



Maisons médicales en Bourgogne

Comment s'y prendre ?

FONDS
D'ACT
À LA GÉNÉRI-
TÉ DES
DÉPENDANTS
DE VIE

UNION RÉGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
URCAM
Bourgogne

Ce document peut être obtenu sur simple demande auprès de l'URCAM.

Maisons médicales en Bourgogne

Comment s'y prendre ?

*Complément
au Guide pratique du Promoteur*



AVANT-PROPOS

Ce document se veut un outil d'aide au montage de dossiers de maisons médicales en vue de l'obtention de financement. Il présente, sous forme de questions pratiques, quelques éléments incontournables pour la construction d'un dossier.

Il s'articule avec le *Guide pratique du Promoteur*. Le promoteur d'un projet de maison médicale remplit le cahier des charges polyvalent en s'aidant de cette annexe spécifique relative aux maisons médicales.

Ce guide a été réalisé par l'URCAM après avis de représentants des professionnels de santé¹ et de promoteurs de maisons médicales de la région.

Après une partie générale sur le contexte, il est composé de 2 parties relatives à chaque catégorie de maisons médicales.

La première catégorie de maisons médicales est la catégorie des maisons pluridisciplinaires ou maisons de santé.

La seconde catégorie concerne les maisons médicales de garde libérale ou de permanence des soins.

Enfin des indications relatives au financement des projets de maisons médicales sont fournies.

¹ Professionnels de santé siégeant au Comité Régional de Gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

AVANT-PROPOS	2
CONTEXTE	5
– La démographie des professionnels de santé : un défi pour la Bourgogne	5
– Une réponse à l'isolement des professionnels de santé	6

Première partie

La création de maison médicale pluridisciplinaire ou maison de santé	7
– Quels peuvent être les objectifs de la maison médicale pluridisciplinaire ? [cf. étape 2 du Guide pratique du Promoteur]	7
– Quelles peuvent être les modalités de fonctionnement des maisons médicales pluridisciplinaires?	8
- Le fonctionnement	
- L'implantation	
– Quelles conditions de réalisation ?	9
- Porteurs de projets	
– Comment démontrer l'opportunité d'un projet ? [cf. étape 1 du Guide pratique du Promoteur]	11
1. L'opportunité d'une maison médicale	
2. La faisabilité	
– Quelques éléments d'évaluation [cf. étape 4 du Guide pratique du Promoteur]	13

Deuxième partie

La création de maisons de garde ou de permanence des soins	17
– Quels peuvent être les objectifs d'une maison de garde libérale ? [cf. étape 2 du Guide pratique du Promoteur]	17
– Quelles peuvent être les modalités de fonctionnement d'une maison de garde libérale ?	18
– Quelles conditions de réalisation ?	19

– Quelle évaluation pour la maison de garde ? [cf. étape 4 du Guide pratique du Promoteur] -----	21
1. Nature et volume d'activité de la Maison Médicale de Garde (MMG)	
2. Parcours du patient	
3. Satisfaction des usagers, des intervenants et des partenaires	
4. Spécificités et contexte local	

Le financement des maisons médicales [cf. étape 3 du Guide pratique du Promoteur] ----- 27

– Quelques exemples pour vous aider à réaliser votre budget ---	27
– Quelques financeurs potentiels de maisons médicales -----	29

ANNEXES : DES OUTILS POUR ALLER PLUS LOIN ----- 33

ANNEXE I

Des adresses utiles pour vous aider dans vos démarches -----	35
--	----

ANNEXE II

Décrets -----	37
---------------	----

ANNEXE III

Le point sur les projets bourguignons -----	43
Quelques publications utiles -----	43

Glossaire -----	44
------------------------	-----------

CONTEXTE

La démographie des professionnels de santé : un défi pour la Bourgogne

Dans les prochaines années le nombre des médecins, qui n'a jamais été aussi élevé qu'aujourd'hui, va baisser par l'effet croisé de l'arrivée à la retraite (23 % des médecins bourguignons ont plus de 55 ans) et du numerus clausus qui va amener des jeunes professionnels en nombre plus limité pendant encore une dizaine d'années.

La répartition géographique des professionnels de santé et la permanence des soins s'en trouvent impactées et supposent donc des réponses précises.

Il est possible de synthétiser les principaux enjeux et objectifs attachés à ces problématiques de la manière suivante :

Enjeux	Objectifs
Étudier et améliorer la répartition territoriale des professionnels de santé	Maintenir et favoriser l'installation de professionnels de santé dans des zones de besoins identifiées
Réorganiser la permanence des soins <ul style="list-style-type: none">– Gardes (maisons de garde)– Astreintes– Régulation	Réorganiser et financer les gardes et les astreintes Réguler l'accès aux soins non programmés

Deux éléments principaux de contexte conduisent aujourd'hui les organismes d'assurance maladie et de l'État à agir sur la question de la démographie des professionnels de santé et de leur répartition sur le territoire.

Premièrement, l'isolement est un facteur important de démotivation des professionnels de santé pour l'installation de nouveaux professionnels voire leur maintien dans certaines zones.

Deuxièmement, les projections et les études récentes montrent que la Bourgogne connaît un problème important de répartition des professionnels sur son territoire et qu'à l'avenir, ce problème va s'accroître avec la baisse des effectifs. Cette évolution va encore renforcer l'isolement de certains professionnels notamment en zones rurales.

La densité des médecins en Bourgogne est préoccupante : 4,9 médecins généralistes pour 5 000 habitants aujourd'hui contre 5,1 en moyenne nationale.

10 cantons n'ont qu'un seul médecin.

Une première réponse peut consister à réorganiser l'offre de soins libérale sur un territoire afin de permettre aux professionnels des zones concernées d'améliorer les conditions de prise en charge des patients ainsi que leurs propres conditions d'exercice.

Une réponse à l'isolement des professionnels de santé

La couverture des besoins sanitaires dans une zone où la densité de la population diminue et où les conditions d'exercice des médecins deviennent de plus en plus difficiles amène à **renforcer les modes de pratiques coopératives entre professionnels de santé** (médecins entre eux, médecins et auxiliaires médicaux) et entre médecine de ville et hôpital (pratique en réseaux notamment). Ces modes de pratique ont pour but de permettre de rompre l'isolement des médecins, de limiter la charge des contraintes (gardes et congés alternés) et de favoriser une prise en charge coordonnée des patients.

Par ailleurs, la mise en place de la loi sur les communautés de communes ou encore la création des "pays" donnent la possibilité notamment aux communes rurales de se regrouper pour conduire des projets d'envergure en matière d'aménagement du territoire. Ces nouvelles "zones" donnent la possibilité de s'appuyer sur des sources de financement spécifiques. **Dans ce cadre, l'incitation à l'implantation ou au maintien de professionnels de santé en zones rurales doit s'articuler avec les projets d'aménagement du territoire.** Ainsi le repérage d'un problème de couverture de besoins sanitaires (par exemple le non remplacement d'un médecin dans une commune) devra s'accompagner d'une étude de l'environnement socio-économique de cette zone afin d'en analyser les supports en terme de **relais sanitaires** d'une part (existence ou non d'un hôpital local, nombre de médecins et d'auxiliaires médicaux aux alentours) et de **relais financiers** d'autre part (articulation avec des projets de pays ou de communauté de communes).

Compte-tenu de ces éléments, **le dialogue avec les élus est un facteur incontournable** de tout projet de mise en place de mesures incitatives à un niveau local pour favoriser l'installation des professionnels de santé dans une maison médicale. Le rôle de l'Assurance Maladie pour orienter l'installation des médecins est complémentaire de l'action des collectivités locales et de l'État.

