



HAL
open science

La maison médicale de garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens

Laure Casamayou

► **To cite this version:**

Laure Casamayou. La maison médicale de garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-00993884

HAL Id: dumas-00993884

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00993884>

Submitted on 20 May 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 - Victor Segalen
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse N°16

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Mars 2014

Par Melle CASAMAYOU Laure

Née le 13/06/1983 à Talence

Titre de la thèse :

**La Maison Médicale de Garde de Langon : son
fonctionnement et ses participants, une réponse à la
permanence des soins.**

**Autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle, et qualitative
à partir d'entretiens**

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Pierre CAMEDESCASSE

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Président

Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Juge et rapporteur

Monsieur le Professeur François SZTARK

Juge

Monsieur le Docteur Michel THICOIPE

Juge

REMERCIEMENTS

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Pierre CAMEDESCASSE

Docteur en Médecine Générale

Je te remercie de m'avoir orienté vers ce travail.

Ton aide et ton soutien sans faille et si précieux m'ont aidée tout au long de sa réalisation.

Travailler avec toi a été un réel plaisir

A notre rapporteur de thèse et juge,

Monsieur le Docteur Gérard DUCOS

Professeur associé

Docteur en médecine générale

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

Votre engagement dans l'enseignement de médecine générale est un exemple pour tous,

tout comme votre sincère application à faire de nos travaux des réussites.

A notre président de jury,

Monsieur le Professeur Bernard GAY

Professeur des Universités de Bordeaux

Professeur de Médecine générale

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver ici le témoignage de ma considération et de mon profond respect.

A notre juge,

Monsieur le Professeur François SZTARK

Professeur des Universités de Bordeaux

Praticien Hospitalier

Chef du service d'Anesthésie Réanimation I, CHU de Bordeaux Pellegrin

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Soyez bien assuré de toute ma gratitude.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Michel THICOÏPE

Docteur en Anesthésie-Réanimation

Responsable médicale SAMU-33 SMUR de Bordeaux

Vous me faites l'honneur d'évaluer ma thèse.

Que ce travail, qui porte sur un sujet qui vous tient à cœur, soit l'expression de mon
profond respect.

Aux personnes ressources qui m'ont aidées dans mon travail.

Aux médecins membres de l'association PSS-33 qui m'ont aidé dans mon travail et soutenu tout le long, Dr Jean-Baptiste LE TAILLANDIER DE GABORY merci pour tous tes conseils, Dr Eric PEAN et Dr Catherine DUPONT-BISCAYE.

Aux secrétaires du CSRD merci Noëlla, et du Dr PEAN, merci Valérie.

Aux membres de l'équipe des urgences du centre hospitalier Sud-Gironde de Langon, Mme Laporte la cadre du service, le Dr TOUCHARD chef de service, et Mme CANET du service financier.

Aux membres de l'ARS, le Dr MANETTI et Mr EGEA du service statistique.

Aux membres du service de la permanence des soins du conseil départemental de l'ordre des médecins, Dr DEMAY et sa secrétaire Mme GOUINEAU.

Aux membres de l'ISPED qui ont été de fort conseil Pr SALAMON et Nathanaël interne en santé publique.

Au Dr CHEVILLOT pour son entretien autour du CAPS de La Réole et son engagement dans la permanence des soins.

A toutes les personnes qui ont participé aux entretiens qui ont accordé de leur temps et qui ont fait preuve d'une grande sincérité et intérêt pour le sujet.

A mes maîtres de stage.

Aux médecins que je remplace et qui me soutiennent,

Dr LATEOULE, Dr LAVAUD et Dr PERRIN et leur super secrétaire Marie-Claire, merci de m'accepter comme vous le faites dans votre cabinet, toujours dans la bonne humeur !

Dr MOULINE et Dr STABLO toujours disponibles et qui m'accordent leur confiance.

A ma famille,

Ma mère, tu as toujours cru en moi, m'a toujours laissé le choix, que ce soit dans mes études ou dans ma vie. Tu as tout fait pour que j'ai une vie parfaite et heureuse, ça n'a pas toujours été facile, je le sais, mais on y est arrivé Maman !!!!! Et Vive la Retraite sur le Bassin !!

Mes oncles et tantes :

Guy et Monique qui m'ont élevée et prise sous leurs ailes. Chez qui les traditionnels goûters de 4h sont un lieu de rassemblement et de plaisir sans faille.

Mon parrain et ma marraine qui se sont toujours occupés et soucieux de moi.

Nicole et Bernard, Michel et Annie, bientôt une nouvelle excuse pour une fête de famille.

Et tous ceux que je ne cite pas car ils sont trop nombreux ...

Mes grands-parents, papi Fernand et mamie Yvonne : j'ai fait tout ce travail avec un portrait de vous en face de moi sur mon bureau. Vous voir chaque jour m'a donné la force de poursuivre et de m'appliquer pour que vous soyez fiers.

Mes cousins et cousines :

Nathalie et Florence mes sœurs, mes confidentes plus que mes cousines, les championnes de l'orthographe et de la reformulation !! Toujours présentes pour moi à tout moment de ma vie.

Lionel, vite que tu reviennes en Métropole on a plein de choses à rattraper.

Damien, le jeune papa ! Profite de ta petite Louise elle va vite grandir.

Cédric, Teddy, Nelly, Laurent, Didier, et Tous les autres que je ne cite pas (il me faudrait encore 10 pages...), leurs compagnons, maris et femmes qui font partis de notre famille.

A tous mes petits cousins que j'adore : Axel, Thomas, Valentin, Jules, etc..... Faites encore chevrer vos parents !!! Vous êtes trop drôles !

A ma belle-famille, Dung, Marguerite, Alain, Pierre, et mamie Vincent (pour ses bons petits plats vietnamiens), merci de m'avoir accepté comme je suis.

A mes amis,

A mon P'tit Lolo, maintenant aux antipodes de nous !!! Dépêche-toi de prendre des vacances et venir nous voir sur le continent.

A mon amie d'enfance, Mélanie, toujours là pour moi depuis 27 ans maintenant !! Le temps passe et on ne prend pas une ride...

A mes amis de toujours, Vanessa l'irlandaise sa petite Adèle et son John, Matieu et sa nouvelle vie, Valérie et ses bons petits repas et moments de plaisirs sur Agen.

Aux amis du Bassin et nos éternelles soirées gourmandes et amusantes, Pam et Fabien, Mathieu et Mathilde, Gaëlle et Fabien, Hervé et Mimi et leurs enfants trop beaux et trop choux, Micka et Yémima, Sophie et Samuel et nos sorties toujours « énormes ».

Aux Brivistes, Eddy et Cécé et leurs adorables petits bouts, encore pleins de vacances chez les Lolos !! A Olivier et sa nouvelle famille ! A Marie-Christine et Philippe toujours de bons conseils, qu'ils soient gastronomiques ou beaucoup plus sérieux...

A mes amies de fac, Angie, Gaëlle, Valérie, Julia, Abêni, Maëlla, Girl Power ! La relève de la médecine est assurée par des filles géniales. Bientôt 12 ans qu'on se connaît... Aïe ! A leurs compagnons, merci de nous supporter en soirée ! Je crois qu'il n'y en a pas une plus bavarde que l'autre.

A ceux qui sont loin : La Réunion, La Nouvelle-Calédonie, Le Mexique, L'Irlande, la Belgique, les Antilles.

A l'amour de ma vie, Laurent, 7 ans déjà et bientôt nous formerons une petite famille pleine de métissage, d'amour et d'énergie !!

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
TABLE DES MATIERES.....	7
ABREVIATIONS.....	10
I. INTRODUCTION.....	11
II. CONTEXTE	12
A. La permanence des soins.....	12
1. Contexte, historique et difficultés.....	12
a) Les évolutions et perspectives de la profession	12
b) Historique de la PDS ambulatoire	12
c) Le passage dans les services d'accueil des urgences	14
d) L'état des lieux de la PDS en 2007.....	15
2. Organisation de l'amont de la PDS : La régulation	16
3. Le cadre règlementaire actuel.....	18
a) Organisation actuelle de la permanence des soins	18
b) Tarification durant la PDS.....	19
B. Les maisons médicales de garde	20
1. Généralités et historique	20
a) Définition et objectifs des MMG.....	20
b) Le développement des MMG sur le territoire français.....	21
c) Réglementation et Cahier des Charges des MMG.....	22
d) Le financement des MMG.....	23
e) Le type d'activité	24
f) Sont-elles en secteur hospitalier ou extra hospitalier ?.....	24
2. La MMG de Langon.....	24
a) Présentation du territoire de soins.....	25
b) Historique de la création de la MMG de Langon	26
c) Financement et coût de la MMG.....	27
d) Le cahier des charges et la convention.....	27
e) Organisation et fonctionnement de la MMG de Langon.....	27
f) Le type d'activité de la MMG de Langon.....	29
g) Un autre exemple de structure dans le département : le CAPS de La Réole	30
C. Démarche bibliographique de la première partie	30
III. Synthèse.....	31
IV. Matériel et méthode.....	32
A. Type d'étude	32
B. La démarche de l'étude	32
C. Recherche documentaire et aides	32
D. Lieu de l'étude	32
E. Population de l'étude	33
F. Matériel et méthode de l'étude observationnelle quantitative	33
1. Recueil des données	33
2. Exploitation des données (32).....	34
G. Matériel et méthode de l'enquête qualitative	34
1. Présentation de l'échantillon.....	34
2. Période de l'enquête.....	35
3. Les modalités de recueil des données : les entretiens individuels	35
a) L'outil de collecte de données : le guide d'entretien.....	35
b) Le déroulement des entretiens.....	35

4. Exploitation des données des entretiens (33)	36
V. Résultats.....	37
A. Analyse descriptive de l'activité des urgences, de la MMG de Langon ainsi que des participants à la PDS.....	37
1. Evolution du nombre de passages aux urgences de Langon entre 2010 et 2012	37
2. La Maison Médicale de Garde de 2009 à 2012.....	38
a) La fréquentation de la MMG de 2009 à 2012.....	38
b) Analyse de l'activité de l'année 2012	38
c) Les participants à la PDS.....	40
d) Répartition des gardes en 2012	43
3. Synthèse des principaux résultats de l'enquête descriptive :	46
B. Enquête qualitative, autour d'entretiens individuels.....	47
1. Taux de réponses et aspects démographiques des participants au questionnaire	47
2. Résultats des entretiens par item	48
a) Les lieux.....	48
b) Les conditions de travail.....	51
c) La prise en charge des patients à leur arrivée.....	55
d) Les remarques des patients	57
e) La sécurité dans les locaux.....	59
f) La MMG en général.....	60
VI. Discussion et Analyse	62
A. La méthode et le matériel.....	62
1. Qualité de l'étude, et du recueil de données	62
a) L'évaluation de la MMG	62
b) Les entretiens.....	62
2. Difficultés à récolter des données	64
B. Les résultats.....	65
1. Analyse de l'activité et du fonctionnement de la Maison Médicale de Garde de LANGON	65
a) Atteinte des objectifs de la MMG.....	65
b) Les difficultés rencontrées	67
2. Les participants à la Maison Médicale de Garde de Langon.....	68
a) Qui sont-ils ?.....	68
b) Leurs satisfactions.....	70
c) Leurs attentes	70
VII. Propositions et perspectives d'avenir.....	71
VIII. Conclusion.....	73
BIBLIOGRAPHIE	74
Annexe 1 : Pyramide des âges des médecins généralistes sur le territoire français au 1^{er} janvier 2013 (4).....	76
Annexe 2 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)	77
Annexe 3 : Densités départementales des médecins généralistes en France au 1^{er} janvier 2013 (4)	78
Annexe 4 : Présentation du secteur de garde 603 de la MMG de LANGON.....	79
Annexe 5 : Convention entre la MMG de Langon et le CH Sud-Gironde.....	84
Annexe 6 : Règlement intérieur de la MMG de Langon.....	87
Annexe 7 : Grille d'orientation de l'IOA	91

Annexe 8 : Convention entre l'ARS et le médecin généraliste remplaçant pour participer à la PDS.....	92
Annexe 9 : Le Centre Hospitalier Sud-Gironde site de Langon	93
Annexe 10: La Maison Médicale de Garde de Langon : implantation dans le service des urgences :	94
Annexe 11: Questionnaire de thèse ou guide d'entretien	95
SERMENT MEDICAL.....	99
RESUME.....	100

ABREVIATIONS

ALD : Affection de Longue Durée
AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population
AMU : Aide Médicale Urgente
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATU : forfait Accueil et Traitement des Urgences
C : cotation de Consultation
CAPS : Centre d'Accueil et des Premiers Soins
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CH : Centre Hospitalier
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS et CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CSRDR : Cabinet de Secrétariat Rive Droite
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQSV : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR : Fonds d'Intervention Régional
GRSP : Groupement Régionale des Santé Publique
HAS : Haute Autorité de Santé
IGA : Inspection Générale de l'Administration
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil
MMG : Maison Médicale de Garde
MRS : Maison Régionale de Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS : Permanence Des Soins
PSS-33 : Permanence Santé Sud-33
RAD : Retour A Domicile
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
VAD : Visite A Domicile
WE : Week-End

I. INTRODUCTION

Au cours de mes années d'étude de médecine, j'ai pu accomplir des stages et des gardes dans différents services d'urgences. Puis, durant mes deux années de remplacements, j'ai effectué des gardes de médecine générale dans plusieurs secteurs. La Maison Médicale de Garde de Langon m'a particulièrement interpellée par son organisation au cœur de l'actualité de la permanence des soins ambulatoires. Ainsi, j'ai choisi d'effectuer ce travail de thèse, pour approfondir mes connaissances sur ce type de structures et en dégager ses intérêts.

Le travail d'un médecin généraliste ne se résume pas en une activité libérale de cabinet et de suivi de patients. Les médecins se doivent d'assurer la continuité des soins (1) ainsi que la réponse à la demande de soins non programmés aux heures de fermeture du cabinet. C'est ce que nous appelons la permanence des soins. Elle constitue une mission de service public et une obligation déontologique (2,3). Cette activité représente une part importante dans le quotidien d'un médecin généraliste installé.

La permanence des soins (PDS) est organisée autour d'une régulation, centralisée par le SAMU (Centre 15). Les médecins effecteurs sont représentés par des généralistes libéraux, travaillant pour un secteur défini, depuis leur cabinet ou regroupés en association de médecins dans des structures identifiées. C'est ce que l'on voit dans les Maisons Médicales de Garde (MMG) ou dans l'association SOS médecins.

Depuis quelques années, la démographie médicale se modifie avec une répartition inégale sur le territoire français, une féminisation de la médecine et des horaires d'ouverture de cabinet qui privilégient la vie de famille. Ceci dans un contexte de décroissance du nombre de professionnels de santé sur le territoire, avec de nombreux départs à la retraite et un *numerus clausus* qui n'arrive toujours pas à compléter ce manque de médecins (4,5). De plus, la demande de soins a changé : « toujours plus et à toute heure », ceci se ressent sur l'afflux dans les services d'urgences pour des actes de médecine CCMU1 qui ne font que croître (6).

Ainsi, l'organisation du travail libéral en cabinet et de la PDS en médecine générale est amenée à se modifier. Les MMG sont l'exemple de cette modification de pratique. Elles centralisent des moyens humains, matériels et financiers et définissent probablement l'avenir de la PDS sur le territoire.

Notre travail a pour objectif de montrer le fonctionnement de l'une d'entre elle, adossée à un service des urgences dans un établissement hospitalier : la Maison Médicale de Garde de Langon.

Ce type d'organisation est-elle une solution dans la PDS pour les médecins généralistes installés en milieu rural ? Qu'en pensent ses participants ? Quelles propositions faire pour l'avenir ?

II. CONTEXTE

A. La permanence des soins

1. Contexte, historique et difficultés

a) Les évolutions et perspectives de la profession

La démographie médicale évolue avec une mauvaise répartition des médecins sur le territoire français : une désertification du Nord et des campagnes au profit de la ville et du Sud de l'hexagone ; la décroissance du nombre de médecins en activité s'accroît (7). Ce nombre devrait continuer à diminuer jusqu'en 2020 pour retrouver le niveau de 2007 aux environs des années 2030, et ce, si le *numerus clausus* continu d'augmenter et que l'on reporte l'âge de départ à la retraite à 67 ans, soit deux ans plus tard. Il faut au moins 9 ans pour former un nouveau médecin et voir l'effectif se modifier. Par contre, les prévisions de la DREES prévoient une densité médicale inférieure à l'actuelle, compte tenu de l'augmentation de la population française et du vieillissement de celle-ci (8).

La profession devrait rajeunir et se féminiser progressivement. En 2013, les femmes représentent 42% des médecins généralistes. Elles sont maintenant plus nombreuses que les hommes dans la tranche d'âge des moins de 50 ans (cf. Annexe 1). Cette tendance est la même pour toutes les spécialités. La féminisation modifie sensiblement la perception du travail de médecin et son organisation. Avec une vie privée privilégiée, des congés maternité, un choix de carrière et de spécialité médicale différentes, et une durée de travail inférieure. En effet, le temps de travail déclaré par les médecins généralistes est de 55 à 59 heures hebdomadaires et un sur deux désire réduire cette durée de travail. Les hommes déclarent une durée de travail hebdomadaire plus importante que les femmes. Les médecins plus âgés disent travailler plus que les médecins jeunes. Or, la médecine générale rajeunit et se féminise, ce qui amène progressivement à une durée de travail nettement inférieure à ce que l'on a connu. Pendant ce temps, la population croît et vieillit avec une augmentation de demandes de soins (polypathologies et exigences) (4,9).

La volonté actuelle des médecins généralistes est de s'organiser autour d'un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. Les critères principaux pour une installation en libéral sont l'intérêt du travail et l'indépendance professionnelle mais aussi la qualité de vie, la gestion du temps de travail et l'environnement pour le choix du lieu d'installation. L'exercice de groupe est de plus en plus favorisé. La problématique de la PDS revient régulièrement : « *une meilleure organisation de la PDS pourrait encourager les médecins à s'installer* » (5).

b) Historique de la PDS ambulatoire

La permanence des soins a été organisée et définie en 2003 suite au mouvement national de refus des médecins de participer aux gardes de nuit et de week-end. Cet appel à la grève a été lancé le 15 novembre 2001 et s'est poursuivi jusqu'en juin 2002. C'est l'UNOF-CSMF (Union National des Omnipraticiens Français et de la Confédération

des Syndicats Médicaux Français) qui est à l'origine du mouvement, poussant les médecins de famille grévistes à laisser un message tous les soirs sur leur répondeur stipulant « *d'appeler le 15 en cas d'urgence* », et à se faire réquisitionner pour assurer le service de garde. Le mot d'ordre de cette grève était : de meilleures conditions de travail, notamment des gardes ; et une revalorisation des honoraires de consultation et de visite à domicile. La mobilisation a été très forte amenant le gouvernement à légiférer autour de la problématique de la PDS en ambulatoire.

Avant cette grève, les gardes étaient organisées par la profession de façon confraternelle selon *l'article 77 du Code de Déontologie médicale*, car la participation et l'organisation d'une permanence des soins aux heures de fermetures des cabinets est un devoir déontologique pour chaque médecin (2). Ainsi, les praticiens étaient souvent seuls à répondre aux urgences de leur patientèle à la fermeture du cabinet. Ceci accroissait considérablement la charge et la pénibilité du travail, surtout pour des médecins isolés qui ne pouvaient pas s'associer avec d'autres confrères pour s'organiser en tour de garde. De ce fait, le médecin était disponible 24h/24, 7jours/7 pour ses patients, ce qui n'est plus concevable pour la jeune génération de généralistes. De plus, se posait régulièrement le problème de la sécurité lors des gardes : sécurité physique et médicale (le médecin se déplaçait pour tout type de demande et se retrouvait régulièrement dans des situations compliquées à gérer). Avec une recrudescence des cas de « burn-out » professionnels.

Le sénateur Charles DESCOURS a été mandaté en 2003 par le gouvernement, pour élaborer un rapport faisant un état des lieux de la PDS (10). Dans ce rapport, la PDS est alors définie comme une mission d'intérêt général, selon *l'article L.6325-1 du Code de la Santé Publique*, pour répondre à une demande de soins non programmés durant les horaires de fermeture des cabinets médicaux. La PDS est alors structurée et régulée.

Les praticiens y participent de façon volontaire, en établissant la liste de médecins de garde, transmise au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) qui la valide et la remet au Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), au Centre 15 et aux organismes d'Assurance Maladie.

Le rapport définit les missions du CODAMUPS qui élabore pour chaque département un cahier des charges pour l'organisation de la PDS avec une sectorisation qui tient compte de chaque spécificité locale, puis est validée par arrêté préfectoral (les moyens de santé disponibles et les besoins de la population) ; un financement est alors prévu. Ceci est conçu comme un espace de dialogue dans lequel tous les acteurs de la PDS se rencontrent pour régler ensemble les difficultés.

La régulation médicale est centralisée autour du SAMU Centre 15.(10)

Après cette grève, la catastrophe sanitaire de la canicule de l'été 2003 et le rapport du sénateur DESCOURS, le ministre de la santé de l'époque, Jean-François MATTEI, a proposé un *Plan Urgences*. Ce plan est articulé autour de trois grands axes qui concernent toute la chaîne des urgences : l'amont de l'hôpital et l'organisation de la permanence des soins ; l'hôpital avec l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences ; et en aval de celui-ci pour assurer la prise en charge après le passage aux urgences. Ce plan doit améliorer l'organisation de la PDS en développant notamment les MMG, promouvoir la coordination ville-hôpital notamment autour d'un centre de

régulation unique (le centre15) et en valorisant les métiers de Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) (11).

La PDS ambulatoire revêt le caractère d'une mission de service public (inscrite dans le Code de Santé Publique) assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux soit en semaine de 20h à 8h ainsi que du samedi 12h au lundi 8h. Les médecins généralistes libéraux volontaires, les médecins des centres de santé et ceux des associations de PDS participent à la PDS sur la base du volontariat, mais si le tableau reste incomplet, le CDOM doit le remplir ; en cas d'échec, l'Ordre le transmet au préfet qui peut procéder à des réquisitions (12).

Suite au *Plan Urgences* et au rapport DESCOURS, la PDS a fait l'objet de réglementations sous forme de décrets qui ont modifié le Code de Santé Publique en 2003 (*décret n°2003-880 et 881*) et en 2005 (*décret n°2005-328*). La PDS a enfin été légiférée et réglementée (12,13).

En 2006, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a procédé à une évaluation de ce nouveau dispositif de PDS (14) et constate que : « *son organisation est inachevée et manque de fiabilité* » (difficulté de régulation, de disponibilité des intervenants, désengagement des médecins en deuxième partie de nuit...), des astreintes restent vacantes, trop d'intervenants, avec beaucoup de confusion dans le pilotage de la PDS. Le chiffre global des dépenses liées la permanence des soins s'élevait à 600 millions d'euros. De même en 2007, la Cour des Comptes diffuse un rapport qui souligne la mauvaise coordination et coopération des acteurs de la PDS notamment du réseau ville/hôpital ; ainsi qu'une mauvaise orientation et information de la population.(6)

La PDS doit donc être simplifiée et sécurisée. Il est proposé d'orienter les patients vers les hôpitaux de certains secteurs en nuit profonde, de revoir le financement de la PDS, de renforcer le dispositif de régulation téléphonique en élargissant au samedi après-midi la permanence des soins et en adoptant un numéro unique d'appel commun à la PDS et à l'Aide Médicale Urgente (AMU).

c) Le passage dans les services d'accueil des urgences

Le nombre de passages aux urgences ne cesse de croître. Entre 1990 et 1998 + 43% de passage, avec seulement 21,5% d'hospitalisation qui s'en suivent. Se dessine un nouveau « *mode de consommation médicale* » avec un accroissement des appels reçus par le SAMU pour des urgences « ressenties » et souvent non avérées (15). Les motifs les plus fréquents sont les accidents et la douleur (souvent associée à un autre motif). La grande majorité des patients vient aux urgences :

- sans avis médical préalable ;
- pour la proximité de l'établissement ;
- car ils ont un sentiment d'urgence ou de gravité ;
- pour bénéficier du plateau technique spécialisé, car ils jugent avoir besoin d'examens complémentaires.

Les patients sont familiarisés aux services d'urgences, mais ont une méconnaissance du système de soins en ville et notamment de la permanence des soins assurée par les médecins généralistes (16).

En 2007, la Cour des Comptes a confirmé le chiffre de 70 % des usagers qui se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone (6). De plus, la majorité des passages aux urgences le sont pour des problèmes qui ne sont pas des urgences vitales ou graves. Les SAU sont surpeuplées et le personnel débordé. Beaucoup de personnes considèrent trop les urgences comme un lieu de consultations ouvert 24h/24h.

Nous sommes en attente des résultats de « *l'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières* » menée par la DREES en 2013, avec une enquête faite auprès des patients des urgences le 11 juin 2013. Cette étude contient deux volets :

- une description de l'organisation et des moyens, sur l'ensemble de l'année et le jour de l'enquête, des structures des urgences ;
- une collecte auprès des patients : des motifs de recours, des pathologies, de la prise en charge des urgences, et entre autre, du circuit de soins.

d) L'état des lieux de la PDS en 2007

En 2007, le dispositif de PDS n'est pas encore très fonctionnel. Au mois d'août, le Dr Jean-Yves GRALL publie un rapport intitulé « *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins* » qui répond à l'objectif principal d'apprécier le fonctionnement réel de la PDS et de proposer des améliorations du dispositif (17).

Avant d'émettre son rapport J-Y GRALL a effectué une *Evaluation du plan urgences 2004-2008* (18) dont il fait référence dans son rapport d'août 2007. Cette évaluation met en relief les dysfonctionnements de la chaîne de prise en charge des patients relevant de l'urgence, décrite dans le plan urgences de 2003.

En effet, on note une augmentation en 2005 de l'activité des services d'urgences de 3 à 3,5% et des centres de secours (avec une activité SMUR de + 4% et +15% d'affaires traitées par le Centre 15). Il reprend aussi les notifications émises par l'IGAS lors de son évaluation de Mars 2006 (14).

Il existe un véritable engouement pour le développement des MMG (213 fin 2006) pour les premières parties de nuit et les WE, avec un emplacement privilégié dans des structures hospitalières.

Le plan urgence préconise une poursuite des efforts en :

- renforçant la régulation médicale (notamment la permanence de médecins généralistes libéraux encadrés par des PARM et des médecins urgentistes) ;
- un centre d'appel unique : le 15 ;
- augmentant le nombre de MMG pour structurer une PDS fixe, en un lieu unique, connu, en première partie de nuit et les WE ;
- rendant possible et en organisant les Visites A Domicile (VAD) dites incompressibles en heure de PDS ;
- diminuant le nombre de secteurs de garde en faisant des regroupements autour des MMG, ce qui permettrait de diminuer le nombre de médecins d'astreinte, et donc le nombre d'astreintes payées par l'Assurance Maladie.

Ce plan a permis de désengorger les urgences d'actes CCMU 1 et 2 (cf. Annexe 2) et d'améliorer la PDS en zone rurale quand elle est organisée dans un centre hospitalier autour d'une MMG. Au total, beaucoup de régions sont articulées autour des trois postes : régulation centre 15, MMG en première partie de nuit et les structures

hospitalières avec les associations telles que SOS médecins pour la seconde partie de nuit.(18)

Mais, le rapport GRALL fait aussi ressortir quelques difficultés. En effet, les médecins ne sont pas toujours joignables pendant les heures de PDS ; il existe aussi des problèmes de financement des astreintes et des MMG, ainsi que des difficultés dans la régulation. Les médecins ruraux paraissent plus volontaires pour assurer la PDS par rapport aux médecins des villes, avec un désengagement en deuxième partie de nuit et un report vers les services d'urgences de proximité ou des associations type SOS médecins. En effet, les créneaux de nuit profonde posent le problème d'un faible nombre d'actes réalisés, et de l'absence de médecins volontaires ce qui induit de nombreuses réquisitions. Ainsi, en Gironde en 2007, 34 secteurs sur 38 (hors Bordeaux) n'assuraient plus les gardes de nuit profonde (de minuit à 8h) et laissaient donc le soin aux centres hospitaliers de proximité d'assurer cette partie. Le volontariat pose aussi problème puisque beaucoup de médecins se désengagent de la PDS et sont très peu souvent réquisitionnés. Le rapport souligne donc que le système de PDS en 2007 est « *peu fiable, fragile et couteux* ». Parmi les perspectives, les MMG sont une « *solution d'avenir* » pour la PDS en première partie de nuit (17).

Cette mauvaise coordination amène la population à se diriger plus facilement et spontanément vers les services d'urgences plutôt que de contacter le médecin de garde. De plus, beaucoup d'entre eux ne connaissent pas le numéro unique 15, pour la PDS ambulatoire, pensant que ce numéro n'est dédié qu'aux urgences vitales et au déclenchement des secours. Pour ceux qui utilisent ce système, il est constaté que la ligne du 15 est souvent encombrée et le recours à la régulation téléphonique est très difficile.(17)

Le rapport GRALL a ainsi proposé plusieurs axes pour optimiser la PDS (17) :

- redéfinition de l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) avec pour modalités : le conseil téléphonique, l'orientation vers une consultation de médecine générale, l'envoi d'un médecin en VAD, l'envoi d'une équipe SMUR, ainsi que l'orientation vers un service d'urgence avec un transport adapté ;
- formation des ARS ;
- organisation de l'AMPP autour d'un numéro unique : le 15 ;
- création du Schéma Régional d'Organisation de Santé (SROS) qui s'occupe de la répartition de l'AMPP et de son organisation ;
- promotion des MMG autour des services d'urgence ;
- élargissement du secteur d'action de SOS vers les campagnes ;
- favorisation et motivation du volontariat des médecins pour la PDS ;
- renforcement des formations et des stages professionnels pour les permanenciers, et les paramédicaux ;
- renforcement de l'information à la population sur le bon usage du 15 ;
- réévaluation régulière de l'efficacité du dispositif et proposition d'avenir avec l'aide du CODAMUPS.

