



HAL
open science

Permanence de soins ambulatoires dans l'Oise : étude de la maison médicale de garde de Compiègne

Suleiman Azy

► **To cite this version:**

Suleiman Azy. Permanence de soins ambulatoires dans l'Oise : étude de la maison médicale de garde de Compiègne. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01477814

HAL Id: dumas-01477814

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01477814>

Submitted on 27 Feb 2017

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.

UNIVERSITE AMIENS JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2016

THESE

N° 2016-157

PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES DANS L'OISE : Etude de la Maison
Médicale de Garde de Compiègne

DOCTORAT en MEDECINE GENERALE (Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement le 17 Octobre 2016

par

M. AZY Suleiman

né le 22 Août 1981 à SAINT-DENIS (FRANCE)

Président du jury : Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT

Membres du jury :

1) Monsieur le Professeur Pierre DUHAUT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Médecine Interne)

Chef du service de Médecine interne et maladies systémiques

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »
(D.R.I.M.E)

2) Monsieur le Professeur Pierre VERHAEGHE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Chirurgie générale)

Service d'endocrinologie

Pôle « Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie »
(D.R.I.M.E)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

3) Monsieur le Professeur Patrice FARDELLONE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Rhumatologie)

Chef du service de Rhumatologie

Pôle « Autonomie »

4) Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédiatrie)

Pôle « Femme - Couple - Enfant »

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

5) Monsieur le Docteur LEBOIS Stéphane

Docteur spécialisé en Médecine Générale

Maître de stage universitaire à la faculté de médecine d'Amiens

Directeur de thèse

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur LEBOIS Stéphane

REMERCIEMENTS :

Mes plus sincères remerciements aux membres du jury, qui ont accepté de donner de leur temps afin de juger cette thèse,

A Monsieur le Professeur DUHAUT Pierre, Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier, de me faire l'honneur de présider le jury de thèse.

A Monsieur le Professeur VERHAEGHE Pierre, Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier, de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Professeur FARDELLONE Patrice, Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier, de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Professeur BOUDAILLIEZ Bernard, Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier, de me faire l'honneur d'être membre de ce jury.

A Monsieur le Docteur LEBOIS Stéphane, Maître de stage et directeur de thèse, pour tes conseils avisés, ton encadrement et ta disponibilité tout au long de ce travail.

A mes parents, pour leur encouragement et leur sacrifice qui m'ont permis de faire ces études.

A ma femme Basaria, pour ton Amour, ton soutien indéfectible quelques soit les obstacles et tes recettes très bonnes ! Que notre lien soit éternel ! Je t'aime Goundy.

A ma fille Sahina, pour ta tendresse (fameuse vague de bisous) et ta patience. Désolé de ne pas avoir été si proche de tes premières années, l'internat m'a beaucoup sollicité. Maintenant, c'est la Famille d'abord ! Papa t'aime beaucoup !

A mon fils Rayhan dit Mr AZY la Bilibi, pour tes câlins. Un jour, tu seras dodoc ? Papa t'aime très très fort.

A mes deux enfants Sahina et Rayhan, de m'apporter autant de BONHEUR et de BETISES ! Soyez fort, gentil, droit, sage et ayez de la compassion pour les autres. L'éducation et les études vous faciliteront la vie ! (l'argent bien gagné suivra). « Monter HAUT dans la vie, plus haut que Papa, atteignez les étoiles ! » ;)

A Dr CHOURAQUI, mon médecin traitant, qui est ma référence.

A Mr CLAIR , mon professeur qui m'a permis de faire ces études.

A Mme HOUCART, ma super professeure ! Je n'ai pas oublié : « MOTIVATION, MOTIVATION et MOTIVATION ! »

A Tata Sellemuthu, Hadja et Tonton Sadiq pour m'avoir soutenu.

A Appa et Tanguema, pour leurs conseils.

A tout particulièrement Grand-Mère, Tata Amina et Tonton Saïd pour leur grand cœur.

A RADJZACK Appa et Grand-Père, pour m'avoir montré la valeur des études et du travail.

A Tonton Robert, Tata Christine (qui veut me « défoncer » à chaque fois que je la vouvoie !) et ma cousine préférée Victoria, pour leurs soutiens.

A Tonton Nana, Aziza, Azima, Amira, Rahim et Ousman pour leur contribution.

A Catherine et Ismael, pour leur aide.

A Max, le fan de Final Fantasy, pour notre complicité durant l'externat.

A CHEIKH YACINE (pas celui en chaise roulante), Diogo, Staney, Pranesh et Serdar pour leur amitié.

A Lei, ton travail fût une source d'inspiration.

A Ella, pour ton amitié et tes recommandations. Sans toi, je serais encore plus en retard pour la thèse ! Tu m'as rendu « AWARE » !

A Sahoul, pour tes grands conseils. Tu m'as très bien guidé ! Tu aurais fait un très bon Professeur !

A Smitha ou devrais-je dire Mme CHAVRIMUTHU, pour ton amitié et les moments partagés. Ta compagnie est fort agréable. Moment historique à inscrire dans les annales : « TU VAS TE MARIER ! »

A Biliana, pour ton amitié et les moments partagés durant notre internat. « Que la Force soit avec nous ! »

A toute l'équipe paramédicale, médicale (dédicaces à mon chef de clinique Julien DESBLACHES, à mes externes Anne, Cécile,..) et administrative du service du Pr DUHAUT et DUCROIX, pour m'avoir instruit durant mon tout premier stage d'internat (sans nul doute le plus formateur).

Aux équipes des Urgences adultes, pédiatriques et gynécologique de l'hôpital de Senlis, pour m'avoir formé.

A Marie, Keïra et Pascaline de l'internat de Senlis, pour vos services, vos gâteaux et les anecdotes (certains médecins ne connaissent pas votre « valeur » !).

Aux Drs SPINDLER, FRANCOIS, FORTANE, HAKOUN, pour m'avoir enseigné.

A Stéphane VAN AUDENHAEGE, Véronique d'HEYGERE, Sylvain BLESSES, Annick le FAOU, Mme la Comtesse Janick et Sarah, pour votre encadrement.

A toute l'équipe du service de cardiologie du Dr MOLCARD de l'hôpital de Soissons (dédicace à ROUZBEH, le croissant aux amandes attendra !).

Aux Drs HERLENT, HUANG et VASSEUR, pour leur confiance.

Aux Drs NGUYEN, SARAYAVA, LAM LENGOC et ALIANE, pour leur sympathie.

A l'équipe para-médicale et administrative (secrétaire Team) du CMS Barbusse, pour leur compagnie.

A Dr BOUGET, pour son aide et son esprit critique.

Aux Drs GUILLON et FLORENT, pour leurs remarques.

A Pr JUNG, pour ses remarques et conseils pertinents.

Aux élèves infirmières de la MMG, dont leur contribution fût précieuse.

Aux enseignants, aux médecins hospitaliers et aux maitres de stage qui m'ont formé.

Aux patients et médecins qui ont acceptés de répondre aux questionnaires.

Et à tous ceux qui ont partagé un bout de leur chemin avec moi.

Sans oublier au Grand (786), pour m'avoir guidé.

SOMMAIRE :

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION.....	1
2. LA PERMANENCE DE SOINS	1
2.1. Définition et cadre réglementaire.....	1
2.1.1. Définition	1
2.1.2. Cadre juridique évolutif	2
2.2. Organisation de la permanence de soins	2
2.2.1. Cahier des charges régional.....	2
2.2.2. Définition des territoires de la PDSA.....	3
2.3.CODAMUPS-TS.....	4
2.4. Financement	4
2.5. Les acteurs de la PDS.....	5
2.5.1. Régulation médicale	5
2.5.2. Effecteurs postés.....	5
2.5.3. Effecteurs mobiles	6
2.5.4. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).....	6
3. LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE DANS L'OISE :	6
3.1. Etat des lieux	6
3.1.1. Caractéristiques démo-géographiques de l'Oise.....	6
3.1.2. Les offres de soins.....	7
3.1.3. La permanence des soins	7
3.2. La Maison Médicale de Garde de Compiègne.....	7
3.2.1. Du projet à la création de la MMG	7
3.2.2. Situation géographique et sectorisation.....	8
3.2.3. Structures d'appui à proximité.....	8

3.2.4. Modalités de fonctionnement.....	8
4. OBJECTIF :	9
5. MATERIEL ET METHODES	10
6. RESULTATS.....	12
6.1. L'activité de la MMG de Compiègne.....	12
6.2. Questionnaire Patients	13
6.3. Questionnaire Médecins	21
6.4. Questionnaire agents d'accueil.....	30
7. DISCUSSION.....	33
7.1. Discussion de la METHODE.....	33
7.1.1. Etude de l'activité globale	33
7.1.2. Questionnaire patients.....	33
7.1.3. Questionnaire médecins.....	34
7.1.4. Questionnaire agents d'accueil.....	35
7.1.5. Avis des acteurs de la PDSA et des « urgences ».....	35
7.2. Discussion des RESULTATS	35
7.2.1. Etude de l'activité globale.....	35
7.2.2. Profil des patients	37
7.2.3. Profil des médecins.....	41
7.2.4. Profil des agents d'accueil.....	43
7.2.5. Qu'est ce qui pourrait améliorer l'accès aux soins ?	44
7.2.6. Qu'est ce qui permettrait une meilleure adhésion des médecins ?.....	48
7.2.7. Qu'est ce qui permettrait une meilleure adhésion des agents d'accueil	48
7.2.8. Critiques des acteurs de la PDSA et des « urgences ».....	49
8. CONCLUSION :	53
LISTE DES ABREVIATIONS.....	54

ANNEXES :	56
Questionnaires Patients	56
Questionnaire Médecins	60
Questionnaires Agents d'accueil.....	63
BIBLIOGRAPHIE	65
SERMENT D'HIPPOCRATE :	67

1. INTRODUCTION :

La mission de service public de la permanence des soins permet de répondre aux demandes de soins la nuit, les week-ends et les jours fériés : c'est à dire des soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux. L'organisation de la permanence de soins ambulatoire (PDSA) a été redéfinie suite à la grève des gardes des médecins généralistes libéraux en 2001, pour qui elle constituait une obligation déontologique.

Au second semestre 2002, l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale a été remplacée par un système fondé sur le volontariat. Face à l'encombrement des services d'urgences hospitalières dont une partie des patients pouvant relever de la médecine ambulatoire, cette organisation a dû être améliorée et a conduit à la création puis la mise en service d'une Maison Médicale de Garde (MMG) à Compiègne en avril 2010, offrant à la population locale et aux médecins de garde un lieu bien identifié et sécurisé.

Après six années d'activité, une évaluation de son fonctionnement est nécessaire dans une optique d'amélioration et de pérennisation de ce projet.

2. LA PERMANENCE DE SOINS :

2.1. Définition et cadre réglementaire

2.1.1. Définition

La permanence de soins (PDS) est définie comme « une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient », selon le rapport du sénateur C. Descours^[1].

La permanence des soins en médecine ambulatoire peut se définir comme « une organisation mise en place avec les médecins libéraux afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi »

Il existe un continuum et une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences :

- La permanence de soins ambulatoires est assurée par les médecins libéraux. Elle a pour but de répondre aux besoins de consultations, exprimés en urgence, dans un délai relativement rapide mais non immédiat.

- Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge : les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel.

2.1.2. Cadre juridique évolutif

Le 22 janvier 2003, le rapport Descours a donné lieu à une réforme sur la permanence de soins mettant ainsi en place les modalités d'organisation de la PDS, par le décret du 15 septembre 2003 ^[2] :

- Horaires : la permanence des soins est assurée en dehors des heures d'ouvertures des cabinets médicaux libéraux ou des centres de santé, soit de 20h à 8h les jours ouvrés et dès 8h les dimanches et jours fériés ^[3]. Ces horaires sont modulables selon le cahier des charges régional ^[4].

- Sectorisation : la détermination du nombre et des limites des secteurs est définie par arrêté préfectoral après avis du CODAMUPS-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires).

- Accès au médecin de garde : rôle de la régulation médicale par le Centre 15 (C15) du département. Cette régulation peut également se faire par le centre d'appel de l'association de permanence des soins interconnecté au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), dont les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre eux ^[5].

Ces derniers doivent s'inscrire préalablement sur un tableau de garde, qui sera transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). En cas de tableau de garde incomplet, le préfet du département pourra procéder à la réquisition de médecins du secteur.

A partir de 2009, l'organisation de la permanence des soins a été confiée aux Agences Régionales de Santé (ARS), créées par la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) ^[6]. Les principes sur lesquels reposait le dispositif de PDSA sont maintenus :

- volontariat des médecins participant à la PDSA
- accès médicalement régulé au médecin de permanence
- territorialisation et rémunération forfaitaire

2.2. Organisation de la permanence de soins

2.2.1. Cahier des charges régional

Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ^[4,7].

Le cahier des charges régional, conformément à l'article R6315-6 du Code de Santé Publique, précise :

- l'organisation de la régulation médicale des appels, le plus souvent confiée aux Centres 15

- l'organisation générale de l'offre de soins ambulatoires assurant la prise en charge des demandes de soins non programmées aux horaires de la PDSA
- les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département
- les lieux fixes de consultation
- la rémunération forfaitaire des médecins participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale, indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, qui relève du domaine de l'Assurance Maladie.

Le cahier des charges définit également les modalités de suivi et d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins ambulatoires, par la mise en place de deux structures :

- Comité de pilotage régional de la PDSA (COFIL), à l'échelle régionale, composé des représentants de l'URPS Médecins (Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins), de l'Ordre des médecins, des directeurs de SAMU et de l'ARS.
- Comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale, à l'échelle départementale, composé du Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (ou son représentant), du Directeur Général de l'ARS (ou son représentant) mais également d'un nombre limité de membres, représentant à parité : l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, le SAMU ainsi que le C15.

2.2.2. Définition des territoires de PDSA

Les limites des territoires de la PDSA sont fixées en fonction des données géographiques, démographiques et de l'offre de soins existante.

La définition des nouveaux territoires de PDSA a été élaborée sur proposition des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, notamment à partir de la mutualisation des anciens secteurs de garde.

Les territoires de permanence sont désormais arrêtés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, après consultation des Conseils Départementaux de l'ordre des Médecins, des Préfets et avis des CODAMUPS-TS. Leur délimitation fait l'objet d'un suivi dans le cadre des CODAMUPS-TS où l'opportunité d'une évolution peut être envisagée.

En Picardie, la détermination des nouveaux territoires de PDSA s'est attachée:

- à préserver l'accessibilité des populations aux soins, dans le respect des règles de sécurité en terme de délai de réponse, avec des territoires de 30 kms de périphérie au maximum, et un temps de déplacement jusqu'au lieu de consultation ne dépassant pas 40 minutes - La notion d'accessibilité devant être appréciée plus en termes de contraintes de déplacement, qu'en

termes de temps de réponse, le besoin de soins non programmé ne relevant pas de l'urgence vitale, et ce d'autant plus dans le cadre d'une régulation médicale préalable.

- à proposer des territoires à même d'offrir un nombre de médecins généralistes volontaires suffisant pour élaborer les tableaux d'astreinte et répondre aux demandes de soins non programmées,
- à porter une attention particulière à la répartition des territoires en fonction des agglomérations de la région, dans la mesure où le niveau d'activité pendant la période de la PDSA est directement conditionné à la population du territoire. De même les territoires peuvent être différents en période estivale ou hivernale en fonction des afflux de population ou des conditions climatiques,
- à permettre une amélioration des conditions de travail des médecins généralistes et à rendre attractif le dispositif.

Le maillage des territoires de PDSA s'appuie sur:

- l'analyse de la sectorisation précédente,
- l'implantation actuelle des Maisons Médicales de Garde qui permet de regrouper plusieurs anciens secteurs autour d'un lieu fixe de consultation,
- les possibilités d'implantation de futurs lieux fixes de garde sur les territoires dépourvus (ex-hôpitaux locaux, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), structures d'exercices coordonnées de type Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP), centres de santé, ...).
- l'articulation avec le secteur hospitalier de proximité autorisé à exercer une activité de médecine d'urgence,
- l'articulation avec la garde pharmaceutique et la garde ambulancière.

2.3. CODAMUPS-TS

Le CODAMUPS-TS veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R.6315-6 14.

2.4. Financement

Une enveloppe régionale fixée chaque année est allouée au financement de la PDSA. Elle est gérée par l'Agence Régionale de Santé, qui détermine les rémunérations forfaitaires des médecins participant à la permanence des soins.

Les montants des actes et des majorations applicables dans le cadre du dispositif régulé de permanence des soins sont, quant à eux, définis par la Convention Nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011.

Des projets de création d'associations de médecins libéraux au sein de Maisons Médicales de Garde peuvent être financés par l'ARS. Ce financement est consenti sur le Fonds d'Intervention Régional (FIR), qui succède au FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins), pour une durée maximale de cinq ans. L'enveloppe annuelle, basée sur l'évaluation du coût d'investissement et de fonctionnement de ces structures de PDSA, est versée aux promoteurs ou aux établissements les hébergeant.

2.5. Les acteurs de la PDS

2.5.1. Régulation médicale

L'accès au médecin de garde fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente. Les médecins libéraux volontaires peuvent y participer dans les conditions définies par le cahier des charges ^[5, 8].

2.5.2. Effecteurs postés

Des associations de médecins libéraux organisent localement une permanence de soins qui peut être assurée à leur cabinet ou dans des points fixes sous forme de gardes postées par la création de maisons médicales de garde.

Une MMG se définit « comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation non programmée ». Les horaires de fonctionnement peuvent être :

- tous les jours de 20 heures à 8 heures,
- les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Elles assurent l'accès à des consultations de médecine générale pour les situations ne pouvant pas attendre la réouverture des cabinets médicaux, et représentent ainsi une alternative aux recours spontanés aux services d'urgence.

La rémunération des effecteurs postés se fait :

- d'une part, par une rémunération forfaitaire d'astreinte:

de 200 € pour 8 heures de garde;

de 300 € pour 12 heures de garde

- d'autre part, par le paiement des actes réalisés au cours de la permanence de soins. Les majorations applicables à ces actes sont :

acte régulé de dimanche et jours fériés : C + CRD = 49.50 €

acte régulé de samedi : C + CRS = 49.50 €

acte régulé de nuit 20h-Minuit : C + CRN = 65.50 €

Les majorations de consultations pédiatriques (MNO et MGE) sont cumulables avec les actes précédents. Les tarifs sont conventionnés secteur 1 ^[9].

2.5.3. Effecteurs mobiles

L'association de permanence des soins, telle que SOS Médecins de Creil occupe une place notable pour la réalisation des visites à domicile. Elles possèdent leur propre plate-forme d'appels où un médecin régulateur de l'association peut prodiguer des conseils médicaux ou, si nécessaire, décider de déclencher une intervention d'un médecin à domicile, dans les limites de la zone couverte par l'association. Dans certains départements, leur centre d'appel est interconnecté avec le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) -C15.

2.5.4. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)

Les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins jouent un rôle important dans l'organisation de la permanence des soins :

- gestion des tableaux de garde tout au long de l'année, en s'assurant de la continuité des soins, notamment au moment des périodes de congés

3. LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE DANS L'OISE :

3.1. Etat des lieux

3.1.1. Caractéristiques démo-géographiques de l'Oise

Le département de l'Oise présente une superficie de 5860.2 km², soit 18.42% de la superficie régionale (Nord-Pas-de-Calais-Picardie) ^[10].

Au 1^{er} janvier 2016, sa population est évaluée à 835 918 habitants, soit une densité moyenne de population de 142 habitants / km² ^[11].

3.1.2. Les offres de soins

Le nombre de médecins exerçant est de 1850 (toutes spécialités et activités confondues, libéraux hospitaliers, remplaçants).

Hôpitaux : Centre hospitalier (CH) de Beauvais, CH de Creil, CH général de Senlis, CH de Clermont, CH de Compiègne et CH de la Haute Vallée de l'Oise.

Clinique : Polyclinique Saint Come à Compiègne.

MMG de Grandvillers, MMG de Crépy-en-Valois, MMG de Beauvais, MMG de Noyon et MMG de Compiègne.

SOS Médecins à Creil.

A ce jour, le nombre de territoires de PDSA dans l'Oise est fixé à 8 territoires contre 29 antérieurement.

3.1.3. La permanence des soins

· La Régulation médicale

Elle est assurée par le CRRA-C15 situé dans les locaux du SAMU de l'hôpital de BEAUVAIS.

3.2. La Maison Médicale de Garde de Compiègne

3.2.1. Du projet à la création de la MMG

Les médecins généralistes de Compiègne et sa région ne souhaitaient plus réaliser de gardes dans leur cabinet car l'hôpital recevait toutes les urgences. Ainsi, l'activité durant leurs astreintes était extrêmement faible (en moyenne 1,6 actes urgent/nuit sur toute l'Oise) tandis qu'aux Urgences, les hospitaliers commençaient à être débordés. C'est « l'hôpital » et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) qui à l'époque ont sollicités les médecins généralistes afin de solutionner le problème.

Une discussion s'est engagée entre l'amicale des médecins compiégnais (association de médecins libéraux de Compiègne et ses environs) et le service des urgences de l'hôpital de Compiègne. Une solution a été trouvée à savoir, incombe aux médecins généralistes de constituer un groupe de volontaires afin de réaliser des gardes dans une structure adossée à l'hôpital afin de désengorger les urgences. En échange, des aménagements d'exercice leurs ont été octroyés. La disparition de l'exercice en soirée et nuit profonde toute la semaine,

l'absence de visite à domicile et la non rédaction de certificat de décès durant les gardes les samedis après-midi, dimanches et jours fériés sont les bonus.

