

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° 2018-04

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de MEDECINE GENERALE

par

Clémence ENGELHARDT épouse GUIMBRETIERE
Née le 4 octobre 1987 à VANNES

Présentée et soutenue publiquement le 9 Janvier 2018

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN LOIRE-ATLANTIQUE :
ÉTUDE DE L'ACTIVITE DE TROIS MAISONS MEDICALES DE GARDE
D'AVRIL 2012 A MARS 2016 ET PISTES D'AMELIORATIONS.

Président : Monsieur le Professeur Pierre POTTIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Charles-Henry MERCIER

JURY :

Président du jury :

M. le Professeur Pierre POTTIER

Membres du jury :

M. le Docteur Emmanuel MONTASSIER

M. le Docteur Jean-Pascal FOURNIER

M. le Docteur Charles-Henry MERCIER (Directeur de thèse)

M. le Docteur Thomas HÉRAULT (Co-directeur de thèse)

REMERCIEMENTS :

Je tiens à remercier Monsieur le Professeur Pierre Pottier, Professeur de médecine interne au Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes et Vice-Doyen chargé de la Formation et de l'Innovation Pédagogique de l'Université de Médecine de Nantes, qui m'a fait l'honneur de présider ce jury. Vous nous avez enseigné la médecine interne avec toujours beaucoup de bienveillance, puis vous avez été mon tuteur pour la préparation du concours des ECN. Je suis très honorée de votre présence, ici ce jour, qui me touche tout particulièrement.

J'adresse aussi mes sincères remerciements à Monsieur le Docteur Charles-Henry Mercier, médecin généraliste et Vice-président de l'ADOPS 44 et à Monsieur le Docteur Thomas Héroult, Directeur de l'URML des Pays de la Loire, pour avoir encadré ce travail durant ces longs mois. Je vous remercie pour votre soutien et le temps que vous avez consacré à la relecture de mon travail, à l'appui de nos nombreux échanges et conseils par mails.

Je tiens également à remercier Monsieur le Docteur Jean-Pascal Fournier, médecin généraliste et Maître de Conférence des Universités au Département de Médecine Générale de Nantes, et Monsieur le Docteur Emmanuel Montassier, médecin urgentiste au CHU de Nantes et Maître de Conférence des Universités, pour avoir si gentiment accepté de faire partie de mon jury.

Un grand merci également à l'ADOPS et à ses secrétaires, pour tous les documents fournis pour l'élaboration de ce travail ainsi qu'à l'URML pour l'intérêt porté à cette étude et pour m'avoir accueillie plusieurs après-midi dans ses locaux.

Merci aux associations locales de chaque MMG pour m'avoir permis d'accéder à la base de données d'« AppliGarde ».

Merci également aux médecins généralistes ayant répondu à mon questionnaire.

Je remercie aussi le SIMGO pour avoir répondu à mes questions concernant la formation des internes.

Merci à l'association « SOS infirmiers » de Nantes qui a répondu à mes questions concernant leur organisation.

Je tenais aussi à remercier Madame Françoise Lelièvre Assistante d'Études de l'Observatoire Régional des Urgences des Pays de la Loire, pour m'avoir communiqué certaines données chiffrées de l'activité des Urgences départementales.

Enfin, j'adresse des remerciements particuliers à mes proches :

À mes parents, pour leur encouragement tout au long des mes années d'études et pour l'intérêt soutenu qu'ils ont porté à mon travail. Merci de tous vos bons conseils.

À ma belle famille, avec qui je partage cette vocation pour la médecine générale. Un grand merci pour tous les bons moments partagés, votre disponibilité et votre encouragement tout au long de ces années.

À tous mes chers amis, sur lesquels je pourrai toujours compter.

Enfin, toutes mes pensées vont à Guillaume, mon époux, pour son soutien et tous ses précieux conseils pour l'accomplissement de ce travail. Merci pour tout le bonheur que nous partageons avec notre petite Théodora.

TABLE DES MATIERES:

A - ABREVIATIONS	6
B - INTRODUCTION :	7
C - PRESENTATION DE LA PDSA DE MEDECINE.....	8
1) DÉFINITION DE LA PDSA	8
2) CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE DE LA PDSA	8
2.1 <i>Un cadre légal évolutif.....</i>	<i>8</i>
2.2 <i>Cadre réglementaire et financement.....</i>	<i>8</i>
3) LA PDSA EN FRANCE : CONSTAT DU CNOM	9
D - LA PDSA EN LOIRE-ATLANTIQUE: UNE EXPERIMENTATION REGIONALE.....	10
1) LE MODÈLE EXPÉRIMENTAL RÉGIONAL.....	10
2) LES ACTEURS DE LA PDSA EN LOIRE-ATLANTIQUE	11
2.1 <i>La régulation médicale : centre 15.....</i>	<i>11</i>
2.2 <i>L'effectation mobile :</i>	<i>11</i>
2.3 <i>L'effectation fixe : les consultations en MMG.....</i>	<i>12</i>
E - MATERIEL ET METHODES DE L'ENQUETE :	14
F - RESULTATS :	16
1) PREMIÈRE PARTIE : ÉTUDE DE LA BASE DE DONNEES DES TROIS MAISONS MEDICALES DE GARDES AU COURS DE QUATRE ANNEES D'EXPERIMENTATION	16
1.1 <i>Population de patients dans les MMG.....</i>	<i>16</i>
1.2 <i>Modalités d'accès des patients aux MMG.....</i>	<i>18</i>
1.3 <i>Principales pathologies de la population générale consultant en MMG.....</i>	<i>19</i>
1.4 <i>Principales pathologies en fonction de la tranche d'âge.....</i>	<i>20</i>
1.5 <i>Principaux « diagnostics » en fonction du sexe au sein de la population pédiatrique et adulte.....</i>	<i>21</i>
1.6 <i>Les tâches médico-administratives.....</i>	<i>21</i>
1.7 <i>Décision d'orientation des patients :</i>	<i>22</i>
2) SECONDE PARTIE : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS VOLONTAIRES EFFECTUANT DES GARDES DANS LES 3 MMG.....	24
2.1 <i>Population de médecin.....</i>	<i>24</i>
2.2 <i>Satisfaction des médecins en MMG.....</i>	<i>25</i>
2.3 <i>Situations courantes rencontrées par les médecins durant leurs gardes en MMG.....</i>	<i>26</i>
G - DISCUSSION	28
1) AVANTAGES DE L'ETUDE.....	28
1.1 <i>Un travail original d'évaluation d'un dispositif expérimental.....</i>	<i>28</i>
1.2 <i>Une base de données très riche.....</i>	<i>28</i>
1.3 <i>Un bon taux de réponse à l'enquête auprès des médecins.....</i>	<i>29</i>
2) LIMITES DE L'ETUDE.....	30
2.1 <i>Analyse des données</i>	<i>30</i>
2.2 <i>Une base de données à harmoniser.....</i>	<i>30</i>
2.3 <i>L'enquête auprès des médecins</i>	<i>30</i>
3) ANALYSE DE LA BASE DE DONNEES DES 3 MMG.....	31
3.1 <i>Des patients similaires dans les 3 MMG.....</i>	<i>31</i>
3.2 <i>Des patients jeunes: la moitié des consultations en MMG relèvent de la pédiatrie.....</i>	<i>31</i>
3.3 <i>Une petite majorité de femmes pour la population adulte.....</i>	<i>32</i>
3.4 <i>Peu de patients âgés en MMG.....</i>	<i>32</i>
3.5 <i>Une régulation médicale très importante et pérenne dans le temps.....</i>	<i>33</i>
3.6 <i>Les pathologies rencontrées en MMG.....</i>	<i>33</i>
3.7 <i>Peu de tâches médico-administratives.....</i>	<i>34</i>
3.8 <i>Décision d'orientation.....</i>	<i>35</i>

4)	ENQUETE AUPRES DES MEDECINS VOLONTAIRES EFFECTUANT DES GARDES DANS LES 3 MMG.....	35
4.1	<i>Profil des praticiens exerçant en MMG.....</i>	35
4.2	<i>Satisfaction des praticiens exerçant en MMG.....</i>	35
4.3	<i>Pistes d'améliorations pour la pratique médicale en MMG.</i>	36
H -	CONCLUSION :	40
I -	BIBLIOGRAPHIE	41
J -	ANNEXES	43
1)	CARTE : SECTEURS COUVERTS PAR LES DIFFERENTS MEDECINS MOBILES DU TERRITOIRE :	43
2)	CAPTURE D'ECRAN DU LOGICIEL DE SAISIE APPLIGARDE.....	44
3)	LETRE ACCOMPAGNANT LE QUESTIONNAIRE, ADRESSEE AUX MEDECINS	44
4)	QUESTIONNAIRE MEDECINS VIA GOOGLE FORMS.....	45
5)	ANNEXE : REPNSES LIBRES AUX SITUATIONS PROBLEMATIQUES RENCONTREES LORS DE GARDE EN MMG :	49
6)	ANNEXE : REMARQUES LIBRES DES MEDECINS A L'ISSUE DU QUESTIONNAIRE:	50

A - ABRÉVIATIONS

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

ADOPS 44 : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de Loire-Atlantique

ARS : Agence Régionale de Santé

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

ECG : Electrocardiogramme

FIR : Fond d'Intervention Régional

GEA : Gastro-entérite aigue.

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMG : Maison Médicale de Garde

OMA : Otite moyenne aigue

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SIMGO : Syndicat des Internes de Médecine Générale de l'Ouest

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPPI : Soins Psychiatriques pour Péril Imminent

SDRE : Soins Psychiatriques sur décision d'un Représentant de l'État

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

B - INTRODUCTION :

Depuis ma dernière année d'internat, j'ai effectué de nombreuses gardes au sein de maisons médicales de garde (MMG) et je continue toujours à en réaliser régulièrement. En effet, l'activité de médecine générale ne se limite pas à l'exercice dans un cabinet; selon le Code de la Santé Publique (1)(2), il relève du devoir du médecin de s'assurer de la continuité des soins de sa patientèle, aux heures de fermeture de cabinet ; c'est la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Elle est reconnue par la loi française comme une mission de service public. (3) La participation des médecins est basée sur le volontariat.

Chaque année, le Conseil National de l'Ordre des Médecins réalise des bilans de l'organisation de la PDSA en France ; ils révèlent une grande inégalité en matière de PDSA sur le territoire et une baisse du volontariat des médecins. Afin d'encourager l'implication de ces derniers dans le système de garde, les médecins généralistes libéraux de la région des Pays de la Loire ont mis en place depuis 2011 une expérimentation sur les nouveaux modes de financement, de rémunération et d'organisation de la PDSA ; des associations départementales d'organisation de la permanence des soins (ADOPS), en contrat avec l'agence régionale de santé (ARS) ont alors été créées.

En Loire-Atlantique, c'est l'ADOPS 44 qui assure l'organisation de la PDSA (à l'exception des agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire gérées par les associations SOS Médecins). La PDSA s'articule autour d'une régulation médicale, clé de voûte du système. Les patients peuvent alors être dirigés vers un médecin de garde, dit effecteur fixe, dans une maison médicale de garde ou recevoir la visite d'un médecin mobile.

L'ARS des Pays de la Loire a présenté fin 2014 une première évaluation quantitative de la PDSA dans le territoire. De même l'ADOPS 44 publie régulièrement les chiffres en termes d'actes et de consommation de soins permettant de suivre le budget dédié à la PDSA. Le dispositif du médecin mobile mis en place au début de l'expérimentation a fait l'objet de deux études au travers de thèses de médecine générale en 2012 (4) et 2013 (5).

À notre connaissance, la pratique médicale dans les MMG du département n'a jamais fait l'objet d'évaluation. Nous avons donc mené ce travail sur l'activité des MMG selon deux axes :

- qui consultent dans les MMG du département et pour quelles pathologies ?
- qui sont les médecins volontaires participant à l'effecteur fixe ? Quelles sont les situations problématiques rencontrées lors de leurs gardes ?

Par ces deux axes d'étude, l'objectif de notre travail est de réaliser une évaluation complète de l'activité médicale en MMG afin de faire ressortir des pistes d'amélioration qui permettraient d'optimiser la PDSA.

C - PRÉSENTATION DE LA PDSA DE MÉDECINE

1) DÉFINITION DE LA PDSA

C'est une organisation collective, confraternelle, structurée, et régulée, qui répond aux demandes de soins non programmés des patients, en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

C'est à la suite du mouvement de grève des médecins généralistes libéraux en 2001 que son fonctionnement a été redéfini. En 2002, le code de déontologie a remplacé le principe d'obligation par un système basé sur le volontariat.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) permet aux patients d'avoir accès à un médecin et pharmacien la nuit, à partir de 20h, le samedi après-midi (excepté pharmacien) et les dimanches et jours fériés. En fonction de l'offre de soins existante, elle peut être étendue aux jours de pont.

Elle doit permettre d'éviter le recours au service des urgences pour des soins ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière. C'est une mission de service public.

