

UNIVERSITE DE LIMOGES



FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2007

THESE N° 3143 1A

PLACE DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE
DE LIMOGES
DANS LA PERMANENCE DES SOINS

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2007

par



Julien SOULLIER
né le 28 décembre 1976 à Limoges

Directeur de Thèse : Mme le Docteur Martine PREVOST

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Claude PIVA	– Président
M. le Professeur Jean-Marie BONNETBLANC	– Juge
M. le Professeur Alain VERGNENEGRE	– Juge
M. le Professeur Jean-Gabriel BUISSON	– Juge
Mme. le Docteur Martine PREVOST	– Directeur
M. le Docteur Pierre FAUCHERY	– Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : **Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX**

ASSESEURS : **Monsieur le Professeur Marc LASKAR**
 Monsieur le Professeur Denis VALLEIX
 Monsieur le Professeur PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS :

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S.)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S.)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE- OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S.)	DERMATOLOGIE- VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S.)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)	O.R.L.
BONNAUD François (C.S.)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S.)TRANSFUSION	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
CLAVERE Pierre (C.S.)	RADIOTHERAPIE

CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (C.S.)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S.)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (SUR 31.8.2009)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S.)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S.)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S.)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S.)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S.)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S.)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S.)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE

LASKAR Marc (C.S.)	CHIRURGIE THORACIQUE ET (C CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S.)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S.)	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
PILLEGAND Bernard (SUR 31.8.08)	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATHOLOGIE
PIVA Claude (SUR 31.8.08)	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (SUR 31.8.2010) (C.S.)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S.)	GASTROENTEROMOGIE ; HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre	O.R.L.
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES

TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S.)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNENEGRE Alain (C.S.)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S.)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S.)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S.)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S.)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS :

AUZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S.)	PHYSIOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE DU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
JULIA Annie	HEMATOLOGIE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
MOUNIER Marcelle	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE
PETIT Barbara	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PICARD Nicolas

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE

RONDELAUD Daniel

CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

VERGNE-SALLE Pascale

THERAPEUTIQUE

VINCENT François

PHYSIOLOGIE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES À MI-TEMPS :

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE À MI-TEMPS :

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

**A Monsieur le Président du Jury,
Monsieur le Professeur Claude PIVA,**

Professeur des Universités de Médecine Légale
Praticien hospitalier

A Monsieur le Professeur Jean-Marie BONNETBLANC,

Professeur des Universités de Dermatologie
Praticien hospitalier

A Monsieur le Professeur Alain VERGNENEGRE,

Professeur des Universités d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et
de la Prévention
Praticien hospitalier
Chef de service

A Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON,

Professeur associé de Médecine Générale

Malgré vos multiples
préoccupations vous m'avez
fait l'honneur de présider et
de juger ce travail.

Soyez assurés de mes
sentiments les plus
respectueux et de ma
profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Martine PREVOST,

Maître de Conférence associé de Médecine Générale

Tu as accepté de me diriger tout au long de ce travail, ta disponibilité, ta patience et ton énergie m'ont été très précieuses.

Je te prie d'accepter ma reconnaissance la plus sincère, ainsi que mon estime la plus profonde.

A Monsieur le Docteur Pierre FAUCHERY,

Médecin généraliste à Limoges
Président de l'association Domus Medica 87

Tu m'as ouvert les portes de la maison médicale, mais aussi celles de la maison de Meymac. Tu me fais également l'honneur d'être membre du jury de cette thèse.

Sois certain de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Gérard DUBOIS,

Maître de stage
Médecin généraliste à Chamboulive

A son épouse et ses enfants,

Vous m'avez accueilli cordialement dans votre foyer, et c'est avec vous que j'ai appris une médecine de terrain rigoureuse et passionnante.

Veillez trouver ici la manifestation de mon estime la plus grande, et le témoignage le plus sincère de ma gratitude.

A Catherine, qui m'a aidé, soutenu (et supporté) tout au long de ce travail,

tu m'es infiniment précieuse.

A Lucie et Maxime,

deux grains de sel qui ont changé ma vie.

A mes parents,

A ma sœur Aurélie,

A ma grand-mère,

A tous ceux qui me sont chers.

Je tiens à remercier particulièrement :

Sandra Yonnet sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé,

le Docteur Jean Decouty pour sa gentillesse et les précieuses informations qu'il m'a communiquées,

l'URCAM du Limousin pour leur aimable autorisation,

IMAGINE Editions, pour leurs conseils avisés.

Merci également à tous ceux qui m'ont soutenu,

Xav et Delphine, Guigui et Cricri, Damien et Hélène, Yo et Flo ... et les autres.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	16
INTRODUCTION	17

PREMIERE PARTIE : MAISONS MEDICALES DE GARDE ET PERMANENCE DES SOINS

1-	LES MAISONS MEDICALES DE GARDE	19
1.1-	Définition	19
1.2-	Historique des MMG	20
1.2.1-	Les facteurs ayant favorisé la désaffection des médecins à l'ancien système de permanence des soins	20
1.2.2-	L'organisation en MMG apparaît comme étant une des solutions	22
1.3-	Différents types de MMG	22
1.3.1-	Le type d'installation	22
1.3.2-	Horaires d'ouverture	23
1.3.3-	Modalités d'accès et activité	23
1.3.4-	Exemples de MMG	24
1.4-	Financements	25
1.4.1-	Généralités	25
1.4.2-	Le FAQSV	26
1.4.3-	Le cahier des charges des MMG	27
2-	ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU NIVEAU NATIONAL	29
2.1-	Définition	29

2.2- La PDS s'organise à plusieurs niveaux	29
2.2.1- Les tableaux de garde	29
2.2.2- La régulation médicale des appels téléphoniques	30
2.2.3- La sectorisation	30
2.2.4- Le CODAMUPS	31
2.3- Textes réglementaires	32
3- ORGANISATION DE LA PDS EN HAUTE-VIENNE ET FONCTIONNEMENT DE LA MMG DE LIMOGES	32
3.1- La PDS en Haute-Vienne	32
3.1.1- Historique	32
3.1.2- Sectorisation	34
3.1.3- CODAMUPS 87	35
3.1.4- Organisation de la PDS en Haute-Vienne	35
3.2- La MMG de Limoges	38
3.2.1- Description	38
3.2.2- Médecins participants et rémunération	38
3.2.3- Financement	39

<p>DEUXIEME PARTIE : EVALUATION DE LA MAISON MEDICALE DE LIMOGES</p>
--

1- EVALUATION INTERNE ANNUELLE	41
1.1- Objectifs	41
1.2- Méthode	41
1.3- Résultats	42

2-	EVALUATION EXTERNE REALISEE PAR L'ORS	45
2.1-	Objectifs	45
2.2-	Méthode	45
2.3-	Résultats	46
	2.3.1- Consultations et consultants	46
	2.3.2- Enquête auprès des médecins	49
	2.3.3- Enquête auprès des patients	50
3-	EVALUATION A PARTIR DE LA BASE DE DONNEES HELLODOC®	
3.1-	Objectifs	51
3.2-	Méthode	52
3.3-	Résultats	53
	3.3.1- Description de la base de données obtenue	53
	3.3.2- Activité de la MMG	53
	3.3.3- Caractéristiques des consultants	55
	3.3.4- Etude des pathologies rencontrées	58

<p>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION</p>
--

1-	SYNTHESE DES TROIS ETUDES	73
1.1-	Comparaison des données communes	73
	1.1.1- Concernant l'activité	73
	1.1.2- Concernant les patients	74
	1.1.3- Concernant les pathologies	74

1.2- Avantages et limites de chaque évaluation	75
1.2.1- Autoévaluation annuelle	75
1.2.2- Evaluation par l'ORS	75
1.2.3- Evaluation sur dossiers médicaux	76
2- PLACE DE LA MMG DANS LA PERMANENCE DES SOINS	76
2.1- Volume d'actes pendant la PDS	76
2.2- Conséquences sur l'activité des autres acteurs de la PDS	77
2.3- Modes et motifs de recours	78
2.4- Un gain de confort pour tous	85
3- L'AVENIR DES MMG ET DE LA PDS	85
3.1- Du FAQSV au FIQCS	85
3.2- La PDS de demain	86
CONCLUSION	89
BIBLIOGRAPHIE	90
ANNEXES	92

LISTE DES ABBREVIATIONS

AcBUS : Accord de Bon Usage des Soins
AMU : Aide Médicale Urgente
AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CCMU : Classification Commune des Malades des Urgences
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CIM : Classification Internationale des Maladies
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS : Comité d'Organisation Départemental de l'Aide Médicale
Urgente et de la Permanence des Soins
CODAMPP : Comité d'Organisation Départemental de l'Aide Médicale
Permanente à la Population
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DNDR : Dotation Nationale Des Réseaux
DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DREES : Direction de la Recherche de l'Evaluation des Etudes et des
Statistiques
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMF : Fédération des Médecins de France
FMMG : Fédération des maisons médicales de garde
HME : Hôpital Mère Enfant
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
MMG : Maison Médicale de Garde
MSA : Mutualité Sociale Agricole
MRS : Mission Régionale de Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PARM : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SOS : Save Our Souls
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Depuis plus de 30 ans la ville de Limoges dispose d'un système d'astreinte libérale, créé initialement par des acteurs locaux. En 1990, ces mêmes médecins participent à une expérimentation nationale qui intègre une régulation médicale libérale au Centre 15.

La démographie médicale évoluant ainsi que les mentalités, c'est lentement que l'intérêt pour les gardes diminue. C'est dans ce contexte que l'association SOS Médecins s'installe à Limoges en 2000.

Le malaise de la profession est réel et la tendance générale mène à un mouvement national de grève des gardes en 2002. Les différentes institutions s'intéressent alors au problème, et chacun cherche alors des solutions pour l'avenir. Plusieurs textes de loi sont votés pour définir une permanence des soins et des financements sont débloqués.

Le regroupement, amorcé par certains depuis plusieurs années, apparaît comme l'une des solutions et c'est alors que naissent de nombreuses maisons médicales de garde en France. C'est ainsi que, forts de leur expérience, les médecins de la ville de Limoges, déjà impliqués dans la permanence des soins, et avec le soutien logistique de l'Union Régionale des Médecins Libéraux puis de L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie, créent une maison médicale de garde au centre de la ville. Cette structure, gérée par l'association loi 1901 « Domus Medica », ouvre ses portes en juin 2003.

Trois ans plus tard, alors que les maisons médicales sont évaluées dans tout l'hexagone, le bilan est nécessaire afin de répondre à plusieurs questions :

- Quelle est la place de cette maison médicale dans l'organisation de la permanence des soins de Limoges ?
- A-t-elle atteint son objectif d'améliorer les conditions d'exercice des médecins ?

C'est dans ce sens, afin de compléter l'évaluation interne annuelle réalisée par l'association Domus Medica elle-même, que l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Limousin a demandé en 2006 à l'Observatoire Régional de la Santé d'évaluer la maison médicale de garde de Limoges. Parallèlement nous avons exploité les informations recueillies dans le logiciel médical utilisé par les médecins de cette structure afin de préciser certaines données épidémiologiques.

PREMIERE PARTIE :
MAISONS MEDICALES DE GARDE
ET PERMANENCE DES SOINS

1- LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

1.1- Définition

Nous prendrons comme définition d'une maison médicale de garde (MMG) celle de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés :

" C'est un lieu d'accueil physique des patients, qui lui sont adressés essentiellement par le centre de régulation libérale, pour une demande de soins non programmée. La permanence des soins est assurée par les médecins libéraux dans la MMG aux heures de fermeture des cabinets libéraux, de façon à rendre possible la continuité des soins. (...) Pour éviter toute confusion entre le recours à des soins de ville et des soins hospitaliers, les locaux de la MMG ne devront pas se confondre avec ceux d'un établissement de santé. Une seule exception à cette règle peut être envisagée : le cadre de l'hôpital local, lieu d'exercice des médecins libéraux. La MMG sera un lieu de soins différent des cabinets d'exercice habituels des médecins intervenants".

Cette définition peut paraître un peu floue mais elle reflète bien la réalité, en effet l'organisation de chaque MMG est très variable et dépend essentiellement de son environnement. Il en résulte une très grande diversité, rendant difficile l'établissement d'une MMG « type ».

Aujourd'hui, des maisons médicales se développent sur l'ensemble du territoire. Elles répondent à l'évolution des pratiques des médecins libéraux.

Les maisons médicales existantes sont très hétérogènes en termes de modalités de fonctionnement. Certaines ont pour objectif d'être complémentaires du service des urgences, d'autres constituent une modalité d'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux, voire un mode d'exercice de la médecine générale.

1.2- Historique des MMG

Bien que les premières MMG semblent apparaître dès l'année 2000, le vrai succès de ces structures éclate en 2002 lors de la grève des gardes qui secoue le monde de la médecine libérale. Cette grève cristallise des problèmes multiples liés à la fois à l'évolution de la démographie médicale et à un certain glissement de la société vers un mode d'utilisation consumériste des soins, ainsi qu'à une accentuation du sentiment d'insécurité générale.

1.2.1- Les facteurs ayant favorisé la désaffection des médecins à l'ancien système de permanence des soins

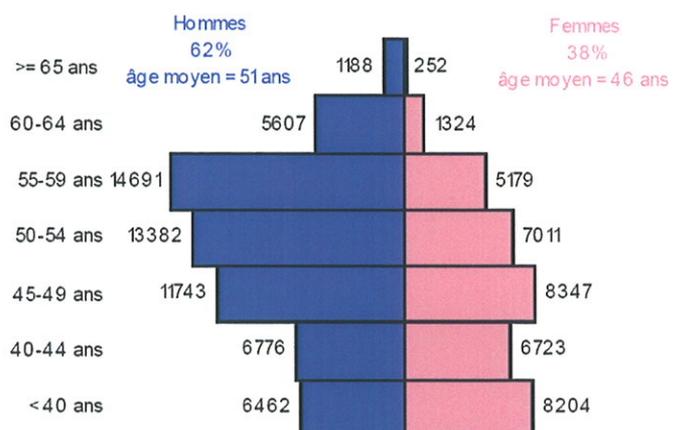
- une démographie médicale en pleine mutation :

La population des médecins généralistes français est aujourd'hui caractérisée par son vieillissement et sa féminisation, même si la baisse de la densité des médecins généralistes paraît moins prononcée que celle des médecins spécialistes.

Actuellement, la France compte 96 889 médecins généralistes. L'âge moyen des médecins hommes est de 51 ans et celui des femmes 46 ans. La féminisation est de 38%, atteignant 56% pour les moins de 40 ans. Les médecins généralistes libéraux représentent 60% des médecins généralistes actifs et sont majoritairement des hommes. L'activité salariée ou hospitalière concerne 30% des généralistes et est exercée principalement par des femmes [1].

La densité médicale en France est de 151 médecins généralistes pour 100 000 habitants, très variable d'un département à l'autre, avec une césure nord/sud franche. Le Limousin appartient aux régions de forte densité médicale, et ce de manière durable jusqu'en 2025 avec un taux de 20% supérieur à la moyenne nationale selon la DRESS [2].

Graphique : Pyramide des âges des médecins généralistes (CNOM 2007)



Mais ce sont surtout la réduction du temps de travail et le report de l'installation de plus en plus tardive, qui stigmatisent une aspiration assez générale des médecins généralistes à l'amélioration de leur qualité de vie et de travail, l'image du médecin « corvéable à merci » semblant devenir une image du passé [3].

- L'évolution du mode de recours au système de soin :

L'évolution s'est faite vers un mode consumériste, dont le recours croissant aux services d'urgences hospitaliers est un bon témoin : + 43% entre 1990 et 1998, avec de plus en plus de recours directs dans trois quart des cas.

Parmi ces patients, 15% sont classés CCMU I (retournés à leur domicile sans exploration complémentaire ou soins), et relèvent alors parfaitement d'une consultation de médecine générale. Les taux d'hospitalisation restent stables à 20%, l'augmentation se portant sur les retours au domicile.

Le nombre de passages aux urgences hospitalières est, pour une part, lié à l'organisation de la permanence des soins (PDS), y compris en ville. L'enquête réalisée par la DREES montre que si 87% des usagers ont un médecin traitant, seul 23% ont cherché à le contacter avant de se présenter aux urgences.

Il est donc souhaitable qu'une démarche soit entreprise en vue de replacer le patient dans l'offre de soins assurée par les médecins de ville. [4]

De même, le nombre d'appels vers les centres 15 a été multiplié par 3 en dix ans, et depuis 1991 la croissance est de 10% par an.

- L'insécurité :

Les médecins n'échappent pas à la règle, surtout en exercice urbain, bien que les communes rurales aussi puissent être touchées. L'Ordre des Médecins a d'ailleurs décidé d'observer le phénomène depuis 2003 : les déclarations ont été légions et on peut le comprendre à une époque où les services d'urgences cloisonnent leurs entrées pour diminuer le nombre d'agressions du personnel soignant [5].

Pour 2006, l'observatoire de l'Ordre des Médecins [6] révèle 518 incidents signalés, 312 émanant de médecins généralistes, dont 39 % relèvent de l'agression verbale, 29 %, de vols ou tentatives de vol, 14 %, d'agressions physiques, 10 %, de vandalisme, et 5 %, de menaces ou lettres anonymes. La plupart des incidents surviennent en milieu urbain (80%). Les motifs sont variés : un temps d'attente jugé excessif (12%), un refus de prescription (5%), un reproche relatif à un traitement (5%), un refus d'arrêt de travail (5%), une décision médicale contestée (4%), pas de motif déclaré (28%).

On peut comprendre que dans ce contexte, l'appréhension voire le refus de certains médecins de participer à la PDS classique (activité de visite).

Même si le concept de MMG n'est pas la panacée, ce système permet dans une certaine mesure de sécuriser le lieu de travail, surtout quand un personnel d'accueil voire un vigile, est présent pendant la garde.

1.2.2- L'organisation en MMG apparaît comme étant une des solutions

-une escalade d'ouvertures :

Depuis janvier 2002, le financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), géré par les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), vers les actions de permanence des soins est autorisé. Les créations de structures s'accélèrent alors, avec 35 projets financés en 2002, 38 en 2003, 42 en 2004 pour un total de 82 MMG en France.

Actuellement il y a 198 MMG en fonctionnement sur le territoire selon le rapport Grall [7] , 300 selon la fédération des MMG. Le FAQSV déclare 114 MMG financées fin 2006 [8]. Cette disparité des chiffres s'explique surtout par la grande variabilité des types de financement de MMG et des critères considérés par chaque organisme pour les qualifier.

-mais aussi quelques fermetures :

Plusieurs MMG ont été obligées de fermer leur porte, essentiellement pour des problèmes de rentabilité, ce qui pose la question de leur financement et de l'utilité de certains projets. Depuis 2003, seulement 5 fermetures seraient intervenues.

Actuellement plusieurs MMG menacent de mettre la clé sous la porte car suspendues aux attentes de financement du FAQSV, comme c'est le cas en Rhône-Alpes. Parfois la suspension des crédits du FAQSV ne signifie pas toujours la fermeture comme le montre le cas de la MMG de Fougères qui déménage dans une caravane en attendant l'obtention d'un local au sein de l'hôpital du secteur [9].

1.3- Les différents types de MMG

1.3.1- Le type d'installation

Pour 2/3, les MMG sont installées dans un établissement de santé ou médico-social. L'autre tiers des MMG est isolé soit en milieu urbain (26%), soit en milieu rural (12%). Pour les MMG rurales, la distance moyenne à parcourir est de 20 à 25 km [7].

1.3.2- Horaires d'ouverture

La grande majorité des MMG calquent leurs horaires sur ceux de la PDS hors nuit profonde (minuit à 8 heures du matin), soit un horaire d'ouverture de 20 h à minuit en semaine, de 14 h à minuit le samedi, et de 8 h à minuit le dimanche et les jours fériés.

Le samedi après-midi va bientôt être considéré comme une plage possible de la PDS dès que la circulaire d'application sera établie. Il l'est déjà en pratique par les médecins de garde, les régulateurs et les MMG qui couvrent cette plage horaire du samedi après-midi.

Pendant certaines MMG ont adopté des horaires plus larges en semaine, avec ouverture à 18h00 ou prolongée en nuit profonde (Rhône-Alpes et sud de la France), alors que d'autres ont une activité restreinte au week-end (cas de certaines MMG exclusivement d'accès régulé par le 15).

1.3.3- Modalités d'accès et activité

Les MMG ayant une régulation préalable à leur accès ont une activité parfois plus faible que les MMG fonctionnant en accès direct. La plupart des MMG a un accès régulé, mais l'accès direct reste possible avec une part parfois importante des actes allant de 27 à 79%.

A Rouen, l'accès se fait seulement après régulation, et une cabine téléphonique a été installée à l'entrée pour les patients se présentant directement à la MMG.

Le point commun à toutes les MMG est leur activité de week-end qui représente 70 à 80% de l'activité totale, ainsi qu'une activité très faible en milieu de nuit, quelque soit le type d'accès.

Pour les Centres d'Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) régulés des pays de Loire, on a en moyenne sur ces secteurs ruraux :

20h-24h : 4 actes pour 100 000 habitants

00h-8h : <1 acte pour 100 000 hab.

Week-end : 50 actes pour 100 000 hab.

Les données d'évaluation du FAQSV d'Ile de France montrent pour leur 5 MMG dont le bassin de population estimé moyen est de 105 000 habitants :

20h-24h : 3,51 actes par MMG

samedi : 12,72 actes par MMG

dimanche : 22,71 actes par MMG

1.3.4- Exemples de MMG [10]:

MMG de Mâcon :

Située dans l'hôpital, elle partage sa secrétaire avec le Service d'Accueil des Urgences (SAU). Les frais de matériel sont supportés par le CH de Mâcon.

Maison de santé de Roubaix :

Située face à l'hôpital, alors qu'elle était installée antérieurement dans un quartier populaire, elle regroupe 30 médecins, infirmiers et travailleurs sociaux. Les médecins sont rémunérés sur la base d'une vacation hospitalière.

Domus Medica du Havre :

161 médecins y participent (la quasi-totalité des médecins du secteur), et sont propriétaires du local, situé à distance de l'hôpital. L'ouverture est calquée sur les horaires de PDS hors nuit profonde avec, en plus, une garde permanente de 40 médecins sur régulation par le centre 15. La rémunération se fait à l'acte avec rétrocession d'une partie des honoraires. C'est l'une des plus anciennes MMG.

Centre d'accueil et de répartition libérale des soins non programmés de Rennes :

Ouvert depuis juin 2001, le local est indépendant de l'hôpital, loué à la commune. 72 médecins y participent et sont rémunérés à 2,5 C par heure en plus du paiement à l'acte. Le standard est assuré par une douzaine d'étudiants en médecine, et les horaires d'ouverture sont ceux de la PDS élargis au samedi matin. Un ou deux médecins généralistes y assurent une permanence. Le FAQSV finance le centre avec une participation des médecins qui reversent leurs majorations de nuit et de week-end.

MMG de Gap

Ouverte en juillet 2001, elle fonctionne 24 h / 24 et 56 médecins sur les 60 du secteur y participent. Deux médecins assurent une permanence l'un en consultation, l'autre en visite. Le plateau technique est assuré par une clinique adjacente. La rémunération est à l'acte avec rétrocession de 5% à l'association. Le règlement de la consultation peut se faire par tiers payant sur la part obligatoire.

MMG d'Alès :

Ouverte depuis mai 2002, elle est financée par le FAQSV, et son accès régulé par le centre 15. 30 médecins sur 60 y participent, sur les horaires de PDS.

MMG de Istres :

Elle est ouverte le week-end et les jours fériés seulement. Son financement est assuré uniquement par la ville et des partenaires privés.

MMG de Sancerre :

Créée en janvier 2004, elle est accessible après régulation par le centre 15 du samedi midi au lundi matin. 13 médecins y participent sous forme d'astreinte et sont rémunérés à l'acte. Le FAQSV est le financeur.

Service d'accueil médical initial de Vincennes :

Son ouverture date d'avril 2002. 88 sur 90 médecins y participent de 20 h à 23 h 45 tous les jours. La régulation est faite par le centre 15 et les locaux se situent dans le centre social de la mairie. Le financement est réalisé par les trois communes impliquées.

1.4- Financement

1.4.1- Généralités

Le financement des MMG est très hétérogène [7] : 70% reçoivent un financement du FAQSV, 30% sont exclusivement financées par un établissement de santé. Les médecins participent de manière variable (10% des honoraires, par exemple) pour la moitié des MMG.

Les collectivités territoriales sont souvent peu engagées, avec quelques exceptions pour les villes de Lyon, Vénissieux, Villefranche, et d'autres villes dont les mairies ont été de solides partenaires des associations. On note aussi des subventions des Conseils généraux et régionaux.

Les budgets de fonctionnement ont également une grande amplitude selon les MMG : c'est surtout le type d'implantation (au sein d'un établissement médico-social ou indépendant) et les frais de personnel qui conditionnent le budget d'une MMG.

