

CAHIER DES CHARGES/Maisons Médicales de Garde

Ce cahier des charges tient compte plus particulièrement des spécificités des zones rurales et met l'accent sur la nécessaire articulation entre ces maisons de garde et les cabinets de groupe.

Il intègre les enseignements tirés de l'évaluation des maisons médicales de garde financées par le FAQSV, présenté au Comité National de Gestion le 27/04/05.

Pour mémoire, celui-ci a mis notamment en avant les éléments suivants :

1/ La MMG peut être considérée comme une alternative dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoire, quand d'autres solutions ne fonctionnent pas. Sa création ne doit pas être systématisée et doit être étudiée au regard des particularités locales.

2/ L'activité plus importante du week-end, qui représente en moyenne 70% de l'activité hebdomadaire de la maison de garde, conduit à ne pas prôner systématiquement une ouverture le soir (et a fortiori sur la totalité de la nuit) en semaine.

En tout état de cause, le fonctionnement de la structure après 24h ou 01h du matin n'apparaît pas pertinent ; une solution alternative de relais doit être recherchée pour la seconde partie de nuit.

3/ La jeunesse des patients accueillis (forte proportion d'activité pédiatrique) au sein de la maison conduit à s'interroger sur les difficultés d'accès auxquels seraient confrontées plus particulièrement les personnes âgées et donc à prévoir des solutions adaptées.

3/ Si la diversité des ressentis et des approches ne permet pas de privilégier un lieu d'implantation par rapport à un autre, une attention particulière doit être accordée à la mutualisation des moyens (ressources humaines et équipements) et ce d'autant que le rapport a mis en avant l'extrême diversité des coûts de ces expérimentations, largement fonction des choix organisationnels faits. Il convient de souligner que certaines maisons médicales fonctionnent avec des moyens financiers très réduits.

I - Le contexte organisationnel

Les éléments figurant ci-après résultent à la fois des dispositions réglementaires et conventionnelles récentes ainsi que des enseignements mis en avant dans le cadre des travaux menés par la CNAMTS sur l'évaluation des MMG.

- La maison médicale de garde doit demeurer **une alternative** dans l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire, quand d'autres solutions ne fonctionnent pas ; en aucun cas il ne s'agit de systématiser la mise en place de ce type de structure.

Le décret du 16/09/03 n'incluait pas le samedi après-midi dans sa définition de la permanence des soins : les modalités de fonctionnement de la MMG doivent intégrer cette disposition, qui a été maintenue par le décret du 07/04/05.

Dans les cas où les niveaux d'activité constatés ne justifient pas le maintien d'un accueil au sein de la maison au-delà de 24 h (cf rapport de la CNAMTS), des solutions relais doivent être recherchées pour la seconde partie de nuit.

De ce fait et en tout état de cause, l'existence et le mode de fonctionnement de la maison de garde doit s'inscrire dans l'organisation de la permanence des soins définie par le cahier des charges départemental, en cohérence avec le découpage sectoriel arrêté.

- Le médecin exerçant au sein de la maison médicale de garde peut prétendre, pour la seule garde de la première partie de nuit, à la perception du forfait d'astreinte correspondant, à condition qu'il réponde aux obligations définies dans les deux décrets cités ci-dessus : celui-ci doit en particulier être inscrit nominativement sur le tableau départemental de permanence validé par le CDO et être en mesure d'intervenir auprès du patient, par une consultation ou par une visite, à la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de la permanence des soins. Il peut être présent au sein de la MMG, ou y venir sur appel (s'il s'agit d'une structure, de type maison de santé pluridisciplinaire ou centre de santé, qui tient lieu de point de garde équipé, sans que le niveau d'activité nécessite une présence continue dans les locaux du médecin de permanence).

- L'article 2 du décret du 07/04/05 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins stipulant que « l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU », l'accès à la maison de garde ne doit pas se faire directement.

- Il n'existe pas de référence en matière de délais d'intervention mais, suite aux propositions faites par les régions, il est proposé de considérer que le temps maximal de déplacement du patient vers la maison de garde ne devrait pas dépasser 45 minutes.