2. Organisation de l'amont de la PDS : La régulation

La régulation médicale est le pivot de la PDS ambulatoire et de l'AMU.

En 2002, la participation des médecins libéraux à la régulation médicale téléphonique se développe dans les Centres 15. Depuis le *décret du 15 Septembre 2003* qui modifie le dispositif de la PDS, commence à s'organiser l'accès au médecin de permanence (*art. R.732*) par la régulation préalable du SAMU (12).

La régulation est assurée par des médecins volontaires, généralistes libéraux ou salariés de centres de santé, ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM. Ces praticiens sont assistés par des assistants de régulation médicale communs aux dispositifs d'AMU et de la PDS ambulatoire. Pendant la période où elle est assurée, la fonction de médecin régulateur dans le cadre du Centre 15 est exclusive de toute autre fonction (19).

La régulation médicale est une des modalités de la participation des médecins à la permanence des soins comme le prévoit *l'article 77 du code de déontologie médicale* appliqué dans *l'article R.4127-77 du code de la Santé Publique*.

Le 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, stipule que « *l'accès au médecin de permanence doit faire l'objet d'une régulation préalable* ». La régulation médicale des demandes de soins non programmés peut être :

- soit intégrée au SAMU-Centre 15,
- soit distincte du SAMU-Centre 15 mais présente dans ses locaux avec éventuellement un numéro spécifique,
- soit séparée géographiquement du SAMU-Centre 15 mais interconnectée avec celui-ci (13).

Ce décret est confirmé par le *loi HPST* votée en 2009 (20).

La régulation médicale téléphonique permet de définir l'orientation la mieux adaptée à l'état du patient. Le but est :

- pour l'appelant, de recevoir une réponse adaptée à l'objet de son appel,
- pour l'appelé, de catégoriser et choisir les moyens à mettre en œuvre les plus adaptés en fonction de l'appel.

Cette orientation est un des éléments essentiels au bon fonctionnement qui conditionne la qualité de la prise en charge de la demande de soins non programmés. La responsabilité de la décision incombe à un médecin régulateur formé et expérimenté ; il peut répondre à la demande de plusieurs façons (21) :

- un simple conseil médical ou une prescription médicamenteuse par téléphone conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles éditées par la Haute Autorité de Santé en Février 2009 ;
- une proposition d'une consultation médicale ou l'envoi sur place d'un effecteur ;
- le recours à un moyen de transport médicalisé ou non ;
- le renvoi de l'appel vers le médecin régulateur de l'AMU, dans le cas d'un appel nécessitant un avis dans le cadre de l'urgence ;
- le guidage des gestes de premiers secours.

L'organisation de la régulation médicale en Gironde est assurée 24h/24 et 7jours/7 par des généralistes même en dehors des heures de PDS ; car le département est le plus grand de France avec une population nombreuse (19).

3. Le cadre règlementaire actuel

a) Organisation actuelle de la permanence des soins

La permanence des soins ambulatoires est actuellement basée sur les décrets de 2003 et 2005 et surtout sur les modifications apportées par *le décret n°2010-809 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins du 13 Juillet 2010* (22). Ce décret réécrit les articles du Code de la Santé Publique en rapport avec la permanence des soins : L.1435-3, L.6311-2, L.6314-1 à 3 et L.6315-1 à 6.

La PDS est une mission de service public mise en place avec les médecins généralistes libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés, ceci en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux : de 20 h à 8 h, les dimanches et jours fériés, les samedis après-midi, les lundis, lorsqu'ils précèdent un jour férié, les vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié.

La loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST) dite loi Bachelot du 21 Juillet 2009 (20) tend à améliorer l'accès aux soins de qualité en déclinant : les soins de premier recours centrés autour des médecins généralistes qui assurent l'orientation des patients et l'accès de second recours dispensé par les médecins spécialistes et les établissements de santé. Pour cela, la coordination entre l'hôpital et la médecine de ville est renforcée, afin de fluidifier les parcours de soins et de désengorger les urgences. Les MMG font donc parties de ce système.

La mission de la PDS repose sur 3 dispositifs cités dans le *cahier des charges de la PDS en médecine ambulatoire en Aquitaine, édité par l'ARS d'Aquitaine le 3 septembre 2012* (19) :

- en aval : une régulation médicale centralisée par le 15 ;
- la présence d'au moins un médecin effecteur sur chaque territoire ou secteur de PDS (recours de premier niveau) ;
- en amont : les services d'urgences des établissements de santé (recours de deuxième niveau).

Le décret d'application de cette loi, *n°2010-336 du 31 Mars 2010* permet la création des Agences Régionales de Santé (ARS). Elles réunissent, pour plus de cohésion, en une seule institution les administrations suivantes : ARH, DRASS, DDASS, URCAM, GRSP, MRS et CRAM.

Les acteurs de la PDS sont élargis dans ce décret aux médecins ayant conservé une pratique clinique sous couvert d'une attestation de capacité délivrée par le CDOM (retraités, internes, remplaçants thésés ou non...). L'ARS d'Aquitaine a d'ailleurs établi une convention avec des médecins remplaçants pour entrer dans le tableau de PDS de la MMG de Langon avec des feuilles de soins pré-identifiées qui leurs sont délivrées par la CPAM de la Gironde (Cf. Annexe 8).

Depuis 2010, les directeurs des ARS ont la compétence d'élaborer un cahier des charges régional pour l'organisation de la PDS ambulatoire jusqu'alors du ressort des préfets de département (22). Ils gèrent notamment la sectorisation (redéfinie en territoires de PDS) après consultation du Conseil de l'Ordre et du Comité

Départemental ; et communiquent au représentant de l'état les informations permettant de procéder aux réquisitions.

Ainsi le décret qui en découle n°2010-810 (23) redéfinit le CODAMUPS-TS, qui sera maintenant co-présidé par le préfet et l'ARS. Sa mission à l'échelon du département est de veiller à la qualité de la distribution de l'AMU, à l'organisation de la PDS ambulatoire et à son ajustement au besoin de la population. Il propose aussi des modifications à ce cahier des charges régional arrêté par le directeur de l'ARS (21).

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 précise que la PDS ambulatoire peut être également assurée par les établissements de santé, en relais de la médecine libérale, sur certaines plages horaires, notamment en nuit profonde compte tenu de la faiblesse de l'activité observée. Si le secteur de garde se situe à plus de 30 minutes de route d'une structure d'urgence le créneau 20h-8h peut être maintenu (22).

La permanence des soins est financée par le Fond d'Intervention régional (FIR) créé par l'article 65 de la Loi n°2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012. La réduction du nombre de territoires de la permanence des soins a pour vocation d'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes en dehors des heures ouvrables (notamment la diminution du rythme des gardes). Par ailleurs, cette réduction s'inscrit dans un contexte de contrainte financière (enveloppe fermée) (19).

Le tableau de garde est établi au moins pour trois mois par les médecins volontaires et transmis au conseil de l'ordre pour vérification.

Les médecins participent à la PDS sur la base du volontariat. Ils peuvent être exemptés de garde sous certaines conditions : un âge avancé, des problèmes de santé, ou des conditions d'exercice particulières de la médecine.

Afin d'optimiser l'opérationnalité du médecin effecteur, il convient de privilégier le déplacement du patient vers le médecin. Dans ce cadre, l'accès au médecin effecteur doit être régulier.

Le système de PDS reste tout de même fragile comme le montre l'enquête du CNOM de janvier 2013 sur la PDS (24). En effet, il existe toujours une pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, car ceux qui assuraient la PDS vieillissent, partent à la retraite (ne sont pas toujours remplacés), et le volontariat décline. Il est donc objectivé une augmentation des réquisitions dans certains départements, notamment ceux à faible densité médicale. Le cahier des charges régional de la PDS précise qu'il est important de :

- renforcer la régulation médicale libérale (dont l'engagement des médecins a augmenté de 6%) pendant et au-delà des heures de PDS (comme en Gironde) ;
- de privilégier l'accès en points fixes de consultation pour la PDS ;
- de diminuer voire supprimer la présence d'effecteurs en nuit profonde.

b) Tarification durant la PDS

Le CDOM transmet les tableaux de garde à l'ARS qui les remet après vérification et validation aux organismes locaux d'Assurance Maladie, pour le paiement des astreintes. L'organisme d'Assurance Maladie procède au « contrôle du service fait » en croisant le tableau de garde reçu de l'ARS et la demande individuelle de paiement des forfaits d'astreinte transmise par le médecin de permanence chaque mois.

Les modalités d'organisation de la PDS et les conditions de rémunération des médecins libéraux ont été arrêtées par *le décret du 8-04-2005 et l'avenant 4 de la convention médicale nationale du 12-01-2005 (25)*. Il existe un financement spécifique de l'Assurance Maladie pour la PDS ambulatoire:

- chaque médecin de garde touche un forfait d'astreinte de 50 € par tranche de 4 heures effectuée ;
- le médecin libéral qui régule au SAMU Centre 15, touche un forfait de 3C par heure de permanence téléphonique.

Il existe une majoration spécifique pour tous les actes effectués par le médecin en heure de permanence des soins, dont la tarification est fixée par l'Assurance Maladie, et ce d'autant plus s'ils ont préalablement été régulés par le SAMU, pour encourager cette régulation.

L'Assurance Maladie finance la régulation.

Cette tarification a fait l'objet d'un *arrêté le 20 Avril 2011 (26)*. Ainsi, la rémunération forfaitaire des médecins participants à la PDS est décidée par les ARS et figure dans le cahier des charges régional de la PDS. Cette rémunération peut être modulée mais ne peut pas être inférieure à 150€ pour 12 heures travaillées pour le médecin effecteur de permanence, et inférieure à 70 € par heure pour le médecin régulateur.

B. Les maisons médicales de garde

1. Généralités et historique

a) Définition et objectifs des MMG

La définition d'une MMG (27) par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés CNAMTS (février 2004) est : « *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 consultation* ». Ce lieu est fixe et propose des prestations de médecine générale, avec un cahier des charges précis et des conditions d'exercice de qualité pour les médecins de garde.

Cette définition a été revue par la *circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007* comme un « *lieu fixe, déterminé, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée* ». A cela doit s'ajouter un accès médicalement sécurisé et régulé des demandes de soins, soit par le centre 15 ou par une IOA si la MMG se situe dans ou à proximité d'un service d'urgence d'un établissement de santé. Les MMG se positionnent généralement de façon centrale sur le territoire de garde pour faciliter l'accès aux soins non programmés à la population, et elles arrêtent leur activité à minuit pour la plupart (19) (28).

Les MMG ont une volonté de :

- réorganisation de la PDS,
- sécurisation des gardes,
- élargissement des territoires de PDS,

- diminution des actes CCMU 1 et 2 des services d'urgences (si elles sont situées dans/ou à proximité d'un service d'urgence),
- diminution du coût par rapport au passage aux urgences.

Selon l'Article 85 du Code de Déontologie Médical : « Il est possible d'exercer la médecine dans des lieux multiples afin de faciliter l'accès aux soins. Le lieu habituel d'exercice d'un médecin est celui de la résidence professionnelle au titre de laquelle il est inscrit sur le tableau du Conseil Départemental, conformément à l'article L. 4112-1 du Code de la Santé Publique. Dans l'intérêt de la population, un médecin peut exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle ». D'où la possibilité de créer un lieu unique pour la PDS comme une Maison Médicale de Garde.

Cependant, si les MMG partagent une appellation commune, leur fonctionnement et leur organisation sont très variables et s'adaptent aux différents bassins de population qu'elles desservent. Certaines ne réalisent que des consultations sur site, d'autres assurent en plus les indispensables visites à domicile. Elles peuvent être hébergées dans les locaux d'un hôpital ou d'une clinique ou, au contraire, être éloignées des centres de soins. Certaines MMG sont en relation avec le centre 15 ou se chargent parfois elles-mêmes de réguler les appels relevant de la médecine générale. Les MMG concentrent plusieurs secteurs de garde, notamment en milieu rural, avec une moyenne de 5 à 6 secteurs regroupés en une MMG. Cela représente une économie en terme d'astreintes payées par l'Assurance Maladie (27).

Le rapport rendu en 2006 par le Dr Jean-Yves GRALL fait le point sur les MMG (27).

- Il décrit « un dispositif hétérogène » : la localisation ou non en établissement de santé ; des niveaux d'activités variables d'une structure à l'autre mais relativement stables ; des taux de participation des médecins généralistes importants en milieu rural et très faibles en milieu urbain ; une sectorisation améliorée autour des MMG avec une population très variable ; des coûts de fonctionnement différents d'une MMG à l'autre (dépendant des locaux, des frais de personnel, des frais annexes, des rémunérations forfaitaires attribuées aux médecins pour la coordination ou les réunions).
- Les MMG sont définies comme une des solutions d'avenir pour la PDS ambulatoire. Elles permettent la remédicalisation du milieu rural, et réimpliquent les professionnels dans les gardes. De plus, une collaboration étroite ville/hôpital améliore la prise en charge des patients et donne un point de repère pour la population.

b) Le développement des MMG sur le territoire français

Le premier point fixe de garde qui ne portait pas le nom de Maison Médicale de Garde a été créé en 1984 au Havre. Le nom de Maison Médicale de Garde a été inventé par MG France : un syndicat de médecins généralistes. La première d'entre elles a vu le jour à Gap en 2001 grâce à l'appui du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) de la Région Provence Alpes Côte d'Azur.

Entre 2000 et 2003, 98 nouvelles MMG se sont créées.

En Juillet 2006, elles étaient 198 MMG sur le territoire français (27). Les deux tiers étaient financées par l'Assurance Maladie dans le cadre du FAQSV. Les autres MMG ont été créées et subventionnées, suite à des initiatives de certains médecins installés ou des collectivités locales (6).

336 MMG sont recensées début 2012 sur le territoire français. Cette croissance rapide du nombre de MMG montre bien l'intérêt de ce type de structure par les médecins libéraux. Plus de la moitié des MMG sont localisées dans les établissements de santé, ce qui confirme l'existence d'une coopération effective entre la ville et l'hôpital dans la prise en charge des soins non programmés ; coopération encouragée par le gouvernement.

L'enquête du CNOM en Janvier 2013 (24), montre que le mode normal d'accès à la permanence des soins, est le point fixe de consultation comme la MMG. Elles seraient au nombre de 369 en Janvier 2013, avec une augmentation de 9% par rapport à 2012 et elles regrouperaient 25% des territoires de PDS.

On peut toutefois noter que le recensement des MMG n'est pas précis sur le territoire français. Seules des enquêtes auprès de l'URPS et des CDOM ont permis de comptabiliser approximativement leur nombre durant certains travaux sur le sujet.

c) Réglementation et Cahier des Charges des MMG

Le rapport DESCOURS de 2003 a beaucoup apporté pour le PDS ambulatoire avec le principe du volontariat pour les tours de garde, la réécriture de *l'article 77 du Code de Déontologie Médicale* et a encouragé la création de MMG. Ce rapport permit l'élaboration de trois textes réglementaires :

- *la circulaire du 16 avril 2003* relative à la prise en charge des urgences qui rappelle l'importance d'articuler la permanence de soins de ville et les services d'urgence, et qui encourage explicitement les MMG ;
- *le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003* qui définit les principes de la permanence des soins et instaure le principe du volontariat pour la prise de garde ;
- *le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 qui modifie l'article 77 du Code de déontologie médicale.*

Un nouveau rapport du Dr GRALL en 2006 fait l'état des lieux des MMG, et préconise 6 recommandations principales :

- un pilotage régional de la PDS et des MMG par les Maisons Régionales de Santé (MRS) ;
- une simplification des procédures d'éligibilité et un financement contractuel pour 5 ans ;
- un cadre minimal type de fonctionnement ;
- favoriser une filière de prise en charge cohérente de santé publique ;

- rendre la PDS simple et lisible (par une modification des secteurs autour des MMG, une régulation de l'accès au MMG, des gardes ambulancières et des pharmacies adaptées aux secteurs) ;
- le grand public doit être largement informé sur l'utilisation et le fonctionnement de la PDS.

De ce rapport a découlé 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 (28). Cette circulaire propose un cahier des charges sur les MMG qui correspond à une convention quinquennale entre les MRS (devenues ARS : Agence Régionales de Santé) et les MMG. Ce cahier des charges détermine :

- les motivations du projet de MMG ;
- la localisation de la MMG ;
- les modalités de fonctionnement des MMG.

Les motivations du projet :

La MMG doit être un lieu pour la PDS où seront effectuées des consultations et des visites à domicile. Elle doit permettre une structuration de la PDS surtout en milieu rural et doit permettre un désengorgement des urgences. Elle doit se situer de préférence à proximité immédiate d'une structure d'urgence et travailler en partenariat avec elle. La zone d'action doit comprendre une population minimum de 60 à 70 000 personnes, et un rayon d'action de 30 à 35 km maximum autour de la MMG et 20 à 30 médecins généralistes au minimum doivent y participer.

La localisation de la MMG :

Elle doit se situer dans un secteur proche des urgences ou près d'une structure publique effectuant de la permanence de nuit pour assurer une sécurité du lieu. Les locaux peuvent être partagés par d'autres professionnels hors des heures de PDS.

Les modalités de fonctionnement :

Elle doit être ouverte aux heures de PDS avec des horaires qui peuvent être élargis en cas de crise sanitaire ou d'épidémie saisonnière. Son accès doit être régulé par le SAMU ou une IOA des urgences. Un nombre minimum de médecins du secteur doivent y effectuer des gardes (pas uniquement des remplaçants). Elle peut être un terrain de stage. Des médecins installés hors secteurs peuvent y participer. Le tiers payant doit être favorisé pour les patients qui ont été adressés après régulation.

d) Le financement des MMG

En 2006 : les dépenses d'investissement et de fonctionnement des MMG étaient financées pour 70% par les Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et 30% par les établissements de santé.

En 2007 le FAQSV et la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) deviennent Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), il a été créé par *la loi de financement de la sécurité sociale n°2006-1640 du 21-12-2006*. Une enveloppe est déléguée au FIQCS pour les MRS, devenues ARS, et assure le financement annuel des MMG reconductible sur 5 ans.

Depuis le 1^{er} Mars 2012, le financement des MMG est assuré par le Fond d'Intervention Régional (FIR) créé par *l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012* (29). Il donne une plus grande souplesse aux ARS dans la gestion de certains de leurs crédits dont la PDS en ambulatoire et les MMG.

Ce financement doit pouvoir couvrir (28) :

- Le matériel (investissement surtout la première année)
- Les consommables
- Le loyer (pour une surface inférieure à 120m²)
- Une secrétaire pour l'accueil téléphonique
- Le ménage (souvent effectué par l'établissement hospitalier si la MMG se situe à l'intérieur)
- Un médecin coordonnateur de la MMG salaire de 1C par jour
- Des frais annexes (comptables, frais de gestion ...)

e) Le type d'activité

La pédiatrie occupe une place importante du travail dans les MMG : entre 30 et 50% de leur activité en 2006. 70 à 80% de l'activité est répartie entre les samedis et dimanches avec peu de passages les soirs de semaine. Les visites à domicile (VAD) sont rares. Elles se résument principalement aux VAD incompressibles : certificats de décès, maintien à domicile des personnes âgées (chez elles ou en maison de retraite) ou quelques situations sociales difficiles. Les patients soulignent leur satisfaction pour les délais d'attente courts.(27)

f) Sont-elles en secteur hospitalier ou extra hospitalier ?

En 2006, plus de la moitié des MMG étaient installées dans un centre hospitalier disposant d'un service d'urgence (27).

Le fait que la MMG soit adossée à une structure hospitalière permet d'alléger le flux des patients qui s'adressent aux services d'urgences lorsqu'ils viennent de leur propre chef sans être passés par la régulation du 15. De ce fait, l'IOA peut faire un tri des patients qui arrivent en respectant les critères d'une grille d'évaluation et ainsi orienter convenablement les patients entre la MMG et le service des urgences.

Les passages aux urgences (surtout les actes CCMU 1 et 2) ne diminuent que si une organisation précise et intégrée dans le fonctionnement des urgences, est mise en place. Par exemple, une IOA avec un protocole d'adressage précis qui organise le tri entre les urgences et la MMG à l'accueil du SAU.

2. La MMG de Langon

La Maison Médicale de Garde de Langon a été créée grâce à la réunion du SAMU 33, du Centre Hospitalier Sud-Gironde (site de Langon) et de l'association Permanence Santé Sud-33 (PSS-33), ce qui a permis de créer ce lieu unique dans le service des urgences de l'établissement.

a) Présentation du territoire de soins

La région :

L'Aquitaine est une région de contraste entre un milieu urbain en croissance régulière avec une population jeune, et des zones rurales avec une population plus âgée. Dans un même territoire de santé peuvent coexister des zones de mixité entre campagne et ville avec une grande variation de densité de population et de densité médicale. C'est le cas autour de la MMG de Langon.

L'Aquitaine compte 182 secteurs de garde (30).

En 2011, cette région comptait 7 points fixes de garde dont 5 Maisons Médicales de Garde et 2 Centres d'Accueil des Premiers Soins (CAPS), 4 centres de consultations SOS médecins, et 2 autres structures ouvertes aux heures de PDS (19).

Au 1^{er} janvier 2013 l'Aquitaine se situe au 5^{ème} rang des régions avec la plus forte densité de médecins (332,4 médecins pour 100 000 habitants dont 137 médecins généralistes). Il existe de fortes disparités au sein de la région (Cf. Annexe 3) (4).

Le département :

La Gironde est le département le plus vaste de France, avec une population de 1 434 661 habitants en 2009 (*source INSEE*).

Au 01/01/2011 il y a 1772 médecins généralistes libéraux (*source FINPS*).

Le département est divisé en 47 territoires de PDS ambulatoire dont 16 ouverts en nuit profonde de minuit à 8h (seulement 12 effecteurs financés).

Les points fixes de garde sur la Gironde sont (19) :

- La MMG de Langon – CH Sud Gironde – site de Langon- Hôpital Pasteur, rue Paul Langevin 33212 Langon cedex
- Le CAPS de la Réole - CH Sud Gironde – site de la Réole place Saint-Michel 33192 La Réole Cedex

Les autres structures concourant à la prise en charge ambulatoire de patients aux horaires de la PDS ambulatoire sont :

- Centre de consultation rive gauche SOS MEDECINS : 45, rue de la pelouse de Douet, 33000 Bordeaux Cedex
- Centre de consultation Rive droite SOS MEDECINS : 7, avenue Jean Zay, 33150 Cenon Cedex
- ADECLIM-CSU centre de consultation d'urgence : 125, avenue Georges Clémenceau 33500 Libourne
- Cabinet médical 38 cours Pey Berland 33 460 Margaux

Le secteur 603 : (Cf. Annexe 4)

La MMG de Langon est située sur le territoire de permanence des soins n°603 qui réunit 5 secteurs de PDS : Cadillac, Podensac, Villandraut-Saint-Symphorien, Langon, et Bazas-Captieux-Grignols. Il comprend 12 cantons et 87 communes pour une superficie de 1589 km² (19). Ce secteur est le plus vaste d'Aquitaine avec en janvier 2013 : une population de 72194 habitants dont 7537 ont 75 ans ou plus (ce qui correspond à 10,44%) et 69 médecins généralistes libéraux installés, dont 36 ont 55 ans ou plus (52,17% ce qui représente plus d'un médecin sur deux) (*Données ARS aquitaine 2013*).

b) Historique de la création de la MMG de Langon

La Maison Médicale de Garde de Langon a débuté son activité le 1^{er} Avril 2009. Il s'agit de la première MMG adossée à un service des urgences en Aquitaine ; avec une forte participation des médecins généralistes installés.

Le fondateur de la MMG est le Docteur Eric PEAN médecin généraliste à Bazas. Il a monté le dossier de la MMG et a créé l'association PSS-33.

Le projet consistait à faire « de la permanence des soins à la carte », et ainsi de pouvoir dissocier le cabinet d'installation du lieu des gardes, et de faire venir de nouveaux médecins dans le secteur. Ainsi, si l'on regroupait plusieurs secteurs de garde autour d'une même structure, les confrères des territoires désertés ne seraient plus seuls à assurer la PDS. En effet, dans ces secteurs les médecins étaient trop souvent de garde, et cela ne motivait pas les praticiens pour de nouvelles installations. De plus, il était difficile pour certains confrères qui avaient une activité extérieure à leur cabinet (régulation, expertise, commission des permis de conduire, médecins référents de crèche...) d'assurer le service de PDS.

Ainsi, un lieu unique de consultation adossé à un service d'urgence était la meilleure solution à la PDS du secteur.

Toutefois, plusieurs problèmes se sont posés quant au développement de ce concept de MMG, notamment, l'éternelle « guerre Langon/Bazas ». Dans l'histoire, Bazas était la commune-phare (tribunal, évêché, etc...) mais progressivement, avec l'hôpital, les administrations, la sous-préfecture et l'autoroute, c'est Langon qui s'est développée au détriment de Bazas. De ce fait, son hôpital a été de moins en moins approvisionné et subventionné au profit du développement de l'hôpital de Langon. Les médecins bazadais voulaient que la MMG se situe dans leur établissement ; or celui-ci ne disposait plus de service d'urgence, contrairement à celui de Langon. C'est ainsi que le projet a été porté au Centre Hospitalier Sud-Gironde sur le site de Langon géographiquement plus central.

Cette MMG permettait de réunir 5 secteurs de garde et le CDOM exigeait qu'au moins la moitié des médecins des secteurs réunis participent à ce projet pour qu'il puisse être viable.

Il a ensuite fallu monter un dossier pertinent afin de convaincre les administrations et le CODAMUPS en proposant le territoire de garde actuel. Le projet a d'abord été refusé car le secteur était considéré comme trop vaste. Toutefois, ce qui a retenu l'attention est son côté novateur. Un certain temps a été nécessaire afin de convaincre l'ensemble des partenaires. En effet, le projet proposé dès 2005, n'a vu le jour qu'en avril 2009.

La MMG a aussi été créée pour assurer une sécurisation des gardes. Au début, il avait été proposé une prise en charge du médecin pour les visites à domicile, le budget « transport par un taxi » étant alloué par les Communautés de Communes. Le problème était que ces transports concernaient la santé et donc dépendaient du Ministère de la Santé ; de ce fait il n'était pas possible d'utiliser le budget des collectivités locales. De plus le ministère de la santé a refusé d'accorder ce financement des transports pour les VAD aux heures de PDS. Mais cet épisode a au moins eu le mérite de présenter et faire connaître la MMG aux Communautés de Communes représentées par les élus du territoire.

Le 2^{ème} problème rencontré a été de persuader les urgentistes du CH de Langon. Il a fallu convaincre de l'intérêt de la MMG dans leurs locaux sachant, que depuis la réglementation autour de la T2A, le risque était de diminuer les passages aux urgences entraînant une perte d'actes et donc d'une partie de la dotation pour l'année suivante.

c) Financement et coût de la MMG

Depuis 2010 l'ARS d'Aquitaine accorde une dotation régionale annuelle de 39980€ du FIQCS (maintenant FIR) car la Maison Médicale de Langon répond au cahier des charges de la PDS en Aquitaine ainsi qu'au cahier des charges des MMG de 2007 (28).

Le financement du FIQCS est réparti en trois axes :

- Coordination (médecin coordonnateur payé 1C/j) : 8 030€/an (avec un C=22€)
- Fonctionnement (fournitures, charges locatives, Responsabilité civile, honoraires comptables, déplacements, frais postaux...) : 10 656€
- Secrétariat et Accueil : 21 294€ réparti entre l'IOA (8500€ par an) et le secrétariat (gestion des plannings garde, rédaction des courriers, collaboration avec le cabinet comptable, contact avec l'Ordre des médecins, préparation des dossiers de financement, rappel et communication auprès des médecins)

La participation financière des médecins est indispensable car le coût de la MMG ne cesse d'augmenter avec un financement qui ne varie pas pendant 5 ans. En effet, avec le passage à l'informatique en 2012, l'indemnisation du médecin coordonnateur qui passe à 8395€/an (C=23€) et les frais de secrétariat et de gestion qui augmentent, la MMG serait déficitaire sans le soutien financier des médecins qui y participent. Jusqu'en 2012 l'astreinte du 3^{ème} médecin réserviste était conservée par l'association. Depuis 2013 l'association a instauré une adhésion de 50€ annuelle pour tous les participants et l'astreinte est à nouveau rendue aux réservistes.

d) Le cahier des charges et la convention

La MMG répond au cahier des charges de la PDS en Aquitaine et au Projet régional de Santé d'Aquitaine ainsi qu'au cahier des charges des MMG instauré en 2007. La MMG a un règlement intérieur propre validé par l'ARS ainsi qu'une convention avec le CH Sud Gironde et une autre avec le SAMU 33 (Cf. Annexe 5 et 6).

e) Organisation et fonctionnement de la MMG de Langon

La MMG de Langon se situe à l'intérieur de l'hôpital de Langon Pasteur (CH Sud-Gironde). Elle est ouverte aux heures de fermeture des cabinets médicaux : tous les soirs de semaine de 20h à minuit ; les samedis de 12h à minuit, les dimanches, les jours fériés et les ponts de 8h à minuit.

Le centre hospitalier Sud-Gironde est divisé en deux sites : Langon et La Réole. Notre étude porte sur l'établissement hospitalier de Langon anciennement « Hôpital

Pasteur » qui comprend la MMG. L'accueil de la MMG est commun avec celui des urgences, tout comme la salle d'attente où les patients attendent ensemble pour les deux structures. Les deux bureaux alloués à la maison médicale de garde donnent directement sur cette salle d'attente et se situent donc à proximité du service des urgences. (Cf. Annexes 9 et 10)

L'accueil du patient est fait par L'IOA des urgences qui enregistre son arrivée sur le cahier des entrées en précisant son nom, prénom, sexe, âge, s'il s'agit d'une consultation ou d'une visite à domicile, le motif de sa venue, l'heure d'arrivée, et le mode d'adressage (spontané ou orientation par le SAMU). Elle effectue un tri et pour cela applique une grille d'orientation lui permettant de définir le devenir de celui-ci vers les urgences ou un généraliste effecteur de la MMG. Cette grille a été revue par le chef de service des urgences et l'association PSS-33 pour lui permettre d'orienter de façon simple les patients entre les deux structures (Cf. Annexe 7). L'IOA prévient le médecin de permanence de l'arrivée du patient qui attend dans la salle d'attente.