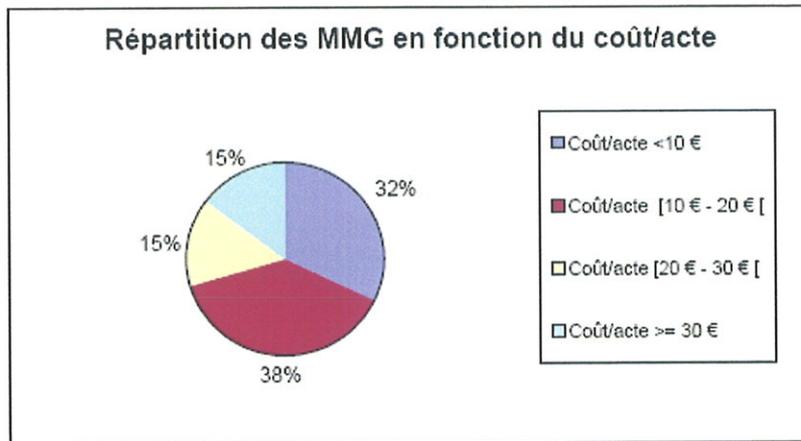
Par exemple :

- les CAPS des Pays de Loire ont un budget moyen annuel de 15 000 €. Ces structures sont dans un établissement de santé et n'emploient pas de personnel.

- en Languedoc à Lunel, le budget annuel frôle les 250 000 €.

Le budget annuel moyen d'une MMG varie en général de 50 000 à 100 000 €.

Le coût à l'acte, utilisé par le FAQSV pour étudier la rentabilité des MMG est distribué selon le schéma suivant :



1.4.2- Le FAQSV

Il est clairement défini par le décret du 12 novembre 1999 [11] :

« Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés par l'article 25 de la loi du 23 décembre 1998 susvisée, participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'actions concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

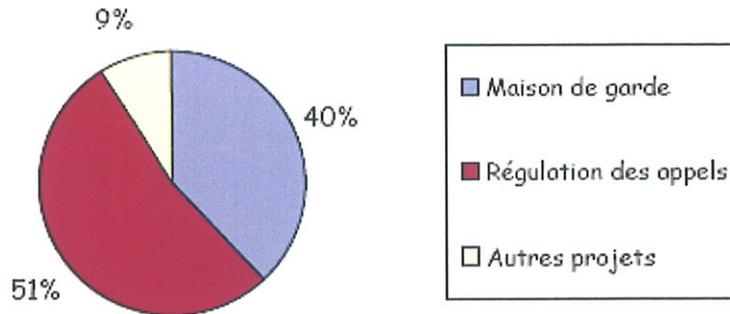
Le fonds peut financer notamment les dépenses d'équipement des professionnels de santé ou de regroupements de ces professionnels ainsi que les dépenses d'étude et de recherche menées pour leur compte ».

Initialement prévu pour une durée de 5 ans, ce fonds a été reconduit par chaque loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2007, la dotation annuelle du FAQSV a été fixée à 178 millions d'euros et le plafond de dépenses à 195 millions d'euros.

Au total 20 073 407 € ont été consacrés à la permanence des soins en 2005, soit 47 % des aides allouées en 2005 par les bureaux régionaux du FAQSV, contre environ 25% en 2002.

Les aides accordées aux expérimentations de maisons médicales de garde s'élèvent quant à elles à 8 481 475 € [12].

Répartition des aides allouées par type de projets



L'existence du FAQSV a récemment été remise en cause par plusieurs rapports dont celui de l'IGAS [13], notamment pour la lourdeur du processus de financement et pour le manque de lisibilité sur le long terme nécessaire à la gestion des MMG.

Le FAQSV qui avait plutôt vocation de financeur de projet à titre expérimental, et dont le renouvellement était annuel, disparaîtrait au profit du FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins). Ce fonds serait le résultat de la fusion du FAQSV avec la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR). Il financerait à la fois les réseaux de santé, les maisons médicales de garde, le déploiement du dossier médical personnel, les actions et les structures mises en place pour lutter contre la désertification médicale de certaines zones.

Ce FIQCS serait doté de près de 350 millions d'euros en 2007, et permettrait un financement quinquennal des MMG, répondant ainsi à la demande de la Fédération des MMG (FMMG) :

« Le financement des MMG doit être assuré par un fonds qui ne soit pas aléatoire, mais qui soit une enveloppe dédiée aux MMG, indépendantes des aléas politiques, durable, et qui prenne en compte leurs besoins... »

1.4.3- Le cahier des charges des MMG [14]

- concernant l'organisation :

L'existence et le mode de fonctionnement de la maison de garde doivent s'inscrire dans l'organisation de la permanence des soins définie par le cahier des charges départemental, en cohérence avec le découpage sectoriel arrêté.

Le médecin exerçant au sein de la maison médicale de garde peut prétendre, pour la seule garde de la première partie de nuit, à la perception du forfait d'astreinte correspondant. « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU ». L'accès à la maison de garde ne doit pas se faire directement conformément à l'article 2 du décret du 07 avril 05 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

Le temps maximal de déplacement du patient vers la maison de garde ne devrait pas dépasser 45 minutes. Quant à la fréquence des gardes, il serait souhaitable qu'elle n'excède pas un jour par semaine et un week-end par mois, en privilégiant la participation la plus large possible des médecins libéraux du secteur et en limitant le recours aux médecins remplaçants.

- pour les zones rurales :

En ce qui concerne ces zones et en particulier pour celles qui sont déficitaires ou fragilisées du point de vue de l'offre de soins, les dispositifs expérimentaux doivent être privilégiés.

La garde pourra être articulée avec un hôpital local, et les médecins libéraux pourront exercer sur des sites différents de leur lieu d'exercice habituel (décret du 17 mai 2005). Les cabinets de groupes et maisons de santé pourront également tenir lieu de MMG, avec possibilité d'aides venant de l'URCAM ou des collectivités territoriales.

- à propos du financement :

Le cahier des charges met l'accent sur un financement multiple dès que certaines dépenses ne relèvent pas de l'assurance maladie. La rémunération des médecins participants ne doit se faire que dans le cadre conventionnel, excluant toute rémunération spécifique par le FAQSV.

Le FAQSV pourra cependant financer les charges de fonctionnement, le petit matériel, certains types de personnel d'accueil ou administratif. Les moyens d'évaluation peuvent également être à la charge du FAQSV. Les autres dépenses telles que le loyer, les actions d'information de la population, ou la présence d'un vigile devront solliciter l'aide d'autres financeurs tels que les collectivités territoriales.

- évaluation :

Afin de mesurer l'apport d'une MMG sur l'organisation de la PDS de son secteur, celle-ci doit être régulièrement évaluée, et de préférence par un organisme indépendant. Une évaluation correcte doit porter sur le fonctionnement de la MMG, notamment son activité en fonction des jours et

des plages horaires, la zone d'attraction, le profil du patient, la nature des pathologies, le parcours du patient avec le mode d'accès puis son orientation à la sortie, et enfin la participation des médecins et des autres professionnels de santé éventuellement impliqués.

Au final les résultats sont appréciés par la satisfaction des usagers, l'impact de la création sur l'évolution du nombre total de consultations et de visites pendant les périodes de PDS, la comparaison de l'activité du médecin de permanence avec l'évolution des actes des praticiens intervenant éventuellement hors du dispositif de permanence des soins, et enfin, l'impact de la MMG sur son environnement et sur les autres modes de recours aux soins.

2- ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AU NIVEAU NATIONAL

2.1- Définition

Notion plusieurs fois remaniée, la PDS est actuellement qualifiée de mission de service public, à laquelle les médecins libéraux sont appelés à participer. La PDS est à bien différencier de l'Aide Médicale Urgente (AMU) et de la continuité des soins, même si ces différentes notions sont parfois intriquées.

Suite aux travaux effectués par le sénateur DESCOURS [15], et selon le décret du 15 septembre 2003, « La permanence des soins en médecine ambulatoire (...) est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres. » [16].

2.2- La PDS s'organise à plusieurs niveaux

2.2.1- Les tableaux de garde

Un tableau départemental nominatif des médecins de permanence, composé de l'ensemble des tableaux de secteurs, est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Leurs coordonnées, régulièrement mise à jour, doivent être annexées au tableau et permettre d'identifier le médecin de permanence sur chaque secteur.

Une association peut être inscrite au tableau départemental de permanence, sans avoir à préciser le nom du médecin dévolu à la

permanence des soins, sous réserve d'une transmission préalable de la liste nominative des médecins participants.

Le tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le Conseil Départemental, le tableau est transmis au Préfet, au SAMU, aux médecins concernés, et aux Caisses d'assurance maladie.

La participation à la PDS se fait donc sur la base du volontariat. Toutefois en cas d'insuffisance de médecins volontaires, l'Ordre Départemental des Médecins doit s'efforcer de compléter les tableaux de garde et si nécessaire saisir le Préfet qui procède alors aux réquisitions nécessaires. Le recours à la réquisition doit tenir compte de la démographie médicale sur le département. Les réquisitions sont systématiques si le secteur comporte suffisamment de médecins, mais si le nombre de réquisitions est trop élevé, une révision de la sectorisation doit alors être envisagée.

2.2.2- La régulation médicale des appels téléphoniques

L'accès au praticien de garde est régulé par le Centre 15 ou par un centre d'appel d'une association de PDS interconnecté avec le Centre 15. C'est un élément central du dispositif de la permanence des soins.

Le standard téléphonique du Centre 15 est tenu par des Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM), spécialement formés pour répondre aux appels des patients. Le PARM oriente ensuite l'appel vers un médecin régulateur du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), ou vers un médecin régulateur généraliste, selon le motif d'appel.

Cela permet d'apporter une réponse adaptée et graduée pouvant aller du simple conseil téléphonique à l'intervention d'une équipe du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Cette régulation s'organise au niveau départemental, et sur les périodes définies de permanence de soin en incluant les médecins libéraux. Un renforcement de cette participation peut être organisé en cas de circonstances exceptionnelles.

Toutefois, le médecin de garde peut continuer, s'il le souhaite, à recevoir des appels directs et à apporter aux patients les soins nécessaires.

2.2.3-La sectorisation

Les départements sont découpés en secteurs géographiques, le secteur étant la zone d'action du médecin de garde. La sectorisation doit être simple et

lisible pour l'ensemble des acteurs et respecter les règles de sécurité tant pour les patients que pour les médecins, en terme d'accès et de délai de réponse.

Elle tient compte du nombre de médecins disponibles et peut être adaptée selon les besoins liés à des variations d'activité.

Depuis la circulaire du 15 juillet 2002, une nouvelle sectorisation s'est progressivement mise en place dans le but de diminuer le nombre de secteurs de garde et d'effectuer, si nécessaire, une mutualisation des secteurs lors des périodes de faible activité (nuit profonde).

L'acte de soin peut être réalisé au domicile du patient, au cabinet du médecin, dans un centre de santé, dans un point de garde ou dans une maison médicale de garde. Il peut également s'agir d'actes médico-légaux tels qu'un certificat de décès ou d'hospitalisation à la demande d'un tiers.

En pratique, l'organisation sur le terrain est très variable, pouvant parfois aller de l'absence de médecin de garde sur certaines périodes à une véritable « suroffre » dans certains départements ou agglomérations avec peu de clarté pour l'usager. L'annexe 9 du rapport de l'IGAS reflète une petite partie des problèmes organisationnels de terrain [17].

2.2.4- Le CODAMUPS

La PDS s'organise essentiellement au niveau départemental, par le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), qui évalue les besoins locaux en lien avec les établissements de santé, et donne son avis sur la sectorisation au Préfet.

Ce comité est composé de plusieurs acteurs de la santé :

- le Préfet ou son représentant présidant le comité
- le Directeur et le médecin Inspecteur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS)
- le Directeur de l'Agence régionale d'Hospitalisation (ARH)
- le Directeur et le médecin Chef du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS)
- des conseillers généraux
- un médecin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- un médecin conseil
- un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM)
- un représentant de la Mutualité Sociale Agricole (MSA)
- un représentant de l'URCAM
- un médecin de l'URML

- un représentant de chaque organisation syndicale de médecins libéraux représentative au niveau national
- un représentant de chaque association de permanence des soins intervenant au niveau départemental
 - deux praticiens hospitaliers urgentistes
 - un représentant des médecins exerçant dans les services d'urgences des établissements privés
 - un représentant des transporteurs sanitaires
 - un représentant des usagers

Le Préfet établit également un cahier des charges après avis du CODAMUPS. Ce cahier départemental fixe l'organisation de la PDS ainsi que les modalités dérogeant au modèle national, mais aussi le suivi et l'évaluation du dispositif, ainsi que le recueil et le suivi des incidents.

2.3-Textes réglementaires

Le nouveau dispositif de PDS en médecine ambulatoire est issu des dispositions des décrets du 15 septembre 2003 (2003-880 fixant les modalités d'organisation de la PDS et 2003-881 modifiant l'article 77 du code de déontologie médicale), du 7 avril 2005 (2005-328 sur la régulation et la participation des médecins), et des stipulations de l'avenant n°4 à la convention nationale des médecins. Le décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique assouplit encore l'application au niveau départemental.

3- ORGANISATION DE LA PDS EN HAUTE-VIENNE ET FONCTIONNEMENT DE LA MMG DE LIMOGES

3.1- La PDS en Haute-Vienne

3.1.1- Historique

Un système assurant la permanence des soins existait en Haute-Vienne bien avant sa définition actuelle dans un cadre national.

En 1977, le syndicat des médecins de la Haute-Vienne et le syndicat de l'hospitalisation privée ont créé, en accord avec le Conseil de l'Ordre, deux associations libérales d'urgences médicales : l'association de la médecine d'urgence de la ville de Limoges et l'association de la médecine d'urgence rurale de la Haute-Vienne. Il existait alors un numéro téléphonique permettant de joindre un médecin d'astreinte 24h sur 24h et 7 jours sur 7. Les cliniques

privées fournissaient le standard téléphonique en effectuant un roulement (annexe 1).

Environ 10 ans plus tard, la loi du 6 janvier 1986 concernant l' Aide Médicale Urgente (AMU) a permis de clarifier le rôle des différents intervenants du système de santé et a jeté les bases du système de permanence des soins tel que nous le connaissons à ce jour. En juillet 1987, la signature de la Convention Nationale entre les Caisses d'Assurance Maladie et les syndicats médicaux autorisait l'expérimentation pour 18 mois de la participation des médecins libéraux à l'AMU, qui intègre alors des médecins généralistes libéraux aux régulateurs des Centres 15. Cette expérimentation devait être menée initialement sur 17 départements, mais ce ne sont finalement que 6 départements, dont la Haute-Vienne, qui seront concernés. Il faut souligner que le Dr MOUVEROUX, à l'époque membre du Bureau National du syndicat FMF, avait défendu les intérêts du département dans ce dossier. A noter aussi également la bonne volonté de la direction du CHRU DUPUYTREN, incarnée par M. Serge FONTARENSKY, qui était particulièrement intéressé par cette collaboration entre la médecine libérale et hospitalière (annexe 2).

C'est donc deux ans et demi plus tard, le premier juin 1990, que le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) de la Haute-Vienne devient opérationnel et que l'association Urgence Médecins 87 est créée par la fusion des anciennes associations. Un léger glissement s'opère du secteur privé vers le secteur public puisque les locaux de permanence téléphonique sont installés au SAMU et non plus dans les cliniques de Limoges. Le « 15 » ne devient numéro d'appel unique du CRRA qu'en mars 1991, après une campagne d'information de la population.

La rémunération des médecins régulateurs libéraux était de 3 C par heure (25% des honoraires étaient reversés au CHRU), et ceux-ci étaient présents 24h sur 24 et 7 jours sur 7, sauf sur la période d'avril à septembre 1992 où, suite à une directive du Ministère des Affaires Sociales, la durée de la régulation avait été ramenée à 12h en semaine et 17h les dimanches et jours fériés. Initialement, 30 médecins libéraux participaient à la régulation des appels et 48 médecins assuraient les astreintes de la ville de Limoges.

Le fonctionnement de ce système donnait satisfaction. En 1994 l'IGAS avait d'ailleurs émis un rapport favorable sur cette expérimentation, largement répercuté dans la presse professionnelle [18]. Mais en 1998, le Dr MOUVEROUX, en tant que Président du Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne, faisait part de son inquiétude devant une tendance à la baisse du nombre de médecins d'astreinte, surtout pour les périodes nocturnes, puisqu'il n'y avait plus que 32 médecins participants sur le secteur de Limoges. C'est dans ce contexte que l'association SOS médecin s'implante sur la ville en 2000. Fonctionnant au départ en parallèle de l'association urgence médecin

87, l'association SOS Médecin s'intègre finalement au tableau des gardes du secteur de Limoges. Elle permet ainsi de soulager une partie de la charge des médecins participant aux astreintes et également d'apaiser les tensions liées à son installation.

En 2002, la loi de financement de la sécurité sociale permet l'extension du FAQSV vers les actions d'amélioration de la PDS, notamment les MMG. L'association Domus Medica 87, présidée par le Dr Pierre FAUCHERY, œuvre alors pendant un an afin de préparer matériellement l'ouverture de la MMG et d'obtenir un financement par l'URCAM. Elle obtient également l'aide financière initiale de l'URML du Limousin. C'est en juin 2003 que la maison médicale de garde de Limoges ouvre enfin ses portes.

Dernièrement, c'est avec les décrets du 15 septembre 2003 et du 7 avril 2005 qui fixent respectivement les périodes définissant la PDS et la régulation préalable à l'accès au médecin d'astreinte, que la garde permanente disparaît au profit du système actuel calqué sur les horaires légaux de la PDS.

3.1.2-Sectorisation

Actuellement, la Haute-Vienne compte une trentaine de secteurs de garde (annexe 3). Les plus vastes sont les secteurs ruraux, et les secteurs limitrophes de Limoges sont plus réduits. Le nombre de secteurs a diminué depuis la dernière sectorisation (40 secteurs), essentiellement par le fait du regroupement des secteurs ruraux. Il est à noter que l'avenant n°4 à la Convention Nationale et le décret du 7 avril 2005 prévoient une mutualisation des secteurs en nuit profonde et dans les zones sous médicalisées. Ce n'est pas encore le cas en Haute-Vienne.

Sur la ville de Limoges il y a 2 secteurs en permanence, le nombre de secteurs pouvant doubler en cas de situation particulière (épisode épidémique par exemple).

3.1.3- CODAMUPS 87

Lors de sa dernière réunion le 10 novembre 2005, le CODAMUPS a adopté le nouveau mode d'organisation des gardes ainsi que le cahier des charges. La nouvelle sectorisation a été fixée, ainsi que la rémunération au forfait du médecin d'astreinte, MMG exclue. Concernant la régulation libérale, les postes de régulation ont été doublés sur les périodes sensibles du point de vue de la densité des appels au 15. Il y a donc 2 médecins régulateurs les samedis après-midi, ainsi que les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h depuis cette réunion.

3.1.4- Organisation de la PDS en Haute-Vienne

On peut en lister ses différents acteurs de la façon suivante:

- Régulateurs du Centre 15 :

- Les régulateurs du SAMU sont des médecins hospitaliers (médecins urgentistes du SAMU et autres praticiens hospitaliers volontaires anesthésistes réanimateurs). Ils régulent les urgences vitales à domicile et les patients sur la voie publique (Accident ou malaise sur la voie publique, etc...)

- Les régulateurs libéraux sont des médecins généralistes installés en cabinet de ville ayant une expérience professionnelle dans le champ d'exercice de la médecine générale et dans le champ de la PDS. Ils régulent tous les appels qui ne concernent pas l'activité de régulation de leurs confrères hospitaliers.

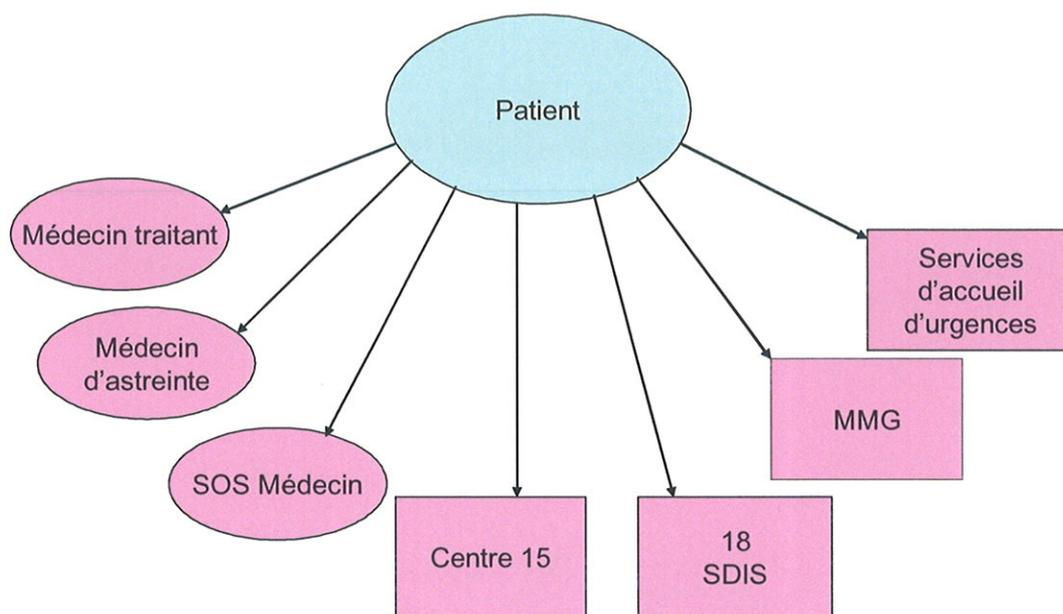
- Effecteurs :

- médecins généralistes d'astreinte sur un secteur,
- médecins généralistes de la MMG,
- médecins urgentistes de SOS Médecin.
- équipes médicalisées du SMUR,
- pompiers et médecins pompiers,
- ambulanciers privés.

- Services de prise en charge des urgences :

- SAU du CHRU et de l'HME,
- Accueil des services d'urgences des hôpitaux de St Yrieix, St Junien et de la Clinique Chénieux.

Schématiquement, un patient ayant une demande médicale ou une demande de soins non programmée lors des plages horaires de la PDS peut s'adresser aux effecteurs ou aux structures suivantes :



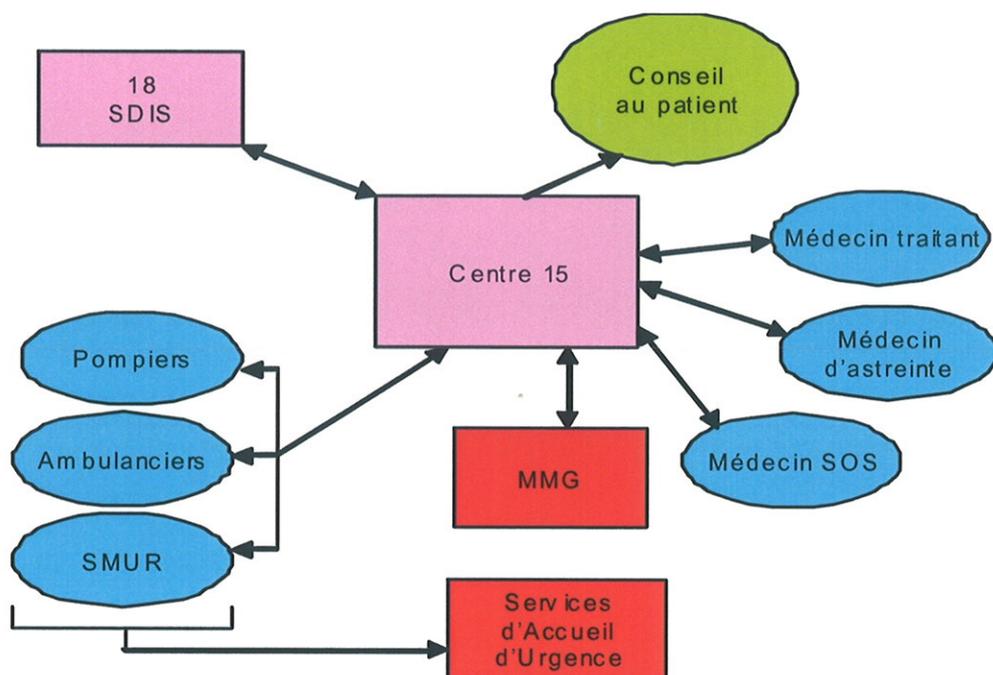
Actuellement, les patients de la Haute-Vienne ont un large choix pour répondre à leurs demandes de soins non programmés. Ils peuvent téléphoner au Centre 15, mais également appeler leur médecin traitant ou le médecin d'astreinte directement (si ces derniers désirent rester joignables par le biais d'un renvoi d'appel, par exemple), ou le standard de SOS Médecins.

Ils peuvent aussi se rendre directement à la MMG ou bien dans un service d'urgence.

Il faut préciser que SOS médecins et la MMG ne sont disponibles que pour les patients de l'agglomération de Limoges.

Certains patients appellent directement le 18 qui organise alors une interconnexion avec le Centre 15.