- De même, au niveau de la fréquence des gardes pour les médecins, il pourrait être retenu comme référence la préconisation du rapport Berland qui considère qu'il serait souhaitable qu'elle n'excède pas un jour/semaine et un week-end/mois, en privilégiant la participation la plus large possible des médecins libéraux du secteur et en limitant le recours aux médecins remplaçants.

II/ La spécificité des zones rurales

L'accent sera mis plus spécifiquement sur le développement de dispositifs expérimentaux en milieu rural, sur les zones considérées comme déficitaires en offre de soins telle que définies par les MRS, ou apparaissant comme fragilisées (méthodologie CNAMTS/URCAM).

- La recherche d'articulations avec les hôpitaux locaux existants, qui pourraient accueillir cette garde, doit être privilégiée.

- Le décret du 17 mai 2005 modifiant le code de déontologie médicale permet désormais au médecin d'exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle notamment lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins.

Le développement en zone rurale des maisons pluridisciplinaires et des cabinets de groupe, est également à prendre en compte, car ils peuvent constituer le lieu d'exercice de la garde dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire.

Ce développement est d'ailleurs encouragé par la possibilité d'octroi d'aides :

- l'article L 183-1-2 du code de la sécurité sociale offre la possibilité aux URCAM de conclure des contrats avec les professionnels de santé libéraux pour les inciter à un exercice regroupé ,
- l'article 108 de la loi du 23/02/05 sur les territoires ruraux permet également aux collectivités territoriales de passer convention avec les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé.

- Pourront être expérimentées dans ces conditions les propositions contenues dans le rapport Berland [avril 2005] en matière de permanence des soins. Celui-ci souligne en effet que :

« Des maisons médicales pourraient être créées pour couvrir un territoire désertifié. La permanence des soins téléphonique devrait y être privilégiée, le médecin pouvant être assisté d'une IDE travaillant sous son autorité et formé à un exercice tel que développé dans les call-centers en Grande-Bretagne. »

III/ Le financement des MMG : impulser un partenariat entre les acteurs locaux

Le rapport sur l'évaluation des MMG a mis en avant la participation limitée des acteurs autres que l'assurance maladie en matière de financement : le FAQSV est l'unique financeur pour la moitié des maisons de garde de l'échantillon et reste, pour les autres, la principale ressource.

Eu égard à ce constat, concernant les nouveaux projets, les différents partenaires institutionnels doivent être sollicités pour la prise en charge des frais qui ne relèvent pas des attributions de l'assurance maladie.

1 - Dépenses à charge pour l'assurance maladie

➤ *Pas de rémunérations spécifiques des médecins, autres que celles prévues dans le cadre conventionnel et relevant désormais du droit commun*

Pour mémoire, lors de la séance du 27 avril 2005, le Comité National de Gestion du FAQSV a rappelé que les dispositions conventionnelles qui définissent de nouvelles modalités et niveaux de rémunération des médecins intervenant durant les périodes de permanence des soins ont vocation à s'appliquer sur l'ensemble du territoire, y compris au sein des maisons médicales de garde.

Les nouveaux projets devront donc exclure toute rémunération spécifique, par le FAQSV, du médecin intervenant dans les MMG et les projets en cours doivent, par ailleurs, de ce point de vue faire l'objet d'une actualisation dès lors que les dispositions de l'avenant conventionnel relatives à la rémunération des actes effectués durant les périodes de permanence des soins seront effectivement applicables.

➤ *Dépenses éligibles au titre du FAQSV*

- L'importance des charges de fonctionnement liées à la mise en place d'une maison de garde étant largement fonction des choix organisationnels, **seront privilégiés les projets qui mutualisent les ressources tant humaines que matérielles** (implantation de la maison au sein d'un établissement de soins ou d'accueil avec mise à disposition de locaux équipés, de personnel d'accueil ...).

- Le FAQSV peut être sollicité pour la prise en charge du petit matériel médical, de la pharmacie à usage professionnel, éventuellement du matériel informatique.

- Il peut également **contribuer**, lorsque la mutualisation n'est pas envisageable, au financement du personnel autre que médical :

. Autant que possible le recours aux vacations sera privilégié, plutôt que le salariat notamment à temps complet.

