

**CAHIER DES CHARGES DE L'ÉVALUATION
DES MAISONS MÉDICALES DE GARDE (MMG)**

Septembre 2003

PREAMBULE

Au cours de l'année 2002, cinq projets de maisons médicales de garde (MMG) ont fait l'objet d'une décision favorable de financement au titre du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en Rhône-Alpes. Ce chiffre traduit la politique volontariste suivie dans notre région, afin de tester ce nouveau mode de réponse aux soins non programmés, dans différentes zones géographiques (urbaine, péri-urbaine, semi-rurale, rurale) et sous différentes formes (local dédié ou implantation au sein d'un Etablissement de santé).

Comme toute action éligible au FAQSV, les projets de MMG prévoient de mettre en œuvre une démarche évaluative, qui revêt ici une importance particulière, pour au moins deux raisons :

- Il s'agit de **projets à la dimension expérimentale affichée**, comme l'atteste la durée des financements octroyés (1^{ère} année de fonctionnement) ;
- **Les instances de gestion du FAQSV Rhône-Alpes (Comité régional et Bureau) ont souhaité conditionner toute décision de financement future** (poursuite des expériences en cours ? financement de nouvelles structures de ce type ?) **aux enseignements des évaluations des MMG déjà financées.**

Compte-tenu de la portée de l'évaluation des MMG, celle-ci doit être réalisée de telle sorte que ses enseignements ne puissent être contestés, ni par leurs promoteurs ou ni par leurs financeurs. D'où la nécessité de penser l'évaluation sur une base consensuelle (cahier des charges accepté de tous), et recourir, en plus du suivi d'activité d'ores et déjà réalisé par les acteurs, à une évaluateur externe.

SOMMAIRE

1	OBJECTIFS DE LA DEMARCHE : POURQUOI UN CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION DES MMG ?	4
1.1	HOMOGENEISER SANS NIER LES SPECIFICITES.....	4
1.2	DEPASSER LES LIMITES RENCONTREES PAR LES EVALUATIONS ACTUELLES.....	4
1.3	PERMETTRE LA PRISE EN COMPTE DE L'ENSEMBLE DES POINTS DE VUE AU REGARD DESQUELS L'EVALUATION DOIT ETRE CONDUITE.....	4
2	PRESENTATION DE LA DEMARCHE	5
2.1	MODE D'ELABORATION DU CAHIER DES CHARGES	5
2.2	RESSOURCES NECESSAIRES	5
2.3	METHODE : QUE FAUT-IL EVALUER ?	5
3	RAPPEL DES PRINCIPAUX OBJECTIFS DES MAISONS MEDICALES DE GARDE	6
4	GRILLE D'EVALUATION	7
4.1	NATURE ET VOLUME D'ACTIVITE DE LA MMG	7
4.1.1	<i>Accueil téléphonique</i>	7
4.1.2	<i>Fréquentation et activité médicale</i>	8
4.1.3	<i>Participation des médecins libéraux à l'activité de la MMG</i>	8
4.1.4	<i>Impact de la MMG sur le recours aux soins</i>	9
4.2	PARCOURS DU PATIENT	9
4.3	SATISFACTION DES USAGERS, DES INTERVENANTS ET DES PARTENAIRES	10
4.4	COUTS LIES AU FONCTIONNEMENT DE LA MMG	11
5	SPECIFICITES ET CONTEXTE LOCAL	13

1 OBJECTIFS DE LA DEMARCHE : POURQUOI UN CAHIER DES CHARGES DE L'EVALUATION DES MMG ?

1.1 HOMOGENEISER SANS NIER LES SPECIFICITES

L'analyse des chapitres consacrés à l'évaluation dans les dossiers de MMG financés laisse apparaître une forte **hétérogénéité des méthodologies proposées**, que ce soit du point de vue des modalités choisies pour conduire l'évaluation (interne, externe, interne & externe) ou de son contenu (dimensions à évaluer et indicateurs choisis). **Cette hétérogénéité**, qui a progressivement émergé au fur et à mesure de la présentation des projets au Bureau du FAQSV Rhône-Alpes, **menace la cohérence des enseignements qu'il sera possible de tirer des cinq expérimentations avalisées en 2002.**

