

LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

Rapport remis à

Monsieur Xavier Bertrand
Ministre de la Santé et des Solidarités

par
Le Docteur Jean Yves Grall

Juillet 2006

SOMMAIRE

Préambule	page 3
Synthèse du rapport	page 4
Première partie - Un contexte évolutif	page 5
- L'évolution des modes de consommation de soins par la population	page 6
- Les évolutions de la démographie des médecins	page 6
- La structuration nouvelle de la permanence des soins en ambulatoire	page 7
- Les modalités de fonctionnement des fonds FAQSV	page 8
Deuxième partie – Evaluer pour comprendre	page 9
- La situation actuelle : une augmentation constante depuis 2003	page 10
- Une grande hétérogénéité des situations	page 10
- Spécificités des MMG installées dans un centre hospitalier disposant d'un service d'urgences	page 18
- Spécificité des MMG installées dans un hôpital local	page 19
- Spécificité des MMG isolées en milieu rural	page 20
- Spécificité des MMG isolées en milieu urbain	page 20
- La maison médicale de garde : une solution préparant l'avenir	page 22
Troisième partie – Proposer pour agir	page 24
1. Etablir un pilotage cohérent et opérationnel de la permanence des soins au niveau régional	page 26
2. Simplifier et pérenniser le dispositif des MMG	page 27
3. Etablir un cadre minimal type de fonctionnement d'un MMG	page 28
4. Favoriser une filière de prise en charge cohérente de santé publique en donnant intérêt à agir à tous les secteurs	page 31
5. Inscrire les MMG dans le cadre d'un dispositif de PDS simplifié et lisible	page 34
6. Informer pour responsabiliser et sécuriser la population	page 37
Annexes	page 38
- Lettre de mission	page 39
- Liste des sigles utilisés	page 40
- Liste des auditions réalisées	page 42
- Bibliographie	page 49

Préambule

Par lettre en date du 22 mai 2006, M Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, donnait mission au Dr Jean Yves Grall, Conseiller Médical à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, de rédiger un rapport sur l'évaluation et la formulation de recommandations concernant le fonctionnement et le financement des maisons médicales de garde.

Durant un mois et demi , de nombreux entretiens ont eu lieu tant au niveau national que régional avec les représentants institutionnels ou syndicaux , mais aussi des rencontres avec les médecins acteurs de terrain, soit lors de réunions régionales soit directement dans les maisons médicales . Ainsi le large éventail des situations expertisées sur l'ensemble du territoire a permis de tirer des enseignements généraux et de formuler des propositions pour l'avenir.

Il convient de souligner en particulier la grande disponibilité et la réactivité des instances régionales (ARH et URCAM) qui ont su dans des délais très courts organiser les rencontres nécessaires. L'accueil lors des diverses visites a toujours été excellent et il faut noter très souvent de la part des différents acteurs, notamment les médecins généralistes, un enthousiasme et une volonté de faire évoluer la permanence des soins pour répondre aux besoins de la population.

Ce rapport s'inscrit au terme d'une période au cours de laquelle de nombreuses maisons médicales ont vu le jour sur l'ensemble du territoire. Néanmoins, le plus souvent l'installation de ces dispositifs n'a été possible que sous l'impulsion de véritables « pionniers », qui ont su réunir et faire adhérer leurs confrères. Cet état de fait explique l'extrême hétérogénéité des situations rencontrées et justifie qu'une doctrine commune à travers un cadre national soit établie sur des critères généraux en laissant une souplesse d'application régionale.

Ce document fixe au préalable les éléments de contexte, dans un second temps une évaluation de la situation actuelle et enfin une série de recommandations selon six axes stratégiques.

Synthèse du rapport

Le développement continu des maisons médicales de garde (MMG), dans un contexte de recours croissant aux services d'urgences et aux centres 15 et de démographie médicale difficile, accompagne les modifications réglementaires concernant la permanence des soins (PDS). Les 2/3 des MMG sont financées (hors honoraires) par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

L'évaluation de près de 200 structures, malgré une grande hétérogénéité des situations, permet de considérer que le concept de MMG est d'un dispositif de PDS préparant l'avenir :

Un dispositif hétérogène :

- Une localisation pour les 2/3 au sein d'un établissement sanitaire ou médico social
- Des niveaux d'activité variables mais relativement stables et conditionnés par les différentes modalités d'accès observées (régulation exclusive ou accès direct possible)
- Un taux de participation des médecins important en milieu rural et très faible en milieu urbain
- Un niveau de population desservie variable dans un contexte de sectorisation améliorée
- Des coûts de fonctionnement, dont le caractère très hétérogène dépend de quatre facteurs principaux de dépenses concernant
 - Les locaux (investissement, location, participation des collectivités territoriales).
 - Les frais de personnel
 - Des frais annexes d'évaluation, et de prestations extérieures de suivi comptable
 - Des rémunérations forfaitaires attribuées aux médecins pour coordination, réunions.

Le concept de MMG se révèle être une des solutions d'avenir quant au maintien d'une permanence des soins (PDS) ambulatoire. Les MMG permettent une remédicalisation du milieu rural, une réimplication des professionnels dans la PDS, une meilleure filière de prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services d'urgences hospitaliers, et représentent un point de repère pour la population en milieu très urbanisé et un socle pour le développement futur de véritables maisons de santé, notamment en zone rurale. Ceci justifie qu'un encadrement clair et une standardisation minimale accompagnent l'installation et le fonctionnement pérenne des MMG.

Les recommandations sont structurées selon six axes :

1. Etablir au niveau régional un pilotage cohérent et opérationnel sous l'égide de la Mission Régionale de Santé (MRS), basé sur l'analyse des besoins en lien avec l'offre hospitalière, au moyen d'une enveloppe financière spécifique, à côté du FAQSV et de la DRDR.
2. Simplifier et alléger les procédures d'éligibilité et de suivi, et pérenniser le dispositif des MMG par un financement contractualisé sur 5 ans
3. Etablir 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.
4. Favoriser une filière de prise en charge cohérente de santé publique en donnant intérêt à agir à tous les acteurs
 - En inscrivant les MMG dans les « réseaux des urgences »
 - en favorisant les organisations intra hospitalières par l'adaptation du financement des services d'urgence hospitaliers à la filière de prise en charge optimale des patients
 - en finançant sur des bases identiques, une fois reconnu leur intérêt, toutes les MMG ou leur établissement support (sanitaire et médico social)
 - en adaptant dans certains cas le financement des médecins
 - en rendant possible l'accès au tiers payant et en adaptant les modalités fonctionnelles et financières des transports pour les patients
5. Inscrire les MMG dans un dispositif de PDS simplifié et lisible
 - en effectuant un redécoupage des secteurs autour des MMG installées
 - en établissant une sectorisation élargie calquée sur la carte des établissements hospitaliers en « nuit profonde », permettant de garantir après régulation préalable une réponse au besoin de visites « incompressibles »
 - en structurant l'accès aux MMG, notamment par une régulation de médecine générale, à partir d'un mode d'appel téléphonique défini, simple et stabilisé
 - en mettant en cohérence les dispositifs de garde ambulancière et de pharmacie
6. Une large information sur l'utilisation de la PDS à destination du grand public pour responsabiliser et sécuriser la population, ce qui nécessite un dispositif défini et stable

Première partie

UN CONTEXTE EVOLUTIF

Quatre éléments du contexte dans lequel s'inscrit la problématique de la maison médicale de garde doivent être signalés :

- ❑ L'évolution des modes de consommation de soins par la population
- ❑ Les évolutions de la démographie médicale
- ❑ La structuration nouvelle de la permanence des soins en ambulatoire
- ❑ Les modalités de fonctionnement des fonds FAQSV

L'évolution des modes de consommation de soins par la population

De nombreuses études réalisées ces dernières années ont montré un recours croissant aux services d'urgences hospitaliers (+43% entre 1990 et 1998) Cette augmentation va de pair avec des comportements consuméristes se traduisant par une venue directe pour près des trois quart des usagers alors que près des de 15% des patients sont classés en CCMU 1 (c'est à dire des patients ne justifiant pas de recours à des examens complémentaires). (20)

L'augmentation croissante se fait sur les patients qui retournent à domicile, le taux d'hospitalisation reste stable aux alentours de 20%.(18)

Les considérations socio économiques influent également sur ce recours. (19)

De même, en dix ans, le nombre d'appels reçus par les centres 15 a été multiplié par trois. Depuis 1991 la croissance est d'environ 10% par an. (23)

Une étude du CREDOC en 2003 montre que le recours aux services d'urgences hospitaliers est nettement plus fréquent que le recours à un médecin de garde. (17)

Les évolutions de la démographie des médecins

Une évolution préoccupante de la démographie médicale en général et des médecins généralistes en particulier (11). Cet état de fait est aggravé par la défection des postes de médecine générale à l'internat.

Cette population médicale se caractérise par ailleurs par son vieillissement et sa féminisation.

Les projections de la DREES (21) à l'horizon 2005 mettent ainsi en évidence avec une base de *numerus clausus* à 7000 dès 2006:

- ❑ Une densité médicale qui passerait de 335 médecins/100 000 habitants en 2002 à 283 en 2025.
- ❑ Un âge moyen des médecins qui évoluerait de 47,5 ans en 2002 à 50,6 en 2015 pour revenir à moins de 47 ans en 2025
- ❑ 52% des médecins en 2005 en activité seraient des femmes.
- ❑ une baisse du nombre de généralistes moins forte que celle des spécialistes avec un nombre de généralistes au même niveau que celui de 1995 en 2025

Les données de l'Ordre des Médecins montrent par ailleurs une aspiration à une durée de travail moindre, notamment de la part des médecins femmes (une différence dans le temps effectif de travail entre médecins hommes et femmes est d'ailleurs noté). D'autre part 67% des médecins remplaçants sont des femmes (15)

Les évolutions de la pratique médicale sont à prendre en considération puisque selon l'ordre des médecins, l'installation des médecins se fait de plus en plus tard et que moins de 50% des médecins envisagent une installation en médecine libérale. (16)

Quant aux évolutions régionales, la densité médicale entre régions devrait évoluer vers un resserrement, non pas tant en raison d'une meilleure répartition mais en raison de la baisse démographique de la population dans certaines régions (Auvergne, Limousin, Champagne-Ardenne). A contrario les effets du numerus clausus par région et la pyramide des âges actuels conduirait à une baisse sensible de la densité médicale en PACA, Ile de France et Languedoc roussillon. (20)

Ainsi démographie médicale, vieillissement et féminisation de la profession, aspirations sociologiques nouvelles, réduction du temps de travail sont des éléments majeurs à prendre compte pour anticiper et mettre en place un dispositif efficace garantissant l'accès et la permanence des soins.

La structuration nouvelle de la permanence des soins en ambulatoire

A l'issu du mouvement de protestation des médecins de 2001-2002 les travaux menés par un groupe de réflexion dirigé par le Sénateur honoraire Ch.Descours(12), ont amené à la publication de textes réglementaires et d'avenants conventionnels qui ont défini la permanence de soins et son fonctionnement, ainsi que ses modes de rémunération.(10)

Quelques grandes lignes structurantes sont à souligner :

- ❑ La notion de mission d'intérêt général appliqué à la PDS à laquelle les médecins participent sur la base du volontariat. (3)
- ❑ La définition des horaires de la PDS (de 20h à 8h tous les jours et les dimanches et fériés de 8 h à 20h), son mode d'accès par une régulation dépendante directement ou interconnectée avec le centre 15. (4)
- ❑ L'organisation territoriale départementale sous la responsabilité du préfet avec l'aide du CODAMUPS. Une sectorisation est arrêtée. (2,5)
- ❑ Un financement déterminé sur ces secteurs est attribué sous forme d'astreinte de montant variable entre 20h et 24h (50 euros) ,0h et 8h (100 euros) et le dimanche ou férié (150 euros). La régulation libérale est encouragée en rémunérant les médecins libéraux à 3C /heure soit 60 euros. (6,7)

Les modalités de fonctionnement des fonds FAQSV

Le fonds d'aide à la qualité de soins de ville FAQSV a été créé par la loi de finance de la sécurité sociale pour 1999 (1) et jusqu'à 2005, **323 Millions d'euros** ont été alloués. (24,25)

Deux missions sont affectées au FAQSV :

- ❑ Participer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville en promouvant de nouvelles formes d'organisation entre professionnels d'exercice libéral d'une part, et entre médecine de ville et hospitalière d'autre part.
- ❑ Contribuer au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et leur évaluation.

En 2002 l'utilisation du FAQSV a été rendue possible pour les actions de permanence de soins et dans ce cadre le financement des maisons médicales de garde. Un cahier des charges des MMG a été élaboré en 2003 et réactualisé en 2005 (14). Néanmoins sa déclinaison régionale est imparfaite.

Ce FAQSV est géré pour 80% au niveau régional par un comité régional paritaire de gestion du FAQSV et un bureau présidés par le président de l'URCAM.

