

*Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins*

Sous-direction du système de soins  
Bureau de l'organisation générale  
de l'offre régionale de soins  
Bureau 01  
*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins  
Bureau des relations avec  
les professions de santé  
Bureau SD 1 B  
Union nationale des caisses  
d'assurance maladie

**Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons  
médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire**

NOR : SANH0730188C

*Date d'application* : immédiate.

*Références* :

Articles L. 6314-1, R. 6315-1 à R. 6315-7 et R. 6123-26, R. 6123-28 et R. 6123-29 du code de la  
santé publique ;

Articles L. 162-47 et L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;

Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes approuvée par arrêté du  
3 février 2005 ;

Circulaire n° DHOS/O1/2006/470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des  
soins en médecine ambulatoire

*Annexes* :

Annexe I. - Cahier des charges national sur les maisons médicales de garde.

Annexe II. - Calendrier 2007.

Annexe III - Organisation du dispositif de permanence des soins en ambulatoire.

*Textes abrogés ou modifiés* : néant.

*Le ministre de la santé et des solidarités et le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance-  
maladie à Mesdames et Messieurs les préfets de département, (directions départementales des  
affaires sanitaires et sociales [pour information et mise en oeuvre]) ; Mesdames et Messieurs les  
préfets de région, (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ;  
Mesdames et Messieurs les directeurs de mission régionale de santé (pour information et mise en  
oeuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale d'hospitalisation (pour  
information) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'union régionale des caisses d'assurance  
maladie (pour information et mise en oeuvre).*

En juillet 2006, le docteur Jean-Yves Grall a remis au ministre de la santé et des solidarités un  
rapport sur les maisons médicales de garde, pour lequel il avait été missionné.

Ce rapport établit pour la première fois un état des lieux complet des quelque 200 maisons  
médicales de garde (MMG) implantées sur le territoire. Il confirme la pertinence de cette forme  
d'organisation lorsqu'elle répond à certains critères d'implantation, d'effectifs, de période d'ouverture  
et de relations avec les structures hospitalières existantes. Il définit également plusieurs propositions

articulées autour de six axes.

En effet, le rapport préconise de :

- confier aux Missions régionales de santé (MRS), en lien avec les préfets de département, le pilotage et le financement des MMG ;
- simplifier et alléger les procédures d'éligibilité et de suivi des MMG et pérenniser le dispositif des maisons médicales de garde par un financement contractualisé ;
- établir un cadre minimal type de fonctionnement concernant les lieux d'installation en zones rurales ou urbaines, les modalités d'accès, la nature et l'échelle des dépenses éligibles au financement ;
- favoriser une filière de prise en charge des urgences cohérente en coordonnant mieux l'intervention des MMG avec les structures hospitalières ;
- inscrire les MMG dans un dispositif de permanence de soins simplifié et lisible ;
- mettre en place une large information sur l'utilisation de la permanence des soins à destination du grand public pour responsabiliser et sécuriser la population.

La présente circulaire a donc pour objet de mettre en oeuvre les propositions de ce rapport, afin d'assurer la pérennité de ces structures qui correspondent à un besoin en matière de permanence des soins.

Elle établit des recommandations et intègre en annexe, un cahier des charges national constituant un guide relatif à l'évaluation des besoins en MMG, leur fonctionnement et leur coût.

## 1. Orientations

Une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la MRS.

La MMG s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine.

Il est souhaitable que l'accès à la MMG puisse être en grande partie médicalement régulé. La MMG, à l'instar des autres acteurs territoriaux de la prise en charge non programmée, pourra également participer au réseau des urgences défini à l'article R. 6123-26. La MMG devra signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respectives proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures. Le CODAMUPS devra veiller à l'établissement de cette convention avec les acteurs du réseau d'urgence.

Si la MMG demeure principalement une initiative d'associations de médecins libéraux participants à la permanence des soins, les MRS ont également une fonction d'orientation quant à l'implantation des MMG ainsi que de veille et d'aide au montage des projets de MMG concernant la localisation, le mode de fonctionnement et le coût. Elles doivent avoir un rôle de facilitateur.

