

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

Activité de la Maison Médicale de Garde de Limoges de décembre 2014 à mai 2015

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le vendredi 16 octobre 2015

par

Nadine GEBARA

née le 07 janvier 1988 à Bucarest

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur VIROT Patrice Président
Mme le Professeur PREVOST Martine Directrice de thèse
Mme le Docteur PAUTOUT Marie-Paule Juge
Mme le Docteur GHICA Mihaela Juge

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2015

THÈSE N°

Activité de la Maison Médicale de Garde de Limoges de décembre 2014 à mai 2015

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement

le vendredi 16 octobre 2015

par

Nadine GEBARA

née le 07 janvier 1988 à Bucarest

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. le Professeur VIROT Patrice Président

Mme le Professeur PREVOST Martine Directrice de thèse

Mme le Docteur Marie-Paule Pautout..... Juge

Mme le Docteur GHICA Mihaela Juge

UNIVERSITE de LIMOGES
FACULTE de MEDECINE

TITRES des PROFESSEURS et MAITRES de CONFERENCES des UNIVERSITES pour la
REDACTION des DEDICACES

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ABOYANS Victor	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE Responsable de service
ACHARD Jean-Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service
ARNAUD Jean-Paul	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE Responsable de service
AUBRY Karine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L.
BEDANE Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier DERMATO-VERNEREOLOGIE Responsable de service
BERTIN Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE Responsable de service de RHUMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier O.R.L. Responsable de service
BONNAUD François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Doyen Honoraire
BORDESSOULE Dominique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service d'HEMATOLOGIE CLINIQUE et THERAPIE CELLULAIRE

CAIRE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOTHERAPIE Responsable de service
CLEMENT Jean-Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PSYCHIATRIE d'ADULTES Responsable de service
COGNE Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE Responsable de service
CORNU Elisabeth	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE Responsable de service
DANTOINE Thierry	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT Responsable de service
DARDE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE Responsable de service
DAVIET Jean-Christophe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE et SANTE au TRAVAIL Responsable de service
DUMAS Jean-Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier UROLOGIE Responsable de service
ESSIG Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEPHROLOGIE Responsable de service
FAUCHAIS Anne-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE INTERNE Responsable de service

FEUILLARD Jean	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE Responsable de service du Laboratoire d'HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE INFANTILE Responsable de service
GAINANT Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES Responsable de service
LACROIX Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LASKAR Marc	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE Responsable de service Assesseur
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PEDIATRIE Responsable de service
LOUSTAUD-RATTI Véronique	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier HEPATOLOGIE
MABIT Christian	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service d'ORTHOPEDIE- TRAUMATOLOGIE
MAGY Laurent	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE Responsable de service
MATHONNET Muriel	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PNEUMOLOGIE Responsable de service
MERLE Louis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MOHTY Dania	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE Responsable de service
MOREAU Jean-Jacques	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier NEUROCHIRURGIE Responsable de service
MOUNAYER Charbel	Assesseur Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION Responsable de service
PARAF François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE Responsable de service
PLOY Marie-Cécile	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE Responsable de service
PREUX Pierre-Marie	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service du SIME Assesseur
ROBERT Pierre-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier OPHTALMOLOGIE Responsable de service
SALLE Jean-Yves	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION Responsable de service
SAUTEREAU Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE Responsable de service
STURTZ Franck	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE Responsable de service
TEISSIER-CLEMENT Marie- Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES

METABOLIQUES

TREVES Richard	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CANCEROLOGIE Responsable de service
VALLEIX Denis	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE Responsable de service de CHIRURGIE DIGESTIVE et ENDOCRINIENNE Doyen
VERGNENEGRE Alain	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION Responsable de service de l'UNITE ONCO-THORACIQUE et CUTANEE
VERGNE-SALLE Pascale	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier REANIMATION Responsable de service
VINCENT François	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier MALADIES INFECTIEUSES Responsable de service
YARDIN Catherine	Professeur des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE Responsable de service

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	Professeur des Universités MEDECINE GENERALE
----------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
-------------------------	---

BARRAUD Olivier	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier ANATOMIE
ESCLAIRE Françoise	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
LE GUYADER Alexandre	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	Maître de Conférences des Universités-Praticien Hospitalier PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

PROFESSEURS ASSOCIES

DUMOITIER Nathalie	Professeur associé à mi-temps MEDECINE GENERALE
---------------------------	--

PREVOST Martine

Professeur associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

MENARD Dominique

Maître de Conférences associé à mi-temps
MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

BONNETBLANC Jean-Marie Professeur des Universités Emérite

VALLAT Jean-Michel Professeur des Universités Emérite

Le 09 septembre 2014

A ma Mamy (Mouma),

*Ton Amour, ta Générosité, ton Soutien et ta précieuse Aide ont été pour
moi une source de courage et de confiance*

*Aucun mot ne saurait exprimer mon grand Amour, mon Respect et ma
Reconnaissance pour tout ce que tu as fait pour ma formation et ma réussite*

*Unique et Irremplaçable, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de
tes Sacrifices et de l’Affection dont tu n’as jamais cessé de m’entourer*

Remerciements

Je remercie le Professeur Martine Prévost, qui a accepté de diriger cette thèse, qui m'a accueillie, m'a soutenue. Merci pour votre aide, votre patience, votre générosité et votre énergie. Vous m'avez fait découvrir et aimer la Médecine Générale et pour cela je vous en remercie.

Je tiens à remercier le Professeur Patrice Virot qui a accepté de présider cette thèse ainsi que les autres membres du jury, le Docteur Marie-Paule Pautout (Maître de Conférence) et le Docteur Mihaela Ghica qui ont accepté d'évaluer mon travail.

Un grand remerciement aux médecins travaillant à la Maison Médicale de Garde de Limoges qui ont eu la gentillesse de participer à l'élaboration de cette thèse.

Ce travail, et bien au-delà, je le dois à mes très chers parents qui m'ont fourni au quotidien un soutien et une confiance sans faille et de ce fait, je ne saurais exprimer ma gratitude seulement par des mots.

Maman ton soutien sans limite ainsi que l'attention particulière que tu me portes me renforcent énormément, sans cela, je ne saurais jamais arrivée là où je suis, tu es une Maman formidable et exceptionnelle.

Papa tu as toujours répondu à toutes les étapes de ma vie, ton amour, ton affection et ton soutien ne m'ont jamais fait défaut, tu as toujours consenti d'énormes sacrifices pour mon bien-être et mon éducation.

Mes chers parents aujourd'hui, je dépose entre vos mains le fruit de votre travail qu'il soit le témoignage du grand Amour que je vous dois.

A ma précieuse tante Diana, que je remercie pour sa bonne humeur et sa joie de vivre, un vrai pilier dans ma vie, ton amour, tes encouragements et ton soutien m'ont guidé et aidé à percer le chemin du succès. Je te souhaite plein de bonheur et une nouvelle vie plein d'amour et de tendresse.

A ma tendre sœur Stéphanie-Sarah, l'amour et l'affection que je porte pour toi ne sauraient être exprimés en quelques lignes. Je te souhaite à travers ce travail plein de succès dans ta vie personnelle et dans ta vie professionnelle et tout ce que tu entreprendras dans ta vie.

A mon cher frère, Samy, mon amour et mon attachement pour toi est sans limite. Tes rires continuels et tes phrases drôles m'ont souvent réconforté tout au long du chemin de mes études. Je te souhaite à travers ce travail une vie personnelle et professionnelle remplie de succès, d'amour et de santé.

A ma Mamy « Mouma », une vraie battante, tu as réussis à traverser les étapes de la vie, les plus simples comme les plus compliquées, merci pour l'amour avec lequel tu m'as toujours entouré, que ces mots témoignent des sentiments tendres et chaleureux que j'éprouve pour toi.

A mes adorables amis et collègues de travail qui se reconnaîtront, en souvenir d'agréables moments passés ensemble en témoignage de notre amitié.

Que toute personne m'ayant aidé de près ou de loin, trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

Droits d'auteurs



Cette création est mise à disposition selon le Contrat : « **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** » disponible en ligne <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>

Table des matières

Table des matières	13
LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	16
PREMIERE PARTIE: PERMANENCE DES SOINS EN AMBULATOIRE EN HAUTE-VIENNE	17
1. La Permanence des Soins	18
1.1. Définition	18
1.2. Organisation de la Permanence des Soins au niveau National	18
1.2.1. Les tableaux de gardes	18
1.2.2. La régulation médicale des appels téléphoniques	19
1.2.3. La sectorisation	24
1.2.4. Le CODAMUPS	24
2. Organisation de la PDS en Haute-Vienne	26
2.1. La PDS en Haute-Vienne	26
2.1.1. Historique	26
2.1.2. Son organisation.....	27
2.2. La maison médicale de garde de Limoges	36
2.2.1. Définition.....	36
2.2.1.1. Description de la MMG de Limoges et les médecins participants	36
2.3. S.O.S MEDECINS.....	39
2.4. Autres acteurs de la Permanence des Soins Ambulatoires en Haute-Vienne.....	43
DEUXIEME PARTIE: METHODE ET MATERIEL DE L'ENQUETE	47
3. Objectifs	48
3.1. Méthode	48
TROISIEME PARTIE: RESULTATS	50
QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION	63
4. Avantages et limites de l'étude	64
La constitution de l'échantillon	64
La fiche de recueil des données.....	64
L'organisation logistique.....	65
Résultats : Discussion.....	65
Concernant les patients	66
CONCLUSION	72
Références bibliographiques.....	75
Table des annexes	78
Table des figures.....	82
Table des tableaux	83
SERMENT D'HIPPOCRATE	84

LISTE DES ABREVIATIONS

AMU: Aide Médicale Urgente

ARM: Assistant de Régulation Médicale

ARH: Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS: Agence Régionale de Santé

CHRU: Centre Hospitalier Régional Universitaire

CMU: Couverture Maladie Universelle

CODAMU: Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente

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

CODM: Conseil de l'Ordre des Médecins

CPAM: Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRA: Centre de Réception et de Régulation des Appels

Cs: Consultation

CSMF: Confédération des Syndicats Médicaux Français

DDASS: Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS: Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMP: Dossier Médical Personnalisé

ECG: Electrocardiogramme

FAQSV: Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

FMF: Fédération des Médecins de France

FSPF: Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France

HAS: Haute Autorité de Santé

HME: Hôpital Mère Enfant

HTA: Hypertension Artérielle

MMG: Maison Médicale de Garde

MRS: Mission Régionale de Santé

MSA: Mutualité Sociale Agricole

MT: Médecin Traitant

ORL: Oto-Rhino-Laryngologie

PDS: Permanence des Soins

PDSA: Permanence des Soins Ambulatoires

RIB: Relevé d'Identité Bancaire

S.A: Société Anonyme

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

TDR: Test Diagnostic Rapide

UNCAM: Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

UNPF: Union Nationale des Pharmacies de France

URCAM: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URML: Union Régionale des Médecins Libéraux

USPO: Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officines

INTRODUCTION

La Permanence des Soins s'est organisée, en France, ces dernières cinquante années, pour encadrer la prise en charge des soins non programmés en dehors des heures “habituelles” d'ouverture des cabinets médicaux. [1]

Elle a évolué au gré de différents textes législatifs encadrant son organisation. Les médecins participent à la permanence des soins (en visites et en consultations) et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. [1]

La Maison Médicale de Garde de Limoges est un acteur de la Permanence des Soins de la Haute-Vienne depuis 2003. Elle constitue un dispositif d'offres de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins non programmés des patients de Limoges et sa grande couronne. [2]

Qui consulte à cette Maison Médicale? Quels sont les motifs de consultation? Quelles sont les principales décisions prises?

Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une analyse d'un échantillon de consultations entre décembre 2014 à mai 2015.

PREMIERE PARTIE: PERMANENCE DES SOINS EN AMBULATOIRE EN HAUTE-VIENNE

1. La Permanence des Soins

1.1. Définition

La permanence des Soins (PDS) est actuellement qualifiée de mission de service public, à laquelle les médecins libéraux sont appelés à participer. 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 20h 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". [2]

1.2. Organisation de la Permanence des Soins au niveau National

1.2.1. Les tableaux de gardes

Un tableau départemental nominatif des médecins de permanence, composé de l'ensemble des tableaux de secteurs, est établi pour une durée minimale de deux mois par les médecins volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Leurs coordonnées, régulièrement mises à jour, doivent être annexées au tableau et permettent d'identifier le médecin de permanence de chaque secteur. [3]

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. [3]

Dix jours au moins avant sa mise en oeuvre 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.

1.2.2. La régulation médicale des appels téléphoniques

Un « appel » est défini comme une communication par téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) entre un centre de régulation médicale et un patient ou un tiers, en réponse à une demande de soins ou de secours. Cet appel peut intervenir 24 h/24. La prise en charge d'un appel et la décision qui en résulte sont menées sous la responsabilité du médecin régulateur. Le médecin régulateur peut ne pas prendre l'appelant personnellement en ligne, mais la décision mise en œuvre par l'assistant de régulation médicale (ARM) est soumise à la validation du médecin et donc, prise sous la responsabilité du médecin régulateur. [4]

Recommandations : Les centres de régulation médicale garantissent la continuité du service 24 h/24. Lorsqu'un centre de régulation médicale est fermé, il bascule les appels vers un centre de régulation médicale fonctionnel, dans le cadre d'un protocole d'accord. L'assistant de régulation médicale (ARM) participe à l'acte de régulation médicale sous la responsabilité du médecin régulateur. La fonction de médecin régulateur est, pendant la période où elle est assurée, exclusive de toute autre fonction. Au moins un médecin régulateur est en permanence en fonction, pour traiter les appels reçus par un centre de régulation médicale. Le médecin régulateur est responsable des réponses apportées à tous les appels.

La régulation médicale se tient dans un environnement équipé de façon appropriée et sécurisée. L'accès y est réglementé et les données sont protégées. [4] [5]

Recommandations : La salle de régulation médicale est exclusivement dédiée et adaptée à cette activité (surface permettant d'intégrer les équipements nécessaires et les éventuels partenaires, restriction d'accès, insonorisation, thermorégulation...). Les centres de régulation médicale possèdent des outils technologiques (téléphoniques, radiophoniques, informatiques...) et d'information (logiciels, bases de données, documentation médicale, informations logistiques...) adaptés aux missions et à l'activité, mis à jour, sécurisés et interconnectés. Ces outils permettent dans le respect de la confidentialité :

- l'identification, dans la mesure du possible, de l'appelant et des différents intervenants en contact avec le centre de régulation médicale ;
- l'accès, dans la mesure du possible, aux dossiers informatiques des patients (DMP et/ou autres tels que les dossiers hospitaliers) ;

- l'accès aux bases de données en ligne (répertoire opérationnel des ressources, système d'information géographique, procédures médicales...);
- la gestion en temps réel des moyens, leur déclenchement, le suivi des actions en lien avec les partenaires ;
- l'enregistrement continu des communications téléphoniques et radiophoniques ;
- l'archivage des données.

Les appels sont reçus par les assistants de régulation médicale (ARM). L'acte de régulation médicale nécessite l'intervention du médecin régulateur. Il peut s'agir d'un entretien médical direct avec l'appelant ou de la prise en compte et de la validation en temps réel d'une information transmise par l'ARM. [5]

Recommandations : L'acte de régulation médicale s'organise selon les étapes suivantes :

- recueil d'informations et échange avec l'appelant ; cet échange est fait de préférence directement entre le patient lui-même (ou, à défaut, l'appelant) et le médecin régulateur ; cet échange est conduit avec méthode et il est engagé le plus rapidement possible ;
- décision prise ou validée par un médecin régulateur ;
- mise en œuvre de la décision ;
- suivi médical et opérationnel du déroulement des interventions ou des suites des conseils donnés ;
- prise en compte du bilan de l'effecteur ;
- orientation du patient ;
- préparation de l'accueil du patient.

L'appel est réceptionné par un assistant de régulation médicale (ARM) dont le rôle est d'assister le médecin régulateur. L'organisation de la régulation médicale repose sur une collaboration étroite entre le médecin régulateur et les assistants de régulation médicale (ARM) sur lesquels le médecin régulateur a une autorité fonctionnelle. [6]

Recommandations : L'assistant de régulation médicale (ARM) qui réceptionne l'appel est un professionnel ayant une formation spécifique à la gestion des appels d'urgence. Tous

les professionnels participant à la régulation médicale (ARM et médecin) se consacrent, pendant le temps où ils pratiquent cette activité, exclusivement à celle-ci. Au sein du centre de régulation médicale, un relais est organisé, chaque fois que nécessaire, entre les professionnels de même qualification, pour assurer notamment les temps de pause, les temps de récupération nocturne et les relèves. L'organisation du centre de régulation médicale permet la gestion ou la validation directe de tous les cas par un médecin régulateur présent et éveillé à son poste de travail, y compris en nuit profonde. La régulation médicale AMU et la régulation médicale PDS ambulatoire sont organisées conjointement soit en un même lieu, soit au moyen d'une interconnexion des centres de régulation médicale (selon le décret du 13 juillet 2010). [6]

La notion de régulation médicale suppose que, face à un appel, le médecin régulateur puisse proposer plusieurs réponses possibles.

