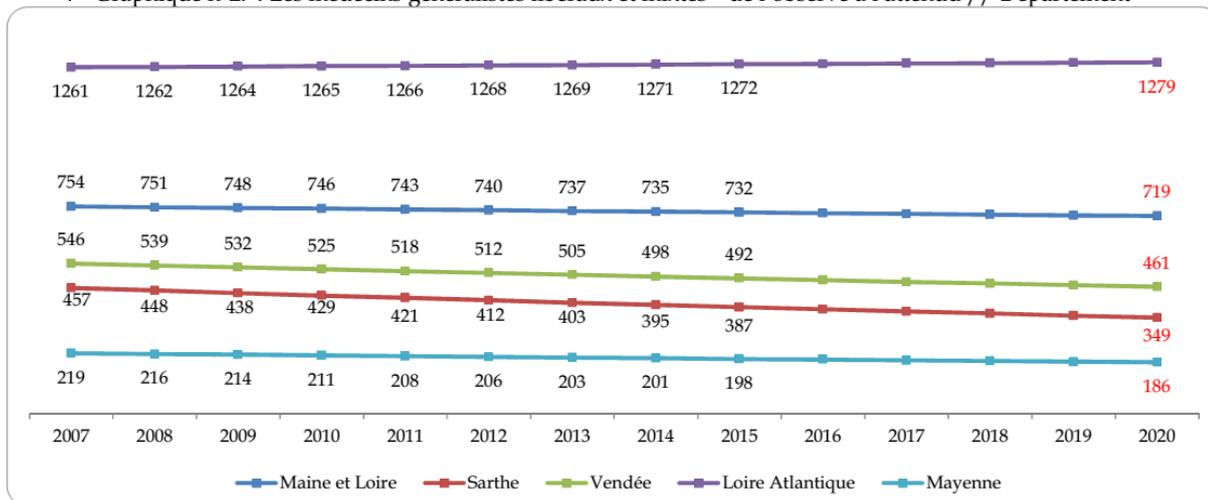
Tableau n°15 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale- situation en 2015

Département	Moyenne d'âge	% >60 ans	% <40 ans	Proportion exercice individuel
Loire Atlantique	50,5	17,8%	19,2%	28,2%
Maine et Loire	51,2	20,8%	17,1%	32,8%
Mayenne	53,4	25,8%	14,1%	43,9%
Sarthe	54,4	30,4%	9,5%	56,7%
Vendée	53,4	27,6%	11,6%	35,5%

³⁸ La démographie médicale en région Pays de la Loire – situation en 2015 – Atlas régional du CNOM

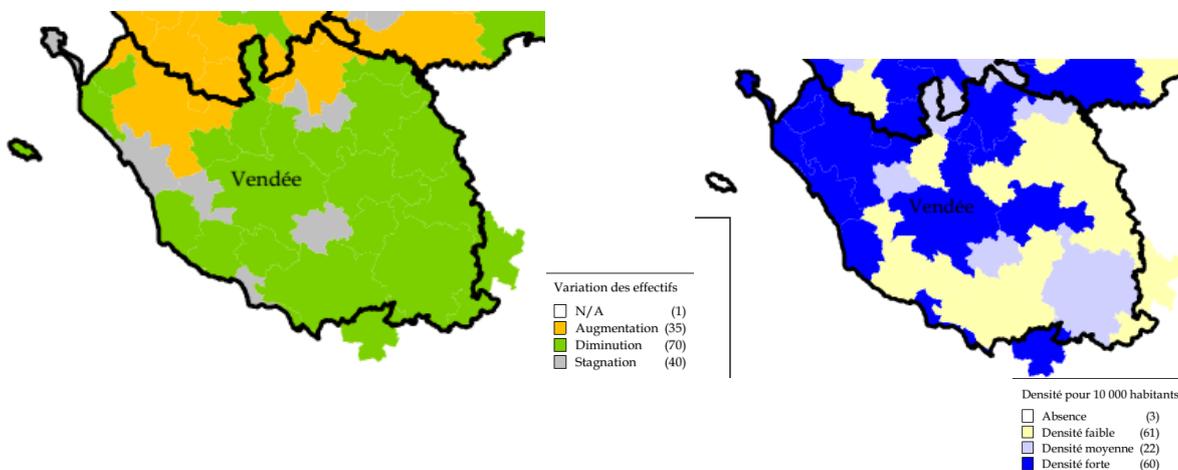
Le CNOM prévoit la poursuite de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes d'ici 2020.

Graphique n°27 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes – de l'observé à l'attendu // Département



*Hors région = 193 médecins

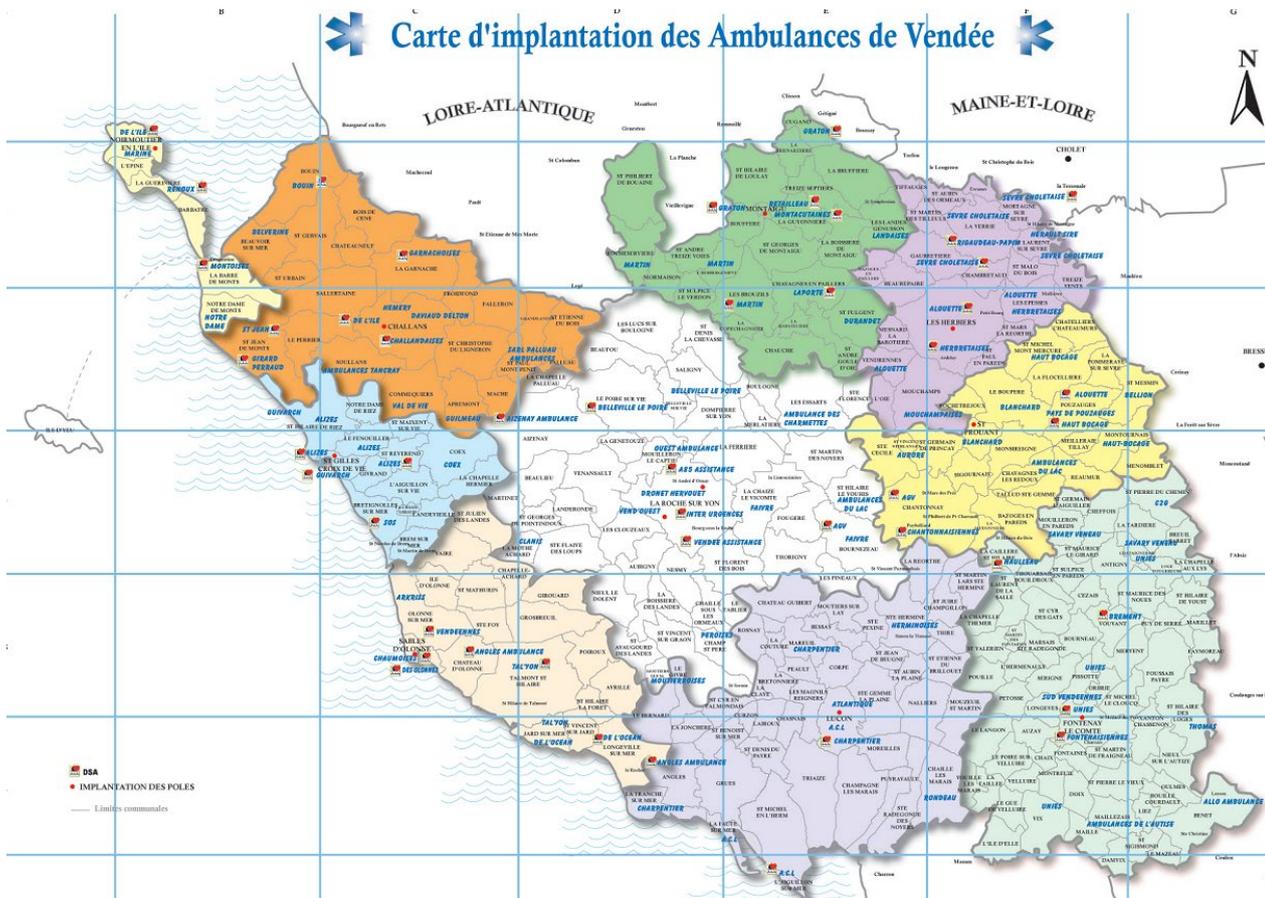
La diminution concerne la quasi-totalité du territoire excepté le territoire de Challans et de Montaigu. Pour autant, la densité des médecins généralistes libéraux et mixtes restent moyenne à forte sur une grande partie du territoire.



La Vendée présente un nombre d'officines, de 33.3, le plus élevé de la région.

L'organisation de la **garde des transports sanitaires urgents** repose sur un cahier des charges, arrêté en 2003. Le territoire est divisé en 9 secteurs (cf carte infra) comprenant chacun un équipage, excepté sur la Roche sur Yon où 2 équipages sont mobilisables. 2 secteurs supplémentaires sont rajoutés sur la côte pour répondre à l'affluence saisonnière.

Ce système repose sur une régulation médicale appuyée par un coordonnateur ambulancier et la géolocalisation.



b) Les besoins de santé de la population

La Vendée présente une **mortalité** générale proche de la moyenne régionale chez les hommes, et supérieure à cette moyenne chez les femmes. La mortalité prématurée est proche de la moyenne régionale chez les hommes comme chez les femmes.

Les **admissions en ALD** y sont par contre moins fréquentes. Par rapport à la moyenne régionale, la situation départementale apparaît notamment défavorable en matière de cancers, et en particulier de cancers du poumon chez les femmes, et de décès par accident de la circulation.

L'analyse de ces données au niveau de huit **territoires** infra départementaux met en évidence des **situations contrastées**. Les territoires de Challans-Beauvoir-Monts et du Littoral-St Gilles-Olonnes se distinguent par une mortalité prématurée et une mortalité prématurée évitable significativement supérieures à la moyenne régionale.

2. Organisation retenue

a) La régulation médicale

La régulation en médecine générale, basée au sein du SAMU-Centre 15, s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-a](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-3](#).

En Vendée, la régulation médicale est organisée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires (cf modèle économique – 5^{ème} partie relative à la rémunération de la permanence ambulatoire, paragraphe A-7).

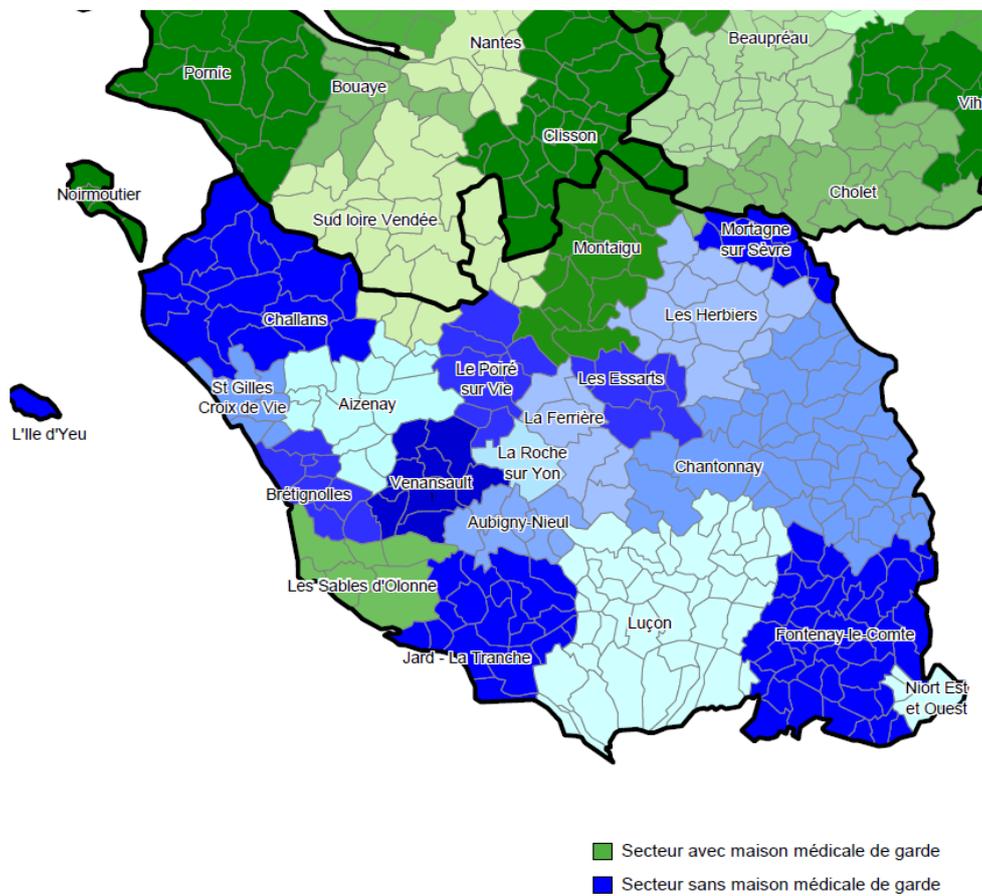
b) L'effectif

(1) La permanence des soins en médecine générale ambulatoire

La Vendée compte dix-neuf territoires de PDSA sur la totalité des plages de PDSA à l'exception des périodes de minuit à 8h00.

85-1	La Roche sur Yon
85-2	La Ferrière
85-3	Le Poiré sur Vie
85-5.01	Fontenay le Comte
85-5.02	Montaigu
85-5.03	Luçon
85-7	Aubigny - Nieul
85-8-10-23	Challans
85-8.01	Saint Gilles Croix de Vie
85-12.14	Jar - La Tranche
85-13	Venansault
85-15-9	Les Sables d'Olonne
85-16	L'Île d'Yeu
85-17.20	Aizenay
85-18	Les Herbiers
85-19	Noirmoutier
85-24.25.26	Chantonnay
85-29	Les Essarts
85-31	Mortagne sur Sèvre

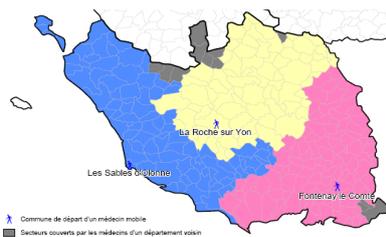
La cartographie de ces territoires est présentée page suivante. La répartition des communes par territoires de permanence des soins est quant à elle jointe en annexe.



Hors territoire 85-16, le département est divisé en 3 territoires de médecins mobiles entre 20 heures et 8 heures :

85-N- 1	Fontenay le Comte
85-N- 2	La Roche sur Yon
85-N- 3	Les Sables d'Olonne

La cartographie correspondant au découpage de ces territoires est présentée ci-après et la répartition des communes correspondante figure en annexe.



A l'exception du territoire 85-16 (Ile d'Yeu), les territoires relèvent de l'autorisation ministérielle octroyée à l'ARS Pays de la Loire, sur la durée du présent cahier des charges, de financer la rémunération forfaitaire des professionnels de santé et celle des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire par des crédits du fonds d'intervention régional.

L'effectif en Vendée s'inscrit dans le cadre de l'organisation rappelée dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges – état des lieux – [paragraphe II-D-2-b](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire et notamment ceux fixés dans le cadre du [paragraphe III-D-5](#).

(2) La permanence des soins des autres professionnels de santé

L'organisation de la permanence des soins des autres professionnels de santé en Vendée s'inscrit dans le cadre de l'organisation décrite dans la 2^{ème} partie du présent cahier des charges portant sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire, au [paragraphe II-D-3](#) et les principes régionaux d'organisation de la permanence des soins ambulatoire fixés dans la 3^{ème} partie du présent cahier des charges, au [paragraphe III-F](#).

V. La rémunération de la permanence des soins ambulatoires

A. La rémunération de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire dans le cadre de l'autorisation ministérielle prévue à l'article L. 1435-5 du code de la santé publique

1. Cadre général

L'article L. 1435-5 du code de la santé publique précise, dans son I, que l'agence détermine la rémunération forfaitaire des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins.

L'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire s'est par ailleurs portée volontaire pour solliciter l'autorisation ministérielle de financer également la rémunération forfaitaire susvisée et celle des actes par le fonds d'intervention régional.

L'arrêté du ministère des affaires sociales et de la santé en date du 27 décembre 2016 autorise ainsi l'agence régionale de santé des Pays de la Loire, pour 3 ans, à compter du 1^{er} janvier 2017, à bénéficier des modalités de financement de la permanence des soins en médecine ambulatoire en application de l'article L.1435-5 du code de la santé publique sur l'ensemble de la région des Pays de la Loire, excepté Nantes et Saint-Nazaire en Loire Atlantique ainsi que l'Ile d'Yeu en Vendée, qui continuent à relever du régime de droit commun.

La responsabilité de la gestion financière de l'ensemble des prestations médicales de la permanence des soins ambulatoire est confiée, dans le cadre de conventions de gestion, aux associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS). L'objectif est de garantir un bon fonctionnement de la permanence des soins en permettant aux associations d'adapter l'organisation aux contraintes locales par la gestion efficiente d'une enveloppe fermée.

2. Répartition de l'enveloppe régionale PDSA

Le montant de l'enveloppe annuelle plafond de la région Pays-de-la-Loire pour la rémunération forfaitaire des médecins participant à la PDSA a été évalué par l'Agence Régionale de Santé à 17 687 900 €.

L'enveloppe annuelle plafond, s'inscrivant dans le périmètre de l'autorisation ministérielle du 27 décembre 2016, est évaluée par l'Agence Régionale de Santé à 16 673 536 €.

Cette enveloppe a vocation à financer la permanence des soins en médecine générale ambulatoire des 5 départements de la région, excepté les agglomérations de Nantes et Saint Nazaire, ainsi que l'île d'Yeu, qui relèvent d'un financement de droit commun, précisé dans le paragraphe V-B.

Les modalités de répartition de l'enveloppe régionale, définies dans le cadre de l'expérimentation, sont reconduites dans le présent cahier des charges :

- Détermination du niveau de crédits alloué à la régulation en fonction du nombre d'heures et de périodes dans l'année, de l'organisation (nombre de régulateurs) et des rémunérations appliquées pendant l'expérimentation ;
- Détermination de la répartition des crédits dédiés à l'effectif, en fonction du nombre de secteurs de garde, de l'organisation (nombre d'effectifs) et des rémunérations appliquées pendant l'expérimentation ;
- L'enveloppe tient compte de l'évolution démographique de la population, l'indicateur de base pris en compte étant la population totale à compter du 1^{er} janvier 2017 (Cf. INSEE- référence statistique : 1^{er}/01/2014), à laquelle est appliquée une variation saisonnière permettant de tenir compte de la population présente pendant l'été ;
- Le volume des actes est calculé sur la base des dépenses constatées et notifiées par l'Assurance Maladie.

Le montant des enveloppes plafond départementales est par conséquent réévalué dans le présent cahier des charges pour prendre en compte le nouveau cadre financier fixé par la convention médicale de 2016.

	Loire Atlantique	Maine et Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Population légale ³⁹ population municipale* population totale**	1 346 592 1 382 766	805 835 829 103	307 350 317 595	568 760 583 961	662 122 681 469
Croissance démographique annuelle entre 2008 et 2013	1.1%	0.6%	0.3%	0.3%	1.2%
Population desservie effectif Dont population desservie par un autre dpt Dont population hors dpt desservie	-20 127 + 48 013	-31 267 + 1 644			-21 199 0
population présente*** (touristes)	+ 0.7%				+14.9%
Enveloppe plafond départementale (dérogation et droit commun)	5 131 933	4 008 057	2 104 495	2 589 238	3 854 177

³⁹ Source INSEE – population légale entrée en vigueur au 1^{er}/01/2017 : Le terme générique de « populations légales » regroupe pour chaque commune sa population municipale, sa population comptée à part et sa population totale qui est la somme des deux précédentes. Les populations légales sont définies par le décret n°2003-485 publié au Journal officiel du 8 juin 2003, relatif au recensement de la population. Désormais, elles sont actualisées et authentifiées par un décret chaque année. Environ 350 textes législatifs ou réglementaires font référence à ces populations. La population municipale est celle qui est utilisée à des fins statistiques ; la population totale est la plus souvent utilisée pour l'application de dispositions législatives ou réglementaires.

***population municipale** : La population municipale comprend les personnes ayant leur résidence habituelle (au sens du décret) sur le territoire de la commune, dans un logement ou une communauté, les personnes détenues dans les établissements pénitentiaires de la commune, les personnes sans-abri recensées sur le territoire de la commune et les personnes résidant habituellement dans une habitation mobile recensée sur le territoire de la commune. La population municipale d'un ensemble de communes est égale à la somme des populations municipales des communes qui le composent. Le concept de population municipale correspond désormais à la notion de population utilisée usuellement en statistique. En effet, elle ne comporte pas de doubles comptes : chaque personne vivant en France est comptée une fois et une seule

****population totale** : comprend la population comptée à part : La population comptée à part comprend certaines personnes dont la résidence habituelle (au sens du décret) est dans une autre commune mais qui ont conservé une résidence sur le territoire de la commune :

1. Les mineurs dont la résidence familiale est dans une autre commune mais qui résident, du fait de leurs études, dans la commune.
2. Les personnes ayant une résidence familiale sur le territoire de la commune et résidant dans une communauté d'une autre commune, dès lors que la communauté relève de l'une des catégories suivantes :
 - services de moyen ou de long séjour des établissements publics ou privés de santé, établissements sociaux de moyen ou de long séjour, maisons de retraite, foyers et résidences sociales ;
 - communautés religieuses ;
 - casernes ou établissements militaires.
3. Les personnes majeures âgées de moins de 25 ans ayant leur résidence familiale sur le territoire de la commune et qui résident dans une autre commune pour leurs études.
4. Les personnes sans domicile fixe rattachées à la commune au sens de la loi du 3 janvier 1969 et non recensées dans la commune.

*** étude direction du tourisme sur l'année 2005

3. La rémunération de la régulation médicale libérale

En application de l'arrêté du 20 avril 2011, la rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique mentionnée à l'article R. 6315-3 du même code ne peut être inférieure à 70 euros par heure de régulation.

Dans la limite de l'enveloppe départementale plafond, cette rémunération, forfaitaire, peut être modulée en fonction des contraintes géographiques et des différentes sujétions attachées à l'exercice de la permanence (périodes de garde, caractéristiques de la zone de garde, dotation de la zone en offreurs de soins, nature de l'activité...).

4. La rémunération de l'effection

a) Les indemnités d'astreinte

En application de l'arrêté du 20 avril 2011, la rémunération de l'astreinte du médecin inscrit sur le tableau de garde mentionné à l'article R. 6315-2 du code de la santé publique ne peut être inférieure à 150 euros pour une durée de référence de douze heures.