Les MRS assurent le financement annuel des MMG sur la base d'une convention pluriannuelle signée entre le directeur de la MRS et le promoteur de la MMG. Une base pluriannuelle d'une durée de cinq ans maximum est recommandée pour garantir un caractère pérenne à ce dispositif et une meilleure visibilité pour les promoteurs.

Pour ce faire, vous trouverez, ci-joint en annexe, un cahier des charges national sur les MMG qui constitue un outil adaptable aux situations régionales, concernant l'identification des besoins de MMG, leur mode de fonctionnement et leur coût.

Il doit servir de base à l'élaboration du cahier des charges annexé à la convention de financement liant la MMG à la MRS. Ce cahier des charges intègre, outre le descriptif du projet, un budget prévisionnel, les modalités de financement envisagées ; les modalités de suivi de la convention ; les modalités d'évaluation du fonctionnement de la MMG ainsi que les éléments relatifs aux partenariats (transports, sécurité, etc.).

## 2. Les modalités de financement des MMG

L'enveloppe annuelle reconductible sur la période de cinq ans définie dans la convention liant la MRS et la MMG sera déléguée sur les crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la

coordination des soins (FIQCS) créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.

Le financement des MMG est global et affecté au promoteur ou pour partie directement à l'établissement hébergeant la structure, selon les cas (frais de fonctionnement ; location des locaux...).

La partie 2 du guide sur les MMG joint en annexe propose des critères de financement afférents à la structure et à son fonctionnement (locaux, matériels, personnel).

Par ailleurs, des partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales, seront à développer notamment pour ce qui concerne la mise à disposition de locaux, la sécurisation de la MMG ou l'organisation des transports en commun vers cette structure.

Il en est de même pour la mise en place d'actions de communication ou d'information de la population.

### **3. Pilotage du dispositif par les MRS**

#### *3.1. Contractualisation en 2007 avec les MMG actuellement financées sur des crédits FAQSV*

Dans l'attente des décrets d'application concernant le FIQCS, et dans la mesure où la loi de financement de la sécurité sociale prévoit une période transitoire de maintien du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), les MRS sont invitées à solliciter les comités régionaux du FAQSV et leurs bureaux afin de garantir la continuité du financement des MMG jusqu'à la signature des conventions pluriannuelles qui seront formalisées par la MRS lors de la parution du décret relatif au FIQCS.

Afin que les MMG existantes, qui répondent aux besoins identifiés par les MRS, puissent bénéficier dès 2007 d'une convention pluriannuelle, je vous engage à procéder dès réception de cette circulaire à une information des maisons médicales de garde existantes dans votre région.

Vous assurerez, en lien avec le préfet de département, en charge de l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire, l'adaptation régionale du cahier des charges national sur les points qui se rapportent spécifiquement à la situation locale.

Sur la base de ce cahier des charges régional, vous entamerez les démarches avec les promoteurs des maisons médicales de garde existantes sur le territoire de passage à un financement dans un cadre pluriannuel. Vous pourrez procéder à cette occasion avec le promoteur à une réévaluation de la situation et du fonctionnement de chaque MMG, au regard de l'activité constatée et/ou de l'offre complémentaire existante. Les MRS informeront les préfets de département concernés de chaque convention pluriannuelle signée.

#### *3.2. Identification de nouveaux besoins en MMG*

Les MRS ont pour rôle d'émettre des préconisations d'implantation des MMG dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins pour l'ensemble de la région.

Il appartient à la MRS, après consultation notamment du conseil régional de l'ordre des médecins, de faire part à chacun des préfets de département concernés de propositions concernant les lieux d'implantations souhaitables des MMG. Le préfet transmettra ces propositions au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

Ces propositions seront prises en compte pour le découpage de la sectorisation de la permanence des soins et permettront d'intégrer les MMG dans le cahier des charges départemental de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

#### *3.3. Information du public et des professionnels sur les MMG*

Les MRS veillent à ce qu'une information actualisée soit réalisée auprès du public et des professionnels, sur l'existence des MMG et plus globalement sur l'organisation locale de la permanence des soins.