Le schéma suivant explicite le fonctionnement du Centre 15 et les interactions possibles entre les différents acteurs de la PDS :



Suivant le problème exposé par le patient ou par un tiers, et après un interrogatoire médical, l'appel au Centre 15 est suivi :

- soit d'un conseil téléphonique
- soit d'une consultation dans les différentes structures possibles
- soit d'une visite au domicile du patient par un médecin généraliste
- soit d'une intervention d'une équipe médicalisée du SMUR
- soit d'un transport non médicalisé vers une structure de prise en charge des urgences
- soit d'un transport par une équipe de sapeurs pompiers

La prise en charge du patient se fait parfois en deux temps. En effet le médecin libéral peut re-contacter le Centre 15, si l'état du patient le nécessite, pour demander une intervention du SMUR ou un transport non médicalisé vers un service d'urgence. A noter que le médecin traitant n'est en principe joignable que lors des horaires d'ouverture de son cabinet.

3.2- La MMG de Limoges

3.2.1- Description

Située au 43 boulevard Gambetta à Limoges, en face de la pharmacie de garde en semaine, la MMG est ouverte en accès libre à partir de 20 h en semaine, à partir de 14h les samedis et à partir de 9h les dimanches et jours fériés. Elle ferme tous les soirs à minuit. Son accès est sécurisé par un vigile sur la période nocturne.

Les médecins participants sont membres de l'association Domus Medica. Les locaux mis à leur disposition comprennent une salle d'attente et deux salles de consultation, ils sont équipés de deux ordinateurs reliés à Internet pouvant télétransmettre des feuilles de soins, de matériel pour la petite chirurgie, de tests de détection rapide des angines, de pansements, de médicaments injectables. La MMG utilise un répondeur téléphonique précisant les heures d'ouverture et les modalités d'accès à sa structure. Elle possède également une ligne privée sur liste rouge qui permet au médecin régulateur du centre 15 de communiquer avec le médecin de la MMG afin de le prévenir de l'arrivée des patients.

Les dossiers des patients sont informatisés au moyen du logiciel HelloDoc®.

3.2.2-Médecins participants et rémunération

Actuellement 28 médecins participent aux astreintes à la MMG, 26 sont installés sur Limoges, un en périphérie, et un en milieu rural. Pour mémoire le nombre de médecins généralistes installés à Limoges est supérieur à 180.

Un seul médecin est présent en soirée, deux les samedis après-midi et une partie de la journée des dimanches et fériés.

Seuls peuvent être membres de l'association Domus Medica les médecins généralistes installés en cabinet libéral traditionnel et participant régulièrement au tour de garde et / ou à l'activité de régulation.

Les médecins sont rémunérés à l'acte suivant les tarifs conventionnels, mais sans toutefois percevoir le forfait d'astreinte de secteur. La majoration de régulation est appliquée le cas échéant. Le règlement d'une partie des honoraires peut se faire par tiers payant sur la part obligatoire (accord avec la CPAM 87 uniquement), ou sur la totalité des honoraires pour les patients détenteurs d'une CMU.

3.2.3- Financement

Le financeur exclusif de la MMG de Limoges est l'URCAM du Limousin par le biais du FAQSV. Pour information les sommes allouées sont les suivantes :

- en 2003 : 70 000 € dont 47 000 € pour le fonctionnement
- en 2004 : 47 810 €
- en 2005 : 49 450 € de fonctionnement et 760 € pour mise en place de la télétransmission.
- en 2006 : 54 500 €
- en 2007 : 54 500 € promis dont 30 000 € versés à ce jour avec

financement sur 5 ans par le FIQCS.

Les frais sont les suivants : loyer, entretien, frais de structures, salaire du vigile. Ce dernier absorbe 80% du financement.

Les médecins de l'association cotisent également à hauteur de 60€ par an et par médecin.

Au total la MMG de Limoges peut être considérée comme appartenant aux MMG les moins coûteuses de France, si l'on prend en compte son implantation hors établissement de santé.

Maintenant que le contexte de la genèse des MMG a été exposé et que la PDS est définie nous pouvons nous intéresser plus avant à la MMG de Limoges.

DEUXIEME PARTIE :
EVALUATION DE LA MAISON MEDICALE DE LIMOGES

C'est grâce à trois études différentes que nous allons tenter de cerner la MMG de Limoges :

- la première est celle réalisée chaque année par l'association Domus Medica.
- la deuxième est celle de l'Observatoire Régional de la Santé, réalisée à la demande de l'URCAM du Limousin.
- la dernière est personnelle, menée à partir de la base de données informatisée de la maison médicale.

1- EVALUATION INTERNE ANNUELLE

1.1- Objectifs

Cette évaluation interne annuelle a pour but de mieux connaître le type de « patientèle » de la maison médicale, son orientation dans le système de PDS, ainsi que son devenir. Elle permet également d'étudier l'activité de la maison médicale, tant sur ses plages horaires que sur la quantité d'actes techniques et le nombre de lettres adressées aux médecins traitants dans le cadre d'une continuité des soins. Les règlements en tiers payant y figurent également pour la CMU et pour la part obligatoire.

Outre le fait de montrer l'activité et la « patientèle », cette évaluation permet aussi à la Domus Médica de justifier son financement auprès du FAQSV.

Enfin, cette évaluation est également reconduite chaque année dans le cadre d'un audit de pratique permettant aux médecins participant aux permanences à la maison médicale de s'auto évaluer, notamment sur des points tels que les actes techniques et les lettres de suivi du patient.

1.2- Méthode

Cette étude prospective est réalisée sur une période déterminée de 15 jours au mois de septembre. Chaque médecin remplit une grille de renseignements assez simple pour chaque patient vu pendant sa garde. La période d'étude a ensuite été agrandie d'une semaine afin de fournir des fiches de « secours » si certaines venaient à manquer.

Sur chaque grille figure :

- l'âge du patient
- la période de l'acte (nuit)
- la provenance géographique du patient (périphérie)
- l'accès direct ou après régulation
- la décision d'hospitalisation éventuelle
- un acte technique éventuel

- un avis spécialisé demandé
- la rédaction d'un courrier pour le médecin traitant
- le type de tiers payant (CMU ou part obligatoire) le cas échéant.

Cette grille a été créée initialement par le Dr Nicot lors de la première évaluation en 2003.

Ci-dessous figure le motif de la grille d'évaluation de septembre 2006, il est à noter que pour les évaluations de 2003 à 2005, le tiers payant pour la part obligatoire n'était pas évalué.

age	actes nuit	de périphérie	accès direct	Hospitalisation	acte technique	avis spé	lettre	CMU	1/3 payant rg
35	1	1	1						
66	1		1		1				
69	1		1						

L'exploitation des données est ensuite réalisée par le biais d'un tableur sur le logiciel Excel ®, permettant l'obtention des résultats en moyennes et pourcentages.

1.3- Résultats

Nous étudierons les résultats par année, puis l'évolution sur une période de 4 ans [19].

- Pour l'année 2003, l'évaluation a été conduite du 15 au 29 septembre.

- en ce qui concerne l'activité :

112 actes ont été réalisés dont 42% de nuit, soit une moyenne de 3,4 actes par soirée, et 32,5 actes par plage de jour des week-ends, soit 58 %.

- type de patient :

82% venaient de Limoges et 18% de la périphérie.

78% étaient adressés par le centre 15 et 22% sont venus en accès direct.

22% étaient bénéficiaires de la CMU.

41% des patients avaient moins de 16 ans, 56% étaient âgés de 17 à 59 ans, et 3% seulement avaient plus de 60 ans.

- actes techniques et aboutissement des consultations :

4% d'actes techniques durant les consultations

2% d'hospitalisations.

3% d'avis spécialisés ont été demandés.

3% des consultants repartaient avec une lettre pour leur médecin traitant.

• Pour l'année 2004, la période d'évaluation s'étendait du 15 au 30 septembre, 18 fiches ont été remplies et 5 étaient manquantes. Une partie des données a été récupérée en interrogeant les médecins.

- 190 actes ont été réalisés dont 41% de nuit soit 4,27 actes par nuit. 59% des actes se concentrent le week-end.

- type de « patientèle » et orientation :

84% venaient de Limoges et 16% de la périphérie.

29% étaient adressés par le centre 15 et 71% venaient en accès direct.

18% étaient bénéficiaires de la CMU.

37% des patients avaient moins de 16 ans, 62% étaient âgés de 17 à 59 ans, 1% avait plus de 60 ans.

- actes techniques et aboutissement des consultations :

1% d'hospitalisations.

4% d'actes techniques.

4% d'avis spécialisés.

22% de lettres pour le médecin traitant.

• Pour l'année 2005, l'évaluation s'est déroulée du 12 au 25 septembre, 19 fiches ont été remplies, une manquait mais a été remplacée par une fiche réalisée sur une période équivalente.

- 187 actes dont 42% la nuit soit 5,64 actes par nuit.

58% des actes restants se faisaient sur les plages de jour de week-end.

- « patientèle » et orientation :

78% venaient de Limoges et 22% de la périphérie.

25% étaient adressés par le Centre 15, 73% venaient en accès direct, 1% était adressé par le médecin traitant, 2% par les urgences du CHU.

25% étaient bénéficiaires de la CMU.

35% des patients avaient moins de 16 ans, 57% étaient âgés de 17 à 59 ans, et 5% avaient plus de 60 ans.

- actes techniques et aboutissement des consultations :

1% d'hospitalisations

7% d'actes techniques

9% d'avis spécialisés

26% de lettres réalisées pour le médecin traitant.

- Pour l'année 2006, 21 fiches ont été remplies du 11 au 24 septembre :

- 176 actes dont 32% de nuit (4,07 par nuit), 68% le week-end.

- « patientèle » et orientation :

70% venaient de Limoges et 30% de la périphérie.

15% étaient adressés par le centre 15 et 85% venaient en accès direct.

22% étaient bénéficiaires de la CMU

2% de tiers payants étaient réalisés sur la part obligatoire

38% avaient moins de 16 ans, 59% étaient âgés de 17 à 59 ans, et 3% avaient plus de 60 ans.

Age moyen des patients : 22,7 ans

- actes techniques et aboutissement des consultations :

1% d'hospitalisations

7% d'actes techniques

1% d'avis spécialisés

12% de lettres pour le médecin traitant.

- Synthèse de cette étude interne sur ces 4 années :

Même si la période de l'étude est courte, elle permet de mettre en évidence une augmentation de l'activité de 2003 à 2006 de 112 à 190 actes en 1 an puis une stagnation à 187 actes en 2005 et 176 actes en 2006.

La répartition des actes se rapproche des autres MMG de France puisque l'activité se concentre progressivement le week-end à 68% en 2006 contre 58% en 2003.

L'activité de nuit étant elle aussi dans la moyenne nationale avec environ 4 actes par nuit.

Concernant l'orientation des patients, on s'aperçoit rapidement de la prise de notoriété de la maison médicale puisque la tendance initiale (78% des patients étaient adressés par le centre 15 en 2003) s'inverse pour aboutir à 85% d'accès direct en 2006.

Les patients en provenance de la périphérie de Limoges sont également plus nombreux chaque année : 18% en 2003 contre 30% en 2006.

La distribution des âges est relativement stable avec une part importante de pédiatrie. En effet 37% des patients ont moins de 16 ans, 59% ont entre 17 et 59 ans, et seulement 4% ont plus de 60 ans.

On peut également percevoir l'intérêt social de la maison médicale puisque les bénéficiaires de la CMU représentent environ un cinquième des consultants de manière stable depuis 2003.

Le taux d'hospitalisations reste faible à 1%, ce qui reflète bien l'efficacité de la régulation d'une part et une bonne perception de la vocation de la maison médicale par les patients venant en accès direct d'autre part.

Le taux d'actes techniques est constant à 7% depuis 2005, avec essentiellement la réalisation de test de détection rapide des angines à streptocoques A β - hémolytiques, et une activité de petite chirurgie.

Les demandes d'avis spécialisés concluent environ 4% des consultations, et la lettre de suivi adressée au médecin traitant est réalisée 1 fois sur 4 depuis l'explication de la procédure à suivre dans le logiciel HelloDOC® (avec toutefois un affaiblissement en 2006 puisque seulement 12 % de patients repartaient avec une lettre sur cette période).

Concernant cette évaluation interne annuelle, si elle permet d'avoir une idée du type de « patientèle » et de son orientation dans le parcours de soin, elle atteint ses limites pour les faibles pourcentages dont on peut se demander la significativité.

2- EVALUATION EXTERNE PAR L'ORS [20]

En 2006, l'ORS du Limousin a réalisé une évaluation externe de la MMG à la demande de l'URCAM qui en est le financeur exclusif.

En voici un résumé.

2.1- Objectifs

Les objectifs de cette étude concernaient la description des caractéristiques des patients et de leurs motifs de recours, la justification perçue de ce recours non programmé, ainsi que l'analyse du parcours du patient dans le système de la PDS aussi bien en amont qu'en aval de la MMG.

La satisfaction des patients et des médecins par rapport à ce type d'organisation a également été analysée.

La question de l'impact de la MMG sur le système de soins, et notamment les urgences, est aussi abordée.

2.2- Méthode

L'évaluation par l'ORS consiste en une triple approche :

- d'abord une enquête postale auprès des médecins participants à la MMG, afin d'apprécier leur vécu dans le cadre de cette nouvelle organisation de l'offre de soins qu'est la MMG.

- puis une analyse de la « patientèle » par le biais de questionnaires remplis par les médecins de la MMG pour tous les patients ayant consulté sur une période de 7 semaines (du 24 avril au 11 juin 2006). Ces questionnaires portaient à la fois sur l'orientation des patients dans le système de la PDS, ainsi que sur les motifs de recours aux soins non programmés et leur degré d'urgence.

- enfin une enquête de satisfaction auprès des patients avec plusieurs questions sur leur orientation en amont de la MMG et également un item sur le rôle de la MMG par rapport aux autres systèmes de prise en charge des soins non programmés.

En parallèle de cette enquête, l'ORS a également contacté les différents partenaires de la MMG tels que le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, le SAMU 87, et l'URML.

2.3- Résultats

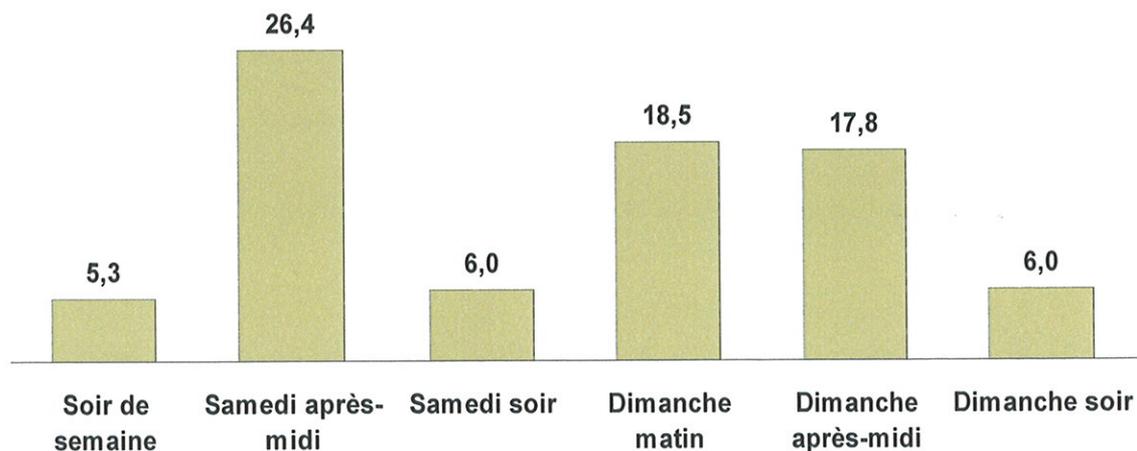
2.3.1- Consultations et consultants

- répartition dans le temps :

Les consultations se concentrent le week-end et les jours fériés (79%), dont 52 % les dimanches et les jours fériés, et 27% les samedis après-midi.

Les consultations en soirée représentent 33% du total.

Graphique : Nombre moyen de patients selon le jour et le moment de la journée (source ORS) :



Nombre de patients par heure de consultation :

- 4,4 le samedi après-midi
- 3,7 le dimanche matin
- 3,6 le dimanche après-midi
- 1,2 en soirée la semaine

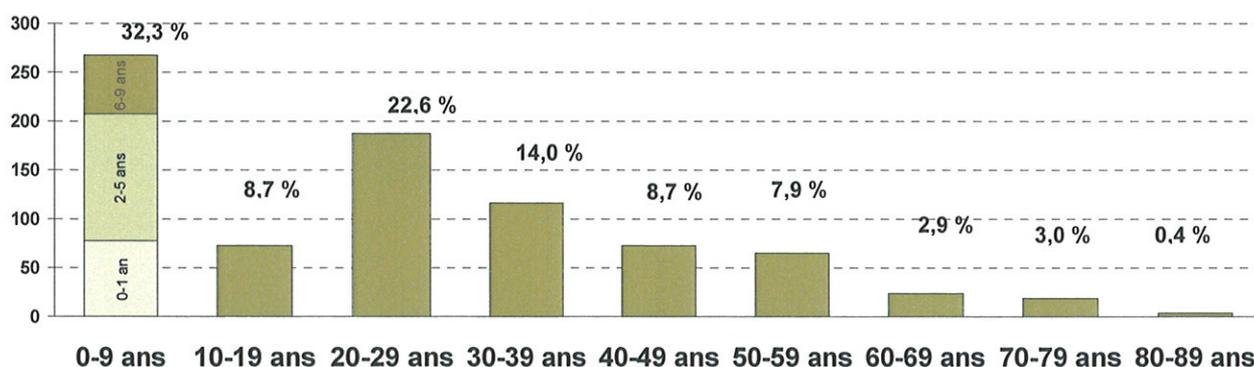
Le pic de fréquentation étant le samedi en début d'après-midi avec une moyenne de 6 patients examinés entre 15h et 16h.

- caractéristiques des consultants :

Les trois-quarts des patients viennent de Limoges, 11% de la communauté urbaine, 8% d'autres communes, 6% d'un autre département.

Les moins de 30 ans représentent quasiment 2/3 des consultants, et 1/3 pour les moins de 10 ans.

Graphique : Répartition des consultants de la MMG selon l'âge (source ORS)



La part des consultantes féminines est majoritaire avec 57% des patients, voire 64% pour les 10-29 ans et 60% des plus de 50 ans.

La catégorie socioprofessionnelle des consultants est légèrement différente de celle de la population active Limougeaude : il existe une sous représentation des ouvriers (16% des consultants contre 24% des actifs) et des milieux aisés comme les professions libérales, chefs d'entreprise et cadres supérieurs (9% contre 14%). En revanche la catégorie des employés est surreprésentée (43% contre 31%).

L'ORS a également essayé de pointer les patients consultant dans un contexte « difficile » : environ 10% seraient dans ce cas essentiellement à cause de problèmes psychologiques ou de précarité (7,5%). La grande précarité, l'alcoolisme et la toxicomanie ne représentent qu'une part très faible (1%).

- orientation dans le système de la PDS :

La majorité des patients (74%) vient consulter en accès direct. 14 % sont adressés par le Centre 15 après régulation, 9% sont adressés par un autre médecin ou un pharmacien, et 3% sont réorientés par un service d'urgences.

Le samedi après-midi, la part des patients réorientés par le secteur libéral augmente (15%) au dépend de l'accès direct et du centre 15.

L'âge des consultants joue également sur les modalités d'accès : les nourrissons viennent suite à une régulation du Centre 15 dans 24% des consultations, et à 65% en accès direct. Les plus de 60 ans, quant à eux, sont réorientés par le secteur libéral dans 17% des cas.

- caractéristiques des consultations :

La pathologie médicochirurgicale représente 90% des motifs de consultation, la traumatologie 6%, 2% sont liés à des problèmes psychiques, et 2% sont des demandes médico-légales ou autres.

Le délai d'apparition des symptômes est inférieur à 24h dans 58% des cas, 1 fois sur 10 il est supérieur à 72h.

Le degré d'urgence ressenti est en général assez fort pour 68% des patients, voire très fort pour 19% d'entre eux. Seuls 12% ont une faible sensation d'urgence, voire très faible dans 1% des cas. La part des consultations ressenties comme urgentes est de 90% la nuit, dont 23% très forte.

Quant à l'urgence d'un point de vue médical, elle est réelle (prise en charge nécessaire dans les 2 heures) dans 11% des consultations et relative (prise en charge dans les 24h) dans 71% des cas. En fait, 18% des consultations n'apparaissent pas urgentes.

Les urgences vraies sont plus fréquentes la nuit (13%), chez les plus de 60 ans (17%), lorsque les symptômes sont apparus depuis moins de 6h (19%), et lorsque le degré d'urgence ressenti est très fort (34%).

Du point de vue du médecin, le recours à la maison médicale paraît totalement justifié dans 68% des cas, partiellement justifié dans 25% des cas, et non justifié pour 7% des consultations.

La consultation est suivie de soins dans 8% des cas, essentiellement de la petite chirurgie, la réalisation de pansement et d'injection. Dans 93% des cas une prescription médicamenteuse est faite. Plus rarement (4%) des examens para cliniques, et exceptionnellement (0,4%) un transport est demandé.

Le patient rentre généralement au domicile (93%), parfois avec réorientation différée vers un spécialiste ou un généraliste (5%). Ce n'est que dans 2% des cas que le patient est adressé à un service d'urgence.

Dans un tiers des cas un courrier est rédigé à l'attention du médecin traitant.

Le règlement des honoraires est réalisé de manière classique dans 74% des cas, avec tiers payant partiel dans 8% des cas, et 16% des consultations sont réglées par le biais d'une CMU. 2% des actes restent impayés.

2.3.2- Enquête auprès des médecins

- caractéristiques des médecins :

Au moment de l'étude, 27 médecins intervenaient à la MMG. La grande majorité exerce sur la commune de Limoges (24), 2 exercent dans une commune périphérique et un seul en milieu rural. Ils représentent donc un dixième du total des médecins généralistes exerçant sur Limoges. L'âge des médecins consultant à la MMG est voisin de celui des médecins de Limoges avec un âge moyen de 47,8 ans. 48% des médecins ont plus de 50 ans. Il en va de même pour la répartition par sexe où les femmes représentent 41% des intervenants de la MMG.

- implication dans le système de permanence des soins :

Parmi les médecins intervenant à la MMG, 22% n'étaient pas inscrits au tableau de garde de secteur avant la création de la MMG. Plus précisément, c'est le cas pour un dixième des femmes et des moins de 50 ans, et pour un tiers des hommes et des plus de 50 ans.

Le nombre médian de gardes par année a augmenté depuis la création de la MMG, passant de 11,5 à 19,5 gardes par année (en raison du doublement progressif des plages horaires les plus chargées).

Parmi les médecins interrogés, 42% ont estimé avoir une implication plus grande dans la permanence des soins, 38% l'ont estimée équivalente, et 20 % plus faible.

En ce qui concerne la participation à la régulation par le centre 15, 56% des médecins de la MMG le font de manière régulière.

- opinion sur la prise en charge des patients :

Les deux tiers des médecins pensent que la MMG permet une meilleure prise en charge des patients par rapport à l'ancien système. Parallèlement les retours que les médecins ont auprès de certains patients sont favorables à 90%. Les patients sont globalement favorables au fait de se déplacer pour consulter, deux tiers l'acceptent plutôt bien et un tiers très bien.

- opinion sur les conditions d'exercice dans la MMG :

L'agencement des locaux et le plateau technique convient à la grande majorité des médecins. La présence du vigile est également bien appréciée, surtout par les femmes et les plus jeunes des médecins.

Sur des critères tels que la sécurité, la fatigue, le respect du praticien, la cohérence de la PDS, l'efficacité et l'isolement, la majorité des médecins de la MMG juge le nouveau système plus performant. Les avis restent plus partagés en ce qui concerne la rémunération.

D'une manière plus générale, 96% des médecins sont favorables à cette nouvelle organisation de la garde libérale, et 89% trouvent qu'une localisation extra hospitalière des MMG est la plus favorable.

Enfin, environ 80% des praticiens sont demandeurs de FMC centrées sur l'exercice en MMG, tant sur le plan médical que sur le plan technique et administratif.

2.3.3- Enquête auprès des patients

- fréquentation et orientation vers la MMG :

Les patients venant à la MMG pour la première fois représentent plus de la moitié des effectifs. Plus d'un quart a déjà consulté à plusieurs reprises.

L'information par l'entourage vient au premier rang des vecteurs de notoriété de la MMG, à une hauteur de 34%, puis le centre 15 (22%), les affiches (19%), le médecin traitant (16%), la presse (11%). L'hôpital, les pompiers ou les services de police sont plus rarement cités.

Une part significative des patients déclare avoir appelé le centre 15 avant d'être orientés vers la MMG : 21% en moyenne, et 31% pour les moins de 2 ans. Pour les patients venant d'un service d'urgence (3%), trois sur quatre ont été réorientés par le personnel des urgences, et un sur quatre est venu de lui-même du fait d'un délai d'attente trop long.