Il était donc normal que l'Union régionale des caisses d'assurance maladie se penche sur la question et contribue à l'émergence de solutions concrètes pour ses partenaires professionnels de santé. Ce guide a cette vocation.

Quels peuvent être les objectifs de la maison médicale pluridisciplinaire ?

Outre la mission de prise en charge des soins ambulatoires courants, et celle d'assurer la permanence des soins, raison principale de création des « maisons médicales », une maison de la santé intègre les missions de prévention et de coordination au niveau d'un territoire donné.

Parmi les objectifs principaux d'un tel projet on peut citer :

- permettre aux professionnels de santé actuellement en exercice de continuer leur activité,
- favoriser l'installation de nouveaux professionnels dans une zone rurale fragile aux perspectives décroissantes en terme de densité médicale et paramédicale,
- contribuer à la réduction des inégalités géographiques de santé,
- faciliter l'exercice et la coordination des soins avec par exemple des réunions de travail pour débattre des difficultés de prise en charge d'un patient ou de l'évolution de son état de santé (ex. : pied diabétique),
- améliorer les conditions de travail des professionnels de santé : rompre l'isolement avec par exemple la mise en place des références communes de suivi, de prise en charge thérapeutique, création d'un document de liaison entre professionnels (mise en réseau informatique des divers professionnels de la maison), intégration aux réseaux qui se mettent en place sur la zone géographique d'attractivité de la maison...
- assurer la permanence et la continuité des soins : organisation de la présence des professionnels : tour de garde de semaine et de week-end pour assurer les soins de premier recours (par le biais de cabinets secondaires partagés de généralistes et de spécialistes par exemple) [articulation entre la maison pluridisciplinaire et la maison de gardes],
- initier des actions relayant localement des campagnes nationales (*par exemple* : prévention d'un risque, éducation, dépistages...).

NB *Il s'agit d'une liste d'objectifs possibles qui n'est ni exhaustive ni opposable, le promoteur choisit les objectifs qu'il assigne à son projet.*

Quelles peuvent être les modalités de fonctionnement des maisons médicales pluridisciplinaires ?

Le fonctionnement

La maison médicale pluridisciplinaire a vocation à regrouper en son sein des professionnels médicaux (médecin, dentiste), paramédicaux (infirmière, kinésithérapeute), sociaux (assistante sociale), de service (portage de repas, aide à domicile), un centre local d'information et de coordination (CLIC)...

Elle est ouverte aux heures d'ouverture des cabinets de soins et a vocation à se substituer à eux en regroupant tous les professionnels d'une zone.

Plus qu'un projet immobilier, elle est basée sur des projets communs d'action en direction de la population (prise en charge coordonnée des soins, prévention, éducation du patient...).

L'implantation

Le choix du lieu d'implantation de la maison médicale prendra en compte la notion d'accessibilité.

D'un point de vue régional, les financements accordés seront orientés en fonction d'une **priorisation territoriale**. En effet, la limitation des ressources financières oblige à effectuer des choix en fonction des situations médico-sociales rencontrées sur le terrain, de l'urgence des situations de pénurie en matière d'offre de soins et de la motivation des acteurs à mettre en œuvre ce type de projet. Cette priorisation s'appuie aussi désormais sur le décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes [annexe].

L'étude sur la typologie des cantons de l'URCAM et la DRASS et réalisée par l'ORS [février 2003] présente des groupes de cantons selon des caractéristiques qui permettent de les regrouper en fonction de critères socio-démographiques et d'offre de soins qui traduisent les difficultés d'accès aux soins.

Cette étude a permis d'engager des débats locaux au niveau de chaque département afin de déterminer les zones prioritaires pour favoriser un meilleur accès aux soins. Cette concertation a été menée avec les acteurs de terrain qui mettront en œuvre ces projets (maires, professionnels de santé) car la réussite de ces projets repose essentiellement sur leur motivation et leur implication. La maison médicale pluridisciplinaire doit être un projet partagé.

A l'issue de cette concertation, des groupes départementaux composés des caisses d'assurance maladie, des DDASS, des représentants des professionnels de santé et des élus se sont constitués pour aider au montage de projets visant à l'implantation de maisons médicales. C'est donc vers eux que les futurs promoteurs doivent se diriger pour envisager la réalisation de leur projet [coordonnées en annexe].

Parmi les facteurs facilitant l'implantation de ce type de projets, il faut penser aux hôpitaux locaux qui pourraient être des lieux-support de certaines maisons médicales. Les hôpitaux locaux n'accueillent pas que des personnes âgées. La création d'une maison médicale peut être l'occasion de renforcer la fonction médicale de ces établissements grâce à la participation de plusieurs professionnels de santé différents.

Quelles conditions de réalisation ?

Quelques recommandations peuvent être formulées en direction des promoteurs de ces projets :

- implication au départ de l'ensemble des acteurs dans une approche pluridisciplinaire,
- prévoir une réflexion de fond sur l'organisation et le fonctionnement et des objectifs clairement définis (objectifs médicaux, mécanismes de coopération...) [un projet immobilier ne suffit pas !],
- les projets veilleront à s'articuler avec des dispositifs de coordination des acteurs de santé déjà existants (réseaux, Centres Locaux d'Information et de Coordination CLIC,...).

Porteurs de projets

Le porteur de projet peut varier selon la nature de la maison médicale : centre hospitalier, association de professionnels de santé, Groupement de coopération sanitaire, Société Civile de Moyens...

NB *Certaines contraintes sur ce point sont liées au financement sollicité : communautés de communes pour les crédits du Contrat de Plan État/Région, de la dotation de développement rural, groupement de professionnels de santé libéraux pour le FAQSV, centre hospitalier pour les crédits de l'ARH (cf partie financement).*

Comment démontrer l'opportunité d'un projet ?

L'étude préalable a pour objet la mise en place éventuelle d'une maison médicale en s'attachant à faire ressortir les attentes des professionnels de santé, des institutions, des élus locaux, des patients et de la population locale. Elle a pour but de montrer si le projet répond à un besoin.

Elle peut être réalisée par le promoteur lui-même ou être confiée à un prestataire. Sans être obligatoire, elle est fortement conseillée. Elle permet notamment de remplir la partie 1 du *Guide pratique du Promoteur*.

1 - L'opportunité d'une maison médicale

L'étude préalable présente des éléments démographiques : âge et répartition de la population et recense de manière exhaustive l'offre médicale, paramédicale et sociale sur le canton ainsi que les cantons limitrophes : nombre de professionnels de santé (âge, répartition géographique), hôpitaux, établissements hébergeant les personnes âgées, services sociaux...

L'aspect accès aux soins et permanence des soins (médecins et pharmacies de garde, distances et moyens d'accès...) fera l'objet d'une attention particulière.

L'étude signale les dispositifs de coordination existants ou en projet, sur un ou plusieurs cantons, (associations d'aide, SSIAD, réseaux de santé...) ainsi que les éventuels dispositifs relatifs à la qualité de la prise en charge des patients (charte qualité, élaboration de référentiels communs...) dans le but de montrer des éléments concrets sur lesquels pourra s'appuyer le projet (nombre d'acteurs prêts à participer au projet...).

Elle évalue l'impact sur les activités des professionnels de santé hors projet ou loin du lieu d'implantation et détermine la zone géographique, sa liaison avec les zones administratives (cantons, communes) ou d'intervention médicale (impact sur les secteurs de gardes concernés, réseaux de santé).

