



HAL
open science

État des lieux des outils mis à disposition par la maison médicale de garde pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes libéraux et les urgences ; cas de la maison médicale de Béziers

Yann Inserra

► To cite this version:

Yann Inserra. État des lieux des outils mis à disposition par la maison médicale de garde pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes libéraux et les urgences ; cas de la maison médicale de Béziers. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02940295

HAL Id: dumas-02940295

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02940295>

Submitted on 16 Sep 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Yann INSERRA

le Mardi 10 décembre 2019

TITRE

« ETAT DES LIEUX DES OUTILS MIS A DISPOSITION PAR LA
MAISON MEDICALE DE GARDE POUR FACILITER LES
ECHANGES ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES
LIBERAUX ET LES URGENCES ; CAS DE LA MAISON
MEDICALE DE BEZIERS. »

Directeur de thèse : Dr Thierry DUNAND

JURY

Président : Professeur Mustapha SEBBANE

Assesseurs :

Docteure Béatrice FOLCO-LOGNOS,

Docteur Marc GARCIA

Docteur Thierry DUNAND

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Yann INSERRA

le Mardi 10 décembre 2019

TITRE

« ETAT DES LIEUX DES OUTILS MIS A DISPOSITION PAR LA
MAISON MEDICALE DE GARDE POUR FACILITER LES
ECHANGES ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES
LIBERAUX ET LES URGENCES ; CAS DE LA MAISON
MEDICALE DE BEZIERS. »

Directeur de thèse : Dr Thierry DUNAND

JURY

Président : Professeur Mustapha SEBBANE

Assesseurs :

Docteure Béatrice FOLCO-LOGNOS,
Docteur Marc GARCIA
Docteur Thierry DUNAND

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	SAINT AUBERT Bernard
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SANCHO-GARNIER Hélène
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANY Jacques
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SEGNARBIEUX François
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SIMON Lucien
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SOLASSOL Claude
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	THEVENET André
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	VIDAL Jacques
D'ATHIS Françoise		

DEMAILLE Jacques

MICHEL François-Bernard

VISIER Jean Pierre

DESCOMPS Bernard

MICHEL Henri

DIMEGLIO Alain

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MARES Pierre

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MAUDELONDE Thierry

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe – Neurochirurgie

COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation

LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick – Cardiologie

MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie

PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation

ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie

SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion

TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie

VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion

AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie

BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

[PU-PH de 2ème classe](#)

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIÈRE Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Au membres de mon jury :

Au Professeur SEBBANE, de me faire l'honneur de présider le jury. Merci d'être si patient.

Au Docteur FOLCO-LOGNOS, de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail.

Au Docteur GARCIA, d'avoir accepté si rapidement et d'aussi bon cœur de siéger dans ce jury et d'évaluer mon travail.

Au Docteur Thierry Dunand, merci d'avoir été aussi présent pour la réalisation de cette thèse, ton aide quotidienne, tes remarques, ton approche, tes conseils, parfois dissimulés, pour me permettre d'arriver à une conclusion comme celle-là, m'ont été plus que profitables.

Merci au Docteur MILLION, d'avoir essayé de pousser des murs, et qui m'aura donné une aide précieuse pour finaliser ce jury.

À tous les médecins, femmes et hommes, que j'ai pu rencontrer pendant mon externat et mon internat, qui ont pu m'aider de manière voulue ou non à me rendre compte à quel point la médecine était vaste, fascinante, et pas si déshumanisée qu'on veut nous le faire croire.

À ceux qui ont fait ce que je suis

À mon grand-père, que je chérirais toute ma vie et dont je ne garde que des bons souvenirs.

À mes parents, qui, bon gré mal gré, m'ont fait devenir ce que je suis.

À ma sœur, grosse vache des temps modernes, dont je n'aurais jamais imaginé être si proche.

À ma famille.

Merci à Fran, Maître Lacouture, avocat et surtout ami, sans qui une partie de cette thèse aurait été bien moins intéressante et amusante à réaliser. Dire qu'on part du bas de l'échelle... Tu m'as aidé à l'aboutissement d'un travail d'une vie (askip) !

Merci à Charline, ma baroudeuse, de m'avoir fait voyager, de m'avoir supporté, de m'avoir écouté, à Montpellier comme à Tahiti, tu m'as également beaucoup aidé pour ce bout de papier. Sans compter tout le reste <3...

Merci à Marine, de m'avoir supporté tout l'externat, et même après... Comme quoi sur un malentendu on peut faire des rencontres de ouf ?! Ta présence compte énormément.

Flo, j'y aurais jamais cru, rencontrer un mec au pif ce premier jour, et finalement on est des Buddys, quasi tout notre internat ensemble, à se supporter, s'engueuler, se confier, et on se retrouvera sûrement encore ensemble après :p. Merci d'être ce que tu es...

Merci à Vieux Boucau les Bains, j'ai pu y rencontrer des gens formidables, qui m'ont permis de murir, plus que ce que je pensais.

À cette année au bureau de l'ANEMF, où je me suis fait des copains en or, et sans ce break j'aurais très probablement arrêté définitivement médecine. Merci d'avoir été là, merci à chacun de vous...

Merci aux urgences de Jean Verdier, service qui m'a accueilli lors de mon stage de fin de première année, m'a appris et fait aimer la médecine... À tel point que j'y suis retourné en tant que FFAS, FFI, externe... Des équipes formidables, admirables, tant médicales que paramédicales, vous quitter a été un réel déchirement pour moi... Pareil, sans vous, jamais j'aurais continué dans cette voie, vous étiez une bouffée d'oxygène, ceux qui me rappelaient pourquoi faire ce métier. Cécile, Florence, vous étiez et restez des mentors pour moi, Lolo, Juju, Jess, Maryne, Steph, Aurélie, Sab, Philippe(s), Brahim et tous ceux que j'oublie... Jamais je ne vous remercierais assez

À cet internat, qui m'aura fait m'évader de la banlieue parisienne et qui m'aura fait rencontrer des copains, des amis, des colocs... Narbonne et ses rencontres resteront à jamais dans mon cœur.

À cette coloc, absolument pas parfaite, mais qui aura été quand même géniale. Matthias putain, éteint cette lumière... Coco, jamais j'aurai cru faire une coloc avec toi >.< (et le pire c'est que c'était trop cool)... Aux gens de passage dans cette coloc : Caroline, Francis, Fran, Nico, et tous les squatteurs !

Merci à Smash Bros, de me permettre de m'évader de la médecine de temps en temps, de profiter un peu plus des copains, de me permettre de garder un esprit « compétitif » quand je ne peux pas faire de sport (Mathieu, quand tu veux j'te taule :p).

Merci à tous, Ju, Maks, Mathieu, Vincent, Rémy, Matthias, Marion, Line, Pierre (une bonne dizaine), Ophélie, Totoss, Farzaad, Eddine, Nihad, Noémie, Moazam, Laura, Cécile, l'administration SMBH, les faluchards, les associatifs, et tous ceux que j'oublie mais que j'ai pu rencontrer...

Pour ma grand-mère, Colette...

Sommaire :

ABREVIATIONS.....	19
INTRODUCTION	20
1.1 — PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES.....	21
1.1.1 — Introduction	21
1.1.2 — Historique.....	21
1.2 — DONNEES PERSONNELLES : CADRE LEGISLATIF ET DMP.....	23
1.2.1 — Introduction	23
1.2.2 — Cadre législatif	23
1.2.3 — Le Dossier Médical Partagé (DMP)	25
1.3 — MAISON MEDICALE DE GARDE : DEFINITION ET FONCTIONNEMENT	26
1.3.1 — Règlementation et cahier des charges des MMG.....	26
1.3.2 — Financement des MMG	27
1.3.3 — Cas de la MMG de Béziers (20 (ANNEXE), 21 (ANNEXE)).....	27
1.4 — COMPLEMENTARITE MMG ET URGENCES DANS LA LITTERATURE	29
1.5 — RELATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE LIBERAL ET URGENCES DANS LA LITTERATURE.....	30
2 — ETAT DES LIEUX DES OUTILS MIS A DISPOSITION PAR LA MAISON MEDICALE DE GARDE DE BEZIERS POUR FACILITER LES ECHANGES ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET LES URGENCES	32
2.1 — MATERIEL ET METHODES.....	32
2.1.1 — Type d'étude	32
2.1.2 — Objectif principal et secondaires	32
2.1.3 — Population étudiée	32
2.1.4 — Description du questionnaire	32
2.2 — RESULTATS	33
2.2.1 — Population étudiée	34
2.2.2 — Satisfaction des MGL.....	37
2.2.3 — Nouveaux outils	41
3 — DISCUSSION.....	45
3.1 — LIMITES DE L'ETUDE.....	45
3.2 — DECRYPTAGE DES RESULTATS.....	45
4 — CONCLUSION.....	48
BIBLIOGRAPHIE.....	49
ANNEXES.....	51

ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente

AMUF : Association des Médecins Urgentiste de France

ARS : Agence Régionale de Santé

C.H : Centre Hospitalier

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNAM/CNAM-TS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COMERBI : Collège des Médecins et professionnels de santé de la Région Biterroise

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CRU : Compte Rendu de passage aux Urgences

CSP : Code de la Santé Publique.

DMP : Dossier Médical Partagé

FIR : Fonds d'Intervention Régional

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

HPST : Hôpital, Patient, Santé et Territoire

IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MGL : Médecin Généraliste Libéral

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Maison Régionale de Santé

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PEC : Prise en Charge

RGPD : Règlementation sur la Protection des Données personnelles

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

INTRODUCTION

Depuis qu'ils existent, les échanges entre médecins généralistes libéraux et les urgences sont au cœur d'une meilleure prise en charge globale des patients.

Lors de mes différents stages, aux urgences ou chez un praticien libéral, je me suis aperçu que les deux parties trouvaient des choses à redire sur l'autre et que chacune déplorait sensiblement le même défaut : le manque d'implication.

Il m'est vite venu de comprendre qu'à aucun moment l'implication était le réel problème. Lors de chacun de mes stages, l'implication des médecins avec lesquels j'ai pu travailler, quant à la prise en charge du patient, était belle et bien forte et réelle.

Chacun, libéral comme urgentiste prennent en charge le patient avec les moyens dont ils disposent et font au mieux avec ce qu'ils ont, selon leurs conditions d'exercice : facilité et rapidité d'accès à l'un et l'autre, temps administratif alloué, nombre d'heure travaillées, localisation, accès à un même dossier...

Dès lors, j'ai voulu en savoir plus sur les relations actuelles entre les MGL et les Urgentistes et commencé un travail de recherche sans même m'en rendre compte.

Lors de mes travaux de recherche, j'ai pu remarquer que les problèmes suivants sont principalement décriés : manque de temps/difficultés administratives pour contacter l'autre, horaires trop différents, lieu d'exercice trop éloignés, manque de relations humaines en dehors du travail.

Finalement, malgré les avancées technologiques dont nous disposons actuellement, les problèmes existant il y a vingt ans, le sont toujours aujourd'hui.

Et pourtant, depuis le début des années 2000, une nouvelle entité est en pleine expansion, et se retrouve à mi-chemin entre l'exercice en cabinet et les urgences : la Maison Médicale de Garde. De nombreux travaux ont été effectués sur les relations entre MGL et urgences, sur l'amélioration des conditions de travail et de Prise En Charge des malades grâce à l'avènement des MMG, mais très peu, voire aucun sur les outils dont dispose la MMG pour améliorer les contacts entre les deux parties.

A la fois proche spatialement et temporellement des urgences et avec la mise en place de nombreux outils pour améliorer les conditions de travail des MGL, tout concorde pour que celles-ci deviennent la plateforme principale d'amélioration des échanges avec les urgentistes.