Un dossier **annuel** de reconduction des financements est déposé. Les fonds à déléguer au plan régional varient donc dans leur montant global annuellement et dans leur nature car dépendant des orientations nationales données par le comité national du FAQSV (exemple 2006).

Ces éléments expliquent pour une part les difficultés exprimées médiatiquement par de nombreux promoteurs qui dans ce contexte particulier du FAQSV et de l'absence de garantie de pérennité du montant des financements voire du financement tout court d'une année à l'autre

Le développement des MMG s'intègre dans ce contexte qui explique la situation actuelle et ses difficultés mais qui doit orienter à l'avenir les réflexions vis-à-vis des futurs modes d'exercice de la profession et notamment de la permanence des soins.

Deuxième partie

EVALUER POUR COMPRENDRE

Une maison médicale de garde (MMG) est défini selon la CNAMTS (13) comme « un lieu d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultations ».

Le décret d'avril 2005 (4) sur la permanence de soins précise les heures de permanence des soins. La définition serait plutôt énoncée comme suit : un lieu fixe clairement identifié de prestation de médecine générale, fonctionnant aux heures de la permanence de soins comme un cabinet libéral.

L'évaluation faite ne s'adresse donc qu'aux structures médicales libérales répondant à ces critères. Il n'est pas fait état dans cette évaluation des organisations internes propres aux services d'urgences de certains établissements publics lorsqu'une consultation de médecine générale est individualisée. De la même façon ne sont pas considérées comme MMG à proprement parler, les organisations dites « mobiles » ou les permanences « tournantes » de cabinets médicaux Ce sont d'autres formes de réalisation de la permanence des soins.

Par contre des organisations n'ayant pas l'appellation MMG stricto sensu mais répondant à la définition fonctionnelle décrite plus haut ont été incluses (exemple les « points garde » du département du Calvados)

Les données issues d'un questionnaire adressé aux URCAM complète les observations recueillies en région et sur place.

La situation actuelle : une augmentation constante depuis 2003

Au 1^{er} juillet 2006, **198 MMG** en fonctionnement sont ainsi dénombrées, en augmentation constante depuis 2003 et il existe une dizaine en projet. Une étude notait fin juin 2003 98 MMG dont 52 en projet (30). Le bilan effectué par la CNAM en 2004 indiquait 68 MMG bénéficiant du FAQSV et 21 en projet (13).

Peu de fermetures sont intervenues depuis 2003

- MMG de Reims (financée par le FAQSV) en 2005
- MMG de Roubaix (non financée par le FAQSV) en juillet 2005
- CARL de Rennes (financée par le FAQSV) début 2006 .Une réouverture prochaine est annoncée au sein d'une clinique privée.
- MMG de La Rochelle en 2005 qui doit se relocaliser dans des locaux du centre hospitalier
- MMG pédiatrique à Toulouse

Une grande hétérogénéité des situations

L'évaluation effectuée montre une grande hétérogénéité des situations, qu'il s'agisse de la localisation, du financement, des modalités de rémunération ou de fonctionnement

A. Une installation pour les 2/3 au sein d'un établissement de santé ou médico social

On peut distinguer trois types de localisation :

1. **123 soit 62%** dans un établissement de santé ou d'hébergement (région rurale ou urbaine)

- **88 (44%)** à l'intérieur d'une enceinte hospitalière publique et plus de la moitié directement de façon contiguë ou intégrée à un service d'urgences.
 - **27 (14%)** dans un hôpital local ou SSR
 - **4 (2%)** au sein d'une EPHAD
 - **4 (2%)** dans une clinique privée
2. isolée en milieu urbain : **51 soit 26%**

la plupart sont situées au sein d'agglomération importante (Lyon, Ile de France, Nantes, Strasbourg, Nancy, ..)

3. isolée en milieu rural **24 soit 12%** : Le plus souvent dans un local municipal

A signaler de plus 3 points fixes de l'association « SOS Médecins » au sein de grandes agglomérations (Nantes et Lyon) ou plus petite (Avignon).

Les MMG sont également inégalement réparties entre les régions : La situation de PACA, Rhône-Alpes, Centre, Poitou Charente, Bretagne, Pays de Loire ou Haute Normandie dans lesquelles il existe une forte implantation, contraste avec les régions de l'est ou du sud ouest dans lesquelles un système plus traditionnel de permanence de soins perdure.

Il convient de signaler l'implication parfois forte de certaines ARH dans la mise en œuvre des dispositions de la circulaire DHOS d'avril 2003 sur les urgences (8) , qui prône l'intérêt de filières de médecine générale au sein des urgences hospitalières.

B. Des jours et des horaires d'ouverture globalement identiques

Les MMG sont pour la plupart ouvertes en semaine de 20h à 24h, et le dimanche de 8h à 20h ou 24h. Trois points à noter cependant :

- ❑ **Les horaires d'ouverture peuvent être avancés à 18 h en semaine**, notamment dans le sud de la France ou en Rhône Alpes Ceci explique en partie les activités importantes et les coûts de fonctionnement plus élevés liés à la présence dès 18h du personnel d'accueil (exemple MMG d' Ambérieux)
- ❑ **La plage du samedi après midi est intégrée** dans le dispositif de PDS pour une grande partie des MMG qui ouvrent le WE à partir du samedi 12h ou 14 h
- ❑ **Un fonctionnement uniquement les samedis et dimanches** dans certaines MMG : Sancerre(centre) ,Vire(Basse Normandie) ,La Tardoire (Poitou Charentes),Thann Thur(Alsace),Istres(PACA) , Couserans (Midi Pyrénées) Blois (Centre)...

C'est une tendance lourde qui a été exprimée dans de nombreuses MMG exclusivement régulées par le 15 de se replier sur ce créneau uniquement, compte tenu de la très faible activité et d'une offre hospitalière concomitante (exemple des CAPS ruraux des Pays de la Loire).

C. Des niveaux d'activité variables conditionnés par les modalités d'accès

- ⇒ **70 à 80 % de l'activité se déroule les samedis et dimanches.** L'activité est nettement plus faible en soir de semaine (exemple MMG Lyonnaises) voire quasi inexistante dans certaines MMG des Pays de la Loire
- ⇒ quand les MMG sont entièrement régulées par le Centre 15 et qu'il n'y a aucun accès direct, ni aucun numéro spécifique de la MMG porté à connaissance du public, **les activités sont très faibles le soir en semaine.** Ainsi à Châteaubriant (44) : sur 15 mois on observe en moyenne 0,3 acte par nuit soit 1 pour 100 000 habitants et une absence totale d'appel pour 3/4 des nuits (0,06 visite par nuit). Si bien que pour un territoire de 35 000 habitants en zone rurale d'un rayon de 25 kms autour du CAPS, en période de nuit il existe pour le médecin du CAPS une probabilité de 95% de n'avoir aucune consultation et 97% de n'avoir aucune visite. A signaler un service d'urgences dans la ville. A Montaigu (85) : pour un bassin de 35 000 habitants et un rayon de 20 kms autour du CAPS sur une période étudiée de 5 mois, 124/140 nuits sans aucun acte. Entre 0h et 8h 37 actes signalés sur un total de 374 soit 0,3 actes par nuit. A signaler un service d'urgences dans la ville. Par contre l'accès direct est générateur d'un certain nombre de passages. Certaines MMG ont un accès direct à plus de 85% comme celle de Nancy (54) ou de Vénissieux (69). A Gap (05) le nombre de passages est très important en lien avec ses modalités de fonctionnement (31)
- ⇒ **L'activité de visite est très faible en général** et quasi nulle en seconde partie de nuit. Les points de vue sont très hétérogènes sur l'opportunité de la visite à domicile. Les Médecins de PACA considèrent qu'il n'y a aucune visite indispensable, et qu'il convient de favoriser les déplacements des patients.
- ⇒ Néanmoins la plupart des médecins sur les autres régions pensent qu'il existe un certain nombre de visites incompressibles :
 - Certificats de décès à domicile
 - Maintien à domicile de personnes âgées
 - Quelques situations sociales difficiles

Pour une régulation exclusive par le 15 les données d'activité des CAPS ruraux des pays de la Loire font apparaître sur des secteurs de MMG oscillant entre 25 000 et 55 000 habitants :

- De 20h à minuit : 4 actes/soir pour 100 000 habitants
- De minuit à 8h (« nuit profonde ») moins d'un acte par nuit pour 100 000 habitants
- Le week end (samedi après midi et dimanche) 50 actes pour 100 000 habitants
- Dans ces actes, la visite représente moins de 20%

Certaines MMG urbaines comme Rouen ne prennent les patients qu'après régulation préalable y compris d'une cabine téléphonique à la porte même de la MMG. Le nombre de consultations est de 4329 en 2005 (pour 150 000 habitants)

Un taux de pédiatrie oscillant de 30 à 50% laissant apparaître le service rendu vis-à-vis d'une population qui aurait eu tendance à se replier vers les services d'urgences

Une couverture sociale parfois inexistante (15% Roubaix) **et un taux de CMU** aux alentours de 40% dans certaines MMG (Marseille Hôpital Nord, Vénissieux, Roubaix), ce qui témoigne dans certaines zones urbaines du recours que peut apporter la MMG à des patients défavorisés (27) .

Une stabilité de l'activité : il a été noté le risque d'habitude pouvant être prise par les patients de venir directement à la MMG en accès direct en cas après une première consultation régulée. En fait la stabilité du nombre de passages sur l'ensemble des MMG tend à démentir cette crainte, bien que sur Vénissieux par exemple où l'accès direct représente plus de 80%, on note plus de 60% de patients ayant déjà eu recours auparavant à la MMG. Par ailleurs quand elles existent, les augmentations observées sont parfois liées à des agrandissements de secteur.

Une satisfaction des patients qui soulignent en particulier les délais d'attente très courts en semaine (quelques MMG ont pu l'évaluer à 15 à 20 minutes). Par contre l'affluence génère du temps d'attente, essentiellement quand il existe un accès direct possible.... Ceci amène parfois à doubler la permanence médicale de dimanche.

D. Une participation très variable par rapport au nombre théorique de médecins exerçant dans le secteur de la MMG:

Il y a clairement une **différence majeure** entre certaines grandes agglomérations : taux de participation de 5 à 15% (Toulouse, Nantes) et les régions rurales ou semi rurales où le taux de participation oscille entre 80 et 100% (Centre, Bretagne, Pays de Loire...). Les villes plus moyennes (Rouen, Le Havre, Poitiers) ont des taux de 50 à 60 %.

Cette participation s'explique d'une part par une offre souvent importante en ville et d'autre part par une plus forte implication dans la vie locale des médecins en campagne occasionnant une proximité forte avec les élus et la population.

En général le nombre de médecins participant n'est généralement pas inférieur à 20. Tous les intervenants soulignent, que pour bien fonctionner, un chiffre de 30 à 40 praticiens participants est nécessaire.

A signaler que le fonctionnement de certaines MMG repose sur quelques médecins uniquement qui effectuent la majeure partie de la permanence. Cet état de fait rend évidemment fragile le fonctionnement pérenne et est un élément à prendre en compte.

E. Une sectorisation améliorée pour un niveau de population desservie variable

Une contraction de secteurs autour de la MMG. Quelques MMG ne représentent que un secteur (Calais) une seule n'a pas de secteur (Avignon). Par contre en Essonne (38), en Val de Marne, en Mayenne, en Seine Maritime, la sectorisation a été faite autour des MMG aboutissant à un découpage plus économe et plus réaliste de la PDS.

En moyenne en région rurale une MMG regroupe 5 à 6 secteurs traditionnels et en région urbaine souvent plus (Lille 11, Dunkerque 9).

Des écarts de population desservie en fonction des types d'habitat

En région rurale le nombre moyen d'habitants varie de 20 000 à 50 000 habitants avec des zones plus faibles comme à Argenton/Creuse 15 000 ou Sully /Loire 10 000.

En zone urbaine moyenne le chiffre est de l'ordre de 50 à 120 000 habitants.

En grande agglomération la MMG de Clamart dessert 250 000 habitants, les SAMI de Val de Marne environ 150 000 chacun. Quant aux grandes villes ceci importe peu compte tenu de l'importance de structures de prise en charge hospitalières.

F. Eloignement

En zone rurale la plus grande distance à parcourir pour accéder à la MMG est rarement supérieur à 40km, en général la moyenne s'établit entre 20 et 25km .Ceci correspond à peu près à la typologie rencontrée en Pays de Loire (28).

G. Un financement et des coûts très hétérogènes

Une variabilité du financement par le FAQSV et de la participation financière des médecins

Les dépenses d'investissement et de fonctionnement des MMG sont financées pour 70% d'entre elles par le FAQSV, par contre 30% sont exclusivement financées par des établissements de santé.

De rares ARH ont aidé spécifiquement des établissements, bénéficiant ou non de FAQSV, par création de postes d'IDE, d'agents de convivialité....