2) CADRE LÉGAL ET RÉGLEMENTAIRE DE LA PDSA

2.1 Un cadre légal évolutif

En 2003, le rapport du sénateur Descours (6), réalisé à la demande du ministre de la santé, est à l'origine du décret du 15 septembre 2003 qui va définir l'organisation de la PDSA. (7) Les grandes modalités de fonctionnement sont détaillées : les horaires, la sectorisation, la régulation médicale des appels, l'inscription des médecins au tableau de garde transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

C'est finalement l'article 49 de la loi du 21 juillet 2009 (8), «Hôpital, patients, santé, territoires», dite HPST (article L.6314-1 et suivants, du Code de la Santé Publique) qui reformera la permanence des soins. Cette loi sera à l'origine de la création des agences régionales de santé (ARS) à qui sont confiés la prise en charge de la gestion opérationnelle et de l'organisation régionale de la PDSA.

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 (9) est viendra compléter la loi en précisant les modalités d'organisation de la PDSA (articles R. 6315-1 et suivants du CSP).

2.2 Cadre réglementaire et financement

La PDSA est organisée en liaison avec les établissements de santé publics et privés en fonction des besoins évalués par le comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence de soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS) (10).

Les principes d'organisation de la PDSA font l'objet d'un cahier des charges régional rédigé par les médecins généralistes libéraux des ADOPS et l'ARS, après concertation de l'Union Régional des Médecins Libéraux (URML) et conformément à l'article R6315-6 du code de la santé publique (11). Revu régulièrement, il définit :

- l'organisation de la régulation,
- l'organisation de l'offre de soins ambulatoires et les lieux fixes de consultations,
- le nombre et les limites des secteurs, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM), du CODAMUPS-TS, et du préfet.
- la rémunération forfaitaire des médecins participant à la PDSA, s'ajoutant aux actes accomplis.

Une enveloppe globale de financement de la PDSA est issue du fond d'intervention régional (FIR) mis en place par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale.(12) Cette enveloppe, régionale, est gérée par les ARS. Son montant est plafonné et réparti entre les départements, en tenant compte de l'évolution démographique associée à une estimation de la variabilité saisonnière. Le volume des actes est calculé sur la base des dépenses constatées et notifiées par l'Assurance Maladie. Il est revu régulièrement en concertation avec chaque ADOPS dans le cadre de comités de pilotage.

3) LA PDSA EN FRANCE : CONSTAT DU CNOM

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) réalise depuis 13 ans des enquêtes sur le fonctionnement de la PDSA, auprès des conseils départementaux.

Sur le territoire français, l'organisation de la PDSA est très contrastée. Globalement, si la mobilisation des médecins généralistes volontaires a permis de répondre aux besoins de la population en matière de permanence des soins (PDS), au niveau de certains territoires, voire de départements entiers, le dispositif se fragilise. (13)

Le CNOM a recensé 1616 territoires de PDSA au 31 décembre 2016 (pour la plage horaire allant de 20h00 à minuit) ; sur 116 territoires, la prise en charge des patients relevant de la PDSA est totalement assurée par les urgences ; soit 7% des territoires de PDS totalement dépourvu de médecin de garde de 20H à minuit.

L'enquête a également souligné l'érosion persistante du volontariat ; au niveau national le taux de médecins volontaires pour la PDSA a été de 63% en 2016, soit un niveau d'engagement toujours en baisse (63% en 2014, 72% en 2012).

Dans le même sens, le pourcentage de territoire sans effectif après minuit augmente: il concerne 69% des territoires de PDS en 2016 (67% en 2014, 55% en 2012)

Pour l'Ordre, l'implication des médecins "reste fragilisée" par de nombreux facteurs : la charge de travail déjà intense en journée, la démographie médicale en baisse, le manque d'intérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral, les rémunérations des astreintes jugées insuffisantes.

En Pays de la Loire, le système mis en place au travers de l'expérimentation, avec notamment la forfaitisation des astreintes, a permis, au contraire, l'engagement ou le maintien de l'implication de la majorité des médecins dans l'organisation de la PDSA, avec participation de + de 80% des médecins dans la PDSA dans certains secteurs. (13).

D - LA PDSA EN LOIRE-ATLANTIQUE: UNE EXPÉRIMENTATION RÉGIONALE

1) LE MODÈLE EXPÉRIMENTAL RÉGIONAL

En 2009, la région des Pays de la Loire propose un modèle expérimental d'organisation et de financement de la PDSA sur son territoire. (14) Ce modèle est basé sur:

- une organisation régionale prenant en compte la territorialisation des soins de premier recours
- une équité économique sur l'ensemble du territoire,
- des « opérateurs » de permanence des soins responsabilisés sur la base d'une délégation de gestion ; les ADOPS sont alors créés.
- des valorisations de rémunération d'astreinte laissées au choix des opérateurs mais plafonnées. L'attractivité des forfaits d'astreinte, a pour but de redynamiser le volontariat. Cela vise à optimiser les ressources médicales, à responsabiliser les professionnels de santé et à améliorer leurs conditions d'exercice.

Ce modèle est validé par le ministère de la Santé ; il voit sa mise en œuvre et son suivi confiés à l'ARS des Pays de la Loire qui travaille en collaboration étroite avec les ADOPS. Ces dernières représentent tous les médecins généralistes libéraux effecteurs et régulateurs de la zone couverte.

Les 2 enjeux principaux de cette expérimentation :

- Garantir et améliorer l'accès pour les patients aux soins urgents aux horaires de fermetures de cabinets libéraux
- Optimiser les ressources médicales et confier la cogestion aux médecins.

Cette expérimentation a été mise en place suite à la convention signée le 18 mars 2011 entre les ARS et les ADOPS; elle est entrée en vigueur le 1er avril 2011.

En collaboration avec l'URML des Pays de la Loire, les ADOPS ont convenu de ne pas construire un modèle expérimental régional unique, mais un modèle par département, avec une base régionale, qui permet à chacun de conserver ses spécificités territoriales. Une association s'est constituée dans chaque département. Loire-Atlantique (44), Maine et Loire (49) , Mayenne (53) Sarthe (72) , Vendée (85) (14)

Dans le cadre de l'expérimentation régionale des Pays de la Loire, chaque ADOPS se voit confier la gestion de son enveloppe. Elle comprend :

- les montants des astreintes de régulation et d'effectation
- les actes réalisés pour les patients du secteur
- les frais relatifs au fonctionnement des MMG : matériel, locaux, consommable...

Le montant de l'enveloppe annuelle s'élève à 4 090 000€ et n'a jamais été dépassé. (Cela ne concerne pas les secteurs des agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire dont la permanence de soins est assurée par l'association SOS médecins, ainsi que la MMG de Nantes à proximité du CHU).

2) LES ACTEURS DE LA PDSA EN LOIRE-ATLANTIQUE

2.1 La régulation médicale : centre 15

L'accès aux médecins de garde n'est pas direct. Il fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire par le numéro national d'aide médicale urgente (15). A noter que depuis avril 2016 un numéro dédié de permanence des soins (116 117) est testé dans la région ayant pour objectif de désengorger les appels vers le 15.

En Loire-Atlantique, la régulation est effectuée au niveau du Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA) situé dans les locaux du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) du Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes.

Les appels concernant la PDSA sont traités par des médecins généralistes libéraux régulateurs, ayant reçu une formation spécifique à la régulation médicale, en coordination avec les médecins régulateurs hospitaliers. Leur nombre est variable suivant le territoire et la période.

Les réponses apportées sont de différents ordres :

- conseil médical,
- télé-prescription (conformément à la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire HPST (3) et selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé(15)),
- orientation vers un médecin d'astreinte en MMG,
- orientation vers un service d'accueil des urgences,
- envoi d'un vecteur de transport
- envoi d'un médecin mobile de 20 heures à 8 heures (dispositif prévu dans les départements de Loire-Atlantique et de Vendée).

Ce principe de régulation permet :

- d'éviter l'embolisation des maisons médicales de garde,
- de rendre un service plus adapté et de qualité à la population
- de limiter les consultations aux patients pour lesquels un examen clinique physique est nécessaire
- de limiter les visites aux patients pour lesquels il n'y a pas de possibilité de déplacement.

2.2 L'effectif mobile :

En Loire-Atlantique, aux horaires de la PDSA mais également en nuit profonde (soit de 20H à 8H), des visites à domicile sont organisées par les médecins mobiles. Ils sont organisés en 5 secteurs, et rattachés à 5 sites : Ancenis, Clisson, Pornic, Savenay, Nozay. Ils permettent de répondre le plus efficacement possible aux besoins de la population, de favoriser un accès possible à un médecin à moins de 30 min et d'assurer la permanence de soins des hôpitaux de proximité. (Cf. carte 2 en annexe)

Les visites à domicile des agglomérations Nantaises et Nazairiennes sont assurées par l'association SOS médecins.

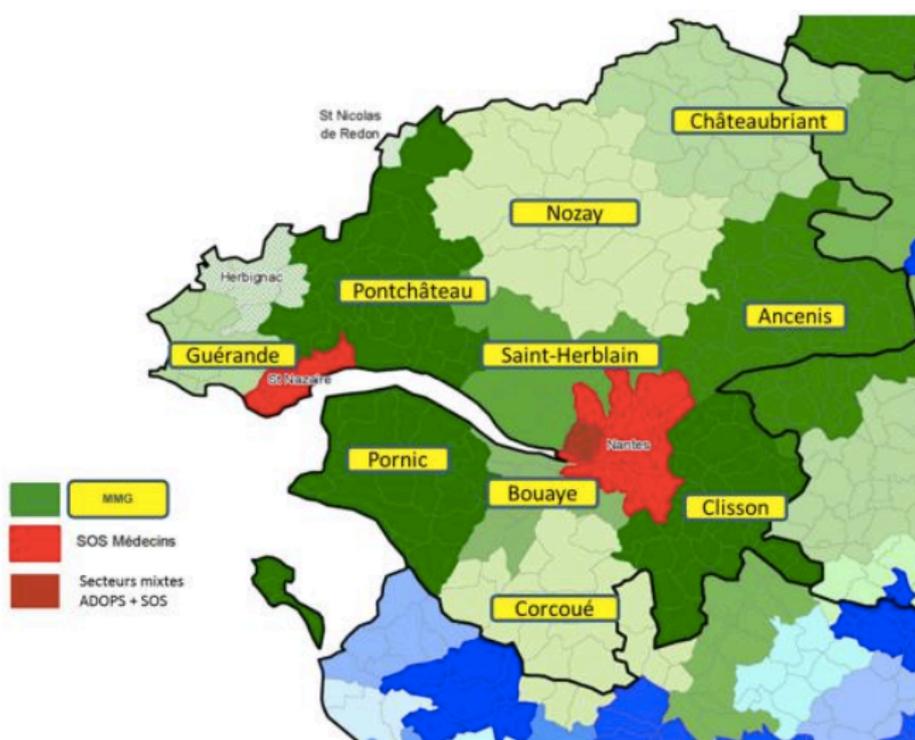
2.3 L'effectation fixe : les consultations en MMG

2.3.1 Sectorisation du territoire

En Loire-Atlantique, le territoire de PDSA géré par l'ADOPS 44 est découpé en 10 secteurs (hors Nantes et Saint-Nazaire), rattachés chacun à un lieu fixe de consultation, appelés Maisons médicales de garde (MMG) (aussi appelés Centre accueil de permanence de soins ou CAPS). Le territoire de PDSA géré par l'ADOPS 44 représente une population de 822 680 habitants (source INSEE 2016) (hors Nantes et Saint-Nazaire)

A Nantes, on retrouve en plus 3 points fixes de consultations supplémentaires dédiés à la PDSA : deux MMG de l'association SOS médecins et le CAPS de Nantes en centre ville, à proximité du CHU. A Saint Nazaire, il existe également un point fixe de consultation au sein des locaux de SOS médecins. Les horaires d'ouverture de ces derniers centres sont propres à chacun mais globalement similaires aux horaires de la PDSA du reste du territoire.

Au total, en Loire-Atlantique, on compte donc 14 lieux fixes de consultations pour la PDSA. Chaque MMG est gérée localement par une association de médecins.



Sectorisation des MMG de Loire-Atlantique. (Source : cahier des charges de la PDSA)

2.3.2 Des médecins d'astreinte dits « effecteurs fixes »

Les médecins d'astreinte dits « effecteurs fixes », interviennent, au sein de la MMG, aux heures de la PDSA soit 20h – minuit en semaine, 12H-minuit le samedi, et 8h-Minuit les dimanches et jours fériés, pour prendre en charge les patients qui leur sont adressés par la régulation médicale. Les médecins sont volontaires, inscrits sur le tableau de garde.

2.3.3 Le logiciel de saisie « AppliGarde » commun à certaine MMG

Certaines MMG utilisent le même logiciel de saisie des données: « AppliGarde »

Simple et intuitif, c'est avant tout un outil de travail; il permet au médecin de réaliser un recueil de données médicales, d'éditer des ordonnances et de rédiger des courriers médicaux pouvant être adressés par mail au médecin traitant du patient. Il comprend également un module de comptabilité.