Mais est-ce vraiment le cas ? Les MGL disposent-ils de tous les outils permettant d'améliorer leurs échanges avec les urgences du centre hospitalier à laquelle la MMG est rattachée ? En sont-ils satisfaits ? Y'a-t-il d'autres outils à développer ?

Nous prendrons l'exemple de la MMG de Béziers comme point de départ.

1.1 — PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

1.1.1 — Introduction

Telle que décrite par l'article L6314-1 du Code de la Santé Publique (CSP) (1) : « *La mission de service public de **permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins** mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale [...]* » .

La Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) est donc un dispositif de prise en charge médicale, des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).

Elle est réalisée par les médecins libéraux, sur un territoire donné, sous l'égide de l'Agence Régionale de Santé correspondante via un cahier des charges régional (pré établi selon les départements et qui découpe à nouveau plusieurs territoires, en tenant compte de la réalité des besoins en santé et de la démographie médicale).

1.1.2 — Historique

Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux dans le cadre de leur obligation déontologique, la PDSA s'est trouvée profondément bouleversée à la suite d'une grève des gardes. En effet, suite à cette grève, la décision a été prise, en 2002, de fonder le système sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfaits d'astreinte.

Cette grève a fait suite à l'explosion de la demande des soins, ainsi qu'aux inégalités territoriales du poids des gardes. Les praticiens étaient souvent les seuls à répondre aux urgences de leur patientèle après la fermeture du cabinet.

Cela accroissait considérablement la charge et la pénibilité du travail, surtout pour des médecins isolés qui ne pouvaient pas s'associer avec d'autres confrères pour s'organiser en tour de garde. De ce fait, le médecin était disponible 24h/24, 7jours/7 pour ses patients. De plus, se posait régulièrement le problème de la sécurité lors des gardes et après celles-ci : sécurité physique et médicale car le médecin se déplaçait pour tout type de demande et se retrouvait régulièrement dans des situations difficiles à gérer et devait travailler le lendemain à ses horaires d'ouverture de cabinet.

On notait une recrudescence des cas de « *burn -out* » professionnel. Un tel ébranlement du système rendait nécessaire une nouvelle organisation. (2)

C'est donc dans ce contexte que les médecins libéraux ont ressenti le besoin de se regrouper et les Maisons Médicales de Garde ont commencé à se développer.

Par ailleurs, suite au Plan Urgences et au **Rapport DESCOURS** (3), la PDSA a fait l'objet de réglementations sous forme de décrets qui ont modifié le CSP en 2003 (décret n°2003-880 et 881) et en 2005 (décret n°2005-328). Cette dernière était alors réglementée.

En dépit du fait que les MMG fleurissaient, **en 2006**, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) a procédé à une **évaluation de ce dispositif de PDSA** (4) et a constaté que : « *son organisation [était] inachevée et manque de fiabilité* », que des astreintes restaient vacantes, qu'il y avait trop d'intervenants et que subsistait beaucoup de confusion dans le pilotage de la PDSA.

Le chiffre global des dépenses liées la permanence des soins s'élevait à 600 millions d'euros. De même, **en 2007, la Cour des Comptes** diffuse un rapport qui souligne la mauvaise coordination et coopération des acteurs de la PDS, notamment du réseau ville/hôpital, ainsi qu'une mauvaise orientation et information de la population.(5) **La PDSA devait donc être simplifiée et sécurisée.**

Il est proposé d'orienter les patients vers les hôpitaux de certains secteurs en nuit profonde, de revoir le financement de la PDSA, de renforcer le dispositif de régulation téléphonique en élargissant au samedi après-midi la permanence des soins et en adoptant le 15 comme numéro unique d'appel commun à la PDSA et à l'Aide Médicale Urgente (AMU). C'est suite à cela que le **décret n°2010-809 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins du 13 Juillet 2010 réécrit les articles du CSP** en rapport avec la permanence des soins : L.1435-3 , L.6311-2 , L.6314-1 à 3 et L6315-1 à 6.

La PDSA devient une mission de service public. Elle est mise en place avec les MGL afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés. Elle s'effectue en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux : de 20 h à 8 h, les dimanches et jours fériés, les samedis après-midi, les lundis, lorsqu'ils précèdent un jour férié, les vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié. Ce décret précise **que la PDSA peut être également assurée par les établissements de santé**, en relais de la médecine libérale, sur certaines plages horaires. Notamment en nuit profonde compte tenu de la faiblesse de l'activité observée. Si le secteur de garde se situe à plus de 30 minutes de route d'une structure d'urgence le créneau 20h-8h peut être maintenu.

En outre, la loi portant réforme de **l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires** (HPST) dite loi Bachelot du 21 Juillet 2009 (6) tend à améliorer l'accès aux soins de qualité en déclinant :

- les soins de premier recours centrés autour des médecins généralistes qui assurent l'orientation des patients et
- l'accès de second recours dispensé par les médecins spécialistes et les établissements de santé.

À cette fin, la coordination entre l'hôpital et la médecine de ville a été renforcée, afin de fluidifier les parcours de soins et de désengorger les urgences. La réponse au rapport de la Cour des comptes semble avoir été apportée.

Nous en arrivons à la PDSA telle qu'on l'entend maintenant. Ainsi, la MMG a été un des **piliers de cette réforme** et vient coexister aux côtés des hôpitaux.

Pour autant, une nouvelle crise est apparue. Ainsi : « Face à l'augmentation de fréquentation des urgences à plus de 21 millions de consultations par an (8 millions en 1988), la prise en charge des patients est devenue très compliquée. » (7). « La logique de l'ambulatoire avec les fermetures massive de lits –100 000 en 20 ans) trouve ici ses limites. » (8)

1.2 — DONNEES PERSONNELLES : CADRE LEGISLATIF ET DMP

1.2.1 — Introduction

Comme de nombreux secteurs, l'accroissement de l'usage du numérique dans le domaine de la santé contribue à transformer durablement le monde de la santé. (9)

Les applications de cette révolution numérique se multiplient, comme en témoigne par exemple la création du dossier médical partagé (DMP) (10) ou le futur espace numérique de santé.

1.2.2 — Cadre législatif

L'utilisation des données des patients est encadrée par des règles strictes, compte tenu du risque inhérent à la manipulation de données aussi sensibles et des droits des personnes sur leurs informations.

1.2.2.1 — Le secret médical

Pour mémoire, l'**article L.1110-4 du CSP** dispose, par principe, que :

- toute personne prise en charge par un professionnel de santé ou un établissement (selon le sens donné dans cet article) a le droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ;
- dans ce cadre, il est interdit à ces professionnels et établissements de communiquer à des tiers les informations relatives à cette personne ;
- que ce secret s'applique également aux membres du personnel de ces établissements, aux personnes en relation, de par leurs activités, avec ces établissements et aux professionnels intervenant dans le système de santé.

Pour autant, ce même article prévoit **certaines exceptions au secret médical**. Ainsi :

1. un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition :
 - qu'ils participent tous à sa prise en charge ;
 - et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social ;
2. lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires :
 - à la coordination ou à la continuité des soins ;
 - ou à son suivi médico-social et social.

Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

À l'inverse, le partage de données de patients, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, nécessite de recueillir le **consentement préalable** de ce dernier, et ce par tout moyen, y compris de façon dématérialisée.

1.2.2.2 — La réglementation sur la protection des données personnelles

Entré en application le 25 mai 2018, **le Règlement 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD)** est venu mettre en place un nouveau régime de **protection des données personnelles** (11).

Ainsi, est une « *donnée personnelle* » selon le RGPD, « *toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable* », c'est-à-dire à une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement (12).

Cette définition couvre de nombreuses informations et notamment les informations relatives :

- aux coordonnées d'une personne physique, comme son nom, son prénom, son adresse, son numéro de téléphone, son numéro de sécurité sociale ;
- à la vie personnelle d'une personne physique, comme le nombre de ses enfants ;
- à sa couverture sociale, comme son assurance maladie obligatoire, complémentaire ;
- aux informations d'ordre médical, comme l'historique des pathologies, des diagnostics, des prescriptions et soins reçus, des professionnels intervenant dans la prise en charge.

Le RGPD s'applique à toute organisation publique et privée qui traite des données personnelles pour son compte ou non, dès lors qu'elle est établie sur le territoire de l'Union européenne ou que son activité cible directement des résidents européens.

C'est particulièrement le cas des médecins et des établissements de santé (12) : si l'on prend l'exemple d'un médecin exerçant en libéral, la collecte et l'envoi de ces informations sont ainsi nécessaires à la fois (13) :

- pour le suivi du patient et notamment de la gestion de son dossier, des rendez-vous, de l'émission d'ordonnance ;
- pour la gestion du cabinet et notamment de la gestion du personnel et des fournisseurs.

Que ces informations personnelles soient collectées ou émises sur papier ou par le biais de l'informatique, elles peuvent être qualifiées de « *données personnelles* » par le RGPD.

En conséquence, les professionnels de santé et les établissements de santé se voient appliquer la réglementation issue du RGPD pour tout traitement ou utilisation qui serait faite des données personnelles des patients.

- **Quels sont les changements introduits par le RGPD ?**

La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) précise que les principaux changements apportés par le RGPD par rapport à l'ancienne législation sont (14) :

- la **fin des déclarations obligatoires** auprès de la CNIL avant tout traitement de données personnelles ;
- mais, en contrepartie, la **mise en place obligatoire de nouveaux outils internes**, permettant de démontrer à tout moment sa conformité au RGPD : registre de traitement, délégué à la protection des données, procédure de réclamation, etc... ;
- un **renforcement des droits des personnes** dont les données sont traitées : notamment un droit d'accès, d'opposition, de rectification, d'effacement ;
- l'encadrement des **relations avec les sous-traitants de données personnelles**.

Le RGPD étant d'application directe, la CNIL et l'Ordre national des Médecins sont venus notamment préciser que (12) :

- il est **obligatoire d'informer le patient** que ses données personnelles pourront faire l'objet d'un traitement en vue de leur prise en charge, en fournissant les informations requises par le RGPD ;
- il n'est **pas nécessaire de recueillir le consentement d'un patient** pour collecter et conserver ses données personnelles, dans la mesure où ces données sont nécessaires pour sa prise en charge ;
- un **registre interne** doit être tenu par tout professionnel de santé ;
- le professionnel de santé est **responsable** de la protection des données personnelles des patients ;
- une **analyse d'impact du risque** d'un traitement de données personnelles doit être réalisée en cas de traitement de données à grande échelle, par exemple au sein d'une maison de santé ou d'un réseau de professionnels.

1.2.3 — Le Dossier Médical Partagé (DMP)

Aujourd'hui, et depuis le 6 novembre 2018, le DMP se généralise dans toute la France. En avril 2019 plus de 5 millions de dossiers ouverts et 19 centres hospitaliers universitaires sur 32 alimentent automatiquement des DMP avec les comptes rendus d'hospitalisation, les lettres de sortie, etc. (15).

Le Dossier Médical Partagé (10) a pour fonction de permettre « à chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, dans le respect du secret médical, de disposer d'un dossier informatisé consignnant les informations médicales qui le concernent ».

Il constitue ainsi « un outil permettant de contribuer à la continuité et à la coordination des soins en ville et à l'hôpital », dans la mesure il comprend les informations suivantes :

- les données d'identification du titulaire du dossier ;
- l'historique de soins de l'assurance maladie sur les derniers 24 mois ;
- les antécédents médicaux (telles que les pathologies, les allergies, etc.) ;
- les résultats d'examens médicaux (tels que les comptes rendus d'analyses biologiques, les examens d'imageries médicales, etc...) ;
- les comptes rendus d'hospitalisation ;
- les directives anticipées de fin de vie ;
- les coordonnées des proches à prévenir en cas d'urgence, de la personne de confiance, du médecin traitant et des professionnels de santé autorisés à accéder au dossier.