C'est en 2001-2002 qu'une formation obligatoire pour les infirmières d'accueil a été validée avec un premier référentiel de pratique. En 2003, une charte des urgences rédigée par la Société Française de Médecins d'Urgence (SFMU), redéfinit le poste et l'IAO devient IOA (infirmier(ère) organisateur(trice) de l'accueil). Le statut de l'IOA a été défini dans un référentiel établi en 2004.

Ainsi, l'IOA peut orienter le patient uniquement à l'intérieur de la structure des urgences et non à l'extérieur (seul un médecin y est habilité). L'IOA est donc secondée par un médecin du service des urgences, elle devient donc de fait organisatrice de l'accueil et non plus d'accueil et d'orientation.

Le poste a pour but d'être une solution d'amélioration visant à réduire l'engorgement des urgences. Le référentiel détermine ainsi les missions du poste d'IOA (31) :

- Accueillir, évaluer et procéder à un tri des patients arrivant aux urgences
- Décider du lieu de soin adapté
- Informer et aider
- Installer
- Rassurer
- Surveiller : en fonction de la structure du service elle est amenée à surveiller la salle d'attente (ce qui est le cas dans le cadre de la MMG de Langon) et le box d'accueil de premiers soins
- Communiquer et coordonner
- Enseigner

Le tri consiste à identifier, à évaluer et à classer les problèmes de santé des patients qui se présentent aux urgences selon des grilles d'évaluation : Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU). Cela permet de déterminer la réponse la plus appropriée aux besoins du patient dans des limites de temps acceptables.

Chaque patient est ensuite examiné par le médecin de permanence. S'il est débordé, un médecin de 2^{ème} ligne (voir un 3^{ème} réserviste) est d'astreinte chez lui pour effectuer les visites à domicile les soirs de semaine ou venir en consultation si nécessaire. Le week-end et les jours fériés deux médecins sont sur place jusqu'à 20h, puis l'un d'eux retourne à son domicile si la charge de travail le permet et reste à disposition jusqu'à minuit. Si une ordonnance est effectuée au terme de la consultation

le médecin se doit d'appeler systématiquement la pharmacie de garde pour annoncer l'arrivée d'un patient.

Si le médecin le juge nécessaire après l'examen clinique ou si le patient nécessite des examens complémentaires, il est réorienté dans le service des urgences. Pour les enfants un transfert sur l'hôpital des enfants à Bordeaux Pellegrin est organisé.

La MMG attire, comme nous allons le voir, beaucoup de remplaçants de médecine générale. Mais il est souvent compliqué pour un remplaçant de trouver un médecin du secteur s'il ne l'a pas remplacé auparavant dans son cabinet. De plus, de façon traditionnelle les médecins installés rétrocèdent la totalité des honoraires de permanence des soins aux remplaçants. Mais ceci amène un travail fastidieux pour le médecin installé. En effet, il doit gérer tout l'administratif (entre les contrats de remplacement et l'envoi des feuilles de soins papier pour les tiers payants), avec un nombre non négligeable d'impayés.

Toutefois, depuis le *décret n°2010-809 du 13 Juillet 2010* (22) la « PDS peut être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique » (retraités, remplaçants de médecine générale thésés ou non, ...). Ainsi, en 2013 le premier remplaçant de médecine générale a fait les démarches auprès des autorités pour exercer la PDS en son nom propre, pour la MMG de Langon, ce qui consiste en :

- Une lettre de demande à l'Assurance Maladie,
- Une demande d'attestation délivrée par le CDOM au médecin indiquant qu'il est apte à effectuer la PDS ambulatoire et qu'il a gardé une pratique clinique,
- Une convention à signer entre le médecin et l'Agence Régionale de la Santé d'Aquitaine transmise au CDOM. (Cf. Annexe 8)

Ainsi il retire des feuilles de soins auprès de l'Assurance Maladie valables uniquement pour la permanence des soins ambulatoires et peut y participer sans intermédiaire. Son inscription devient volontaire et nominative au tableau de permanence géré par le CDOM. Le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer à la convention.

f) Le type d'activité de la MMG de Langon

En 2010 et 2011, un relevé des motifs d'arrivée des patients a été effectué et analysé à partir du cahier d'accueil rempli par l'IOA et les médecins généralistes de garde. Ainsi on a pu constater que la fièvre, les problèmes ORL, la douleur avec ou sans traumatisme et les problèmes digestifs (douleurs abdominales, diarrhées, vomissements) arrivaient en tête des motifs de consultation. Tous les autres motifs représentent une petite part de l'activité. Il convient également de noter que les certificats de coups et blessures, ou de décès, ainsi que les réquisitions pour certificats de non contre-indication à la garde à vue ne sont qu'une part minimale de l'activité de PDS.

L'association PSS-33, avec la collaboration des Dr PEAN et Dr DUPONT-BISCAYE, a participé aux journées d'urgences pédiatriques du 26 Novembre 2011, et a pu montrer l'importance qu'occupe la pédiatrie dans l'activité de la MMG de Langon sur les années 2010 et 2011. En effet, la pédiatrie représente la moitié des actes (comme la tendance

nationale). Il existe une demande forte pour les moins de 2 ans qui représente 45,1% des consultations pédiatriques ; 34,04% entre 3 et 6 ans et 20,86% entre 7 et 15 ans.

g) Un autre exemple de structure dans le département : le CAPS de La Réole

D'après un entretien avec le Dr CHEVILLOT, l'un des fondateurs de la structure :

Le Centre d'Accueil des Premiers Soins (CAPS) de La Réole se situe sur le secteur 602 de permanence des soins, et réunit 7 cantons composés de 69 communes.

C'est une structure différente d'une MMG car elle ne répond pas à un cahier des charges. Elle a été créée en 2003 dans l'enceinte de l'hôpital de La Réole (appartenant au Centre Hospitalier Sud-Gironde) mais à distance du service des urgences. En effet, elle ne dispose pas d'accueil ni de salle d'attente commune.

C'est l'association SCSM qui se charge de la PDS de ce secteur. 26 médecins généralistes y participent sur 29 installés. Il y a toujours deux médecins de garde : un en première place qui fait les actes et un en deuxième position qui répond si le premier est débordé ou assure les VAD sur ce secteur qui est relativement vaste. Les patients prennent rendez-vous pendant les heures de PDS pour voir un médecin. Un numéro unique, créé en 1997 est géré par la plateforme téléphonique du CSRD composée de standardistes formés. Ce numéro est diffusé dans le journal local, sur les répondeurs téléphoniques de tous les médecins du secteur, et donné par le Centre 15. Ce centre d'accueil téléphonique gère la prise de RDV 24h/24 et 7jours/7. Par le biais d'un agenda électronique, le médecin d'astreinte connaît les heures de RDV au site du CAPS. Il n'a donc pas l'obligation de rester sur place. Le médecin attend d'être contacté par le Cabinet de Secrétariat Rive Droite (CSRD). Les visites à domiciles sont, quant à elles, gérées par le SAMU Centre 15, qui seul décide de déplacer le médecin de permanence. Si un standardiste du CSRD a un doute sur la demande du patient il peut, à tout moment de la communication se mettre en lien avec le centre 15, voir même en conférence téléphonique. Comme le stipule *l'article L.6315-3 du Code de la Santé Publique* repris dans le *décret de Juillet 2010 (22)*, la plateforme téléphonique doit être en permanence interconnectée avec le SAMU Centre 15.

Cette structure s'autofinance complètement par une participation mensuelle des médecins participants, donc pas d'intervention de fond public. Le bureau et son entretien sont mis à disposition gracieusement par l'hôpital de La Réole.

C. Démarche bibliographique de la première partie

Notre recherche bibliographique a utilisé principalement comme expressions clés « *maison médicale de garde* » et « *permanence des soins* » dans les catalogues CiSMeF et SUDOC ; ainsi que des moteurs de recherche généralistes comme « Google ». Nous avons visité des sites gouvernementaux et administratifs comme : LEGIFRANCE.gouv.fr, HAS, ARS, CDOM, CNOM, et DREES ; et contacté directement certaines administrations, comme le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Gironde, l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine, ainsi que le Conseil Régional d'Aquitaine pour avoir les données les plus fiables et les plus récentes possibles. La bibliothèque numérique de la fac de Bordeaux II a été d'une grande aide pour trouver des ouvrages en rapport avec notre sujet.

III. Synthèse

Depuis maintenant une dizaine d'année la permanence des soins ambulatoires est en pleine réorganisation. Ceci faisant suite aux demandes des médecins généralistes dont le profil se modifie : féminisation, modification des conditions de travail, et une vie privée privilégiée. La demande générale est une PDS organisée et sécurisée surtout en secteur rural. Ceci transparait dans tous les rapports et décrets publiés depuis 2003 qui tendent vers des points fixes de garde avec regroupement des territoires de garde, comme les maisons médicales de garde.

Tout cela nous amène à poser la question de recherche suivante : quels sont les déterminants du fonctionnement d'une Maison Médicale de Garde adossée à un service des urgences en secteur rural ?

Quels sont les points de vue et la satisfaction des participants de la MMG de Langon ?

Notre hypothèse est que : cette MMG apporte une réponse adaptée et pertinente à la problématique de PDS du secteur.

L'objectif principal de notre étude est : l'évaluation du fonctionnement et des participants de cette MMG implantée dans un service des urgences.

Les objectifs secondaires sont:

- d'évaluer la collaboration ville/hôpital autour d'une MMG : partage des patients, des tâches et des locaux ;
- de montrer qui en sont les participants et leur satisfaction ;
- et ainsi, proposer des solutions pour pérenniser et améliorer ce système dans le temps.

IV. Matériel et méthode

A. Type d'étude

Pour répondre à nos objectifs, nous avons choisi d'effectuer une étude Observationnelle transversale comprenant deux enquêtes :

- Une analyse d'un recueil de données descriptives rétrospectives ;
- Une enquête qualitative sur la base d'entretiens individuels de certains participants.

B. La démarche de l'étude

Cette étude s'est organisée autour de plusieurs axes pour obtenir une vision globale de la MMG de Langon, de tous ses acteurs de santé ainsi que de son fonctionnement dans un service des urgences.

Pour cela nous avons analysé :

- L'activité globale du service des urgences de l'établissement entre 2010 et 2012
- L'activité de la MMG de Langon :
 - fréquentation depuis sa création ;
 - analyse approfondie de son passage en 2012.
- Les participants à la PDS dans la MMG de Langon, et le partage des créneaux de garde sur l'année 2012 :
 - qui sont-ils ? Installés, remplaçants, hors secteur, sexe, âge ;
 - l'évolution de leur nombre depuis la création de la MMG ;
 - répartition des gardes entre les différents participants
- Ce que pensent les participants du fonctionnement de cette structure (aspects positifs/négatifs, propositions pour l'avenir) autour de l'analyse d'entretiens individuels.

C. Recherche documentaire et aides

L'enquêteur a pris contact avec l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université Bordeaux II, pour la stratégie d'analyse et de méthode à employer et s'est documenté en lisant des cours de sociologie et d'épidémiologie sur les sites internet de facultés et à l'aide de la bibliothèque numérique de la faculté de Bordeaux II.

D. Lieu de l'étude

La Maison Médicale de Garde de Langon qui se situe au sein du Centre Hospitalier Sud-Gironde sur le site de l'hôpital Pasteur.

E. Population de l'étude

- Les patients se rendant à la MMG ou aux urgences ;
- Les médecins généralistes du secteur et ceux qui ont participé à la permanence des soins en 2012 ;
- Les participants à l'entretien, soit un échantillon du personnel de santé autour de la MMG.

F. Matériel et méthode de l'étude observationnelle quantitative

Nous avons choisi d'effectuer une enquête descriptive rétrospective de l'activité de la MMG et des urgences de Langon, afin d'avoir une meilleure vision ce type de structure.

1. Recueil des données

- Le passage aux urgences :

Nous avons réalisé une description statistique sur la base des données provenant du Service des urgences de Langon et du service financier du Centre Hospitalier Sud-Gironde sur les années 2010-2011-2012.

- L'activité de la MMG :

Nous avons analysé le passage à la MMG depuis sa création au 1^{er} avril 2009, puis nous nous sommes concentrés sur l'année 2012 afin de mettre en relief l'activité de la MMG sur une année.

Les sources d'information :

Données issues du cahier d'accueil (ou registre de la MMG) rempli à la main par l'IOA à l'arrivée de chaque patient pendant les heures de PDS, et par le médecin de garde après la consultation.

Ce cahier comprend plusieurs colonnes :

- Nom, prénom
- Sexe
- Age
- Consultation ou visite à domicile
- Motif
- Heure d'arrivée
- Orientation par le 15 ou spontané
- Devenir : à remplir par le médecin de la MMG après la consultation

Nous ne nous sommes pas intéressés aux critères du motif d'admission, de l'âge ou du sexe car ils ont déjà fait l'objet d'un travail réalisé en 2010 par le Dr PEAN et le Dr DUPONT-BISCAYE lors des « Journées pédiatriques de Bordeaux ».

- les médecins participants à la MMG en 2012 :

Critères d'inclusion :

- Chaque médecin, pour être considéré comme participant, aura au moins une garde à son actif durant l'année 2012.

- Sera considéré comme médecin remplaçant tout médecin ayant fait au moins une garde en nom d'un médecin installé (du secteur ou hors secteur) et figurant sur le planning de garde.

2. Exploitation des données (32)

- Les calculs

Nous avons effectué l'analyse des données sous Windows, à l'aide de tableurs Excel.

- Choix des figures :

Les représentations graphiques, réalisées à l'aide du logiciel Excel, ont été indispensables pour avoir une appréciation globale des données analysées. Nous les avons choisies selon ces critères :

- Les tableaux : disposition de l'ensemble des données ;
- Les diagrammes à barre : proportion de sujets dans chaque catégorie ;
- Les histogrammes : comparaison des valeurs d'un groupe à l'autre ;
- Les courbes : permettent l'étude d'une tendance dans le temps.

G. Matériel et méthode de l'enquête qualitative

Le choix d'une enquête qualitative permet de compléter les résultats quantitatifs obtenus et ainsi d'illustrer les seules données chiffrées, par des points de vue, des réflexions, et des propositions de personnes connaissant les lieux et y travaillant.

1. Présentation de l'échantillon

Nous avons choisi d'effectuer une enquête qualitative autour du personnel de santé qui travaille dans et avec la MMG.

Cet échantillon comprend un effectif de 18 personnes (N=18).

Nous avons sélectionné les participants aux entretiens en composant trois groupes avec un effectif identique de 6 personnes :

- L'équipe soignante des urgences de Langon : composée de 3 médecins urgentistes et de 3 infirmières.
- Les médecins généralistes installés dans le secteur.
- Les médecins généralistes extérieurs : remplaçant non thésé, remplaçant thésé, médecin retraité, médecin installé hors secteur.

Nous avons essayé de faire en sorte que cet échantillon soit représentatif des participants à la Maison Médicale de Garde. Pour cela nous les avons choisi en fonction des critères suivant :

- Nombre important de gardes effectuées pour les intervenants dans la PDS ambulatoire (après lecture des plannings de garde de 2012).
- Personnel des urgences suffisamment ancien et proche de la structure de la MMG (IOA, cadre du service, médecins urgentistes ...).

Un premier contact par courriel ou téléphone, exposant le travail et le déroulement des entretiens, a été effectué par l'enquêteur : Melle CASAMAYOU Laure. Les adresses professionnelles nous ont été fournies par :

- L'association PSS-33 et sa secrétaire ;
- Le CDOM de la Gironde ;

- Le « Google groupe » des remplaçants d'Aquitaine ;
- Les médecins du secteur connus du directeur de thèse et de l'enquêteur ayant assisté aux assemblées générales de la MMG ;
- Les urgences ont été contactées directement par l'enquêteur : le chef de service et la cadre ont ainsi présentés le personnel travaillant régulièrement avec la MMG.

2. Période de l'enquête

Les entretiens ont été effectués entre le 11/06/2013 et le 24/07/2013.

3. Les modalités de recueil des données : les entretiens individuels

a) L'outil de collecte de données : le guide d'entretien

On peut considérer que nous avons élaborés un guide d'entretien sur la base d'un questionnaire avec de grandes thématiques (6 au total) servant de structure aux entretiens semi-directifs (33).

Le guide est divisé en 6 thèmes chacun divisé en plusieurs questions (Cf. Annexe 11):

1. Les lieux
2. Les conditions de travail
3. La prise en charge des patients à leur arrivée
4. Les patients
5. La sécurité
6. L'appréciation globale, le futur, les améliorations

Chaque item a été élaboré de sorte que tous les participants aux entretiens puissent y répondre (personnel des urgences comme médecins participants à la PDS dans la MMG).

b) Le déroulement des entretiens

Afin de permettre des réponses plus spontanées et franches, les entretiens ont été effectués par l'enquêteur lui-même. Ainsi, dans un souci de confidentialité, il ne divulguera pas le nom des participants. Pour améliorer le taux de participation, le personnel de santé a été informé préalablement que les entretiens ne dureraient pas plus de 30 minutes.

Les participants ont été contactés par l'enquêteur. Les entrevues ont été proposées en face à face, mais, dans le cas où un rendez-vous n'était pas possible, elles ont été effectuées par téléphone. L'enquêteur s'est déplacé dans les cabinets médicaux ou sur les autres lieux d'exercice (service des urgences, maison médicale de garde).

Peu de participants ont refusé l'entretien, mais dans ce cas ils ont fait parvenir le questionnaire rempli avec des réponses claires et précises.

Le recueil des données a été effectué par prise de note en direct par l'enquêteur, sans reformulation ni sélection. La retranscription ainsi faite « à chaud » prenait moins de temps. De plus, s'agissant d'une enquête de pratique avec analyse thématique des entretiens, et non d'une analyse linguistique ou sémantique, l'information retranscrite s'avère presque équivalente à la retranscription littérale d'un enregistrement audio (33).

4. Exploitation des données des entretiens (33)

Une analyse thématique des entretiens sera effectuée, afin de mettre en lumière des pratiques, des opinions, et des représentations. Nous emploierons ici un dérivé de grille de codage thématique, après lecture des premiers entretiens, afin de saisir des réponses et d'en dégager les idées générales. Le Verbatim sera découpé en autant d'unités que de thématiques observées, qui seront ensuite triées et classées en trois groupes de valeurs : les points de vue positifs, les points de vue négatifs et les propositions d'avenir. Enfin, nous analyserons ce contenu dans la discussion. Il est important de noter qu'aucune donnée quantitative ne sera extraite des questions ouvertes.

Les extraits du Verbatim (ou citations) seront identifiés entre guillemets « ... » dans les résultats.

V. Résultats

A. Analyse descriptive de l'activité des urgences, de la MMG de Langon ainsi que des participants à la PDS

1. Evolution du nombre de passages aux urgences de Langon entre 2010 et 2012

Entre 2010 et 2012, on note une croissance du nombre de passage par année aux urgences de + 6,98 % patients, décrit dans la Figure 1.

+5,57% entre 2010 et 2011

+1,34% entre 2011 et 2012

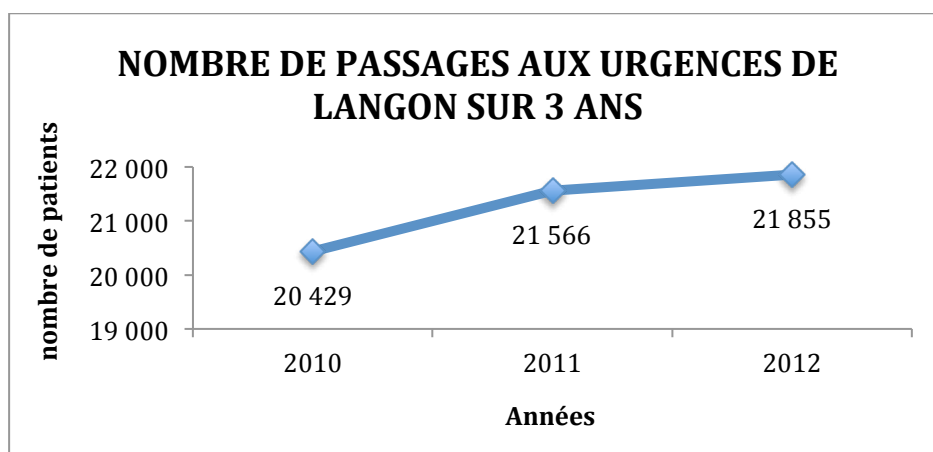


Figure 1 : passages aux urgences du CH Sud-Gironde site de Langon entre 2010 et 2012

L'augmentation est plus importante les week-ends que les soirs de semaine (Figure 2).

De 2010 à 2012 : augmentation du passage le WE de +15,31%

De 2010 à 2012 : augmentation du passage le soir en semaine de + 3,63%

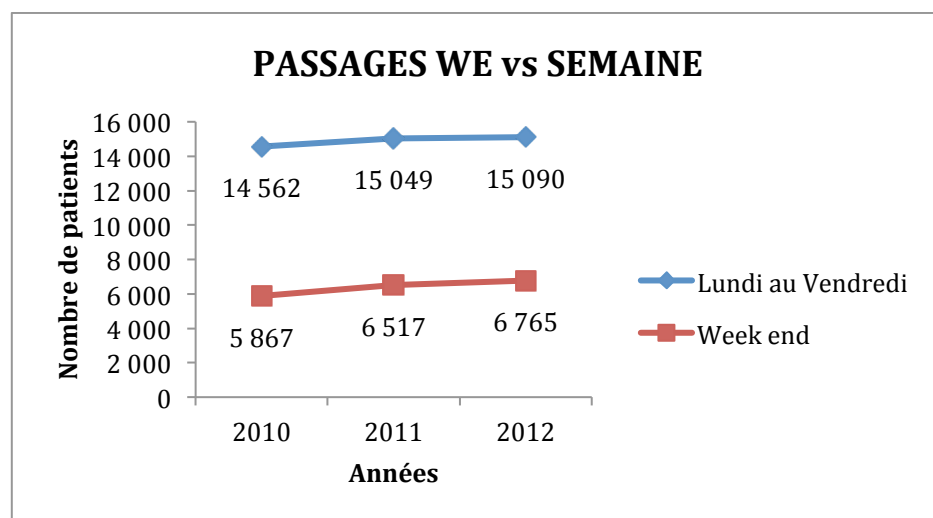


Figure 2 : Comparatif de passages aux urgences de Langon la semaine et le Week-End

2. La Maison Médicale de Garde de 2009 à 2012

a) La fréquentation de la MMG de 2009 à 2012

La fréquentation de la MMG de Langon ne fait que croître depuis sa création en avril 2009 comme le montre la Figure 3.

Toutefois, les données de passage de 2009 ne comprennent que les passages du 1^{er} avril 2009 au 31 décembre 2009 ; c'est pour cela que nous ne les utiliserons pas pour calculer la croissance du passage à la MMG. Cette croissance est de +15,04% entre 2010 et 2012.

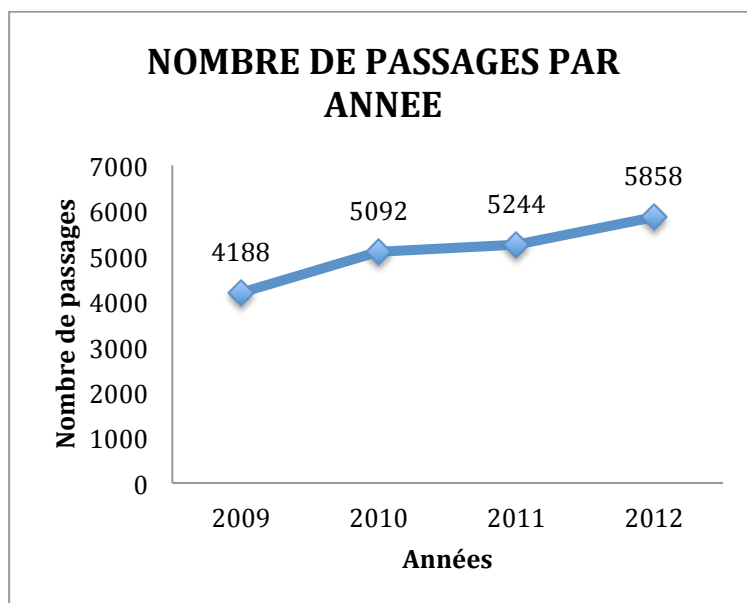


Figure 3 : courbe d'évolution du passage dans la MMG depuis son ouverture (N=20382)

b) Analyse de l'activité de l'année 2012

Le Tableau 1 représente le récapitulatif des données transmises chaque année à l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine. En 2012, le nombre de passage total était de 5858 personnes (N=5858).

Tableau 1 : description de l'activité de la MMG sur l'année 2012

ACTIVITE 2012	Nombre de patients
NOMBRE TOTAL DE PASSAGES	5858
ACCES APRES REGULATION PAR LE 15	764
ACCES DIRECTS	5079
APRES REORIENTATION DES URGENCES	2
AUTRES CAS (REQUISITIONS)	13
VAD	174
RAD	5633
REORIENTATION VERS URGENCES ADULTES OU PEDIATRIQUES	196

VAD = Visite A domicile ; RAD = Retour A Domicile

Comme décrit dans la Figure 4 ; 86,7% des passages pour la MMG se font par **accès des patients directement** à l'accueil des urgences, ils sont ensuite orientés par l'IOA. Seulement 13,04% ont été orientés vers la MMG après régulation par le SAMU Centre 15. Dans les accès régulés par le 15 sont comprises les visites à domicile qui sont systématiquement régulées.

Les autres cas représentent principalement les réquisitions par la police ou la gendarmerie pour des certificats de non contre-indication à la garde à vue, ou pour des prélèvements sanguins sur des prévenus.

Les 2 patients réorientés par les urgences sont des erreurs de l'IOA qui les avait enregistrées pour les urgences et qu'un médecin du service a ensuite retourné vers la MMG.

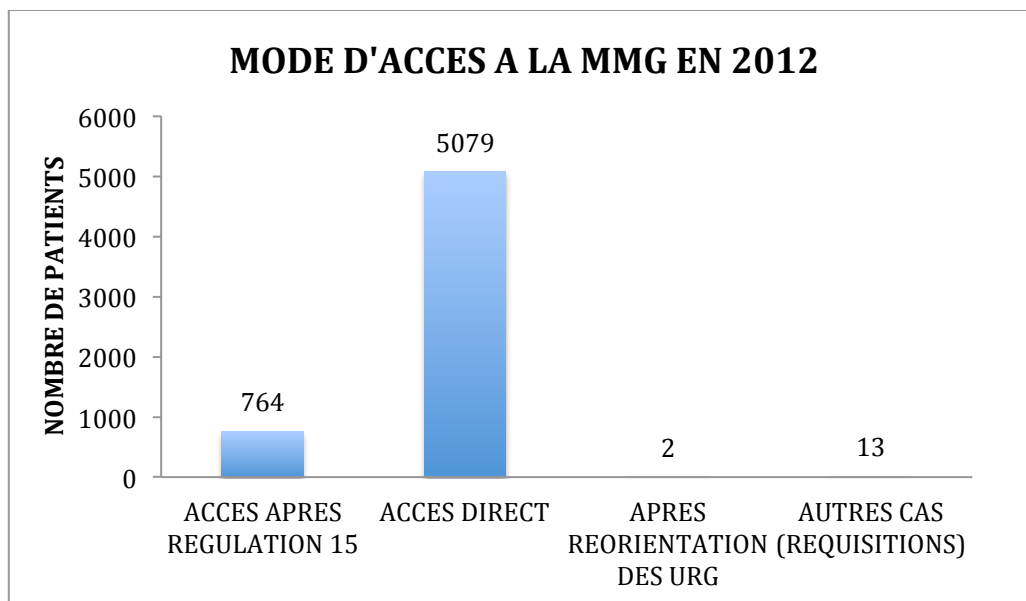


Figure 4 : comparatif des différents modes d'accès à la MMG en 2012 (N=5858)

On remarque que **les visites à domicile** ne représentent que 2,97% de l'activité en 2012, ce qui correspond à 174 patients sur 5858 passages dans l'année.

96,16% soit 5633 patients **retournent à domicile** après une consultation à la MMG. En effet, très peu de patients nécessitent une **réorientation vers les urgences** après consultation du généraliste de garde ; seulement 3,35% ce qui correspond à 196 patients sur 5858; ils sont réorientés vers les urgences adultes du CH Sud-Gironde du site de Langon ou vers l'hôpital des enfants à Bordeaux Pellegrin pour les enfants qui le nécessitent.

Sur la Figure 5 on constate, une **affluence** regroupée sur les week-ends et jours fériés, ce qui correspond à 76,46% du passage. Le passage les soirs de semaine ne représente que 23,54%. De plus, ce passage est principalement concentré sur les journées jusqu'à 20h. Les soirs correspondent à la tranche horaire de 20h à minuit et les journées de 8h à 20h, sauf les samedis de midi 20h.

N.B. : dans les Figures 5 et 6, les ponts ont été comptabilisés parmi les jours fériés.

