

Maisons médicales de garde

Cahier des charges régional
Provence-Alpes-Côte d'Azur
20.03.2026

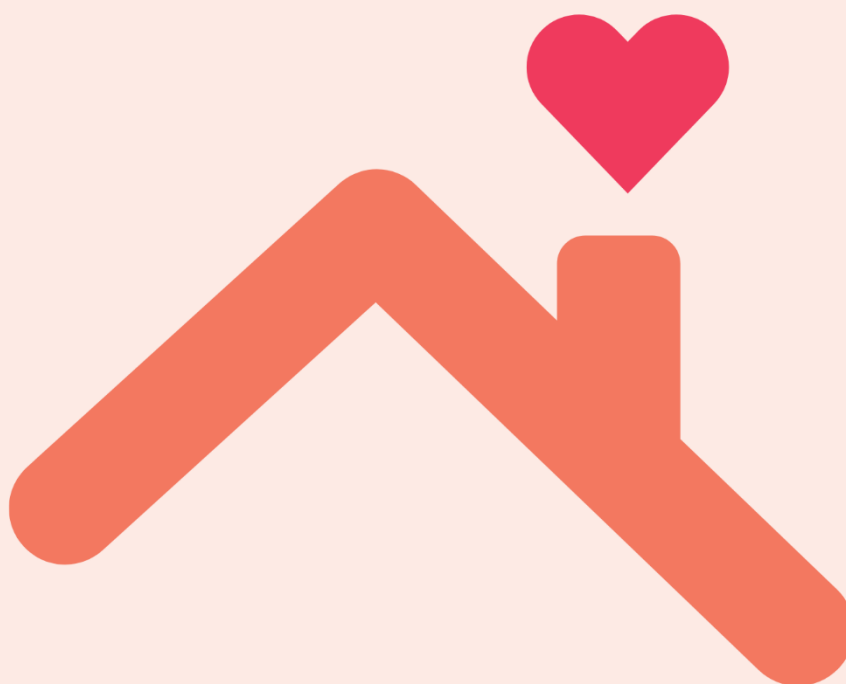


Table des matières

1.	Préambule	3
2.	Les modalités d'organisation et de fonctionnement des MMG	3
2.1	Identification de l'offre et des besoins	3
2.2	Lieu d'implantation de la MMG	4
2.3	Fonctionnement de la MMG	5
2.3.1	Les horaires d'ouverture	5
2.3.2	Modalités d'accès	6
2.3.3	Intervenants	6
2.3.4	Recueil des données d'activité	7
2.3.5	Modalités de mise en œuvre du 1/3 payant	7
2.3.6	Articulation de la MMG avec le(s) service(s) d'accueil des urgences	7
3.	Les modalités de financement des MMG	8
3.1	Aide au démarrage	8
3.2	Aide au fonctionnement	8
3.2.1	Loyer	9
3.2.2	Frais généraux	10
3.2.3	Personnel non médical	10
4.	Indicateurs de suivi et d'évaluation	11
	Annexe I : Formulaire unique de demande de subvention par l'association (concerne uniquement les premières demandes de subvention)	12
	Annexe II : Budget prévisionnel	12
	Annexe III : Rapport d'activité	12



1. Préambule

Le présent cahier des charges fixe les modalités d'implantation, de fonctionnement, de financement, de suivi et d'évaluation des maisons médicales de garde.

Une Maison Médicale de Garde (MMG) se définit comme un lieu fixe de consultations de médecine générale, fonctionnant aux horaires réglementaires de la Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA). Elles sont identifiées et inscrites dans le Cahier des Charges Régional (CCR) de PDSA en vigueur dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Le fonctionnement et l'organisation des MMG doivent être conformes au cahier des charges national défini par la circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence de soins ambulatoires.