Dans la limite de l'enveloppe départementale plafond, ce montant, forfaitaire, peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites.

Lorsque les visites sont assurées par un pool départemental de médecin mobile couvrant la nuit de 20h à 08h, déclenchées par régulation préalable du SAMU-Centre 15, la rémunération est modulée selon l'activité, dont le financement doit s'inscrire dans l'enveloppe départementale plafond.

b) Les actes

Sont appliqués les tarifs conventionnels des médecins généralistes et les majorations spécifiques de nuit, dimanche et jours fériés, ainsi que la revalorisation des actes de pédiatrie et les autres majorations définis dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, approuvée par arrêté du Ministère des affaires sociales et de la santé en date du 20 octobre 2016.

La majoration personne âgée (MPA) est versée hors enveloppe.

5. Les modalités de révision des modèles économiques

Les modèles économiques sont révisables, dans la limite de l'enveloppe plafond départementale, au moins une fois par an afin de prendre en compte les évolutions éventuelles d'organisation.

Lorsque l'enveloppe départementale annuelle des actes de l'année N a été sous consommée, la partie non dépensée est reportée sur l'année suivante venant ainsi s'ajouter au montant de l'enveloppe départementale des actes de l'année N+1.

Les situations suivantes feront l'objet, sur demande d'une ou plusieurs ADOPS, et en concertation avec l'ensemble des ADOPS, d'une gestion solidaire et fongible de la mise en réserve :

- une situation sanitaire inhabituelle : L'ARS, sur proposition du comité de pilotage, décidera du réajustement de l'enveloppe en fonction de l'augmentation de l'activité confirmée par les données de la cellule interrégionale d'épidémiologie (CIRE) et par les données de l'ADOPS si elles existent. Le montant de ce réajustement sera équivalent au coût lié à cette augmentation d'activité.
- Augmentation importante de l'activité (modalités à définir en 2017 en inter-ADOPS)

6. Circuit et modalités de liquidation et de paiement

La réforme du Fonds d'Intervention Régional (FIR) porte création d'un budget annexe au sein des agences régionales de santé au 1^{er} janvier 2016, consécutivement à l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Cette réforme vise à confier aux ARS la gestion budgétaire et comptable du fonds, à l'exclusion des paiements directement versés aux professionnels de santé, et permettre une gestion pluriannuelle des crédits conformément à l'objectif du fonds de mener à bien des opérations de transformation du système de santé.

Dans le cadre de la mission 3 - permanence des soins et amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire, le FIR finance les rémunérations forfaitaires (effectif et régulation) versées aux médecins qui y participent. Il a également vocation à financer les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoire (PDSA) ; entrent notamment dans cette catégorie les dépenses relatives aux maisons médicales de garde et aux outils de régulation et d'effectif libérale.

Les ARS assurent désormais le paiement de l'ensemble des dépenses à l'exception de celles payables directement aux professionnels de santé qui restent confiées aux CPAM/CGSS. Les dispositifs directement payés par les organismes d'assurance maladie sont notamment les rémunérations forfaitaires relatives à la permanence des soins ambulatoires mentionnée à l'article L. 6314-1 et aux articles de R. 6315- 1 à R. 6315-6 du code de la santé publique ainsi que, pour les agences régionales de santé se portant volontaires et autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale, les actes relatifs à cette mission.

Pour ces dépenses, les CPAM effectuent les paiements chaque mois et se font rembourser par l'ARS le mois suivant. Une convention de mandat a été signée entre chaque CPAM du ressort territorial de l'ARS et l'ARS afin de permettre le paiement de ces paiements par les CPAM pour le compte des ARS.

Cette convention de mandat précise notamment les pièces-justificatives à fournir par les CPAM et les délais de conservation de ces pièces. Elle précise également la date d'envoi de ces pièces à l'ARS, avant le 10 du mois N+1 pour permettre un remboursement aux CPAM le 14 du même mois des dépenses du mois précédent. Elle fera l'objet d'un avenant type pour préciser les modalités de conservations et de contrôle des pièces justificatives de la dépense.

S'agissant de la permanence des soins, les modalités de contractualisation, de liquidation et de paiement précisées par les instructions n°DGOS/R3-R5/2011 du 16 décembre 2011 et n°DSS/1B/2012 du 7 janvier 2012 et, plus largement, les dispositions, notamment du code de la santé publique, qui établissent le cadre réglementaire de mise en œuvre de la PDES et de la PDSA sont applicables.

C'est pourquoi, pour permettre aux caisses primaires d'assurance maladie d'assurer la liquidation et le paiement dans les meilleures conditions, il convient de respecter les étapes de la procédure, appelées ci-dessous :

- Respect des modalités d'élaboration et de transmission des tableaux de régulations et astreintes médicales à l'ARS ;
- Contrôle du tableau des régulations et astreintes médicales par l'ARS et transmission des ordres de paiement aux organismes locaux d'assurance maladie ;
- Contrôle du "service fait" et paiement des forfaits par les organismes locaux d'assurance maladie ;
- Suivi de la consommation de l'enveloppe allouée à la PDSA.

B. Le financement de la permanence des soins des professionnels de santé ne relevant pas de l'article L1435-5 du code de la santé publique

1. La rémunération de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire hors autorisation ministérielle

L'enveloppe consacrée au financement de l'effectif dans les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire est de 924 432 €. La rémunération des astreintes d'effectif du CAFS de Nantes seront calées sur le modèle économique des autres CAFS dans la limite de l'enveloppe impartie.

L'enveloppe consacrée au financement de l'effectif à l'île d'Yeu est de 89 932 €.

Réparties selon les mêmes modalités que l'enveloppe relevant de l'autorisation ministérielle, elles ont vocation à financer les indemnités d'astreinte fixées en application de l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

S'y ajoute le financement des actes selon le cadre fixé par la convention médicale.

2. La rémunération de la garde pharmaceutique

La convention nationale pharmaceutique, signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine (FSPF, USPO et UNPF), reconduit le financement du dispositif de permanence pharmaceutique conventionnel mis en place en 2006 par les partenaires conventionnels, et revalorise les indemnités et honoraires versés aux pharmaciens dans ce cadre.

Ce dispositif financier conventionnel prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire d'astreinte par période de garde ainsi que d'honoraires de gardes perçus par ordonnance.

La convention nationale prévoit que les pharmaciens titulaires d'officine participant à la permanence pharmaceutique perçoivent une indemnité d'astreinte de 150 euros pour chacune des périodes suivantes : la nuit, la journée du dimanche, le jour férié.

Les pharmaciens titulaires d'officine participant au service de garde organisé perçoivent également des honoraires pour chaque ordonnance exécutée pendant les périodes de garde dont le montant est variable selon les horaires.

3. La rémunération de la garde odontologique

La rémunération de la permanence des soins dentaires, et notamment de l'astreinte et de la majoration spécifique des actes applicable à la permanence des soins dentaires (MCD), s'effectue selon les modalités prévues dans l'avenant n°2 publié au journal officiel du 31 juillet 2012 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, approuvée par arrêté du 14 juin 2006.

La participation de l'Assurance Maladie au financement de la permanence des soins intervient sous deux formes :

- une rémunération d'astreinte de 75 € par demi-journée de permanence.

Pour en bénéficier, le chirurgien-dentiste adresse à la CPAM de son lieu d'exercice une attestation de participation à la permanence des soins dentaires.

- une majoration spécifique de 30 €.

Le chirurgien-dentiste de permanence facture cette majoration, codée MCD, sur la feuille de soins en plus des actes cliniques et techniques. La MCD s'applique pour chaque patient concerné et non pour chaque acte réalisé. Elle n'est pas cumulable avec les majorations de dimanche et jours fériés habituelles.

4. La rémunération de la garde ambulancière

L'avenant n°1 de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés publié au journal officiel du 25 juillet 2003 prévoit que la participation financière de l'Assurance Maladie se compose de deux éléments : une indemnité de garde et une tarification spécifique pendant la garde.

La CPAM verse, chaque mois, une indemnité d'un montant unique de 346 euros par véhicule dédié à la garde pour chaque permanence de 12 heures (samedi, dimanche, jours fériés et nuit de 20h à 8h), au titre des permanences réalisées au cours du mois précédent.

Les prestations sont facturées avec un abattement de 60 % de la tarification conventionnelle sur toutes les composantes de la facturation : forfait prise en charge, kilomètres, majoration et supplément centre 15.

5. La rémunération de la garde en kinésithérapie

Les astreintes des professionnels de santé sont rémunérées sur le fonds d'intervention régional (FIR) sur le fondement d'un forfait plafond de 50€ le samedi après-midi et 100€ pour un dimanche et jour férié.

La convention nationale des masseurs kinésithérapeutes publiée au journal officiel du 16 mai 2007 majore les actes réalisés la nuit et le dimanche, le samedi dès 12h également pour les appels d'urgence.

6. La rémunération du dispositif infirmier

La convention nationale, publiée au journal officiel du 22 juillet 2007, finance des majorations de nuit de 20h à 08h (applicables lorsque le médecin indique une nécessité impérieuse d'exécution de nuit) et le dimanche, voire en cas d'urgence dès 08h le samedi (applicables lorsque le médecin indique la nécessité d'une exécution rigoureusement quotidienne).

Dans le prolongement de l'avenant n°3 de la convention nationale, contribuant au développement des activités des infirmiers libéraux à domicile, l'arrêté de modification du livre III de la liste des actes et prestations relatif aux perfusions, paru le 30 septembre 2014, diversifie les cotations possibles pour les perfusions sous surveillance continue et les perfusions de plus d'une heure nécessitant une surveillance, selon la pathologie du patient ; est financée également l'organisation de la surveillance hors jour de pose et de retrait de la perfusion.

VI. Objectifs pluriannuels d'amélioration de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le modèle expérimenté dans le cadre du cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire 2012-2016 est maintenu s'appuyant sur les trois objectifs stratégiques suivants :

- Intégrer la permanence des soins ambulatoire dans le processus de territorialisation de l'offre de soins de premier recours ;
- Consolider et assurer une meilleure lisibilité de la permanence des soins ambulatoire dans les territoires ;
- Evaluer la qualité du service rendu aux patients dans le cadre d'une démarche qualité.

Les huit objectifs sont ainsi reconduits dans le cadre d'un plan d'actions ciblées :

OBJECTIFS	ACTION PRIORITAIRE	TERRITOIRE PRIORITAIRE
Renforcer l'attractivité du dispositif médical	Favoriser la participation des médecins libéraux Clarifier les modalités d'interventions possibles des médecins salariés des centres de santé et les inciter à participer à la permanence des soins ambulatoire Expérimenter l'acheminement des patients vers les points fixes de consultation	Vendée Région Territoires volontaires
Renforcer la régulation médicale libérale	Organiser une régulation médicale interdépartementale en nuit profonde Arrêter un plan de formation pluriannuel des médecins régulateurs Organiser un temps de formation dédié aux internes pendant leur stage en exercice libéral	Maine et Loire / Sarthe Région Région Région
Déployer un système d'information PDSA fiable, adapté et interconnecté	Finaliser le déploiement du SI PDSA (régulation, effecton fixe et mobile, pilotage) Mettre en œuvre un système d'allocation de ressources et de paiement des gardes des médecins	Région Région
Faciliter l'exercice sur les secteurs d'effecton	Mettre en œuvre le tiers payant généralisé Organiser une effecton soutenable	MMG situées dans les secteurs présentant un indicateur de fragilité sociale élevé Selon situation du territoire

OBJECTIFS	ACTION PRIORITAIRE	TERRITOIRE PRIORITAIRE
Favoriser un recours pertinent à la PDSA par les usagers du système de santé	Organiser une campagne d'information sur le numéro national et régional de recours à la permanence des soins ambulatoire, 116/117	Région
	Améliorer la lisibilité de la gestion des réclamations des usagers et des incidents	Région
	Elaborer une enquête auprès de la population sur la perception de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire en Pays de la Loire	

Trois objectifs supplémentaires sont intégrés dans le présent cahier des charges :

OBJECTIFS	ACTION PRIORITAIRE	TERRITOIRE PRIORITAIRE
Améliorer la permanence des soins en institution ou à domicile	Contribuer à l'organisation de la permanence des soins des structures d'hospitalisation à domicile	Région
	Organiser l'accès des médecins au dossier du patient et aux médicaments dans les ESMS	Région
	Organiser l'articulation entre les EHPAD expérimentant l'astreinte de nuit infirmière et les ADOPS/SOS	Région
	Proposer un cadre d'intervention partagé auprès des patients détenus en dehors des horaires de l'unité sanitaire	Maine et Loire
Améliorer l'articulation avec les autres systèmes de garde	Favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation médicamenteuse : <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter les échanges entre le médecin régulateur ou effecteur et le pharmacien de garde ; - Organiser un accès facilité à la pharmacie de garde ; - Transmettre à la régulation médicale la liste des pharmacies systématiquement fermées le samedi après-midi ; - Mettre en place la télé prescription dans l'ensemble des départements. 	Région
		Région
		Région
		Vendée, Maine et Loire

OBJECTIFS	ACTION PRIORITAIRE	TERRITOIRE PRIORITAIRE
	<p>Organiser les soins infirmiers urgents, sur prescription médicale et conseil médical pendant les horaires de PDSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faire connaître le dispositif expérimental d'astreinte IDE de nuit en EHPAD ; - Améliorer l'information des IDEL sur leurs obligations en matière de continuité des soins ; - Améliorer l'information des médecins sur l'organisation de la continuité des soins infirmiers. <p>Intégrer si besoin les outils déployés dans le cadre du programme régional des systèmes d'information partagés en santé</p> <p>Favoriser l'utilisation du dossier médical partagé</p>	<p>Région</p> <p>Région</p> <p>Région</p>
<p>Organiser une réponse aux demandes d'établissement de certificats de décès à domicile et aux autres actes médico-administratifs</p>	<p>Mettre en œuvre le nouveau cadre réglementaire relatif à l'établissement des certificats de décès à domicile</p> <p>Protocoliser avec le Procureur de la République le paiement des actes de médecine légale réalisés par le réseau de proximité</p> <p>Contribuer à l'organisation du réseau de proximité de la médecine légale</p>	<p>Région</p> <p>Région</p> <p>Sarthe</p>

VII. Conditions de révision du cahier des charges régional

Le présent cahier des charges sera révisé, selon une périodicité annuelle, afin de tenir compte :

- de l'évolution de la législation et des nouvelles orientations nationales,
- de l'évolution du montant des enveloppes déléguées à l'ARS,
- de la démographie médicale et de la population générale,
- de l'évaluation du dispositif,
- des propositions et des actions correctrices formulées par les différents acteurs, tendant à améliorer le dispositif mis en place.

VIII. Annexes

A. Les modalités de suivi et d'évaluation du cahier des charges

1. Le tableau de bord de suivi de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire

Le tableau de bord de suivi de la permanence des soins en médecine générale est élaboré à partir des indicateurs issus de l'annexe de l'instruction n°DSS/1B/DGOS/2016/325 du 27 octobre 2016 relative aux modalités de mise en œuvre de la dérogation de financement de la permanence des soins ambulatoire instaurée par l'article 69 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Il sera renseigné annuellement en application de l'instruction susvisée.

Il pourra être étendu à d'autres indicateurs permettant de prendre en compte le caractère pluri professionnel de la permanence des soins ambulatoire.

Objectifs	Indicateurs de suivi				
Taux de participation à la PDSA	▪ Taux de volontaires par rapport aux médecins généralistes inscrits dans le département.				
	44	49	53	72	85
	▪ Taux de remplissage des tableaux de permanence.				
44	49	53	72	85	
Suivi financier	▪ Suivi mensuel du coût du dispositif dérogatoire par rapport à la prévision.				
		44	49	53	72
	prévisionnel				
	Réalisé				
	Dont delta MM				
	▪ Suivi mensuel de l'enveloppe régionale globale affectée à la PDSA en précisant la répartition des coûts liés à la régulation et à l'effectation.				
	44	49	53	72	
Prévisionnel					
Régulation					
Effectation					
Actes					
Réalisé					
Régulation					
Effectation					
Actes					
Activité de régulation	▪ Evolution du nombre de régulateurs mobilisés.				
	44	49	53	72	85

▪ Montant et modalités de rémunération de la régulation.

	44	49	53	72	85
Montant					
Modalités					

▪ Répartition de l'activité de régulation de PDSA par tranche horaire de permanence (20h-24h / 24h-8h / WE).

	44	49	53	72	85
20h-24h					
24h-8h					
WE					

▪ Evolution de la répartition des décisions de régulation (conseils médicaux, orientation vers un point fixe d'effecton, déclenchement d'une visite, orientation vers les urgences, déclenchement d'un transport etc...).

	44	49	53	72	85
Conseils médicaux					
Orientation vers un point fixe d'effecton					
Déclenchement d'une visite					
Orientation vers les urgences					
Déclenchement d'un transport					

Activité d'effecton

▪ Evolution du nombre d'effecteurs mobilisés.

44	49	53	72	85

▪ Montant et modalités de rémunération de l'effecton.

	44	49	53	72	85
Montant					
Modalités					
Soirées					
Nuit					
Samedi					
Dim/JF					

▪ Evolution du nombre d'actes moyen par période de garde.

	44	49	53	72	85
Soirées					
Nuit					
Samedi					
Dim/JF					

▪ Evolution du nombre d'actes.

	44	49	53	72	85

- Répartition des montants entre forfaits et actes par médecin part tranche horaire de permanence (20h-24h / 24h-8h / WE). **Réalisé**

	44	49	53	72	85
20h-24h Forfait Actes					
24h-8h Forfait Actes					
WE Forfait Actes					

- Evolution de la répartition des **décisions suite à la visite** (hospitalisation, orientation vers les urgences, recours aux transports).

	44	49	53	72	85
Hospitalisation					
Orientation vers les urgences					
Recours aux transports					

- Nombre d'actes médico-administratifs.

	44	49	53	72	85

Recueil des incidents

Nombre et nature des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PDSA (pas de recueil exhaustif compte tenu de l'absence d'organisation le permettant lors de l'expérimentation ; les éléments ci-après reprennent les incidents signalés pendant la période d'astreinte de l'ARS – Le tableau de bord de suivi de l'activité PDSA qui sera mis en place en 2017 intègrera le recueil de ces incidents)

Région	44	49	53	72	85

Système d'Information entre les acteurs

- Modalités SI mises en œuvre pour les échanges entre les acteurs mobilisés.

Actions de communication sur le dispositif mis en place

- Actions de communication pour améliorer la connaissance des patients sur le dispositif de PDSA mis en place.

2. Le calendrier de suivi des dépenses exécutoires et N-1

LES MOIS "PDSA"	FINALITE	ACTION	DATE	ACTEUR
JUN 2017	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Exhaustivité des paiements des astreintes réalisées de Janvier à Avril 17	30/06/2017	5 CPAM
	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Transmission à la CPAM 44 des majorations et actes payés de janvier à Avril 17	30/06/2017	MSA et RSI
JUILLET 17	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Mise à jour Base Régionale	03/07/2017	CPAM 44
	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Transmission des tableaux de suivi (Comité de Suivi PDSA) à l'ARS	15/07/2017	5 CPAM
OCTOBRE 17	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Exhaustivité des paiements des astreintes réalisées de Janvier à Août 17	31/10/2017	5 CPAM
	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Transmission à la CPAM 44 des majorations et actes payés de janvier à Août 17	02/11/2017	MSA et RSI
NOVEMBRE 17	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Mise à jour Base Régionale	03/11/2017	CPAM 44
	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Transmission des tableaux de suivi (Comité de Suivi PDSA) à l'ARS	15/11/2017	5 CPAM
	FIR	Exhaustivité des astreintes de décembre 16 à Octobre 17 payées	30/11/2017	5 CPAM
DECEMBRE 17	FIR	Transmission listes d'astreintes de Janvier à Octobre 17 à la MSA et au RSI	07/12/2017	5 CPAM
	FIR	Transmission des données à l'ARS	08/12/2017	5 CPAM
FEVRIER 18	SUIVI QUADRIMESTRIEL & BILAN REGIONAL	Exhaustivité des paiements des astreintes réalisées de Janvier à Décembre 17	31/01/2018	5 CPAM
	SUIVI QUADRIMESTRIEL & BILAN REGIONAL	Transmission à la CPAM 44 des majorations et actes payés de Janvier à Décembre 17	31/01/2018	MSA et RSI
MARS 18	SUIVI QUADRIMESTRIEL & BILAN REGIONAL	Mise à jour Base Régionale	01/02/2018	CPAM 44
	BILAN REGIONAL	Transmission des résultats à la CPAM 44 pour agrégation	10/02/2018	4 CPAM (49,53,72 et 85)
	SUIVI QUADRIMESTRIEL	Transmission des tableaux de suivi (Comité de Suivi PDSA) à l'ARS	15/03/2018	5 CPAM
	BILAN REGIONAL	Transmission du Bilan Régional à l'ARS	31/03/2018	CPAM 44 - Coord. Rég.

B. Les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins

1. Conditions d'élaboration des tableaux d'astreinte

Conformément à l'article R.6315-2 du code de la santé publique, un tableau de garde nominatif, par territoire de garde est établi pour une durée minimale de trois mois. Celui-ci précise le nom, la modalité et le lieu de dispensation des actes par chaque médecin. Il est transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre au CDOM concerné.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice et, le cas échéant, constate l'absence ou l'insuffisance de médecins volontaires.

Toute modification de ce tableau est communiquée au conseil départemental dans les plus brefs délais.

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

Au plus tard, dix jours avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au directeur général de l'ARS, au préfet de département, au SAMU, aux médecins et associations concernés et aux CPAM. Toute nouvelle modification du tableau de garde survenue après cette transmission fait l'objet d'une nouvelle communication dans les plus brefs délais.

En cas d'incomplétude du tableau de garde, le CDOM entame les démarches de concertation afin de la compléter. Si ces démarches ne permettent pas de compléter le tableau, le CDOM transmet un rapport au directeur général de l'ARS accompagné de la liste des médecins susceptible d'assurer la PDSA. Ces éléments sont transmis par le DG ARS au préfet de département afin que celui-ci procède le cas échéant aux réquisitions nécessaires.

Une liste de médecins bénéficiaires d'exemptions accordées par le CDOM pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice, est transmise au directeur général de l'ARS qui la communique au préfet.

2. Synthèse des organisations départementales

a) Département de la Loire Atlantique

1. PERMANENCE DES SOINS DES MEDECINS

a. SECTORISATION ADOPS 44

L'organisation de la permanence des soins est basée sur un découpage en secteurs. Le territoire est divisé en 12 secteurs de permanence des soins.