Elle étudie les besoins de la population en rapport avec la création d'une maison médicale, dans une optique de maison de services publics :

- ✓ Enquête d'opinion auprès des habitants, notamment les personnes âgées.
- ✓ Mise en évidence de besoins nouveaux portant notamment sur l'apport de nouveaux services, par exemple de consultations de spécialistes délocalisées en rapport avec les contraintes techniques.

- ✓ Accessibilité des locaux aux personnes âgées et handicapées.
- ✓ Horaires d'ouverture en relation avec les moyens de transport.

L'étude pourrait utilement comprendre l'entretien des acteurs suivants :

- professionnels de santé ou représentants des professionnels de santé, libéraux et hospitaliers de la zone ainsi que des membres des Conseils de l'Ordre du Département,
- représentants des institutions locales : DDASS, Caisses d'assurance maladie,
- élus locaux : municipalités et conseillers généraux.

Ces acteurs peuvent être associés avec les membres de l'association à un comité de pilotage créé spécifiquement pour la durée de l'étude afin d'en faciliter le déroulement.

2 - La faisabilité

La maison médicale ne peut être la juxtaposition de cabinets médicaux individuels. Elle apporte une plus-value dans les conditions de travail des professionnels de santé et dans la coordination autour du patient. Elle doit être attractive pour de nouveaux professionnels.

Aussi une attention toute particulière doit être portée aux aspects suivants :

Étudier les conditions de travail collectif avec les moyens nouveaux déployés sur la maison médicale :

- ✓ Horaires d'ouverture.
- ✓ Accueil.
- ✓ Gestion des permanences et des soins non programmés avec salle d'urgence le cas échéant.
- ✓ Mise en place d'outils collectifs de suivi du patient (ex. : dossier unique, partage d'informations en accord avec le patient, expérimentations...).
- ✓ Suivi de la comptabilité, du secrétariat, mettre en évidence l'apport de moyens humains nouveaux à identifier.
- ✓ Lien avec les réseaux de santé existants.

- ✓ Si présence d'un hôpital local sur la zone, veiller aux possibilités d'articulation.
- ✓ Lien avec le centre social, l'association d'aide à domicile, les services publics avec le partage d'informations, faisant de la maison médicale un centre de ressources.
- ✓ Travail avec les médecins spécialistes.

Étudier les besoins en locaux :

- ✓ Surfaces demandées par les adhérents à l'association.
- ✓ Surfaces partagées, mode de chauffage, d'entretien...
- ✓ Coût des aménagements, comprenant les honoraires, les frais divers, l'équipement collectif.
- ✓ Création d'une structure évolutive.

Étudier le mode de gestion dans une optique de maison de service public essentiel à la population et la mise en œuvre du plan de financement :

- ✓ Nature de la structure juridique porteuse : comparaison des différents scénarios : association, SARL, coopérative, autres hypothèses.
- ✓ Nature de l'engagement des partenaires : mise à disposition de locaux, locataires, copropriétaires, durée de l'engagement, hypothèses de travail en relation avec une rupture des engagements, intégration des nouveaux arrivants.
- ✓ Budget prévisionnel de fonctionnement. Différencier les dépenses de structure, de gestion collective de personnel, des dépenses non collectives.
- ✓ Calcul des loyers et engagements des partenaires sur les charges de structures : proratas, charges fixes, loyers.
- ✓ Calcul des recettes de mise à disposition de locaux pour médecins spécialistes.

Quelques éléments d'évaluation

NB *Cette partie rejoint l'étape 4 du Guide pratique du Promoteur relative au suivi et à l'évaluation.*

La liste suivante, indicative et non exhaustive est composée d'exemples.

- Sur le maintien des professions déjà présentes :

Un projet de maison de santé peut motiver certains professionnels de santé à rester dans une zone.

Comparaison nombre de professionnels de santé avant / après.

- Sur l'attraction de nouvelles professions absentes :

La maison de santé est un moyen de rompre avec l'isolement de son exercice habituel et d'attirer de nouveaux professionnels de santé, elle peut s'articuler avec des consultations avancées, des cabinets secondaires ou tout autre type d'expérimentation.

La maison de santé a-t-elle permis d'accroître l'offre sanitaire ?

- Modification de l'exercice :

Formalisation de la coordination des soins avec réunions de travail régulières pour débattre des difficultés de prise en charge d'un patient ou de l'évolution de son état de santé (ex. : patient diabétique).

- Amélioration des conditions de travail des professionnels de santé :

Diminuer l'isolement, mise en place des références communes de suivi, de prise en charge thérapeutique, création d'un document de liaison entre professionnels, intégration aux réseaux qui se mettent en place. Meilleure gestion des tours de garde, relation avec le système de régulation Centre 15 (si la maison a vocation à jouer aussi le rôle de maison de garde).

- [Permanence et la continuité des soins :](#)

Organisation de la présence des professionnels : tour de garde de semaine et de week-end (cabinets secondaires).

Assurer les soins de premier recours et le suivi du patient.

Secrétariat commun, dossier médical partagé.

- [Initiation d'actions :](#)

- Sur l'implication dans des actions de préventions, d'éducation des patients :
 - Bilan annuel des actions et des participations aux actions menées
 - Bilan des participations aux différents réseaux...
- Réflexion sur les bonnes pratiques :
Structure relais de dépistage des campagnes nationales, référentiels de prise en charge ANAES, AFSSAPS et leurs dispositifs de mise en œuvre.

- [Satisfaction des acteurs](#)

Questionnaire de satisfaction annuel auprès d'un échantillon de patients, auprès des professionnels.

Quelques exemples pour vous aider à remplir les tableaux de l'étape 4 du Guide pratique du Promoteur...

Évaluation intermédiaire : bilans d'activité et évaluation des actions mises en œuvre

Bilan d'activité de la maison de santé :

Objectifs à atteindre	Indicateurs de suivi permettant de décrire ce qui existe	Méthode de recueil (le cas échéant)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Achat immeuble et approbation Permis de construire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi administratif du dossier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communauté de Communes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Regroupement des professionnels de santé en Société Civile de Moyens ou autre structure juridique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Document juridique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Production du contrat de la SCM ou autre
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de réhabilitation de l'immeuble 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en concurrence, accord et début des travaux 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communauté de Communes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travaux de cablage et installations informatiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivi de chantier 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Communauté de Communes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Création d'outils de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier médical 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Production de maquette et dossier médical
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mise en place de réunions de coordination 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Émargement ▪ Tenue d'un recueil de réunion et de plan d'action 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Production des émargements ▪ Rapport d'activité, comptes rendus périodiques

Évaluation finale des résultats et de l'impact :

Objectifs à atteindre	Indicateurs de suivi permettant de décrire les réalisations	Méthode de recueil (le cas échéant)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintien et développement offre de soins 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Installation de nouveaux professionnels / maintien de ceux présents 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de professionnels de santé
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions d'exercice des professionnels de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Moyens communs (secrétariat, infrastructures) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Questionnaire annuel
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Patient au centre du système 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier médical, réunions périodiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunions, dossiers communs
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordination entre PS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dossier médical, réunions périodiques 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude annuelle des dossiers traités
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politique de prévention ▪ Actions de dépistage : cancéreux... 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actions d'information auprès de certaines populations (jeunes, malades diabétiques, obèses...) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre d'actions d'information, de dépistage réalisées

Évaluation finale des résultats et de l'impact

Évaluation des résultats finaux et de l'impact des actions mises en œuvre :

Domaines	Indicateurs de mesure des résultats	Comparatif
▪ Maintien et installation de nouveaux professionnels de santé	▪ Nombre de professionnels de santé installés depuis l'ouverture de la Maison Médicale	▪ Avant / après
▪ Le patient au centre du système de santé	▪ Nombre de patients faisant l'objet de réunions de concertation	▪ Suivi de l'évolution
▪ Prévention, éducation du patient	▪ Nombre d'actions d'information réalisées, nombre de patients pris en charge par la diététicienne (<i>par ex.</i>)	▪ Recul des complications de la maladie du patient

Modalités spécifiques prévues pour mesurer la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs de la maison médicale :

- Questionnaire auprès des professionnels sur l'évolution de la prise en charge du patient : *ex.* : pour le suivi des patients diabétiques : régression des plaies, normalisation HbA1c, consultations régulières chez le dentiste... Perception de l'état psychique du patient.
- Questionnaire auprès des patients : sur le ressenti de la prise en charge, sa perception de son état de santé, la dimension matérielle de l'accueil et ses souhaits.
- Établissement de statistiques sur la participation aux groupes de prise en charge pour les patients.
- Autres...