Recommandations : Le centre de régulation médicale n'a pas pour mission de traiter les demandes autres que les demandes de soins non programmés ou les demandes d'aide médicale urgente. Un centre de régulation médicale est organisé de façon que l'équipe médicale puisse disposer d'un éventail de réponses, le plus large possible, qui est contenu dans le répertoire opérationnel des ressources :

- Conseil médical sans mise en œuvre de moyens, qui peut être proposé ;
- -> en complément d'une demande d'information générale, soit en réponse à une demande spécifique de conseil ;
- -> chaque fois que le médecin régulateur juge que l'appel ne nécessite pas en urgence une consultation médicale.
- Le conseil médical est un acte qui ne peut être réalisé que par le médecin régulateur, il constitue une prescription médicale.
- Le conseil médical est consigné dans le dossier de régulation médicale du patient.
- Il est toujours précisé à l'appelant de renouveler son appel s'il constate une persistance, une reprise ou une aggravation des symptômes.
- Prescription médicamenteuse par téléphone

- -> La prescription médicamenteuse par téléphone est une prescription médicale à distance.
- En pratique cela correspond à trois situations :
 - la rédaction et la transmission d'une ordonnance écrite ;
 - la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ;
 - l'adaptation d'un traitement (notamment lorsque le médecin traitant n'est pas joignable).
- Les prescriptions par téléphone sont effectuées selon les recommandations HAS publiées en 2009, sur le thème « Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale ».
- Orientation du patient vers un centre de consultation médicale non programmée
- ->Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il peut se déplacer.
- ->Les coordonnées du lieu de consultation ainsi que les heures d'ouverture, les modalités d'accès, sont indiquées à l'appelant.
- ->Le centre de régulation médicale s'assure au préalable que le patient a les moyens de se rendre sur le lieu de consultation. Le cas échéant une solution est recherchée en accord avec le patient.
- Intervention d'un effecteur médical sur place
- Si le médecin régulateur estime que le patient nécessite une consultation médicale sans attendre un rendez-vous différé avec son médecin traitant, qu'il n'est pas en détresse vitale et qu'il ne peut pas se déplacer.
- Lorsqu'un acte médical auprès du patient s'avère nécessaire et en l'absence d'une détresse vitale, le médecin régulateur a recours soit au médecin traitant, soit à un médecin généraliste de proximité, soit à un médecin de la permanence des soins ambulatoires.
- Le médecin régulateur s'assure du suivi de l'intervention s'il le juge nécessaire.
- Recours à un transport sanitaire en ambulance

- -> Si le médecin régulateur juge que l'état du patient ne nécessite pas l'intervention immédiate d'un médecin auprès de lui mais que son état clinique requiert un transport allongé et/ou sous surveillance, vers une consultation, une structure des urgences ou, plus généralement, un établissement de santé.
- Recours aux sapeurs-pompiers ou aux secouristes pour secours à personne
- -> Si le médecin régulateur juge que l'état du patient nécessite l'intervention d'une équipe de secouristes afin de prendre en charge, sans délai, une détresse vitale suspectée ou avérée, ou de pratiquer, en urgence, des gestes de secourisme.
- -> Il est assuré par des personnels formés et équipés. Son intérêt réside dans son caractère réflexe.
- Envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation
- -> Si le médecin régulateur juge que l'état du patient nécessite l'intervention d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation, en cas d'urgence vitale avérée ou suspectée, ou pour toute situation relevant des missions de santé publique des équipes médicales mobiles d'urgence et de réanimation.
- Parallèlement, un moyen médical, sanitaire ou de secours situé à proximité est simultanément envoyé, pour apporter les premiers secours ou les premiers soins, chaque fois que cela est nécessaire et possible.
- Guidage des gestes de secourisme
- -> Le conseil médical est à différencier du guidage des gestes de secourisme ou des mesures conservatoires pouvant être proposés, face à une urgence, dans l'attente de l'arrivée des secours.
- Les assistants de régulation médicale ne peuvent pas délivrer de conseil médical mais peuvent guider l'appelant pour la réalisation de gestes de secourisme ou de mesures conservatoires. [6]

1.2.3. 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. 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. [7]

1.2.4. 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.

Le CODAMUPS a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'Aide Médicale Urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Il étudie les problèmes relatifs aux transports sanitaires, au conseil de l'ordre, aux sapeurs-pompiers, au SAMU. [7]

Le CODAMUPS est composé de :

- le Préfet ou son représentant présidant le comité
- le Directeur et le médecin Inspecteur de la Direction Départemental 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 régionaux
- 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. Organisation de la PDS en Haute-Vienne

2.1. La PDS en Haute-Vienne

2.1.1. Historique

En 1977, deux associations sont créées en accord avec le CODM, le Syndicat des Médecins de Haute-Vienne (FMF) et le Syndicat de l'hospitalisation privée :

- l'association de la médecine d'urgence sur la ville de Limoges
- l'association de la médecine d'urgence rurale de la Haute-Vienne

Elles créeront ultérieurement l'association « Urgences Médecins 87 ».

Le 20 janvier 1988, le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU) était crée en Haute-Vienne. [8]

Le 1er février 1988, le numéro d'appel unique « 15 » était crée dans le département. [8]

Le 17 mars 1988, une convention était signée entre les caisses d'Assurance maladie du département et le syndicat des Médecins de la Haute-Vienne FMF. [8]

Le 27 février 1989, une autre était signée entre la direction générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU), le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne FMF, le syndicat CSMF, l'Association des Médecins d'Urgence de Limoges, l'Association de Médecine Rurale de la Haute-Vienne ainsi qu'un représentant des établissements privés d'hospitalisation. [8]

Le règlement intérieur du Centre 15 était signé le 31 août 1989 et il débutait son activité le 1er juin 1990. Les médecins régulateurs libéraux et hospitaliers étaient présents 24H su 24 et la rémunération des libéraux était de 3 C (consultations) par heure avec une contribution de 25% réglée au CHRU pour prestation de service (ce qui correspondait environ à 122 000 euros).

Le 1er avril 1991, l'association “Urgences Médecins 87” fusionnait son numéro d'appel avec le centre 15. Une campagne d'information médiatique était alors menée par le CHRU et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). [8] [9] [10]

Le 12 mars 1992, une directive du Ministère des Affaires Sociales réduisait la présence des médecins libéraux de 24 à 12 heures pour les jours ouvrables et à 17 heures pour les dimanches et jours fériés. Cette réduction du temps de régulation était appliquée d'avril à septembre. Après le mois de septembre 1992, la régulation s'effectuait de nouveau 24h sur 24. [9]

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 Médecins s'implante sur la ville en 2000. Fonctionnant au départ en parallèle de l'association Urgences Médecins 87, l'association SOS Médecins 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.

A compter du 1er janvier 2006, la rémunération des libéraux régulateurs était assurée par l'Assurance Maladie pour les dimanches, jours fériés et la nuit conformément à l'avenant n°4 de la convention nationale. La régulation libérale n'était alors plus effectuée qu'aux heures de PDS. [9] [10]

2.1.2. Son organisation

a) La régulation

La Haute-Vienne bénéficie d'une régulation libérale qui fonctionne pendant toutes les périodes de permanence des soins au sein du CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels). Pour être régulateurs, il faut être en activité, en secteur libéral en cabinet de ville, être installé depuis plus de 3 ans et avoir suivi une formation sur site. Ces régulateurs sont regroupés au sein d'une association loi 1901 nommée « Urgences Médecins 87 ». Cette association a établi une convention de fonctionnement avec le CHRU de Limoges, afin d'utiliser les locaux ainsi que les moyens humains et techniques du SAMU 87. [4] [5] [6]

La répartition des médecins régulateurs libéraux :

- Plage de nuit ou le week-end de 20h à 8 heures : un seul régulateur
- Plage de samedi de 12h à 20h : deux régulateurs

- Plage de dimanche ou jours fériés de 14h à 20h : deux régulateurs

Les différents acteurs de la PDS en Haute-Vienne

- Régulateurs du Centre 15 :
 - Les régulateurs du SAMU qui 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, par exemple).
 - Les régulateurs libéraux qui 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 qui sont médecins généralistes d'astreinte sur un secteur, de la MMG, urgentistes de SOS Médecins, équipes médicalisées du SMUR, pompiers et médecins pompiers, ambulanciers privés. [9]
- Services de prise en charge des urgences :
 - Aux urgences adultes du CHRU ou aux urgences pédiatriques de l'HME
 - Aux urgences des Hôpitaux de St-Yrieix, St-Junien et de la Clinique Chénieux

b) La garde médicale

Le dispositif antérieur était organisé en 28 secteurs et les consultations ainsi que les visites à domicile étaient assurées par le même médecin.

Le nouveau dispositif depuis septembre 2010 est organisé autour du SAMU-Centre 15 : il réceptionne l'ensemble des appels et, en fonction du besoin évalué par téléphone, propose au patient soit une consultation médicale, soit une visite à domicile.

2 niveaux de garde sont organisés sur le département Haut-Viennois :

- 12 secteurs de garde proposent des lieux fixes de consultation,

- d'autres médecins répartis sur 6 secteurs d'intervention effectuent des visites à domicile quand la situation du patient l'exige.

Selon l'ARS du Limousin, le premier bilan qui en ressort est positif montrant :

- une forte mobilisation des médecins qui a permis de couvrir plus de 99% des plages de garde,
- une participation de plus en plus importante des médecins remplaçants,
- le rôle pivot du Centre 15, régulateur des appels,
- un dimensionnement équilibré des secteurs,
- absence d'incidence négative sur les autres dispositifs de garde (transports sanitaires, services d'urgence).

La poursuite de l'expérimentation a été demandée par l'ensemble des membres du comité de suivi.

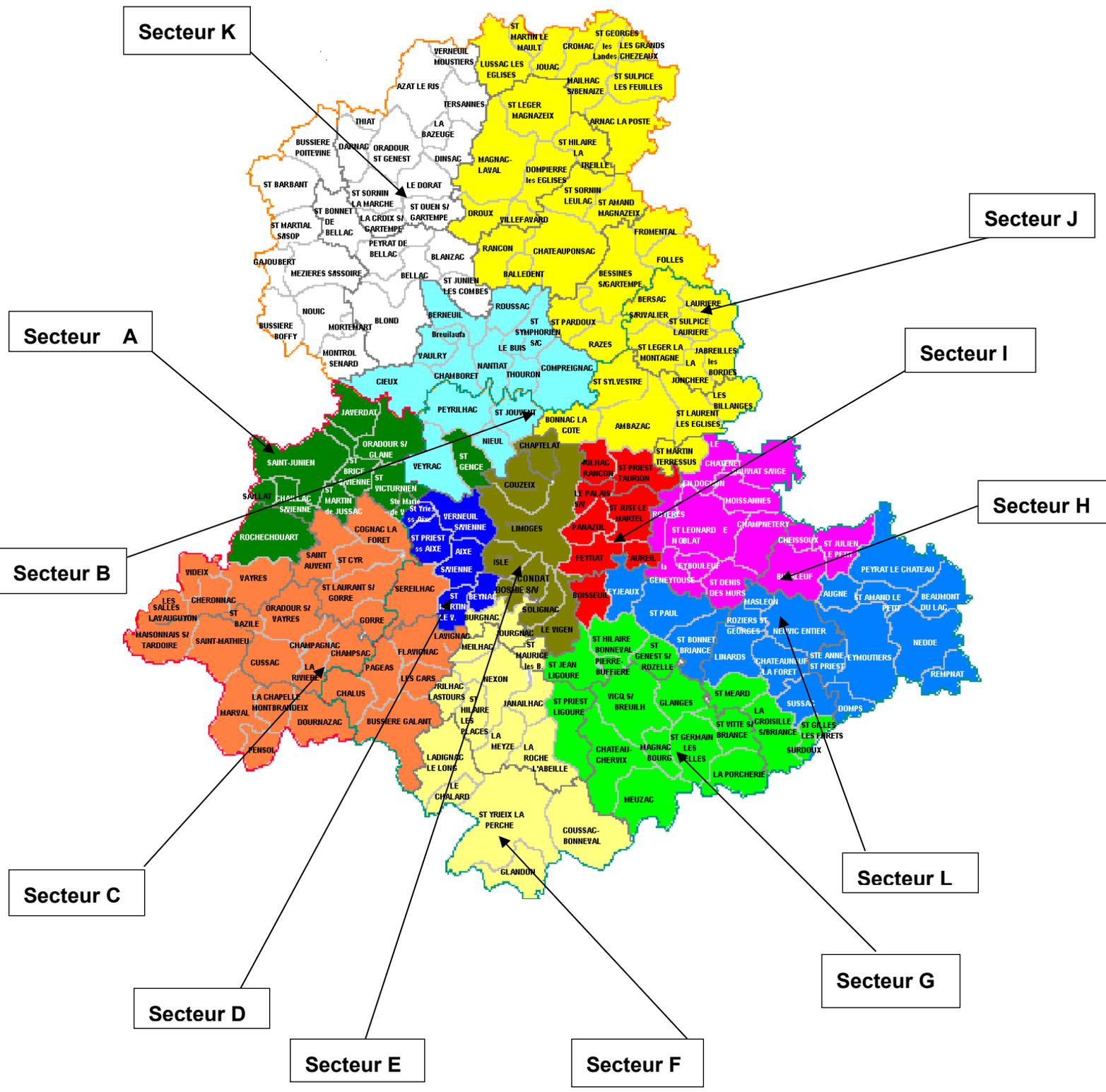


Illustration 1 : Sectorisation des effecteurs fixes en Haute-Vienne

Les lieux de consultation, dans chacun des 12 secteurs de consultations, sont précisés dans le tableau ci-dessous :

<u>Secteur concerné</u> <u>(consultations uniquement)</u>	<u>Point de consultations</u>
Secteur A	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur B	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur C	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur D	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur E	Maison Médicale de Garde de Limoges
Secteur F	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur G	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur H	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur I	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur J	Cabinet médical du médecin d'astreinte ou EHPAD de Bessines sur Gartempe
Secteur K	Cabinet médical du médecin d'astreinte
Secteur L	Cabinet médical du médecin d'astreinte

Tableau 1 : Les lieux de consultations pour les effecteurs fixes

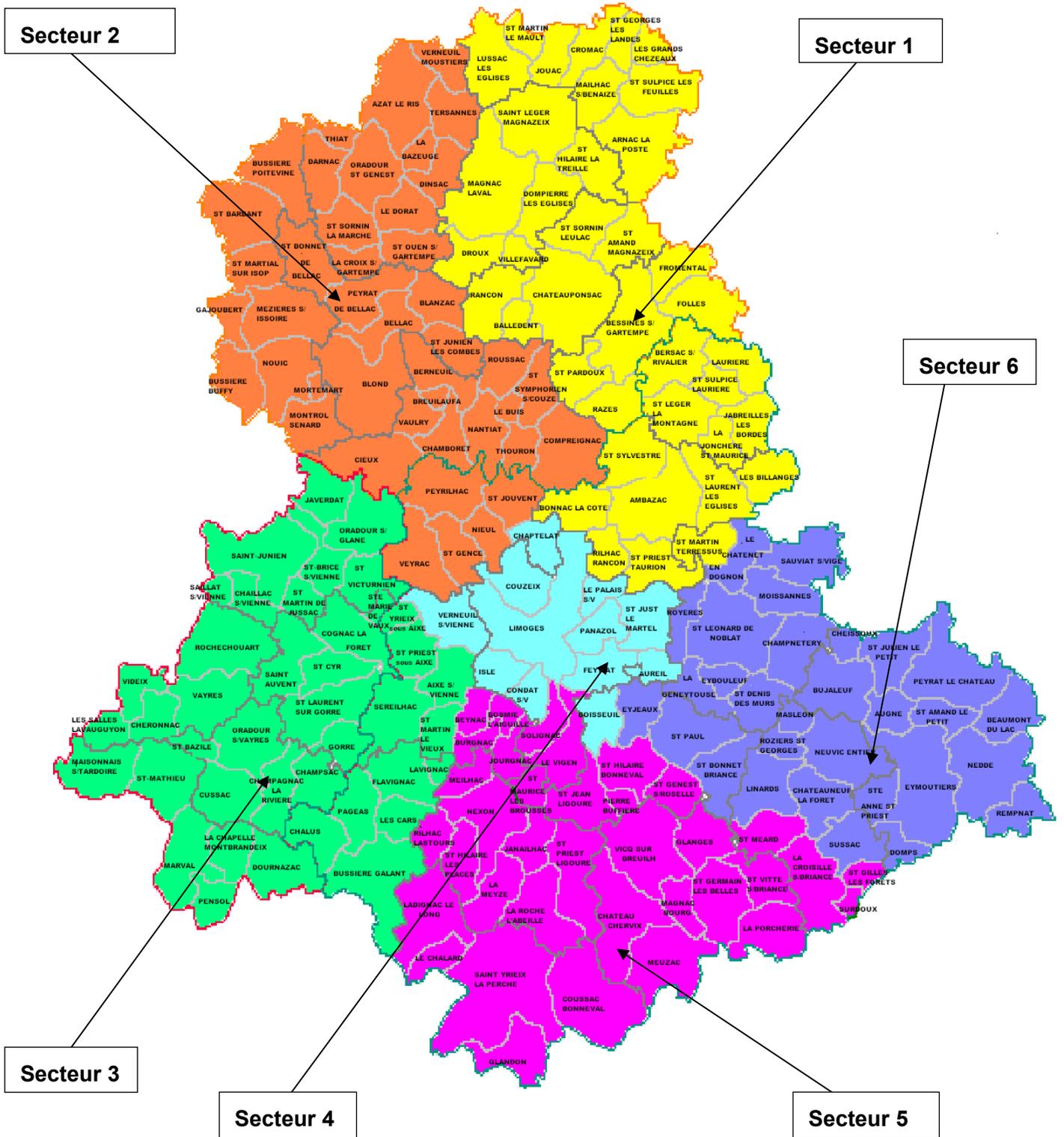


Illustration 2 : Sectorisation des effecteurs mobiles en Haute-Vienne

c) Rémunération des effecteurs mobiles en Haute-Vienne

Le montant des indemnités d'astreinte pour la permanence des soins ambulatoires (effecteurs mobiles) dépend de la tranche horaire réalisée. [11]

Si garde de 20h à 8h : 450 euros

Si garde de 20h à 24h (appelée « petite nuit ») : 125 euros (uniquement secteur 4)

Si garde de 0h à 8h : 300 euros (uniquement secteur 4)

Si garde de 12h à 20h le samedi : 150 euros

Si garde de 8h à 20h le dimanche, jour férié ou « jour de pont » : 225 euros

La condition de rémunération de l'astreinte est de transmettre à la CPAM la feuille avec les jours d'astreintes effectués dans le mois ainsi qu'un RIB avant le 5 du mois suivant.