- délai de prise en charge et qualité du service :

Le délai médian est de 10 minutes et le délai moyen de 18 minutes. L'attente varie entre 0 et 120 minutes à l'extrême.

Pour deux tiers des patients, le délai est inférieur à 15 minutes et pour 12% il est supérieur à 45 minutes.

Le samedi après-midi et les soirs de semaine le délai est court. En revanche, c'est le dimanche matin et les jours fériés que l'on trouve les délais les plus longs.

Les deux tiers des patients jugent l'attente plus courte à la MMG que chez leur médecin traitant en cas de consultation non programmée. Ce taux monte à trois quarts si l'on compare le délai de la MMG à celui de l'intervention d'un médecin de garde en visite au domicile.

La qualité du service rendu (qui regroupe l'accueil, l'attente et la prise en charge médicale) est jugée comme équivalente à une visite pour 62% des patients, et plus satisfaisante pour 35%. Mais en comparaison à un service d'urgence, 81% des patients sont plus satisfaits et 18% le jugent équivalent.

Au final, 98% des consultants conseilleraient la MMG à un proche.

3- EVALUATION A PARTIR DE LA BASE DE DONNEES HELLODOC®

3.1- Objectifs

Depuis son ouverture en juin 2003, les consultations des patients sont enregistrées sur le logiciel médical HelloDOC®.

On a accès, à partir de cette base de données, à une multitude de renseignements sur les patients ayant consulté, sur les motifs de ces consultations, ainsi que sur les diagnostics et les prescriptions faits par les médecins.

On peut donc rentrer au cœur du système de la permanence des soins et analyser précisément les raisons de recours à des soins non programmés qui sont la raison d'être de ce système.

L'interrogation de cette base de données a essentiellement pour but de déterminer le volume de patients et son évolution dans le temps, les caractéristiques des patients consultant à la MMG, et bien sûr les motifs de recours au médecin de garde à la MMG.

3.2 - Méthode

Il a fallu premièrement rendre cette base de données exploitable statistiquement, ce qui ne fut pas des plus simple.

Tout d'abord, une sauvegarde de la base de données HelloDOC® de la MMG de Limoges a été réalisée fin décembre 2006 et fixée sur un DVD-ROM. Cette sauvegarde a ensuite été restaurée sur ordinateur personnel par une copie du logiciel HelloDOC®, avec l'aimable autorisation de IMAGINE Editions.

La base de données a ensuite été exportée en format ASCII, puis traitée par un tableur EXCEL®. Il faut préciser également que les renseignements administratifs et médicaux des patients sont inscrits sur deux bases différentes.

Chaque base de données a été nettoyée des nombreux caractères « parasites », et rendue anonyme.

Pour la base de données administrative, il reste au final le numéro de dossier, une date de naissance et le sexe du patient. Ces données administratives sont créées à partir de la carte SESAM-VITALE des patients ou par le médecin si le patient a oublié sa carte. La donnée « sexe du patient » n'est pas valable pour les moins de 16 ans. En effet c'est le sexe du possesseur de la carte qui est inscrit dans le dossier.

Pour la base de données médicale, seul le numéro de dossier, la date de consultation et les renseignements médicaux ont été conservés, les prescriptions ont été effacées.

Afin de réaliser l'exploitation statistique, chaque ligne a été associée à un code CIM 10, qui code la pathologie ou le motif de recours du patient.

Quand il y avait plusieurs diagnostics ou plusieurs motifs de recours, seul le premier ou le plus important a été retenu.

Le codage a été effectué de manière « large », car s'agissant de diagnostics cliniques, les codes CIM 10 sont parfois trop précis, le même code regroupant parfois plusieurs pathologies ou motifs de recours voisins.

Par exemple, pour le dossier 6770 :

- données après exportation :

```
6770;OBSERVATION;20/06/2006;Dysphagie;;;non;<user1>#####</user
><rtf>{\rtf1\ansi\ansicpg1252\deff0\deflang1036{\fonttbl{\f0\fnil\charset0 MS Sans Serif;}}
\viewkind4\uc1\pard\f0\fs17 Pharyngite\par } </rtf><version>5.0.6913</version>
```

- aspect avant nettoyage sous EXCEL® :

6770	OBSERVATION	20/06/2006	Dysphagie	non	<user 1>#####</user 1><rtf>{\rtf1\ansi\ansicp g1252\deff0\deflang103 6{\fonttbl{\f0\fnil\fcharse t0 MS Sans Serif	}} \viewkind4\uc1\pard\f0\fs17 Pharyngite\par </rtf><version>5.0.6913</v ersion>
------	-------------	------------	-----------	-----	--	--

- aspect après nettoyage et codage :

6770	20/06/2006	J00	Dysphagie	Pharyngite
------	------------	-----	-----------	------------

Dans ce cas, c'est la pathologie qui a été retenue pour le codage.

3.3 - Résultats

3.3.1 - Description de la base de données obtenue

On obtient donc 14176 lignes de consultations s'étendant du 2 juin 2003 au 29 Décembre 2006, avec 11290 dossiers de patients différents.

63 codes CIM 10 ont été utilisés au total.

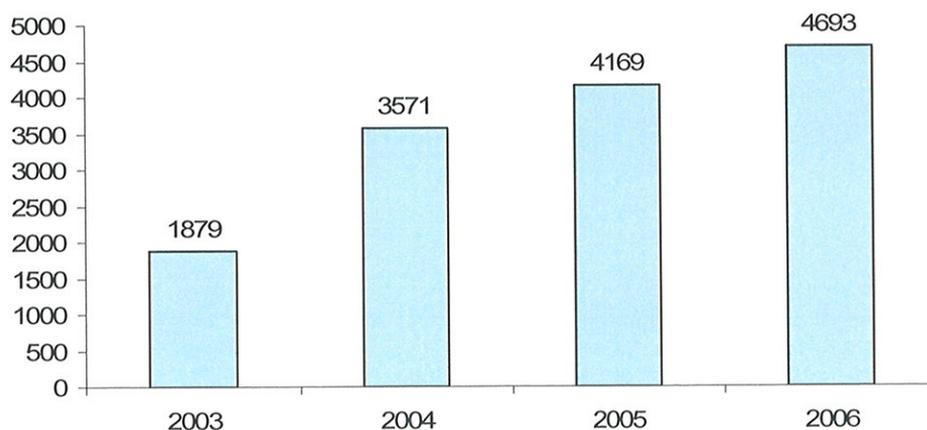
La fusion des deux bases de données conduit à supprimer 161 lignes non exploitables (données manquantes, âge incohérent) sur les 14337 initialement obtenues, ce qui correspond à 1,1% de la totalité des données.

L'exploitation statistique est alors possible.

3.3.2- Activité de la MMG

En projetant la fréquentation sur les 4 années, on retrouve le profil d'évolution de la fréquentation de la MMG :

Répartition des Cs par an

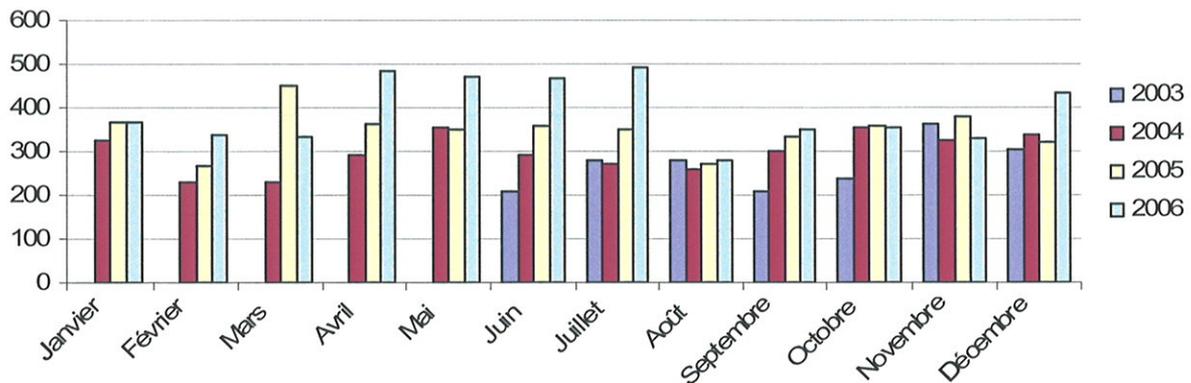


L'ouverture ayant été effective au premier juin 2003, si l'on extrapole sur toute l'année 2003 la fréquentation théorique serait de 3221 patients.

L'augmentation de la fréquentation est donc de 11% en 2004, 17% en 2005, et 13% en 2006.

La projection mensuelle est également intéressante :

Evolution des Cs par mois

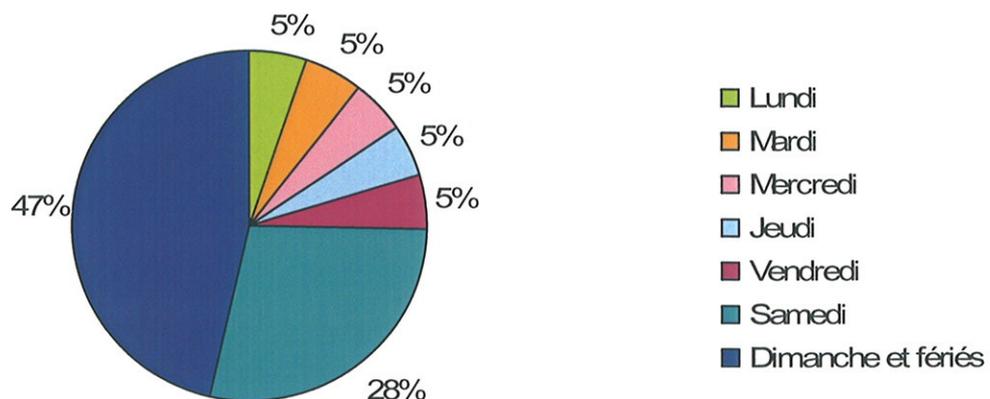


On voit ici que la progression de l'activité est surtout sensible lors des mois d'hiver et de printemps, période propice aux épidémies. Le pic de fréquentation est variable d'une année à l'autre, mais le mois d'août reste le mois le plus « calme » sur les 4 années.

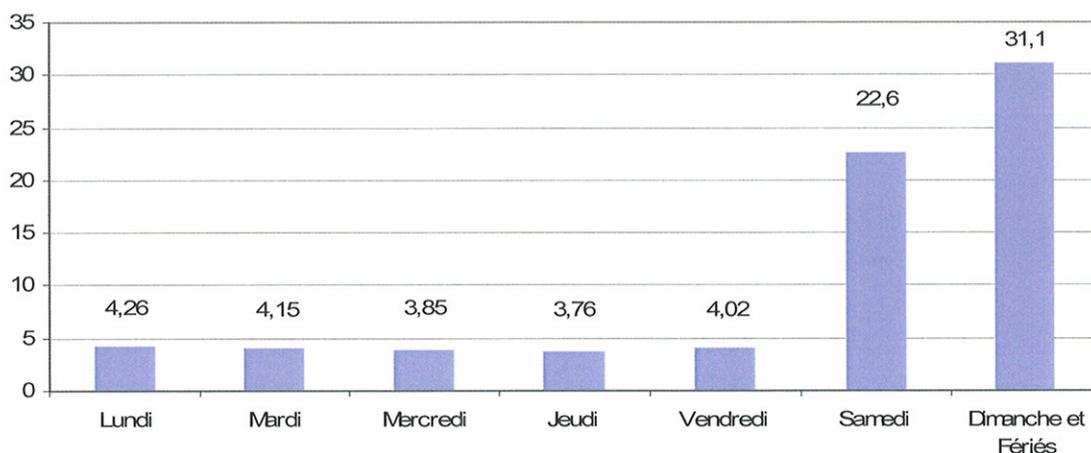
Concernant l'activité de la MMG suivant les jours de la semaine, on constate que les week-ends concentrent les trois quarts des passages dans ses locaux, dont quasiment la moitié pour les dimanches et jours fériés.

Le quart restant est bien réparti entre les différents jours de la semaine sans différence significative.

Répartition de la fréquentation suivant les jours de la semaine :



Nombre de passage moyen suivant les jours de la semaine :



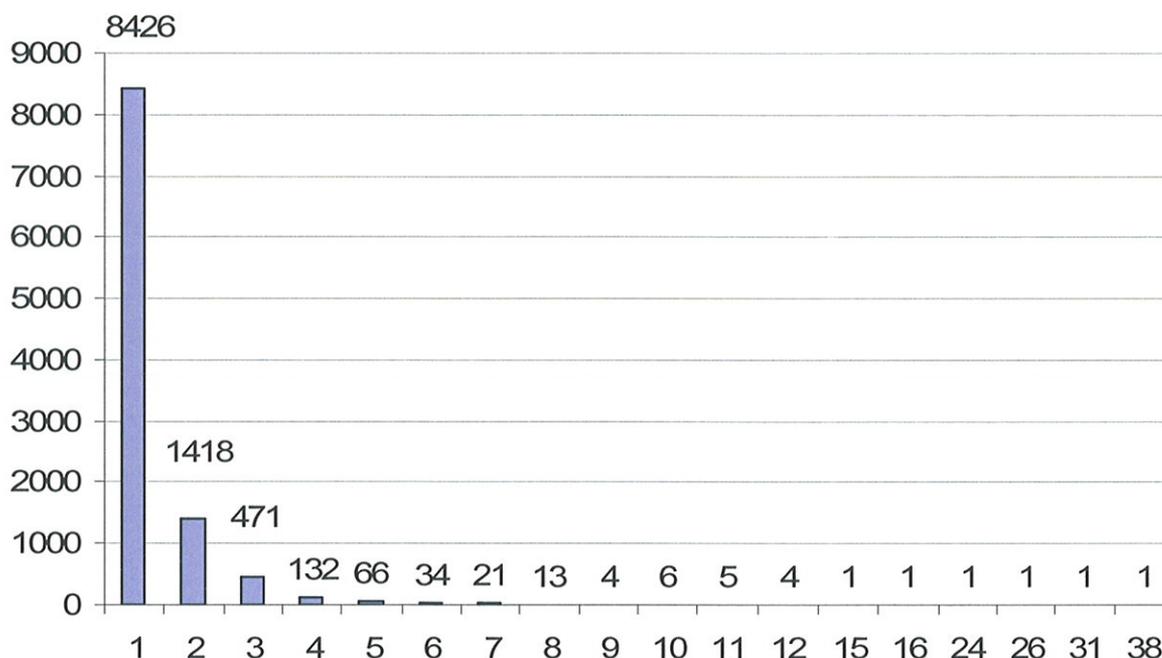
On note toutefois que régulièrement certains samedis et dimanches, le nombre de patients peut dépasser 40 par jour, plus rarement 50 sur quelques dimanches. Le pic de fréquentation est constaté le lundi férié du 28 mars 2005 avec 60 patients venus consulter à la MMG.

3.3.3- Caractéristiques des consultants

Sur tous les patients vus entre juin 2003 et décembre 2006, 79% ne sont venus qu'une seule fois, 13% ont consulté deux fois, 4% trois fois, et 3% quatre fois ou plus. Il est à noter que ce dernier groupe de patients représente en revanche plus de 11% du total des consultations.

La fréquentation moyenne est donc de 1,35 consultations par patient depuis l'ouverture de la maison médicale, le maximum de consultations étant de 38 pour un patient.

Répartition du Nombre de Cs par patient

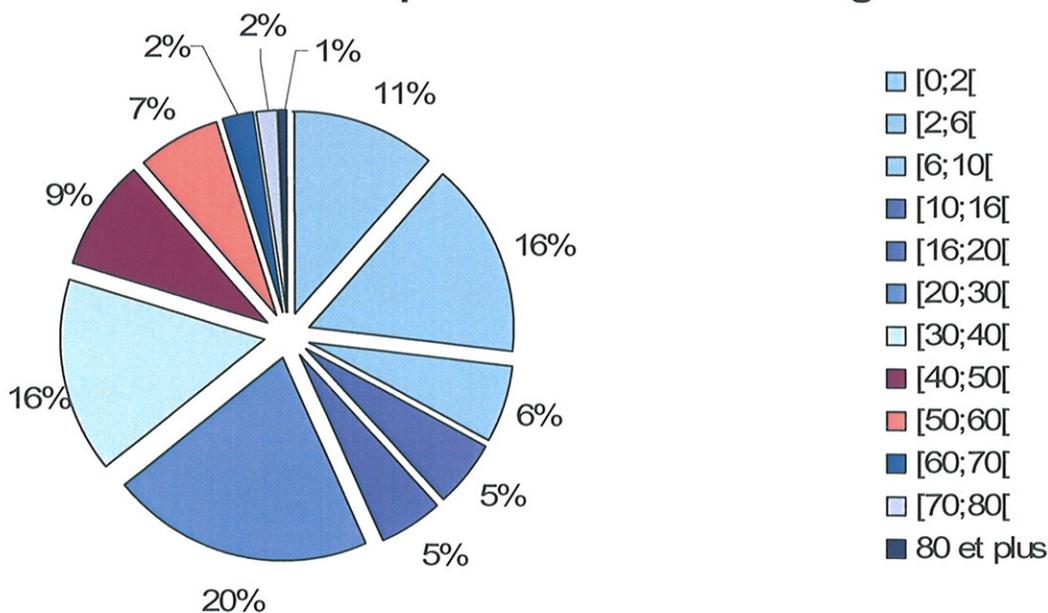


Si l'on étudie maintenant l'âge des consultants, c'est la population pédiatrique qui est fortement représentée avec 38% des consultants pour les moins de 16 ans. La tranche des 16-30 ans représente un quart des consultants ainsi que les 30-50 ans. Les plus de 50 ans ne rassemblent que 12% des consultants avec 1% âgés de plus de 80 ans.

Les nourrissons et les moins de 6 ans sont fortement représentés avec 71% des consultations pédiatriques.

La moyenne d'âge est de 24 ans, les extrêmes allant de 6 jours à 96 ans.

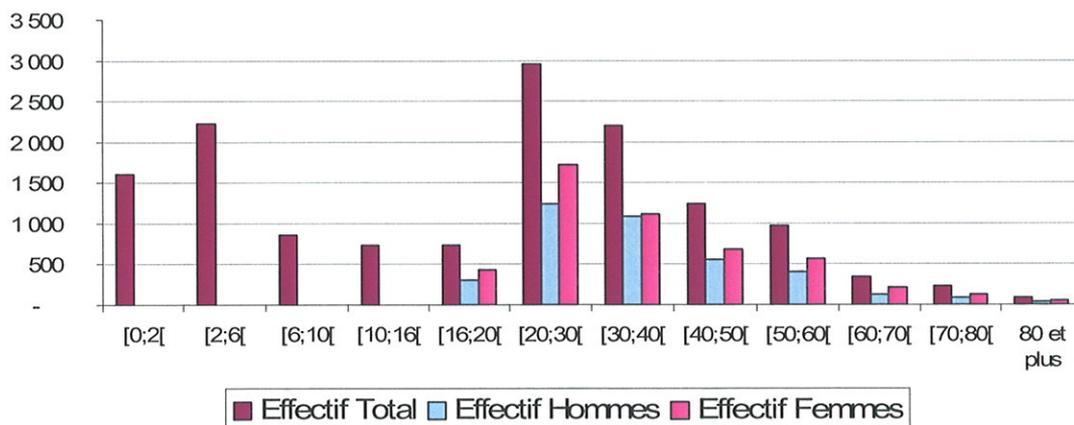
Répartition en fonction de l'âge



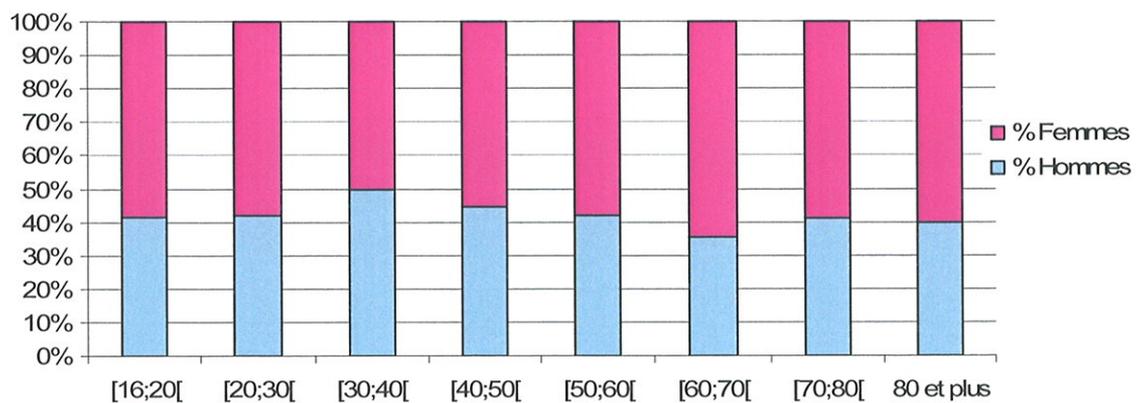
En ce qui concerne le sexe des patients, les moins de 16 ans n'ont pas été pris en compte du fait d'un biais lié à leur identification par la carte vitale de l'ayant droit.

Les femmes représentent la majorité des consultants, à hauteur de 56%, et ce, quelque soit la tranche d'âge considérée. Cependant le ratio homme/femme est plus équilibré pour les 30-40 ans, et à l'inverse on retrouve un taux de consultantes de 64% dans la tranche des 60-70 ans.

Répartition en fonction de l'âge et du sexe (Effectifs)



Pourcentage Homme-Femme selon l'âge

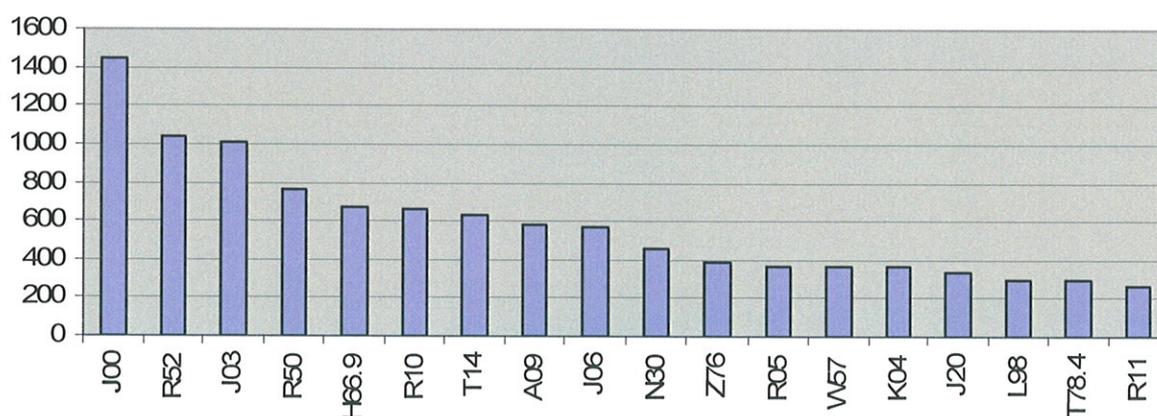


3.3.4- Etude des pathologies rencontrées

Lors du codage, le nombre de codes CIM 10 utilisés (63 codes différents) a volontairement été large afin de s'adapter à la variété des situations cliniques. La liste exhaustive se trouve en annexe 4.