L'ARS a répondu par la positive à cette proposition car elle était intéressante en terme d'offres de soins comme en terme d'économies. En effet, un regroupement des anciens secteurs de garde était envisagé donc moins d'astreintes à payer (1 astreinte/jour pour le nouveau secteur de garde à payer au lieu de 7 astreintes/jour pour les 7 anciens secteurs). La MMG regroupe 7 anciens secteurs de gardes.

Ce projet de MMG présenté à l'amicale des médecins a de suite eu un beau succès avec 60 volontaires (75 à ce jour). L'hôpital par sa directrice madame DUVAL a libéré des bureaux et des élèves infirmières ont été sollicitées pour le secrétariat. L'ARS a payé les équipements, la majoration des astreintes, la location des bureaux et les salaires des secrétaires.

3.2.2. Situation géographique et sectorisation

La MMG de Compiègne est située dans la zone d'activité commerciale Mercières au 8 avenue Henri Adnot 60200 Compiègne. Elle se trouve dans l'enceinte de l'hôpital de Compiègne.

Les locaux sont adjacents aux services des urgences adultes et pédiatriques. La MMG se compose d'un bureau médical, d'un bureau administratif pour l'agent d'accueil et d'une salle d'attente. Un parking avec places handicapés est localisé en face de son entrée.

La MMG regroupe 7 anciens secteurs de gardes à savoir Compiègne, Estrées-Saint-Denis, Thourotte, Attichy, Ribécourt, Ressons et Verberie - La Croix Saint Ouen.

3.2.3. Structures d'appui à proximité

· Les hôpitaux et cliniques

CH de Compiègne et polyclinique Saint Come.

3.2.4. Modalités de fonctionnement

· Horaires de PDSA

La MMG de Compiègne assure la permanence de soins tous les samedis de 12 heures à 20 heures et tous les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures seulement.

· Mode d'accès

L'accès au médecin de garde se fait après appel au Centre 15. Le médecin régulateur détermine le degré d'urgence et en fonction, peut orienter le patient vers la MMG, en lui communiquant le numéro de téléphone et l'adresse de la maison médicale.

Un agent d'accueil sur place est chargé de répondre aux appels, planifier les rendez-vous, d'accueillir les patients, expliquer le fonctionnement de la MMG et encaisser les honoraires.

· Les médecins de garde

Le tableau de garde comprend 75 médecins dont 2 remplaçants adhérant à l'Amicale des médecins du Compiégnois.

Les consultations peuvent être réglées par chèques ou en espèces. Quelques rares médecins disposant d'un terminal bancaire mobile acceptent la carte bancaire.

La MMG dispose d'un système de télétransmission de feuilles de soins électroniques, permettant aux médecins d'accepter la carte Vitale et également d'un logiciel permettant la création de dossiers médicaux et administratifs.

· Financement de la structure

La MMG de Compiègne reçoit un financement de l'ARS, consenti sur le FIR pour une durée maximale de cinq ans.

- Gestion

Depuis la création de la MMG, l'Amicale des Médecins du Compiégnois gère entre autre le volet financier la MMG. Depuis le 1er Janvier 2016, l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins (ADOPS) a repris le relais sur cet aspect et devient un correspondant privilégié avec l'ARS.

4. OBJECTIF :

Objectif principal :

- Connaître le point de vue des patients, agents d'accueil et médecins en vue de l'amélioration de la maison médicale de garde.

Deux objectifs secondaires :

- Evaluer le fonctionnement de la maison médicale de garde dans ses débuts.

- Rechercher d'éventuels obstacles à l'accès aux soins, à la participation des agents d'accueil et des médecins.

5. MATERIEL ET METHODES :

Il existe 4 axes d'études, il sera réalisé :

- Dans un premier temps, une analyse rétrospective des données recueillies depuis l'ouverture de la MMG (2010). Dr Nadine Bouget, présidente de l'Amicale des médecins de Compiègne m'a laissé accéder aux archives papiers de la MMG. Les statistiques de 2010 à 2014 ont été étudiées.
- Dans un deuxième temps, une enquête prospective descriptive quantitative et qualitative via un questionnaire anonyme papier adressé aux patients adultes et enfants consultant à la MMG. Bien sûr les parents répondent aux questions pour l'enfant malade. Le formulaire est fourni par les agents d'accueil ou moi-même. Les secrétaires ont été briefées juste avant de lancer le questionnaire. Elles pouvaient me contacter par téléphone à tout moment s'il y avait une interrogation. On restait à disposition des patients pour plus de précision. S'il survenait un « rush » de patients, il était bien entendu que le questionnaire serait temporairement non soumis aux malades dans le but de privilégier la prise en charge médicale. Le recueil de données a débuté le 2 Avril 2016 et s'est achevé le 19 Juin 2016 inclus soit 2 mois et 18 jours pendant le printemps. Ont été obtenues 186 réponses sur 720 patients ayant consultés à la MMG durant cette période.
- Dans un troisième temps, une enquête prospective descriptive quantitative et qualitative via un questionnaire anonyme sous forme papier adressé aux médecins généralistes installés dans l'Oise ainsi qu'à leurs remplaçants. Quelques formulaires ont été déposés à la MMG, d'autres ont été distribués par Dr D'HEYGERE (médecin généraliste à Estrées-Saint-Denis) lors d'un Enseignement Post - Universitaire (EPU) sur la chirurgie bariatrique en date du 7 Juin 2016. De plus, le support fût créé puis envoyé sur les boites mail via la plateforme GOOGLE FORMS. Des appels téléphoniques ont été également passés. La population cible comprend 751 omnipraticiens soit le nombre de médecins généralistes installés dans l'Oise. Les médecins remplaçants exerçant à la place du titulaire au moment du recueil sont pris en compte. 85 réponses ont été perçues dont 38 provenant de médecins remplaçants. La période de recueil est de 2 mois et 18 jours (du 02.04.16 au 19.06.16 inclus).
- Dans un dernier temps, une enquête prospective descriptive quantitative et qualitative via un questionnaire anonyme diffusé par mail adressé aux élèves infirmières de 2ème et 3ème année. Ces dernières ayant la fonction officielle d'agents d'accueil. Le site GOOGLE FORMS a aidé à la création et diffusion du formulaire. Des « relances » ont été effectuées par SMS. Les agents sont au nombre total de 6. La période de recueil de donnée est de 2 mois et 18 jours (du 02.04.16 au 19.06.16 inclus).

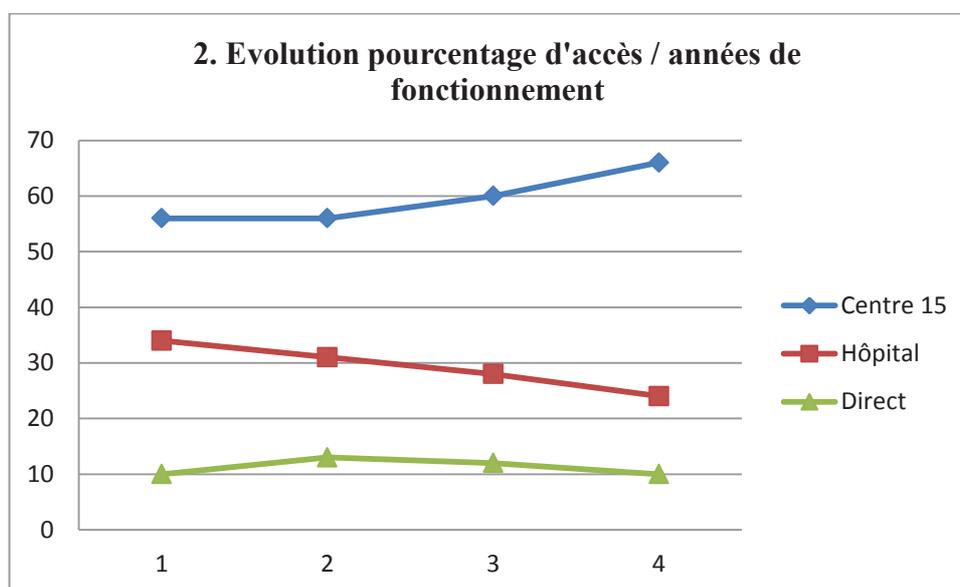
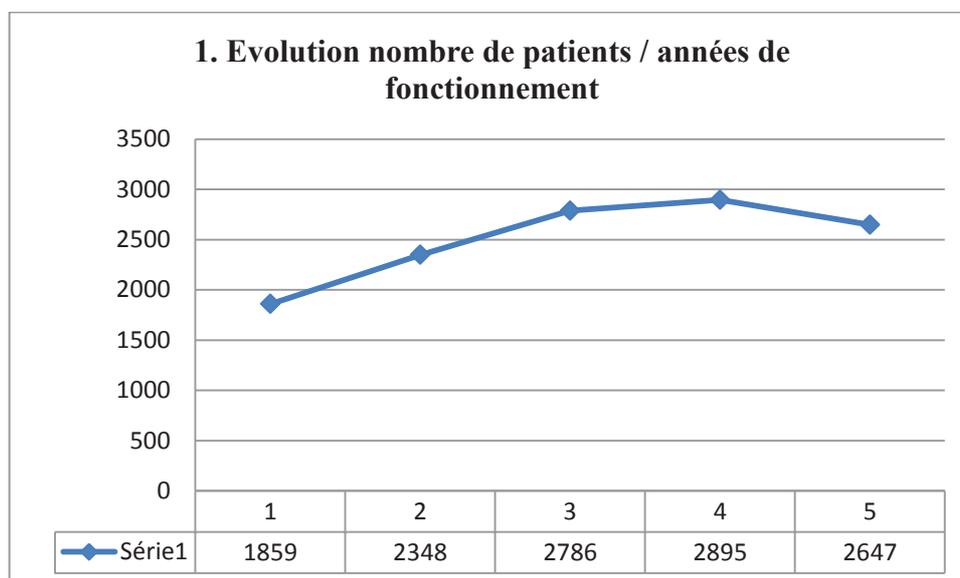
A noter que les études sont plus quantitatives que qualitatives. La réponse aux questionnaires n'est pas obligatoire.

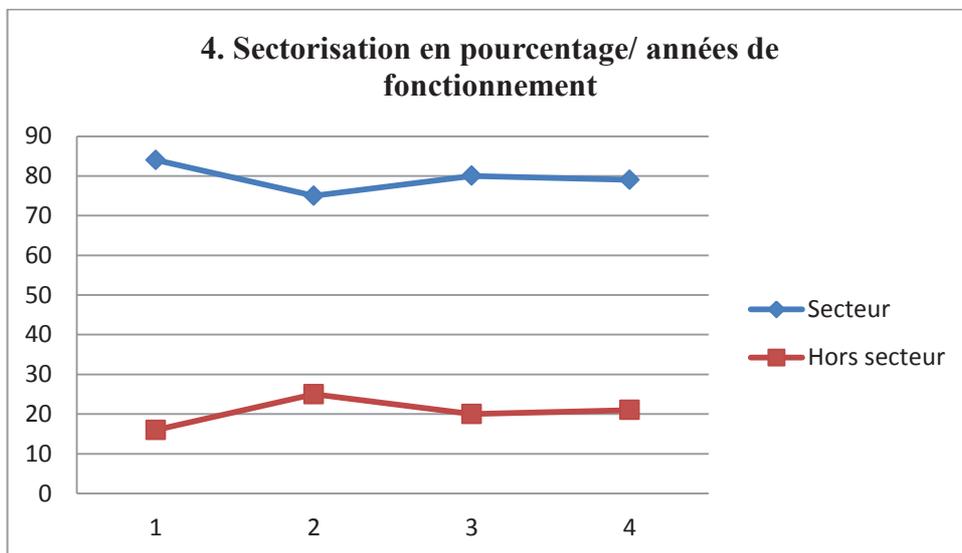
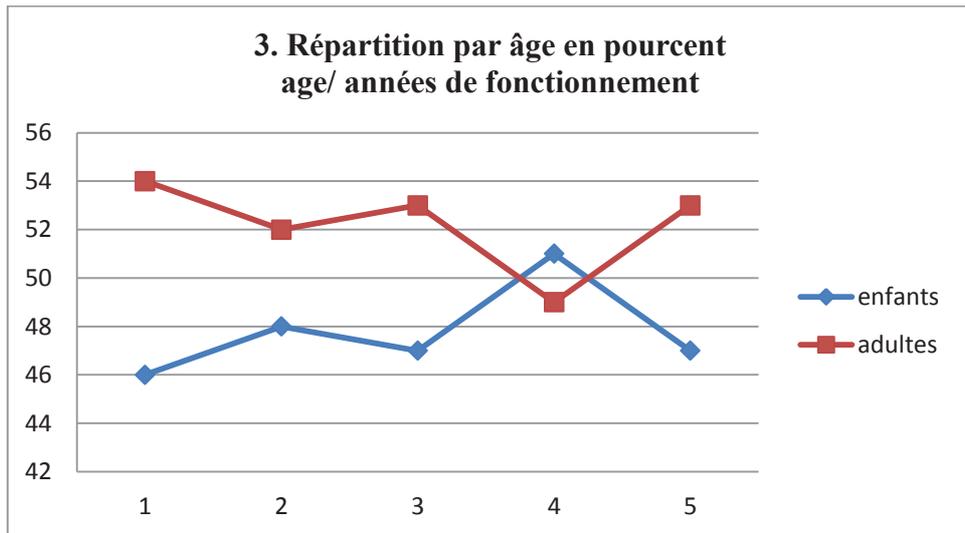
Enfin, les Drs BOUGET, GUILLON Laurence (Présidente de l'Association des Médecins Généralistes Régulateurs au SAMU 60 (AMGRS 60)), FLORENT Françoise (chef du service des Urgences de l'hôpital de Compiègne) et Mme DUVAL Brigitte (directrice de l'hôpital de Compiègne) ont été sollicités par mail afin d'obtenir leur avis sur ce travail. Seul le point de vue de Mme DUVAL n'a pas pu être recueilli car elle n'avait pas donné suite au courriel.

Les références ont été recherchées sur internet sur le site CISMef (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française) et le navigateur de recherche Google. Le département de médecine générale de la faculté de médecine d'AMIENS a donné quelques liens. La data de la bibliothèque de l'université Jules Vernes a été consulté. Enfin, la remontée de filière a été appliquée.

6. RESULTATS :

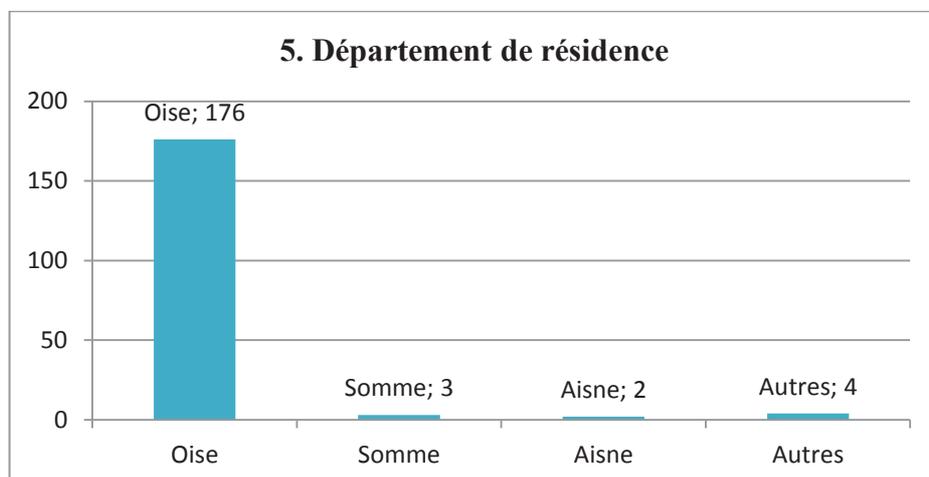
6.1. L'activité de la MMG de Compiègne



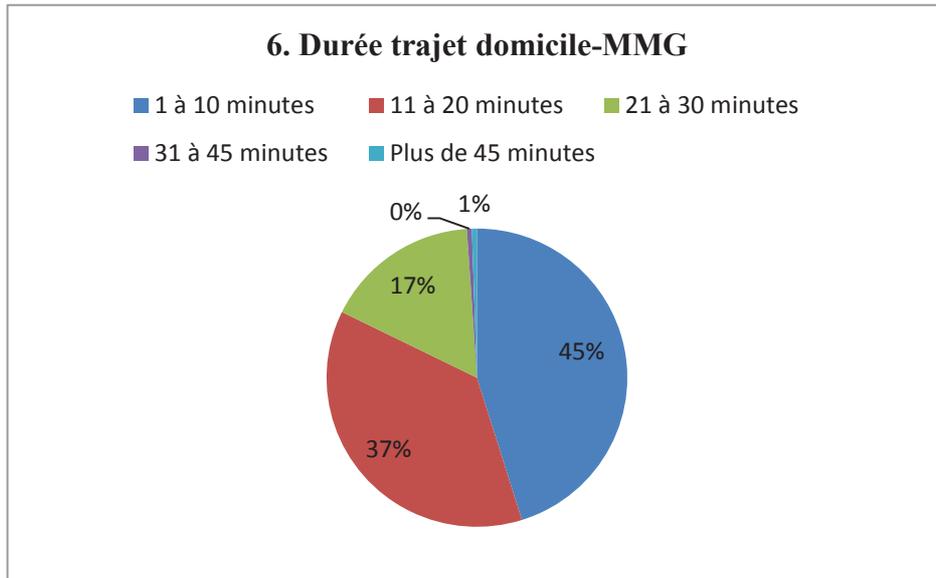


6.2. Questionnaire Patients

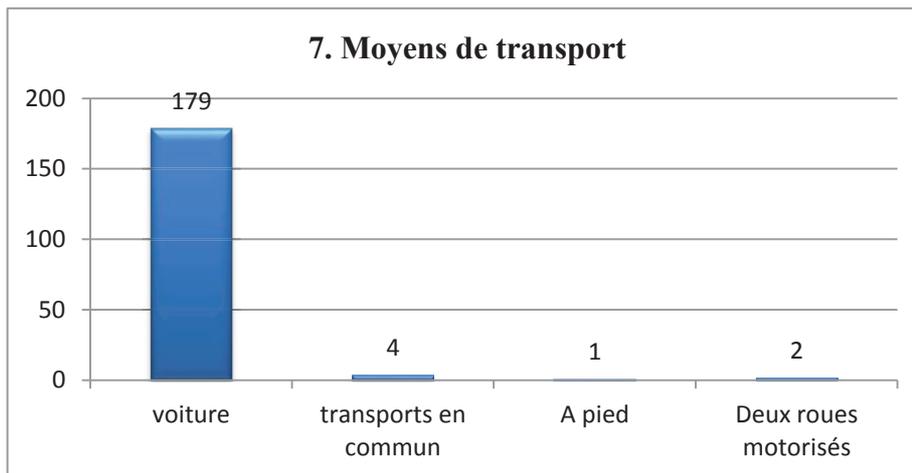
1) Quelle est votre département de résidence ?



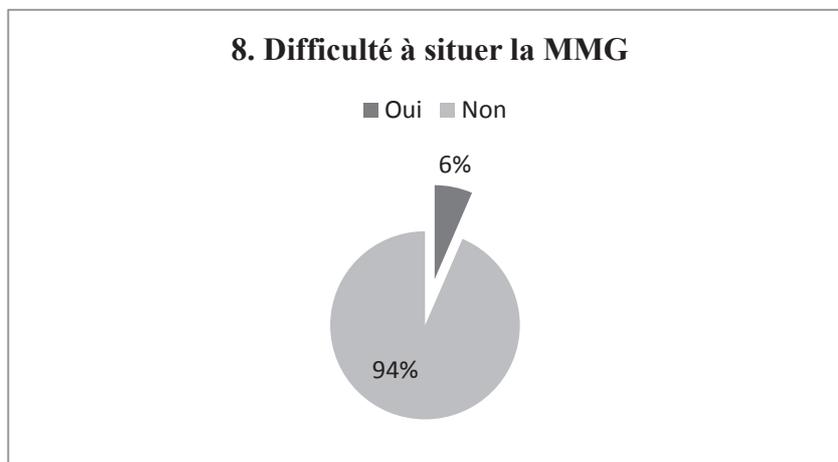
2) Combien de temps avez-vous mis pour vous rendre à la maison médicale de garde ?



3) Quel est votre mode de transport ?



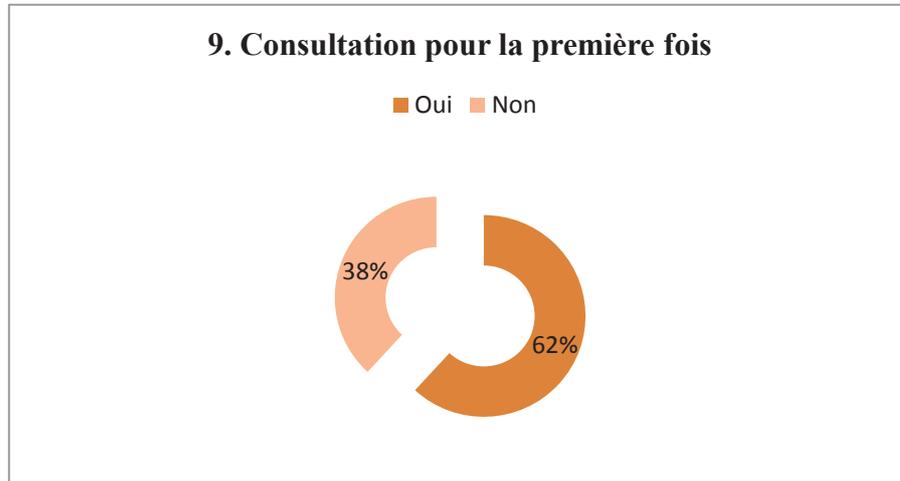
4) Aviez-vous des difficultés à trouver la MMG?