La contribution des professionnels est nulle pour près de la moitié des MMG, confirmant certaines études (41).Lorsqu'elle existe, la contribution est égale à 10% des honoraires perçus (Ambérieux, Le Havre, Rouen, Deville) A La Tardoire (16) la participation des médecins est de 920 euros pour un budget annuel de fonctionnement de 13 000 euros (22 médecins) et à Belfort 1020 euros pour un budget annuel de fonctionnement de 43 706 euros (60 médecins)

Le financement est inégal d'une région à l'autre et la dépense n'est pas proportionnelle à l'activité

En région PACA le financement moyen d'une MMG par le FAQSV est de 100 000 euros en fonctionnement annuel. L'activité est variable : 3360 actes à Martigues (budget 118 000 euros) ou 4500 actes à Avignon (budget 110 000 euros).

En Pays de Loire le calibrage des CAPS montre un budget de fonctionnement moyen de 15 000 euros mais il n'y a généralement pas de location, ni de personnel car la plus grande partie de ces CAPS est inséré dans un établissement de santé.

En région Centre : de 5 000 à 45 000 euros en fonctionnement mais avec des locaux pris en charge .L'activité oscille de moins de 500 actes à Vendôme (budget fct 37 000 euros) à 4600 à Montargis (budget fct 42 000 euros) ou près de 5000 à Châteauroux (budget fct 28 000 euros)

En région Poitou Charente : pour la totalité des huit MMG du département de la Vienne le financement FAQSV atteint 47 000 euros. Toutes ces MMG sont cependant hébergées dans une structure de soins ou médico sociale.

En Bretagne, pour 2006 un financement forfaitaire a été établi par le FAQSV : (MMG dans zone rurale à plus de 20 mn d'un service d'urgences : 30 000 euros ; MMG couverte par un site d'urgence à moins de 20mn : 20000 euros ; MMG en agglomération : 10 000 euros). Cependant les budgets 2005 montrent une tout autre dépense : Auray (budget fct 2005 : 45 000 euros), Messac (budget fct : 2005 75 000 euros),

L'activité oscille de 3 000 actes à La Roche Bernard à près de 7 000 à Messac ou Auray.

En Languedoc : de 130 000(Alès) à près de 200 000 (Narbonne) voire près de 250 000 euros à Lunel. Le nombre de passages est d'environ 6 à 7000 par MMG.

En Rhône-Alpes : les MMG ont une fréquentation quasi homogène entre 5 000 et 6 000 actes par an en 2005 pour des budgets de l'ordre de 120 000 euros en fonctionnement y compris une évaluation moyenne de 15 000 euros/an

Les dépenses sont de plusieurs natures :

- 1) **Le financement des médecins** : l'avenant n°4 de la convention est la règle dans la quasi-totalité des MMG, des financements dérogatoires sont cependant encore en cours. Ces financements prennent la forme d'un forfait total (2c/h ou 3C/h) comme à Neufchâtel en Bray (Haute Normandie) ou Cournon (Auvergne). Il persiste un forfait dégressif dans les SAMI du Val de Marne (2 Cm) ou la MMG de Clamart (3C/h). Néanmoins avant l'application de l'avenant n° 4 de nombreuses solutions forfaitaires, dont le forfait dégressif, étaient en vigueur. Dans un certain nombre de cas le passage à l'avenant conventionnel a été mal vécu, aboutissant parfois à une cessation d'activité. (MMG de Roubaix)

L'exemple de la MMG de Neufchâtel en Bray est intéressant pour mettre en perspective le fait qu'une forfaitisation n'est pas toujours synonyme de dérive financière lorsqu'elle répond à un besoin bien identifié. Cette MMG située dans un hôpital local fonctionne en permanence toute la nuit et s'accompagne d'une rémunération forfaitaire à 2C/h d'un médecin sans paiement d'actes en sus : Cette MMG regroupe 5 secteurs.

Le coût théorique sans forfait total pour l'année 2005 serait le suivant:

*Astreintes 365 nuits 50 euros pour 5 secteurs = 91 250 euros (en considérant que la PDS se serait arrêtée à 24 dans un système traditionnel) si on considère une PDS nuit entière le coût serait de $365 \times 150 = 54750$ euros/60 dim et fériés * 150*5 soit 45 000 e*

Actes réalisés : 785 première partie nuit, 320 seconde partie nuit et 1935 actes dim fériés auxquels sont appliqué le tarif conventionnel à 80% (taux de remboursement moyen) : coût = 129 534 euros

Soit un total de dépenses 265 784 euros (ou 448 284 si on considère la nuit entière sur 5 secteurs)

Le coût réel rémunéré sur le FAQSV pour 2C/h (moins ticket modérateur encaissé auprès des patients) = 181 819 euros

Ainsi dans ce cas précis l'application d'un forfait 2C/h incluant les actes (et encore de 20h à 8h..) s'accompagne d'une économie totale de plus de 70 000 euros (voire 265 000 euros)

- 2) **Le financement des locaux** : souvent mis à disposition par les établissements de santé ou les collectivités. Néanmoins ce poste de dépenses représente souvent 8 à 10% du budget de fonctionnement. Il est bien entendu variable selon la ville ou la région.
- 3) **Le financement de l'investissement** représente la première année de l'ordre de 15 à 20 000 euros pour du matériel médical, informatique ou du mobilier.

- 4) **Le financement d'exploitation courante** est assez stable et homogène: consommables divers abonnements, pharmacie etc. Entre 5 000 et 15 000 euros annuellement en fonction de l'activité et des horaires d'ouverture.

5) **Les frais de personnel**

Ce poste de dépenses représente 60 à 80% du total. Il est très variable entre des MMG sans personnel en Pays de Loire et des moyens importants en PACA et Rhône Alpes. On peut schématiquement constater :

- Du personnel de secrétariat et d'accueil essentiellement dans les MMG isolées et aux heures d'ouverture. La fonction comprend la réponse aux appels téléphoniques, l'accueil, et le secrétariat. Pour une prestation sur ces critères, on peut retenir un coût moyen de 45 000 euros. Selon l'activité et la localisation il existe également du personnel dans les MMG intra hospitalière. Dans certains cas les horaires financés sont différents et élargis par rapport à la PDS, à partir de 18 h par exemple.

Les modalités de recrutement se font comme à Avignon, par l'intermédiaire du centre hospitalier qui met à disposition du personnel. Le coût est plus élevé qu'un recrutement ad hoc par une association médicale.

Par contre les MMG de Lyon ont sous traité l'embauche et la gestion d'un pool de secrétaires qui garantit la présence d'un personnel entraîné et opérationnel. Cette prestation renchérit le coût global mais pour un résultat très satisfaisant. La MMG de Rouen assure quant à elle le secrétariat pour plusieurs MMG de Seine Maritime.

- Une prestation de nettoyage le plus souvent effectuée par le personnel des centres hospitaliers et variablement facturé. Pour les MMG isolées, il s'agit fréquemment d'un prestataire extérieur.
- Des embauches d'autres personnels peuvent être constatées : des chauffeurs en Seine Maritime, des infirmières à Lunel (la conformation de cette MMG est néanmoins particulière, associant prestation de PDS mais aussi d'AMU)
 - Néanmoins il est recommandé dans les MMG isolées rurales ou urbaines qu'une personne soit présente avec le médecin (agent d'accueil, secrétaire...).
 - Par contre on peut rester dubitatif sur des temps de coordination de secrétariat, ou sur le recrutement d'agents de convivialité. De même le recrutement d'infirmières en tant que tel peut se discuter alors que par contre la MMG peut être notamment en milieu rural un socle pour une installation connexe d'infirmière ou de kiné libéral.

6) **Des frais annexes :**

Prestations extérieures diverses, formation, congrès, frais de réunion, rémunération du coordinateur ou directeur médical (près de 30 000 euros annuel dans des MMG d'île de France), deux quarts temps de médecins dans une MMG (dépense annuelle de 66 000 euros), défraiement de près de 8 000 euros pour les comités de pilotage,...

7) Des frais annuels d'évaluation importants

Le FAQSV finance annuellement des évaluations pour près de 15 000 euros par MMG en Rhône Alpes (15% du coût de fonctionnement des MMG) ou en PACA., 10 000 euros en Alsace. On peut s'interroger sur le besoin d'évaluations annuelles coûteuses, qui donnent parfois l'impression de n'être qu'une compilation des résultats statistiques du logiciel utilisé...

H. Un engagement variable des collectivités territoriales

Dans l'ensemble on note un engagement a minima des collectivités locales (mairie) .Le complément au FAQSV et à ses variabilités a été parfois rendu indispensable et les associations de médecins ont sollicité leurs élus.

Dans le Rhône, les villes de Lyon en particulier, Vénissieux ou Villefranche ont beaucoup accompagné la démarche des associations de MMG.

Cette aide a consisté la prise en charge l'aménagement de locaux pour des coûts importants par exemple pour Lyon et par ailleurs, ou de certains consommables. Une campagne d'utilisation des MMG à destination de la population est même en instance sur Lyon. D'autres villes ont accompagné l'installation de MMG : Issy les moulineaux, Istres, Rouen, Dunkerque, Saint Quentin, Meulan...

On peut noter quelques subventions du conseil général (Hautes Alpes, Belfort, Côte d'or,...) ou de conseils régionaux (Conseil régional de Bourgogne pour les transports.)

Certaines collectivités font des MMG un élément de leur politique sociale, néanmoins il paraît dangereux pour la lisibilité et fiabilité du système que ces initiatives ne soient pas essentiellement initiées par un nombre suffisant de médecins susceptibles de pérenniser le fonctionnement. Lors des entretiens, plusieurs médecins ont signalé des oppositions entre maires de différentes communes vis-à-vis du lieu d'implantation de la MMG, aboutissant parfois soit à des MMG bipolaires ,nuisant à la clarté du dispositif, voire à faire renoncer les professionnels...

En conclusion

Si l'on compare par typologie de MMG on peut remarquer que quatre facteurs principaux expliquent les différences observées dans les dépenses et donc dans les financements :

La location : L'hébergement dans une structure hospitalière entraîne des coûts minorés de moitié voire de plus de 75% par rapport aux autres MMG: .les frais sont parfois intégralement pris en charge comme à Chartres, le plus souvent le loyer est symbolique mais pas toujours (Fréjus)

Le personnel embauché : le plus souvent en MMG isolée emploie une secrétaire ou à tout le moins une personne en permanence avec le médecin, mais parfois plus comme à Lunel .Le coût global d'une personne en permanence aux heures d'ouverture représente souvent 70 à 80 % du budget

Des dépenses annexes notamment 12 à 15 000 euros annuel pour l'évaluation de la MMG, des coûts variables d'honoraires d'experts comptables et/ou commissaires aux comptes

Des dépenses supplémentaires pour les médecins très variables d'une MMG à l'autre : frais de coordination allant jusqu'à 30 000 euros par an, frais de réunion , garde sur place le samedi matin (10 000 euros),

Spécificités des MMG installées dans un centre hospitalier disposant d'un service d'urgences

Ce cas de figure représente près de la moitié des situations. Le but recherché dans ces créations était variable mais l'essentiel est le besoin, surtout dans des grands centres urbains, de « désengorger les services d'urgence » (32,34,36) souvent encombrés de patients dont l'état de santé aurait justifié une prise en charge en ambulatoire, ceci générant attente importante, insatisfaction des patients et de soignants. Parfois, les difficultés d'asseoir une PDS libérale en ville ont amené certains établissements à proposer de créer une MMG.

Les passages aux urgences diminuent effectivement et sur les catégories recherchées (prise en charge CCMU 1 et 2) mais uniquement dans le cas où une organisation précise et intégrée dans le fonctionnement des urgences a été mise au point.

Ceci suppose une formation adéquate des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) un protocole d'adressage et un dispositif de relais entre l'IAO et la MMG et une volonté des responsables médicaux de services d'urgence de faire fonctionner ce système

Cette absence de volonté est alléguée conjointement avec l'impossibilité de tiers payant pour expliquer l'échec de la MMG près des urgences du CH de Saint Nazaire (44).

- Une diminution nette en nombre absolu a pu être objectivée avec comme exemples :

Hôpital Hautepierre du CHU de Strasbourg(67) : une MMG a été installée après appel d'offres (attribution finale à SOS médecins). L'accès se fait uniquement par le biais du service d'urgences. En 2005, 4501 patients ont été « déviés » vers la MMG, une grande partie les samedis et dimanches.

Centre hospitalier de Guingamp (22) : la MMG est installée dans les locaux des consultations externes. Le nombre de passages aux urgences des patients classés CCMU 1 a chuté de 43%.

Centre hospitalier de Fréjus (83) : l'excellente entente permet de diminuer significativement les passages aux urgences : chute de 12,3% entre 2004 et 2003, de 1,5% de 2004 à 2005.

Centre hospitalier de Dieppe (76) : une excellente coopération a été instaurée avec un rôle bien protocolisé de l'IAO. Diminution continue des passages aux urgences de 2003 à 2005 de 28358 à 27539.

