



## **Permanence des soins :**

## **Présentation des mesures pour les fêtes de fin d'année, les samedis après-midi et les ponts**

## **Dossier de Presse**

## Sommaire

---

- I- **Les mesures annoncées en matière de permanence des soins pour les fêtes de fin d'année, les samedis après-midi et les ponts**
  
- II- **La permanence de soins en médecine de ville**
  
- III- **La démographie médicale en France et les difficultés d'accès aux soins**

**Annexes :**

***Cartographie de la démographie médicale***



---

## **Invitation presse Permanence des soins – Fêtes de fin d'année**

---

*Paris, le 11 décembre 2007*

**Mercredi 12 décembre 2007 - 16h45**

**Présentation des mesures exceptionnelles mises en place  
pour assurer la permanence des soins lors des fêtes de fin  
d'année  
&  
rencontre avec des médecins généralistes**

*A l'occasion du*

**Déplacement de Roselyne Bachelot-Narquin à Gagny (93)**

**Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports se rendra mercredi 12 décembre à 16h45, dans un cabinet médical à Gagny, en Seine-Saint-Denis - 91, rue Aristide Briand - 93220.**

**La ministre rencontrera plusieurs médecins généralistes et leur présentera les aides exceptionnelles débloquées afin d'assurer une meilleure permanence des soins lors des fêtes de fin d'année:**

► **Organisation des gardes des médecins généralistes les 24 et 31 décembre et mesures financières pour les soutenir ;**

► **Organisation de la permanence des soins les samedis après-midi assurée par les médecins généralistes et ouverture de négociations conventionnelles pour son financement ;**

► **Rappel du dispositif mis en place sur tout le territoire pour assurer l'accès à tous à un médecin :**

- **permanence le week-end, les jours fériés et les nuits;**
- **un médecin de garde par secteur de permanence des soins ;**
- **participation des médecins libéraux à la régulation au sein du SAMU ;**
- **rémunération des astreintes des médecins pendant ces périodes, ainsi que majoration des actes à partir du samedi après-midi.**

## **I – Les mesures annoncées en matière de permanence des soins pour les fêtes de fin d’année, les samedis après-midi et les ponts**

---

### **→ Rémunération des lundis 24 et 31 décembre, au même titre que les jours fériés**

Les médecins généralistes sont au cœur du dispositif de premier recours. Ce sont ceux que les patients appellent quand leur état le nécessite et leur présence est indispensable, y compris lors des périodes de congés.

**La permanence des soins sera donc organisée comme cela est prévu les week-ends et les jours fériés, mais pour la première fois cette année en incluant le « pont » du lundi, à la fois pour le 24 et pour le 31 décembre.**

**Ces deux lundis seront rémunérés au titre de l’astreinte, comme s’il s’agissait de jours fériés.**

<p><b>Rémunération pour les médecins pour les 24 et 31 décembre (de 8h à 20h) : 150 euros par jour</b> <b>Budget global de la mesure : 750 000 euros</b></p>
--

### **→ Ouverture des négociations conventionnelles pour le financement de la permanence des soins les samedis après midi et lors des ponts et réduction du nombre de secteurs**

L’UNCAM ouvrira des négociations conventionnelles très rapidement pour que **les samedis après-midi et les ponts puissent être organisés de manière définitive au titre de la permanence des soins**, comme cela est rendu possible par le décret du 22 décembre 2006.

Dans le même temps, **une instruction aux préfets**, qui président les comités départementaux de l’aide médicale urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS), sera donnée **afin qu’ils veillent à ce que la réduction du nombre de secteurs, commencée en 2005, soit poursuivie.**

Il conviendra de tenir compte à la fois du nombre d’actes effectivement réalisés dans chaque secteur ainsi que des temps d’accès.

La réduction du nombre de secteurs permettra de mobiliser le nombre de médecins nécessaire.

## II – La permanence des soins en médecine de ville

---

### A. Les règles de la permanence de soins

La permanence des soins en médecine ambulatoire est un dispositif qui doit d'une part permettre **la prise en charge des demandes de soins non programmés par la médecine libérale et d'autre part assurer une coordination de la régulation libérale et hospitalière.**

Les principes d'organisation sont les suivants (*articles R.6313-1 à 6313-4 et R.6315-1 à 6315-7 du code de la santé publique*) :

→ Le CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires) organise la permanence des soins dans le département et élabore le cahier des charges départemental. Ce comité est présidé par le Préfet.