La création de maisons de garde trouve sa nécessité dans la volonté d'adapter et d'améliorer le dispositif de permanence des soins.

Elle répond à plusieurs objectifs dont le premier est d'offrir aux patients une permanence des soins ambulatoires.

En dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville, un recours massif aux services d'urgences des établissements de soins ou aux visites à domicile a été relevé à plusieurs reprises impliquant la recherche de nouvelles solutions.

La maison de garde libérale s'inscrit dans le dispositif de permanence des soins comme un élément de la sectorisation susceptible de favoriser le bon déroulement des gardes pour la population comme pour les praticiens.

Le fonctionnement de la maison de garde doit garantir aux professionnels de santé libéraux des conditions d'exercice sécurisées et attractives (équipement complet de médecine générale, diminution de l'isolement de la garde, absence de déplacement), et aux patients une réponse adaptée à leur demande (qualité de l'accueil et des soins, disponibilité médicale, accessibilité, bonne adéquation de la prise en charge...).

Pour ce faire, il est important de définir un socle minimum commun à l'ensemble des structures assurant cette mission d'intérêt public.

NB *Les deux catégories de maisons médicales ne sont pas exclusives l'une de l'autre, une maison de santé peut aussi jouer le rôle d'une maison de garde et inversement, ce qui permet un usage optimal des locaux.*

Quels peuvent être les objectifs d'une maison de garde libérale ?

L'objectif principal d'une maison de garde est d'assurer la permanence de soins pour la population sur un secteur géographique déterminé par les CODAMUPS (décret du 15 septembre 2003, voir annexe).

D'autres objectifs peuvent être mis en avant comme par exemple assurer la sécurité et diminuer la pénibilité des gardes de ville, améliorer la connaissance de l'organisation de l'urgence par le public et de son utilisation, diminuer l'engorgement inadapté du service des urgences, favoriser l'accès aux soins des plus démunis (articulation avec prise en charge des transports...).

Les projets de ce type visent à répondre à une demande croissante de la population concernant la prise en charge de l'urgence médicale réelle ou ressentie que les structures existantes gèrent avec de plus en plus de difficulté : hors des horaires de consultation des cabinets médicaux de ville, une part croissante de la population se tourne vers la structure hospitalière pour des soins non programmés ne demandant pas systématiquement un environnement de haute technicité.

Dans le cas où la consultation de type libéral est située au sein de l'environnement hospitalier, les médecins généralistes ont à leur disposition le matériel nécessaire à leur pratique, ils travaillent de manière coordonnée avec le personnel hospitalier.

Sont concernées toutes les pathologies susceptibles d'une prise en charge par des médecins généralistes dans le cadre de leur pratique habituelle avec le recours éventuel à un plateau technique.

Les professionnels de santé impliqués dans ces projets sont les médecins généralistes volontaires soucieux d'assurer une continuité de soins dans l'exercice de leur activité et le service des urgences.

Quelles peuvent être les modalités de fonctionnement d'une maison de garde libérale ?

Deux cas peuvent être distingués :

- 1 - La maison de garde peut être située à proximité ou au sein du service des urgences d'un hôpital, elle accueille les patients se présentant aux urgences et orientés par une infirmière d'accueil et d'orientation.
- 2 - Elle peut être située dans un local indépendant, géographiquement éloigné de l'hôpital.

La maison de garde est située de façon à favoriser l'accès au plus grand nombre de patients, avec une identification claire pour le public. L'accès ne doit normalement pas se faire en direct, le patient se rendant en consultation à la maison de garde sur conseil du médecin régulateur du Centre 15. Préférentiellement, l'accès doit se faire après régulation libérale.

Dans tous les cas l'identification du caractère libéral doit être recherchée (possibilité sans passer par l'hôpital d'entrée directe, signalétique claire, affichage des tarifs en salle d'attente, etc.).

L'offre de consultation peut être doublée avec un autre médecin d'une offre de visites qui peuvent faire l'objet d'un accompagnement du médecin par un chauffeur.

Le plus souvent de type urbain (d'autres solutions sont envisageables comme par exemple la mise à disposition de locaux par les mairies dans des zones rurales ou dans les villes n'ayant pas de service d'accueil des urgences), la maison de garde est ouverte aux heures de fermeture des cabinets médicaux durant la première partie de nuit, période de plus grande affluence.

Elle propose aux patients relevant plus d'une prise en charge ambulatoire qu'hospitalière une consultation effectuée par des médecins libéraux avec un paiement à l'acte et direct. La présence du praticien fait fréquemment l'objet d'une demande de la rémunération d'une "astreinte".

Les praticiens exerçant dans ces maisons de garde ou d'accueil des urgences peuvent éventuellement utiliser certains services de l'établissement (ex. : radiologie).

L'utilisation des moyens de télétransmission (carte CPS et Vitale) est le mode de gestion de la feuille de soins recommandé.

Quelles conditions de réalisation ?

La maison médicale de garde est un maillon de la permanence des soins. Elle doit donc s'articuler avec la structuration de la prise en charge des soins non programmés au sein des départements et notamment l'organisation de la régulation téléphonique. La réalisation de l'objectif national de baisse des visites médicalement injustifiées peut s'appuyer sur le renforcement des dispositifs de régulation des appels d'urgence par les médecins libéraux au sein des centres 15 ou par une régulation libérale 15 bis assurée par des médecins libéraux en lien avec les centres 15.

Un projet de renforcement de la régulation pour être efficace doit s'appuyer sur :

- a)** la sectorisation des zones de garde libérales ;
- b)** une participation effective des médecins libéraux qui doivent être formés à la régulation et associés au montage du projet, à sa gestion, son suivi, son évaluation ;
- c)** un budget faisant apparaître des cofinancements pour assurer la pérennité et garantir l'implication des acteurs institutionnels : conseil général et municipalité (selon une logique de territoire), ARH et FAQSV (selon une logique de domaine de compétence), éventuellement, collectivités territoriales, assurance maladie.

Le projet doit prévoir l'articulation entre l'astreinte, la régulation au Centre 15, l'éventuelle participation à une maison d'accueil des urgences, le positionnement de structures type " SOS..." quand elles existent.

Une régulation renforcée², couvrant le secteur sur lequel veut s'implanter une maison de garde est un préalable au montage de ce type de projet. La maison de garde est intégrée explicitement au dispositif de permanence des soins.

L'importance du décloisonnement ville-hôpital doit permettre une organisation efficace et avec des coûts maîtrisés de l'implantation de ce type de maison médicale.