Centre hospitalier de Vitré (35) : diminution de 10% entre 2004 et 2005 des passages CCMU 1 et 2, alors même que la MMG est assez éloignée du service d'urgences mais une volonté forte de réadressage et de communication sur la MMG existent.

Centre hospitalier de Narbonne (11) : une baisse de près de 10% des passages aux heures d'ouverture de la MMG (35)

- Baisse objectivée de la pente d'augmentation des passages aux urgences *centre hospitalier de Macon, centre hospitalier d'Avignon, centre hospitalier de Gonesse, centre hospitalier de Roubaix* (MMG fermée depuis juillet 2005).....

Dans tous les cas on peut raisonnablement penser que l'effet sur la fréquentation des urgences hospitalières est indéniable (35), d'ailleurs les évaluations faites dans les diverses MMG montrent que les patients interrogés signalent qu'ils auraient de toute façon été aux urgences pour plus de 80% d'entre eux si il n'y avait pas eu la MMG (37,40).

A contrario, une diminution des passages ou de la pente d'augmentation n'est pas patente au CH de Lannion ou au CHU d'Angers.

A signaler le cas de la pédiatrie où les ré adressages des structures d'urgences pédiatriques vers la MMG sont plus délicats. Ceci explique peut être l'échec d'une MMG pédiatrique à Toulouse .En effet, comme cela a été souligné à Angers notamment, les parents une fois aux urgences pédiatriques préfèrent attendre un pédiatre que de se diriger vers la MMG même si l'affection apparaît banale et si le temps d'attente est long. Ce fait a été noté (33) également à Gonesse (95)

Peu importe la localisation précise de la MMG vis-à-vis du service d'urgences (de façon contiguë ou dans l'enceinte hospitalière) le désengorgement est patent à la seule condition que la volonté médicale existe et que le rôle de l'IAO soit bien protocolisé.

Il faut néanmoins également une homogénéisation des pratiques des médecins de la MMG pour faciliter le rôle de l'IAO .Ainsi il a été signalé la difficulté d'orienter les patients si l'offre de la MMG n'est pas constante (pratique des sutures pour tous les intervenants par exemple.)

Enfin il y a finalement peu de refus de la part des patients quant à une réorientation. L'avance des soins est parfois un problème soulevé, les refus de principe sont rares Tout dépend de la qualité de persuasion de l'IAO et plus encore du protocole de réorientation clair. A cet effet il faut souligner l'exemple du CH de Dieppe qui a mis en place une feuille d'explication, appoint précieux vis-à-vis du travail de l'IAO.

Ces MMG sont financées par les établissements de santé et peu subventionnées par le FAQSV. Néanmoins la plupart des établissements ayant favorisé l'installation de ces MMG soulignent l'effet financier mécanique qui résulte de leur volonté d'améliorer l'orientation des patients vers les MMG, ceci est lié aux modalités de financement par passage (ATU) et forfait (FAU) de l'activité d'urgences.

Ceci peut conduire les directeurs d'établissement à freiner ce mouvement en limitant la volonté des acteurs hospitaliers ou en ne développant pas l'aide matérielle à certaines MMG. Par exemple le CH Guingamp constate entre 2004 et 2005 une dotation inférieure de 200 000 euros ; le CHU de Strasbourg évalue mécaniquement le transfert de patients vers la MMG à près de 600 000 euros en 2005 et l'AP-HM Marseille à 400 000 euros

Spécificité des MMG installées dans un hôpital local

Cette modalité est fréquente et à soutenir en milieu rural. C'est une modalité d'ailleurs de la PDS sur l'ensemble du département de la Mayenne .les secteurs de PDS sont calqués sur des MMG dans quatre hôpitaux locaux.

Outre la lisibilité du dispositif pour les patients et la possibilité d'évolution vers une offre regroupée et diversifiée sur l'hôpital local, l'intérêt réside dans la possibilité pour l'HL d'avoir accès à une PDS interne sur place le plus souvent et d'être un lieu sécurisé pour la MMG.

Néanmoins se pose la question du financement des frais d'installation et de fonctionnement pour des structures à budget modeste, alors que le service rendu est indéniable.

La plupart des MMG n'ont pas de financement FAQSV mais des efforts en ce sens viennent d'être réalisés en Bretagne notamment, alors que certaines MMG comme celle de Belleville (69) ont déjà obtenu un financement.

Cette configuration est soulignée, également comme pertinente, pour donner de l'intérêt et donc de l'attractivité pour de jeunes médecins (exemple de Neufchâtel en Bray). Des associations de médecins ont été favorisées par la présence de la MMG.

Spécificité des MMG isolées en milieu rural

Il s'agit de MMG situées dans des zones éloignées des services d'urgence et dans lesquels il n'y a pas ou il n'a pas pu être possible d'obtenir un local dans un hôpital local.

A défaut d'une EHPAD disponible (ce qui serait le mieux car permettant d'améliorer la continuité de soins pour les pensionnaires également) ces MMG sont hébergées dans des locaux mis à disposition et financées par les mairies (Ex Retiers (35)) ou dans des locaux d'autres origines (ex agence locale de la mutualité sociale agricole pour Messac (35))

L'accès se fait le plus souvent après appel filtré à la MMG (numéro à dix chiffres porté à connaissance de la population dans les divers médias locaux). Cette activité de tri téléphonique s'accompagne de délivrance de conseils téléphoniques. La possibilité de recours à l'ordonnance par téléphone est dans ce cas très souhaitée. Un accès libre est aussi possible.

Il est concevable que ce mode de fonctionnement soit nécessaire. En effet, alors que justement ces populations devraient faire des trajets importants vers des services d'urgence auxquels notamment le WE ils auraient de toute façon recours (notamment pour la pédiatrie), une offre locale organisée répond à leurs attentes, comme le confirme les évaluations réalisées.

On ne voit en effet pas pourquoi ces populations n'auraient pas accès à un service minimum médical encadré qui évite par ailleurs le recours aux services d'urgence et contribue à ne pas augmenter leur fréquentation pour des motifs relevant de la médecine générale.

Dans ce cas, il est souvent souligné le nécessaire accès à la pharmacie à proximité de la MMG. En effet l'absence de coordination avec la garde de pharmacie oblige souvent les patients à des déplacements supplémentaires. Ceci peut entraîner les patients à aller directement dans un service d'urgences hospitalier quitte à faire des déplacements itératifs lors du recours à la MMG. Certains médecins soulignent la nécessité de pouvoir disposer de médicaments pour aider les patients, des démarches toujours infructueuses en ce sens ont été entreprises par certains médecins ou CDOM vers les organisations de pharmaciens.

Spécificité des MMG isolées en milieu urbain

Leur intérêt est différent selon qu'il existe une offre de permanence libérale comme « SOS médecins », selon l'offre hospitalière, et selon l'utilisation d'une régulation préalable par le centre 15.

L'exemple de Nantes est assez caractéristique. A côté d'une SAU à forte activité, d'un service d'urgences privé pertinemment situé par rapport au SAU du CHU, il existe une MMG gérée par « SOS médecins » et une régulation par le 15 généralisée sur la Loire Atlantique.

Un nombre restreint de médecins généralistes (30/300 médecins possibles) s'occupe d'une MMG dont l'activité en semaine est infime (moins d'un acte par soir) et qui effectue son activité essentiellement le WE. La plus value n'est pas évidente (29) et il serait plus judicieux d'envisager un fonctionnement uniquement le samedi et dimanche à proximité immédiate du SAU.

On peut citer le cas de Lyon où il existe 4 MMG dans la ville et une cinquième sur Vénissieux. Il n'existe pas de régulation exclusive et l'accès direct est prédominant (80% à Vénissieux). Il semble encore que la demande de soins apparaisse justifiée pour la grande majorité des patients. Même dans ce cas l'activité en semaine est relativement faible et en tous les cas pose clairement la question de l'ouverture de l'ensemble des MMG le soir en semaine. Une organisation partagée pourrait peut-être s'envisager. Néanmoins l'activité de WE apporte clairement une réponse à la population et l'intérêt est patent en cas d'épidémie de bronchiolite ou de gastro entérite, en évitant un encombrement supplémentaire aux services d'urgence hospitaliers dont il n'apparaît pas que ceux-ci soient nombreux au vu de la taille de l'agglomération.

La réponse sociale est également un point à prendre en considération dans certaines grandes agglomérations. Comme sur Toulouse ou Lyon (27), dans des quartiers socialement difficiles la MMG peut être une réponse et un point d'ancrage.

En Ile de France, les MMG sont des points de repère, fonctionnant majoritairement de façon régulée, dans des zones peuplées (MMG de Clamart). Les SAMI du Val de Marne en sont une bonne illustration bien que il puisse être discuté une ouverture quotidienne de toutes ces MMG compte tenu de l'offre hospitalière importante et de l'activité assez faible les soirs de semaine. Néanmoins ce dispositif a fait revenir à la PDS de nombreux médecins et il faut souligner l'action soutenue et « quasi militante » du conseil de l'Ordre.

La Maison Médicale de Garde : une solution préparant l'avenir

Le concept de permanence fixe de prestation de médecine générale libérale, communément appelé maison médicale de garde, ne représente qu'une des formes de réponse (39) à la permanence de soins ambulatoire. Son développement laisse cependant à penser que dans le cadre du maintien d'une PDS libérale, la MMG représentera peut être le mode d'action prédominant à brève échéance.

Depuis l'année 2000 mais surtout depuis que le financement des MMG a été rendu éligible par le FAQSV (1), les MMG se sont développées grâce à des personnalités parfois charismatiques qui ont su faire adhérer nombre de leurs confrères. Ceci explique l'« essaimage » erratique et très variable sur l'ensemble du territoire et l'extrême l'hétérogénéité des situations constatées.

Néanmoins il faut souligner que dès lors que l'assurance maladie introduisait la reconnaissance de ce concept expérimental, consacré par l'éligibilité au FAQSV, le retour en arrière devenait impossible et les conditions de conflits inévitables du fait du caractère aléatoire du FAQSV (comme on le voit actuellement : Fougères, Vénissieux...). Il convient donc de sortir du caractère initialement expérimental du dispositif et il n'est pas d'autre choix que de pérenniser, en l'encadrant, ce mode de fonctionnement.

- ❑ Donner un coup d'arrêt serait signer la fin dans de nombreux endroits du volontariat des médecins pour la PDS, alors même que les MMG ont permis le retour à la PDS. Cet effort de remobilisation de leurs confrères par les promoteurs ne se reproduira pas une autre fois.
- ❑ De nombreuses collectivités territoriales se sont engagées fortement et les MMG font partie du paysage aux yeux des populations. La suppression de tout financement de l'assurance maladie induirait très certainement des réactions diverses difficiles à gérer.
- ❑ Il faut asseoir de façon pérenne le dispositif de PDS pour pouvoir entamer une communication indispensable à destination de la population au plan national sur le bon usage de la PDS et que cette communication soit efficace.
- ❑ Enfin et surtout ces MMG ont prouvé leur intérêt...

En effet les MMG sont une solution à conforter et développer pour cinq raisons majeures :

- a) **La MMG peut être un élément de remédicalisation du milieu rural.** La suppression de l'obligation de participation à la PDS a eu au moins un effet favorable en région rurale en permettant à de jeunes médecins, souvent des femmes, de pouvoir venir travailler en journée comme médecin de campagne sans avoir l'obligation de s'installer familialement. L'exercice collectif sous forme de MMG permet par son organisation d'allier le maintien de la PDS sous une forme acceptable à la fois pour les patients et les jeunes médecins.
- b) **La MMG est un socle qui peut évoluer vers des « maisons de santé »** en regroupant et optimisant les permanences de réseaux de santé, de paramédicaux.
- c) **La MMG a permis de réimpliquer les professionnels dans la permanence de soins** en allégeant fréquence et charge de cette PDS (28)

- d) **La MMG peut concourir à une meilleure filière de prise en charge des patients :** les MMG déchargent très efficacement les urgences hospitalières à condition qu'une organisation concertée soit mise en place. Ceci évite des attentes longues et pénibles pour les patients et soulage le travail des soignants en contribuant à orienter les patients vers la structure répondant le mieux à leur état clinique. (32,35). Néanmoins l'absence de MMG n'empêche nullement une organisation interne des services d'urgences visant à améliorer la filière de prise en charge des patients par l'individualisation d'une prestation de médecine générale différenciée comme recommandé par la circulaire d'avril 2003 (8).
- e) **En zone très urbanisée (agglomérations de Paris et petite couronne, Lyon, Marseille, Lille notamment), la MMG est un point fixe, lisible et connu de la population.** Un tel dispositif serait très précieux en cas de pandémie ou autres catastrophe, apportant un lieu de soins mais aussi d'information ou de prévention. Le Val de Marne (94) a d'ailleurs inclus les MMG (plus connues sous nom de SAMI) dans les divers plans de santé publique du département.