→ Le département est divisé en secteurs par arrêté du Préfet après consultation du CODAMUPS.

→ La permanence est **assurée par les médecins libéraux et/ou les associations de permanence des soins dans chaque secteur selon le tableau départemental de permanence.**

La participation des médecins est volontaire.

En cas d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, celui-ci consulte les organisations représentatives des médecins libéraux et des centres de santé pour compléter le tableau de permanence. Si ce tableau reste incomplet, le Préfet procède aux réquisitions nécessaires.

→ La régulation médicale des demandes de soins non programmés est organisée au niveau départemental. Elle peut être soit intégrée dans le SAMU, soit distincte du SAMU mais présente dans ses locaux avec éventuellement un numéro spécifique, soit séparée du SAMU mais interconnecté avec celui-ci.

En février 2007, il n'y avait plus que neuf départements qui n'avaient pas accès à une régulation médicale généraliste spécifique.

Dans les départements ayant accès à une régulation médicale spécifique, la plupart se situent au sein des centres 15.

**Le dernier texte réglementaire relatif à la permanence des soins est le décret du 22 décembre 2006 qui permet notamment :**

→ D'élargir la permanence des soins au samedi après-midi et aux « ponts » par décision du Préfet après avis du CODAMUPS;

→ Le renforcement de la régulation libérale par le recrutement de médecins libéraux en dehors des horaires de la permanence des soins ;

→ D'élargir le CODAMUPS aux pharmaciens et aux urgentistes des structures privées quand elles sont présentes dans le département.

## **B. Les axes définis pour 2007**

Les acteurs de l'urgence et de la permanence des soins ont été réunis le 12 février 2007 sous la forme du Groupe national de concertation permanent sur les urgences et la permanence des soins, pour faire le point sur les avancées, aborder les difficultés et définir des perspectives d'évolution.

Les axes définis pour 2007 sont le renforcement de la régulation, ainsi qu'une meilleure organisation de la PDS, parallèlement à la poursuite de l'amélioration de la filière urgences et de la garde ambulancière.

### ***1. améliorer la régulation en renforçant les SAMU :***

Plusieurs mesures de renforcement des SAMU ont été annoncées et notamment :

→ le recrutement de 300 permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) supplémentaires,

→ la mise à niveau des équipements techniques des SAMU (autocommutateurs, radio communication, répertoire opérationnel des ressources).

### ***2. mieux organiser la permanence des soins :***

→ avec une circulaire offrant un nouveau cadre aux maisons médicales de garde,

→ en améliorant l'organisation de la permanence des soins en deuxième partie de nuit pour les visites incompressibles : un transfert de l'enveloppe ville vers l'ONDAM hospitalier permettra de rembourser les établissements des frais engagés pour les visites à domicile par une loi rectificative à la LFSS 2007 dans la LFSS 2008,

→ mettre en place un suivi avec la DSS et l'UNCAM,

→ faire évaluer la permanence des soins au sein des CODAMUPS.

## **C. la rémunération de la permanence des soins**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2007, la consultation et la visite sont à 22€.

Par ailleurs, il existe des majorations qui s'appliquent d'ores et déjà aux samedis après-midi : ce sont des majorations qui préexistaient à celles mises en place par l'avenant n°4 et qui continuent de s'appliquer pour les actes non régulés.

### **Majorations aux « conditions habituelles » :**

#### **→ La majoration de déplacement de dimanche ou jour férié pour les visites :**

Son montant est fixé à 22,60 euros.

Justifiée par des critères médicaux ou sociaux, elle s'applique à partir du samedi midi

=> 22€ la visite	+	22,60 €	= 44,60€
------------------	---	---------	----------

#### **→ La majoration de dimanche (MDD) et jours fériés (F) pour les consultations en cabinet :**

Son montant est fixé à 19,06 euros.

La majoration de dimanche s'applique à partir du samedi midi, uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin de garde.