De ce point de vue, **la production d'un cahier des charges de l'évaluation des MMG permet de rapprocher les dispositifs d'évaluation actuels autour d'un « dénominateur commun »** (socle d'indicateurs communs à l'ensemble des projets), et ainsi d'homogénéiser les méthodologies proposées. Elle autorisera également, à terme, des comparaisons de type « inter-sites ».

Homogénéiser ne signifie pas pour autant nier les spécificités locales ou organisationnelles (cf. § 5) de chaque MMG : celles-ci pourront être réintroduites à travers la priorisation différenciée de certains objectifs et indicateurs. La prise en compte de ces spécificités dans la démarche d'évaluation apparaît d'autant plus primordiale qu'elles ont précisément justifié la position volontariste adoptée en Rhône-Alpes par rapport aux orientations nationales, et ce conformément à la logique expérimentale affichée.

1.2 DEPASSER LES LIMITES RENCONTREES PAR LES EVALUATIONS ACTUELLES

Les premières indications sur l'activité des MMG opérationnelles en Rhône-Alpes émanent principalement de leurs promoteurs et acteurs : elles sont essentiellement quantitatives, descriptives et (logiquement) centrées sur l'activité des structures. Ex : Nombre d'appels reçus ; Nombre de consultations par jour de semaine ; Origine géographique des consultants ; Nombre de médecins ayant repris des gardes, etc.

Ces informations permettent certes de suivre la montée en charge de ces dispositifs, mais se révèlent insuffisantes pour apprécier, d'un point de vue systémique, l'impact des MMG sur la réponse actuelle aux soins non programmés, et plus globalement le respect de leur vocation initiale (cf. § 3). Cette mise en perspective nécessite, en effet, de recueillir des informations auprès des autres acteurs de la permanence des soins et de l'urgence (services hospitaliers, Centre 15, SAMU, SOS médecins, etc.). Le mandatement d'un évaluateur externe, choisi pour chaque site sur la base du présent cahier des charges, permettra d'élargir le « spectre » de l'évaluation des MMG.

1.3 PERMETTRE LA PRISE EN COMPTE DE L'ENSEMBLE DES POINTS DE VUE AU REGARD DESQUELS L'EVALUATION DOIT ETRE CONDUITE

La production d'un cahier des charges, **associant l'ensemble des acteurs concernés**, permet de s'assurer que les points de vue des assurés sociaux, des professionnels de santé et des financeurs seront bien pris en compte dans la méthodologie d'évaluation de chaque MMG, et que **ceux-ci pourront tirer les enseignements de la mise en place de ces dispositifs.** En particulier :

- Les promoteurs et intervenants disposeront d'informations plus complètes sur l'efficacité et l'efficacé de leur initiative, afin de décider d'éventuels aménagements (horaires, organisation...), et de mieux situer leur action au sein du système de réponse aux soins non programmés ou urgents ;
- Les institutions disposeront de résultats d'évaluation leur permettant d'éclairer de futures décisions de financement. Il appartient ainsi aux financeurs de faire connaître leurs attentes, afin que les promoteurs et acteurs des MMG soient pleinement informés des critères au regard desquels leur initiative sera évaluée.

2 PRESENTATION DE LA DEMARCHE

2.1 MODE D'ELABORATION DU CAHIER DES CHARGES

La constitution du présent cahier des charges a suivi la séquence suivante :

- Compilation et analyse par l'URCAM des modalités d'évaluation contenues dans les 5 projets ayant accédé à un financement en 2002 ;
- Intégration des éléments sur l'évaluation contenus dans le projet de cahier des charges national (intitulé « guide national pour le développement des MMG ») ;
- Présentation d'une version projet de ce document au **groupe d'instruction FAQSV**¹, et intégration des remarques formulées ;
- Prise en compte des observations des **promoteurs des MMG** financées en Rhône-Alpes.