2. Les modalités d'organisation et de fonctionnement des MMG

2.1 Identification de l'offre et des besoins

La MMG participe :

- à la demande de soins non programmés relevant de la médecine générale, ne pouvant être différés au lendemain, pendant les périodes de la PDSA ;
- à la structuration par territoire de proximité d'une offre bien identifiée de consultations fixes de soins médicaux non programmés en horaire de PDSA ;
- à l'attractivité des médecins généralistes installés sur le secteur de la MMG, pour participer activement à la PDSA ;
- à réduire le volume des patients nécessitant une consultation de médecine générale se présentant aux urgences hospitalières ;
- à la gradation de la réponse à la demande de soins non programmés.

Ainsi, la création d'une nouvelle structure de MMG vise avant tout à répondre à un besoin identifié de gestion des demandes de soins non programmés sur un secteur donné, et partagé avec l'ensemble des parties prenantes à la PDSA :

- le conseil de l'Ordre des médecins ;
- les médecins (libéraux et salariés) du territoire qui participent à la PDSA ;
- l'association de régulation de médecine générale et les acteurs du Centre 15 ;
- les hôpitaux disposant d'un service d'accueil des urgences ;
- les collectivités locales ;
- les CPAM.



La création d'une MMG a vocation, en première intention, à réinstaurer ou permettre de maintenir des gardes sur des secteurs disposant d'une PDSA fragilisée. Le projet doit être partagé avec l'ensemble des acteurs présentés ci-avant.

Une MMG peut desservir, pour le besoin de consultations non programmées, la patientèle d'un ou de plusieurs secteurs de garde, en corrélation avec les secteurs tels que définis par le CCR PDSA en vigueur. La création d'une MMG peut entraîner la modification du secteur : dans ce cas, le projet doit être partagé et validé auprès des acteurs des secteurs qui pourraient être impactés par ce changement.

Toute demande de création de MMG et/ou de modification/fusion/suppression de secteur devra faire l'objet d'une présentation en amont de la mise en place, et d'un avis favorable en Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) du département concerné. Il sera ensuite intégré dans la révision annuelle du cahier des charges régional de la PDSA.

2.2 Lieu d'implantation de la MMG

Les MMG sont implantées préférentiellement, au sein ou à proximité immédiate d'un établissement de santé, siège d'un service d'accueil des urgences (notamment SAU avec plus de 50.000 passages par an).

Dans les autres cas, il est préconisé d'implanter les MMG dans des structures de soins déjà existantes (hôpitaux de proximité, maisons de santé pluri professionnelles, centres de santé pluri professionnels médicaux et polyvalents, espace santé communal, EHPAD...).

Les locaux peuvent être partagés en journée avec d'autres structures ou être affectés à une autre utilisation.

Ces implantations permettent d'assurer un cadre sécurisé d'exercice pour les professionnels.

D'autres financeurs peuvent proposer leur accompagnement si cette option est souhaitée collectivement par l'ensemble des parties prenantes au projet.

L'implantation des MMG doit concourir à l'amélioration du maillage harmonieux du territoire pour réduire les inégalités d'accès aux soins.



2.3 Fonctionnement de la MMG

2.3.1 Les horaires d'ouverture

Les MMG sont ouvertes, durant l'ensemble des jours et des horaires de PDSA figurant au cahier des charges régional, soit :

- tous les soirs de la semaine selon la tranche horaire définie dans l'annexe départementale du CCR de la PDSA ;
- les samedis après-midi, à partir de 12h et selon la tranche horaire définie dans l'annexe départementale du CCR de la PDSA ;
- les dimanches, les jours fériés et les jours de pont, de 8h à 20h ;
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

En revanche les MMG ne sont pas ouvertes, sauf exception, en nuit profonde.

De façon dérogatoire, il peut être décidé au niveau départemental d'en limiter les jours ou les horaires d'ouverture (par exemple, en phase de démarrage de la MMG).