=> 22€ la consultation	+	19,06€	= 41,06€
------------------------	---	--------	----------

#### **→ La majoration d'urgence (MU) :**

Son montant est fixé à 22,60 euros.

C'est la cotation à utiliser lorsque les consultations sont interrompues pour une visite d'urgence :

- soit à la demande du centre de réception et de régulation des appels du Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) ;
- soit à la demande expresse et motivée du patient.



La majoration d'urgence peut se cumuler avec :

- la cotation des indemnités horo-kilométriques (IK) ;
- la cotation d'un électrocardiogramme.

Elle ne peut pas se cumuler avec :

- la majoration de nuit ou de milieu de nuit (MDN, MDI) ;
- la majoration de dimanche et jours fériés (MDD) ;
- la majoration de déplacement (MD).

**Dans l'avenant 4, les « majorations spécifiques » sont liées à la régulation :**

*« Ainsi, lorsque le médecin inscrit sur le tableau de permanence ou appartenant à une association de permanence des soins et inscrit, conformément à l'article R. 731 du code de la santé publique, auprès du conseil départemental de l'ordre intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, en application des dispositions de l'article R. 732 du code de la santé publique, il bénéficie de majorations spécifiques. »*

	Visite à domicile	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 heures-0 heure/6 heures-8 heures .....	46,00 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit 0 heure-6 heures .....	55,00 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés .....	30,00 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques sont également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervient sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible.

Ces majorations spécifiques ne sont pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jours fériés ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités horokilométriques (IK) de l'article 13 (C) des conditions générales de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels–, définies dans l'annexe tarifaire de la convention nationale.

Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnent lieu à l'application et la prise en charge par l'assurance maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles.

⇒ Les conditions sont donc :

- l'inscription au tableau de permanence ;
- la demande d'intervention par le médecin régulateur.

A partir du moment où la permanence des soins le samedi après midi sera prévue dans le cahier des charges, les conditions pour toucher les majorations seront réunies.

*Schéma prévisionnel*

22€ de consultation + 26,5 € de majoration spécifique de dimanche = 48,5€

22€ de visite + 30€ de majoration spécifique de dimanche = 52€

### **III– La démographie médicale en France et les difficultés d'accès aux soins**

---

#### **A- Les insuffisances de la permanence des soins**

La permanence des soins a fait l'objet de plusieurs rapports d'évaluation qui ont mis en avant les limites du système actuel.

En mars 2006, a été rendu public le rapport conjoint IGAS IGA sur l' « Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire » dont les conclusions ont inspiré le décret du 22 décembre 2006.

Plus récemment le rapport de la Cour des comptes sur les urgences a pointé l' *"insuffisance de l'articulation"* avec les médecins de ville, et le fait que si 70% des médecins libéraux participent à la permanence des soins (gardes, astreintes), *"certaines zones restent sans couverture médicale libérale"* et la *"mobilisation des médecins en seconde partie de nuit présente des difficultés"*.

Le rapport d'information sur la prise en charge des urgences médicales, présenté la 7 février 2007 par le député Georges Colombier a quant à lui défini 6 objectifs et formulé 50 propositions pour une meilleure prise en charge des urgences médicales.

#### **B- L'illustration concrète des difficultés d'accès aux soins**

La répartition géographique donne lieu à des zones déficitaires en professionnels de santé en milieu rural et semi-urbain. La notion de déficit concerne l'analyse du nombre de médecins pour une zone géographique donnée.

Ainsi, on considère que **2,6 millions** de Français vivent dans des zones actuellement déficitaires et que **4 millions** ont des difficultés d'accès aux soins.

→ **25 départements** comptent moins d'1 médecin généraliste pour 1000 habitants.

→ **sept départements** ne disposent d'aucun stomatologue en activité et bien d'autres font face à une grande rareté de stomatologues.