A ce jour, le DMP semble être devenu LE référent des informations médicales et devrait pouvoir être utilisable par tous les professionnels de santé. Malheureusement, une des limites de l'utilisation de celui-ci est l'alimentation uniquement avec accord du patient avec des données non encore structurées donc non exhaustives et non exploitables en l'état lors de situations d'urgence ou de soins non programmés.

1.3 — MAISON MEDICALE DE GARDE : DEFINITION ET FONCTIONNEMENT

1.3.1 — Règlementation et cahier des charges des MMG

La définition par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM-TS) (2004) est « *un lieu d'accueil physique des patients, ouvert à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultation* ». Ce lieu est fixe et propose des prestations de médecine générale, avec un cahier des charges précis et des conditions d'exercice de qualité pour les médecins de garde.

Cette définition a été revue par **la circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007** (16), relative aux MMG et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, comme un « *lieu fixe, déterminé, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée* »(16). A cela s'ajoute un accès médicalement sécurisé et régulé des demandes de soins, soit par le centre 15 ou par une IAO si la MMG se situe dans ou à proximité d'un service d'urgence d'un établissement de santé. Elles arrêtent leur activité à minuit pour la plupart.

Cette circulaire, qui fait suite au **rapport du Dr GRALL en 2006** (17), propose un cahier des charges sur la PDSA, qui recouvre les MMG, et qui correspond à une convention quinquennale entre les ARS (anciennement MRS : Maisons Régionales de Santé) et les MMG.

Ce cahier des charges détermine :

- les motivations du projet de MMG : identification, définition et évaluation du besoin de soins pendant période de la PDSA, désengorgement des urgences, financement et zone d'action ;

- la localisation de la MMG : il est recommandé que la MMG soit située de préférence dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence ; et si ce n'est pas le cas, qu'il faille privilégier la sécurisation des locaux (proche d'un commissariat ou d'une caserne de pompiers par exemple) ;
- les modalités de fonctionnement des MMG : amplitude horaire selon un cahier des charges départemental ; modalités d'accès régulée, avec possibilité exceptionnelle d'accès direct ; articulation avec les urgences.

Enfin, **la loi HPST en 2009** (6) dispose que « [les établissements de santé] *participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé* » et en **2018 l'ordonnance du 17 janvier** (18) consolide le fait que « [les établissements de santé assurent] *la permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la permanence des soins organisée par l'agence régionale de santé compétente[...]* ».

1.3.2 — Financement des MMG

Depuis le 1er Mars 2012, le **financement des MMG est assuré par le Fond d'Intervention Régional** (FIR) créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, et qui regroupe plusieurs enveloppes, dont le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), qui était jusqu'alors la principale source de financement des MMG. Il donne une plus grande souplesse aux ARS dans la gestion de certains de leurs crédits dont la PDSA et les MMG. En Occitanie, actuellement ce financement est annuel et prévu sur 3 ans (2019-2022) (19).

Il doit pouvoir couvrir le matériel (investissement surtout la première année), les consommables, le loyer (pour une surface inférieure à 120m²), une secrétaire pour l'accueil téléphonique, le ménage (souvent effectué par l'établissement hospitalier si la MMG se situe à l'intérieur), un médecin coordonnateur de la MMG avec un salaire de 1C par jour et les frais annexes (comptables, frais de gestion ...) (16)

Afin de garantir une répartition et une utilisation équitable des moyens alloués à l'organisation de la PDSA, cette enveloppe est ventilée en enveloppes départementales plafond.

C'est dans les limites de ces enveloppes qu'il est confié aux médecins la définition des modalités d'organisation de la PDSA.

1.3.3 — Cas de la MMG de Béziers (20 (ANNEXE), 21 (ANNEXE))

Créée et ouverte depuis le 15 mai 2005, elle est gérée par une association de type loi 1901, l'association COMERBI, dont le siège social est l'adresse de la MMG, située dans l'enceinte du C.H de Béziers, à côté du service des Urgences. Elle dispose d'un règlement intérieur et s'attribue **quatre missions** en accord avec les textes de lois en vigueur :

- I. Mission de service public (loi N° 2006-1640 du 21 décembre 2006, article 49 de la loi N° 2009-584 du 21 Juillet 2009, articles L.6314-1 et suivants du CSP)

- II. Mission d'éducation pour la santé (articles L.6112-1, L.6112-2, L.6323-3, L.6323-4 du CSP)
- III. Mission d'Enseignement et de Formation (article 47 de la loi N°2009-584 du 21 Juillet 2009)
- IV. Mission de Recherche (article 51 de la loi N°2009-584 du 21 Juillet 2009)

Nous nous intéresserons particulièrement à sa mission de service public. (21 (ANNEXE), 19, 22).

Elle s'organise autour d'une partie du territoire Biterrois, un des dix territoires du Département de l'Hérault. Il s'agit plus particulièrement du secteur 8 (Béziers) et des communes du secteur 23 (BASSAN).

Un médecin du secteur, sur la base du volontariat, y exerce du lundi au vendredi de 20h à minuit, et deux médecins y exercent le samedi de midi à minuit, et les dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

En nuit profonde, de minuit à 8h, c'est la structure des urgences du C.H de Béziers qui s'occupe de la PDSA, afin de permettre au MGL de profiter d'un repos compensateur avant de travailler sur son lieu d'exercice principal le lendemain.

En dehors des heures d'ouverture de la MMG, un secrétariat à mi-temps est ouvert. Il permet de régler des problèmes administratifs des patients survenus lors d'un passage, mais également de permettre le bon fonctionnement de la MMG lors de ses horaires d'ouverture (gestion administrative, informatique, relationnelle...).

Sa direction médicale et administrative est assurée par un Médecin Coordinateur. Son rôle est important car il s'occupe de l'élaboration du règlement intérieur, des fiches pratiques, des protocoles. Le Médecin Coordinateur est également le représentant de la MMG à travers les réunions pluriprofessionnelles et au-devant d'autres institutions. Enfin, il est également chargé de s'assurer que les listes de gardes des médecins sont complètes et compatibles avec les obligations des médecins adhérents et les communiquer à l'ARS, au Conseil de l'Ordre des médecins, aux médecins concernés et au Centre 15.

Lors des gardes des MGL, **de nombreux outils sont mis à leur disposition** afin de faciliter leur travail, la prise en charge du patient dans son ensemble et si nécessaire favoriser les échanges avec les urgences du C.H Béziers.

En effet, on retrouve entre autres :

- un secrétariat ;
- une informatisation des dossiers ;

- un accès téléphonique direct vers un médecin urgentiste du C.H ;
- un accès aux radiographies antérieures des patients consultants si la pathologie est en rapport ;
- des protocoles de redirection d'un patient vers les urgences lorsque c'est nécessaire (avec du personnel des urgences qui prend en charge le patient avant même sa sortie de la MMG) ;
- des protocoles pour l'IAO des urgences pour rediriger les patients vers la MMG selon l'identification de pathologies précises.

La MMG de Béziers est financée en grande partie par l'ARS Occitanie. À titre indicatif, en 2018, 118 039 € lui ont été alloués sur le FIR. Mais il existe des entrées annexes, telles que les cotisations des MGL exerçant sur le territoire, ainsi qu'une part des honoraires perçus lors de leur garde.

1.4 — COMPLEMENTARITE MMG ET URGENCES DANS LA LITTERATURE

Dans de nombreux écrits, rapports et encore plus à ce jour, les urgences sont « saturées ». Elles tentent d'endiguer un flux de patient qui ne cesse de croître et chaque année, des sonnettes d'alarme sont lancées. Ainsi, le flux quotidien de passage aux urgences augmente et ce malgré l'apparition des MMG, qui, il faut le rappeler, ont également été créées en partie pour favoriser le « désengorgement des urgences hospitalières. » (5).

Il est fascinant de constater qu'une des réponses de la crise du tour de garde des médecins libéraux ayant mené à l'ouverture massive des MMG autour des années 2000, est aujourd'hui la cause de cette crise des urgences hospitalières, dont les revendications sont sensiblement les mêmes (ndr : l'implication croissante des hôpitaux dans la PDSA). (2)

Selon la circulaire **DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007** (16), la MMG est un « établissement autorisé à mettre en place ou participer à un réseau avec d'autres établissements de santé publics et privés. Ce réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé [...] ».

Selon le **Rapport DESCOURS** (3) « [l']organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. »

La MMG, en participant à la PDSA (5) permet de « [p]réserver les moyens dédiés à l'Aide Médicale Urgente et garantir leur mobilisation à bon escient : éviter l'accès spontané aux services d'urgences et les hospitalisations inutiles. ».

Les exemples sont nombreux et tous tendent vers le même constat ; **MMG et structures d'urgences sont complémentaires chacune dans leur champs de compétences.**

Les chiffres également vont dans ce sens. En prenant l'exemple de la MMG de Narbonne (23), qui, après sa création, a permis d'endiguer un peu le flux du passage aux urgences (-1,6%) et seulement 6% des patients réorientés vers les urgences. Un autre exemple plus récent, est celui de la MMG de Béziers (20), dont moins de 4% des 8500 consultations requièrent un passage aux urgences en 2018.

Pour finir, selon le rapport de l'**IGAS 2018** (24) « *une part non négligeable des passages aux urgences –que la dernière enquête disponible de la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé évaluait à 43% –pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire* ». Bien sur cette enquête ne précise pas s'il s'agit des soins non programmés aux heures ouvrables uniquement, ou totaux.

Le travail de **B. Menard** sur « [l']émergence des MMG dans la PDSA et leur incidence sur l'activité hospitalière » (23) décrivait déjà en 2004 et malgré leur émergence, le bon fonctionnement des MMG - dorénavant prouvé - et l'augmentation du nombre de passages chaque année. Pour autant, les MMG ne permettent pas d'égaliser la demande de soins non programmés engendrée par

- le vieillissement de la population ;
- l'augmentation des polyopathologies et maladies chroniques ;
- la diminution du nombre de MGL (*Entre 2007 et 2017, le nombre de MGL a baissé de 9,1%*) ;
- mais aussi et surtout l'aspiration à l'immédiateté de la population.

1.5 — RELATION ENTRE MEDECIN GENERALISTE LIBERAL ET URGENCES DANS LA LITTERATURE

Plusieurs travaux mettent en avant l'importance des échanges entre MGL et Urgences. Ce sont d'ailleurs la lecture de certains d'entre eux qui m'ont donné l'envie de travailler plus particulièrement sur l'apport des MMG dans leurs échanges.

En effet je n'ai retrouvé aucune thèse ni aucun travail réalisé sur l'apport direct de la MMG concernant les échanges, relations ou autres. Ils sont pour la plupart concentrés sur l'exercice principal en ville et les courriers ou échanges cryptés.

On retrouve dans plusieurs de ces documents le fait que les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication), dont le DMP fait partie, la systématisation des courriers et échanges cryptés et la revalorisation des échanges pluriprofessionnels présentiels permettraient d'améliorer les échanges, les relations, la communication entre la ville et l'hôpital.

