



HAL
open science

Maison médicale de garde de Libourne : évaluation de la satisfaction des patients ayant accès à ce dispositif

Mélanie Vuillin

► **To cite this version:**

Mélanie Vuillin. Maison médicale de garde de Libourne : évaluation de la satisfaction des patients ayant accès à ce dispositif. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03109320

HAL Id: dumas-03109320

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03109320>

Submitted on 13 Jan 2021

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.

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Mélanie VUILLIN

Née le 31 Janvier 1989 à Besançon

Le 22 Juin 2020

Titre de la thèse :

**Maison médicale de garde de Libourne : Evaluation de la
satisfaction des patients ayant accès à ce dispositif**

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Sachendra SIRAZ
Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH
Monsieur le Professeur Louis-Rachid SALMI
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL
Madame le Docteur Claire FLACASSIER

Président du jury
Juge
Juge et rapporteur
Juge

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Sachendra SIRAZ,

Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail, merci pour ton aide et ton soutien. Je suis heureuse et fière d'avoir parcouru la dernière ligne droite de mes études avec toi.

Merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale tout au long de mon stage d'internat, tu m'as appris la rigueur et l'importance de se former encore et toujours.

Merci à toi et Gina pour votre accueil, les repas partagés et aussi les cours de cuisines que je n'oublierai pas !
Merci pour tout.

A mon co-directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Yves-Marie VINCENT,

Merci pour votre expertise dans le cadre de mon travail de thèse. Vous avez su nous orienter tout au long de ce parcours.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande reconnaissance.

A mon rapporteur de thèse et juge,

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Votre aide m'a été précieuse pour l'améliorer. Merci pour votre disponibilité, votre soutien et votre bienveillance.

A notre juge,

Monsieur le Professeur Louis-Rachid SALMI ,

Merci de nous faire l'honneur de participer à l'évaluation de mon travail de thèse.
Veuillez trouver l'expression de mes plus sincères remerciements.

A notre juge,

Madame le Docteur Claire FLACASSIER,

Je te remercie d'avoir évalué mon travail de thèse. C'est un honneur d'avoir réalisé la suite de ton travail et de te compter parmi mon jury.
Je tiens à te témoigner toute ma reconnaissance.

A mes proches,

A mes Parents,

Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'apportez.

Vous m'avez inculqué la valeur du travail, de la famille et j'espère vous rendre fier aujourd'hui.

Vous m'avez toujours soutenu et encouragé quel que soit mes choix et grâce à vous j'ai réalisé tous mes rêves.

Je suis si fière de vous, de ce que vous avez accompli, des parents merveilleux que vous êtes.

Ne doutez jamais de vous, vous serez toujours les plus parfaits à mes yeux.

Je vous aime plus que tous mes petits parents adorés.

A mon petit Frère,

Même si tu es le plus petit tu as tout fait plus vite que moi ; tu as ton entreprise, une belle maison, une amoureuxse parfaite... je suis tellement fière de toi !

Plus les années passent, plus nous nous rapprochons pour mon plus grand bonheur.

Je t'aime de tout mon cœur.

A Marion, ma petite belle-sœur,

Tu es une personne incroyable, je suis heureuse que tu fasses partie de la famille. Mon frère à de la chance de t'avoir ! Je t'adore.

A ma Mamie et mes Grands Parents,

Je n'oublierai jamais les week-ends de mon enfance passés chez vous, les fous rires, les bons repas, les promenades avec Mamie, les tours de tracteur avec Papy. Merci pour votre bienveillance et votre amour inconditionnel, j'espère vous avoir encore de longues années à mes côtés. Et même si l'on se voit moins, je vous aime toujours autant.

A ma petite Marraine,

Ma deuxième « maman », ma tata, mon amie. Tu joues tous les rôles à la fois et je n'aurai pu rêver mieux comme marraine. Je ne parlerai pas de nos virées ciné ou nos sorties shopping alors que je n'étais qu'une enfant mais je n'oublie rien ! Tu as toujours été présente et saches que je le serai toujours pour toi.

Je t'aime fort.

A mon Parrain et sa petite famille,

En pensant à vous je pense forcément à mes 3 merveilleux cousins ! Même si vous grandissez vous resterez mes petits Loulous et vos câlins de grands garçons me remplissent toujours de bonheur.

Ne changez rien, je vous aime tous les 5 très fort.

A ma Tata, mon Tonton François, mes Cousines et leur famille,

Vous avez toujours été présent pour nous, j'ai grandi avec vous et je n'ai que de bons souvenirs ! Des journées à faire de la pâte à sel ou à croquer des pommes dans l'eau je n'oublie rien... ;)

Puis on grandit et on s'inspire de notre entourage pour faire nos choix. François, tu as été un modèle pour mes longues études et je suis fière d'avoir suivi ce chemin.

Et même si on ne se le dit pas assez, je vous aime !

A mon Tonton Eric, ma Cousine, mon Cousin et sa famille,

Les repas de famille tous ensemble sont toujours de supers moments. Et même si ont fait moins de bêtises qu'avant les rires sont toujours bien là. Je vous adore !

A Evelyne et Joël,

Je suis heureuse de faire partie de votre famille, vous êtes des beaux parents extraordinaires, merci pour tout ce que vous faites pour nous et tout l'amour que vous nous donnez.

A mes amis,

A ma Laura,

Notre amitié est la plus belle qu'on puisse avoir.

15 ans que nous nous sommes rencontrés en cours de TP pour disséquer une grenouille, 15 ans que l'on ne se quitte plus. Malgré les épreuves, l'éloignement, on reste soudé et notre complicité ne prend pas une ride !

Tu as toujours été là pour moi et je serai toujours là pour toi, même à plusieurs milliers de kilomètres tu occuperas toujours la même place.

N'oublie jamais que je t'aime de tout mon cœur.

A Vaness, grâce à toi je suis devenue la plus heureuse des marraines. Même si je vois peu ma Tiphaine, je vous aime fort et je serai toujours présente, une amitié aussi vieille que la nôtre ne peut pas s'oublier.

A mes amis d'enfance, Anabelle, Lolita, Morgane, Olivier et leurs parents, même si l'on ne se voit plus beaucoup je n'oublie pas nos super vacances de ski et nos nouvel ans endiablés avec nos parents !

A mes amis Bisontins, Eddie, Stéphan, Caro et Kevin, Laëti et Juju, Aurore et Nico et tous les autres. Vous avez été là dès le début de ces longues études, merci pour votre soutien et nos soirées qui m'ont permis de tenir le coup pendant mes révisions ! Je vous adore.

A mon Jojo, mon coloc de choc devenu mon meilleur ami. Nos premiers mois d'internat n'ont pas toujours été simple mais on s'est soutenu et aujourd'hui nous sommes devenus grands ! Une belle aventure nous attend sous les cocotiers avec Brice et Thibault !

A Maëlig et Mailys, mes premières co-internes et premières amies Bordelaises. Avant vous je n'aurais jamais pensé qu'un arrêt cardiaque pouvait créer une amitié ;) Malgré nos caractères bien différents, votre talent et ma « chianterie » nous sommes rapidement devenues de vraies amies. Que de souvenirs avec vous, de soirées mémorables et de confiance avec toi Maëlig. Merci d'être toujours présentes, je vous adore.

A Elodie, ma dernière co-interne devenue une de mes meilleures amies. Certaines amitiés ne s'expliquent pas et je sais que l'on restera proche quoi qu'il arrive, comme tu le dis si bien, un vrai coup de cœur!

A Eva et Marjo, mes amies « par alliance » mais mes amies quand même, tant pis si Thibault est jaloux. Nos longs apéros terrasse me manqueront. Ne changez rien vous êtes parfaites !

A Lulu et Max, Pauline et François, Hélène, Sandra, aux Canaulais et aux Manceaux pour nos soirées « couples », nos soirées « filles » et surtout nos soirées entre amis, elles sont toujours au top !

A ceux qui m'ont fait découvrir la médecine,

L'équipe de l'unité 26 de Saint André, premier stage d'internat, premières amitiés, premières larmes... que d'émotions partagés avec vous tous.

A Jeanne et Monique, le trio que vous formiez avec Sachin était d'un équilibre parfait. Grâce à vous j'ai su que mon choix était le bon, vous m'avez tout appris, la rigueur dans le travail, la disponibilité et surtout l'humanité. Le médecin que je suis devenue s'inspire d'une partie de vous trois et je vous en remercie. Je suis extrêmement fier d'avoir été l'une de vos internes.

A Marthe, Véronique et Pauline, trois médecins formidables avec qui j'ai eu la chance de travailler après l'internat. C'était un honneur de faire partie du cabinet pendant une année, merci pour votre confiance et tout ce que vous m'avez apporté.

A toi, Thibault, l'amour de ma vie,

Si certains choix sont difficiles, être avec toi a toujours été une évidence. Tu es là dans les bons et les moins bons moments et je me sens plus forte à tes côtés.

Merci pour ton soutien infaillible au quotidien et ton aide précieuse dans ce travail de thèse.

L'amour que tu me donnes me comble de bonheur. Le début de notre vie à deux a été parfait et le meilleur reste à venir. Je t'aime à l'infini...

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| TABLE DES MATIERES | 8 |
| LISTES DES ABREVIATIONS..... | 11 |
| INTRODUCTION..... | 13 |
| PREMIERE PARTIE : CONTEXTE..... | 15 |
| 1. Maison médicale de garde (MMG) | 15 |
| 1.a. Définition..... | 15 |
| 1.b. Création et inclusion dans la permanence de soins | 16 |
| 1.c. Fonctionnement et cadre législatif..... | 17 |
| 1.d. Aspect financier..... | 18 |
| 1.e. Etat des lieux en France..... | 20 |
| 1.f. Etat des lieux en Nouvelle Aquitaine..... | 23 |
| 2. Maison Médicale de Garde de Libourne | 27 |
| 2.a. Historique | 27 |
| 2.b. Réalisation du projet..... | 28 |
| 2.c. Terrain d'action | 29 |
| 2.d. Financement | 30 |
| 2.e. Fonctionnement | 31 |
| 2.f. Impact sur les médecins du Libournais : thèse du Docteur Claire FLACASSIER.... | 32 |
| 3. Définitions..... | 33 |
| 3.a. Satisfaction : | 33 |
| 3.b. Patient..... | 34 |
| 3.c. Usager..... | 34 |
| 4. Synthèse | 35 |
| 5. Objectifs | 36 |
| 5.a. Objectif principal..... | 36 |
| 5.b. Objectif secondaire..... | 36 |
| DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE | 37 |
| 1. Type d'étude..... | 37 |
| 2. Population étudiée | 37 |
| 3. Questionnaire | 37 |
| 4. Diffusion du questionnaire et recueil des données | 39 |

| | | |
|-------------------------------------|--|----|
| 5. | Analyse des données | 39 |
| 6. | Mesures éthiques et réglementaires..... | 41 |
| TROISIEME PARTIE : RESULTATS | | 42 |
| 1. | Données générales..... | 42 |
| 2. | Données socio démographiques | 43 |
| 2.a. | Sexe | 43 |
| 2.b. | Age | 43 |
| 2.c. | Catégorie socio professionnelle..... | 44 |
| 2.d. | Médecin traitant déclaré | 45 |
| 3. | Inclusion dans le secteur de la PDSA..... | 46 |
| 3.a. | Lieu de vie | 46 |
| 3.a. | Mode d'entrée à la MMG | 46 |
| 4. | Données concernant la venue à la MMG | 47 |
| 4.a. | Dates et horaires de consultation | 47 |
| 4.b. | Accessibilité à la MMG..... | 48 |
| 4.c. | Nombre de consultations à la MMG pour chaque patient..... | 48 |
| 4.d. | Motifs de consultation | 49 |
| 5. | Données concernant la prise en charge | 51 |
| 5.a. | Temps passé à la MMG | 51 |
| 5.b. | Satisfaction des patients concernant le temps passé à la MMG | 52 |
| 5.c. | Corrélation entre satisfaction des patients et temps passé réel..... | 53 |
| 5.d. | Réponse à la demande et devenir après la consultation | 53 |
| 5.e. | Le règlement constitue-t-il un frein à une consultation à la MMG ? | 53 |
| 5.f. | Nouvelle consultation à la MMG..... | 55 |
| 5.g. | Evaluation de la satisfaction globale des patients | 55 |
| 5.h. | Corrélation entre la satisfaction globale et les différents facteurs évalués..... | 56 |
| 5.i. | Evaluation des remarques et suggestions | 57 |
| 6. | Bilan de l'activité à 5 ans | 58 |
| 6.a. | Modèle de développement d'autres MMG | 59 |
| 7. | Synthèse | 62 |
| QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION | | 63 |
| 1. | Discussion des principaux résultats..... | 63 |
| 1.a. | Caractéristiques des patients..... | 63 |
| 1.b. | Objectif principal : la satisfaction des patients..... | 64 |
| 1.c. | Objectif secondaire : les pistes d'amélioration potentielle dans le fonctionnement de la MMG | 66 |
| 1.d. | Objectif secondaire : bilan à 5 ans de l'ouverture de la MMG | 68 |

| | |
|--|----|
| 2. Discussion de la méthode | 70 |
| 2.a. Conception de l'étude | 70 |
| 2.b. Analyse des résultats | 72 |
| 3. Implication des résultats | 72 |
| CONCLUSION | 74 |
| BIBLIOGRAPHIE | 76 |
| Annexe 1 : Couverture du territoire français par la permanence des soins les week-ends et jours fériés en 2018 | 81 |
| Annexe 2 : Couverture du territoire français par la permanence des soins en soirée en 2018. | 82 |
| Annexe 3 : Couverture du territoire français par la permanence des soins en nuit profonde en 2018. | 83 |
| Annexe 4 : Secteurs du territoire français de la permanence des soins couvert par un site dédié en 2018. | 84 |
| Annexe 5 : Départements de la région Nouvelle Aquitaine depuis 2015 | 85 |
| Annexe 6 : Convention relative à la MMG de Libourne et le CHL | 86 |
| Annexe 7 : Convention entre la MMG de Libourne et l'ARS | 88 |
| Annexe 8 : Questionnaire initial utilisé lors de la phase de test..... | 90 |
| Annexe 8 : Questionnaire distribué pour l'étude..... | 92 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 95 |
| RESUME..... | 96 |
| ABSTRACT | 96 |

LISTES DES ABREVIATIONS

ACS : Aide Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

APSL : Association Permanence Santé du Libournais

ARH : Agences Régionales de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHL : Centre Hospitalier de Libourne

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse nationale de l'Assurance Maladie

CNIL : Commission National de l'Informatique et des Libertés

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins

CPP : Comité de Protection des Personnes

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

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

FIR : Fonds d'Intervention Régionaux

HPST : Hôpital Santé Patient Territoire

IAO : Infirmière d'Accueil d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

KMS : Kilomètres

MEG : Majoration Enfant Généraliste

MMG : Maison médicales de garde

MRS : Mission régionale de santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire

PSS-33 : Permanence Santé Sud-33

VAD : Visite à domicile

INTRODUCTION

Les usagers du système de santé ont parfois besoin de soins médicaux en dehors des jours et des heures d'ouvertures des cabinets de ville.

Cette demande de soins non programmés, généralement du ressort de la médecine libérale, est normalement prise en charge dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés à cette demande (1).

En novembre 2001, les médecins généralistes ont débuté une grève des gardes de nuit et de week-end remettant en cause l'obligation d'assurer la permanence des soins telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du Code de Déontologie Médicale (2).

Ainsi, autrefois obligatoire, la participation à la PDSA est aujourd'hui basée sur le volontariat. Elle est la réponse à des demandes de soins non programmés reposant sur la confraternité (3). Afin d'améliorer leurs conditions de travail et d'alléger le poids des gardes, les médecins libéraux ont ressenti le besoin de se regrouper et les Maisons médicales de gardes (MMG) ont commencé à se développer (4).

Une maison médicale de garde se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

Les MMG sont en effet censées présenter plusieurs intérêts : pour les patients, accueillir rapidement toute consultation non programmée ; pour les hôpitaux, désengorger les services d'urgences ; pour l'Assurance maladie, limiter les coûts (5).

En Gironde, il existe à ce jour 3 points fixes de garde : la MMG de Langon, la MMG de Blaye et la MMG de Libourne (6). Cette dernière a ouvert ses portes le 1er janvier 2015, au sein du centre hospitalier de Libourne (CHL), à proximité immédiate du service des urgences.

Le Dr Claire FLACASSIER a réalisé sa thèse d'exercice en médecine générale en 2017 avec pour objectif d'évaluer l'impact de la MMG de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur Libournais. Elle a également traité l'impact de cette structure sur l'installation de nouveaux médecins dans la région (7).

Ainsi, en s'appuyant sur son travail, nous avons choisi de développer un autre versant concernant les MMG, à savoir la satisfaction de ses usagers. En parallèle, nous réaliserons un bilan à 5 ans de la MMG de Libourne.

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE

1. Maison médicale de garde (MMG)

1.a. Définition

Initialement, les maisons médicales de gardes ont été définies par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés comme « 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 » (8).

Le décret d'avril 2005 sur la permanence des soins précise les heures de cette permanence définissant alors les MMG comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée ».

Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission régionale de Santé (MRS) (9).

Il est recommandé que la MMG soit située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence. En milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local ou, éventuellement, d'un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), d'une maison de retraite ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

La MMG peut toutefois être située hors d'une enceinte hospitalière ou d'une structure médico-sociale. Dans ce cas, il est préconisé, pour favoriser la sécurisation des locaux, qu'elle soit contiguë ou proche de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie) ou située dans un centre de santé (9).

1.b. Création et inclusion dans la permanence de soins

Les deux premières MMG de France sont celles de Brest et du Havre, créées respectivement en 1981 et en 1985. En effet la plupart des autres MMG se sont créés après les années 2000, à l'issue du mouvement de protestation des médecins en 2001 remettant en cause l'obligation d'assurer la permanence des soins telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du code de déontologie médicale (2).

Des travaux ont alors été menés par un groupe de réflexion dirigé par le Sénateur honoraire Charles DESCOURS. Ce rapport a permis la publication de textes réglementaires pour définir la permanence des soins et son fonctionnement ainsi que ses modes de rémunération (8).

Le rapport DESCOURS a permis de souligner quelques grandes lignes (10) :

- la notion de mission d'intérêt général appliqué à la PDSA à laquelle les médecins participent sur **la base du volontariat**.
- la définition **des horaires de la PDSA** (20h-00h en semaine, 12h-00h les samedis et 8h-00h les dimanches et jours fériés, dans certains cas, possibilité de maintenir uniquement le samedi après-midi, dimanche et jours fériés).
- son mode d'accès par **une régulation** avec le centre 15 ou un numéro spécifique à la MMG.
- l'organisation territoriale départementale sous la responsabilité du préfet avec l'aide du CODAMUPS, qui permet de définir **une sectorisation**.
- un financement déterminé sur ces secteurs est attribué sous forme d'astreinte et la régulation libérale est encouragée en rémunérant les médecins libéraux à 3C/heure soit 60 euros.

Si l'accès est réalisé par une régulation, les modalités du tiers payant doivent être appliquées (9).