Il a vocation à s'intégrer par avenant aux conventions de financement actuelles.

2.2 RESSOURCES NECESSAIRES

Les acteurs pourront continuer à suivre, entre autres, les indicateurs d'activité de la MMG. En revanche, **la mesure de son impact, de sa conformité à sa vocation initiale et celle de la satisfaction des usagers, des médecins participants à l'activité de la MMG et des partenaires² sera principalement confiée à un intervenant extérieur**. Celui-ci sera choisi à l'issue d'une mise en concurrence réalisée au niveau de chaque site, chargé d'appliquer le cahier des charges préalablement défini. Cette mise en oeuvre pourra donner lieu à des adaptations liées à la prise en compte de spécificités locales et / ou organisationnelles.

La prestation de l'évaluateur externe choisi sera prioritairement financée sur les sommes provisionnées à ce titre dans les budgets des actions financées. Le Bureau du FAQSV pourra, le cas échéant, être sollicité pour compléter les budgets d'évaluation initialement accordés en fonction des devis transmis.

2.3 METHODE : QUE FAUT-IL EVALUER ?

Comme l'évaluation d'autres actions et structures de santé, celle des MMG se fonde sur l'analyse des structures, des processus et des résultats :

- La structure correspond au cadre juridique de la MMG, à ses objectifs, aux professionnels de santé qui interviennent en son sein, aux moyens humains, matériels et logistiques mobilisés, etc.
- Les processus comprennent d'une part les processus de prise en charge, d'autre part les processus d'organisation de la MMG (coordination des acteurs, relations avec les partenaires, analyse des dysfonctionnements éventuels, etc.).
- L'analyse des résultats s'effectue au niveau médical, économique et sanitaire. Elle mesure l'impact de la MMG sur son environnement et sur les pratiques professionnelles, et inclut la satisfaction des professionnels de santé, des usagers et des partenaires.

L'analyse de la structure, des processus et des résultats pourra s'opérer sur cinq champs d'évaluation : activité de la MMG, parcours du patient, organisation, satisfaction (des usagers, professionnels de santé et partenaires) et enfin coûts afférents au fonctionnement de la MMG. **L'évaluation de la qualité médicale de la prise en charge n'a pas été incorporée à ce stade.**

¹ Groupe technique qui examine les projets sollicitant une aide du FAQSV avant leur présentation au Bureau du FAQSV Rhône-Alpes.

² Autres professionnels de santé libéraux, services d'urgences des Etablissements de santé du secteur, Centre 15, autres acteurs concernés par la permanence des soins.

La création de maisons médicales de garde entre dans le cadre des récentes dispositions visant à améliorer la réponse apportée aux assurés sociaux en matière de permanence des soins. Elles assurent cette permanence, aux heures de fermeture des cabinets libéraux, de façon à garantir **la continuité des soins en médecine de ville**.

La plus-value potentielle des MMG peut être synthétisée comme suit :

- **Prise en charge des consultations dites « non programmées » (CNP)**, qui ne relèvent pas de l'urgence grave, en dehors des heures ouvrables des cabinets libéraux ;
- **Réponse à un véritable besoin actuellement mal satisfait**, et non pas création d'un besoin du fait d'une offre nouvelle, plus accessible et sécurisante respectivement pour les usagers et les médecins de ville ;
- **Amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux au regard de leurs aspirations** (meilleure sécurité, moindre isolement, absence de déplacements, mise à disposition d'un secrétariat et d'un plateau technique minimal, fréquence plus espacée des gardes, etc...), **propice à une réimplication de la médecine de ville dans l'activité de garde** ;
- **Limitation du flux à l'entrée des services d'urgences hospitaliers**, et réorientation sur la MMG des patients qui ne présentent pas un motif d'admission justifiant une prise en charge hospitalière ;
- **Amélioration de la coordination des soins non programmés en médecine de ville et de la circulation des informations médicales relatives à chaque patient** (notamment entre le médecin de garde et le médecin traitant),
- **Organisation et diffusion d'une information envers les usagers et les professionnels de santé sur le bon usage de la permanence des soins** (médecin d'astreinte, fonctionnement du centre 15, gardes d'officine et ambulances, visites à domicile, astreinte des autres professionnels de santé...), en relais de la mission impartie aux DDASS et au Conseil de l'Ordre sur ce thème.