Les conditions de mise en oeuvre de cette information (brochure, livret, site internet...) peuvent être étudiées notamment en lien avec le CODAMUPS du département concerné.

Je vous remercie de bien vouloir tenir informé les services du ministre chargé de la santé (DHOS - bureau O1 chargé de l'organisation générale de l'offre régionale de soins - [murielle.rabord@sante.gouv.fr](mailto:murielle.rabord@sante.gouv.fr)) des éventuelles difficultés rencontrées localement sur ce dispositif essentiel à la permanence des soins.

*Le ministre de la santé  
et des solidarités,  
Xavier Bertrand*

*Le directeur de l'union nationale  
des caisses d'assurance-maladie,  
F. Van Roekeghem*

## **Annexe I de la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire**

### *Cahier des charges sur les maisons médicales de garde*

Ce cahier des charges constitue un guide national pour l'identification et la signature des conventions quinquennales liant la Mission régionale de santé (MRS) et les Maisons médicales de garde (MMG).

#### **PARTIE 1 MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT**

Une maison médicale de garde (MMG) est un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins.

Pour fonctionner, la MMG doit répondre à un besoin bien identifié. Son financement annuel est octroyé sur la base d'une convention pluriannuelle intégrant un cahier des charges concernant ses modalités de fonctionnement.

#### **1. Motivation du projet**

L'évaluation du besoin d'une MMG s'effectue à partir :

- des besoins de soins constatés pendant les périodes de PDS (par exemple à partir du nombre horaire d'actes réalisés par le médecin d'astreinte, en fonction des créneaux) ;
- de l'importance de l'offre hospitalière ou libérale organisée sur les secteurs : l'état des lieux effectué pour la permanence des soins (PDS) peut être utilisé. En tout état de cause, l'organisation de la PDS doit viser à maintenir un accès à des visites « incompressibles ». La MMG ne doit donc pas conduire à supprimer toute visite et à être la réponse exclusive aux demandes de la PDS. Elle doit rechercher une complémentarité avec tout acteur public ou privé impliqué dans l'organisation de la PDS et l'aide médicale urgente (AMU).
- des caractéristiques de fonctionnement des services d'urgences, notamment leur activité et leur localisation.

Le financement d'une MMG peut répondre aux besoins suivants :

- structuration de la PDS en milieu rural ;
- lisibilité et apport vis à vis de quartiers défavorisés en milieu urbain en tenant compte des zones déclarées déficitaires ;
- adaptation de la filière de prise en charge des patients en partenariat avec les structures d'urgence hospitalière ;
- désengorgement des urgences hospitalières.

Ainsi, en cas de prestation de type SOS médecins et de structures d'urgence hospitalière, il est préférable d'ouvrir une MMG à proximité immédiate des structures d'urgence, sauf topographie et/ou densité de population donnant un intérêt particulier à une MMG isolée.

La zone d'action de la MMG doit être définie :

- selon la population, avec au minimum 60 à 70 000 personnes en zone urbaine pour une installation distincte d'une structure d'urgence ;
- selon le rayon d'action, avec en zone rurale 30 à 35 km autour d'une MMG au maximum et selon les voies de communication ;
- selon le nombre de médecins participants. Un minimum de 20 à 30 médecins semble être nécessaire, garantissant ainsi le bon fonctionnement de la structure. Dans les zones rurales, au cas par cas, ce minimum peut être abaissé si la continuité et la permanence des soins peut être assurée.

Mentions obligatoires de la convention avec la Mission régionale de santé :

Identification du besoin en matière de maison médicale de garde :

- état des lieux (offre hospitalière ou libérale, fonctionnement des structures d'urgence...) :
- zone déterminée par la MRS :
  - Population couverte ;
  - Rayon d'action ;
  - Sectorisation ;
  - Nombre de médecins susceptibles de participer ;
- définition du besoin :
  - Structuration PDS en milieu rural ;
  - Lisibilité et apport vis à vis de quartiers défavorisés en milieu urbain en tenant compte des zones déclarées déficitaires ;
  - Adaptation de la filière de prise en charge des patients en partenariat avec les structures d'urgences hospitalières ;
  - Désengorgement des urgences hospitalières.