Pour les maisons de garde, une étude préalable n'est pas toujours nécessaire, l'adhésion des professionnels de santé et l'articulation avec le centre hospitalier (pensez à la formalisation des partenariats : conventions...) sont les deux éléments déterminants.

2 La réglementation des appels des permanences des soins via les centres 15 devient la règle : article R. 732 du décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de la Santé Publique : " L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque cette régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service. "

Quelle évaluation pour la maison de garde ?

NB *Ce cahier des charges de l'évaluation constitue le cadre commun à tout projet afin de permettre une comparaison entre les différents projets de même nature.*

1 - Nature et volume d'activité de la Maison Médicale de Garde (MMG)

1.1 Accueil téléphonique³

Dimension à évaluer	Indicateur(s)
Sollicitation téléphonique	Nombre d'appels reçus
Motifs d'appel	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de demandes de renseignements ❖ Nombre d'appels relatifs à une prise en charge ambulatoire non programmée ❖ Nombre d'appels motivés par une situation d'urgence réelle ❖ Nombre d'appels pour détresse ressentie
Pics / creux d'activité téléphonique	Heure d'appel
Réponse apportée	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Avis médical ❖ Déplacement à la MMG ❖ Orientation sur un service d'urgences ❖ Nombre de patients réadressés aux urgences après consultation ❖ Nombre de patients hospitalisés directement ❖ Visite du médecin d'astreinte ❖ Réponse non médicale

1.2 Fréquentation et activité médicale

Dimension à évaluer	Indicateur(s)
Fréquentation globale de la structure	Nombre de personnes qui se présentent à la MMG (par tranche horaire, en distinguant les jours de semaine, samedi et dimanche, jours fériés)
Nature de la réponse apportée	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de passages n'ayant pas donné lieu à une prise en charge médicale (conseils délivrés, sans recours aux soins) par tranche horaire / hebdomadaire ❖ Nombre de consultations réalisées au sein de la MMG par tranche horaire / hebdomadaire

³ Peut ne concerner que le Centre 15.

Pics / creux d'activité médicale	Heure de prise en charge
Demande de soins individuelle	“ Rang ” de la consultation pour un même patient (1 ^{er} passage, 2 ^e passage...)
Qualification du type de prise en charge	<p>1 - prise en charge relevant d'une consultation non programmée en ville</p> <p>2 - prise en charge relevant de l'urgence réelle ou vitale et nécessitant un plateau technique adapté</p> <p>Pour qualifier le type de prise en charge, le médecin pourra notamment se fonder sur la date (et éventuellement l'heure) d'apparition des symptômes</p>
Motif de consultation	<p>Si cas de figure 1 : utilisation de la classification simplifiée de la Société française de médecine générale</p> <hr/> <p>Si cas de figure 2 : motif relevant de l'une des catégories suivantes : pédiatrie, urgences traumatiques liées à des conduites addictives, pathologies saisonnières</p>

1.3 Participation des médecins libéraux à l'activité de la MMG

Dimension à évaluer	Indicateur(s)
Participation des médecins à l'activité de la MMG et impact	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de médecins sur le secteur géographique couvert par la MMG ❖ Nombre de médecins hommes et femmes assurant des tours de garde : au sein de la MMG et avant la mise en place de la MMG (si information disponible)
Participation des médecins à des actions de formation	<p>Participation à des actions de formation sur des thèmes relevant de la permanence de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> – Nombre de sessions de formations organisées – Nombre de médecins ayant participé à ces sessions – Nombre de protocoles d'orientation et de prises en charge rédigés
Participation des médecins aux réunions internes	Nombre de professionnels participant aux différents types de réunions (instances de pilotage, suivi d'activité)

1.4 Impact de la MMG sur le recours aux soins

La collecte et l'analyse des informations nécessaires à l'évaluation de ces dimensions relèvent prioritairement de l'évaluateur externe.

Dimension à évaluer	Indicateur(s)
Impact sur le recours aux urgences hospitalières	Nombre d'admissions enregistrées dans les services d'urgences hospitalières du secteur (UPATOU, SAU), aux heures d'ouverture de la MMG et après sa fermeture + délais d'attente avant prise en charge
Impact sur le recours aux visites à domicile	Nombre de visites à domicile réalisées par le médecin d'astreinte

Par ailleurs, les services médicaux et administratifs des caisses d'assurance maladie concernées se réservent la possibilité de conduire des requêtes statistiques sur l'évolution du nombre d'actes des médecins exerçant sur le secteur de la MMG (nombre de majorations de nuit, majorations pour samedi après-midi / dimanche / jours fériés / non justifiées).

2 - Parcours du patient

Dimension à évaluer	Indicateur(s)
Profil des patients	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Age ❖ Sexe ❖ Commune de résidence ❖ Identification du médecin traitant (O/N)
Mode d'accès à la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patient venu spontanément ❖ Patient venu après appel téléphonique à la MMG ❖ Patient venu après appel téléphonique du médecin traitant (numéro / adresse de la MMG donnés par le répondeur) ❖ Patient orienté après régulation téléphonique (Centre 15) ❖ Patient réorienté par un service d'urgences
Recours à un plateau technique	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre d'examen biologiques sollicités ❖ Nombre d'examen radiologiques sollicités (distinguer réalisation à l'hôpital ou en ville)
Orientations et devenir du patient à la sortie de la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de patients réorientés sur leur domicile ❖ Nombre de patients réorientés vers un service d'urgences ❖ Nombre de transferts SAMU ❖ Nombre de patients revus

3 - Satisfaction des usagers, des intervenants et des partenaires

Dimension à évaluer	Indicateur(s)
Satisfaction des usagers	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mode de connaissance de la MMG ❖ Facilité d'accès ❖ Adaptation des horaires d'ouverture ❖ Qualité de la réponse téléphonique, de l'accueil ❖ Temps d'attente ❖ Adaptation des locaux ❖ Note globale sur la qualité du service rendu ❖ Conseil de la MMG à un proche ? ❖ Satisfaction par rapport à l'ancien système de garde ou aux visites à domicile
Satisfaction des professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Amélioration des conditions d'exercice des médecins libéraux : <ul style="list-style-type: none"> – Réduction du sentiment d'insécurité – Rupture avec l'isolement de la garde – Réduction des contraintes et de la fatigue inhérente à l'exercice de la garde – Influence du mode de rémunération sur la participation à la garde <hr/> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Satisfaction des intervenants (médicaux et administratifs) à l'égard des formations reçues, le cas échéant (exemples de thèmes : prise en charge non programmée, régulation téléphonique, utilisation du système d'informations, etc.)
Perception des autres acteurs de la permanence des soins et de l'urgence sur les effets induits de la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Médecins traitants (ex. : jugement sur la qualité / rapidité de l'information retournée ?) ❖ Centre 15 (réorientation sur la MMG des patients, impact sur la régulation téléphonique ?) ❖ SAMU ❖ Services des urgences hospitaliers (UPATOU/SAU) : impact quantitatif et qualitatif de la MMG : évolution du nombre de passages / admissions du nombre de recours injustifiés aux urgences hospitalières depuis l'ouverture de la MMG ? ❖ SOS médecins (lorsque ce service existe sur le secteur)

4 - Spécificités et contexte local

Bien que réalisée sur la base du présent "tronc commun", la démarche d'évaluation des MMG devra tenir compte de caractéristiques propres à chaque MMG. Celles-ci découlent du contexte géographique (urbain, péri-urbain, rural), du lieu d'implantation (local dédié, locaux partagés, implantation à la porte d'un établissement de santé) ou des choix organisationnels opérés par les promoteurs de chaque MMG.