Pour l'ensemble de ces aspects, identifier l'impact réel de la MMG sur l'organisation passée suppose que l'on connaisse :

- **la situation de départ** (dite « avant »), à savoir l'organisation actuelle des soins non programmés dans la zone considérée, notamment là où les professionnels de santé s'étaient déjà organisés de façon satisfaisante ;
- **les spécificités de la MMG** (géographiques, organisationnelles, cf. § 5).

4 GRILLE D'ÉVALUATION

La grille ci-après croise les dimensions à considérer pour l'évaluation des MMG, les indicateurs potentiels et, le cas échéant, leur niveau de priorisation. La fréquence de renseignement de ces indicateurs pourra au choix s'effectuer :

- En continu,
- A plusieurs reprises, sur une période donnée (« photographies successives » de l'activité de la MMG),
- A partir d'enquêtes de type « un jour donné » (en semaine, le samedi et les dimanches / jours fériés).

Elle pourra associer l'ensemble des médecins participant à l'activité de la MMG ou un échantillon de médecins volontaires.

4.1 NATURE ET VOLUME D'ACTIVITE DE LA MMG

4.1.1 Accueil téléphonique

Dimension à évaluer	Indicateur(s)	Priorisation indicative	
		Principal	Secondaire
Sollicitation téléphonique	Nombre d'appels reçus	X	
Pics / creux d'activité téléphonique	Heure d'appel		X
Motifs d'appel	❖ Nombre de demande de renseignements	X	
	❖ Nombre d'appels relatifs à une prise en charge ambulatoire non programmée		
	❖ Nombre d'appels motivés par une situation d'urgence réelle		
	❖ Nombre d'appels pour détresse ressentie		
Réponse téléphonique apportée	❖ Avis médical	X	
	❖ Déplacement à la MMG		
	❖ Orientation sur un service d'urgences		
	❖ Visite du médecin d'astreinte		
	❖ Réponse non médicale		

4.1.2 Fréquentation et activité médicale

Dimension à évaluer	Indicateur(s)	Priorisation indicative	
		Principal	Secondaire
Fréquentation globale de la structure	Nombre de personnes qui se présentent à la MMG (par tranche horaire, en distinguant les jours de semaine, samedi et dimanches / jours fériés)	X	
Nature de la réponse apportée	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de passages n'ayant pas donné lieu à une prise en charge médicale (conseils délivrés, sans recours aux soins) par tranche horaire / hebdomadaire ❖ Nombre de consultations réalisées au sein de la MMG par tranche horaire / hebdomadaire 	X	
Pics / creux d'activité médicale	Heure de prise en charge		X
Demande de soins individuelle	« Rang » de la consultation pour un même patient		X
Qualification du type de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> ❖ 1 : Prise en charge relevant d'une consultation non programmée en ville ❖ 2 : Prise en charge relevant de l'urgence réelle ou vitale et nécessitant un plateau technique adapté <p>Pour qualifier le type de prise en charge, le médecin pourra notamment se fonder sur la date (et éventuellement l'heure) d'apparition des symptômes</p>	X	
Motif de consultation	❖ Si cas de figure (1) : utilisation de la classification simplifiée de la Société française de médecine générale	X	
	❖ Si cas de figure (2) : motif relevant de l'une des catégories suivantes : pédiatrie, urgence traumatique, liée à des conduites addictives, pathologies saisonnières, autres		X