## **2. La localisation de la maison médicale de garde**

Il est recommandé que la Maison Médicale de Garde soit de préférence située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence. En milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local ou, éventuellement, d'un EHPAD, d'une maison de retraite ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

La MMG peut toutefois être située hors d'une enceinte hospitalière ou d'une structure médico-sociale. Dans ce cas, il est préconisé, pour favoriser la sécurisation des locaux, que la MMG soit contiguë ou proche de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie) ou située dans un centre de santé.

Quelle que soit la localisation retenue, les locaux peuvent être partagés en journée avec d'autres structures ou être affectés à une autre utilisation.

Une attention particulière devra être portée sur les conditions d'accès du patient pris en charge par la MMG aux pharmacies de garde pour la dispensation des médicaments, le cas échéant.

Mentions obligatoires de la convention avec la mission régionale de santé :

Localisation de la maison médicale de garde :

- localisation :
  - dans une enceinte hospitalière mieux intégrée ou contiguë d'une structure d'urgence ; à défaut en milieu rural de préférence au sein d'un hôpital local ou à défaut d'un EHPAD ou une maison de retraite ;
  - contiguës ou proches d'autres structures effectuant une permanence (pompiers, police, gardiennage), pour des raisons de sécurité ou située dans les centres de santé en zone urbaine isolée ;
  - autre (à préciser).
- conditions et modalités d'utilisation des locaux en dehors du fonctionnement de la MMG ;
- dispositif de sécurité retenu.

## **3. Modalités de fonctionnement de la Maison médicale de garde**

#### Amplitude horaire :

La MMG est ouverte pendant les horaires de PDS, fixés dans le cahier des charges départemental arrêté par le préfet (art.R. 6315-6 CSP). Une restriction de l'activité de la MMG peut donc s'effectuer, compte tenu des besoins constatés et en fonction de l'offre hospitalière disponible et des situations locales. La MMG est ainsi prioritairement ouverte sur la plage horaire 20 h-24 h en semaine, le dimanche et les jours fériés, ainsi que sur le samedi après-midi, lorsqu'un dispositif de permanence des soins est mis en place sur cette plage horaire par le préfet suivant les besoins locaux. Toutefois, compte tenu des besoins constatés, l'ouverture de la structure peut être circonscrite aux samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

La référence à des afflux saisonniers ou à une crise sanitaire doit être abordée dans le cahier des charges de la MMG. Il peut conduire à modifier les horaires d'ouverture ou à renforcer la présence médicale à la MMG.

#### Modalités d'accès :

L'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale. Si la MMG dispose d'un numéro propre, une interconnexion est mise en place avec le centre 15 et un protocole d'utilisation de ce numéro spécifique est élaboré pour garantir une communication claire autour du dispositif général de la PDS.

#### Intervenants :

Un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. L'effectif sur lequel fonctionne la MMG ne doit donc pas être uniquement constitué de remplaçants. Par contre, les MMG peuvent être des terrains de stage pour les étudiants en médecine. Par ailleurs, des médecins d'autres secteurs proches doivent pouvoir participer à la MMG et leur participation doit être identifiée.

#### Les modalités de mise en oeuvre du tiers payant :

Les modalités de paiement des usagers au sein de la MMG doivent s'effectuer selon le tiers payant lorsque l'accès à la MMG a fait l'objet d'une régulation.

Une attention particulière sur la situation existante localement est requise sur ce point. La convention médicale du 12 janvier 2005 (art.4.1.3.3) renvoie, en effet, à la conclusion d'accords locaux pour la mise en place des formes de dispense d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale, notamment pour les actes d'urgence ou pour les cas médicaux non programmés ou pour les soins destinés aux patients en situation de précarité.