Ce qui est nouveau : Une majoration de 25% de l'astreinte (en Haute-Vienne) le jour de Noël, le premier janvier, le 14 juillet et le 15 août

Un nouvel élément au niveau National est que les médecins souhaitent que la PDS ambulatoire débute à 08h le samedi et vers 18h30 du lundi au vendredi.

d) Garde ambulancière départementale à disposition du SAMU-Centre15

Le département de la Haute-Vienne a été divisé en 6 secteurs.

Cette sectorisation, élaborée en concertation avec le SAMU 87, l'Association des Transports Sanitaires Urgents 87 et la DDASS a pour but d'assurer une prise en charge satisfaisante des patients et de garantir des délais d'intervention raisonnables compris entre 20 et 30 minutes sur l'ensemble du département.

C'est l'arrêté préfectoral du 17 novembre 2005 qui fixe la sectorisation du département de la Haute-Vienne pour la garde ambulancière.

Cette garde ambulancière couvre les dimanches et jours fériés de 8h à 20h ainsi que les nuits de 20 heures à 8 heures. Le véhicule est stationné avec son équipage sur un site dédié pour chacun des six secteurs du département. [12] [13]

Pendant la garde, toutes les demandes de transports urgents sont à adresser au SAMU 87-CENTRE 15, à charge pour lui de transmettre chaque demande à l'équipage de permanence du pôle dont dépend la commune où réside le patient.

Cette ambulance ne peut être mobilisée qu'à la demande du médecin régulateur et seulement pour effectuer des transports du domicile du patient vers une structure d'urgence.

Le tableau ci-dessous précise à ce jour, par secteur de garde ambulancière, les pôles de garde où sont stationnées les ambulances et où sont hébergés les équipages :

<u>Secteur Concerné</u>	<u>Pôle de Garde</u>	<u>Nombre d'ambulances affectées</u>
Secteur 1	Le Dorat	1
Secteur 2	Bessines-sur-Gartempe	1
Secteur 3	Neuvier-Entier	1
Secteur 4	Saint- Yrieix la Perche	1
Secteur 5	Rochechouart	1
Secteur 6	Site de Limoges	2
	Beaubreuil	
	Site de Boisseuil	1

Tableau 2 : Pôle de garde où sont stationnées les équipes ambulancières

e) La garde pharmaceutique

L'article L.5125-22 du code de la santé publique prévoit notamment qu' « un service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des heures d'ouverture généralement pratiquées par les officines dans une zone déterminée [...] son organisation est réglée par les organisations représentatives de la profession dans le département ».

La convention nationale pharmaceutique, signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine (FSPF, USPO et UNPF), reconduit le financement du dispositif de permanence pharmaceutique conventionnel mis en place en 2006 par les partenaires conventionnels, et revalorise les indemnités et honoraires versés aux pharmaciens dans ce cadre. [14]

Pour rappel, ce dispositif financier conventionnel prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire d'astreinte par période de garde ainsi que des honoraires de gardes perçus par ordonnance.

La convention nationale prévoit que les pharmaciens titulaires d'officine participant à la permanence pharmaceutique perçoivent une indemnité d'astreinte qui est passée en novembre 2012 de 75 € à 150 euros pour chacune des périodes suivantes : la nuit, la journée du dimanche, le jour férié.

Les pharmaciens titulaires d'officine participant au service de garde organisé perçoivent également des honoraires pour chaque ordonnance exécutée pendant les périodes de garde dont le montant revalorisé également en novembre 2012, est variable selon les horaires.

La Haute-Vienne est découpée en 13 secteurs de garde pharmaceutique. La sectorisation de ces gardes est en cohérence avec la sectorisation des médecins d'astreinte assurant les consultations sur les 12 secteurs.

2.2. La maison médicale de garde de Limoges

2.2.1. Définition

Une maison médicale de garde (MMG) se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. [15]

Elle répond à un besoin précis et fonctionne sur la base d'un cahier de charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé (MRS). Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine.

A partir du premier septembre 2015, son accès se fera que par l'intermédiaire de la régulation du Centre 15. Toutes les consultations à la MMG seront donc régulées.

A l'instar des autres acteurs territoriaux de la prise en charge non programmée, elle pourra également participer au réseau des urgences défini à l'article R. 6123-26.

Elle devra signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respectives proposées à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures. [16]

Le CODAMUPS devra veiller à l'établissement de cette convention avec les acteurs du réseau d'urgence.

2.2.1.1. Description de la MMG de Limoges et les médecins participants

La MMG de Limoges est située au 43, boulevard Gambetta, et est ouverte de 20h à 24h du lundi au vendredi, de 12h à 24h le samedi et de 9h à 24h le dimanche et les jours fériés.

Elle est située en face de la pharmacie de garde, en semaine.

Son accès est sécurisé par un vigile sur la période nocturne.

Les médecins participants sont membres de l'association Domus Médica. Les locaux mis à leur disposition comprennent une salle d'attente et deux salles de consultation. [17]

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 (TDR), 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®. 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. [18]

La MMG fonctionne depuis septembre 2003 et implique la participation de 40 médecins libéraux.

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

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

Les médecins sont rémunérés à l'acte suivant les tarifs conventionnels, mais sans percevoir le forfait d'astreinte de secteur. La majoration de régulation est appliquée. Le règlement d'une partie des honoraires peut se faire par un 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.

Le financeur exclusif de la MMG de Limoges est l'URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) du Limousin par le biais du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). [19]

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

Concernant l'organisation de la MMG, celle-ci s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins définie par le cahier des charges départementales, en cohérence avec le découpage sectoriel arrêté.

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. [18][19]

L'activité de la MMG de Limoges de 2003 à 2008 est décrite dans le tableau ci-dessous :

Tableau 3 : Activité de la MMG de Limoges de 2003 à 2008

Année	Nombre Total d'actes
2003	2841
2004	4119
2005	5139
2006	5005
2007	5006
2008	5000

Source : MMG de Limoges

Le nombre d'actes médicaux pour l'année 2003 n'est que celui de six mois, étant donné la date d'ouverture de la structure.

On observe que le nombre moyen d'actes médicaux est d'environ 5000 par an.

En 2015, 6000 actes sont attendus.

L'origine des patients venus consulter à la MMG de Limoges est décrite dans le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Provenance des patients venant à la MMG

ANNEE	LIMOGES	PERIPHERIE
2003	82%	18%
2004	84%	16%
2005	78%	22%
2006	70%	30%
2007	82%	18%
2008	82%	18%

Source : MMG de Limoges

On remarque que la grande majorité des patients venant consulter à la MMG sont des habitants de Limoges.

2.3. S.O.S MEDECINS

Le 20 juin 1966, le Docteur Marcel LASCAR, généraliste à Paris créait SOS MEDECINS suite à un fait tragique. Un de ses patients décède d'une crise cardiaque, faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi. En 2007, SOS Médecins compte près de 1000 médecins regroupés en 61 associations en Métropole et Outre-Mer, unifiées en une Fédération Nationale autour d'un principe fondateur qui n'a pas varié : l'Urgence et la Permanence de Soins 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365. [20]

Les associations SOS Médecins fonctionnent sur le mode associatif modèle loi 1901, à but non lucratif. Les médecins appartenant à ces associations sont des médecins libéraux organisés sur le même modèle qu'un cabinet de groupe classique régi par un contrat d'exercice en commun. Ils sont conventionnés secteur 1 appartenant donc au secteur à

honoraires opposables. La logistique professionnelle indispensable à leur type d'exercice leur est fournie par une société civile de moyens. Cette organisation respecte les règles d'exercice libéral de la profession.

Pour appartenir à la fédération SOS Médecins France et être autorisé à porter le nom « SOS MEDECINS », l'association doit d'une part être agréée par la fédération et respecter son cahier des charges, d'autre part signer une convention d'usage gratuit de marque avec la S.A. (Société Anonyme) SOS Médecins Paris, propriétaire du nom. [20]

Le cahier des charges SOS Médecins comprend 7 points :

- Le standard doit être ouvert 24h sur 24, 365 jours sur 365. Conseil médical d'attente en permanence.
- Les médecins doivent être thésés, expérimentés, rodés à l'urgence.
- Les médecins doivent être dotés des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à leur exercice (ECG, matériel de perfusion, bavou, oxygène).
- La disponibilité du médecin doit être totale pendant sa garde.
- L'intervention du médecin doit être rapide, effectuée dans un véhicule blanc, radioguidé ou équipé d'un moyen de transmission téléphonique ou informatique adapté, débanalisé conformément aux dispositions réglementaires.
- Un bilan d'intervention doit être pratiqué et une information transmise au médecin traitant.
- Les associations doivent avoir une autonomie financière totale.

Une large couverture de la population française et une complémentarité reconnue avec le SAMU.

SOS Médecins s'est doté depuis février 2005 d'un numéro d'appel national, le 0 820 33 24 24 en complément des numéros d'appel locaux de ses associations. Ce numéro permet aux patients, sur tout le territoire métropolitain, d'avoir accès au centre d'appel de l'association SOS Médecins la plus proche dès lors qu'ils sont à l'intérieur d'une zone couverte.

Le nombre de personnes pouvant faire appel à SOS Médecins est de l'ordre de 35 millions ce qui représente une couverture de 60% de la population française. [21]

Les associations SOS Médecins couvrent la plupart des grands centres urbains et leur périphérie.

Les Centres d'appel SOS Médecins sont tous informatisés et interconnectés avec leur SAMU-Centre 15. Certains standards sont dévolus à une association unique, d'autres assurent la prise d'appels de plusieurs associations SOS.

Le décret du 8 avril 2005 officialise dans son article R732 la place des centres d'appel des associations de permanence de soins lorsque ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU.

Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le SAMU et l'association de permanence de soins. La convention précise également les modalités de collaboration entre le SAMU et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention est approuvée par le préfet après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

SOS Médecins France et SAMU de France ont signé une convention cadre en septembre 2005 en présence du Ministre de la Santé et du Directeur de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), actant ainsi la place particulière de cette structure dans la permanence de soins. Cette convention cadre sert de matrice aux conventions conclues localement par chaque association. Ce rapprochement avait été souhaité par la DHOS, afin de dynamiser la mise en œuvre de la PDS, retardée par certaines difficultés sur lesquelles elle a été missionnée. [21] [22]

SAMU de France et SOS Médecins France se sont donc rapprochés pour établir le cadre conventionnel :

- qui définit les modalités d'interconnexion et de collaboration entre le SAMU et le Centre d'appels de SOS Médecins, ainsi que les modalités d'évaluation de cette collaboration, conformément aux dispositions de l'article R.732 (art.R.6315-3) du code de la santé publique ;
- qui fixe les principes du partenariat entre le SAMU et SOS Médecins en dehors des horaires de permanence des soins ;

Cette convention sert de cadre aux conventions qui seront signées localement entre les établissements hospitaliers où sont situés les SAMU et les associations SOS Médecins. La complémentarité des missions respectives des SAMU et des associations SOS Médecins

justifie la formalisation des relations entre SOS Médecins et le Samu dans une optique d'amélioration de leur action au service du patient. [22]

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, les services d'Aide Médicale Urgente :

- assurent une écoute médicale permanente ;
- déterminent et déclenchent dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- s'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix et font préparer son accueil ;
- organisent le transport dans un établissement hospitalier et veillent à l'admission du patient.

SOS Médecins est une structure libérale agissant dans les domaines de l'urgence et de la permanence des soins. SOS Médecins est opérationnel 24h sur 24, 365 jours sur 365. Sur les horaires de permanence des soins mentionnés à l'article R.730 (R.6315-1) du code de la santé publique, SOS Médecins peut intervenir comme Centre d'appels et comme effecteur de la permanence des soins sur ses secteurs géographiques d'intervention conformément aux dispositions du code de la santé publique. [22]

L'engagement des Associations SOS Médecins dans la permanence de soins est conforme aux conditions prévues dans le cahier des charges applicable au plan départemental. Le centre d'appels SOS Médecins et médecins effecteurs SOS forment un ensemble cohérent, complémentaire et indissociable offrant une lisibilité dans l'organisation. En dehors des horaires de la permanence des soins, les structures SOS Médecins assurent une réponse aux demandes de soins non programmés qui sans être des urgences vitales nécessitent une réponse médicale dans les meilleurs délais.

L'activité des médecins de SOS concerne aussi bien l'aide médicale urgente hors urgences vitales que les actes de médecine générale courante nécessités par la permanence de soins.

L'équipement des médecins de SOS en ECG permettant la prise en charge des douleurs thoraciques et en oxygène autorisant la nébulisation à domicile des asthmes aigus graves sont des facteurs susceptibles d'éviter des hospitalisations inutiles. [23]

En Haute-Vienne, l'Association SOS Médecins Limoges est composée de 13 médecins généralistes libéraux en 2015 (soit 5 médecins de plus comparé à l'année 2010). Leur fonctionnement est le suivant :

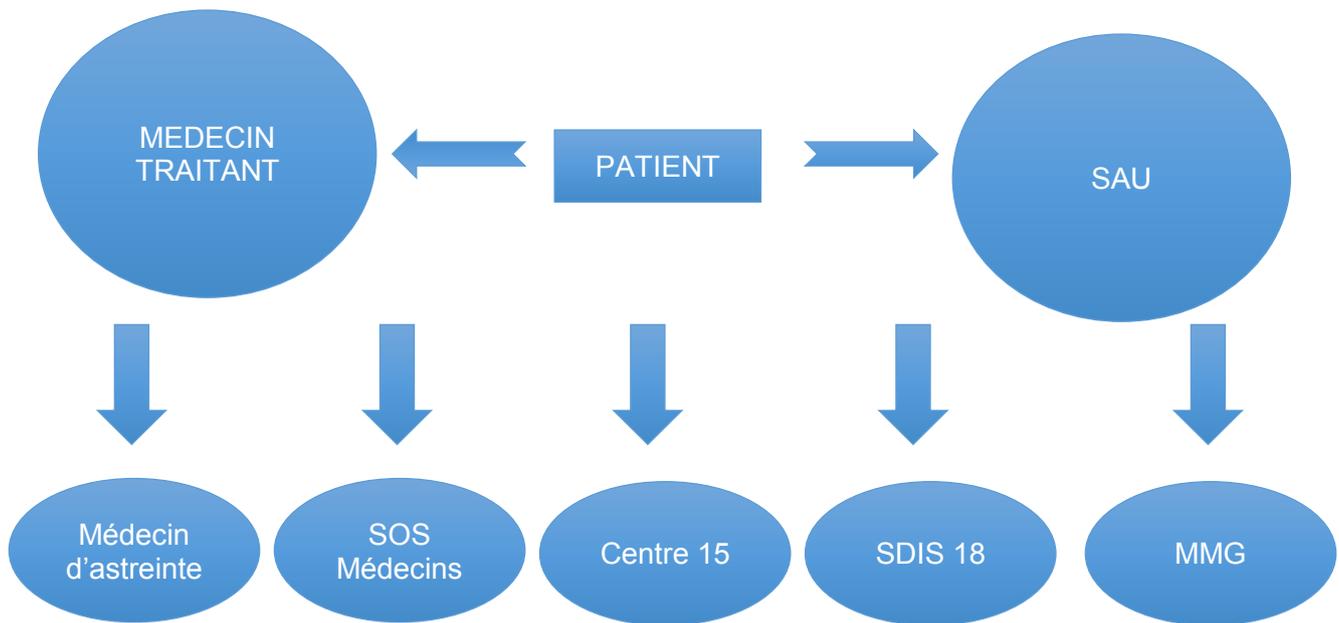
- Un médecin assure des consultations au cabinet SOS, situé en centre-ville, tous les jours de 9 heures à 22 heures.
- Le nombre de médecins consultant au cabinet et faisant les visites varient en fonction de la demande. L'ouverture d'une deuxième salle de consultation peut s'effectuer si la demande est trop importante. [23]
- Les zones où SOS Limoges peut intervenir :
 - Limoges (Beaubreuil, Beaune Les Mines, Bellegarde, Landouge)
 - Couzeix
 - Feytiat
 - Isle
 - Panazol

2.4. Autres acteurs de la Permanence des Soins Ambulatoires en Haute-Vienne

Les autres acteurs de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) sont les médecins libéraux effectuant les astreintes de leur secteur et qui travaillent en coordination étroite avec les différents services hospitaliers d'urgences. Les zones périphériques ne disposent pas à ce jour, en Haute-Vienne, de structure telle que la MMG et l'association SOS MEDECINS n'intervient pas en zone rurale.