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

Dimension à évaluer	Indicateurs	Priorisation indicative	
		Principal	Secondaire
Participation des médecins à l'activité de la MMG et impact	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de médecins sur le secteur géographique couvert par le MMG ❖ Nombre de médecins assurant des tours de garde : au sein de la MMG et avant la mise en place de la MMG (si information disponible) ❖ Nombre de médecins ayant repris des gardes au sein de la MMG ❖ Nombre de médecins s'étant fait remplacer 	X	
Participation des médecins à des actions de formation (si pertinent, cf. § 5)	<p>Participation à des actions de formation sur des thèmes relevant de la permanence des soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de sessions de formation organisées ❖ Nombre de médecins ayant participé à ces sessions 		X
Participation des médecins aux réunions internes à la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de professionnels participant aux différents types de réunions (instances de pilotage, suivi d'activité) 	X	

4.1.4 Impact de la MMG sur le recours aux soins

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

Dimension à évaluer	Indicateur(s)	Priorisation indicative	
		Principal	Secondaire
Impact sur le recours aux urgences hospitalières	nombre d'admissions enregistrées dans les services d'urgences hospitalières du secteur (UPATOU, SAU), aux heures d'ouverture de la MMG et après sa fermeture	X	
Impact sur le recours aux visites à domicile	nombre de visites à domiciles réalisées par le médecin d'astreinte	X	

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

4.2 PARCOURS DU PATIENT

Dimension à évaluer	Indicateurs	Priorisation indicative	
		Principal	Secondaire
Profil des patients	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Age ❖ Sexe ❖ Commune de résidence ❖ Identification d'un médecin traitant (O/N) 	X	
Mode d'accès à la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Patient venu spontanément ❖ Patient venu après appel téléphonique à la MMG ❖ Patient venu après appel téléphonique du médecin traitant (numéro / adresse de la MMG donnés par le répondeur) ❖ Patient orienté après régulation téléphonique (Centre 15) ❖ Patient réorienté par un service d'urgences 	X	
Recours à un plateau technique externe à la MMG (si pertinent, cf. § 5)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre d'exams biologiques sollicités ❖ Nombre d'exams radiologiques sollicités 		X
Orientation et devenir du patient à la sortie de la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nombre de patients réorientés sur leur domicile ❖ Nombre de patients réorientés vers un service d'urgences ❖ Nombre de transfert SAMU 	X	

4.3 SATISFACTION DES USAGERS, DES INTERVENANTS ET DES PARTENAIRES

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

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

4.4 COUTS LIES AU FONCTIONNEMENT DE LA MMG

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

Le calcul de ces coûts fait partie intégrante du suivi budgétaire exigé dans le cadre des conventions de financement conclues entre le Comité régional de gestion du FAQSV et les promoteurs de MMG. En revanche, l'évaluation économique pourra également intégrer, dans le souci de parvenir à une estimation du coût réel, les éléments suivants :

Types de dépenses	Nature de la dépense	
Frais de fonctionnement	Indemnisation des professionnels de santé (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ En cas de paiement à l'acte : nombre et coût des actes réalisés (intégrant la tarification différenciée des consultations selon la nomenclature) ❖ Montant global des reversions, en cas de participation aux frais de structure

5 SPECIFICITES ET CONTEXTE LOCAL

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

Ainsi, à titre d'exemple, les objectifs d'amélioration des conditions d'exercice des médecins libéraux, à Vénissieux, ou de réduction de la fréquentation du service d'urgences, à Saint-Étienne, semblent revêtir une importance particulière. Le tableau suivant liste un certain nombre de caractéristiques qui peuvent ne pas être partagées par l'ensemble des MMG.