Il est cependant évident, au vu des résultats, qu'un petit nombre de pathologies est en cause dans la majorité des consultations. L'histogramme ci-dessous représente les 18 premières pathologies qui à elles seules représentent les trois quarts des consultations :

Pathologies les plus fréquentes

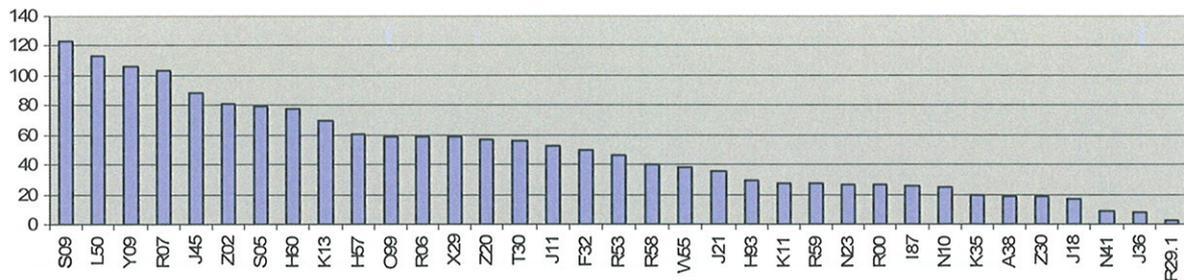


Le tableau suivant donne la correspondance des codes par ordre décroissant et leur valeur en pourcentage :

J00	RHINOPHARYNGITE AIGUE	10,22%
R52	DOULEUR S.P.	7,33%
J03	AMYGDALITE	7,10%
R50	FIEVRE	5,42%
H66.9	OTITE MOYENNE AIGUE	4,72%
R10	DOULEUR ABDOMINALE	4,69%
T14	TRAUMATISME CORPOREL	4,44%
A09	GASTRO ENTERITE INFECTIEUSE	4,08%
J06	INFECTION VOIES RESPI. SUP.	4,00%
N30	CYSTITE	3,26%
Z76	AUTRES MOTIFS	2,70%
R05	TOUX	2,60%
W57	PIQÛRE INSECTE	2,60%
K04	PATHO. DENTAIRE	2,57%
J20	BRONCHITE	2,38%
L98	DERMATOSE	2,12%
T78.4	ALLERGIE	2,06%
R11	NAUSEES VOMISSEMENTS	1,85%

D'autre part si la moitié des codes regroupe 88 % du volume de consultations, les 12% restant représentent des pathologies plus lourdes :

Pathologies rencontrées pour 12% des consultations

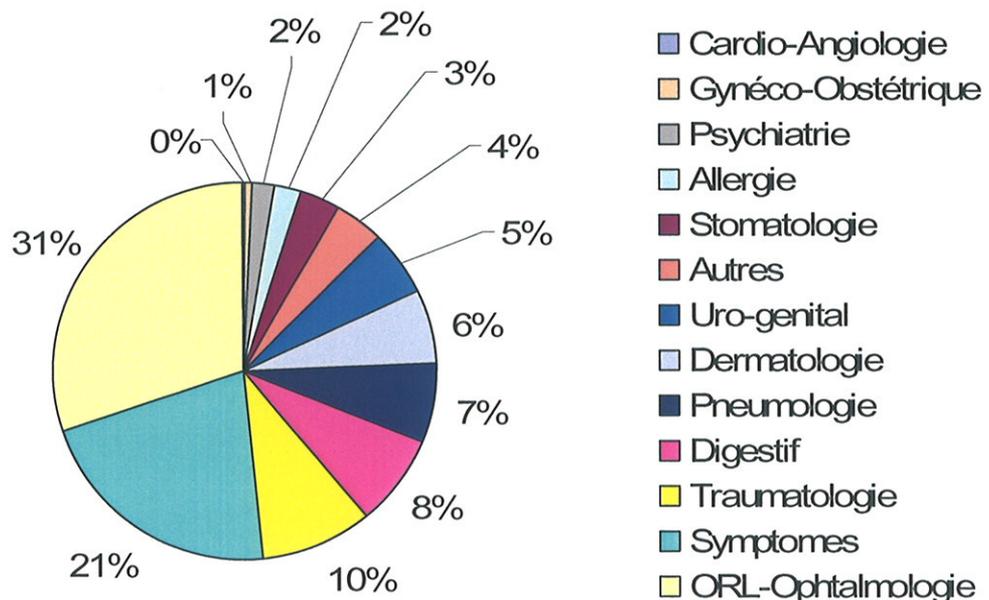


On trouve ici par ordre croissant, des syndromes méningés, des phlegmons amygdaliens, des prostatites, des pneumopathies, des demandes de contraceptions en urgence, des scarlatines, des appendicites...

La représentation par grands groupes de pathologies et motifs de consultation permet d'avoir une idée globale du spectre des pathologies prises en charge par les médecins de la MMG.

Les pathologies ORL et les symptômes physiques amènent plus de la moitié des patients à consulter, et un peu moins d'un tiers pour la traumatologie, la pathologie digestive, la pneumologie et la dermatologie.

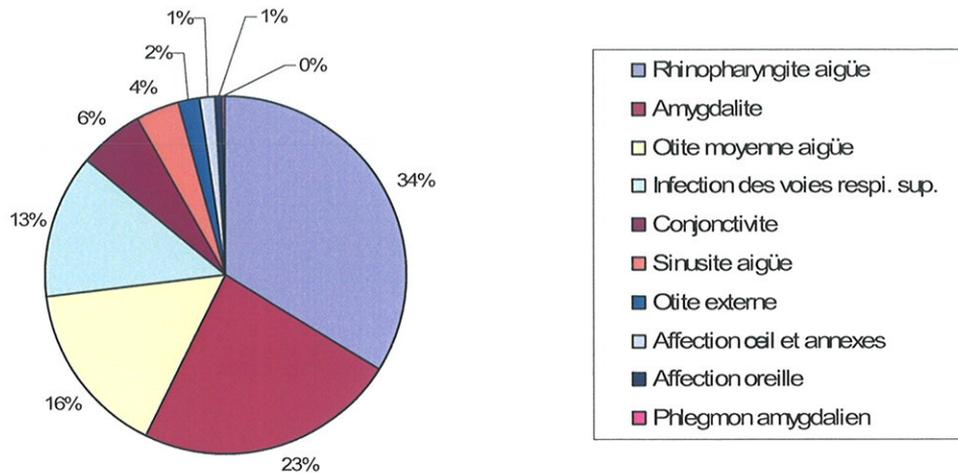
Répartition en fonction du groupe de pathologies



Nous allons ensuite analyser plus finement chaque groupe de pathologies.

● ORL-Ophtalmologie :

Regroupant 31% des consultations, soit 4284 actes depuis l'ouverture de la MMG, ce sont les pathologies les plus fréquemment rencontrées à la MMG. Leur distribution détaillée figure ci-dessous :

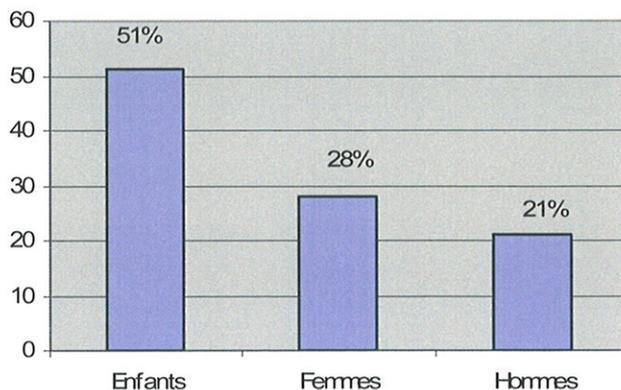


La répartition en pourcentage confirme la place des rhinopharyngites comme première cause de recours à l'effecteur de la PDS qu'est la MMG. Pour cette pathologie, les motifs de consultation amenant le patient sont la fièvre, une otalgie, une dysphagie ou une toux.

L'item des infections des voies respiratoires supérieures correspond essentiellement aux trachéites et laryngites.

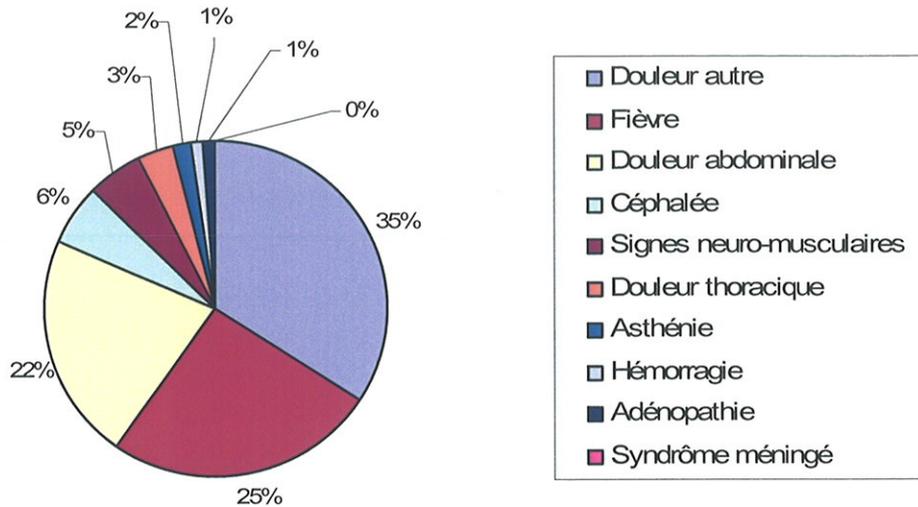
L'âge moyen des patients dans cette catégorie est de 19 ans, alors que l'âge médian est de 15 ans, ceci est dû à une proportion importante de nourrissons (16%) et d'enfants de moins de 6 ans (22%) parmi les consultants.

La répartition par sexe confirme également la forte proportion de pédiatrie :



• Symptômes :

Ce deuxième groupe représente 21% du volume des consultations et 3030 actes. Il se répartit de cette manière :



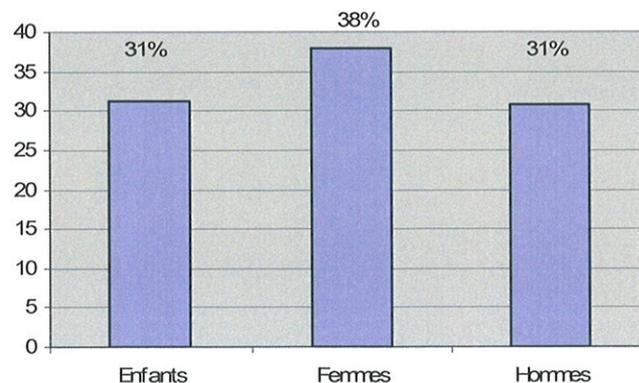
L'existence de cet item est liée au fait que les symptômes ressentis par le patient n'ont pas toujours été suivis d'un diagnostic, celui-ci pouvant être équivoque, ou bien n'ayant pas été saisi. Mais aussi, afin de limiter la liste des pathologies codées, celles-ci ont été englobées dans un symptôme.

C'est le cas du premier motif « autres douleurs » qui regroupe en fait une multitude de plaintes de l'appareil musculo-squelettique mais non associées à une notion de traumatisme : les tendinopathies, cervicalgies, lombagos, sciatices, et autres plaintes rhumatismales.

Les signes neuromusculaires regroupent toutes les consultations pour vertiges, lipothymies, pertes de connaissance, et les autres signes neurologiques, plus rarement des convulsions ou un état post critique.

L'épistaxis est la principale hémorragie extériorisée rencontrée, avec la rectorragie.

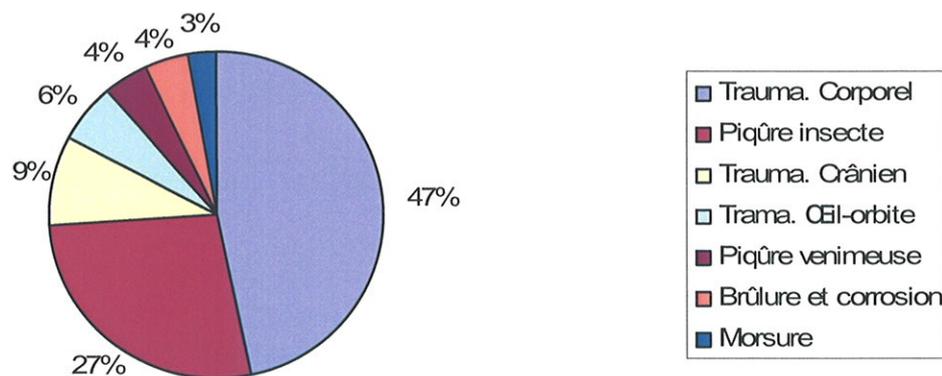
L'âge moyen est de 27 ans, avec une répartition relativement équilibrée selon le sexe des patients :



Cependant, on remarque une différence significative sur le motif fièvre, puisque pour celui-ci la moyenne d'âge est de 14 ans avec un âge médian de 5 ans, traduisant la forte proportion des nourrissons examinés (25%).

• Traumatologie :

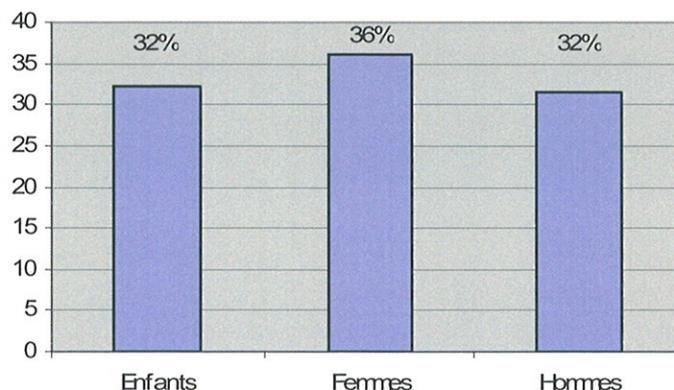
Venant ensuite en troisième position, les lésions traumatiques représentent 10% du total avec 1354 actes. En détail, on observe :



Les traumatismes corporels incluent les plaies, les corps étrangers, les entorses. Ils surviennent dans un cadre privé, ou lors d'un accident du travail, parfois aussi suite à un accident de la voie publique.

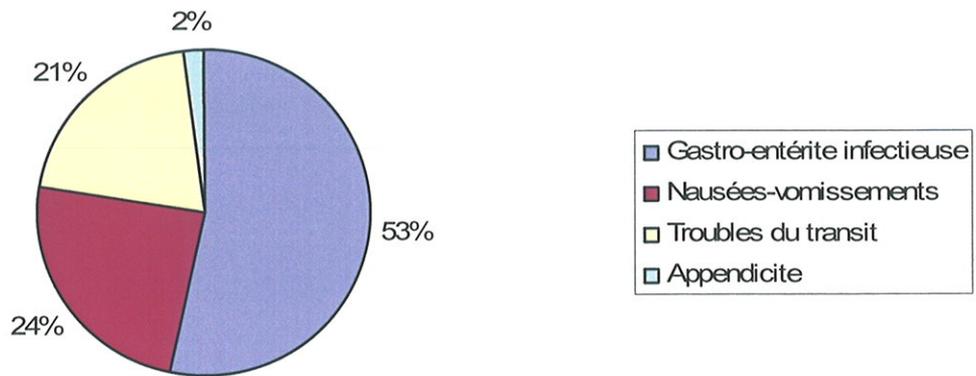
Les piqûres d'insectes comprennent une part non négligeable de piqûres de tiques. Les piqûres d'hyménoptères sont regroupées avec les morsures de serpents dans l'item piqûre venimeuse.

La moyenne d'âge est de 30 ans, avec une répartition équilibrée :

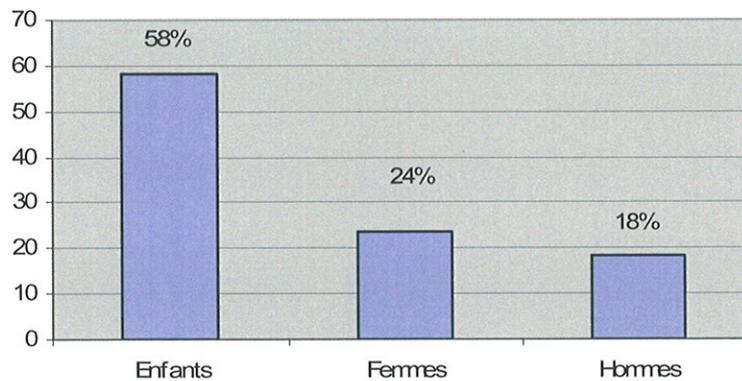


● Pathologie digestive :

Quatrième motif de consultation, les pathologies digestives atteignent 8% des consultations et 1085 actes, leur distribution est la suivante :

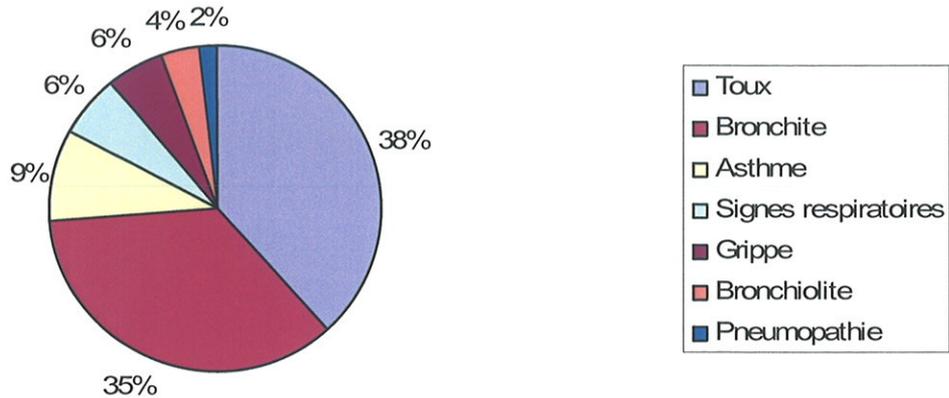


Dans ce cas aussi il existe un écart important entre l'âge moyen qui est de 15 ans et l'âge médian qui est de 8 ans, traduisant la forte proportion d'enfants, notamment en bas âge, consultant dans ce type de pathologie :



• Pneumologie :

C'est le cinquième motif de consultation avec 960 actes représentant 7% du total. La répartition en détail figure ci-dessous :

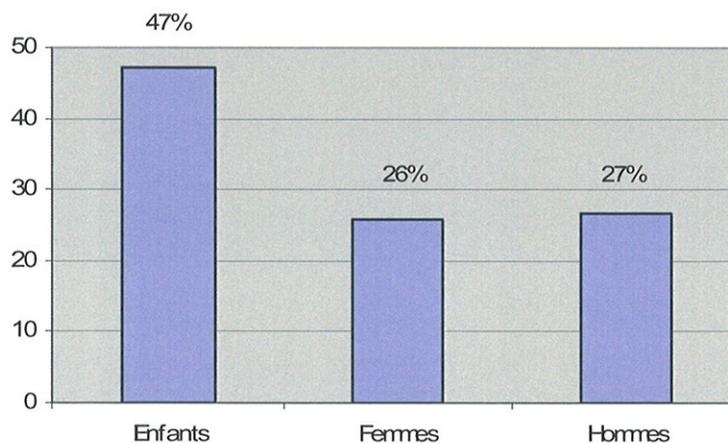


On retrouve une forte proportion de pathologies infectieuses.

La toux est souvent post infectieuse, survenant aussi dans un contexte allergique ou de reflux. Les crises d'asthme sont le troisième motif, les signes respiratoires viennent ensuite. Dans ce dernier cas, on retrouve les dyspnées, hémoptysies, hoquets et les affections respiratoires non précisées.

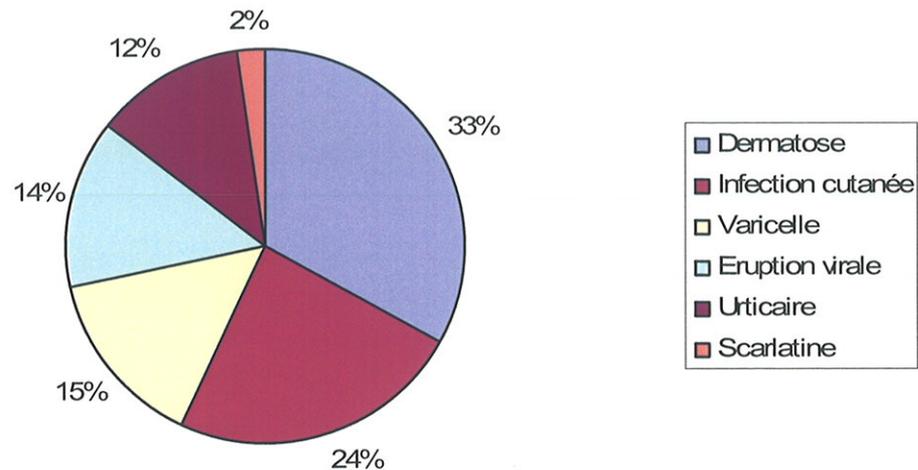
Les derniers diagnostics de ce groupe sont les gripes, les bronchiolites, et les pneumopathies diagnostiquées cliniquement.

L'âge moyen est de 22 ans, et la répartition similaires aux autres groupes comprenant une part importante de causes infectieuses comme les pathologies ORL et digestives :



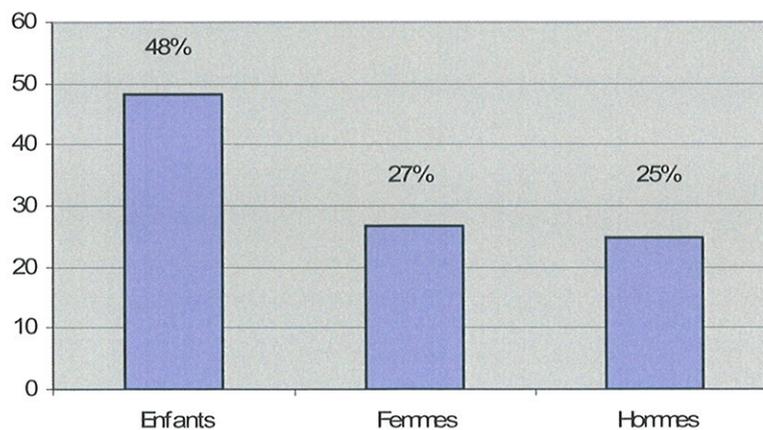
● Dermatologie :

Avec 907 actes et 6% des consultations, les lésions cutanées sont en sixième position des motifs de consultation. Plus précisément, on obtient :



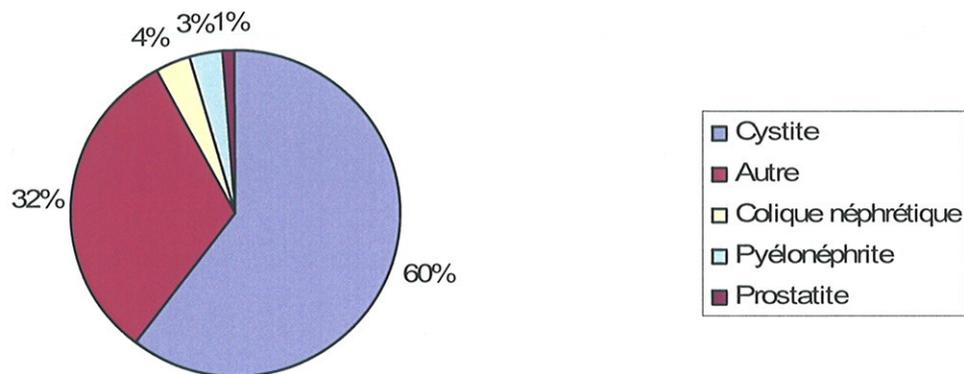
Parmi les dermatoses on retrouve l'eczéma, beaucoup d'éruptions non étiquetées, et quelques cas de gale également. Les infections cutanées sont souvent des plaies se compliquant secondairement et des impétigos.

La moyenne d'âge est de 21 ans, le profil des consultants est le même que dans les autres groupes à fort taux de pathologies infectieuses :



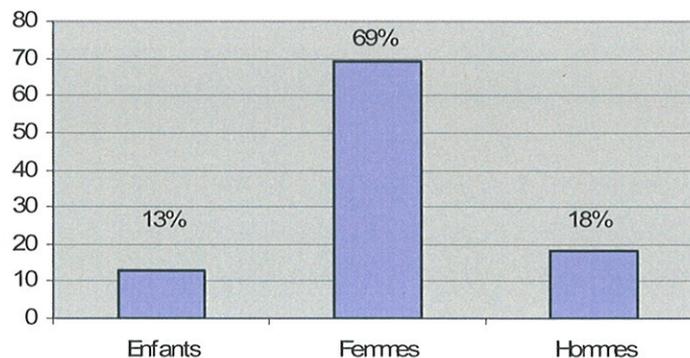
- Pathologie uro-génitale :

En septième position avec 765 consultations soit 5% du total, les différents motifs uro-génitaux se distribuent comme suit :



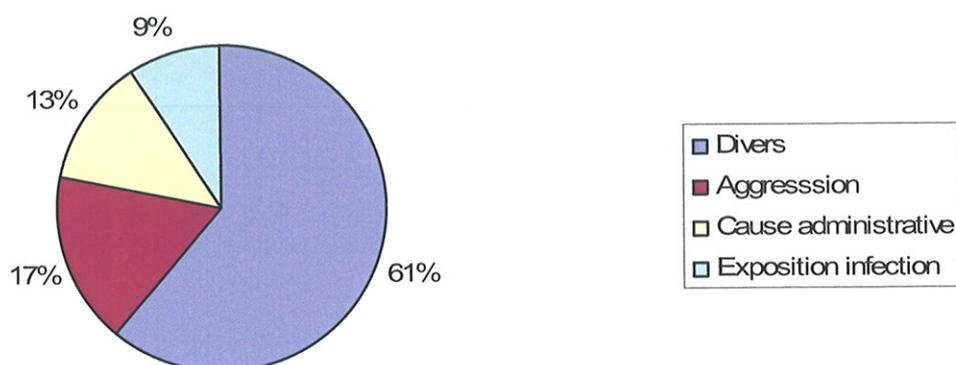
La forte proportion de femmes dans ce groupe est liée au diagnostic de cystite. Le motif autre regroupe aussi beaucoup de vulvo-vaginites mycosiques ainsi que des éruptions des muqueuses génitales, douleurs testiculaires, hématuries et hémospémies parfois.

L'âge moyen est 33 ans et la répartition par sexe est parlante :



● Autres motifs :

C'est la huitième cause de consultation à la MMG avec 627 consultations, soit 4% du total. Ci-dessous on peut voir le détail des motifs :



Dans le motif divers on retrouve principalement des patients en panne de thérapeutique pour une maladie chronique hypertensive, psychiatrique, asthmatique entre autre, plus rarement pour une demande de stupéfiants.