Il permet une traçabilité des consultations dont l'intérêt est médico-légal. Le dossier patient est hébergé localement, au sein de chaque MMG, sous la responsabilité de l'association des médecins du secteur de garde et fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Information et des Libertés : la CNIL.

Ce logiciel est spécifique de la région ; il a été développé par l'URML, appuyé par un groupe de travail, composé de médecins responsables de maison de garde ; ils ont notamment élaboré le thésaurus des menus déroulants des diagnostics; ce choix était basé sur un recueil de motifs et diagnostics effectué en amont, sur papier libre, pendant quelques mois sur différentes MMG du département. La classification internationale des maladies (CIM10), n'a volontairement pas été retenue par souci de simplicité.

AppliGarde a été mis en place dès le début de l'expérimentation dans certaines maisons médicales de garde du département ; ces données n'ont jusqu'à présent jamais été exploitées.

2.3.4 MMG de Loire-Atlantique: des chiffres connus mais pas de données médicales.

Selon les chiffres fournis par l'ADOPS 44, sur les 4 premières années d'expérimentation, entre le 1^{er} avril 2011 et le 31 décembre 2016, 176 786 actes ont été réalisés sur l'ensemble des 10 MMG du département (hors Nantes et Saint-Nazaire). En 2016, cela représentait 31 499 actes.

Jusqu'à présent, aucune donnée médicale n'a été publiée sur les consultations en maisons de garde du département. C'est pourquoi nous avons décidé de réaliser ce travail.

E - MATERIEL ET MÉTHODES DE L'ENQUETE :

Premier axe d'étude : évaluation de l'activité médicale en MMG.

Nous avons réalisé une analyse descriptive rétrospective quantitative des données de consultations extraites du logiciel de recueil « AppliGarde ». Nous avons choisi d'étudier les MMG ayant utilisé cet outil depuis le début de l'expérimentation. Trois maisons médicales sont donc concernées :

- la MMG d'Ancenis, située au sein de l'hôpital, qui présente un service d'urgences ; son secteur de garde couvre 96 000 habitants *, comptant 46 médecins installés dont 31 sont inscrits sur les listes de garde. **

- la MMG de Bouaye, à 15 km de Nantes, au sein de la maison de santé, pour un secteur d'environ 50 000 habitants *, comptant 39 médecins installés dont 34 inscrits sur les listes de garde. **

- et enfin la MMG de Corcoué sur Logne, au sein de son hôpital local, plus au sud, à 40km de Nantes, couvrant un secteur de 60 000 habitants *, comptant 43 médecins installés dont 32 inscrits sur les listes de garde. **

Il n'a pas été décidé de réaliser de comparatif statistique entre les 3 maisons de garde.

L'objectif de notre travail est de faire un premier état des lieux de l'activité médicale en MMG dans notre département, à travers le logiciel « AppliGarde ». Les données ont été retranscrites et analysées à l'aide du logiciel Excel.

Le choix de la période d'étude était initialement calqué sur la première phase d'expérimentation dans la région Pays de la Loire, soit du 1er avril 2011 au 31 mars 2016. Or devant un retard de mise en fonctionnement du logiciel à la MMG de Corcoué, et dans un but d'uniformisation de l'analyse des données, il a été décidé de débiter l'étude en Avril 2012 afin d'étudier 4 années complètes, communes aux 3 centres.

Les données ont été recueillies tous les jours, aux heures de la PDSA.

Le fichier a été rendu totalement anonyme avant l'analyse ; les noms des patients, des médecins titulaires et des remplaçants ont été supprimés de la base de données.

Pour chaque ligne de consultation est renseigné: Date/ heure/ âge/ sexe/ mode d'accès/ grande famille diagnostic/ diagnostic / décision d'orientation.

6 classes d'âge ont été créées pour simplifier l'analyse : Moins de 2 mois/2-35mois/ 3-14ans/15-49ans /50-74ans/plus de 75ans. Il a été choisi de prendre 15 ans comme seuil de la pédiatrie en référence à l'âge limite d'accueil aux urgences pédiatriques de Nantes (15 ans et 3 mois exactement). Nous avons ensuite défini une population « pédiatrique » (moins de 15ans) et une population « adulte » (plus de 15 ans).

*source INSEE 2016 **source ADOPS 44

Second axe d'étude : les praticiens volontaires exerçant en MMG et pistes d'améliorations :

Par expérience personnelle, nous avons retenu les principales situations problématiques pouvant être rencontrées lors des gardes en MMG.

Nous avons réalisé une enquête prospective descriptive quantitative et qualitative à l'aide d'un questionnaire anonyme, dont le support a été créé sur la plateforme GOOGLE FORMS, puis diffusé sur la *mailing list* de l'ADOPS, à tous les médecins, titulaires ou remplaçants, faisant ou ayant fait des gardes au sein des 3 MMG concernées par l'étude. Il n'a pas été décidé de mettre de limite temporelle de réalisation des gardes par le praticien.

Les mails nous ont été communiqués par les secrétariats des associations responsables de chacune des 3 MMG.

Le questionnaire a été envoyé le 27 juin 2017 avec une relance le 4 juillet 2017. Les réponses ont été reçues entre le 27 juin et le 19 juillet 2017.

F - RÉSULTATS :

1) PREMIÈRE PARTIE : Étude de la base de données des trois maisons médicales de gardes au cours de quatre années d'expérimentation

Nous avons étudié les données des consultations issues du logiciel de saisie « AppliGarde », entre Avril 2012 et Avril 2016, au sein de 3 maisons médicales de garde ; Ancenis, Corcoué et Bouaye ; soit 4 années de consultations.

N = 25295, le nombre de consultations étudiées sur l'ensemble des 3 MMG, sur les quatre années. 347 visites ont été incluses et analysées dans notre étude. Cela représente seulement 1,4% des actes.

1.1 Population de patients dans les MMG

Tableau 1. La population consultant au sein des trois MMG, d'avril 2012 à mars 2016

	Population totale N = 25295(%)	Ancenis n=12422(%)	Bouaye n=7457(%)	Corcoué n=5416(%)
1 / Sexe :				
Hommes	11698 (47,5)	5677 (46,9)	3396 (46,9)	2625 (49,8)
Femmes	12902 (52,5)	6415 (53,1)	3845 (53,1)	2642 (50,2)
<i>Données manquantes</i>	695	330	216	149
2 / Age moyen				
	23,5 ans	22.9 ans	24.1 ans	24.2 ans
3 / Classe d'âge :				
Effectif hors DM	N=23617 (%)	N=11502(%)	N=7028(%)	N=5087(%)
<i>Données manquantes :</i>	1678	920	429	329
Population pédiatrique				
Moins de 2 mois	101 (0,4)	55(0,5)	29(0,4)	17(0,3)
De 2 à 35 mois	5328 (22,4)	2677(23,3)	1547(22,1)	1104(21,7)
De 3 à 14 ans	6732 (28,5)	3297(28,7)	1943(27,6)	1492(29,3)
Population adulte				
De 15 à 49 ans	7481 (31,7)	3622(31,5)	2293(32,6)	1566(30,8)
De 50 à 74 ans	2755 (11,7)	1296(11,2)	865(12,3)	594(11,7)
Plus de 75 ans	1220 (5,1)	555(4,8)	351(5)	314(6,2)

Sur l'ensemble de l'étude, ont consulté en MMG 11698 hommes (47,5%) et 12902 femmes (52,5%), tous âges confondus. Cette tendance s'observe dans chaque MMG. Données manquantes : 751 (2,9% de l'effectif global).

L'âge moyen de la population globale est de 23,5 ans. L'activité de pédiatrie globale représente un peu plus de la moitié des consultations. Cette répartition est assez similaire entre les 3 MMG.

Les tranches d'âge les plus représentées sont les 15-49 et les 3-14ans pour respectivement 31,7% et 28,5% de la population totale. Les plus de 75 ans ne représentent que 5,1 % de la population. Ces proportions sont similaires entre les 3 MMG.

Tableau 2. Répartition selon les sexes des tranches d'âge sur la population totale consultant en MMG :

	FEMMES	HOMMES	données manquantes :
	n (%)	n (%)	
Moins de 2 mois	44 (44,5)	56 (56,5)	1
De 2 à 35 mois	2461 (46,2)	2851 (53,8)	16
De 3 à 14 ans	3153 (46,8)	3869 (53,9)	10
De 15 à 49 ans	4371 (58,4)	3102 (41,6)	8
De 50 à 74 ans	1537 (55,8)	1215 (44,2)	3
Plus de 75 ans	776 (63,6)	443 (36,4)	1

Pour la population pédiatrique, les enfants qui consultent en MMG sont majoritairement des garçons. Ils représentent entre 53 % et 56% pour chaque classe d'âge d'enfant.

Cela s'inverse dans la population adulte, majoritairement féminine. On retrouve une proportion de femmes allant de 55,8 % pour les 49-75 ans à 63,6% pour les plus de 75ans.

1.2 Modalités d'accès des patients aux MMG

Tableau 3 : Modalité d'accès des patients aux 3 MMG :

	Population totale N = 25295 (%)	Ancenis n=12422 (%)	Bouaye n=7457 (%)	Corcoué n=5416 (%)
régulé	24409 (96,5)	11679 (94)	7360 (98,7)	5370 (99,1)
adressé par les urgences	590 (2,4)	583 (4,7)	3 (0,1)	4 (0,1)
direct	250 (0,9)	129 (1)	84 (1,1)	37 (0,7)
autre	46 (0,2)	31 (0,3)	10 (0,1)	5 (0,1)

Les patients accèdent quasiment exclusivement aux MMG via la régulation du 15 avec 24409 actes régulés soit 96,5% des consultations totales ; c'est le cas pour 98,7% des patients consultants à Bouaye et 99,1% des patients consultants à Corcoué.

Du fait de son emplacement au sein de l'hôpital, la MMG d'Ancenis reçoit 4,7% des patients adressés par les urgences.

Tableau 4: Évolution des modalités d'accès des patients aux MMG, d'avril 2012 à mars 2016

	Avril 2012 à mars 2013 n= 5403 (%)	Avril 2013 à mars 2014 n= 6060 (%)	Avril 2014 à mars 2015 n= 6782(%)	Avril 2015 à mars 2016 n= 7050(%)
Adressé par les urgences	146 (2,7)	130 (2,1)	163 (2,4)	151 (2,1)
Régulé	5185 (96)	5860 (96,7)	6562 (96,8)	6802 (96,5)
Direct	62 (1,1)	61 (1,0)	50 (0,7)	77 (1,1)
Autre	10 (0,2)	9 (0,1)	7 (0,1)	20 (0,3)

L'accès aux MMG via la régulation médicale préalable est stable au fil des années et reste le principal mode d'accès des patients. Cela concerne chaque année, plus de 96% des patients adressés aux MMG.

1.3 Principales pathologies de la population générale consultant en MMG.

Tableau 5: « grandes familles diagnostics » et « diagnostics » parmi la population totale des MMG.

N = 25295 (%)

5 principales « grandes familles diagnostics »:	
Ophtalmologie-Orl-Stomatologie	7655 (30,3)
Gastro-entérologie	3326 (13,1)
Divers	2604 (10,3)
Dermato-allergologie	2578 (10,2)
Traumatologie	2268 (9,0)
<i>Données manquantes</i>	<i>49 (0,2)</i>
5 principaux « diagnostics » :	
OMA (otite moyenne aiguë)	1720 (6,8)
Angine	1596 (6,3)
Plaie	1330 (5,3)
Gastro-entérite	1117 (4,4)
Cystite	939 (3,7)
<i>Données manquantes</i>	<i>942 (3,7)</i>

Les affections de la sphère « OPHTALMOLOGIQUE-ORL-STOMATOLOGIQUE » sont aux premiers plans des « grandes familles diagnostics ». Elles couvrent 30% des consultations totales réalisées en MMG.

Les deux principaux diagnostics retenus sont issus de cette grande famille ; la somme des diagnostics « otite moyenne aiguë » et « angine » représente 13% des actes. Ensuite nous retrouvons les « plaies » concernant 5% des actes. Puis les pathologies infectieuses courantes : « gastro-entérite » et « cystite ».

Les autres diagnostics retrouvés, non présentés dans ce tableau sont : « hyperthermie », « rhino-pharyngite », « bronchite », « otalgie », « allergie cutanée », allant de 2,9% à 2% des actes.