→ **les délais de rendez-vous** sont très élevés pour les spécialistes libéraux, comme en Lorraine :

*Enquête URML l'accès au spécialiste libéral en Lorraine Décembre 2005*

DÉLAI DE RENDEZ-VOUS MOYEN PAR SPÉCIALITÉ POUR UN NOUVEAU PATIENT		
	DÉLAI DE RENDEZ-VOUS EN NOMBRE DE JOURS	MOYENNE GÉNÉRALE
CARDIOLOGIE	24,81	23,06
PÉDIATRIE	13,44	10,33
PNEUMOLOGIE, ALLERGOLOGIE	22,54	22,54
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE	12,91	9,84
GYNÉCOLOGIE MÉDICALE	18,89	15,56
NEUROLOGIE	22,19	22,05
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉÉDUCATION FONCTIONNELLE, RHUMATOLOGIE, ENDOCRINOLOGIE	20,86	20,27
DERMATOLOGIE, ANGIÉOLOGIE	30,87	28,42
GASTRO ENTÉROLOGIE	12,35	11,24
CHIRURGIE	14,49	14
OPHTALMOLOGIE	87	78,92
RADIOLOGIE	9,53	9,53
PSYCHIATRIE	22,89	21,44
ORL	9,92	9,80
TOTAL	23,57	21,92

→ **Région Lorraine** : si aucune mesure n'est prise en Lorraine, la Meuse sera quasi intégralement (à l'exception d'un canton) sous dotée en médecins généralistes en 2015. On estime que la démographie tombera à 2,6 médecins pour 5.000 habitants en 2015 contre 4,3 en 2006, soit une diminution de 40% du nombre de médecins, et une moyenne un tiers inférieure au reste de la Lorraine en 2015 (3,5 médecins généralistes pour 5.000 habitants).

→ **Commune d'Asnières (92)** : dans une commune jouxtant Paris, la densité d'ophtalmologistes est inférieure de 30 % à la moyenne nationale.

→ **Communes d'Archères (78) et Chanteloup les Vignes (78)** : ces communes ne disposent pas des spécialités de premier recours en accès libéral : pédiatrie, dermatologie, ORL, cardiologie. Elles ne disposent pas par ailleurs de centres de santé ou de structures hospitalières. A noter que ces communes ont des populations largement défavorisée au plan socio-économique.

→ **Commune de Montreuil (93)** : cette commune offre une densité de médecins/10.000 habitants 2 fois moindre à la moyenne régionale de l'Ile-de-France (11,5/10.000 et 20,5/10.000). Le nord et l'est de la ville souffre d'un important déficit en offre de soins.

→ **Ville de Paris (4<sup>e</sup> arrondissement)** : densité de médecins 2 fois et demi supérieure à la moyenne de l'Ile de France (52,2/10.000 contre 20,5).

**Pour cet arrondissement de 30.000 habitants, on compte 46 médecins généralistes et 116 spécialistes.**

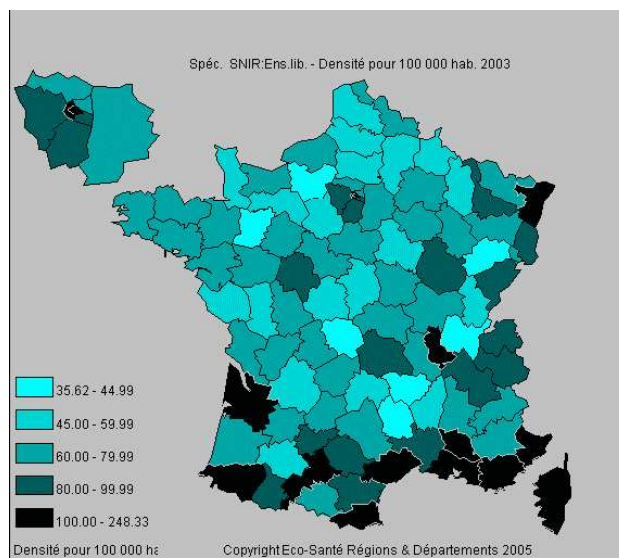
A titre de comparaison, la ville de la Courneuve compte 22 généralistes et 6 spécialistes pour 37.000 habitants.

→ **Département de la Lozère (48)** : il n'y a plus de pédopsychiatres, alors qu'on en trouve plus de 30 dans le département de l'Hérault, tout proche.

→ **Département de la Mayenne (53)** : 10 fois moins de cardiologues qu'en Loire-Atlantique alors que ces départements font partie de la même région.