Cependant, si on est face à une situation urgente, les moyens utilisés peuvent être le déclenchement d'un Service Mobile d'Urgence (SMUR). [24] [25] [26]

Pour conclure, de façon schématique, 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 :



SAU= SERVICE D'ACCUEIL D'URGENCES
 MMG= MAISON MEDICALE DE GARDE

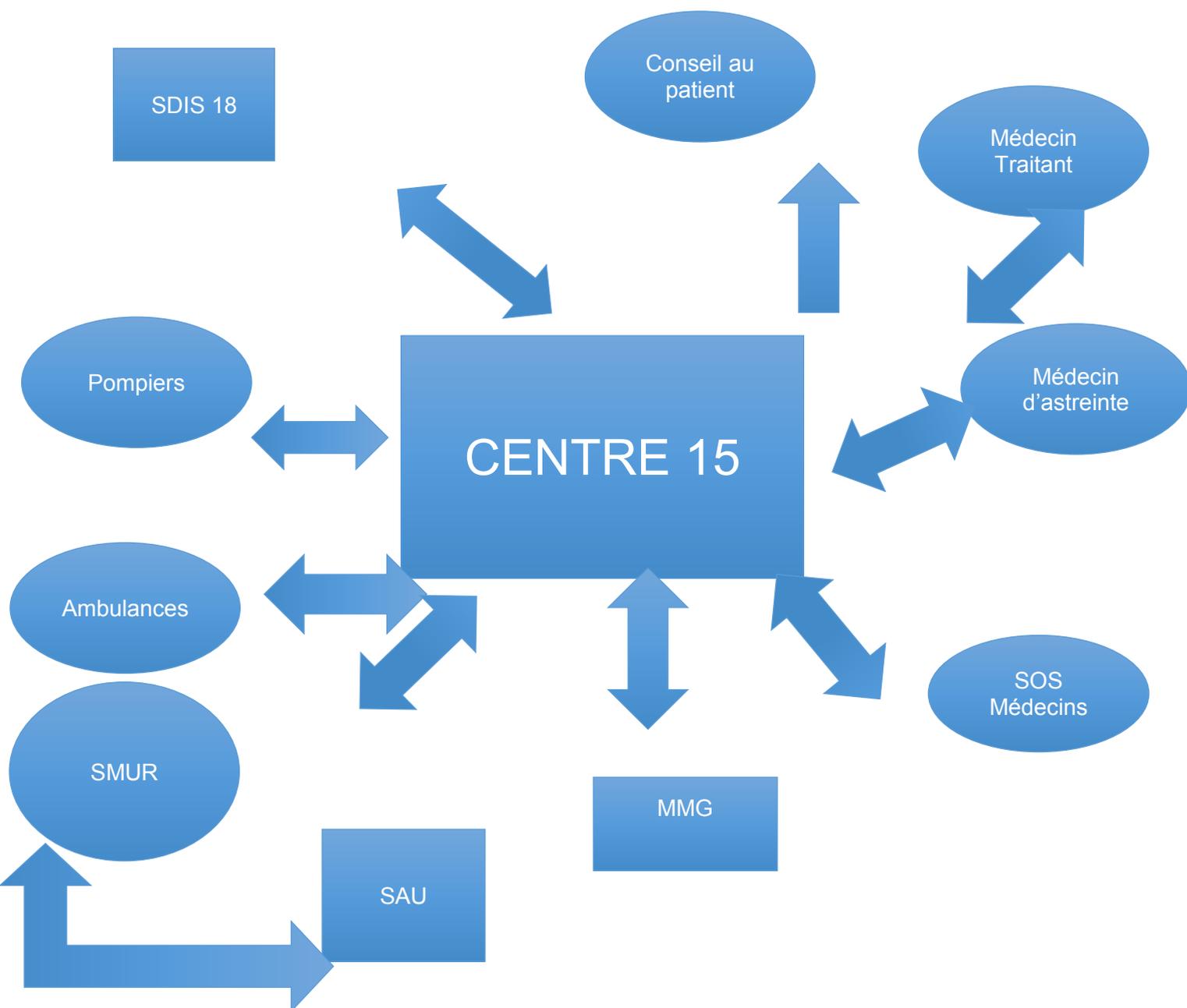
Actuellement, les patients de la Haute-Vienne ont un large choix pour répondre à leurs demandes de soins non programmés. Ils peuvent téléphoner au Centre 15, mais également appeler leur médecin traitant ou le médecin d'astreinte directement, ou le standard de SOS Médecins. [27]

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. [28]

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 : [29]

- 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 recontacter 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. [30] [31] [32]

DEUXIEME PARTIE: METHODE ET MATERIEL DE L'ENQUETE

3. Objectifs

Notre travail a pour objectif de mieux connaître le type de « patientèle » se présentant à la MMG, les motifs de consultations, l'orientation dans le système de PDS, et les décisions prises. Notre travail permet donc d'étudier l'activité de la MMG.

3.1. Méthode

Cette étude prospective est réalisée sur une période déterminée : du premier au sept de chaque mois, pendant six mois, de décembre 2014 à mai 2015. Chaque médecin a rempli un tableau pour renseigner les caractéristiques de chaque consultation effectuée pendant sa plage de garde à la Maison Médicale.

L'enquête a été présentée aux médecins lors d'une réunion de choix de gardes, au mois de novembre 2014, afin d'obtenir leur adhésion et de répondre à leurs questions.

L'ensemble des médecins de l'Association a été d'accord pour participer à ce travail.

Pour recueillir les données, nous avons imprimé un tableau pré-daté pour chaque plage de garde avec les coordonnées du médecin et les items à renseigner, pour chaque consultation.

Tous les premiers du mois, les tableaux pré-datés étaient déposés à la Maison Médicale de Garde et nous avons contacté par téléphone chaque médecin concerné au début de sa plage de garde afin de lui rappeler le travail à faire.

Nous avons récupéré les feuilles de gardes le huit de chaque mois, pendant six mois.

Sur chaque fiche de recueil est renseignée pour chaque consultation :

- la date de la consultation
- la plage horaire
- l'âge du patient
- le sexe du patient
- le motif médical de recours aux soins
- le résultat de consultation
- la régulation préalable ou non

-la décision finale: l'hospitalisation, le conseil de reconsulter le médecin traitant à distance ou le retour à domicile avec une ordonnance.

TROISIEME PARTIE: RESULTATS

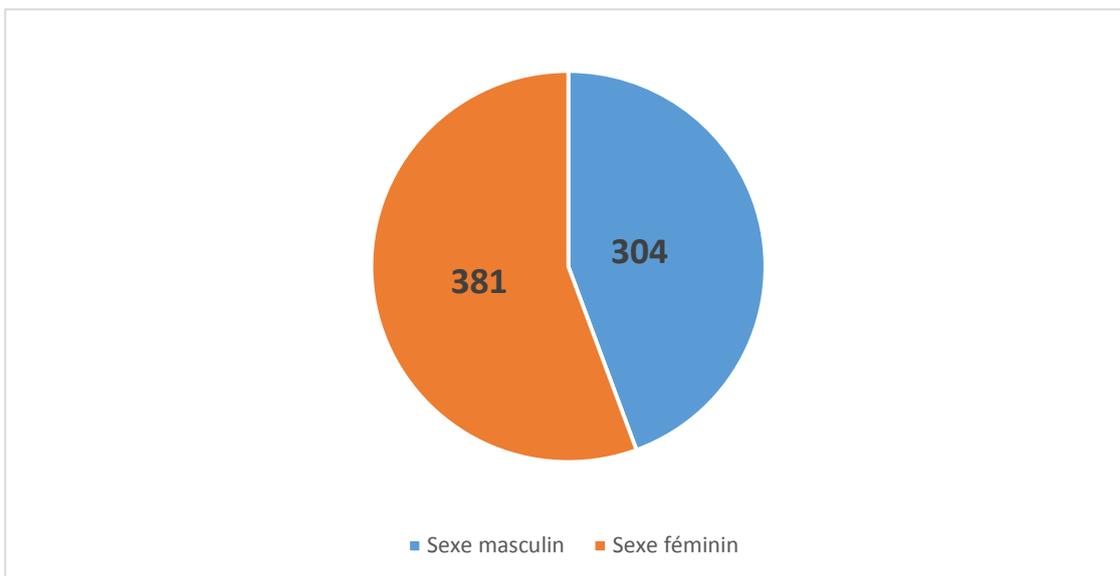
Les résultats de notre enquête

Nous avons étudié les données globales de ces six mois, puis nous avons comparé nos résultats mois par mois, de décembre 2014 à mai 2015.

- *Période décembre 2014-mai 2015*

Au total, 685 patients ont consulté à la MMG de Limoges, une semaine par mois, pendant 6 mois, soit 6 semaines d'étude au total.

Figure 1: Répartition par sexe des patients

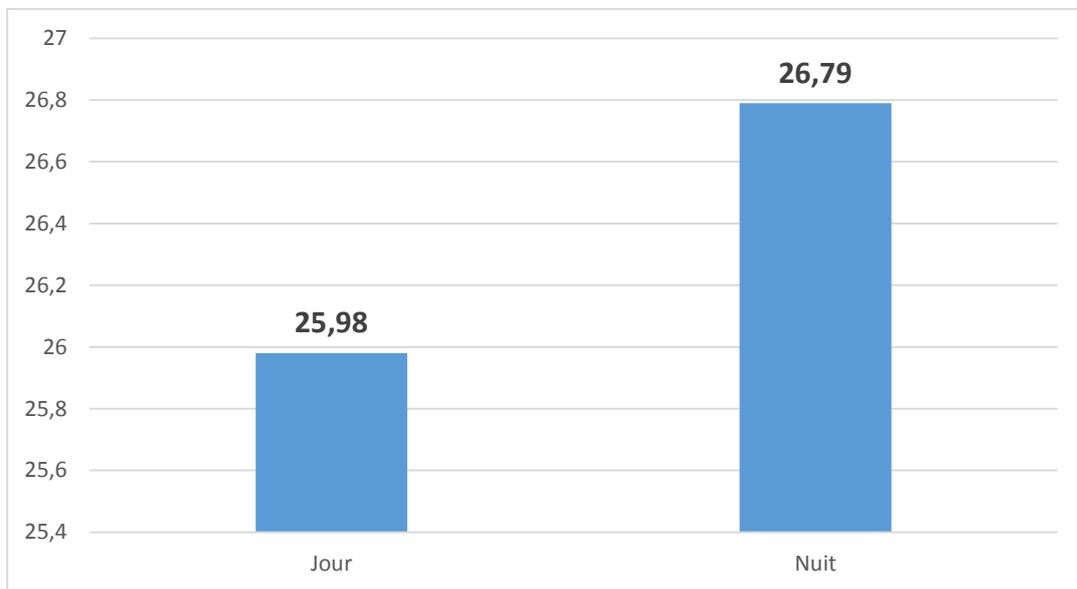


381 patients sont de sexe féminin (soit 55,6% de la population étudiée) et 304 patients sont de sexe masculin (soit 44,4%).

La moyenne d'âge des patients ayant consulté à la MMG durant cette période est de 26,3 ans (les extrêmes étant 1 an et 94 ans).

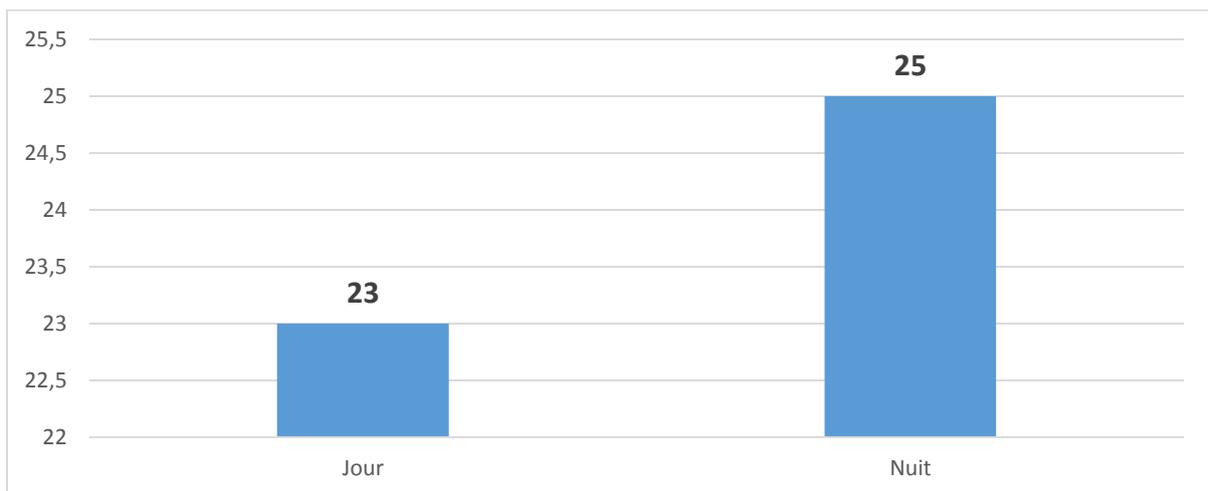
La médiane calculée est de 24 ans.

Figure 2 : Moyenne d'âge ayant consulté à la MMG en fonction de la plage horaire



La moyenne d'âge des consultants à la MMG est de 25,9 ans sur les plages de jour et de 26,7 ans sur les plages de nuit.

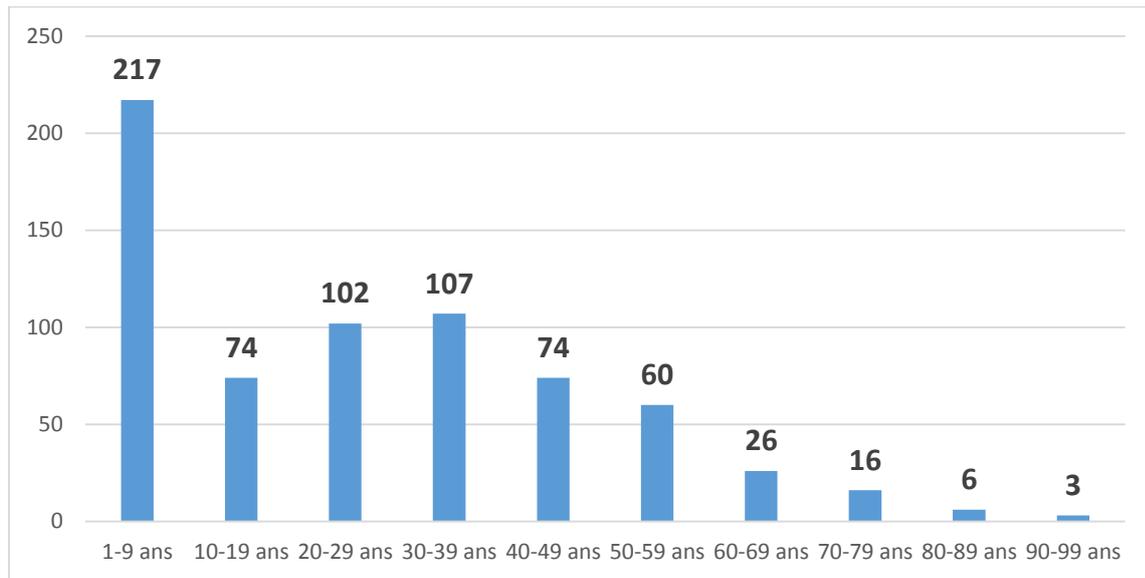
Figure 3 : Médiane d'âge ayant consulté à la MMG en fonction de la plage horaire



La médiane diurne est calculée à 23 ans.