1.4 Principales pathologies en fonction de la tranche d'âge.

Tableau 6: Cinq principaux « diagnostics » par tranche d'âge sur l'ensemble des trois MMG

Population pédiatrique	Population adulte
<p><u>Chez les moins de 2 mois</u> <i>n=101 (%)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - colique abdominale 11 (10,9) - rhinite 9 (8,9) - bronchiolite 6 (5,9) - gastroentérite 5 (5,0) - éruption cutanée 5 (5,0) 	<p><u>Chez les 15 – 49 ans</u> <i>n= 7481(%)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - cystite 538 (7,2) - plaie 493 (6,6) - angine 458 (6,1) - gastroentérite 238 (3,2) - lombalgie commune 200 (2,7)
<p><u>Chez les 2 mois - 35 mois</u> <i>n=5328 (%)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - OMA 784 (14,7) - gastro-entérite 399 (7,5) - rhinopharyngite 386 (7,2) - hyperthermie 386 (7,2) - angine 345 (6,5) 	<p><u>Chez les 50 -74 ans</u> <i>n= 2755 (%)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - cystite 207 (7,5) - plaie 149 (5,4) - lombalgie commune 88 (4,5) - anxiété 78 (2,8) - bronchite 72 (2,6)
<p><u>Chez les 3 ans - 14 ans</u> <i>n=6732 (%)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - OMA 722 (10,7) - angine 663 (9,8) - plaie 406 (6,0) - gastroentérite 368 (5,5) - hyperthermie 251(3,7) 	<p><u>Chez les plus de 74 ans</u> <i>n=1220 (%)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - certificat 163 (13,4) - plaie 81 (6,6) - bronchite 55 (4,5) - broncho-pneumopathie 34 (2,8) - cystite 33 (2,7)

Les principaux diagnostics sont variables en fonction des tranches d'âge.

- Chez les moins de 2 mois, on retrouve des diagnostics classiques du nourrisson comme les « coliques abdominales », les « rhinites » et la « bronchiolite ».
- Chez les enfants de plus de 2 mois, et jusqu'à 14 ans, on retrouve presque exclusivement des étiologies infectieuses avec en tête de liste les « OMA », exception faite des « plaies », classées au troisième rang des diagnostics les plus fréquents chez les enfants de plus de 3 ans.
- Chez les 15-49 et les 50-74ans, on retrouve au premier et second rang « cystite » et « plaie » respectivement. Le diagnostic de « lombalgie commune » est également retrouvé dans ces deux classes d'âge, au 5^{ème} et 3^{ème} rang.
- Chez les patients de plus de 75 ans, les principaux actes réalisés sont des « certificats » (sans précision), puis la prise en charge de « plaies », et des affections respiratoires.

1.5 Principaux « diagnostics » en fonction du sexe au sein de la population pédiatrique et adulte.

Tableau 7 : Cinq principaux « diagnostics » par sexe au sein des populations adultes et pédiatriques, sur l'ensemble des trois MMG :

Population pédiatrique N=12161 Données manquantes =127	Population adulte N= 11456 Données manquantes = 12
<p><u>Chez les garçons :</u> n= 6476 (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - OMA 806 (12,4) - angine 556 (8,6) - gastroentérite 379 (5,9) - plaie 342 (5,3) - hyperthermie 347 (5,4) 	<p><u>Chez les hommes :</u> n= 4760 (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - plaie 471 (9,9) - angine 195 (4,1) - lombalgie commune 157 (3,3) - gastroentérite 110 (2,3) - bronchite 102 (2,1)
<p><u>Chez les filles :</u> n= 5558 (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - OMA 750 (13,5) - angine 452 (8,1) - gastroentérite 395 (7,1) - hyperthermie 292 (5,3) - rhino-pharyngite 280 (5,0) 	<p><u>Chez les femmes :</u> n= 6684 (%)</p> <ul style="list-style-type: none"> - cystite 754 (11,3) - angine 317 (4,7) - plaie 262 (3,9) - gastroentérite 202 (3,0) - anxiété 155 (2,3)

- Chez les enfants, les principaux diagnostics sont très similaires quelque soit le sexe. Les « OMA » « angine » et « GEA » sont les 3 diagnostics les plus fréquents. Ces 3 pathologies concernent environ ¼ des affections des enfants en MMG. On remarque que les affections des enfants sont essentiellement d'origine infectieuse. Nous pouvons noter que les plaies concernent d'avantage les garçons.
- Chez les adultes, il y a une plus grande variabilité de diagnostics en fonction du sexe. Les hommes consultent principalement pour des plaies, tandis que les femmes viennent le plus souvent pour des infections urinaires.

1.6 Les tâches médico-administratives

Sur les 4 années d'études, sur l'ensemble des 3 MMG, seul 328 actes médico-administratifs ont été réalisés ; cela représente 1,3 % de l'activité totale.

- 261 rédactions de certificat (tout type confondu)
- 44 réquisitions
- 5 demandes SPDT, et 1 demande SPPI
- 9 consultations pour « violence agression »
- 8 « non renseigné administratif »

1.7 Décision d'orientation des patients :

Tableau 8 : décision d'orientation des patients au sein des populations pédiatriques et adultes sur l'ensemble des 3 MMG

	Population pédiatrique N=12161 (%)	Population adulte N= 11456 (%)
retour à domicile	11794 (96,9)	10662 (93,1)
hospitalisation / SAMU	262 (2,2)	585(5,1)
avis spécialisé	86 (0,7)	112(1)
conseil	11 (0,1)	7 (0,1)
décès	0	63 (0,6)
autre	8 (0,1)	27 (0,1)

Sur les trois MMG, seul 2,2 % des enfants et 5,1% des adultes ont été hospitalisés.

La grande majorité des patients rentre à domicile à l'issue de la consultation en MMG.

Tableau 9 : décision d'orientation des patients pour chaque MMG.

	Population totale N = 25295 (%)	Ancenis n=12422 (%)	Bouaye n=7457 (%)	Corcoué n=5416 (%)
Retour à domicile	24085 (95,2)	11907 (95,9)	7043 (94,4)	5135 (94,8)
hospitalisation / SAMU	879 (3,5)	387 (3,1)	296 (4,0)	196 (3,6)
avis spécialisé	201 (0,8)	77 (0,6)	78 (1,0)	46 (0,8)
conseil	21 (0,1)	10 (0,1)	7 (0,1)	4 (0,1)
décès	70 (0,3)	29 (0,2)	22 (0,3)	19 (0,4)
autre	39 (0,2)	12 (0,1)	11 (0,1)	16 (0,3)

Le taux d'hospitalisation est de 3,5% des actes totaux ; cette tendance est similaire entre les 3 MMG.

Tableau 10 : cinq principaux diagnostics pour lesquels une hospitalisation est demandée, au sein des populations pédiatriques et adultes sur l'ensemble des 3 MMG

Population pédiatrie hospitalisée N=262 (%)	Population adulte hospitalisée N=585 (%)
- suspicion d'appendicite 31 (11,8)	- douleur abdominale 36 (6,2)
- bronchiolite 18 (6,9)	- suspicion d'appendicite 29 (5)
- asthme 18 (6,9)	- trouble du rythme 19 (3,2)
- hyperthermie 17 (6,5)	- accident ischémique transitoire 19 (3,2)
- plaie 15 (5,7)	- lithiase urinaire 18 (3,1)

Les tableaux douloureux abdominaux sont les premières causes de demande d'hospitalisation.

- Chez les enfants, la « suspicion d'appendicite » représente 11,8 % des demandes d'hospitalisation. De plus, la « douleur abdominale », non présente dans ce tableau, est le 6^{ème} motif pour lequel une hospitalisation est demandée pour la population pédiatrique et représente 3,8% des demandes. La somme des motifs « appendicite » et « douleur abdominale » représente donc 15,6% des motifs d'hospitalisation des enfants.

La somme des affections respiratoires « bronchiolite » et « asthme » représente près de 14% des motifs d'hospitalisation.

- Chez les adultes, les « douleurs abdominales » et « suspicion d'appendicite » sont les 2 premiers motifs pour lesquels l'hospitalisation est demandée; à eux deux, ils représentent 11,2 % des demandes d'hospitalisations (respectivement 6,2% et 5%)

2) SECONDE PARTIE : Enquête auprès des médecins volontaires effectuant des gardes dans les 3 MMG.

198 questionnaires ont été envoyés par mail aux médecins ayant réalisé des gardes dans les 3 MMG de notre étude. Nous avons obtenu 84 réponses, soit un taux de 42,4%.

2.1 Population de médecin.

Tableau 11 : Profil des praticiens effectuant des gardes dans les 3 MMG : n=84 (%)

<u>Sexe</u>	
hommes	36 (42,9)
femmes	48 (57,1)
<u>Tranche d'âge</u>	
moins de 30 ans	12 (14,3)
30-40 ans	43 (51,2)
40 -50 ans	15 (17,9)
50 -60 ans	11 (13,1)
60-70 ans	3 (3,6)
<u>Activité principale :</u>	
Interne	1 (1,2)
Médecin remplaçant	26 (31)
Médecin en collaboration	8 (9,5)
Médecin installé	48 (57,1)
Médecin salarié	1 (1,2)
Médecin retraité	0
<u>Fréquence des gardes réalisées :</u>	
Environ une par semaine	3 (3,6)
environ une tous les 15 jours	5 (6,0)
Au moins une par mois	30 (35,7)
Moins d'une par mois	46 (54,8)
<u>MMG au sein de laquelle les gardes sont réalisées :</u>	
ANCENIS	29 (34,5)
BOUAYE	28 (33,3)
CORCOUE	27 (32,1)

La population de médecins réalisant des gardes en MMG est essentiellement féminine (57,1%), jeune (65,5% ont moins de 40 ans) et pour la majorité, installée en cabinet (57,1%).

Nous notons que près d'1/3 sont des médecins remplaçants.

La fréquence des gardes est faible puisque 54,8% des médecins réalisent moins d'une par mois, et 35,7% une par mois.

La répartition des médecins ayant répondu au questionnaire est représentative des 3 MMG concernées par notre étude.

2.2 Satisfaction des médecins en MMG.

Tableau 11 : Ressenti de satisfaction des médecins exerçant en MMG n=84 (%)

	1 pas satisfait du tout	2 moyennement satisfait	3 assez satisfait	4 pleinement satisfait
Horaires de la PDSA	0	4 (4,8)	27(32,1)	53(63,1)
Locaux des MMG	1 (1,2)	10 (11,9)	39 (46,4)	34 (40,5)
Matériel disponible sur place	1 (1,2)	6(7,1)	46 (54,8)	31(36,9)
De la régulation médicale	0	15 (17,9)	57 (67,9)	12(14,3)
Du logiciel de saisie des consultations	3 (3,6)	11(13,1)	47(56)	23(27,4)

Globalement, les praticiens semblent satisfaits ou pleinement satisfaits des différents axes abordés par notre questionnaire.

On remarque quelques réserves exprimées pour la régulation médicale et le logiciel de saisie.

2.3 Situations courantes rencontrées par les médecins durant leurs gardes en MMG.

Tableau 12 : situations courantes pouvant être rencontrées par les médecins exerçant en MMG n=84 (%)

Le praticien a-t-il...	OUI	NON	Autres / remarques
- eu besoin d'adresser les patients dans un laboratoire de garde ?	14(16,7)	39 (46,4)	31 (36,9) pas de laboratoire de garde dans le secteur
- eu besoin de transmettre un ECG pour avis ?	26 (31)	58(69)	
Si oui : A t il eu des problèmes de transmission de l'ECG ? n=26	14 (53,8)	12 (46,2)	
- eu besoin d'adresser les patients aux urgences pour avis dermatologique ?	2 (2,4)	82 (97,6)	
- eu besoin d'envoyer des photos de lésions dermatologiques par mail ou Smartphone ?	14 (16,7)	70 (83,3)	
- rencontré des problèmes de compréhension liés à une langue étrangère ?	18 (21,4)	66 (78,6)	
- eu besoin de matériel absent de la MMG ?	40 (47,6)	44 (52,4)	
- eu besoin de médicament absent de la pharmacie de la MMG ?	30 (35,7)	54 (64,3)	
- rencontré des problèmes de cotation d'un acte	47 (55,9)	37(45,1)	
- est-il favorable à l'extension au samedi matin ?	26 (25)	44(52,4)	14(16,6) Ne se prononce pas

Les remarques libres des médecins sont visibles en Annexe 5.

- **Le laboratoire de garde :** Cette question est difficile à analyser car il n'existe pas de laboratoire de garde clairement défini par secteur. 47% des médecins n'ont pourtant jamais eu besoin d'adresser un patient dans un laboratoire de garde.
- **La transmission d'ECG :** Parmi les 31% de médecins ayant eu besoin de transmettre un ECG, un peu plus d'un médecin sur deux ont rencontré des problèmes de transmission; au premier plan, ont été cités des soucis d'utilisation du fax. (remarques libres en annexe)
- **Avis dermatologique ou envoie de photos :** Très peu de médecins ont eu besoin d'adresser des patients pour avis dermatologique; moins de 3%. On remarque cependant qu'un nombre un plus élevé de médecins (16,7%) ont déjà dû envoyer des photos de lésions par mail ou Smartphone.
- **Problème de compréhension :** On note que 18 médecins ont rencontré des problèmes de compréhension liés à une langue étrangère. Parmi eux la plupart ont été aidés par un membre de la famille ; d'autres ont utilisé un site internet de traduction ou une application mobile.
- **Matériel disponible :** la moitié des médecins ont noté du matériel manquant durant leur garde. Les plus fréquemment cités sont les pansements, (notamment pour les brûlures), les pots à ECBU, et enfin le matériel de tamponnement nasal pour épistaxis.
- **Médicaments dans la pharmacie de la MMG :** 30 médecins ont eu besoin d'un médicament absent de la pharmacie de MMG. Les plus cités sont les antalgiques de pallier 2, les morphiniques, puis les antibiotiques simples pour du dépannage tels que l'amoxiciline ou le fosfomycine-trométamol.
- **Cotation des actes :** Plus de 55% des médecins ont rencontré des problèmes pour la cotation des actes en garde ; près de la moitié ont eu recours à un site internet ; un quart a utilisé une application mobile, les autres ont utilisé des tableaux de cotations sur support papier.
- **Horaire de PDSA :** la majorité des praticiens (52,4) ne sont pas favorables à l'extension des horaires au samedi matin. Parmi eux 68% sont installés ou en collaboration. On note que tout de même un quart des praticiens se déclarent favorables à l'extension des horaires; parmi lesquels 61% de médecins installés ou en collaboration et 39% de remplaçants.