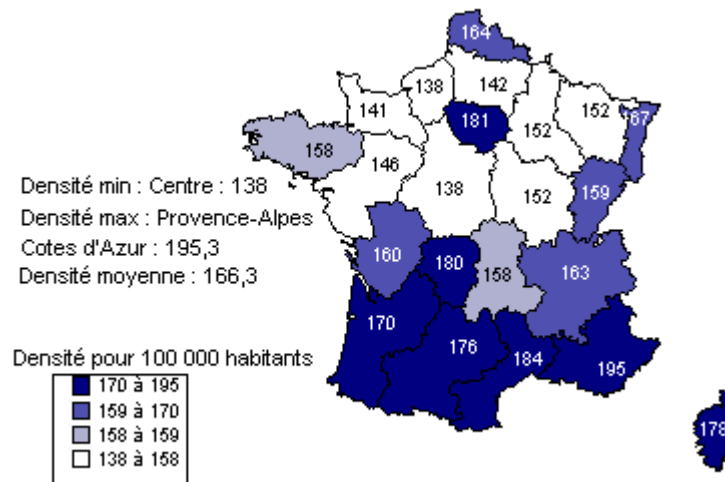
→ **Département des Alpes Maritimes (06)** : comptait plus de cardiologues (170) en 2006 que les régions Champagne Ardennes et Franche Comté réunies (88+74 soit 162).

## Cartographie nationale de la répartition des généralistes et des spécialistes



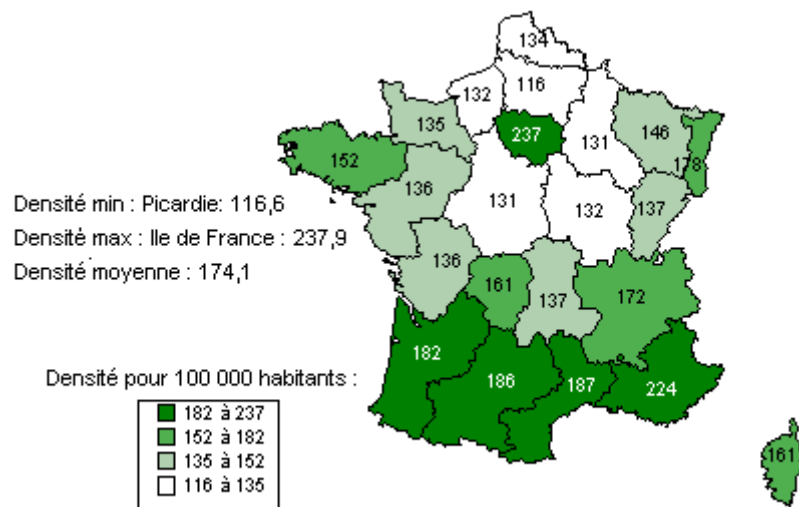
### Densité des omnipraticiens pour 100 000 habitants