Ces situations doivent rester exceptionnelles. Une orientation alternative pour les heures où la garde n'est plus assurée par la MMG doit obligatoirement être proposée aux patients.

Cette organisation doit :

- être proposée aux acteurs en présence et au SAMU ;
- être validée par l'ARS ;
- avoir reçu un avis favorable du CODAMUPS-TS du département concerné.

Par ailleurs, quand l'afflux de patient demeure trop important pendant les périodes estivales et hivernales (saturation dans les SAU ou dans les cabinets de ville) et/ou en cas de crise sanitaire, des adaptations peuvent être mises en place afin de garantir la qualité et la sécurité des soins durant les horaires de la PDSA.

Des renforts peuvent être accordés sur une durée limitée (ajustement des lignes de garde en fonction des pics d'activité observés), en particulier pendant les périodes de tensions (estivales/hivernales).

Cette adaptation doit :

- être réalisée à la suite de la demande des acteurs ;
- être validée par l'ARS.



En cas d'extension des horaires d'ouverture de la MMG au-delà des horaires de la PDSA, elle s'engage à participer au service d'accès aux soins de son département en mettant en place une organisation adaptée en lien avec la régulation de médecine générale.

2.3.2 Modalités d'accès

Conformément à l'article R.6315-3 du CSP, l'accès au médecin de permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable.

L'organisation de la régulation et l'identification des régulateurs sont précisées dans la [note conjointe](#)¹ de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM).

Pour les patients se présentant spontanément à l'entrée de la MMG :

- le praticien peut accepter leur prise en charge, en appliquant les cotations en vigueur ;
- en revanche, il n'est pas admis de demander à ces patients de contacter le 15 depuis la MMG préalablement à leur prise en charge.

2.3.3 Intervenants

Les MMG sont ouvertes à l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des médecins du département, installés en libéral ou salariés, ainsi qu'aux docteurs juniors et jeunes retraités qualifiés en médecine générale. Ainsi, lorsque le point fixe de PDSA est une MMG, l'ensemble des médecins généralistes du secteur réalise leur astreinte au sein de la MMG.

Chaque médecin inscrit sur une liste nominative figurant sur l'application ORDIGARD pour une tranche horaire peut le cas échéant se faire remplacer, mais la part des médecins titulaires et en exercice doit demeurer majoritaire par rapport aux remplaçants.

Les médecins installés se constituent en association et élisent un médecin volontaire responsable pour les représenter devant les instances et pour veiller à la complétude des listes d'effecteurs sur ORDIGARD.

¹ <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/l-organisation-et-la-facturation-des-soins-non-programmes-en-ambulatoire>



L'association réunit ses membres au moins une fois par an pour partager sur le fonctionnement de la MMG, le bilan d'activité et financier, et sur les actions à conduire pour adapter l'offre aux besoins du secteur.

2.3.4 Recueil des données d'activité

Les MMG financées par l'ARS s'engagent à transmettre chaque année un rapport d'activité permettant à l'ARS d'améliorer la visibilité de chaque MMG et d'étudier les demandes budgétaires en lien avec l'activité réalisée. Ce rapport liste un certain nombre d'indicateurs (cf. annexe 2).

2.3.5 Modalités de mise en œuvre du 1/3 payant

Les MMG répondent aux règles générales de facturation prévues par la convention médicale, c'est-à-dire le paiement direct par l'assuré dès lors qu'il n'est pas dans une situation ouvrant légalement le droit au 1/3 payant (accident du travail, maladie professionnelle, CMU complémentaire, actes aux heures de PDSA réalisés sur régulation préalable par le centre 15...).

Le 1/3 payant généralisé peut être mis en œuvre par la signature d'une convention de dispense d'avance des frais avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du territoire où est implantée la MMG.

La télétransmission des feuilles de soins est la règle, l'équipement, sur demande à l'Assurance Maladie, d'un terminal e-CPS et d'un lecteur de carte vitale étant requis, connecté à un ordinateur partagé.