Voici quelques exemples :

« Conscient de certaines lacunes en termes de communication envers les praticiens libéraux de son secteur, le CHOV s'inscrit actuellement dans une démarche visant à améliorer et faciliter sa relation avec les médecins généralistes. Plusieurs projets sont en réflexion, dont certains répondant aux attentes des médecins généralistes, notamment en ce qui concerne la mise en place d'un numéro direct, ou encore d'être informés plus régulièrement des nouvelles relatives à l'offre de soins du centre hospitalier. Le CHOV souhaite également permettre des rencontres plus fréquentes entre praticiens hospitaliers et praticiens libéraux, lors de programmes de formations

continues par exemple, afin d'établir une meilleure connaissance entre les différents praticiens. »
(25)

« Si le contenu des courriers est globalement satisfaisant, les délais de transmission de ceux-ci ne permettent pas d'assurer une continuité des soins efficace pour tous les médecins sollicités par ce questionnaire. Des moyens de communication différents du traditionnel courrier postal doivent donc être envisagés pour améliorer la rapidité de la transmission d'informations. Les technologies actuelles et l'étude des possibilités locales nous font penser que l'acquisition d'un système de transmission de courriers électroniques cryptés de type apicrypt correspond à la manière la plus simple et probablement la plus efficace d'accélérer cette communication interprofessionnelle. »
(26)

« Selon les Médecins Urgentistes, le courrier représente la grande majorité des modes de communication (dans 72% des cas), tandis que les Médecins Traitants placent l'appel téléphonique (centre 15/appel SAU) comme mode préférentiel au même titre que le courrier écrit. Il est probable que par le téléphone, le nombre d'intervenants étant multiplié, il y ait une perte de l'information ». (27)

La MMG étant à la croisée des deux mondes tant sur le plan géographique que sur les horaires, je pense qu'elle pourrait chapeauter et améliorer tous ces éléments.

2 — ETAT DES LIEUX DES OUTILS MIS A DISPOSITION PAR LA MAISON MEDICALE DE GARDE DE BEZIERS POUR FACILITER LES ECHANGES ENTRE LES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX ET LES URGENCES

2.1 — MATERIEL ET METHODES

2.1.1 — Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale.

2.1.2 — Objectif principal et secondaire

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la satisfaction des MGL sur les outils d'échanges, entre MGL et urgences, mis à disposition par la MMG de Béziers.

L'objectif secondaire est de déterminer de nouveaux outils d'échanges entre MGL et urgences.

2.1.3 — Population étudiée

La population étudiée est l'ensemble des MGL inscrits sur le tableau de garde de la zone de la MMG de Béziers, soit 93 médecins généralistes libéraux.

2.1.4 — Description du questionnaire

Le questionnaire anonyme a été rédigé par mes soins et validé par le président du COMERBI (Dr. Thierry DUNAND). Il a ensuite été soumis au CA du COMERBI pour droit de diffusion.

Réalisé initialement via google forms, il a été envoyé par mail le 2 septembre 2019, puis un mail de rappel le 26 septembre 2019. La date de fermeture du questionnaire a été fixée au 2 octobre 2019.

Pour obtenir un plus haut taux de réponse, sans créer de réponses multiples, il a également été imprimé et donné en début de garde aux MGL travaillant à la MMG, avec comme consigne de ne le remplir que s'il ne l'avaient pas déjà fait via google forms.

Les formulaires papiers ont été récupérés toutes les deux semaines, intégrés au questionnaire en ligne par une tierce personne et je n'ai jamais consulté le tableau de garde afin de préserver l'anonymat des MGL.

Il a été organisé en trois parties et comprenait 16 questions, dont une facultative. Il a été conçu pour être rempli en moins de cinq minutes par les MGL.

- La première partie comprenait les questions 1 à 6 et concernait la population étudiée. Étaient demandés : la date d'installation, les conditions d'exercice, l'horaire moyen de

fermeture du cabinet, la distance à laquelle se trouve le lieu d'exercice principal par rapport à la MMG (en temps) et les outils disponibles sur le lieu d'exercice principal.

- La deuxième partie comprenait les questions 7 à 13 et concernait leur exercice en MMG. Était demandée leur satisfaction concernant 7 outils mis à disposition par la MMG pour faciliter leurs échanges avec les urgences.
- La troisième partie comprenait les questions 14 et 15 et concernait de nouveaux outils permettant d'améliorer leurs contacts avec les urgences, d'abord par proposition, puis par question ouverte.
- La question subsidiaire permettait de comprendre le ressenti des MGL concernant leurs échanges avec les urgences depuis qu'ils travaillent à la MMG.

2.2 — RESULTATS

93 médecins sont sur la liste des gardes de la MMG de Béziers, dont 32 n'avaient pas leur adresse mail disponible.

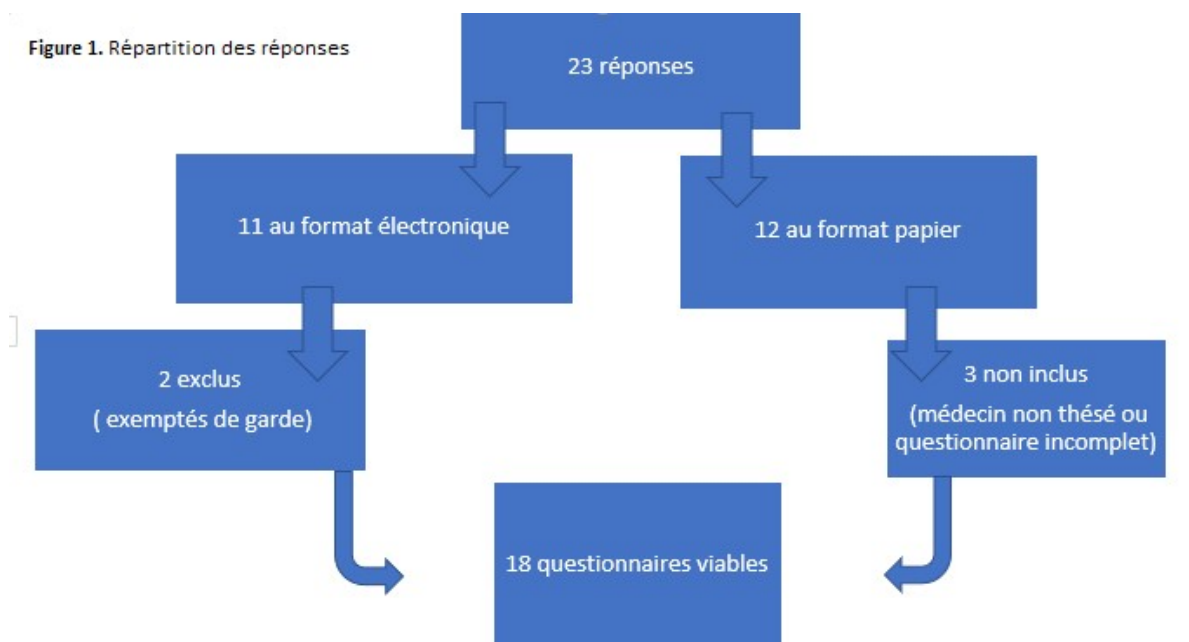
8 médecins remplaçants font également des gardes à la MMG, mais ceux-ci, s'ils ont répondu au questionnaire (uniquement par papier) n'ont pas été inclus dans l'étude.

Un total de 23 réponses a été récupéré :

- 12 par voie papier, retranscrites sur le questionnaire en ligne par une tierce personne, avec comme consigne de ne pas inclure les questionnaires incomplets ou de médecins non thésés :
 - 3 questionnaires n'ont pas été inclus (2 de médecins non thésés, 1 incomplet)
- 11 par voie électronique sur le questionnaire en ligne. Ont été exclus les médecins exemptés de garde, dont leur avis pouvait rendre l'étude caduque :
 - 2 questionnaires ont donc été exclus.

Au final l'étude porte sur 18 réponses soit un taux d'exhaustivité de 19,35% de la population étudiée. La répartition des réponses est représentée sur la **Figure 1**.

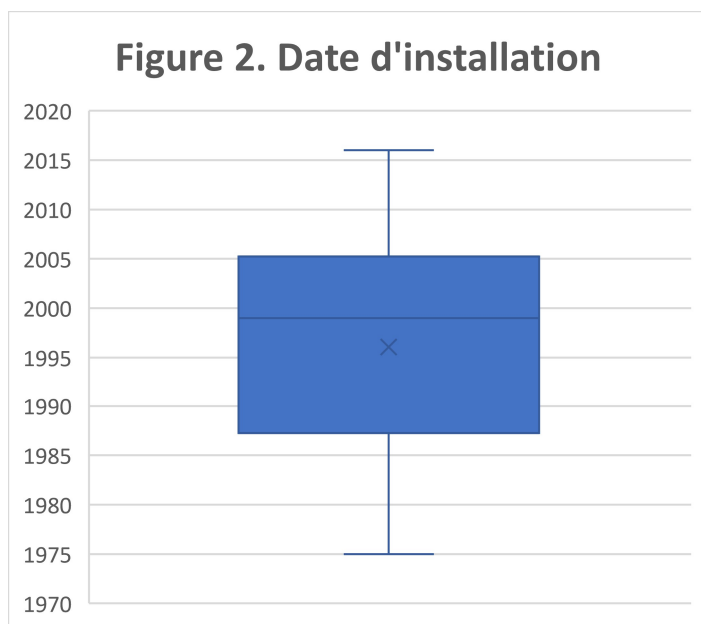
Figure 1. Répartition des réponses



2.2.1 — Population étudiée

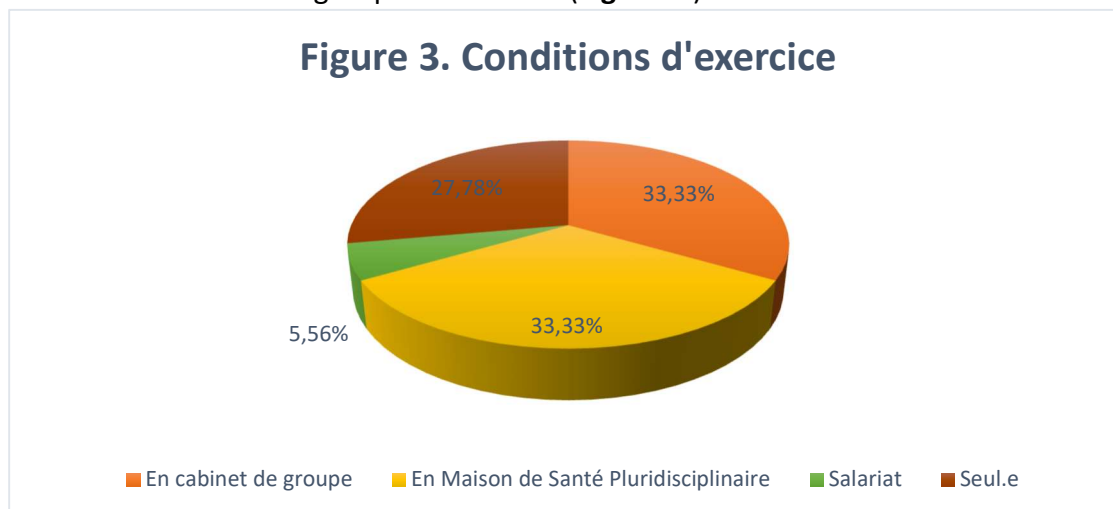
Question 1

En moyenne, la date d'installation des médecins répondeurs est en 1996, **la médiane se situe en 1999**. Le 3^{ème} quartile est 2004,75. (Figure 2.)