Ainsi, les MMG s'incluent dans la notion de permanence des soins qui est un principe accepté par tous et concerne l'ensemble des médecins.

La permanence des soins est donc une mission de service public inscrite dans la loi et peut se définir comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant » (10).

1.c. Fonctionnement et cadre législatif.

Les différents points définis par **le rapport DESCOURS** sont encadrés par trois textes réglementaires :

- **la Circulaire du 16 avril 2003** relative à la prise en charge des urgences (11) qui rappelle l'importance d'articuler la PDSA de ville et les services d'urgences et qui encourage explicitement les MMG ;
- **le Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003** (12) qui définit le principe de la PDSA
- et **le Décret n°2003-881** (13) qui modifie l'article 77 du Code de Déontologie Médicale notamment sur les conditions de participation des médecins à la permanence des soins en instaurant le principe de volontariat pour la participation aux gardes et astreintes.

Les modalités de fonctionnement de la MMG sont encadrées par les mentions obligatoires de la convention avec la MRS.

En effet, suite à ces différentes modifications et à l'évolution de la permanence des soins, l'**ARS** (Agence Régionale de Santé), a été créé en 2009 par la **loi HPST** (Hôpital Santé Patient Territoire) et a pour but le pilotage de la permanence des soins et l'élaboration du cahier des charges qui devient alors régional. Cette institution regroupe les anciennes ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), la DDASS (Direction Départementale des Affaires

Sanitaires et Sociales) et la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) (14).

Le sous-comité médical du CODAMUPDS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins) est quant à lui maintenu et conserve un rôle à l'échelle départementale avec notamment pour mission d'émettre un avis sur le cahier des charges définissant l'organisation de la permanence des soins au niveau du département.

A noter qu'avant 2001, il n'existait pas de cadre législatif dédié à la permanence des soins ambulatoires. Elle était encadrée par **2 articles de loi** :

- L'article 77 du Code de Déontologie Médicale (2)
- et l'article 223-6 du Code Pénal (15).

1.d. Aspect financier

Le financement de la PDSA géré par l'ARS a été confié au **FIR** (Fond d'Intervention Régionaux). L'article R. 1435-16 du code de santé publique précise qu'au titre de ses missions, le FIR participe notamment au financement (16):

- des rémunérations forfaitaires des médecins qui participent à la permanence des soins (47% des fonds) ;
- des actions ou des structures qui concourent à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires, en particulier les MMG (6% des fonds) ;
- de la permanence des soins en établissement de santé.

Avant 2012, les actions et structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins ambulatoires étaient financées par le **FIQCS** (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).

Le FIQCS était financé par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie avec un montant fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Depuis mars 2012, les fonds régionaux du FIQCS (soit 80% de leur crédit) ont été intégrés au **FIR géré par les**

ARS et l'action du FIQCS a été restreinte au financement d'actions à caractère national pour être complètement supprimé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale 2014.

Cependant, la **CNAM** (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie), peut financer des actions et expérimentations nationales contribuant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville (17).

Ainsi, **le financement des MMG est global** et affecté au promoteur ou pour partie directement à l'établissement hébergeant la structure.

Ce financement comprend :

- un prix moyen de location des locaux,
- la première année, prise en charge du matériel médical, informatique, téléphonique et mobilier si nécessaire (enveloppe de 20000 à 25000 euros),
- la prise en charge des consommables et petits matériels nécessaires au fonctionnement (8000 à 15000 euros par an les années suivantes). Cette enveloppe disponible, inclut selon les cas, des frais de gestion, des charges personnelles (pour l'accueil téléphonique par exemple), des prestations de ménage...

Son financement annuel est donc octroyé **sur la base d'une convention pluriannuelle** (d'une durée de cinq ans maximum) intégrant un cahier des charges concernant ses modalités de fonctionnement (9).

Concernant la **rémunération des médecins** participants à la PDSA, il incombe aux ARS de déterminer les montants des forfaits de régulation et d'astreinte, dans les limites définies par **l'arrêté du 20 avril 2011**. Cette rémunération doit être précisée dans le cadre du cahier des charges, avec un minimum de rémunération défini (150 euros pour une astreinte et 70 euros pour une régulation médicale téléphonique). Cependant, aucun plafond n'est imposé ce qui se traduit dans la réalité par une nette disparité des forfaits entre les régions.

Pour obtenir la rémunération, un tableau de gardes est transmis à l'ARS, qui vérifie le respect du cahier des charges puis le transmet aux organismes d'assurance maladie ce qui vaut ordre de paiement (16).

Les médecins généralistes assurant les astreintes, sont ensuite rémunérés à l'acte, directement par le patient. Les actes sont plus coûteux qu'une consultation classique (entre 2 à 3 fois plus soit une moyenne de 60 euros) mais nettement moins onéreux pour la collectivité que leur équivalent réalisé aux urgences (environ 220 euros) (18).

Ainsi, le **tarif d'une consultation** correspond : au **tarif de base** soit 25 euros depuis le 1^{er} mai 2017 associé à une **majoration spécifique** de la PDSA, auquel peuvent s'ajouter la majoration spécifique à l'enfant de 0-6 ans (MEG : 5€) et les indemnités kilométriques (IK) en cas de visite.

Tableau I – Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des majorations spécifiques de PDSA (19)

| NGAP | Tarifs (€) |
|--|-------------------|
| CRN (Consultation de 20h à minuit) | 42.50 |
| CRS (Consultation samedi de 12h à 20h) | 26.50 |
| CRD (Consultation dimanche de 8h à 20h) | 26.50 |
| VRN (Visite de nuit de 20h à minuit) | 46.00 |
| VRS (Visite samedi de 12h à 20h) | 30.00 |
| VRD (Visite dimanche de 8h à 20h) | 30.00 |

1.e. Etat des lieux en France

Les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins (CDOM) ont fait état de nombreuses évolutions dans l'organisation de la PDSA en 2018, liées notamment à l'harmonisation plus ou moins importante des organisations au sein des nouvelles régions. 60% des départements ont ainsi connu des changements dans l'organisation de la PDSA et cinq des sept nouvelles régions ont révisé leur cahier des charges pour parvenir à un document unique et donc une

harmonisation des pratiques (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche Comté, Nouvelle Aquitaine, Normandie, Hauts-de-France).

Autre fait notable en matière d'organisation, la révision des cahiers des charges a accéléré la réorganisation des territoires avec une diminution du nombre de secteurs de PDSA, et ce pour toutes les plages horaires. Le nombre de secteurs entre 2017 et 2018 est ainsi passé de 1 579 à 1 442 en soirées (soit une baisse de 9%), de 1 644 à 1 485 en week-ends et jours fériés (soit 10% de moins), et de 423 à 387 en nuits profondes (soit 8,5%) (20).

Graphique I – Nombre de secteurs de PDSA selon le créneau horaire en 2017 et 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Un territoire de PDSA doit être défini selon les besoins observés en s'assurant que les distances à parcourir ne constituent pas un frein à la prise en charge. Ainsi, la réduction du nombre de territoires fait craindre à certains CDOM une réduction du volontariat et l'apparition de « **zones blanches** », territoires sans médecin de garde où les demandes sont adressées directement aux services d'urgences.

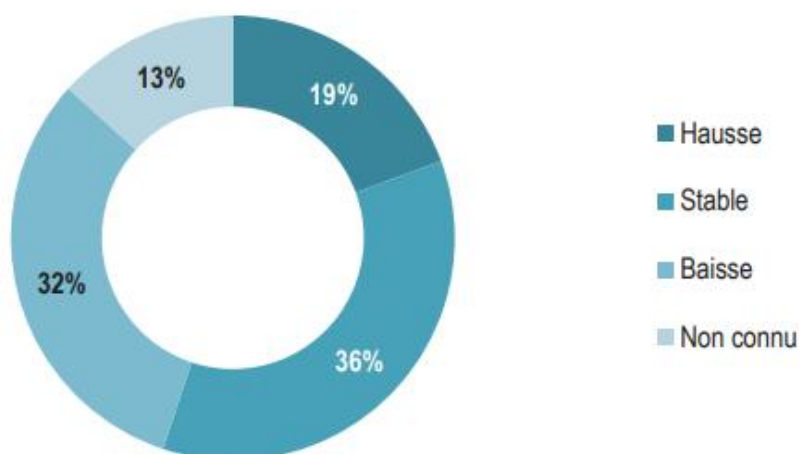
En France, en 2018, 98% du territoire est couvert par une prise en charge ambulatoire les week-ends et jours fériés contre 91% en soirées de semaine et 23% en nuits profondes (Annexes 1, 2 et 3).

Pour assurer cette PDSA, les **points fixes de consultation** se sont développés avec les MMG, les Centres d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) ou centres de consultations gérés par les associations de PDSA. En 2018, 85% des départements français disposaient de ce type de structures, soit 87 départements (Annexe 4).

Au total, 451 sites ont pu être dénombrés en 2018, soit 11 sites de plus qu'en 2017 (hausse de 2,5% en 1 an), couvrant ainsi par un site dédié 37% des territoires de PDSA les week-ends et jours fériés (soit 544 territoires) contre 30% en 2017 (20).

Si les lieux ne cessent de se multiplier, en 2018, le nombre de médecins généralistes participants à la PDSA variait fortement d'un département à l'autre, allant de moins de 10% à 100% selon le département. En 2018, le taux de volontariat national s'élevait donc à 38,6% soit 23 197 médecins volontaires pour 60 131 médecins susceptibles de participer à la PDSA.

Graphique II – Evolution du taux de participation à la PDSA des médecins généralistes entre 2017 et 2018 dans les différents départements français

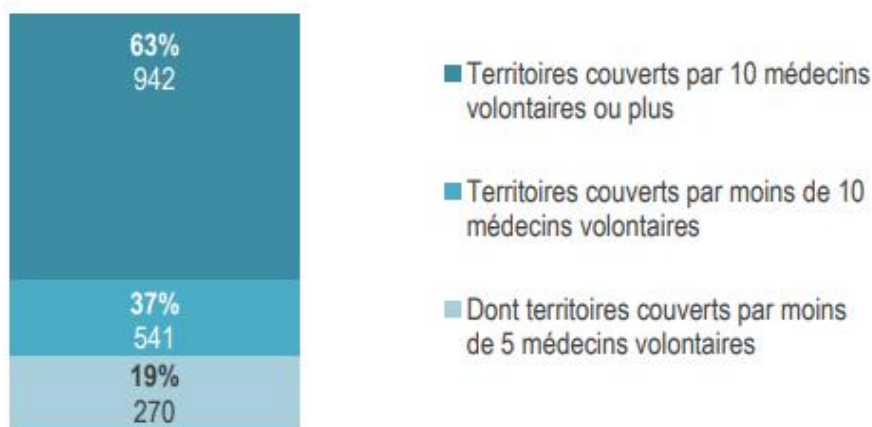


Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Cette différence peut s'expliquer par la variation du nombre de médecins volontaires assurant la PDSA sur un même territoire. En effet en France, 63% des territoires sont couverts par un minimum de 10 médecins, 37% par moins de 10 médecins et 19% par moins de 5 médecins.

Ainsi, cette faiblesse du nombre de médecins volontaires sur certains territoires peut fragiliser l'organisation de la PDSA.

Graphique III – Variation du nombre de médecins assurant la PDSA sur le territoire Français en 2018



Nb : sur la base du nombre de territoires de PDS les week-ends et jours fériés.

Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Globalement, en 2018, 62% des CDOM considèrent que la PDSA fonctionne bien dans leur département et 16% (soit 23 CDOM) considèrent que la qualité du fonctionnement est mitigée ou fragile. Les principales causes à cette insatisfaction sont d'une part liées à la faiblesse de la démographie médicale et à la présence de « zones blanches » au sein du département. Pour tenter de pallier à ce problème, le développement de points fixes de consultation comme les MMG associé à la mise à disposition de transports dédiés est un point essentiel pour l'amélioration du fonctionnement de la PDSA (20).

1.f. Etat des lieux en Nouvelle Aquitaine

La Nouvelle Aquitaine est une région administrative française créée en 2015, résultant de la fusion des anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ; elle regroupe **12 départements** (Annexe 5), s'étend sur plus de 84 000 kilomètres carrés et compte plus de 5 900 000 habitants.

En 2018, on compte **8 428 médecins généralistes** en Nouvelle Aquitaine dont 60% exercent en libéral et 6% ayant une activité mixte (libéral et salarié) (21).

L'organisation de la PDSA y est inégale, d'une part du fait du nombre de médecins installés différents d'un département à l'autre et d'autre part de structures d'accueil inégalement développées.

Au total, en 2019, la PDSA sur la région Nouvelle Aquitaine est découpée en **195 territoires** tous les soirs de semaines, **202 territoires** du vendredi soir au dimanche ainsi que les jours fériés et entre 209 et 216 territoires en période estivale.

Ces territoires sont couverts par **21 MMG** dont 1 a vu le jour en 2019 à Blaye et 17 autres structures de soins réparties de façon inégale comme nous pouvons le voir dans le tableau suivant (22).

Tableau II – Territoires et structures implantés sur chaque département

| Départements | Nombres de territoires | Nombres de MMG | Autres structures disponibles |
|-----------------------------|--|--|---|
| CHARENTE | 13 secteurs le week-end, 14 en semaine | 2 MMG | 0 |
| CHARENTE MARITIME | 9 secteurs dont 2 de 0h à 8H | 7 MMG | 1 centre SOS médecins et 1 cabinet « Allo Garde » |
| CORREZE | 10 secteurs, 3 secteurs mobiles et 1 secteur particulier de Brive | 0 MMG | 0 |
| CREUSE | 1 secteur unique du lundi au jeudi, 5 secteurs du vendredi au dimanche dont 3 de 00h à 8h. | 0 MMG | 0 |
| DORDOGNE | 23 secteurs | 1 MMG | 0 |
| GIRONDE | 40 secteurs dont 15 de 0H à 8h | 3 MMG (Langon, Libourne et Blaye) | 4 centres SOS Médecins 1 centre de continuité des soins médicaux (La Réole) 2 cabinets médicaux (Margaux, Arcachon) |
| LES LANDES | 25 secteurs dont 14 dédoublés l'été. | Projet de 2 MMG : Dax et Mimizan | 0 |
| LOT ET GARONNE | 15 secteurs | 1 MMG | 0 |
| PYRENEES ATLANTIQUES | 33 secteurs dont 9 de 0h à 8h | 0 MMG | 3 centres SOS Médecins |
| DEUX-SEVRES | 8 secteurs | 0 MMG | 2 centres de soins non programmés |
| VIENNE | 8 secteurs dont 1 dédoublé les fins de semaines | 6 MMG | 1 centre de soins non programmés 1 centre social intercommunal |
| HAUTE VIENNE | 10 secteurs fixes, 6 secteurs pour effectation mobile. 6 secteurs de 0h à 8h | 1 MMG | 1 centre SOS Médecins |

Malgré ces différences entre départements, un nouveau cahier des charges a été établi afin d'harmoniser les anciennes organisations de chaque région. Ce cahier des charges de la Nouvelle Aquitaine a notamment pour objet :

- de **promouvoir une régulation** de qualité et maintenir son rôle pivot dans le dispositif de la PDSA ;
- de garantir une **réponse adaptée aux besoins** de soins non programmés sur les horaires de la PDSA ;
- **d'adapter l'organisation** de la PDSA aux secteurs de garde des territoires, à la démographie et à l'activité ;
- de favoriser le **déploiement de dispositifs** permettant de renforcer le lien ville/hôpital avec par exemple l'implantation de MMG attenantes aux services d'Urgences ;
- de permettre **l'émergence d'organisations innovantes**, comme par exemple le déploiement d'effecteurs mobiles. Ces effecteurs mobiles ont pour objectif la réalisation de visites à domicile par un médecin de garde dédié, uniquement après régulation par le centre 15.

Les évolutions à venir portent sur un alignement par le haut des tarifs de régulation de la PDSA, sur la possibilité d'étendre les horaires au samedi matin, sur la création des effecteurs mobiles avec un financement adapté, sur le maintien des gardes en semaines pour toute la région et par la suite, l'ARS prévoit une possible revalorisation de la rémunération en fonction des resectorisations (22).

2. Maison Médicale de Garde de Libourne

2.a. Historique

Suite à l'évolution de la PDSA, **en 2003 un premier projet de MMG** sur le secteur du Libournais est proposé afin de regrouper les huit secteurs de gardes et de proposer ainsi un point fixe de consultation aux horaires de la PDSA.

Devant la réticence de nombreux médecins de la région, liée notamment à la peur de voir s'étendre leur secteur d'activité en période de garde, l'absence d'envie de réduire le nombre de gardes, d'effectuer les gardes en dehors de leur propre cabinet ou encore de travailler en collaboration avec d'autres médecins, **le projet n'aboutit pas.**

Il faudra attendre **2010** pour voir **deux premiers secteurs du Libournais fusionner** : Saint-Denis-De-Pile/Guîtres et Coutras/Les Eglisottes. Ceci a permis de réduire la fréquence des gardes en augmentant raisonnablement les distances à parcourir en cas de déplacement.

Ces modifications de secteurs se sont avérées satisfaisantes pour les médecins mais également pour l'ARS qui réalise des économies sur les paiements des forfaits d'astreintes.

Puis **en 2013**, devant cette expérience positive, **l'ARS relance le projet de MMG** dans le secteur du Libournais qui cette fois-ci est accueilli avec moins de réticence par les médecins.

En effet, devant un nombre croissant de départs à la retraite non remplacés, de médecins exemptés de garde ou d'absence de volonté d'en réaliser, certains secteurs étaient devenus déficitaires quant au nombre de médecins en activité, augmentant alors la charge de travail quotidienne des médecins restants (7).

La création de la MMG est donc perçue par la plupart des médecins comme un moyen d'alléger la charge de travail en réduisant le nombre de gardes tout en maintenant une permanence de soins de qualité.

Pour ce faire, dès l'élaboration du projet, il est décidé que la MMG soit installée **à proximité du Centre Hospitalier de Libourne (CHL)** sur le site Robert Boulin, permettant ainsi de

garantir une PDSA de qualité pour les patients tout en assurant la sécurité de chacun dans un lieu dédié, à proximité immédiate des Urgences du CHL.

La **MMG de Libourne** ouvre donc ses portes le **1er Janvier 2015**.

2.b. Réalisation du projet

▪ Création de l'APSL (Association Permanence Santé du Libournais)

Suite à cette décision de création de la MMG validée par l'ensemble des médecins, le **24 Janvier 2014**, est fondée une association régie par la **loi du 01/07/1901** et le **décret du 16/08/1901** et ayant pour nom : **Association Permanence Santé du Libournais**.

Cette association, composée par les médecins généralistes installés dans le Libournais a pour but d'organiser et d'assurer la permanence des soins tout en optimisant l'exercice des professionnels de santé. Pour ce faire, la Maison Médicale de Garde de Libourne a été créée afin que chaque médecin de garde puisse y exercer aux horaires de la PDSA.

▪ Convention et cahier des charges

La MMG de Libourne est liée à deux conventions : une entre l'APSL et le CHL et une deuxième entre l'APSL et l'ARS.