La médiane nocturne calculée est à 25 ans.

Figure 4 : Répartition des patients consultant à la MMG selon leur âge

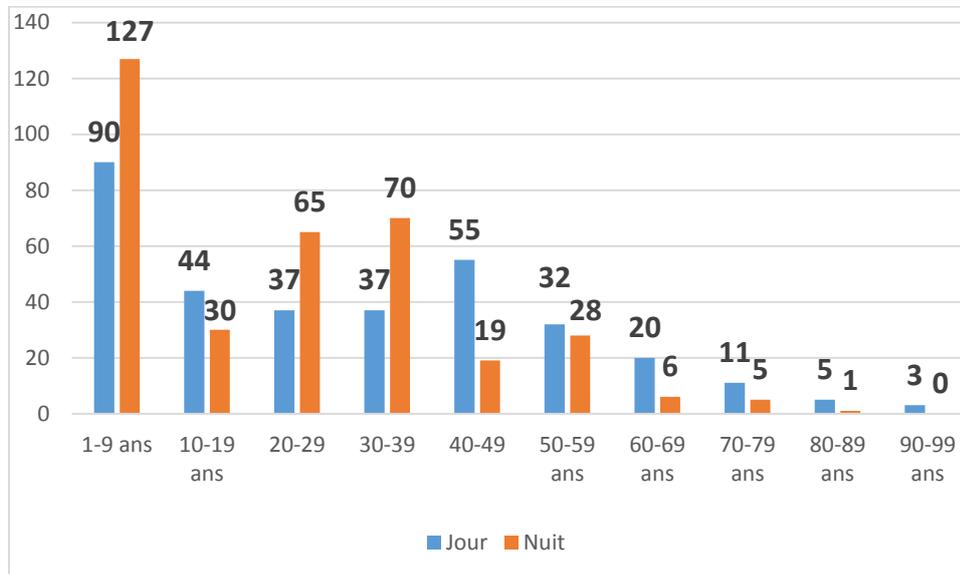


La population pédiatrique, 1-9 ans, a consulté le plus souvent à la MMG de Limoges, de décembre 2014 à mai 2015.

Les autres tranches d'âge représentant les consultations sont :

- > 1-9 ans : 31,7% du total des consultations
- > 10-19 ans : 10,8% du total des consultations
- > 20-29 ans : 14,9% du total des consultations
- > 30-39 ans : 15,6% du total des consultations
- > 40-49 ans : 10,8% du total des consultations
- > 50-59 ans : 8,8% du total des consultations
- > 60-69 ans : 3,8% du total des consultations
- > 70-79 ans : 2,3% du total des consultations
- > 80-89 ans : 0,87% du total des consultations
- > 90-99 ans : 0,43% du total des consultations

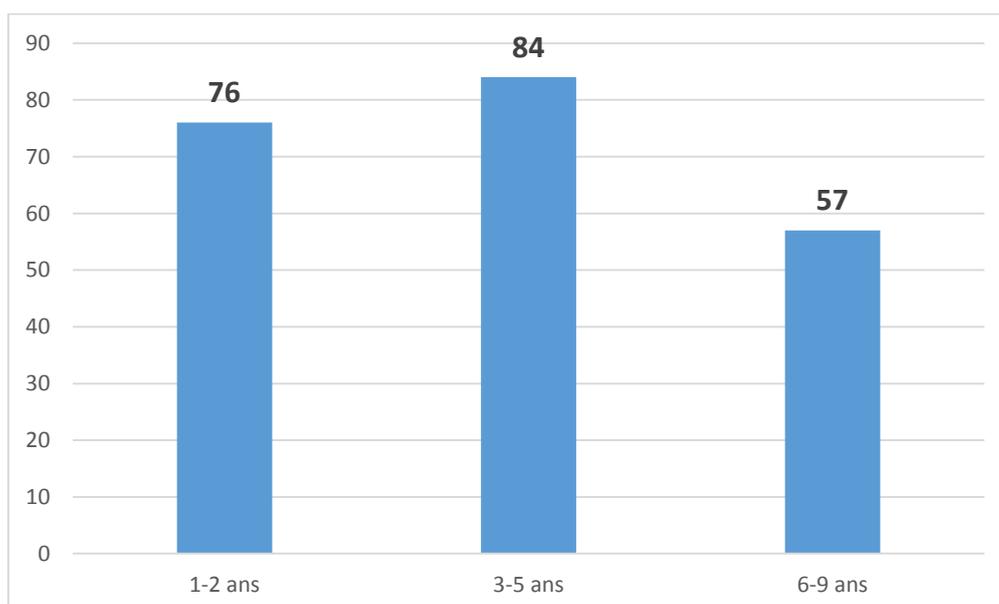
Figure 5 : Répartition des tranches d'âge des consultants à la MMG en fonction de la tranche horaire de consultation



La tranche d'âge 1-9 ans consulte le plus souvent sur les plages horaires nocturnes (18,5% des consultants).

On remarque la même chose pour les tranches d'âge 20-29 ans (9,4% des consultants) et 30-39 ans (10,2% des consultants).

Figure 6 : Répartition des enfants de 1 an à 9 ans



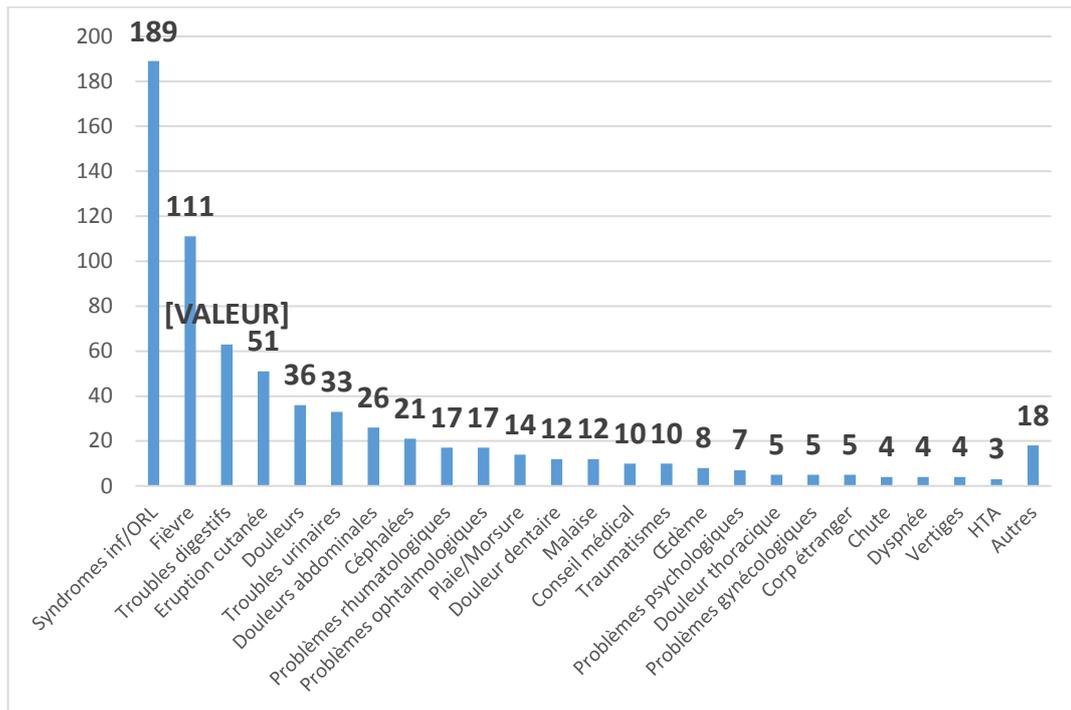
Ont consulté à la MMG de Limoges :

-76 nourrissons, soit 35% de la population pédiatrique.

-84 enfants de 3 à 5 ans, soit 39% de la population pédiatrique

-57 enfants de 6 à 9 ans, soit 26% de la population pédiatrique

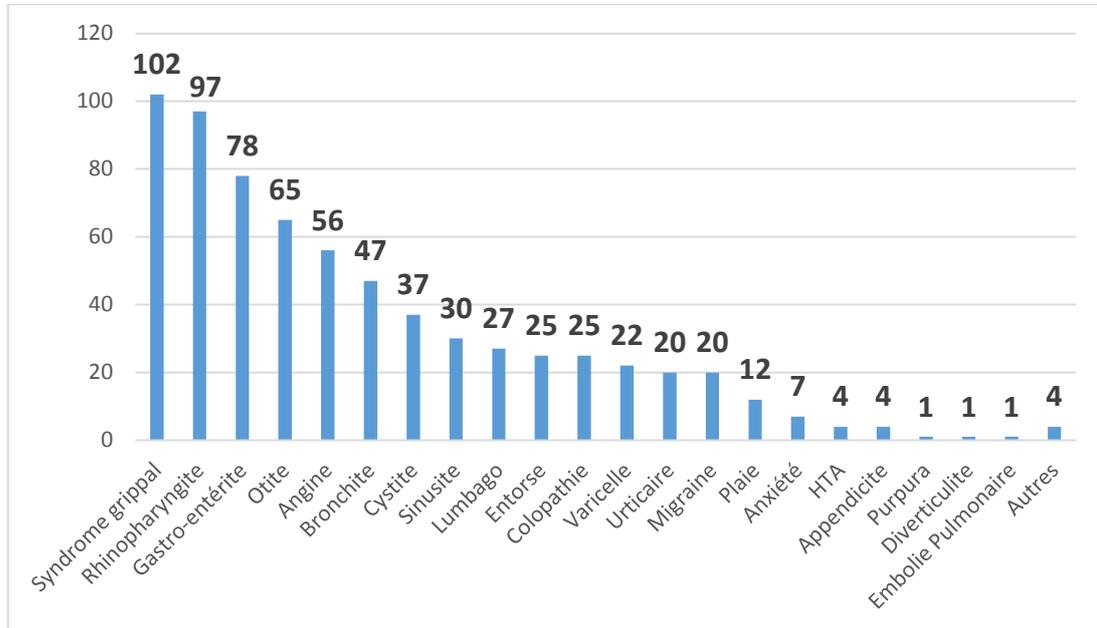
Figure 7 : Principaux motifs de consultation



Les principaux motifs de consultation de décembre 2014 à mai 2015 sont :

- les syndromes infectieux ou ORL (27%)
- la fièvre (16%)
- les troubles digestifs (9%)
- les éruptions cutanées (7%)
- les douleurs (5%)
- les troubles urinaires (5%)
- les douleurs abdominales (4%)
- les céphalées (3%)
- les problèmes rhumatologiques (2,5%)
- les problèmes ophtalmologiques (2,5%)
- les plaies ou les morsures (2%)

Figure 8 : Principaux diagnostics notés par les médecins suite à la consultation à la MMG de Limoges

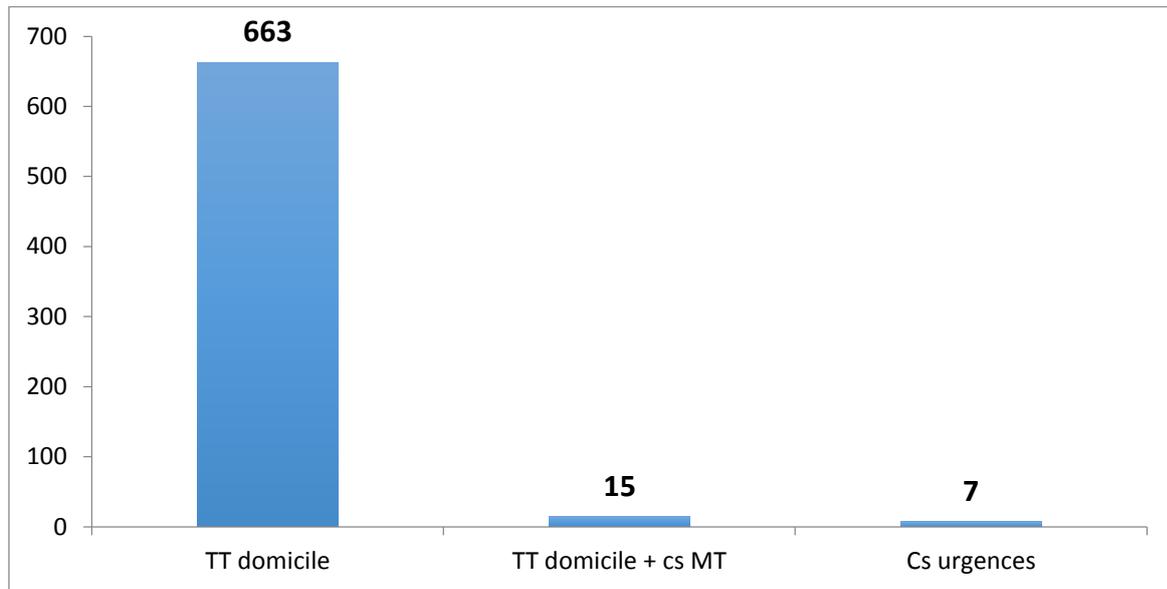


Le diagnostic principal suite à la consultation à la MMG est le syndrome grippal (102 patients soit 14,9% du total des consultations).

En seconde et troisième positions, on retrouve la rhinopharyngite (14,1%) et la gastro-entérite (11,4%).

Viennent ensuite le diagnostic d'otite (9,4%), d'angine (8,1%), de bronchite (6,8%), de cystite (5,4%), de sinusite (4,3%), de lumbago (3,9%), d'entorse (3,6%), de colopathie (3,6%), de varicelle (3,2%), d'urticaire (2,9%) et de migraine (2,9%).

Figure 9 : Orientation des patients



Suite à la consultation à la MMG :

-> 663 patients (soit 96,8%) sont repartis avec un traitement à domicile.

-> 15 patients (soit 2,2%) ont eu un traitement à domicile avec conseil de reconsulter leur médecin traitant.

-> 7 patients (soit 1%) ont directement été adressés aux structures d'urgences hospitalières (publiques ou privées).

Les 7 consultations à la MMG de Limoges qui ont été adressées aux urgences sont :

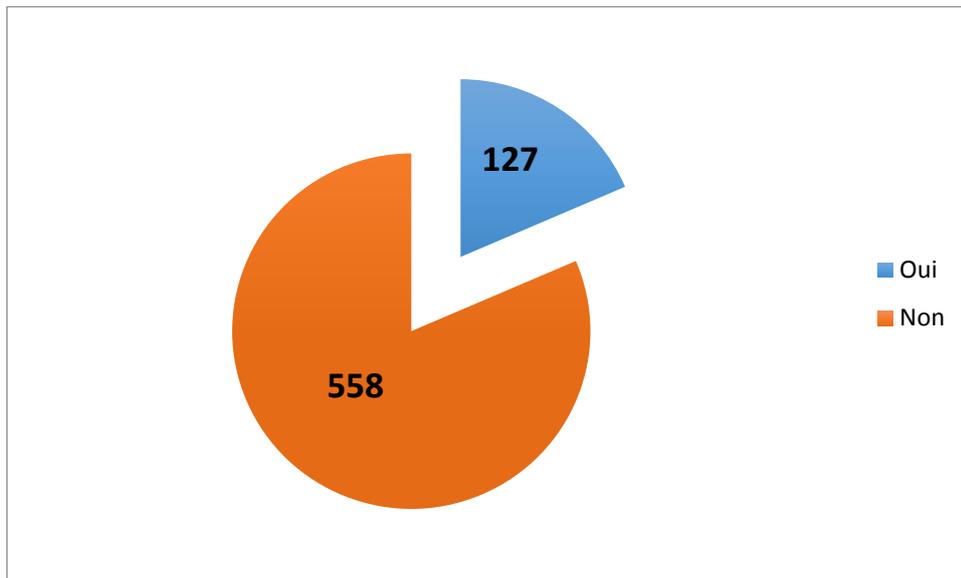
-4 patients qui présentaient une probable appendicite,

-un patient avec un purpura,

-un patient avec une diverticulite,

-un patient avec suspicion d'embolie pulmonaire

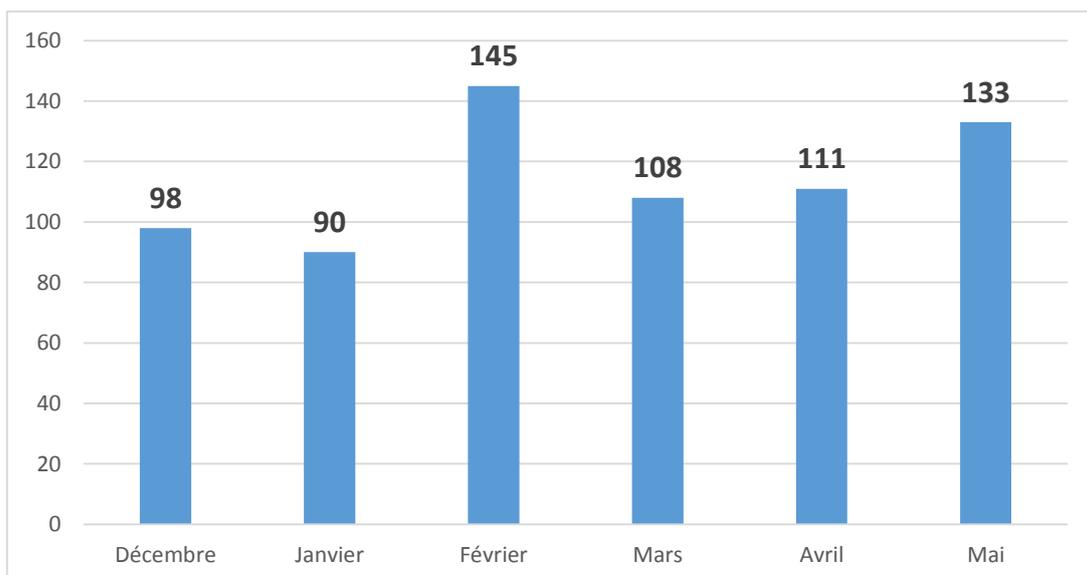
Figure 10: Consultations régulées à la MMG



18,5% des consultations sont préalablement régulées par le CENTRE 15, soit 127 patients.