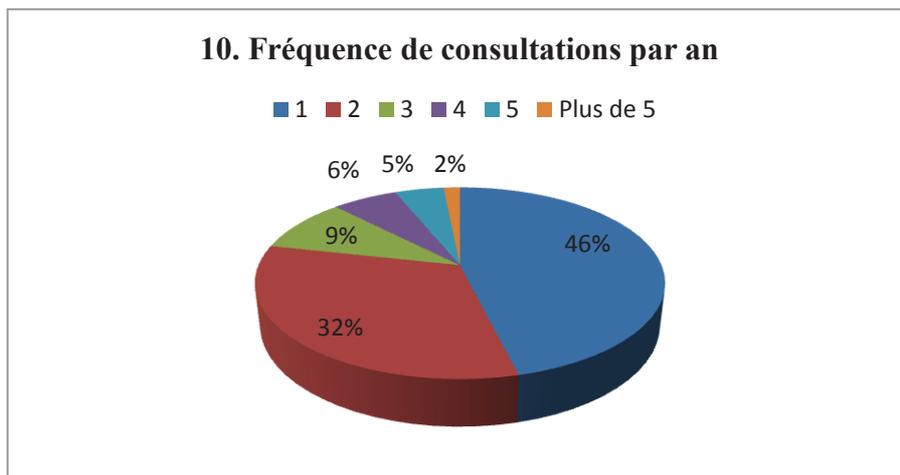
- Si Oui, qu'est-ce qui vous a posé problème?

Pour le peu de patients ayant rencontrés des difficultés à localiser la MMG, la raison principale est le manque de signalisation visuel et la raison mineure est l'erreur d'orientation.

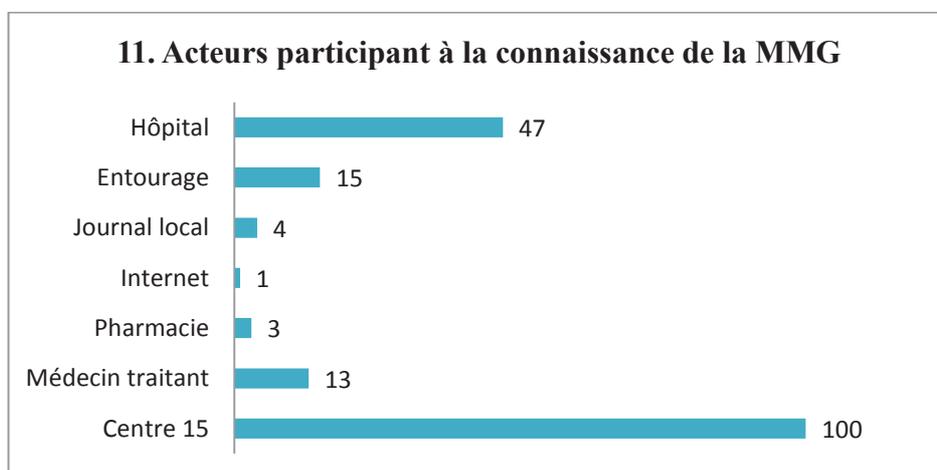
5) Est-ce la 1ère fois que vous consultez à la MMG ?



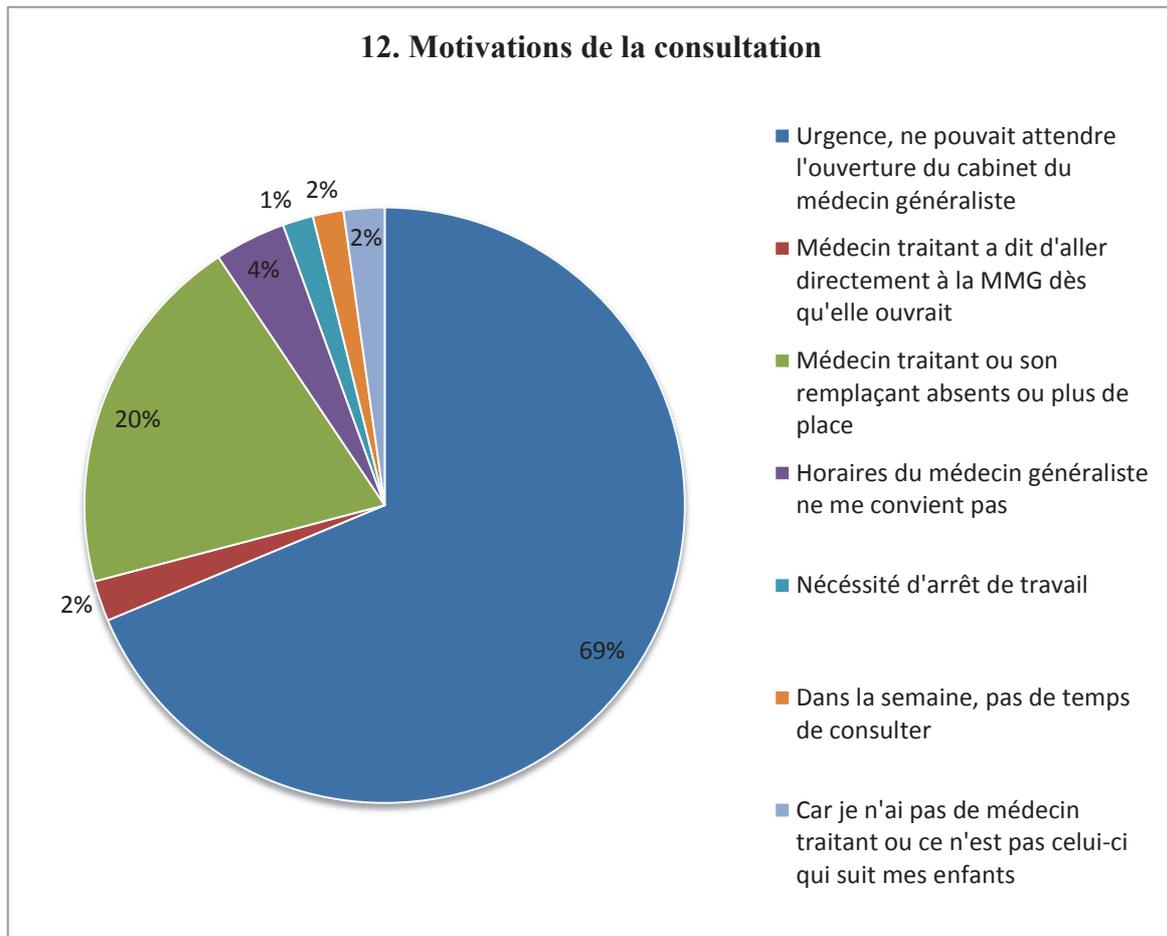
- Si Non, quelle est la fréquence de consultation? (Nombre/an)



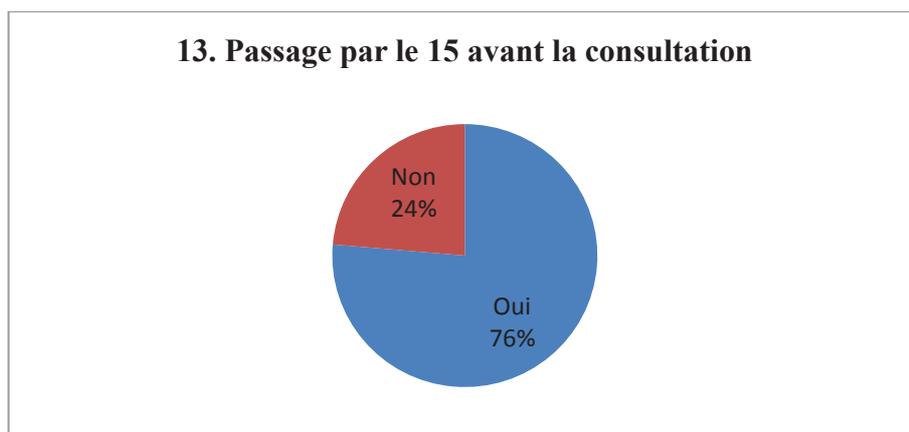
6) Comment avez-vous connu la MMG ?



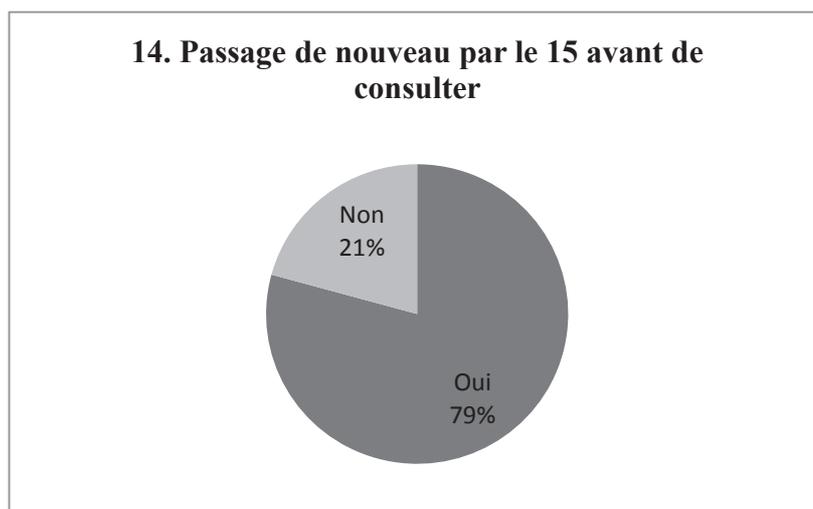
7) Quelle est la motivation de votre consultation?



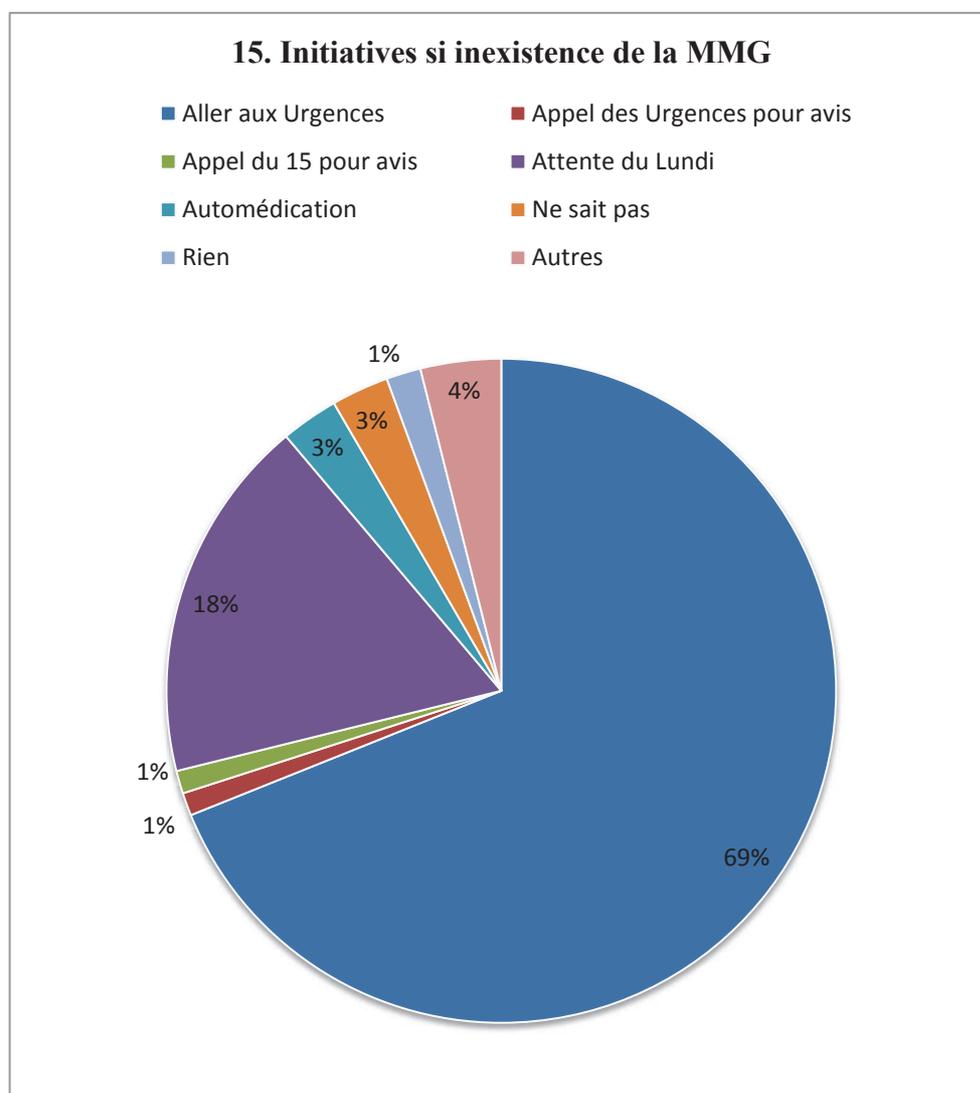
8) Êtes-vous passé par le 15 avant de consulter?



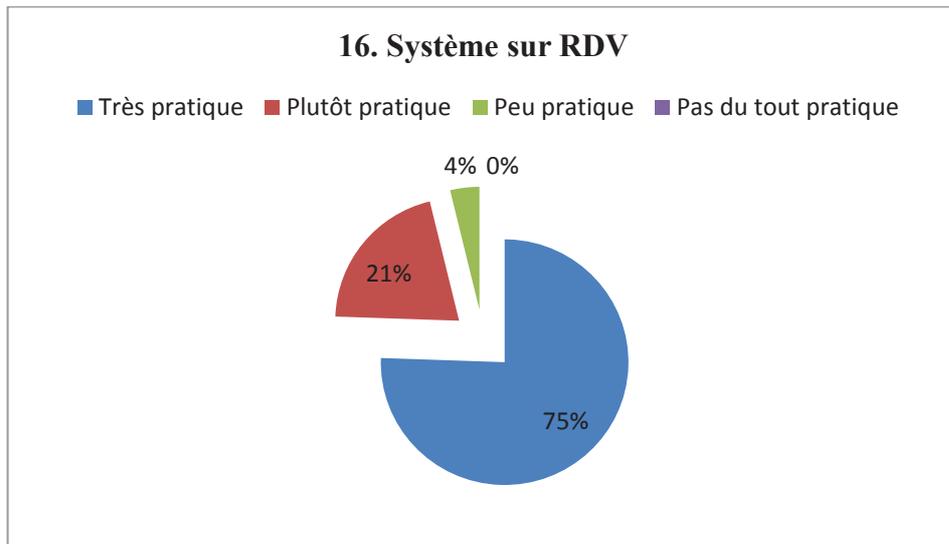
9) Allez-vous repasser systématiquement par le 15 pour consulter à la MMG?



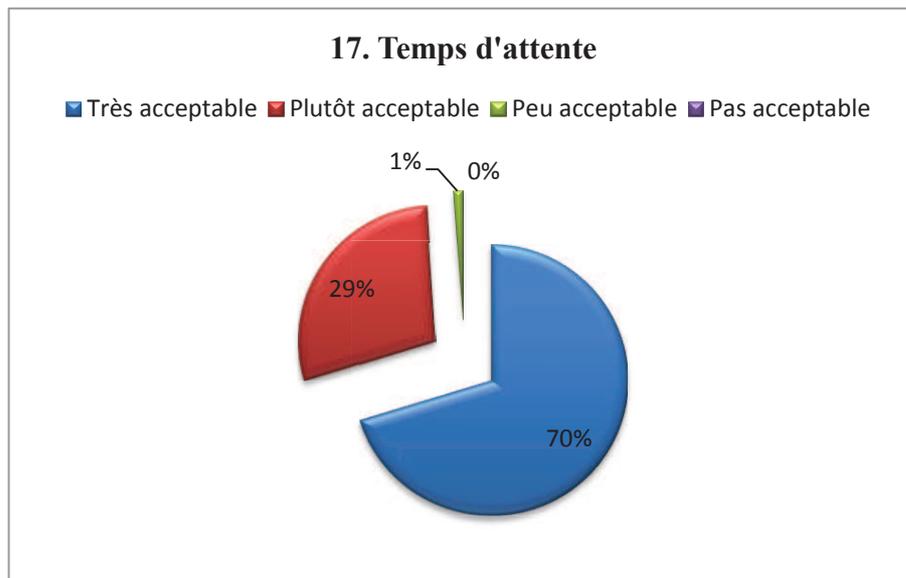
10) Qu'auriez-vous fait aujourd'hui si la MMG n'existait pas ?



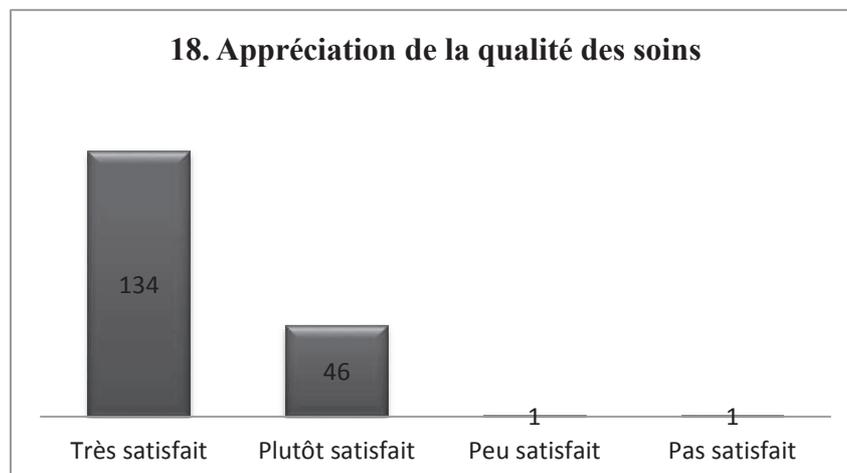
11) Que pensez-vous du système de consultation sur rendez-vous ?



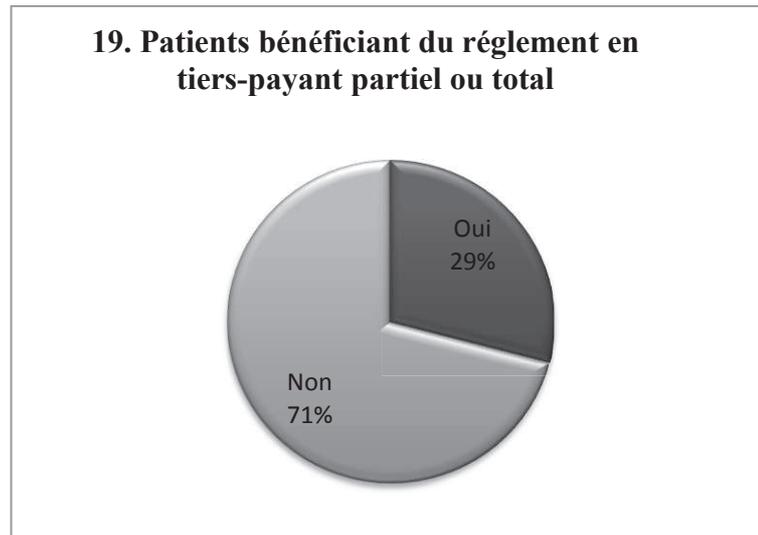
12) Quel est votre avis sur le temps d'attente avant la consultation ?



13) Êtes-vous satisfait de la qualité des soins ?



14) Quand vous consultez à la MMG, bénéficiez-vous du règlement en tiers-payant partiel ou total?

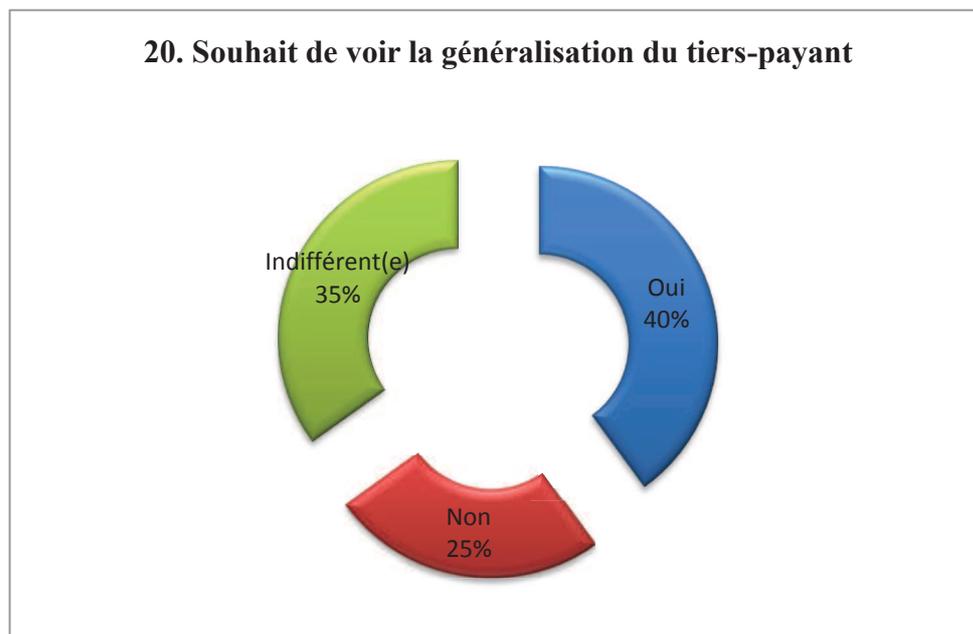


- Si Oui, cela vous incite-t-il à consulter la MMG plutôt que votre médecin traitant ?
La majorité des patients ayant bénéficié du tiers-payant ne sont pas plus enclins à consulter la MMG que leur médecin traitant.

- Si Non, est-ce un frein à la consultation?

La majorité des patients ayant réglé la totalité de la consultation ne renonceront pas à consulter la MMG une nouvelle fois.

15) Souhaiteriez-vous voir la généralisation du tiers payant-total?