Amélioration des conditions d'exercice des médecins, réduction de la fréquence du service d'urgences, selon les MMG, la priorité affichée varie. Le

tableau suivant liste un certain nombre de caractéristiques qui peuvent ne pas être partagées par l'ensemble des MMG.

Caractéristiques	Oui / non
Équipement de la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Composition du plateau technique, en référence aux éléments contenus dans le projet de guide national sur les MMG : une table d'examen par box d'examen, un tensiomètre mural par table d'examen, électrocardiogramme 3 pistes, valise d'urgence (obus d'oxygène, ambu, matériel de perfusion et médicaments de première urgence), débibimètre de pointe, matériel de petite chirurgie, otoscopes, doctor's test (TDR), lecteurs de glycémie, thermomètres, pèse bébé ❖ Mise en place d'une signalétique particulière aux abords de la MMG ?
Organisation de la permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ouverture de la MMG substitutive de toute autre organisation de la garde ou de l'astreinte sur le secteur ? ❖ Nombre de médecins présents simultanément à la MMG, suivant les tranches horaires / hebdomadaires ? ❖ Intervention du médecin d'astreinte inscrit au tableau de garde dans le cadre de la MMG ? ❖ Activité de visite, en plus des consultations ?
Mode d'organisation interne	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence d'un coordonnateur ou d'un responsable médico-administratif clairement désigné, chargé du bon fonctionnement de la MMG et des relations avec les partenaires ? ❖ Présence d'un planning mensuel organisant la présence médicale au sein de la MMG et les astreintes ? ❖ Renseignement d'une fiche médico-administrative ou d'un logiciel de gestion de données médicales ? ❖ Existence d'une procédure de transmission d'information (compte-rendu succinct, suite de soins) vers le médecin traitant (lorsque celui-ci est connu), avec l'accord du patient ?
Mesures en faveur de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence de protocoles de soins sur les situations non programmées ou urgentes ? ❖ Existence d'un dispositif de formation spécifique, sur des thèmes relatifs à la permanence des soins ou à l'utilisation du système d'informations ?
Mode de rémunération des professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A l'acte ❖ Au forfait (forfait de permanence des soins calculé sur la base d'un nombre minimum d'actes, de l'indemnité horaire d'astreinte, autres) (O / N ; si oui, type et montant du forfait ?) ❖ Existence de pratiques de reversions, au titre de la participation aux frais de structure (O / N , si oui, pourcentage reversé ?)
Pluridisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence d'une permanence paramédicale (infirmière, kinésithérapie) au sein de la MMG ? ❖ Organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire et de suivi entre les différents intervenants au sein de la MMG (médecins, administratifs, paramédicaux le cas échéant) ?

Communication	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mode d'information des usagers et des professionnels de santé sur la MMG : affiches dans les cabinets libéraux, le hall de l'hôpital, plaquettes, livret d'accueil d'hospitalisation, sollicitation des médias, site internet, réunions publiques d'information... ❖ Réalisation d'actions d'information, auprès des usagers et des professionnels de santé, sur le bon usage de la permanence des soins
Partenariats	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence de conventions avec : <ul style="list-style-type: none"> – un plateau technique externe à la maison de garde (laboratoire d'analyses, cabinet de radiologie) – le Centre 15 (participation à la régulation téléphonique, réorientation des patients), le SAMU – le(s) service(s) d'urgence du secteur (modalités d'orientation / réorientation des patients vers ou depuis la MMG) – précisez la distance du service le plus proche – des transporteurs sanitaires – les organismes d'assurance maladie (télétransmission, tiers-payant, accueil des bénéficiaires de la CMU) – autres ❖ Organisations de réunions périodiques avec les autres acteurs concernés (UPATOU, SAU, Centre 15...)

NB *Un Comité de suivi peut être chargé de la mise en place de ce programme et des éventuelles modifications à apporter à cette évaluation.*

Les tableaux à renseigner sont ceux de l'étape 3 du *Guide pratique du Promoteur*. Ils présentent le budget prévisionnel du projet sur trois ans et la part des différents financeurs.

Cette partie a pour objectifs de préciser quels sont les financeurs potentiels de maisons médicales et sur quels postes ces derniers sont susceptibles d'intervenir.

Les grands postes de dépenses qui s'attachent à un projet de maison médicale peuvent être identifiés comme suit :

- **Étude préalable d'opportunité et de faisabilité** (enquête population, devis architecte, entrepreneurs...)
- **Investissement** : travaux de construction ou de réhabilitation, équipement en matériel (informatique, bureautique...)
- **Frais de fonctionnement** : personnel salarié de la structure : secrétaire, femmes de ménage, frais de formation des professionnels de santé, frais de coordination : réunions...
- **Évaluation** : comité de suivi interne, recours à un prestataire extérieur pour évaluation finale.

Quelques exemples pour vous aider à réaliser votre budget

Types de dépenses	Nature de la dépense	
Dépenses d'investissement	Installation et équipement de la Maison médicale	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Rénovation / aménagement du local ❖ Équipement médical ❖ Mobilier médical et non médical ❖ Signalétique ❖ Matériel de sécurisation des locaux (vidéo-surveillance, porte SAS)
	Informatique / téléphonie	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Matériel informatique (ordinateurs, imprimantes et logiciels) ❖ Équipement de télétransmission ❖ Logiciel de gestion / suivi de l'activité de la MMG ou de données patient ❖ Téléphonie

Frais de fonctionnement	Frais de fonctionnement liés au local	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frais de location ou coût de la mise à disposition du local (charges comprises) ❖ Abonnement et consommation d'électricité, eau, téléphone ❖ Frais d'assurance (locaux)
	Frais de personnel	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coût du personnel d'accueil / secrétariat, salarié ou mis à disposition (charges comprises) ❖ Coût de formation des professionnels de santé et administratifs
	Prestations externes	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Coût de la prestation d'entretien / nettoyage des locaux (charges comprises) ❖ Coût du recours à un personnel de sécurité (charges comprises) ❖ Coût lié à la maintenance du système d'information ❖ Frais d'expertise juridique, d'expertise comptable, de commissariat aux comptes (le cas échéant)
	Indemnisation des professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En cas de paiement à l'acte : nombre et coût total des actes réalisés (intégrant la tarification différenciée des consultations selon la nomenclature) ❖ Nombre et coût total des forfaits horaires de permanence des soins réglés aux professionnels de santé ❖ Montant global des reversions, en cas de participation aux frais de structure ❖ Coût de l'indemnisation des médecins pour leur participation aux réunions de montage du projet, de suivi / comité de pilotage
	Autres	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Frais divers (consommables informatiques, fournitures de bureau, affranchissements, reprographie...) ❖ Coûts des actions de communication sur la MMG (affiches et plaquettes destinées à l'information du public et des professionnels de santé, coûts d'inauguration) ❖ Frais de formation le cas échéant
Frais d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Indemnisation des acteurs participant à l'évaluation interne ❖ Mobilisation d'un prestataire externe 	

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville s'adresse aux professionnels de santé libéraux pour des actions relatives à :

- la promotion de la coordination
- l'amélioration des pratiques professionnelles
- le développement du partage des informations
- le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles

Il est géré par l'URCAM en partenariat avec les professionnels de santé.

Son échéance étant fixée au 31 décembre 2006, le FAQSV possède **un caractère expérimental fort, les financements alloués sont par nature non pérennes.**

La permanence des soins est une des priorités arrêtées par le Comité régional du FAQSV.

Des crédits spécifiques pour améliorer l'organisation de la permanence des soins sont fléchés au sein de l'enveloppe régionale du FAQSV.