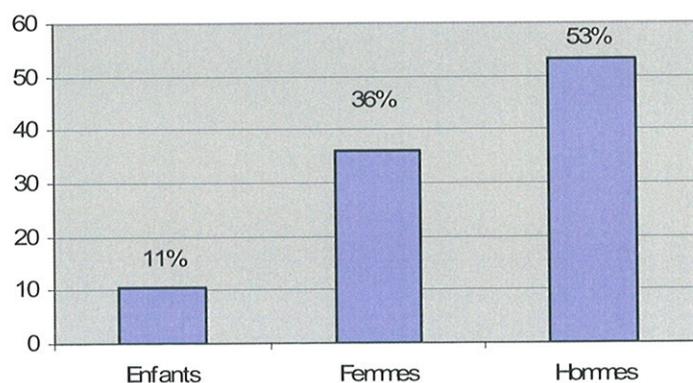
On retrouve aussi des motifs non classés par ailleurs comme l'ablation de sutures, des pleurs inexplicés chez l'enfant, etc ...

Les agressions sont très souvent liées à des certificats descriptifs de coups et blessures.

Les demandes administratives sont essentiellement des certificats d'aptitudes sportifs, parfois des prolongations d'arrêt de travail.

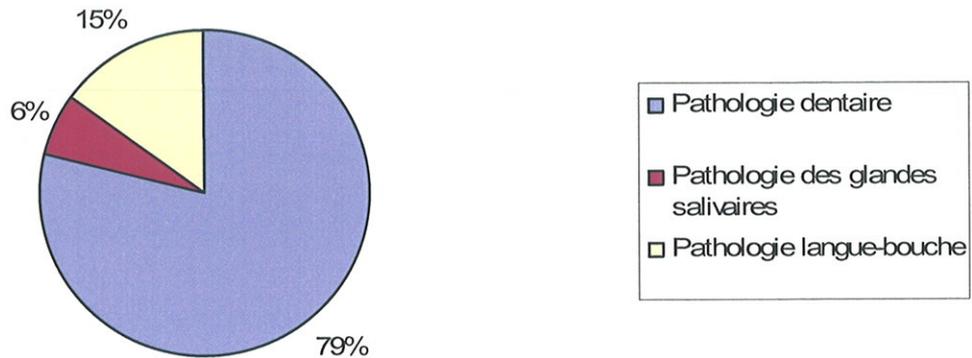
L'item exposition à une infection regroupe les demandes de sérologies VIH, et des chimioprophylaxies de la méningite à méningocoque.

L'âge moyen est de 31 ans, la répartition par sexe retrouve logiquement une population à dominante masculine :



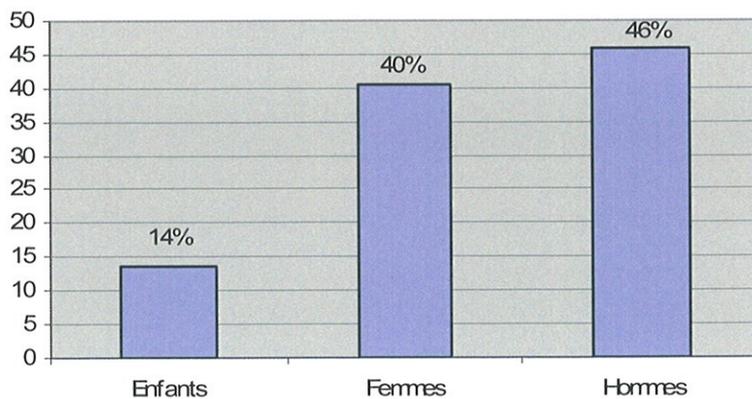
● Stomatologie :

Avec 463 consultations, les affections bucco-dentaires sont en neuvième position, soit 3% du volume total. On peut détailler les causes ci-dessous :



La plupart des patients viennent pour des douleurs dentaires sur abcès. On retrouve également quelques gingivo-stomatites, parotidites et coliques salivaires.

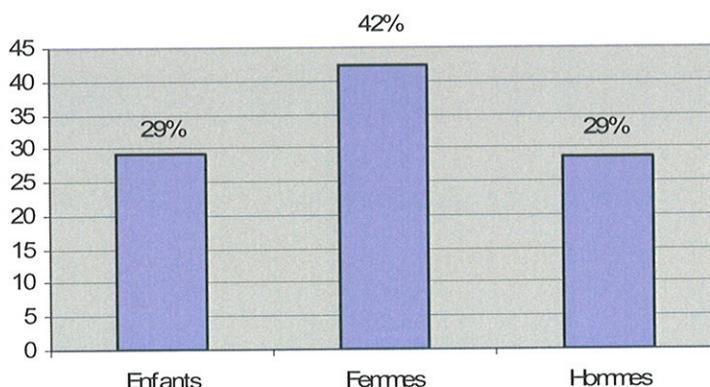
L'âge moyen est de 31 ans, ci dessous la répartition par sexe retrouve comme précédemment une part d'homme plus importante.



- Manifestations allergiques :

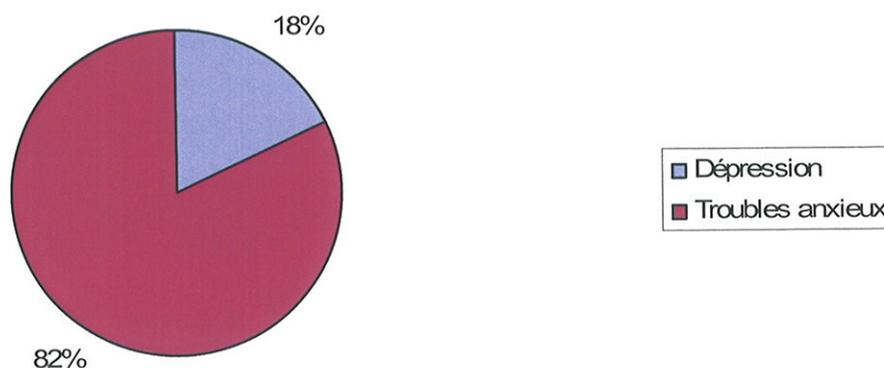
Dixième motif de consultation avec 292 actes, il représente 2% du total. Cet item à été laissé à part volontairement pour qu'il apparaisse sur le diagramme des groupes de pathologies, mais il n'a pas été détaillé plus avant.

Ce sont essentiellement des rhinoconjonctivites, les autres manifestations comme l'asthme allergique et les urticaires allergiques sont intégrées dans la pneumologie et la dermatologie. L'âge moyen est de 28 ans et la répartition par sexe se fait comme suit :



- Psychiatrie :

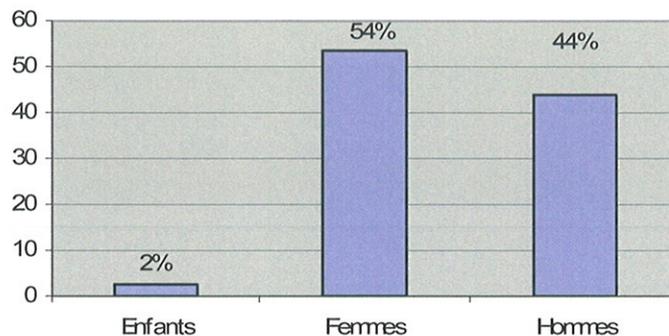
Onzième motif, il représente moins de 2% des problèmes des patients, motivant 278 consultations. La répartition est simple :



On voit nettement la place des manifestations anxieuses dans les recours psychiatriques lors de la PDS. Il faut également signaler que certains

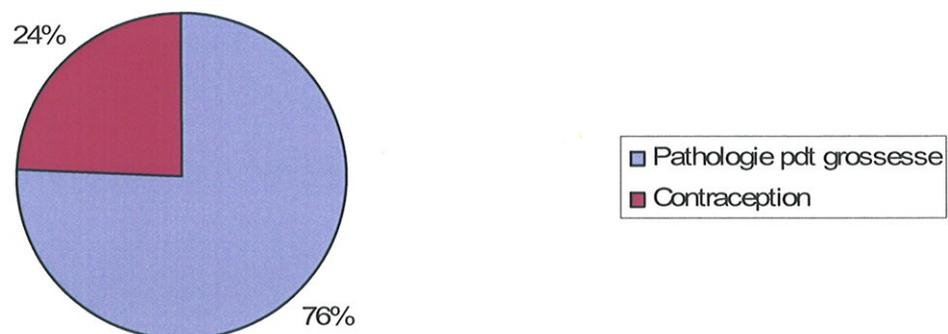
patients venant à répétition à la MMG pour plusieurs motifs différents on au moins un diagnostic d'anxiété dans la liste.

La moyenne d'âge est de 38 ans, et la distribution selon le sexe est la suivante :



- Gynéco-Obstétrique :

Douzième motif de consultation, il représente moins de 1% des consultations (78 actes), et se répartit comme décrit ci-dessous :



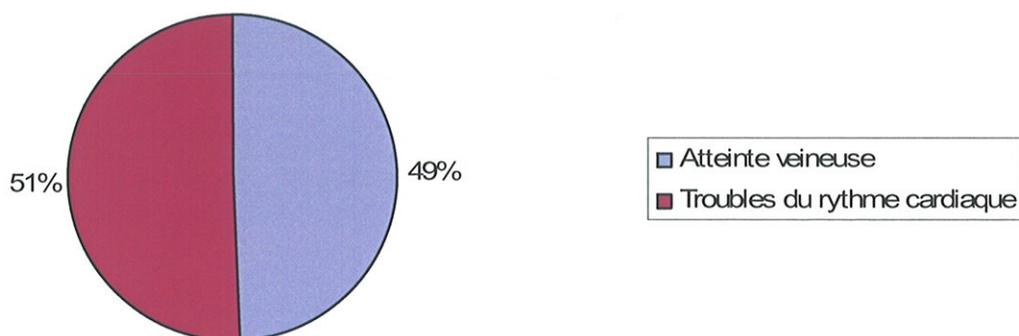
Il faut bien préciser qu'une partie des diagnostics liés à la gynécologie se trouve dans le groupe de la pathologie uro-génitale.

Dans cet item, ce sont surtout les demandes de contraception en urgence, parfois des renouvellements de contraception orale, et toutes les pathologies obstétricales ou posant un problème spécifique lors d'une grossesse.

La moyenne d'âge est de 28 ans, et la totalité des consultants sont des femmes, sauf pour deux dossiers dont on peut penser qu'il s'agit d'une erreur de saisie ou de l'utilisation de la carte vitale du conjoint.

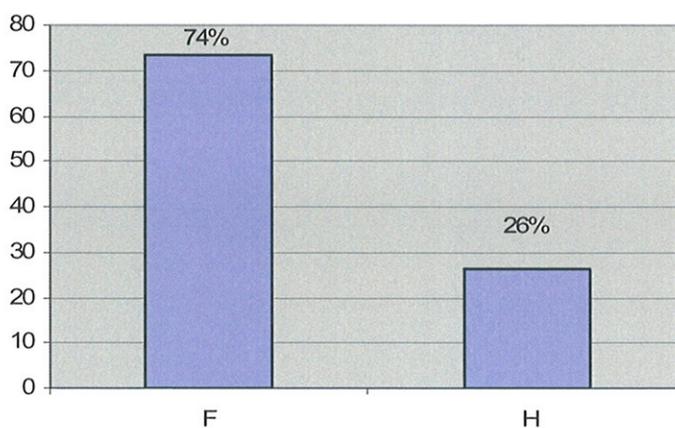
- Cardio-angiologie :

Presque anecdotique, c'est le dernier motif de recours à la MMG, avec 53 actes et moins de 0,5% des consultations totales.



Les palpitations sont un motif de recours fréquent, et les suspicions de phlébite ou paraphlébites avérées constituent l'essentiel des problèmes d'origine veineuse.

Ici l'âge moyen est de 45 ans et la population essentiellement féminine :



Maintenant que les faits ont été exposés, nous pouvons les appréhender d'une manière plus globale pour mieux percevoir la réalité de la MMG.

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

1- SYNTHESE DES TROIS ETUDES

Si les trois études apportent toutes des renseignements sur le type de consultants et sur l'activité de la MMG, elles ont également des biais et des limites propres, mais aussi des informations particulières à chacune.

1.1- Comparaison des données communes

1.1.1- Concernant l'activité

Si l'autoévaluation de septembre ne permet pas de retrouver le volume d'activité annuel, elle tente en revanche d'apprécier l'évolution de cette même activité, et sur ce point se retrouve en discordance avec les deux autres.

En effet la progression d'activité serait de 69% entre 2003 et 2004 puis régresserait légèrement de 2% puis 6% en 2005 et 2006.

L'ORS qui se base sur des données réelles et extrapolées retrouve une progression constante de 2003 à 2006, respectivement 45% la première année, puis 25%, et enfin 7%.

L'estimation à partir des données HelloDoc® retrouve quant à elle une progression plus régulière de 11%, 17% puis 13%.

L'estimation ORS paraît donc être la plus fiable de part les données utilisées. On retrouve un écart relativement important sur le volume d'activité de l'ORS et celui extrait du logiciel médical : 548 actes de moins en 2004, 970 en 2005, et 831 en 2006. Cela représente un décalage de 16% entre les dossiers informatisés et les actes réels. On peut donc supposer qu'une consultation sur six n'a pas été saisie, ou a été détruite pendant le traitement des données.

En revanche, l'étude d'activité par jour de la semaine de l'ORS porte sur la période de mai 2006 avec 4 jours fériés sur la période et peut donc fausser le rapport week-ends / jours de semaine.

L'étude à partir d'HelloDoc® peut également être corrigée en augmentant de 19% l'activité.

Finalement l'activité en semaine est proche de 5 patients par soirée de semaine, de 27 à 32 patients les samedis, entre 37 et 42 patients les dimanches et jours fériés.

1.1.2- Concernant les patients

Les trois évaluations sont en accord sur ce point : les patients de la MMG sont jeunes, 24 ans en moyenne, et la pédiatrie est fortement représentée car un tiers de l'activité concerne des enfants de moins de 10 ans, et deux tiers des actes sont faits pour des patients de moins de 30 ans.

La majorité des patients sont des femmes dans 56% des cas, avec une représentation plus marquée dans les tranches d'âges correspondant aux premières années de l'activité sexuelle, mais également vers la soixantaine, même si les résultats de l'évaluation à partir du dossier informatisé sont plus nuancés sur ce point que l'évaluation de l'ORS.

La part de la régulation dans l'accès à la MMG se situe entre 15% (autoévaluation) et 25% (ORS).

Elle varie de manière significative selon l'âge du patient, la période de la semaine, et selon l'origine géographique du patient. Cette dernière est d'ailleurs similaire dans les deux études avec en moyenne, 75% de limougeauds et 25% de patients venant de la périphérie ou même d'autres départements.

Les patients bénéficiaires de la CMU consultent fréquemment à la MMG : 22% des consultants pour l'autoévaluation et 16% pour l'ORS, soit en moyenne un patient sur cinq.

Les différences constatées peuvent être attribuées à la courte période d'étude de la première évaluation, les données sur les âges paraissent quant à elles concordantes.

1.1.3- Concernant les pathologies

L'ORS établit que neuf consultations sur dix concernent une pathologie médicochirurgicale, puis viennent ensuite la traumatologie à hauteur de 6%, les consultations psychiatriques dans 2% des cas, les demandes médicolégales dans 1% des cas, et enfin 1% d'autres motifs.

Ces chiffres sont assez proches de ceux obtenus à partir de la base de données HelloDoc® puisque la traumatologie représente 10% des actes. On tombe à 6% en classant les morsures et piqûres en affections médicochirurgicales. Le taux de consultations psychiatriques et de demandes médicolégales est identique.

Les actes techniques sont stables à 7% dans l'autoévaluation, à 10% dans l'évaluation ORS. Ici encore on peut se poser la question des périodes d'évaluation.

Le taux d'hospitalisation de 1% est le même quelle que soit l'étude envisagée.

Le nombre de lettres de liaison rédigées à l'attention du médecin traitant est assez variable, oscillant déjà entre 12 et 26% dans la première étude. Il atteint 31% dans la deuxième. Les facteurs influençant la rédaction d'un courrier peuvent varier suivant la pathologie traitée, le temps disponible entre deux patients et la motivation du médecin.

1.2- Avantages et limites de chaque évaluation

1.2.1- Autoévaluation annuelle

Elle est répétée chaque mois de septembre sur deux semaines, permettant ainsi un suivi longitudinal des paramètres étudiés. Elle a également l'avantage d'être simple, rapide et peu onéreuse. Les critères de cette évaluation sont tous repris par l'étude de l'ORS, et en partie seulement par la dernière évaluation.

La limite de cette étude est liée essentiellement à sa brièveté, et un biais certain existe du fait de sa réalisation sur le mois de septembre exclusivement.

On pourrait tenter d'y remédier en doublant la période d'étude et en la fractionnant sur quatre différents mois de l'année, avec par exemple deux mois en période épidémique (février, mars ou avril), un mois durant l'été et un mois d'automne. Mais il y aurait forcément un problème d'interprétation des résultats lors du changement.

1.2.2- Evaluation par l'ORS

C'est l'étude la plus riche quant à la diversité des renseignements fournis puisqu'elle aborde le sujet de trois façons : analyse de la consultation, questionnaire au patient et questionnaire au médecin.

L'étude d'activité intègre les flux horaires des patients, et les caractéristiques de la « patientèle » sont très fournies comprenant notamment les origines socioprofessionnelles des consultants.

Les renseignements sur la genèse de la consultation sont nombreux puisqu'on peut apprécier l'ancienneté des symptômes, le degré d'urgence ressenti, l'orientation en amont de la MMG de manière complète.

La consultation en elle-même est bien détaillée avec une classification simple des motifs de consultation, et le déroulement de la consultation (soins, ordonnance, courrier, orientation au final).

L'enquête auprès des médecins fournit de précieux renseignements sur leur perception de ce nouveau mode d'exercice et ses conséquences sur leur implication dans la PDS.

Le questionnaire adressé aux patients évalue quant à lui leur satisfaction (qualité du service rendu, délais d'attente), les vecteurs de notoriété et leur fréquentation de la MMG. Il fait également des recoupements avec les items régulation et âge.

C'est une étude complète et de durée relativement importante (7 semaines) au vu de tous les paramètres étudiés. On peut supposer l'existence de biais liés à la période étudiée (quatre fériés dans la période), et l'utilisation de questionnaires introduisant une certaine subjectivité, avec plus d'un patient sur quatre n'y ayant pas répondu.

1.2.3- Evaluation sur dossiers médicaux

Cette dernière est surtout tournée vers les motifs de consultation et les pathologies ayant amené les patients vers la MMG. Elle est exhaustive sur les quatre premières années d'activité de la MMG, et tente de décrire avec précision les motifs de consultation.

Il semble exister une limite liée à un déficit de dossiers saisis par rapport au nombre de patients réellement examinés, aux environs de 16%, comme décrit ci-dessus. On peut donc se demander si un biais est introduit dans cette dernière étude concernant ces patients absents (absence de couverture sociale ? urgence empêchant la saisie informatique ?), ou si cette information manquante est liée au « hasard » (oubli de carte vitale, oubli de saisie, médecin n'utilisant pas le logiciel...). Il est certain que l'activité est sous évaluée, mais le profil des pathologies paraît cohérent en comparaison de celui obtenu par l'ORS. Il semble cependant que l'absence de saisie soit plus « médecin-dépendant ».

2- PLACE DE LA MMG DANS LA PERMANENCE DES SOINS

2.1- Volume d'actes pendant la PDS

L'étude de l'Observatoire de la Permanence des Soins sur le premier semestre 2006 [21] relate un total d'actes majorés de 21 936 en Haute-Vienne. Le secteur de Limoges représente plus de la moitié de ces actes avec 11 670, le détail figure dans le tableau ci-dessous :

Dimanches et fériés	5832
0h-6h	1386
20h-0h et 6h-8h	3075
Nuits	1377

On peut comparer ce chiffre de 11 670 actes (en excluant la période 0h-6h ou la MMG est fermée) aux données HelloDoc® de la fréquentation de la MMG sur le même semestre, c'est à dire 2432 actes soit 24% de l'activité PDS de Limoges.

Il est inutile dans ce cas de majorer l'activité de la MMG de 19% (sous évaluation citée plus haut) car c'est exactement la part de patients venant des communes avoisinantes d'après l'étude de l'ORS.

Le reste de l'activité libérale est donc effectuée par les médecins d'astreinte sur les secteurs de Limoges et les médecins de l'association SOS Médecins. On peut considérer comme négligeable l'activité des médecins traitants intervenant directement suite à un appel de leur « patientèle ».

La maison médicale paraît donc être un des acteurs majeurs du paysage de la permanence des soins de la ville de Limoges, puisqu'elle assure un quart des actes majorés.

2.2- Conséquences sur l'activité des autres acteurs de la PDS

La question du désengorgement des urgences hospitalières est très souvent étudiée lors des évaluations de MMG, les réponses sont souvent mitigées.

Concernant la MMG de Limoges, une estimation du comportement des patients en l'absence de celle-ci [20] retrouve qu'un quart d'entre eux se seraient orientés vers un service d'urgence, qu'un sur deux aurait fait appel au médecin de garde, le quart restant aurait attendu le lendemain ou n'aurait pas consulté. Sur ce dernier point, les recours différés ou annulés tombent à 7% pour les moins de 10 ans.

Quant à l'activité des structures d'accueil des urgences, l'activité du service des urgences du CHRU est stagnante sur la période 2003-2005, alors que celui de la clinique CHENIEUX est en augmentation constante, selon les données fournies par l'ORS dans son évaluation.

Il est difficile d'évaluer l'impact réel sur ces structures de la création de la MMG. Une analyse plus fine consisterait à intégrer les chiffres de passage de l'accueil d'urgence du service de pédiatrie, ainsi que les patients classés en CCMU 1 voire 2.

Le FAQSV d'Ile de France [22] avait tenté d'évaluer le retentissement de ses MMG sur l'activité CCMU 1 hospitalière. La part d'activité des centres hospitaliers lors des horaires d'ouverture des MMG représentait un tiers de l'activité CCMU 1 totale. Il existait donc un potentiel de réorientation des patients vers les MMG notable. Cependant vu le volume total d'activité de ces services, les MMG ne semblent pas à elles seules apporter une solution à l'engorgement des urgences.

Le rapport GRALL 2006 sur les MMG est plus optimiste sur ce point, précisant que les MMG ayant le plus d'efficacité sur les passages aux SAU sont celles qui ont établi un protocole de ré-adressage clair avec les services, ainsi qu'une formation ad hoc des personnels infirmiers d'accueil. Mais il est certain que cela suppose « *une volonté des responsables médicaux des services d'urgence de faire fonctionner ce système* » [7].

L'impact sur les autres acteurs libéraux nécessiterait d'avoir à disposition une évolution des actes majorés sur les années ayant suivi l'ouverture de la MMG. Mais les rapports de l'URCAM du Limousin disponibles portent sur le nombre de visites de la région entière jusqu'en 2004 dans le cadre de l'AcBUS sur les visites, donc difficilement exploitables.

On peut supposer qu'avec la moitié des patients se reportant sur le système classique de visite à domicile en l'absence de la MMG, il y aurait eu 7000 visites supplémentaires depuis son ouverture (soit 350 000 € si on se base sur le tarif actuel d'une visite de dimanche régulée), ce qui va dans le sens de ce même AcBUS. Ceci est attesté par la diminution du nombre de médecins de garde les week-ends : avant l'ouverture de la MMG il y avait 3 médecins de garde le week-end sur la ville de Limoges, actuellement il n'y en a plus que deux avec une activité moindre (d'après les médecins interrogés).

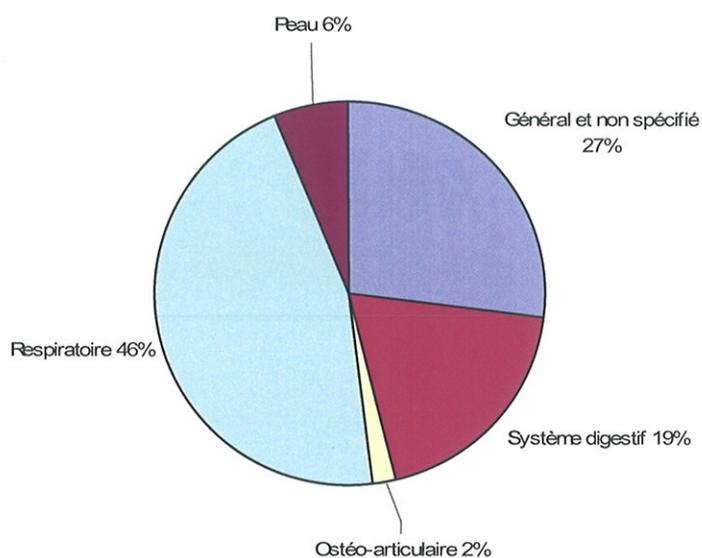
Enfin il faut signaler ici l'ouverture récente d'un point de consultation sur la ville de Limoges de l'association SOS Médecins sur certains horaires de la PDS, ce qui change à nouveau le paysage de l'offre de soins.