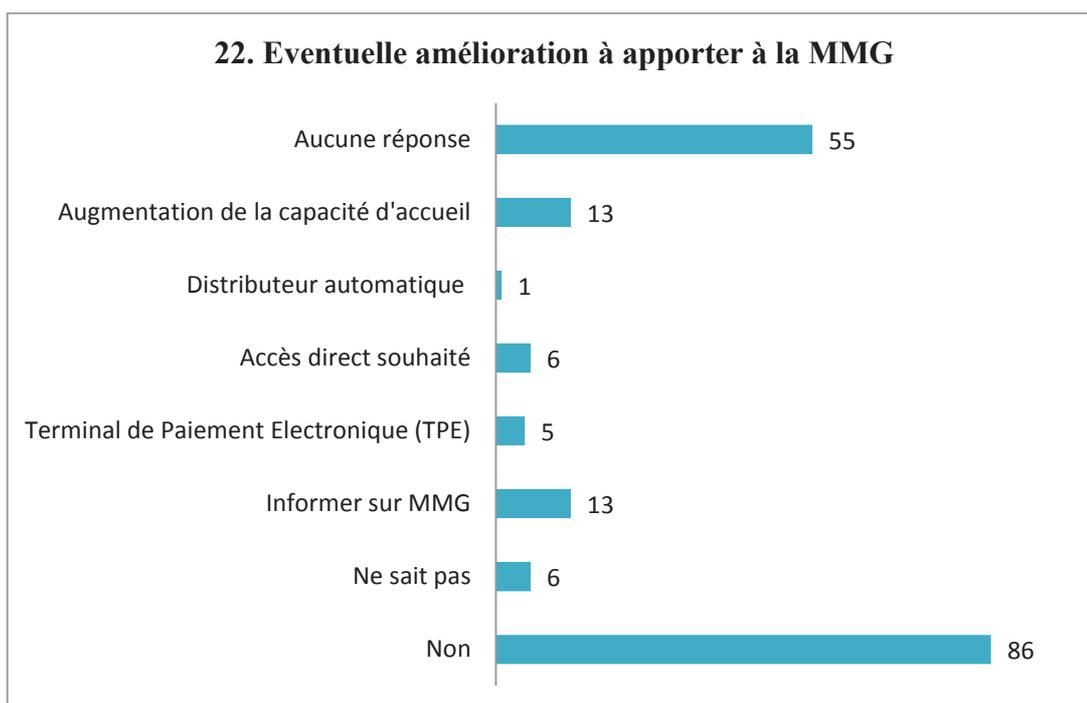
16) Souhaiteriez-vous voir les consultations étendues en semaine entre 20h et minuit?



17) Recommanderiez-vous le recours à la MMG à votre entourage?

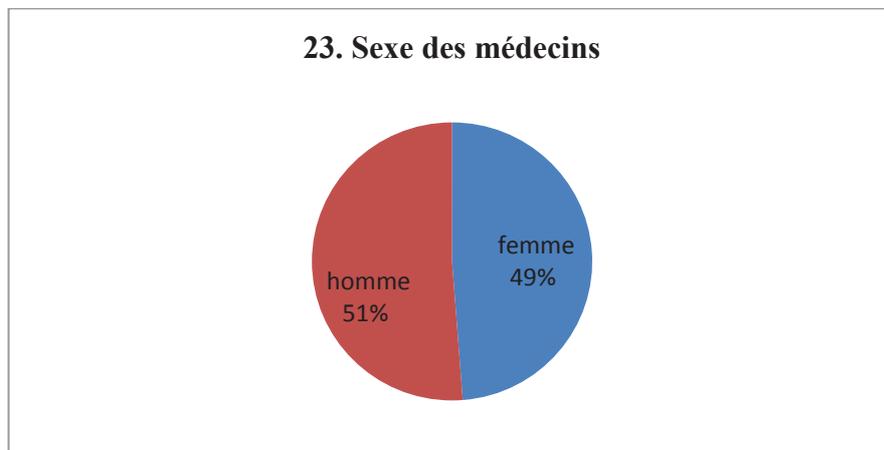
Tous les patients recommandent la MMG à leur entourage.

18) Selon vous, y a-t-il des modifications à apporter au fonctionnement de la MMG afin d'apporter un meilleur accès aux soins aux patients ?

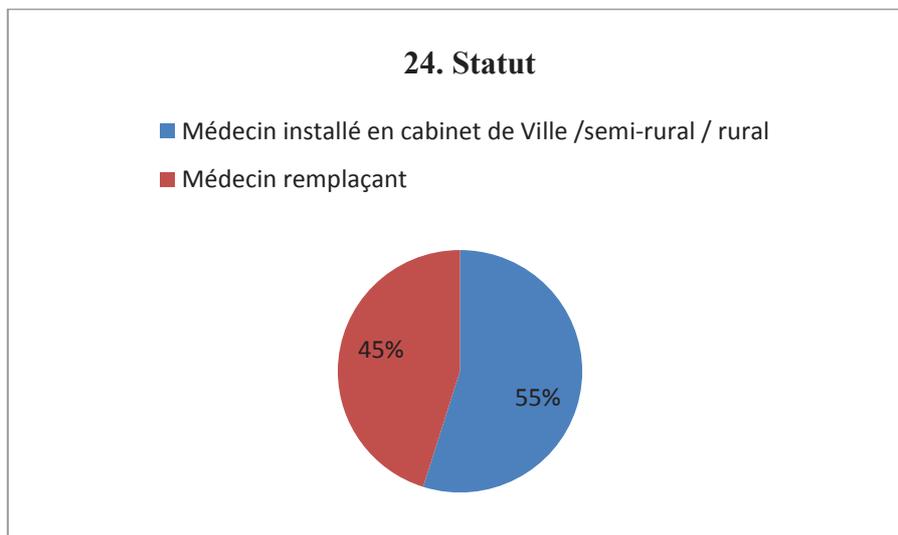


6.3. Questionnaire Médecins

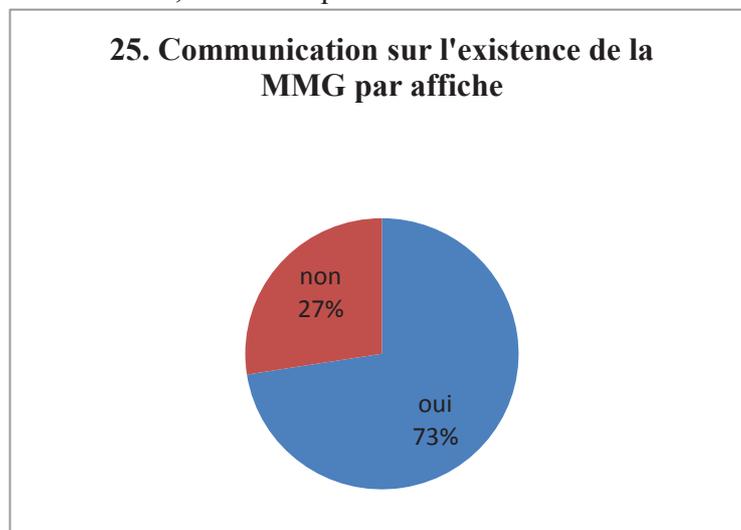
1) Êtes-vous une femme ou un homme ?



2) Êtes-vous installé ou remplaçant ?



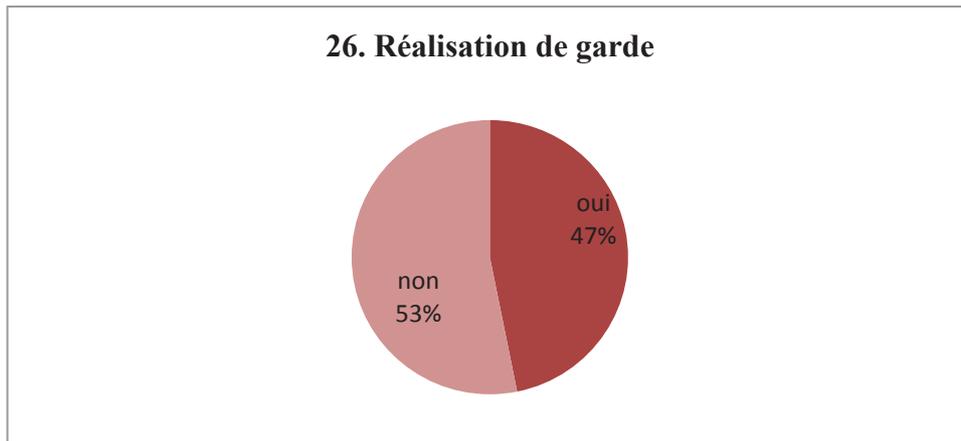
3) Si vous êtes installé, communiquez-vous sur l'existence de la MMG (affiche) ?



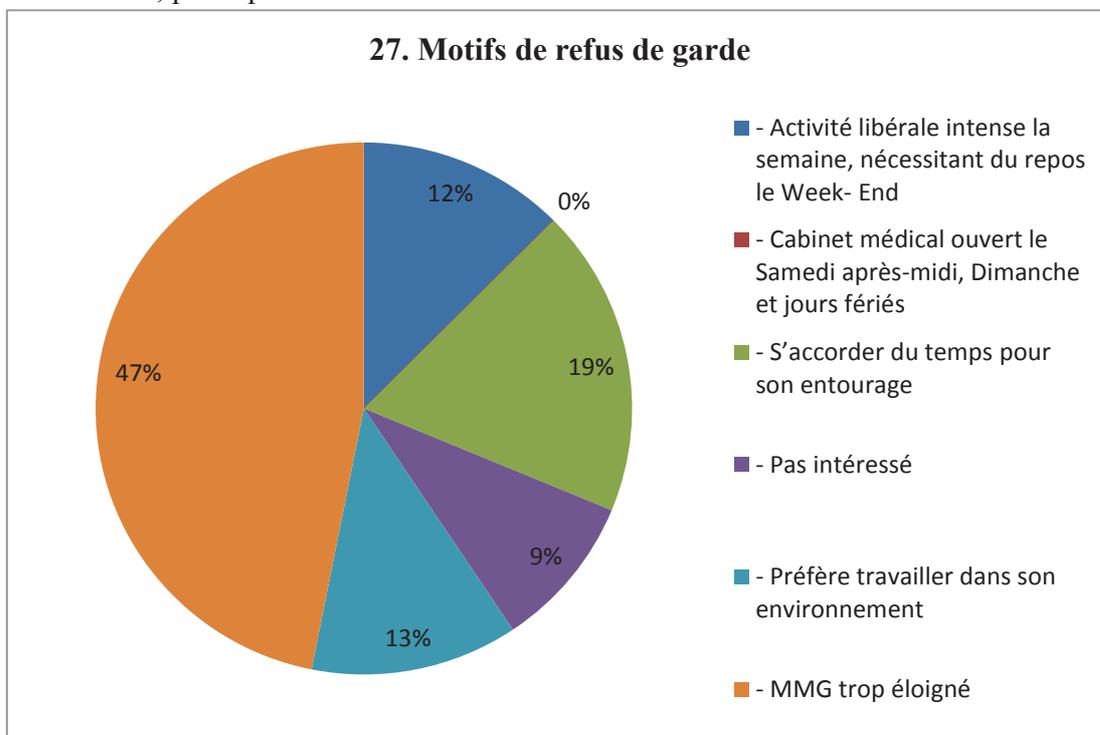
- Si Non, pour quelles raisons ?

Parmi les raisons de non communication par affichage sur l'existence de la MMG, on note : une communication orale, l'absence d'affiches, l'exercice sur un autre secteur de garde et l'oubli.

4) Faîtes- vous des gardes à la MMG ?



- Si Non, pour quel motif ?

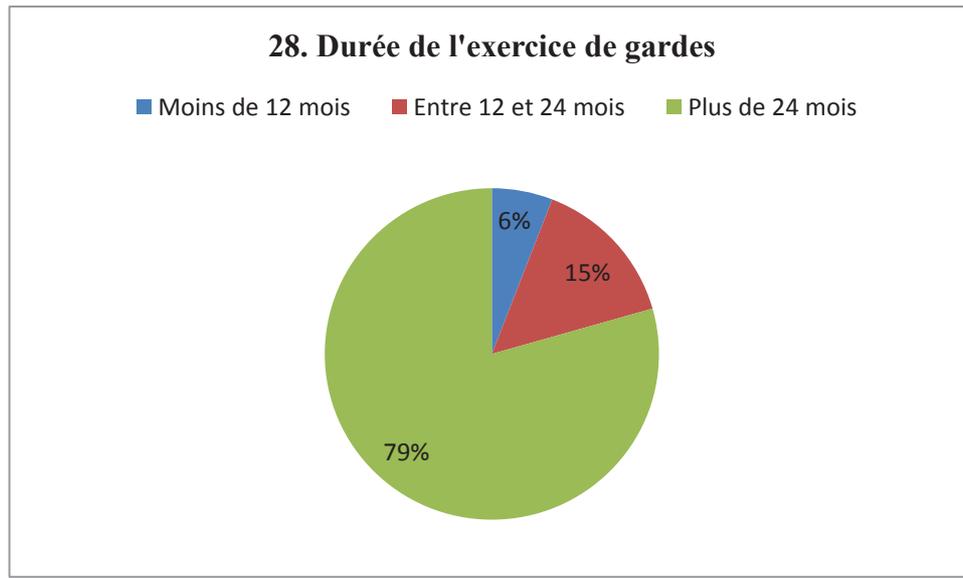


- Si aucun des motifs ci- dessus, merci de préciser :

Parmi les motifs de non exercice à la MMG, on note: la participation à la PDSA via remplacement, l'exercice en régulation libérale, le "hors secteur", le grand âge, l'absence de proposition de remplacement et le manque d'information sur la MMG.

Si vous ne participez pas à la liste de garde, Merci de bien vouloir passer à la question n°19.

5) Depuis combien de temps effectuez-vous des gardes à la MMG de Compiègne ?



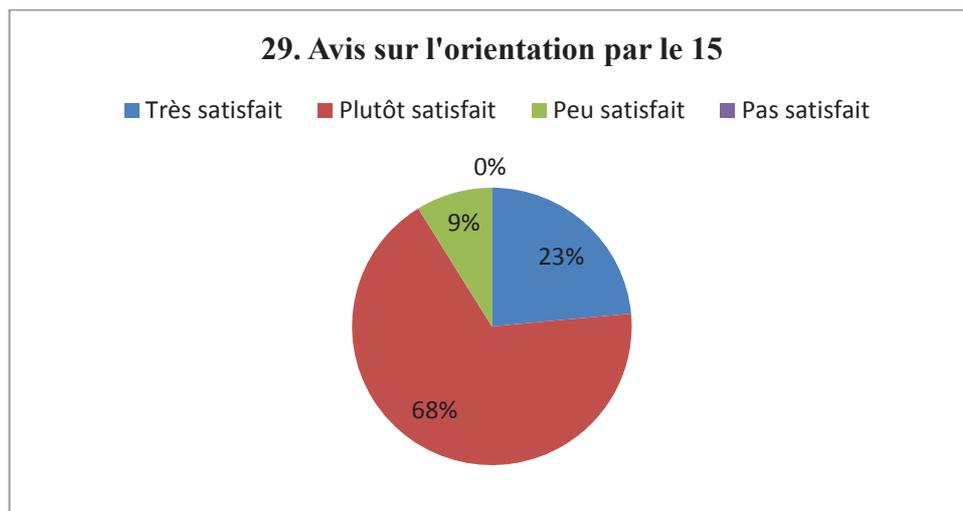
6) Combien de gardes avez-vous effectué au cours des 12 derniers mois à la MMG de Compiègne ?

A été effectué par les médecins une moyenne de 1,07 gardes sur les 12 derniers mois.

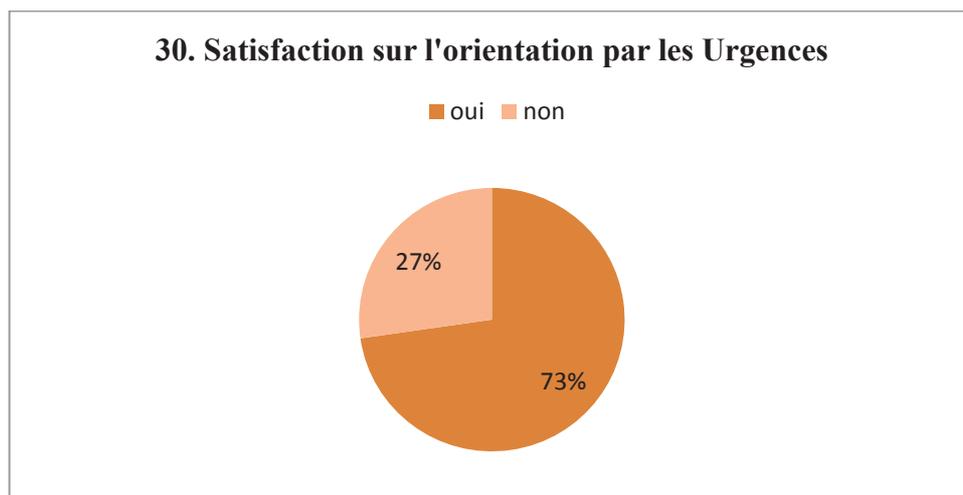
7) Les pathologies vues à la MMG relèvent-elles de la médecine ambulatoire de ville ?

L'ensemble des médecins est d'accord sur le fait que les pathologies vues à la MMG relèvent de la médecine de ville.

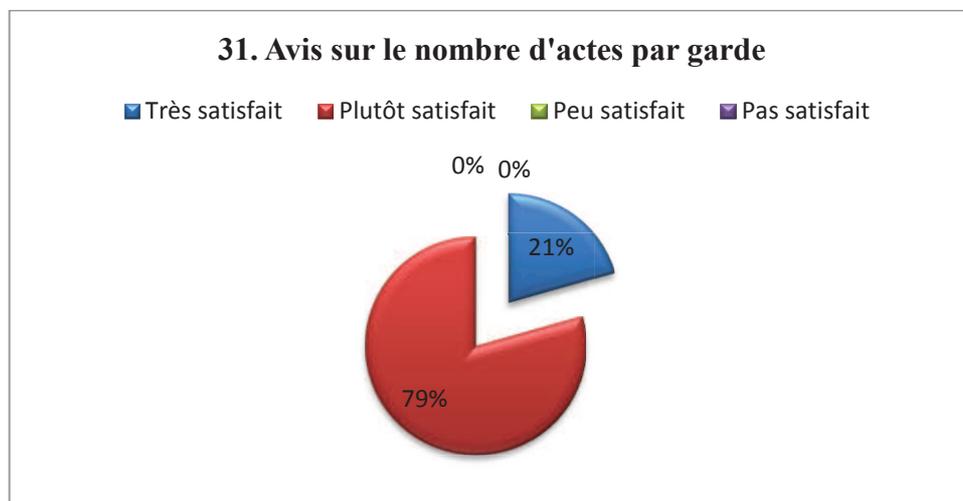
8) Êtes- vous satisfait du nombre de patients orientés par le 15 ?



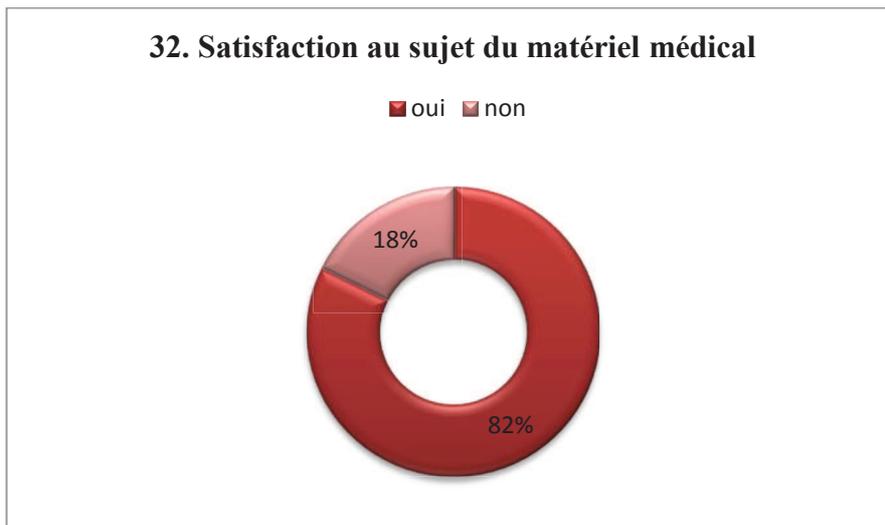
9) Êtes- vous satisfait du nombre de patients orientés par les Urgences ?



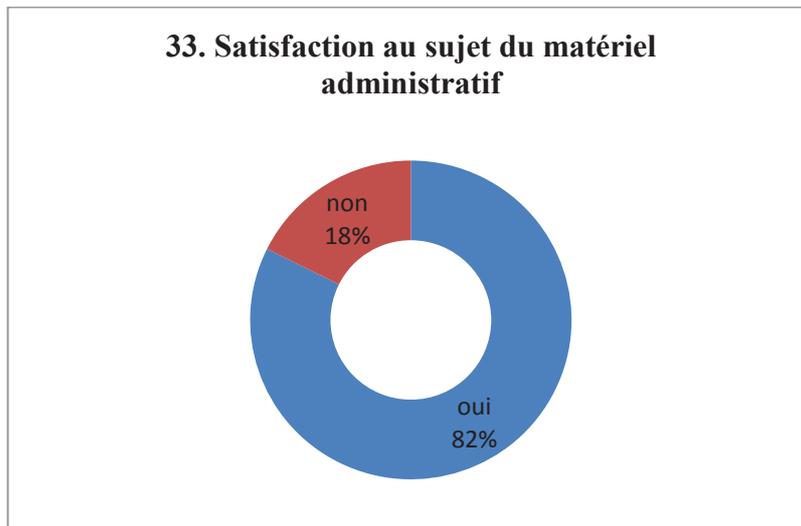
10) Êtes- vous satisfait du nombre d'actes par gardes ?