Les 10 secteurs ruraux relèvent d'une organisation confiée à l'ADOPS – association départementale de la permanence des soins.

Les 2 secteurs des agglomérations nantaise et nazairienne relèvent d'une organisation confiée aux associations SOS Médecins NANTES, CAPS de NANTES et SOS Médecins SAINT NAZAIRE.

La participation à la permanence des soins permet de couvrir les périodes de garde de :

- 20h à 8h en semaine,
- midi à 08h les samedis,
- 08h à 08h les dimanches, jours fériés et ponts.

Il existe à la fermeture des maisons médicales de garde à minuit, un relais par des médecins mobiles : mise en place de 5 médecins mobiles de 20 heures à 8 heures sur les territoires ruraux et réponse des associations de SOS Médecins sur les zones des agglomérations nantaises et nazairiennes.

b. MODALITES D'ACCES AU MEDECIN

L'accès au médecin doit impérativement passer une régulation médicale accessible aux numéros suivants :

Pour les urgences non vitales :

- Pour tout le département : 116-117
- Pour les agglomérations, nantaise et nazairienne 116-117 ou 36 24.

Pour les urgences vitales : 15

c. LIEUX DE CONSULTATIONS

L'adresse du lieu de consultation est indiquée par le médecin régulateur.

d. DESCRIPTION DES OPERATEURS

▪ HORS AGGLOMERATIONS (SECTEURS 44-1 A 44-10):

L'ADOPS 44

Date de création : 03/11/2009
Conventionnée le 18/03/2011
Adresse : 30 rue de la Vallée - 44880 SAUTRON
Contact : adops44@hotmail.fr
Nombre d'adhérents : 680 (environ)

Bureau : 8 membres
Président : Docteur Antoine REDOR
Secrétaire Général : Docteur François DAUMY
Trésorier Général : Docteur Jean-Paul TRELOHAN

(1) Budget ADOPS (2017) : 184 622 €
(2) Budget MMG (2017) : 327 951 €
(3) Enveloppe PDSA consommée (2016) : 4 042 773 €

(4) Nombre d'habitants dans le département :
1 420 527 €
Coût de la PDSA par habitant : 7.08 € $\frac{(1)+(2)+(3)}{(4)}$

Nombre de secteurs couverts par les Médecins Mobiles (MM) : 5
 Nombre de Maisons Médicales de Garde (MMG) gérées par ADOPS : 10

ACTIVITES

a) Régulation

Numéro d'appel PDSA : 116 117

Horaires : 20 heures – 8 heures en semaine, 12 heures-8 heures les samedis et 8 heures-8 heures les dimanches, jours fériés et jours de pont.

	2016		Commentaires
Nombre de médecins régulateurs	32		Dont 10 médecins de SOS Médecins participants à la régulation de PDSA au SAMU (12895 heures ADOPS et 2272 SOS)
Volume horaire	14 544		
Taux de couverture des plages horaires PDSA	100		

Données : Evaluation ADOPS 2016

b) Effection en maison médicale de garde

Horaires : 20 heures-minuit en semaine, 12 heures-minuit le samedi et 8 heures minuit les dimanches, jours fériés et jours de pont.

	2016		Commentaires
Nombre de médecins effecteurs	548		Dont 165 remplaçants
Nombre d'actes total	31 4999		
Dont actes médico-administratifs	173		

Données : Evaluation ADOPS 2015

a) Effection des médecins mobiles

Horaires : 20 heures-8 heures tous les jours.

	2016		Commentaires
Nombre de médecins participant au dispositif de médecin mobile	111		Dont 43 remplaçants
Visites médecins mobiles	2546		
Dont actes médico-administratifs	603		31 « non renseignés »
Nombre d'actes suivis d'un retour/maintien à domicile	1608		
Nombre d'actes suivis d'un renvoi aux urgences	453		

▪ **DANS LES AGGLOMERATIONS NANTAISE ET NAZAIRIENNE**

(5) Enveloppe PDSA consommée (2016) : 6 218 394 €

(4) Nombre d'habitants dans le département :
1 281 032 € + 0.7 % l'été : 8 967 €
Coût de la PDSA par habitant : 8.35 € $\frac{(1)+(2)+(3)+(5)}{(4)}$

• **DANS L'AGGLOMERATIONS NANTAISE**

SOS MEDECINS NANTES

Date de création : 1993
Adresse : 17 rue de la Cornouaille 44300 NANTES
Contact : sosmednantes@sosmedecins-nantes.fr
Nombre d'adhérents : 43

Bureau : 6 membres
Président : Docteur Patrick GUERIN
Secrétaire Général : Docteur Frédéric MASSARD
Trésorier Général : Docteur Julie CHOIGNOT

Nombre de secteurs couverts : 1, le secteur 44-11 (avec le CAPS de NANTES)

Nombre de Maisons Médicales de Garde (MMG) gérées par SOS Médecins Nantes : 2
- 17 rue de la Cornouaille à NANTES
- Et place de l'Europe à REZE.

Horaires : Pendant toute la période de la PDSA.

Les consultations en MMG sont possibles : Tous les jours de 20h à 24h, le samedi après-midi de 12h à 20h, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

EN PDS	2015	Commentaires TOTAL GENERAL : PDS + CS Nb appels reçus : 207 716 Nb actes effectués : 168 468 dont consultations : 40 511 dont visites : 113 434 dont actes médico-administratifs : 1 751
Nombre de médecins effecteurs	43	
Nombre d'actes total	90 123	
Dont consultations	23 980	
Dont visites	57 796	
Dont actes médico-administratifs	926	

Données : Evaluation SOS Nantes 2015

ASSOCIATION DU CAPS DE NANTES

Date de création : un ou 2 mois après CAPS de Clisson
Adresse : 3 Allée du Professeur Yves Boquien 44000 NANTES
Contact : Docteur François VOLNY
Nombre d'adhérents : 35

Bureau : 3 membres
Président : Docteur François VOLNY
Secrétaire Général : Docteur Loïc FERRAND
Trésorier Général : Docteur Laurence GUYON

Nombre de secteurs couverts : 1, le secteur 44-11 (avec SOS Médecins NANTES)
Nombre de Maison Médicale de Garde (MMG) gérée par le CAPS de NANTES :
1, Immeuble Le Tourville, 3 allée du Professeur Yves Boquien –
44000 NANTES

ACTIVITES

Effection			
Horaires :			
	2015		<i>Commentaires</i> 771 actes ont été réalisés en semaine et 1762 en week-end.
Nombre de médecins effecteurs	32		
<i>Nombre d'actes total</i>	2533		
<i>Dont consultations</i>	2533		
Dont visites	/		
Dont actes médico-administratifs	/		

Données : Evaluation 2015 CAPS de Nantes

- **DANS L'AGGLOMERATIONS NAZAIRIENNE**

SOS MEDECINS SAINT-NAZAIRE	
Date de création : 1997 Adresse : 28 Bd de L'Université, 44600 Saint Nazaire Contact : sosmedecins.saintnazaire@wanadoo.fr Nombre d'adhérents : 15	Bureau : Président : Dr Johann CAILLEAU Secrétaire Général : Trésorier Général :

Nombre de secteurs couverts : 1 (le secteur 44-12)
 Nombre de Maison Médicale de Garde (MMG) : 1 (28 Bd de L'Université, 44600 Saint Nazaire)

ACTIVITES

Effection			
Visites à domicile pendant toute la période de PDSA. Consultations en MMG pendant la PDSA sauf entre 00h00 à 9h00.			
	2015		<i>Commentaires</i>
Nombre de médecins effecteurs	15 au total Soit 6 (4 médecins mobiles 2médecins en MMG)		
<i>Nombre d'actes total en PDSA</i>	24 966		
<i>Dont consultations</i>	6 213		
Dont visites	18 743		
Dont actes médico-administratifs	900		

Données : Evaluation 2015 SOS Saint Nazaire

2. SYSTEME D'INFORMATION PDSA

Signature d'un bon de commande en janvier 2015 avec la société SIS pour le déploiement d'un SI intégrant les modules de régulation médicale, l'effecton (fixe et mobile) et pilotage.

3. ORGANISATION DE LA PDS DES AUTRES PROFESSIONS

a) Pharmaciens

Pour joindre le pharmacien de garde	Composer le numéro payant 3237 ou joindre par internet l'adresse www.3237.fr
Période concernée	La nuit de 20 heures à 8 heures Les dimanches et les jours fériés de 8 heures à 20 heures Les jours en dehors des jours et heures habituels d'ouverture de l'officine
Nombre de professionnels participants	Obligation à toutes les officines de la zone (à l'exception des sociétés mutualistes ou unions de sociétés mutualistes) sauf décision contraire du DGARS après avis des organisations représentatives de la profession.
Secteurs	Pas de sectorisation mais les 3 pharmacies de garde les plus proches de l'appelant lui sont signalées.
Modalités d'accès	Précisées par le régulateur ou 3 propositions faites à partir du 3237 parmi les officines les plus proches du numéro d'appel.

b) Chirurgiens- dentistes

Pour joindre le chirurgien-dentiste de garde	Liste des praticiens de garde sur le site du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes : www.cdcd44.fr
Période concernée	Les dimanches et les jours fériés de 9 heures à 12 heures.
Nombre de professionnels participants	1017
Secteurs	5
Modalités d'accès	Le nom du praticien, l'adresse du cabinet et le numéro de téléphone sont précisés sur le tableau de garde précité.

c) Masseurs-kinésithérapeutes

Pour joindre le masseur-kinésithérapeute de garde	
Période concernée	En période hivernale définie par l'INVS (15 octobre – 31 mars) – du samedi midi au dimanche soir.
Nombre de professionnels participants	79

Secteurs	5 (Associations « kiné respi week-end » : Nantes et agglo 1 et 2 (KRWENA 1 et 2), Erdre et Loire (KRWEEL), Maine, Ognon et Boulogne (KRWEMOB) et Estuaire (KRWEE).
Modalités d'accès	

d) *Transporteurs sanitaires*

Pour joindre le transporteur sanitaire de garde	15
Période concernée	La garde s'effectue les samedis, dimanches, jours fériés et nuits de 20 heures à 8 heures du matin. En parallèle il existe une réponse 24H/24 pour l'Urgence Pré Hospitalière.
Nombre de professionnels participants	Toutes les entreprises de transports sanitaires (soit environ 110 ambulances de catégories A, géo localisées). Les entreprises ne souhaitant pas assurer leur garde peuvent la faire assurer par une autre entreprise. Présente d'un régulateur ambulancier au SAMU ; système d'information en lien avec celui du SAMU-Centre 15.
Secteurs	9 secteurs avec 3 sous-secteurs à NANTES (NANTES-NORD, NANTES-CENTRE et NANTES-SUD et 2 à SAINT NAZAIRE (SAINT-NAZAIRE et GUERANDE), soit 12 territoires d'organisation.
Modalités d'accès	Via le SAMU-Centre 15.

4. **OBJECTIFS TERRITORIAUX DU CAHIER DES CHARGES 2017-2019**

a) *Régulation*

- *Organiser une régulation médicale interdépartementale en nuit profonde,*
- *Arrêter un plan de formation pluriannuel des médecins régulateurs,*
- *Organiser un temps de formation dédié aux internes pendant leur stage en libéral,*

b) *Effectif*

- *Favoriser la participation des médecins libéraux,*
- *Clarifier les modalités d'intervention possibles des médecins salariés des centres de santé et les inciter à participer à la PDSA,*
- *Réviser la sectorisation dans le cadre de la réforme territoriale,*

c) *Autres professions*

- *Organiser un accès facilité au médecin régulateur du pharmacien de garde*
- *Organiser un accès facilité à la pharmacie de garde*
- *Transmettre à la régulation médicale la liste des pharmacies systématiquement fermées le samedi après-midi,*

- *Améliorer l'orientation du patient en l'informant après régulation du lieu fixe de consultation et de la pharmacie de garde,*

d) Autres actions : expérimentation, PDS en EHPAD...

- *Finaliser le déploiement du SI PDSA,*
- *Organiser la dispense d'avance de frais dans les MMG qui le souhaitent et en priorité à CHATEAUBRIANT,*
- *Améliorer la lisibilité de la gestion des réclamations des usagers,*
- *Contribuer à l'organisation de la permanence des soins des structures d'hospitalisation à domicile,*
- *Organiser l'accès du médecin au dossier médical du patient et aux médicaments dans les ESMS,*
- *Organiser l'articulation entre les EHPAD expérimentant l'astreinte IDE de nuit et les ADOPS/SOS,*
- *Mettre en œuvre le nouveau cadre réglementaire relatif à l'établissement des certificats de décès à domicile,*
- *Protocoliser avec le procureur de la République de paiement des actes de médecine légale réalisés par le réseau de proximité.*

b) Département du Maine et Loire

1. DESCRIPTION DE L'ASSOCIATION

Date de création : 16/06/2008
Conventionnée le 18/03/2011
Adresse : 122, rue du Château d'Orgemont 49000
Angers
Contact : president@adops49.fr
Nombre d'adhérents : 252

Bureau : 8 membres
Président : Dr François Adès
Secrétaire Général :
Trésorier Général :

2. CHIFFRES CLES

(1) Budget ADOPS (2017) : 274 900 €
(2) Budget MMG (2017) : 260 567 €
(3) Enveloppe PDSA consommée (2016) : 2 950 460 €

(4) Nombre d'habitants dans le département :
786 000
Coût de la PDSA par habitant : 4.43 € $\frac{(1)+(2)+(3)}{(4)}$

Nombre de Médecins Mobiles (MM) (secteurs) : 0
Nombre de Maisons Médicales de Garde (MMG) gérées par ADOPS : 13
Nombre de secteurs : 13

3. SECTORISATION ADOPS 49

a) Secteurs couverts par la permanence des soins

EFFECTION

La participation à la permanence des soins permet de couvrir les périodes de garde de 20h à 00h en semaine, de 12h à 00h les samedis, de 08h à 00h les dimanches et jours fériés, le secteur hospitalier prend le relais en nuit profonde sur les secteurs disposant de MMG.

L'effection de nuit (00h à 8h) est assurée sur un secteur (Angers) du lundi au dimanche.

4. ACTIVITES

a) Régulation

	2015
Nombre de médecins régulateurs	63
DRM médecine générale totale	56 390
Nombre de DRM/médecins/heure	8,3
Taux de couverture des plages horaires PDSA	100% des plages actées dans la convention. Mais pas de MRG en nuit profonde (maxi jusqu'à 1h du matin)
Délai moyen de décroché pour les appels PDSA (en secondes)	NC

Commentaires :
Concernant le Nb de régulateurs, à noter que ce nombre est descendu à 58 en 2016.

b) Effection

	2015
Nombre de médecins libéraux non exemptés de garde par le CDOM	746 (2 exemptés)
Nombre de médecins effecteurs (secteurs traditionnels + MMG)	
Nombre d'actes total : - dont consultations - dont visites - dont actes médico-administratifs	

Commentaires

Données

5. SYSTEMES D'INFORMATION PDSA

Signature d'un bon de commande en janvier 2015 avec la société SIS pour le déploiement d'un SI intégrant les modules de régulation médicale, l'effection (fixe et mobile) et pilotage.

6. ORGANISATION DE LA PDS DES AUTRES PROFESSIONS

a) Pharmaciens

12 secteurs (01-Segré, 02-Lion d'Angers, 03-Beaufort, 04-Longué Noyant, 05-Saumur, 06-Doué la Fontaine, 07-Chemillé, 08-Cholet, 09-Saint Laurent des Autels, 10-Chalonnnes le Louroux, 11-Périphérie, 12-Angers) de garde la nuit de 20h à 08, les dimanches et jours fériés de 08h à 20h.

Affilié à Résogarde : 3237

b) Chirurgiens- dentistes

Pour joindre le chirurgien-dentiste de garde	Liste des praticiens de garde sur le site du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes : www.cdcd49.com Sur le répondeur : 02 41 87 22 53 Liste envoyée toutes les semaines par mail aux organismes suivants : <ul style="list-style-type: none">• S.A.M.U.• Centres hospitaliers et cliniques : CHU Angers, Clinique de l'Anjou- Saint Léonard, Polyclinique du Parc, Centres hospitaliers de Cholet, Saumur & Segré• Presse : Courrier de l'OUEST et OUEST France.• SMUGA• Syndicat des Pharmaciens
Période concernée	Les dimanches et les jours fériés de 9 heures à 12 heures.
Nombre de professionnels participants	186 sur 353 ont participé à la PDSA
Secteurs	3
Modalités d'accès	Le nom du praticien, l'adresse du cabinet et le numéro de téléphone sont précisés sur le tableau de garde précité.

c) Kinésithérapeutes

- 8 secteurs
- 135 masseurs-kinés ont participé à la garde en 2015
- 2,6 actes/jour sur des enfants de 0 à 3 ans en 2014/2015 (2,1 en 2015/2016)
- 1073 actes au total dont 893 pour encombrement/spasmes pulmonaires en 2014/2015
- 942 actes en 2015/2016 dont 870 pour les 0 à 3 ans

d) Transporteurs sanitaires

- 9 secteurs
- 39 entreprises sur 45 participent à la garde
- Plages horaires conformes à la réglementation
- Mise en œuvre d'une démarche qualité
- Nb de transports urgents sur appel 15 en 2015 : 20 049 (données assurance maladie)

7. OBJECTIFS TERRITORIAUX DU CAHIER DES CHARGES 2017-2019

a) Régulation

Organiser une régulation médicale libérale en nuit profonde en privilégiant l'interdépartementalité

b) Effectation

Travail à mener avec autres structures ayant recours à la PDSA : HAD, USMP, EHPAD

c) Médecins mobiles (49 non concerné)

d) Autres professions

TS : expérimentation ou nouveau CCD

1. DESCRIPTION DE L'ASSOCIATION

Date de création : 20/11/2003
 Conventionnée le 29/05/2011
 Adresse : Technopolis IV bat J, rue Louis de Broglie
 53810 Changé
 Contact : jeanyves.savidan@wanadoo.fr
 Nombre d'adhérents :

Bureau : 6 membres
 Président : Dr Jean-Yves Savidan
 Secrétaire Général : Dr Luc Duquesnel
 Trésorier Général :

2. CHIFFRES CLES

(1) Budget ADOPS (2017) : 222 965 €
 (2) Budget MMG (2017) : 7 920 €
 (3) Enveloppe PDSA consommée (2016) : 1 865 909 €

(4) Nombre d'habitants dans le département : 305 147
 Coût de la PDSA par habitant : 6.87 € $\frac{(1)+(2)+(3)}{(4)}$

Nombre de Médecins Mobiles (MM) (secteurs) : 0
 Nombre de Maisons Médicales de Garde (MMG) gérées par ADOPS : en 2011 : 8

3. SECTORISATION ADOPS 53

L'organisation de la permanence des soins est basée sur un découpage en secteurs. Le territoire est divisé en 8 secteurs de permanence des soins.

Cinq secteurs sont couverts en H24 et le secteur hospitalier prend le relais sur les 3 secteurs urbains en nuit profonde.

4. ACTIVITES

a) Régulation

Commentaires (source : rapport d'activité 2016 de l'ADOPS)
 28 régulateurs
 65% des médecins régulent à domicile.
 29422 appels régulés : Le nombre d'appels régulés a diminué de 13% (- 4 439) :

- 58% de conseil
- 22% d'orientation vers le point fixe de consultation
- 14% de télé prescription
- 6% de recours à un transport sanitaire

	2015
Nombre de médecins régulateurs	30
DRM médecine générale totale	33 861
Nombre de DRM/médecins/heure	
Taux de couverture des plages horaires PDSA	100%

Données ADOPS

b) *Effection*

	2016
Nombre de médecins libéraux non exemptés de garde par le CDOM	186
Nombre de médecins effecteurs	170
Nombre d'actes total :	6 890
- dont consultations	5703
- dont visites	1127
- dont actes médico-administratifs	8
- dont activité dans les hôpitaux de proximité	630
- dont recours aux transports sanitaires	161
Taux d'actes non régulés	13.5%

5. **SYSTEMES D'INFORMATION PDSA**

L'ADOPS 53 utilise l'application de SYPPS, système d'information de la PDSA en Mayenne – outil informatique spécifique qui permet une traçabilité de chaque appel allant du décroché par le PARM du Centre 15 jusqu'à la résolution de l'appel par le médecin effecteur et permettant la régulation soit au Centre 15 soit en délocalisé au domicile du médecin généraliste. L'application permet aussi de faxer des ordonnances aux pharmaciens de garde.

Une interface a été créée du système d'information SYPPS vers Centaure, le logiciel du SAMU Centre 15, afin d'éviter des doubles saisies.

6. **ORGANISATION DE LA PDS DES AUTRES PROFESSIONS**

e) *Pharmaciens*

Un service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des jours d'ouverture généralement pratiqués par les officines dans les zones déterminés. Un service d'urgence est aussi en place pour répondre aux demandes urgentes en dehors des heures d'ouverture pratiquées par les officines. L'organisation des services de garde et d'urgence est réglée par les organisations représentatives de la profession dans le département.

Ainsi, les gardes sont organisées par secteur géographique de garde – 9 secteurs. Sont informés des services de garde et d'urgence mis en place par secteur : les collectivités locales (gendarmerie...), le service d'aide médicale urgente (centre 15) pour qu'elles puissent renseigner le public.

f) *Chirurgiens- dentistes*

La permanence des soins dentaires est organisée par le Conseil départemental de l'Ordre des chirurgiens-dentistes. Pour la Mayenne, il a été retenu 2 secteurs de gardes (Nord/Sud). Pour chaque secteur un tableau de permanence est établi pour une durée de trois mois. Le tableau précise les noms et lieux de dispensation des actes, et est transmis 10 jours avant sa mise en œuvre à la délégation territoriale de l'ARS, à la CPAM, au service d'aide médicale urgente (Centre 15), à l'ADOPS ainsi qu'aux chirurgiens-dentistes. Toute modification de ce tableau survenue après la transmission fait l'objet d'une nouvelle communication vers l'ensemble des acteurs.

Permanence le dimanche et jours fériés de 9h à 12h sur 2 secteurs (Nord/Sud).

g) *Kinésithérapeutes*

La prise en charge des actes de kinésithérapie respiratoire durant les mois d'épidémie de bronchiolite, le weekend et les jours fériés, répond à un besoin de continuité et de permanence des soins.

La période allant du 15 octobre au 31 mars est organisée par l'association KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE MAYENNE, à charge aux professionnels de santé de s'organiser librement en dehors de cette période.

Sur le département un seul secteur de garde : Laval.