Question 2

27,78% des répondeurs travaillent seuls. 5,56% déclarent être salariés. Les autres exercent en cabinet de groupe ou en MSP. (**Figure 3.**)



Question 3

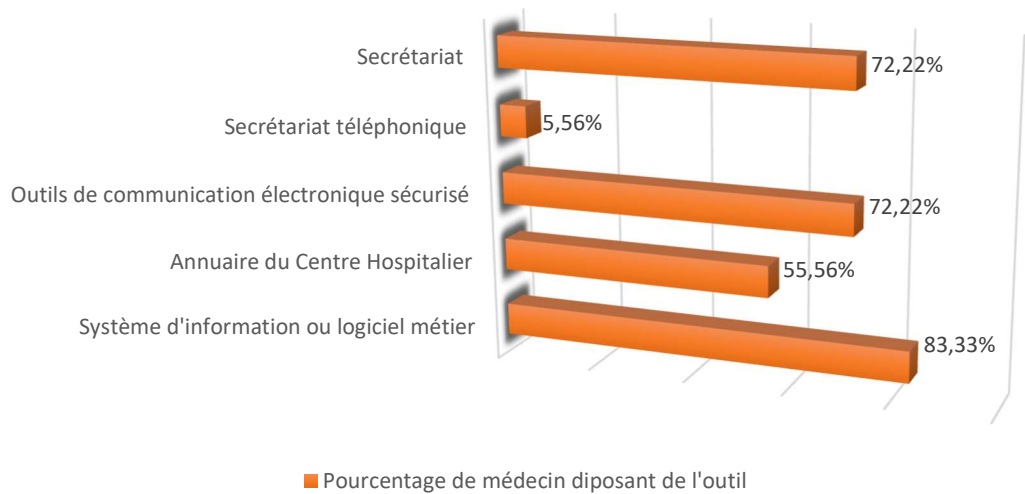
61% des interrogés ferment leur cabinet à 20h. 11,1% déclarent le fermer à 18h30, les autres entre 19h et 19h30. L'horaire de fermeture moyenne des interrogés se situe donc à 19h38. La médiane est de 20h.

Question 4

Parmi les outils accessibles sur leur lieu de travail principal (**Figure 4**), 16,67% n'ont pas de logiciel métier (il s'agit uniquement de médecins déclarant travailler seul ou en salariat) et 27,% déclarent ne pas avoir de messagerie sécurisée. Tous ceux travaillant en MSP ont accès à ces deux outils.

27,78% déclarent ne pas avoir de secrétariat. Encore une fois, les médecins qui exercent en MSP ne sont pas concernés.

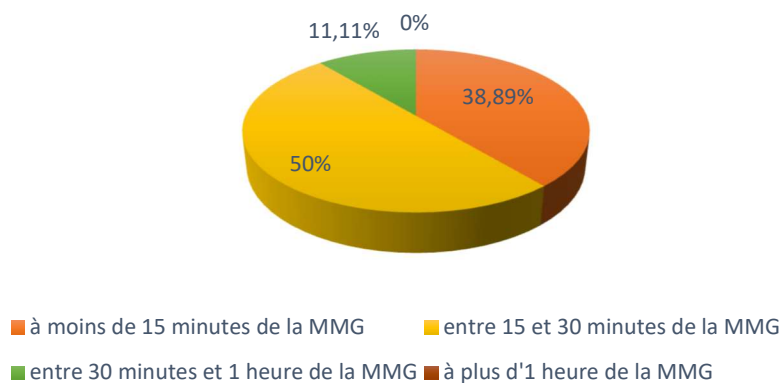
Figure 4. Outils a disposition sur le lieu de travail principal



Question 5

Concernant la localisation de leur exercice principal par rapport à la MMG (**Figure 5.**), **aucun des répondants n'exerce à plus d'une heure** de la MMG. 88,89% d'entre eux exercent à 30 minutes ou moins. 11,11% doit faire entre 30 minutes et une heure de déplacement entre le lieu d'exercice principal et la MMG.

Figure 5. Lieu d'exercice principal

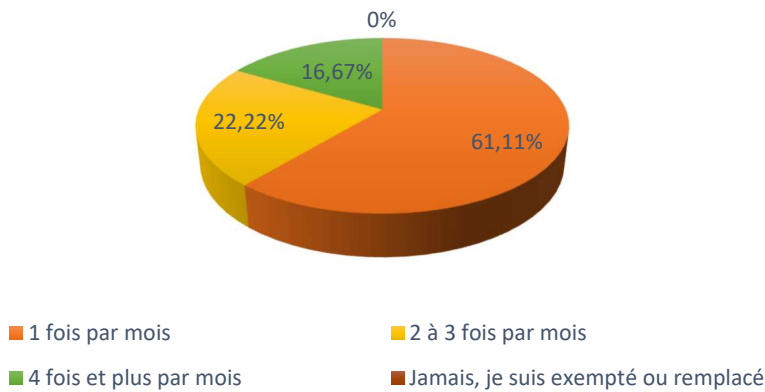


Question 6

Enfin, la fréquence de garde à la MMG (**Figure 6.**), déclarée par les sondés, est en moyenne de 1,8 gardes par mois. La médiane est de 1.

61,1% réalisent une garde par mois, 38,9% en font 2 et plus.

Figure 6. Fréquence des gardes à la MMG



2.2.2 — Satisfaction des MGL

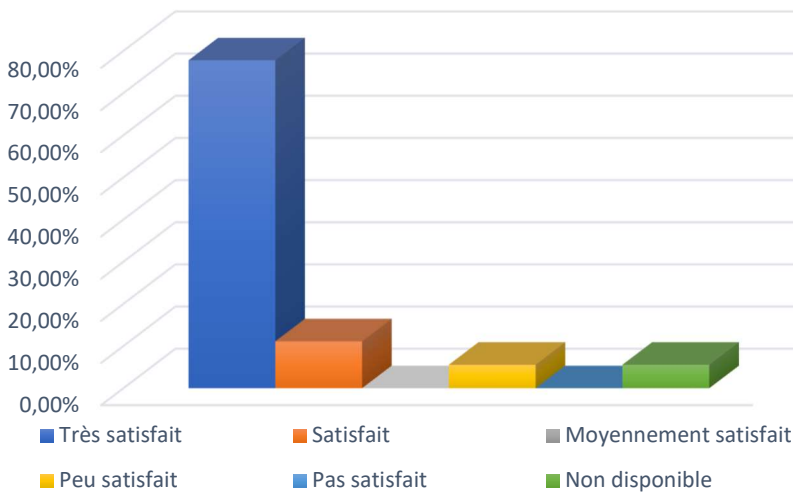
Concernant la satisfaction des outils mis à disposition par la MMG pour favoriser les échanges des MGL avec les urgences du CH. Nous les avons découpés en 7 items :

2.2.2.1 — Secrétariat (Figure 7)

77,78% des interrogés se disent très satisfaits du secrétariat. 11,11% en sont satisfaits.

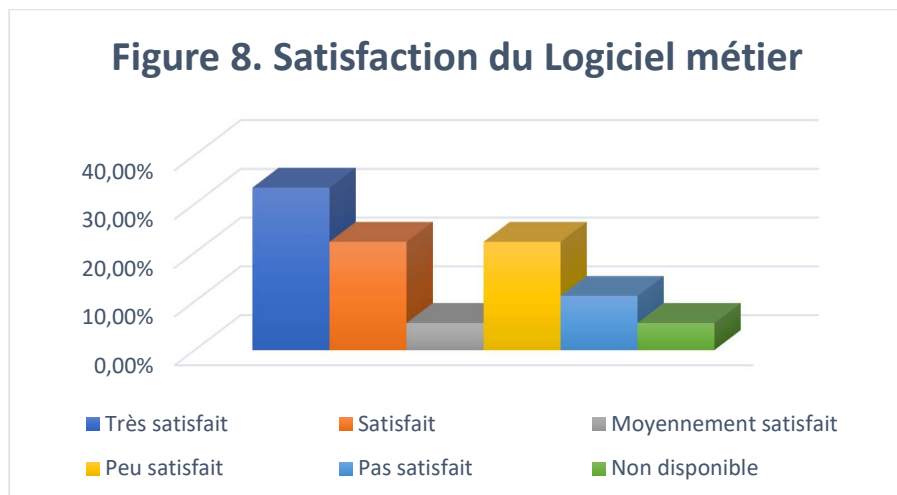
Parmi, les autres réponses, celles-ci sont des réponses faites en ligne. 5,56% déclarent ne pas avoir de secrétariat lors de leurs gardes et 5,56% déclarent en être peu satisfaits.

Figure 7. Satisfaction du secrétariat



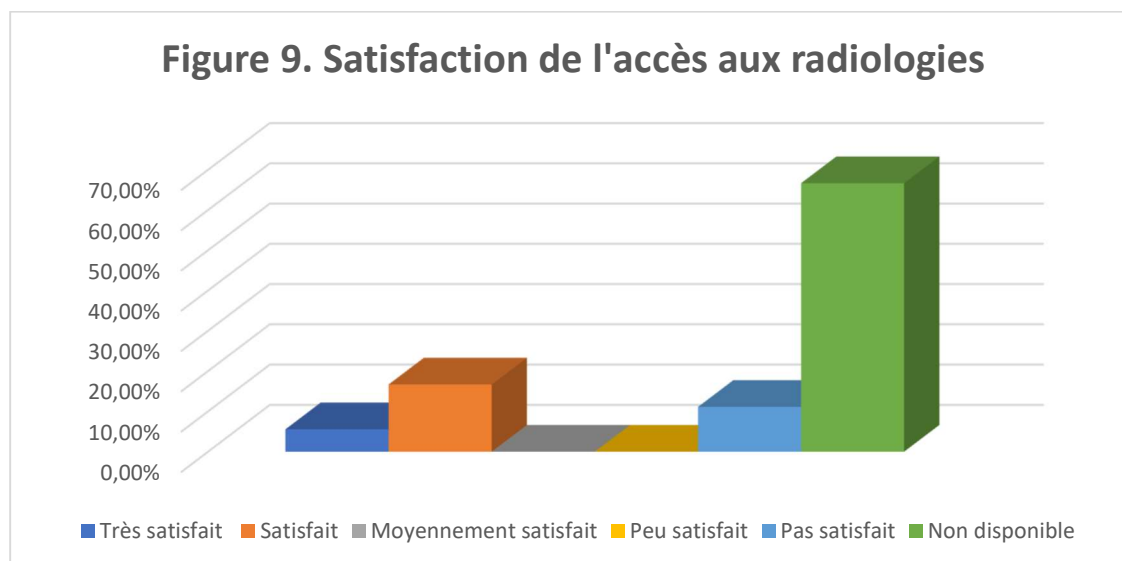
2.2.2.2 — Logiciel métier (Figure 8)

A propos du logiciel métier, les avis divergent : 55,56% se disent satisfaits ou plus, 22,22% en sont peu satisfaits, 11,11% ne sont pas satisfaits. L'un d'entre eux déclare qu'il n'est pas disponible.



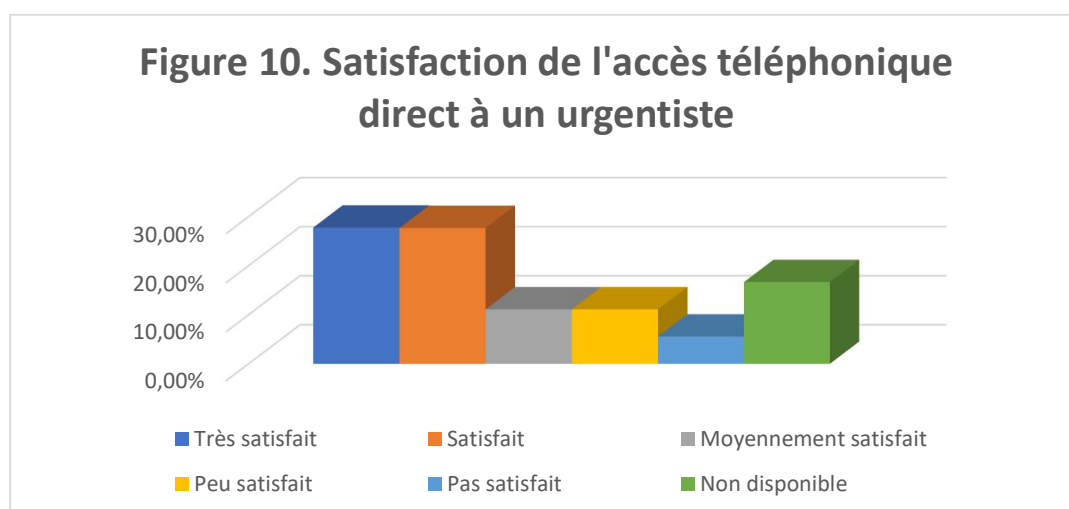
2.2.2.3 — Accès aux radiologies antérieures faites au C.H (Figure 9)

Il est mis en évidence que 66,67%, soit **deux tiers des MGL interrogés, pensent que l'accès aux radiologies faites au C.H n'est pas disponible**. Sur le tiers restant 11,11% n'en sont pas satisfaits, le reste en est satisfait ou plus.