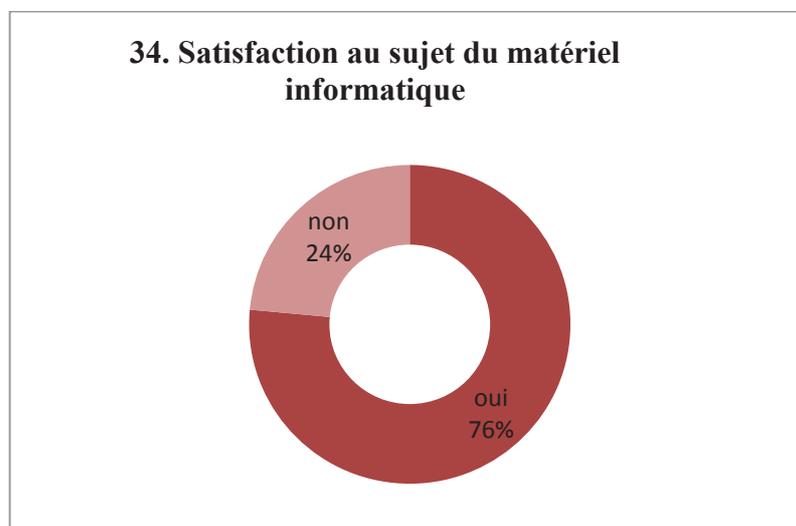
11) Êtes- vous satisfait du matériel médical mis à disposition ?



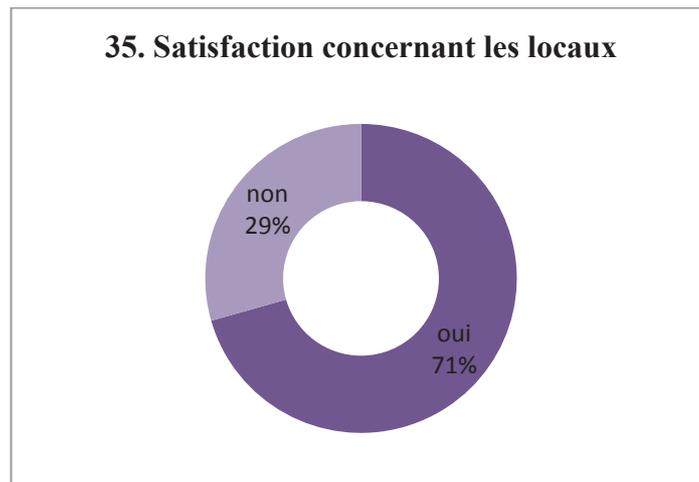
12) Êtes- vous satisfait du matériel administratif mis à disposition ?



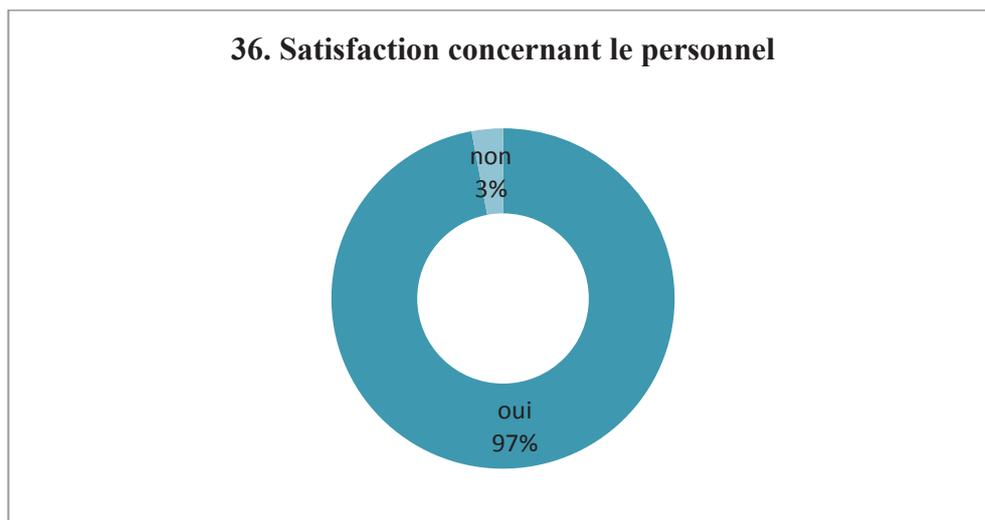
13) Êtes- vous satisfait du matériel informatique mis à disposition ?



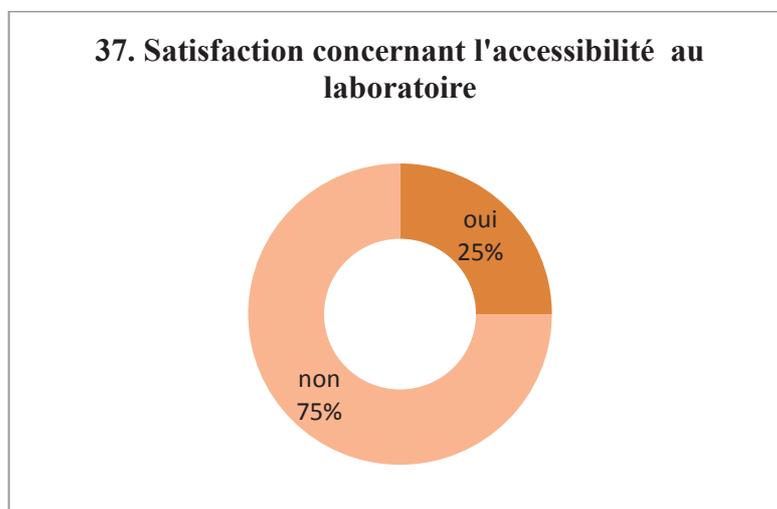
14) Êtes- vous satisfait des locaux mis à disposition ?



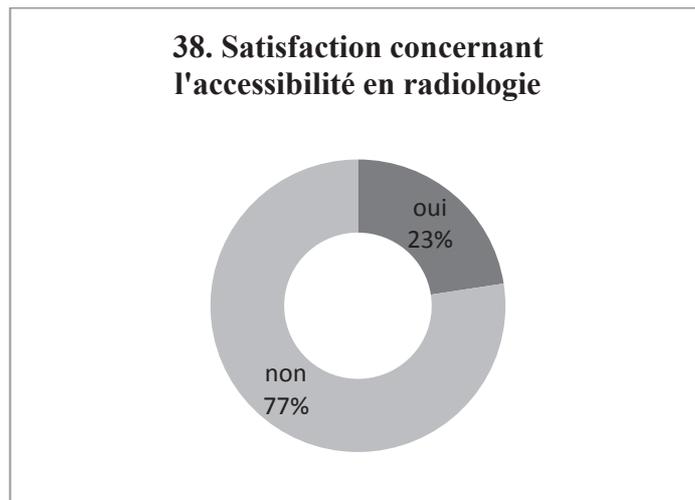
15) Êtes- vous satisfait du personnel mis à disposition ?



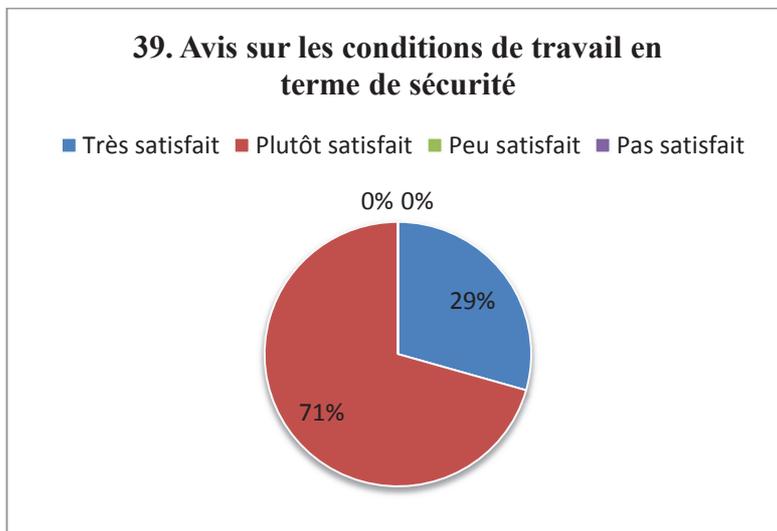
16) Êtes- vous satisfait concernant l'accessibilité au laboratoire ?



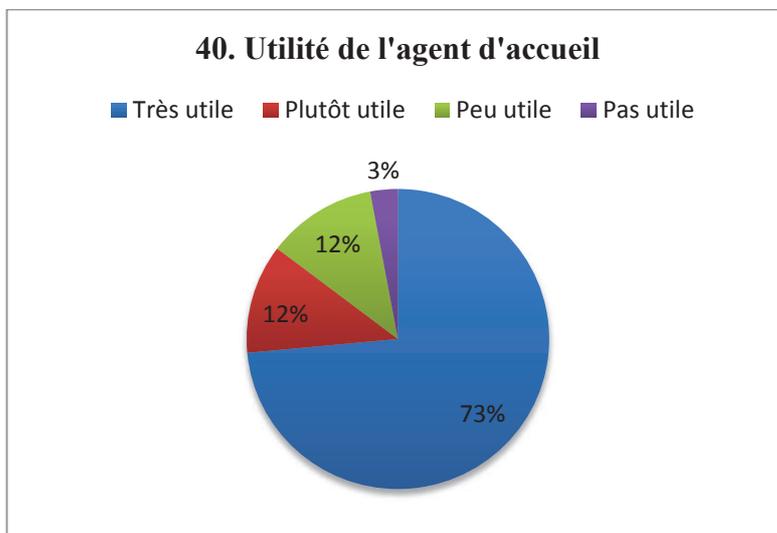
17) Êtes- vous satisfait concernant l'accessibilité en radiologie ?



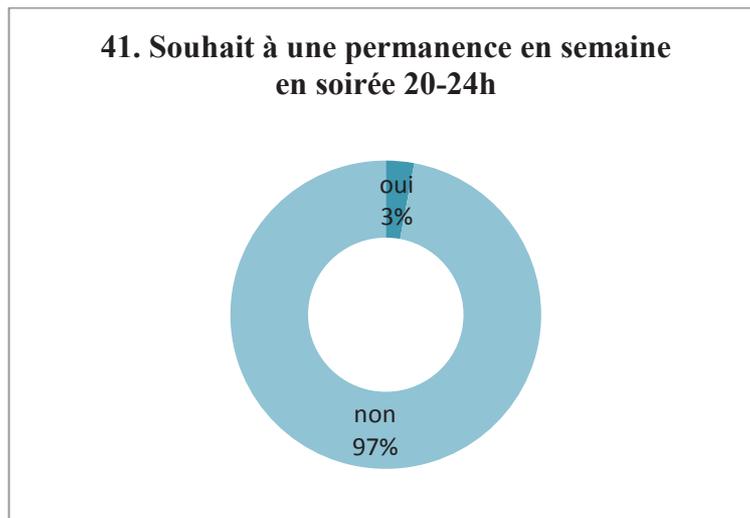
18) Êtes-vous satisfait des conditions de travail en terme de sécurité ?



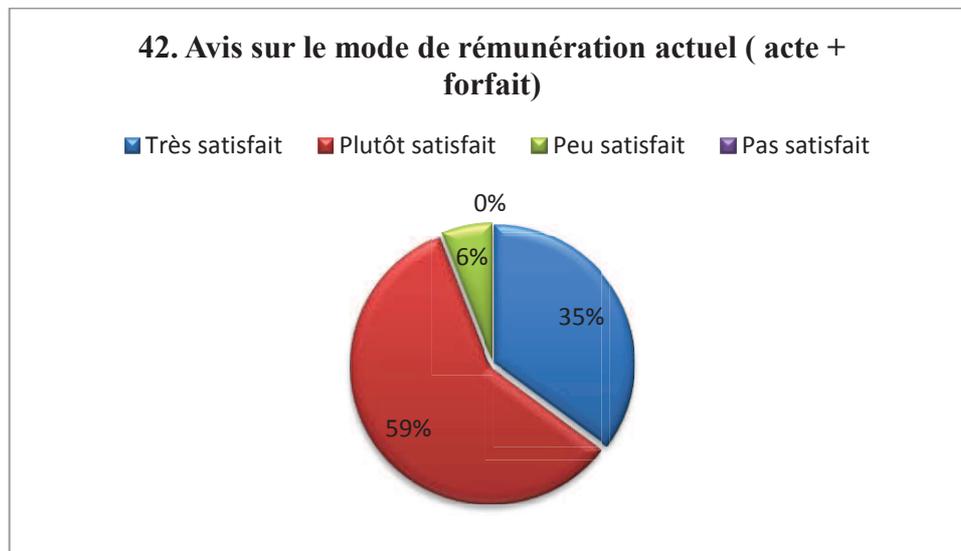
19) La présence d'un agent d'accueil vous parait-elle



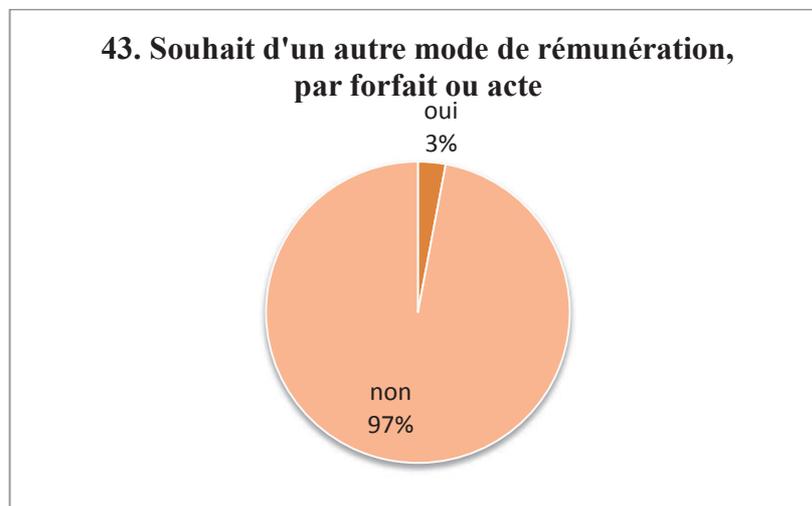
20) Seriez-vous prêt à participer à une permanence de soins en semaine entre 20 et minuit ?



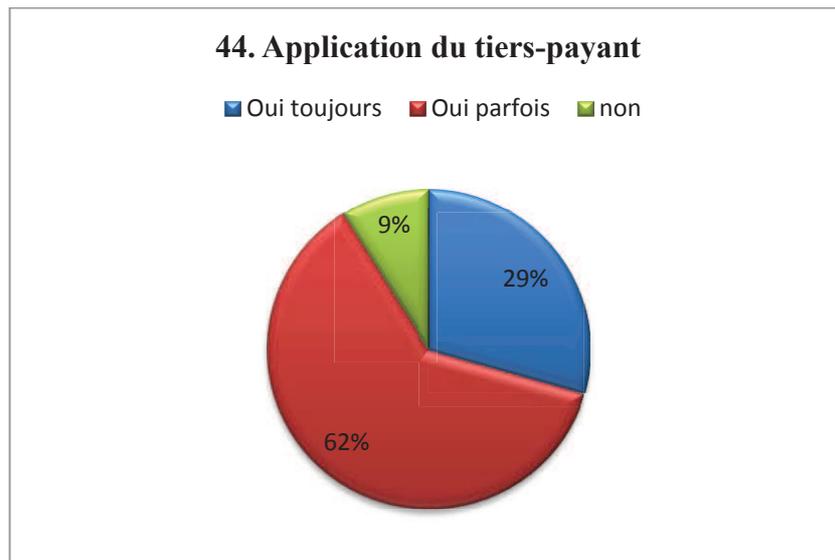
21) Êtes-vous satisfait du mode de rémunération actuel (paiement à l'acte + forfait) ?



22) Souhaiteriez-vous un autre mode de rémunération, par forfait ou par acte seulement ?



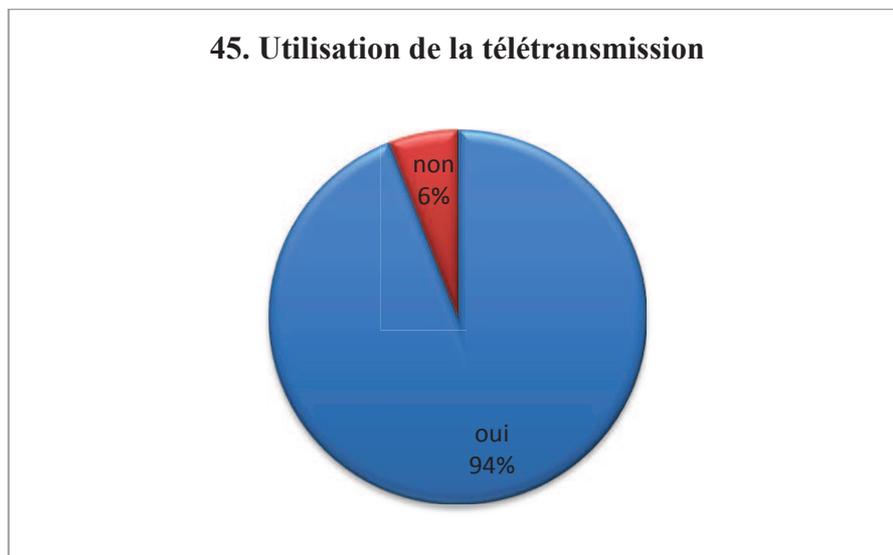
23) Faites- vous le tiers-payant aux patients ?



- Si Non, pour quelle(s) raison(s) ?

Concernant les raisons de la non application du tiers-payant, on note : la dévalorisation de l'acte, le remboursement lent ou pas assez rapide par la sécurité sociale, le grand nombre d'impayés et le fait d'être honoré par le patient.

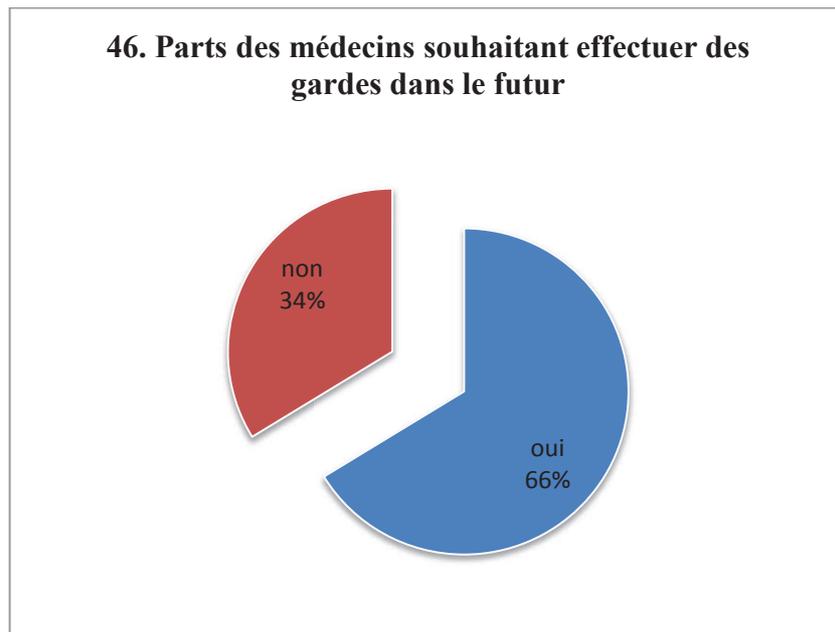
24) Utilisez-vous le lecteur de carte vitale à disposition pour la télétransmission ?



- Si Non, pour quelle(s) raison(s) ?

Un médecin n'utilise pas le lecteur de carte vitale car il signale son mauvais enregistrement auprès du service de télétransmission.

25) Allez-vous effectuer des gardes en MMG dans les années à venir ?



26) Selon vous, qu'est ce qui pourrait encourager les médecins à participer à la liste de garde ?

Concernant les idées pour faire adhérer des médecins à la MMG, on retrouve une part importante de médecins souhaitant une augmentation de la rémunération, une amélioration de l'organisation de la structure ainsi que celle de la régulation, maintenir le système du volontariat, une fréquence peu importante de gardes, la possibilité de se faire remplacer au besoin, diffuser sur l'existence de la maison médicale et créer des demi-gardes pour limiter la charge de travail et limiter le risque de Burn-Out. L'amélioration des conditions de travail entre en ligne de compte. En effet, la MMG est dotée de locaux exigus, de mobilier usé, d'une absence de climatisation et d'une lumière artificielle.

6.4. Questionnaire agents d'accueil

1) Quel âge avez-vous ?

La moyenne d'âge des agents d'accueil est de 20,6 ans.

2) Êtes-vous satisfaites du matériel médical mis à disposition ?

La majorité des étudiantes infirmières est satisfaite du matériel médical mis à disposition.

3) Êtes-vous satisfaites du matériel administratif mis à disposition ?

Elles sont toutes ravies du matériel administratif proposé.

4) Êtes-vous satisfaites du matériel informatique mis à disposition ?

La majorité de celles-ci ne sont pas satisfaites du matériel informatique mis à disposition.

5) Êtes-vous satisfaites du matériel de pause mis à disposition ?

Elles sont dans la majorité déçues du matériel de pause.