#### Mentions obligatoires de la convention avec la Mission Régionale de Santé :

#### Modalités de fonctionnement de la maison médicale de garde :

- amplitude d'ouverture :
  - hors afflux saisonniers ;
  - pendant afflux saisonniers ;
- modalités d'accès :
  - régulation par la régulation de PDS ;
  - régulation par un numéro spécifique de la MMG ;
  - interconnexion avec le SAMU et, éventuellement, protocole d'utilisation du numéro spécifique ;
  - accès direct exceptionnel ;
- intervenants :
  - nombre minimum de médecins participants, dont ceux installés dans un autre secteur ;
  - terrain de stage ;
- modalités d'articulation du projet dans le dispositif de PDS du département et avec le réseau des urgences ;
- modalités de mise en oeuvre du tiers payant.

## PARTIE 2 *MODALITÉS DE FINANCEMENT*

L'enveloppe annuelle reconductible sur la période de cinq ans définie dans la convention liant la

MRS et la MMG, est déléguée sur les crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.

Le financement des MMG est global et affecté au promoteur ou pour partie directement à l'établissement hébergeant la structure, selon les cas (frais de fonctionnement ; location des locaux...).

Par ailleurs, des partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales, sont à développer notamment pour ce qui concerne la mise à disposition de locaux, la sécurisation de la MMG ou l'organisation des transports en commun vers cette structure.

Les locaux :

Les crédits délégués financent le prix moyen de location intégrant les charges, déterminé sur la base d'une surface de Maison Médicale de Garde (MMG) adaptée à l'activité et devant être au maximum de 120 m<sup>2</sup>, avec un prix moyen global fixé sur la base du prix moyen observé dans la région ou ville.

Un budget pour la mise aux normes et pour la réfection des locaux peut être prévu en cas de nécessité.

Lorsque les locaux sont mis à disposition par un établissement de santé, celui-ci perçoit par le promoteur de la MMG, selon les règles de droit en vigueur et le cahier des charges sur les MMG :

un loyer si la MMG est établi sur le domaine privé ;

une redevance si elle est établie sur le domaine public (article L. 2125-1 du code général de la propriété des personnes publique).

Les coûts d'investissement :

L'enveloppe peut se situer entre 20 000 et 25 000 Euro maximum la première année pour le matériel médical, le matériel informatique et téléphonique et le mobilier. La Maison Médicale de Garde n'a pas à disposer d'un équipement médical lourd.

Les coûts de fonctionnement :

L'enveloppe pour prendre en charge les consommables et petit matériel peut se situer entre 8 000 à 15 000 Euro par an.

Les charges de personnel :

Une personne préposée à l'accueil téléphonique et physique peut être nécessaire, pour des raisons d'activité ou de sécurité. Toutefois, le temps rémunéré de ce professionnel ne peut pas dépasser les horaires de la PDS tels que définis par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) et le préfet dans le cahier des charges départemental. (par exemple si la PDS est définie de 20 heures à minuit la semaine de 12 h à minuit les samedis et de 8 h à minuit les dimanches et fériés c'est-à-dire 48H par semaine sans tenir compte des ponts et fériés tels que définis dans le décret PDS du 28.12.2006).

Par ailleurs, une prestation de ménage peut être envisagée. En cas d'hébergement par un établissement, le coût de cette prestation est inclus dans le loyer.

La coordination du fonctionnement de la MMG :

En fonction, d'une part, du nombre de médecins participant au fonctionnement de la structure et, d'autre part, des situations locales, une coordination peut être mise en place. Néanmoins, si cette activité est réalisée par un médecin, elle ne peut être rétribuée à plus de 1C/jour d'ouverture par an au total pour la structure. La somme peut être attribuée forfaitairement pour le ou les médecins en charge de la MMG.

Autres frais :

Des frais de gestion peuvent éventuellement être intégrés aux crédits délégués avec des honoraires d'expert comptable. Ces frais seront compris dans une fourchette à élaborer sur des bases comparatives entre régions et MMG, ainsi que des prestations de gestion du personnel permettant d'optimiser les coûts et d'assurer une stabilité.