Ils permettent de soutenir les initiatives de création de **maisons médicales pluridisciplinaires.**

Pour les maisons de garde, un bilan et une évaluation des premières expérimentations sont en cours. Ainsi, les crédits aux maisons médicales de garde seront prioritairement affectés aux expérimentations en cours ou sur le point de l'être (fin 2003 - début 2004).

Des négociations conventionnelles entre les caisses nationales d'assurance maladie et les professionnels de santé, relatives à la permanence des soins sont lancées pour le financement de la participation des médecins libéraux à la régulation au sein des centres 15 et les dispositifs de garde.

Lorsque ces orientations nouvelles seront connues, ainsi que les résultats des évaluations, le FAQSV positionnera ses interventions.

Que peut financer le FAQSV ?

Le FAQSV peut financer des dépenses **d'équipement**, des dépenses **de fonctionnement** et des dépenses **d'études et de recherche**.

En matière de projets de maisons médicales, et en l'absence d'orientations nouvelles, une participation à l'investissement mobilier est envisageable, le fonctionnement et l'évaluation restent privilégiés. Une priorité est accordée au projet médical : coordination des professionnels de santé, secrétariat, réunions de coordination, formations pluridisciplinaires.

Par ailleurs **la présence d'autres financeurs est fortement recommandée** quelle que soit la nature du projet : maison de santé ou de garde.

A noter que le FAQSV peut contribuer au financement d'une étude préalable à un projet de maison médicale ou à son évaluation.

Les dossiers sont recevables tout au long de l'année à déposer à l'URCAM.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation peut allouer des crédits à des maisons médicales si celles-ci s'appuient sur un centre hospitalier. Ainsi dans le cas des maisons pluridisciplinaires rurales, l'articulation avec un hôpital local est indispensable pour prétendre à des financements. L'ARH peut également participer au financement des maisons de garde situées à proximité de services d'urgences.

Les promoteurs sont invités à se tourner dans un premier temps vers les DDASS.

Le Conseil régional

Dans le cadre d'opérations cœurs de territoires et de la mise en œuvre des pays, le Conseil régional engage les élus locaux à créer des maisons de santé en liaison avec les professionnels.

Il soutient également le développement de nouvelles technologies pour développer la télémédecine (liaison entre maisons de santé et laboratoires, cabinets spécialisés).

Il convient de se renseigner auprès des préfetures et conseils généraux.

Les conseils généraux

Selon les départements, les conseils généraux peuvent allouer des crédits aux projets de maison médicale.

Les Préfectures

Dans le cadre du contrat de plan État / Région, des crédits peuvent être alloués à des projets de maisons médicales via les communautés de communes. Les préfectures Dotation de Développement Rural pour les communauté de communes, Fonds européens : DATAR.

Les Collectivités locales

Les municipalités peuvent parfois mettre à disposition des locaux pour les maisons médicales ou participer à des expérimentations relatives aux transports non médicalisés des patients.

L'auto-financement

Dans la plupart des cas, les collectivités locales peuvent participer au financement de l'achat du bâtiment et/ou sa réhabilitation. Les professionnels de santé reversent ensuite un loyer calculé selon la surface utilisée ou selon un pourcentage d'honoraires.

Les Caisses d'assurance maladie

Possibilité d'accord de prêt à taux préférentiel (MSA).

ANNEXE I :

Des adresses utiles pour vous aider dans votre démarche.

ANNEXE II :

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de la Santé Publique.

Décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.

ANNEXE III :

Publications.

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URCAM 14 rue Jean GIONO
21000 DIJON
Tél. : 03.80.78.80.11 (FAQSV)
03.80.78.80.14 (Permanence des soins)
Fax : 03.80.74.16.67

Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARH Hôtel d'Esterno
1 rue Monge
21000 DIJON
Tél. : 03.80.50.86.00
Fax : 03.80.50.86.01

Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne

UPMLB Immeuble Le Major
170 avenue Jean Jaurès
21000 DIJON
Tél. : 03.80.58.84.88
Fax : 03.80.58.85.07

Conseils de l'Ordre

Ordre départemental des médecins de Côte-d'Or

7 boulevard Rembrandt - 21000 DIJON - 03.80.60.92.00

Ordre départemental des médecins de la Nièvre

16 bis, bd Pierre de Coubertin - 58000 NEVERS

Ordre départemental des médecins de la Saône-et-Loire

6, carrefour Europe - 71000 MÂCON

Ordre départemental des médecins de l'Yonne

2, carré Puits des Dames - 89000 AUXERRE

Conseil régional de l'ordre des médecins

7 boulevard Rembrandt - 21000 DIJON - 03.80.60.92.00

Ordre départemental des chirurgiens dentistes de Côte d'Or

2 rue des Ciseaux - 21800 QUETIGNY - 03.80.46.01.02

Ordre départemental des chirurgiens dentistes de la Nièvre

La Chaumière 15 rue Claude Tillier - 58000 NEVERS - 03.86.59.48.85

Ordre départemental des chirurgiens dentistes de Saône et Loire

1 rue Dewet - 71100 CHALON-SUR-SAÔNE - 03.85.48.68.80

Ordre départemental des chirurgiens dentistes de l'Yonne

22 place de la République - 89300 JOIGNY - 03.86.62.48.23

Ordre régional des pharmaciens de Bourgogne

1 rue Musette - 21000 DIJON

Les caisses d'assurance maladie

CPAM 21	8 rue du Dr Maret, 21045 DIJON cedex	03.80.59.63.03
CPAM 58	50 rue P.-V. Couturier, 58016 NEVERS cedex	03.86.21.69.00
CPAM 71	113 rue de Paris, 71022 MÂCON cedex 9	03.85.39.73.00
CPAM 89	1-3 rue du Moulin, 89024 AUXERRE cedex	03.86.72.81.89
MSA 21	14 rue Félix Trutat, 21046 DIJON cedex	03.80.63.22.88
MSA 58	Place du Champ de Foire, 58017 NEVERS cedex	03.86.60.30.30
MSA 71	46 rue de Paris, 71023 MÂCON cedex 9	03.85.39.51.31
MSA 89	14 bis rue Guynemer, 89023 AUXERRE cedex	03.86.47.37.39
CRAM	38 rue de Cracovie, 21000 DIJON	03.80.70.50.50
CMR	34 rue de Parpas, 71407 AUTUN cedex	03.85.86.50.40

Les Directions départementales des Affaires sanitaires et sociales

D.D.A.S.S. de la Côte-d'Or	16,18 rue Nodot, 21000 DIJON Tél. : 03.80.40.21.21
D.D.A.S.S. de la Nièvre	11 rue Pierre Émile Gaspard, Case 49, 58019 NEVERS cedex Tél. : 03.86.60.52.00
D.D.A.S.S. de la Saône-et-Loire	Cité administrative, 173 bd Henri Dunant, BP 2024, 71020 MÂCON cedex 9 Tél. : 03.85.21.67.00
D.D.A.S.S. de l'Yonne	25 av. Pasteur, 89011 AUXERRE Tél. : 03.86.51.80.00

La D.R.A.S.S. de Bourgogne

- Inspection régionale de la santé - Tél. 03.80.44.30.26
- Politiques et Protection sociales - Tél. 03.80.44.30.11

Le Conseil régional

17, boulevard de la Trémouille
BP 1602 - 21035 DIJON cedex
Tél. : 03.80.44.33.00 / Fax : 03.80.44.33.30