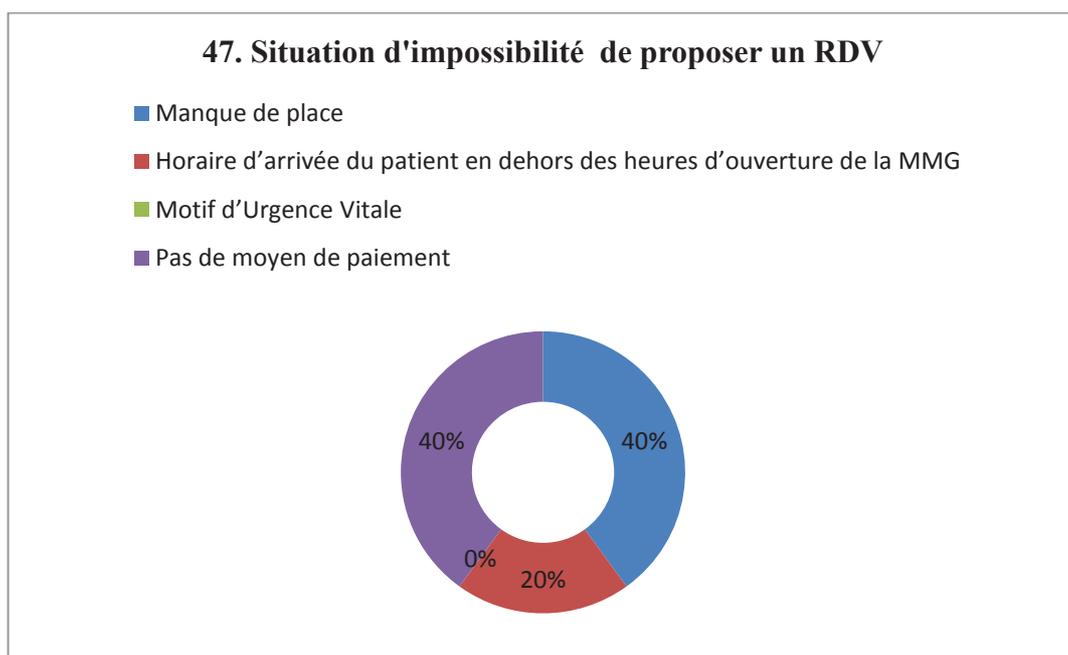
6) Êtes-vous satisfaites des locaux mis à disposition ?

Les locaux sont adaptés pour la majorité des élèves infirmières.

7) Quel est le niveau de satisfaction concernant la collaboration avec le médecin de garde ?

Globalement, elles sont assez satisfaites de la collaboration avec le médecin de garde.

8) Avez-vous été confronté à une impossibilité de proposer un rendez-vous de consultation à la MMG ?



9) Avez-vous été confronté à une impossibilité de proposer un rendez-vous de consultation à la MMG pour un autre motif que ci-dessus?

Parmi les autres situations d'impossibilité de convenir d'un RDV figure : l'impossibilité de se rendre à la MMG par absence de moyen de transport, l'accès direct et un cas de refus de consultation par le médecin.

10) Quel est le niveau de satisfaction concernant votre rémunération à la MMG ?

Les cinq étudiantes sont plutôt satisfaites de leur rémunération.

11) Depuis le début de votre activité au sein de la MMG, avez-vous rencontré des difficultés ?

Parmi les obstacles rencontrés durant l'activité, on constate: une absence de présentation d'attestation d'assuré social, une méconnaissance des moyens de règlement chez les patients, des bugs du logiciel, l'incompréhension du tarif de garde par certains patients, l'exaspération de quelques patients face à un retard excessif.

A noté qu'une étudiante n'a rencontré aucune difficulté dans son exercice.

12) Allez-vous effectuer des gardes en MMG dans les années à venir ?

La majorité des étudiantes ne vont pas poursuivre leur engagement dans l'avenir.

13) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait encourager les élèves infirmières à participer à la liste de garde ?

Parmi les idées pour recruter de nouveaux élèves, on note : la diffusion de l'information du fonctionnement de la MMG par les étudiantes postés, une bonne rémunération, la compatibilité emploi du temps étude/gardes et la possibilité d'échanger facilement les gardes si besoin.

7. DISCUSSION :

7.1. Discussion de la METHODE

7.1.1. Etude de l'activité globale

Une étude rétrospective a été préférée à une étude prospective car cette dernière serait beaucoup trop longue.

Les statistiques de l'année 2015 ne sont pas disponibles donc pas traitées.

7.1.2. Questionnaire patients

Il était nécessaire d'obtenir l'opinion des patients sans trop influencer sur l'activité de la MMG afin de ne pas trop retarder la prise en charge des malades (les patients devant se procurer rapidement les médicaments dans le but de se soulager). Des interrogations simples sont formulées. Pour un gain de temps, le formulaire est donné en salle d'attente, les patients sont invités à répondre à toutes les questions sauf à celles portant sur le règlement (tiers-payant ou pas) (n°14). La réponse à la question sur le règlement a été obtenue après paiement de la consultation.

Les patients déclinent souvent de répondre au questionnaire auprès des élèves infirmières. Il n'y a pas eu de question sur les raisons du refus mais les raisons principales évoquées oralement étaient le manque de temps et la nécessité de traiter rapidement la maladie.

Vu la diminution des réponses au cours de la période de recueil, il fût indispensable de « booster » le taux de réponse. Ainsi, sur deux gardes où j'ai remplacé Dr VERON et Dr VAN AUDENHAEGE (respectivement le Samedi 21 Mai et le Dimanche 19 Juin), j'ai été amené à soumettre les formulaires en fin de consultation en face à face et rester auprès d'eux pour éventuellement les guider. La question sur le règlement a été répondue après paiement de la consultation. L'étudiante infirmière réalisant toujours l'encaissement. Il a été obtenu 100% de réponses sur ces gardes! Je souhaitais au maximum éviter cette alternative au risque d'induire des biais concernant la réponse sur la qualité de soins et le recueil de données. De part cette action, l'anonymat est difficilement applicable. Un questionnaire en tout anonymat aurait été difficile à mettre à place car cela impliquerait soit un recueil en différé des réponses par retour postal ou par courriel soit l'installation d'une urne de recueil à la sortie de la MMG.

Je n'aurais sans doute pas obtenu un nombre de réponse suffisant, ou des réponses incomplètes. Le temps à accorder au questionnaire par les patients ne demandant qu'entre 2 et 3 minutes, ainsi j'ai décidé de procéder au recueil en direct. De plus, je devais tenir compte du fait que certains patients ne savent ni lire ni écrire.

On peut supposer que le médecin a une plus grande influence sur la population cible, peut-être expliqué par sa capacité à argumenter.

La question portant sur le règlement en tiers payant n'était pas précise : elle ne distingue pas les patients qui bénéficiaient d'emblée de la dispense totale d'avance des frais (Couverture Médicale Universelle – Complémentaire (CMU-C), Aide Médicale d'Etat (AME), Accident de Travail (AT), grossesse, voire certaines Affections de Longue Durée (ALD)) des autres patients. Les agents d'accueil aidaient les patients à répondre à cette interrogation au besoin. L'objet de la question initialement était de savoir quelle était la proportion de patients ayant bénéficié du tiers-payant partiel ou total.

Le taux de réponse aux questionnaires fut de 25.83%.

A noter que dans un souci de clarté, les réponses de la question finale (n°18) ont été traitées comme si cette dernière était quantitative.

Il existe un biais de recrutement car ne sont pas pris en compte les patients non accueillis à la MMG faute de place ou sans moyen de transport.

7.1.3. Questionnaire médecins

Pour rappel, la population cible comprend 751 omnipraticiens soit le nombre de médecins généralistes installés dans l'Oise. Les médecins remplaçants exerçant à la place du titulaire au moment du recueil sont pris en compte. En effet, ils peuvent réaliser des gardes sous le nom du médecin remplacé. 85 réponses ont été perçues dont 38 provenant de médecins remplaçants. Il existe donc un biais de recrutement car toutes les réponses ne proviennent pas des praticiens installés.

Toujours dans un souci de ne pas perturber le planning chargé des médecins, les questions dans l'ensemble permettent une réponse courte. Pour un non participant à la MMG, il suffit de remplir 7 questions ! Pour rappel, la diffusion comprend trois modes : papier, virtuel et téléphonique. Malgré la simplification du formulaire, de la diversification des moyens de recueil et des « relances », le taux de réponse reste très faible soit 11.31%. A l'origine de

l'absence de réponses, les deux motifs souvent évoqués sont le manque de temps et l'exaspération sur sollicitation excessive par des études.

Ces deux causes sont des facteurs limitant les études.

Soulignons que beaucoup de médecins dépendent d'autres secteurs de gardes. Ils peuvent se sentir non concerné par cette étude.

7.1.4. Questionnaire agents d'accueil

Tenant compte du fait d'une étude conséquente, le principe du questionnaire a été soumis aux élèves infirmières malgré leur nombre limité (6). Un entretien aurait été plus adapté.

Malgré plusieurs relances par mail et SMS, seulement 5 élèves ont répondu.

7.1.5. Avis des acteurs de la PDSA et des « urgences ».

Dans l'optique de réaliser une étude assez complète, il était nécessaire de soumettre ce travail auprès de la « régulation », des effecteurs de la MMG et des « urgences ». Ainsi, différents représentants de chacune des entités ont été sollicités afin de connaître leur point de vue. De part leur expérience dans le domaine de la PDSA, ces personnes ont pu ainsi optimiser cette thèse.

7.2. Discussion des résultats

7.2.1. Etude de l'activité globale

La MMG ouvrit ses portes en retard le 10 Avril 2010 pour cause de retard du versement de l'avance sur frais de fonctionnement. Ainsi, l'activité de celle-ci correspond à 8 mois et 20 jours pour cette année. Il y a un biais de recrutement car le nombre d'actes est sous-estimé.

Dans ce qui aurait pu altérer l'activité de la MMG, notons deux événements :

En 2011, il y a eu fermeture de la MMG à partir du 22 janvier, pendant 3 semaines pour "absence de fonds versés"! Cette donnée crée un biais.

En décembre 2014: gros mouvement de grève contre la Loi Santé, mais réquisition des effecteurs, donc les gardes furent assurées. A noter la diminution d'activité en 2014 peut-être expliqué par des épidémies moins fréquentes.

L'augmentation annuelle du nombre d'actes depuis l'ouverture de la MMG jusqu'à 2013 conforte l'idée que cette structure rencontre du succès (1).

Les courbes de l'accès 15 et accès hôpital peuvent s'expliquer par le fait que l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) des Urgences indique bien aux patients de contacter le 15 avant de consulter à la MMG. L'accès direct diminue sensiblement, probablement le fait que le mode de fonctionnement de la MMG se fait connaître (2).

Globalement, la répartition adultes/enfants est stable sauf en 2013 avec un pic infantile peut-être lié à une ou plusieurs épidémies (3).

Trois hypothèses se posent quant à la persistance de patients hors secteur (4) :

- manque d'effecteur disponible en zone hors secteur et donc la régulation oriente vers la MMG,
- patients en accès direct ne connaissant pas le mode d'admission. Cette approche n'a pas été étudiée car l'étude est assez conséquente.
- méconnaissance de la géographie par certains médecins régulateurs.

La maison reste très facilement localisable en raison de son intégration au sein l'hôpital. Le bureau est adjacent au service des Urgences adultes et pédiatriques. Généralement, les patients connaissent la localisation du service d'Urgences le plus proche de leur domicile. La proximité de la MMG avec les Urgences permet de « recruter » plus de malades. A noter qu'un petit groupe souligne le manque de signalisation (réponse en dessous de « 8 »), d'où l'idée de pouvoir optimiser cet aspect (plus grand panneau par exemple).

La maison médicale remplit bien sa fonction d'urgence car la majorité (78%) des patients l'ont consulté 1 à 2 fois dans l'année (10). Cela prouve bien qu'elle n'est pas considérée comme un cabinet de médecine générale classique pour beaucoup de patients.

La planification des rendez-vous, le délai de prise en charge et la qualité des soins restent très appréciés des usagers (plus de 90% de satisfait) (16-17-18), ceci encourage de garder cette organisation.

Un recours à la MMG en soirée de 20H à minuit la semaine peut s'avérer nécessaire, les 78% de personnes favorables à son ouverture sur cette plage en sont les témoins (21). Augmenter le volume horaire signifierait accroître le nombre d'actes.

Sans équivoque, tous les usagers recommandent la MMG à leur entourage (réponse à la question n°17) d'où l'accès « entourage » non négligeable. Même un patient non satisfait de la qualité des soins conseille la MMG ! (18) Les patients ont confiance dans cet établissement. Le bon niveau de satisfaction des patients va contribuer encore à la croissance de son activité dans les années à venir.

La MMG de Compiègne a répondu aux besoins de la population locale d'avoir un lieu de consultation à proximité (6), leur permettant un accès à un médecin de garde dans des délais très raisonnables (17). Ceci a sans doute été un des facteurs participant au succès de cette maison médicale.

L'activité dépend entre autres: de l'ancienneté de la MMG (donc une notoriété plus grande), la situation géographique (à proximité ou non d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU)) et les volumes horaires de consultations. A noter la variabilité de l'activité en fonction des saisons. Elle est plus importante en hiver en raison des épidémies hivernales.

7.2.2. Profil des patients

. âge

La population amenée à consulter est à 47.8% en moyenne pédiatrique (3). Il n'est pas surprenant de retrouver une part importante de consultations pédiatriques dans l'activité globale de la MMG de Compiègne. En dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, il est évident que tous les patients présentant un ou des symptôme(s) évocateur d'une pathologie aigüe ne vont pas recourir systématiquement à une structure de PDS. Une partie d'entre eux soit 18 % préféreront attendre le lendemain ou surlendemain la réouverture des cabinets médicaux alors que 69% d'entre eux seraient allés aux Urgences en l'absence de MMG sur Compiègne (15). Nous pouvons supposer que lorsque les enfants présentent une pathologie aigüe, les parents n'attendent pas le lendemain pour consulter le médecin traitant ou le pédiatre, compte tenu de l'inquiétude parentale. Ce facteur pourrait expliquer la part importante de consultations pédiatriques.

D'après une étude menée par la DREES en octobre 2004 ^[12], les consultations urgentes non programmées, pendant les horaires de PDSA, concernent essentiellement des affections aiguës dont le type varie en fonction de l'âge des patients. Les enfants et les adultes jeunes sont principalement touchés par les pathologies infectieuses, à la différence des personnes âgées qui relèvent d'affections rhumatologiques et cardiologiques. Les consultations non programmées concernent 55% des patients de moins de 45 ans, alors que la patientèle des médecins généralistes est majoritairement constituée (à 60%) de patients âgés de plus de 45 ans. Nous constatons à travers cette étude que les motifs de consultations non programmées sont en rapports avec des pathologies infectieuses touchant principalement une population jeune. Rappelons que la mission des MMG est de répondre aux demandes de soins non programmés exprimés par les patients, mais sur les horaires de PDSA. Nous pouvons donc supposer que ces résultats sont également transposables aux consultations en MMG.

Par ailleurs, une autre étude de la DREES vient appuyer la précédente étude: les pathologies les plus fréquemment rencontrées chez les enfants de moins de 16 ans en médecine générale sont en rapport avec une infection, notamment des voies respiratoires hautes et ORL ^[13].

Les pathologies rencontrées à la MMG de Compiègne n'ont pas été étudiées dans ce travail.

Cependant d'autres travaux font apparaître les pathologies infectieuses comme étant les premières causes de consultations en MMG ^[14,15,16] classés CCMU 1 (Classification Clinique des Malades aux Urgences : 1), ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière ni d'examen complémentaires ^[17].

. Motivation

La majorité des patients consultent car ils estiment que leur cas est une urgence (12), l'attente de l'ouverture du cabinet de leur généraliste en début de semaine étant difficile. Une autre étude pourrait être réalisée concernant la notion d' « urgence » qui n'est pas la même en fonction des personnes et de leurs professions. Pour 22% des malades, la consultation à la MMG s'impose car le médecin de famille est non disponible (12), c'est donc qu'ils sont au courant de l'existence de la MMG qui s'inscrit dans la continuité des soins de premier recours.

A défaut de la MMG, beaucoup de patients choisissent la consultation aux Urgences (15). Dans leur esprit, l'hôpital reste un lieu de consultation ouvert 24h/24. Les Urgences, c'est la certitude de trouver un médecin ayant la capacité de réaliser une biologie et une imagerie rapidement. La dispense d'avance de frais y est appliquée donc on note cette impression de gratuité!

· Lieu de résidence et moyens de locomotion

Nous avons vu que la majeure partie de l'activité de la MMG implique des patients originaires de l'Oise (5). La MMG est une structure de proximité et reste très accessible à la population de la région du compiégnois. En effet, 82 % des patients prenant leurs véhicules l'atteignent en maximum 20 minutes (6). Le mode de transport privilégié pour se rendre à la MMG est la voiture dans 96.2% des cas (7). Ce choix nous apparaît plutôt logique de par le profil pédiatrique important des patients (3). Un infime nombre de patients (7) emprunte les transports en commun, cela laisse supposer que la MMG est mal desservie. En effet, l'accès est plus difficile par les transports en commun (pas de gare RER ni de station de métro à proximité, nécessité de correspondances en bus, temps d'attente allongés les week-ends).

· Mode d'accès à la MMG et devenir des patients.

Le centre 15 en première position suivi des urgences hospitalières jouent bien leur rôle de sélection et d'orientation à la MMG (11). Dans l'éventualité d'une nouvelle consultation, les malades dans leur grande majorité (79%) sont prêts à re-solliciter le 15, preuve qu'ils ont intégrés le principe d'admission à la MMG (14).

Le « bouche à oreille » participe également à faire de la publicité pour la MMG dans une plus grande mesure que la communication par le médecin traitant (11). On constate que l'information sur la MMG n'est pas assez diffusé par les cabinets « classiques » pourtant les médecins généralistes sont le premier recours. Le rôle des médecins généralistes libéraux est important dans la promotion de cette MMG en relayant l'information auprès de leurs patients.

La presse papier, internet et la pharmacie ne « véhiculent » pas assez sur la MMG (11). Plusieurs rappels de renseignements par journal local (juste avant les périodes d'épidémies entre autre) et l'amélioration des informations sur le net (site de la mairie de Compiègne et

villes du secteur, des urgences hospitalières, des cabinets d'omnipraticiens, création d'un site dédié à la MMG, etc...) aiderait à faire connaître la MMG.

Confirmant les propos ci-dessus, les patients soulèvent l'idée de faire plus de publicité (panneau, journal, internet, etc..) et augmenter la capacité d'accueil (2ème effecteur en période épidémique, augmenter les plages horaires) de la MMG (22). Ce sont des remarques pertinentes mais se pose le problème du budget pour ces moyens.

D'après la thèse de Dr JIANG ^[18]: Après consultation à la MMG de Drancy (93700), très peu de patients sont réorientés vers un SAU pour suite de prise en charge diagnostique ou thérapeutique. Les pathologies rencontrées à la MMG relevant bien de la médecine générale de ville. Sur un total de 2486 patients, 2424 d'entre eux sont retournés à leur domicile et 62 seulement ont été réorientés vers les services d'urgences de l'hôpital (soit 2,49%).

Nous pouvons nous demander s'il existe une différence dans le taux de ré-adressage vers les SAU selon le mode d'accès à la MMG. Il s'avère qu'il n'y ait pas de différence significative :

- Il y a eu 42 patients réorientés au SAU sur les 1649 patients initialement adressés par le C15, soit 2,55%.
- Il y a eu 21 patients réorientés au SAU sur les 816 patients venus consulter directement, soit 2,51%.

Bien que le cahier des charges régional préconise des consultations après régulation par le C15, il n'y a pas d'argument purement médical qui justifierait son application stricte. Le taux de ré-adressage vers le SAU des patients consultant sans avis préalable du médecin régulateur du C15 n'est pas supérieur à celui des patients régulés. Ces résultats laissent supposer que les patients sont capables d'évaluer correctement le niveau de gravité de leur état pour décider vers quelle structure de PDS se diriger.

Par conséquent, d'après cette étude, on peut remettre en question l'obligation pour les patients de passer par le C15. Passer par ce dernier n'améliorerait pas la prise en charge des patients, puisqu'à l'inverse, il n'y a pas moins de patients ré-adressés au SAU quand ces derniers sont régulés par le C15.

· Modalités de règlement

Afin de faciliter l'accès aux soins dans les MMG, le cahier des charges de l'ARS, en s'appuyant sur la convention nationale signée entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, rappelle aux médecins que les patients ont le droit de bénéficier de la dispense d'avance des frais sur la part obligatoire, et par conséquent ne régler que le ticket modérateur [19, 20].

Pour plus de deux tiers des consultations, le tiers-payant (partiel ou total) n'est pas appliqué (19) alors que le cahier des charges de la PDSA l'a rendu obligatoire. Le tiers payant partiel signifie que le patient ne s'acquitte que de la « part mutuelle » et le tiers-payant total correspond à la dispense d'avance de frais, c'est-à-dire les bénéficiaires de la CMU-C, de l'Aide Médicale d'Etat (AME), grossesse mais également les accidents de travail (AT) et parfois les affections de longue durée (ALD).

Un grand nombre d'entre eux ne renonceront pas à consulter la MMG en cas de besoin tiers-payant ou pas (réponse en dessous de « 19 »). Dans l'urgence, l'aspect financier ne constitue aucunement un obstacle. 60% des patients sont indifférents et/ou s'opposent à l'application du tiers-payant généralisé (20) ; on peut supposer qu'honorer à sa juste valeur la consultation du médecin est important.

7.2.3. Profil des médecins

Presque autant de femme que d'hommes participent aux gardes (23), on peut en déduire que leur activité à la MMG est adaptable à leur mode de vie respectif. La majorité a une ancienneté de plus de 2 ans, ils ont l'habitude des gardes.

Les médecins installés font appels maintes fois aux médecins remplaçants (45% de médecins remplaçants) (24). C'est une option utilisée en cas de congés, maladie ou grossesse chez le médecin installé.