Mentions obligatoires de la convention avec la mission régionale de santé :

Budget de la maison médicale de garde :

- exemple de projet de budget sur 5 ans :
- coût des locaux :
  - surface en mètres carrés :
  - loyer réel :
  - loyer moyen constaté dans la zone :

- loyer demandé au promoteur :
- coûts d'investissement global et par matériel :
- coûts de fonctionnement global et par matériel :
- charges de personnel :
- coût de la coordination des effectifs médicaux de la MMG :
- frais de gestion ;
- autres financements mobilisés : source, montant et prestation concernée ;
- adaptations du budget au regard des spécificités locales.

### Estimation d'un budget sur 5 ans d'une maison médicale de garde

	ANNÉE N	N + 1	N + 2	N + 3	N + 4
Loyer	< loyer moyen pour 120 m <sup>2</sup>	< loyer moyen pour 120 m <sup>2</sup>	< loyer moyen pour 120 m <sup>2</sup>	< loyer moyen pour 120 m <sup>2</sup>	< loyer moyen pour 120 m <sup>2</sup>
Investissement initial (matériel médical, matériel informatique et téléphonique, mobilier)	20 000 à 25 000 Euro	0	0	0	0
Coût de fonctionnement (consommables, petit matériel)	8 000 à 15 000 Euro	8 000 à 15 000 Euro	8 000 à 15 000 Euro	8 000 à 15 000 Euro	8 000 à 15 000 Euro
Personnel	Au maximum 20 à 40 heures de secrétariat par semaine + Prestation de ménage	Au maximum 20 à 40 heures de secrétariat par semaine + Prestation de ménage	Au maximum 20 à 40 heures de secrétariat par semaine + Prestation de ménage	Au maximum 20 à 40 heures de secrétariat par semaine + Prestation de ménage	Au maximum 20 à 40 heures de secrétariat par semaine + Prestation de ménage
Coordination des effectifs médicaux	Maximum 1C/jour d'ouverture de la MMG	Maximum 1C/jour d'ouverture de la MMG	Maximum 1C/jour d'ouverture de la MMG	Maximum 1C/jour d'ouverture de la MMG	Maximum 1C/jour d'ouverture de la MMG
Frais de gestion					
Total coût					
Financement externe					
Total					

### PARTIE 3

#### *Indicateurs de suivi et d'évaluation*

La procédure de suivi des MMG doit être simple et reposer sur une procédure de transmission automatique annuelle des données de la maison médicale de garde à destination de la MRS par voie numérique. Un bilan d'étape à 3 ans doit être prévu. Les résultats de ce bilan peuvent entraîner une modification par avenant à la convention. L'évaluation d'activité veillera à étudier les pics d'activité afin de respecter la sécurité de l'accueil des patients.

Les modalités d'évaluation : L'évaluation des MMG est unique et à l'issue de la période quinquennale. Elle s'effectue sous l'égide de la MRS et sert de base au renouvellement contractuel.



Cette évaluation colligera des données annuelles et intégrera un rapport qualitatif. Elle repose sur des critères d'évaluation dont le contenu type est présenté ci-dessous.

Vous pouvez également proposer des critères d'évaluation qualitatifs, notamment sur l'âge du patient et sur le motif de la consultation.

Les résultats du suivi et de l'évaluation de la MMG sont communiqués au CODAMUPS et viennent nourrir le suivi et l'évaluation du dispositif global de permanence des soins dans le département.

En quoi l'activité de la MMG est-elle régulée et quelle est sa contribution à la régulation globale de la permanence des soins ?

#### A. - Régulation à l'accès à la mmg

<b>DONNÉES BRUTES</b>	<b>SOCLE COMMUN D'INDICATEURS</b>	<b>FRÉQUENCE</b>	<b>MODE DE RECUEIL</b>
Nombre d'appels reçus à la MMG par mois		Mensuelle	
Nombre total de personnes vues en consultation à la MMG (jours de semaine, WE, JF)		Mensuelle	
Dont :			
- Nombre de personnes venues à la MMG via la régulation de la PDS		Mensuelle	
- Nombre de personnes venues à la MMG en accès direct (hors régulation préalable)		Mensuelle	
- Nombre de personnes venues à la MMG après réorientation par un service d'urgences		Mensuelle	
- Autres cas			

#### 1. L'activité de la MMG répond-t-elle à sa vocation première (consultations non programmées aux heures de fermeture des cabinets libéraux ?)