Il faut rappeler la continuité des soins à laquelle font face avec dévouement nombre de médecins pour leurs patients en dehors des MMG et du cadre formel de la PDS, et dont il doit être tenu compte de l'activité de visite ou de conseil, parfois bénévole.

Un encadrement clair et une standardisation minimum doivent accompagner l'installation pérenne et le développement des MMG dans le paysage de la PDS, en homogénéisant les situations et en évitant les abus. En effet il faut de prévenir les effets pervers d'un développement anarchique et « sauvage » des MMG :

Création d'une offre de soins supplémentaire : alors que le consumérisme de la population doit trouver une limite, il ne s'agit pas de proposer une offre « urgences like » supplémentaire avec accès direct, où en dehors de situations particulières la nécessité d'une régulation préalable et de conditions d'installation définies.

Majoration des coûts : sur le fonctionnement même des MMG, des budgets types raisonnables doivent ainsi être établis et l'installation de MMG doit s'accompagner de contraction des secteurs

La tentation opportuniste de projets de MMG soutenus par des collectivités territoriales, voire par quelques professionnels isolément est à éviter par l'inscription de la MMG dans une logique de réponse à des besoins déterminés au niveau régional.

Une absence de fiabilité et de pérennité de la réponse de PDS par manque d'effecteurs sur le long terme car la PDS ne sera efficace que si la MMG soit indéfectiblement opérationnelle sur les bases du cahier des charges initialement défini et qui aurait donné lieu à financement.

Troisième partie

PROPOSER POUR AGIR

Les recommandations vis à vis de la mise en place et du fonctionnement des MMG s'intègrent dans un cadre plus large de réponse aux besoins de la population et d'organisation générale de la permanence des soins dont les MMG ne sont qu'une des modalités (26)

Néanmoins il convient de considérer le concept de maison médicale de garde comme une solution préparant assurément l'avenir dans un contexte de démographie médicale délicate notamment vis à vis de la médecine générale, et à la fois de vieillissement et de féminisation de la profession . La MMG est un exemple permettant de concilier une PDS efficiente aux aspirations sociologiques nouvelles du corps médical.

La MMG peut aussi représenter le socle d'un futur exercice pluridisciplinaire sous forme de maison de santé, prenant tout son sens dans les zones urbaines défavorisées et dans les régions rurales.

L'enthousiasme de nombreux « pionniers » inspire de plus en plus de médecins dans cette voie d'organisation collective de la permanence de soins et il faut avec constance encourager les promoteurs en simplifiant les procédures et en pérennisant les dispositifs. Il faut éviter de démobiliser les acteurs qui dans des conditions parfois difficiles ont su faire adhérer leurs confrères et une politique erratique du « stop and go » serait cette fois ci irrécupérable, vis à vis du volontariat des médecins.

Les propositions qui sont faites se veulent pragmatiques, réalistes et simples. Elles doivent permettre à la fois le développement des MMG selon des critères de bon sens mais aussi de conforter et d'adapter les dispositifs actuels donnant satisfaction. Une large concertation serait souhaitable pour permettre un consensus sur l'application de ces propositions.

Les recommandations sont structurées sous six axes principaux :

1. *Etablir un pilotage cohérent et opérationnel de la permanence des soins au niveau régional*
2. *Simplifier et pérenniser le dispositif des MMG*
3. *Etablir un cadre minimal type de fonctionnement par MMG*
4. *Favoriser une filière de prise en charge de santé publique cohérente en donnant intérêt à agir à tous les acteurs*
5. *Inscrire les MMG dans le cadre d'un dispositif de PDS simplifié et lisible*
6. *Informers pour responsabiliser et sécuriser la population*

1. Etablir un pilotage cohérent et opérationnel de la permanence des soins au niveau régional

Confier à la Mission Régionale de Santé le pilotage du dispositif

Le lien est évident entre les offres hospitalière et libérale, et le rôle prééminent de la MRS apparaît légitime. Ce nécessaire renforcement du rôle de la MRS est d'ailleurs également souligné par le rapport IGAS/IGA de mars 2006 (26), à titre transitoire en attendant la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Cette organisation et plus largement la PDS doit intégrer le SROS, et à ce titre ses grandes orientations pilotées par la DHOS.

La MRS détermine une autorisation de création ou d'installation d'une MMG selon des critères de besoins basés sur différents aspects croisés :

- ✚ Selon l'importance de l'offre hospitalière ou libérale organisée (type SOS médecins) présente sur les différents bassins de vie, territoires ou secteurs.
- ✚ Selon les caractéristiques de fonctionnement des services d'urgences : activité, délai d'attente moyen, dans le cas d'implantation au sein d'un établissement,
- ✚ Selon la population : une installation **isolée** en zone urbaine devrait concerner un minimum de l'ordre de 60 000 à 70 000 habitants
- ✚ Selon le rayon d'action : en zone rurale un rayon d'action de 30 à 35 kms autour de la MMG est un maximum, appréhendé en fonction des voies de communication .
- ✚ Selon le nombre de médecins participant : en zone urbaine un nombre potentiel de 100 médecins est raisonnable. En zone rurale il faut 20 à 30 médecins sachant que le taux de participation se situe entre 90 et 100% en zone rurale.

Cette détermination doit être pragmatique et s'effectuer après concertation avec des instances régionales et notamment le conseil régional de l'ordre des médecins, l'union régionale des médecins libéraux.... La vision régionale permet de donner de la cohérence vis à vis de l'organisation de la PDS sur des communes limitrophes de plusieurs départements.

Le préfet intègre les MMG, autorisées au niveau régional par la MRS, dans le cahier des charges départemental de la PDS

Les modifications de sectorisation issues de l'autorisation donnée par la MRS sont mises en œuvre au niveau départemental.

La MRS dispose et délègue une enveloppe budgétaire spécifique :

Il convient de sortir les financements des MMG du FAQSV de façon à leur donner un caractère pérenne et opérationnel. Ainsi une enveloppe spécifique « permanence des soins », prise sur l'enveloppe « soins de ville » serait individualisée à côté mais sur le même mode de fonctionnement que l'enveloppe DRDR, avec une décision appartenant à la MRS. Cette enveloppe aurait pour objet le financement du fonctionnement, de l'investissement initial des MMG. Accessoirement une réflexion pourrait être entreprise afin de transférer sur cette enveloppe également les rémunérations (qui sont forfaitaires) des régulateurs libéraux, actuellement prises sur l'enveloppe « soins de ville ».

2. Simplifier et pérenniser le dispositif des MMG

a) Simplifier la procédure d'éligibilité et d'autorisation

Les promoteurs déposent un dossier devant faire apparaître simplement:

- la réponse à un besoin catégorisé comme suit:
 - structuration de la PDS en milieu rural
 - lisibilité et apport vis à vis de quartier défavorisés en milieu urbain, en tenant compte des zones déclarées déficitaires.
 - « désengorgement » des urgences hospitalières
 - adaptation de la filière de prise en charge des patients en partenariat avec les structures d'urgence hospitalière
- le respect du cahier des charges de fonctionnement : amplitude d'ouverture, modalités d'accès, indicateurs de suivi....
- Le projet de budget et le respect ou les demandes d'adaptation par rapport à un budget type

Un examen rapide et réactif par la MRS est indispensable. Une réponse motivée doit parvenir dans des délais raisonnables (trois mois semble un délai optimum).

b) Contractualiser un financement pérenne sur 5 ans avec la MRS

Une enveloppe annuelle est garantie et déléguée sur cette période dans le cadre d'un contrat rédigé sur les bases d'un cahier des charges défini. Le préfet du département et le conseil départemental de l'ordre des médecins peuvent être cosignataires de ce contrat. Ce contrat peut faire l'objet d'avenants si besoin (ré étalonnage du budget...) et un bilan d'étape à trois ans sera réalisé.

c) Une procédure de suivi simple

Les divers logiciels utilisés (« HELLO DOC », etc..) doivent permettre de disposer en permanence dans un cadre de routine des éléments nécessaires au suivi. Il en est de même pour la gestion financière. Une procédure de transmission automatique des données à destination de la MRS pourrait être étudiée.

d) Une évaluation unique à l'issue de la période quinquennale

En dehors d'études ou d'investigations facultatives, une évaluation formelle de la MMG sera effectuée à l'issue de la période du contrat et servira de base au renouvellement contractuel. Cette évaluation sera effectuée par ou sous l'égide de la MRS. Un cahier des charges national de l'évaluation des MMG, élaboré par la DHOS, par exemple en s'appuyant en le simplifiant sur celui de l'URCAM Rhône-Alpes.

3. Etablir un cadre minimal type de fonctionnement d'une MMG

Un cadrage national doit permettre d'élaborer dans un cahier des charges des recommandations guidant d'éventuelles adaptations régionales. Les différentes grandes lignes devant présider à l'installation d'une MMG peuvent être sommairement résumées comme suit :

a) Localisation

En zone rurale :

Une implantation au sein d'un **hôpital local** ou à défaut d'un EHPAD sera à privilégier. C'est un élément de lisibilité pour la population et ceci permet de renforcer la continuité des soins au sein de ces institutions et d'induire un cadre sécurisant pour les médecins. L'hôpital local notamment peut s'appuyer sur ce lieu identifié de PDS pour construire avec l'ensemble des médecins un projet de santé global. (Exemple des MMG du département de la Mayenne.)

En zone urbaine

Il conviendra de privilégier pour des raisons de sécurité des locaux contigus ou proches d'autres structures effectuant une permanence : pompiers, police, gendarmerie, société de gardiennage (exemple MMG Vénissieux). Les centres de santé, lisibles pour la population peuvent aussi devenir le lieu de cette MMG aux heures de la PDS même si des freins « concurrentiels » sont mis en avant par certains médecins libéraux.

En cas de prestation de type « SOS Médecins » et de structures d'urgence hospitalière il paraît inutile d'envisager des créations de MMG isolément en zone urbaine à moins que la topographie et/ou la densité de population donnent un intérêt particulier. Dans ce cadre une MMG n'aurait d'intérêt qu'à proximité d'un service d'urgences dans la perspective de le « désengorger », essentiellement le week end.

Implantation dans une enceinte hospitalière

Des locaux doivent être bien identifiés, distincts, au mieux intégrés ou contigus au service d'urgence dans lesquels le service rendu apparaît le plus efficient (exemple MMG Fréjus). La réutilisation aux heures de PDS de locaux de consultations externes par exemple peut concourir à une meilleure lisibilité (exemple CH Guingamp, Hôpital Nord Marseille, CHU St Etienne).

b) Amplitude d'ouverture

Dans tous les cas l'amplitude de référence est celle des heures de PDS définies dans le décret d'avril 2005 (4) c'est à dire de 20h à 8h la nuit les dimanches et jours fériés de 8 h à 20h.

L'activité faible voire nulle observée de 0h à 8h laisse apparaître que l'ouverture soit se fasse en semaine de 20h-24h uniquement.

De même le réalisme et le bon sens justifient que la PDS puisse être élargie de 14h à 20h le samedi après midi. Un décret est d'ailleurs en préparation à ce sujet.

Une ouverture circonscrite au samedi et dimanche est souhaitable, en fonction de l'offre hospitalière disponible et des situations locales.

Dans tous les cas une organisation de la PDS doit viser à maintenir un accès à des visites « incompressibles ».

La référence à des afflux saisonniers doit être abordé dans le cahier des charges.

c) Modalité d'accès

- ❑ Comme cela est prévu dans nombre de cahiers des charges, l'accès aux MMG devrait se faire préférentiellement après **régulation préalable de médecine générale parfois libérale** située au sein du Centre 15.
- ❑ Néanmoins le réalisme laisse à penser qu'un **accès direct** puisse être possible .En effet l'accès aux urgences hospitalières est libre et une grande proportion de patients indique que si il n y avait pas eu la MMG ils auraient de toute façon eu recours aux services d'urgences hospitalières.Les situations doivent être envisager au cas par cas : région rurale éloignée de service d'urgence (ex MMG Messac 35), MMG urbaine dans quartier défavorisé (ex MMG La Faourette à Toulouse), néanmoins l'accès direct ne doit pas être la règle d'organisation.
- ❑ Dans le cadre d'une nécessaire interconnexion avec le centre 15, une protocolisation de l'utilisation du numéro propre de la MMG, doit être faite quand il existe pour une communication claire autour du dispositif général de la PDS. Ce numéro est souvent l'occasion d'une « régulation » locale et est utilisé de façon adapté par la population dans une recherche de conseil et non d'aide médicale urgente.

d) Financements

Le financement global d'une MMG prendrait en compte les éléments suivants :

- ❑ Les locaux : un prix moyen de location est déterminé sur la base d'une surface de MMG devant être au maximum de 120 m2.Un prix moyen global est déterminé sur la base du prix moyen observé dans la région ou la ville. Dans le cas de mise à disposition de locaux par un établissement de santé, celui perçoit un loyer soit par versement effectué par l'association médicale soit directement dans le cadre de sa dotation budgétaire.
- ❑ Les coûts d'investissement pour l'association ou l'établissement effectuant des travaux d'équipement On peut estimer de façon moyenne cette enveloppe dans une fourchette de 20 à 25 000 euros.maximum la première année. Ces investissements peuvent être de trois natures : le matériel médical, le matériel informatique et téléphonique, le mobilier.
- ❑ Les coûts de fonctionnement : Consommables, petit matériel, frais de pharmacie, charges diverses (EDF, téléphone, Internet, etc ...) peuvent être estimés annuellement dans une fourchette annuelle de 8 à 15 000 euros
- ❑ Les charges de personnel : il est licite de mettre à disposition une personne chargée de l'accueil des patients et de l'accueil téléphonique pendant les heures de présence à la MMG surtout lorsqu'elle est isolée.Une secrétaire paraît le profil le plus adapté. En cas de localisation dans une enceinte hospitalière, l'activité et le mode d'organisation seront à évaluer.