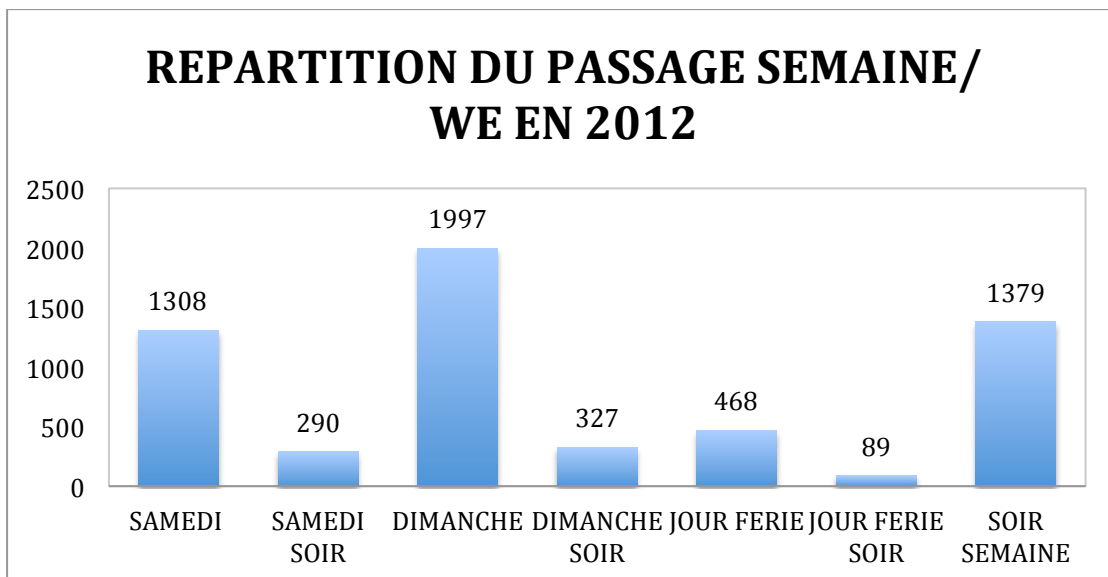


Figure 5 : répartition du passage entre le week-end, jours fériés (journée et soirées) et les soirs de semaine (N=5858)

La Figure 6 confirme cette **répartition des passages** le week-end et jours fériés ; la moyenne par jour nous montre qu'ils sont concentrés jusqu'à 20h, avec 26 à 38 patients dans la journée. Que ce soit les jours fériés, week-end, ou la semaine, les soirées de 20h à minuit ont la même moyenne de 6 passages.

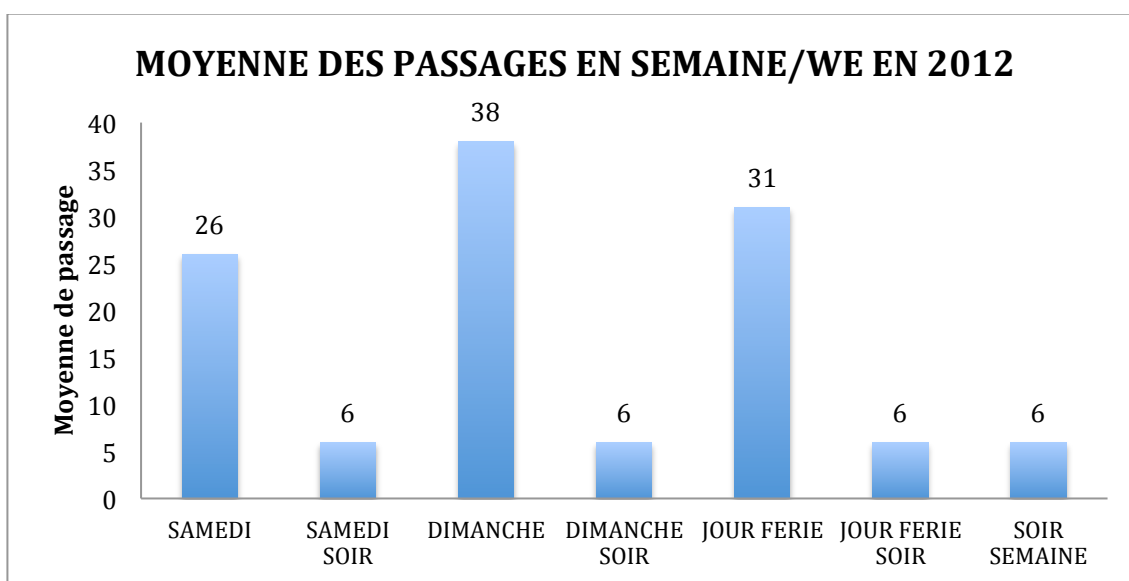


Figure 6 : moyenne des passages par journées ou soirées de week-end, jours fériés ou semaine

c) Les participants à la PDS

Evolution du nombre de participants depuis 2009 :

Depuis la création de la MMG en 2009, on note un nombre de médecins installés effecteurs (du secteur) qui diminue en passant de 46 au maximum à 39 au minimum (Tableau 2). En effet, il y a eu des départs à la retraite, des décès ainsi que des retraits du planning de garde.

Par contre le nombre de remplaçants a plus que doublé passant de 12 (en 2009 et 2010) à 25 (en 2012).

De plus nous devons inclure depuis 2011 l'arrivée de médecins généralistes installés dans d'autres secteurs et se portant volontaires pour participer à la PDS de la MMG.

Ainsi l'augmentation progressive des participants avec 58 médecins en 2009 pour 67 au maximum en 2012, est de 15,52%.

Tableau 2 : récapitulatif des participants à la permanence des soins de la MMG depuis sa création

ANNEES	INSTALLÉS VOLONTAIRES	INSTALLÉS HORS SECTEUR	REPLAÇANTS	TOTAL DES PARTICIPANTS
2009	46	0	12	58
2010	46	0	12	58
2011	39	1	16	56
2012	40	2	25	67

Qui sont-ils en 2012 ?

- Proportion d'installés et de remplaçants :

Sur 67 médecins participants à la PDS en 2012 on note que :

42 sont des médecins installés soit 63%

25 sont des remplaçants soit 37% de l'effectif

- Les installés :

La répartition par sexe est de 14 femmes pour 28 hommes sur les 42 médecins installés effecteurs, soit 1 femme pour 2 hommes.

Sur 42 médecins installés, 2 le sont à l'extérieur du secteur de garde et participent tout de même à la PDS dans la MMG.

La moyenne d'âge des médecins installés participants est de 50 ans. La Figure 8 représente leur répartition par tranche d'âge de 10 ans :

19 ont 50 ans ou moins soit 45%

23 ont plus de 51 ans soit 55%

On remarque que 8 de ces médecins ont 61 ans ou plus.

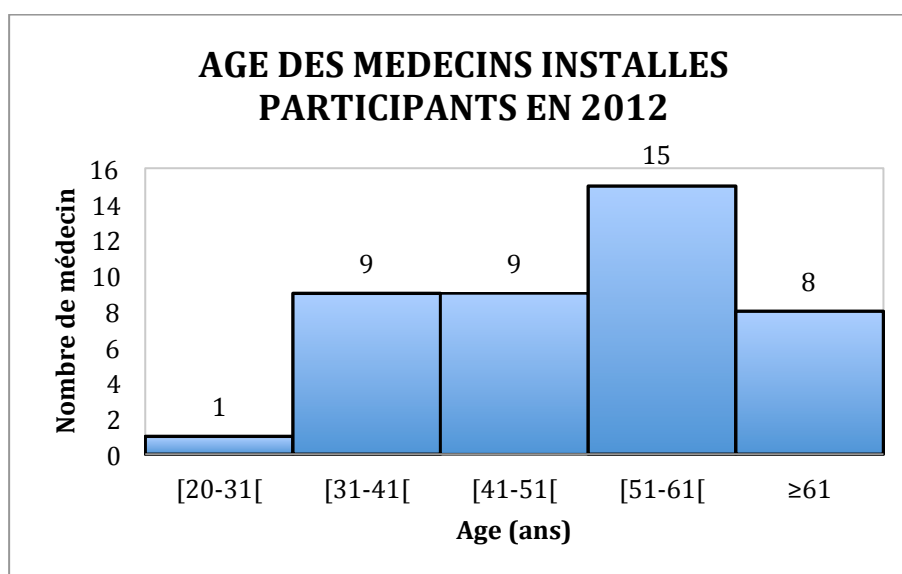


Figure 7 : répartition par tranche d'âge des médecins installés participants du secteur et hors secteur (N=42)

A la vue de la Figure 8 (issue d'un tableau croisé dynamique) on constate que sur 40 médecins du secteur de la MMG participant à la PDS, 13 sont des femmes et 27 des hommes (F= 13 et H=27). Il ressort que les médecins de sexe féminin sont plus jeunes que les médecins de sexe masculin. 7 médecins ont 61 ans ou plus.

Il n'y a que 3 praticiens de sexe féminin sur les 13 qui ont plus de 53 ans, contre plus de la moitié (16/27) des médecins de sexe masculin.

La majorité des femmes à moins de 40 ans et leur nombre est supérieur à celui des hommes dans la catégorie moins de 49 ans.

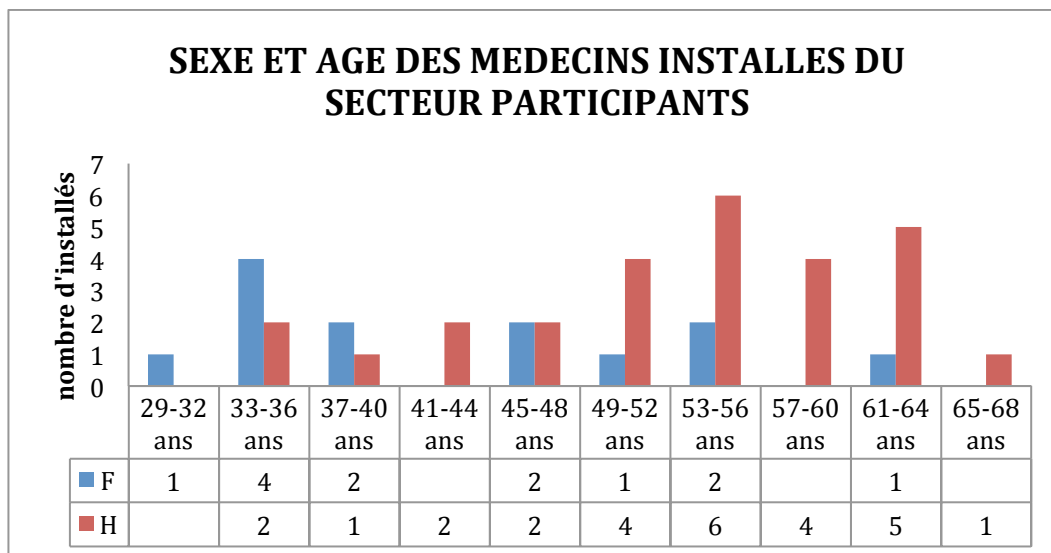


Figure 8 : répartition du sexe des participants du secteur en fonction de leur âge par tranche de 4 ans (N=40)

- Les remplaçants :

Sur les 25 remplaçants, 10 sont des femmes (40%) et 15 des hommes (60%).

La moyenne d'âge des remplaçants est de 32 ans. La majorité a 30 ans ou moins. Seuls deux remplaçants ont plus de 41 ans, dont un qui a plus de 61 ans ; c'est un médecin retraité qui prend des gardes à la MMG.

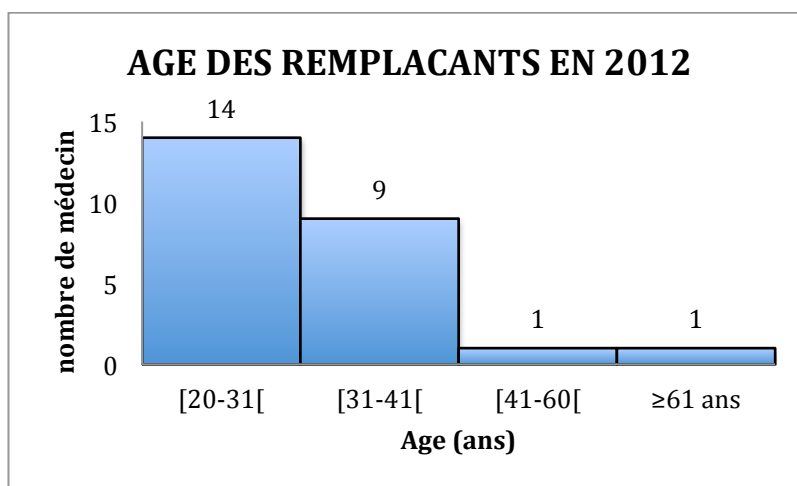


Figure 9 : âges des remplaçants en 2012 (N=25)

d) Répartition des gardes en 2012

Pour cette partie des résultats, on ne parlera pas de gardes, mais plutôt de créneaux de garde, car il est possible de diviser une garde de week-end ou jour férié en tranches de 4 heures (8h>12h ; 12h>16h ; 16h>20h ; 20h>minuit). En effet, nous considérerons qu'un médecin a effectué une garde même s'il n'a effectué que 4 heures de permanence dans une journée.

Répartition des créneaux de garde entre médecins installés et remplaçants en 2012 :

Dans l'année 2012 il y a eu 1087 créneaux de gardes pourvus par des médecins. Il y a chaque jour 3 médecins de garde. 1 à 2 sont sur place si c'est un soir de semaine, ou en journée ; et le 3^{ème} nommé réserviste est chez lui. La majorité aura été pourvue par des médecins généralistes installés soit 83%, et 17% l'ont été par des remplaçants comme décrit sur la Figure 10.

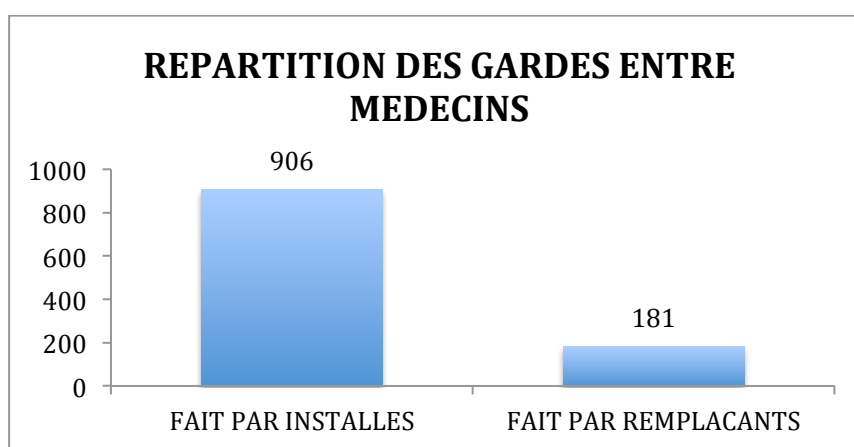


Figure 10 : répartition des créneaux de garde entre les médecins installés et remplaçants (N = 1087 gardes)

Moyenne de gardes effectuées par médecins installés :

26 médecins sur 42 installés font entre 1 à 20 créneaux dans l'année ; et 16 en font plus de 21. Il faut remarquer que 7 médecins ont effectué plus de 41 gardes dans l'année (Figure 11). N'oublions pas que nous comptabilisons les gardes en position 1, 2 ou 3.

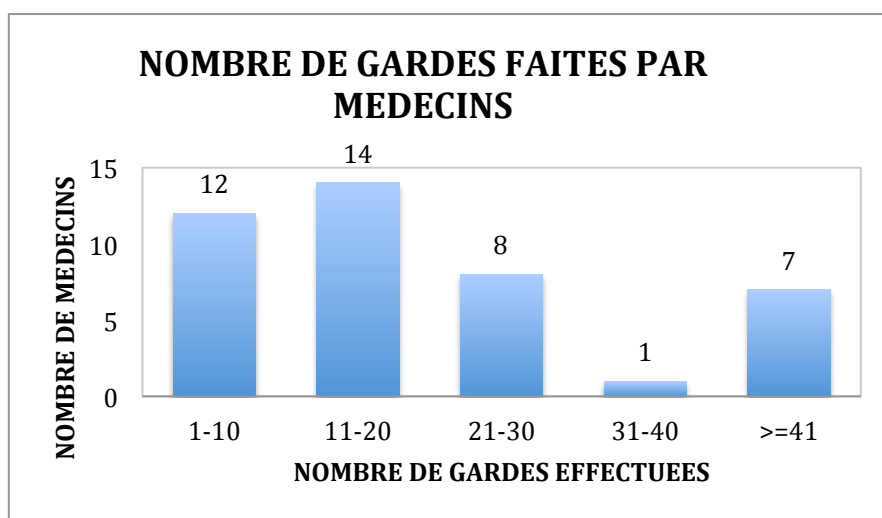


Figure 11 : moyenne de gardes effectuées par médecin installé (N = 42)

A noter qu'un nombre conséquent de créneaux de garde (8%) a été effectué par les deux médecins installés à l'extérieur du secteur.

Nombre de gardes effectuées par des remplaçants :

La grande majorité des remplaçants a effectué entre 1 à 10 créneaux de garde sur l'année (Figure 12), préférentiellement des gardes de WE et de jours fériés ou de ponts en position 1.

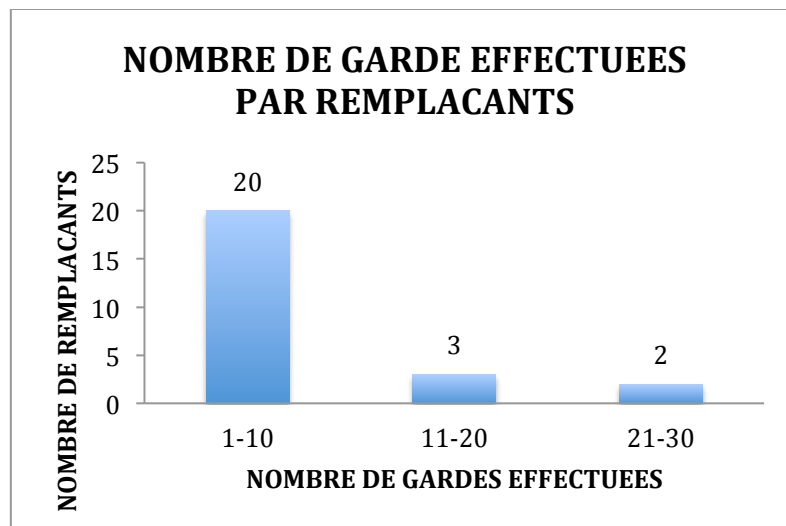


Figure 12 : nombre de gardes effectuées par les remplaçants (N=25)

Nombre de médecins effectuant que des gardes en 2ème position les soirs de semaines et/ou 3ème position :

Sur 42 généralistes installés participants :

- 4 ne font que des gardes en position 3 ;
- 3 ne font que des gardes en position 2 le soir en semaine et en position 3.

Ce qui représente un total de 7 médecins dans les 42 participants installés qui ne font que des gardes de réserve ou ne nécessitant pas d'être présent à la MMG. Une simple permanence téléphonique permet d'assurer la garde. Ils sont déclenchés par le Centre 15 si des visites incompressibles ne peuvent être assurées par les médecins présents à la MMG ou en cas d'absence imprévue du ou des médecins de la MMG ainsi qu'en renfort en cas de nombreuses consultations.

Nombre de gardes non pourvues ou réquisitions :

Il n'y a, pour l'instant, jamais eu de réquisition de médecin depuis la création de la MMG en 2009.

Total de gardes non pourvues en 2012 : 19 créneaux de garde n'ont pas été pourvus en 2012 dont :

- En position 1 : une seule matinée d'un jour férié de 8h à midi ;
- En position 2 : 2 créneaux de deux samedis (entre midi et 20h) et un samedi soir (de 20h à minuit) ;

- En position 3 : 7 soirs de semaine (de 20h à minuit) ; 3 samedis entiers ; 2 dimanches entiers ; et 4 jours fériés entiers.

Sur les 19 créneaux vacants aucun n'a créé de manque pour la MMG. C'est-à-dire qu'il y a toujours eu au moins un médecin sur place pour assurer la permanence des soins. D'où l'absence de réquisition sur l'année 2012.

Nombre de médecins ne participant pas aux gardes en 2012 :

En 2012 sur 68 médecins installés dans le secteur 603 seuls 40 effectuaient des gardes. Les 28 autres ne participant pas se répartissaient ainsi (Tableau 3) :

- 2 médecins sont toujours remplacés et apparaissent sur le planning de garde
- 10 sont non-volontaires déclarés au Conseil de l'Ordre des Médecins de la Gironde en 2012
- 16 médecins ne sont pas déclarés non-volontaires mais n'apparaissent pas pour autant sur les plannings de gardes
- aucune exemption de garde

A noter qu'en 2013, 10 (sur 16) des médecins ne figurant pas sur le planning ont régularisé leur situation auprès du CDOM en se portant non-volontaires.

Tableau 3 : les médecins n'effectuant aucune garde

INSTALLÉS DU SECTEUR	2012
NON VOLONTAIRES AU CDOM	10
VOLONTAIRES QUI N'APPARAISSENT PAS SUR PLANNING	16
TOUJOURS REMPLACÉS	2
Total	28

3. Synthèse des principaux résultats de l'enquête descriptive :

Entre 2010 et 2012 :

- augmentation du nombre de passage aux urgences de +6,98%
- augmentation de la fréquentation de la MMG de +15,04%

L'activité de la MMG en 2012 :

- accès direct : 86,7%
- accès après régulation : 13,04%
- visites à domicile : 2,97%
- retour à domicile : 96,16%
- réorientation vers les urgences : 3,35%
- 76,46% de l'activité se passe le WE ou les jours fériés
- 23,54% de l'activité se situe les soirs de semaine
- moyenne de 6 passages le soir entre 20h et minuit la semaine comme le WE
- 26 à 38 passages en moyenne la journée jusqu'à 20h

Les participants à la permanence des soins ambulatoire :

- Depuis 2009 : diminution du nombre de médecins installés participants, augmentation (plus du double) de remplaçants, arrivée de médecins hors du secteur. Pour une augmentation du nombre total de participants de 58 médecins en 2009 à 67 en 2012.
- En 2012 :
 - 67 participants dont 42 médecins installés et 25 remplaçants.
 - Sur 42 médecins installés, 2 le sont hors du secteur
 - Sur 40 médecins du secteur la majorité sont des hommes, mais la majorité des moins de 40 ans sont des femmes et ce sont les plus nombreuses dans la tranche des moins de 49 ans. 7 ont 61 ans ou plus.
 - La moyenne d'âge des remplaçants est de 32 ans

La répartition des créneaux de garde en 2012 :

- 83% des créneaux ont été effectués par les médecins installés
- 17% des créneaux ont été effectués par les remplaçants
- la majorité des médecins installés ont fait 1 à 20 gardes dans l'année
- 8% de ces créneaux ont été effectués par les médecins hors secteur
- la majorité des remplaçants a effectué 1 à 10 gardes dans l'année
- sur 42 médecins installés, 7 ne font que des gardes en position 3 et/ou en position 2 la semaine
- aucune réquisition
- sur 68 médecins installés sur le secteur en 2012 : 40 effectuent des gardes, 10 sont portés non-volontaires au CDOM, 16 ne font pas de garde mais ne sont pas portés non-volontaires, et 2 se font toujours remplacer.

B. Enquête qualitative, autour d'entretiens individuels

1. Taux de réponses et aspects démographiques des participants au questionnaire

L'échantillon :

Sur 19 demandes de participation à l'enquête nous avons eu un seul refus. Ainsi nous avons pu constituer un échantillon de 18 participants à la MMG de Langon qui se répartissent en trois groupes :

- 6 membres du personnel des urgences
- 6 médecins installés du secteur
- 6 participants extérieurs : médecin hors secteur ou retraité ou remplaçant

Les entretiens :

- Téléphonique = 9
- Tête à tête = 5
- Echange de courriels = 1
- Aucun = 3

Ces entretiens ont duré entre 25 et 40 minutes (pour une moyenne de 30 minutes environ).

Sur N=18 participants, nous avons récolté :

- 15 entretiens = 83,33%
- 3 réponses papiers manuscrites = 16,67% (ces participants n'ont pas laissé de coordonnées pour les joindre ou n'ont pas souhaité d'entretien par faute de temps).

Autant d'hommes que de femmes ont répondu aux entretiens :

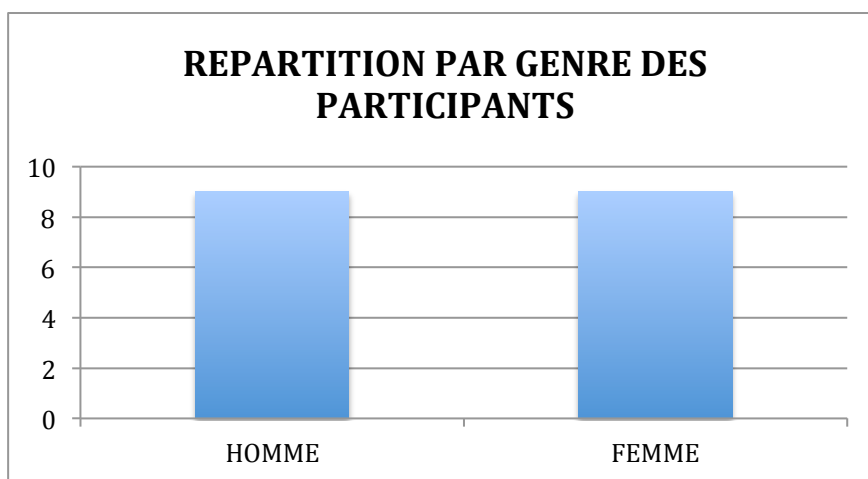


Figure 13 : le genre des participants au questionnaire (N=18)

La moyenne d'âge des participants est de 43 ans, avec 9 participants entre 20 et 40 ans ; et 9 entre 41 et 70 ans. (N=18)

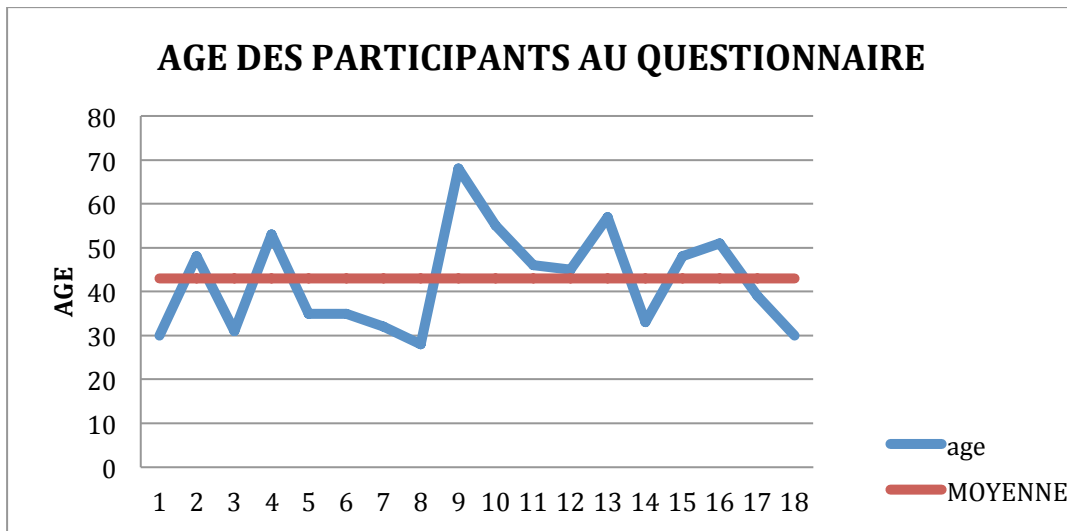


Figure 14 : âge des participants au questionnaire avec calcul de la moyenne (N = 18)

2. Résultats des entretiens par item

Il s'agit d'une enquête qualitative, nous ne pouvons donc pas en tirer de conclusions objectives ni donner de chiffres exacts. Mais une impression globale peut être dégagée de ces entretiens en rendant compte de quelques points importants sur le fonctionnement de cette MMG dans un service d'urgence. L'objectif est donc de faire ressortir des entretiens les points positifs, négatifs et les propositions pour l'avenir. Nous allons, pour chaque item, analyser les réponses et dégager des idées clés. Un graphique représentant la satisfaction pour chaque item permettra d'illustrer ses réponses.

a) Les lieux

La Figure 15, démontre que pour l'ensemble des lieux de la MMG (l'accueil et la salle d'attente commune avec les urgences ainsi que les bureaux), la majorité des participants sont moyennement satisfaits voir insatisfaits.

7 seulement se déclarent satisfaits.

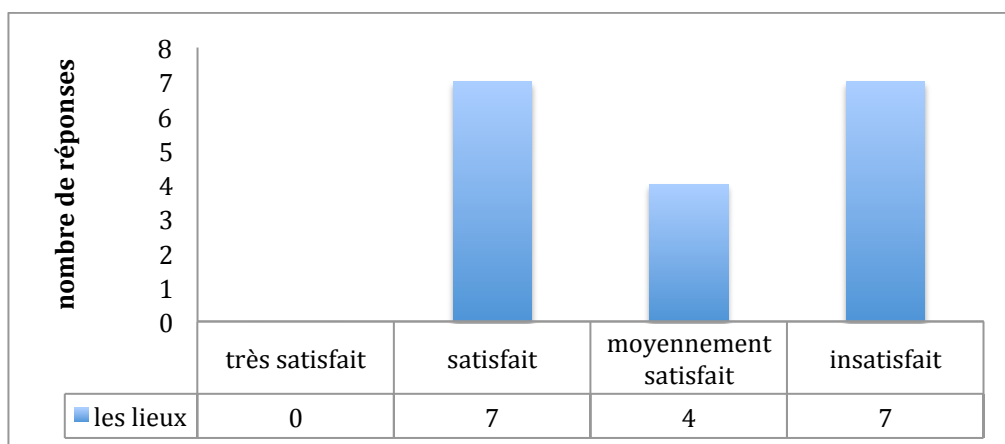


Figure 15 : satisfaction des lieux (N=18)

L'accueil commun :

- Points positifs :

L'accueil commun entre les urgences et la MMG apporte satisfaction. Pour beaucoup, il est source de sécurité, « *c'est un point stratégique et les patients en semblent satisfaits* ». Il est, avec l'IOA, important pour l'orientation des patients et ainsi permet de rediriger ceux qui se rendent directement aux urgences sans régulation préalable. Les patients sont ainsi « *aiguillés* ». De plus, il facilite la réorientation des patients vers les urgences.