Caractéristiques	Oui / Non
Equipement de la MMG	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Composition du plateau technique, en référence aux éléments contenus dans le projet de guide national sur les MMG : une table d'examen par box d'examen, un tensiomètre mural par table d'examen, électrocardiographe 3 pistes, valise d'urgence (obus d'oxygène, ambu, matériel de perfusion et médicaments de première urgence), débitmètre de pointe, matériel de petite chirurgie, otoscopes, doctor's tests (TDR), lecteurs de glycémie, thermomètres, pèse bébé. ❖ Mise en place en place d'une signalétique particulière aux abords de la MMG ?
Organisation de la permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ouverture de la MMG substitutive de toute autre organisation de la garde ou de l'astreinte sur le secteur ? ❖ Nombre de médecins présents simultanément à la MMG, suivant les tranches horaires / hebdomadaires ? ❖ Intervention du médecin d'astreinte inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre dans le cadre de la MMG ? ❖ Activité de visite, en plus des consultations ?
Mode d'organisation interne	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence d'un coordonnateur ou d'un responsable médico-administratif clairement désigné, chargé du bon fonctionnement de la MMG et des relations avec les partenaires ? ❖ Présence d'un planning mensuel organisant la présence médicale au sein de la MMG et les astreintes ? ❖ Renseignement d'une fiche médico-administrative ou d'un logiciel de gestion de données médicales ? ❖ Existence d'une procédure de transmission d'information (compte-rendu succinct, suite de soins) vers le médecin traitant (lorsque celui-ci est connu), avec l'accord du patient ?
Mesures en faveur de la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence de protocoles de soins sur les situations non programmées ou urgentes ? ❖ Existence d'un dispositif de formation spécifique, sur des thèmes relatifs à la permanence des soins ou à l'utilisation du système d'informations ?

Caractéristiques (suite)	Oui / Non
Mode de rémunération des professionnels de santé	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A l'acte ❖ Au forfait (forfait de permanence des soins calculé sur la base d'un nombre minimum d'actes, de l'indemnité horaire d'astreinte, autres) (O/N ; si oui, type et montant du forfait ?) ❖ Existence de pratiques de reversions, au titre de la participation aux frais de structure (O/N ; si oui, pourcentage reversé ?)
Pluridisciplinarité	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence d'une permanence paramédicale (infirmière, kinésithérapie) au sein de la MMG ? ❖ Organisation de réunions de concertation pluridisciplinaire et de suivi entre les différents intervenants au sein de la MMG (médecins, administratifs, paramédicaux le cas échéant) ?
Communication	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mode d'information des usagers et des professionnels de santé sur la MMG : affiches dans les cabinets libéraux, le hall de l'hôpital, plaquettes, livret d'accueil d'hospitalisation, sollicitation des médias, site internet, réunions publiques d'information... ❖ Réalisation d'actions d'information, auprès des usagers et des professionnels de santé, sur le bon usage de la permanence des soins
Partenariats	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Existence de conventions formalisées avec : <ul style="list-style-type: none"> ○ un plateau technique externe à la maison de garde (laboratoire d'analyses, cabinet de radiologie) ○ le Centre 15 (participation à la régulation téléphonique, réorientation des patients), le SAMU ○ le(s) service(s) d'urgences du secteur (modalités d'orientation / réorientation des patients vers ou depuis la MMG) – Préciser la distance du service le plus proche ○ des transporteurs sanitaires ○ les organismes d'assurance maladie (télétransmission, tiers-payant, accueil des bénéficiaires de la CMU) ○ autres ❖ Organisation de réunions périodiques avec les autres acteurs concernés (UPATOU, SAU, Centre 15...)

S'agissant d'éléments décrivant le fonctionnement de la MMG, la réponse à ces différentes questions relève plus du rapport d'activité que du rapport d'évaluation de chaque structure. **Cependant, leur prise en compte dans la démarche d'évaluation pourra se traduire par la priorisation différenciée de certains indicateurs.**