Plus de deux tiers des médecins font de la publicité visuelle pour la MMG (25) et un petit nombre préfère la communication orale car ils peuvent ainsi détailler la fonction de la MMG (réponse en dessous de « 25 »). Leur contribution précieuse permet ainsi de faire connaître la MMG. Près d'un médecin sur deux participe à la PDSA sur la base du volontariat, malgré la charge de travail au cabinet, ils restent attachés à ce principe (26). L'exercice en maison

médicale est une continuité du travail en cabinet libéral comme le remarque l'ensemble des protagonistes, en effet les pathologies de la MMG relèvent de la médecine ambulatoire (réponse à la question n°7). Un point à souligner : vu le nombre d'effecteurs important (91), un médecin réalise en moyenne 1.07 gardes par an (réponse à la question n°6), ce qui impacte peu sur leur vie privée et limite le risque de Burn-Out. Quelques médecins ne souhaitent pas participer à la PDSA et évoquent une MMG trop éloignée de leur lieu de travail ; l'hypothèse du hors secteur est plausible. D'autres préfèrent évoluer dans leur environnement privé et professionnel (27).

Le centre 15 et les urgences hospitalières (IAO) « aiguillent » bien les patients comme le remarque la majorité des médecins (29, 30), ce qui prouve la fiabilité de ces deux acteurs incontournables.

Beaucoup de médecins se réjouissent des conditions d'exercice ; le matériel médical, administratif, informatique et les locaux mis à disposition sont adéquats (32, 33, 34). L'environnement, l'aide apportée par l'élève infirmière et la sécurité du lieu sont également appréciés (35, 36, 39). À souligner, le point extrêmement positif de la présence de l'agent d'accueil qui permet au médecin de pouvoir faire que de la médecine, les parties administrative et financière étant déléguées. Ainsi, un gain de temps non négligeable est libéré. Celui-ci peut être « investi » dans la médecine.

Le point noir concerne l'accessibilité au plateau technique (biologie et radiologie) éloigné du bureau médical (37, 38). Durant les gardes, l'effecteur n'a pas la possibilité d'utiliser les compétences de ces services. Les explorations ne peuvent être réalisées que pour les patients admis aux urgences. Les questions portant sur l'accessibilité ont été proposées par le département de médecine générale de la faculté de médecine de Picardie Jules Vernes. L'idée est percevoir le ressenti des effecteurs dans l'éventualité d'une utilisation ultérieure du plateau technique pendant leurs gardes.

Les gardes de Week-end sont acceptées par les médecins mais la majorité écrasante (97%) ne souhaite pas travailler en soirée de 20 h à minuit la semaine (41), on peut émettre plusieurs hypothèses, d'une part l'entrave de la garde sur leur emploi du temps habituel, l'impact sur la vie privée et enfin la surcharge de travail pouvant entraîner une fatigue importante, lassitude voir burn-out dans une population médicale vieillissante.

Sur le plan financier, le système de rémunération forfait + actes convient bien à un grand nombre d'effecteurs (42). Maintenir ce mode est donc bénéfique.

La dispense d'avance des frais de consultation pour les ayants droits n'est pas systématiquement appliquée (9% de « oui») (44) alors que le cahier des charges le prévoit, ce qui amène à chercher le pourquoi. Les origines sont multiples : dévalorisation de l'acte (une consultation de jour férié en tiers payant revient moins chère (14,85€) pour le patient que celle de plein tarif en semaine (23€!)), remboursement lent ou pas assez rapide par la sécurité sociale, grand nombre d'impayés (aucune certitude d'être payé si le patient vient d'un autre département ou s'il n'a pas déclaré de médecin traitant !^[9]) et le fait d'être honoré par le patient sont les arguments qui reviennent (réponse en dessous de « 44 »). En somme, être rémunéré à sa juste valeur et correctement. Les patients bénéficient d'un remboursement sous trois jours de la consultation car la télétransmission est fortement utilisée (45).

Deux tiers d'omnipraticiens projettent de participer à la PDSA via la MMG (46). C'est rassurant pour la pérennité de celle-ci.

7.2.4. Profil des agents d'accueil

Les réceptionnistes sont des élèves infirmières (pas de formation type IAO). Elles évoluent dans le monde médical, c'est un atout pour accueillir des patients. Sur le contrat, elles ont un rôle purement administratif. L'équipe est jeune (autour de 20 ans) (réponse à la question n°1).

L'environnement est adéquat d'après elles (réponse à la question n°6). Elle dispose d'une salle à part entière pour recevoir les patients. Mis à part le matériel informatique qui « bug » très souvent et le défaut de matériel de détente (réponses aux questions n°4 et n°5), les outils de travail médicaux et administratifs leurs conviennent (réponses aux questions n°2 et n°3). Elles ont accès à une réserve de matériel médical et administratif. Les stocks sont régulièrement réévalués et complétés par un administrateur en fonction des besoins.

La coopération entre les élèves infirmières et les médecins est satisfaisante (réponse à la question n°7), cela permet une optimisation de la prise en charge des malades.

Dans leur pratique, quelques-unes ont rencontré des problèmes ; notamment l'impossibilité de donner un rendez-vous par manque de créneau horaire, défaut de règlement et incapacité au

demandeur de se déplacer à la MMG (« 47 » et réponse en dessous de « 47 »). L'apparition de conflits peut survenir si l'attente est jugée excessive par les patients notamment pendant les périodes d'épidémies ou si les consultations sont chronophages (réponse à la question n°11).

Dans l'ensemble, la rémunération leur convient (réponse à la question n°10), ce qui explique le peu de « turn-over » de celles-ci. Elles restent généralement 2 ans. Légalement au-delà de 18 mois de contrat à durée déterminé (CDD), on doit embaucher la réceptionniste. Ceci est impensable car une fois diplômée, les élèves réceptionnistes se consacrent exclusivement à leur profession d'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE)!

Ainsi, la majorité d'entre elles ne prolongeront pas leur engagement (réponse à la question n°12) vu leur formation initiale d'où la question du recrutement qui se pose.

7.2.5. Qu'est ce qui pourrait améliorer l'accès aux soins ?

· Les points positifs de la MMG

1/ Les patients sont globalement satisfaits de la prise en charge au sein de la MMG (18). Un seul des patients interrogés a exprimé son mécontentement mais recommande la MMG ! (18, réponse à la question n°17). Nous ne pouvons exclure un biais dans la manière dont les réponses ont été recueillies : le questionnaire a été soumis aux patients immédiatement après leur sortie du box d'examen, et leurs réponses recueillies par une personne se présentant elle-même comme agent d'accueil ou médecin de la MMG. Nous pouvons supposer que dans ce contexte, certains patients puissent avoir eu des réticences à formuler des critiques.

2/ Le système de consultations organisées sous forme de « rendez-vous » est jugé comme étant très pratique par les trois quarts des patients (16), leur évitant ainsi un temps d'attente trop important (17). Connaissant le profil pédiatrique important des patients (3), il est d'autant plus appréciable de ne pas avoir à faire subir cette attente aux enfants malades, surtout en période d'épidémies hivernales.

Les patients sont parfois étonnés d'entendre le terme « rendez-vous » prononcé au téléphone par l'agent d'accueil, dans un contexte de consultations justement non programmées. Mais une fois les raisons de ce système expliquées, ils comprennent dans leur ensemble et acceptent

de se présenter à l'heure proposée. Cependant, ce système pourrait être remis en question dans l'avenir si le nombre de patients devenait trop important par rapport à la durée d'une garde.

3/ La MMG de Compiègne contribuerait à limiter le recours systématique aux SAU de l'hôpital, même si elle est implantée à proximité même. En effet, 69% des patients interrogés (n=124/186) ont répondu qu'ils se seraient rendus aux urgences s'il n'y avait pas eu la MMG assurant la permanence de soins (15). Pour connaître le retentissement réel de l'ouverture de la MMG sur les SAU, il aurait fallu étudier en parallèle l'activité des SAU pédiatriques et adultes de l'hôpital de Compiègne, concernant les patients classés CCMU1. Mais ce n'était pas l'objet de mon étude.

· Les facteurs permettant un meilleur accès aux soins

Presque la moitié des patients (46%) estiment qu'il n'y a aucune amélioration (22) à apporter à la MMG, signe que cette entité convient à leur besoin et y répond de façon optimale. Mais, ce n'est pas encore parfait.

1/ Amélioration de la signalétique.

Les locaux de la MMG se trouvent au rez-de chaussée d'un immeuble situé en retrait de la rue et de ce fait peu visible des passants et des automobilistes. Malgré le panneau au rond point indiquant la direction de la maison médicale, 3 % (n=6/186) des patients ne réussissent pas à la trouver aisément (réponse en dessous de « 8»). Il s'avère que la signalétique est trop petite et est « noyée dans un flot » de petites signalétiques (Zone d'Activités Commerciales), ce qui la rend assez peu visible. Optimiser la signalétique permettrait d'améliorer l'accès physique au lieu de consultation.

2/ La généralisation du tiers payant.

Dans le cadre de la PDSA, les patients ont le droit de bénéficier de la dispense d'avance des frais sur la part obligatoire. Mais il n'est pas appliqué systématiquement par tous les médecins de garde. Un tiers des médecins ne le font pas (44). Les raisons invoquées par ces derniers sont soit par principe afin de ne pas dévaloriser l'acte médical par des honoraires trop bas (réponse en dessous de « 44 »). Dans le rapport du Dr Grall, il convient de laisser la décision au médecin de demander ou non l'avance des frais. Cette dispense appliquée de façon

systematique pourrait entrainer une deresponsabilisation des patients et favoriser le consumérisme médical ^[21].

A noter que la généralisation du tiers-payant pourrait devenir obligatoire d'ici 2017 avec le projet de loi Santé Publique de la Ministre Marisol Touraine.

3/ Privilégier les feuilles de soins électroniques (FSE)

Les FSE présentent des avantages tant pour le patient qui est remboursé rapidement que pour le médecin qui s'allège de feuilles de soins papier. Pour 94% des médecins, il n'est pas retrouvé de réticence à l'utilisation du lecteur de carte Vitale (45).

4/ Disposer d'un terminal de paiement électronique (TPE)

Les modes de règlement acceptés à la MMG sont les règlements par chèque et en espèces. Quelques patients soulignent l'absence de TPE (22). En effet, la MMG ne dispose pas de terminal de paiement par carte bancaire. La mise à disposition d'un moyen de paiement par carte ne pourra être le fait que d'une initiative individuelle. Chaque médecin peut apporter son terminal bancaire mobile s'il en possède un.

5/ Extension des horaires de la PDSA

S'il est certain que la PDSA organisée les week-ends et les jours fériés apporte bien une réponse médicale à une demande de soins non programmés de la population locale (12), la question d'une extension de ces horaires en semaine durant la première partie de nuit (de 20 heures à minuit) mérite d'être posée. D'autant plus qu'il y a une demande de la part d'une majorité de patients interrogés (n=142/186, soit 78%) (21).

Le projet d'une extension des horaires d'ouverture en semaine peut se heurter à deux obstacles. Tout d'abord, un obstacle d'ordre économique. Le cout de fonctionnement risque d'être trop lourd à supporter pour la MMG de Compiègne, et indirectement pour la société. Pour rappel, les frais de personnels (présence d'un agent d'accueil sur les horaires de la PDS) et le loyer représentent la majeure partie de son budget de fonctionnement.

Deuxièmement, les médecins participant actuellement à la PDS sont divisés sur la question. Une majorité de médecins (97%) sont contre l'extension de la permanence des soins en semaine (41). De ce fait, une ouverture en semaine semble compromise. Cependant, en

fonction des besoins évolutifs de la population, ce projet pourra toujours être discuté au sein du CODAMUPS-TS.

Pour rappel, un très faible nombre d'urgence sur l'Oise en nuit profonde a été enregistré (paragraphe 3.2.1). Cet argument est pris en considération pour ne pas étendre la PDSA.

6/ Améliorer la communication autour de la MMG

Pour que les patients puissent accéder à ce dispositif de PDSA, encore faut-il qu'ils soient informés de son existence. Nous avons observé dans le temps une évolution dans la manière dont ils ont connu la MMG de Compiègne (2). En dehors de l'appel au C15, les patients ont connu l'existence de la MMG principalement par l'hôpital, leur entourage et les médecins traitants (11).

Le bouche à oreille a sans doute beaucoup contribué au succès naissant de cette MMG, comme en témoigne le nombre de patients venus sur conseils de leur entourage (11).

Sur le recueil de données patients : assez peu de médecins traitants communiquent sur l'existence de la MMG de Compiègne (11), ce qui est surprenant au regard de leur rôle de coordination des soins.

D'après le recueil de données médecins, près de $\frac{3}{4}$ des médecins communiquent via une affiche en salle d'attente sur la MMG (25). Les raisons principales de non communication seraient le fait de communiquer oralement ($n=4/86$), l'appartenance à autre secteur ($n1=3/86$) et l'oubli ($n2=1/86$) (réponse en dessous de « 25 »). Notons cette discordance de données entre les deux recueils.

Il faudrait impliquer davantage les médecins dans le fonctionnement de la PDSA de leur secteur. Ils sont le premier maillon du parcours de soins. Organiser des réunions locales avec les acteurs de la PDSA à savoir la régulation et les Urgences permettraient de mettre à jour leurs connaissances. Ensuite, les moyens à dispositions pour diffuser l'information sont simples à mettre en oeuvre comme coller une affiche en salle d'attente, et enregistrer les coordonnées de la MMG sur leur répondeur en cas d'absence.

Plus communiquer sur la MMG ainsi qu'expliquer sa fonction via la presse locale, internet (réseau sociaux) et les pharmacies seraient bénéfiques notamment en période d'épidémies (22).

7.2.6. Qu'est-ce qui permettrait une meilleure adhésion des médecins ?

Informer les médecins libéraux du secteur de l'existence de la MMG (22, réponse à la question n°26 du formulaire médecins).

Quelques autres pistes sont évoquées : l'augmentation de la rémunération et l'amélioration de l'organisation de la structure ainsi que celle de la régulation (réponse à la question n°26 du formulaire médecins). .

Maintenir les acquis à savoir : la base du volontariat et la possibilité de se faire remplacer au besoin (réponse à la question n°26 du formulaire médecins). .

Diminuer la charge de travail : créer des demi-gardes et renfort en cas d'épidémies (réponse à la question n°26 du formulaire médecins).

On peut ajouter également : une activité stable et régulière. Afin de maintenir un nombre d'effecteurs suffisant, l'activité de la MMG doit être régulière et suffisamment importante pour ne pas que le médecin de garde ait le sentiment de perdre son temps. Il ne s'agit pas uniquement d'un aspect financier puisque le forfait d'astreinte peut compenser, même si ce n'est que partiellement, un volume d'actes faible voire nul. Pour un médecin qui travaille toute la semaine et qui se retrouve de garde un samedi ou un dimanche, il est légitime qu'il veuille que son temps soit pleinement mis à profit pour soigner et non perdu inutilement. La MMG remplit cette condition, tous les omnipraticiens sont satisfaits du nombre d'actes par garde (31).

La MMG de Compiègne permet de faire en moyenne un tiers des actes le Samedi (20 actes) et deux tiers le Dimanche/jour férié (34 actes).

7.2.7. Qu'est-ce qui permettrait une meilleure adhésion des agents d'accueil ?

L'idée de diffuser l'information sur le fonctionnement de la MMG par elles-mêmes est évoqué, cela est pertinent dans le sens où elles connaissent l'aspect théorique et pratique du poste. Elles peuvent souligner la flexibilité emploi du temps étude/gardes. Et bien sûr, une bonne rémunération reste attractive (réponse à la question n°13 du formulaire agents d'accueil).

7.2.8. Critiques des acteurs de la PDSA et des « urgences »

- Le mot du Dr GUILLON Laurence, Présidente de l'AMGRS 60

L'envoi des patients vers la MMG de Compiègne se passe plutôt sans problème en dehors de quelques dysfonctionnements. On peut noter quelques retards ponctuels de prise de ligne ou de contre régulation des secrétaires de la MMG qui bloquent parfois nos lignes de régulation et en hiver des plannings de rendez-vous saturés en début d'après-midi.

Beaucoup de médecins ne connaissent pas le travail de régulateur libéral. Nous sommes des généralistes comme nos confrères de la MMG mais la régulation est une activité tout à fait différente de celle d'un médecin généraliste de garde à la MMG. La régulation libérale est devenue le pilier incontournable de la PDSA. Il aurait été intéressant de souligner que la régulation libérale se fait par des médecins généralistes volontaires comme pour la MMG uniquement pendant la PDSA.

- La précision du thésard

Rappelons que les élèves infirmières gèrent en plus des appels et du planning, l'accueil des usagers et l'encaissement des actes. Il suffit d'un « rush » de patients pour retarder la prise en charge de l'appel téléphonique. Il arrivait parfois que l'IAO appelle la secrétaire pour orienter directement un patient ce qui bloque la ligne. Dans le cahier des charges, le malade doit passer obligatoirement par le 15^[4]. L'accueil des Urgences en est informé.

Il est vrai qu'en période d'épidémie, la sollicitation de la MMG est très importante, au point de saturer le planning dès le début de l'après-midi. C'est un réel problème, le médecin régulateur devant trouver une autre structure et bien souvent, c'est le service des Urgences qui reçoit ces malades supplémentaires. Et l'attente est très longue !

La solution de la mise en place d'un deuxième effecteur pour faire face à cette demande se heurte à l'obstacle financier.

- L'analyse du Dr BOUGET, Présidente de l'Amicale des médecins de Compiègne

On peut souligner un biais de recrutement. En effet, les patients non accueillis à la MMG et certainement très insatisfaits ont été occultés.

Concernant l'activité, si le nombre d'actes augmente sensiblement au cours des années, il ne peut que plafonner à un certain nombre. La raison est la suivante : la capacité d'accueil étant limitée aux heures d'ouverture soit au maximum 4 actes/heure x 8 heures = 32 le Samedi et 4 actes/heure x 12 heures = 48 le Dimanche.

Même à 2 effecteurs par garde, nous ne serons toujours qu'une variable d'ajustement comparé à l'activité explosive des urgences. Actuellement, on note 2500 actes/ an à la MMG contre 68338 actes / an aux urgences de l'hôpital de Compiègne (activité des urgences en 2015, enfants et adultes compris). Le nombre de médecins exerçant aux urgences est bien plus important. Rappelons que les urgences adultes et pédiatriques de l'hôpital de Compiègne sont ouvertes 24 heures sur 24 avec une moyenne de 8 médecins du Lundi au Vendredi en journée (8h30-18h30) ainsi que le Samedi matin (8h30-12h00) et 6 du Lundi au Vendredi de 18h30 à 8h30 en plus du « Week-end » (Samedi 12h00 au Lundi 8h30).

Il serait intéressant de comparer le coût modeste en moyenne d'une consultation à la MMG versus un passage aux urgences :

- 1 consultation à la MMG : environ 80 €
49,50 € / acte (2500 acte / an), 60000 € de subvention / an et 6,25 € / acte de frais d'astreinte soit $[49,5 \times 2500] + 60000 + [6,25 \times 2500] = 79.75 \text{ €}$
- 1 passage aux urgences : 102.77 € (Chiffre 2016, Service facturation de l'hôpital de Compiègne)

Dans le passé quand nous assurions nos gardes de semaine, de 20 à 24H, nous avions dans 80 % des cas : 0 appels, dans 20% des cas 1 à 2 (dans les anciens secteurs).

Nous travaillons assez la semaine (en moyenne 50 heures) et finissons souvent tardivement, pour avoir envie de faire des gardes à Compiègne.

Malgré cette mission d'intérêt général, en aucun la sécurité sociale nous couvrira en cas d'accident de trajet ou d'agression.

Les consultations de soirée risquent de devenir des consultations de confort pour des assurés ayant des journées professionnelles de grande amplitude, souhaitant être soignés le soir!
On constate déjà une dérive de patients qui consultent la MMG pour être vus sans attente, en dehors de leurs heures de travail, pour convenance personnelle!

L'étude met en avant la diffusion d'information concernant l'existence de la MMG. Mais à quoi sert de "communiquer" sur la MMG si de toute façon sa capacité d'accueil maximale est atteinte ? (Mot du Dr GUILLON) (47)

- La réponse du doctorant

Avant de répondre à la question du Dr BOUGET, revenons un peu sur l'activité. La MMG peut proposer 4576 plages de consultations par an. En effet, on compte 53 Samedis et 60 Dimanches + jours fériés par année. On comptabilise un maximum de 32 rendez-vous le Samedi et 48 le Dimanche + jours fériés soit $[53 \times 32] + [60 \times 48] = 4576$. Le planning est souvent saturé en hiver lors des épidémies virales. Le reste de l'année, l'offre répond à la demande. Le seul moyen de juguler les sollicitations exceptionnelles saisonnières est de renforcer la capacité d'accueil de la MMG. Deux solutions sont possibles : augmenter le volume horaire (rajout d'une la plage horaire de soirée 20h00 à minuit) ou engager un deuxième effecteur. La première se heurte aux médecins (41) et la deuxième au budget. Les patients sont donc pris entre deux feux.

Concernant la question, la communication sur la MMG reste essentielle pour maintenir une son activité. En dehors de quelques périodes durant l'hiver, il reste des « places » de consultations. 38% des malades consultent pour la première fois soit 71 patients (9). Si on décide « d'arrêter » complètement la communication sur la MMG, ce qui est impossible ! L'activité chutera drastiquement.

- Les remarques du Dr FLORENT Françoise, chef du service des Urgences de l'hôpital de Compiègne

La MMG est un réel bénéfice pour nos gardes du Week-end. L'activité aux urgences est en perpétuelle augmentation et la possibilité de pouvoir proposer aux patients une consultation à

la MMG quand le motif de recours le permet apporte un confort au patient car il y a moins d'attente et du réconfort au médecin de garde aux urgences.