En tous les cas le temps maximal rémunéré ne devrait pas excéder 4h par soir et 20 h samedi AM et journée dimanche ou férié, soit des horaires de 20 à 40 heures hebdomadaires et de 100 à 180 heures mensuellement.

Une prestation de ménage peut être envisagée dans le cas où la MMG est isolée. Néanmoins cette prestation doit être inclus dans le loyer en cas d'hébergement par un établissement.

- ❑ La coordination de la MMG : un forfait de coordination peut être licite mais attribué en fonction du nombre de médecins participant et des situations locales. Néanmoins 1C par jour d'ouverture/an au total pour la structure semble un maximum, attribué forfaitairement pour le ou les médecins en charge de la MMG.
- ❑ Des frais de gestion peuvent également être envisagés:
 - honoraires d'expert comptable dans une fourchette à élaborer sur des bases comparatives entre régions et MMG.
 - Prestation de gestion coopérative du personnel (exemple des MMG Lyonnaises ou Haute Normandie) permettant d'optimiser les coûts et d'assurer une garantie

e) Intervenants :

- ❑ Concernant les médecins, on sera attentif à ce que la permanence ne soit pas exclusivement effectuée par des remplaçants, un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. Ces MMG peuvent aussi être un terrain de stage dans le cadre de la formation des futurs médecins généralistes.
- ❑ Un partage des locaux notamment en journée avec d'autres structures comme les réseaux de soins. Cette approche est développée par exemple à la MMG de Clamart.
- ❑ Les collectivités territoriales ne doivent être intégrées qu'en soutien annexe. En effet dès qu'une MMG, dont le projet doit être exclusivement porté par les professionnels, s'avère répondre à un besoin selon le cahier des charges et que cette MMG est « labellisée » par la MRS, un financement calibré comme ci dessus est apporté. Les collectivités territoriales peuvent être sollicitées en appoint pour par exemple :
 - Trouver un local
 - Sécuriser l'environnement
 - Aider la MMG pour des financements complémentaires
 - Participer à la communication et l'information des populations
 -
- ❑ dans certaines zones urbaines (ZFU) des financements spécifiques à ces zones pourront par contre être mobilisés utilement

4. Favoriser une filière de prise en charge cohérente de santé publique en donnant intérêt à agir à tous les acteurs

Il convient d'asseoir les conditions de réussite du dispositif en apportant des réponses aux difficultés de nature à perturber voire annihiler l'intérêt initial de cette MMG.

a) Inscrire les MMG dans le dispositif du « réseau des urgences »

Les MMG ont naturellement leur place dans le cadre des « réseaux des urgences », instaurés par le récent décret du 22 mai 2006 ayant trait à l'activité d'urgence.

b) Favoriser les organisations intra hospitalières

Adapter le financement de services d'urgences

En effet, de nombreux centres hospitaliers, dans le droit fil de la mise en œuvre de la circulaire d'avril 2003, ont favorisés l'installation d'une MMG à proximité, parfois de façon contiguë, de leurs services d'urgence. Ces initiatives recueillent souvent la satisfaction des patients et des médecins libéraux et hospitaliers.

Néanmoins le mécanisme de financement d'une part au passage (ATU) et d'autre part au forfait (FAU) selon différentes tranches de passages, peut rendre indirectement coûteux l'installation d'une MMG. Par exemple, la diminution observée et quantifiée du nombre de passages aux urgences sur les catégories CCMU 1 et 2 fait apparaître un effet financier indirect, qui peut en première approche freiner l'expérience ou le développement.

Il faut inciter à la poursuite de cette dynamique de MMG dont près de la moitié sont installées dans l'enceinte d'établissements disposant d'un service d'urgence, et ceci passe par une décision en ce sens.

La solution d'adaptation du mode de financement des services d'urgences la plus séduisante serait de faire évoluer la CCAM clinique en dévalorisant fortement les actes liés à des prises en charge de patients des catégories CCMU 1 et 2 et a contrario en valorisant les actes, voire les groupes homogènes de séjour (GHS) des patients relevant d'une prise en charge initiale dans un service d'urgences. Cette proposition va dans l'esprit de l'optimisation de la prise en charge des patients dans la structure la plus adaptée selon leur état de santé.

Un lissage dans le temps de l'effet de l'installation de la MMG peut aussi être envisagé dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement conclu avec l'ARH, par adaptation du forfait (FAU).

Le recours au groupement de coopération sanitaire (GCS) demanderait une expertise complémentaire mais pourrait se révéler utile dans ce cadre d'interventions communes libérale et hospitalière pour le même objectif.

Favoriser l'encadrement juridique de la prestation lorsqu'il existe une MMG en lien avec un service d'urgences

En effet, une des questions fréquemment soulevées est celle de la couverture juridique en cas de survenue de problème entre les services d'urgences et la MMG pour le patient réorienté. Une réflexion sur le statut de correspondant du SAMU ou de collaborateur occasionnel du service public pour les médecins de la MMG pourrait se révéler intéressante.

c) Globaliser le financement des MMG et l'affecter à tout promoteur

Si les dépenses de fonctionnement sont clairement établies comme inférieures aux autres lorsque la MMG est hébergée dans un centre hospitalier ou un hôpital local, il n'en reste pas moins que la dépense même minorée existe (frais de nettoyage, parfois personnel, fonctionnement courant...) et est supportée par l'enveloppe hospitalière.

Le budget type doit donc être attribué à la MMG, avec affectation de tout ou partie selon les cas, directement à l'établissement hébergeant la structure. Il n'est en effet pas équitable de considérer d'un côté des sommes parfois conséquentes sur des MMG isolées alors que l'activité et le service rendu n'est pas différente voire parfois inférieur à de structures hébergées parfois gracieusement en milieu rural dans des hôpitaux locaux.

d) Favoriser la participation à la MMG

Il apparaît que dans certains cas la participation de médecins n'appartenant pas à la commune d'implantation de la MMG, soit considérée comme l'exercice dans un cabinet secondaire et donne lieu à demande de paiement de taxe professionnelle supplémentaire. Il apparaît nécessaire de simplifier et d'adapter cette situation qui n'est pas de nature à favoriser l'implication de médecins et à élargir la sectorisation.

e) Adapter dans certains cas le financement des médecins

Les premiers dossiers FAQSV faisaient apparaître une garantie de ressources pour les médecins intervenant dans les MMG ou tout simplement un paiement au forfait excluant les actes.

Les dispositions de l'avenant n° 4 de la convention médicale ont bouleversé des systèmes parfois bien établis et ont entraîné parfois des difficultés pour maintenir la participation des médecins ou ont fait interrompre la MMG qui pourtant donnait entière satisfaction (exemple de la MMG de Roubaix).

De fait une adaptation de l'avenant n° 4 pourrait permettre, dans certains cas précis, un financement dégressif forfaitaire voire un forfait total incluant les actes. Bien entendu de telles dispositions doivent être réservées à de réels besoins d'une permanence.

Pour les MMG en milieu rural le forfait pourrait être une aide utile en cas d'exercice en hôpital local, car aux heures de PDS, le médecin de la MMG sécurise et améliore la continuité des soins.

Pour les MMG installées dans de grands secteurs ruraux éloignés des structures d'urgence, l'activité reste très faible après régulation, pour des médecins peu nombreux, ayant une contrainte d'exercice globalement forte, alors que le besoin de PDS est réel. Le forfait permettrait de favoriser la venue de médecins hors zones, soulageant la charge des médecins en place.

La possibilité de segmentation des forfaits d'astreinte entre plusieurs médecins ou bien leur attribution aux associations de médecins donnerait la souplesse nécessaire à la réalisation des permanences, notamment les dimanches.

f) Favoriser l'accès à une prestation MMG pour les patients :

Rendre possible l'accès au tiers payant

C'est notamment le cas pour les MMG situées dans les enceintes hospitalières et dont l'un des objectifs est de faciliter l'accès rapide au médecin pour des motifs de recours de type CCMU 1 et 2 en soulageant également les urgences hospitalières.

Il convient comme c'est déjà le cas dans quelques MMG, de permettre cet accès au tiers payant dans les MMG tout en laissant le choix au médecin de demander l'avance des frais. En effet il convient de ne pas créer des situations trop favorables à un consumérisme et laisser au médecin le libre choix d'exiger l'avance des frais si il juge la demande de consultation exagérée.

Ces mesures permettent à la fois d'allier égalité d'accès aux soins et responsabilisation du patient, et sont de nature à favoriser la réorientation des patients par le service d'urgence hospitalier. L'accès à un terminal de carte vitale est également nécessaire.

Une expertise préalable de la direction de la sécurité sociale serait utile.

Appréhender la question des transports et de leur remboursement aux assurés

Une réflexion doit être engagée pour adapter les remboursements aux assurés des déplacements induits. Un certain nombre de MMG intègre ce poste de transport dans leur budget.

5. Inscrire les MMG dans le cadre d'un dispositif de PDS simplifié et lisible

Le nouveau dispositif de la permanence des soins est la traduction d'un changement fondamental dans l'appréhension par le corps médical de l'avenir de leur profession et de leurs conditions d'exercice. Le réalisme impose de conforter les dispositions réglementaires concernant la sectorisation, la couverture des besoins en seconde partie de nuit et la régulation libérale.

a) Effectuer une sectorisation autour d'une MMG

Toute création ou installation d'une MMG doit s'accompagner d'un redécoupage cohérent des secteurs. En effet il faut que le territoire couvert par la MMG soit suffisamment vaste et regroupe un maximum raisonnable de secteurs.

Il appartient au préfet après avis des CODAMUPS de reconsidérer la sectorisation dans ce cadre. Il faut s'attacher à définir des secteurs plus importants. Il n'apparaît pas raisonnable de vouloir maintenir des secteurs de petite taille dans lesquels des médecins en nombre réduit assurent une permanence des soins régulée, avec une probabilité d'appel infime pour une garantie totale d'un forfait de 150 euros par nuit.

Il apparaît d'ailleurs une variabilité extrême du découpage entre les départements. Certains comme en Essonne (8 secteurs), en Mayenne (14 secteurs) ou en Val de Marne (12 secteurs) ont sectorisé totalement la première partie de nuit et les dimanches et fériés autour des MMG. D'autres a contrario maintiennent un nombre important de secteurs (près de 50 en Loire atlantique, une quarantaine en Ile et vilaine, plus encore dans le Nord...)

b) Envisager une couverture de la seconde partie de nuit

Etablir une sectorisation départementale autour des services hospitaliers en seconde partie de nuit (après 0 h)

Les CODAMUPS en lien avec la MRS pourraient sectoriser de la manière suivante :

- Dans les agglomérations disposant d'une prestation de type SOS médecins, maintenir le secteur sur l'aire d'intervention et confier avec cahier des charges et contrat l'effectif de visites à l'opérateur présent.
- Pour le reste du territoire effectuer un maillage basé sur l'implantation des structures hospitalières. Il s'agit de prestation de médecine générale, et si le découpage l'exige, celui-ci peut être effectué autour des hôpitaux locaux ou des centres hospitaliers.

Une fois la sectorisation précisée, faire appel au volontariat des médecins libéraux afin de déterminer une liste de garde libérale de médecins « volants » entièrement régulés sur des territoires élargis. Un financement forfaitaire établi sur une base à définir :

- Soit sur la base du tarif actuel pratiqué pour la garde libérale spécialisée en établissement privé plus les actes réalisés
- Soit un forfait total basé sur la rémunération de 2C par heure (par analogie aux 3C de l'heure attribués à un travail posté en régulation)

Pour mémoire une telle organisation est déjà en place dans le département de l'Essonne et un territoire de 45kms sur 30kms dans le sud Essonne et l'activité mesurée après régulation par le 15 fait état de **1 appel par nuit** pour une population desservie d'environ 60 000 habitants.