Prise en charge possible de tous les enfants du département.

h) *Transporteurs sanitaires*

Dans le département de la Mayenne, la garde ambulancière est supervisée par l'association départementale des transports d'urgence (ATSU) depuis septembre 2003. Toutes les entreprises privées du département de transports sanitaires sont tenues de participer à la garde départementale en fonction de leurs moyens matériels et humains.

L'organisation territoriale de la garde repose sur 7 pôles/secteurs (Ernée, Mayenne, Javron-les-Chapelles, d'Evron, Laval, Château-Gontier, Craon) de manière à pouvoir répondre à la problématique de l'accès à moins de 30 minutes.

Aux heures ouvrables, la recherche d'un véhicule privé est réalisée par le CRRA – C15 via des outils d'interconnexion – géolocalisation (logiciel SCR).

En période de garde, les appels sont transférés et régulés par le CRRA – C15. La garde ambulancière est effective toutes les nuits de 20h00 à 8h00 ainsi que les samedis, les dimanches et jours fériés de 8h00 à 8h00 le lendemain. En Mayenne, une organisation dégradée (4 véhicules sur 8) est en place de 20h00 la veille d'un jour férié à 8h00 le lendemain de ce jour férié (Laval, Château-Gontier et Mayenne en permanence et une fois sur deux pour les secteurs d'Ernée et d'Evron).

Un pôle de gardes de jour est en place sur le territoire de l'agglomération lavalloise avec les trois entreprises ambulancières du secteur. Ce système calqué sur celui des gardes départementales avait été pensé pour diminuer les carences en journée sur le secteur de Laval. Ce service est en place depuis 2013.

Les plannings des gardes sont sur le site internet **atsu53.com** avec accès sécurisé pour l'ARS. Si des modifications devaient s'effectuer sur le planning, un document rectificatif serait alors communiqué à l'ARS. Suite à la mise en place récente du dispositif de géolocalisation des transports privés en lien avec le Centre 15, la transmission des tableaux de garde n'est pas nécessaire.

7. OBJECTIFS TERRITORIAUX DU CAHIER DES CHARGES 2017-2019

Le département n'identifie pas d'objectifs spécifiques au territoire de la Mayenne sur l'organisation et le fonctionnement de la régulation et de l'effectif médicales, sur la permanence des soins ambulatoire des autres professions de santé.

Pour autant, elle déclinera sur le territoire les objectifs régionaux relatifs à :

- l'amélioration de la permanence des soins en institution ou à domicile ;
- l'amélioration de l'articulation avec les autres systèmes de garde ;
- l'organisation d'une réponse aux demandes d'établissement de certificats de décès à domicile et aux autres actes médico-administratifs.

d) Département de la Sarthe

1. DESCRIPTION DE L'ASSOCIATION

Date de création : 19/08/2009
Conventionnée le
Adresse : 29 rue de Bel Air 72220 Téloche
Contact : richard.bernard3@wanadoo.fr
Nombre d'adhérents : 244

Bureau : 6 membres
Président : Dr Bernard Richard
Secrétaire Général : Dr Cécile Angoulvant
Trésorier Général :

2. CHIFFRES CLES

(1) Budget ADOPS (2017) : 111 850 €
(2) Budget MMG (2017) : 319 186 €
(3) Enveloppe PDSA consommée (2016) : 1 598 242 €

(4) Nombre d'habitants dans le département : 569 040
Coût de la PDSA par habitant : 3.56 € $\frac{(1)+(2)+(3)}{(4)}$

Nombre de Maisons Médicales de Garde (MMG) gérées par ADOPS : 8

3. SECTORISATION ADOPS 72

a) Secteurs couverts par la PDSA



L'organisation de la permanence des soins est basée sur un découpage en secteurs. Le département est divisé en 10 secteurs de permanence des soins.

L'organisation de la permanence des soins permet de couvrir le territoire entre 19h et 23h en semaine, les samedis entre midi et 23h et les dimanches, jours fériés et ponts entre 08h et 23h pour la régulation et entre 20h et minuit pour les MMG.

4. ACTIVITES

a) Régulation

	2015
DRM médecine générale totale	121 750
Plage PDSA théorique	26 974

Données SAMU

Commentaires

b) Effectation

	2015
Nombre de médecins libéraux non exemptés de garde par le CDOM	
Nombre de médecins effecteurs	208
Nombre total de consultations en MMG : - dont visites - dont actes médico-administratifs	

Données ADOPS

Commentaires

5. SYSTEMES D'INFORMATION PDSA

Signature d'un bon de commande en janvier 2015 avec la société SIS pour le déploiement d'un SI intégrant les modules de régulation médicale, l'effectation (fixe et mobile) et pilotage. Dans un 1^{er} temps, la Sarthe prévoit de déployer le module régulation médicale.

6. ORGANISATION DE LA PDS DES AUTRES PROFESSIONS

i) Pharmaciens

Le territoire de la Sarthe fait l'objet d'une division en dix secteurs de garde (01-La Flèche, 02-Sablé sur Sarthe, 03-Montval sur Loire, 04-Noyen-sur-Sarthe, 05-Saint Calais, 06-Sillé-le-Guillaume, 07-La Ferté Bernard, 08-Savigné l'Evêque, 09-Allonnes, 10-Le Mans) et huit secteurs d'urgence (01-La Flèche, 02-Sablé sur Sarthe, 03-Montval sur Loire, 04-Noyen-sur-Sarthe, 05-Saint Calais, 06-Sillé-le-Guillaume, 07-La Ferté-Bernard, 08-Le Mans et périphérie).

Le service de garde est assuré les dimanches et jours fériés de 9 heures à 19 heures. Le service d'urgence est assuré chaque nuit de 19 heures à 9 heures.

Les coordonnées des pharmacies qui assurent les services de garde et d'urgence sont par ailleurs portées à la connaissance du public par l'AUPS via un numéro d'appel unique (0.825.12.03.04) dont le répondeur téléphonique indique les trois officines les plus proches en fonction du code postal signifié par l'utilisateur lors de l'appel.

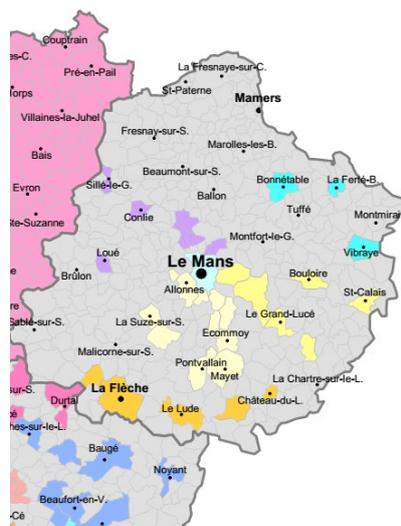
j) Chirugiens- dentistes

Sectorisation	le Mans et La Communauté Urbaine du Mans
Tableau de garde	Sur 3 mois ARS/CPAM/ADOPS/SAMU
Lieu d'effecton de l'astreinte	Au cabinet puis au CH du Mans lorsque le centre de soins délocalisé de la faculté de chirurgie dentaire de Nantes sera effectif
Participants	113 actuellement et 229 lorsqu'elles seront assurées à l'hôpital du Mans
Activité	750 urgences
Permanence hors PDSA	Vacances de Noël et du 14/07 au 15/08

k) Kinésithérapeutes

La prise en charge des actes de kinésithérapie respiratoire est organisée le week-end et les jours fériés pendant la période hivernale définie par l'institut de veille sanitaire (15 octobre – 31 mars).

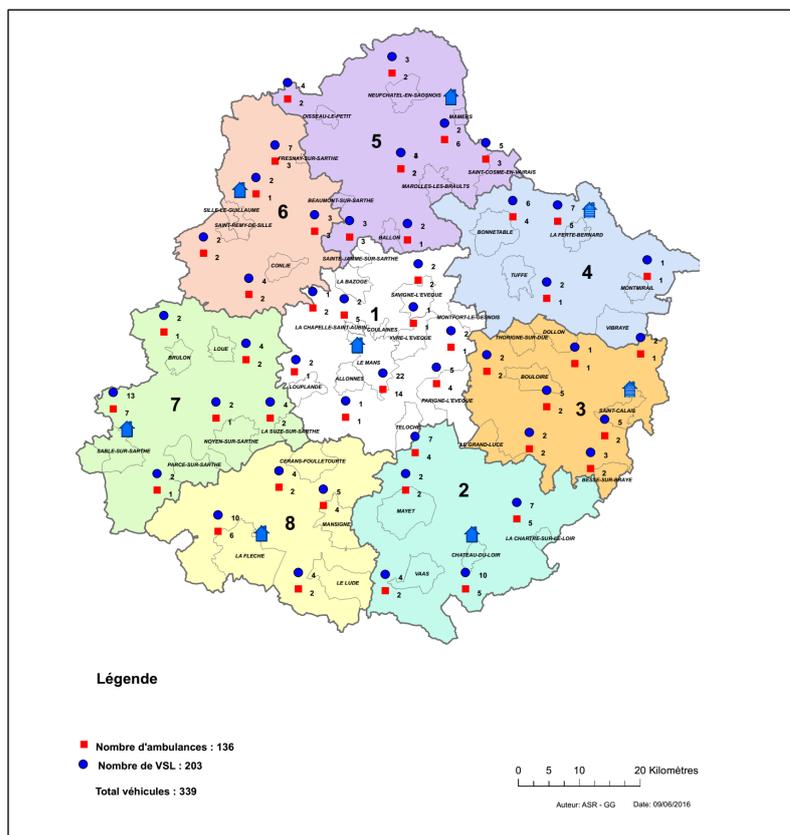
La Sarthe est organisée en 6 secteurs.



- Le Mans (1)
- La Ferté Bernard (3)
- La Flèche Le Lude (5)
- Bouloire Saint Calais (6)
- Loué Coullaines (8)
- Mulsanne Pontvallain (12)

l) Transporteurs sanitaires

L'organisation de la garde des transports sanitaires urgents repose sur une organisation fixée par cahier des charges en 2003, autour de 8 secteurs de garde comportant un équipage de garde, excepté au Mans où il y en a trois.



7. OBJECTIFS TERRITORIAUX DU CAHIER DES CHARGES 2017-2019

Le département n'identifie pas d'objectifs spécifiques au territoire de la Sarthe sur l'organisation et le fonctionnement de la régulation et de l'effectif médicales, sur la permanence des soins ambulatoire des autres professions de santé.

Pour autant, elle déclinera sur le territoire les objectifs régionaux relatifs à :

- l'amélioration de la permanence des soins en institution ou à domicile ;
- l'amélioration de l'articulation avec les autres systèmes de garde ;
- l'organisation d'une réponse aux demandes d'établissement de certificats de décès à domicile et aux autres actes médico-administratifs.

1. DESCRIPTION DE L'ASSOCIATION

Date de création : 12/07/2010
 Conventionnée le 12/07/2012
 Adresse : C.H.D Les Oudairies 85925 La Roche-sur-Yon
 Contact : drcandeau@wanadoo.fr
 Nombre d'adhérents :

Bureau : 8 membres
 Président : Dr Denis Diard
 Secrétaire Général : Dr Dominique Dubois
 Trésorier Général : Dr Marie LUGAND

2. CHIFFRES CLES

(1) Budget ADOPS (2017) : 117 973 €
 (2) Budget MMG (2017) : 57 002 €
 (3) Enveloppe PDSA consommée (2016) : 3 085 429 €

(4) Nombre d'habitants dans le département : 674 879 + 14.9% l'été : 100 557
 Coût de la PDSA par habitant : 4,20 € $\frac{(1)+(2)+(3)}{(4)}$

Nombre de secteurs couverts par les Médecins Mobiles (MM) : 3
 Nombre de MMG indépendantes : 4
 Nombre de Maisons Médicales de Garde (MMG) gérées par ADOPS : 0
 Date d'expérimentation : 3 septembre 2012

3. SECTORISATION ADOPS 85

a) Secteurs couverts par la permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins est basée sur un découpage en secteurs : 16 secteurs composent le territoire vendéen dont l'île d'Yeu.

La participation à la permanence des soins permet de couvrir les périodes de garde de 20h à 08h en semaine, de midi à 08h les samedis, de 08h à minuit les dimanches et jours fériés avec la fermeture des MMG à minuit et la mise en place de 3 secteurs de médecins mobiles en nuit profonde (20h00-08h00).

4. ACTIVITES

a) Régulation

	2015
Nombre de médecins régulateurs	57
DRM médecine générale totale	40 007 (de janvier à septembre)
Nombre de DRM/médecins/heure	De 20h00 à 08h00 chaque nuit : 2 régulateurs

Commentaires

50.85 % des DRM ont eu lieu de jour, et la majorité correspondent à un conseil délivré par le régulateur (61.70% en semaine, 44.74% le weekend et jours fériés de jour et 57.06% le week-end et jours fériés de nuit)

	De 12h00 à 20h00 les samedis : 4 régulateurs De 08h00 à 20h0 les dimanches et jours fériés : 7 régulateurs 57 médecins ont participé à l'activité sur toutes les plages horaires PDSA
Taux de couverture des plages horaires PDSA	100%

Données SAMU

a) *Effection*

	2015
Nombre de médecins libéraux non exemptés de garde par le CDOM	469 médecins libéraux et ... exemptés
Nombre d'actes total : - dont consultations - dont Visites - dont actes médico-administratifs - dont autres	16 205 actes 13 294 consultations 2475 visites 208 CCAM

Données ADOPS

b) *Médecins Mobiles*

	2015
Nombre de médecins participant au dispositif de médecin mobile	66
Nombre de médecin participant à la PDSA	66
Visites médecin mobile - dont consultations - dont visites - dont actes médico-administratifs	1589 actes
Nombre d'actes suivis d'un retour/maintien à domicile	82.63% soit 1313
Nombre d'actes suivis d'un envoi aux urgences	17.37% soit 276 actes

Commentaires
276 patients ont été vus par les médecins mobiles en 2015 et en majorité pour des douleurs abdominales (22.46%) et problèmes psychiatriques (15.22%)

8. **SYSTEMES D'INFORMATION PDSA**

Signature d'un bon de commande en janvier 2015 avec la société SIS pour le déploiement d'un SI intégrant les modules de régulation médicale, l'effecton (fixe et mobile) et pilotage.

9. **ORGANISATION DE LA PDS DES AUTRES PROFESSIONS**

m) *Pharmaciens*

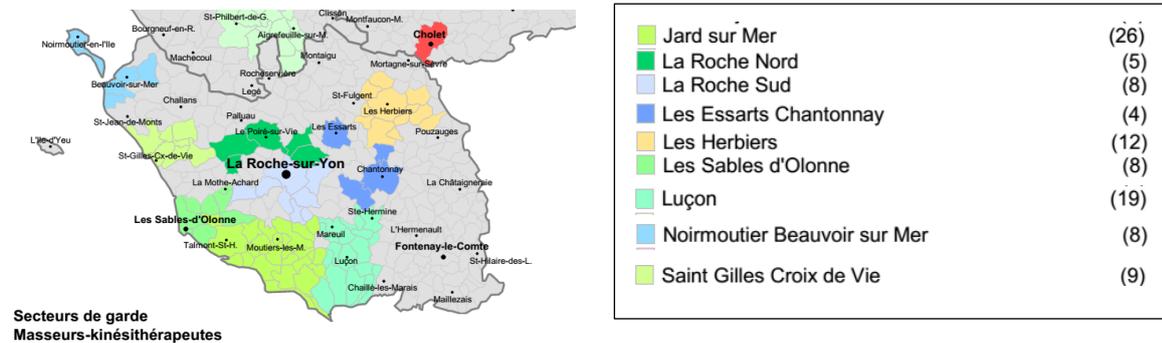
Le territoire de la Vendée fait l'objet d'une division en 19 secteurs de garde (Azenay, Beauvoir sur Mer, Challans, Fontenay le Comte, La Mothe Achard, La Roche sur Yon, les Herbiers-Mortagne sur Sèvre, Les Sables d'Olonne, L'Herbergement, Luçon et sud Vendée, Maillezais, Montaigu, Noirmoutier, Chantonny-Pouzauges, Rocheservière, Saint Gilles Croix de vie, La Tranche sur Mer, l'île d'Yeu, Cugand.

n) *Chirurgiens- dentistes*

Sectorisation	5 zones
Tableau de garde	Sur 3 mois
Lieu d'effecton de l'astreinte	cabinet
Participants	Libéraux et centre de santé : 324
Activité	
Permanence hors PDSA	2 heures par jour l'été Projet : 1 matinée

o) Kinésithérapeutes

La prise en charge des actes de kinésithérapie respiratoire est organisée le week-end et les jours fériés pendant la période hivernale définie par l'institut de veille sanitaire (15 octobre – 31 mars). La Vendée est organisée en 9 secteurs.



Secteurs de garde
Massesurs-kinésithérapeutes

p) Transporteurs sanitaires

L'organisation de la **garde des transports sanitaires urgents** repose sur un cahier des charges, arrêté en 2003. Le territoire est divisé en 9 secteurs (cf carte infra) comprenant chacun un équipage, excepté sur la Roche sur Yon où 2 équipages sont mobilisables. 2 secteurs supplémentaires sont rajoutés sur la côte pour répondre à l'affluence saisonnière. Ce système repose sur une régulation médicale appuyée par un coordonnateur ambulancier et la géolocalisation.



10. OBJECTIFS TERRITORIAUX DU CAHIER DES CHARGES 2017-2019

Le département n'identifie pas d'objectifs spécifiques au territoire de la Sarthe sur l'organisation et le fonctionnement de la régulation et de l'effectif médicales, sur la permanence des soins ambulatoire des autres professions de santé.

Pour autant, elle déclinera sur le territoire les objectifs régionaux relatifs à :

- l'amélioration de la permanence des soins en institution ou à domicile ;
- l'amélioration de l'articulation avec les autres systèmes de garde ;
- l'organisation d'une réponse aux demandes d'établissement de certificats de décès à domicile et aux autres actes médico-administratifs.

3. Liste des communes rattachées à chaque territoire de PDSA

a) Département de la Loire Atlantique

Territoire	de PDSA	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	communes déléguées
44-1	Ancenis	44	44003	ANCENIS	
			44016	LA BOISSIERE DU DORE	
			44017	BONNOEUVRE	
			44028	LE CELLIER	
			44048	COUFFE	
			44082	LIGNE	
			44093	MAUMUSSON	
			44094	MAUVES SUR LOIRE	
			44096	MESANGER	
			44104	MONTRELAIS	
			44107	MOUZEIL	
			44115	OUDON	
			44118	PANNECE	
			44124	LE PIN	
			44134	POUILLE LES COTEAUX	
			44144	RIAILLE	
			44160	SAINT GEREON	
			44219	VRITZ	
			44179	SAINT MARS DU DESERT	
			44180	SAINT MARS LA JAILLE	
			44191	SAINT SULPICE DES LANDES	
			44202	TEILLE	
			44207	TRANS SUR ERDRE	
			44213	LOIREAUXENCE	BELLIGNE LA CHAPELLE SAINT SAUVEUR LA ROUXIERES VARADES
			44222	LA ROCHE BLANCHE	
			44163	VAIR SUR LOIRE	ANETZ SAINT HERBLON
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	BOUZILLE T
					CHAMPTOCEAUX
					DRAIN
					LA VARENNE
					LANDEMONT
					LIRE
					SAINT SAUVEUR DE LANDEMONT
			49160	INGRANDES - LE FRESNES SUR LOIRE	LE FRESNES SUR LOIRE
			49218	MONTREVAULT SUR EVRE	LA BOISSIERE SUR EVRE
			49244	MAUGES SUR LOIRE	LA CHAPELLE SAINT FLORENT
LE MARILLAIS					
SAINT FLORENT LE VIEIL					
					SAINT LAURENT DU MOTTAY

Territoire	de PDSA	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	communes déléguées
44-2	Bouaye	44	44018	BOUAYE	
			44024	BRAINS	
			44039	CHEIX EN RETZ	
			44101	LA MONTAGNE	
			44120	LE PELLERIN	
			44133	PORT SAINT PERE	
			44150	SAINT AIGNAN GRANDLIEU	
			44166	SAINT JEAN DE BOISEAU	
			44171	SAINT LEGER LES VIGNES	
			44178	SAINT MARS DE COUTAIS	
			44186	SAINTE PAZANNE	
44-3	Châteaubriant	35	35106	ERCE EN LAMEE	
			35332	TEILLAY	
44-3	Châteaubriant	44	44031	LA CHAPELLE GLAIN	
			44036	CHATEAUBRIANT	
			44054	ERBRAY	
			44058	FERCE	
			44065	GRAND AUVERNE	
			44075	ISSE	
			44078	JUIGNE DES MOUTIERS	
			44085	LOUISFERT	
			44099	MOISDON LA RIVIERE	
			44112	NOYAL SUR BRUTZ	
			44121	PETIT AUVERNE	
			44146	ROUGE	
			44148	RUFFIGNE	
			44153	SAINT AUBIN DES CHATEAUX	
			44170	SAINT JULIEN DE VOUVANTES	
			44193	SAINT VINCENT DES LANDES	
			44197	SION LES MINES	
			44199	SOUDAN	
44200	SOULVACHE				
44218	VILLEPOT				
44-3	Châteaubriant	49	49010	ARMAILLE	
			49056	CARBAY	
			49248	OMBREE D'ANOU	CHAZE HENRY LA PREVIERE POUANCE
44-4	Clisson	49	49069	OREE D'ANJOU	SAINTE CHRISTOPHE LA COUPERIE SAINT LAURENT DES AUTELS
			49218	MONTREVAULT SUR EVRE	LE FUILET SAINT REMY EN MAUGES

Territoire	de PDSA	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	communes déléguées
44-4	Clisson	44	44002	AIGREFEUILLE SUR MAINE	
			44014	LE BIGNON	
			44022	BOUSSAY	
			44029	DIVATTE-SUR-LOIRE	BARBECHAT LA CHAPELLE BASSE MER
			44032	LA CHAPELLE HEULIN	
			44037	CHATEAU THEBAUD	
			44043	CLISSON	
			44063	GETIGNE	
			44064	GORGES	
			44070	LA HAIE FOUASSIERE	
			44071	HAUTE GOULAIN	
			44079	LE LANDREAU	
			44084	LE LOROIX BOTTEREAU	
			44088	MAISON SUR SEVRE	
			44100	MONNIERES	
			44102	MONTBERT	
			44108	MOUZILLON	
			44117	LE PALLET	
			44127	LA PLANCHE	
			44140	LA REGRIPIERE	
			44141	LA REMAUDIERE	
			44142	REMOUILLE	
			44159	SAINT FIACRE SUR MAINE	
			44165	SAINT HILAIRE DE CLISSON	
			44169	SAINT JULIEN DE CONCELLES	
			44173	SAINT LUMINE DE CLISSON	
44212	VALLET				
44216	VIEILLEVIGNE				
44223	GENESTON				
44-5	Guérande	44	44010	BATZ SUR MER	
			44049	LE CROISIC	
			44055	LA BAULE ESCOUBLAC	
			44069	GUERANDE	
			44097	MESQUER	
			44125	PIRIAC SUR MER	
			44135	LE POULIGUEN	
			44151	SAINT ANDRE DES EAUX	
			44183	SAINT MOLF	
			44211	LA TURBALLE	