Nous nous heurtons régulièrement au refus de patient de consulter la MMG essentiellement pour des raisons d'avance de frais.

Comment améliorer le fonctionnement de la MMG ? En organisant une permanence tous les soirs de semaine jusqu'à minuit !

Globalement, je crois que l'organisation actuelle est très satisfaisante, même si on en voudrait toujours plus pour nous aider !

- La note du soutenant

Le service des Urgences est un partenaire important pour la MMG. La possibilité de demander un avis auprès d'un urgentiste ou un pédiatre est un atout majeur. « Suivre » l'évolution clinique du patient durant la garde est un plus.

A propos de la permanence de 20h à minuit, il est peu probable que le Dr FLORENT se lie d'amitié avec les effecteurs de la MMG ! (41)

8. CONCLUSION :

L'objectif était d'évaluer le fonctionnement de la MMG de Compiègne, et de connaître le point de vue des patients, agents d'accueil et médecins vis à vis de la PDSA en vue d'améliorer ce dispositif.

Satisfaction est le terme qui revient quelques soient les acteurs. Tous les patients ont confiance en la MMG, c'est dire que les services proposés sont adéquats. Développer son organisation et sa capacité d'accueil sont les bienvenus pour l'améliorer. La maison médicale de garde de Compiègne dans son ensemble est un dispositif local performant qui répond à l'attente de ses usagers à savoir une réponse à la demande de soins ambulatoires lors de la fermeture des cabinets médicaux. Son activité croissante est étroitement liée à la diffusion de son principe d'admission dans l'Oise. Renforcer la communication visuel et orale autour de la MMG auprès des patients, élèves infirmières et médecins permettrait d'accroître son potentiel. Une organisation adaptable à tous les acteurs et une forte rémunération augmenteraient son attractivité. La question du tiers-payant systématique s'est posée et il s'avère qu'il vaut mieux laisser le choix au médecin de l'appliquer au cas par cas pour éviter d'engendrer un comportement consumériste. Parallèlement, en cas d'avance des frais, il faudrait privilégier le recours aux feuilles de soins électroniques afin de ne pas retarder le remboursement des patients. La PDSA est doté d'un moyen efficace et indispensable. La diffusion de ce modèle dans d'autres secteurs serait sans doute appréciable pour la population.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins.

AMGRS 60 : Association de Médecins Généralistes Régulateurs au SAMU 60

ARS : Agence Régionale de Santé

C15 : Centre 15

CCMU 1 : Classification Clinique des Malades aux Urgences 1

CDD : Contrat à Durée Déterminé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française

CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des Transports Sanitaires

COFIL : Comité de Pilotage (régional de la PDSA)

CMU : Couverture Médicale Universelle

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPU : Enseignement Post- Universitaire

FIQCS: Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FSE : Feuille de Soins Electronique

HPST : Loi Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

MMG : Maison médicale de garde

PDS : Permanence de soins

PDSA : Permanence de soins ambulatoires

TPE : Terminal de Paiement Electronique

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

URCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

ANNEXES :

**Thèse sur la Permanence De Soins Ambulatoires : Etude de la Maison Médicale de
Garde (MMG) de Compiègne**

Questionnaires patients :

1) Quelle est votre département de résidence (avec code postal)?

- Oise
- Somme
- Aisne
- Autres

2) Combien de temps avez-vous mis pour vous rendre à la Maison Médicale de Garde (MMG)?

- 1 à 10 minutes
- 11 à 20 minutes
- 21 à 30 minutes
- 31 à 45 minutes
- Plus de 45 minutes

3) Quel est votre mode de transport ?

Voiture / Transports en commun / A pied / Autres

- Si autres, merci de précisez :

4) Aviez-vous des difficultés à trouver la MMG?

Oui / Non

- Si Oui, qu'est-ce qui vous a posé problème?

5) Est-ce la 1ère fois que vous consultez à la MMG ?

Oui / Non

- Si Non, quelle est la fréquence de consultation? (Nombre/an)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- Plus de 5

6) Comment avez-vous connu la MMG ?

Centre 15 / Médecin traitant / Pharmacie / Internet / Journal local / Entourage / Hôpital

7) Quelle est la motivation de votre consultation?

- Urgence, ne pouvait attendre l'ouverture du cabinet du médecin généraliste
- Médecin traitant a dit d'aller directement à la MMG dès qu'elle ouvrait
- Médecin traitant ou son remplaçant absents ou plus de place
- Horaires du médecin généraliste ne me convient pas
- Nécessité d'arrêt de travail
- Dans la semaine, pas de temps de consulter
- Car je n'ai pas de médecin traitant ou ce n'est pas celui-ci qui suit mes enfants

8) Êtes-vous passé par le 15 avant de consulter?

Oui / Non

9) Allez-vous repasser systématiquement par le 15 pour consulter à la MMG?

Oui / Non

10) Qu'auriez-vous fait aujourd'hui si la MMG n'existait pas ?

- Aller aux Urgences
- Appel des Urgences pour avis
- Appel du 15 pour avis
- Attente du Lundi
- Automédication
- Ne sait pas
- Rien
- Autres

11) Que pensez-vous du système de consultation sur rendez-vous ?

Très pratique / Plutôt pratique / Peu pratique / Pas du tout pratique

12) Quel est votre avis sur le temps d'attente avant la consultation ?

Très acceptable / Plutôt acceptable / Peu acceptable / Pas acceptable

13) Êtes-vous satisfait de la qualité des soins ?

Très satisfait / Plutôt satisfait / Peu satisfait / Pas satisfait

14) Quand vous consultez à la MMG, bénéficiez-vous du règlement en tiers-payant partiel ou total?

Oui / Non

- Si Oui, cela vous incite t-il à consulter la MMG plutôt que votre médecin traitant ?

Oui/ Non

- Si Non, est-ce un frein à la consultation?

Oui (renoncer à la consultation la prochaine fois) / Non

15) Souhaiteriez-vous voir la généralisation du tiers payant-total?

Oui/ Non / Indifférent(e)

16) Souhaiteriez-vous voir les consultations étendues en semaine entre 20h et minuit?

Oui/ Non

17) Recommanderiez-vous le recours à la MMG à votre entourage?

Oui/ Non

18) Selon vous, y a t-il des modifications à apporter au fonctionnement de la MMG afin d'apporter un meilleur accès aux soins aux patients ?

**Thèse sur la Permanence De Soins Ambulatoires : Etude de la Maison Médicale de
Garde (MMG) de Compiègne**

Questionnaires médecins :

- 1) Êtes-vous ? un homme / une femme
- 2) Êtes-vous ? o Médecin installé en cabinet de
Ville / semi-rural / rural
o Médecin remplaçant
- 3) Si vous êtes un médecin installé, communiquez-vous sur l'existence
de la MMG (affiche en salle d'attente ou à l'entrée) ?
Oui // Non
Si Non, pour quelles raisons ?

- 4) Faîtes- vous des gardes à la MMG ?
Oui // Non

Si Non, pour quel motif ?:

- Activité libérale intense la semaine, nécessitant du repos le Week- End
- Cabinet médical ouvert le Samedi après-midi, Dimanche et jours fériés
- S'accorder du temps pour son entourage
- Pas intéressé
- Préfère travailler dans son environnement
- MMG trop éloigné
- Autres, Merci de préciser :

Si vous ne participez pas à la liste de garde, Merci de bien vouloir passer à la question
n°19.

- 5) Depuis combien de temps effectuez-vous des gardes à la MMG de Compiègne ?
- o Moins de 12 mois
 - o Entre 12 et 24 mois
 - o Plus de 24 mois

- 6) Combien de gardes avez-vous effectué au cours des 12 derniers mois à la MMG de Compiègne ?
- 7) Les pathologies vues à la MMG relèvent-elles de la médecine ambulatoire de ville ?
Oui // Non
- 8) Êtes- vous satisfait du nombre de patients orientés par le 15 ?
Très satisfait / Plutôt satisfait / Peu satisfait / Pas satisfait
- 9) Êtes- vous satisfait du nombre de patients orientés par les Urgences ?
Oui // Non
- 10) Êtes- vous satisfait du nombre d'actes par gardes ?
Très satisfait / Plutôt satisfait / Peu satisfait / Pas satisfait
- 11) Êtes- vous satisfait de ce qui est mis à disposition ?
- o Matériel médical
Oui // Non
 - o Matériel administratif
Oui // Non
 - o Matériel informatique
Oui // Non
 - o Locaux
Oui // Non
 - o Personnel
Oui // Non
 - o Accessibilité Laboratoire
Oui // Non
 - o Accessibilité Radiologie
Oui // Non
- 12) Êtes-vous satisfait des conditions de travail en terme de sécurité ?
Très satisfait / Plutôt satisfait / Peu satisfait / Pas satisfait

- 13) La présence d'un agent d'accueil vous paraît-elle :
Très utile/ Plutôt utile / Peu utile / Pas utile
- 14) Seriez-vous prêt à participer à une permanence de soins en semaine entre 20 et minuit ?
Oui // Non
- 15) Êtes- vous satisfait du mode de rémunération actuel (paiement à l'acte + forfait) ?
Très satisfait / Plutôt satisfait / Peu satisfait / Pas satisfait
- 16) Souhaiteriez-vous un autre mode de rémunération, par forfait ou par acte seulement ?
Oui // Non
- 17) Faites-vous le tiers-payant aux patients ?
Oui toujours // Oui parfois // Non
- Si Non, pour quelle(s) raison(s) ?
- 18) Utilisez-vous le lecteur de carte vitale à disposition pour la télétransmission ?
Oui // Non
Si Non, pour quelle(s) raison(s) ?
- 19) Allez-vous effectuer des gardes en MMG dans les années à venir ?
Oui // Non
- 20) Selon vous, qu'est ce qui pourrait encourager les médecins à participer à la liste de garde ?

**Thèse sur la Permanence De Soins Ambulatoires : Etude de la Maison Médicale de
Garde (MMG) de Compiègne**

Questionnaires agents d'accueil :

1) Quel âge avez-vous ?

2) Êtes-vous satisfaites de ce qui est mis à disposition ?

o Matériel médical

Oui // Non

o Matériel administratif

Oui // Non

o Matériel informatique

Oui // Non

o Matériel de pause (cafetière, etc..)

Oui // Non

o Locaux

Oui // Non

3) La collaboration avec le médecin de garde est-elle :

Très satisfaisante / Plutôt satisfaisante / Peu satisfaisante / Pas satisfaisante

4) Avez-vous été confronté à une impossibilité de proposer un rendez-vous de consultation à la MMG ? (choix multiples possibles)

Manque de place

Horaire d'arrivée du patient en dehors des heures d'ouverture de la MMG

Motif d'Urgence Vitale

Pas de moyen de paiement

autre, Merci de bien vouloir précisez :

5) Votre rémunération à la MMG vous paraît-elle :

Très satisfaisante / Plutôt satisfaisante / Peu satisfaisante / Pas satisfaisante

6) Depuis le début de votre activité au sein de la MMG, avez-vous rencontré des difficultés ?

Oui // Non

- Si oui, laquelle(s) ?

7) Allez-vous effectuer des gardes en MMG dans les années à venir ?

Oui // Non

8) Selon vous, qu'est ce qui pourrait encourager les élèves infirmières à participer à la liste de garde ?

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) Rapport du groupe de travail opérationnel relatif à la permanence des soins remis à Mr Mattei Jean-François, Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. 22 janvier 2003.
- 2) Décret n°2003-880 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et des conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de santé publique. 15 septembre 2003.
- 3) Code de Santé Publique, article R6315-1.
- 4) Code de Santé Publique, article R6315-6.
- 5) Code de Santé Publique, article R6315-3.
- 6) Loi n° 2009-879, article 118 du 21 juillet 2009.
- 7) Décret n° 2010-809 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. 13 juillet 2010.
- 8) Code de Santé Publique, article L6314-1.
- 9) Assurance Maladie – La permanence des soins [en ligne] [consulté le 02.07.2016]. Mise à jour le 30 Octobre 2014. Disponible sur www.ameli.fr .
- 10) INSEE - Institut nationale de la statistique et des études économiques – Population [en ligne] [consulté le 02.07.2016]. Disponible sur <http://www.insee.fr> .
- 11) INSEE - Institut nationale de la statistique et des études économiques – Recensement [en ligne] [consulté le 02.07.2016]. Mis à jour en 2013. Disponible sur <http://www.insee.fr> .
- 12) Breuil P, Casès C, et Labarthe G, enquête DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale », Mars 2006 [en ligne] [consulté le 06.06.2016]. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr> .
- 13) Franc C, Le Vaillant M, Rosman S, Pelletier-Fleury N, enquête DREES « La prise en charge des enfants de moins de 16 ans en médecine générale ». Septembre 2007 [en ligne] [consulté le 15.06.2016]. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr> .

- 14) Hatte C. « Evaluation de la maison médicale de garde de Saint-Denis », thèse de médecine.
- 15) Basler B. « Permanence des soins et maisons médicales de garde : exemple de la maison médicale de garde de Juvisy-sur-Orge », thèse de médecine, 2007.
- 16) Renault C. « Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre », thèse de médecine, Octobre 2012.
- 17) El Khoury C, Viudes G, Vincent-Cassy C, enquête DREES « Comprendre la réalité du triage dans nos structures d'urgences », 11 juin 2013 [en ligne] [consulté le 06.06.2016]. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr> .
- 18) Jiang L. « Permanence de soins ambulatoires en Seine Saint Denis : Etude de la Maison Médicale de Garde de Drancy Bobigny », thèse de médecine, 2015.
- 19) ARS Ile-de-France, Agence Régionale de Santé, Permanence des soins ambulatoires, « Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires », mis à jour en Janvier 2014 [en ligne] [consulté le 26.04.2016] p.21D. Disponible sur <http://www.ars.iledefrance.sante.fr> .
- 20) Arrêté portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, article 7. 22 Septembre 2011.
- 21) « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », Grall J-Y, rapport remis à Madame Bachelot-Narquin Roselyne, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, juillet 2006.

SERMENT D'HIPPOCRATE :

Au moment d'être admis (e) 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 de 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.

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

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 déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Introduction: La maison médicale de garde (MMG) de Compiègne a été créée en Avril 2010, faisant suite aux gardes postées assurées par les médecins généralistes volontaires de Compiègne et de sa région dans leur cabinet dans le cadre de la permanence de soins ambulatoires. Elle a pour but d'offrir à la population locale et aux médecins de garde un lieu de consultation bien identifié et sécurisé.

Objectif : L'objectif de ce travail était d'évaluer le fonctionnement de la MMG de Compiègne au cours de ses quatre premières années d'activité et de connaître les attentes des patients, des médecins et agents d'accueil, en vue d'une amélioration de ce dispositif de permanence de soins ambulatoires et de sa pérennisation.

Méthode : L'évaluation a été organisée autour de quatre axes d'étude. Le premier axe concernait l'activité de la MMG, à travers une analyse rétrospective des données recueillies depuis l'ouverture en Avril 2010 jusqu'en Décembre 2014. Les second, troisième et quatrième axes d'étude se sont intéressés au point de vue des patients, des médecins et agents d'accueil, au travers de trois questionnaires.

Résultats : L'activité de la MMG a augmenté de 142% en quatre ans, comprenant une part importante de consultations pédiatriques (les enfants de moins de seize ans représentaient en moyenne 47.8% de l'activité globale) et de patients résidant sur le secteur de Compiègne. Le mode d'adressage des patients s'effectuait principalement par la régulation médicale du SAMU-Centre 15 au cours de la première année (à 56%) puis a évolué vers une part plus importante (à 66%). Pour une majeure partie des patients (à 69%), la consultation s'imposait car une urgence était perçue, cette même proportion aurait été aux Urgences en l'absence de MMG. La dispense d'avance des frais sur la part obligatoire n'était pas systématiquement appliquée et demeurait dépendante des médecins. Les patients étaient globalement satisfaits de la prise en charge (à 95.6%). Une majorité d'entre eux auraient souhaité une extension des plages de consultation en semaine de 20 heures à minuit mais cette proposition s'est heurtée à deux obstacles : la réticence des médecins et un coût de fonctionnement élevé. Les médecins étaient satisfaits des conditions de travail, de la rémunération et certains avaient projeté de poursuivre leur participation à la PDSA. Pour la majorité des agents d'accueil, leur collaboration avec les omnipraticiens était assez satisfaisante. Comme le note les agents, la demande de soins ambulatoires peut se heurter à un manque de créneau horaire. Une carence d'information et de communication sur l'existence de la MMG avait été relevée autant par les patients, les médecins que les agents d'accueil.

Discussion : Quelque soit la population cible, le taux de réponse n'est pas optimal mais suffisant pour mener à bien cette étude. Les urgences ont bien intégré le protocole d'admission de la MMG et participe à la diffusion du principe de fonctionnement auprès des patients. L'ancienneté de la MMG, sa localisation idéale et ses plages horaires sont en lien direct avec son activité. Sa renommée n'est plus à faire aux vues de la confiance (à 100%) accordée par ses usagers. L'amélioration de son organisation de base satisfaisante permettra de « renforcer » son contingent d'effecteurs et d'agents d'accueil. Au vu de la discordance entre la théorie et la pratique concernant l'application du tiers-payant ; en prenant également en compte le rapport du Dr Grall [21] sur le risque de déresponsabilisation et de consumérisme médical en cas de tiers-payant systématique, la question d'une adaptation du

cahier des charges de la PDSA se pose. Le rôle de la MMG de « décharger » les Urgences en « absorbant » les demandes de soins ambulatoires assure une certaine liberté aux collègues urgentistes qui pourront prendre en charge la « vraie » urgence.

Conclusion : La création de la MMG a permis de répondre aux besoins des patients d'avoir un lieu de consultation à proximité, leur permettant un accès à un médecin de garde dans des délais très raisonnables. Une meilleure communication autour de la MMG auprès du grand public, des professionnels de santé (médecins généralistes, services d'urgences hospitalières, régulation médicale du SAMU, professionnels paramédicaux) et élèves infirmières permettrait à la MMG de trouver un équilibre entre une activité de soins stable ainsi que régulière et le maintien d'un nombre suffisant d'effecteurs pour le fonctionnement des gardes.

MOTS CLES : Maison médicale de garde - Permanence de soins ambulatoire - Urgence - Régulation - Tiers-payant

SUMMARY:

Introduction: The Medical House of Guard (MHG) of Compiègne was created in April, 2010, following the posted guards provided by the voluntary general practitioners of Compiègne and the surrounding regions in their offices as part of the permanence of patient care (PAC). It aims to provide the local population and doctors on duty a well identified and secure place of consultation.

Objective: The objective of this work was to evaluate the functioning of the MHG of Compiègne during its first four years of activity and to acknowledge the expectations of the patients, the doctors and the receptionists, with the aim of improving this establishment of permanent of ambulatory care and its sustainability.

Method: The evaluation was organized around four parts of study. The first part of evaluation concerned the activity of the MHG, through a retrospective analysis of the data collected since the opening in April, 2010 until December, 2014. The second, third and fourth parts of the study were concerned with the points of view of the patients, the doctors and the receptionists, through three anonymized questionnaires.

Results: The activity of the MHG increased by 142 % in four years, including an important part of pediatric consultations (children of under 16 years old represented on average 47.8 % of the overall activity) and of patients living in the vicinity of Compiègne. The primary mode of addressing patients was done mainly by the medical regulation of the EMERGENCY MEDICAL SERVICE-CENTER 15, where during the first year of existence (56 %) then eventually evolving towards a more important part (i.e.66 %). For the majority of the patients (69 %), the consultation was important because in an emergency, the same proportion would have used the Emergency Room (ER) / A&E (Accident and Emergency unit) in the absence of MHG. The exemption in advance fees on the compulsory share was not consistently applied and remained dependent on doctors. The patients were overall satisfied by the management (98.9 %). A majority of them would have preferred an extension of the consultation hours in the week from 20:00 hours to midnight. This preference from the patients had two obstacles: the reluctance of the doctors and a high operating cost. The doctors were overall satisfied with the working conditions, the remuneration package and some had planned to continue their participation in the PAC. For the majority of the receptionists, their collaboration with the general practitioners was quite satisfactory. Note regarding agents, the request of ambulatory care may face a shortage of time slot. A lack of general information and communication about the existence of the MHG had been noted by the patients, the doctors and the receptionists.

Discussion: Whatever the target population for questioning and survey, the rate of response was not optimal but sufficient to carry out this study. The emergency medical service has integrated well the protocol of admission of the MHG and help spread the principle of functioning among the patients. The seniority of the MHG, its ideal location and its time slots are in direct link with its activity. Its popularity and reputation is made clear by the views of its users (100%). Improvements in the organization and customer satisfaction care will allow it "to strengthen" its efforts and customer service. In view of the mismatch between the theory and the practice concerning the application of the third-party payers; also by taking into account the report of Dr Grall [21] on the risk of disempowerment and of medical consumerism, in case of systematic third-party payers, the question of an adaptation of the specifications of the PDSA arises. The role of the MHG "to unload" Emergency medical services by "absorbing" the requests of ambulatory care ensures a certain freedom to the emergency colleagues who can then take care of the "real" emergency.

Conclusion: The creation of the MHG allowed to meet the needs of patients to have a place of consultation nearby, allowing them an access to a doctor on duty for the very reasonable deadlines. A better communication around the MHG with the general public, the healthcare professionals (general practitioners, emergency medical service, medical regulation, paramedical professionals) and student nurses would allow the MHG to find a balance between a stable as well as regular activity of care and the preservation of a sufficient number of effectors for the functioning of the guards.

KEYWORDS : Medical house of guard – Permanence of ambulatory care - Emergency-Medical regulation - Third-party payers.