- Points négatifs :

L'accueil commun est source de confusion entre les urgences et la MMG, les gens confondent les deux structures avec les problèmes de paiement que cela engendre par la suite. La MMG n'est pas une structure des urgences et « *...les médecins de permanence ne sont pas des urgentistes* ».

Selon d'autres, « *un manque d'information, d'explication et de lisibilité...* » ne permettent pas aux patients de comprendre l'ordre d'arrivée, la situation des urgences, et apparaissent désorientés.

- Propositions pour l'avenir :

Certains jugent que « *ce système d'accueil commun n'est pas une bonne chose* » et proposent donc deux accueils séparés. Les autres souhaiteraient que l'accueil reste commun et que le tri continue d'être effectué par une IOA.

La salle d'attente commune :

- Points positifs :

Pour beaucoup de médecins, elle ne représente pas un problème en soit. De plus, les bureaux situés à proximité sont bien insonorisés donc le bruit n'est pas gênant.

Les patients ont l'impression d'être pris en charge rapidement par rapport au monde présent dans la salle d'attente.

- Points négatifs :

Il ressort que la salle d'attente est trop petite, rapidement encombrée, et inadaptée pour les deux structures.

Plusieurs problèmes se posent, surtout le week-end : la cohabitation des patients, qui sont trop nombreux, et la promiscuité des pathologies (très différentes entre urgences et MMG). Selon une personne interrogée : « *la cohabitation avec certaines populations habituées à venir aux urgences, pour un oui ou pour un non, est parfois difficile* ».

On a pu noter que les patients discutent beaucoup entre eux à propos des deux structures, et notamment sur le paiement des actes à la MMG, mais également de leur orientation. « *Cela nourrit des tensions...* » avec parfois, « *des mouvements d'humeur* » entre eux, ou à l'encontre des professionnels de santé.

Pour certains, ce partage de l'espace serait source de conflit notamment par manque de visibilité dans l'ordre de passage. De plus, les patients interpellent régulièrement les médecins de la MMG car ils ne comprennent pas pourquoi ils attendent autant et pourquoi certains passent devant eux ? Ce problème se pose d'autant plus que les bureaux de la MMG donnent directement sur la salle d'attente et engendrent des désagréments et du bruit.

Il ressort également des entretiens des difficultés dans la répartition des patients entre les médecins de la MMG. Selon une personne interviewée, « *le médecin généraliste*

manque de visibilité : il ne sait pas, à vue d'œil, s'il a du travail ou non. D'où, des aller-retours incessants vers le bureau de l'IAO pour voir le cahier des arrivées ». Comme il n'y a pas de filière ou place définie dans la salle d'attente il est difficile pour les médecins comme pour les patients de voir « *qui attend pour qui ?* ».

- Propositions pour l'avenir :

Une des propositions peut être la séparation des locaux : soit la MMG est installée à distance des urgences, soit deux salles d'attente distinctes sont mises en place, ou encore une salle pourrait être divisée en deux parties avec des sièges différents (ou une petite cloison). Ceci permettrait de mieux identifier les deux structures.

Enfin, il a été proposé d'améliorer l'information à destination des patients dès l'accueil, notamment sur le délai d'attente et le tri effectué par l'IOA.

Les bureaux :

A noter que deux participants n'ont pas répondu car ils n'étaient pas utilisateurs de cet espace et n'y étaient jamais entrés (personnel des urgences).

- Points positifs :

Ils conviennent parfaitement à certains participants. D'autres sont même satisfaits de leur petite taille, ce qui évite que trop de monde puisse y rentrer pendant les consultations. Un autre point positif réside dans le fait que ces bureaux sont à proximité des urgences.

- Points négatifs :

La grande majorité des entretiens font ressortir la taille trop petite, « *exiguë* », des bureaux qu'ils jugent non adaptés à un travail de médecine générale, et peu fonctionnels (surtout le premier qui est partagé avec l'assistante sociale de l'hôpital qui y travaille en semaine). Il est également difficile de se déplacer dans ses bureaux car ceux-ci sont très encombrés. De plus, ils ne sont pas adaptés à recevoir toute une famille notamment avec une poussette ; ni des personnes à mobilité réduite en fauteuil roulant.

Le partage des bureaux, ne permet pas de personnalisation avec des documents en rapport avec la PDS, la MMG ou la médecine générale.

Par ailleurs, il existerait un problème de chauffage souligné par certains parents lors de l'examen clinique de leurs enfants.

L'accessibilité de l'ordinateur commun serait également difficile, (« bugs » de fonctionnement, fils du système électrique trop près des patients/enfants), notamment dans le bureau partagé.

Enfin, du fait de l'ouverture des bureaux sur la salle d'attente, les médecins sont interpellés sans cesse par les patients qui attendent.

- Propositions pour l'avenir :

- déplacer la MMG dans l'hôpital avec ses propres bureaux ;
- afficher lisiblement le tarif et des informations de santé en personnalisant les bureaux MMG, afin que ceux-ci soient des «... *bureaux dédiés à la maison médicale de garde et aménagés pour ...*».

b) Les conditions de travail

Cet item relate des conditions de travail au sein de la MMG, entre ses membres mais également avec ses interlocuteurs (les urgences et la pharmacie de garde). La Figure 16, témoigne d'une bonne satisfaction des participants. En effet, 10 sont satisfaits, 1 est très satisfait ; et aucun d'entre eux n'est insatisfait.

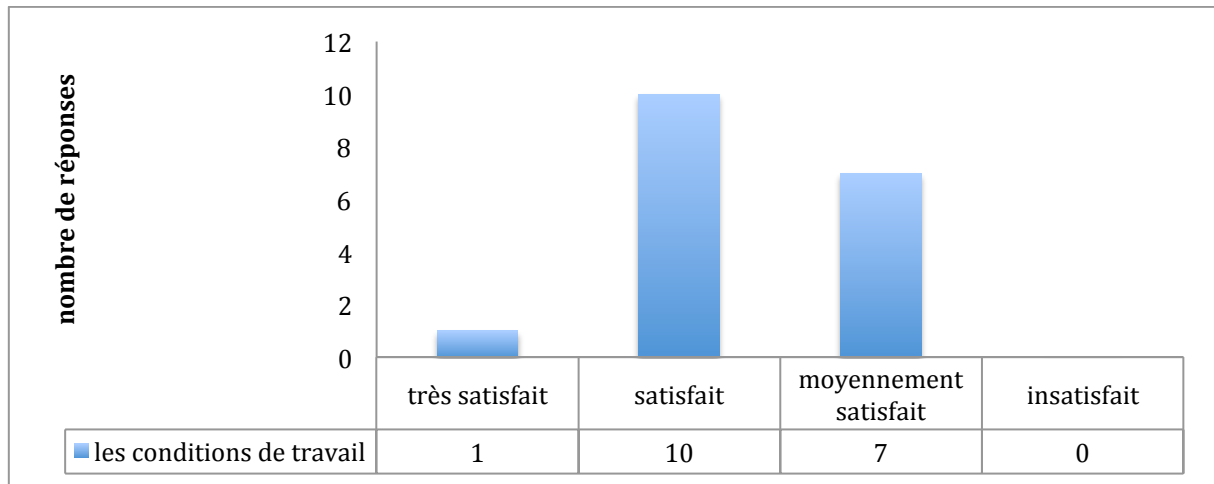


Figure 16 : satisfaction des conditions de travail (N=18)

Le temps de présence à la MMG :

- Points positifs

Le temps de présence est très largement apprécié par les participants. Certains confient : « *C'est plus la même vie cette maison médicale de garde je faisais des heures pas possible pendant des années j'assurais la permanence des soins 24h/24...* ».

De plus, il existe une grande modularité des gardes, avec la possibilité de les diviser en tranches de 4 heures, le week-end ou les jours fériés. Il ressort que les participants se rendent disponibles plus facilement en cas de manque d'effectif, car ils ne sont pas contraints d'effectuer une journée entière. Il existe une grande souplesse dans l'organisation des plannings, surtout pour les jours fériés, ce qui crée des « *gardes à la carte* ».

Les choix des gardes et des indisponibilités sont pris en compte (« *La modularité des gardes facilite l'adhésion...* »). Les divisions en tranches de 4 heures paraissent également confortables pour certains médecins plus âgés (fatigue engendrée par les gardes de week-end).

Les participants sont assez satisfaits d'être deux en journée notamment en cas de forte affluence, mais aussi en cas de visite à domicile. De plus, cela apporte une certaine convivialité et des échanges entre médecins : demande d'avis médicaux, rencontre entre confrères du même secteur, rencontre avec des remplaçants. En soirée, à partir de 20h, un médecin sur place est jugé suffisant.

L'arrêt des gardes à minuit est considéré comme « *un réel confort* » par les participants : les quelques appels « après minuit », pour ceux qui ont déjà fait des gardes en nuits profondes, étaient souvent réorientés vers les urgences, ou pouvaient attendre le lendemain.

La présence des médecins pendant les ponts est très utile pour ceux qui travaillent seuls et n'ont pas de remplaçants et qui souhaitent fermer leur cabinet.

- Points négatifs

Certains considèrent que la PDS pendant les ponts n'est pas très utile à partir du moment où beaucoup de confrères travaillent dans leur cabinet. De plus, les patients ne sont pas toujours informés qu'il existe une PDS ces jours-là, et peu viennent consulter à la MMG.

Par ailleurs, un petit nombre de participants ne juge pas utile la présence d'un deuxième médecin les jours fériés et les WE à partir de 16h.

Certains disent avoir des difficultés à joindre le médecin d'astreinte en 2^{ème} ou 3^{ème} ligne les soirs après 20h pour effectuer des VAD quand ils sont débordés à la MMG.

Quelques participants ont peur que la distribution des gardes en tranche de 4 heures devienne trop récurrente.

Pour certains membres des urgences l'arrêt à minuit n'est pas perçu de la même façon et affirment : « *...quelques cas pourraient être vu par des généralistes la nuit* ».

- Propositions pour l'avenir

Beaucoup ont évoqué la PDS dès le samedi matin avec des avis différents :

- Certains le souhaiteraient «*... afin de soulager la médecine de ville* » surtout pour les médecins seuls dans leur cabinet : «*... pour moi une garde le samedi matin serait la bienvenue : je suis seul et isolé prenant peu de vacances, des week-ends plus longs seraient bienvenus... j'avais essayé d'organiser un tour d'astreinte le samedi matin avec les confrères du village mais ça n'a pas marché. J'arrêterai de travailler le samedi matin s'il y avait une permanence des soins dès 8h* ». De plus, «*... le service des urgences est souvent surchargé le samedi matin...* ».

- D'autres espèrent continuer à ouvrir leur cabinet, surtout pour les patients ne pouvant se déplacer en semaine. De plus, comme beaucoup de cabinets resteront probablement ouverts certains ne trouvent pas judicieux de commencer la PDS le samedi matin car il y aurait très peu de passage à la MMG. Si la MMG ouvre dès le samedi matin sans accord de l'Assurance Maladie les cotations ne pourront pas être celles de la PDS.

Un participant objective que « *pour les samedis matins et les ponts ça doit être organisé et logique* ».

Selon un médecin la division des gardes devrait se faire en tranche de 8 heures, au minimum. D'autres jugent que le deuxième médecin sur place est de trop en dehors des périodes épidémiques ou pendant les ponts ; et que le réserviste (3^{ème} ligne) n'est pas utile.

La communication entre les différents intervenants de la MMG et des urgences :

- Points positifs

Il existe un médecin référent qui fait le relais des informations et des dysfonctionnements : il est le lien permanent entre l'équipe des urgences et de la MMG.

La communication avec les urgences : les qualificatifs «bon accueil», « disponibles », « accessibles », sont souvent évoqués, mais également la facilité de communiquer à propos des patients, demande d'avis sans forcément les orienter dans le SAU. « *Il est toujours possible de passer de l'autre côté et d'aller discuter du problème avec l'urgentiste ou le confrère de garde. C'est un immense plus dans la prise en charge* ». « *... très bonne communication, qui est favorisée par la proximité...* ».

Les échanges avec l'IOA sont courtois et conviviaux, pour la réorientation des patients, ou l'organisation de la garde (quand les médecins s'absentent pour une VAD ou

pour déjeuner), elles disent être toujours au courant et avoir un numéro en cas de besoin.

De plus, l'équipe des urgences dépanne souvent en petit matériel ou en médicaments pour éviter aux patients d'être réorientés ou d'aller dans une pharmacie de garde souvent éloignée.

La communication entre les médecins de garde à la MMG est jugée positive : des rencontres entre confrères qui ne se connaissent pas ou avec des remplaçants ; pour un deuxième avis ; partage des consultations et des visites. Pour certains, « *l'important c'est que les médecins travaillent en bonne intelligence, entre-aide et respect ...* » ; « *... on s'arrange notamment pour les visites à domicile* ».

- Points négatifs

Certains confient qu'ils préféreraient s'entretenir avec les médecins des urgences plutôt qu'avec l'IOA pour les réorientations des patients. Il ressort qu'il est plus difficile d'entrer en contact avec les urgentistes car ils sont « *...séparés et cloisonnés...* » de la MMG. La facilité de communication est aussi « *...médecin-dépendant* ».

De même pour la MMG, il ressort peu de désaccords notamment pour le partage des consultations et des visites à domicile qui est aussi « *...médecin-dépendant* ». Comme le secteur de garde est très vaste ; certains soulignent qu'ils peuvent facilement perdre beaucoup de temps et donc des actes de consultation au profit de celui qui reste. De même pour les réquisitions qui ne sont pas toujours rémunérées et que quelques médecins refusent, et laissent faire au confrère sur place avec lui.

- Propositions pour l'avenir

Il serait nécessaire de systématiser et faciliter la communication avec les médecins urgentistes pour la réorientation des patients vers les urgences.

La communication avec la pharmacie de garde :

- Points positifs

Elle est généralement disponible et facile à joindre par les médecins effecteurs.

- Points négatifs

Les patients, satisfaits d'avoir vu un médecin, choisissent souvent de se rendre à la pharmacie le lendemain, celle-ci pouvant être très éloignée du domicile. Ce problème de distance est récurrent dans les entretiens et revêt un caractère compliqué quand les patients sont âgés ou avec de très jeunes enfants.

Certains reprochent de toujours devoir appeler les pharmacies pour connaître celle qui est de garde et de ne pas avoir un planning préétabli.

- Propositions pour l'avenir

Etablir une liste précise des pharmacies de garde et mettre en place davantage de pharmacies de garde pour éviter aux patients de parcourir de trop longues distances.

Le passage à l'informatique pour l'arrivée des patients et la gestion de leur dossier pendant la consultation :

- Points positifs

L'informatisation de la MMG est considérée par tous comme nécessaire voire indispensable. Certaines personnes interrogées déclarent : « *Enfin des dossiers patients permettant une traçabilité, le recueil des informations personnelles et des antécédents* ». « *C'est très bien, meilleur outil pour la gestion des dossiers des patients car certains reviennent fréquemment* ». « *L'informatique est important pour les notes et les statistiques* ».

Les prescriptions peuvent être faites à l'aide de l'informatique et sont reliées au logiciel VIDAL.

- Points négatifs

Le vieillissement de l'informatique la rend moins adaptée ; elle est peu utilisée par les médecins participants à la PDS, certains refusent, d'autres n'y arrivent pas. « *On ne peut pas faire la comptabilité de la garde dessus on est obligé de le faire sur papier à côté* ».

Certains ont noté l'absence d'agenda électronique et de communication avec l'IOA par le biais de l'informatique.

Pour d'autres, il y a un manque de formation notamment sur le logiciel HelloDoc, qu'ils méconnaissent.

Si les mises à jour du logiciel VIDAL ne sont pas faites, il ne peut fonctionner convenablement.

- Propositions pour l'avenir

Inciter les participants à utiliser l'informatique, et proposer des formations adaptées.

Remarques sur le ménage et l'hygiène des locaux ainsi que sur le matériel à disposition à la MMG :

Deux personnes n'ont pas donné leur avis (personnel des urgences) car n'y étaient jamais entré, ni confronté.

- Points positifs

Le ménage et l'hygiène des locaux sont jugés corrects.

Le matériel paraît, pour la plupart des participants, suffisant en qualité mais souvent manquant en quantité. Beaucoup de médecins se considèrent « *autonomes* » pour le matériel. D'autres demandent un peu de soutien aux urgences : « *Je demande aux urgences du petit matériel de temps en temps ça se passe bien* »

Pas besoin de frigo car il y a peu d'injectable nécessaire pour ce type de gardes. Les vaccins sont faits aux urgences avec une traçabilité des produits.

- Points négatifs

Quelques médecins jugent qu'il manque du matériel à disposition, et surtout les draps d'examen qui eux sont fournis par les urgences. De ce fait, il y a des demandes récurrentes de dépannage de matériel et médicaments aux urgences, pas toujours bien vues.

Des prélèvements sanguins ou ECBU sont régulièrement demandés aux urgences. Celles-ci ne peuvent pas les analyser sans enregistrer le patient et doivent donc faire une double facturation avec l'acte du médecin généraliste. « *...il existe un vrai problème de dysfonctionnement pour coter les actes sur les urgences et pour se faire payer, car il faudrait enregistrer le patient et lui faire un dossier aux urgences pour envoyer ses*

prélèvements. Mais après à qui envoie-t-on les résultats ? Vu que les urgences n'ont pas examiné ni vu le patient et que le médecin généraliste de garde ne le reverra plus ».

- Proposition pour l'avenir

Plus de matériel pour effectuer des gestes techniques (pansement, petite suture) et peut être quelques médicaments de dépannage. Pour cela, certains proposent une cotisation annuelle supplémentaire.

Il faudrait vraiment une personne assignée au matériel et aux commandes, avec une liste précise.

Réorganiser les bureaux avec une meilleure accessibilité du matériel.

Il faudrait des récipients à urines pour faire les bandelettes urinaires.

Il faudrait un coin repas ou au moins un micro-onde.

c) La prise en charge des patients à leur arrivée

La majorité des participants sont satisfaits de la prise en charge des patients à leur arrivée. Un seul est insatisfait, comme représenté sur la Figure 17.

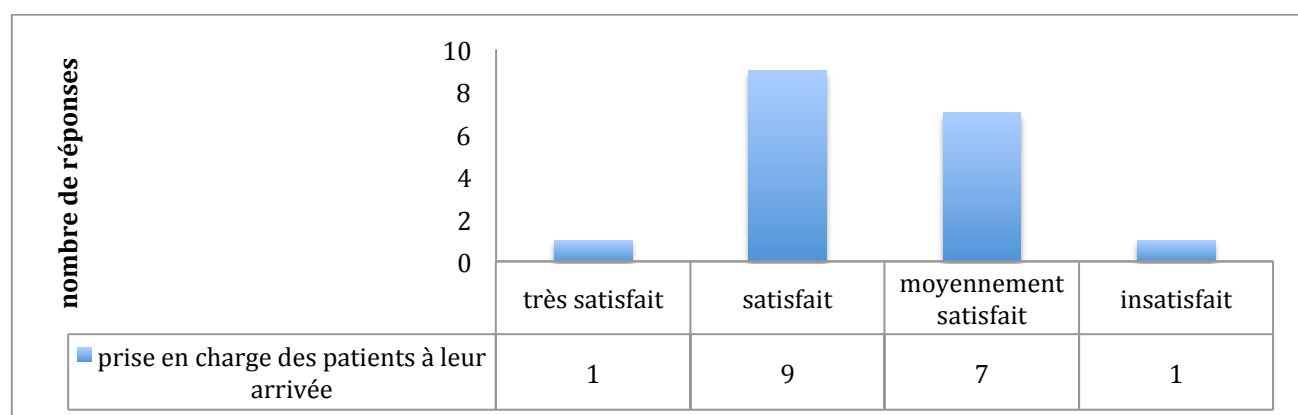


Figure 17 : appréciation de la prise en charge des patients à leur arrivée (N=18)

L'orientation des patients entre la MMG et les urgences :

- Points positifs

Le travail de l'IOA est particulièrement apprécié par les participants et jugé de bonne qualité. Les quelques réorientations vers les urgences ne paraissent pas être des erreurs de tri, mais plutôt des situations pour lesquelles l'examen clinique préalable était indispensable pour orienter (exemple : des douleurs abdominales).

« Bon travail des régulateurs en général, qui doivent débrouiller une situation en très peu de temps. La régulation, tant par l'IAO que par le Centre15, est un exercice délicat que je trouve pas mal fait pour la MMG de Langon ».

- Points négatifs

Beaucoup de patients ne sont pas régulés en amont par le SAMU d'où le travail important de l'IOA.

Problème des périodes durant la PDS où l'accueil et le tri ne sont pas effectués par l'IOA (souvent du personnel non médical de 22h à minuit).

- Propositions pour l'avenir

Nécessité d'un agenda électronique pour l'accueil des patients, regroupant les informations personnelles et annonçant leur arrivée. En effet, il serait moins manipulé que le cahier papier et donc plus hygiénique. Il ressort que l'IOA devrait entrer « *...les coordonnées des patients dans un logiciel pour faciliter la prise en charge, préciser systématiquement aux patients le tarif de la consultation et leur demander d'avoir un moyen de paiement autre que la carte bleue, et sortir systématiquement les attestations pour les CMU. L'IOA devrait prévenir le médecin de garde de l'arrivée des patients...* ». De plus, il serait souhaité qu'elle donne une information sur le fait que la MMG « *... ne dépend pas des urgences et donc pas examen complémentaire...* ». « *...Les IOA sont débordées je le vois bien, elles ne peuvent pas tout faire non plus...* »

L'IOA trie selon la grille imposée, sa présence et son amplitude de travail doit être optimale. « *Actuellement présente de 14h30 à 22h dans l'avenir proche de 8h à 22h* ». La nuit ce tri est parfois effectué par l'aide-soignante.

Les patients viennent-ils pour la MMG ou sont-ils orientés par l'IOA?

- Points positifs

La grande majorité des participants disent ne pas avoir de remarques particulières à propos de leur orientation faite par IOA. Car la plupart viennent directement aux urgences sans régulation préalable et sans l'idée de se rendre à la MMG. Ils souhaitent voir un médecin qu'il soit généraliste ou urgentiste.

Les patients orientés par le SAMU vers la MMG ne sont pas triés une deuxième fois par l'IOA. « *On évite généralement de réorienter les patients adressés par le SAMU* ».

- Points négatifs

Il existe de « *...rares cas où le patient demande dès le départ à être pris en charge par les urgences ; il est souvent en demande d'examens complémentaires et refuse la MMG* ».

« *Difficulté pour certains patients qui ne veulent pas 'payer' la MMG, car aux urgences c'est 'gratuit' ils refusent d'être orientés sur la maison médicale* ».

Quelques remarques sur des patients qui seraient « *...un peu trop habitués à venir ...* » avec risque qu'ils considèrent la MMG comme un lieu de consultation de ville. « *Quelques patients qui viennent pour des problèmes qui durent depuis des mois, ils ne prennent pas le temps de voir le médecin généraliste ... effet pervers de la MMG ...* »

Beaucoup ne comprennent pas la dichotomie entre les deux structures et ceux qui ont été orientés vers la MMG, alors qu'ils se rendaient aux urgences, posent souvent le problème du paiement de la consultation.

- Propositions pour l'avenir

Augmenter l'information à la population du secteur sur le fonctionnement de la PDS et de la MMG.

Les appels du SAMU quant à la régulation des consultations et des VAD :

- Points positifs

Il ressort que « *les visites sont en général justifiées. Et heureusement il y en a peu...* ». Le SAMU « *appelle pour toutes les visites mais peu pour les arrivées, mais ce n'est pas un problème bien au contraire : ce serait particulièrement dérangent d'être appelé sans cesse pendant les consultations pour nous dire qu'un patient va arriver...* ».

- Points négatifs

Problème de certains appels, pour des VAD, effectués par un permanencier et non par un médecin régulateur. D'autre fois, le patient est directement transmis au médecin sans trop d'explications préalables. Le plus souvent, le patient trouve un moyen pour se déplacer et s'arrange avec le médecin de la MMG.

Quelques VAD pour des motifs nécessitant une régulation de transport vers les urgences.

Quelques erreurs de ligne : les régulateurs se trompent et appellent aux urgences sur la ligne SAMU. Ce qui engendre des malentendus quant à l'orientation des patients.

« ...vue la quantité d'appels que le SAMU reçoit, je comprends qu'ils puissent se tromper sur les visites ou ne pas toujours prendre le temps de négocier avec le patient pour le déplacement... »

- Propositions pour l'avenir

Les appels pour les consultations doivent se limiter à des cas de patients compliqués, ou avec de lourds antécédents. Le territoire est large, donc les VAD doivent être bien justifiées. Seuls les médecins régulateurs devraient appeler pour les justifier, puis ensuite passer le patient au téléphone.

Un système de fax serait intéressant pour transmettre les coordonnées exactes et les motifs.

d) Les remarques des patients

La grande majorité des participants soulignent que les patients ont des remarques plutôt positives sur le système de permanence des soins sur ce secteur, et en sont satisfaits (Figure 18).

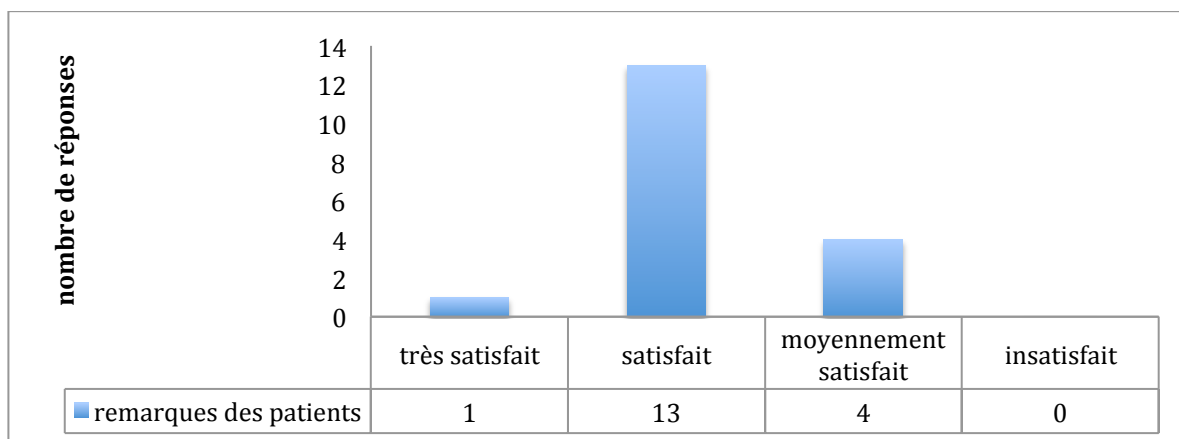


Figure 18 : appréciation des remarques des patients (N=18)

Le temps d'attente des patients :

- Points positifs

Les patients font ressentir qu'ils sont agréablement surpris par le peu d'attente pour la MMG. « Ils sont conscients d'éviter l'attente des services d'urgences pour des motifs non graves ».

Le temps d'attente pour la MMG est souvent en lien avec des VAD éloignées.

- Points négatifs

D'après le personnel des urgences, les délais pour la prise en charge des patients aux urgences aux heures de PDS, ne se seraient pas profondément modifiés depuis

l'ouverture de la MMG. De ce fait, il existe une incompréhension sur l'ordre de passage des patients des urgences qui voient ceux pour la MMG être pris en charge rapidement ; ce qui peut être source d'agressivité.

Quelques « *...interpellations avec appel au secours pour être pris en charge rapidement par les patients des urgences...* ».

« *Les patients rebasculés par la MMG ont parfois du mal à comprendre que cela ne les rend pas forcément prioritaires et doivent patienter à nouveau dans la salle d'attente* ».

- Propositions pour l'avenir

« *L'IOA pourrait peut-être prévenir le patient en lui disant vous passez après tant de patients soit environ tant de temps* ». Ou bien certains proposent une information écrite dans la salle d'attente sur l'ordre de passage et la mixité de la salle d'attente.

Remarques sur le paiement de l'acte par rapport au tiers payant habituel des urgences :

- Points positifs

Beaucoup de patients comprennent qu'il est normal de payer. Et le tiers payant est souvent réalisé par des médecins. « *...après c'est un tarif imposé par la sécurité sociale et quand on le dit aux patients ils comprennent...* ». « *...maintenant avec la CMU je trouve que l'on a beaucoup moins d'impayé...* ».

Le personnel des urgences a peu de remarques sur le paiement, à l'exception de certaines IOA.

Il ressort chez deux praticiens qu'ils ne font pas payer l'acte de consultation s'ils réorientent le patient vers les urgences « *... c'est mieux accepté par le patient... pour éviter la double facturation à la sécu...* ».

- Points négatifs

Il existe un manque d'information sur le paiement, beaucoup de patients sont surpris de devoir faire l'avance des frais. « *La pancarte avec les tarifs n'est pas lisible et manque d'information...* ». Beaucoup n'ont pas de moyens de paiement ou ne disposent que d'une carte bancaire. Certains vont retirer et reviennent, mais d'autres ne reviennent pas et beaucoup de médecins se plaignent de ces impayés réguliers. « *Certains refusent d'aller à la MMG car ne veulent pas faire l'avance des frais alors qu'aux urgences ils n'avancent rien grâce au tiers payant* ».

Quelques cas de « *frictions* » avec des patients au moment du paiement.

C'est surtout parce que les patients croient que la MMG est une structure attenante aux urgences et non une entité libérale. Et ce sont souvent les patients orientés par l'IOA qui se rendaient au départ aux urgences qui posent problème.

Pour les remplaçants qui n'ont pas de lecteurs de carte VITALE, il est difficile de connaître si les droits des CMU ou ALD sont à jour, et les patients n'ont pas toujours leur attestation papier.

De plus, si la feuille de soin est mal remplie par le remplaçant ou que le patient est perdu de vue, le médecin remplacé perd un acte qu'il aura rémunéré au remplaçant.