- *Comparaison des données pour chacun des mois, de décembre 2014 à mai 2015*

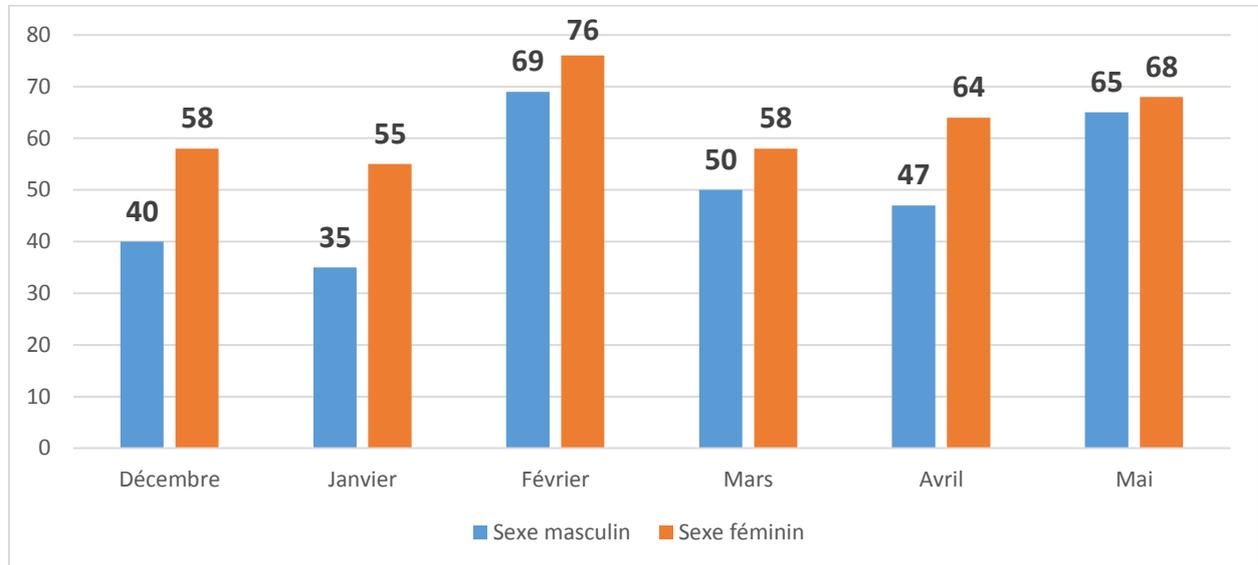
Figure 11: Nombre de consultations par mois à la MMG



On observe un pic de consultations en février (21,2%) et en mai (19,4%).

Les autres mois, on observe un taux de consultations stable de 13,1% (en janvier) à 16,2% (en avril).

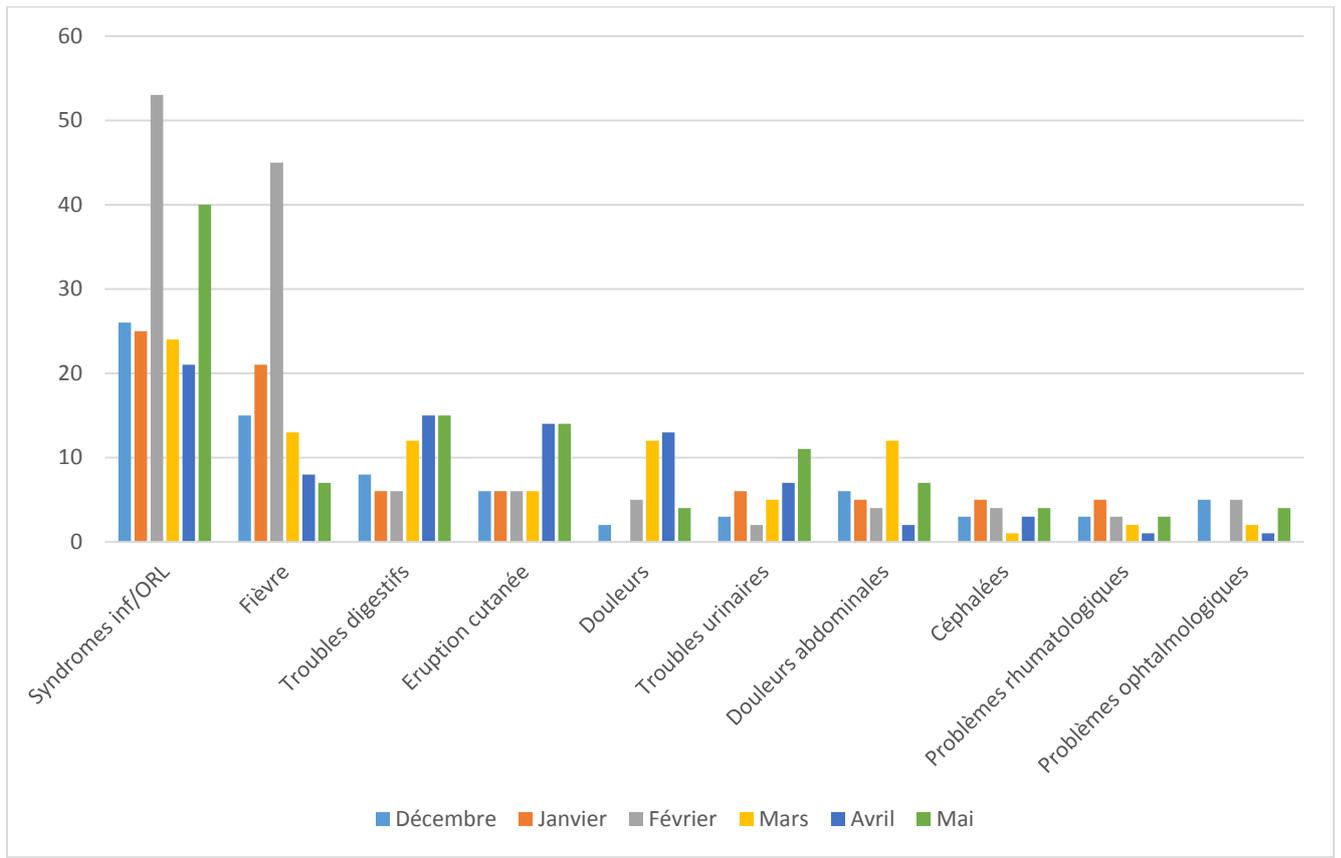
Figure 12: Répartition des consultations par sexe



□

Le nombre de patients de sexe féminin est plus élevé, chaque mois, durant la période de décembre 2014 à mai 2015.

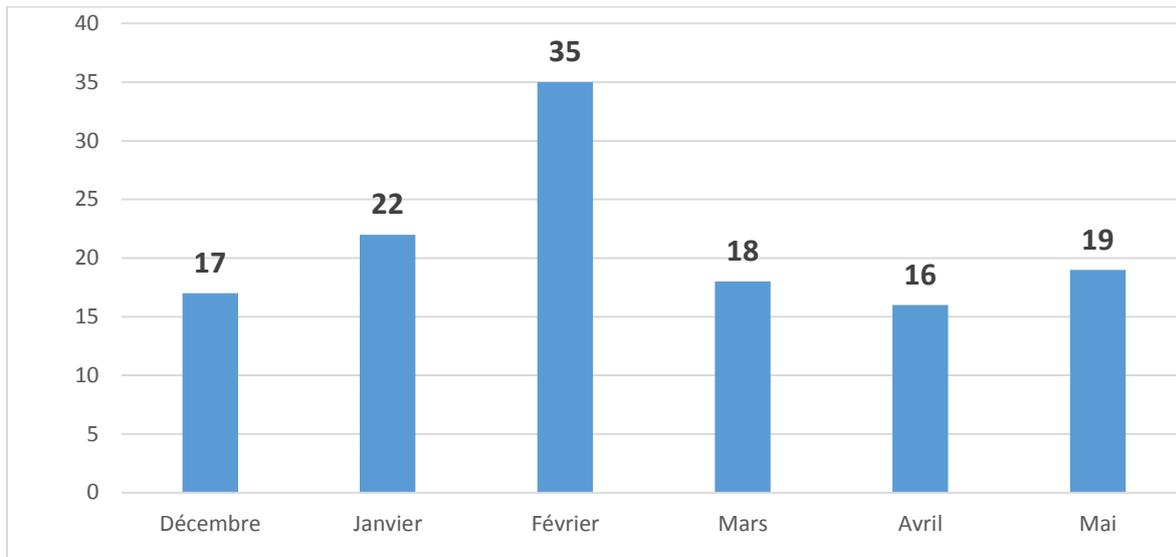
Figure 13: Répartition par motif de consultation



En décembre et surtout en février, les syndromes infectieux/ORL et la fièvre sont les motifs les plus fréquents de consultation.

On note un pic de syndromes infectieux/ORL en mai.

Figure 14: Répartition par cas préalablement régulés

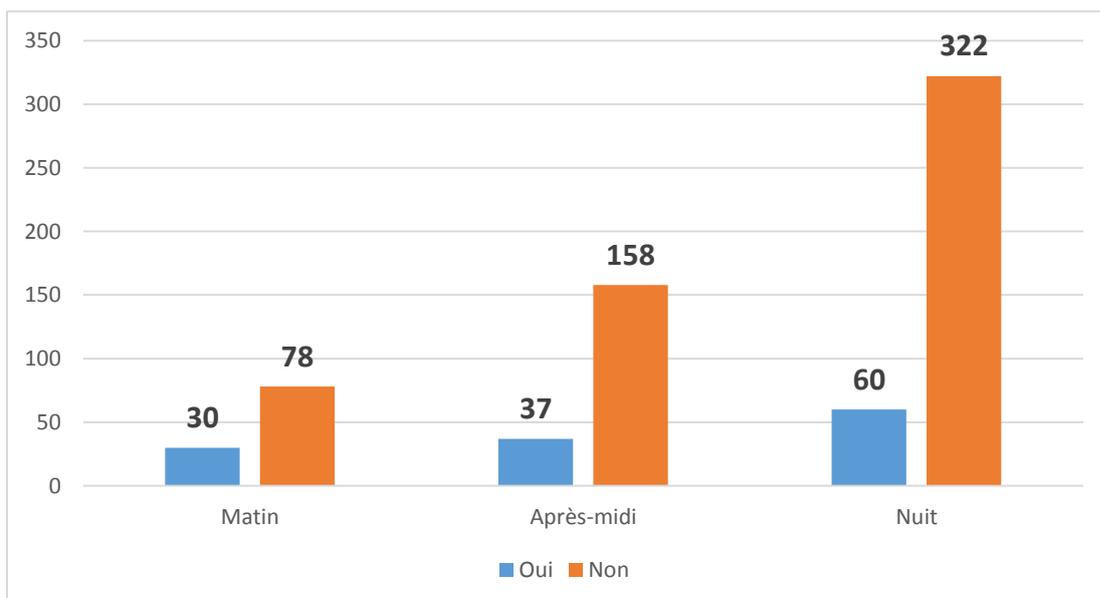


127 cas ont été préalablement régulés, soit 18% du total des consultations.

En février, le taux de régulation a été le plus élevé, 35 patients soit 27% des patients ayant consulté à la MMG. En effet, en février on retrouve aussi le plus grand nombre de consultations.

En ce qui concerne les autres mois, le taux de régulation est plutôt stable, entre 12 et 16 % des consultations.

Figure 15 : Cas régulés en fonction des plages horaires



La majorité des cas régulés par le Centre 15 a eu lieu sur les plages horaires nocturnes (60 patients soit 47,6% des patients régulés).

Sont préalablement régulés :

- 27,7% des consultations sur les plages de matin de 08h à 14h
- 18,9% des consultations sur les plages d'après-midi de 14h à 20h
- 15,7% des consultations sur les plages de nuit de 20h à minuit

QUATRIEME PARTIE: DISCUSSION

4. Avantages et limites de l'étude

La constitution de l'échantillon

Nous avons choisi d'analyser seulement les consultations du premier au sept de chaque mois, afin de ne pas lasser les médecins participant à l'étude. Ceci nous a permis d'obtenir l'adhésion complète des médecins de garde mais a restreint le nombre de consultations à analyser (plus d'une centaine par mois).

Nous aurions pu analyser l'intégralité des consultations de la MMG sur cette période de six mois, au risque de non-participation de certains médecins qui se seraient lassés.

Ce choix d'analyse du premier au sept de chaque mois, nous assure d'avoir des données de chaque nuit de semaine (un lundi, un mardi, etc...) et un week-end complet par mois.

Notre étude se déroulant de décembre 2014 à mai 2015 se concentre sur les mois hivernaux et le début du printemps. Pour obtenir une analyse plus représentative de l'activité de la MMG de Limoges, il aurait fallu mener cette étude sur douze mois consécutifs.

Notre avons choisi d'explorer que quelques items, nous aurions pu demander l'origine géographique des patients (Limoges, communes limitrophes de Limoges ou plus éloignées) mais ces données ne modifiaient en rien la typologie des données.

La fiche de recueil des données

Par souci de simplicité, et afin de faciliter le remplissage par les médecins de garde, la majorité des réponses ont été de type fermées, en mode binaire OUI/NON, ou un choix entre les réponses A/B ou C.

Nous avons téléphoné à chaque médecin de garde, au début de sa plage d'astreinte pour lui rappeler le travail à accomplir.

Le huit de chaque mois, nous avons récupéré les fiches de recueil pour les analyser.

Le recueil des données pour chaque consultation prenait moins de 30 secondes, ce qui a permis d'obtenir l'intégralité des consultations effectuées.

Nous avons d'ailleurs vérifié que l'intégralité des consultations avait été intégrée dans notre fiche de recueil des données.

En effet, chaque médecin de garde à la MMG de Limoges doit remplir une fiche d'activité pour l'ARS à la fin de sa plage d'astreinte.

L'organisation logistique

Cette étude est répétée la première semaine de chaque mois, durant la période de décembre 2014 à mai 2015. Elle a l'avantage d'être simple et rapide pour les médecins enquêteurs et peu coûteuse pour le chercheur.

Le taux de réponses à notre questionnaire a été de 100% de participation. Pour être certaine que tous les médecins étant d'astreinte à la Maison Médicale de Garde de Limoges participent, nous leur téléphonions au début de chaque semaine du mois concerné pour qu'ils n'oublient pas de remplir le questionnaire. Par la suite, nous allions chercher les questionnaires remplis à la fin de chaque semaine.

La limite de cette étude est liée, principalement, à sa brièveté.

On pourrait tenter de faire une étude similaire mais prolongée dans le temps, sur une durée totale d'un an, pour doubler notre période d'étude et ainsi comparer les différents motifs de consultation à la Maison Médicale de Garde.

Résultats : Discussion

La fiche de recueil de données comporte 2 questions ouvertes (motif médical de recours aux soins et diagnostic retenu). Nous avons rentré toutes les données dans un tableur Excel pour analyser les résultats.

Notre étude analyse 685 consultations.

Les consultants de sexe féminin représentent 55,6% du total. C'est le même résultat (57% de consultantes féminines) que retrouve Julien Soulier dans sa thèse « Place de la Maison Médicale de Garde de Limoges dans la Permanence des Soins », en 2007 [33]. En

2014, la France comptait environ 33,93 millions de femmes et 31,89 millions d'hommes, soit 51,45 % de femmes pour 48,55 % d'hommes. Les femmes consultent donc plus fréquemment que les hommes.

La dixième enquête de pratique de la Domus Médica confirme le positionnement de la Maison Médicale dans la PDSA de Limoges. En effet, l'enquête de pratique qui se déroulait sur une période de 15 jours au mois de septembre, de 2003 à 2013, constate une augmentation de l'activité de la MMG de Limoges. En 2003, 112 actes ont été effectués durant cette période contre 193 actes effectués en 2013, sur cette même période.

En comparant avec une autre thèse concernant la MMG de Langon (Aquitaine), créée en 2009, c'est le même constat : une augmentation de l'activité entre 2009 et 2012 (4188 consultants en 2009 pour 5858 en 2012). [34]

Concernant les patients

Qui consulte à la MMG ?