La convention entre l'APSL et le CHL a été signée en Novembre 2014 afin de définir les conditions de collaboration (Annexe 6).

Ainsi, le CHL met à disposition :

- **trois cabinets de consultations équipés** (petits et gros matériels fournis, internet, téléphone...) à proximité immédiate du service des urgences avec une salle d'attente attenante et des toilettes ;
- du **temps de l'infirmière d'accueil d'orientation (IAO)** durant l'amplitude d'ouverture de la MMG ;

- un **véhicule avec chauffeur** pendant les heures de permanence dans le cadre des visites à domicile demandées par la régulation ;
- **l'entretien des locaux**, maintenance des équipements, eau et électricité.

En échange, l'APSL s'engage à :

- définir un **tableau de gardes** avec la liste des médecins autorisés et le calendrier de la permanence ;
- s'acquitter de ses **obligations financières** vis-à-vis du CHL comprenant un loyer annuel, une participation aux frais de personnel, les frais liés au véhicule et son chauffeur.

Dans les suites, **la convention entre l'APSL et l'ARS** a été signée (Annexe 7). Elle a comme principal objectif de déterminer les engagements entre le bénéficiaire et l'ARS qui participe au financement du fonctionnement de la future MMG.

La MMG de Libourne doit répondre au **cahier des charges national du 23 mars 2007** annexé à la circulaire n°2007-137 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (9).

2.c. Terrain d'action

La création de la MMG a permis de regrouper les médecins du Libournais, et de réduire considérablement le nombre de gardes dédié à chaque médecin.

Ce nouveau **secteur 702** (23), regroupe **huit anciens secteurs** de garde : Arveyres, Branne, Castillon-la-Bataille, Coutras-Saint-Denis-de-Pile-Les Eglisottes, Fronsac, Libourne, Saint Emilion et Saint-Médard-de-Guizières.

Il comprend alors 129 communes et compte 154 067 habitants selon les derniers chiffres INSEE publiés en septembre 2019 (24).

Image 1 : Le pays du Libournais



Source : http://eglisesdulussacais.free.fr/Images/Lussacais_libournais.jpg

2.d. Financement

La MMG de Libourne est principalement **financée par l'ARS** avec un total alloué au **FIR** de 61 464,50 euros dont 49 409,50 euros pour les frais de fonctionnement et 12 055 euros pour les indemnités de coordination.

Une autre dotation est prévue de façon plus exceptionnelle et concerne l'expérimentation du transport avec mise à disposition d'une voiture et chauffeur par le CHL. Sous réserve des résultats de l'évaluation annuelle à produire, l'ARS met à disposition 69 550 euros supplémentaires.

En contrepartie de ce financement, l'APSL s'engage à reverser au CHL la totalité des fonds alloués pour le transport ainsi que 25 604,50 euros pour la participation aux frais de personnel ainsi qu'un loyer annuel fixe de 1200 euros + 1200 euros pour la fourniture du petit matériel.

2.e. Fonctionnement

Dès l'ouverture de la MMG, il a été convenu de positionner **trois médecins de garde** pour les soirs de semaines de 20h à minuit, les samedis de midi à minuit et les dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

Les trois médecins consultaient à la MMG dans des bureaux dédiés mais celui en position 3 devait réaliser les visites à domicile (VAD) en priorité sur toute la période d'astreinte.

Rapidement, ce fonctionnement a mis en avant quelques problèmes avec notamment une difficulté à se faire remplacer pour le médecin en position 3. Ainsi, lors de l'assemblée générale de septembre 2015 une modification du fonctionnement est décidée pour **l'année 2016** avec la mise en place d'un **roulement des 3 médecins pour les visites à domicile** les samedis, dimanches et jours fériés. Chacun assure donc des visites sur des créneaux horaires prédéfinis (le samedi, midi-16h pour le premier médecin, 16h-20h pour le second et 20h-minuit pour le troisième ; dimanche et jours fériés 8h-13h pour le premier, 13h-18h pour le second et 18h- minuit pour le troisième).

En décembre 2016 lors de la seconde assemblée générale de l'APSL, il est mis en évidence une **activité plus faible les soirs de semaine** aussi bien pour les consultations que pour les visites à domicile. Il est alors décidé que le troisième médecin serait d'astreinte les jours de semaines et participerait aux consultations et/ou visites à domicile uniquement en cas d'afflux important de patients. Il doit de ce fait rester joignable et disponible.

A ce jour, ce **fonctionnement est adapté à la demande** et convient à l'ensemble des médecins participants aux gardes à la MMG de Libourne.

2.f. Impact sur les médecins du Libournais : thèse du Docteur Claire FLACASSIER

L'objectif principal de la thèse de Claire FLACASSIER était d'évaluer l'impact de la MMG de Libourne sur les opinions, la satisfaction et les pratiques déclarées des médecins généralistes du secteur 702. Suite à cette étude, plus de 68% des médecins installés ont rapporté un impact favorable sur leur qualité de vie en général, sans augmentation ni de la charge de travail ni du temps de travail ; plus de 88% des médecins participants aux astreintes (installés et remplaçants) se disent satisfaits du fonctionnement de la MMG.

Un deuxième point visait à évaluer l'effet incitatif sur l'installation des jeunes médecins d'une MMG autour de laquelle est organisée la PDSA d'un territoire de garde. Il a alors été mis en évidence que cette structure n'est pas prise en compte quant à l'installation de médecins remplaçants sur le secteur (7). Si ces résultats semblent étonnants il est important de prendre en compte la situation géographique. En effet, la plupart des remplaçants de Gironde vit dans l'agglomération bordelaise, où la problématique de PDSA est moins prégnante qu'en secteur rural.

Au total, la MMG de Libourne est perçue de façon positive par la plupart des médecins du libournais.

3. Définitions

3.a. Satisfaction :

- **Définition dictionnaire Larousse :**

« Action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance. Contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait. Ce qui satisfait, répond à la demande de quelqu'un. »

Synonyme : assouvissement, bonheur, contentement, joie, plaisir...(25)

- **Selon l'OMS :**

La satisfaction est l'un des éléments définissant l'évaluation de la qualité des soins :

« l'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ... ».

Une définition traditionnelle consiste à dire que la satisfaction tient du degré de conformité entre attente et réalisation (26).

- **D'un point de vue médical :**

Le concept de satisfaction est complexe et comprend des aspects culturels, sociodémographiques, cognitifs et affectifs. L'un des problèmes principaux est de subdiviser la satisfaction en termes qui soient faciles à comprendre et à mesurer et qui puissent donner des résultats permettant aux soignants d'aboutir à des conclusions pratiques pour améliorer la qualité des soins (27).

Dans sa revue de la littérature, TROUT et al. (28) remarquent qu'il existe plusieurs définitions concernant la satisfaction selon les auteurs. Certains suggèrent que la satisfaction est obtenue lorsque les services correspondent aux attentes, aux besoins et à la perception du patient. Pour d'autres elle se produit dans la confirmation des attentes du patient ou encore par la confiance dans l'institution qu'il consulte ou même sur la différence entre leur attente et la perception des soins réellement reçus.

Ainsi, la satisfaction des patients est un indicateur de qualité de bonne pratique médicale mais reste subjective et difficile à cerner (29).

3.b. Patient

- **Définition dictionnaire Larousse :**

Personne soumise à un examen médical, suivant un traitement ou subissant une intervention chirurgicale.

Synonyme : malade (30)

Le soigné dit « patient », dérivé de sa racine latine *patiens* : « celui qui souffre », est une personne recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin afin d'obtenir un meilleur état de santé.

3.c. Usager

- **Définition dictionnaire Larousse :**

Personne qui a recours à un service, en particulier à un service public, ou qui emprunte le domaine public.

Synonyme : utilisateur (31)

4. Synthèse

Compte tenu de l'évolution de la démographie médicale et des aspirations de la profession médicale à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée, il est apparu très utile d'inciter le développement de formes plus collectives d'exercice de la médecine.

Ainsi, l'ouverture des MMG répond à ce souci de lutter contre les déserts médicaux tout en facilitant l'exercice de la PDSA. En effet, en regroupant les secteurs, la création des MMG permet de diminuer le nombre de gardes par praticien et ainsi améliorer les conditions de travail, de désengorger les urgences tout en assurant une prise en charge adaptée des patients en soirée ou les week-ends lorsque les cabinets de ville sont fermés.

La MMG de Libourne, ouverte depuis maintenant 5 ans, en est un exemple et devient également un modèle pour le développement de structures similaires en Gironde.

De nombreux travaux de thèse ont déjà été réalisés sur le thème des MMG avec notamment des comparaisons de la fréquentation des services d'urgences avant et après ouverture de MMG ou des études épidémiologiques des consultations (32). Il existe également plusieurs thèses évaluant la satisfaction des patients consultants dans des MMG de France (33, 34, 35, 36, 37).

Suite à l'étude de Claire FLACASSIER traitant l'impact de la MMG de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du Libournais, il nous a paru intéressant d'étudier le point de vue des patients au sujet de la MMG de Libourne, permettant ainsi d'avoir une évaluation globale à 5 ans de l'ouverture de cette structure.

5. Objectifs

Notre question de recherche pour la réalisation de ce travail était : les usagers de la MMG de Libourne sont-ils satisfaits de l'accès aux soins et de leur prise en charge ?

5.a. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer la satisfaction des patients ayant recours à la Maison Médicale de Garde de Libourne.

5.b. Objectif secondaire

Deux objectifs secondaires ont été définis.

Un premier vise à dégager des pistes d'amélioration potentielle dans le fonctionnement de la MMG.

Le second objectif secondaire a pour but de dresser un bilan à 5 ans de l'ouverture de la MMG.

DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle descriptive, mono centrique, transversale par auto questionnaire anonyme.

2. Population étudiée

Ont été inclus dans l'étude, les patients venant consulter à la MMG de Libourne, sur la période du **lundi 4 novembre au mercredi 13 novembre 2019**, aux horaires de la PDSA, soit de 20h à minuit les jours de semaine, de midi à minuit les samedis et de 8h à minuit les dimanches et jours fériés.

Un questionnaire a été proposé à chaque patient majeur se présentant. Pour les mineurs, le questionnaire était proposé à la personne majeure accompagnante.

Les patients ne parlant pas français ou ne sachant lire ou écrire le français ont été exclus. Les patients ayant déjà rempli le questionnaire lors d'une consultation précédente étaient également exclus.

3. Questionnaire

Les patients ont été interrogés au moyen d'un questionnaire structuré, non standardisé, inspiré de différents travaux de thèse réalisés sur le même thème.

Cet auto questionnaire était anonyme et composé de **deux parties** :

- **une première partie** à remplir à l'arrivée à la MMG, définissant ainsi le contexte et le profil du patient dans une première question puis une deuxième question concernant la MMG déclinée en 6 points.
- **une deuxième partie** à remplir à la sortie de la consultation médicale, déclinée en 8 questions et concernant la consultation et le ressenti du patient.

Les questions posées étaient principalement des questions fermées à choix multiples et réponse unique. Les patients pouvaient justifier leur réponse pour 2 questions de la deuxième partie et pouvaient rédiger des remarques en fin de questionnaire s'ils le souhaitaient.

Avant sa validation définitive, **une phase de test** a été réalisée afin de s'assurer de la faisabilité de l'étude et de la bonne compréhension des questions par les patients. Le questionnaire (Annexe 8) a donc été soumis à un échantillon de 13 patients (2 patients un soir de semaine et 11 patients un samedi après-midi). Cette phase a permis d'apprécier d'une part le **temps nécessaire au remplissage** du questionnaire, notamment à la sortie de la consultation, avec une durée moyenne de 2 à 3 minutes pour cette deuxième partie, retardant donc très peu la sortie définitive des patients et un temps total évalué à **moins de 5 minutes** ; et d'autre part de réaliser des **modifications** pour une meilleure compréhension des questions.

Ainsi, ont été modifiées :

- La question **1.a)** concernant l'âge : nous avons précisé d'indiquer l'âge de la personne venant consulter et non l'âge de la personne remplissant le questionnaire.
- Les questions **2.a)** et **3.a)** où la formulation a été modifiée par « heure d'arrivée » et « heure de sortie »
- La question **3.e)** a été simplifiée par deux choix de réponse : paiement de la totalité de la consultation ou paiement uniquement de la part mutuelle.
- Après réflexion, nous avons choisi de garder le paragraphe « **remarques et suggestions** » car lors de cette phase test, 4 patients ont pris du temps de rédiger des commentaires pouvant ainsi donner des idées d'amélioration du fonctionnement de la MMG et donc participer à notre objectif secondaire.
- La mise en page a également été améliorée pour plus de lisibilité avec numérotation des questions et mise en évidence des points importants pour l'interprétation des résultats (Annexe 9).

4. Diffusion du questionnaire et recueil des données

Le questionnaire a été distribué par moi-même aux patients consultants à la MMG de Libourne, du **lundi 4 novembre au mercredi 13 Novembre 2019 inclus**, aux horaires de la PDSA.

Il était proposé et remis à chaque patient majeur venant consulter ; pour les patients mineurs, le questionnaire était remis à la personne accompagnante. Une explication brève sur le sujet de thèse était donnée ainsi que sur les modalités de remplissage (une partie avant la consultation et la seconde partie à la sortie).

Les patients remplissaient leur questionnaire seul afin de ne pas se sentir influencés. Je restais cependant disponible en cas de question tout en leur expliquant au préalable ma neutralité dans cette étude.

Tous les questionnaires ont été récupérés par mes soins le jour même.

Concernant la période de recueil de données, elle a été choisie de façon aléatoire. Après avis auprès du Professeur SALAMON de l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) de Bordeaux, il n'existait pas de nombre minimum de questionnaires à analyser étant donné le type d'étude descriptive. Ainsi, le recueil a été arrêté après 10 jours devant un nombre de questionnaires semblant suffisant pour l'étude.

5. Analyse des données

Afin de conserver l'anonymat, les questionnaires étaient numérotés et placés dans une boîte.

Les données ont été analysées en fin de recueil.

Les données analysées comprenaient :

- Les données générales :
 - Nombre de questionnaires recueillis
 - Nombre de refus et nombre de questionnaires exclus.
- Les données socio démographiques :

- Profil du patient (âge, sexe)
- Catégorie socio professionnelle
- Médecin traitant déclaré
- Les données pour évaluer la PSDA :
 - Lieu de vie afin d'évaluer le respect de la sectorisation
 - Mode d'entrée à la MMG
- Les données concernant la consultation (réponse à l'objectif secondaire pour dresser un bilan à 5 ans) :
 - Date et horaire de la consultation
 - Accessibilité à la MMG
 - Nombre de consultations déjà effectuées au sein de la MMG
 - Motif de la consultation
- Les données concernant la prise en charge, permettant de répondre à l'objectif principal :
 - Temps passé à la MMG pour bénéficier d'une consultation
 - Réponse à la demande et devenir du patient
 - Moyen de paiement et avis sur ce dernier
 - Les intentions futures de nouvelle consultation en cas de problème de santé aux horaires de la PSDA
 - La satisfaction globale.

Les données ont été consolidées dans leur ensemble à l'aide du logiciel Excel de façon anonyme et le tableur était protégé par mot de passe.

Des analyses statistiques en pourcentages et des moyennes ont été réalisées pour chaque paramètre.

Pour évaluer le critère principal, des tests de corrélation et de régression linéaire ont été réalisés. Pour rappel, l'indice de corrélation varie de -1 à +1, et est donc d'autant plus fort qu'il s'approche de ces valeurs, et d'autant plus faible qu'il avoisine 0.

6. Mesures éthiques et réglementaires

Etant donné l'anonymat des réponses aux questionnaires et l'absence de données sur l'état de santé des patients interrogés, l'étude n'a pas fait l'objet de déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ou au CPP (Comité de Protection des Personnes).

En effet, la **loi JARDE** du 16 Novembre 2016 et le **Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017** modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine (38), précise que les enquêtes de satisfaction de patients et les recherches évaluant les pratiques des professionnels de santé ne sont pas considérées comme des recherches impliquant la personne humaine (39). En ce sens, aucune déclaration n'a donc été faite.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

1. Données générales

Au total, du lundi 4 Novembre 2019 20h au mercredi 13 Novembre 2019 minuit, **343 patients** ont été vu à la MMG de Libourne.

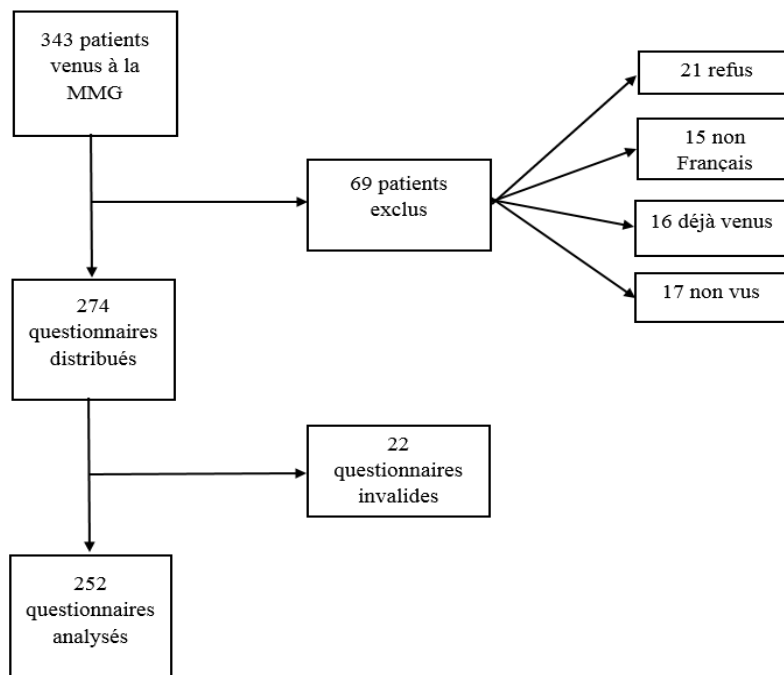
Sur ces 343 personnes, 21 ont refusé de remplir un questionnaire, 15 patients ne parlant pas français ou ne sachant ni lire ni écrire n'ont pas participé à l'étude, 16 patients venaient pour la deuxième fois et avaient déjà rempli le questionnaire, 17 patients ont été vus immédiatement par le médecin et n'ont pas eu le temps de le remplir.

274 questionnaires ont donc été **distribués** aux patients sur la période de recueil de données.

Sur ses 274 questionnaires, **22 étaient invalides** car incomplets et ont donc été exclus de l'analyse.

Ainsi, **252 questionnaires** ont été **inclus et analysés**, soit 77% des patients venus à la MMG sur la période de recueil de données.

Graphique IV – Distribution des questionnaires



2. Données socio démographiques

2.a. Sexe

Sur les 252 questionnaires recueillis, 146 patients étaient de sexe féminin et 106 de sexe masculin soit respectivement 57.9% et 42.1%.