au 1er janvier 2006



### Densité des spécialistes pour 100 000 habitants

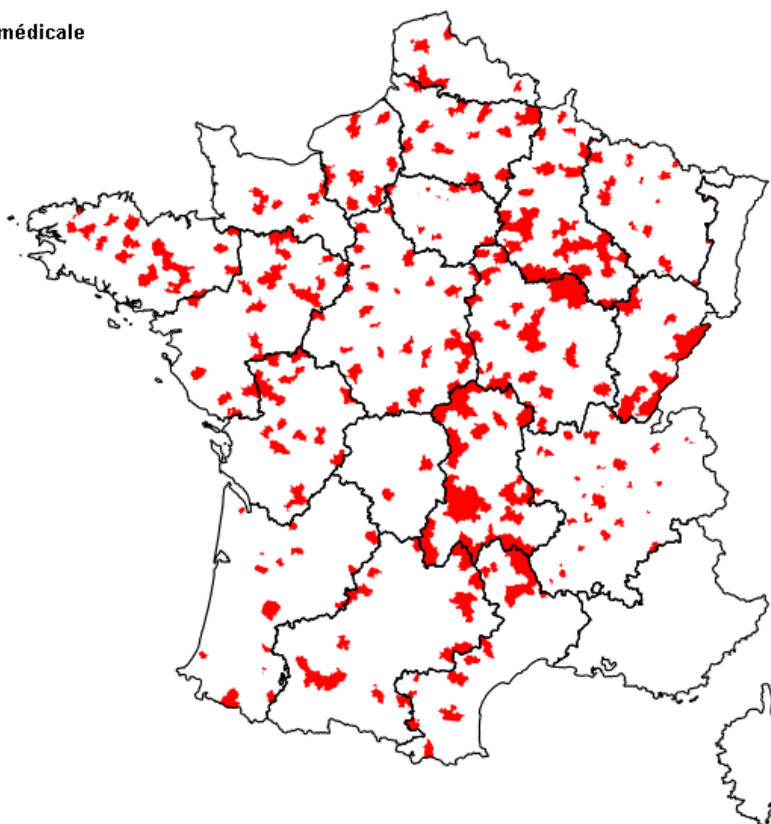
au 1er janvier 2006



## Cartographie des zones fragiles et en difficulté en France

### Communes en zones de faible densité médicale

Source : Missions Régionales de Santé

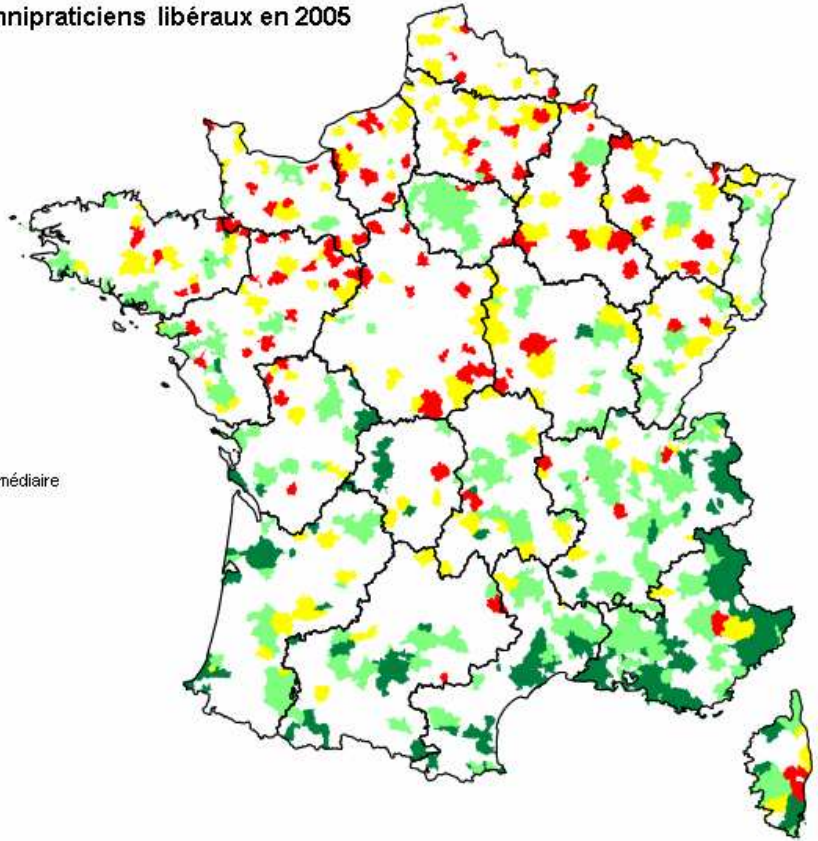
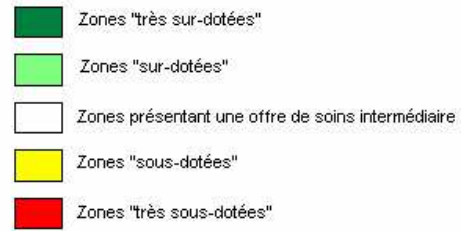


Les critères retenus sont une densité médicale inférieure à la moyenne de 30% et une activité médicale par professionnels supérieure de 30% à la moyenne nationale. Les Missions Régionales de Santé ont adapté leurs critères à la région étudiée en prenant en compte par exemple l'âge moyen de la population.