<b>DONNÉES BRUTES</b>	<b>SOCLE COMMUN D'INDICATEURS</b>	<b>FRÉQUENCE</b>	<b>MODE DE RECUEIL</b>
Nombre de patients retournant à leur domicile après consultation			
Nombre de patients réorientés vers une structure d'urgence			
Nombre d'actes réalisés par le médecin			

#### 2. Quel est l'impact de la MMG sur les autres modes de recours aux soins ?

Sur le recours aux urgences

<b>DONNÉES BRUTES</b>	<b>SOCLE COMMUN D'INDICATEURS</b>	<b>FRÉQUENCE</b>	<b>MODE DE RECUEIL</b>

Nombre de passages aux urgences avant et après minuit dans les établissements implantés sur le territoire de la MMG		Mensuelle	
---	--	-----------	--

### 3. Quel est le coût réel de prise en charge au sein de la MMG (structure et soins) ?

<b>DONNÉES BRUTES</b>	<b>SOCLE COMMUN D'INDICATEURS</b>	<b>FRÉQUENCE</b>	<b>MODE DE RECUEIL</b>
Dépenses annuelles d'équipement	Installation et équipement de la MMG	Rénovation / aménagement du local Équipement médical Mobilier médical et non médical Signalétique Matériel de sécurisation des locaux (vidéosurveillance..)	
	Informatique, téléphonie	Matériel informatique (ordinateurs, imprimantes et logiciels) Équipements de télétransmission Logiciel de gestion / Suivi de l'activité de la MMG ou de données patient Téléphonie	
Frais de fonctionnement annuels	Frais de fonctionnement lié au local	Frais de location ou coût de la mise à disposition du local Eau, électricité (abonnement et consommation) Téléphone, accès internet (abonnement et consommation) Frais d'assurance (locaux) Frais divers (consommables informatiques, fournitures, reprographie...)	
	Frais de personnel	Coûts du personnel d'accueil / secrétariat, salarié ou mis à disposition (charges comprises) Coûts de formation des professionnels de santé et administratifs	
	Prestations externes	Coût de la prestation d'entretien / nettoyage des locaux (charges comprises) Coût du recours à un personnel de sécurité (charges comprises) Coûts liés à la maintenance du système d'information Frais d'expertise juridique, d'expertise comptable, de commissariat aux comptes	
	Communication	Coûts des actions de communication sur la MMG (affichages et plaquettes destinées à l'information du public et des professionnels de santé, coûts d'inauguration)	
	Indemnisation des médecins libéraux		

**ET DES SOLIDARITÉS**  
*L'Union nationale des caisses  
d'assurance-maladie*

*Direction de l'hospitalisation  
Union nationale des caisses  
et de l'organisation  
des soins d'assurance maladie*

Sous-direction du système de soins  
Bureau de l'organisation générale  
de l'offre régionale des soins  
*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins  
Bureau des relations  
avec les professions de santé

**Annexe II de la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire**

*Calendrier 2007 sur les maisons médicales de garde (MMG)*

<b>Tâches</b>	<b>Qui</b>	<b>Date</b>
Diffusion de la circulaire et de ses annexes auprès des MMG et des médecins généralistes	MRS	Dès publication de la circulaire
1. Contractualisation en 2007 avec les MMG actuellement financées sur des crédits FAQSV :		
Courrier incitant les MMG existantes à demander un financement relais sur les crédits du FAQSV pour fin mars au plus tard.	MRS	Dès publication de la circulaire
Détermination de critères régionaux concernant le fonctionnement et le coût des MMG sur la base du guide national.	MRS en lien avec le préfet du département	mars-avril 2007
Elaboration et diffusion d'un cahier des charges régional	MRS en lien avec le préfet du département	Avril-mai 2007
Remontée des demandes de financement	Promoteurs de MMG existantes	Fin juin 2007 au plus tard
Signature des conventions pluriannuelles	Le cas échéant : MRS sur les crédits du FIQCS	Dès fin avril 2007
Analyse des résultats de suivi annuel des MMG	MRS	2008
2. Identification de nouveaux besoins en MMG :		
Analyse et détermination de propositions concernant les zones où pourraient être envisagées de nouvelles MMG.	MRS	mars - mai 2007
Examen des propositions de la MRS lors d'un CODAMUPS		