2.2.2.4 — Accès téléphonique direct à un urgentiste du C.H (Figure 10)

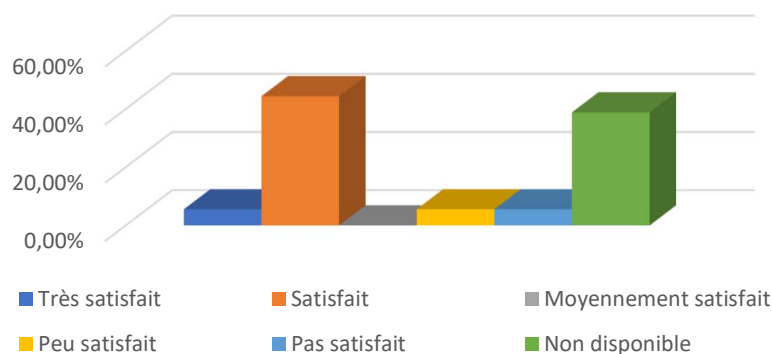
Un peu plus de la moitié (55,56%) des sondés se disent satisfaits ou plus (27,78%) de l'accès téléphonique direct à un urgentiste. Pour 16,67%, cet outil n'est pas disponible. Pour les 27,78% restants les avis varient de moyennement à pas satisfait.



2.2.2.5 — Protocoles et lettres standardisées de redirection vers les Urgences (Figure 11)

La moitié des participants (50%) déclarent être satisfaits ou plus des protocoles et lettres standardisées de redirection vers les urgences. Cependant, **38,89% déclarent que cet outil n'est pas disponible.**

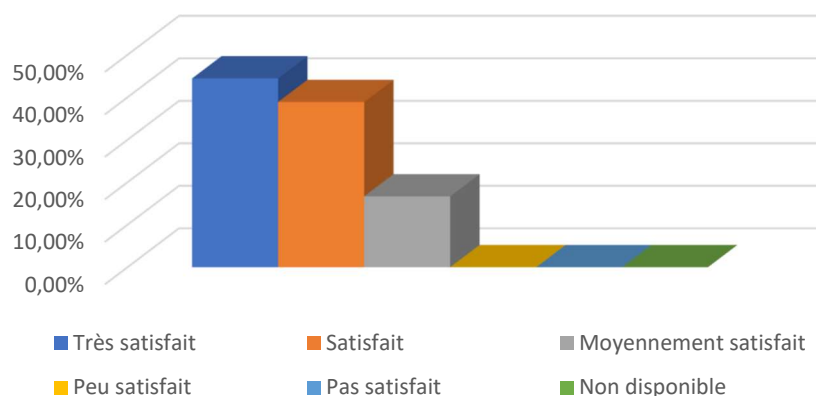
Figure 11. Satisfaction des protocoles et lettres standardisées de redirection vers les urgences



2.2.2.6 — Horaires de garde (Figure 12)

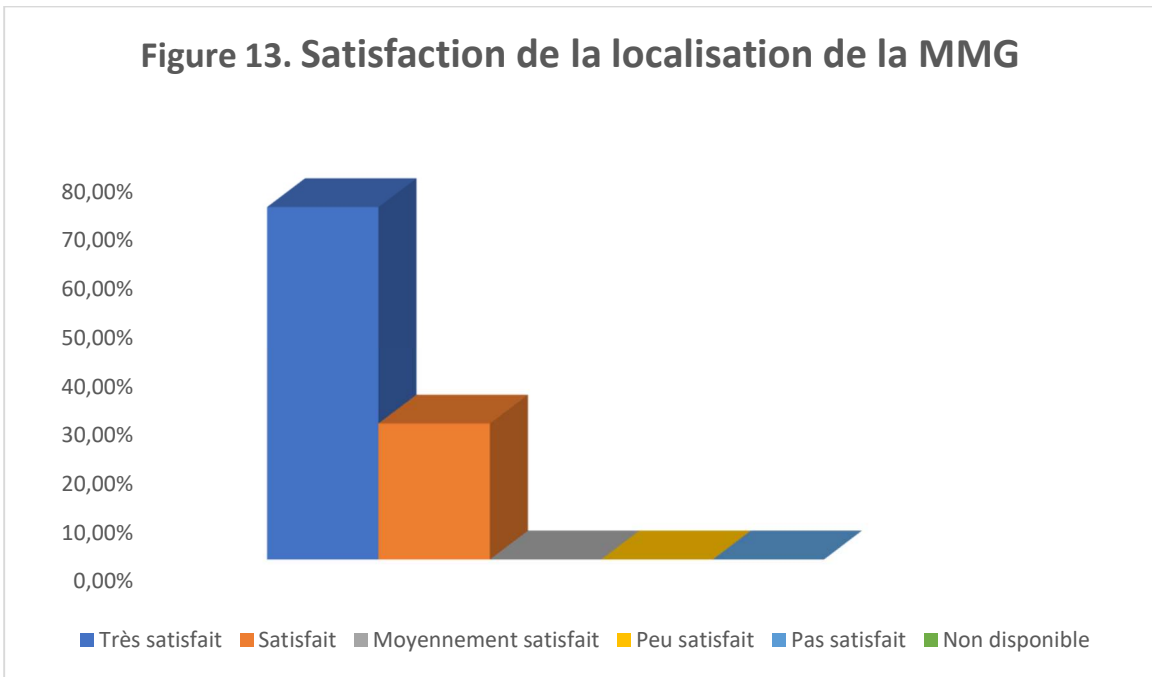
Parmi les sondés, 44,44% se disent très satisfaits, 38,88% se disent satisfaits, les 16,67% restants le sont moyennement. **83,33% sont donc satisfaits ou plus des horaires de garde.**

Figure 12. Satisfaction des horaires de garde

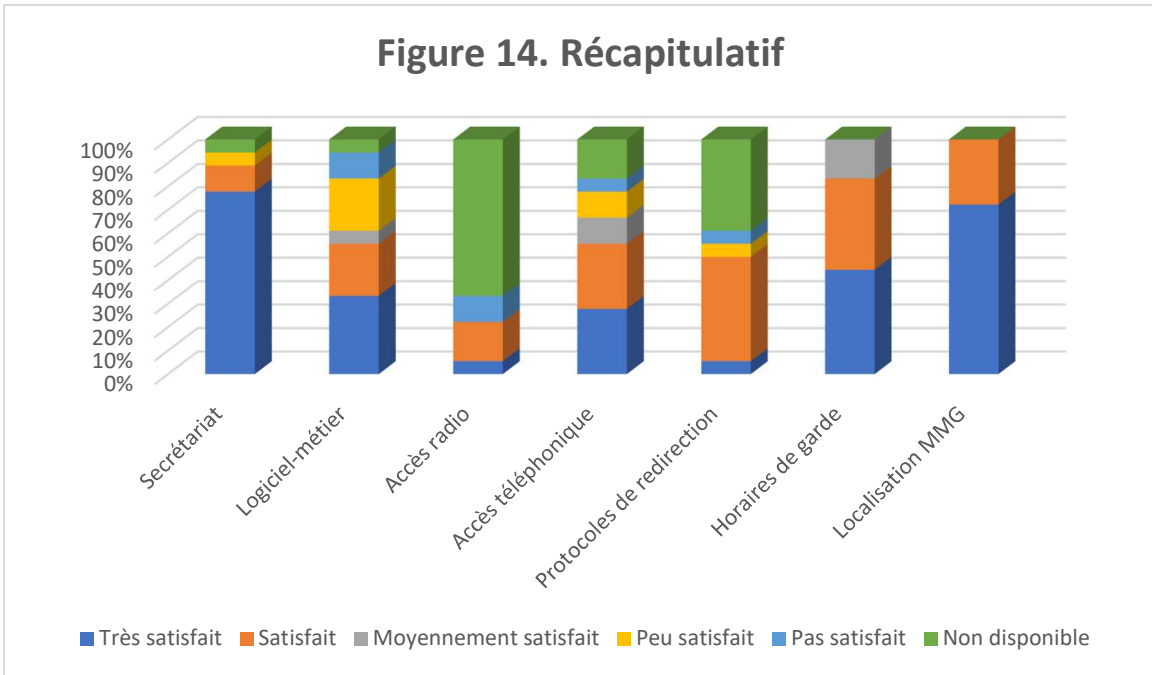


2.2.2.7 — Localisation de la MMG (Figure 13)

100% des MGL sont satisfaits, voire très satisfaits (72,22%) de la localisation de la MMG.



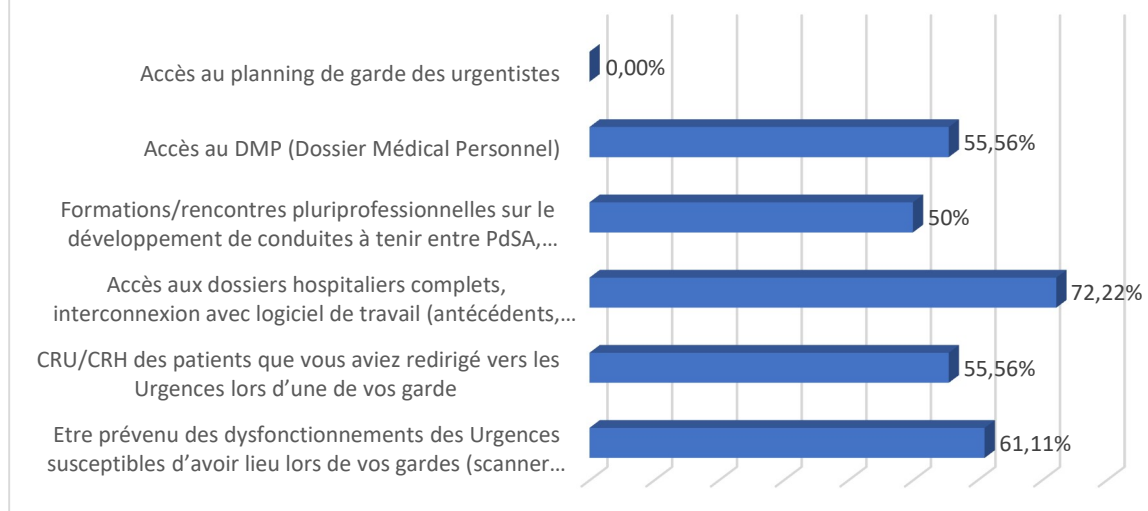
2.2.2.8 — En résumé (Figure 14.)



2.2.2 — Nouveaux outils

Parmi les nouveaux outils proposés, **c'est l'accès au dossier hospitalier complet et l'interconnexion entre les logiciels qui est plébiscité par 72,22%** des MGL répondants. Être prévenu des dysfonctionnements des urgences semble aussi être une demande forte puisque 61,11% des sondés veulent voir cet outil se développer. L'accès au DMP, et les CRU/CRH des patients redirigés par leurs soins sont également demandés par 55,56% des MGL. Les formations ou rencontres pluriprofessionnelles permettraient d'améliorer les échanges avec les urgentistes pour la moitié d'entre eux. Quant à avoir accès au planning de garde des urgentistes, pas une seule réponse ne va dans ce sens.