2.3.6 Articulation de la MMG avec le(s) service(s) d'accueil des urgences

La MMG signe un protocole² avec la ou les structures d'urgence situées dans son bassin de recrutement, ainsi qu'avec le SAMU Centre 15 du département.

Ce protocole précise les critères et modalités de régulation médicale, d'orientation ou de réorientation des patients en fonction de leur état clinique.

² Guide DGOS « modèle national de protocole médical de réorientation de l'adulte » :
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20240715_guide_sur_la_reorientation_a_l_entree_des_urgences.pdf



L'ARS PACA recommande fortement à la MMG de s'équiper du Terminal Urgences (TU), en particulier lorsque cette dernière est adossée ou à proximité d'un service des urgences lui-même équipé de TU. Le Terminal Urgence peut notamment faciliter la visibilité de la MMG sur les patients réorientés par le service des urgences ou à la suite de la régulation du SAMU C15 : [Terminal Urgences - ieSS](#).

Le protocole sera transmis à l'ARS et à la CPAM.

3. Les modalités de financement des MMG

L'ARS peut accorder un financement aux MMG qui remplissent les conditions présentées ci-dessus.

Le financement annuel de la maison médicale de garde par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) est octroyé sur la base d'une convention de financement de fonctionnement d'un an au démarrage de la structure. Une évaluation de l'activité donne ensuite lieu à un maintien du financement via une convention pluriannuelle avec avenant annuel signée entre l'ARS et l'association de médecins.

Par ailleurs, des partenariats doivent être développés avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales pour une aide financière à l'investissement, la mise à disposition de locaux, la sécurisation de la MMG, l'organisation des transports vers cette structure...

3.1 Aide au démarrage

Pour les nouveaux projets, une aide au démarrage pourra être attribuée par l'ARS, la première année, pour financer l'investissement initial (matériel médical, matériel informatique et téléphonique, petits mobiliers...). Cette dernière ne pourra pas dépasser le montant maximum de 20 000€ sur présentation d'un budget prévisionnel et de devis.

Cette enveloppe n'a pas vocation à financer de l'équipement lourd.

Point de vigilance : les investissements réalisés sans transmission préalable des devis et validation de l'ARS ne pourront faire l'objet d'un remboursement sur le FIR a posteriori. Une autre source de financement devra être recherchée par l'association.

3.2 Aide au fonctionnement

Une subvention de fonctionnement peut être allouée annuellement par l'ARS à la MMG, sur la base de la convention pluriannuelle susvisée.



3.2.1 Loyer

L'ARS peut prendre en charge les frais de loyer dans les limites d'une surface de MMG adaptée à l'activité et devant être au maximum de 120 m².

Pour les MMG situées dans des locaux hors établissement de santé ou structures médicales : les frais de loyer seront à déterminer sur la base du prix moyen de location, charges comprises, observé dans la région ou la commune par le biais des observatoires régionaux. L'association doit être en mesure de fournir une attestation justifiant du montant demandé au titre du loyer et respectant la base du prix tel que précisé ci-avant.

Pour les MMG situés dans les locaux d'un établissement de santé ou structures médicales : les frais de loyer ne devront concerner que les horaires d'ouverture de la MMG. Les investissements de matériels réalisés seront proratisés avec la structure d'accueil si le matériel est partagé avec les professionnels exerçant dans les mêmes locaux que la MMG si ces derniers sont utilisés hors horaires PDSA. L'établissement de santé doit faire parvenir chaque année un document détaillant les frais demandés à l'association d'effecteurs et informer au préalable l'application d'éventuelles évolutions tarifaires si le loyer de la MMG s'en trouvait augmenté. Les frais d'amortissement qui pourraient être répercutés sur la MMG ne peuvent représenter que 10% du total des charges directes demandés à l'association d'effecteurs par l'établissement.