Si aucune organisation n'est possible avec une association de médecins libéraux, le préfet peut recourir au centre hospitalier du secteur afin de pallier à cette carence et attribuer les moyens nécessaires sur la base forfaitaire définie plus haut, par transfert de l'enveloppe de ville vers l'enveloppe hospitalière.

Ce dispositif peut aussi s'appliquer en première partie de nuit dès lors que le maintien d'une prestation fixe sur une MMG ne s'avère pas utile compte tenu du faible nombre d'appels entre 20h et 24h.

Le statut de collaborateur occasionnel du service public ou de correspondant du SAMU pourrait être le socle d'une couverture juridique.

Un tel dispositif aurait deux intérêts :

- ❑ Permettre aux établissements hospitaliers de s'organiser sur un délai suffisamment long. En cas de défaillance de permanence libérale, la passation d'un contrat sur 3 à 5 ans donne ainsi aux hôpitaux une possibilité d'organisation structurelle et de recrutement adapté. Il est en effet impossible à ceux ci de pouvoir s'organiser au dernier moment au coup par coup.
- ❑ Avoir une base de dotation complémentaire de moyens pour assurer cette fonction. Cette dotation serait la transposition annuelle du coût prévu en cas d'affectation libérale.

Une PDS sectorisée et fonctionnant autour des structures hospitalières en seconde partie de nuit est déjà en cours dans le Vaucluse ou dans certaines zones de Seine – Maritime par exemple.

Afin de minimiser les visites nécessaires, proposer que figure dans l'agrément pour HAD, réseaux de maintien à domicile ou agrément d'intervention en EHPAD un engagement d'organiser la continuité des soins

Les appels en seconde partie de nuit sont très faibles et ne justifient pas le maintien d'une PDS libérale fixe. Il existe néanmoins des visites incompressibles après régulation. Celles ci pourraient encore être minimisées par une bonne organisation au sein des EHPAD (exemple Fréjus-Saint Raphaël), et des réseaux de maintien à domicile (HAD ou réseaux de soins palliatifs). Il appartient dans le cas des réseaux ou des autorisations de HAD à l'URCAM et l'ARH de faire figurer clairement cette obligation de continuité des soins et de couverture médicale dans les tenants de l'autorisation.

c) Structurer l'accès par régulation aux MMG

Une régulation de médecine générale libérale située dans les mêmes locaux que la régulation hospitalière Centre 15 est à privilégier.

Nonobstant ce pré requis, plusieurs options peuvent être envisagées :

- **Ne garder qu'un seul numéro d'accès : le 15** et à partir de ce numéro unique un serveur vocal ou un permanencier oriente le choix du patient vers une aide médicale urgente ou un médecin généraliste régulateur dans le cadre de la PDS. Un serveur vocal permettant d'orienter en théorie les appels par les patients vers un appel d'urgence ou de permanence de soins, est séduisant mais ceci n'exclut pas le « contournement » par les appelants vers un décroché plus rapide sur la branche AMU...

Conscient de cet aspect délicat de faire reposer l'orientation des appels de PDS et d'AMU sur les PARM, ce qui suppose un décroché rapide et une gestion d'appels souvent faits de conseils , SAMU de France étudie actuellement la solution fonctionnelle de « PAOA » : permanencier d'accueil et d'orientation des appels.

- **Un numéro spécifique à dix chiffres** a été mis en place dans de nombreux départements, aboutissant directement à la régulation libérale ou au PARM qui en ayant identifié la nature de l'appel peut ainsi ne pas risquer de laisser sans réponse un appel dans le cadre de l'AMU.
- Certains plaident pour l'identification sur l'ensemble du territoire de **deux numéros** : le 15 pour l'AMU et un autre numéro (le 33 ?) pour la PDS aboutissant directement à la régulation libérale

Même si le numéro unique 15 est le plus simple et le plus lisible pour la population, quelque soit l'hypothèse retenue, l'essentiel est de définir un mode d'appel pérenne sur lequel pouvoir communiquer nationalement.

d) Etablir une cohérence avec les autres systèmes de garde

- **La garde ambulancière** doit se calquer sur le dispositif notamment en seconde partie de nuit.
- **La garde de pharmacie** doit être en lien avec l'organisation de la PDS et en lien avec la MMG .Au besoin il appartient au préfet de faire en sorte que le tour de garde n'impose pas des déplacements importants aux patients par manque de cohérence entre le siège de la pharmacie de garde et la localisation de la MMG.

6. Informer pour responsabiliser et sécuriser la population

Une information grand public au niveau national est indispensable pour bien faire connaître le nouveau système de PDS et de fait les modalités d'accès aux MMG.

Pour que cette communication soit comprise et qu'elle sécurise la population il faut donc qu'elle s'appuie sur un dispositif clair, lisible et pérenne.

Les clés de cette information sont :

- **Un accès au dispositif défini et fiable** .Peut importe la modalité retenue mais il faut qu'elle soit définitive et stable.
- **Une information sur les modalités de fonctionnement des MMG**.Peut importe que dans certains départements ou certains lieux, les jours d'ouverture varient, l'essentiel est de les déterminer et de les indiquer de façon pérenne.
- **Et surtout une campagne d'information sur le bon usage du système de soins en général et de la PDS en particulier.**

La déclinaison à chaque département des modalités de PDS, justifie également que à partir d'un tronc commun national, une adaptation départementale adaptée de l'information sur la PDS soit effectuée.

ANNEXES

1. Lettre de mission
2. Liste des sigles utilisés
3. Liste des auditions réalisées
4. Bibliographie

Annexe 2 Liste des signes utilisés

ADAMU	Association Départementale d'Aide Médicale Urgente
ADOPS	Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins
ADUM	Association Départementale pour les Urgences Médicales
AMGGA	Association Médicale de Garde du Grand Avignon
AMU	Aide Médicale Urgente
AMUH	Association Médicale d'Urgences du Havre
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARMEL	Association de Régulation Médicale Libérale
AMUEL	Association Médicale d'Urgences Loire atlantique
ATU	Acte Traitement aux Urgences
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CCAM	Classification Clinique des Actes Médicaux
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRAL	Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRDR	Dotation Régionale Des Réseaux
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAME	Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne
FAU	Forfait d'Accueil des Urgences
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
MMG	Maison Médicale de Garde
MRS	Mission Régionale de Santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PARM	Permanencier d'Accueil et de Régulation Médicale
PDS	Permanence Des Soins
SAMI	Service d'Aide Médicale Initiale
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUGA	Service Médical d'Urgences d'Angers
SMUR	Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAMIF	Union Régionales des Caisses d'Assurance Maladie d'Ile de France
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
ZFU	Zone Franche Urbaine

Annexe 3 Liste des personnes auditionnées

Cabinet du ministre

M Laurent Habert, conseiller, cabinet du ministre

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

M Jean Castex, directeur

Me Myriam Revel, sous directrice organisation des soins (O)

Me Laurence Lavy, sous direction O

Inspection générale des affaires sociales

M Roland Olivier

Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

M Michel Regereau, président de la CNAMTS

M Nahmani, directeur de cabinet

Union nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Dr Jean-François Bayet, médecin conseil

M Thomas Fatôme, directeur du cabinet du directeur

Me Nathalie Schneider, chargée de mission

Conseil National de l'Ordre des Médecins

Dr Jacques Lucas, vice président

Dr Patrick Bouet

Dr André Leseur

Syndicat des jeunes médecins généralistes

Dr Bouakaz, Saint Denis (93)

Dr Rachou, Ballancourt(91)

Fédération des Médecins de France

Dr Jean Claude Régi, président

Dr Yves Rigal

Confédération des syndicats des médecins libéraux

Dr Michel Chassang, président

Dr Michel Combier

Syndicat des médecins libéraux

Dr Dinorino Cabrera

Syndicat MG France

Dr François Michel

Syndicat Espace Généraliste

Dr Bronner

Association des Généralistes des Hôpitaux locaux

Dr Dubosc, Chagny (71)

SAMU de France

Dr Marc Giroud
Dr Gilbert Leclerc

Association des Médecins Urgentistes Hospitaliers de France :

Dr Patrick Pelloux

Fédération des Maisons médicales de garde

Dr Simon Filippi

Société francophone de Médecine d'Urgence

Dr Gérard Bleichner

Syndicat des urgentistes privés

Dr Groseil

Alsace

Dr Roger Baecher, secrétaire général ordre des médecins Haut Rhin
Dr Jean François Cerfon, président conseil de l'ordre Haut Rhin
Dr Francis Chinaud, médecin conseil Service médical assurance maladie Alsace
Dr Gérard Ichtertz, secrétaire général ordre des médecins Bas Rhin
Dr Didier Kleimberg, maison médicale de garde Pays Thur Doller
M Joseph Losson, directeur URCAM Alsace
Dr Odile Montalvo, médecin inspecteur DRASS Alsace
Dr Razafinino, ASUM 67, maison médicale de garde Strasbourg (67)
Me Jeanne Schmitt, chargée de mission URCAM Alsace

Me Corinne Krencker, directeur adjoint CHU Strasbourg (67)

M Patrice Lorson, directeur de l'hôpital de Thann (68)

Basse Normandie

Dr Gilles Tonani, président de l'ADOPS 14

Bretagne

M Alain Tanguy, directeur du centre hospitalier de Guingamp (22)

M Richard Breban, directeur du centre hospitalier de Lannion (22)

M Colas, directeur hôpital de Lamballe (22)

M Patrice Ablain, directeur du centre hospitalier de Fougères (35)

Dr Eric Henry, maison médicale de garde d'Auray (56)

Dr Philippe Le Rouzo, maison médicale de garde d'Auray (56)

Dr Nicolas Thual, médecin généraliste à Brehan (56)

Dr Legoff, médecin inspecteur, DDASS du Finistère, Quimper (29)

M Groheux, directeur du centre hospitalier de Vitré (35)

Dr Percheron, maison médicale de garde Vitré (35)

Dr Jean Luc Pontis, maison médicale de garde Vitré (35)

Dr Souplet, chef de service des urgences centre hospitalier de Vitré (35)

Dr Bruno Guillouet, maison médicale de garde Retiers (35)

Dr Benoit Tessé, maison médicale de garde Retiers (35)

Dr Pascal Anet, maison médicale de garde Messac(35)

Dr Baron, maison médicale de garde Messac(35)

Dr Jacques Kurta, maison médicale de garde Messac(35)

Haute Normandie

M Yves Bloch, directeur du centre hospitalier de Dieppe (76)

Dr Michel Crozatier, régulation libérale SAMU 76, maison médicale de garde Barentin (76)

M Christian Dubosq, directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute Normandie

Dr Jacques Frichet, maison médicale de garde de Neufchatel en Bray (76)

M Christophe Got, secrétaire général CHU Rouen (76)

Dr Jean Louis Grenier, conseiller médical ARH Haute Normandie

Dr Valérie Guinot, URML Haute Normandie, maison médicale de garde Rouen (76)

Dr Dajzil Hassam, responsable de l'UF urgences du centre hospitalier de Dieppe (76)

Dr Dominique Hauville, maison médicale de garde du Haut Cailly(76)

Dr Jean luc Maupas, président, conseil départemental, ordre des médecins, Seine Maritime

M Jean luc Nicolle, directeur de l'URCAM de Haute Normandie

Me Suzor, chargée de mission, URCAM Haute Normandie

Dr Georges Volais, vice président AMUH, maison médicale de garde du Havre (76)

Ile de France

M Ludovic Alliaux, chargé de mission URCAMIF

M Dominique Cherasse directeur URCAM et de la Mission régionale de santé Ile de France

M Julien Gally, chargé de mission URCAMIF

M Serge Morais, chargé de mission URCAM Ile de France

M Pierre Ouahnon, chargé de mission URCAMIF

Dr Hamon, maison médicale de garde de Clamart (92)

Dr Bertrand Dhumières, président de la fédération des maisons médicales d'Essonne

Dr Mathieu Delacoste, ADUM 91
Dr Philippe Parenque, SOS Médecins Essonne

Dr Philippe Ducrohet, secrétaire du conseil de l'ordre des médecins du val de marne
Dr Jacques Lange, président du conseil de l'ordre des médecins du Val de Marne
Dr Alain Margenet, SAMU 94, vice président ordre des médecins Val de Marne

Languedoc-Roussillon

Me Corinne Verhoeven, chargée de mission URCAM

Dr Jean Yves Boillat, maison médicale de garde de Lunel (34)

Lorraine :

M Benoît Péricard, directeur général CHU Nancy

Dr Arielle Brunner, médecin inspecteur DDASS Meurthe et Moselle

Dr Odile Dejeon, chargée de mission ARH Lorraine

M Pascal Enrietto, directeur adjoint, URCAM Lorraine

Dr Vincent Lamouille, SOS médecins Nancy (54)

M Jean François Luillier, directeur adjoint DDASS Meurthe et Moselle

M Patrick Marx, directeur URCAM Lorraine

Dr Marie Hélène Philippe, SAMU, Nancy (54)