2.3- Modes et motifs de recours

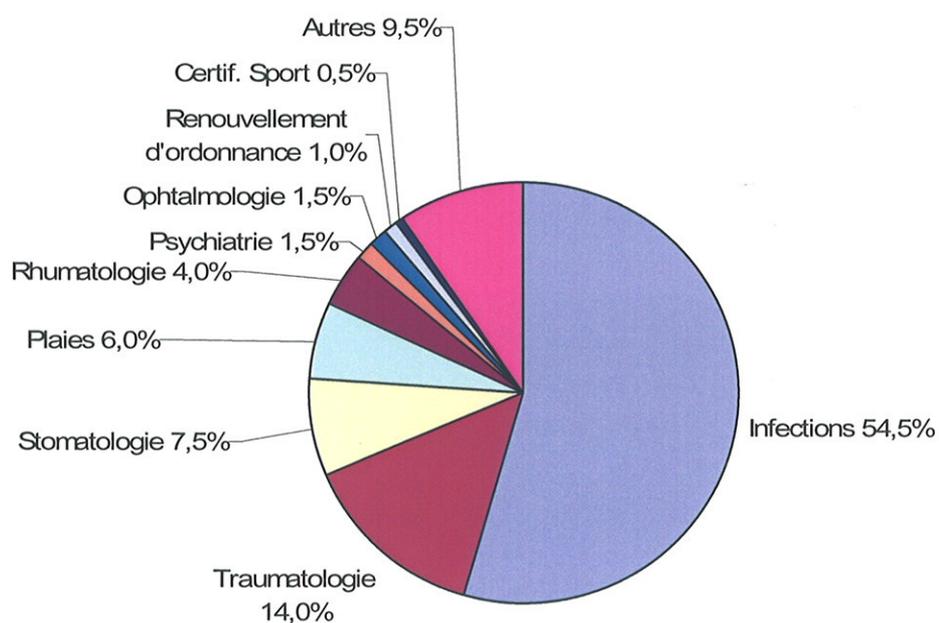
La MMG fait partie des structures en accès libre ce qui la place en contradiction avec l'article 2 du décret du 7 avril 2005 relatif à l'organisation de la PDS. On comprend aisément que trois quarts des patients se présentent directement à ses portes.

Cependant le profil des pathologies traitées n'est pas très différent de celui d'une MMG d'accès régulé [10] [22], comme on peut le voir pour celle des Mureaux et de Fréjus-St Raphaël où les certificats d'aptitude et les renouvellements d'ordonnances peuvent aussi être demandés.

Motifs de consultation de la MMG les Mureaux



Motifs de consultation de la MMG de Fréjus-St Raphaël



La part des motifs de recours non justifiés semble être d'environ 2% (certificats d'aptitude et renouvellements). Les médecins l'estiment à 7% selon

l'enquête ORS, probablement du fait de certaines pathologies dont le caractère aigu ou urgent est absent.

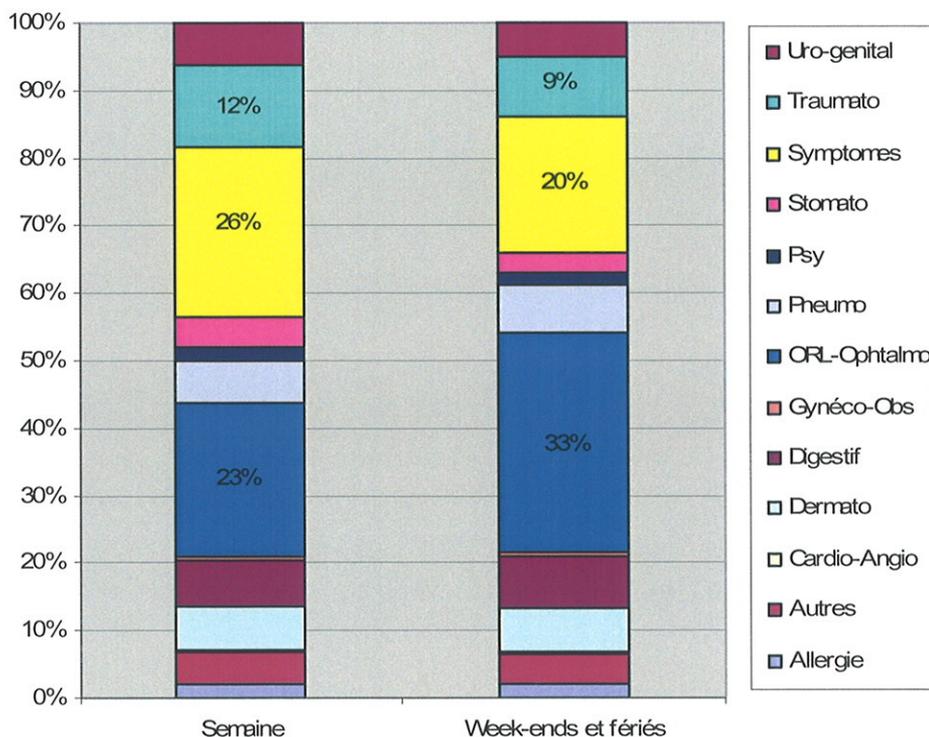
La régulation libérale préalable par un médecin généraliste pourrait sans doute limiter quelques recours à la MMG grâce à un conseil médical adapté et pertinent. Mais cela reste à confirmer.

Finalement la maison médicale paraît plus être une substitution aux autres acteurs de la PDS qu'une nouvelle offre de soins additive, même si ce dernier effet ne peut être totalement nié.

Les tableaux suivants détaillent le rôle de la MMG suivant le jour de la semaine et suivant les mois de l'année :

- comparatif semaine / week-end :

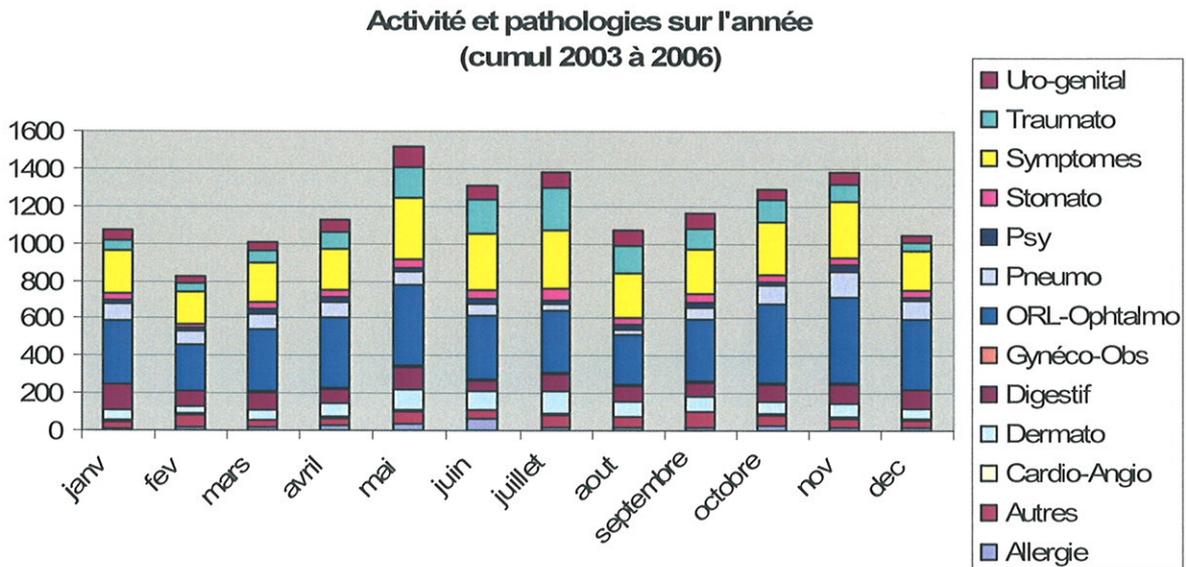
Proportion de pathologies suivant la période



On voit que la part des symptômes et de la traumatologie s'accroît aux dépens de la pathologie ORL pour la période nocturne, ce qui s'accorde avec la sensation d'urgence constatée par l'ORS sur cette même période.

Même si sur plusieurs rapports l'ouverture des MMG parait peu rentable en semaine, on constate que dans le cas de Limoges, le service rendu à la population est réel.

- comparatif mensuel :

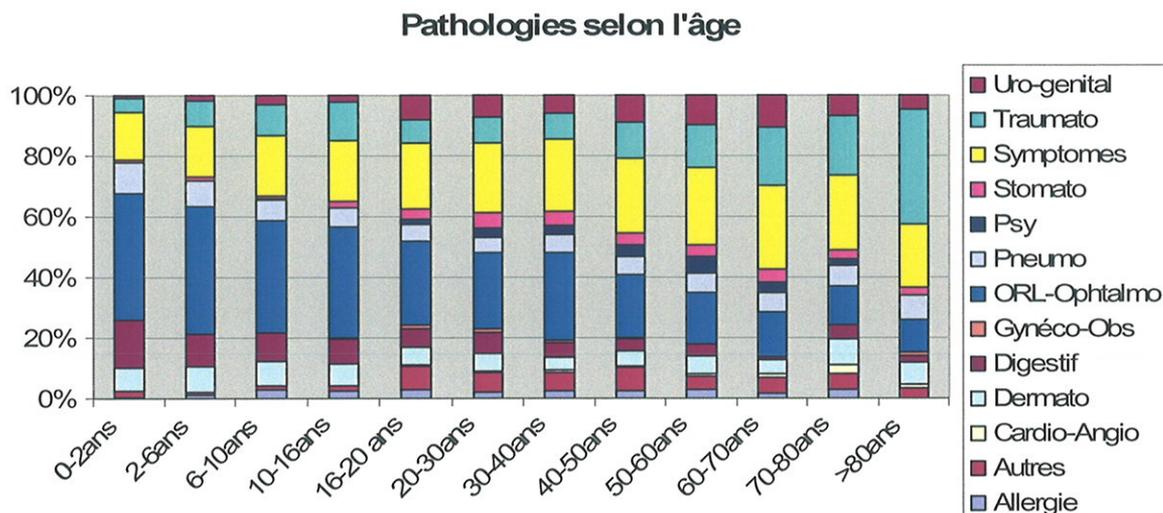


Le profil annuel permet également de mettre en évidence le caractère saisonnier de l'activité, rythmé à la fois par les congés scolaires et les épidémies, avec des accélérations lors des mois « riches » en jours fériés.

Cette capacité à s'adapter aux besoins de la population est importante car elle permet de maintenir des délais de prise en charge courts malgré des accélérations parfois importantes (pic à 6 patients/h le samedi) [20].

Dans le même cadre on peut noter la réactivité de la MMG lors d'un cas de méningite à méningocoque où une cinquantaine de patients ont reçu une chimioprophylaxie en un week-end.

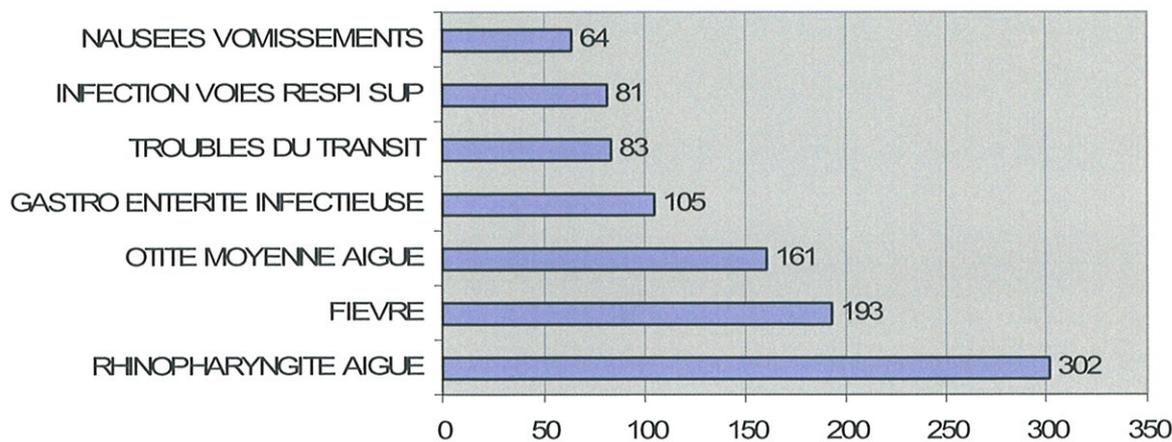
- comparatif selon la tranche d'âge :



La MMG prend en charge des patients de tout âge. L'analyse du spectre de pathologie des différentes tranches d'âge permet de cerner le bénéfice apporté sur le plan de la santé de la population.

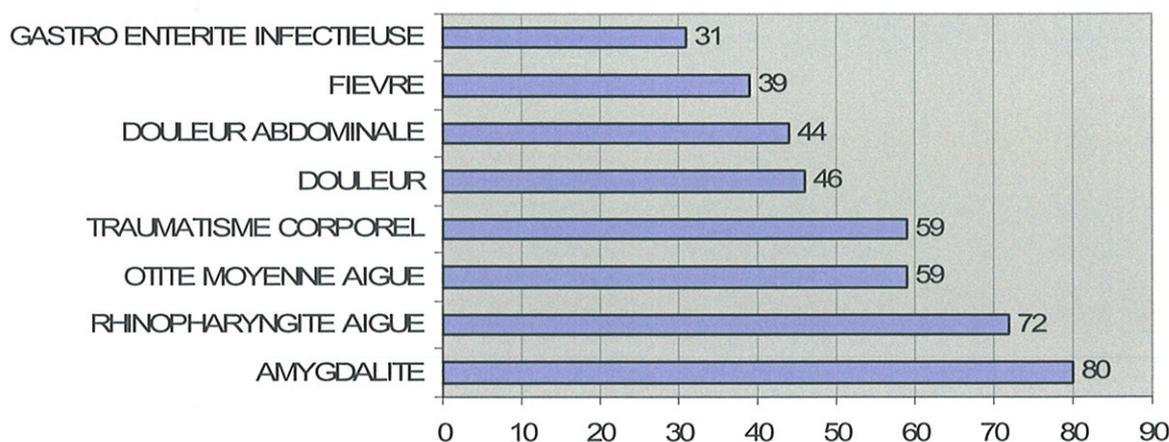
On étudiera les diagnostics responsables de 50% des consultations pour des tranches d'âges différentes :

Diagnostics principaux des moins de 2 ans



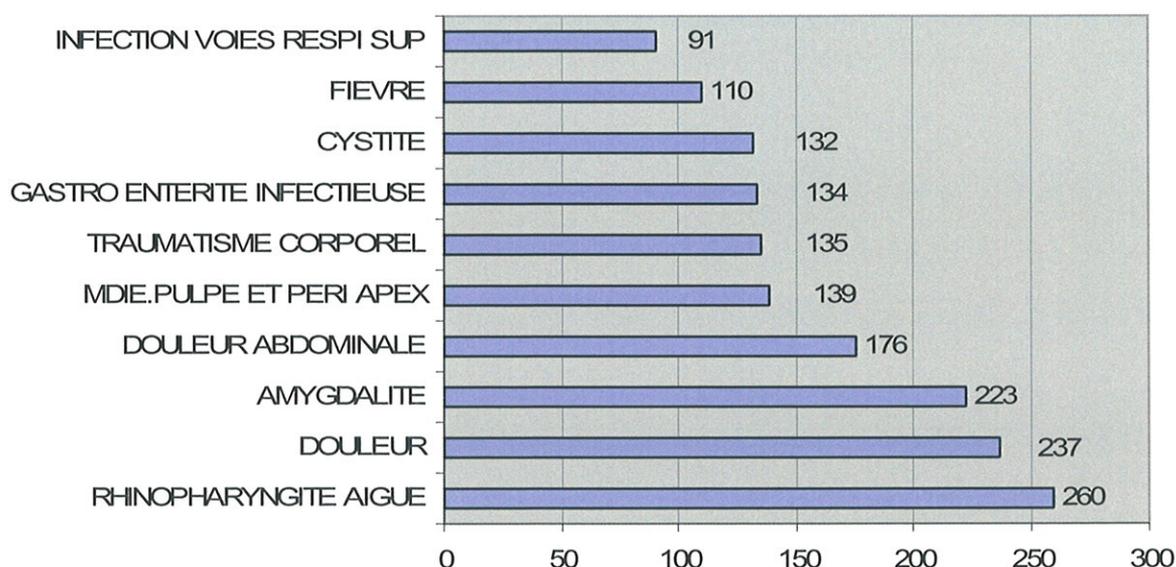
Ici le rôle spécifique dans la prise en charge des nourrissons est clair, nettement centré sur les pathologies infectieuses. Si on cumule les troubles du transit, les vomissements et les gastroentérites, la pathologie digestive devient le deuxième motif de consultation. Les bronchiolites n'apparaissent que plus loin dans la hiérarchie des diagnostics (14ème position), probablement du fait de leur caractère épisodique.

Diagnosics principaux de 10 à 16 ans



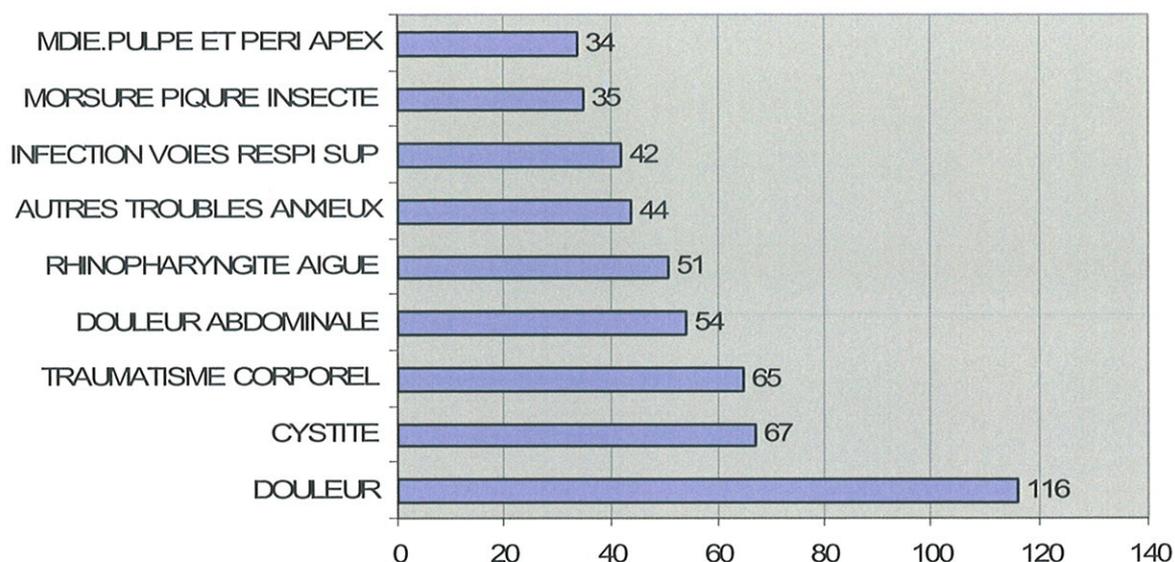
Pour les 10-16 ans on retrouve une forte part de pathologies infectieuses avec l'angine en premier plan. Apparaissent également les traumatismes et la prise en charge des symptômes douloureux.

Diagnosics principaux de 20 à 30 ans



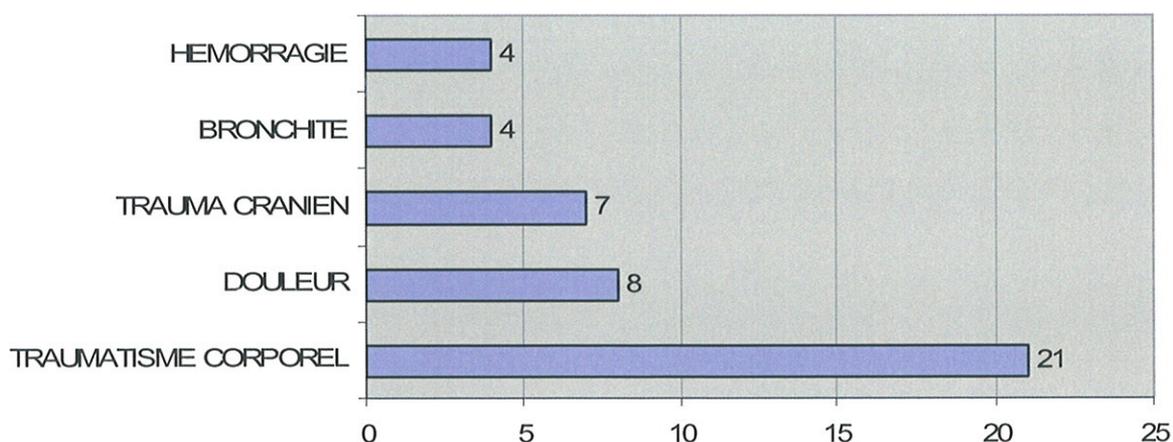
En ce qui concerne les jeunes adultes de 20 à 30 ans, la variété de diagnostics augmente avec toujours une bonne part de problèmes infectieux et de symptômes douloureux. Apparaissent également des diagnostics plus spécifiques aux adultes tels que les cystites et les abcès dentaires. On peut se poser la question de l'intérêt de la prise en charge en urgence des rhinopharyngites chez ces patients, le traitement étant possible en automédication ou après conseil médical téléphonique.

Diagnosics principaux de 50 à 60 ans



Après la cinquantaine, la pathologie infectieuse respiratoire régresse au profit des symptômes douloureux, des infections urinaires et des lésions traumatiques. On notera l'anxiété comme sixième diagnostic.

Diagnosics principaux des plus de 80 ans



Les personnes âgées amenées à consulter le font essentiellement pour des traumatismes où le rôle des chutes est très probable.

Au total, l'exercice en MMG relève bien de la médecine générale de part la variété des patients et des diagnostics, même s'il existe une franche orientation vers la pathologie infectieuse pédiatrique. Le service rendu à la population paraît net, surtout tourné vers une population active et jeune.

2.4- Un gain de confort pour tous

Si initialement la MMG a été créée dans le but d'améliorer les conditions de travail des médecins lors de l'activité de garde tout en offrant une qualité de soins égale, elle est aussi appréciée par ses usagers.

Du point de vue des médecins, le gain en confort est sans équivoque, mais plus nuancé en ce qui concerne la rémunération. L'effet sur l'implication dans la permanence des soins est positif autant sur le nombre de participants que sur la quantité d'astreintes [20]. Cet effet est assez général en France.

On constate des retours sur les tableaux de garde pouvant aller jusqu'à un facteur 4 [23]. L'effet va même au-delà avec une demande de formation sur la prise en charge des urgences en soins primaires et sur les principaux motifs de consultation. C'est un véritable vecteur de retour de la médecine libérale urbaine vers la permanence des soins, notamment des femmes médecins généralistes (13 médecins femmes assurent des consultations à la MMG de Limoges alors que 8 d'entre elles exercent également une activité de visite de garde).

Du point de vue des patients, le bénéfice se fait sur le raccourcissement des délais de prise en charge, et sur la qualité des soins [20].

Suite à une enquête de l'URML du Limousin en mars 2007 auprès notamment des médecins généralistes de l'agglomération de Limoges, les médecins ayant répondu se sont déclarés par rapport au service rendu par la MMG pour leurs patients :

- très satisfaits pour 27% d'entre eux,
 - satisfaits pour 65% d'entre eux,
 - mécontents pour 8% d'entre eux,
- Il n'y avait pas de très mécontent.

3- L'AVENIR DES MMG ET DE LA PDS

3.1- Du FAQSV au FIQCS

Le rapport Grall 2006 sur les maisons médicales de garde leur est largement favorable. Le statut expérimental des MMG disparaît pour évoluer vers celui d'un acteur central de la permanence des soins. Le fonds actuel laisse la place au Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins [24], dont les avantages pour les MMG sont sa meilleure lisibilité à long terme avec un financement pluriannuel et une réactivité également plus importante.

Le pilotage à l'échelon régional est assuré par les Missions Régionales de Santé, et les décisions de financement par le bureau du FIQCS doivent être effectives dans les trois mois. Le décret d'application est entré en vigueur en juillet 2007 [25].

L'avenir réservé aux maisons médicales urbaines est plus incertain.

On note d'ailleurs quelques contradictions à ce sujet dans le rapport Grall 2006 : d'une part on peut lire : « Centre Hospitalier de Vitré : diminution de 10% entre 2004 et 2005 des passages CCMU 1 et 2, alors même que la MMG est assez éloignée du service d'urgences mais une volonté forte de réadressage et de communication sur la MMG existent » et d'autre part « En cas de prestation de type SOS Médecins et de structures d'urgence hospitalière il paraît inutile d'envisager des créations de MMG isolément en zone urbaine (...). Une MMG n'aurait d'intérêt qu'à proximité d'un service d'urgences dans la perspective de le désengorger ». Certes la dernière citation porte sur la création des MMG. Pour les MMG existantes à budget « raisonnable », le Dr Grall préconise un maintien des subventions (du fait de leur effet sur l'implication des médecins libéraux dans la PDS).