« *Pour ceux qui ne payent pas, je suis obligé d'annuler la feuille de soin, pour ne pas qu'ils se fassent rembourser et d'en refaire une avec un tiers payant pour au moins avoir la part sécu pour moi...* »

- Propositions pour l'avenir

Nécessité d'information en amont sur les tarifs, moyens de paiement acceptés (chèque ou espèce), par l'IOA ou le SAMU. Ou alors, une information lisible des tarifs en stipulant qu'ils sont remboursés. L'attestation CMU doit être à jour et imprimée par l'IOA car les médecins remplaçants n'ont pas de lecteur de carte VITALE.

Faire plus de tiers payant pour faciliter les paiements. «... c'est important de responsabiliser les gens sur le tarif d'où l'importance de les faire payer... ».

La nouvelle convention avec l'ARS est bien pratique pour les remplaçants, mais aussi pour les généralistes installés qui évitent ainsi les impayés.

La MMG est-elle connue des patients :

- Points positifs

La MMG est de plus en plus connue surtout sur les périodes de WE par les parents avec enfants « ...ce sont les premiers à avoir fait la différence avec les urgences et la maison médicale et à avoir bien compris le système, ils sont contents... ». Souvent ils ont été informés dans les cabinets de ville. La MMG paraît surtout connue pour son activité des WE ; moins pour les soirs de semaine. En effet, certains patients disent avoir appelé le 15 avant de s'y rendre.

- Points négatifs

Beaucoup de patients sont orientés par l'IOA, la population n'est pas assez informée du système de PDS sur le secteur.

Souvent, les patients croient qu'il n'y a que les urgences qui existent.

Beaucoup ne comprennent pas le fonctionnement de la MMG dans les urgences.

- Propositions pour l'avenir

Une information dans les cabinets par les médecins participants est indispensable ou sur les journaux locaux en expliquant aussi l'utilisation du 15 plus clairement.

e) La sécurité dans les locaux

Le sentiment de sécurité dans les locaux ressort comme quelque chose de très apprécié et important pour les participants à la MMG comme pour le personnel des urgences. 14 participants sur 18 sont satisfaits à très satisfaits sur la sécurité. A noter qu'une seule personne est insatisfaite.

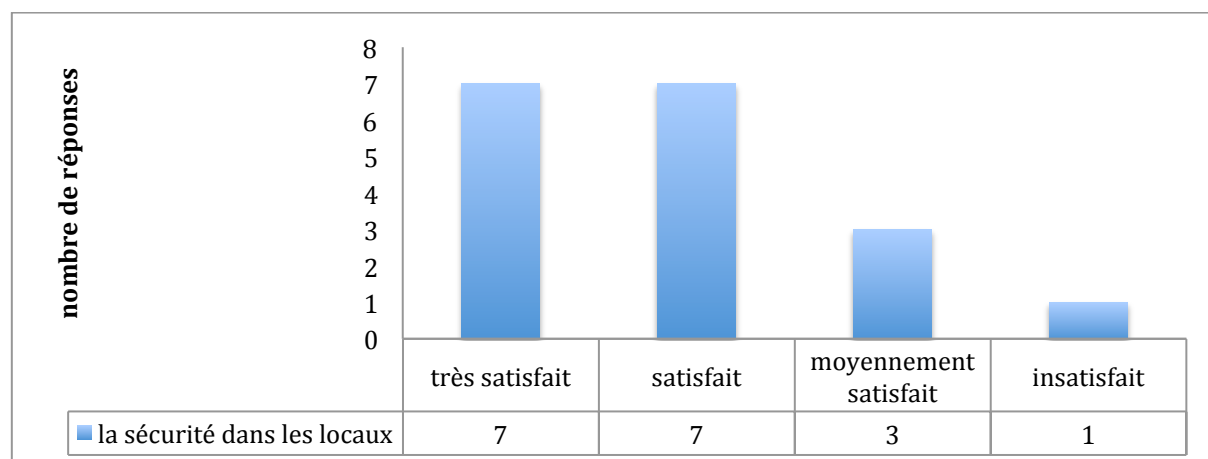


Figure 19 : degré de satisfaction de la sécurité dans les locaux (N=18)

Points de vue des participants à la MMG :

- Points positifs

L'emplacement près des urgences procure un sentiment de sécurité ; de plus il y a un vigile à certaines heures. Ce qui est rassurant, surtout pour les femmes médecins. « *La sécurité c'est l'argument principal pour faire la MMG aux urgences* ». Pour un médecin, sur le secteur : « *... la sécurité n'était pas (encore) un souci majeur...* ».

Il ressort aussi un sentiment de sécurité médicale pour l'orientation des patients ou la demande d'avis aux urgences.

- Points négatifs

« *Je me sens plus en sécurité mais ça vaut uniquement pour les consultations mais pour les visites à domicile ça ne change rien à une garde de ville* ».

La population des urgences est de manière générale plus agressive que celle de la MMG, d'autant plus avec la salle d'attente commune.

- Propositions pour l'avenir

Il ressort majoritairement dans les entretiens que la MMG ne doit pas être trop dissociée des urgences, car c'est beaucoup plus rassurant en terme de sécurité.

« *... il faut que la MMG demeure dans l'enceinte des urgences, ne pas se retrouver dans un bâtiment seul. Il manque un dispositif pour dissocier les salles d'attente* ».

Point de vue de l'équipe des urgences :

Pas de franche modification en terme de sécurité surtout que la population de la MMG est considérée « *... plus agréable, mais quelques fois perturbée par celle se rendant aux urgences (alcoolisés, patients agressifs)...* » et de temps en temps « *... plus exigeante, certains se croient chez leur médecin et demandent des magazines etc...* ».

L'agent de sécurité n'est présent que la nuit et pas le jour, « *Or, le week-end en journée du fait de la promiscuité dans la salle d'attente et du nombre important de patients qui y attendent, il y a souvent des tensions qui augmentent du fait que la salle d'attente soit commune* ».

f) La MMG en général

La Figure 20 nous montre bien que la majorité des participants au questionnaire sont très satisfaits, à satisfait du fonctionnement général de la MMG (13 sur 18). Aucun n'est insatisfait.

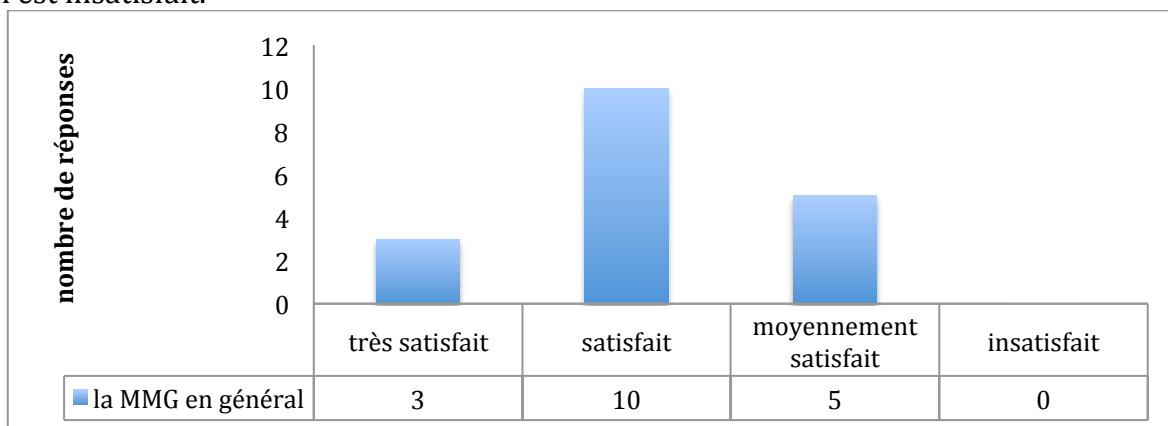


Figure 20 : satisfaction générale sur la MMG (N=17)

En fin d'entretien il a été demandé à chaque participant de formuler des propositions pour l'avenir de la MMG :

- En ce qui concerne l'accueil,
 - l'IOA devrait insister lors de l'orientation des patients sur les informations concernant la MMG et son fonctionnement, notamment le paiement ; elle devrait imprimer systématiquement les attestations de droits des patients bénéficiant de la CMU.
 - l'idéal serait un agenda électronique.
 - un affichage des informations sur la MMG, son fonctionnement, les tarifs, et modes de paiement devraient apparaître lisiblement à l'accueil.
- Il faudrait améliorer l'information au public sur la MMG, la faire connaître de la population du secteur et expliquer son activité. « *La MMG doit être distinguée des urgences* ».
- En ce qui concerne les locaux :
 - agrandir les bureaux ; séparer la salle d'attente de celle des urgences (en deux salles ou diviser la salle en deux).
 - déplacer la MMG mais pas trop loin des urgences pour garder l'accueil commun ; certains souhaiteraient que la structure soit plus distante et complètement autonome des urgences avec une secrétaire dédiée à l'accueil de la MMG.
 - « ... *Améliorer le contact urgences-MMG, peut-être avec des réunions communes...* ».
 - un office ou salle de repos en commun avec les urgences pour plus de convivialité.
- C'est un bon système en milieu rural qui attire des remplaçants. « *La MMG permet de soulager les médecins installés de leurs gardes avec les remplaçants* », car c'est un lieu fixe, confortable, les gardes y sont rentables et la nouvelle convention avec l'ARS et la CPAM est intéressante pour tous.
- La MMG aide à l'installation en milieu rural. « *Les MMG c'est l'avenir de la permanence des soins, moins de contraintes pour les installés et plus de participants qui seraient attirés* ». « *De plus, je ne me serai jamais installé à Villandraut (où il n'y plus de médecin généraliste) si les gardes n'étaient pas organisées autour d'une MMG qui regroupe 5 secteurs* ».
- Avec le ralliement des secteurs, il y a moins de gardes à l'année, et un moindre coût pour l'Assurance Maladie.
- Les « *gardes à la carte* » avec l'organisation du planning, sont pratiques pour les médecins malgré quelques problèmes de gestion des gardes au secrétariat de la MMG.
- Il serait souhaité un accès au laboratoire de l'hôpital le week-end, sans pour autant que les patients soient enregistrés aux urgences, au moins pour lancer des ECBU.
- Une amélioration de la régulation des visites à domicile par le 15 est souhaitée sous la forme d'un contact systématique avec le médecin régulateur au téléphone.
- L'accès à la MMG devrait être toujours régulé par le centre 15, les patients ne devraient pas arriver spontanément.
- Le début des gardes pourrait être fixé le samedi matin.
- Il faudrait publier des statistiques et faire des évaluations de la MMG de Langon.
- Certains proposent d'augmenter les cotisations pour acheter plus de matériels.
- « *Je prêche pour la MMG, je trouve que c'est indispensable en campagne...* ».

VI. Discussion et Analyse

A. La méthode et le matériel

1. Qualité de l'étude, et du recueil de données

a) L'évaluation de la MMG

Seule l'année d'activité 2012 a été exploitée. L'évaluation prend ainsi un peu de recul depuis la création de la MMG (en 2009) tout en s'appuyant sur des chiffres récents.

L'échantillon des participants en 2012 est composé de 67 praticiens. L'étude prend en compte tous les médecins qui ont fait au moins une garde dans l'année en position 1, 2 ou 3.

L'échantillon du passage en 2012 a un volume représentatif de 5858 patients. Les données ont été recueillies dans le cahier d'accueil de PDS rempli à la main par l'IOA et le(s) médecin(s) de permanence, pour chaque passage à la MMG. Il est à noter que certains items sont mal remplis ou incomplets (souvent pour les VAD, et les réorientations des patients) ou difficile à relire, ce qui crée un biais dû à un manque partiel de données. En 2012, ces oublis ont été observés pour 8 soirs et un week-end. Malgré cela, l'échantillon de passage est conséquent et donc recevable.

Parmi **les items**, la fréquentation, le devenir et l'orientation nous ont semblé être les points les plus intéressants à évaluer.

Nous avons délibérément décidé de ne pas inclure les motifs de venue dans notre étude. De nombreux travaux concernant la PDS - et les MMG en particulier - ont déjà été conduits sur les motifs de consultations. Il en ressort que les pathologies habituellement rencontrées sont les mêmes qu'en cabinet de ville et que la population concernée est majoritairement pédiatrique.

b) Les entretiens

Le principal avantage de cette méthode est que l'entretien permet de mettre en évidence et d'interpréter les perceptions et les ambivalences du groupe étudié.

Pourquoi un échantillon de 18 personnes ?

- Nous avons essayé de faire un choix raisonné des personnes à rencontrer, en sélectionnant des critères qui concilient pertinence et significativité, tout en prenant en compte les contraintes de temps et d'accessibilité de chacun.
- Pour la difficulté d'analyse des entretiens semi-structurés avec des questions ouvertes et un volume de données important à traiter.
- Nous avons voulu faire trois groupes représentatifs des participants. Cependant, les médecins extérieurs et le personnel des urgences en lien avec la MMG sont beaucoup moins nombreux que les médecins installés volontaires sur le secteur. Nous souhaitions avoir trois groupes comprenant le même nombre de participants.

- Si un trop grand nombre d'entretiens est effectué le risque d'obtenir une redondance des réponses est important, ce qui correspond au phénomène de saturation des données (33).

Cet échantillon peut être critiqué sur sa taille et sur le fait que les participants ont été sélectionnés. Néanmoins, ce choix est justifiable car, afin d'obtenir des données fiables, il fallait que les personnes interrogées puissent répondre à toutes les questions. Il était donc indispensable qu'elles aient une connaissance et une expérience suffisantes de la structure.

Cette exigence a été respectée : seuls deux individus n'ont pas su répondre à deux des questions. Il s'agit de membres de l'équipe des urgences, non utilisateurs du bureau de la MMG, qui n'y sont jamais entrés. Ils ne se sentaient pas concernés ou jugeaient qu'ils ne pouvaient pas répondre à ces questions.

Un questionnaire de satisfaction n'est pas d'une grande puissance statistique. Cependant, l'étude approfondie et qualitative des données recueillies ainsi que la mise en place d'entretiens semi-structurés permettent d'obtenir, de manière quasi-exhaustive, les points de vue, les réflexions et les observations éventuelles des participants.

Le choix d'un questionnaire sous-entend une technique d'entretien structuré, qui comporte une suite de questions à réponses souvent fermées, préparées et planifiées dans un ordre déterminé. Ce type d'interview était plus simple en terme de temps passé pour l'entrevue, de temps d'analyse des réponses, mais aussi au vue de l'inexpérience de l'enquêteur. En effet, **un guide d'entretien** est une trame souple, qui ne contient que les thématiques à aborder et non des questions structurées comme il a été fait dans cette enquête (33).

Cependant, il nous paraissait tout de même intéressant d'avoir un véritable échange avec les participants. Nous avons donc choisi des grandes thématiques, divisées en plusieurs questions ouvertes et donc propices à la discussion. Ceci a permis d'obtenir une richesse des réponses, des relances et une interaction possible avec l'enquêteur. Les entretiens ont pu ainsi ouvrir sur des thèmes et des propositions qui n'étaient pas toujours mentionnées dans le questionnaire lui-même.

Le guide d'entretien (33) peut également être critiqué dans la mesure où il a été fait sous forme de questionnaire ouvert. Certains participants ont même souhaité le recevoir préalablement afin d'anticiper les thématiques abordées et pour « ne pas prendre trop de temps » le jour de l'entretien.

Cette manière de faire peut être reprochée à l'enquêteur.

Les **entretiens individuels** ont été proposés à chaque personne. Un participant a préféré le faire par mails interposés, comme une discussion en ligne. Pour les autres nous avons effectué des entretiens en tête-à-tête ou par téléphone. Il faut néanmoins noter que la durée des entretiens était équivalente, quelle que soit la méthode utilisée. Toutefois, 3 n'ont pas souhaité effectuer l'entretien (par faute de temps ou de disponibilité). Elles ont répondu par écrit au questionnaire qui leur a été transmis en faisant un réel effort rédactionnel pour expliquer clairement chacune de leurs réponses. Malheureusement, aucun échange n'a pu être engagé sur leurs réponses, qui ne peuvent pas être considérées comme des entretiens, même si elles ont été analysées en tant que telles.

Ainsi, nous avons pu organiser les entrevues comme des entretiens semi-structurés mais avec un « guide d'entretien » élaboré comme un questionnaire. De ce fait, les questions ouvertes ont permis de laisser la parole aux participants. Ils

choisissaient de répondre dans l'ordre des questions, ou étaient libres de discuter avec l'enquêteur qui prenait soin de revenir aux questions non abordées si cela était nécessaire. Les participants pouvaient alors passer d'une question à l'autre, y revenir ou reformuler...

L'entretien a donc les avantages de laisser la parole et une grande liberté d'expression aux participants en leur permettant d'aborder des thématiques non mentionnées dans le questionnaire et de laisser émerger des idées sans contrainte tout en approfondissant certains points. Mais la base du questionnaire a permis de servir de guide et de structurer l'entretien au mieux :

- pour une économie de temps face à des participants qui en avaient peu ;
- par sécurité et pour simplifier les entretiens, l'enquêteur étant novice dans ce type d'étude ;
- pour l'analyse des réponses qui est aussi plus simple lorsque des thématiques et questions précises sont abordées.

L'entretien permet d'analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratique dans la MMG, les événements auxquels ils sont confrontés dans cette structure (points positifs ou négatifs) ainsi que les propositions qu'ils peuvent formuler pour l'avenir et de détecter des besoins.

L'enquête s'est attachée à recueillir **des réponses sincères**. Pour cela, chaque participant a été informé que son nom ne serait pas divulgué et que seul l'enquêteur connaîtrait son identité et la correspondance avec les réponses. Ceci a été précisé à chaque personne, ce qui a permis une relative sincérité et une possibilité d'échanges constructifs.

Lors des entretiens, l'enquêteur s'est concentré à rester au maximum dans la neutralité pour ne pas influencer les réponses. Son travail consistait à poser des questions, effectuer des relances et demander des reformulations.

L'évaluation des réponses a fait apparaître un **phénomène de saturation** des données, qui correspond à une redondance de réponses semblables lors des entretiens (33). Celui-ci a été remarqué pour les thématiques suivantes :

- la salle d'attente commune,
- l'hygiène des bureaux,
- le délai d'attente,
- la sécurité dans les locaux.

2. Difficultés à récolter des données

Durant toute la durée de ce travail, nous avons eu beaucoup de difficultés à récolter des données chiffrées fiables concernant **la MMG et le service des urgences de Langon** car aucune de ces deux structures n'était informatisée à l'époque. Depuis le milieu de l'année 2012, la MMG s'est équipée d'un logiciel médical – HelloDoc – qui permet de tenir des dossiers patients et de faire des ordonnances informatisées, avec le soutien du Vidal.

Nous n'avons pu comparer les données de passage (VAD, régulation, réorientation...) depuis la création de la MMG car les données 2011 manquaient.

Cette analyse aurait été plus complète si nous avions pu récupérer l'activité des urgences de manière détaillée. Des données, comme le passage dans le service aux heures de permanence des soins, par exemple, auraient ainsi pu être comparées :

- d'une part, aux chiffres de la MMG pour évaluer l'impact réel de cette dernière sur le flux de patients des urgences ;
- d'autre part, aux cotations CCMU1 des urgences, qui représentent les actes pouvant être effectués par la MMG.

Ces comparaisons pourraient, à l'avenir, faire l'objet d'un travail complémentaire à celui-ci car le service des urgences s'est équipé d'un logiciel de travail et de recueil des données de passage, en 2013.

Le sujet de cette thèse a donc évolué depuis son choix en Mai 2012.

B. Les résultats

1. Analyse de l'activité et du fonctionnement de la Maison Médicale de Garde de LANGON

a) Atteinte des objectifs de la MMG

La progression du passage à la MMG :

L'activité de la MMG ne fait que croître d'année en année. Il est à noter une progression de +15,04% entre 2010 et 2012.

Le passage dans le service des urgences ne cesse d'augmenter lui aussi (+6,98% entre 2010 et 2012) avec une croissance plus importante les week-ends et jours fériés (+15,31% sur ces deux années). Du point de vue national, le passage dans les SAU ne cesse de croître et celui de Langon n'en est donc que le reflet (6,18,34).

Nous constatons ici que l'activité des deux structures augmente en parallèle.

Il ne peut donc pas être conclu à un réel impact de la MMG sur le flux des urgences, par manque de données. En outre, nous pouvons dire que la MMG ne fait pas diminuer leur passage mais le fluidifie car la demande de soins non programmés progresse sur le secteur.

Peu de réorientation des patients :

La bonne régulation préalable par le SAMU et l'IOA des patients de la MMG est représentée par le taux significatif de retour à domicile des patients après consultation d'un médecin généraliste (96,16%). Seulement 3,35% sont réorientés vers les urgences adultes ou pédiatriques.

De plus, l'avantage est que le peu de patients réorientés n'a qu'une salle d'attente à franchir entre les deux structures. La réorientation est rapide et bien coordonnée avec l'équipe des urgences qui en a l'habitude. Ainsi, le médecin généraliste transmet le dossier du patient et peut communiquer en direct avec les urgentistes. Les enfants sont, si nécessaire, orientés vers l'hôpital des enfants à Bordeaux.

Efficacité du tri effectué par l'IOA :

Selon l'enquête, le rôle de l'IOA apparaît comme étant primordial pour les personnes interrogées.

Les IOA se basent sur une grille d'orientation pour diriger les patients (Cf. Annexe 7). Les entretiens indiquent que les enquêtés en sont plutôt satisfaits, vu l'affluence de patients qui viennent sans régulation préalable.

Peut-être faudrait-il retravailler cette grille ? Certains médecins souhaiteraient y voir un peu de petite traumatologie ne nécessitant pas toujours un examen complémentaire. Il pourrait, par exemple, être envisagé d'inclure les critères d'Ottawa pour les entorses de cheville.

La répartition des positions et créneaux de garde :

L'activité de la MMG est plus concentrée sur les week-ends, les ponts et les jours fériés. La MMG est surtout sollicitée en journée jusqu'à 20h avec une moyenne de 26 passages les samedis, et 31 à 38 passages les dimanches et les jours fériés. Quant aux soirs - de 20H à minuit - que ce soit en semaine ou les week-ends, le passage est toujours le même avec une moyenne de 6 patients.

A l'heure actuelle, deux médecins effectuent la garde en journée jusqu'à 20h, puis un seul termine la garde sur place. Nous voyons que cette organisation paraît correcte au regard de l'affluence et logique pour les participants à l'enquête.

En effet, les 26 à 38 passages répartis entre les deux médecins représentent une moyenne de durée de consultation tout à fait acceptable. Ce nombre de patients à traiter n'engendre pas de pénibilité (affluence moyenne) et une rentabilité correcte pour chacun des médecins, dans la mesure où le partage des patients entre praticiens est correctement effectué. Cette organisation paraît judicieuse.

Comme le prévoit le cahier des charges des MMG (28), la majorité des gardes sont effectuées par des médecins du secteur, même si des médecins installés hors-secteur peuvent y participer. Les remplaçants effectuent 1 à 10 garde(s) à l'année ; alors que les praticiens installés en font jusqu'à 20. 7 d'entre eux en réalisent plus de 41 ; mais ce sont surtout des astreintes de 2^{ème} et 3^{ème} position.

Seuls 2 médecins installés effectuent majoritairement plus de gardes le WE et les jours fériés que les autres médecins ; ceci, par choix de leur part, en s'inscrivant sur les plannings de gardes.

C'est l'avantage de ce type d'organisation : les médecins peuvent faire plus ou moins de gardes en fonction de leur besoin et de leur disponibilité qui peuvent varier selon les périodes. C'est ce qui ressort dans les entretiens. L'avantage est de pouvoir diviser la garde en créneaux de 4 heures, que beaucoup apprécient. Cela permet de compléter plus facilement des gardes non pourvues.

Peu de visites à domicile :

Les visites à domicile sont réservées aux visites dites « incompressibles » et sont systématiquement régulées par le Centre 15. Elles ne représentaient que 2,97% de l'activité en 2012. C'est un confort pour le médecin d'astreinte, quand on considère la grande taille du secteur qu'il doit couvrir.

Cet avantage n'a pas été systématiquement reconnu par les médecins, dans les entretiens. Ces derniers se plaignent davantage du temps perdu lors des déplacements et du manque d'information lors des transmissions du SAMU, qu'ils n'apprécient la régulation et le tri préalable effectués par le Centre 15.

Les chiffres montrent, tout de même, que ces VAD sont très peu nombreuses par rapport à une garde de ville classique et restent un des modes de fonctionnement de la médecine générale et ne sont pas vouées à disparaître.

Efficacité du système :

Depuis la création de la MMG, il est remarquable qu'il n'y ait jamais eu besoin de procéder à des réquisitions (jusqu'à novembre 2013 fin du recueil des données). Les

seuls créneaux qui n'ont pas été pourvus n'ont jamais enlevé de présence d'effecteurs à la MMG : il y a toujours eu, au moins, un médecin sur toute l'année et donc aucun retentissement pour la prise en charge des patients.

Diminution du coût de la PDS ambulatoire pour l'Assurance Maladie :

L'Assurance Maladie économise deux médecins de garde sur le secteur.

En effet, le territoire couvert par la MMG est le regroupement de 5 secteurs de garde, et elle fonctionne seulement avec trois médecins d'astreinte tous les jours. Ce qui correspond à une économie de 50€ X 365 jours X 2 médecins = 36 500€ par an ; soit, quasiment la subvention du FIR (39 980€ par an) allouée au fonctionnement de la MMG.

Concernant la probable diminution du flux vers les urgences, il est difficile de donner des chiffres précis sur l'économie que cela représente. Nous savons, qu'en moyenne, le coût des actes générés à l'occasion d'un passage aux urgences est estimé à environ 85€ hors ATU (forfait Accueil et Traitement des Urgences).

Le tarif de l'ATU s'élève à 25,32€ depuis l'arrêté « tarifaire » du 22 *Février 2013* publié dans le *Journal Officiel*. L'ATU vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les urgences des établissements de santé.

Un ATU est versé pour chaque passage aux urgences pour des soins non programmés et non suivis d'hospitalisation dans un service ou en UHCD. Il s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles (35). Le forfait ATU représente 12 à 15% de la rémunération des urgences et, de leur nombre découlera le montant du FAU de l'année suivante (Forfait Annuel Urgences), ce qui correspond à la tarification à l'activité (T2A) (36).

Cette facturation est souvent source de malentendus entre les services d'urgence et les MMG implantées à l'intérieur. Les ATU sont d'ailleurs représentés par les passages CCMU 1 ou 2 qui ne nécessitent pas d'hospitalisation et qui représentent la population de patients typique de la MMG.

Un patient, vu en consultation à la MMG après régulation, paie entre 49,50€ et 65,50€ ; une partie est prise en charge par l'Assurance Maladie et le reste par les mutuelles de santé.

Il aurait été intéressant de connaître la diminution du passage aux urgences aux heures d'ouverture de la MMG pour calculer l'économie engendrée par ce système.

b) Les difficultés rencontrées

L'accès des patients à la MMG :

Plus des $\frac{3}{4}$ des patients de la MMG (86,7%) se rendent directement à l'accueil des urgences sans avoir appelé le centre 15 : ils n'ont donc pas bénéficié de régulation médicale préalable. Ceci met en exergue le rôle primordial de l'IOA car, si elle n'était pas présente, nombre de ces patients seraient enregistrés pour les urgences alors qu'ils ne nécessitent pas de prise en charge hospitalière.

Il apparaît donc indispensable que, sur les créneaux de PDS, seule une IOA puisse effectuer ce tri, et non du personnel non infirmier n'ayant pas été formé. Les patients ont souvent du mal à juger par eux-mêmes si leur état nécessite une prise en charge par un généraliste ou un urgentiste (16). De ce fait, ils ne comprennent pas toujours l'orientation effectuée par l'IOA alors qu'ils se rendaient aux urgences. Une meilleure information des patients est donc indispensable.

Manque d'information des patients sur le fonctionnement de la PDS ambulatoire :

Bien souvent, pour des problèmes non vitaux, les patients n'osent pas composer le 15 ou n'en ont pas le réflexe. Etant donné que le nom du médecin de garde ne figure

plus dans le journal local (qui n'indique plus que la phrase « contacter le centre 15 »), ils se rendent directement au SAU de l'hôpital Pasteur, par commodité et habitude.

Pour remédier à cela, il faudrait améliorer l'information sur l'accès au médecin de garde, au niveau national, mais aussi et simplement sur le secteur. Les patients pourraient être sensibilisés via les médias les plus populaires comme le journal ou l'hebdomadaire local.

Cette information doit aussi se faire, sur place, en expliquant aux patients le déroulement d'une consultation de médecine générale durant la PDS ainsi que le paiement des actes.

Les positions 2 et 3 :

Nous remarquons que le volontariat est détourné par certains médecins qui ne font que des gardes en positions 2 les soirs de semaine ou de réservistes en position 3.

Ainsi, mis à part quelques cas (concernant la position 2), ils ne sont pas amenés à intervenir sur les lieux de la MMG et restent à leur domicile ; mais ils sont tout de même comptés comme participants volontaires à la PDS du secteur. Ils ne sont contactés que s'il y a des VAD que le médecin sur place ne pourrait effectuer, ou bien, qu'un ou deux des médecins du week-end ne peut(ven)t assurer sa (leur) garde. Ces médecins représentent 17% des effecteurs, soit 7 médecins sur 42.

Ce n'est pas le système des positions 2 et 3 qui est remis en cause, mais plutôt la facilité de rester sur ses deux positions sans réellement participer au travail. Nous avons vu qu'il n'y a jamais eu d'absence à la MMG, et que les gardes ont toujours été pourvues : les médecins se sont toujoursentraïdés.

2. Les participants à la Maison Médicale de Garde de Langon

a) Qui sont-ils ?