G - DISCUSSION

1) Avantages de l'étude

1.1 Un travail original d'évaluation d'un dispositif expérimental

Aucune étude des données médicales en MMG n'avait jusqu'alors été réalisée dans la région pourtant concernée par un dispositif expérimental de sa PDSA.

Un système efficace, bien structuré et attractif assure une implication des médecins dans la PDSA ; son étude a donc un intérêt pour la profession mais également en terme de santé publique. Aussi notre travail bénéficie de l'appui de l'ADOPS 44 et de l'URML.

L'ADOPS 44 nous a fourni des documents et les mails de l'ensemble des médecins inscrits sur les tableaux de garde ; les associations locales de chaque maison de garde nous ont permis de travailler sur la base de données extraite du logiciel « AppliGarde ». C'est grâce au soutien et à la mobilisation des associations de médecins que la réalisation de ce travail a été possible.

1.2 Une base de données très riche

La base de données est issue du logiciel de saisie des consultations en MMG « AppliGarde ». C'est un véritable outil de travail pour les médecins. Sa simplicité d'utilisation a permis la très bonne exhaustivité du recueil d'informations : 25295 consultations, et peu de données manquantes.

De plus, « AppliGarde » étant resté fonctionnel au cours du temps, le recueil des données a été stable. Nos résultats sont le reflet d'une longue période d'étude : 4 ans de consultations.

Les autres travaux réalisés sur les MMG en France ont été faits sur de plus courtes périodes et à chaque fois, sur une seule et même maison médicale ; 10 semaines pour l'étude de Ribaut (16), 6 mois pour l'étude de Gebara (17), ou encore un an pour celle de Queval (18). Seuls les travaux d'Azy dans l'Oise (19) reprennent 4 années de statistiques de la MMG mais ne s'intéressent pas au versant médical.

1.3 Un bon taux de réponse à l'enquête auprès des médecins

Notre questionnaire était essentiellement composé de questions courtes, fermées, simples et demandait moins de 5 minutes. Ainsi 84 médecins ont répondu à notre questionnaire sur les 198 mails envoyés. Soit un taux de réponse de 42,4%.

L'étude de Sebo et al, publiée en 2017, a comparé les taux de réponses aux questionnaires adressés par internet et par voie postale à des médecins généralistes. Elle retrouve un taux de réponse de 47% par courrier contre seulement 10% par internet (20). Dans le même sens, l'étude de Kongsved et al de 2007 retrouvait un taux de réponse de 73% par la poste contre 18% par internet (21) .

Le taux de réponse à notre enquête est donc nettement supérieur à ceux obtenus dans ces études.

Nos chiffres traduisent ainsi l'excellent engagement et la bonne implication des médecins dans la PDSA de Loire-Atlantique. De plus nos réponses sont représentatives des 3 MMG étudiées ; environ 1/3 de réponses pour chaque MMG.

2) Limites de l'étude

2.1 Analyse des données

Notre objectif n'était pas de réaliser une comparaison statistique entre les 3 sites concernés par l'étude mais plutôt une description globale de l'activité en MMG. Il a donc été décidé de ne pas réaliser d'analyse statique des données.

347 « visites » sont incluses dans les 25295 consultations. Il n'a pas été décidé d'analyser de façon séparée ces données qui ne représentent que 1,4% des actes.

Enfin, il n'a pas été possible d'extraire les ordonnances et autres prescriptions des médecins.

2.2 Une base de données à harmoniser

La première étape du travail consista à reprendre la base de données pour en simplifier l'analyse. Un imprévu dans la conception du logiciel AppliGarde a été à l'origine d'une disparité des données : les praticiens avaient la possibilité de saisir manuellement leurs diagnostics ; fautes de frappes, accents, espace... Nous avons dû corriger ces irrégularités.

Il a également été nécessaire de revoir la saisie des âges pour permettre l'analyse, et de créer les différentes classes d'âges. Nous notons d'ailleurs qu'un certain nombre de données était manquantes concernant les âges des patients ; 1678 soit 6,6%.

A sein du menu déroulant « diagnostics », de nombreux synonymes sont proposés : par exemple « GEA et gastroentérite », « amygdalite et angine », ou encore « alcool-alcoolémie-ivresse ». Pour éviter la multiplicité des diagnostics nous avons dû regrouper les synonymes.

Enfin, un certain nombre de diagnostics manquaient au menu déroulant du logiciel. Je citerais : « syndrome pieds mains bouche » ou « piqûre de tique », alors saisis manuellement par les médecins ; nous les avons ajoutés à l'analyse ; néanmoins ils ne font pas partie des diagnostics les plus fréquemment établis

Aussi il pourrait être envisagé qu'un nouveau travail de recherche soit consacré à réexaminer certaines fonctions du logiciel tels la saisie des âges et des menus diagnostics déroulants. Il faudrait notamment réfléchir à classification simplifiée des pathologies rencontrées en PDSA, intuitive et peut être transposable dans une classification internationale (CIM10, CISP, ou autre) permettant la réalisation d'études comparatives.

2.3 L'enquête auprès des médecins

La réalisation d'une enquête rétrospective est à l'origine d'un biais de mémoire. Les réponses des médecins sont peut être influencées par leur activité de cabinet en journée.

De plus comme expliqué précédemment, nous aurions peut-être pu obtenir un taux de réponse plus important si nous avions adressé notre questionnaire par courrier.

3) Analyse de la base de données des 3 MMG.

3.1 Des patients similaires dans les 3 MMG.

Notre travail concerne 3 MMG du département. Les MMG d'Ancenis et de Corcoué sont situées dans des secteurs ruraux, toutes deux au sein d'un hôpital local. Le centre hospitalier d'Ancenis présente un service d'urgences. La MMG de Bouaye est périurbaine, au sein de la maison de santé de la commune.

Nous n'observons pas de différence évidente entre ces 3 populations. La répartition des sexes et des classes d'âge est semblable. L'unique différence observée concerne le mode d'accès des patients à la MMG d'Ancenis et s'explique par sa situation au sein de l'hôpital: quelques patients y sont directement adressés par les urgences. Néanmoins, l'accès par régulation médicale préalable reste prédominant.

3.2 Des patients jeunes: la moitié des consultations en MMG relèvent de la pédiatrie.

L'âge moyen de la population de patient de notre étude est de 23,5 ans. Les patients consultant en MMG sont donc jeunes. En effet, on remarque que la pédiatrie concerne près de 50% de l'activité dans chacune des 3 MMG étudiées.

Ces chiffres sont en accord avec les autres études sur les MMG. La pédiatrie concerne 47,8% des patients de l'étude d'Azy réalisée en 2017 au sein de la MMG de Compiègne (19), et 52% des patients de l'étude de Ribault en 2015 de la MMG de la Saudrune. (16)

Selon le profil d'activité des services d'urgences réalisés par l'ORU des Pays de la Loire, en 2016, l'âge moyen des patients des urgences de la région était de 39,9 ans et les patients de moins de 15 ans représentaient 23 % des actes (22).

Dans le même sens, les médecins mobiles sont peu concernés par cette activité; en effet, la thèse de Meurisse réalisée sur les médecins mobiles entre 2011 et 2014 dans le département, retrouvait que seul 10% des patients avaient moins de 15 ans (4).

En Loire-Atlantique, selon les chiffres de l'INSEE de 2014, les moins de 15 ans ne représentent que 19,5% de la population du département (23). Cette classe d'âge est donc nettement surreprésentée dans les MMG par rapport à la population départementale.

Nos résultats montrent donc que la MMG est un lieu de consultation privilégié pour les enfants aux heures de fermeture des cabinets. Il est donc important que les MMG soient équipées de matériels adaptés à cette activité; que ce soit pour le matériel médical (balance, tensiomètre pédiatrique, masque de nébulisation ...) ou pour la salle d'attente. De même, il est primordial que les praticiens réalisant des gardes en MMG aient suffisamment d'expérience dans le domaine de la pédiatrie.

Il est à regretter toutefois qu'à la faculté de Médecine Nantes, les internes en médecine générale, n'aient pas l'obligation d'effectuer un passage en pédiatrie. Des semestres d'études conjointes, gynéco-pédiatrie ont bien été créés devant un manque certain de

terrain de stage (toutefois insuffisants comme ils ne représentent que 10% des stages). Encore trop peu d'internes effectueront un stage en pédiatrie. En effet, seuls 45% des internes en médecine générale, selon le SIMGO bénéficieront de cette expérience. Aussi, la nouvelle réforme de l'internat actuellement en cours de réflexion, prévoit-elle d'élargir de 3 à 4 ans la maquette de médecine générale avec un stage obligatoire en pédiatrie.

3.3 Une petite majorité de femmes pour la population adulte.

Dans chaque MMG, les femmes ont légèrement plus consulté que les hommes (respectivement 52,5% contre 47,5%). Cependant, cela ne s'observe que pour les tranches d'âge au dessus de 15 ans ; les femmes sont alors nettement majoritaires allant de 55,8% à 63,6%. Cette tendance est également retrouvée dans les différents travaux sur les MMG : Ribaut constate 58% de femmes à la Saudrune, et plus particulièrement dans son groupe adulte avec 62,5% de femmes (16) ; Gebara à Limoges, retrouve 55% de femmes. (17)

On observe l'inverse pour les patients consultant aux urgences. En effet, selon l'Observatoire régional des Urgences (ORU) des Pays de la Loire, sur l'année 2016, (22) les hommes sont plus largement représentés aux urgences pour toutes les tranches d'âge jusqu'à 74ans. De plus, ils consultent d'autant plus aux urgences aux heures de la PDSA (54% vs 52% en horaires hors PDSA).

Il n'y a pas d'explication à cette tendance. Une hypothèse pourrait être en rapport avec leurs motifs de consultation; en effet, nous avons identifié que les femmes consultaient en MMG en premier lieu pour des cystites (11, 3% des cas). Ce motif est simple, mais suffisamment invalidant pour demander une consultation non programmée, ne nécessitant pas pour autant de consulter aux urgences. Les hommes, plus sujets à la traumatologie (près de 10% consultent pour des plaies en MMG) ont peut être tendance à consulter directement aux urgences.

3.4 Peu de patients âgés en MMG.

En MMG, les 75 ans et plus ne représentent qu'autour de 5 % des consultants ; la gériatrie est donc très peu représentée dans les MMG. Ses résultats vont dans le sens des thèses réalisées au sein de différentes MMG : à Limoges en 2015 , dans l'étude réalisée par Gebara, 5% des patients ont plus de 70ans (17), ou à la Saudrune cette même année , dans les travaux de Ribaut, 5% des patients ont plus de 75ans.(16)

A l'inverse, les médecins mobiles sont nettement plus concernés par des actes de gériatrie. L'étude des médecins mobiles de Meurisse retrouve 28% de patients de plus de 75ans (4); soit 5,6 fois plus que dans notre étude. De même, dans les urgences du département en 2016, 16% des patients avaient plus de 75ans. (22) Ces résultats ne sont pas surprenants; les difficultés de déplacement, la fragilité du terrain ou encore la gravité des pathologies rencontrées chez les personnes âgées favorisent les visites à domicile des médecins mobiles et influencent les demandes de prise en charge hospitalière.

3.5 Une régulation médicale très importante et pérenne dans le temps.

Nous observons que les patients accèdent presque exclusivement aux MMG via la régulation par le 15 ; plus de 98,7% pour les MMG de Bouaye et de Corcoué. Dans la MMG d'Ancenis, du fait de son emplacement, 4,7 % des patients sont adressés par les urgences.

La part des patients accédant directement à la MMG, sans régulation préalable par le 15, ne représentent qu'environ 1 % des consultants ; on aurait pu craindre à une hausse de ce chiffre au fil des années du fait de l'habitude des patients, de la connaissance de la MMG ; mais ces résultats prouvent le contraire ; on observe une remarquable stabilité sur nos quatre années d'étude.

Les autres travaux réalisés en MMG retrouvent des taux de régulation nettement inférieurs ; cela concerne 66% des patients des travaux d'Azy à Compiègne (19), et seulement 18,5 % de patients de l'étude de Gebara à Limoges (17).