La question de l'intégration des MMG dans une enceinte hospitalière est essentiellement financière. Comme pour tout réseau, c'est l'entente et la coordination des différents acteurs qui prime. L'installation en milieu hospitalier est surtout la conséquence de cette entente, et peut également entretenir la confusion entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier.

L'avenir de la MMG de Limoges semble donc serein si la participation des médecins se maintient. A noter un accord de principe d'un bureau du FAQSV début 2007 pour renouveler le financement de la MMG pour l'année en cours.

3.2- La PDS de demain

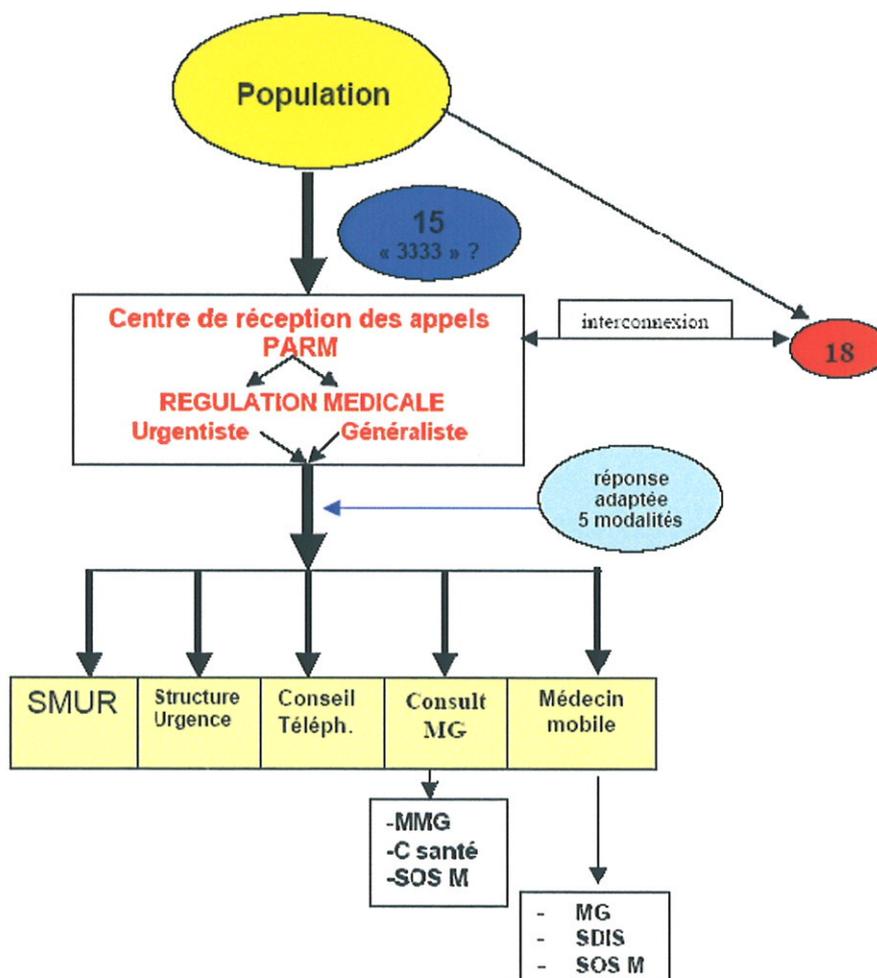
La notion de permanence des soins évolue constamment. Régulièrement des textes officiels en modifient le champ ou l'application.

Dernièrement elle est devenue mission de service public et non plus d'intérêt général [26], changement sémantique qui n'est pas sans conséquences. En effet les médecins intervenants dans ce cadre deviennent des collaborateurs occasionnels du service public agissant à la demande et sous l'autorité de l'Etat, gagnant ainsi une couverture juridique améliorée [27].

Plus récemment encore la période d'application de la PDS a été assouplie [28], s'étendant si nécessaire au samedi après-midi et aux « ponts » liés aux jours fériés.

Le dernier rapport du Dr Grall remis en août 2007 [29] dessine les contours de la PDS de demain qui d'ailleurs disparaîtra pour être remplacée par l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP), amenant à la fusion des notions de PDS et d'AMU. Le but est d'arriver au schéma d'organisation le plus simple, centré sur le patient, relativement proche du modèle national actuel :

Schéma de l'organisation de la PDS à venir (source rapport Grall 2007) :



Le pilotage régional reviendrait à l'Agence Régionale de Santé, et au CODAMPP (ancien CODAMUPS) au niveau départemental, le Préfet gardant son pouvoir de réquisition.

Le financement serait radicalement changé : le statut de mission de service public amènerait à bloquer une enveloppe de 400 Millions d'euros (dépenses actuelles liées à la PDS) et à sortir cette activité du cadre conventionnel en privilégiant la rémunération forfaitaire des structures et des intervenants.

Les centres de régulations libéraux devront physiquement intégrer le centre 15, même si un numéro spécifique peut être conservé pour effectuer une présélection des appels relevant de la médecine générale.

En ce qui concerne les médecins effecteurs, des points fixes de consultation seraient assurés par des MMG installées dans l'enceinte des hôpitaux et des établissements de santé, voire des locaux communaux en zone rurale, ceci afin d'assurer un maillage territorial cohérent.

Les visites à domicile relèveraient d'un médecin « volant » couvrant un secteur bien plus large et variable (mise en commun des ressources humaines, un médecin d'astreinte sur un secteur pouvant intervenir sur un secteur voisin si besoin).

La sectorisation actuelle disparaîtrait également.

Enfin la participation à ce système se ferait sur la base de contrats de volontariat signés avec l'Etat pour une durée fixée, attractifs sur leurs avantages financiers et statutaires, mais pénalisants en cas de rupture de ceux-ci. Les médecins pouvant souscrire à ces contrats seraient nombreux : médecins salariés hospitaliers ou non, médecins remplaçants.

Les zones urbaines pourraient donner lieu à des contrats d'exclusivité avec des associations de type SOS Médecins.

Pour assurer la fiabilité du système et éviter les réquisitions plusieurs pistes sont étudiées dont le caractère départemental du contrat, et la participation obligatoire des jeunes médecins généralistes.

Cela sous entend une information et une éducation de la population à l'utilisation de ce système, avec des mesures dissuasives pour les abus.

La place des maisons médicales de garde deviendrait donc grandissante dans l'avenir avec une généralisation à l'Hexagone, mais également avec des contraintes de localisation plus fortes.

Par ailleurs cette réforme semble vaste et non dénuée de conflits potentiels.

Elle signe également un transfert net des soins non programmés du secteur libéral vers le secteur public.

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, la maison médicale de garde de Limoges apparaît comme un acteur significatif de l'organisation locale de la permanence des soins, et est devenue un moyen de recours connu par la population de l'agglomération.

Les motifs de consultation sont superposables à ceux des autres maisons médicales de garde et ce sont principalement les enfants et une population active jeune qui profitent des soins dispensés. Les abus sont rares et l'activité de cette maison médicale diminue le nombre de visites effectuées par le médecin libéral d'astreinte, améliorant ainsi ses délais d'intervention.

L'effet sur l'implication des médecins dans la permanence des soins est positif, surtout pour les femmes et pour les plus de 50 ans. Cet effet reste cependant modeste par rapport à la totalité des médecins de Limoges.

L'avenir proche de cette structure paraît donc serein, d'autant plus que l'évolution du contexte financier tend à s'éclaircir en allant vers une légitimation et une pérennisation de la plupart des maisons médicales de garde.

Cette structure de garde pourrait être un outil potentiellement efficace pour la maîtrise des flux de patients dans les services d'urgences de la ville, ceci demandant toutefois une concertation préalable des différents acteurs.

Une analyse plus poussée pourrait être réalisée en ce sens : quels patients seraient susceptibles d'être réorientés de l'accueil des urgences vers une maison médicale de garde ? La réponse semble intéressante surtout dans le contexte d'une refonte complète du système de la permanence des soins, qui pourrait devenir l'Aide Médicale Permanente à la Population.

BIBLIOGRAPHIE

1. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'Atlas de la démographie médicale en France. 2007.
2. Direction de la Recherche de l'Evaluation des Etudes et des Statistiques. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections. 2004.
3. BADDER J-P. Sur la permanence des soins. Le Quotidien du médecin. 16 mai 2005.
4. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Annexe à la circulaire DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003.
5. CATALA I. Malade, danger? Comment les urgences se protègent. Le Quotidien du Médecin. 14 octobre 2004.
6. Ipsos, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Observatoire pour la sécurité des médecins, recensement national des incidents, année 2006. 22 janvier 2007.
7. GRALL J-Y. Les maisons médicales de garde. 2006.
8. Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Rapport d'activité 2006.
9. DE SAINT ROMAN H. La caravane de la MMG de Fougères. Le Quotidien du médecin. 7 juin 2006.
10. PICATTO G. Evaluation de l'activité de la Maison Médicale de Garde de Fréjus Saint Raphaël. Thèse d'exercice Médecine Générale. Université de Nice, 2005.
11. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Décret no 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.
12. Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Rapport d'activité 2005.
13. Inspection Générale des Affaires Sociales. Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR), Rapport de synthèse. 2006.
14. Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Cahier des charges des Maisons médicales de garde. 2005.

15. DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur La Permanence Des Soins, 22 janvier 2003.
16. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003.
17. Inspection Générale des Affaires Sociales. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. 2006.
18. L'IGAS demande la généralisation des expériences en cours. Le Quotidien du médecin. 6 février 1995.
19. FAUCHERY P. Evaluation Domus Medica. 2006.
20. FERLEY J-P., DA SILVA O., Observatoire Régional de la Santé du Limousin. Evaluation externe de la Maison Médicale de Garde de Limoges. 2006.
21. Observatoire de la permanence des soins du Limousin. Résultats premier semestre 2006. Avril 2007.
22. LEMASSON H., JASSO-MOSQUEDA G., CHICOYE A., AREMIS consultants. Evaluation des 5 maisons médicales de garde financées par le FAQSV Ile-de-France, rapport final. Mai 2005.
23. URCAM Rhône-Alpes. Evaluation des maisons médicales de garde financée par le FAQSV Rhône-Alpes. Novembre 2004.
24. Article L221-1-1 du code de la sécurité sociale.
25. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décret no 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.
26. Article L6314-1 du Code de la Santé Publique. 21 décembre 2006.
27. DE SAINT ROMAN H. Les députés font de la PDS une mission de service public. Le quotidien du médecin. 31 octobre 2006.
28. Décret no 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique.
29. GRALL J-Y. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août 2007.



DE LA RÉGION

Service de gardes et urgences médicales à Limoges

Le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne a avisé les Confrères du département par circulaire du 27 septembre dernier du fonctionnement à compter du 15 octobre 8 heures d'un service des **Urgences Médicales** fonctionnant de jour et de nuit, dimanches et jours fériés.

Le numéro d'appel du médecin de permanence est le suivant :
33.53.59

Il est prévu que le médecin qui aura effectué la garde remplira une fiche de liaison où sont consignés : le nom du malade, la thérapeutique, voire le lieu où il aura été transporté. Tous renseignements qui seront répercutés auprès du médecin traitant pour que le libre choix soit de toute façon conservé.

LISTE DES CLINIQUES DE LIMOGES PARTICIPANT AU SERVICE DE GARDE CLINIQUE

- Centre Thérapeutique et Chirurgical Chénieux 41 av. de la Révolution - 87000 Limoges - Tél. 33.70.88.
- Clinique du Colombier 92 à 112 rue Albert Thomas - 87100 Limoges - Tél. 79.48.48.
- Clinique du Docteur Mouveroux rue Fontaine de Vanteaux - 87000 Limoges - Tél. 01.62.01.
- Clinique Médico-Chirurgicale Chénieux 29 rue de la Croix Verte - 87000 Limoges - Tél. 32.57.34.
- Clinique Sainte-Clair 12 avenue de Naugeat - 87000 Limoges - Tél. 01.40.31.
- Clinique du Square des Émailleurs 27 cours Jean Fénicaud - 87000 Limoges - Tél. 32.52.39 et 32.27.20.
- Polyclinique Baudin 74 avenue Baudin - 87000 Limoges - Tél. 32.13.96.

La nouvelle commission de formation médicale continue de la Haute-Vienne

demande à tous les Confrères de réserver le 3 et 4 mai prochains pour les :

Journées Médicales du Limousin

Les sujets traités sont prévus par flash de dix minutes. Voulez-vous bien inscrire ci-dessous le ou les sujets que vous aimeriez entendre débattre.

et adresser cette feuille au responsable de la Commission de votre choix ou au bureau du Syndicat qui transmettra. D'avance merci.

Professeur Agrégé Alain Luc
Professeur Agrégé Bouquier Jean-José
Professeur Agrégé Laubie Bernard
Professeur Agrégé Liozon Frédéric
Professeur Agrégé Beck Claude

Docteur Champeytinaud Gabriel
Docteur Deschatras François
Docteur Decouty Jean
Docteur Grasser Jacques
Docteur Mouveroux Jean
Docteur Savatier

ANNEXE 2 : Historique de la PDS en Haute-Vienne par le Dr Jean DECOUTY

11
Cofin

LE C. R. R. A. CENTRE 15 HAUTE-VIENNE

LES URGENCES MEDICALES EN HAUTE-VIENNE AVANT LA CREATION DU C. R. R. A.

En accord avec le Conseil de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne, le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne et le Syndicat de l'Hospitalisation Privée :

1977 Créent 2 Associations Libérales d'Urgences Médicales : *(permonece. Téléph. en cliniques par rotations.)*

- * Association de la Médecine d'Urgence de la Ville de LIMOGES
- * Association de la Médecine d'Urgence Rurale de la HAUTE-VIENNE.

Ultérieurement, ces 2 Associations ont créé l'Association :

« URGENCE MEDECINS 87 ».

Les 7 membres du Bureau de cette association sont à l'origine, avec les Responsables du S. A. M. U. 87 et la Direction du C. H. R. U., de la Création du

C. R. R. A. 87 CENTRE EXPERIMENTAL

CHRONOLOGIE DE L'INSTALLATION DU C. R. R. A. 87

Loi 6/01/1986 sur l'Aide Médicale Urgente vise à mettre un peu d'ordre dans le fonctionnement des Transports Sanitaires et détermine les grands principes du système d'Aide Médicale Urgente.

En effet, dans une majorité des départements, les appels pouvaient être adressés à de multiples organismes travaillant sans coordination réelle, créés au fil d'une complexe évolution historique de l'Urgence et fonctionnant quelquefois sous des formes passionnelles.

Cette loi a précisé les points fondamentaux de l'organisation des CENTRES 15, Centres de Réception et de Régulation des Appels (C. R. R. A.), lieu où doivent se réaliser la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'Aide Médicale Urgente.

29/07/1987 La signature Conventionnelle Nationale (CNAMTS, M. S. A., F. M. F., C. S. M. F.) donne le « feu vert » à l'expérimentation, pour 18 mois, de la participation des médecins libéraux à l'Aide Médicale Urgente.

Prévue initialement sur 17 sites, cette expérimentation sera limitée à 6 départements. A l'instigation du Dr. MOUVEROUX, Membre du Bureau National de la F. M. F., la HAUTE-VIENNE est retenue comme site expérimental.

Janvier 1988 : Grâce à des éléments favorables à LIMOGES, parmi lesquels il faut citer :

- l'existence préalable d'un système de gardes Médicales de ville et rurales ;
.../...

ANNEXE 2 (suite)

- le bon climat d'ensemble et la volonté du Syndicat des médecins de la Haute-Vienne ;

- l'assistance de M. Serge FONTARENSKY, Directeur Général du C. H. R. U. de LIMOGES, qui confirmait officiellement au Dr. MOUVEROUX, Président du Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne et représentant la F. M. F., « son souhait de voir l'expérience prévue pour le CENTRE 15 de la Haute-Vienne, faire la preuve de la capacité de la médecine libérale et de la médecine hospitalière à travailler en commun ».

22/01/1988 Création du C. O. D. A. M. U. de la Haute-Vienne (Comité de l'Aide Médicale Urgent) et des Transports Sanitaires) sous l'autorité du Préfet.

1er/02/1988 Le numéro d'appel unique 15 est installé au S. A. M. U.

15/02/1988 Réunion d'installation du CODAMU.

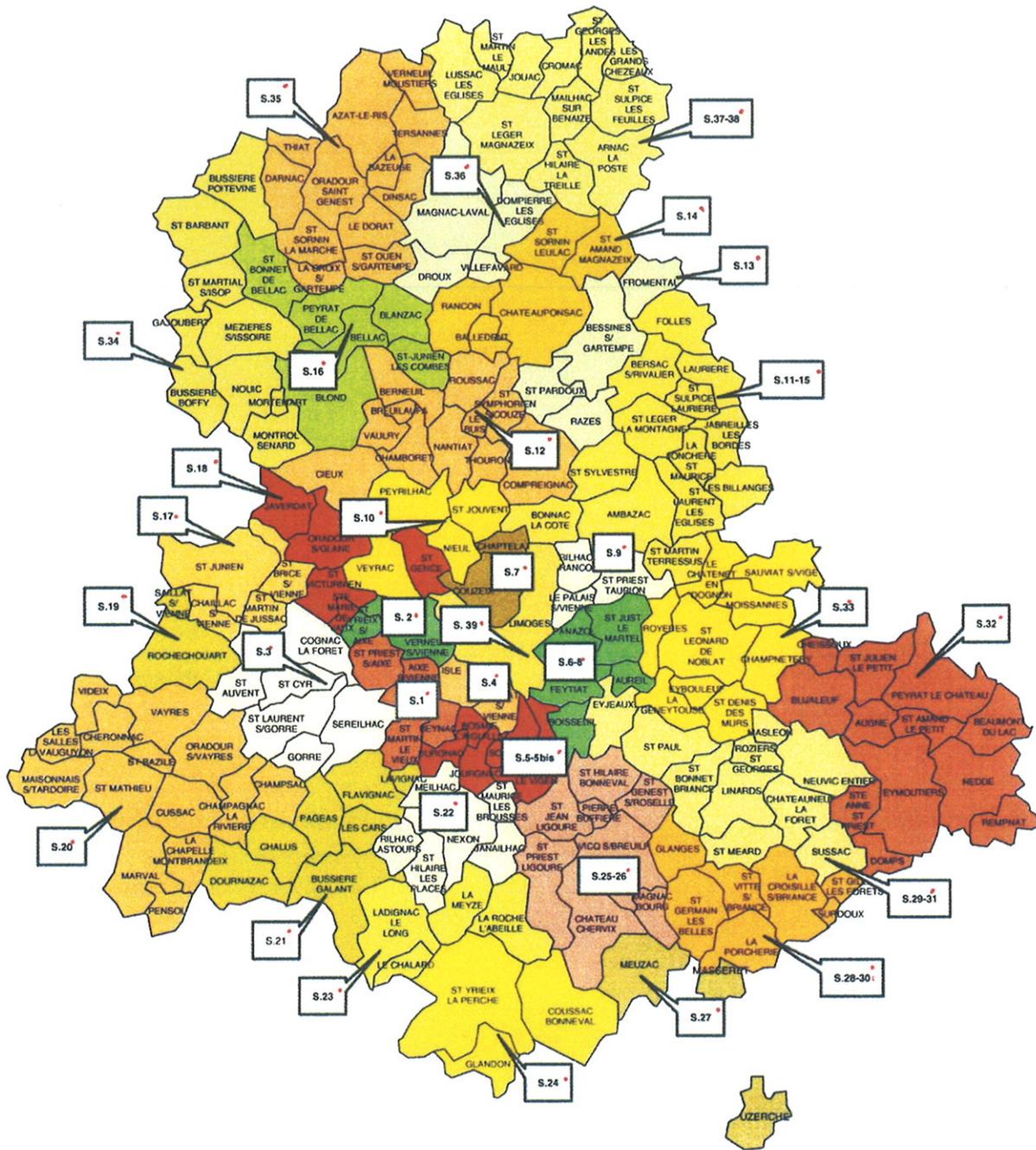
17/03/1988 Convention signée entre les Caisses d'Assurance Maladie de la Haute-Vienne et le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne (F. M. F.).

27/02/1989 Convention signée entre la Direction Générale du C. H. R. U., siège du SAMU, le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne (F. M. F.), le Syndicat C. S. M. F., l'Association de Médecine d'Urgence de LIMOGES, l'Association de Médecine Rurale de la Haute-Vienne, un représentant des établissements Privés d'Hospitalisation.

31/08/1989 Signature d'un Règlement Intérieur instituant une Commission de Surveillance de 8 Membres (dont le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins).

1er/06/1990 Démarrage effectif du C. R. R. A.

ANNEXE 3 : Secteurs d'astreinte médicale en Haute-Vienne, novembre 2005



GEOFLA
IGN-PARIS

DDASS - Pôle Santé
Novembre 2005

ANNEXE 4 : Liste des codes CIM 10 utilisés

CODE CIM 10	PATHOLOGIE/SYMPTOME
A09	GASTRO ENTERITE INFECTIEUSE
A38	SCARLATINE
B01	VARICELLE
B09	ERUPTION CUT-MUQ VIRALE
F32	EPISODE DEPRESSIF
F41	AUTRES TROUBLES ANXIEUX
H10	CONJONCTIVITE
H57	AFFECTION ŒIL ET ANNEXES
H60	OTITE EXTERNE
H66.9	OTITE MOYENNE AIGUE
H93	AFFECTION OREILLE
I87	ATTEINTE VEINEUSE
J00	RHINOPHARYNGITE AIGUE
J01	SINUSITE AIGÜE
J03	AMYGDALITE
J06	INFECTION VOIES RESPI SUP
J11	GRIPPE
J18	PNEUMOPATHIE
J20	BRONCHITE
J21	BRONCHIOLITE
J36	PHLEGMON AMYGDALÉ
J45	ASTHME
K04	MDIE.PULPE ET PERI APEX
K11	MDIE GLANDES SALIVAIRES
K13	MDIE LANGUE BOUCHE
K35	APPENDICITE
L08	INFECTION CUTANEE
L50	URTICAIRE
L98	DERMATOSE SP
N10	PYELONEPHRITE
N23	COLIQUE NEPHRETIQUE
N30	CYSTITE
N41	PROSTATITE
N99	AFFECTION GENITO-URINAIRE
O99	MDIE GROSSESSE PUERP
R00	TRBLES DU RYTHME CARDIAQUE
R05	TOUX
R06	SIGNES RESPIRATOIRES
R07	DOULEUR THORACIQUE
R10	DOULEUR ABDOMINALE
R11	NAUSEES VOMISSEMENTS
R19.4	TROUBLES DU TRANSIT
R29	SIGNES NEURO-MUSCUL.
R29.1	SYND MENINGE

ANNEXE 4 (suite)

R50	FIEVRE
R51	CEPHALEE
R52	DOULEUR
R53	ASTHENIE
R58	HEMORRAGIE
R59	ADENOPATHIE
S05	TRAUMA ŒIL ORBITE
S09	TRAUMA CRANIEN
T14	TRAUMATISME CORPOREL
T30	BRULURE ET CORROSION
T78.4	ALLERGIE
W55	MORSURE MAMMIFERE
W57	MORSURE PIQURE INSECTE
X29	PIQURE VENIMEUSE
Y09	AGGRESSION
Z02	CAUSE ADMINISTRATIVE
Z20	EXPOSITION INFECTION TRANSM
Z30	CONTRACEPTION
Z76	AUTRES MOTIF-RO

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3163

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME :

Les maisons médicales de garde (MMG) sont un nouveau mode d'organisation des gardes en médecine générale. Elles répondent aux besoins actuels de notre société en termes de qualité des soins, de confort de travail et de sécurité.

Ces structures expérimentales permettent la prise en charge des patients en ambulatoire lors de la permanence des soins (PDS). Elles sont financées essentiellement par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

La MMG de Limoges a été récemment évaluée selon trois approches : une autoévaluation annuelle interne, une évaluation externe par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du Limousin, et une évaluation à partir de sa base de données de dossiers médicaux HelloDoc®. Elles sont toutes les trois développées dans cette thèse.

Ouverte depuis plus de 4 ans, la MMG de Limoges apparaît bien implantée parmi les acteurs de la PDS. Elle représente un quart de l'activité de garde de la ville, et permet d'éviter certaines visites au profit de consultations dans ses locaux. Les patients la fréquentant sont jeunes, et la pédiatrie représente un tiers des consultations. Les pathologies traitées sont principalement infectieuses, viennent ensuite la prise en charge de la douleur et la traumatologie. Les patients et les médecins sont globalement satisfaits de ce mode d'organisation.

Le statut des MMG est en voie de légitimation, et leur place sera sûrement centrale dans la future organisation de la permanence des soins.

DISCIPLINE :

MEDECINE GENERALE

MOTS-CLES :

Maison médicale de garde, permanence des soins, Limoges, médecine générale, évaluation.

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE ,
2 rue du Dr Marcland 87 025 LIMOGES CEDEX