. Le recours à un personnel administratif et/ou d'accueil doit être étudié en fonction de l'activité de la maison de garde étant donné que, dans certains cas, le médecin peut assurer seul ces fonctions.

Par contre le coût d'un poste de veilleur ou de chauffeur n'a pas à être pris en charge par l'assurance maladie.

. En lien avec la réflexion sur la prise en charge de la bronchiolite des nourrissons, le financement d'une astreinte pour les kinésithérapeutes intervenant au sein des MMG en période d'épidémie peut également être assuré par le FAQSV.

- La prise en charge des frais de transports des patients vers la maison de garde, ne peut être envisagée que dans le cadre d'une enveloppe limitée et dans des conditions particulières : ces dispositions ne peuvent concerner que les zones considérées comme déficitaires en offre de soins ou fragilisées citées supra et pour des situations précises (incapacité de conduire du patient, pas d'accompagnement possible ...). Cette prise en charge ponctuelle n'a pas vocation, par ailleurs, à conduire à une substitution systématique de consultations aux visites justifiées.

Enfin, l'URCAM étudiera, au regard de la comparaison des coûts, la solution la plus économiquement adaptée.

- Seront financés par le FAQSV les frais liés à l'évaluation du dispositif.

➤ *Cadrage financier*

L'accent mis sur la rationalisation des ressources au regard de l'activité de la maison de garde ainsi que la mutualisation des moyens doit permettre de réduire sensiblement les charges de fonctionnement des maisons médicales.

Ainsi dans certaines régions, les maisons médicales implantées dans les zones rurales pour répondre aux difficultés de démographie médicale, fonctionnent avec un budget annuel variant de 12 000 à 20 000 €.

2 - Participation financière des autres acteurs de la permanence des soins

Les autres partenaires institutionnels seront sollicités en particulier pour :

- La prise en charge du loyer de la structure (mise à disposition par la mairie ...)
- Le financement des actions d'information auprès de la population
- La mise à disposition de chauffeurs, d'agents de sécurité

Ainsi l'emploi de chauffeurs pour accompagner les médecins a pu se faire dans certains cas dans le cadre de la politique de la ville par le biais des Emplois Relais Adultes.

L'article 109 de la loi du 23 février 2005 relatives aux territoires ruraux prévoit que « *les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent aussi attribuer des aides visant à financer des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales* ».

3 - Autres mesures du ressort de l'assurance maladie

Les nouvelles expérimentations devront intégrer la mise en œuvre de la carte CPS.

IV/ L'évaluation des MMG

Les éléments recueillis lors de la réalisation du rapport sur le fonctionnement des MMG ont permis de constater l'hétérogénéité des démarches choisies en matière d'évaluation, certaines évaluations s'apparentant davantage à un suivi d'activité.

Eu égard à ce constat, le recours à un évaluateur extérieur doit être systématisé.

➤ ***Rappel des objectifs de l'évaluation***

L'évaluation doit permettre de déterminer quel est l'apport de la maison médicale de garde dans l'organisation de la permanence des soins.

➤ ***Principaux items obligatoires de l'évaluation***

▫ *Fonctionnement*

- . Activité des MMG en fonction des jours et des plages horaires,
- . Zone d'attraction de la maison de garde
- . Profil du patient (âge, sexe ...)
- . Nature des pathologies
- . Parcours du patient : mode d'accès (faisant ressortir éventuellement les actes exceptionnellement non régulés), orientation à la sortie
- . Participation des médecins à l'activité de la MMG (mesure de la réimplication des médecins dans la prise des gardes)
- . Participation des autres professionnels de santé éventuellement impliqués (kinésithérapeutes, infirmiers ...)

▫ *Résultats*

- . Satisfaction des usagers
- . Impact de la création d'une MMG sur l'évolution du nombre total de consultations et de visites pendant les périodes de permanence, comparaison de l'activité du médecin de permanence avec l'évolution des actes des praticiens intervenant éventuellement hors du dispositif de permanence des soins
- . Impact de la MMG sur son environnement et sur les autres modes de recours aux soins : impact sur la fréquentation des services d'urgence, sur l'évolution globale du nombre de visites à domicile