La régulation médicale des appels effectuée dans le département permet de limiter les consultations inappropriées dans les MMG ; cela contribue au maintien d'un niveau d'activité relativement stable au fil des années et permet de respecter le budget prévisionnel de l'enveloppe. C'était bien un des objectifs principaux de l'organisation de la PDSA dans la région et cela conforte l'expérimentation.

3.6 Les pathologies rencontrées en MMG.

Tout d'abord, nous notons un important taux de remplissage de la base de données (96,3% de la population totale de l'étude) conférant à nos résultats une nette représentativité de l'activité générale des consultations de PDSA.

Les principales pathologies rencontrées en MMG sont issues de la sphère « Ophtalmo-ORL-Stomatologie » : cela concerne 30% des actes. Les autres travaux réalisés sur l'activité en MMG confortent nos résultats: les motifs infectieux ORL sont les plus fréquemment retrouvés ; 22% des actes de l'étude de Ribaut(16), et 27% dans les travaux de Gebara (17) et de Queval (18).

Parmi les 5 premiers diagnostics retrouvés dans notre étude, tout âge et sexe confondu, quatre sont du domaine de l'infectiologie : « OMA », « angine », « GEA » et « cystite ». Ces résultats montrent que les MMG sont concernées par des affections de caractère aigu pouvant être qualifiées de simples car essentiellement cliniques.

Les « plaies » concernent 5,3% des actes totaux et sont au 3ème rang des diagnostics les plus fréquents. Les praticiens exerçant en MMG doivent donc être à l'aise avec la gestion des plaies ainsi qu'avec la cotation des sutures.

Chez les enfants, les pathologies rencontrées sont similaires quelque soit le sexe ; essentiellement des infections ORL type « OMA », « angine » et digestives type « gastro-entérite ». Ces 3 pathologies concernent environ $\frac{1}{4}$ des affections des enfants en MMG. Il est donc indispensable que les praticiens exerçants en MMG aient le matériel adapté ; otoscope, Streptatest ou encore une balance pédiatrique afin de surveiller la perte de poids lors des gastroentérites.

De plus, les faibles pourcentages des principales pathologies retrouvées en MMG, témoignent d'une grande dispersion des « diagnostics ». On comprend que l'activité en MMG est très variée.

Les pathologies rencontrées dans les MMG sont différentes de celles vues par les médecins mobiles ; selon le travail de Meurisse, les principaux diagnostics retrouvés étaient : colique néphrétique (5,8%), angoisse (4,3%), OAP (3,9%) GEA (3,6%), Plaie (3,3%). Les patients pris en charge par les médecins mobiles étant différents de ceux consultant en MMG, il est normal que les pathologies rencontrées ne soient pas semblables.

En cabinet de médecine générale selon l'Observatoire de la médecine générale , en 2009 en France, les 5 résultats de consultation les plus fréquents étaient (24): « les examens systématiques et de prévention », « les états fébriles », « l'HTA » , « les rhinopharyngites », et enfin « les vaccinations » . Les actes de suivi ou de prévention ne relèvent pas du tout de l'activité de MMG. Comme vu précédemment, la pratique médicale en garde est essentiellement concernée par des affections aiguës, simples et variées. Les médecins peuvent ainsi trouver un intérêt professionnel à la réalisation de garde : la diversification de leur pratique.

3.7 Peu de tâches médico-administratives.

Auparavant , selon les anciens cahiers des charges de l'ARS, et notamment celui de 2015 (25), les actes médico-légaux ne relevaient pas de la PDSA. Néanmoins, comme le montre l'enquête de 2015 du CNOM (13) , une garde spécifique est compliquée à mettre en place ; c'est le médecin de garde qui assure la plupart des actes médico-légaux lors des horaires de la PDSA. C'est le réseau de proximité reconnu par les autorités préfectorales.

Le choix de l'ARS des Pays de la Loire et de l'ADOPS 44 a donc été d'intégrer les dispositions concernant les tâches médico-administratives dans le nouveau cahier des charges de la PDSA pour 2017-2019 (10). Cela concerne : les certificats de décès, les demande de SPDT, SPPI et SDRE , les examens de gardes à vue, les prélèvements sanguins sous réquisition pour recherche d'alcoolémie, la rédaction de certificat de coups et blessures . Cela intéresse essentiellement les médecins mobiles, mais les effecteurs fixes peuvent aussi être amenés à rédiger certains certificats ou à pratiquer des actes sur réquisitions.

Nos résultats montrent que ces actes ne représentent qu'une infime partie de l'activité de consultations des MMG ; 1,5 % des actes. Cela va dans le même sens que l'évaluation de l'ADOPS 44 qui rapporte 779 actes administratifs en 2016, pour 30419 actes totaux de PDSA ; soit 2,5 % des actes totaux sur l'année. Cette activité est donc minime, pouvant être jugée comme acceptable et ne gênant pas l'organisation de la garde. Cela conforte la position de l'ARS et de l'ADOPS 44 d'intégrer les tâches médico-administratives au champ d'action de la PDSA.

3.8 Décision d'orientation.

Le taux d'hospitalisation à la suite des consultations en MMG est très faible : sur l'ensemble des actes cela ne concerne que 3,5% de patients. Cette tendance est similaire dans les 3 MMG. On peut donc dire que la régulation médicale effectuée en amont est très efficace.

Les demandes d'hospitalisation sont légèrement moins fréquentes pour la population pédiatrique (2 %) que pour la population adulte (5,1%). Mais dans ces deux groupes, nos résultats montrent que les affections digestives « syndrome douloureux abdominal » et « suspicion d'appendicite » sont parmi les principales demandes d'hospitalisation. Ces résultats sont également retrouvés pour les patients vus par les médecins mobiles ; 25% de leurs demandes d'hospitalisation se font sur des motifs digestifs.(4)

Selon l'ORU de 2016, les « douleurs abdominales et pathologies digestives » représentent 10,1% des passages aux urgences du département. (22) Soit environ 91500 passages.

Ces résultats nous montrent que les médecins en ambulatoire, ont parfois des difficultés à prendre en charge les tableaux douloureux abdominaux, nécessitant souvent au moins un examen complémentaire, de biologie et/ou d'imagerie. L'accès à un laboratoire de garde permettrait d'éviter à certains de ces patients un transfert vers les urgences.

4) Enquête auprès des médecins volontaires effectuant des gardes dans les 3 MMG.

4.1 Profil des praticiens exerçant en MMG.

La population de médecins réalisant des gardes en MMG est majoritairement féminine (57,1%), et plutôt jeune ; en effet, 65,5 % des médecins ont moins de 40 ans. Ces résultats montrent que les jeunes femmes médecins, sont largement impliquées dans la PDSA. La majorité des médecins sont installés (57,1%). Notre étude ne nous permet pas savoir s'ils réalisent eux même leur garde ou s'ils se font remplacer. Enfin, plus de la moitié (54,8%) des médecins interrogés, réalisent moins d'une garde par mois : on peut donc dire que l'organisation de la PDSA permet de limiter la fréquence des gardes, réduisant ainsi la pénibilité du travail du médecin.

4.2 Satisfaction des praticiens exerçant en MMG.

Pour les 5 items abordés, horaires, locaux, matériel, régulation et logiciel, une large majorité des médecins se disent « assez satisfaits » ou « pleinement satisfaits ».

Nous notons que 15 médecins (soit 17,9 %) semblent « moyennement satisfaits » de la régulation. Pourtant en remarque libre, seulement 6 médecins évoquent des problèmes de régulation ; principalement un défaut de communication entre médecins effecteurs et régulateurs, parfois liés aux lignes téléphoniques. Recevoir la fiche « patient » par informatique pourrait être intéressante.

4.3 Pistes d'améliorations pour la pratique médicale en MMG.

4.3.1 Accès à un laboratoire de garde :

Dans le secteur, hors agglomération Nantaise, il n'existe pas de laboratoire de garde. Deux cliniques proposent un service 24h/24h : la clinique Jules Vernes à Nantes et la Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain, trop éloignées de la plupart des MMG du département.

De plus, des infirmiers libéraux ont créé « SOS infirmiers » à l'instar de l'association « SOS médecins », permettant ainsi d'avoir des prélèvements biologiques aux heures de la PDSA dans l'agglomération Nantaise. Cela simplifie et sécurise la prise en charge des patients.

Nos résultats montrent que les principaux diagnostics rencontrés en MMG ne nécessitent qu'un examen clinique. Néanmoins, nous avons vu que les « syndromes douloureux abdominaux » et « suspicion d'appendicite » étaient les premiers « diagnostics » pour lesquels une hospitalisation était demandée. Un simple bilan biologique permettrait parfois d'éviter un passage aux urgences. Nos résultats ne nous permettent pas de conclure quant aux besoins réels des médecins en matière d'analyses biologiques aux heures de la PDSA. La mise en place d'une telle organisation au sein des différents secteurs de garde nécessiterait une évaluation préalable claire des besoins.

4.3.2 Du matériel simple, des antalgiques variés et des antibiotiques de premiers recours

Nos résultats ont montré que les diagnostics les plus fréquemment retrouvés en MMG ne nécessitent pas de matériel complexe. Cependant, tout de même 47,6 % et 35,7% des médecins ont noté respectivement du matériel et des médicaments absents de la MMG.

Du matériel à « pansements » a été cité par 11 médecins. Les plaies étant parmi les diagnostics les plus fréquemment retrouvés, il pourrait en effet être utile de revoir le matériel mis à disposition des praticiens dans la MMG : compresses, bandes, pansements hydro colloïdes, Flammazine, vaseline; afin de montrer au patient comment faire son soin.

Les flacons à ECBU sont également souvent cités par les médecins comme manquant à la MMG. Mais la plupart du temps, les pharmaciens, en liaison avec les laboratoires d'analyses médicales, fournissent aux patients les flacons à ECBU. Les délivrer systématiquement à la MMG n'est donc pas indispensable. Les médecins ne sont peut être pas clairement informés de cette possibilité.

Quelques médecins ont également cité des antalgiques divers et certains antibiotiques de premier recours comme l'amoxicilline et le fosfomycine-trométamol comme manquant de la pharmacie de la MMG (respectivement 11 et 6 fois). Concernant les antalgiques, pouvoir proposer une variété de molécules aux patients douloureux consultant en MMG, permettrait de faire face aux nombreuses intolérances existantes à ces types de traitements. S'agissant des antibiotiques, nos résultats ont montré que les pathologies les plus courantes en MMG pouvaient en nécessiter la prescription; cela concerne notamment les OMA, angine et cystite. Avoir un traitement de premier recours sur place comme l'amoxicilline et le fosfomycine-trométamol pourrait éviter au patient un passage vers la pharmacie de garde parfois très éloignée de son domicile.

Nous notons tout de même que la grande majorité des médecins réalisant des gardes en MMG semblent « satisfait » (54,8%) ou « pleinement satisfait » (36,9%) du matériel disponible sur place.

4.3.3 Un recours à de la télé-expertise

La télé-médecine est entrée en vigueur en 2009 , par la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) (8) . C'est « une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. » Ses objectifs sont d'améliorer l'accès aux soins, la qualité de la prise en charge, la qualité de vie des patients et de diminuer les événements graves. La télé expertise est une des cinq facettes de la télé-médecine ; elle permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux.

D'après notre questionnaire, un certain nombre de médecins a déjà eu recours à de la télé expertise. 26 des 84 médecins ont nécessité de prendre un avis sur un électro cardiogramme. Parmi eux, 53,8% ont rapportés des problèmes, souvent liés à l'utilisation du fax : problèmes techniques, images de mauvaise qualité... Le fax ne semble en effet pas être la meilleure option pour la transmission de ce type de tracés. Il existe pourtant une adresse mail permettant de transmettre aux médecins du Samu des photos d'ECG. Les médecins réalisant des gardes en MMG ne semblent pas connaître cette possibilité. Une fiche d'information devrait être visible dans chaque MMG. De plus, les médecins de garde, ne réalisant peut-être pas d'ECG dans leur cabinet en journée, doivent pouvoir aisément obtenir un avis au moindre doute sur un tracé. Il semble logique qu'ils travaillent en partenariat avec les médecins régulateurs.

Concernant la dermatologie, 16,7% des médecins déclarent avoir eu besoin de transmettre des photos de lésion. Cela a donc été réalisé de façon « sauvage » puisqu'il n'existe pas de circuit dédié. D'après nos résultats, la « dermato allergologie » concerne 10% des actes totaux. Mais seuls 2% des médecins ont dû adresser un patient aux urgences pour avis dermatologique. Cela laisse penser que les lésions nécessitant un avis en urgence sont rares. Selon nos résultats, il ne serait pas justifié de mettre en place un circuit de télé-expertise de dermatologie lors de la PDSA.

4.3.4 les horaires de la PDSA

Selon notre étude, une très large majorité des médecins sont « pleinement satisfaits » (63,1%) et « assez satisfaits » (32,1%), des horaires de la PDSA. 52,4% des praticiens ne sont pas favorables à l'extension de la PDSA aux samedis matin. Néanmoins, les avis ne semblent pas tranchés. En effet, tout de même ¼ des médecins y seraient favorables, et 16% ne se prononcent pas.