Les consultants à la Maison Médicale de Garde sont jeunes, la moyenne d'âge étant de 26,3 ans, du nouveau-né à 94 ans. La médiane d'âge étant à 24 ans. La médiane diurne calculée est de 23 ans et celle nocturne de 25 ans. Ce résultat est similaire avec le résultat décrit dans la thèse de Julien Soulier, en 2007, [33] concernant la place de la MMG de Limoges dans la Permanence des Soins. En effet, la moyenne d'âge était de 24 ans, les extrêmes allant de 6 jours à 96 ans.

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, l'âge médian de la population française en 2014 est de 39,7 ans. Notre population consultant à la MMG est donc plus jeune de 15 ans par rapport à la population française.

Les patients consultant sur les tranches horaires de journée ont environ 2 ans de moins que les patients consultant de nuit.

L'analyse des consultations jour/nuit par tranche d'âge montre toujours une fréquentation plus importante des moins de 10 ans sur les plages de nuit que sur les plages de jour, il en va de même pour les 20-29 ans et pour les 30-39 ans.

Pour les adultes s'agit-il de travailleurs débauchant tard dans la soirée ou n'ayant pas pu obtenir un RDV avec leur médecin traitant ?

Notre étude ne permet pas de répondre à ces questions car les motivations amenant à consulter n'ont pas été demandées aux patients.

L'analyse plus fine des âges montrent une surreprésentation des consultations pédiatriques des enfants de moins de 10 ans, qui représente un tiers des consultants. La tranche d'âge la plus représentée est celle de 1 à 9 ans (31,7%).

A l'intérieur même de cette population pédiatrique, les nourrissons de moins de 2 ans sont surreprésentés, viennent ensuite les enfants de 3 à 5 ans. Ceci pourrait signifier l'inquiétude des parents quant aux maladies des plus petits.

Cependant, les adolescents et pré-adolescents sont moins représentés. Sont-ils moins malades ou inquiètent-ils moins leurs parents ?

Dans l'enquête sur la régulation 87, menée de mai 2014 à avril 2015, la tranche d'âge 10-19 ans est la moins représentée (6,1% des appelants), tout comme dans notre étude.

Plus surprenant, les 20-40 ans représentent les 2èmes et 3èmes tranches d'âge les plus représentées après les enfants de moins de 10 ans, alors qu'on s'attendrait à ce qu'ils soient les moins représentés dans notre population, étant le moins à risque.

Selon la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques, les consultations et visites des médecins généralistes concernent plus souvent des femmes (55 %), et en très grande majorité des adultes. Six fois sur dix, le patient a plus de 45 ans, et plus de 70 ans dans 28 % des cas. Dans seulement deux cas sur dix, le patient est âgé de moins de 25 ans, et, dans 11 % des cas, de moins de 13 ans. Les médecins généralistes voient nettement plus souvent des patients de 45 ans ou plus – adultes qui représentent par ailleurs 38 % de l'ensemble de la population métropolitaine –, et en particulier de 70 ans ou plus – qui sont 9% dans la population totale –, que des patients plus jeunes.

A l'inverse, dans notre travail, la pédiatrie est surreprésentée ainsi que la population des adultes de 20 à 40 ans. Ceci confirme que l'activité du médecin généraliste en consultation de garde sur les plages de la PDS ambulatoire est complètement différente de l'exercice habituel de consultation en cabinet de médecine générale sur les heures ouvrables. Il est important que les praticiens exerçant à la MMG soient des médecins expérimentés, notamment dans la prise en charge pédiatrique. C'est pourquoi les médecins d'astreinte à la MMG doivent être soit des régulateurs libéraux du Centre 15 soit des médecins effecteurs mobiles donc habitués aux situations d'urgence. L'association des médecins d'astreinte de la MMG, dans son règlement intérieur, stipule que le médecin effecteur fixe doit être un médecin généraliste installé en

secteur libéral et non un médecin remplaçant et doit participer à la PDS comme effecteur mobile et/ou comme régulateur.

A la MMG, ce sont les plus de 70 ans, qui sont les moins représentés, pourtant plus fragiles mais sans doute vus en visite à domicile par les effecteurs mobiles. En effet, suivant l'enquête de la régulation 87, quand le régulateur décide d'un examen médical en consultation ou en visite, dans 86% des cas, les patients de plus de 70 ans, sont vus en visite.

La part de la régulation médicale dans l'accès à la Maison Médicale de Garde est de 18,5% des cas. Elle varie significativement en fonction de l'âge du patient, plus il est jeune, plus la consultation est favorisée.

Concernant les pathologies

Pourquoi consulte t-on à la MMG ?

8 principaux motifs de consultation représentent trois quart des consultants :

Les syndromes infectieux ORL ou pulmonaire (bronchite, angine, otite) 27%, puis la fièvre 16%, les troubles digestifs 9%, les éruptions cutanées 7%, les douleurs et les troubles urinaires 5%, les douleurs abdominales 4% et les céphalées 3%.

Ces motifs ne sont pas la plupart du temps graves sur le plan médical mais suffisamment invalidants ou inquiétants pour les familles.

On peut se poser la question de la période d'évaluation. Aurions-nous eu les mêmes résultats en périodes estivale et automnale ?

Si nous comparons nos motifs de consultation à ceux de l'enquête concernant la régulation au Centre 15 les motifs les plus souvent régulés et amenant à une consultation sont : les douleurs (17%), les troubles digestifs (11%), la fièvre (8,8%), les douleurs abdominales (8,1%), les chutes/plaies ou morsures à égalité avec les troubles psychologiques ou psychiatriques à raison de 7,8%, ensuite les syndromes infectieux/ORL (7,6%) et enfin les malaises ou les altérations de l'état général (5,6%).

On voit bien au travers de ces 2 enquêtes, que les patients présentant un syndrome infectieux pulmonaire ou ORL ou de la fièvre consultent sans régulation préalable. Ces différents motifs de recours à la MMG sont des pathologies aiguës et non des suivis de

pathologies chroniques. « Le renouvellement d'ordonnance » n'est pas représenté dans notre enquête, de même que les demandes de toxiques.

Quel est le diagnostic retenu à l'issue de la consultation ?

Le syndrome grippal représente 15% des diagnostics, suivi de près par les rhinopharyngites (14%) et les gastro-entérites (11%).

Environ 26% des patients consultent pour un syndrome infectieux/ORL (11% pour des otites, 8% pour des angines et 7% pour des bronchites).

Dans 5% des cas, le diagnostic de cystite est retenu. Cette pathologie qui n'est pas grave la plupart du temps mais amène les patients à consulter. D'autres diagnostics viennent ensuite : lumbago, entorse, colopathie, varicelle, urticaire, migraine ou encore plaie.

En comparant avec la thèse de Julien Soulier, en 2007, [33] concernant la place de la MMG de Limoges dans la Permanence des Soins, on remarque une similitude des motifs amenant à consulter ou les diagnostics retenus à la fin des consultations. En effet, la majorité avait consulté pour une pathologie ORL (31%). Les symptômes physiques ont amené plus de la moitié des patients à consulter et un peu moins d'un tiers pour la traumatologie ou encore la dermatologie. On peut en déduire qu'entre 2007 et 2015, les motifs de consultations sont stables.

En 2015, une consultation sur 5 est préalablement réglée par le Centre 15, le plus souvent, pour des motifs inquiétants comme la fièvre, la douleur (céphalées) ou les vomissements. Ces symptômes sont suffisamment bruyants pour amener les patients à appeler le Centre 15 et sont suffisamment invalidants ou inquiétants pour que le médecin décide d'une consultation.

97% des patients repartent de la MMG avec une simple ordonnance.

2% repartent avec une ordonnance mais avec conseil de reconsulter leur MT pour réévaluation ou surveillance.

Seulement 1 % des patients sont réorientés vers des structures d'urgences hospitalières publiques ou privées pour leur prise en charge médicale (4 suspicions d'appendicite, un purpura, une diverticulite et une suspicion d'embolie pulmonaire). Cela démontre la bonne orientation des patients.

D'après ces dernières données, on voit bien que le plateau technique à la MMG nécessaire pour la très grande majorité des consultations pourrait se limiter à une table d'examen, un stéthoscope, un tensiomètre, un otoscope, un oxymètre de pouls, un lecteur de glycémie capillaire, un thermomètre et des plateaux à pansements.

L'analyse mois par mois, montre une augmentation de fréquentation au mois de février 2015, correspondant au pic épidémique de la grippe, ce qui amène les médecins de garde à augmenter leurs effectifs pour répondre à la demande.

Le mois de mai a enregistré une hausse de fréquentation à cause du pont du premier mai, démontrant toute l'utilité de cette structure de garde, les WE, les jours fériés et lors des ponts.

Cette analyse mois par mois, montre également qu'au mois de février les syndromes infectieux ORL/pulmonaires et la fièvre sont les principaux motifs de consultation.

Les autres motifs de consultation sont relativement stables, au fur et à mesure des mois. Le mois de mai a connu un pic pour syndromes infectieux ou ORL mais ce mois était très chargé en consultations.

Dans nos résultats, nous observons que les plages de matin de 8h à 14h sont régulées près d'une fois sur quatre contre une fois sur cinq pour les régulations d'après-midi de 14h à 20h et une fois sur six pour les consultations de nuit de 20h à minuit. Cela veut donc dire que les patients consultent plus directement sur les plages nocturnes. Notre travail ne permet pas de savoir quelles sont les raisons qui amènent les patients à appeler le Centre 15 préalablement ou les raisons qui les amènent à consulter sur les plages de nuit. Est-ce à cause de leur sortie de travail tardive ou bien la difficulté d'obtenir un rendez-vous rapidement ?

Il n'y a pas d'incidence des pathologies saisonnières sur la proportion de régulations préalables.

Les patients consultent à la MMG plus volontiers les plages de jour de WE sans régulation préalable.

Quelles sont les raisons amenant les patients à appeler le Centre 15 préalablement ou les raisons les amenant à consulter sur les plages de nuit ?

L'activité de cette Maison Médicale diminue d'autant le nombre de visites effectuées par le médecin libéral effecteur mobile.

Cette organisation de MMG est un outil très efficace pour éviter l'accumulation des patients dans les Services d'Urgences de la ville. [35]

D'après l'HAS [36], les MMG apparaissent comme une solution intéressante mais partielle à l'engorgement des services d'urgences hospitaliers. En effet, les MMG donnent globalement satisfaction aux patients et aux médecins : elles favorisent la continuité des soins primaires et améliorent l'organisation des soins de premier recours.

La dixième enquête de pratique de la Domus Médica confirme le positionnement de la Maison Médicale de Garde de Limoges dans la PDS. La notoriété de la Maison Médicale entraîne un recrutement en accès direct qui n'est plus modifiable. L'intégration dans le système de garde n'a pas entraîné de modification des pratiques ou de la patientèle de la Maison Médicale.

La Maison Médicale est le point fixe de consultation du grand secteur de Limoges, dans le nouveau système de garde. Son activité augmente chaque année, comme nous le révèle la dixième enquête de la Domus Médica de 2003 à 2013.

CONCLUSION

Le système de Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) permet aux patients d'avoir accès aux soins adaptés à leur situation en période de fermeture des cabinets médicaux libéraux. L'Agence Régionale de Santé finance un nouveau dispositif de la PDSA, notamment en Haute-Vienne, avec une nouvelle sectorisation des visites et des points de consultation: douze secteurs de consultation de 8 heures à minuit et 6 secteurs de visites sur tous les horaires de la PDSA. La Maison Médicale de Garde (MMG) de Limoges joue un rôle important dans la continuité des soins dans cette agglomération et ses communes limitrophes. [7] [8]

L'accès à ces soins non programmés devrait être régulé. Cependant, beaucoup de patients viennent consulter directement sans avis préalable. La possibilité d'effectuer un tiers payant sur la part obligatoire facilite l'accès aux soins des consultants.

La consultation dans cette structure nécessite la connaissance préalable de son existence, le conseil du médecin régulateur du Centre 15, un temps d'attente plus court qu'aux urgences hospitalières.

Qui consulte dans cette structure, quand, comment et pour quels problèmes de santé ?

Notre étude analyse 685 consultations effectuées du 1er au 7 de chaque mois, de décembre 2014 à mai 2015 à la MMG de Limoges. L'activité de cette MMG est en constante augmentation depuis son ouverture en juin 2003 avec pratiquement un doublement des actes annuels en 12 ans d'exercice et près de 6000 consultations attendues en 2015.

Les patients de sexe féminin représentent 55,6 % des consultants qui sont jeunes, la moyenne d'âge étant de 26,3 ans avec une médiane d'âge à 24 ans (23 ans sur les plages de jour de 8 h à 20 h et 25 ans sur les plages de nuit de 20 h à minuit). Ces consultants sont plus jeunes de 13 ans que la population française.

La fréquentation des moins de 10 ans est la plus importante puis viennent les 20-29 ans et les 30-39 ans. Les enfants de moins de 10 ans représentent un tiers des consultants (31,7%). A l'intérieur même de cette population pédiatrique, les nourrissons de moins de 2 ans sont surreprésentés, viennent ensuite les enfants de 3 à 5 ans. Plus les enfants sont jeunes, plus leurs parents les amènent en consultation. Le stress parental pourrait constituer souvent un motif de consultation pour les enfants.

Les 10 – 19 ans adolescents et pré-adolescents sont moins représentés mais ce sont les plus de 70 ans qui consultent le moins. Ces derniers sont pourtant réputés plus fragiles mais sans doute vus en visite à domicile par les médecins de garde effecteurs mobiles.

Du fait de l'âge des consultants à la MMG, l'activité du médecin généraliste en consultation de garde sur les plages de la PDS ambulatoire est complètement différente de l'exercice habituel de consultation en cabinet de médecine générale lors des heures ouvrables.

18,5% des consultants accèdent à la MMG suite à une régulation préalable par le médecin régulateur du Centre 15. Cette régulation varie significativement en fonction de l'âge du patient : plus il est jeune, plus la consultation est favorisée.

8 principaux motifs de consultation représentent trois quart des consultants :

- Syndromes infectieux ORL ou pulmonaires (bronchite, angine, otite), 27%
- Fièvre 16%,
- Troubles digestifs 9%,
- Eruptions cutanées 7%,
- Douleurs 5 %,
- Troubles urinaires 5%,
- Douleurs abdominales 4%,
- Céphalées 3%.

Ces motifs ne sont pas la plupart du temps graves sur le plan médical mais suffisamment invalidants pour inquiéter les familles. Les patients présentant un syndrome infectieux pulmonaire /ORL ou de la fièvre consultent plus souvent sans régulation préalable.

Entre 2007 et 2015, les motifs de consultations sont restés stables.

Les principaux diagnostics notés par les médecins sont les suivants :

- Syndrome infectieux ORL/pulmonaire 26% (otites 11%, angines 8%, bronchites 7%).
- Syndrome grippal 15%,
- Rhinopharyngites 14%,
- Gastro-entérites 11%,

- Cystite 5%
- Puis viennent les lumbagos, entorses, colopathies, varicelles, urticaires, migraines ou encore les plaies.

Une consultation sur 5 est préalablement régulée par le Centre 15 (souvent pour de la fièvre, une douleur (céphalées) ou des vomissements).

97% des patients repartent de la MMG avec une simple ordonnance, 2% avec une ordonnance et le conseil de reconsulter le médecin traitant (réévaluation ou surveillance). 1 % des patients sont réorientés vers des structures d'urgences hospitalières publiques ou privées pour leur prise en charge médicale (4 suspicions d'appendicite, un purpura, une diverticulite et une suspicion d'embolie pulmonaire).

Toutes ces données indiquent que le plateau technique de la MMG de Limoges peut rester relativement simple.

La fréquentation maximale a été au mois de février lors du pic épidémique de la grippe.

Les autres motifs de consultation sont relativement stables sur les 6 mois étudiés.

En ce qui concerne la régulation préalable avant accès à la MMG de Limoges, les consultations des plages de matin de 8h à 14h sont régulées près d'une fois sur quatre contre une fois sur cinq l'après-midi de 14h à 20h et une fois sur six la nuit de 20h à minuit. Notre travail ne permet pas de savoir quelles sont les raisons amenant les patients à appeler le Centre 15 préalablement et celles les amenant à consulter directement sur les plages de nuit.

Depuis le 1^{er} septembre 2015, l'accès au médecin de permanence s'effectue après une régulation préalable et changera peut-être la charge de travail des médecins effecteurs mobiles et les motifs de recours aux soins des consultants de la MMG.

Nous espérons que cette thèse pourra apporter des éléments de réflexion pour pérenniser cette structure et favoriser la création d'autres MMG dans le Limousin. De plus, il serait intéressant de poursuivre ce travail sur une plus longue période et de montrer l'impact réel de la MMG sur le flux des urgences en heures de PDSA.