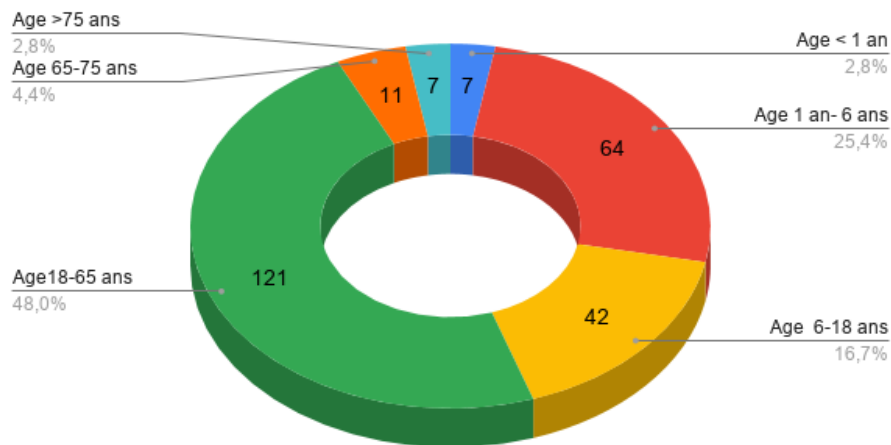
2.b. Age

La moyenne d'âge générale était de 26 ans, identique entre les femmes et les hommes, répartie de la façon suivante :

Tableau III – Répartition par classe d'âge (n=252)

| Age 0-6 ans n (%) | Age 6-18 ans n (%) | Age 18-65 ans n (%) | Age > 65 ans n (%) |
|-----------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------------|
| 71 (28.2%) dont 7 < 1 an | 42 (16.7%) | 121 (48.0%) | 18 (7.1%) dont 7 > 75 ans |

Graphique V – Répartition des questionnaires recueillis par classe d'âge (n=252)



La classe d'âge la plus représentée à la MMG est celle des 18-65 ans avec 48% des personnes venant consulter, suivie des enfants (0-18 ans) qui représente 44.8% des consultations.

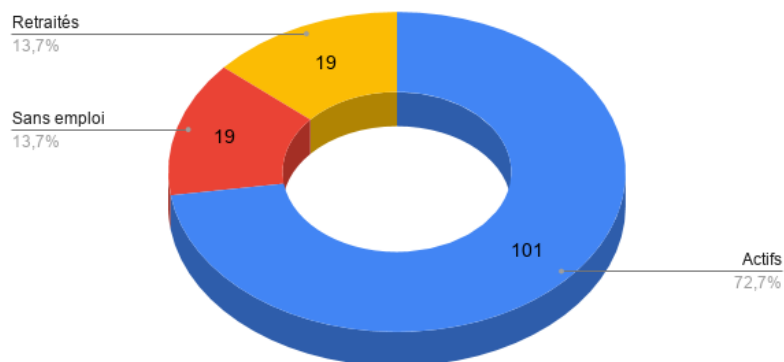
A noter les 2 âges extrêmes au cours du recueil de données : 1 semaine pour l'enfant le plus jeune et 92 ans pour le patient le plus âgé.

2.c. Catégorie socio professionnelle

Dans l'analyse de la catégorie socioprofessionnelle, les patients de moins de 18 ans ont été exclus. La question posée étant « quelle est votre profession ? », seuls les adultes ont été comptabilisés. Ainsi, cette question a été appliquée pour 139 questionnaires.

Sur les 139 patients, 101 étaient actifs (soit 72.7%), 19 retraités (soit 13.7%) et 19 étaient sans emploi (soit 13.7%).

Graphique VI – Répartition des actifs, sans emploi, retraités (n=139)

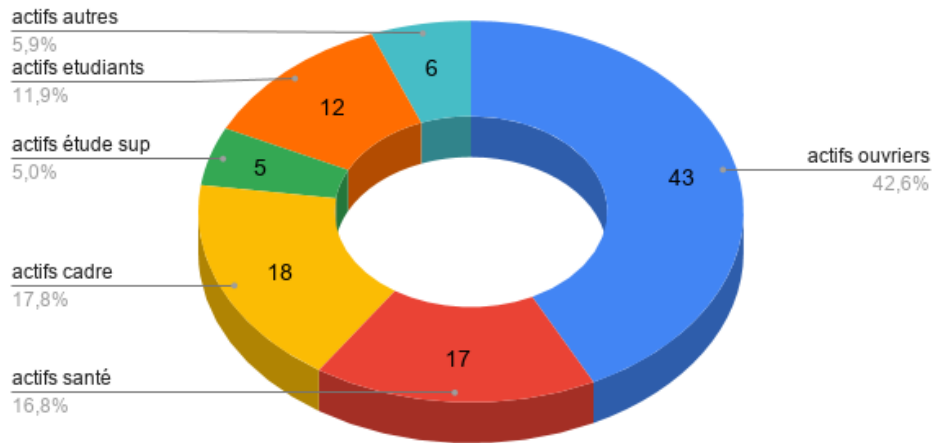


Les actifs ont ensuite été catégorisés en 6 groupes :

- Groupe 1 : ouvriers, artisans, commerçants, métiers agricoles.
- Groupe 2 : emploi dans le milieu de la santé/professions intermédiaires
- Groupe 3 : cadres/fonctionnaires
- Groupe 4 : étude supérieure
- Groupe 5 : étudiants
- Groupe 6 : autres professions comprenant : routier, maître-nageur, designer, tatoueur, comédien et esthéticienne.

Ces différents groupes étaient répartis comme suit :

Graphique VII – Répartition des actifs (n=101)



Légende : actifs ouvriers : groupe 1; actifs santé : groupe 2; actifs cadre : groupe 3; actifs étude sup : groupe 4; actifs étudiants : groupe 5; actifs autres : groupe 6

2.d. Médecin traitant déclaré

Sur l'ensemble des questionnaires évalués, 241 patients ont un médecin traitant déclaré soit 95.7% contre seulement 11 n'ayant pas de médecin traitant soit 4.3 %.

3. Inclusion dans le secteur de la PDSA

3.a. Lieu de vie

Ce critère d'inclusion dans le secteur de la PDSA a été évalué en fonction du lieu de vie de chaque patient ayant rempli un questionnaire. Les distances entre la MMG et Libourne ont été évaluées à partir du service de cartographie et de calcul d'itinéraire de route « MAPPY»©.

Il a donc été noté que 17 patients n'appartenaient pas au secteur de la PDSA de la MMG de Libourne, soit 6.8%. Sur ces 17 patients, 5 étaient en vacances dans la région, mais tous les autres vivaient en Nouvelle Aquitaine et dépendaient donc d'un autre secteur plus proche de leur domicile.

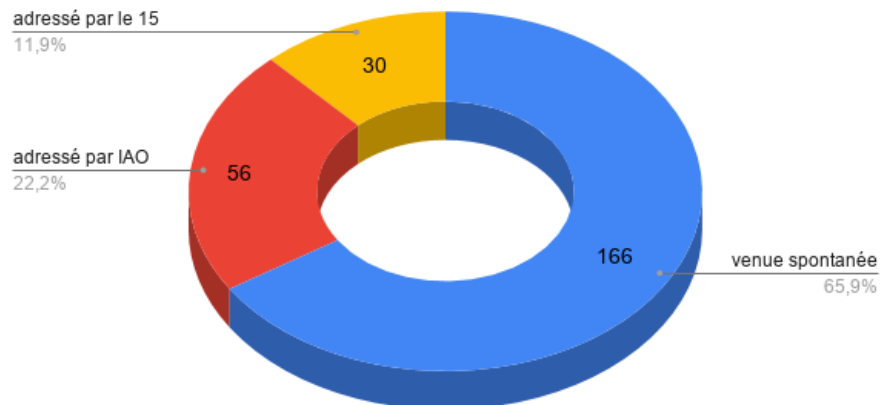
Dans les patients appartenant au secteur de la MMG, 121 vivaient à moins de 15 kilomètres soit 51.5% et 114 à plus de 15 kilomètres soit 48.5%.

3.a. Mode d'entrée à la MMG

La majorité des patients venant consulter à la MMG y viennent spontanément.

Environ $\frac{1}{4}$ d'entre eux sont orientés par l'Infirmière d'Accueil des Urgences et $\frac{1}{8}$ sont adressés par la régulation du 15.

Graphique VIII – Répartition du mode d'entrée à la MMG



4. Données concernant la venue à la MMG

4.a. Dates et horaires de consultation

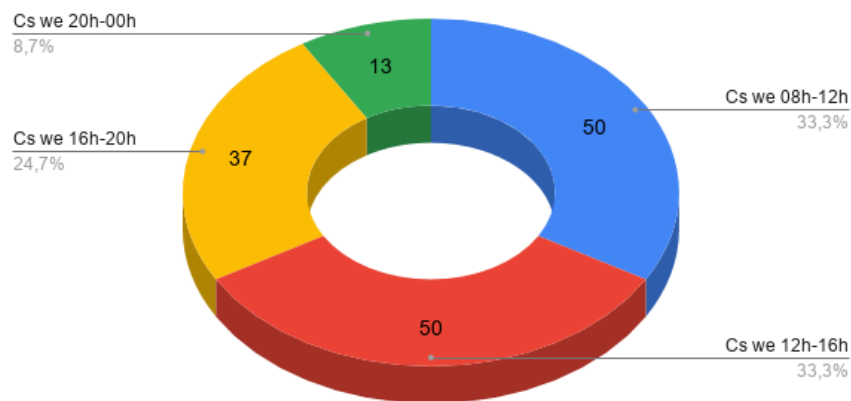
Le recueil de données a eu lieu sur **7 jours de semaine** de 20h à minuit, **un week-end** avec le samedi de midi à minuit, le dimanche de 08h à minuit et **un jour férié** de 08h à minuit.

Le nombre de questionnaires recueillis en semaine était de 102 (soit 40.5 %) contre 150 sur le week-end et le jour férié (soit 59.5%).

Sur le week-end et jour férié, la plupart des consultations ont lieu en journée, avec une baisse de la fréquentation après 20h.

Ainsi, les consultations le week-end et jour férié sont réparties sur la journée de la façon suivante :

Graphique IX – Répartition des consultations du week-end et jour férié sur la journée



Légende : Cs week-end : consultations week-end et jour férié

En semaine, la plupart des consultations ont lieu entre 20h et 22h. En effet, 87.3% des patients sont vus avant 22h la semaine et seulement 12.8% entre 22h et minuit.

4.b. Accessibilité à la MMG

La MMG de Libourne est située dans l'hôpital Robert Boulin, à proximité du service des Urgences adultes. Pour y arriver, les patients passent principalement par l'entrée des Urgences et peuvent donc y être facilement guidés.

Ainsi, 233 patients (soit 92.5%) trouvent que la **MMG est facile d'accès et bien indiquée**.

19 patients (soit 7.5%) trouvent que cette dernière est mal indiquée (pour 14 d'entre eux) ou difficile d'accès (pour 5 d'entre eux).

Certains patients venant pour la première fois ont eu des difficultés à trouver le lieu de consultation, notamment le week-end, lorsque les patients arrivent à l'hôpital par l'entrée principale.

4.c. Nombre de consultations à la MMG pour chaque patient

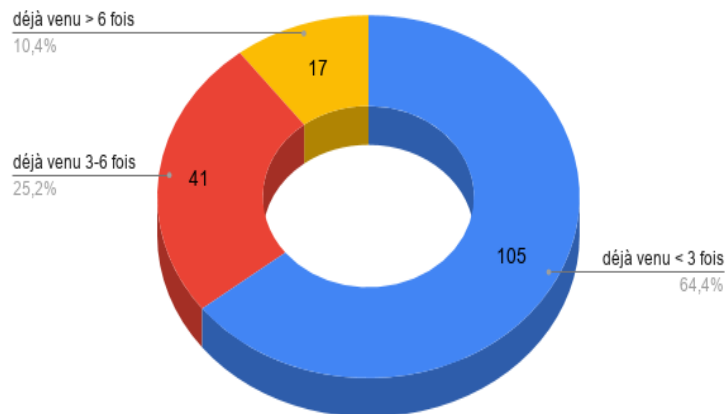
La MMG de Libourne, ouverte depuis presque 5 ans est un lieu fixe de consultation mis à disposition des patients aux horaires de la PDSA. De ce fait, **163** des patients interrogés étaient **déjà venus** consulter à la MMG (soit 64.7%).

Parmi ces patients, 105 d'entre eux étaient venus moins de 3 fois (soit 64.4%), 41 étaient venus entre 3 et 6 fois (soit 25.2%) et 17 étaient venus plus de 6 fois (soit 10.4%).

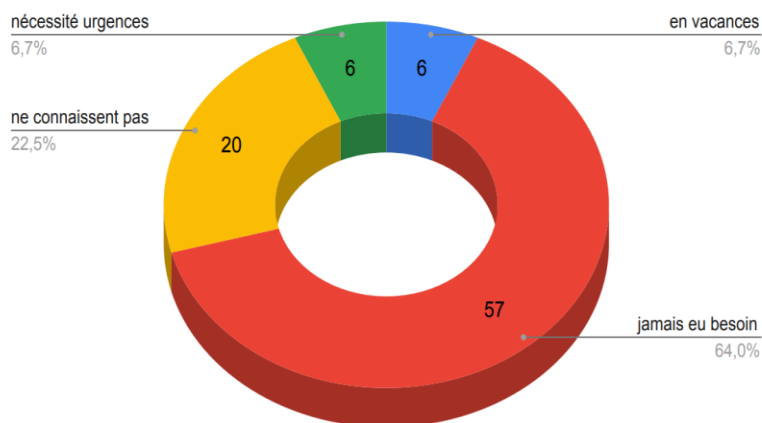
Les 89 autres patients venaient pour la première fois, principalement parce qu'ils n'en n'avaient pas eu la nécessité auparavant (pour 57 d'entre eux soit 64%).

Les autres motifs de première consultation étaient pour 20 patients la méconnaissance de l'existence de la MMG, 6 d'entre eux étaient en vacances dans la région et 6 avaient nécessité une consultation aux urgences par le passé.

Graphique X – Répartition des patients déjà venus par fréquence



Graphique XI – Répartition des patients venant pour la première fois par motif.



4.d. Motifs de consultation

Huit sous-groupes de motifs de consultation ont été établis au préalable :

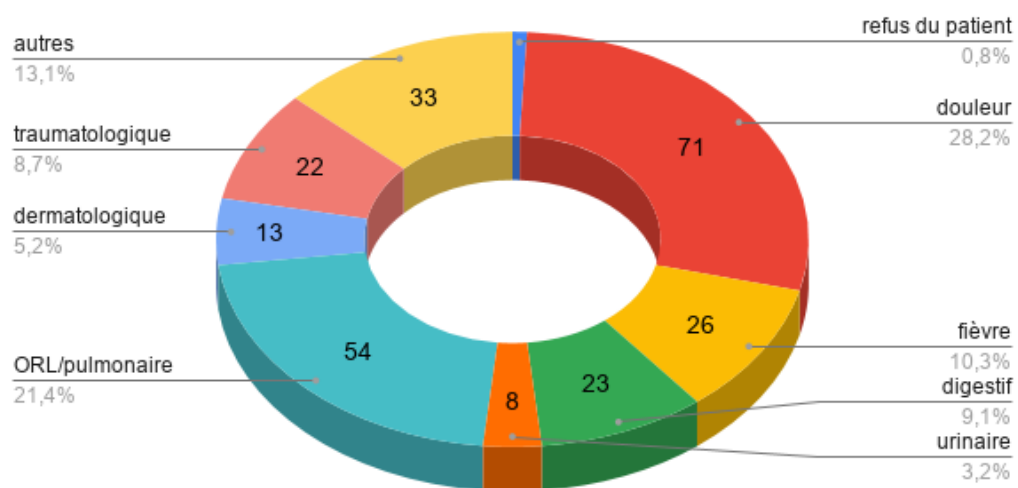
- Douleur
- Fièvre
- Problème digestif
- Problème urinaire

- Problème ORL ou pulmonaire
- Problème dermatologique
- Problème traumatologique
- Autres (catégories mise en évidence après le recueil de données : ophtalmologique : 3.2%, allergique : 3.2%, cardiologique : 2%, psychologique : 2%, infectieux : 1.2%, avis ou renouvellement de traitement : 1.2%, neurologique 0.4%).

2 patients ont précisé ne pas vouloir communiquer le motif de leur consultation.

La fréquence de ces motifs était la suivante :

Graphique XII – Motifs de consultation à la MMG



On note une prédominance des motifs « douleur » et « cause ORL/pulmonaire » qui constituent à eux deux environ 50% des motifs de consultation à la MMG.

5. Données concernant la prise en charge

5.a. Temps passé à la MMG

Grâce au recueil de l'heure d'arrivée et de sortie de chaque patient, le temps total passé au sein de la MMG (attente et temps de consultation) a pu être évalué. Initialement 4 créneaux horaires ont été définis :

- Temps total inférieur à 30 minutes
- Temps total entre 30 et 60 minutes
- Temps total entre 1h et 2h00
- Temps total supérieur à 2h

Après avoir analysé l'ensemble des questionnaires, le dernier créneau a pu être supprimé, aucun patient n'a passé plus de 2h à la MMG.

Ainsi, sur l'ensemble de la période, la répartition des temps d'attente était la suivante :

Tableau IV – Répartition du temps passé à la MMG (n=252)

| Temps | Inférieur 30 minutes | Entre 30 et 60 minutes | Entre 1h et 2h | Total |
|----------|----------------------|------------------------|----------------|-------|
| Effectif | 105 | 90 | 57 | 252 |
| n (%) | 41.7% | 35.7% | 22.6% | 100% |

Une évaluation sur les jours de semaine ainsi que sur les week-ends et jours fériés a été réalisée et ne met pas en évidence de différence significative des temps d'attente quelle que soit la durée.

Tableau V – Répartition du temps passé en semaine et le week-end (n1=102 ; n2=150)

| Temps | Inférieur 30 minutes | Entre 30 et 60 minutes | Entre 1h et 2h | Total |
|---------------------|----------------------|------------------------|----------------|-------|
| Effectif en semaine | 41 | 39 | 22 | 102 |
| n1 (%) | 40.2% | 38.2% | 21.6% | 100% |
| Effectif we | 64 | 51 | 35 | 150 |
| n2 (%) | 42.7% | 34% | 23.3% | 100% |

Légende : we : week-end et jours fériés

5.b. Satisfaction des patients concernant le temps passé à la MMG

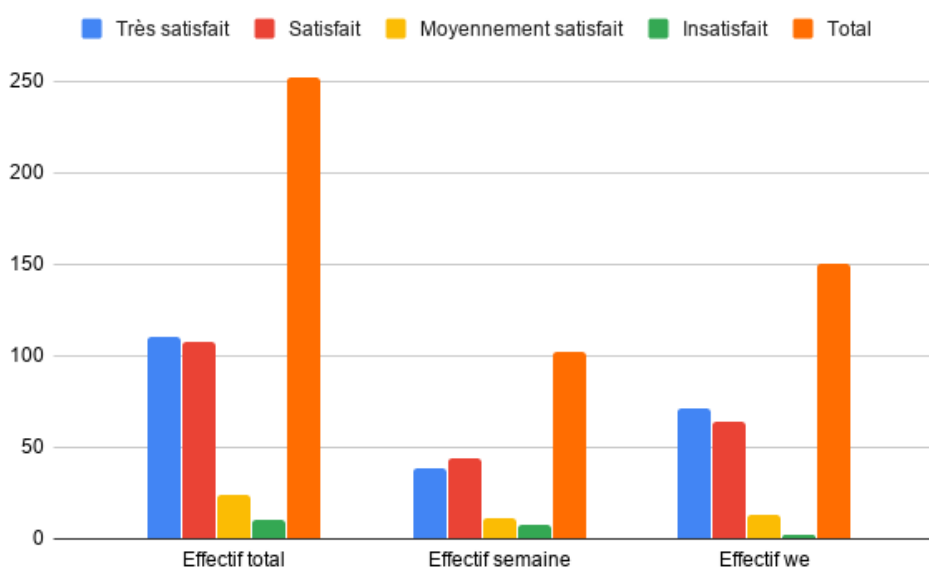
Une échelle de satisfaction en 5 catégories a été proposée aux patients, allant de « très satisfait » à « très insatisfait ». De façon générale, les patients étaient « très satisfaits » ou « satisfaits » du temps d'attente à la MMG, avec respectivement 110 patients (soit 43.6%) et 108 patients (soit 42.9%). Aucun d'entre eux n'a été « très insatisfait » concernant cette question.