Il aurait été intéressant de poser la question de l'extension des horaires en début de soirée. Du fait de l'évolution de la démographie médicale et notamment de la féminisation de la profession (26), on peut émettre l'hypothèse que les cabinets médicaux soient amenés à fermer plus tôt. La continuité des soins devant être assurée, la question de l'extension des horaires de la PDSA devrait être posée. Cela pourrait faire l'objet d'un autre travail.

4.3.5 Un interprétariat téléphonique

21,4% des médecins interrogés ont rencontré des difficultés de compréhension liées à une langue étrangère. L'interprétariat de proximité, assuré par la famille, ou des proches est la solution de facilité utilisée par la plupart des médecins lors des gardes. Mais en fonction du niveau de langage de la personne aidante, on peut tout même se retrouver face à des incompréhensions pouvant conduire à des erreurs médicales. D'autres médecins ont eu recours à des sites internet de traduction mais l'analphabétisme de certains patients peut être problématique.

Aucun des médecins interrogés n'a eu recours à un interprétariat téléphonique. Pourtant un tel dispositif permet l'accès immédiat à une diversité de langue, et l'anonymat de l'interlocuteur limite la gêne pouvant être occasionnée par la présence d'une tierce personne lors de certaines consultations. Comme le montre la thèse de Richard (27), à Rennes, les médecins libéraux n'ont pas connaissance d'interprétariat téléphonique.

En France, l'interprétariat médico-social professionnel est assuré par des structures associatives à but non lucratives comme « Inter Service Migrants interprétariat » (ISM) qui propose un service de plus de 300 interprètes accessible sur tout le territoire français, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Mais ce service est évidemment payant.

L'URML des Pays de la Loire est actuellement en cours d'expérimentation d'un interprétariat médical professionnel téléphonique accessible par les médecins généralistes libéraux de la région, mais pour l'instant en dehors des horaires de PDSA. Notre travail a permis d'avoir une première évaluation du besoin en matière d'interprétariat sur une partie du territoire. Une étude plus large, étendue à l'ensemble du département ou même de la région serait nécessaire avant d'envisager l'extension de cette expérimentation à la PDSA.

4.3.6 Cotation des actes

Comme pour l'exercice libéral traditionnel de cabinet, le principe du paiement à l'acte concerne les médecins réalisant des gardes en MMG. Chaque acte est identifié par un code, rémunéré par un tarif unique, en fonction des nomenclatures NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)

Aux heures de la PDSA, l'activité étant régulée, les cotations des consultations sont différentes; en effet, il faut ajouter des majorations liées à l'horaire de nuit et à la régulation. De plus, les actes de traumatologie, comme les plaies, fréquentes en MMG, répondent à des cotations très précises en fonction de la localisation et de la profondeur de la lésion.

Nos résultats ont montré que 55,9 % des médecins interrogés ont rencontré des problèmes pour la cotation d'actes durant leurs gardes en MMG. Or, le logiciel AppliGarde, présente un onglet pour la cotation. Il ne semble donc pas être bien utilisé par les médecins, ou bien peut-être incomplet. L'utilisation d'un site internet (cité par 23 médecins) ou d'une application mobile (cités par 12 médecins) apparaissent alors comme les principales solutions pour l'aide à la cotation des actes.

H - CONCLUSION :

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) est un enjeu de santé publique. Cependant, selon l'analyse du CNOM, son organisation présente nombre de disparités sur l'ensemble du territoire et de plus en plus de médecins se désengagent de leur mission de garde.

Depuis 2011, la Loire Atlantique s'est inscrite dans une expérimentation régionale sur les nouveaux modes de financement de la PDSA, permettant une implication soutenue des médecins volontaires dans les gardes sur notre territoire. Aucune donnée sur la pratique médicale des MMG du département n'a été étudiée jusqu'alors.

Notre étude nous a permis de constater que les patients consultant en MMG faisaient partie, pour la plupart, des tranches d'âges les plus jeunes de la population. En effet près de la moitié des consultations relèvent de la pédiatrie. Les médecins volontaires pour réaliser ce type de gardes doivent en conséquence bénéficier d'une expérience appropriée.

Nous avons constaté que l'accès aux MMG du département se faisait de façon quasi exclusive sur régulation médicale préalable. Ainsi, les pathologies rencontrées en MMG sont, pour la plupart, de caractère aigu et sans gravité, ne conduisant que rarement à un transfert secondaire vers une structure hospitalière. Il était à craindre cependant que les patients aient adopté des réflexes d'accès direct vers le médecin. Mais nos résultats ne vont pas dans ce sens : la régulation médicale est pérenne.

Les médecins généralistes du département montrent une bonne implication dans la PDSA du territoire dont l'organisation semble globalement satisfaire une grande majorité d'entre eux. Notre travail fait néanmoins ressortir quelques pistes d'améliorations qui permettraient d'optimiser la pratique médicale en garde:

- Revoir le matériel de premier recours disponible au sein de la MMG, notamment pour la confection de pansements ou concernant divers antalgiques et antibiotiques de dépannage.
- Adapter les MMG à l'accueil et à l'examen clinique d'enfants, de façon systématique.
- Perfectionner le logiciel de recueil des consultations: menus déroulants diagnostics et onglet de cotation des actes adaptés à la PDSA.
- Mettre en place des outils de communication entre médecins effecteurs et régulateurs et faire connaître l'adresse mail de ces derniers permettant d'obtenir un avis en cas de doute sur un tracé d'ECG.
- Evaluer le besoin en analyse médicale lors de la PDSA permettant d'éviter un transfert secondaire inutile.
- Evaluer le besoin en interprétariat téléphonique lors de la PDSA.

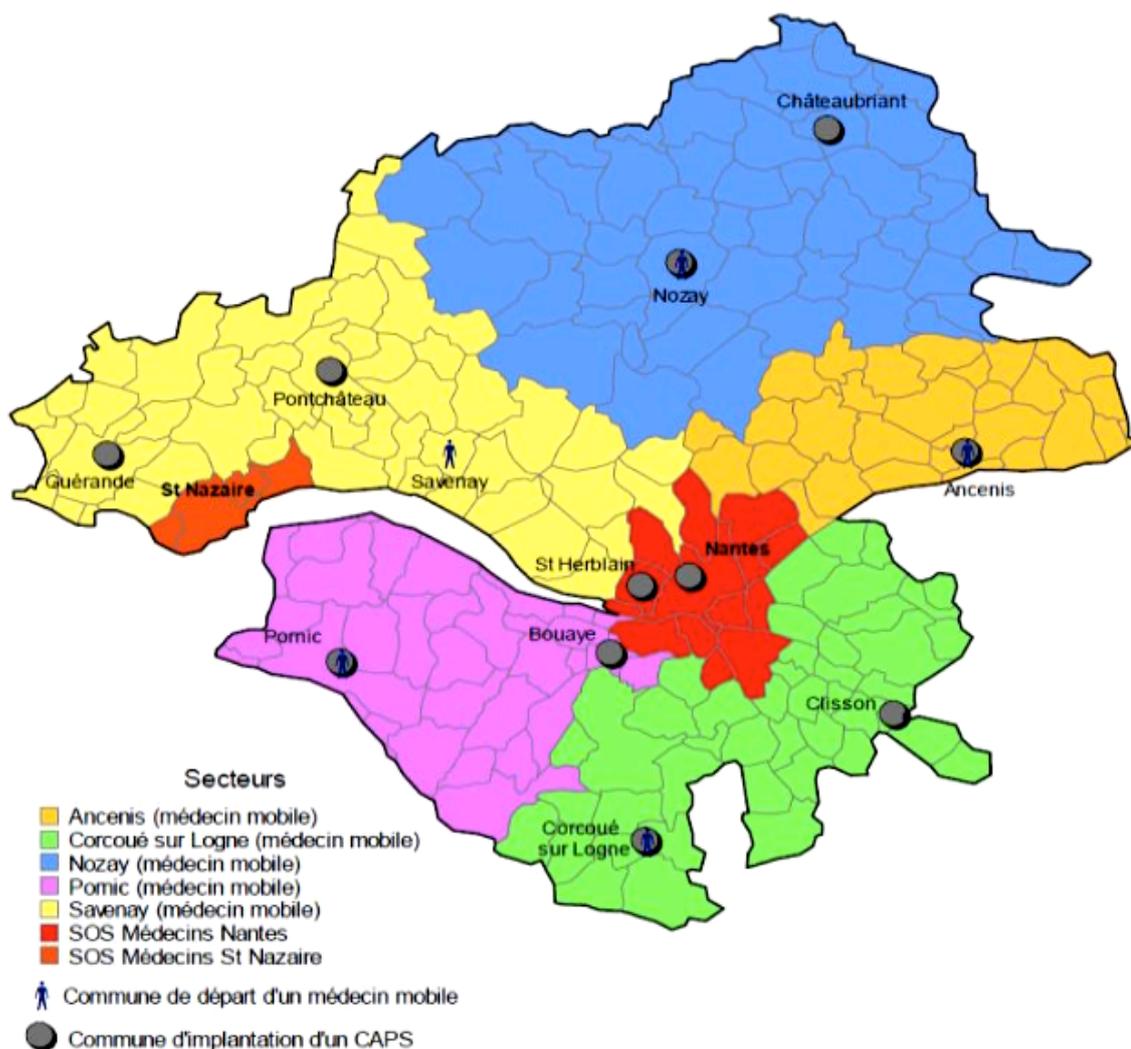
I - BIBLIOGRAPHIE

1. République Française. Article R4127-47. Code de la santé publique.
2. République Française. Article R4127-77. Code de la santé publique.
3. République Française. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1.
4. Meurisse C. Médecin mobile : un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoires, au sein d'un département pilote. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2012.
5. Champy M. Devenir à 48 heures des patients vus par les médecins mobiles, du 15 janvier 2013 au 15 juillet 2013 en Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2013.
6. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis à Monsieur Jean-François MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 22 janv 2003 [cité 4 sept 2017]; Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Publications/2003/rapport_descours.pdf
7. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.
8. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
9. République Française. Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. JORF n°0163 du 17 juillet 2010 page 13240 texte n° 36.
10. ARS des Pays de la Loire. Cahier des charges régional de la permanence de soins ambulatoires. Pays de la Loire. 2017-2019. 2017.
11. République Française. Article R6315-6. Code de la santé publique.
12. République Française. LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. JORF n°0296 du 22 décembre 2011 page 21682.
13. CNOM. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins au 31 décembre 2016 [Internet]. 2016 [cité 12 juin 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_enquete_pds_2016.pdf
14. ARS des Pays de la Loire. Evaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations menée dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoires dans la région des Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne et Vendée) 2011-2014. 2015.
15. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 2011.

16. Ribaut L. Permanence des soins ambulatoires. Déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours à un service d'urgences : exemple de la maison médicale de garde de la Saudrune [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2015 [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1024/>
17. Gebara N. Activité de la maison médicale de garde de Limoges de décembre 2014 à mai 2015 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges; 2015.
18. Queval C-H. Accès au système de garde en médecine générale: analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultations à la maison médicale de garde de Calais [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Lille 2; 2014 [cité 3 mars 2017]. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/14a8d46b-751b-4cb9-b1a8-fa2f550dd355>
19. Azy S. Permanence des soins ambulatoires dans l'Oise: étude de la maison médicale de garde de Compiègne [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie; 2017.
20. Sebo P, Maisonneuve H, Cerutti B, Fournier JP, Senn N, Haller DM. Rates, Delays, and Completeness of General Practitioners' Responses to a Postal Versus Web-Based Survey: A Randomized Trial. *J Med Internet Res*. 22 mars 2017;19(3):e83.
21. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, Hjollund NH. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *J Med Internet Res*. 2007;9(3):e25.
22. ORU des Pays de la Loire. Panorama Urgences 2016. Activité des services des urgences des Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/02/20/00022085-ab406e26e6eb4ab2ded9bd4eb0e5f442/oru_panoramaurgences2016_vdef.pdf
23. INSEE. Dossier complet – Département de la Loire-Atlantique (44) [Internet]. 2014 [cité 11 déc 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-44>
24. Observatoire de la Médecine Générale. Top 50 des résultats de consultations en médecine générale [Internet]. 2009 [cité 4 sept 2017]. Disponible sur: <http://omg.sfmг.org/content/donnees/top25.php?sid=3646f8ecf31c2f21ffabb85a48>
25. ARS des Pays de la Loire. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires Pays-de-la-Loire. 2015.
26. DRESS. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. 23 févr 2009; n°12:49.
27. Richard C. Prise en charge des patients allophones en consultations de médecine générale: place de l'interprétariat professionnel [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.