Par ailleurs, une convention d'occupation des locaux devra être formalisée entre les deux parties afin de répertorier les mises à disposition (locaux, matériel, charges locatives, prestation de nettoyage, gardiennage...) et les coûts de fonctionnement y afférents.

Tout projet de déménagement doit faire l'objet d'une demande argumentée transmise aux principaux financeurs pour validation. L'ARS se réserve le droit de ne plus allouer de financement de fonctionnement à la MMG et de mettre fin à la convention si le déménagement est réalisé sans sa validation préalable.



3.2.2 Frais généraux

L'ARS peut prendre en charge tout ou partie des frais généraux³ engendrés par le fonctionnement de la MMG aux horaires de PDSA, par exemple : assurance, électricité, téléphone, affranchissement, consommables, honoraires comptables, temps de coordination et administratif pour l'association d'effecteurs...

Pour chaque demande de prise en charge par l'ARS, il sera attendu la production d'une facture ou de tout document de l'établissement bailleur attestant qu'une proratisation par rapport au temps d'occupation des locaux a bien été prise en compte. Il est également attendu de la part de l'association de rechercher toute possibilité de mutualisation de certains services (honoraires comptables, ménage...).

Le porteur s'engage à fournir chaque année à l'ARS un bilan financier et un compte de résultat certifié par un expert-comptable ou, le cas échéant, par le service comptable en charge du suivi financier de la MMG.

3.2.3 Personnel non médical

En fonction du niveau d'activité de la MMG, de sa localisation et des conditions d'exercice, l'ARS peut prendre en charge tout ou partie des frais de personnels non médicaux indispensables au bon fonctionnement de la MMG ainsi que des frais liés à la sécurisation des locaux :

- un agent d'accueil administratif et/ou un assistant médical : lorsqu'une MMG est ouverte tous les soirs, ainsi qu'en journée les samedis, dimanches, jours fériés et jours de pont, elle pourra bénéficier d'1,5 ETP maximum pour assurer une présence continue du personnel d'accueil ;
- sécurisation des locaux : lorsqu'une MMG est située dans un établissement de santé ou à proximité d'un SAU, elle pourra bénéficier de l'agent de sécurité de l'établissement si ce dernier en dispose. Lorsqu'une MMG est située hors d'un établissement de santé, elle pourra disposer des crédits dédiés pour la sécurisation des locaux : caméras, alarmes, visiophone...

Il est rappelé que tout travail accompli entre 21 heures et 6 heures est considéré comme du travail de nuit.

³ Partie 2 « modalités de financement » de la Circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>



4. Indicateurs de suivi et d'évaluation

Le financement des MMG pour l'année N est conditionné à la production d'un budget prévisionnel (cf. annexe 2), d'un rapport annuel d'activité ainsi que du bilan financier N-1, transmis à l'ARS au plus tard le 31 mars de l'année N.

Les MMG en cours de création/validation transmettent uniquement à l'ARS le formulaire unique de demande de subvention (cf. annexe 1).

Les gestionnaires des MMG devront disposer d'un logiciel permettant de synthétiser les indicateurs mentionnés dans le rapport-type annexé au présent cahier des charges (cf. annexe 3).

Un dialogue de gestion entre délégation départementale de l'ARS et MMG est organisé entre avril et juin de l'année N+1.

Une modification par avenant à la convention pluriannuelle de financement est possible en fonction de l'analyse du rapport financier et du rapport d'activité.

A l'issue de la période de financement de la MMG, une évaluation est effectuée par l'ARS dans le cadre de l'instruction de la demande de renouvellement de financement.

Annexe I : Formulaire unique de demande de subvention par l'association (concerne uniquement les premières demandes de subvention)

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R1271>

Annexe II : Budget prévisionnel

<https://www.paca.ars.sante.fr/media/158922/download?inline>

Annexe III : Rapport d'activité

<https://www.paca.ars.sante.fr/media/158923/download?inline>