Les médecins installés :

La population médicale française est vieillissante et se féminise (4). Ceci est représentatif dans le groupe de médecins qui ont participé à la PDS en 2012 avec :

- 8 médecins installés qui ont plus de 61 ans et sont proches de la retraite ;
- la majorité des médecins a plus de 51 ans ;
- leur moyenne d'âge est de 50 ans ;
- la majorité des médecins effecteurs femmes ont moins de 40 ans ;
- elles représentent la majorité des médecins de moins de 49 ans qui participent à la PDS du secteur.

Ainsi, la population des effecteurs de la PDS de Langon est représentative de la démographie médicale sur le territoire français. Elle met en avant une féminisation, un vieillissement et une raréfaction du nombre de médecins. Ceci risquera de poser un problème, dans quelques années, si les 8 médecins de plus de 61 ans partent à la retraite sans être remplacés.

L'enquête montre, tout de même, que certains nouveaux médecins se sont installés dans le secteur grâce au système de garde de la MMG.

En effet, en Aquitaine, un des principaux critères motivant l'installation est une bonne organisation de la PDS (5), comme dans les structures du type MMG avec un regroupement de secteurs et une limitation du nombre de gardes à l'année. Cette organisation engendre une meilleure qualité de vie.

L'attraction de la MMG pour des médecins hors du secteur :

En 2012, deux médecins exerçant en dehors du secteur venaient effectuer des gardes à la MMG. Un troisième s'est porté volontaire au début de l'année 2013. Ce type de structures attire donc également des médecins « extérieurs ». Ces deux praticiens ont effectué 8% du volume de gardes de 2012, ce qui montre leur intérêt pour ce système.

Le volontariat :

Depuis la création de la MMG le nombre de médecins du secteur participants a diminué au profit des médecins hors-secteur et des remplaçants dont le nombre a doublé. Certains confrères sont partis à la retraite et n'ont pas été remplacés, d'autres se sont portés non volontaires ou encore ne participent plus au planning de gardes.

En 2012, ils ont été 28 à ne pas effectuer de gardes (2 se font toujours remplacés). 10 d'entre eux se sont portés non-volontaires au Conseil de l'Ordre et sont réquisitionnables en cas de manque d'effectif. 16 ne participent pas et ne sont pas déclarés au CDOM.

En effet, le système de la MMG n'inclut, dans les plannings de gardes, que les membres de l'association PSS-33. Le partage des gardes ne se fait plus entre médecins du secteur mais entre membres de l'association.

Quelques médecins non adhérents à l'association ne peuvent être réquisitionnés, bien qu'ils ne fassent pas de garde.

Pourtant, lorsque le CDOM de la Gironde et l'association PSS-33 ont rencontré des difficultés à remplir les plannings pour les gardes, au moment des fêtes de fin d'année en 2011 et 2012, ils ont motivé ces derniers à jouer le jeu et à se porter réellement non-volontaires. 10 de ces 16 ont fait cette démarche au début de l'année 2013.

Le volontariat est pourtant, comme le stipule le Code de la Santé Publique, indispensable au bon fonctionnement d'une permanence des soins.

Les remplaçants :

Ils représentent 37% des effecteurs de la PDS sur le secteur et leur nombre ne cesse de croître depuis la création de la MMG. Ils sont relativement jeunes puisque la majorité d'entre eux a moins de 30 ans et que seulement 2 ont plus de 41 ans.

Il faut noter que l'un d'entre eux est un médecin retraité qui fait des remplacements.

Ils effectuent 17% des gardes sur les créneaux qui représentent le plus d'activité et qui sont évités par les médecins installés (les week-ends et les jours fériés).

Ils trouvent en ces lieux :

- une sécurité ;
- l'avantage d'un lieu fixe (pratique ; indépendance par rapport au médecin qu'ils remplacent ; pas de nécessité de se rendre au cabinet du médecin remplacé, ...) ;
- des gardes lucratives avec une moyenne d'actes intéressante et supérieure aux gardes de ville sur d'autres secteurs.

L'attractivité de cette structure aide grandement les médecins qui souhaitent se faire remplacer pour leurs gardes. On constate que 2 d'entre eux se font toujours remplacer. Ils peuvent donc être considérés comme des « prête-noms ». Ils restent néanmoins engagés dans le système de PDS du secteur.

Cette structure permet à ces médecins de rencontrer de nouveaux remplaçants et peut, à termes, susciter des vocations d'installation en secteur rural.

b) Leurs satisfactions

Les entretiens montrent clairement de nombreux points de satisfaction. Les médecins apprécient, entre autres :

- « les gardes à la carte » et les bonnes conditions de travail ;
- la sécurité des lieux et des gardes, avec peu de VAD ;
- la possibilité de se faire remplacer facilement pour les médecins du secteur ;
- la satisfaction des patients grâce à une bonne orientation et un temps d'attente réduit.

c) Leurs attentes

Les principales attentes du personnel de santé qui a participé aux entretiens sont les suivantes :

- la réorganisation de la MMG et des locaux ; avec, principalement, une salle d'attente différente ou séparée de celle des urgences ; et plus de matériel à disposition
- l'amélioration de l'information aux patients ;
- et pour certains, la modification des horaires d'ouverture (samedi matin).

VII. Propositions et perspectives d'avenir

Les propositions des participants sont une chose, mais la possibilité de réalisation en est une autre... Surtout en terme de budget.

Nous avons pu faire une synthèse de ce qui fonctionne, ou non, et de ce qui pourrait être modifié.

Ce qu'il en ressort :

- L'information aux patients dans les locaux :

Il faudrait proposer une information claire et lisible répartie sur plusieurs lieux : accueil, salle d'attente et dans les bureaux de la MMG. Cette information doit concerner :

- le fonctionnement de la MMG pour la permanence des soins ambulatoires, et insister sur son indépendance par rapport aux urgences ;
- le tri et l'attente, avec l'ordre de passage en différenciant les patients de la MMG de ceux des urgences en proposant des tickets avec une numérotation d'ordre de passage ;
- le paiement des actes avec un affichage clair des tarifs et des moyens de paiement. Il faudrait favoriser le tiers payant sur la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO). D'où l'intérêt pour les remplaçants de passer la convention avec l'ARS (Cf. Annexe 8) pour gérer les feuilles de soins.

- L'information à la population :

La régulation du passage, par le Centre 15, devrait être systématique pour la MMG mais aussi pour les urgences. Mais pour cela, il faudrait faire une campagne d'information d'ampleur nationale sur l'utilisation du 15, ainsi que sur le fonctionnement des urgences et de la permanence des soins ambulatoires.

Dans le cadre des MMG :

- Faut-il promouvoir l'accès direct aux patients avec tri effectué par l'IOA ?
- Ou bien, faut-il une régulation systématique par le centre 15 ?

A l'heure actuelle, les journaux locaux ne mentionnent pas la MMG de Langon mais stipulent de composer le 15. Or, la population assimile encore le 15 à l'urgence vitale...

Ne serait-il pas alors plus judicieux de diffuser l'adresse de la MMG ? Ou de l'accueil des urgences ? Et, à ce moment-là, de proposer l'appel au 15 en cas de difficulté ou pour un conseil ?

- L'emplacement dans l'établissement :

La MMG doit rester à la fois proche des urgences mais visiblement dissociée.

- L'accueil devrait rester commun entre la MMG et le SAU, avec une IOA présente durant l'ensemble des créneaux de la PDS ambulatoire. N'oublions pas qu'une partie de son salaire est payé par la MMG, et que son rôle est primordial pour les deux structures. De plus, deux accueils signifieraient une création de poste supplémentaire d'IOA et donc un coût supplémentaire et des difficultés pour la réorientation des patients vers les urgences.
- La salle d'attente de la MMG devrait être indépendante.

Par contre, si les structures sont un peu plus éloignées géographiquement et que l'accueil reste commun, il sera indispensable de mettre en place un moyen de communication entre l'IOA et le médecin. En effet, pour informer de l'arrivée de nouveaux patients et remplacer le cahier d'accueil, le format informatique avec un agenda électronique est sûrement le moyen le plus approprié.

- Il ne faudrait pas trop éloigner la MMG de l'accueil pour 2 raisons :
 - o la sécurité
 - o et éviter que les patients se rendent directement à la MMG sans tri préalable par l'IOA.
- En ce qui concerne la réorientation des patients, il faudrait une procédure standardisée : communication directe avec le médecin urgentiste, et création d'une filière d'attente différente de celle des urgences.
- Les bureaux de la MMG et leur personnalisation :
 - Ces bureaux devraient être :
 - o personnalisés, avec des notices informatives ou posters médicaux ;
 - o réorganisés autour de la table d'examen pour faciliter l'exercice ;
 - o accessibles pour pouvoir accueillir des patients à mobilité réduite, comme le stipule la *loi du 11 Février 2005 pour l'égalité des droits, des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées* ; et la *circulaire interministérielle n°2007-53 du 30 novembre 2007* (37,38).
 - Proposer une cotisation supplémentaire pour l'achat de plus de matériel.
 - L'information sous forme d'une notice disponible dans chaque bureau devrait être utile aux médecins participants. En effet, beaucoup confient ne pas savoir se servir de l'informatique, et où ranger le matériel à disposition. Tout ceci devrait être consigné par écrit et laissé à disposition dans les bureaux. De plus, régulièrement des médecins remplaçants participent mais ne connaissent pas bien le fonctionnement et l'utilisation de l'ordinateur.
 - Ne faudrait-il pas proposer quelques mises à jour pour certains médecins en informatique et maniement du logiciel HelloDoc ? Par exemple, en proposant une formation continue du logiciel...

- Le médecin réserviste :

Le réserviste, médecin de 3^{ème} position les soirs de semaine est-il bien utile ? Sachant que le médecin de 2^{ème} position est chez lui à attendre si besoin pour effectuer les VAD ou remplacer le médecin de 1^{ère} ligne s'il a un empêchement de dernière minute. De plus, il serait souhaitable que tous les médecins effectuent des gardes en position 1 et non pas seulement des positions 2 ou réservistes.

- Un accès au laboratoire :

Il devrait être possible d'accéder au laboratoire pour les prélèvements type ECBU. Par contre, ce n'est pas aux urgences de gérer les résultats.

Ce résultat peut être traité :

- par le médecin de garde ce qui correspondrait à un suivi du patient (difficile pour les médecins remplaçants) ;
- par le médecin traitant du patient qui prendrait la suite (difficile si le patient n'est pas de la région).

- La modification des horaires d'ouverture :

Il paraît pertinent que la MMG soit ouverte les soirs de semaine jusqu'à minuit ainsi que les WE et jours fériés.

Les seules revendications sont pour certains médecins la possibilité d'une ouverture le samedi matin. Ceci ne fait pas l'unanimité car beaucoup de cabinets restent tout de même ouverts pour leurs patients.

Les gardes pendant les ponts, par contre, sont indispensables afin de permettre la fermeture des cabinets.

VIII. Conclusion

La MMG de Langon paraît être une solution tout à fait adaptée à la permanence des soins dans ce secteur rural. Elle répond aux problématiques avec une :

- mutualisation des territoires de garde ;
- organisation de la PDS ;
- diminution du nombre de gardes par médecin ;
- facilité de remplacement.

Tous ces critères favorisent l'adhésion à ce type de structure, et à l'installation de nouveaux médecins en campagne, en améliorant leur qualité de vie. Il en ressort que quelques médecins nouvellement installés ont fait le choix de la ruralité surtout par rapport à l'organisation de la permanence des soins. On peut aller plus loin en disant que les MMG sont une solution nationale aux problématiques de permanences des soins, aux vues de la conjoncture actuelle de la profession, en raison d'un vieillissement et d'une féminisation de la population médicale.

Ce travail nous a permis de nous rendre compte de ce qu'est une maison médicale de garde implantée dans un service des urgences, de ses avantages, de ses inconvénients et de son organisation. Le choix de son implantation dans un SAU facilite l'orientation, la réorientation des patients et sécurise les gardes ambulatoires.

L'activité de la MMG de Langon progresse d'année en année ; tout comme celle du SAU. La demande de soins non programmée sur le secteur est en augmentation permanente. Il est donc indispensable de rassembler les structures et les pratiques pour répondre à cette demande toujours croissante.

La satisfaction générale des participants ressort nettement, même si la collaboration et la cohabitation entre la ville et l'hôpital n'est pas toujours évidente, elle est nécessaire, et encouragée par les autorités, pour répondre aux besoins de santé actuels. Tous les professionnels s'y retrouvent :

- les médecins installés (moins de gardes, facilités de remplacement),
- les remplaçants (lieu fixe, gardes lucratives, intérêt du travail),
- le personnel des urgences (sentiment de désengorgement du flux aux heures de la PDS).

La régulation devrait être systématique, mais tant que la population ne sera pas familiarisée avec le Centre 15 cela restera compliqué. De ce fait, le rôle de l'IOA est très important dans la cohérence du travail avec les urgences.

En attendant, il faut promouvoir la structure elle-même et donner une information adéquate afin que la population du secteur connaisse et comprenne le fonctionnement de la MMG.

La Maison Médicale de Garde est un lieu unique, novateur et indispensable sur le vaste territoire de garde de Langon.

Nous espérons que cette thèse pourra apporter des éléments de réflexion pour pérenniser cette structure et motiver la création d'autres MMG en Aquitaine. De plus, il serait intéressant de poursuivre ce travail pour montrer l'impact réel de la MMG sur le flux des urgences en heures de PDS et sur les actes CCMU1 voir 2 et explorer le point de vue des patients. Ainsi, voir l'évolution de son organisation dans le temps et évaluer la pertinence de ce travail sur les pratiques.

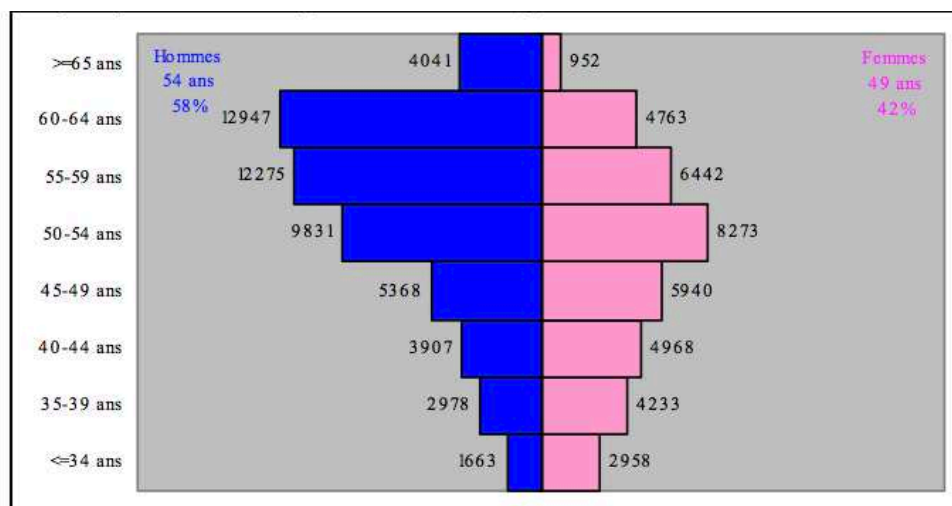
BIBLIOGRAPHIE

1. Article 47 (article R.4127-47 du Code de la Santé Publique). Code de Déontologie médicale.
2. Article 77 (article R.4127-77 du Code de la Santé Publique). Code de Déontologie médicale.
3. Article 2 (article R.4127-2 du Code de la Santé Publique). Code de Déontologie médicale.
4. Dr Romestaing P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins.
5. ORS AQUITAINE. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux. Observatoire Régional de la Santé; 2011.
6. Cour des Comptes. Les urgences médicales : constats et évolution récente, extrait du rapport annuel de la cour des comptes [Internet]. 2007 Jan p. 313-40. ladocumentationfrancaise.fr
7. Fauvet L. Les médecins au 1er Janvier 2012 n°796. DRESS; 2012.
8. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES; 2009.
9. DREES. L'exercice de la médecine générale libérale n°610. 2007.
10. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 2003 Jan.
11. Mattei JF. Plan Urgences. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003.
12. Raffarin J-P. Décret n°2003-880 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 Santé Publique. Conseil d'état; 2003.
13. Raffarin J-P. Décret n°2005-328 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'Etat) [Internet]. Conseil d'état; 2005. legifrance.gouv.fr
14. IGAS/IGA. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. 2006 Mar. Report No.: 2006 029 et n° 006-07-02.
15. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. n°72. DREES; 2000.
16. Baudeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. n° 215. DREES; 2003.
17. Grall JY. Mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins. 2007 Août.
18. Grall JY. Evaluation du plan urgences 2004-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités; DHOS; 2007.
19. ARS Aquitaine. Cahier des charges de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Aquitaine. 2012.
20. Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009. legifrance.gouv.fr
21. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Argumentaire et Recommandations. 2011.
22. Fillon F, Bachelot R, Baroin F. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins [Internet]. Journal Officiel de la

République Française; 2010. legifrance.gouv.fr

23. Bachelot R. Décret n°2010-810 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires [Internet]. Journal officiel de la république française n°0163; 2010. legifrance.gouv.fr
24. CNOM. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en Janvier 2013. 2013.
25. Douste-Blasy P, Bertrand X. Arrêté du 26 Mai 2005 portant approbation à l'avenant n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes. 2005.
26. Arrêté du 20 Avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecins ambulatoire [Internet]. 2011. legifrance.gouv.fr
27. Grall JY. Les maisons médicales de garde. 2006 Juillet.
28. DHOS. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n°2007-137 du 23 Mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. 2007.
29. Circulaire n°SG/2012/145 du 9 Mars 2012 relative aux modalités de mise en oeuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale; 2012.
30. ARS Aquitaine. Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS). 2011.
31. SFMU. Référentiel Infirmière Organisatrice de l'Accueil. 2004 Mar 15;p1-48.
32. Chène G, Coureau G, Saves M. Principaux outils en statistique. ISPED, Bordeaux Segalen; 2012 Sep.
33. Alami S, Desjeux D, Garabuau-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives. 2ème édition. PUF; 2013.
34. ARS. SROS projet régional de santé Aquitaine 2012-2016.
35. Ministère de la santé et des sports. Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé - Forfait accueil et traitement des urgences "ATU" [Internet]. 2009 Sep p. 42-4. santé.gouv.fr
36. IGAS. Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux.
37. Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales et de la santé. Circulaire interministérielle n°2007-53 DGUHC du 30 Novembre 2007 relative à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation. 2007 Nov.
38. Ministère de l'écologie, du développement durable et de l'énergie, Ministère des affaires sociales et de la santé. Les locaux professionnels de santé : réussir l'accessibilité. Etre prêt pour le 1er Janvier 2015. 2012 Juillet.

Annexe 1 : Pyramide des âges des médecins généralistes sur le territoire français au 1^{er} janvier 2013 (4)



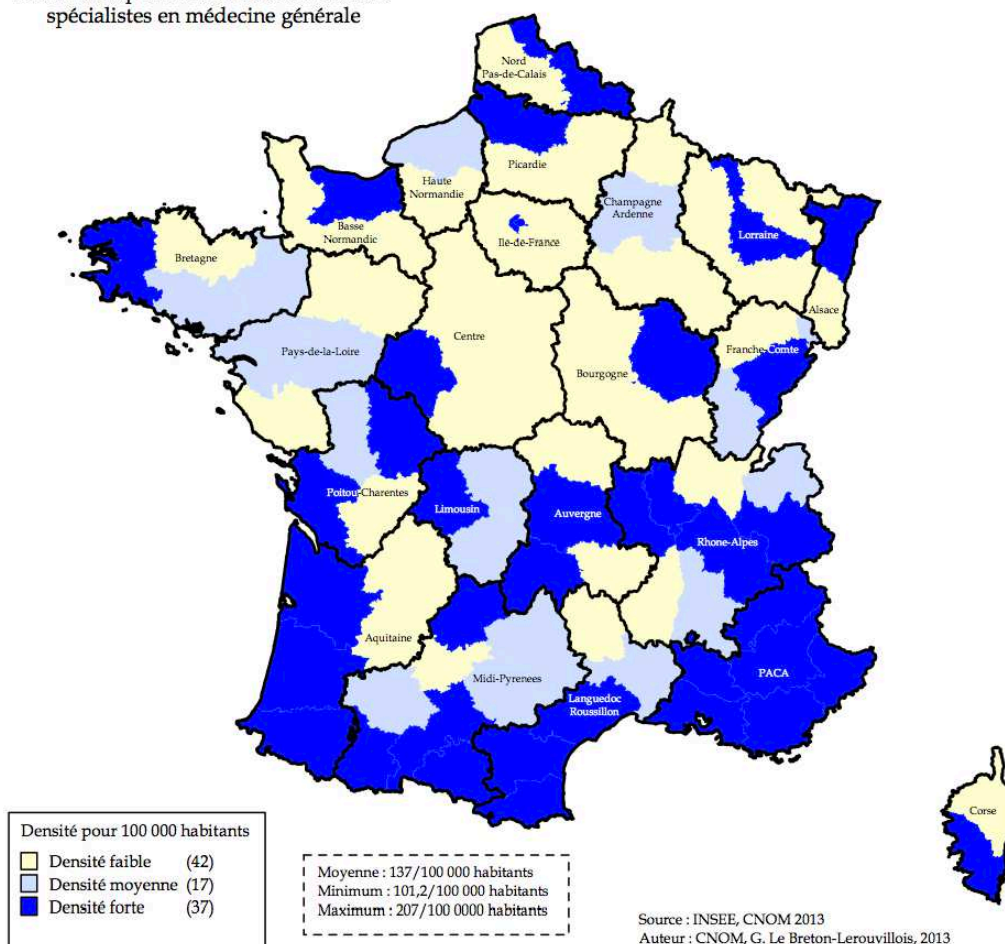
Graphique 1 : issu de l'Atlas de la démographie médicale en France ; 1^{er} Janvier 2013 (4)

Annexe 2 : Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU)

Classe	Définition
CCMU 1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et abstention d'actes complémentaires diagnostiques et thérapeutiques aux urgences (exemple : état grippal, traumatisme crânien bénin sans perte de connaissance).
CCMU 2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences (exemple : pneumonie non compliquée).
CCMU 3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver dans l'immédiat, n'engageant pas le pronostic vital et décision d'acte diagnostique ou thérapeutique aux urgences (exemple : douleur angineuse avec modification électro cardiographique).
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : œdème aigu du poumon avec défaillance respiratoire)
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation aux urgences (exemple : arrêt cardiorespiratoire)
CCMU D	Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences
CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

Annexe 3 : Densités départementales des médecins généralistes en France au 1^{er} janvier 2013 (4)

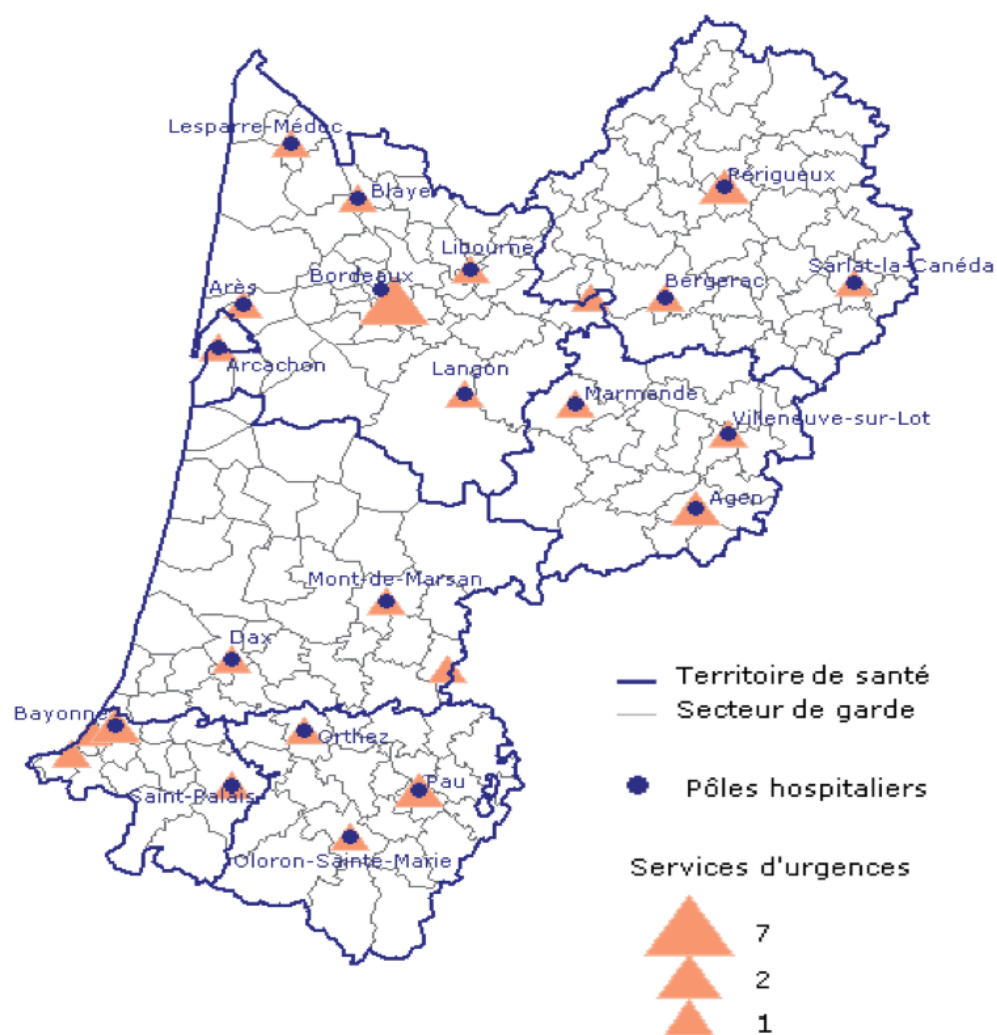
Densités départementales des médecins spécialistes en médecine générale



Annexe 4 : Présentation du secteur de garde 603 de la MMG de LANGON

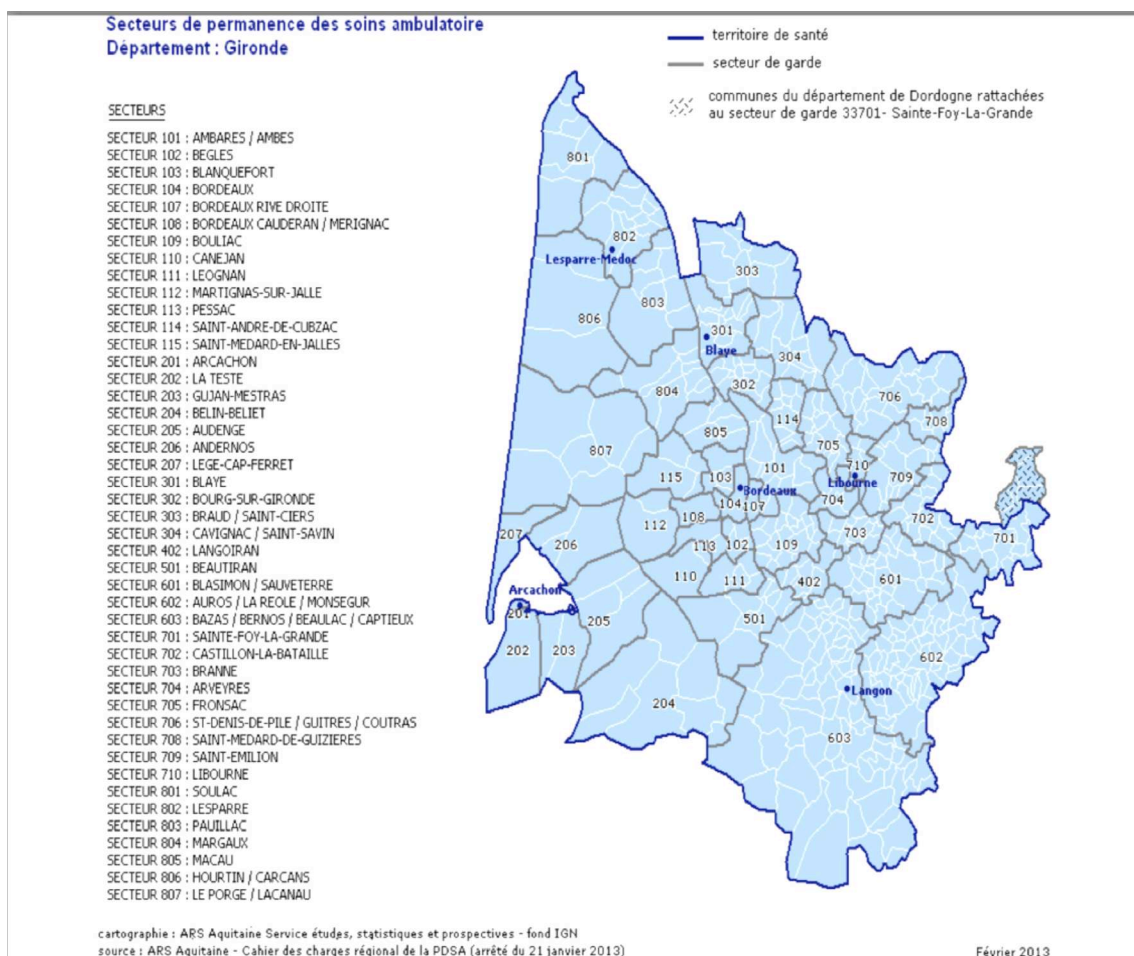
Sectorisation en Aquitaine (30) :

• Secteurs de garde des médecins généralistes libéraux au 01/01/2011 et implantation des services d'urgences



Source : ARS Aquitaine - Arrêtés d'autorisations (dernière actualisation : novembre 2010)
Cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN

