

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ,  
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES**

**Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire**

NOR : SANH0324953A

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment l'article R. 735 ;

Vu l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

Vu le code de déontologie médicale, modifié par le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003, et notamment l'article 77,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le cahier des charges départemental mentionné à l'article R. 735 du code de la santé publique susvisé comprend les éléments suivants :

I. – Etat des lieux.

Il prend en compte les éléments suivants :

L'identification des secteurs préexistants.

Les données géographiques et les données sur les infrastructures routières permettant de déterminer les temps d'accès.

Les données relatives aux transports sanitaires (nombre et répartition des entreprises de transports sanitaires, implantation des services mobiles d'urgence et de réanimation...).

Les données relatives aux besoins de soins de la population.

Les caractéristiques démographiques de la population et des professions de santé, notamment des médecins généralistes.

Les zones considérées comme sous-médicalisées.

Les données relatives à l'offre de soins locale existante, notamment l'activité la nuit et le week-end des établissements de santé ou de toute organisation assurant la permanence des soins.

Les conditions et difficultés particulières d'exercice liées à l'environnement et à la sécurité du secteur.

II. – Sectorisation.

Sont définis :

Les secteurs de permanence des soins dans chaque département. Leur délimitation doit permettre l'accès à un médecin de permanence. Elle doit être simple et lisible pour l'ensemble des acteurs et respecter les règles de sécurité tant pour les patients que pour les médecins, en termes d'accès et de délai de réponse notamment. La sectorisation tient compte du nombre de médecins en situation d'assurer les permanences.

Les adaptations de la sectorisation pour répondre à une situation particulière et permettre, compte tenu de variations d'activité de l'offre de soins locale existante, des demandes de soins non programmées ou de caractéristiques épidémiologiques, de regrouper des secteurs ou à l'inverse de les diviser.

Les situations particulières qui justifient que la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le secteur soit assurée par plusieurs médecins.

III. – Régulation médicale.

Sont précisées :

1. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la régulation médicale des appels téléphoniques relevant de la permanence des soins en médecine ambulatoire et notamment :

– les modalités de participation des médecins libéraux à la régulation médicale des appels de permanence des soins en médecine ambulatoire ;

– les adaptations à apporter à l'organisation pour tenir compte des variations d'activité ainsi que les éventuelles modalités d'une régulation médicale au niveau interdépartemental ou régional.

2. Les conditions de fonctionnement de la régulation des appels de permanence des soins en médecine ambulatoire dans le cadre du SAMU ou au sein de ses locaux et le cas échéant les modalités d'interconnexion des deux régulations ainsi que les moyens qui y sont consacrés en termes de logistiques et de personnel ;

3. Les modalités de coordination entre le médecin régulateur et le médecin de permanence, les modalités d'intervention de ce dernier et d'informations réciproques sur le patient et sa prise en charge.

IV. – Tableau de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Sont définis :

Les modalités d'élaboration et de mise à jour des tableaux de secteurs et du tableau de permanence départemental.

La durée de validité des tableaux de secteurs et du tableau de permanence départemental (minimum trois mois).

Le délai de transmission des modifications apportées aux tableaux de secteurs, au tableau de permanence départemental et à ses annexes, qui doit permettre aux DDASS d'adapter le dispositif dans les plus brefs délais.

Les modalités, et notamment le délai, selon lesquelles le conseil départemental de l'ordre des médecins informe le préfet de ses difficultés à compléter le tableau de permanence.

V. – Dispositions spécifiques.

Peuvent également participer au dispositif de permanence :

Les médecins des centres de santé.

Les médecins exerçant en maison médicale.

Les associations de permanence des soins.

Sont définies :

Les conditions de participation au tableau de permanence des médecins exerçant en maison médicale, notamment les modalités de prise en charge d'une part, des patients se présentant à la maison médicale et, d'autre part, au domicile d'un patient à la demande du médecin régulateur.

Les modalités de participation des associations de permanence des soins et d'organisation de leur réponse aux demandes de la régulation médicale.

Les organisations particulières dans lesquelles le médecin de permanence accueillant les patients dans un lieu défini est différent du médecin amené à se déplacer au domicile du patient.

Les articulations entre les médecins de permanence et l'ensemble des moyens qui, en dehors de ce dispositif, participent à la réponse à la demande de soins non programmés (maison médicale, hôpital local, cliniques, services d'urgences...).

VI. – Sont précisés :

L'état des lieux et les prévisions des moyens humains, matériels ou financiers mis à disposition par les collectivités locales, les services de l'Etat, l'assurance maladie et les mutuelles pour la régulation médicale et le dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

VII. – Suivi et évaluation.

Les indicateurs de suivi, permettant de réaliser annuellement une évaluation de l'ensemble du dispositif (sectorisation, régulation, tableau de permanence et articulation entre le système de permanence des soins et les autres modalités de réponse aux demandes de soins non programmés), sont définis.

VIII. – Révision du cahier des charges départemental.

La révision intervient au plus tard tous les trois ans.

**Art. 2.** – Le présent arrêté sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 12 décembre 2003.

JEAN-FRANÇOIS MATTEI

**Arrêté du 16 décembre 2003  
portant agrément d'une mutuelle**

NOR : SANS0324967A

Le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité et le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la mutualité, et notamment les articles L. 211-7, L. 211-8, L. 211-10, R. 211-3, R. 211-7 et R. 211-9 ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la mutualité en date du 1<sup>er</sup> octobre 2003 ;

Vu, avec les pièces à l'appui, la demande d'agrément présentée par la Mutuelle pour la prévoyance et les garanties sociales (MGPS),

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La Mutuelle pour la prévoyance et les garanties sociales (MGPS), inscrite au registre national des mutuelles sous le