Territoire	de PDSA	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	communes déléguées
44-6	Loire-et-Sillon	44	44023	BOUVRON	
			44027	CASSON	
			44045	CORDEMAIS	
			44047	COUERON	
			44056	FAY DE BRETAGNE	
			44066	GRANDCHAMPS DES FONTAINES	
			44111	NOTRE DAME DES LANDES	
			44114	ORVAULT	
			44158	SAINT ETIENNE DE MONTLUC	
			44162	SAINT HERBLAIN	
			44194	SAUTRON	
			44201	SUCE SUR ERDRE	
			44203	LE TEMPLE DE BRETAGNE	
			44209	TREILLIERES	
44217	VIGNEUX DE BRETAGNE				
44-7	Nozay	44	44001	ABBARETZ	
			44015	BLAIN	
			44044	CONQUEREUIL	
			44051	DERVAL	
			44062	LE GAVRE	
			44067	GUEMENE PENFAO	
			44073	HERIC	
			44076	JANS	
			44077	JOUE SUR ERDRE	
			44095	LA MEILLERAYE DE BRETAGNE	
			44086	LUSANGER	
			44091	MARSAC SUR DON	
			44092	MASSERAC	
			44105	MOUAIS	
			44110	NORT SUR ERDRE	
			44113	NOZAY	
			44122	PETIT MARS	
			44123	PIERRIC	
			44128	PLESSE	
			44138	PUCEUL	
44149	SAFFRE				
44205	LES TOUCHES				
44208	TREFFIEUX				
44214	VAY				
44221	LA CHEVALLERAI				
44224	LA GRIGONNAIS				

Territoire	de PDSA	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	communes déléguées
44-8	Pays de Retz	44	44005	CHAUMES-EN-RETZ	ARTHON EN RETZ
					CHEMERE
			44012	LA BERNERIE EN RETZ	
			44021	VILLENEUVE EN RETZ	BOURGNEUF EN RETZ
					FREYSNAY EN RETZ
			44038	CHAUVE	
			44046	CORSEPT	
			44061	FROSSAY	
			44106	LES MOUTIERS EN RETZ	
			44116	PAIMBOEUF	
			44126	LA PLAINE SUR MER	
			44130	PONT SAINT MARTIN	
			44131	PORNIC	
			44136	PREFAILLES	
			44145	ROUANS	
			44154	SAINT BREVIN LES PINS	
			44164	SAINT HILAIRE DE CHALEONS	
44182	SAINT MICHEL CHEF CHEF				
44187	SAINT PERE EN RETZ				
44192	SAINT VIAUD				
44220	VUE				
44-9	Pontchâteau	44	44007	AVESSAC	
			44013	BESNE	
			44019	BOUEE	
			44025	CAMPBON	
			44033	LA CHAPELLE LAUNAY	
			44050	CROSSAC	
			44052	DONGES	
			44053	DREFFEAC	
			44057	FEGREAC	
			44068	GUENROUET	
			44080	LAVAU SUR LOIRE	
			44089	MALVILLE	
			44098	MISSILLAC	
			44129	PONTCHATEAU	
			44137	PRINQUIAU	
			44139	QUILLY	
			44152	SAINTE ANNE SUR BRIVET	
44161	SAINT GILDAS DES BOIS				
44168	SAINT JOACHIM				
44176	SAINT MALO DE GUERSAC				
44189	SAINTE REINE DE BRETAGNE				
44195	SAVENAY				
44196	SEVERAC				
44-10	Sud Loire Vendée	85	85086	FALLERON	
			85102	GRAND LANDES	
			85190	ROCHESERVIERE	
			85197	MONTREVERT	MORMAISON
					SAINT ANDRE TREIZE VOIES
					SAINT SULPICE LE VERDON
85210	SAINT ETIENNE DU BOIS				
85262	SAINT PHILBERT DE BOUAINE				

Territoire	de PDSA	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	communes déléguées
44-10	Sud Loire Vendée	44	44041	LA CHEVROLIERE	
			44081	LEGE	
			44083	LA LIMOUZINIERE	
			44087	MACHECOUL-SAINT-MEME	MACHECOUL
			44087	MACHECOUL-SAINT-MEME	SAINT MEME LE TENU
			44090	LA MARNE	
			44119	PAULX	
			44155	SAINT COLOMBAN	
			44156	CORCOUE SUR LOGNE	
			44157	SAINT ETIENNE DE MER MORTE	
			44174	SAINT LUMINE DE COUTAIS	
			44188	SAINT PHILBERT DE GRAND LIEU	
			44206	TOUVOIS	
44-11	Nantes	44	44009	BASSE GOULAIN	
			44020	BOUGUENAI	
			44026	CARQUEFOU	
			44035	LA CHAPELLE SUR ERDRE	
			44074	INDRE	
			44109	NANTES	
			44114	ORVAULT	
			44143	REZE	
			44162	SAINT HERBLAIN	
			44172	SAINTE LUCE SUR LOIRE	
			44190	SAINT SEBASTIEN SUR LOIRE	
			44198	LES SORINIERES	
			44204	THOUARE SUR LOIRE	
44215	VERTOU				
44-12	Saint-Nazaire	44	44103	MONTOIR DE BRETAGNE	
			44132	PORNICHET	
			44184	SAINT NAZAIRE	
			44210	TRIGNAC	

Nota : les communes suivantes relèvent de 2 territoires de PDSA

44-6	Loire-et-Sillon	44	44162	SAINT HERBLAIN	
		44	44114	ORVAULT	

Nota : les communes suivantes sont prises en charge par la PDSA du Morbihan (cahier des charges de l'ARS Bretagne)

56001	La Roche Bernard	44	44006	ASSERAC	
			44072	HERBIGNAC	
			44030	LA CHAPELLE DES MARAIS	
			44175	SAINT LYPHARD	
	Redon	44	44185	SAINT NICOLAS DE REDON	

Loire Atlantique – médecins mobiles

Département	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
44	Ancenis	44	44003	ANCENIS	
			44017	BONNOEUVRE	
			44027	CASSON	
			44028	LE CELLIER	
			44048	COUFFE	
			44082	LIGNE	
			44213	LOIREAUXENCE	BELLIGNE LA CHAPELLE SAINT SAUVEUR LA ROUXIERES VARADES
			44093	MAUMUSSON	
			44094	MAUVES SUR LOIRE	
			44096	MESANGER	
			44104	MONTRELAIS	
			44107	MOUZEIL	
			44115	ODON	
			44118	PANNECE	
			44122	PETIT MARS	
			44134	POUILLE LES COTEAUX	
			44144	RIAILLE	
			44180	SAINT MARS LA JAILLE	
			44191	SAINT SULPICE DES LANDES	
			44222	LA ROCHE BLANCHE	
			44160	SAINT GEREON	
			44179	SAINT MARS DU DESERT	
			44201	SUCE SUR ERDRE	
			44202	TEILLE	
			44205	LES TOUCHES	
			44207	TRANS SUR ERDRE	
			44163	VAIR SUR LOIRE	ANETZ / SAINT HERBLON
44	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	BOUZILLE
					CHAMPTOCEAUX
					DRAIN
					LA VARENNE
					LANDEMONT
					LIRE
			SAINT SAUVEUR DE LANDEMONT		
			49160	NGRANDES - LE FRESNES SUR LOIR	LE FRESNES SUR LOIRE
			49218	MONTREVAULT SUR EVRE	LA BOISSIERE SUR EVRE
			49244	MAUGES SUR LOIRE	LA CHAPELLE SAINT FLORENT
LE MARILLAIS					
SAINT FLORENT LE VIEIL					
SAINT LAURENT DU MOTTAY					

Département	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
44	Clisson	44	44002	AIGREFEUILLE SUR MAINE	
			44014	LE BIGNON	
			44016	LA BOISSIERE DU DORE	
			44022	BOUSSAY	
			44032	LA CHAPELLE HEULIN	
			44037	CHATEAU THEBAUD	
			44041	LA CHEVROLIERE	
			44043	CLISSON	
			44029	DIVATTE-SUR-LOIRE	BARBECHAT
					LA CHAPELLE BASSE MER
			44063	GETIGNE	
			44064	GORGES	
			44070	LA HAIE FOUASSIERE	
			44071	HAUTE GOULAIN	
			44079	LE LANDREAU	
			44081	LEGE	
			44083	LA LIMOUZINIERE	
			44084	LE LOROUX BOTTEREAU	
			44088	MAISDON SUR SEVRE	
			44090	LA MARNE	
			44100	MONNIERES	
			44102	MONTBERT	
			44108	MOUZILLON	
			44117	LE PALLET	
			44119	PAULX	
			44127	LA PLANCHE	
			44140	LA REGRIPIERE	
			44141	LA REMAUDIERE	
			44142	REMOUILLE	
			44155	SAINT COLOMBAN	
			44156	CORCOUE SUR LOGNE	
			44157	SAINT ETIENNE DE MER MORTE	
			44159	SAINT FIACRE SUR MAINE	
44165	SAINT HILAIRE DE CLISSON				
44169	SAINT JULIEN DE CONCELLES				
44173	SAINT LUMINE DE CLISSON				
44174	SAINT LUMINE DE COUTAIS				
44188	SAINT PHILBERT DE GRAND LIEU				
44206	TOUVOIS				
44212	VALLET				
44216	VIEILLEVIGNE				
44223	GENESTON				
44	Clisson	49	49069	OREE D'ANJOU	SAINT CHRISTOPHE LA COUPERIE
					SAINT LAURENT DES AUTELS
			49218	MONTREVAULT SUR EVRE	LE FUILET
					SAINT REMY EN MAUGES

Département	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
44	Clisson	85	85086	FALLERON	
			85102	GRAND LANDES	
			85190	ROCHESERVIERE	
			85197	MONTREVERT	MORMAISON
					SAINT ANDRE TREIZE VOIES
					SAINT SULPICE LE VERDON
			85210	SAINT ETIENNE DU BOIS	
		85262	SAINT PHILBERT DE BOUAINE		
44	Pornic	44	44012	LA BERNERIE EN RETZ	
			44018	BOUAYE	
			44024	BRAINS	
			44005	CHAUMES-EN-RETZ	ARTHON EN REZ
					CHEMERE
			44038	CHAUVE	
			44039	CHEIX EN RETZ	
			44046	CORSEPT	
			44061	FROSSAY	
			44087	MACHECOUL-SAINT-MEME	MACHECOUL
					SAINT MEME LE TENU
			44101	LA MONTAGNE	
			44106	LES MOUTIERS EN RETZ	
			44116	PAIMBOEUF	
			44120	LE PELLERIN	
			44126	LA PLAINE SUR MER	
			44130	PONT SAINT MARTIN	
			44131	PORNIC	
			44133	PORT SAINT PERE	
			44136	PREFAILLES	
			44145	ROUANS	
			44150	SAINT AIGNAN GRANDLIEU	
			44154	SAINT BREVIN LES PINS	
			44164	SAINT HILAIRE DE CHALEONS	
			44166	SAINT JEAN DE BOISEAU	
			44171	SAINT LEGER LES VIGNES	
			44178	SAINT MARS DE COUTAIS	
			44182	SAINT MICHEL CHEF CHEF	
			44186	SAINTE PAZANNE	
			44187	SAINT PERE EN RETZ	
			44192	SAINT VIAUD	
			44021	VILLENEUVE EN RETZ	BOURGNEUF EN RETZ
		FREYSNAY EN RETZ			
44220	VUE				

Département	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
44	Savenay	44	44010	BATZ SUR MER	
			44013	BESNE	
			44019	BOUEE	
			44023	BOUVRON	
			44025	CAMPBON	
			44033	LA CHAPELLE LAUNAY	
			44045	CORDEMAIS	
			44047	COUERON	
			44049	LE CROISIC	
			44050	CROSSAC	
			44052	DONGES	
			44053	DREFFEAC	
			44055	LA BAULE ESCOUBLAC	
			44056	FAY DE BRETAGNE	
			44057	FEGREAC	
			44066	GRANDCHAMPS DES FONTAINES	
			44068	GUENROUET	
			44069	GUERANDE	
			44080	LAVAU SUR LOIRE	
			44089	MALVILLE	
			44097	MESQUER	
			44098	MISSILLAC	
			44111	NOTRE DAME DES LANDES	
			44125	PIRIAC SUR MER	
			44129	PONTCHATEAU	
			44135	LE POULIGUEN	
			44137	PRINQUIAU	
			44139	QUILLY	
			44151	SAINT ANDRE DES EAUX	
			44152	SAINTE ANNE SUR BRIVET	
			44158	SAINT ETIENNE DE MONTLUC	
			44161	SAINT GILDAS DES BOIS	
			44168	SAINT JOACHIM	
			44176	SAINT MALO DE GUERSAC	
44183	SAINT MOLF				
44189	SAINTE REINE DE BRETAGNE				
44194	SAUTRON				
44195	SAVENAY				
44196	SEVERAC				
44203	LE TEMPLE DE BRETAGNE				
44209	TREILLIERES				
44211	LA TURBALLE				
44217	VIGNEUX DE BRETAGNE				
44	Nozay	35	35106	ERCE EN LAMEE	
			35332	TEILLAY	

Département	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
44	Nozay	44	44001	ABBARETZ	
			44007	AVESSAC	
			44015	BLAIN	
			44031	LA CHAPELLE GLAIN	
			44036	CHATEAUBRIANT	
			44044	CONQUEREUIL	
			44051	DERVAL	
			44054	ERBRAY	
			44058	FERCE	
			44062	LE GAVRE	
			44065	GRAND AUVERNE	
			44067	GUEMENE PENFAO	
			44073	HERIC	
			44075	ISSE	
			44076	JANS	
			44077	JOUE SUR ERDRE	
			44078	JUIGNE DES MOUTIERS	
			44085	LOUISFERT	
			44086	LUSANGER	
			44091	MARSAC SUR DON	
			44092	MASSERAC	
			44095	LA MEILLERAYE DE BRETAGNE	
			44099	MOISDON LA RIVIERE	
			44105	MOUAIS	
			44110	NORT SUR ERDRE	
			44112	NOYAL SUR BRUTZ	
			44113	NOZAY	
			44121	PETIT AUVERNE	
			44123	PIERRIC	
			44124	LE PIN	
			44128	PLESSE	
			44138	PUCEUL	
			44146	ROUGE	
			44148	RUFFIGNE	
			44149	SAFFRE	
			44153	SAINT AUBIN DES CHATEAUX	
			44170	SAINT JULIEN DE VOUVANTES	
			44193	SAINT VINCENT DES LANDES	
			44197	SION LES MINES	
			44199	SOUDAN	
44200	SOULVACHE				
44208	TREFFIEUX				
44214	VAY				
44218	VILLEPOT				
44219	VRITZ				
44221	LA CHEVALLERAI				
44224	LA GRIGONNAIS				

Département	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
44	Nozay	49	49010	ARMAILLE	
			49056	CARBAY	
			49248	OMBREE ANJOU	CHAZE HENRI
					POUANCE
LA PREVIERE					
Communes de Loire-Atlantique rattachées au cahier des charges de la PDSA Bretagne – Département de Morbihan					
56		44	44006	ASSERAC	
			44030	LA CHAPELLE DES MARAIS	
			44072	HERBIGNAC	
			44175	SAINT LYPHARD	
			44185	SAINT NICOLAS DE REDON	

b) Département du Maine et Loire

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées					
49-1	Angers ville	49	49007	ANGERS						
			49015	AVRILLE						
			49267	SAINT BARTHELEMY D ANJOU						
			49353	TRELAZE						
49-2	Beaufort en Anjou	49	49021	BEAUFORT EN ANJOU	BEAUFORT EN VALLEE GEE					
			49107	CORNILLE LES CAVES						
			49138	LES BOIS D'ANJOU	BRION FONTAINE GUERIN SAINT GEORGES DU BOIS					
			49194	MAZE MILON	FONTAINE MILON / MAZE MAZE					
			49201	LA MENITRE						
			49307	LOIRE AUTHION	SAINT MATHURIN SUR LOIRE CORNÉ BAUNE BOHALLE					
			49-3	Beaupréau en Mauges	49	49023	BEAUPREAU EN MAUGES	ANDREZE BEAUPREAU GESTE JALLAIS LA CHAPELLE DU GENET LA JUBAUDIERE LA POITEVINIERE LE PIN EN MAUGES SAINT PHILBERT EN MAUGES VILLEDIEU LA BLOUERE		
								49027	BEGROLLES EN MAUGES	
								49193	LE MAY SUR EVRE	
								49218	MONTREVAULT SUR EVRE	MONTREVAULT CHAUDRON EN MAUGES LA CHAUSSAIRE SALLE ET CHAPELLE AUBRY LE FIEF SAUVIN LE PUISET DORE SAINT PIERRE MONTMART SAINT QUENTIN EN MAUGES
49244	MAUGES SUR LOIRE	BOTZ EN MAUGES								
49301	SEVREMOINE	SAINT MACAIRE EN MAUGES TILLIERES SAINT CRESPIN SUR MOINE SAINT GERMAIN SUR MOINE MONTFAUCON-MONTIGNE SUR LOIRE LA RENAUDIÈRE ROUSSAY								

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
49-4	Brissac-Quincé	49	49003	TUFFALUN	AMBILLOU CHÂTEAU
					LOUERRE
					NOYANT LA PLAINE
			49012	AUBIGNE SUR LAYON	
			49022	BEAULIEU SUR LAYON	
			49029	BLAISON SAINT SULPICE	SAINT SULPICE
					SAINT SULPICE
			49125	DOUE EN ANJOU	BRIGNE
					ALLEUDS
			49050	BRISSAC LOIRE AUBANCE	BRISSAC QUINCE
					CHARCE SAINT ELLIER SUR AUBANCE
					CHEMELLIER
					COUTURES
					SAINT REMY LA VARENNE
					LUIGNE
					SAINT SATURNIN SUR LOIRE
					SAULGE L'HOPITAL
					VAUCHRETIEN
					CHAVAGNES
					49086
					MARTIGNE BRIAND
			49092	CHEMILLE EN ANJOU	CHANZEAUX
			49149	GENNES VAL DE LOIRE	GREZILLE
49167	LES GARENNES SUR LOIRE	JUIGNE SUR LOIRE			
		SAINT JEAN DES MAUVRETS			
49292	VAL DU LAYON	SAINT LAMBERT DU LATTAY			
49308	SAINT MELAINE SUR AUBANCE				
49338	SOULAINES SUR AUBANCE				
49345	BELLEVIGNE EN LAYON	CHAMP SUR LAYON			
		FAVERAY MACHELLES			
		FAYE D'ANJOU			
		RABLAY SUR LAYON			
		THOUARCE			
49373	LYS HAUT LAYON	TIGNE			

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
49-5	Chalonnes sur Loire	49	49028	BEHUARD	
			49063	CHALONNES SUR LOIRE	
			49068	CHAMPTOCE SUR LOIRE	
			49082	CHAUDEFONDS SUR LAYON	
			49092	CHEMILLE EN ANJOU	NEUVY EN MAUGES LA JUMELLIERE SAINTE CHRISTINE
			49120	DENEE	
			49160	INGRANDES-LE FRESNE SUR LOIRE	INGRANDES
			49244	MAUGES SUR LOIRE	LA POMMERAYE
					BEAUSSE
					BOURGNEUF EN MAUGES
					LE MESNIL EN VALLEE
					MONTJEAN SUR LOIRE
					SAINTE LAURENTE DE LA PLAINE
					49247
			49259	ROCHEFORT SUR LOIRE	
			49266	SAINT AUGUSTIN DES BOIS	
			49283	SAINT GEORGES SUR LOIRE	
			49284	SAINT GERMAIN DES PRES	
			49289	SAINT JEAN DE LINIERES	
			49292	VAL DU LAYON	SAINT AUBIN DE LUGNE
49306	SAINT MARTIN DU FOUILLOUX				
49321	SAINT SIGISMOND				
49329	SAVENNIERES				
49183	VAL D'ERDRE AUXENCE	VILLEMOSAN			
49-6	Cholet	49	49070	CHANTELOUP LES BOIS	
			49099	CHOLET	
			49192	MAULEVRIER	
			49195	MAZIERES EN MAUGES	
			49231	NUAILLE	
			49260	LA ROMAGNE	
			49269	SAINT CHRISTOPHE DU BOIS	
			49299	SAINT LEGER SOUS CHOLET	
			49301	SEVREMOINE	SAINT ANDRE DE LA MARCHE
					TORFOU
					LE LONGERON
			49332	LA SEGUINIERE	
			49336	SOMLOIRE	
			49343	LA TESSOUALLE	
			49352	TOUTLEMONDE	
			49355	TREMENTINES	
			49371	VEZINS	
49381	YZERNAY				
49058	LES CERQUEUX DE MAULEVRIER				
49-6	Cholet	85	85283	TIFFAUGES	

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
49-7	La Membrolle sur Longuené	49	49020	BEAUCOUZE	
			49026	BECON LES GRANITS	
			49055	CANTENAY EPINARD	
			49065	LES HAUTS D'ANJOU	CHAMPIGNE
			49067	CHENILLE CHAMPTEUSSE	CHAMPTEUSSE SUR BACONNE CHENILLE CHANGE
			49130	ECUILLE	
			49135	FENEU	
			49155	GREZ NEUVILLE	
			49176	LE LION D ANGERS	LE LION D ANGERS
			49183	VAL D'ERDRE AUXENCE	LE LOUROUX BECONNAIS
			49065	LES HAUTS D'ANJOU	MARIGNE
			49200	LONGUENEE EN ANJOU	LA MEIGNANNE LA MEMBROLLES SUR LONGUENEE LE PLESSIS MACE PRUILLE
			49214	MONTREUIL JUIGNE	
			49217	MONTREUIL SUR MAINE	
			49065	LES HAUTS D'ANJOU	QUERRE
			49271	SAINT CLEMENT DE LA PLACE	
			49294	SAINT LAMBERT LA POTHERIE	
			49298	SAINT LEGER DES BOIS	
			49330	SCEAUX D ANJOU	
			49065	LES HAUTS D'ANJOU	SOEURDRES
			49339	SOULAIRE ET BOURG	
			49344	THORIGNE D ANJOU	
			49367	ERDRE EN ANJOU	BRAIN SUR LONGUENEE LA POUZE
49-8	Les Ponts de Cé	49	49035	BOUCHEMAINE	
			49246	LES PONTS DE CE	
			49222	MOZE SUR LOUET	
			49223	MURS ERIGNE	
			49288	SAINT JEAN DE LA CROIX	
			49278	SAINTE GEMMES SUR LOIRE	
			49307	LOIRE AUTHION	ANDARD BRAIN SUR L AUTHION LA DAGUENIERE