J - ANNEXES

1) Carte : secteurs couverts par les différents médecins mobiles du territoire :



Source : cahier des charges de la PDSA des Pays de la Loire. ARS

2) Capture d'écran du logiciel de saisie AppliGarde

The screenshot shows the 'AppliGarde - [Saisie consultation]' window. The title bar includes 'Fichier', 'Edition', and 'Aide'. The main heading is 'Saisie d'une consultation'. Below this, there are fields for 'Fiche saisie par' (Charles-Henry MERCIER) and 'Date saisie' (27/10/2009), with a 'Fiche incomplète' warning. The form contains several sections: 'Date' (27/10/2009), 'Heure' (15:12), 'Heure de RV' (empty), 'Médecin de garde' (Charles-Henry MERCIER), and 'Médecin titulaire' (Charles-Henry MERCIER). There are radio buttons for 'Consultation' (selected) and 'Visite'. Below this is a tabbed interface with 'Patient', 'Consultation', 'Ordonnances', 'Courriers', 'Comptabilité', and 'Historique fiche'. The 'Patient' tab is active, showing fields for 'Nom', 'Prénom', 'Age' (with options: ≥ 3 ans, 2 à 35 mois, ≤ 1 mois, Age inconnu), 'Sexe' (M/F), 'Téléphone', 'Commune', 'Secteur de garde' (Non renseigné), 'Médecin traitant', and 'Médecin régulateur'. There are also radio buttons for 'Accès' (Régulé, Adressé par les urgences, Direct, Autre) and 'Mode arrivée' (propres moyens, pompiers, ambulance, autre). A 'Problème régulier' field has 'Non' selected. At the bottom, there are buttons for 'Supprimer', 'Saisir un RV', 'Valider', and 'Suite >>'.

3) Lettre accompagnant le questionnaire, adressée aux médecins

Mail adressé aux médecins : **Vous faites (ou avez fait) des gardes au sein des maisons médicales de garde d'ANCENIS, BOUAYE ou CORCOUE ? Votre avis nous intéresse !**

Chers confrères, chères consœurs, je réalise mon travail de thèse de Doctorat en Médecine sur l'activité au sein de trois maisons médicales de garde de Loire-Atlantique: ANCENIS, BOUAYE et CORCOUE SUR LOGNE. (Directeur de thèse: Dr Charles-Henry Mercier)

Je cherche à recueillir l'avis des médecins ayant effectué des gardes dans l'une ou l'autre de ces 3 maisons médicales de garde afin de discuter de voies d'améliorations possibles.

Ci joint, le lien vers mon questionnaire (anonyme) qui ne vous demandera pas plus de 5 minutes.

Merci de votre participation.

Clémence GUIMBRETIERE

4) Questionnaire médecins via GOOGLE FORMS.

Étude de trois maisons médicales de garde de Loire Atlantique /profil du praticien, satisfaction et voies d'amélioration *Obligatoire

PROFIL DU PRATICIEN

1- Quel est votre sexe ? *

Une seule réponse possible.

- homme
- femme

2 - Quelle est votre tranche d'âge ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 30 ans
- 30-40 ans
- 40 -50 ans
- 50 -60 ans
- 60-70 ans

3 - Quelle est votre activité principale ? *

Une seule réponse possible.

- interne
- médecin remplaçant
- médecin en collaboration
- médecin installé
- médecin salarié
- médecin retraité
- Autre :

4 - Dans quelle MMG parmi les 3 étudiées, avez-vous réalisé le plus de garde ? *

Une seule réponse possible.

- ANCENIS
- BOUAYE
- CORCOUE SUR LOGNE

5 - A quelle fréquence réalisez-vous des gardes en MMG ? *

Une seule réponse possible.

- environ une par semaine
- environ une tous les 15 jours
- au moins une par mois
- moins d'une par mois

D'UNE MANIERE GENERALE ETES VOUS SATISFAIT ...

6 - des horaires de la PDSA ? * Une seule réponse possible.

1	2	3	4
Pas satisfait du tout			Pleinement satisfait

7 - des locaux de la MMG? * Une seule réponse possible.

1	2	3	4
Pas satisfait du tout			Pleinement satisfait

8- du matériel disponible sur place ? *Une seule réponse possible.

1	2	3	4
Pas satisfait du tout			Pleinement satisfait

9 - de la régulation ? * Une seule réponse possible.

1	2	3	4
Pas satisfait du tout			Pleinement satisfait

10 - du logiciel de saisie des consultations « AppliGarde » ? * Une seule réponse possible.

1	2	3	4
Pas satisfait du tout			Pleinement satisfait

SITUATIONS COURANTES DURANT LES GARDE EN MMG :

11 - Avez-vous déjà eu besoin d'adresser vos patients dans un laboratoire de garde ? *Une seule réponse possible.

- oui
- non
- pas de laboratoire de garde dans le secteur

11 bis - Si oui, les coordonnées des laboratoires de garde sont-elles disponibles dans la MMG ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- non
- je ne sais pas

12 - Avez-vous déjà eu besoin de transmettre un ECG pour avis ? *
Une seule réponse possible.

- oui
- non

12 bis - Si oui, avez-vous rencontré des problèmes pour le transmettre ?
Une seule réponse possible.

- oui
- non

12 ter - Si oui, quels problèmes avez-vous rencontrés ?

13 - Avez-vous déjà eu besoin d'adresser vos patients aux urgences pour avis dermatologique ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

13 bis - Avez-vous déjà transmis des photos de lésions dermatologiques par mail ou smartphone ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

14 - Avez-vous déjà eu besoin d'un interprète pour des problèmes de compréhension liés à une langue étrangère ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

14 bis - Si oui, comment avez-vous résolu le problème de compréhension ?
Une seule réponse possible.

- Aide par un membre de la famille
- recours à un site internet de traduction
- recours à une application mobile de traduction
- Autre :

15 - Avez-vous déjà eu besoin d'un médicament sur place, absent de la pharmacie de la MMG ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non

15 bis - Si oui, quel(s) médicament(s) ?

16 - Avez vous déjà eu besoin de matériel absent de la MMG ? (type flacon à ECBU, pansement...) * Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

16 bis - Si OUI, de quel matériel s'agissait-il ?

17 - Avez-vous déjà rencontré un problème pour la cotation d'un acte ? * Une seule réponse possible.

- oui
- non

17 bis - Si oui, comment avez vous résolu votre problème de cotation d'actes ? Plusieurs réponses possibles.

- fiches papiers disponibles dans la MMG
- recours à un site internet
- recours à une application spécifique nomenclature sur smartphone
- Autre :

18 - Seriez vous favorable à l'extension de la PDSA aux samedis matins? * Une seule réponse possible.

- OUI
- NON
- NE SE PRONONCE PAS

Votre avis nous intéresse !

20 - Remarques libres - voies d'améliorations

5) Annexe : réponses libres aux situations problématiques rencontrées lors de garde en MMG :

Les problèmes rencontrés pour la transmission des ECG :

- liés au fax : cités 6 fois
« Transmission par fax non adaptée correspondant/fax / Difficultés à le faxer et réception de mauvaise qualité à priori / non réception / difficulté de compréhension du transfert / Problème avec le fax donc j'ai fait une photo que j'ai envoyée au médecin régulateur / absence de fax »
- liés l'appareil à ECG : cités 2 fois
« mauvaise qualité du tracé » « problème d'enregistrement avec appareil défectueux »
- transmission ECG par photo via Smartphone et les problèmes de réseau : cités 2 fois
« Devoir transmettre l'ECG via le Smartphone personnel » « problème de réseau »
- problème de connexion internet : cité une fois
- difficulté à joindre le médecin (des soins intensifs ? du SAMU ?) : cité une fois

Résolution de problème de compréhension : 24 médecins ont répondu (18 ayant répondu «oui» à la question sur la nécessité d'un interprète, et 6 «non»)

- 14 sont aidés par membre de la famille
- 8 utilisent un site internet de traduction,
- 1 une application mobile
- 1 l'aide de la gendarmerie.

Médicaments absents de la pharmacie les plus cités : sur 30 réponses libres

- antalgiques variés, notamment des paliers 2 et morphiniques : cités 11 fois
- antibiotiques type Monuril ou amoxicilline : cités 6 fois

Matériel absent les plus cités : sur 40 réponses libres

- pansements variés (hydrocoloïde , flammazine ...) : cités 11 fois
- flacon ECBU : cités 10 fois
- matériel pour épistaxis (mèche, pince) cités 4 fois

problème de cotation d'un actes : sur les 47 médecins ayant rencontré des problèmes (soit 56% de la population) : (plusieurs réponses étaient possibles)

- 23 utilisent un site internet
- 12 une application mobile
- 9 des fiches présentent au sein de la MMG
- 2 des brochures MG France
- 2 des papiers perso sans précision
- 1 a « *laissé tomber* »

6) Annexe : remarques libres des médecins à l'issue du questionnaire:

- **remarques sur le logiciel :**

« Améliorer le classement des pathologies et des motifs de consultations - Logiciel connecté avec celui de la régulation pour avoir le nom du patient coordonnées et autres. Possibilité d'adresser directement au médecin traitant via apicrypt ou autre le compte rendu de consultation. »

- **Remarques sur les horaires :**

« Garde de weekend trop longue - Faciliter le partage des créneaux horaires »

- **Remarques sur la régulation :**

« Meilleur dialogue entre régulateur et effecteur, améliorer la régulation » « certaines consultations peuvent attendre » « problème de régulation avec le caps de Vendée » « Souvent mauvaises réceptions des téléphones portables d'où la difficulté à être joint par la régulation » « réguler de manière à éduquer les gens, ne pas forcément accepter tout le monde » « Parfois appel simultané des régulations du 85 et 44 ce qui peut irriter la régulation ne pouvant nous joindre sur la ligne occupée »

- **Remarque sur le mode d'accès :**

« il arrive aussi que certaines personnes connaissant bien les CAPS s'y présentent sans passer par la régulation »

- **Divers :**

« Étendre les plannings de garde directement aux remplaçants qui le souhaitent, car énormément de titulaires se font remplacer! » « laisser un papier libre pour que chaque intervenant signale ce qui lui a manqué » « Moderniser les locaux. »

- **Remarques positives :**

« Rien à dire sur le caps de Bouaye, il est très bien géré. Merci à tous ceux qui ont travaillé pour l'organisation de cette permanence des soins sécurisée et confortable excellent outil de travail, merci!!!!Caps de Bouaye vraiment super avec la salle de suture »

Vu, le Président du Jury,
Professeur Pierre POTTIER

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Charles-Henry MERCIER

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur Pascale JOLLIET

Titre de Thèse :

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN LOIRE-ATLANTIQUE :
ÉTUDE DE TROIS MAISONS MÉDICALES DE GARDE
D'AVRIL 2012 À MARS 2016 ET PISTES D'AMÉLIORATIONS

RESUMÉ

Depuis 2011, la Région des Pays de la Loire s'est engagée dans une expérimentation d'organisation et de financement de la PDSA. En Loire-Atlantique, 10 maisons médicales de gardes (MMG) permettent aux patients d'accéder aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets, sur régulation médicale préalable. L'objectif de notre étude est de décrire l'activité de consultation dans les MMG, et de recueillir l'avis des médecins y étant engagés, afin de faire ressortir des pistes d'amélioration qui permettraient d'optimiser la PDSA.

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective de 4 années de consultations extraites du logiciel de recueil des données de 3 MMG du département ainsi qu'une enquête prospective auprès des praticiens y exerçant.

25295 consultations ont été analysées. L'âge moyen des patients consultant dans ces MMG est de 23,5 ans ; les moins de 15 ans représentent 51% des actes. Les adultes consultant sont majoritairement des femmes. Seulement 5 % des patients ont plus de 75 ans. Les pathologies rencontrées dans ces MMG sont courantes, aiguës et sans gravité, essentiellement de la sphère ORL-OPHTALMO-STOMATOLOGIE (30%). La forte régulation en amont (96% des actes) et son efficacité permettent un très faible taux de demande d'hospitalisation secondaire (2% des enfants et 5% des adultes), en majorité pour des syndromes douloureux abdominaux.

84 médecins exerçant en MMG ont répondu au questionnaire. Installés en cabinet (57%), ils sont en majorité des femmes (57%) de 30-40 ans (51%). 55% des médecins réalisent moins d'une garde par mois.

Les médecins généralistes du département montrent une bonne implication dans la PDSA dont l'organisation semble satisfaire une large majorité d'entre eux. Notre travail fait néanmoins ressortir quelques pistes d'amélioration pour optimiser la pratique médicale en MMG:

- revoir le matériel de premiers recours disponible au sein de la MMG,
- adapter les MMG à l'accueil et à l'examen clinique d'enfants de façon systématique,
- perfectionner le logiciel de recueil des consultations,
- mettre en place des outils de communication entre médecins régulateurs et effecteurs.
- évaluer le besoin en analyse médicale lors de la PDSA,
- évaluer le besoin en interprétariat téléphonique lors de la PDSA.

MOTS-CLÉS : Permanence des soins ambulatoires, PDSA, maisons médicales de gardes, effecteur fixe, régulation médicale, Loire-Atlantique, Pays de la Loire, expérimentation, ADOPS 44.