Références bibliographiques

1. Article R.4127-7, Permanence des soins et obligations, Code de la Santé Publique
2. Circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/ O1/1B/ 2007/137 du 23 mars 2007, relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, Ministère de la Santé
3. Décret n°2003-880 du 15 Septembre 2003, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et des conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de Santé Publique
28. ARMEL Historique de la PDS, [URL: <http://www.armel-mip.fr/spip.php?article72>]
4. HAS. Recommandations de bonne pratique. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Mars 2011, 76p
5. Giroud M. La régulation médicale. Journée de Régulation Médicale. Samu de France. Paris, 20 septembre 2005. Méd Urg 2006;28(1):6-13
6. Samu de France, Bagou G, Berthier F, Bertrand C, Comte G, Debierre V, et al. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. 2ème ed. Paris: SFEM Editions; 2009
7. Circulaire n° 587/DHOS/O1 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
8. Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, modifiant le Code de Santé Publique, art. 6, Journal Officiel du 8 avril 2005
9. Meurisse S. Médecins mobiles : un nouvel effecteur complétant l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), au sein d'une région pilote. Thèse en médecine présentée le 2 octobre 2012
10. WOLFARTH J. « Permanence des soins ambulatoire, ça s'apprend ! » La revue du praticien médecine générale, tome 21, n°784-786, 16 octobre 2007
11. Arrêté du 20 Avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecins ambulatoire
12. Article 151 ter, Code Général des Impôts, relatif aux bénéfices non commerciaux et exonérations des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins par les médecins

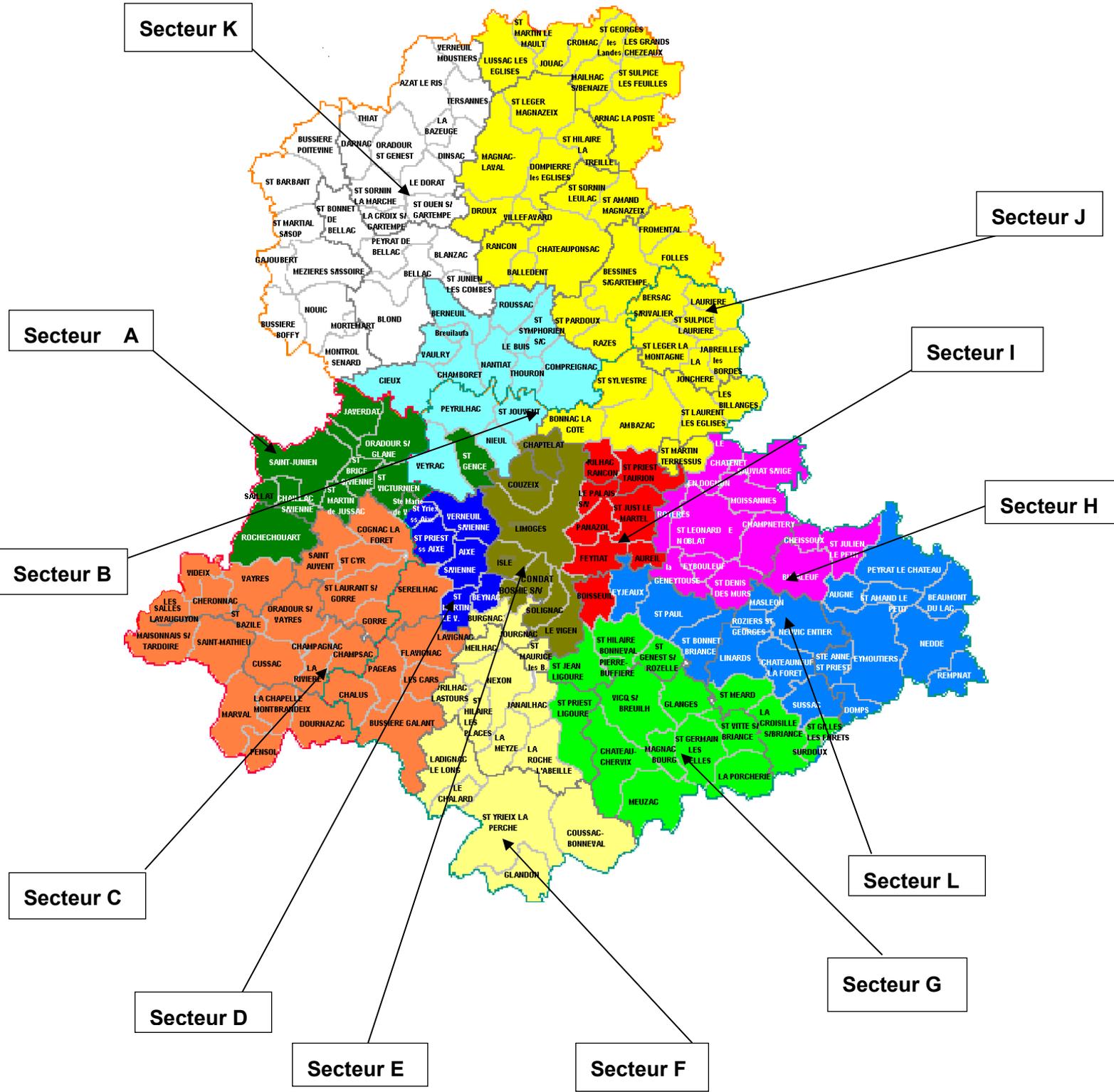
13. Bachelot R. Décret n°2010810 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. Journal officiel de la république française n°0163;2010
14. Arrêté du 26 Mai 2005 portant approbation des Avenant n°1, n°3 et n°4 à la Convention Nationale des médecins
15. Grall J.Y. Rapport sur les Maisons Médicales de Garde, Juillet 2006
16. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand A et Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France, Santé publique 2005/2, N° 17, p. 233-240
17. MINO J-C et BRETONM. « Quelle place pour les maisons médicales de garde dans la permanence des soins ? » Le concours médical, tome 126, n°30-31, 20 octobre 2004
18. Arrêté du 21 Décembre 2007 portant approbation de l'Avenant n°27 à la Convention Nationale des Médecins
19. RAGINEL T. « La maison de santé : un autre mode d'exercice libérale ». L'antidote, le journal des internes en médecine générale. février 2012. n°19, p. 3
20. CNOM. Enquête annuelle sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale. Janvier 2014
21. ARMEL Historique de la PDS, [URL: <http://www.armel-mip.fr/spip.php?article72>]
22. Laire-Tavares C. Actualité professionnelle, Dossier : PDS, l'heure de la réforme a-t-elle sonné? Le Généraliste N°2694, 10 octobre 2014, p.8-10
23. IGAS/IGA. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. 2006 Mar. Report No.: 2006 029 et n° 006-07-02
24. DESEUR A., SIMON F. Conseil National de l'Ordre des Médecins. « Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en janvier 2012 »
25. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
26. Laire-Tavares C. Actualité professionnelle, Dossier : PDS, l'heure de la réforme a-t-elle sonné? Le Généraliste N°2694, 10 octobre 2014, p.8-10
27. « La maison médicale près des urgences, nouveau dada des candidats ». Le Quotidien du Médecin. 21 mars 2012. n°9102, p. 4

28. « L'offre de soins tisse son réseau ». La Montagne. 8 mars 2012
29. VALLANCIEN G. « Nous n'avons plus besoin d'un médecin par village ». Panorama du médecin. mars 2012. n°5259, p. 16-19
30. RAGINEL T. « La maison de santé : un autre mode d'exercice libérale ». L'antidote, le journal des internes en médecine générale. février 2012. n°19, p. 3
31. ORDRE DES MÉDECINS. « Atlas de la démographie médicale 2012 ». Conseil National de l'Ordre des Médecins. Disponible sur : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlasde-la-demographie-medicale-2012-1245> >
32. Article 2 (article R.41272 du Code de la Santé Publique). Code de Déontologie médicale
33. Soulier J. Place de la Maison Médicale de Garde de Limoges dans la Permanence des Soins [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université de Limoges ; 2007
34. Casamayou L. Maison Médicale de Garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la Permanence des Soins [Thèse pour le doctorat en médecine]. Université Bordeaux 2 - Victor Segalen ; 2014
35. Baquet F. Place des maisons médicales de garde dans le choix des patients, pour une consultation durant la permanence des soins [Thèse pour le doctorat en médecine]. Paris : Université Paris Descartes ; 2010
36. Hirtzlin I. Le recours à l'hôpital en Europe. Haute Autorité de Santé, service évaluation économique et santé publique ; 2009 : Rapport d'évaluation.

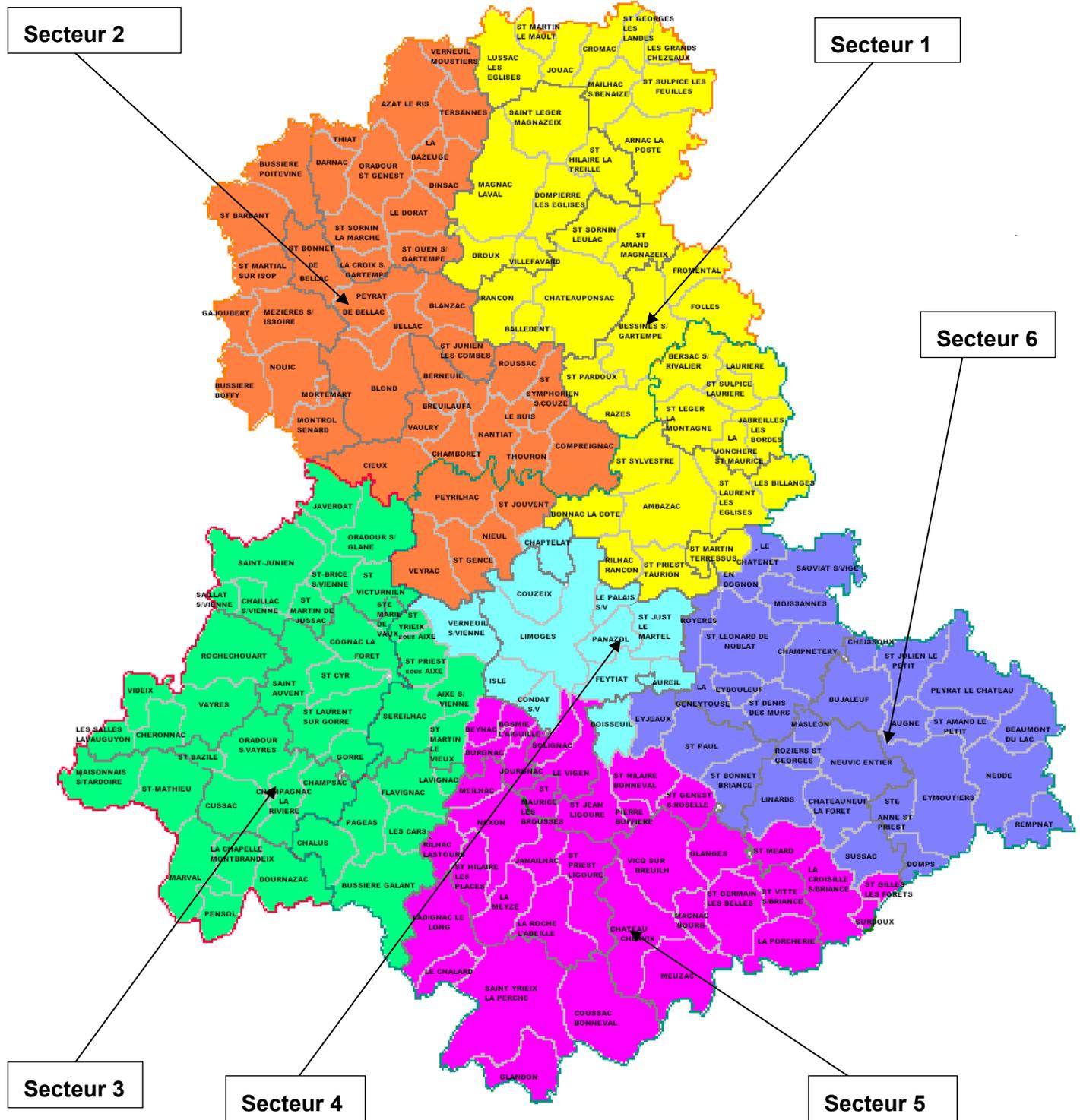
Table des annexes

Annexe 1. Sectorisation des effecteurs fixes en Haute-Vienne	79
Annexe 2. Sectorisation des effecteurs mobiles en Haute-Vienne.....	80
Annexe 3. Fiche de recueil des données.....	81

Annexe 1. Sectorisation des effecteurs fixes en Haute-Vienne



Annexe 2. Sectorisation des effecteurs mobiles en Haute-Vienne



Annexe 3. Fiche de recueil des données

Entourer la plage :

Nuit- Samedi après-midi- Dimanche Matin- Dimanche après-midi

Nr Fiche	Age	Sexe F ou M	Motif médical de recours aux soins	Diagnostic Retenu	Régulation Préalable Oui ou Non	Suite: A: TT à domicile; B: Aller cs MT; C: Aller aux Urgences

TT= Traitement

Cs= Consultation

MT= Médecin Traitant

Table des figures

Figure 1. Répartition par sexe des patients.....	51
Figure 2. Moyenne d'âge ayant consulté à la MMG en fonction de la plage horaire.....	52
Figure 3. Médiane d'âge ayant consulté à la MMG en fonction de la plage horaire.....	52
Figure 4. Répartition des patients consultant à la MMG selon leur âge.....	53
Figure 5. Répartition des tranches d'âge des consultants à la MMG en fonction de la tranche horaire de consultation.....	54
Figure 6. Répartition des enfants de 1 an à 9 ans.....	54
Figure 7. Principaux motifs de consultation.....	55
Figure 8. Principaux diagnostics notés par les médecins suite à la consultation à la MMG de Limoges.....	56
Figure 9. Orientation des patients.....	57
Figure 10. Consultations régulées à la MMG.....	58
Figure 11. Nombre de consultations par mois à la MMG.....	58
Figure 12. Répartition des consultations par sexe.....	59
Figure 13. Répartition par motif de consultation.....	60
Figure 14. Répartition par cas préalablement régulés.....	61
Figure 15. Cas régulés en fonction des plages horaires.....	61

Table des tableaux

Tableau 1: Les lieux de consultations pour les effecteurs fixes	31
Tableau 2: Pôle de garde où sont stationnées les équipes ambulancières.....	34
Tableau 3: Activité de la MMG de Limoges de 2003 à 2008.....	38
Tableau 4: Provenance des patients venant à la MMG.....	39

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.

Nadine Gebara

Activité de la Maison Médicale de Garde de Limoges de

décembre 2014 à mai 2015

Résumé :

Le système de Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) permet aux patients d'avoir accès aux soins adaptés à leur situation en période de fermeture des cabinets médicaux libéraux.

Les Maisons Médicales de Garde (MMG) sont un nouveau mode d'organisation des gardes en médecine générale. Créée en 2003, la MMG de Limoges connaît une augmentation régulière de son activité annuelle (6000 actes attendus en 2015).

Quelle est l'activité de la MMG de Limoges de décembre 2014 à mai 2015 ?

56% des consultants y sont de sexe féminin, sont plutôt jeunes (médiane à 24 ans), avec une surreprésentation des enfants. 32% des consultants ont moins de 10 ans (12% ont moins de 2 ans).

3,5% des consultants ont plus de 70 ans.

La majorité des motifs de consultation et des diagnostics retenus par les médecins sont des pathologies infectieuses ou aiguës ou douloureuses comme les syndromes infectieux pulmonaires ou ORL, la fièvre, les troubles digestifs ou urinaires ou les douleurs de l'appareil locomoteur nécessitant un plateau technique réduit.

18,5% des consultations sont préalablement régulées par le Centre 15.

Seul 1% des consultants sont réorientés vers des structures d'urgences.

Les MMG ont toute leur place dans la prise en charge des patients en ambulatoire lors de la Permanence des Soins afin d'éviter l'engorgement traditionnel des urgences hospitalières.

Mots-clés : Maison Médicale de Garde, Permanence des Soins Ambulatoires, Médecine Générale, Limoges, Activité

Abstract :

The permanent system of ambulatory care allows patients to access care adapted to their situation during a closed time medical offices liberal.

The medical homes care are new way of organizing guards in general medicine.

Created in 2003, the medical home care of Limoges knows a regular increase in its annual activity (6000 acts expected in 2015).

What is the activity of medical home care of Limoges between december 2014 until may 2015 ?

56% of consultants are female, are rather young (median 24 years old), with an overrepresentation of children. 32% of consultants are less than 10 years old (12% are less than 2 years old).

3,5% of consultants are more than 70 years old.

The majority of the reasons for consultation and diagnosis by doctors retained are painful or acute infectious diseases such as lung or ENT infectious syndromes, fever, digestive or urinary problems or musculoskeletal pain requiring a technical platform reduces.

18% of consultations were previously regulated by the Center 15.

Only 1% of consultants are redirected to emergency structures.

The medical homes care have their place in the management of outpatients in the continuity of care to avoid clogging traditional hospital emergency.

Keywords :

Medical Home Care, Permanent System of Ambulatory Care, General Medicine, Limoges, Activity