Figure 15. Outils proposés pour améliorer les échanges avec les urgences



La dernière question obligatoire leur demandait de proposer des outils qui selon eux, permettraient d'améliorer leurs échanges avec les urgentistes. Pour trier au mieux ces données, j'ai réalisé la technique d'analyse de BERELSON : technique de codage ouvert, dont la création de catégorie d'analyse doit répondre aux règles suivantes : homogénéité, exhaustivité, exclusivité, objectivité et pertinence.

Lesdites réponses ont donc été répertoriées telles qu'elles ont été enregistrées et classées dans le **Tableau 1**.

Tableau 1

Non concerné	Accès simplifié à l'urgentiste	Vision partagée de l'affluence	Autres
Ne se prononce pas	téléphone des urgences pour demande de renseignements	vision de la file d'attente aux urgences et à la MMG en temps réel par l'autre structure	avoir le Vidal en ligne
NSP	Numéro direct du médecin urgentiste	état de l'affluence aux urgences. lettre court ou appel téléphonique concernant les patients, assurent d'aller aux urgences et ensuite redirigés vers MMG (=communication?!?)	accès direct dans les services sans passer par les urgences après accord téléphonique
Nsp	MESSAGERIE INTERNE		des locaux dans les urgences
Non	liste des numéros des Internes de garde		
la ligne est quasiment directe par la secrétaire	visioconférence avec échange afin de limiter l'envoi aux urgences et avoir un accès qui court-circuite dans ce cas le passage au bureau		
RAS	plus de contacts pour être au courant de ce qu'il se passe aux urgences car ils dirigent trop facilement les patients à la MMG		
NSP			

Parmi les réponses, **les deux idées principales qui en ressortent sont « accès simplifié à l'urgentiste » et « vision partagée de l'affluence des patients »**. La catégorie « Non concernée » regroupe les réponses ne donnant pas d'idée-clé. Par souci d'exhaustivité et parce qu'elles ne correspondaient à aucune des autres idées, une case « autres » a été créée.

Enfin la question subsidiaire leur demandait s'il avait perçu une amélioration de leurs rapports quotidiens avec les urgences depuis qu'ils travaillent à la MMG. 16 personnes y ont répondu. La même analyse a été réalisée.

Tableau 2.

Non concerné	Oui, améliorés	Non modifiés
NC	oui	aucun changement
Nsp	Un peu	inchangés
Bof	depuis le début il y a 16 ans je vois que les rapports se sont améliorés	Jamais eu de problème ni avant ni depuis la MMG
Ne sais pas	améliorés	ils ont toujours été bons
pas de mauvais rapport avec les urgences	oui	non
		non

Les réponses sont réparties sur 3 idées-clés. « Non concerné », « Oui, améliorés » et « Non modifiés ».

Si nous devons quantifier ces réponses, 31,25% ne se sentent pas concernés, 31,25% disent que les rapports se sont améliorés et 37,5% déclarent que les rapports ne sont pas modifiés.

3 — DISCUSSION

Cette étude s'intéresse à la satisfaction des MGL vis-à-vis des outils que la MMG leur met à disposition pour améliorer leurs échanges avec les urgences.

3.1 — LIMITES DE L'ETUDE

Le taux d'exhaustivité est aux alentours de 20%. Trop peu pour être considéré comme réellement représentatif, mais qui, au vu de nombreux autres travaux de thèse réalisés, correspond au taux habituellement retrouvé. Il était impossible de savoir si les médecins n'ayant pas communiqué leur adresse e-mail (32 médecins) avaient pu être touchés par le questionnaire physique.

Malgré deux e-mails, censés toucher 61 médecins, seules 11 réponses ont été obtenues, contre 12 réponses écrites, lors de la distribution physique sur un mois à la MMG (ne pouvant toucher qu'à priori moins de 30 médecins puisqu'un tiers des répondants font 2 gardes et plus par mois). Cela pourrait démontrer que la force d'un document physique remis en main propre est plus élevée qu'un mail reçu parmi tant d'autres et probablement oublié.

Ce questionnaire et ses réponses ne peuvent pas être transposés au reste de la France, puisque le fonctionnement des MMG diffère d'un établissement à l'autre, de par les logiciels utilisés, leur localisation, leur entente préalable avec le C.H dont ils dépendent et la circonscription du bassin étudié.

Inclure une question sur la satisfaction secrétariat, alors que le questionnaire est rendu aux personnes concernées peut provoquer un biais de réponse des sondés.

Enfin, les MGL répondants semblent avoir de bons rapports préétablis avec les urgences. Une question fermée à ce sujet aurait peut-être permis d'établir une meilleure évaluation de l'apport de la MMG.

3.2 — DECRYPTAGE DES RESULTATS

Au moins 75% des médecins répondants se sont installés en 2004 ou avant, donc avant l'apparition de la MMG. Ils ont donc pu voir une évolution des outils mis à disposition par la MMG, ainsi qu'une évolution dans leurs rapports avec les urgences avant et après l'apparition de celle-ci.

Moins de 30% des répondants travaillent seuls et ce sont majoritairement ceux qui n'ont pas de logiciel métier, ni secrétariat, ce qui correspond à l'évolution actuelle des préférences de conditions de travail des médecins : le regroupement de plusieurs professionnels, avec un secrétariat partagé et travailler avec les NTIC.

D'ailleurs 100% des MGL travaillant en MSP possèdent sur leur lieu de travail principal un secrétariat, un logiciel métier et une messagerie sécurisée. Ce n'est pas le cas des autres modes d'exercice.

Presque la moitié des sondés déclarent ne pas disposer d'un annuaire du C.H. Cependant, pour ceux qui travaillent en groupe ou en MSP, il semble que chacun ait accès à un exemplaire s'il le demande. Il s'agit peut-être un défaut d'information ?

61% des sondés ferment leur cabinet à 20h en moyenne en semaine, soit l'heure de l'ouverture de la MMG. La moyenne se situe à 19h38min. Presque 90% des répondants ont leur lieu de travail situé à 30 minutes ou moins de la MMG, ce qui coïncide avec le taux de satisfaction très élevé des horaires d'ouverture de la MMG (83,3% sont satisfaits et plus, les 16,7% restants semblent correspondre aux médecins exerçant à plus de 30 minutes), et de la localisation de la MMG (100% sont satisfaits et plus). **Aucun des répondants n'exerce à plus d'une heure de la MMG.**

En terme de fréquence de garde, 61,1% réalisent une garde par mois, 38,9% en font 2 et plus.

Cette satisfaction sans partage de la localisation de la MMG et des horaires de garde permet d'affirmer que le fait d'être située dans l'enceinte de l'hôpital favorise les échanges des professionnels sondés avec les urgences, peu importe leur lieu de travail principal, ou le nombre de gardes réalisées par mois.

Presque 90% des sondés déclarent être satisfaits ou plus du secrétariat de la MMG, cependant les 11,11% qui sont peu satisfaits, ou déclarent même de pas y avoir accès sont des réponses en ligne.

Concernant le logiciel-métier de la MMG, les répondants sont mitigés. Est-ce par habitude de leur propre logiciel-métier ? **A noter que 100% des MGL ne possédant pas de logiciel métier sur le lieu d'exercice principal en sont satisfaits ou plus.**

Deux tiers des sondés ne savent pas qu'ils ont accès aux radiographies réalisées par le CH avec un code qui leur est propre, que ce soit sur leur lieu d'exercice principal, ou à la MMG. **Il en va de même**, à moindre mesure, **pour les protocoles et lettres standardisées de redirection vers les urgences, puisque 38,89% les pensent indisponibles.** A nouveau, un manque d'information est à pointer du doigt.

L'accès téléphonique direct à l'urgentiste produit des résultats différents. Ainsi, alors qu'un numéro direct vers l'urgentiste est accessible lors de leur garde, certains passent par le secrétariat pour pouvoir discuter avec un urgentiste et d'autres préféreraient avoir les numéros des internes. Seulement 55,56% en sont satisfaits ou plus. Est-ce à nouveau par manque d'information ? Est-ce par crainte d'attendre trop longtemps au téléphone avant d'avoir accès à un urgentiste, ou par un mauvais échange téléphonique précédent ?

Pour finir l'objectif secondaire était de déterminer de nouveaux outils à développer, contrairement à ce qu'il a été imaginé lors de la réalisation des propositions, les rencontres et formations pluriprofessionnelles n'amélioreraient les échanges avec les urgences que pour 50% des participants. **C'est l'accès au dossier hospitalier complet du patient vu pendant leur garde qui est plébiscité par les MGL.** En effet, plus de 80% des patients vus à la MMG proviennent du territoire de la MMG et donc de l'hôpital. Si des radiographies ou des bilans sanguins ont été

réalisés peu de temps avant sur le C.H et peuvent être en lien avec le problème exposé par le patient, à l'heure actuelle le médecin travaillant à la MMG est démuné et préférera le rediriger aux urgences, avec cette sensation de leur créer un travail qui aurait pu être évité.

Être prévenu des dysfonctionnements des urgences semble aussi être une demande forte puisque 61,11% des sondés veulent voir cet outil se développer. L'accès au DMP, et les CRU/CRH des patients redirigés par leurs soins sont également demandés par 55,56% des MGL.

Enfin, parmi les réponses courtes proposées par les MGL pour favoriser leurs rapports avec les urgences, la « **vision partagée de l'affluence des patients** » est également demandée.

Cette solution de partage des « données-patients », dite par « sous-traitance » est envisageable et facilement réalisable à condition d'être conforme au RGPD.

Si le C.H et/ou la MMG ne sont pas conformes au RGPD (**cf 1.2.2**), il est impératif d'entreprendre les travaux nécessaires à la mise en conformité. À ce titre, la CNIL préconise notamment (14) :

- **l'information des patients** ;
- dans la mesure du possible, **le recueil du consentement du patient** au transfert de ses données ;
- l'établissement d'un **registre de traitement des données personnelles**, au sein de chaque structure (hôpital, maison médicale,...) ;
- la **sécurisation des outils informatiques utilisés** ;
- la conclusion d'une **convention de sous-traitance** entre les deux structures ayant vocation à se transférer entre elles les « données-patients ».

Enfin, la question subsidiaire permettait de vérifier si, depuis que les MGL interrogés travaillaient à la MMG, leurs rapports quotidiens avec les urgences s'étaient améliorés. **Au vu des réponses, il semblerait que non.** Parmi les installés après l'apparition de la MMG en 2005, la proportion entre les trois idées-clés (« pas d'idée », « oui, améliorés », et « non modifiés ») est la même : 33,33%. Parmi les installés avant l'apparition de la MMG, les résultats sont sensiblement les mêmes : 31% ne se sentent pas concernés, 31% trouvent que leurs rapports quotidiens avec les urgences se sont améliorés, et 38% déclarent qu'ils n'ont pas été modifiés. Cependant, au vu de certaines remarques, on s'aperçoit que les rapports avec les urgences ont « *toujours été bons* », qu'il n'y a pas « *jamais eu de problème ni avant ni depuis la MMG* » et qu'il n'y a « *pas de mauvais rapport avec les urgences* ».

Bien que cette question ne soit pas obligatoire, presque 90% des sondés y ont répondu. De par ces réponses ne montrant pas de modification notable de leurs rapports, nous sommes en droit de proposer quelques pistes d'amélioration et de diversification des outils proposés par la MMG.

4— CONCLUSION

La satisfaction globale des outils mis à disposition par la MMG pour faciliter les échanges entre les MGL et les urgences semble se vérifier à travers cette étude, bien qu'elle comporte certaines limites.

En effet, sur les 7 outils proposés, 5 sont satisfaisants ou très satisfaisants pour plus de la moitié des interrogés, 1 n'est satisfaisant ou plus que pour la moitié des MGL et le dernier outil n'est pas connu par deux tiers d'entre eux. Les 3 outils les plus appréciés sont la localisation de la MMG, les horaires de garde et enfin le secrétariat.