Tableau VI – Evaluation de la satisfaction du temps passé à la MMG (n =252 ; n1=102 ; n2=150)

| Satisfaction | Très satisfait | Satisfait | Moyennement satisfait | Insatisfait | Très insatisfait | Total |
|-------------------------|----------------|-----------|-----------------------|-------------|------------------|-------|
| Effectif total | 110 | 108 | 24 | 10 | 0 | 252 |
| n (%) | 43.6% | 42.9% | 9.5% | 4.0% | 0% | 100% |
| Effectif semaine | 39 | 44 | 11 | 8 | 0 | 102 |
| n1 (%) | 38.2% | 43.1% | 10.8% | 7.9% | 0% | 100% |
| Effectif we | 71 | 64 | 13 | 2 | 0 | 150 |
| n2 (%) | 47.3% | 42.7% | 8.7% | 1.3% | 0% | 100% |

Légende : we : week-end et jours fériés

Graphique XIII – Satisfaction des patients concernant le temps passé à la MMG



Légende : we : week-end

5.c. Corrélation entre satisfaction des patients et temps passé réel

Les patients ayant attendu moins de 30 minutes sont globalement « très satisfaits », ceux ayant attendu entre 30 et 60 minutes sont « satisfaits » ou « très satisfaits » et tous les patients « moyennement satisfaits » ou « insatisfaits » ont attendu plus d'une heure.

A noter cependant une différence entre les patients restés à la MMG plus d'une heure (57 patients) et le nombre de patients « moyennement satisfaits » ou « insatisfaits » (34 patients).

Ainsi, 40.4% des patients (soit 23 patients) ayant attendu entre 1h et 2h sont « satisfaits » ou même « très satisfaits » sur le temps passé à la MMG.

On retrouve donc une **corrélation “modérée”** dans le même sens : plus le temps d'attente augmente, plus la valeur de l'estimation de celui-ci (et donc le degré d'insatisfaction) augmente. Et ce coefficient est statistiquement significatif, avec un intervalle de confiance “assez serré” (et donc précis) autour de sa valeur estimée.

5.d. Réponse à la demande et devenir après la consultation

Dans 95% des cas, la consultation a permis de répondre à la demande du patient (soit 239 patients satisfaits de la réponse obtenue et 13 patients restant sans réponse précise selon eux).

Dans plus de 96% des cas les patients ont pu rentrer à domicile après la consultation (soit 243 patients). Seul 9 d'entre eux ont dû se rendre dans le service des Urgences pour un bilan complémentaire.

5.e. Le règlement constitue-t-il un frein à une consultation à la MMG ?

Sur les 252 patients, 182 ont réglé la consultation (soit 72.2%) et 70 ne l'ont pas réglée (soit 27.8%).

Pour les patients n'ayant pas réglé, 54 d'entre eux (soit 77.1% patients) bénéficiaient de la CMU (Couverture Maladie Universelle), 8 (soit 11.4%) bénéficiaient de l'ALD (Affection

Longue Durée) et 8 (soit 11.4%) d'un autre moyen de couverture (tutelle ou curatelle, accident de travail ou ACS : Aide Complémentaire Santé).

Pour les patients ayant réglé, 90 d'entre eux (soit 49.5%) ont réglé la totalité de la consultation et 92 (soit 50.5%) n'ont payé que la part mutuelle.

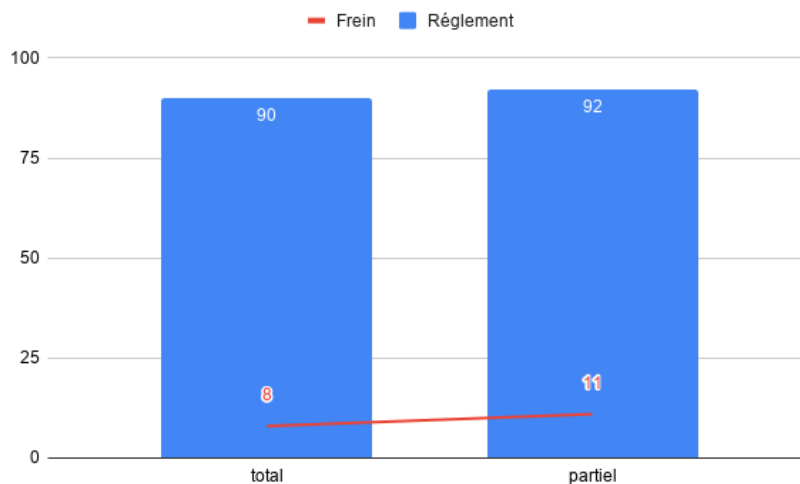
Seuls ces patients ont été invités à répondre à la question concernant l'avance de frais, et plus précisément si l'avance de frais constituait un frein à une nouvelle consultation à la MMG.

Ainsi, sur les 182 patients ayant réalisé un paiement, seul 19 d'entre eux (soit 10.4%) estiment que cette avance de frais constitue un frein à une nouvelle consultation, sans qu'il existe une distinction significative entre règlement total ou partiel avec respectivement 4.4% et 6%.

Après analyse, on retrouve une **corrélation entre frein au règlement et le temps d'attente**.

Cette **corrélation est "faible"** dans le sens **inverse** : plus le temps passé augmente, plus le patient estimera qu'il y a un frein au règlement. Et ce coefficient est statistiquement significatif, mais avec un intervalle de confiance "lâche" autour de sa valeur estimée, et qui plus est avoisinant le 0 par sa borne supérieure. De la même façon, il existe une **relation linéaire "assez forte"** dans le sens **inverse** : plus le temps passé augmente, plus le patient estimera qu'il y a un frein au règlement, et ce de manière significative.

Graphique XIV – Lien entre règlement et frein à une nouvelle consultation



5.f. Nouvelle consultation à la MMG

235 patients soit plus de 93.3% reviendraient consulter à la MMG en cas de nécessité aux horaires de la PDSA.

Cependant 16 d'entre eux (soit 6.4%) ne reviendraient pas en cas de nécessité et préféreraient se rendre aux urgences. Les principales causes évoquées sont le prix de la consultation, l'attente estimée trop longue ou encore dans de rares cas l'absence de réponse à la demande.

5.g. Evaluation de la satisfaction globale des patients

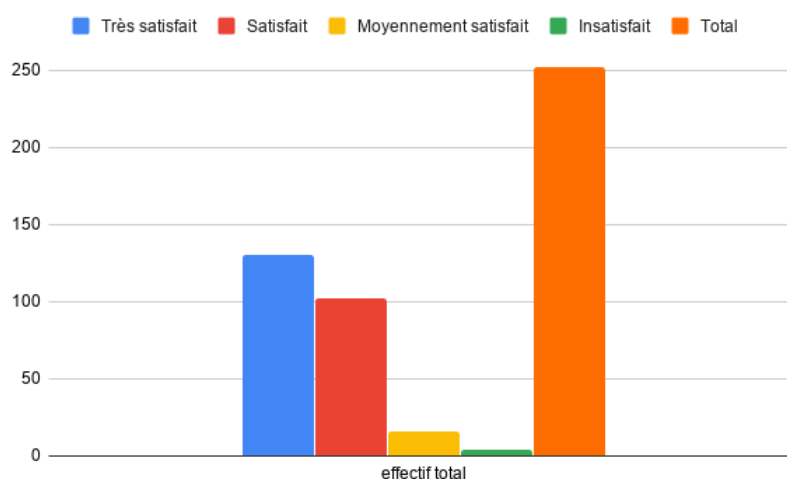
La satisfaction globale des patients avait pour but d'évaluer de façon générale l'expérience de chacun sur une consultation à la MMG de Libourne, à un moment donné.

Une échelle de satisfaction en 5 catégories, identique à celle utilisée précédemment pour évaluer la satisfaction sur le temps passé à la MMG, a été utilisée.

Ainsi, nous avons pu observer que :

- 130 patients se sont dits « très satisfaits » de leur passage à la MMG soit 51.6%,
- 102 patients étaient « satisfaits » soit 40.5%,
- 16 étaient « moyennement satisfaits » soit 6.3%
- seulement 4 se sont dits « insatisfaits » soit 1.6%
- et aucun patient n'a été « très insatisfait ».

Graphique XV – Satisfaction globale des patients



La plupart des patients ont une expérience positive de la MMG et sont satisfaits de ce service rendu.

5.h. Corrélation entre la satisfaction globale et les différents facteurs évalués

▪ Entre la satisfaction globale et le temps d'attente

On retrouve une **corrélation “relativement faible”** dans le même sens : plus le temps d'attente augmente, plus la valeur de l'estimation de la satisfaction globale (et donc le degré d'insatisfaction) augmente. Et ce coefficient est statistiquement significatif, avec un intervalle de confiance “moyennement serré” autour de sa valeur estimée.

On retrouve donc **une relation linéaire « faible »** dans le même sens.

▪ Entre la satisfaction globale et la réponse à la demande et la satisfaction globale et une nouvelle consultation

On retrouve donc **une corrélation “modérée”** dans le sens **inverse** pour les deux critères.

Et ce coefficient est statistiquement significatif, avec un intervalle de confiance “serré” autour de sa valeur estimée.

On retrouve **une relation linéaire « faible »** dans le sens inverse pour les deux critères.

▪ **Entre la satisfaction globale et le frein au règlement**

Après analyse, il ne semble pas exister de corrélation statistiquement significative entre la satisfaction globale et le frein au règlement.

5.i. Evaluation des remarques et suggestions

Après analyse des questionnaires, les remarques émises par les patients ont été regroupés en 4 thèmes :

- Définir un système pour l'ordre de passage des patients
- Point d'accueil ou explication sur le fonctionnement de la MMG
- Information sur les moyens de paiement
- Mise à disposition de matériel médical supplémentaire.

Sur les 252 patients interrogés, 30 ont laissé un commentaire s'incluant dans une ou plusieurs catégories citées ci-dessus.

Ainsi, nous avons mis en évidence que :

- 23 patients pensent nécessaire la mise en place d'un système pour indiquer l'ordre de passage des patients, sous forme notamment de tickets pris à l'arrivée de la MMG ou sous forme d'un système d'inscription.
- 5 d'entre eux aurait souhaité des informations sur les moyens de paiement ou la mise en place d'un système de carte bancaire pour tous les médecins.
- 4 patients ont émis l'idée d'un accueil spécifique à la MMG ou de pancarte expliquant le fonctionnement.
- 2 patients auraient souhaité plus de matériel médical (notamment kit de suture/colle ou appareil à électrocardiogramme).

6. Bilan de l'activité à 5 ans

Le premier janvier 2020, la MMG a fêté ses **5 ans d'ouverture**.

Un rapport d'activité de la PDSA est réalisé chaque année. Ce dernier est obligatoire, il fait partie des conventions liant l'APSL au CHL et à l'ARS.

Tableau VII – Bilan annuel d'activité de la MMG de Libourne de 2015 à 2019.

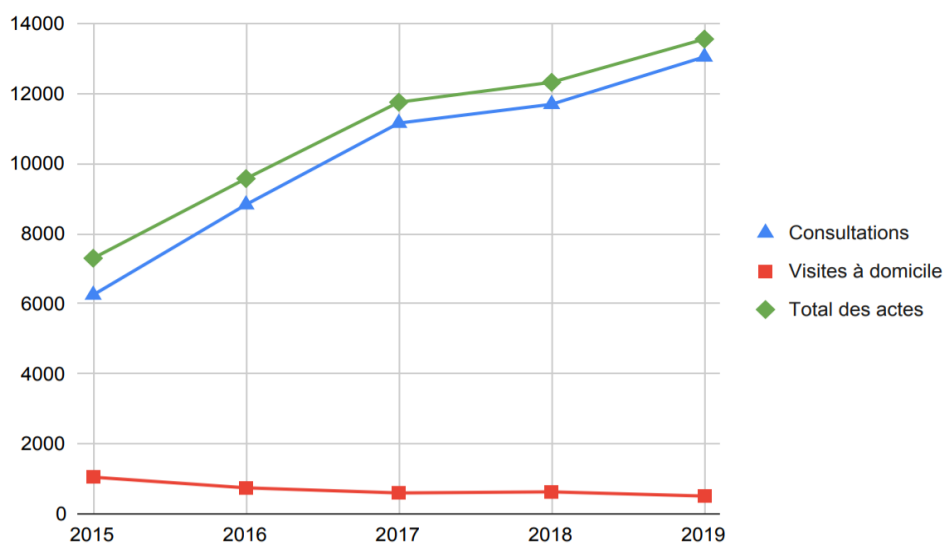
| | 2015 | | 2016 | | 2017 | | 2018 | | 2019 | |
|-------------------------|-------------|------|-------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|
| | Cs | VAD | Cs | VAD | Cs | VAD | Cs | VAD | Cs | VAD |
| Total | 6252 | 1048 | 8831 | 743 | 11159 | 597 | 11697 | 628 | 13051 | 508 |
| Total de l'année | 7300 | | 9574 | | 11756 | | 12325 | | 13559 | |

Légende : Cs : Consultations, VAD : Visite à domicile

Nous pouvons alors voir que l'**activité** de la MMG **ne cesse de croître** depuis ces 5 années, avec un différentiel total de 6259 patients entre 2015 et 2019 soit une augmentation de 85,74%.

Cependant, cette augmentation est inégale entre les consultations à la MMG et les VAD. En effet, si l'on note une nette augmentation des consultations (108,75%), les VAD ont tendance à diminuer (diminution de 51,53%) avec un nombre de kilomètres (kms) divisé par deux entre 2015 et 2019 (avec respectivement 24 000 kms et 12 000 kms).

Graphique XVI – Evolution du nombre d’actes entre 2015 et 2019.



Même si le nombre de VAD semble se stabiliser depuis 2017, cette réduction pourrait remettre en cause le moyen de transport mis à disposition. Si la location de voiture avec chauffeur n’est pas rentable, l’ARS pourrait supprimer la subvention. Les médecins seront donc obligés d’utiliser leur propre véhicule, facturant ainsi les IK en supplément de la consultation réalisée au domicile des patients.

Concernant les médecins, en 2015, 105 médecins (installés et remplaçants) participaient à la PDSA à la MMG de Libourne. Ce chiffre est relativement stable depuis avec au minimum 92 médecins + 1 (le Centre Communal de Coutras comportant 4 médecins mais comptant comme une seule entité) en 2018. **En 2019, 94 médecins +1** y participent, ce qui correspond à une moyenne de **12 gardes par médecin** et par année.

6.a. Modèle de développement d’autres MMG

La MMG de Libourne est la **deuxième MMG** créée **en Gironde**. La première à avoir ouvert ses portes est celle de **Langon en 2009**, gérée par l’association PSS-33 (Permanence Santé

Sud-33). Cette dernière réunit cinq secteurs de PDSA couvrant ainsi 87 communes et plus de 72 000 habitants.

La MMG de Libourne a ensuite ouvert ses portes en janvier 2015 et constitue aujourd'hui un modèle pour la création d'autres MMG.

En effet, 3 nouveaux projets de MMG ont été discutés en Nouvelle Aquitaine, 2 dans les Landes et 1 en Gironde :

- **En Gironde :**

- **MMG de Blaye**, dont le projet vient d'émerger en s'appuyant sur le modèle de la MMG de Libourne. L'association Maison médicale de garde du Blayais a été créée le 9 Mai 2019 et la MMG de Blaye a ouvert ses portes le **1^{er} juillet 2019**.

Cette dernière est située dans le centre hospitalier de Blaye et regroupe un secteur de 4 cantons : Saint-Savin, Saint-Ciers-sur-Gironde, Bourg-sur-Gironde et Blaye, soit 55 communes et plus de 63 000 habitants.

Les 40 médecins y participant assurent des consultations aux horaires de la PDSA. Actuellement, un médecin est en poste les soirs de semaine de 20h à minuit et 2 médecins les samedis de midi à minuit et dimanches/jours fériés de 8h à minuit.

Concernant les VAD sur le secteur, aucun moyen de transport n'est mis à disposition, chaque médecin utilise son propre véhicule.

- **Le projet d'une MMG à Arcachon**, adossée aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon et regroupant les secteurs du Sud Bassin, Arcachon et La Teste était envisagé depuis de nombreuses années. Cependant, malgré de nombreuses discussions, aucun accord n'a été trouvé entre le centre hospitalier et les médecins généralistes du secteur car seule une minorité est prête à s'investir dans cette MMG. Ainsi, en 2018, pour pallier au nombre de consultations non justifiées dans le service des urgences, un cabinet de médecins a été installé à proximité afin de réaliser des consultations sans rendez-vous aux horaires de la PDSA.

L'objectif de ce cabinet est similaire à celui d'une MMG, cependant les conventions, cahiers des charges et fonctionnement sont différents.

- **Dans les Landes :**

Deux projets de création de MMG étaient envisagés en 2019 à Mimizan et Dax. Cependant à ce jour, aucune structure n'a ouvert ses portes.

7. Synthèse

Parmi les 252 patients interrogés, 92.1% se disent « très satisfaits » ou « satisfaits » du fonctionnement de la MMG de Libourne et de leur prise en charge et reviendraient en cas de nécessité dans plus de 93% des cas.

Cette satisfaction est directement liée au temps d'attente pour voir un médecin et il semblerait qu'il existe un lien entre cette satisfaction et la réponse à la demande (présente dans 95% des cas).

En effet, sur l'effectif total, 86.5% des patients se disent « très satisfaits » ou « satisfaits » du temps d'attente qui est le plus souvent inférieur à 60 minutes.

La localisation à l'intérieur du CHL, à proximité du service des Urgences permet à la fois de faciliter son accès, de diminuer les consultations non nécessaires aux urgences grâce à l'orientation réalisée par l'IAO et dans de rares cas, de faciliter l'accès aux urgences si un bilan complémentaire est jugé nécessaire par le médecin de la MMG.

Cette structure répond parfaitement à la demande des patients en assurant la permanence des soins aux horaires de la PDSA.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

1.a. Caractéristiques des patients

Le **sex-ratio** est proche de 1 (1.3) avec 57.9% des patients de sexe féminin et 42.1% des patients de sexe masculin.