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
49-9	Longué	49	49228	NOYANT-VILLAGES	AUVERSE
			49018	BAUGE EN ANJOU	BAUGE (BAUGE EN ANJOU)
					BOCE
					CHARTRENE
					CHEVIRE LE ROUGE
					CLEFS
					CUON
					EHEMIRE
					LE GUEDENIAU
			49030	BLOU	SAINTE-GENEVIEVE
			49228	NOYANT-VILLAGES	BREIL
					BROC
					CHALONNES SOUS LE LUDE
					CHAVAINES
			49114	COURLEON	CHIGNE
			49228	NOYANT-VILLAGES	DENEZE SOUS LE LUDE
			49149	GENNES VAL DE LOIRE	GENNES
					SAINTE-GENEVIEVE
			49171	LA LANDE CHASLES	SAINTE-GENEVIEVE
			49180	LONGUE JUMELLES	LE THOUREIL
			49221	MOULIERNE	
			49224	NEUILLE	
			49228	NOYANT-VILLAGES	GENNETEIL
LASSE					
LINIERES BOUTON					
MEIGNE LE VICOMTE					
MEON					
NOYANT					
49237	LA PELLERINE	PARCAY LES PINS			
49261	LES ROSIERS SUR LOIRE				
49272	SAINTE-GENEVIEVE				
49311	SAINTE-GENEVIEVE				
49368	VERNANTES				
49369	VERNOIL				
49378	VIVY				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
49-10	Saumur	49	49002	ALLONNES	
			49009	ANTOIGNE	
			49011	ARTANNES SUR THOUET	
			49041	BRAIN SUR ALLONNES	
			49045	BREILLE LES PINS	
			49046	BREZE	
			49053	BROSSAY	
			49060	CHACE	
			49100	CIZAY LA MADELEINE	
			49112	LE COUDRAY MACOUARD	
			49113	COURCHAMPS	
			49121	DENEZE SOUS DOUE	
			49123	DISTRE	
			49125	DOUE EN ANJOU	CONCOURSON SUR LAYON
					DOUE LA FONTAINE
					FORGES
					MEIGNE
					MONTFORT
					SAINTE GEORGES SUR LAYON
			49131	EPIEDS	
			49140	FONTEVRAUD L ABBAYE	
			49149	GENNES VAL DE LOIRE	CHENEHUTTE
					TREVES
					CUNAUT
			49182	LOURESSE ROCHEMENIER	
			49215	MONTREUIL BELLAY	
			49219	MONTMOREAU	
			49235	PARNAY	
			49253	LE PUY NOTRE DAME	
			49262	ROU MARSON	
			49274	SAINTE CYR EN BOURG	
			49291	SAINTE JUST SUR DIVE	
			49302	SAINTE MACAIRE DU BOIS	
			49304	SAINTE MARTIN DE LA PLACE	
			49328	SAUMUR	
			49341	SOUZAY CHAMPIGNY	
			49358	TURQUANT	
			49359	LES ULMES	
			49361	VARENNE SUR LOIRE	
			49362	VARRAINS	
49364	VAUDELNAY				
49365	LES VERCHERS SUR LAYON				
49370	VERRIE				
49373	LYS HAUT LAYON	TANCOIGNE			
49374	VILLEBERNIER				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées	
49-11	Segré	49	49008	ANGRIE		
			49036	BOUILLE MENARD		
			49038	BOURG L EVEQUE		
			49054	CANDE		
			49061	CHALLAIN LA POTHERIE		
			49064	CHAMBELLAY		
			49089	CHAZE SUR ARGOS		
			49144	FREIGNE		
			49161	LA JAILLE YVON		
			49176	LE LION D ANGERS	ANDIGNE	
			49178	LOIRE		
			49183	VAL D'ERDRE AUXENCE	CORNUAILLE	
			49184	LOUVAINES		
			49248	OMBREE D'ANJOU		LA CHAPELLE HULIN
						COMBREE
						GRUGE L'HOPITAL
						NOELLET
						SAINT MICHEL ET CHANVEAUX
						LE TREMBLAY
						VERGONNES
			49331	SEGRE EN ANJOU BLEU		AVIRE
						BOURG D'IRE
						CHAPELLE SUR OUDON
						CHATELAIS
						FERRIERE DE FLEE
						HOTELLERIE DE FLEE
						LOUVAINES
						MARANS
						MONTGUILLON
						NOYANT LA GRAVOYERE
						NYOISEAU
						SAINTE GEMMES ANDIGNE
	SAINTE MARTIN DU BOIS					
	SAINTE SAUVEUR DE FLEE					
49367	ERDRE EN ANJOU				SEGRE	
			GENE			
			VERN D ANJOU			

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
49-12	Seiches-sur-le-Loir	49	49017	BARACE	
			49018	BAUGE EN ANJOU	FOUGERE
			49048	BRIOLLAY	
			49065	LES HAUTS D'ANJOU	BRISSARTHE
					CHERRE
					CONTIGNE
			49076	CHAPELLE SAINT LAUD	
			49080	CHATEAUNEUF SUR SARTHE	
			49090	CHEFFES	
			49110	CORZE	
			49127	DURTAL	
			49129	ECOULANT	
			49132	ETRICHE	
			49159	HUILLE	
			49163	JARZE VILLAGES	BEAUVAU
					CHAUMONT D'ANJOU
					JARZE
					LUE EN BEAUGEOIS
			49170	JUVARDEIL	
			49174	LEZIGNE	
			49188	MARCE	
			49205	MIRE	
			49209	MONTIGNE LES RAIRES	
			49216	MONTREUIL SUR LOIR	
			49220	MORANNES SUR SARTHE DAUMERAY	CHEMIRE SUR SARTHE
					MORANNES
			49241	LE PLESSIS GRAMMOIRE	
			49257	LES RAIRES	
			49323	VERRIERES EN ANJOU	PELLOUAILLES LES VIGNES
					SAINT SYLVAIN D'ANJOU
49326	SARRIGNE				
49333	SEICHES SUR LE LOIR				
49334	SERMAISE				
49337	SOUCELLES				
49347	TIERCE				
49377	VILLEVEQUE				
49-13	Vihiers	49	49057	CERNUSSON	
			49092	CHEMILLE EN ANJOU	Chemillé
					Chapelle-Rousselin
					Cossé-d'Anjou
					Valanjou
					Saint-Georges-des-Gardes
					Saint-Lézin
					La Salle-de-Vihiers
					LA TOURLANDRY
			49102	Cléré-sur-Layon	
			49109	CORON	
			49211	Montilliers	
			49236	PASSAVANT SUR LAYON	
			49240	La Plaine	
			49310	Saint-Paul-du-Bois	
49373	LYS HAUT LAYON	Vihiers			
		Trémont			
		Cerqueux-sous-Passavant			
		Fosse-de-Tigné			
			NUEIL SUR LAYON		

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
Communes du Maine et Loire rattachées à la Loire Atlantique					
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	BOUZILLE
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	CHAMPTOCEAUX
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	DRAIN
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	LA VARENNE
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	LANDEMONT
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	LIRE
44-4	Clisson	49	49069	OREE D'ANJOU	SAINT CHRISTOPHE LA COUPERIE
44-4	Clisson	49	49069	OREE D'ANJOU	SAINT LAURENT DES AUTELS
44-1	Ancenis	49	49069	OREE D'ANJOU	SAINT SAUVEUR DE LANDEMONT
44-1	Ancenis	49	49218	MONTREVAULT SUR EVRE	LA BOISSIERE SUR EVRE
44-4	Clisson	49	49218	MONTREVAULT SUR EVRE	LE FUILLET
44-4	Clisson	49	49218	MONTREVAULT SUR EVRE	SAINT REMY EN MAUGES
44-1	Ancenis	49	49244	MAUGES SUR LOIRE	LA CHAPELLE SAINT FLORENT
44-1	Ancenis	49	49244	MAUGES SUR LOIRE	LE MARILLAIS
44-1	Ancenis	49	49244	MAUGES SUR LOIRE	SAINT FLORENT LE VIEIL
44-1	Ancenis	49	49244	MAUGES SUR LOIRE	SAINT LAURENT DU MOTTAY
44-3	Châteaubriant	49	49010	ARMAILLE	
44-3	Châteaubriant	49	49056	CARBAY	
44-3	Châteaubriant	49	49248	OMBREE D'ANJOU	CHAZE HENRY
44-3	Châteaubriant	49	49248	OMBREE D'ANJOU	LA PREVIERE
44-3	Châteaubriant	49	49248	OMBREE D'ANJOU	POUANCE

c) *Département de la Mayenne*

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-1	Château Gontier	53	53004	AMPOIGNE	
			53006	ARGENTON NOTRE DAME	
			53014	AZE	
			53062	CHATEAU GONTIER	
			53063	CHATELAIN	
			53066	CHEMAZE	
			53078	COUDRAY	
			53089	DAON	
			53101	FROMENTIERES	
			53117	HOUSSAY	
			53124	LAIGNE	
			53136	LOIGNE SUR MAYENNE	
			53145	MARIGNE PEUTON	
			53148	MEE	
			53150	MENIL	
			53178	PEUTON	
			53186	QUELAINES SAINT GAULT	
			53215	SAINT FORT	
53241	SAINT MICHEL DE FEINS				
53254	SAINT SULPICE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-2	Craon	53	53012	ATHEE	
			53018	BALLOTS	
			53035	BOUCHAMPS LES CRAON	
			53041	BRAINS SUR LES MARCHES	
			53068	CHERANCE	
			53073	CONGRIER	
			53075	COSMES	
			53077	COSSE LE VIVIEN	
			53082	COURBEVILLE	
			53084	CRAON	
			53088	CUILLE	
			53090	DENAZE	
			53098	FONTAINE COUVERTE	
			53102	GASTINES	
			53033	LA BOISSIERE	
			53058	LA CHAPELLE CRAONNAISE	
			53191	LA ROE	
			53192	LA ROUAUDIERE	
			53258	LA SELLE CRAONNAISE	
			53128	LAUBRIERES	
			53135	LIVRE	
			53151	MERAL	
			53165	NIAFLES	
			53180	POMMERIEUX	
			53188	RENAZE	
			53197	SAINT AIGNAN SUR ROE	
			53214	SAINT ERBLON	
			53240	SAINT MARTIN DU LIMET	
			53242	SAINT MICHEL DE LA ROE	
			53250	SAINT POIX	
53251	SAINT QUENTIN LES ANGES				
53253	SAINT SATURNIN DU LIMET				
53259	SENONNES				
53260	SIMPLE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-3	Ernée	53	53002	ALEXAIN	
			53042	BRECE	
			53047	CARELLES	
			53048	CHAILLAND	
			53064	CHATILLON SUR COLMONT	
			53071	COLOMBIERS DU PLESSIS	
			53091	DESERTINES	
			53096	ERNEE	
			53100	FOUGEROLLES DU PLESSIS	
			53107	GORRON	
			53115	HERCE	
			53123	JUVIGNE	
			53031	LA BIGOTTIERE	
			53086	LA CROIXILLE	
			53093	LA DOREE	
			53177	LA PELLERINE	
			53125	LANDIVY	
			53126	LARCHAMP	
			53131	LESBOIS	
			53132	LEVARE	
			53154	MONTAUDIN	
			53155	MONTENAY	
			53179	PLACE	
			53181	PONTMAIN	
			53199	SAINT AUBIN FOSSE LOUVAIN	
			53202	SAINT BERTHEVIN LA TANNIERE	
			53211	SAINT DENIS DE GASTINES	
			53213	SAINT ELLIER DU MAINE	
			53222	SAINT GERMAIN D ANXURE	
			53225	SAINT GERMAIN LE GUILLAUME	
53226	SAINT HILAIRE DU MAINE				
53238	SAINT MARS SUR LA FUTAIE				
53245	SAINT PIERRE DES LANDES				
53269	VAUTORTE				
53270	VIEUVY				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-4	Evron	53	53010	ASSE LE BERENGER	
			53017	VAL DU MAINE	EPINEUX LE SEGUIN
			53019	BANNES	
			53043	BREE	
			53049	CHALONS DU MAINE	
			53065	CHATRES LA FORET	
			53076	COSSE EN CHAMPAGNE	
			53092	DEUX EVAILLES	
			53097	EVRON	
			53105	GESNES	
			53023	LA BAZOUGE DES ALLEUX	
			53056	LA CHAPELLE ANTHENAISE	
			53059	LA CHAPELLE RAINSOUIN	
			53120	IZE	
			53134	LIVET	
			53146	MARTIGNE SUR MAYENNE	
			53153	MEZANGERS	
			53159	MONTOURTIER	
			53161	MONTSURS-SAINT CENERE	MONTSURS SAINT CENERE
			53163	NEAU	
			53195	SACE	
			53207	SAINT CHRISTOPHE DU LUAT	
			53220	SAINT GEORGES LE FLECHARD	
			53221	SAINT GEORGES SUR ERVE	
			53223	SAINT GERMAIN DE COULAMER	
			53228	BLANDOUET SAINT JEAN SUR ERVE	BLANDOUET SAINT JEAN SUR ERVE
			53232	SAINT LEGER	
			53239	SAINT MARTIN DE CONNÉE	
			53244	SAINT OUEN DES VALLONS	
			53248	SAINT PIERRE SUR ERVE	
			53249	SAINT PIERRE SUR ORTHE	
			53218	SAINTE GEMMES LE ROBERT	
			53255	SAINTE SUZANNE ET CHAMMES	CHAMMES SAINTE SUZANNE
53256	SAINT THOMAS DE COURCERIEIS				
53257	SAULGES				
53262	SOULGE SUR OUETTE				
53264	THORIGNE EN CHARNIE				
53265	TORCE VIVIERS EN CHARNIE				
53267	VAIGES				
53274	VIMARCE				
53276	VOUTRE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-5	Laval	53	53001	AHUILLE	
			53005	ANDOUILLE	
			53007	ARGENTRE	
			53026	BEAULIEU SUR OUDON	
			53034	BONCHAMP LES LAVAL	
			53040	BOURGON	
			53054	CHANGE	
			53094	ENTRAMMES	
			53099	FORCE	
			53119	L HUISSERIE	
			53015	LA BACONNIERE	
			53045	LA BRULATTE	
			53108	LA GRAVELLE	
			53129	LAUNAY VILLIERS	
			53130	LAVAL	
			53039	LE BOURGNEUF LA FORET	
			53103	LE GENEST SAINT ISLE	
			53137	LOIRON RUILLE	LOIRON RUILLE LE GRAVELAIS
			53140	LOUVERNE	
			53141	LOUVIGNE	
			53143	MAISONCELLES DU MAINE	
			53156	MONTFLOURS	
			53157	MONTIGNE LE BRILLANT	
			53158	MONTJEAN	
			53169	OLIVET	
			53175	PARNE SUR ROC	
			53182	PORT BRILLET	
			53201	SAINTE BERTHEVIN	
			53209	SAINTE CYR LE GRAVELAIS	
			53224	SAINTE GERMAIN LE FOUILLOUX	
53229	SAINTE JEAN SUR MAYENNE				
53243	SAINTE OUEEN DES TOITS				
53247	SAINTE PIERRE LA COUR				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-6	Mayenne	53	53003	AMBRIERES LES VALLEES	
			53008	ARON	
			53028	BELGEARD	
			53051	CHAMPEON	
			53055	CHANTRIGNE	
			53072	COMMER	
			53074	CONTEST	
			53079	COUESMES VAUCE	
			53109	GRAZAY	
			53021	LA BAZOGE MONTPINCON	
			53111	LA HAIE TRAVERSAINE	
			53176	LE PAS	
			53144	MARCILLE LA VILLE	
			53147	MAYENNE	
			53160	MONTREUIL POULAY	
			53162	MOULAY	
			53170	OISSEAU	
			53174	PARIGNE SUR BRAYE	
			53200	SAINT BAUDELE	
			53216	SAINT FRAIMBAULT DE PRIERES	
			53219	SAINT GEORGES BUTTAVENT	
53234	SAINT LOUP DU GAST				
53237	SAINT MARS SUR COLMONT				
53261	SOUCE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-7	Meslay du Maine	53	53009	ARQUENAY	
			53011	ASTILLE	
			53017	VAL DU MAINE	BALLEE
			53025	BAZOUGERS	
			53027	BEAUMONT PIED DE BOEUF	
			53029	BIERNE	
			53036	BOUERE	
			53037	BOUESSAY	
			53067	CHEMERE LE ROI	
			53104	GENNES SUR GLAIZE	
			53110	GREZ EN BOUERE	
			53022	LA BAZOUGE DE CHEMERE	
			53087	LA CROPTE	
			53030	LE BIGNON DU MAINE	
			53046	LE BURET	
			53138	LONGUEFUYE	
			53152	MESLAY DU MAINE	
			53168	NUILLE SUR VICOIN	
			53172	ORIGNE	
			53184	PREAUX	
			53193	RUILLE FROID FONDS	
			53203	SAINT BRICE	
			53206	SAINT CHARLES LA FORET	
			53210	SAINT DENIS D ANJOU	
			53212	SAINT DENIS DU MAINE	
			53231	SAINT LAURENT DES MORTIERS	
53233	SAINT LOUP DU DORAT				
53273	VILLIERS CHARLEMAGNE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
53-8	Villaines-la-Juhel	53	53013	AVERTON	
			53016	BAIS	
			53038	BOULAY LES IFS	
			53052	CHAMPFREMONT	
			53053	CHAMPGENETEX	
			53061	CHARCHIGNE	
			53069	CHEVAIGNE DU MAINE	
			53080	COUPTRAIN	
			53083	COURCITE	
			53085	CRENNES SUR FRAUBEE	
			53106	GESVRES	
			53113	HAMBERS	
			53114	HARDANGES	
			53121	JAVRON LES CHAPELLES	
			53122	JUBLAINS	
			53057	LA CHAPELLE AU RIBOUL	
			53173	LA PALLU	
			53127	LASSAY LES CHATEAUX	
			53112	LE HAM	
			53116	LE HORPS	
			53118	LE HOUSSEAU BRETIGNOLLES	
			53190	LE RIBAY	
			53133	LIGNIERES ORGERES	
			53139	LOUPFOUGERES	
			53142	MADRE	
			53164	NEUILLY LE VENDIN	
			53185	PRE EN PAIL SAINT SAMSON	PRE EN PAIL SAINT SAMSON
			53187	RAVIGNY	
			53189	RENNES EN GRENOUILLES	
			53196	SAINT AIGNAN DE COUPTRAIN	
			53198	SAINT AUBIN DU DESERT	
			53204	SAINT CALAIS DU DESERT	
			53208	SAINT CYR EN PAIL	
53230	SAINT JULIEN DU TERROUX				
53236	SAINT MARS DU DESERT				
53246	SAINT PIERRE DES NIDS				
53235	SAINTE MARIE DU BOIS				
53263	THUBOEUF				
53266	TRANS				
53271	VILLAINES LA JUHEL				
53272	VILLEPAIL				

d) Département de la Sarthe

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-1	Le Bailleul	72	72009	ARTHEZÉ	
			72010	ASNIERES SUR VEGRE	
			72016	AUVERS LE HAMON	
			72019	AVESSÉ	
			72021	AVOISE	
			72025	BAZOUGES CRE SUR LOIR	BAZOUGES SUR LE LOIR CRE
			72044	BOUSSE	
			72050	BRULON	
			72059	CHANTENAY VILLEDIEU	
			72083	CHEVILLÉ	
			72084	CLERMONT CRÉANS	
			72100	COURCELLES LA FORÊT	
			72106	COURTILLERS	
			72110	CROSMIERES	
			72123	DUREIL	
			72136	FONTENAY SUR VÈGRE	
			72151	JUIGNÉ SUR SARTHE	
			72061	LA CHAPELLE D ALIGNE	
			72154	LA FLÈCHE	
			72135	LA FONTAINE SAINT MARTIN	
			72022	LE BAILLEUL	
			72163	LIGRON	
			72167	LOUAILLES	
			72175	LUCHÉ PRINGÉ	
			72179	MALICORNE SUR SARTHE	
			72185	MAREIL SUR LOIR	
			72195	MÉZERAY	
			72232	NOTRE DAME DU PE	
			72223	NOYEN SUR SARTHE	
			72228	PARCÉ SUR SARTHE	
			72236	PINCÉ	
			72237	PIRMIL	
			72239	POILLÉ SUR VÈGRE	
			72244	PRECIGNE	
			72264	SABLÉ SUR SARTHE	
			72274	SAINT CHRISTOPHE EN CHAMPAGNE	
			72291	SAINT JEAN DE LA MOTTE	
			72307	SAINT OUEN EN CHAMPAGNE	
			72312	SAINT PIERRE DES BOIS	
			72336	SOLESMES	
72343	SOUVIGNÉ SUR SARTHE				
72347	TASSÉ				
72357	THORÉE LES PINS				
72377	VILLAINES SOUS MALICORNE				
72378	VION				
72379	VIRE EN CHAMPAGNE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-2	Château-du-Loir	72	72013	AUBIGNÉ RACAN	
			72028	BEAUMONT PIED DE BOEUF	
			72027	BEAUMONT SUR DÉME	
			72052	CHAHAINES	
			72071	MONTVAL SUR LOIR	MONTABON
					VOUVRAY SUR LOIR
					CHÂTEAU DU LOIR
			72077	CHENU	
			72098	COULONGÉ	
			72103	COURDEMANCHE	
			72115	DISSAY SOUS COURCILLON	
			72117	DISSÉ SOUS LE LUDE	
			72134	FLÉE	
			72153	JUPILLES	
			72049	LA BRUÈRE SUR LOIR	
			72060	LA CHAPELLE AUX CHOUX	
			72068	LA CHARTRE SUR LE LOIR	
			72160	LAVERNAT	
			72176	LE LUDE	
			72161	LHOMME	
			72173	LUCEAU	
			72182	MANSIGNÉ	
			72183	MARÇON	
			72191	MAYET	
			72221	NOGENT SUR LOIR	
			72340	LOIR EN VALLEE	PONCE SUR LE LOIR
					RUILLE SUR LOIR
			72243	PONTVALLAIN	
			72248	PRUILLÉ L'EGUILLÉ	
			72283	SAINT GERMAIN D ARCÉ	
			72311	SAINT PIERRE DE CHEVILLÉ	
			72314	SAINT PIERRE DU LOROUEUR	
			72325	SAINT VINCENT DU LOROUEUR	
72327	SARCÉ				
72330	SAVIGNÉ SOUS LE LUDE				
72356	THOIRÉ SUR DINAN				
72364	VAAS				
72369	VERNEIL LE CHETIF				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-3	La Ferté-Bernard	72	72020	AVEZÉ	
			72031	BEILLÉ	
			72038	BOESSÉ LE SEC	
			72041	BOUER	
			72057	CHAMPROND	
			72080	CHERRÉ	
			72081	CHERREAU	
			72090	CONNÉRRÉ	
			72093	CORMES	
			72105	COURGENARD	
			72114	DEHAULT	
			72122	DUNEAU	
			72144	GREEZ SUR ROC	
			72040	LA BOSSE	
			72062	LA CHAPELLE DU BOIS	
			72067	LA CHAPELLE SAINT REMY	
			72132	LA FERTE BERNARD	
			72156	LAMNAY	
			72172	LE LUART	
			72193	MELLERAY	
			72208	MONTMIRAIL	
			72245	PREVAL	
			72246	PREVELLES	
			72267	SAINT AUBIN DES COUDRAIS	
			72271	SAINT CELERIN	
			72277	SAINT DENIS DES COUDRAIS	
			72281	SAINT GEORGES DU ROSAY	
			72292	SAINT JEAN DES ECHELLES	
			72296	SAINT MAIXENT	
			72302	SAINT MARTIN DES MONTS	
72322	SAINT ULPHACE				
72331	SCEAUX SUR HUISNE				
72342	SOUVIGNE SUR MEME				
72353	THELIGNY				
			72363	TUFFÉ VAL DE LA CHERONNE	SAINT HILAIRE LE LIERRU
					TUFFE
			72375	VILLAINES LA GOSNAIS	
			72383	VOUVRAY SUR HUISNE	
72-4	Le Mans	72	72181	LE MANS	
72-5					