Me Chantal Rigaud, chargée de mission URCAM Lorraine

Dr Remi Univois, URML Lorraine, maison médicale de garde Nancy (54)

Midi Pyrénées

Dr Bernard Gasc, Association ARMEL, Toulouse (31)

Dr Frederic Pozzobon, maison médicale de garde « la Faourette » Toulouse (31)

Nord Pas de Calais

M François Maury directeur du centre hospitalier de Roubaix

Pays de la Loire

Me Florence Savary, URCAM Pays de la Loire

M Yvonnick Morice, directeur général CHU Angers (49)

M Ronald Pontefract, directeur adjoint CHU Angers (49)

Me Renaudineau, cadre supérieur de santé, SAU CHU Angers (49)

Dr Riche, médecin responsable SMUGA Angers, maison médicale de garde (49)

Dr Pierre Marie Roy, responsable service d'Urgences adultes CHU Angers (49)

Dr Patrick Guerin, président national SOS Médecins, maison médicale SOS Nantes (44)

Dr Bochu, maison médicale de garde (CAPS) de Corcoué-Saint Philibert (44)

Dr Boye, régulation libérale SAMU 44

Dr Choplin , maison médicale de garde (CAPS) de Beaupréau (49)

Dr Yves Coignac, maison médicale de garde (CAPS) de Clisson (44)

Dr Jean Louis Clouet, maison médicale de garde (CAPS) de Clisson (44)

Dr Philippe Compain, médecin généraliste, hôpital local de Pornic (44), AMUEL 44

Dr François Daumy, maison médicale de garde (CAPS) St Herblain (44)

Dr Vincent Diquero, ADAMU Angers (49)
Dr Dubois, maison médicale de garde (CAPS) de Montaigu (85)
Dr François Favron, maison médicale de garde (CAPS) de Longué (49)
Dr Gustin, maison médicale de garde (CAPS) de Segré (49)
Dr Madec, maison médicale de garde (CAPS) de Pontchâteau (44)
Dr Charles Mercier, maison médicale de garde (CAPS) de Bouaye (44)
Dr Mossan, maison médicale de garde (CAPS) de Nantes (44)
Dr Neveu, maison médicale de garde (CAPS) de Ancenis (44)
Dr Gérard Pionneau, maison médicale de garde (CAPS) de Châteaubriant (44)
Dr Antoine Redor, AMUEL, maison médicale de garde (CAPS) St Herblain (44)
Dr François Volny, maison médicale de garde (CAPS) de Nantes (44)

Dr Pascal Gendry, maison médicale de garde Hôpital Sud Ouest Mayennais Craon-Renazé (53)

Dr Dominique Hérault maison médicale de garde Hôpital Sud Ouest Mayennais Craon-Renazé (53)

Dr Luc Duquesnel, président de l'ADOPS (53)

Provence Alpes Côte d'Azur

M René Baglione vice président URCAM PACA

Dr Marie Claude Dumont, conseiller médical, Agence régionale de l'hospitalisation PACA

M Christian Dutreil, directeur, Agence régionale de l'hospitalisation PACA

M Daniel Marchand, directeur URCAM PACA

M Francis Decoucut, directeur du centre hospitalier d'Avignon (84)

Dr Gérard Fortier, chef de service urgences pédiatriques centre hospitalier d'Avignon (84)

Dr Bernadette Helfer, médecin inspecteur DDASS du Vaucluse

M Laperche , directeur adjoint, centre hospitalier d'Avignon (84)

Dr Philippe Ollivier, chef de service Urgences SAMU-SMUR centre hospitalier d'Avignon (84)

Dr Joel Peyre, maison médicale de garde AMGGA Avignon (84)

Dr Bernard Muscat, maison médicale de garde AMGGA Avignon (84)

Dr Tania Petel, maison médicale de garde SOS médecins Le Pontet (84)

M Frédéric Riant, inspecteur DDASS du Vaucluse

Dr Nadine Sannino, consultante Cemka Eval, Carpentras (84)

Dr Eric Segui, maison médicale de garde SOS médecins Le Pontet (84)

M Bernard Monier, directeur Hôpital Saint Joseph Marseille (13)

Dr Gilles Alain, maison médicale de garde Martigues (13)

Dr Frapard, maison médicale de garde Martigues (13)

Dr Jean Paul Grazzini, maison médicale de garde Martigues (13)

Dr Pancrazi, maison médicale de garde Martigues (13)

Dr Samat, maison médicale de garde Martigues (13)

Dr Daniel Sapienza, maison médicale de garde Martigues (13)

Dr Cotte, maison médicale Marseille Nord (13)

Dr Etienne, maison médicale de garde Marseille Nord (13)

Dr Philippe Jean, chef de service urgences Hôpital Nord AP/HM, Marseille (13)

Dr Lapierre, maison médicale de garde Marseille Nord (13)

M Daniel Pantalacci, directeur adjoint, AP/HM Marseille (13)

Me Sarrantino, directrice hôpital Nord, AP/HM Marseille (13)

Me Isabelle Bongiovanni, chargée d'études, AP/HM Marseille (13)

Dr Stéphanie Gentile, Laboratoire de santé publique, Faculté de médecine Marseille (13)

Dr Patrick Millour, maison médicale de garde Fréjus-Saint Raphael (83)
Dr Olivier Nadal, maison médicale de garde Fréjus-Saint Raphael (83)
Dr Pradova Fernand, maison médicale de garde Fréjus-Saint Raphael (83)
Dr Sautron Jean Baptiste, maison médicale de garde Fréjus-Saint Raphael (83)

Dr Jean-Jacques Arzalier, SAMU, Toulon (83)
Dr Francis Charlier, médecin inspecteur, DDASS des Bouches du Rhône
Dr Domergue, SAMU, Nice (06)
M Duteurtre, DDASS du Var
Dr Christiane Guiraud, maison médicale de garde Marseille Nord (13)
Dr Marie Annick Hidoux, praticien hospitalier urgences centre hospitalier Gap (05)
Me Nathalie Massiot, chargée de mission URCAM PACA
Dr Dominique Monnin, fédération des urgences, SAMU, Hautes Alpes (05)
Dr Jean Luc Philip, maison médicale de garde de Nice (06)
M Jean Marie Reynaud, DDASS Hautes Alpes
Dr Marie Claude Sarran centre hospitalier de Cannes (06)
Dr Angélique Solinas, maison médicale de garde Marseille Nord (13)
Dr Bruno Vallancioni, SAMU, Toulon (83)
Me Chantal Vincent, chargée de mission URCAM PACA
Dr Gilles Viudes, maison médicale de garde Hyères (83)

Rhône-Alpes

M Gilles Bagou, SAMU 69 Lyon
Me Marion Chereul, Mairie de Lyon
M Jean-loup Coly, cabinet du maire de Lyon
M Georges Dorme, directeur URCAM Rhône-Alpes
Dr Durand, directrice adjoint DDASS du Rhône
M Daniel Gicquel, Adjoint au maire, Vénissieux (69)
Dr Guy Legal, médecin inspecteur régional Rhône-Alpes
M Jacques Metais, directeur agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes
M Michel Morel, Président URCAM Rhône-Alpes
Dr Jean Paul Perron, président ARMEL 69
M Patrick Phulpin, Communauté d'agglomération de Villefranche (69)
Dr Patrick Romestaing, président du conseil départemental de l'ordre des médecins Rhône
M Gérard Ropert, directeur Caisse primaire assurance maladie du Rhône
Dr Till, URML Rhône-Alpes

Dr Dureau Pascal, maison médicale de garde Vénissieux

Dr Frédérique Grain, maison médicale de garde Lyon

Dr Catherine Chaulet, maison médicale de garde Belleville (69)
Dr Jean Chavet, maison médicale de garde Belleville (69)
Dr Jean Jacques Duval, maison médicale de garde Belleville (69)
Dr Michel Guillot, maison médicale de garde Belleville (69)

Dr Jean Pierre Terrien, maison médicale de garde « Berthelot » Lyon

Dr Sandra Mokobodski, maison médicale de garde Villefranche (69)
M Patrick Guedj, gestionnaire maison médicale de garde Lyon

Dr Jean Louis Blanc, président ordre des médecins de la Loire (42)

Dr Marie Hélène Gagnière, maison médicale de garde Saint Etienne (42)
Dr Jean François Janowiak, maison médicale de garde Saint Etienne (42)
Dr Philippe Pouget, maison médicale de garde Saint Etienne (42)

Annexe 4 BIBLIOGRAPHIE

Décrets, Arrêtés et circulaires

1. **Décret** n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville
2. **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)
3. **Décret** n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n) 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
4. **Décret** n° 2005-328 du 7 avril 2005 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)
5. **Arrêté** du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
6. **Arrêté** du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
7. **Arrêté** du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes
8. **Circulaire** DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
9. **Circulaire** DHOS/01/2003/587 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
10. **Circulaire** DHOS/O1/2004/336 du 9 juillet 2004 portant éléments d'information sur la permanence des soins en médecine ambulatoire

Rapports

11. **Berland Y** rapport de la commission nationale sur la démographie médicale Mai 2005
12. **Descours C** Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Ministère de la santé, janvier 2003
13. **CNAMTS** : Evaluation nationale des maisons médicales de garde février 2004
14. **CNAMTS** : Cahier des charges des maisons médicales de garde Juin 2005
15. **CNOM** Carton M Cerruti F, Le Guern H : Ordre des médecins féminisation et exercice médical apports et conséquences juin 2000

16. **CNOM** :Mornat J l'exercice médical à l'horizon 2020 Assises nationales du conseil de l'ordre des médecins 2004
17. **CREDOC** Enquête « Conditions et aspirations des français » 2003
18. **DREES** Baubeau D.,Carasco V.et coll : Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats, janvier 2003, n° 212
19. **DREES** Baubeau D.,Carasco V.et coll : Motifs et trajectoires de recours aux urgences Etudes et résultats,janvier 2003,n° 215
20. **DREES** Baubeau D.,Carasco V.et coll : Les passages aux urgences. de 1990 à 1998 : une demande de soins non programmés Etudes et résultats,juillet 2000,n° 72
21. **DREES** Bessière S.,Breuil-Genier P.,Darriné S, La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national Etudes et résultats novembre2004,n°352
22. **DREES** Bessière S.,Breuil-Genier P.,Darriné S, La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections Etudes et résultats novembre2004,n°353
23. **DREES** Chanteloup M ;,Gadel G ;les appels d'urgence aux centres 15 en 1997 Etudes et résultats n° 55 mars 2000
24. **IGAS** rapport n° 2006 022: contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)
25. **IGAS** : rapport n° 2006 023 Contrôle et évaluation de la part nationale du fonds d'aide à la qualité des soins de ville
26. **IGAS/IGA** « Evaluation du nouveau dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire » rapport n°2006 029 mars 2006

Thèses ou Mémoires

27. **Bernoud f** La maison médicale de Vénissieux : sa création, son fonctionnement, son activité, influence du contexte social (2004)
28. **Dumont P.** ; Les maison médicales de garde dans les départements de Loire Atlantique et Vendée : Thèse de médecine générale Nantes 2004
29. **Gaillon A**, »Evaluation du recours au CAPS de Nantes par le SAU et le centre 15 en septembre 2005 : a propos de 190 patients Thèse médecine –Nantes février 2006
30. **Gentile S**,Devictor B.,Amadei E.,Bouvenot G.,Durand A.C;.,Sambuc R.,Les maisons médicales de garde en france-Sante Publique,2005 ;vol 17 , n° 2, pp233-240
31. **Graglia M.** : A propos de l'évaluation à 3 ans de la MMG de Gap ; Thèse de médecine générale Marseille Janvier 2005
32. **Havez E** Maisons médicales de garde et hôpital : l'articulation entre services d'urgence et permanence de soins de ville à St Etienne Mémoire ENSP 2005

33. **Lallemand C** De la nécessité à la réalité de la coopération ville-hôpital : l'exemple du CH de Gonesse .Mémoire ENSP 2005
34. **Martin I.** la création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur utilisation des services d urgence adulte au CHU de Toulouse ; Mémoire ENSP 2003
35. **Menard B.**, L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière-Mémoire, ENSP, Rennes, 2004
36. **Mulliez S** Maisons médicales de garde et urgences hospitalières : le réseau de soins non programmés Béziers méditerranée Mémoire ENSP 2004
37. **Picatto G** : »Evaluation de l'activité de la maison médicale de garde de Fréjus Saint Raphael ; thèse médecine Nice décembre 2005
38. **Sautegeau A** ;: Permanence des soins en Essonne- Mémoire ENSP 2005
39. **Tran huy Hung P** ; Les MMG : état des lieux, intérêt, problèmes ; Thèse de médecine générale Strasbourg 2004
40. **Valiton S** La maison médicale de garde de Mâcon : bilan d'un an d'activité, Thèse médecine ; Dijon 2004
41. **Thomas S** ; la pérennité financière des maisons médicales de garde Thèse médecine Lille 2006