La **moyenne d'âge** des patients venant consulter à la MMG était de 26 ans, identique pour les hommes et les femmes. Nous pouvons remarquer que les patients de moins d'un an et de plus de 75 ans, reste une minorité des consultations de la MMG (14 patients au total soit 5.5%). En effet, les plus petits sont régulièrement vus par les urgences pédiatriques du fait de la spécificité de la prise en charge ou parfois du manque d'informations des parents sur la possibilité de consulter à la MMG. Pour les patients plus âgés, leur problème de santé survenant sur un terrain fragile et poly pathologique, nécessite une prise en charge et surtout une surveillance plus rapprochée ne permettant que rarement une prise en charge ambulatoire.

Concernant la **catégorie socioprofessionnelle**, la question a été appliquée uniquement pour les patients de plus de 18 ans, soit 139 patients. Il a été mis en évidence que 72.7% d'entre eux étaient actifs, 13.7% étaient sans emploi et 13.7% étaient retraités. Parmi les actifs, le groupe dominant est celui des ouvriers, artisans, commerçant, métiers agricoles (avec 42.6% des patients). Nous pouvons donc remarquer que la majorité des adultes venant consulter font partie de la classe moyenne de la population.

A noter également que 95.7% des patients avaient un **médecin traitant déclaré**. La MMG remplit donc ici sa fonction première de permanence des soins de ville, lorsque le patient ne peut demander conseil à son médecin traitant.

En ce qui concerne le **motif de consultation**, la douleur et les causes ORL/pulmonaire prédominaient avec 50% du total des consultations. Pour plus de précisions, nous aurions pu

ajouter une question dans la deuxième partie du questionnaire avec le diagnostic final retenu par le médecin, ce qui aurait permis d'apporter plus de valeur sur les motifs de consultations.

1.b. Objectif principal : la satisfaction des patients

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer la satisfaction des patients ayant recours à la MMG de Libourne. Sur l'ensemble des patients ayant consulté à la MMG pendant la période de recueil de données, après avoir exclu les patients ne parlant pas français et les patients ayant déjà répondu au questionnaire, le **taux de réponse** obtenu était de **87.8%**. Ce taux de réponse est satisfaisant pour le type d'étude. En effet, les autres thèses réalisées sur le même sujet ont obtenu des taux de réponse allant de 31% (34) à 100% (37). Cette variabilité dépend notamment du mode de recueil de données et de la présence ou non d'un accueil dédié à la MMG, permettant de distribuer de façon systématique le questionnaire à tous les patients venant s'enregistrer à l'entrée.

Concernant la satisfaction des patients, nous l'avons évaluée grâce à plusieurs paramètres.

Dans un premier temps, nous avons recherché une corrélation entre le temps passé à la MMG et la satisfaction des patients puis nous avons évalué la satisfaction globale des patients en s'appuyant sur différents facteurs : la réponse à la demande et le devenir après la consultation, la possibilité d'une nouvelle consultation en cas de nécessité et le potentiel frein à l'avance des frais.

▪ Concernant la corrélation entre satisfaction des patients et le temps passé à la MMG

Dans un premier temps, nous avons évalué le temps d'attente réel passé à la MMG pour chaque patient. Ainsi, 3 créneaux ont été mis en évidence :

- Temps total inférieur à 30 minutes,
- Temps total entre 30 et 60 minutes

- Et temps total compris entre 1h et 2h.

Aucun patient n'a passé plus de 2h à la MMG, ce qui est nettement inférieur au temps d'attente possible dans le service des Urgences.

Nous avons pu mettre en évidence que **86.5%** des patients étaient « **très satisfaits** » (pour 43.6%) ou « **satisfaits** » (pour 42.9%) en ce qui concerne le temps passé à la MMG.

A contrario, seul 13.5% des patients se sont dits « moyennement satisfaits » (pour 9.5%) ou « insatisfaits » (pour 4%) concernant le temps passé à la MMG ; tous ces patients avaient attendus plus d'une heure au sein de la structure.

Il existe donc une **corrélacion linéaire directe** entre la satisfaction des patients et un temps d'attente court même si nous pouvons remarquer que 40.4% des patients ayant attendu entre 1h et 2h reste « satisfaits » ou « très satisfaits » en ce qui concerne le temps passé à la MMG.

Ce critère permet également de supposer que si le temps d'attente est jugé satisfaisant par les patients, le nombre de médecins assurant la permanence des soins est adapté à la demande.

▪ **Concernant la satisfaction globale des patients**

La satisfaction globale avait pour objectif d'évaluer de façon générale l'expérience de chaque patient venant consulter à un moment donné.

Ainsi, nous avons pu mettre en évidence que **92.1%** des patients étaient « **très satisfaits** » (dans 51.6%) ou « **satisfaits** » (dans 40.5%) sur leur venue à la MMG.

Si les patients sont globalement satisfaits, cela nous laisse penser que la prise en charge est adaptée et qu'ils seraient donc prêts à revenir en cas de nécessité.

Ainsi, nous mettons en évidence que le **degré de satisfaction globale** de prise en charge au sein de la MMG est **corrélée au temps d'attente** des patients, de manière statistiquement significative.

De plus, nous avons donc pu établir une **corrélacion linéaire** dans le sens inverse entre la **satisfaction globale** d'une part et la **réponse à la demande** d'autre part. En effet, 95% des

patients ont déclaré que la consultation avait permis de répondre à leur demande initiale et 96% d'entre eux ont alors pu regagner leur domicile.

Et nous pouvons également remarquer le lien de cette satisfaction globale avec la possibilité d'une nouvelle consultation à la MMG en cas de nécessité avec **93.3%** des patients qui se disent **prêts à revenir**.

En revanche, **aucune corrélation** n'a pu être mise en évidence **entre l'insatisfaction et l'avance des frais** de la consultation. Sur les 182 patients ayant réglé la consultation de façon totale ou partielle, seul 19 d'entre eux, soit 10.4%, ont estimé que cela constituait un frein à une nouvelle venue à la MMG. Ce facteur a donc un impact faible sur l'évaluation de la satisfaction des patients.

1.c. Objectif secondaire : les pistes d'amélioration potentielle dans le fonctionnement de la MMG

Cet objectif secondaire a principalement été évalué par les remarques et suggestions laissées par les patients.

Après analyse des questionnaires, nous avons pu dégager 4 points principaux :

- Le premier concerne **l'ordre de passage des patients**, notamment aux horaires où la fréquentation de la MMG est la plus importante. En effet, dans notre étude, nous avons pu remarquer des périodes de plus **grande affluence** notamment entre 20h et 22h en semaine (avec 87.3% des consultations), et entre 8h et 16h le week-end et jour férié (avec 66.6% des consultations réparties de façon égale entre 8h et midi et midi-16h avec chacun 33.3%).

Ainsi 23 patients, soit 9.1% de la totalité des patients interrogés pensent nécessaire la mise en place d'un système définissant l'ordre de passage de chacun.

Pour ce faire, des tickets pourraient être mis à disposition à l'entrée de la MMG, permettant à chacun de savoir après qui ils se situent dans la salle d'attente ; ou un

système d'inscription de chaque patient à son entrée. Cette dernière solution semble plus limitée dans le sens où les patients ne sachant ni lire ni écrire seraient pénalisés.

Le système de tickets semble être un moyen accessible à tous, peu coûteux et pourrait permettre de limiter les conflits concernant l'ordre de passage.

- Le deuxième point concerne les **moyens de paiements**. 5 patients soit 2% de la totalité des patients interrogés souhaitent une information sur les moyens de paiement à disposition, notamment sur l'absence de possibilité de régler en carte bancaire pour la plupart des médecins.

Une note d'information pourrait être rédigée et affichée dans la salle d'attente de la MMG.

- Le troisième point mis en évidence concerne des **explications quant au fonctionnement** de la MMG ou la mise en place d'un **poste d'accueil dédié**. 1.6% des patients ont exprimé un manque d'informations quant au déroulement de l'attente et de l'ordre de passage de chacun.

Si le poste d'accueil pouvait résoudre ce problème et également celui de l'ordre de passage, il reste difficilement envisageable du fait de son coût et des horaires particuliers d'ouvertures de la MMG.

Cependant, un panneau expliquant le fonctionnement de la MMG et le parcours de soin du patient pourrait être installé à l'entrée.

- Le dernier point concerne **l'achat de matériel médical** supplémentaire comme des kits de sutures/colle ou un appareil à électrocardiogramme.

La MMG étant une structure dédiée à des consultations de médecine générale aux horaires de fermeture des cabinets de ville, ces options ne sont pas envisageables. En effet, selon le cahier des charges de la MMG, seule des consultations simples y sont réalisées ; les actes techniques sont réservés aux services des urgences.

1.d. Objectif secondaire : bilan à 5 ans de l'ouverture de la MMG

Comme nous avons pu le voir dans la troisième partie, le nombre de consultations ne cesse de croître à la MMG de Libourne avec une augmentation de la fréquentation de 87% depuis 2015.

Grâce à cette étude, nous avons pu évaluer certains points avec notamment l'adaptabilité du dispositif, son accessibilité et la connaissance de la structure par la population du Libournais.

▪ Connaissance de la structure par la population du Libournais

Sur les 252 patients interrogés, 163 d'entre eux, soit **64.7%**, **étaient déjà venus** consulter à la MMG.

La majorité de ses patients, soit 64.4%, étaient venus moins de 3 fois, 25% d'entre eux étaient venus entre 3 et 6 fois et plus de 10% étaient venus plus de 6 fois. Pour une grande partie des patients, la MMG est bien identifiée comme un lieu de consultations aux horaires de la PSDA. Sur les 89 patients venant pour la première fois, 64% d'entre eux exprimaient ne jamais en avoir eu besoin par le passé et 22.5% ne connaissait pas son existence. C'est pourquoi l'orientation du patient par le centre 15 ou par l'IAO des Urgences du CHL a toute son importance.

Bien entendu, toute publicité à l'égard de la MMG est prohibée mais chaque médecin peut informer ses patients sur la possibilité d'y consulter en cas de nécessité lors de la fermeture des cabinets de ville. Cette démarche s'inclut dans la continuité de la permanence des soins.

- **Adaptabilité du dispositif**

- **Inclusion dans le secteur de la PDSA**

Dans notre étude, la **sectorisation** des patients a **bien été respectée** avec 93.2% d'entre eux qui appartenaient au secteur de garde de la MMG de Libourne.

De plus, nous pouvons remarquer que l'éloignement géographique ne constitue pas un frein pour venir à la MMG. En effet, dans notre étude, 48.5% des patients vivaient à plus de 15 kms de la MMG et 51.5% à moins de 15 kms.

Ce respect de secteur répond bien à l'un des objectifs de l'ARS qui est d'assurer une permanence de soins sur un territoire prédéfini, grâce notamment à la création des MMG.

- **Mode d'entrée des patients**

Si la sectorisation est un critère de définition important de la PDSA, nous devons également noter que son mode d'accès est basé sur une **régulation médicale** avec le centre 15 ou un numéro spécifique à la MMG.

Dans notre étude, ce dernier critère n'est que faiblement respecté avec seulement 11.9% des patients adressés par le centre 15.

Ainsi, **65.9%** des patients viennent **spontanément** à la MMG pour une consultation.

Ceci peut s'expliquer par le fait que 64.7% des patients avaient déjà consulté à la MMG et connaissaient donc cette structure.

Afin de respecter ce principal pilier de la PDSA qu'est la régulation téléphonique, il pourrait être intéressant d'insister sur l'éducation des patients quant à la nécessité de passer par la régulation médicale avant toute consultation à la MMG.

- **Accessibilité à la MMG**

Dans notre analyse, 233 patients, soit **92.5%**, trouvent que la MMG est **facile d'accès et/ou bien indiquée**.

Pour 14 patients, la MMG est mal indiquée et pour 5 patients elle est difficile d'accès.

Ainsi, 19 patients, soit 7.5% ont eu des difficultés pour se rendre à la MMG. Le plus souvent, cela concernait les patients venant pour la première fois.

Il pourrait être intéressant d'optimiser la signalisation de la MMG, notamment à l'intérieur de l'hôpital afin de faciliter l'accès aux patients ne connaissant pas la structure.

2. Discussion de la méthode

2.a. Conception de l'étude

L'étude que nous avons réalisée est une étude quantitative observationnelle descriptive.

Les patients ont été interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire structuré, non standardisé et sans validation scientifique.

Afin de pallier à cette difficulté, une **phase de test** a été réalisée afin de s'assurer de la bonne compréhension du questionnaire par les patients et pour évaluer le temps de remplissage afin de limiter le nombre de questionnaire incomplet. Après cette phase, le questionnaire a été simplifié et la mise en forme améliorée.

Malgré le nombre significatif de questionnaires collectés durant la **période d'inclusion**, celle-ci a été relativement **courte**, du lundi 4 Novembre au mercredi 13 Novembre 2019 inclus, soit une période consécutive de **10 jours** comprenant sept jours de semaine, un week-end et un jour férié. Il aurait pu être intéressant d'avoir une période d'inclusion plus longue ou de

réaliser d'autre cession de recueil au cours de l'année afin d'augmenter la représentativité de l'échantillon.

Par ailleurs, cette période d'inclusion se situe uniquement sur le mois de Novembre ; même si le nombre de consultation à la MMG est relativement stable d'un mois à l'autre sur l'ensemble de l'année (avec une variabilité entre la plus faible et la plus grande fréquentation de 4% en 2018 et de seulement 1.7% en excluant les mois de janvier et décembre où l'affluence est la plus importante), les résultats peuvent laisser apparaître une **sur-représentativité** de certaines pathologies (notamment les pathologies infectieuses hivernales courantes) ou de certains comportements.

Concernant l'inclusion des patients, il existe un **biais de sélection**. Même si le questionnaire était diffusé par mes soins avec les explications données à chaque patient sur le projet, 21 l'ont refusé et 17 n'ont pas été vus à l'entrée de la MMG, soit 38 patients au total.

Afin de réduire encore ce chiffre, notamment sur les patients non vus, nous aurions pu demander l'aide des médecins consultants à la MMG chaque jour, mais cela aurait pu réduire l'objectivité des patients et donc biaiser les réponses.

De plus, sur les 274 questionnaires distribués, 22 étaient incomplets et ont donc été exclus.

Cependant, grâce à cette méthode de recueil, les patients ont répondu à l'enquête de manière exhaustive et consécutive, et ce sans **aucun « perdu de vue »**.

A noter un **biais d'information** lié aux difficultés de compréhension du fait du contexte culturel ou de la barrière de la langue. 15 patients ne sachant ni lire ni écrire le français ont été exclus. Une aide aurait pu leur être proposée mais les critères d'objectivité et d'anonymat n'auraient pas été respectés.

Nous pouvons également retenir un **biais de désirabilité à discuter**, même si ce dernier était réduit par l'anonymat, certains patients n'étaient pas enclins à écouter ou tenir une discussion.

Concernant la taille de l'échantillon, 252 questionnaires ont pu être analysés après les 10 jours de recueil. Cet **échantillon est restreint mais suffisant** pour cette étude, il n'existait pas de nombre minimum de sujets nécessaire étant donné le type d'étude descriptive.

De plus il est **représentatif de la population** consultante habituellement à la MMG en terme d'âge et de sexe ce qui permet d'en extrapoler et d'en généraliser les résultats.

2.b. Analyse des résultats

Les résultats ont été exprimés en pourcentage et un test de corrélation linéaire réalisé pour évaluer la satisfaction des patients selon différents critères.

Le **critère de jugement principal** qu'est la satisfaction des patients est un **critère subjectif** et sa définition est propre à chacun. Malgré cette subjectivité et bien que les enquêtes de satisfaction n'aient que peu de valeur statistique, cette étude montre l'intérêt de la MMG dans l'offre de soins du Libournais en répondant à la demande de la population.

3. Implication des résultats

Malgré les biais mis en évidence, les résultats montrent que **la MMG répond aux attentes** de la population du Libournais. Le patient étant au cœur du système de santé, sa satisfaction est un critère important à prendre en compte. Ce point fixe de consultation situé à l'intérieur du CHL, à proximité directe du service des Urgences **satisfait pleinement ses usagers** et assure de façon optimale la permanence des soins.

Même si son fonctionnement semble adapté à la demande, certains points peuvent encore être améliorés comme la mise en place d'un système définissant l'ordre de passage des patients.

Ainsi, cette étude vient compléter celle du Docteur FLACASSIER qui avait mis en évidence la satisfaction des médecins du Libournais quant au fonctionnement de la MMG, avec notamment une amélioration de leur qualité de travail et leur qualité de vie en général.

Cinq ans après son ouverture, la MMG de Libourne est l'exemple d'une réussite de l'évolution de la PDSA avec la satisfaction à la fois des médecins du secteur et des patients bénéficiant de cette offre de soins ; elle devient en ce sens un modèle pour d'autres établissements.

Il serait intéressant par la suite d'étudier l'impact de l'ouverture de la MMG de Libourne sur le nombre de passage aux Urgences de l'hôpital aux horaires de la PDSA.

CONCLUSION

Cinq ans après son ouverture, la MMG de Libourne semble répondre à toutes les attentes, aussi bien du point de vue des médecins que des patients. En effet dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que plus de 92% des patients consultant à la MMG sont « satisfaits » ou « très satisfaits » du service rendu et que plus de 86% sont « satisfaits » ou « très satisfaits » du temps passé au sein de la MMG.

Si la satisfaction des usagers est étroitement corrélée au temps d'attente et à la réponse à la demande, pour la plupart des patients l'avance des frais ne constitue pas un frein à une nouvelle consultation à la MMG puisque plus de 93% d'entre eux reviendraient en cas de nécessité.

La MMG garde son rôle de relais dans la permanence des soins en répondant à la demande des patients lorsque leur médecin traitant n'est plus disponible puisque nous avons pu mettre en évidence que 95% des patients avaient un médecin traitant déclaré.

Depuis les années 2000, les points fixes de consultation définis par les MMG ne cessent de se développer en France avec pour objectif de lutter contre les déserts médicaux tout en facilitant l'exercice de la PDSA. Ce regroupement de secteur ne semble pas être un frein pour les patients qui parcourent parfois de nombreux kilomètres pour bénéficier d'une consultation.

Par ailleurs, même si quelques points peuvent encore être améliorés au sein de la MMG, son fonctionnement constitue un modèle, aussi bien sur le plan régional que national, pour le développement de structures similaires.

La MMG de Libourne est un modèle de réussite dans l'évolution de la PDSA qui satisfait aussi bien ses usagers que les médecins y participant tout en respectant le Code de Déontologie.

Il pourrait être intéressant lors de prochaines études d'évaluer l'impact de la MMG sur le nombre de consultations aux services des urgences de Libourne ; ou encore de comparer les

motifs de consultation entre la MMG et le service des Urgences. Une étude pourrait être réalisée sur une période plus longue en évaluant simultanément le point de vue des médecins et des patients.