Les Conseils généraux

Conseil général de la Côte-d'Or	Hôtel du Département, BP 1601, 21035 DIJON cedex - Tél. : 03.80.63.66.00
Conseil général de la Nièvre	Hôtel du Département, 62 rue de la Préfecture 58039 NEVERS cedex Tél. : 03.86.60.67.00
Conseil général de la Saône-et-Loire	Rue de Lingendes, 71026 MÂCON cedex Tél. : 03.85.39.66.00
Conseil général de l'Yonne	Hôtel du Département, 14 rue Michelet 89089 AUXERRE cedex Tél. : 03.86.72.89.89

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de la Santé Publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'État)

NOR : SANH0322761D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées,

Vu le Code de la Santé Publique, notamment les articles L. 6313-1, L. 6313-2 et L. 6325-1 ;

Vu le Code de la Sécurité Sociale, notamment les articles L. 162-5 et L. 162-31-1 ;

Vu le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 modifié relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 modifié relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU ;

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié portant code de déontologie médicale, notamment son article 77 ;

Vu l'avis de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie en date du 12 mai 2003 ;

Vu la saisine de la Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles en date du 29 avril 2003 ;

Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Il est inséré au livre VII du Code de la Santé Publique un titre II intitulé : « Permanence des soins » et comprenant les articles suivants :

« Art. R. 730. - La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du présent code est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.

« Cette 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 mentionné à l'article L. 6313-1.

« A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante.

« La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental mentionné à l'article L. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

« La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel.

« Art. R. 731. - Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 730 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en oeuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

« Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé.

« Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

« Art. R. 732. - L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service.

« Les médecins mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale peuvent participer à la régulation.

« Art. R. 733. - Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

« En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, ce conseil, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

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

« Il peut être accordé des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins.

« Art. R. 734. - A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

« Art. R. 735. - Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental prévu à l'article L. 6313-1.

« Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques, prévoit les indicateurs d'évaluation et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précise en outre les modalités de participation des médecins spécialistes. »

Article 2

Le décret du 30 novembre 1987 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

I. - A l'article 1^{er} :

A. - La liste des membres de droit mentionnés au a est ainsi complétée :

« 5. *Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.* »

B. - La liste des membres désignés par les organisations qu'ils représentent mentionnée au c est ainsi complétée :

« 5. *Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.*

« 6. *Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral.* »

C. - La liste des membres nommés par le préfet mentionnée au d est modifiée et complétée comme suit :

« 5. *Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.*

« 6. *Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental.* »

« 10. Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers. »

« 11. Un représentant des associations d'usagers. »

II. - L'article 4 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les mots : « au moins une fois par an » sont remplacés par les mots : « *au moins deux fois par an* ».

Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables. »

Article 3

Le ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées et le ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires Rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République Française.

Fait à Paris, le 15 septembre 2003.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre

Le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées,
Jean-François Mattei

Le ministre de l'Intérieur, de la Sécurité Intérieure et des Libertés Locales,
Nicolas Sarkozy

Le ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires Rurales,
Hervé Gaymard

Décret n° 2003-1140 du 28 novembre 2003 relatif à la détermination des zones déficitaires en matière d'offre de soins en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes

NOR : SANH0323050D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, et notamment son article 25 ;

Vu la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, et notamment son article 39 ;

Vu l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 modifiée relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, notamment son article 4 ;

Vu le décret n° 2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé ;

Vu l'avis du comité interministériel et de coordination en matière de sécurité sociale en date du 1^{er} août 2003 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 7 août 2003,

Décète :

Article 1

Pour déterminer les zones mentionnées à l'article 4 de l'ordonnance du 24 avril 1996 susvisée dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins, le représentant de l'État dans la région procède au recensement des difficultés d'accès aux soins à partir des données relatives à la géographie, à la densité médicale, à la démographie et aux politiques publiques relatives à la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale ainsi que l'organisation des soins sur ces secteurs.

Article 2

Une zone est considérée comme déficitaire lorsque sur un territoire comportant au moins cinq mille habitants sont constatées des difficultés d'accès au médecin généraliste. Ces difficultés sont établies lorsque trois des quatre conditions suivantes sont réunies :

1° Les habitants ne peuvent bénéficier de soins dispensés par un médecin généraliste dans un délai de déplacement inférieur à quarante minutes ;

2° L'effectif de médecins est inférieur à l'équivalent de trois médecins généralistes exerçant la médecine générale à temps plein pour cinq mille habitants ;

3° Le volume d'activité des médecins généralistes est supérieur à sept mille cinq cents actes par an pour 75 % des médecins du territoire considéré ;

4° Est satisfait au moins l'un des trois critères suivants :

a) La proportion de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans est supérieure à 10 % de la population sur le territoire considéré ;

b) La proportion de bénéficiaires de minima sociaux, de la couverture médicale universelle ou de personnes souffrant d'une affection de longue durée est supérieure à la moyenne nationale et régionale sur le territoire considéré ;

c) Le territoire considéré est qualifié au titre de la politique de la ville ou des zones de revitalisation rurale.

Article 3

Le représentant de l'État dans la région arrête les zones éligibles après avis du comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Il recueille également l'avis des instances départementales et régionales de l'ordre des médecins, des médecins déjà installés dans la zone concernée et des collectivités territoriales intéressées, ainsi que celui de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de l'agence régionale de l'hospitalisation concernées.

Article 4

Tous les trois ans au moins, il est procédé à une révision des zones retenues.

Article 5

Le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées et le ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires Rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 28 novembre 2003.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre

Le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées,
Jean-François Mattei

Le ministre de l'Économie, des Finances et de l'Industrie,
Francis Mer

Le ministre de l'Agriculture, de l'Alimentation, de la Pêche et des Affaires Rurales,
Hervé Gaymard

Le point sur les projets bourguignons en cours

La liste des projets financés via le FAQSV figure sur le site internet de l'URCAM :

www.bourgogne.assurance-maladie.fr

Quelques publications utiles

- *La répartition de l'offre de soins libérale en Bourgogne, document préparatoire à la journée régionale sur la démographie médicale du 27 juin 2001*, URCAM avril 2001
- *Zones de besoins en services médicaux en Bourgogne*, travail réalisé par l'Observatoire régional de la santé de Bourgogne à l'initiative de l'URCAM de Bourgogne et de la DRASS, novembre 2002
- *Répartition de l'offre de soins : un défi pour la Bourgogne*, DRASS, URCAM, février 2003
- *Cahier des charges de l'évaluation des maisons médicales de garde (MMG)*, URCAM Rhône Alpes, septembre 2003
- *Pour créer et développer des maisons de santé sur le territoire français*, Projet de la Société française de santé publique, www.sfsp.info (consulté en fév. 2004)
- *Premières recommandations du groupe de travail « soins primaires » du Conseil scientifique de la CNAMTS*, réunion du 20 décembre 2000

GLOSSAIRE

ACBUS	Accord de bon usage des soins
AFSSAPS	Agence Française de sécurité des produits de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CLIC	Centres Locaux d'Information et de coordination gérontologiques
CMR	Caisse Maladie Régionale
CNAMTS	Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CODAMUPS	Comité départemental d'Aide Médicale Urgente et de Permanence des Soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
MAU	Maison d'accueil des urgences
MMG	Maison médicale de garde
MSA	Mutualité Sociale Agricole
ORS	Observatoire Régional de la Santé
SCM	Société civile de moyens
UPMLB	Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URCAM

14, rue Jean Giono - BP 36505 - 21065 Dijon cedex

Tél. : 03 80 78 80 16



Consultez
notre site :

www.bourgogne.assurance-maladie.fr



l'Assurance Maladie
sécurité sociale