## Bassins de vie déficitaires en omnipraticiens libéraux en 2005

Source : FINPS, SNIR-PS 2004, Erasme v1 2005



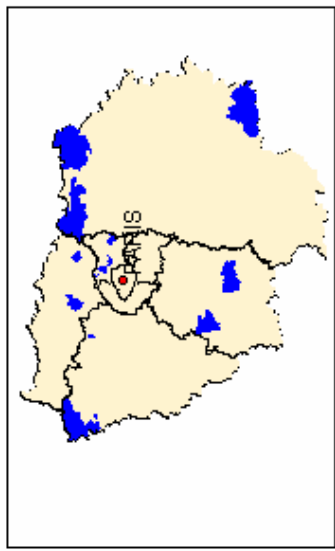
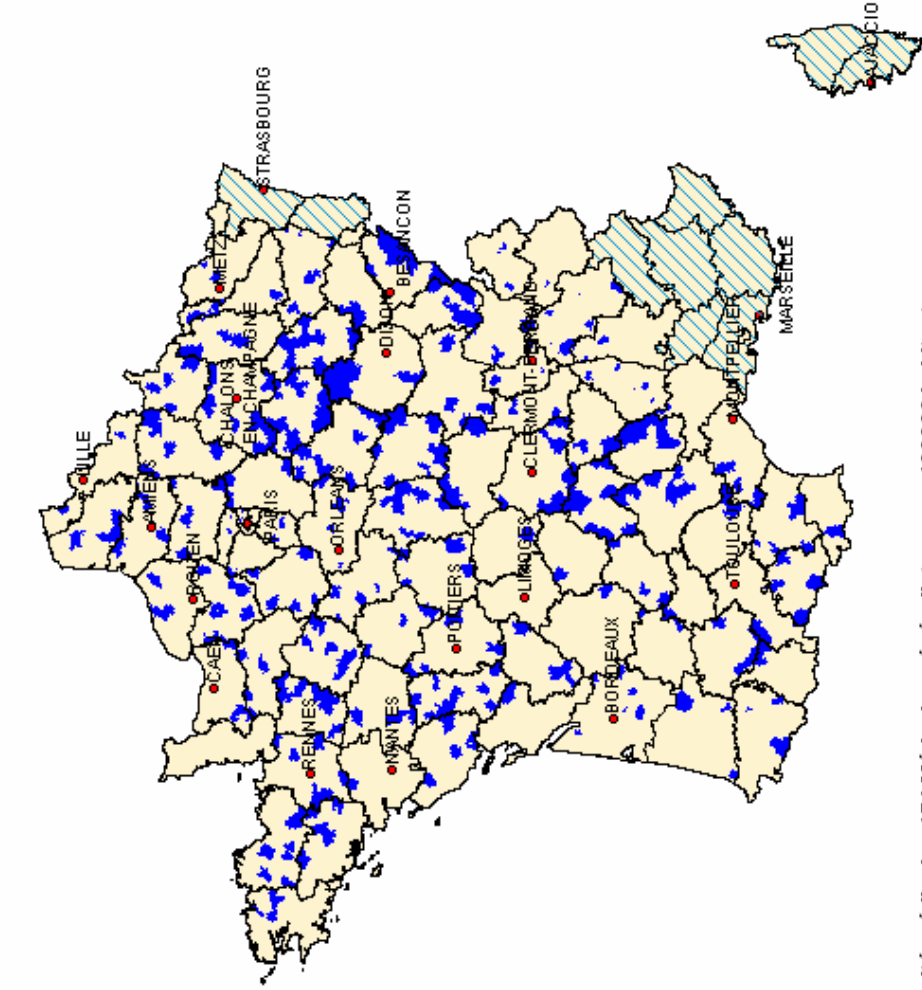
CNAMTS/DSES/DEOS

Source : DATAR/CNAMTS Fonds cartographiques francièmes (c) tous droits réservés

base : Arrêtés MRS 2005

## Zones déficitaires en médecins généralistes en France métropolitaine

11/06/2007



DHOS/SDO/03

zone déficitaire en médecins  
Pas de zones déficitaires en médecins définies

Densité médicale : 154 Médecins généralistes pour 100000 habitants  
(source : CNOM 01/01/2006)

- Critères pour définir une zone déficitaire :
- la densité médicale doit être inférieure de 30% par rapport à la moyenne nationale
  - l'activité doit être supérieure de 30% par rapport à la moyenne nationale