Les MMG sont des structures en pleines expansion et les possibilités d'amélioration et d'optimisation des soins restent nombreuses même si patients et médecins sont le plus souvent satisfaits de leur fonctionnement.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Martin I. La création des maisons médicales de gardes dans la permanence des soins : une réponse à la sur utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes : 2003.
- (2) République française. Article 77 du Code de Déontologie Médicale. Version en vigueur du 8 septembre 1995 au 16 septembre 2003.
- (3) Ordre National des Médecins Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine. La permanence de soins ambulatoire (en ligne). Bordeaux ; (consulté le 27/06/2019)
- (4) Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand A.C, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé publique. 2005 fev ; 17 :233-40.
- (5) Holué C. Les maisons médicales de garde, des filons encore inexploités. Concours Med. 2009 sept 8 ; 131(13) :476-8.
- (6) ARS Aquitaine. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires en Aquitaine. 6 mai 2019
- (7) Flacassier C. Etude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais. Thèse d'exercice de médecine générale : Bordeaux : 2017.
- (8) Grall JY, Les Maisons Médicales de Garde. Rapport remis à Mr Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. Juillet 2006
- (9) République française. Annexe 1 de la circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Cahier des charges sur les Maisons médicales de garde. 2007.
- (10) Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé le 22 janvier 2003.
- (11) Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- (12) Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

- (13) Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
- (14) République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 22 juillet 2009.
- (15) République française. Article 223-6 du Code Pénal. JORF du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002.
- (16) France. Commission des affaires sociales. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 3 juin 2015. n°2837, p.179.
- (17) Caisse nationale de l'assurance maladie. Financement d'actions de coordination des soins [en ligne]. [article mis à jour le 12 janvier 2018 ; consulté le 21 octobre 2019]. Disponible : <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/financement-d-actions-de-coordination-des-soins.php/>
- (18) Martin L. Une maison médicale de garde Pour le renouveau de la permanence des soins. Concours Med. 2010 nov ; 132(17-18) :711.
- (19) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. La permanence des soins [en ligne]. [mis à jour le 23 septembre 2019; consulté le 21/11/2019]. Disponible : <https://www.ameli.fr/gironde/medecin/exercice-liberal/remuneration/permanence-soins/permanence-soins>
- (20) Ordre National des Médecins Conseil National de l'Ordre. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018, p.66.
- (21) Bouet P. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2018, p.165.
- (22) Agence Régional de Santé Nouvelle Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire. 10 Août 2010, modifié le 6 Mai 2019, p.302.
- (23) Insee. Arrondissement de Libourne (335) [en ligne]. [consulté le 25/10/2019]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/cog/arrondissement/ARR335-libourne>
- (24) Insee. Dossier complet Arrondissement de Libourne (335) [en ligne]. Chiffres détaillés paru le 19/09/2019 [consulté le 25/10/2019]. Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=ARR-335>

- (25) Dictionnaire Larousse [en ligne]. Satisfaction. Paris. [consulté le 27/10/2019]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>
- (26) Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983;6:185-210.
- (27) Aharony L, Strasser S. Patient satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Med Care Rev* 1993;50:49-79.
- (28) Trout A, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction investigations and the ED: what does the literature says. *Acad Emerg Med* 2000;7:695—708.
- (29) Perruche F, Pourriat JL, Claessens YE. Satisfaction des patients consultant aux urgences. *Mise au point. JEUR*. 2008 sept 14;21 :14-21.
- (30) Dictionnaire Larousse [en ligne]. Patient. Paris. [consulté le 27/10/2019]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient/58655?q=patient#58298>
- (31) Dictionnaire Larousse [en ligne]. Usager. Paris. [consulté le 27/10/2019]. Disponible : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/usager/80761?q=usagers#79816>
- (32) Queval CH. Accès au système de garde en médecine générale : analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultations à la maison médicale de garde de Calais. Thèse de médecine : Université de Lille ; 2014.
- (33) Bouvet C. Fonctionnement de la nouvelle maison médicale de garde d'Aix-en-Provence : bilan d'un an d'activité et satisfaction des participants. 65f. Thèse de médecine : Aix-Marseille : 2015.
- (34) Mignard JL. Enquête de satisfaction des usagers de la maison médicale de garde de Fabrègues. 67f. Thèse de médecine : Montpellier 1 : 2010.
- (35) Bonnaure C. Enquête de satisfaction des usagers de la maison médicale de garde d'Auray. 79f. Thèse de médecine : Rennes 1 : 2011.
- (36) Dewilds CE. Appropriation de la maison médicale de garde de Boulogne-sur-Mer par les patients, par les médecins : voies d'amélioration. Thèse de médecine : Lille 2 : 2014.
- (37) Griere M. La Maison Médicale de Garde de Douai pour assurer la permanence des soins ambulatoires dans le Douaisis. Evaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers. 81f. Thèse de médecine : Lille 2 : 2017.

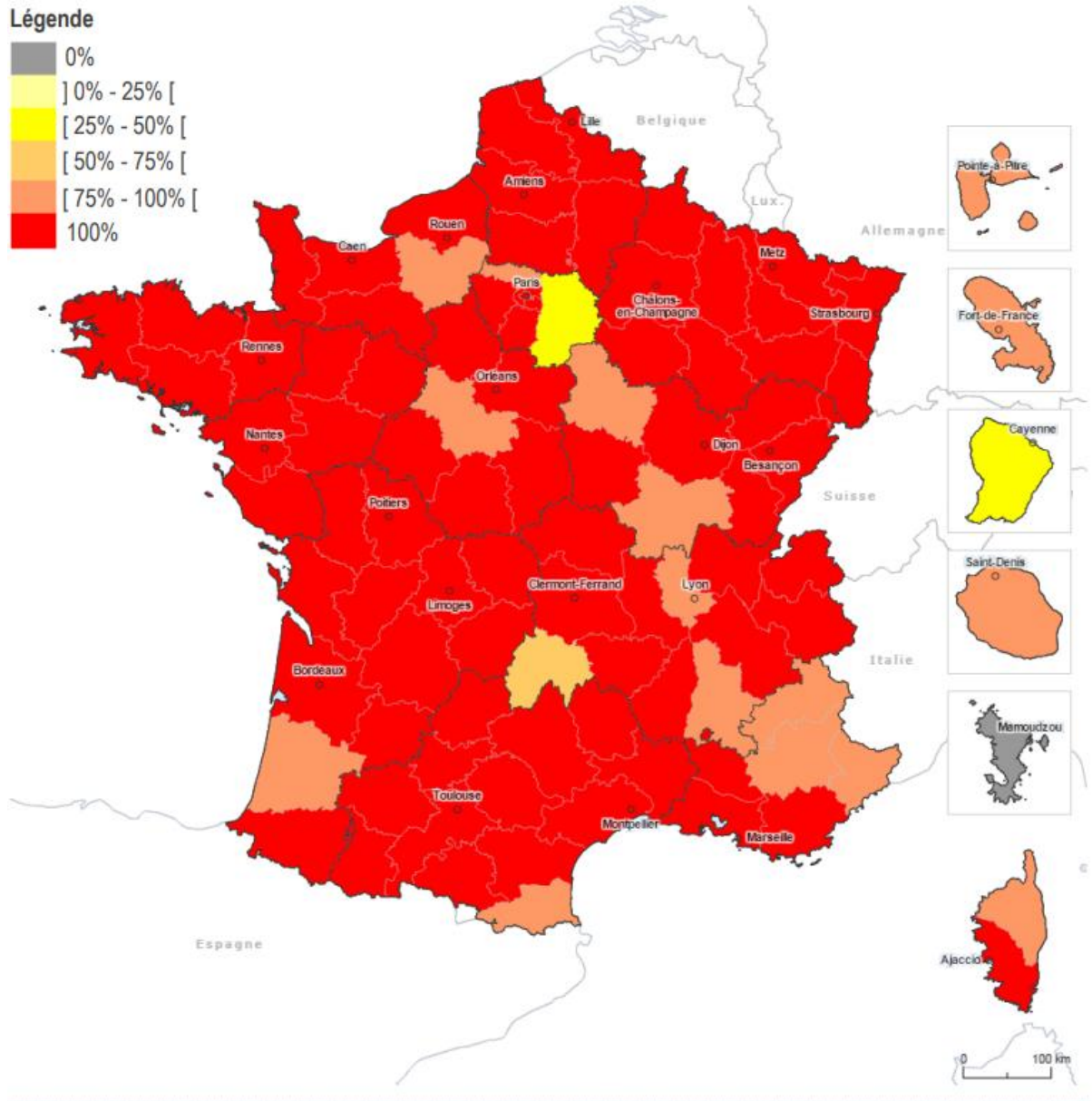
(38) République Française. Décret n° 2017-884 du 9 mai 2017 modifiant certaines dispositions réglementaires relatives aux recherches impliquant la personne humaine. JORF n°0109 du 10 mai 2017 texte n° 84.

(39) Actualité du droit. Précisions sur les recherches impliquant la personne humaine. Wolters Kluwer France. 2017 Mai 17.

ANNEXES

Annexe 1 : Couverture du territoire français par la permanence des soins les week-ends et jours fériés en 2018

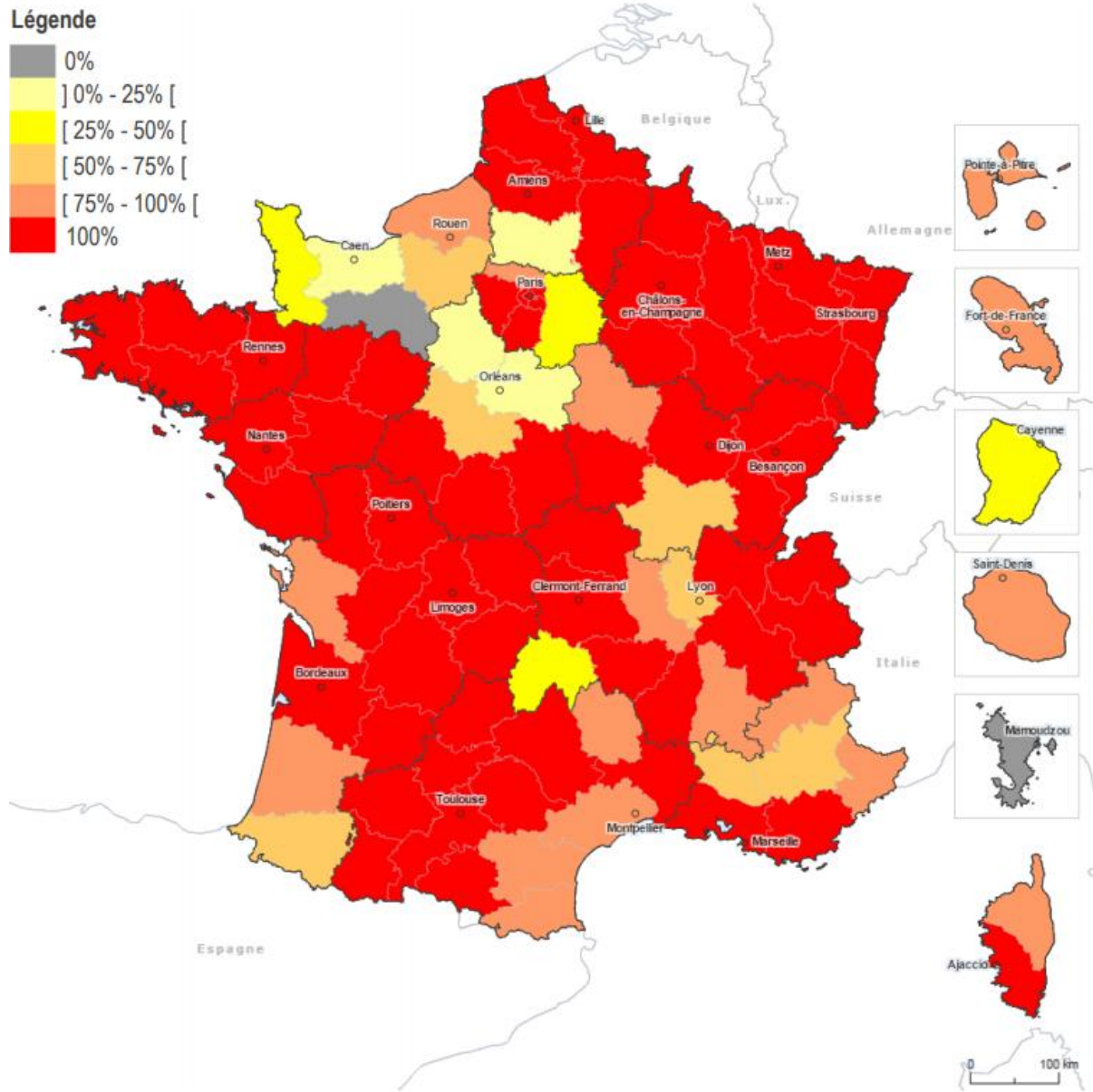
Cartographie 2 – Taux de couverture des territoires de PDS les week-ends et jours fériés en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

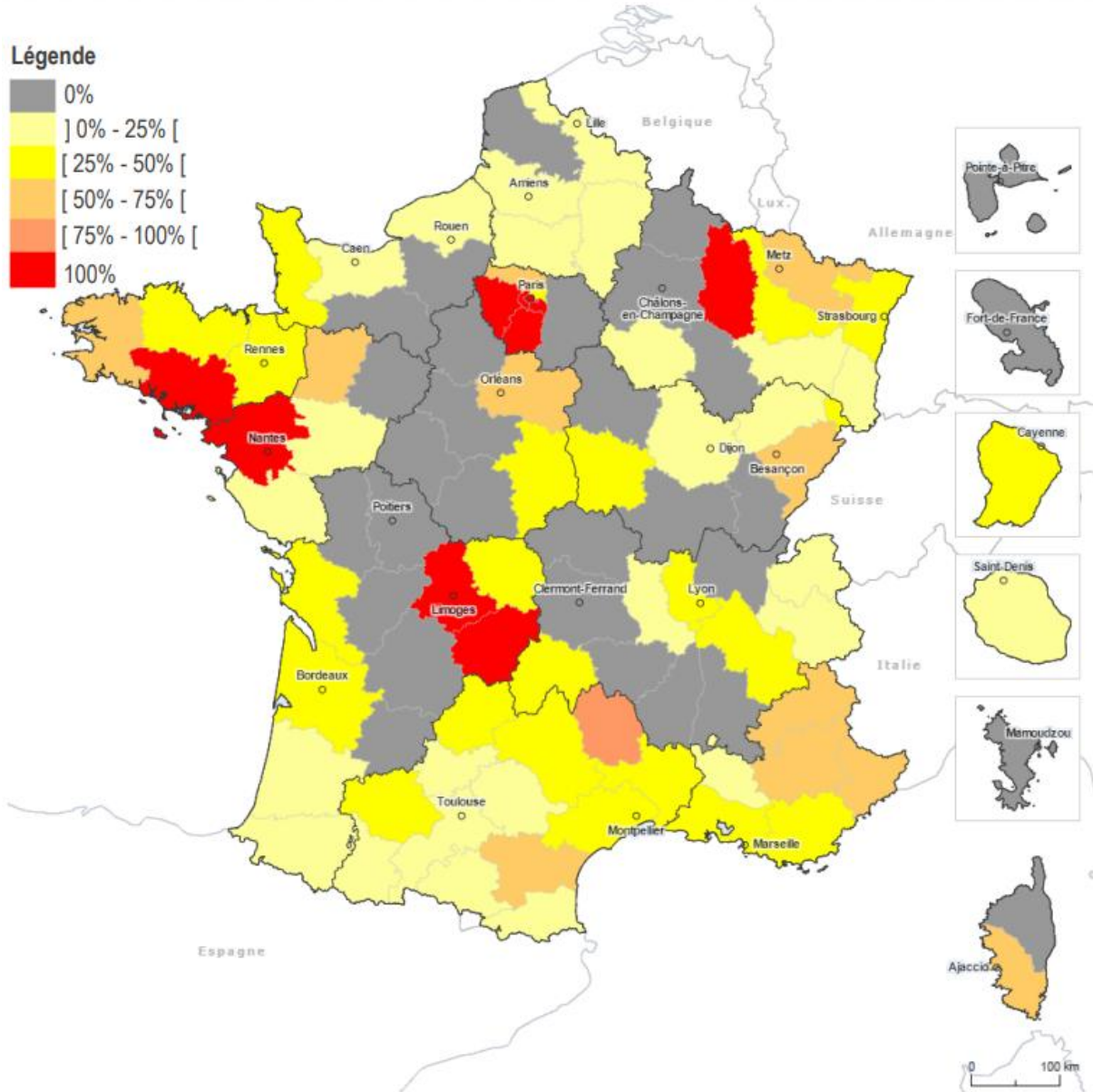
Annexe 2 : Couverture du territoire français par la permanence des soins en soirée en 2018

Cartographie 3 – Taux de couverture des territoires de PDS en soirée (de 20h à minuit) en 2018



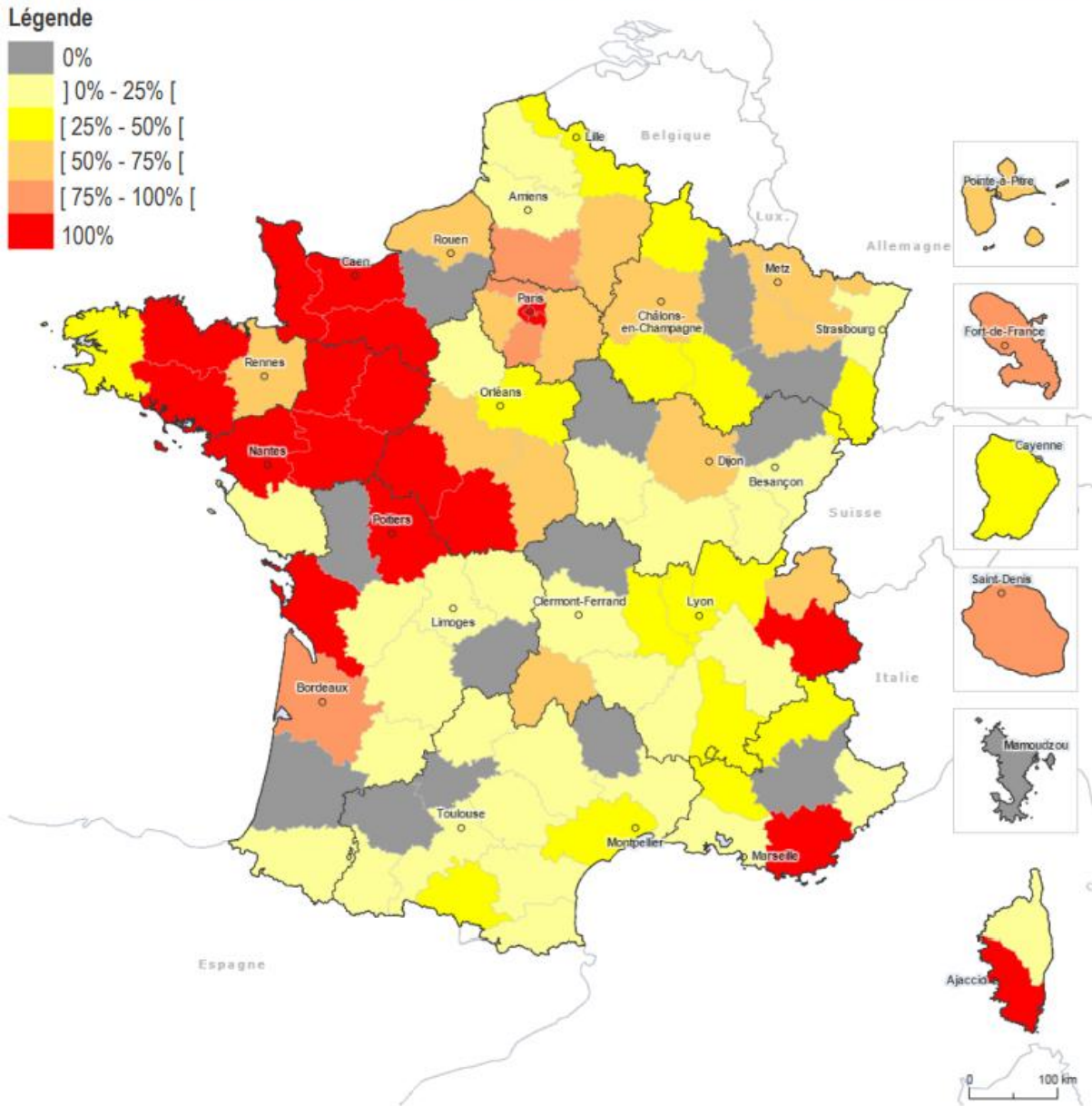
Annexe 3 : Couverture du territoire français par la permanence des soins en nuit profonde en 2018

Cartographie 4 – Taux de couverture des territoires de PDS en nuit profonde (de minuit à 8h) en 2018



Annexe 4 : Secteurs du territoire français de la permanence des soins couvert par un site dédié en 2018

Cartographie 5 – Taux de secteurs de PDS couverts par des sites dédiés en 2018



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

Annexe 5 : Départements de la région Nouvelle Aquitaine depuis 2015



Annexe 6 : Convention relative à la MMG de Libourne et le CHL

Convention Relative à la Maison Médicale de Garde située sur le site de Libourne au Centre Hospitalier

Entre

Le Centre Hospitalier de Libourne représenté par son directeur.