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-6	Nord du Mans	72	72001	AIGNE	
			72004	AMNÉ	
			72012	ASSÉ LE RIBOUL	
			72017	AUVERS SOUS MONTEFAUCON	
			72023	BALLON SAINT MARS	BALLON SAINT MARS SOUS BALLON
			72026	BEAUFAY	
			72029	BEAUMONT SUR SARTHE	
			72045	BRAINS SUR GEE	
			72070	CHASSILLÉ	
			72073	CHAUFOR NOTRE DAME	
			72095	COULAINES	
			72096	COULANS SUR GEE	
			72099	COURCEBOEUF	
			72107	CRANNES EN CHAMPAGNE	
			72113	DEGRE	
			72130	FAY	
			72150	JOUE L ABBÉ	
			72152	JUILLÉ	
			72024	LA BAZOGE	
			72065	LA CHAPELLE SAINT AUBIN	
			72066	LA CHAPELLE SAINT FRAY	
			72147	LA GUIERCHE	
			72198	LA MILESE	
			72249	LA QUINTE	
			72157	LAVARDIN	
			72362	LE TRONCHET	
			72166	LONGNES	
			72168	LOUÉ	
			72184	MAREIL EN CHAMPAGNE	
			72186	MARESCHÉ	
			72205	MONTBIZOT	
			72217	NEUVILLE SUR SARTHE	
			72247	PRUILLE LE CHETIF	
			72257	ROUILLON	
			72275	SAINT CORNEILLE	
			72280	SAINT GEORGES DU BOIS	
			72290	SAINT JEAN D ASSÉ	
			72297	SAINT MARCEAU	
			72310	SAINT PAVACE	
			72320	SAINT SATURNIN	
			72289	SAINTE JAMME SUR SARTHE	
			72319	SAINTE SABINE SUR LONGEVE	
			72328	SARGÉ LES LE MANS	
			72329	SAVIGNE L EVEQUE	
			72335	SILLE LE PHILIPPE	
			72338	SOUILLE	
72340	SOULIGNE SOUS BALLON				
72348	TASSILLE				
72349	TEILLÉ				
72359	TORCÉ EN VALLEE				
72360	TRANGE				
72367	VALLON SUR GÉE				
72380	VIVOIN				
72386	YVRE L EVEQUE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-7	Sud du Mans	72	72003	ALLONNES	
			72007	ARDENAY SUR MERIZE	
			72008	ARNAGE	
			72047	BRETTE LES PINS	
			72051	CERANS FOULLETOURTE	
			72053	CHALLES	
			72054	CHAMPAGNÉ	
			72058	CHANGÉ	
			72072	CHATEAU L HERMITAGE	
			72075	CHEMIRÉ LE GAUDIN	
			72124	ECOMMOY	
			72127	ETIVAL LES LE MANS	
			72129	FATINES	
			72131	FERCÉ SUR SARTHE	
			72133	FILLÉ	
			72146	GUÉCÉLARD	
			72346	LA SUZE SUR SARTHE	
			72155	LAIGNÉ EN BELIN	
			72046	LE BREIL SUR MERIZE	
			72143	LE GRAND LUCÉ	
			72165	LOMBRON	
			72169	LOUPLANDE	
			72177	MAIGNÉ	
			72187	MARIGNÉ LAILLÉ	
			72200	MONCÉ EN BELIN	
			72241	MONTFORT LE GESNOIS	
			72213	MULSANNE	
			72224	NUILLÉ LE JALAI	
			72226	OIZÉ	
			72231	PARIGNÉ L EVEQUE	
			72230	PARIGNÉ LE POLIN	
			72252	REQUEIL	
			72253	ROÉZÉ SUR SARTHE	
			72260	RUAUDIN	
			72268	SAINT BIEZ EN BELIN	
72287	SAINT GERVAIS EN BELIN				
72293	SAINT JEAN DU BOIS				
72299	SAINT MARS D OUTILLÉ				
72300	SAINT MARS LA BRIERE				
72306	SAINT OUEN EN BELIN				
72339	SOULIGNÉ FLACÉ				
72341	SOULITRÉ				
72344	SPAY				
72345	SURFONDS				
72350	TÉLOCHÉ				
72381	VOIVRES LES LE MANS				
72382	VOLNAY				
72385	YVRÉ LE POLIN				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-8	Mamers	72	72002	AILLIÈRES BEAUVOIR	
			72005	ANCIENNES	
			72006	ARCONNAY	
			72018	AVESNES EN SAOSNOIS	
			72034	BERUS	
			72036	BETHON	
			72037	BLÈVES	
			72039	BONNETABLE	
			72043	BOURG LE ROI	
			72048	BRIOSNE LES SABLES	
			72056	CHAMPFLEUR	
			72076	CHENAY	
			72078	CHERANCE	
			72079	CHERISAY	
			72086	COMMERVEIL	
			72088	CONGÉ SUR ORNE	
			72091	CONTILLY	
			72097	COULOMBIERS	
			72101	COURCEMONT	
			72102	COURCIVAL	
			72104	COURGAINS	
			72112	DANGEUL	
			72116	DISSÉ SOUS BALLON	
			72120	DOUCELLES	
			72142	GRANDCHAMP	
			72148	JAUZÉ	
			72137	VILLENEUVE EN PERSEIGNE	
			72015	LES AULNEAUX	
			72192	LES MEES	
			72164	LIVET EN SAOSNOIS	
			72170	LOUVIGNY	
			72171	LOUZES	
			72174	LUCÉ SOUS BALLON	
			72180	MAMERS	
			72189	MAROLLES LES BRAULTS	
			72188	MAROLLETTE	
			72194	MEURCE	
			72196	MEZIÈRES SUR PONTHOUIN	
			72201	MONCÉ EN SAOSNOIS	
			72202	MONHOUDOU	
			72214	NAUVAY	
			72215	NEUFCHATEL EN SAOSNOIS	
			72220	NOGENT LE BERNARD	
			72222	NOUANS	
			72227	PANON	
			72233	PERAY	
			72238	PIZIEUX	
			72251	RENÉ	
			72254	ROUJESSÉ FONTAINE	
			72259	ROUPERROUX LE COQUET	
			72265	SAINT AIGNAN	
72270	SAINT CALEZ EN SAOSNOIS				
72276	SAINT COSME EN VAIRAIS				
72295	SAINT LONGIS				
72308	SAINT PATERNE LE CHEVAIN	LE CHEVAIN SAINT PATERNE			
72313	SAINT PIERRE DES ORMES				
72316	SAINT REMY DES MONTS				
72317	SAINT REMY DU VAL				
72324	SAINT VINCENT DES PRES				
72326	SAOSNES				
72352	TERREHAULT				
72354	THOIGNE				
72355	THOIRÉ SOUS CONTENSOR				
72372	VEZOT				
72374	VILLAINES LA CARELLE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-9	Sillé-le-Guillaume	72	72011	ASSÉ LE BOISNE	
			72033	BERNAY EN CHAMPAGNE	
			72074	CHEMIRÉ EN CHARNIE	
			72089	CONLIE	
			72109	CRISSÉ	
			72111	CURES	
			72119	DOMFRONT EN CHAMPAGNE	
			72121	DOUILLET	
			72126	EPINEU LE CHEVREUIL	
			72138	FRESNAY SUR SARTHE	
			72139	FYE	
			72141	GESNES LE GANDELIN	
			72149	JOUÉ EN CHARNIE	
			72145	LE GREZ	
			72197	MEZIÈRES SOUS LAVARDIN	
			72199	MOITRON SUR SARTHE	
			72211	MONT SAINT JEAN	
			72209	MONTREUIL LE CHÉTIF	
			72212	MOULINS LE CARBONNEL	
			72216	NEUVILLALAIS	
			72218	NEUVILLETTE EN CHARNIE	
			72219	NEUVY EN CHAMPAGNE	
			72225	OISSEAU LE PETIT	
			72229	PARNENNES	
			72234	PEZÉ LE ROBERT	
			72235	PIACÉ	
			72255	ROUESSÉ VASSÉ	
			72256	ROUEZ	
			72261	RUILLÉ EN CHAMPAGNE	
			72266	SAINT AUBIN DE LOCQUENAY	
			72273	SAINT CHRISTOPHE DU JAMBET	
			72278	SAINT DENIS D ORQUES	
			72282	SAINT GEORGES LE GAULTIER	
			72284	SAINT GERMAIN SUR SARTHE	
			72294	SAINT LEONARD DES BOIS	
72305	SAINT OUEN DE MIMBRÉ				
72309	SAINT PAUL LE GAULTIER				
72315	SAINT REMY DE SILLÉ				
72321	SAINT SYMPHORIEN				
72323	SAINT VICTEUR				
72332	SÉGRIE				
72334	SILLÉ LE GUILLAUME				
72337	SOUGÉ LE GANELON				
72351	TENNIE				
72370	VERNIE				

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
72-10	Saint-Calais	72	72032	BERFAY	
			72035	BESSÉ SUR BRAYE	
			72042	BOULOIRE	
			72085	COGNERS	
			72087	CONFLANS SUR ANILLE	
			72094	COUDRECIEUX	
			72118	DOLLON	
			72125	ECORPAIN	
			72128	EVAILLE	
			72340	LOIR EN VALLEE	LA CHAPELLE GAUGAIN
					LAVENAY
			72064	LA CHAPELLE HUON	
			72158	LAVARÉ	
			72178	MAISONCELLES	
			72190	MAROLLES LES SAINT CALAIS	
			72204	MONTAILLÉ	
			72210	MONTREUIL LE HENRI	
			72250	RAHAY	
			72269	SAINT CALAIS	
			72279	SAINT GEORGES DE LA COUÉE	
			72286	SAINT GERVAIS DE VIC	
			72298	SAINT MARS DE LOCQUENAY	
			72303	SAINT MICHEL DE CHAVAINES	
			72272	SAINTE CEROTTE	
			72304	SAINTE OSMANE	
			72333	SEMUR EN VALLON	
			72358	THORIGNE SUR DUÉ	
			72361	TRESSON	
			72366	VALENNES	
			72368	VANCÉ	
			72373	VIBRAYE	
			72376	VILLAINES SOUS LUCÉ	

e) Département de la Vendée

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
85-1	La Roche sur Yon	85	85191	LA ROCHE SUR YON	
85-1	La Roche sur Yon	85	85015	BEAUFOU	
85-1	La Roche sur Yon	85	85019	BELLEVIGNY	BELLEVILLE SUR VIE
85-1	La Roche sur Yon	85	85019	BELLEVIGNY	SALIGNY
85-1	La Roche sur Yon	85	85098	LA GENETOUZE	
85-1	La Roche sur Yon	85	85178	LE POIRE SUR VIE	
85-1	La Roche sur Yon	85	85129	LES LUCS SUR BOULOGNE	
85-1	La Roche sur Yon	85	85008	AUBIGNY LES CLOUZEUX	LES CLOUZEUX
85-1	La Roche sur Yon	85	85300	VENANSAULT	
85-1	La Roche sur Yon	85	85155	MOUILLERON LE CAPTIF	
85-1	La Roche sur Yon	85	85016	BEAULIEU SOUS LA ROCHE	
85-1	La Roche sur Yon	85	85211	SAINTE FLAIVE DES LOUPS	
85-1	La Roche sur Yon	85	85099	LE GIROUARD	
85-1	La Roche sur Yon	85	85118	LANDERONDE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85002	L AIGUILLON SUR VIE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85035	BRETIGNOLLES SUR MER	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85045	LA CHAIZE GIRAUD	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85060	CHATEAU D OLNNE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85103	GROSBREUIL	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85112	L ILE D OLNNE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85120	LANDEVIEILLE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85194	LES SABLES D OLNNE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85166	OLONNE SUR MER	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85214	SAINTE FOY	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85243	BREM SUR MER	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85250	SAINT MATHURIN	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85288	TALMONT SAINT HILAIRE	
85-2	Les Sables d'Olonne	85	85298	VAIRE	
85-3	Aizenay	85	85003	AIZENAY	
85-3	Aizenay	85	85055	LA CHAPELLE PALLUAU	
85-3	Aizenay	85	85130	MACHE	
85-3	Aizenay	85	85169	PALLUAU	
85-3	Aizenay	85	85260	SAINT PAUL MONT PENIT	
85-3	Aizenay	85	85006	APREMONT	
85-3	Aizenay	85	85070	COEX	
85-3	Aizenay	85	85071	COMMEQUIERS	
85-3	Aizenay	85	85054	LA CHAPELLE HERMIER	
85-3	Aizenay	85	85138	MARTINET	
85-3	Aizenay	85	85236	SAINT JULIEN DES LANDES	
85-3	Aizenay	85	85239	SAINT MAIXENT SUR VIE	
85-3	Aizenay	85	85268	SAINT REVEREND	
85-3	Aizenay	85	85150	LES ACHARDS	LA MOTHE ACHARD
85-3	Aizenay	85	85150	LES ACHARDS	LA CHAPELLE ACHARD
85-3	Aizenay	85	85218	SAINT GEORGES DE POINTINDOUX	

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
85-4	Challans	85	85018	BEAUVOIR SUR MER	
85-4	Challans	85	85024	BOIS DE CENE	
85-4	Challans	85	85029	BOUIN	
85-4	Challans	85	85062	CHATEAUNEUF	
85-4	Challans	85	85012	LA BARRE DE MONTS	
85-4	Challans	85	85221	SAINT GERVAIS	
85-4	Challans	85	85273	SAINT URBAIN	
85-4	Challans	85	85047	CHALLANS	
85-4	Challans	85	85095	FROIDFOND	
85-4	Challans	85	85096	LA GARNACHE	
85-4	Challans	85	85204	SAINT CHRISTOPHE DU LIGNERON	
85-4	Challans	85	85280	SALLERTAIN	
85-4	Challans	85	85284	SOULLANS	
85-4	Challans	85	85172	LE PERRIER	
85-4	Challans	85	85164	NOTRE DAME DE MONTS	
85-4	Challans	85	85234	SAINT JEAN DE MONTS	
85-5	Montaigu	85	85027	BOUFFERE	
85-5	Montaigu	85	85064	CHAUCHE	
85-5	Montaigu	85	85076	CUGAND	
85-5	Montaigu	85	85108	L HERBERGEMENT	
85-5	Montaigu	85	85021	LA BERNARDIERE	
85-5	Montaigu	85	85039	LA BRUFFIERE	
85-5	Montaigu	85	85072	LA COPECHAGNIERE	
85-5	Montaigu	85	85107	LA GUYONNIERE	
85-5	Montaigu	85	85038	LES BROUZILS	
85-5	Montaigu	85	85146	MONTAIGU	
85-5	Montaigu	85	85208	SAINT DENIS LA CHEVASSE	
85-5	Montaigu	85	85217	SAINT GEORGES DE MONTAIGU	
85-5	Montaigu	85	85224	SAINT HILAIRE DE LOULAY	
85-5	Montaigu	85	85295	TREIZE SEPTIERS	
85-5	Montaigu	85	85065	CHAVAGNES EN PAILLERS	
85-5	Montaigu	85	85025	LA BOISSIERE DE MONTAIGU	
85-5	Montaigu	85	85186	LA RABATELIERE	
85-6	Les Essarts	85	85081	DOMPIERRE SUR YON	
85-6	Les Essarts	85	85046	LA CHAIZE LE VICOMTE	
85-6	Les Essarts	85	85084	ESSARTS EN BOCAGE	BOULOGNE
85-6	Les Essarts	85	85089	LA FERRIERE	
85-6	Les Essarts	85	85084	ESSARTS EN BOCAGE	L'OIE
85-6	Les Essarts	85	85084	ESSARTS EN BOCAGE	LES ESSARTS
85-6	Les Essarts	85	85084	ESSARTS EN BOCAGE	SAINTE FLORENCE
85-6	Les Essarts	85	85246	SAINT MARTIN DES NOYERS	
85-6	Les Essarts	85	85202	SAINTE CECILE	
85-6	Les Essarts	85	85093	FOUGERE	
85-6	Les Essarts	85	85142	LA MERLATIERE	
85-6	Les Essarts	85	85291	THORIGNY	
85-7	Aubigny - Nieul	85	85008	AUBIGNY LES CLOUZEUX	AUBIGNY
85-7	Aubigny - Nieul	85	85026	LA BOISSIERE DES LANDES	
85-7	Aubigny - Nieul	85	85285	LE TABLIER	
85-7	Aubigny - Nieul	85	85160	NESMY	
85-7	Aubigny - Nieul	85	85161	NIEUL LE DOLENT	
85-7	Aubigny - Nieul	85	85213	RIVES DE L'YON	CHAILLE SOUS LES ORMEAUX
85-7	Aubigny - Nieul	85	85213	RIVES DE L'YON	SAINT FLORENT DES BOIS

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
85-8	Chantonnay	85	85014	BAZOGES EN PAREDS	
85-8	Chantonnay	85	85034	BOURNEZEAU	
85-8	Chantonnay	85	85051	CHANTONNAY	
85-8	Chantonnay	85	85040	LA CAILLERE SAINT HILAIRE	
85-8	Chantonnay	85	85115	LA JAUDONNIERE	
85-8	Chantonnay	85	85175	LES PINEAUX	
85-8	Chantonnay	85	85220	SAINT GERMAIN DE PRINCAY	
85-8	Chantonnay	85	85232	SAINT HILAIRE LE VOUHIS	
85-8	Chantonnay	85	85276	SAINT VINCENT STERLANGES	
85-8	Chantonnay	85	85282	SIGOURNAIS	
85-8	Chantonnay	85	85005	ANTIGNY	
85-8	Chantonnay	85	85037	BREUIL BARRET	
85-8	Chantonnay	85	85041	CEZAIS	
85-8	Chantonnay	85	85067	CHEFFOIS	
85-8	Chantonnay	85	85053	LA CHAPELLE AUX LYS	
85-8	Chantonnay	85	85059	LA CHATAIGNERAIE	
85-8	Chantonnay	85	85289	LA TARDIERE	
85-8	Chantonnay	85	85125	LOGE FOUGEREUSE	
85-8	Chantonnay	85	85141	MENOMBLET	
85-8	Chantonnay	85	85154	MOUILLERON SAINT GERMAIN	MOUILLERON EN PAREDS
85-8	Chantonnay	85	85154	MOUILLERON SAINT GERMAIN	SAINT GERMAIN L'AIGUILLER
85-8	Chantonnay	85	85229	SAINT HILAIRE DE VOUST	
85-8	Chantonnay	85	85251	SAINT MAURICE DES NOUES	
85-8	Chantonnay	85	85252	SAINT MAURICE LE GIRARD	
85-8	Chantonnay	85	85264	SAINT PIERRE DU CHEMIN	
85-8	Chantonnay	85	85271	SAINT SULPICE EN PAREDS	
85-8	Chantonnay	85	85292	THOUARSAIS BOUILDROUX	
85-8	Chantonnay	85	85305	VOUVANT	
85-8	Chantonnay	85	85066	CHAVAGNES LES REDOUX	
85-8	Chantonnay	85	85090	SEVREMONT	LA FLOCELLIERE
85-8	Chantonnay	85	85090	SEVREMONT	LA POMMERAYE SUR SEVRE
85-8	Chantonnay	85	85090	SEVREMONT	LES CHATELLIERS CHATEAUMUR
85-8	Chantonnay	85	85090	SEVREMONT	SAINT MICHEL MONT MERCURE
85-8	Chantonnay	85	85140	LA MEILLERAIE TILLY	
85-8	Chantonnay	85	85031	LE BOUPERE	
85-8	Chantonnay	85	85145	MONSIREIGNE	
85-8	Chantonnay	85	85147	MONTOURNAIS	
85-8	Chantonnay	85	85182	POUZAUGES	
85-8	Chantonnay	85	85187	REAUMUR	
85-8	Chantonnay	85	85254	SAINT MESMIN	
85-8	Chantonnay	85	85266	SAINT PROUANT	
85-8	Chantonnay	85	85287	TALLUD SAINTE GEMME	