afin : - de proposer un découpage de la sectorisation intégrant les MMG ; - de modifier le cahier des charges de la permanence des soins pour intégrer les MMGS	Préfet de département CODAMUPS	juin 2007
Analyse et financement d'éventuels nouveaux projets de MMG présentés par des médecins sur la base du cahier des charges régional et dans le respect de la localisation définie par le préfet.	MRS	Dès juin 2007

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SOLIDARITÉS  
*L'Union nationale des caisses  
d'assurance-maladie*

*Direction de l'hospitalisation  
Union nationale des caisses  
et de l'organisation  
des soins d'assurance maladie*

Sous-direction du système de soins  
Bureau de l'organisation générale  
de l'offre régionale des soins  
*Direction de la sécurité sociale*

Sous-direction du financement  
du système de soins  
Bureau des relations  
avec les professions de santé

**Annexe III de la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire**

*Organisation du dispositif de permanence  
des soins en ambulatoire*

La permanence des soins en médecine ambulatoire (PDS) est un dispositif qui doit permettre :

- la prise en charge, par la médecine libérale, des demandes de soins non programmés ;
- l'organisation d'une régulation libérale en lien avec le SAMU.

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 PDS dans le département et élabore le cahier des charges départemental ;
- le département est divisé en secteurs par arrêté du Préfet après consultation du CODAMUPS ;
- la permanence des soins 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 doit être organisée au niveau départemental. Elle peut être soit intégrée au SAMU, soit distincte du SAMU mais présente dans ses

locaux avec éventuellement un numéro spécifique.

Le dernier texte réglementaire relatif à la PDS est le décret du 22 décembre 2006 qui apporte les modifications suivantes :

- possibilité d'organiser la permanence des soins le samedi après-midi et pendant les « ponts » par décision du Préfet après avis du CODAMUPS ;
- renforcement de la régulation libérale, quand c'est nécessaire, par le recrutement de médecins libéraux en dehors des horaires de PDS ;
- élargissement du CODAMUPS aux pharmaciens et aux urgentistes des structures privées quand elles sont présentes dans le département.

Enjeux et perspectives :

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 enjeux sont doubles :

- assurer un dispositif de PDS fiable et lisible pour la population ;
- renforcer la régulation.

Les axes définis pour 2007 sont :

- le renforcement de la régulation par la modernisation des SAMU et le recrutement de PARM ;
- une meilleure organisation de la PDS, parallèlement à la poursuite de l'amélioration de la filière urgences et de la garde ambulancière.

Amélioration de la permanence des soins en ambulatoire :

- circulaire sur les maisons médicales de garde : il s'agit de leur donner un cadre plus lisible et pérenne ainsi que de renforcer leurs liens avec les structures d'urgence hospitalières ;
- organiser la PDS en 2<sup>e</sup> partie de nuit pour les visites à domicile jugées indispensables par le SAMU : les DDASS vont être invitées à élaborer des projets et mettre en oeuvre les visites à domicile. Un transfert de l'enveloppe ville vers l'ONDAM hospitalier permettrait de rembourser les établissements des frais engagés pour les visites à domicile par une loi rectificative à la LFSS 2007 dans la LFSS 2008.

Renforcer le suivi de la permanence des soins :

- au niveau des régions : les CODAMUPS évalueront la permanence des soins en ambulatoire ;
- au niveau national : un groupe de suivi DHOS/DSS/UNCAM va être mis en place. Ce groupe de travail devra analyser les remontées des départements et formuler des propositions.