Et

L'Association Permanence Santé représentée par son président.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente convention résulte d'un accord entre la Direction, le chef de pôle Urgences SMUR surveillance continue du Centre Hospitalier de Libourne(CHL) et l'Association Permanence Santé du Libournais(APSL).

Elle a pour objet de définir les conditions de collaboration entre le CHL et l'APSL, en vue de participer à la permanence des soins avec le service des urgences de Libourne en accord avec le SAMU de la Gironde et l'Agence Régionale de Santé(ARS).

Article 2 : Amplitudes

L'organisation de la permanence des soins suppose, sur le site du CHL la mise à disposition de locaux sur les amplitudes suivantes :

- 20h à 00h du Lundi au Vendredi
- 8h à 00h les dimanches, jours fériés et ponts
- 12h à 00h les samedis.

Article 3 :

Le CHL met à disposition de l'APSL :

- Du temps d'infirmier d'accueil et d'orientation(IAO) durant l'amplitude d'ouverture de la maison médicale de garde(MMG).
- Trois cabinets de consultation, à proximité immédiate du service des urgences, équipés chacun d'un bureau, d'un fauteuil, deux chaises visiteurs, d'un divan d'examen et d'un point d'eau. La superficie totale (bureaux, circulation, salle d'attente et toilettes) étant de 110 m².
- Une mise en réseau de ces trois cabinets par Ethernet.
- Une salle d'attente avec des chaises et des toilettes attenantes.
- L'entretien de ces locaux, la maintenance des équipements, l'eau et l'électricité.
- Le petit matériel comprenant : draps d'examen, abaisses langue, gel hydro-alcoolique, spéculums auriculaires et vaginaux, gants, doigtiers, masques et compresses.
- L'accès à une ligne téléphonique à haut débit.
- La signalétique.
- Un véhicule avec chauffeur pendant les heures de permanence dans le cadre des visites à domicile demandées par la régulation.

L'APSL s'engage à :

- Fournir la liste des médecins autorisés et le calendrier des permanences.
- Prendre à sa charge l'abonnement téléphonique.
- S'acquitter de ses obligations financières vis-à-vis du CHL conformément à l'article 6 de la présente convention.

Article 4 : Responsabilité

Les parties signataires s'engagent quant à leur couverture respective en matière d'assurance (responsabilité civile, multirisque...) nécessaire à la bonne exécution des activités relatives à la permanence des soins. Chaque médecin fournira un contrat de responsabilité civile conformément aux dispositions de la loi du 4 Mars 2002. Le champ d'intervention des médecins assurant des permanences à la MMG est strictement limité aux activités couvertes dans les contrats sus visés et dont les modalités sont énoncées dans le règlement intérieur de la MMG fixant les droits et les obligations des médecins participant à la permanence des soins. En cas de non-respect de ces dispositions par l'un ou l'autre des cosignataires, le CHL et l'APSL sont respectivement dégagés de toute responsabilité.

Article 5 : Prise en charge du patient.

L'agent chargé de l'accueil se basera sur le référentiel de l'IAO édité par la Société Française de Médecine d'Urgence et proposera aux patients de niveau V (motif de recours le moins urgent correspondant à une simple consultation sans acte technique) le recours à la MMG.

Article 6 : Modalités financières.

En contrepartie des mises à disposition visées à l'article 3, l'APSL versera au CHL

- La somme de **25604.50 €** au titre de participation aux frais de personnel.
- La somme de **69550 €** pour le véhicule et son chauffeur.
- Un loyer annuel fixé à **1200 € + 1200 €** pour le coût du petit matériel fourni (le cout initial est valable pour l'année 2015 et sera réévalué tous les ans en fonction de l'évolution des besoins).

L'APSL réglera le CHL dès l'allocation des fonds par l'ARS.

Article 7 : Suivi et évaluation.

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

Article 8 :

La présente convention est applicable pour une durée d'un an. L'accord contractuel est reconductible par tacite reconduction annuellement. Chacune des parties pourra alors mettre fin à sa participation suivant un préavis de 6 mois précédent l'échéance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Libourne le 19 Novembre 2014

Pour l'APSL le Dr MARTELL Cédric

Pour le CHL Monsieur BRUBALLA Michel.

Annexe 7 : Convention entre la MMG de Libourne et l'ARS



Convention pluriannuelle ARS – Maison médicale de garde

Entre

D'une part,
L'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine
Etablissement public à caractère administratif
Située 103 bis rue Belleville - CS 91704 – 33063 Bordeaux cedex
Représentée par son Directeur général, Michel LAFORCADE,
Ci-après désignée « l'ARS ».

Et

D'autre part,
L'association Permanence Santé du Libournais
Gestionnaire de la maison médicale de garde de Libourne
Dont le siège est situé 112 Rue de la Marné 33500 LIBOURNE
Représenté par son Président Sachendra SIRAZ
N° SIREN : 81316408400010
Ci-après désignée « la MMG »

- Vu le Code de la Santé Publique et notamment les articles L 6314-1 et suivants, les articles L. 1435-8 et suivants, R. 1435-17 et suivants
- Vu le cahier des charges national du 23 mars 2007 annexé à la circulaire n°2007-137 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
- Vu le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires,
- Vu les statuts de l'association gestionnaire de la Maison médicale de garde de Libourne
- Vu la convention signée le 17 novembre 2014 entre le Centre hospitalier de Libourne et la MMG portant sur la mise à disposition de locaux, de temps d'IAO, de consommables, petit matériel et d'un véhicule avec chauffeur,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

L'organisation du recours à des soins non programmés, en dehors des horaires d'ouverture des structures de médecine générale dit dispositif régional de permanence des soins ambulatoires fait intervenir des maisons médicales de garde, en tant que point fixe de permanence de médecins effecteurs. Ces points fixes de garde sont issus de regroupement de territoires de permanence et sont le plus souvent installés dans des locaux proches d'un service d'urgences. Les médecins y effectuent leur permanence aux plages horaires prévues au cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires et sur appel du régulateur. Dans les sites d'urgence, ils peuvent intervenir à la demande de l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil, selon un protocole qu'ils définissent avec le service des urgences et qu'ils adressent à l'ARS, pour information.

- utiliser le financement attribué par l'ARS chaque année conformément aux missions définies à l'article 1 ;
- établir et transmettre à l'ARS au 31 mars de l'année N+1 un rapport d'activité, selon le modèle en annexe 1 et l'état récapitulatif des dépenses, selon le modèle en annexe 2, accompagné des documents comptables,
- justifier de tous documents, pièces ou informations relatives aux dépenses engagées à chaque demande de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,
- restituer sans délai les financements non utilisés,
- ne pas reverser tout ou partie du financement attribué à un tiers qui ne serait pas fournisseur ou prestataire de l'action financée.

Article 5- Le suivi de la convention

La convention fait l'objet d'un suivi annuel ayant pour objet de :

- sur l'aspect technique : suivre la réalisation des missions
- sur l'aspect financier : suivre la consommation des crédits à partir l'état récapitulatif des dépenses et de toutes pièces nécessaires au suivi de la consommation des crédits.

Article 6- La révision de la convention

A la demande du bénéficiaire ou de l'ARS, les dispositions de la convention pourront être modifiées par voie d'avenant.

La demande de modification fait l'objet d'une discussion et d'un accord formalisé par voie d'avenant portant sur l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte.

Article 7- La résiliation de la convention

La convention peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires.

Conformément aux dispositions de l'article R. 1435-33 du code de la santé publique, en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 du présent contrat, l'ARS adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

L'ARS peut procéder, le cas échéant, à la récupération des sommes indûment versées.

Article 8 : Durée de la convention

La présente convention prend effet au 1^{er} janvier 2016 et s'achève le 31-12-2017.

Fait à Bordeaux, en deux exemplaires originaux, le 07.12.2015

**Le Directeur général de l'ARS
d'Aquitaine**

Le Président de l'association,

Annexe 8 : Questionnaire initial utilisé lors de la phase de test

1/ Contexte

- Quel est votre âge ?
- Sexe : Féminin Masculin
- Lieu de vie ? (nom de la commune)
- Quelle est votre profession ?
- Avez-vous un médecin traitant déclaré ? oui non

2/ Concernant la consultation

- Date et heure de la consultation :
- Motif de la consultation :
- Mode d'entrée à la maison médicale :
 - Adressé par l'accueil des Urgences Adressé par le 15/médecin régulateur
 - Spontanément, par vous-même

- Comment jugeriez-vous la facilité d'accès à la MMG ?
 - Facile d'accès Difficile d'accès pour quelle(s) raison(s) ?
 - Bien indiquée Mal indiquée

- Est-ce la première fois que vous consultez à la maison médicale de garde ?
 - Oui Non
- **Si la réponse est oui**, pour quelle raison ?
 - Vous n'en avez jamais eu besoin jusqu'à aujourd'hui
 - Vous ne connaissiez pas son existence
 - Vos problèmes de santé nécessitaient une consultation aux urgences ou vous avez refusé de venir à la MMG
 - Vous êtes en vacances dans la région
- **Si la réponse est non**, en moyenne combien de fois êtes-vous déjà venu sur l'année précédente ?
 - Moins de 3 fois Entre 3 et 6 fois Plus de 6 fois

3/ A remplir à la sortie de la consultation

- Heure au moment du remplissage de cette deuxième partie :

- Comment qualifiez-vous le délai d'attente pour voir un médecin ?

Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant
Insatisfaisant Très insatisfaisant

- Est-ce que la consultation a permis de répondre à votre demande ?

Oui Non pour quelle(s) raison(s) ?

- Avez-vous réglé la consultation ? Oui Non (CMU ALD Autre)

- Si la réponse est oui, avez-vous réglé :

La totalité du paiement, le médecin ne vous a pas proposé le tiers payant

La totalité du paiement, le médecin vous a proposé le tiers payant mais vous avez refusé.

Uniquement la part mutuelle, le médecin vous a proposé le tiers payant

- Si vous avez réglé, le paiement partiel ou total constitue-t-il un frein à une nouvelle consultation à la MMG ? Oui Non

- Quelle est votre devenir suite à cette consultation ?

Retour à domicile Consultation nécessaire aux urgences

- Si vous aviez un problème en soirée ou le weekend, consulteriez-vous de nouveau à la MMG ?

Oui Non pour quelle(s) raison(s) ?

- Notez la satisfaction globale de votre venue à la MMG

Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait
Insatisfait Très insatisfait

- **Remarques et suggestions :**

Annexe 8 : Questionnaire distribué pour l'étude

Enquête sur la satisfaction des patients consultant à la maison médicale de garde de Libourne.

La Maison médicale de Garde (MMG) de Libourne a ouvert ses portes il y a maintenant 5 ans. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je souhaite évaluer votre satisfaction sur les consultations dont vous bénéficiez dans cette structure. L'objectif étant d'améliorer le fonctionnement de la MMG et de répondre au mieux à vos attentes.

Ce questionnaire est **totalemment anonyme** et destiné aux usagers majeurs de la Maison Médicale.

1/ Contexte

a) Age de la personne venant consulter :

b) Sexe : Féminin Masculin

c) Lieu de vie ? (nom de la commune)

d) Quelle est votre profession ?

e) Avez-vous un médecin traitant déclaré ? Oui Non

2/ Concernant la maison médicale de garde

a) Date et heure de l'arrivée à la maison médicale :

b) Motif de la consultation :

c) Mode d'entrée à la maison médicale :

Adressé par l'accueil des Urgences

Adressé par le 15/médecin régulateur

Spontanément, par vous-même

d) Comment jugeriez-vous la facilité d'accès à la MMG ?

Facile d'accès Difficile d'accès

Bien indiquée Mal indiquée

e) Est-ce la première fois que vous consultez à la maison médicale de garde ?

Oui Non

f) Si la réponse est oui, pour quelle raison ?

Vous n'en avez jamais eu besoin jusqu'à aujourd'hui

Vous ne connaissiez pas son existence

Vos problèmes de santé nécessitaient une consultation aux urgences ou vous avez refusé de venir à la MMG

Vous êtes en vacances dans la région

g) Si la réponse est non, en moyenne combien de fois êtes-vous déjà venu sur l'année précédente ?

Moins de 3 fois

Entre 3 et 6 fois

Plus de 6 fois

3/ A remplir à la sortie de la consultation

a) **Heure de sortie :**

b) Comment qualifiez-vous le délai d'attente pour voir un médecin ?

- Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant
 Insatisfaisant Très insatisfaisant

c) Est-ce que la consultation a permis de répondre à votre demande ?

- Oui Non : pour quelle(s) raison(s) ?

d) Avez-vous réglé la consultation ? Oui Non (CMU ALD Autre)

e) Si la réponse est oui, avez-vous réglé :

La **totalité** du paiement, le médecin ne vous a pas proposé le tiers payant ou vous l'avez refusé.

Uniquement la **part mutuelle**, le médecin vous a proposé le tiers payant

- Le **paiement** partiel ou total **constitue-t-il un frein** à une nouvelle consultation à la Maison médicale de garde ?

- Oui Non

f) Quelle est votre devenir suite à cette consultation ?

- Retour à domicile Consultation nécessaire aux urgences

g) Si vous aviez un problème en soirée ou le weekend, consulteriez-vous de nouveau à la MMG ?

- Oui Non : pour quelle(s) raison(s) ?

h) Notez la satisfaction globale de votre venue à la MMG

- Très satisfait Satisfait Moyennement satisfait
 Insatisfait Très insatisfait

- **Remarques et suggestions :**

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction

Depuis les années 2000, nous assistons à une évolution de la permanence des soins ambulatoire (PDSA). Pour répondre à une demande de soins non programmée tout en améliorant leurs conditions de travail, les médecins ont ressenti le besoin de se regrouper et les Maisons Médicales de Gardes (MMG), se sont développées.

Le 1^{er} Janvier 2015, la MMG de Libourne ouvre ses portes, mutualisant ainsi les territoires de garde de ce secteur.

Matériel et Méthode

Notre étude observationnelle descriptive, transversale de type quantitative avait pour objectif principal d'évaluer la satisfaction des patients ayant recours à la MMG de Libourne.

Un questionnaire anonyme, non standardisé, élaboré en s'inspirant de travaux antérieurs a été proposé aux patients consultants à la MMG du 4 au 13 novembre 2019. Les deux objectifs secondaires avaient pour but de dégager des pistes d'amélioration potentielle dans le fonctionnement de la MMG et dresser un bilan à 5 ans de son ouverture.

Résultat

Au total, 252 questionnaires ont été analysés. 92.1% des patients se disent très satisfaits ou satisfaits du service rendu et 86.5% sont très satisfaits ou satisfaits du temps passé à la MMG. Si une corrélation existe entre la satisfaction des patients et le temps passé à la MMG, aucune corrélation n'a été mise en évidence entre l'insatisfaction des patients et l'avance des frais de la consultation.

Dans les pistes d'amélioration, un système déterminant l'ordre de passage des patients est souhaité par un peu plus de 9% des participants.

Le bilan à 5 ans de l'ouverture est positif avec une bonne adaptabilité du dispositif et une accessibilité jugée positivement par 92.5% des patients.

Discussion

Cinq ans après son ouverture, la MMG de Libourne est un exemple de réussite de l'évolution de la PDSA avec la satisfaction de ses usagers mais également des médecins y participants. Elle devient en ce sens, un modèle pour le développement de structure similaire au niveau régional et national.

ABSTRACT

Libourne MMG : assessing the satisfaction of patients using this system

Introduction

Since the 2000s, we have seen an evolution of the Permanence of out patient Health Care (PDSA). To meet the unscheduled demand for health care while improving their work conditions, doctors felt the need to create a new association that would concentrate their accomplishment and objectives under one umbrella the MMGse group. January 1, 2015, the Libourne MMG opens its doors, pooling the area's custody territories and resources.

Material and Method

Our aim of the study was to assess the satisfaction of patients using Libourne MMG by descriptive and cross-sectional quantitative observational. An anonymous, non-standardized questionnaire based on previous thesis processes was offered to patients consulting at MMG between November 4 and November 13, 2019. The secondary objectives were intended to identify a 5-year review of the opening and to identify avenues for improvement in its operation.

Result

Analysis was carried out on 252 fully completed questionnaires. The study indicated 92.1% of patients say they are very satisfied or satisfied with the service rendered and 86.5% are very satisfied or satisfied with the time spent at the MMG. Analysis indicated a positive correlation between satisfaction and time spent at MMG, on the other hand, no correlation was found between dissatisfaction and advance consultation costs. In the potential improvement paths, a system determining the order of passage of patients is desired by more than 9% of participants. The 5-year check-up is positive with a good adaptability of the device and an accessibility judged positively by 92.5% of patients.

Discussion

5 years after its opening, the Libourne MMG is an example of the success of the evolution of the PDSA with the satisfaction of its users and the participating sector physicians. In this sense, it becomes a model for similar structural development at the regional and national level.

Mots clés : médecine générale, permanence des soins ambulatoires, secteurs, maison médicale de garde, territoire, satisfaction

Discipline : médecine générale