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
85-9	Fontenay le Comte	85	85009	AUCHAY SUR VENDEE	AUZAY
85-9	Fontenay le Comte	85	85009	AUCHAY SUR VENDEE	CHAIX
85-9	Fontenay le Comte	85	85033	BOURNEAU	
85-9	Fontenay le Comte	85	85078	DAMVIX	
85-9	Fontenay le Comte	85	85080	DOIX LES FONTAINES	DOIX
85-9	Fontenay le Comte	85	85080	DOIX LES FONTAINES	FONTAINES
85-9	Fontenay le Comte	85	85087	FAYMOREAU	
85-9	Fontenay le Comte	85	85092	FONTENAY LE COMTE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85094	FOUSSAIS PAYRE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85110	L HERMENAULT	
85-9	Fontenay le Comte	85	85111	L ILE D ELLE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85167	L ORBRIE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85286	LA TAILLEE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85105	LE GUE DE VELLUIRE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85121	LE LANGON	
85-9	Fontenay le Comte	85	85139	LE MAZEAU	
85-9	Fontenay le Comte	85	85177	LE POIRE SUR VELLUIRE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85123	LIEZ	
85-9	Fontenay le Comte	85	85126	LONGEVES	
85-9	Fontenay le Comte	85	85132	MAILLE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85133	MAILLEZAIS	
85-9	Fontenay le Comte	85	85136	MARILLET	
85-9	Fontenay le Comte	85	85137	MARSAIS SAINTE RADEGONDE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85143	MERVENT	
85-9	Fontenay le Comte	85	85148	MONTREUIL	
85-9	Fontenay le Comte	85	85162	NIEUL SUR L AUTISE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85174	PETOSSE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85176	PISSOTTE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85184	PUY DE SERRE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85205	SAINT CYR DES GATS	
85-9	Fontenay le Comte	85	85227	SAINT HILAIRE DES LOGES	
85-9	Fontenay le Comte	85	85244	SAINT MARTIN DE FRAIGNEAU	
85-9	Fontenay le Comte	85	85245	SAINT MARTIN DES FONTAINES	
85-9	Fontenay le Comte	85	85256	SAINT MICHEL LE CLOUCQ	
85-9	Fontenay le Comte	85	85265	SAINT PIERRE LE VIEUX	
85-9	Fontenay le Comte	85	85269	SAINT SIGISMOND	
85-9	Fontenay le Comte	85	85281	SERIGNE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85299	VELLUIRE	
85-9	Fontenay le Comte	85	85303	VIX	
85-9	Fontenay le Comte	85	85306	XANTON CHASSENON	

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
85-10	Luçon	85	85023	BESSAY	
85-10	Luçon	85	85042	CHAILLE LES MARAIS	
85-10	Luçon	85	85049	CHAMPAGNE LES MARAIS	
85-10	Luçon	85	85058	CHASNAIS	
85-10	Luçon	85	85061	CHATEAU GUIBERT	
85-10	Luçon	85	85073	CORPE	
85-10	Luçon	85	85104	GRUES	
85-10	Luçon	85	85001	L AIGUILLON SUR MER	
85-10	Luçon	85	85036	LA BRETONNIERE	
85-10	Luçon	85	85056	LA CHAPELLE THEMER	
85-10	Luçon	85	85068	LA CLAYE	
85-10	Luçon	85	85074	LA COUTURE	
85-10	Luçon	85	85307	LA FAUTE SUR MER	
85-10	Luçon	85	85188	LA REORTHE	
85-10	Luçon	85	85117	LAIROUX	
85-10	Luçon	85	85131	LES MAGNILS REIGNIERS	
85-10	Luçon	85	85128	LUCON	
85-10	Luçon	85	85135	MAREUIL SUR LAY DISSAIS	
85-10	Luçon	85	85149	MOREILLES	
85-10	Luçon	85	85157	MOUTIERS SUR LE LAY	
85-10	Luçon	85	85158	MOUZEUIL SAINT MARTIN	
85-10	Luçon	85	85159	NALLIERS	
85-10	Luçon	85	85171	PEAULT	
85-10	Luçon	85	85181	POUILLE	
85-10	Luçon	85	85185	PUYRAVAULT	
85-10	Luçon	85	85193	ROSNAY	
85-10	Luçon	85	85199	SAINT AUBIN LA PLAINE	
85-10	Luçon	85	85207	SAINT DENIS DU PAYRE	
85-10	Luçon	85	85209	SAINT ETIENNE DE BRILLOUET	
85-10	Luçon	85	85233	SAINT JEAN DE BEUGNE	
85-10	Luçon	85	85235	SAINT JUIRE CHAMPGILLON	
85-10	Luçon	85	85237	SAINT LAURENT DE LA SALLE	
85-10	Luçon	85	85248	SAINT MARTIN LARS EN SAINTE HERMINE	
85-10	Luçon	85	85255	SAINT MICHEL EN L HERM	
85-10	Luçon	85	85274	SAINT VALERIEEN	
85-10	Luçon	85	85216	SAINTE GEMME LA PLAINE	
85-10	Luçon	85	85223	SAINTE HERMINE	
85-10	Luçon	85	85261	SAINTE PEXINE	
85-10	Luçon	85	85267	SAINTE RADEGONDE DES NOYERS	
85-10	Luçon	85	85290	THIRE	
85-10	Luçon	85	85297	TRIAIZE	
85-10	Luçon	85	85304	VOUILLE LES MARAIS	

Territoire	Site	Département de la commune	Code INSEE	Nom des communes	Communes déléguées
85-11	Jar - La Tranche	85	85010	AVRILLE	
85-11	Jar - La Tranche	85	85077	CURZON	
85-11	Jar - La Tranche	85	85114	JARD SUR MER	
85-11	Jar - La Tranche	85	85050	LE CHAMP SAINT PERE	
85-11	Jar - La Tranche	85	85101	LE GIVRE	
85-11	Jar - La Tranche	85	85156	MOUTIERS LES MAUXFAITS	
85-11	Jar - La Tranche	85	85179	POIROUX	
85-11	Jar - La Tranche	85	85200	SAINT AVAUGOURD DES LANDES	
85-11	Jar - La Tranche	85	85206	SAINT CYR EN TALMONDAIS	
85-11	Jar - La Tranche	85	85231	SAINT HILAIRE LA FORET	
85-11	Jar - La Tranche	85	85277	SAINT VINCENT SUR GRAON	
85-11	Jar - La Tranche	85	85278	SAINT VINCENT SUR JARD	
85-11	Jar - La Tranche	85	85004	ANGLES	
85-11	Jar - La Tranche	85	85116	LA JONCHERE	
85-11	Jar - La Tranche	85	85294	LA TRANCHE SUR MER	
85-11	Jar - La Tranche	85	85022	LE BERNARD	
85-11	Jar - La Tranche	85	85127	LONGEVILLE SUR MER	
85-11	Jar - La Tranche	85	85201	SAINT BENOIST SUR MER	
85-12	Les Herbiers	85	85048	CHAMBRETAUD	
85-12	Les Herbiers	85	85082	LES EPESES	
85-12	Les Herbiers	85	85109	LES HERBIERS	
85-12	Les Herbiers	85	85144	MESNARD LA BAROTIERE	
85-12	Les Herbiers	85	85153	MOUCHAMPS	
85-12	Les Herbiers	85	85192	ROCHETREJOUX	
85-12	Les Herbiers	85	85242	SAINT MARS LA REORTHE	
85-12	Les Herbiers	85	85259	SAINT PAUL EN PAREDS	
85-12	Les Herbiers	85	85301	VENDRENNES	
85-12	Les Herbiers	85	85013	BAZOGES EN PAILLERS	
85-12	Les Herbiers	85	85017	BEAUREPAIRE	
85-12	Les Herbiers	85	85097	LA GAUBRETIERE	
85-12	Les Herbiers	85	85119	LES LANDES GENUSSON	
85-12	Les Herbiers	85	85196	SAINT ANDRE GOULE D OIE	
85-12	Les Herbiers	85	85215	SAINT FULGENT	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85302	LA VERRIE	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85134	MALLIEVRE	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85151	MORTAGNE SUR SEVRE	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85198	SAINT AUBIN DES ORMEAUX	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85238	SAINT LAURENT SUR SEVRE	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85240	SAINT MALO DU BOIS	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85247	SAINT MARTIN DES TILLEULS	
85-13	Mortagne sur Sèvre	85	85296	TREIZE VENTS	
85-14	Saint Gilles Croix de Vie	85	85100	GIVRAND	
85-14	Saint Gilles Croix de Vie	85	85088	LE FENOILLER	
85-14	Saint Gilles Croix de Vie	85	85189	NOTRE DAME DE RIEZ	
85-14	Saint Gilles Croix de Vie	85	85222	SAINT GILLES CROIX DE VIE	
85-14	Saint Gilles Croix de Vie	85	85226	SAINT HILAIRE DE RIEZ	
85-16	L'île d'Yeu	85	85113	L ILE D YEU	
85-19	Noirmoutier	85	85011	BARBATRE	
85-19	Noirmoutier	85	85083	L EPINE	
85-19	Noirmoutier	85	85106	LA GUERINIÈRE	
85-19	Noirmoutier	85	85163	NOIRMOUTIER EN L ILE	

Nota : les communes ci-dessous sont prises en charge par la PDSA de Loire-Atlantique

44-10	Sud Loire Vendée	85	85086	FALLERON	
44-10	Sud Loire Vendée	85	85102	GRAND LANDES	
44-10	Sud Loire Vendée	85	85190	ROCHESERVIERE	
44-10	Sud Loire Vendée	85	85197	MONTREVERT	MORMAISON
44-10	Sud Loire Vendée	85	85197	MONTREVERT	SAINT ANDRE TREIZE VOIES
44-10	Sud Loire Vendée	85	85197	MONTREVERT	SAINT SULPICE LE VERDON
44-10	Sud Loire Vendée	85	85210	SAINT ETIENNE DU BOIS	
44-10	Sud Loire Vendée	85	85262	SAINT PHILBERT DE BOUAINE	

La commune ci-dessous est prise en charge par la PDSA de Maine-et-Loire

49-6	Cholet	85	85293	TIFFAUGES	
------	--------	----	-------	-----------	--

Les communes ci-dessous par la PDSA des Deux-Sèvres (cahier des charges de l'ARS Poitou-Charentes)

79	Niort est et ouest	85	85020	BENET	
79	Niort est et ouest	85	85028	BOUILLE COURDAULT	
79	Niort est et ouest	85	85168	OULMES	

Vendée – médecins mobiles

85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85014	BAZOGES EN PAREDS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85040	LA CAILLERE SAINT HILAIRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85115	LA JAUDONNIERE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85009	AUCHAY SUR VENDEE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85033	BOURNEAU
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85078	DAMVIX
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85080	DOIX LES FONTAINES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85087	FAYMOREAU
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85092	FONTENAY LE COMTE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85094	FOUSSAIS PAYRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85105	LE GUE DE VELLUIRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85110	L HERMENAULT
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85111	L ILE D ELLE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85121	LE LANGON
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85123	LIEZ
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85126	LONGEVES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85132	MAILLE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85133	MAILLEZAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85136	MARILLET
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85137	MARSAIS SAINTE RADEGONDE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85139	LE MAZEAU
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85143	MERVENT
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85148	MONTREUIL
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85162	NIEUL SUR L AUTISE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85167	L ORBRIE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85174	PETOSSE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85176	PISSOTTE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85177	LE POIRE SUR VELLUIRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85184	PUY DE SERRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85205	SAINT CYR DES GATS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85227	SAINT HILAIRE DES LOGES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85244	SAINT MARTIN DE FRAIGNEAU
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85245	SAINT MARTIN DES FONTAINES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85256	SAINT MICHEL LE CLOUCQ
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85265	SAINT PIERRE LE VIEUX
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85269	SAINT SIGISMOND
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85281	SERIGNE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85286	LA TAILLEE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85299	VELLUIRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85303	VIX

85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85306	XANTON CHASSENON
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85005	ANTIGNY
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85037	BREUIL BARRET
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85041	CEZAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85053	LA CHAPELLE AUX LYS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85059	LA CHATAIGNERAIE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85067	CHEFFOIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85125	LOGE FOUGEREUSE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85141	MENOMBLET
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85154	MOUILLERON SAINT GERMAIN
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85229	SAINT HILAIRE DE VOUST
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85251	SAINT MAURICE DES NOUES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85252	SAINT MAURICE LE GIRARD
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85264	SAINT PIERRE DU CHEMIN
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85271	SAINT SULPICE EN PAREDS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85289	LA TARDIERE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85292	THOUARSAIS BOULDROUX
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85305	VOUVANT
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85001	L AIGUILLON SUR MER
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85042	CHAILLE LES MARAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85049	CHAMPAGNE LES MARAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85056	LA CHAPELLE THEMER
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85058	CHASNAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85104	GRUES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85117	LAIROUX
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85128	LUCON
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85131	LES MAGNILS REIGNIERS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85149	MOREILLES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85158	MOUZEUIL SAINT MARTIN
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85159	NALLIERS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85181	POUILLE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85185	PUYRAVAULT
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85188	LA REORTHE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85199	SAINT AUBIN LA PLAINE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85207	SAINT DENIS DU PAYRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85209	SAINT ETIENNE DE BRILLOUET
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85216	SAINTE GEMME LA PLAINE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85223	SAINTE HERMINE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85233	SAINT JEAN DE BEUGNE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85235	SAINT JUIRE CHAMPGILLON
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85237	SAINT LAURENT DE LA SALLE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85248	SAINT MARTIN LARS EN SAINTE HERMINE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85255	SAINT MICHEL EN L HERM
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85267	SAINTE RADEGONDE DES NOYERS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85274	SAINT VALERIEN
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85290	THIRE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85297	TRIAIZE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85304	VOUILLE LES MARAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85031	LE BOUPERE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85066	CHAVAGNES LES REDOUX
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85090	SEVREMONT
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85140	LA MEILLERAIE TILLY
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85145	MONSIREIGNE
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85147	MONTOURNAIS
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85182	POUZAUGES
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85187	REAUMUR
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85254	SAINT MESMIN
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85287	TALLUD SAINTE GEMME
85-M-3	Fontenay-le-Comte	85	85307	LA FAUTE SUR MER

85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85003	AIZENAY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85008	AUBIGNY LES CLOUZEUX
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85160	NESMY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85213	RIVES DE L'YON
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85285	LE TABLIER
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85034	BOURNEZEAU
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85051	CHANTONNAY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85220	SAINT GERMAIN DE PRINCAY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85232	SAINT HILAIRE LE VOUHIS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85276	SAINT VINCENT STERLANGES
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85282	SIGOURNAIS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85046	LA CHAIZE LE VICOMTE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85081	DOMPIERRE SUR YON
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85089	LA FERRIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85093	FOUGERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85142	LA MERLATIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85291	THORIGNY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85191	LA ROCHE SUR YON
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85015	BEAUFOU
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85019	BELLEVIGNY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85098	LA GENETOUZE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85129	LES LUCS SUR BOULOGNE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85155	MOUILLERON LE CAPTIF
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85178	LE POIRE SUR VIE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85084	ESSARTS EN BOCAGE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85202	SAINTE CECILE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85246	SAINT MARTIN DES NOYERS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85048	CHAMBRETAUD
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85082	LES EPESES
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85109	LES HERBIERS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85144	MESNARD LA BAROTIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85153	MOUCHAMPS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85192	ROCHETREJOUX
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85242	SAINT MARS LA REORTHE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85259	SAINT PAUL EN PAREDS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85301	VENDRENNES
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85021	LA BERNARDIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85027	BOUFFERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85038	LES BROUZILS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85039	LA BRUFFIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85064	CHAUCHE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85072	LA COPECHAGNIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85076	CUGAND
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85107	LA GUYONNIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85108	L HERBERGEMENT
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85146	MONTAIGU
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85208	SAINT DENIS LA CHEVASSE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85217	SAINT GEORGES DE MONTAIGU
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85224	SAINT HILAIRE DE LOULAY
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85295	TREIZE SEPTIERS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85134	MALLIEVRE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85151	MORTAGNE SUR SEVRE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85198	SAINT AUBIN DES ORMEAUX
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85238	SAINT LAURENT SUR SEVRE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85240	SAINT MALO DU BOIS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85247	SAINT MARTIN DES TILLEULS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85296	TREIZE VENTS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85302	LA VERRIE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85266	SAINT PROUANT

85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85013	BAZOGES EN PAILLERS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85017	BEAUREPAIRE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85025	LA BOISSIERE DE MONTAIGU
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85065	CHAVAGNES EN PAILLERS
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85097	LA GAUBRETIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85119	LES LANDES GENUSSON
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85186	LA RABATELIERE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85196	SAINT ANDRE GOULE D OIE
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85215	SAINT FULGENT
85-M-2	La Roche-sur-Yon	85	85300	VENANSAULT
85-M-1-s	La Roche-sur-Yon	85	85118	LANDERONDE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85055	LA CHAPELLE PALLUAU
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85130	MACHE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85169	PALLUAU
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85260	SAINT PAUL MONT PENIT
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85026	LA BOISSIERE DES LANDES
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85161	NIEUL LE DOLENT
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85012	LA BARRE DE MONTS
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85018	BEAUVOIR SUR MER
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85024	BOIS DE CENE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85029	BOUIN
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85062	CHATEAUNEUF
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85221	SAINT GERVAIS
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85273	SAINT URBAIN
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85002	L AIGUILLON SUR VIE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85035	BRETIGNOLLES SUR MER
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85045	LA CHAIZE GIRAUD
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85112	L ILE D OLONNE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85120	LANDEVIEILLE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85243	BREM SUR MER
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85250	SAINT MATHURIN
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85298	VAIRE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85047	CHALLANS
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85095	FROIDFOND
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85096	LA GARNACHE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85204	SAINT CHRISTOPHE DU LIGNERON
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85280	SALLERTAINE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85284	SOULLANS
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85175	LES PINEAUX SAINT-OUEN

85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85006	APREMONT
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85054	LA CHAPELLE HERMIER
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85070	COEX
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85071	COMMEQUIERS
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85138	MARTINET
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85236	SAINT JULIEN DES LANDES
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85239	SAINT MAIXENT SUR VIE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85268	SAINT REVEREND
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85010	AVRILLE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85050	LE CHAMP SAINT PERE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85077	CURZON
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85101	LE GIVRE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85114	JARD SUR MER
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85156	MOUTIERS LES MAUXFAITS
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85179	POIROUX
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85200	SAINT AVAUGOURD DES LANDES
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85206	SAINT CYR EN TALMONDAIS
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85231	SAINT HILAIRE LA FORET
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85277	SAINT VINCENT SUR GRAON
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85278	SAINT VINCENT SUR JARD
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85004	ANGLES
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85022	LE BERNARD
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85116	LA JONCHERE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85127	LONGEVILLE SUR MER
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85201	SAINT BENOIST SUR MER
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85294	LA TRANCHE SUR MER
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85060	CHATEAU D OLLONNE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85103	GROSBREUIL
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85166	OLLONNE SUR MER
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85194	LES SABLES D OLLONNE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85214	SAINTE FOY
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85288	TALMONT SAINT HILAIRE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85023	BESSAY
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85036	LA BRETONNIERE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85061	CHATEAU GUIBERT
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85068	LA CLAYE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85073	CORPE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85074	LA COUTURE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85135	MAREUIL SUR LAY DISSAIS
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85157	MOUTIERS SUR LE LAY
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85171	PEAULT
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85193	ROSNAVY
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85261	SAINTE PEXINE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85011	BARBATRE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85083	L EPINE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85106	LA GUERINIERE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85163	NOIRMOUTIER EN L ILE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85088	LE FENOULLER
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85100	GIVRAND
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85189	NOTRE DAME DE RIEZ
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85222	SAINT GILLES CROIX DE VIE
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85226	SAINT HILAIRE DE RIEZ
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85164	NOTRE DAME DE MONTS
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85172	LE PERRIER
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85234	SAINT JEAN DE MONTS
85-M-1-n	Les Sables-d'Olonne	85	85016	BEAULIEU SOUS LA ROCHE
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85099	LE GIROUARD
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85152	LES ACHARDS
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85211	SAINTE FLAIVE DES LOUPS
85-M-1-s	Les Sables-d'Olonne	85	85218	SAINT GEORGES DE POINTINDOUX

Communes rattachées à l'organisation de la PDSA de Loire-Atlantique

44	Corcoué-sur-Logne	85	85086	FALLERON
44	Corcoué-sur-Logne	85	85102	GRAND LANDES
44	Corcoué-sur-Logne	85	85190	ROCHESERVIERE
44	Corcoué-sur-Logne	85	85197	MONTREVERT
44	Corcoué-sur-Logne	85	85210	SAINT ETIENNE DU BOIS
44	Corcoué-sur-Logne	85	85262	SAINT PHILBERT DE BOUAINE

Commune rattachée à l'organisation de la PDSA de **Maine-et-Loire**

49-6	Cholet	85	85293	TIFFAUGES
------	--------	----	-------	-----------

Communes rattachées à l'organisation de la région Poitou-Charentes, département des **Deux-Sèvres**

79	Niort est et ouest	85	85020	BENET
79	Niort est et ouest	85	85028	BOUILLE COURDAULT
79	Niort est et ouest	85	85168	OULMES

C. Autorisation ministérielle de financer rémunération forfaitaires des médecins participant aux gardes et à la régulation médicale téléphonique et celle des actes effectués dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire médicale par des crédits du FIR

30 décembre 2016

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 78 sur 223

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 27 décembre 2016 autorisant l'agence régionale de santé des Pays de la Loire à bénéficier des modalités de financement de la permanence des soins en médecine ambulatoire en application de l'article L.1435-5 du code de la santé publique

NOR : AFSS1638431A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la sécurité sociale, et notamment son article L.162-5-14 ;
Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L.1435-5 et L.1435-8 ;
Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 20 décembre 2016 ;
Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 16 décembre 2016,

Arrête :

Art. 1^{er}. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale autorisent l'agence régionale de santé des Pays de la Loire à bénéficier, à compter du 1^{er} janvier 2017, des modalités de financement de la permanence des soins en médecine ambulatoire en application du II de l'article L.1435-5 du code de la santé publique pour une durée de trois ans.

Art. 2. – Cette modalité de financement s'applique sur l'ensemble de la région des Pays de la Loire, excepté Nantes et Saint-Nazaire en Loire Atlantique ainsi que l'Île d'Yeu en Vendée.

Art. 3. – Le directeur de la sécurité sociale et la directrice générale de l'offre de soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 27 décembre 2016.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*Le chef de service
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*

F. GODINEAU

*Le ministre de l'économie
et des finances,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement du directeur
de la sécurité sociale :

*Le chef de service
adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*

F. GODINEAU

*La directrice générale
de l'offre de soins,*
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