Cependant quelques points doivent être renforcés :

- deux tiers des sondés ne savent pas qu'ils ont accès aux radiographies réalisées par le CH ;
- il en va de même, dans une moindre mesure, pour les protocoles et lettres standardisées de redirection vers les urgences ; ceux qui connaissent ces protocoles en sont à 82% satisfaits.

La MMG pourrait se servir du passage des MGL dans son enceinte pour leur rappeler l'existence de ces deux services et leur expliquer leur fonctionnement.

Développer l'accès des dossiers d'hospitalisation du C.H et mettre au point un système permettant de prévenir les MGL en cas de dysfonctionnement aux urgences sont les deux outils les plus demandés par les répondeurs.

De plus les propositions faites par les interrogés sont regroupées dans deux catégories bien définies :

- avoir un accès encore plus facilité aux médecins urgentistes ;
- avoir une vision partagée de l'affluence des patients à la MMG et au C.H.

Pour la première, un simple rappel de la ligne directe disponible depuis son poste est très facilement réalisable. Tandis que pour la seconde, elle s'inclut plus globalement dans le partage des « données-patients » et peut également être réalisée avec peu de moyens mis en œuvre. Tout au plus, partager un logiciel entre la MMG et le C.H, ce qui permettrait d'inclure une alerte en cas de dysfonctionnement aux urgences, visible par tous.

Il serait intéressant, **d'une part**, de recueillir l'avis des urgentistes concernant la modification ou non de leurs rapports avec les médecins généralistes depuis l'ouverture de la MMG et d'en apprendre plus sur les outils qui leur permettraient d'améliorer leurs échanges.

D'autre part, nous avons au moins deux outils simples (Accès au dossier médical du C.H et être prévenu des dysfonctionnements des urgences) à mettre en place par la MMG et le C.H, qui permettraient, selon les MGL interrogés d'améliorer leurs rapports avec les urgences. Une évaluation des améliorations consécutives à leur développement pourrait également être utile.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Article L6314-1 du Code de la Santé Publique.
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=D78F74C4043EF7F1281A0DFE D583455A.tplgfr29s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171614&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190704
- 2) Cour des Comptes, Chapitre XII, la Permanence des Soins, 2013
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf
- 3) Rapport relatif à la Permanence des Soins, C. Descours, 2003 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
- 4) Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, IGAS, 2006 <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000321.pdf>
- 5) Les urgences médicales : constats et évolutions récentes, Cour des Comptes, 2007
<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/12UrgencesMedicales.pdf>
- 6) LOI n° 2009-879 dite HPST, Juillet 2009
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- 7) Communiqué de Presse, AMUF, Décembre 2018
<http://amuf.fr/2019/01/02/communiquede-presse-du-19-decembre-2018-lamuf-alerte-le-gouvernement/>
- 8) Communiqué de Presse, AMUF, Mai 2019 <http://amuf.fr/2019/05/14/communiquede-presse-du-13-mai-2019-lamuf-soutient-la-greve-nationale-des-personnels-des-urgences/>
- 9) table ronde ayant pour thématique des « apports du numérique à la médecine de demain », organisée dans le cadre de la 11eme édition des Journées Scientifiques de l'Université de Nantes : <https://www.franceculture.fr/conferences/universite-de-nantes/les-apports-du-numerique-a-la-medecine-de-demain>
- 10) Dossier médical partagé (DMP) : questions-réponses, CNIL, Novembre 2018.
- 11) RGPD : RÈGLEMENT (UE) 2016/679 DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=FR>
- 12) Guide pratique sur la protection des données personnelles, CNIL et Ordre national des médecins : <https://www.cnil.fr/sites/default/files/atoms/files/guide-cnom-cnil.pdf>
- 13) Mettre votre cabinet en conformité avec le RGPD, F. Lacouture, Janvier 2019.

- 14) Le RGPD, c'est maintenant : les changements à retenir et les outils pour bien se préparer, CNIL, 25 mai 2018.
- 15) Le Dossier Médical Partagé poursuit son ascension : 5 millions de personnes ont ouvert leur DMP, CNAM, Avril 2019
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/DP_5_millions_de_DMP.pdf
- 16) Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
- 17) Rapport sur les Maisons Médicales de Gardes, J-Y Grall, Juillet 2006
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000564.pdf>
- 18) Article L6112-2 du code de la santé publique, Modifié par [Ordonnance n°2018-20 du 17 janvier 2018 - art. 21](#)
- 19) Cahier des charges Occitanie,
https://www.occitanie.ars.sante.fr/.../ARS%20Occitanie_CDC%20PDSA_VF_2019_0.pdf
- 20) dossier statistique MMG Béziers (ANNEXE)
- 21) Statuts MMG (ANNEXE)
- 22) Site web MMG Béziers <http://www.mmg-beziers.fr/?association=7&nom=MMG+B%C3%A9ziers>
- 23) L'émergence des MMG dans la PDSA et leur incidence sur l'activité hospitalière, B. Ménard, 2004 <https://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/controllers/getNoticePDF.php?path=/Ensp/Memoires/2004/edh/menard.pdf>
- 24) Assurer le premier accès aux soins, Organiser les soins non programmés dans les territoires, IGAS, 2018 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
- 25) Sébastien Gloriot. Communication ville-hôpital : attentes des médecins généralistes du secteur du Centre Hospitalier de l'Ouest Vosgien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932256
- 26) Julien Trautmann. Evaluation de la communication du service des urgences de l'hôpital de Neufchâteau envers les médecins généralistes. [Thèse] Nancy, 2009
- 27) Romain Genre Grandpierre. Etude qualitative des relations et correspondances entre les médecins généralistes et les médecins urgentistes dans le Languedoc-Roussillon. [Thèse] Languedoc-Roussillon, 2009

QUESTIONNAIRE

État des lieux des outils mis à disposition par la Maison Médicale de Garde pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes libéraux et les Urgences : cas de la MMG de Béziers.

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse dirigée par le Dr Dunand, je vous invite à répondre à ce questionnaire anonyme qui permettra d'appréhender les outils que vous fournit la MMG pour faciliter vos échanges avec les Urgences et d'évaluer votre degré de satisfaction vis à vis de ceux-ci.

En effet, les MMG, telles qu'elles ont été créées, sont maintenant une part importante de la Permanence Des Soins Ambulatoires et se retrouvent à l'interface de l'exercice libéral de ville et des urgences. J'aimerais donc découvrir ce que celle de Béziers apporte de plus au travail quotidien des Médecins Généralistes Libéraux y exerçant dans leurs contacts avec les Urgences.

Une fois les résultats interprétés, je vous enverrai par mail la conclusion. Ils seront également disponible sur demande à la MMG.

Je vous remercie de prendre les cinq minutes nécessaires (montre en main) pour y répondre. ATTENTION : ce questionnaire est disponible par voie électronique et peut vous être remis au début de votre garde à la MMG, je vous prierais de ne le remplir que par l'un OU l'autre de ces deux moyens.

Confraternellement,

Yann INSERRA

Vous concernant :

1) Année d'installation (non concerné.e si non thésé.e ou si thésé.e non installé.e) :

2) Condition d'exercice : (cochez une seule case)

- Seul.e
- En cabinet de groupe
- En maison de santé pluridisciplinaire
- Salariat
- Autre :

3) Horaire moyen de fermeture du cabinet en semaine (heure) :

4) Sur votre lieu d'exercice principal vous disposez de (plusieurs réponses possibles) :

- Secrétariat
- Système d'information ou logiciel métier
- Annuaire du Centre Hospitalier
- Outils de communication électronique sécurisés
- Autres :

5) Lieu d'exercice situé (cochez une seule case) :

- A moins de 15 minutes de la MMG
- Entre 15 et 30 minutes de la MMG
- Entre 30 minutes et 1 heure de la MMG
- A plus d'1 heure de la MMG

6) Fréquence moyenne des gardes à la MMG (cochez une seule case) :

- Jamais, je suis exempté ou remplacé
- 1 fois par mois
- 2 a 3 fois par mois
- 4 fois et plus par mois

Concernant votre exercice à la MMG :

La MMG met à votre disposition ces outils et aménagements pour faciliter vos conditions de travail et favoriser vos échanges avec les Urgences : en êtes-vous satisfait ?

7) Secrétariat (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

8) Logiciel métier (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

9) Accès aux radiographies antérieures des patients faites par le C.H (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

10) Accès téléphonique direct à un urgentiste du C.H (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

11) Protocoles et lettres standardisées de redirection vers les Urgences (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

12) Horaires de garde en MMG (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

13) Localisation de la MMG (cochez une seule case) :

- Très satisfait
- Moyennement satisfait
- Satisfait
- Peu satisfait
- Pas satisfait
- Non disponible

14) Quels nouveaux outils, parmi ceux proposés, vous permettraient d'améliorer vos contacts avec les Urgences (plusieurs réponses possibles) :

- Accès au planning de gardes des urgentistes lors de votre garde en MMG
- Etre prévenu des dysfonctionnements des Urgences susceptibles d'avoir lieu lors de vos gardes (scanner en panne, surcharge de travail aux urgences, accident de masse...)
- CRU/CRH des patients que vous aviez redirigé vers les Urgences lors d'une de vos garde
- Accès aux dossiers hospitaliers complets, interconnexion avec logiciel de travail (antécédents, hospitalisation, biologies, radiographies)
- Formations/rencontres pluriprofessionnelles sur le développement de conduites à tenir entre PdSA, régulation et urgences ?
- Accès au DMP (Dossier Médical personnalisé)

Réponses courtes :

15) Proposez d'autres outils que la MMG pourrait développer pour améliorer vos contacts avec les Urgences : (réponse courte **obligatoire**)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

16) Question subsidiaire : depuis que vous effectuez des gardes à la MMG, diriez-vous que vos rapports quotidiens avec les Urgences se sont améliorés ?

.....

.....

.....

.....

.....

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : La Maison Médicale de Garde est une plateforme à mi-chemin entre l'exercice libéral et le Service d'Accueil des Urgences. Elle peut favoriser les échanges entre MGL et urgences.

Objectif : connaître la satisfaction des médecins généralistes libéraux quant aux outils que le propose la MMG pour favoriser leurs échanges avec les urgences.

Matériel et méthode : un questionnaire anonyme envoyé par mail, et disponible en papier lors de leur garde, envoyé à tous les MGL figurant sur le tableau de garde de la MMG. Une analyse descriptive a été réalisée.

Résultats : Sur les 7 outils proposés, 5 sont satisfaisants ou très satisfaisants pour plus de la moitié des interrogés. Les 3 outils les plus appréciés sont la localisation de la MMG (100% de satisfaction), le secrétariat (88,89%), et enfin les horaires de garde (83,33%).

L'accès téléphonique à un urgentiste, ainsi que le logiciel-métier ne sont satisfaisants que pour 55,56% des sondés, et les protocoles et lettres standardisées de redirection sont inconnus par presque 40% d'entre eux. Ceux qui le connaissent en sont satisfait. L'accès aux radiographies n'est pas connu par deux tiers d'entre eux.

Conclusion : Les MGL sont globalement satisfaits des outils mis à disposition par la MMG pour favoriser leurs échanges avec les urgences. Cependant les protocoles et lettres standardisées de redirection vers les urgences, et surtout l'accès aux radiographies ne sont pas connus par tous. Parmi les outils à développer : l'accès aux dossiers hospitaliers des patients (72,22%) et prévenir la MMG des éventuels dysfonctionnements aux urgences (61,11%) sont à privilégier selon les MGL. Ils proposent également une visibilité bilatérale de l'affluence des patients dans chacune des structures.

Mots-clefs : échanges, maison médicale de garde, médecin généraliste libéral, urgences.