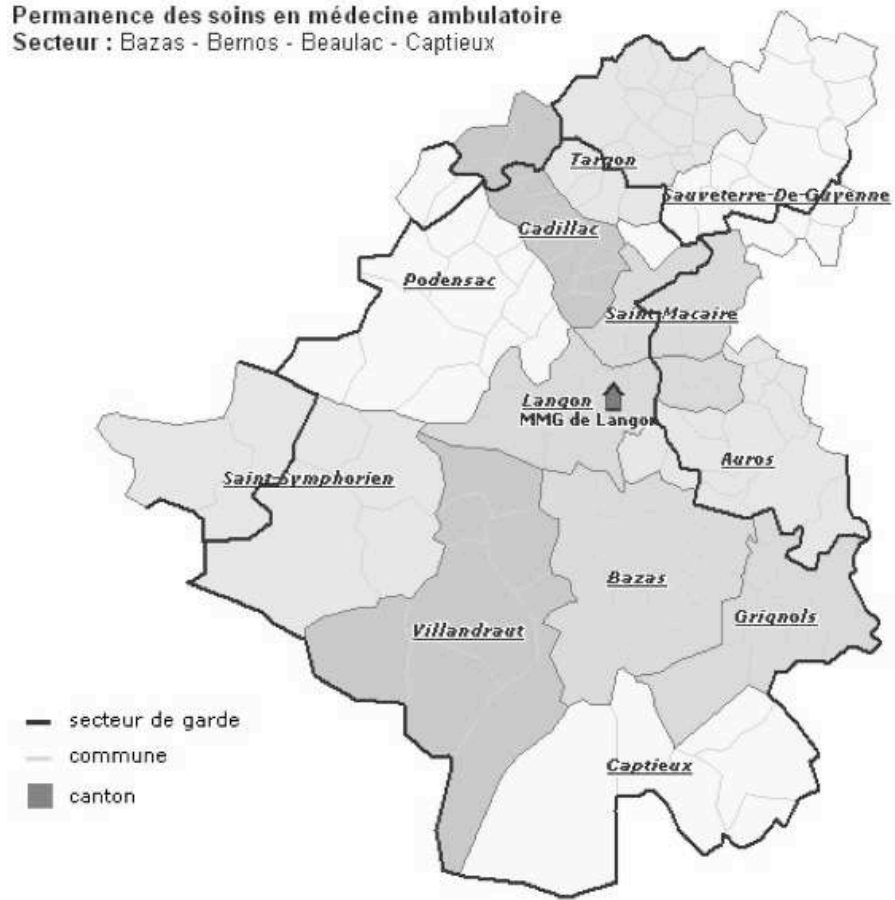
Sectorisation en Gironde Février 2013 source ARS Aquitaine :



Le secteur N°603 en Février 2013 source ARS Aquitaine :

Permanence des soins en médecine ambulatoire

Secteur : Bazas - Bernos - Beaulac - Captieux



cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN
source : ARS Aquitaine - Cahier des charges régional de la PDSA (arrêté du 21 janvier 2013)

Février 2013

Les communes rattachées au secteur 603 :(19)



N° SECTEUR	INTITULE SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHEES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITES SPECIFIQUES D'EFFECTION
33603	Bazac- Bernos Beaulac – Captieux Maison médicale de garde de Langon	1	<p>Canton de Bazas BAZAS SAINT-COME GAJAC LE NIZAN SAUVIAC LIGNAN-DE-BAZAS MARIMBAULT AUBIAC BIRAC CAZATS CUDOS GANS BERNOS-BEAULAC</p> <p>Canton de Captieux CAPTIEUX ESCAUDES GISCOS GOUALADE SAINT-MICHEL-DE-CASTELNAU LARTIGUE</p> <p>Canton de Grignols GRIGNOLS CAUVIGNAC COURS-LES-BAINS LABESCAU LAVAZAN LERM-ET-MUSSET MARIONS MASSEILLES SENDETS SILLAS</p> <p>Canton d'Auros BROUQUEYRAN COIMERES</p> <p>Canton de Villandraut NOAILLAN PRECHAC</p>	CH Pasteur – Langon	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	



N° SECTEUR	INTITULE SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHEES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITES SPECIFIQUES D'EFFECTION
	Bazac- Bernos Beaulac – Captieux (suite) Maison médicale de garde de Langon		<p>UZESTE VILLANDRAUT CAZALIS BOURIDEYS LUCMAU POMPEJAC</p> <p>Canton de Saint Symphorien SAINT-SYMPHORIEN BALIZAC ORIGNE SAINT-LEGER-DE-BALSON</p> <p>Canton de Langon LANGON TOULENNE MAZERES ROAILLAN FARGUES SAINT-PIERRE-DE-MONS LEOGEATS SAUTERNES BOMMES</p> <p>Canton de Saint Macaire SAINT-MACAIRE VERDELAIS LE PIAN-SUR-GARONNE SAINT-MARTIAL SAINT-GERMAIN-DE-GRAVE SAINT-MAIXANT SEMENS</p> <p>Canton de Cadillac CADILLAC BEGUEY RIONS LOUPIAC SAINTE-CROIX-DU-MONT GABARNAC MONPRIMBLANC CARDAN</p>			

N° SECTEUR	INTITULE SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHEES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITES SPECIFIQUES D'EFFECTION
	Bazac- Bernos Beaulac – Captieux (suite) Maison médicale de garde de Langon		LAROQUE OMET DONZAC VILLENAVE-DE-RIONS <u>Canton de Sauveterre de</u> <u>Guyenne</u> MOURENS <u>Canton de Targon</u> SAINT-PIERRE-DE-BAT SOULIGNAC ARBIS ESCOUSSANS <u>Canton de Podensac</u> BARSAC CERONS ILLATS LANDIRAS PODENSAC PREIGNAC VIRELADE SAINT-MICHEL-DE-RIEUFRET GUILLOS PUJOLS-SUR-CIRON BUDOS			

Annexe 5 : Convention entre la MMG de Langon et le CH Sud-Gironde

CONVENTION

Relative à la MAISON MEDICALE DE GARDE
Située sur le site de LANGON du Centre hospitalier SUD GIRONDE

Entre

Le Centre Hospitalier Sud Gironde
Représenté par Madame Marie-Noëlle BOUCHAUD, Directrice

Et

L'Association Permanence Santé Sud-33
Représentée par le Docteur Eric PEAN

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente convention résulte d'un accord entre la Direction, le chef du pôle Urgences-SMUR-Surveillance continue du Centre Hospitalier Sud Gironde et l'association Permanence Santé Sud-33. Elle annule et remplace la précédente convention passée entre le Centre Hospitalier Sud Gironde et l'association Permanence Santé Sud-33 signée le 2 janvier 2010. Elle pour objet de définir les conditions de collaboration entre le Centre Hospitalier Sud Gironde, site de LANGON, et l'association Permanence Santé Sud-33, en vue de participer à la permanence des soins avec le service des Urgences de Langon, en accord avec le SAMU de la Gironde.

Article 2 : Amplitudes

L'organisation de la permanence libérale des soins suppose, sur le site de Langon du Centre Hospitalier Sud Gironde, la mise à disposition de locaux sur les amplitudes suivantes :

- de 20h à 24h du lundi au vendredi
- de 8h à 24h les dimanches, jours fériés et ponts
- de 12h à 20h les samedis.

Article 3 : Fonctionnement

Le Centre Hospitalier Sud Gironde s'engage à mettre à disposition de l'association Permanence Santé Sud-33 :

- du temps d'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) durant l'amplitude d'ouverture de la Maison Médicale de Garde,
- deux cabinets de consultation situés au sein du service des Urgences et équipés chacun d'un bureau, d'un fauteuil, de deux chaises visiteurs et d'un divan d'examen,
- une salle d'attente commune au service des Urgences et à la Maison Médicale de Garde,
- l'entretien de ces locaux, la maintenance des équipements, l'eau et l'électricité,
- l'accès à du petit matériel médical,
- l'accès à une ligne haut débit,
- la signalétique,
- un accès au parking sécurisé.

L'association Permanence Santé Sud-33 s'engage à :

- fournir la liste des médecins généralistes autorisés et le calendrier prévisionnel des permanences,
- prendre à sa charge l'abonnement à une ligne haut débit,
- s'acquitter de ses obligations financières vis-à-vis du centre hospitalier conformément à l'article 6 de la présente convention.

Article 4 : Responsabilité

Les parties signataires s'engagent quant à leur couverture respective en matière d'assurance (responsabilité civile, multirisque...) nécessaire à la bonne exécution des activités relatives à la permanence des soins. Chaque médecin généraliste fournira un contrat en responsabilité civile conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002.

Le champ d'intervention des médecins généralistes assurant des permanences à la Maison Médicale de Garde est strictement limité aux activités couvertes dans les contrats susvisés et dont les modalités sont énoncées dans le règlement intérieur de la Maison Médicale de Garde fixant les droits et les obligations des médecins participants à la permanence de soins. En cas de non-respect de ces dispositions par l'un ou l'autre des cosignataires, le Centre Hospitalier Sud Gironde et l'association sont respectivement déchargés de toute responsabilité.

Article 5 : Prise en charge du patient

L'agent hospitalier chargé de l'accueil du patient disposera d'une grille d'orientation annexée à la présente convention. Ce document est établi d'un commun accord entre le chef du pôle Urgences-SMUR-Surveillance continue et l'association.

Article 6 : Modalités financières

En contrepartie des mises à disposition visées à l'article 3, l'association Permanence Santé Sud-33 versera au Centre Hospitalier Sud Gironde :

- la somme de 8500€ au titre du personnel d'orientation sur place. Ce reversement s'effectuera de la manière suivante :
 - 4250€ le 30/06
 - 4250€ le 31/12

Ce montant fera l'objet d'une réévaluation annuelle par voie d'avenant calculée en fonction du taux de progression annuel des dépenses de personnel des établissements de santé publics.

- un loyer mensuel fixé à 150 € en contrepartie de la mise à disposition et de l'entretien des locaux. L'association Permanence Santé Sud-33 règlera ce loyer le dernier jour de chaque mois. Ce loyer fera l'objet d'une réévaluation annuelle par voie d'avenant calculée en fonction du taux de progression de l'ONDAM, pris pour indice de référence.
- un montant correspondant aux consommations de petit matériel médical de la Maison Médicale de Garde. Ce montant est annuellement estimé à environ 500€. Le calcul exact des ressources consommées sera communiqué à l'association en fin d'année en fonction des dépenses imputées sur l'unité fonctionnelle créée par le centre hospitalier à cet effet.

Les frais de téléphone, accès internet... seront réglés directement par l'association auprès de son prestataire.

Article 7 : Suivi et évaluation

Les parties conviennent de la tenue d'une réunion semestrielle afin de réaliser un suivi des conditions de fonctionnement de la présente convention ainsi qu'un bilan d'activité de la permanence des soins. Un groupe composé d'un représentant de chacun des cosignataires et du chef de pôle est en charge du suivi et de l'évaluation. Ce groupe sera convoqué un mois à l'avance par le centre hospitalier après accord des parties sur la date et l'heure.

Article 8 : Durée

La présente convention est applicable pour une durée d'un an. L'accord contractuel est reconductible par voie d'avenant par périodes d'un an. Chacune des parties pourra alors mettre fin à sa participation suivant un préavis de 6 mois précédant l'échéance de la convention par lettre recommandée avec AR.

Fait à LANGON le 02 Janvier 2011,

Pour le Centre Hospitalier Sud Gironde

Mme MN. BOUCHAUD

**Pour l'association
Permanence Santé Sud 33**

Dr E PEAN

Annexe 6 : Règlement intérieur de la MMG de Langon

MAISON MEDICALE DE GARDE DE LANGON REGLEMENT INTERIEUR

LISTE DE GARDE

Le découpage des gardes s'effectue par tranche de quatre heures.

Le calendrier des gardes sera réalisé avec le concours de la société CSRD et le soutien du conseil de l'ordre des médecins.

Les plannings seront réalisés par période minimum de 4 mois, après consultation de chaque médecin, permettant ainsi à chacun d'exprimer ses indisponibilités. Une fois la liste de garde complétée et transmise au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins par CSRD, aucune modification ne pourra avoir lieu sans information préalable de CSRD.

LES PATIENTS RÉGULÉS PAR LE CENTRE 15

Le centre 15 pourra :

- indiquer au patient de se rendre à la maison médicale de garde
- joindre l'IAO pour l'informer de l'orientation d'un patient vers la maison médicale de garde.

LES PATIENTS SE PRÉSENTANT DIRECTEMENT AU SERVICE DES URGENCES

Ils feront l'objet d'une évaluation par l'IAO à partir de la grille d'orientation annexée au règlement intérieur.

La gestion de la file d'attente en salle d'attente commune sera gérée par l'IAO.

Dans l'hypothèse de la présence des deux médecins à la maison médicale de garde, les consultations seront effectuées après inscription par l'IAO, à tour de rôle, afin de respecter l'équité entre les deux médecins présents.

LE CAHIER DE L'IAO

Il sert de base à l'élaboration des statistiques et contribue à la traçabilité.

L'IAO note au fur et à mesure les patients qu'elle destine à la MMG, mentionne s'ils se présentent spontanément ou s'ils sont adressés par le C15.

Le médecin consulte le cahier avant d'appeler le patient par son nom.

Il vérifie ensuite dans le cahier que le mode de venue a bien été noté et précise le devenir (urgence, domicile, etc...)

Toute visite doit faire l'objet d'une mention dans le cahier de l'IAO par le médecin, sous la même forme, en précisant qu'il s'est agi d'une visite.

LA VISITE À DOMICILE

Sur appel du régulateur du C15, et après discussion avec l'effecteur, des visites incontournables pourront avoir lieu.

Dans l'hypothèse de la présence des deux médecins à la maison médicale de garde, les visites seront effectuées alternativement par chacun des effecteurs, afin de respecter l'équité entre les deux médecins.

L'appel d'un taxi pour accompagner le médecin est possible de 20h à 24h, selon la disponibilité des entreprises.

La prise en charge des hospitalisations à la demande d'un tiers ou des hospitalisations d'office fera l'objet d'un protocole spécifique après discussion avec les différents partenaires.

FICHES DE CONSULTATION

Lors des gardes, en attente de fiches de consultation informatique, **des cahiers reliés avec des fiches d'observation dupliquées** seront utilisés. L'original restera dans le cahier et la copie pourra être remise au patient pour son médecin traitant.

MATÉRIEL MÉDICAL

Chaque médecin effecteur **utilise son propre matériel médical** pour assurer les soins: stéthoscope, tensiomètre, otoscope,.... **Une trousse comprenant du matériel consommable sera mise à disposition de l'effecteur.**

Les seuls consommables mis à la disposition des médecins effecteurs par l'hôpital sont les draps d'examen qui seront à réclamer à l'IAO en cas de besoin.

Il n'est pas conforme au fonctionnement de la maison médicale de garde que soit réclamé par le médecin effecteur au service des urgences tout autre matériel ou consommable.

L'impossibilité pour un médecin de réaliser un acte technique pour des raisons matérielles ou tenant aux limites de ses compétences justifiera que le patient soit adressé au service des urgences.

REPAS ET DÉTENTE

La **salle de repos** (internat) est mise à la disposition des effecteurs de garde : canapé, télé, micro-ondes, machine à café (les repas ne sont pas fournis).

Elle se situe dans le couloir principal, à l'étage inférieur.

Chaque médecin effecteur est prié de veiller au bon usage et entretien de ces lieux.

CONDITIONS DE RÉGLEMENT DES ASTREINTES

L'association Permanence Santé Sud 33 percevra directement les astreintes qui seront reversées par virement bancaire.

Chaque adhérent signera une autorisation de versement de ses astreintes à l'Association, et remettra un Relevé d'Identité Bancaire.

Chaque médecin ayant participé recevra un relevé des astreintes réalisées, qu'il signera et adressera à l'Association.

Le règlement de l'astreinte à l'association reste subordonné à cette autorisation et à cette signature.

Le reversement de l'indemnité reste subordonné à la communication par le médecin d'astreinte d'un relevé d'identité bancaire.

La rémunération de l'astreinte est fixée à 50€ par tranche de 4h sauf pour le troisième réserviste dont la rémunération de l'astreinte restera acquise à l'Association. Cette cotisation spécifique est dévolue aux frais de gestion et en particulier au règlement du taxi susceptible d'accompagner le médecin.

COTISATION ANNUELLE

Cette cotisation fera l'objet d'un prélèvement annuel, son montant **est fixé à 50€.**

LES REMPLACANTS :

L'adhésion à l'association des remplaçants habituels est souhaitable.

Dans l'hypothèse où le médecin de garde ferait appel aux services d'un remplaçant, **le médecin remplacé figurera sur la liste de garde et restera responsable** de celle-ci..

Le remplaçant veillera à l'encaissement des honoraires. Dans l'hypothèse où il pratiquerait le tiers payant, le remplaçant devra vérifier l'ouverture des droits et réaliser une feuille de soins papier, signée par le patient et comportant le numéro de sécurité sociale et l'adresse du patient ainsi que les coordonnées de la caisse de sécurité sociale (nom et adresse).

Dans l'hypothèse où le bénéficiaire ne serait pas l'assuré, sa date de naissance devra être mentionnée.

Le remplaçant fera son affaire de l'encaissement du ticket modérateur, qu'il ne pourra réclamer au médecin remplacé.

L'absence de carte de professionnel de santé empêchant le remplaçant d'avoir accès directement aux informations figurant sur la carte vitale, celui-ci pourra, dans l'hypothèse où il pratiquerait le tiers payant, obtenir une édition papier de la carte vitale par l'intermédiaire de l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation.

INCIDENTS, DIFFICULTÉS, RESPECT DU RÈGLEMENT

Tout **incident ou difficulté** devra faire l'objet d'une inscription dans le cahier de transmission.

Tout incident ou difficulté qui justifierait d'une gestion sans délai devra faire l'objet d'un appel au médecin référent figurant sur le cahier de l'IAO.

Tout médecin participant à la permanence de soins, dans le cadre de la maison médicale de garde devra respecter ce règlement.

Sa participation implique qu'il en accepte l'intégralité des clauses et en particulier les conditions de règlement des astreintes.

Toute absence d'un effecteur lors de sa permanence pourra faire l'objet d'une information au conseil de l'ordre.

Tout retard prévisible imposera au médecin effecteur de joindre l'IAO sans délai pour l'informer des conditions et de l'importance de ce retard.

Tout retard de plus d'une demi-heure donnera lieu à une mention dans le cahier de l'IAO. Le soir, le médecin réserviste (II) téléphonera à 20h à la MMG pour signaler sa disponibilité et le moyen de le joindre.

Pour l'Association PERMANENCE SANTE SUD 33,


Dr DUPONT BISCAYE, trésorière,



Dr DE GABORY, Secrétaire,



Dr PEAN, Président



Annexe 7 : Grille d'orientation de l'IOA

GRILLE D'ORIENTATION À L'USAGE DE L'INFIRMIÈRE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION

			URGENTISTE	GÉNÉRALISTE
SIGNES DE GRAVITÉ	troubles de la conscience		X.	
	détresse respiratoire		X.	
	détresse circulatoire		X.	
	déficit moteur		X.	
EXTRÉMITÉ CÉPHALIQUE	ophtalmologie	corps étranger	X.	
		oeil rouge		X.
	O.R.L.	angine		X.
		otite		X.
		rhinite et sinusite		X.
		épistaxis	X.	
		céphalées		X.
RACHIS	traumatisme		X.	
	douleurs sans traumatisme			X.
THORAX	douleurs	supérieur à 50 ans	X.	
		inférieur à 50 ans		X.
	toux			X.
	dyspnée		X.	
MEMBRE SUPÉRIEUR INFÉRIEUR	douleurs			X.
	traumatisme sans impotence			X.
	traumatisme avec impotence		X.	
ABDOMEN	troubles du transit			X.
	douleurs			X.
APPAREIL URINAIRE	douleurs			X.
	cystite			X.
TROUBLES PSYCHIATRIQUES	dépression			X.
	agitation		X.	
	intoxications volontaires		X.	
REVÊTEMENT CUTANÉ	plaies		X.	
	éruption			X.
FIÈVRE ISOLÉE				X.
CONVULSIONS			X.	

Cette grille s'applique pour l'ensemble des patients se présentant spontanément au service des urgences.
Elle est éminemment perfectible et fera l'objet d'une réévaluation périodique,
s'enrichissant de l'expérience acquise autant par les médecins urgentistes que généralistes.

Dr TOUCHARD

PSS 33

OK pour cette grille

Dr TOUCHARD
 Chef de Service
 URGENCES
 S.M.U.R.
 Centre Hospitalier
 Général Pasteur
 33210 LANGON

*En Jean
 Brindeau PSS 33.*

Annexe 8 : Convention entre l'ARS et le médecin généraliste remplaçant pour participer à la PDS

Vu les articles L. 6314- 1 et R. 6315-1 du code de la santé publique,
Vu l'attestation du Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du département Y en date du XX
Conclu entre, d'une part, l'Agence régionale de santé de XXX et, d'autre part, le docteur XXX

Préambule :

Considérant la demande du Dr XXX de participer à la permanence des soins ambulatoires.
Considérant que l'article R.6315-1 du Code de la Santé Publique prévoit que la permanence des soins ambulatoire peut être exercée par tout médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité à exercer la permanence des soins est attestée par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins.
Considérant que la participation à la permanence des soins ambulatoires doit être formalisée par une convention entre le médecin et le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de préciser les modalités de participation du médecin au dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire visée par les articles L. 6314-1 et R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique.

Article 2 : Conditions de la convention

Le Dr XXX, dont la capacité à participer à l'activité de permanence des soins a été dûment attestée par le CDOM, participe à la permanence des soins dans les conditions fixées par l'arrêté du Directeur Général de ARS portant cahier des charges régional de permanence des soins en date du XXX.

Sa participation est formalisée par son inscription volontaire et nominative au tableau de permanence géré par le CDOM.

Article 3 : Durée et rupture de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de XXX an(s) à compter de sa signature.

Le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer à la convention. La rupture prend effet à la date de réception par l'ARS de la lettre recommandée avec accusé de réception l'informant de cette rupture.

Lorsque le médecin ne respecte pas les dispositions de la présente convention, l'agence régionale de santé l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés. Le médecin dispose d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, l'agence peut notifier au praticien la fin de son adhésion au contrat et la mesure encourue est le non-paiement du complément de rémunération défini à l'article 3 du présent contrat. L'agence régionale de santé peut procéder à la récupération des sommes indûment versées.

En cas de modification législative, réglementaire ou conventionnelle, la convention peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre partie.

Annexe 9 : Le Centre Hospitalier Sud-Gironde site de Langon



Photo issue du site internet : Centre Hospitalier Sud-Gironde

Annexe 10: La Maison Médicale de Garde de Langon : implantation dans le service des urgences :



Photo issue de l'association PSS-33



Photo issue de l'association PSS-33

Annexe 11: Questionnaire de thèse ou guide d'entretien

Thèse réalisée par Melle CASAMAYOU Laure
Directeur de thèse : Dr CAMEDESCASSE Pierre

Sujet : la maison médicale de garde de Langon (MMG), fonctionnement et perspectives.

Chères consœurs, Chers confrères,

Merci de participer à mon travail de thèse autour de la MMG de Langon. Ci-joint le questionnaire qui sera commun aux médecins urgentistes, infirmières, IOA, membres de l'équipe des urgences et médecins généralistes participants à la permanence des soins (PDS) dans la MMG de Langon.

Vos coordonnées seront utilisées afin de vous joindre dans le cadre de mon travail, et resteront donc confidentielles, seuls l'âge et le sexe des participants seront analysés.

Lieu d'exercice ou poste aux urgences :

Age :

Sexe :

Nom (facultatif) :

Prénom (facultatif) :

@mail (facultatif) :

Remarques sur le travail :

Objectifs : évaluer le fonctionnement de la MMG à l'intérieur des urgences ; et les perspectives d'avenir dans le cadre de la permanence des soins.

Méthode : analyse qualitative à la suite d'entretiens individuels avec les participants.

1. Les lieux :

Que pensez-vous du partage des lieux ? Remarques générales, suggestions pour l'avenir :

- L'accueil commun pour les urgences et la MMG, géré par l'IOA (Infirmière Organisatrice de l'accueil) :

- La salle d'attente commune :

- Les bureaux qui se transforment en salle d'examen lors de la PDS ?

Votre degré de satisfaction sur les lieux (cochez une réponse):

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- insatisfait

2. Les conditions de travail :

- que pensez-vous du temps de présence à la MMG ? et du nombre de médecins sur place ?

Travail modulable par tranches horaires de 4h, l'arrêt à minuit, pas de présence le samedi matin, la présence lors des ponts, la présence d'un à deux médecins sur place...
remarques générales, suggestions pour l'avenir

- comment se déroule la communication entre les intervenants des urgences et les membres de la MMG ? Et entre les deux médecins présents le week-end ?
(Disponibilité des médecins généralistes, disponibilité de l'équipe des urgences, moyen de communication ...) (Remarques générales, suggestions pour l'avenir...)

- que pensez-vous du système de communication avec la pharmacie de garde lors des heures de PDS ? Est-il facile de la joindre et d'y orienter les patients ?
(remarques et suggestions)

- que pensez-vous du passage à l'informatique pour la gestion de l'arrivée et du dossier des patients ? (remarques générales, suggestions ...)

- avez-vous des remarques à faire sur le ménage et l'hygiène des locaux ? sur le matériel à disposition à la MMG ? par exemple : un frigo serait-il utile ? (remarques, suggestions)

Votre degré de satisfaction sur les conditions de travail en général (cochez une réponse):

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- insatisfait

3. La prise en charge des patients à leur arrivée :

- que pensez-vous de l'orientation des patients entre la MMG et les urgences ? (cohérence, difficultés, rôle de l'IOA, orientation par le SAMU, remarques, suggestions ...)
- les patients viennent-ils pour la MMG ou y sont-ils réorientés par l'IOA? y-a-t-il des remarques particulières des patients? (notamment certains qui arrivent de loin)
- le SAMU appelle-t-il régulièrement (et qui) pour réguler les arrivées ainsi que les visites des patients?

Votre degré de satisfaction sur la prise en charge des patients à leur arrivée (cochez une réponse):

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- insatisfait

4. Les patients :

- Quel retour des patients avez-vous sur le délai d'attente avant la prise en charge ? dans quel sens ? (attente pour la MMG et pour les urgences) avez-vous des remarques ou des suggestions ?
- Avez-vous des remarques sur le paiement de l'acte par rapport au tiers payant habituel des urgences ? (problème des impayés)

- Les patients connaissent-ils bien la MMG ?

Votre degré de satisfaction sur les remarques des patients (cochez une réponse):

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- insatisfait

5. La sécurité :

- *Médecins participants à MMG* : Par rapport à une garde classique vous sentez vous plus en sécurité ? auriez-vous des remarques à faire pour l'avenir ?

- *L'équipe des urgences* : Cette MMG amène-t-elle un autre type de population ? le ressentez-vous en termes de sécurité ?

Votre degré de satisfaction sur la sécurité dans les locaux lors de la permanence des soins (cochez une réponse):

- très satisfait
- satisfait
- moyennement satisfait
- insatisfait

6. Appréciation globale, le futur, les améliorations :

- Actuellement quel est votre degré de satisfaction de la MMG en général ? cochez une réponse.
 - très satisfait
 - satisfait
 - moyennement satisfait
 - insatisfait

- Quelles remarques pouvez-vous formuler autour de l'organisation actuelle de la permanence des soins sur le secteur, c'est à dire de la MMG dans le service des urgences ? Que proposeriez-vous pour le futur ?

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

LA MAISON MEDICALE DE GARDE DE LANGON SON FONCTIONNEMENT ET SES PARTICIPANTS, UNE REPONSE A LA PERMANENCE DES SOINS

OBJECTIFS : Evaluation du fonctionnement et des participants de la maison médicale de garde (MMG) de Langon adossée à un service d'urgences. Appréciation de la collaboration ville/hôpital autour d'une MMG et de la satisfaction des participants. Propositions visant à améliorer et à pérenniser le système.

METHODE : Nous avons effectué une étude transversale autour de deux enquêtes : l'une descriptive rétrospective, permettant de faire une observation de l'activité et du passage à la maison médicale de garde ; et l'autre qualitative autour d'entretiens individuels d'un échantillon de participant à cette structure.

RESULTATS : Il existe une progression du nombre de passages dans les deux structures : MMG et service d'accueil des urgences. L'accès majoritairement direct des patients au service d'accueil des urgences, rend le travail de l'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) indispensable. L'organisation des « gardes à la carte » est un avantage pour les médecins généralistes participants. Il en résulte une diminution du coût pour l'assurance maladie avec le regroupement des secteurs. Cependant, des difficultés sont rencontrées autour d'un défaut d'information aux patients et à la population locale, concernant l'accès et le fonctionnement de la MMG, ainsi que le paiement des actes. Ces lieux attirent remplaçants et médecins installés hors du secteur, grâce à la qualité des conditions de travail, et à la sécurité dans les locaux des urgences. Nous remarquons un vieillissement et une féminisation de la population des médecins généralistes installés sur le secteur et participants aux gardes, avec un risque de manque d'effectif dans quelques années.

CONCLUSION : La MMG est un lieu unique, novateur et indispensable sur le territoire de Langon. Ce type de structure est probablement l'avenir de la permanence des soins (PDS) sur le territoire français. De plus, cette organisation de la PDS est un critère attrayant pour les nouveaux médecins souhaitant s'installer en secteur rural avec : une sécurité des consultations, une diminution des visites à domicile, une meilleure répartition des gardes et un mode d'exercice attrayant. Ce type de structure est la preuve qu'une transformation des rapports ville/hôpital est possible. La promotion de la régulation de la PDS ambulatoire par le Centre 15 doit évoluer au niveau local mais aussi national. De plus, l'information aux patients reste à améliorer que ce soit au niveau local comme sur les lieux de la MMG et des urgences du centre hospitalier Sud-Gironde.

Titre en anglais : GP Out of Hours Service in Langon : an insight into how it operates, who takes part in it and how it responds to access to family doctor services outside of normal hours.

Mots clés : médecine générale, permanence des soins, maison médicale de garde, service d'accueil des urgences, régulation Centre 15, secteur rural, collaboration ville/hôpital, territoire de garde, IOA

Discipline : Médecine Générale

Université Bordeaux 2 - Victor Segalen - UFR des sciences médicales 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex