

**EVALUATION EXTERNE DE LA
PERMANENCE DES SOINS FINANCEE
PAR LE FAQSV EN
NORD - PAS-DE-CALAIS**

Rapport final d'évaluation externe

15 décembre 2006

Référence : 2004-077

**Bureau du FAQSV
du Nord - Pas-de-Calais**
4, allée Vauban
59662 VILLENEUVE D'ASCQ CEDEX

Contacts :
Dr Mohamed ABDELATIF
M. Henri-Pierre RADONDY
M. Sylvain LEQUEUX

CEMKA-EVAL
43, boulevard du Maréchal Joffre
92340 BOURG LA REINE

Auteurs du rapport :
Dr Nadine SANNINO
Caroline LORANS
Ludivine ETIENNE

Membres du Comité Technique

Dr Philippe ANDRIOLO	Responsable Informatique, MMG Hénin-Beaumont
Dr Jean-Claude BERNARD	Médecin, MMG Hénin-Beaumont
Dr Jean-Jacques CRIGNON	Médecin, MMG Dunkerque
Dr Pascal DUBUS	Médecin, MMG Calais
Dr Bernadette FALAUX	Médecin conseil, Service médical de Cambrai
Dr GIBERT	Médecin, Polyclinique de Grande Synthe, Dunkerque
Dr Pierre GRAVE	Médecin responsable du CRRAL, Pas-de-Calais, Arras
Dr Brigitte HELFRICH	Médecin, MMG Lille
Mr Antoine LAMBERT	Responsable Informatique, MMG Calais
Mr Sylvain LEQUEUX	Chargé de mission, URCAM Nord-Pas-de-Calais, Lille

Réalisation de l'évaluation : Cemka-Eval

Docteur Nadine SANNINO	Médecin de santé publique, Chef de projet
Caroline LORANS	Consultante, statisticienne
Florent GUELFUCCI	Statisticien
Ludivine ETIENNE	Statisticienne
Barbara EDER	Consultante en santé publique
Malika ALAOUI	Assistante d'étude
Jacqueline BLACHE	Secrétariat

SOMMAIRE

1	Introduction	1
2	Objectifs et méthodologie de l'évaluation	3
2.1	<i>Objectifs de l'évaluation</i>	3
2.2	<i>Matériel et méthodes</i>	3
2.3	<i>Recueil de données</i>	4
	Les enquêtes d'opinion et de satisfaction	4
	Les entretiens qualitatifs	6
	La base de données des dossiers patients	6
	Requête sur le système d'information de l'Assurance Maladie	7
	Analyse de l'évolution de l'activité des services d'urgence	7
2.4	<i>Mise en œuvre du recueil et de l'analyse des données, difficultés rencontrées</i>	8
	Les enquêtes d'opinion et de satisfaction	8
	Les entretiens qualitatifs	11
	La base de données des dossiers patients	11
	Requête sur le système d'information de l'Assurance Maladie	13
	Analyse de l'évolution de l'activité des services d'urgence	13
3	Présentation du contexte régional	14
4	Résultats de l'évaluation	17
4.1	<i>Descriptif et analyse de l'organisation de la permanence des soins en NPDC</i>	17
	Implantation des MMG	17
	Horaires d'ouverture	17
	Coordination et personnel de la MMG	18
	Participation des MG et organisation des gardes.....	18
	Informatisation	18
	Actions de communication-formation	18
	Partenariat et continuité des soins.....	18
	Equipement et matériel.....	19
4.2	<i>Descriptif et analyse départementale de l'activité des MMG</i>	19
	Caractéristiques générales	19
	Motifs de recours.....	21
	Caractéristiques des usagers	22

4.3	<i>Impact de la création des MMG</i>	25
	Sur les actes majorés	25
	Sur l'activité des services d'urgences	27
	Sur les pratiques professionnelles	29
4.4	<i>Appréciation des acteurs</i>	31
	Les professionnels	31
	Appréciation des personnes ayant consulté dans les MMG	34
	Appréciation des personnes ayant eu recours au CRRAL.....	37
4.5	<i>Approche économique</i>	42
5	Conclusions	45
6	Recommandations	49
7	Liste des annexes	51
	Document annexe N°1	51
	Document annexe N°2 : Monographie par MMG (Lille, Dunkerque, Grande Synthe, Calais, Boulogne, Hénin-Beaumont) et pour le CRRAL.....	51
	Document annexe N°3 : Analyse des actes majorés.....	51

GLOSSAIRE

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCMU	Classification Clinique des Urgences
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM10	Classification Internationale des Maladies, version 10
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CNIL	Commission Nationale Informatique et Liberté
CRRAL	Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux
CSP	Catégories Socio Professionnelles
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
MG	Médecin Généraliste
MMG	Maison Médicale de Garde
MRS	Mission Régionale de Santé
NPDC	Nord Pas-de-Calais
ORL	Oto-rhino-laryngologie
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SIAM	Système d'Information de l'Assurance Maladie
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

1 INTRODUCTION

Dans la région Nord - Pas-de-Calais, le comité régional de gestion du FAQSV s'est investi dès 2002 dans le soutien de l'organisation de la garde libérale et de la permanence des soins à travers une première expérimentation de la régulation libérale dans le Pas-de-Calais. En 2003, une réflexion pour un deuxième projet de régulation libérale s'est engagée dans le Nord, ainsi que 6 projets de maisons médicales de garde (MMG).

Pour tous les projets de MMG, les promoteurs se sont engagés par convention à fournir un bilan d'étape semestriel et à accepter une évaluation externe commune à l'ensemble du dispositif.

En effet, le comité de gestion du FAQSV du Nord - Pas-de-Calais a décidé de confier au même prestataire une évaluation globale du dispositif afin de :

- Ne pas multiplier les évaluations individuelles externes de chaque MMG ;
- De disposer ainsi d'une vision d'ensemble, chaque initiative participant d'une même logique.

Le cahier des charges de l'évaluation externe rappelle les objectifs généraux des régulations libérales et maisons médicales de garde :

- La régulation libérale, qui se fait en partenariat formalisé avec le Samu, est la gestion centralisée des appels de demandes de soins non programmés assurés par les médecins régulateurs libéraux. Elle vise à :
 - Organiser la réponse aux demandes en favorisant le conseil téléphonique et la consultation au cabinet ou en maison médicale de garde, selon les horaires d'ouverture ;
 - Réduire le nombre de visites non justifiées effectuées par les médecins de garde ;
 - Réduire la fréquentation des services d'urgences hospitalières pour des motifs de soins relevant d'une prise en charge extrahospitalière ;
 - Mettre en place des procédures et des référentiels communs à tous les intervenants, sur les réponses à la demande de soins non programmés.
- Les maisons médicales de garde ont été créées pour :
 - Prendre en charge les consultations dites « non programmées » qui ne relèvent pas de l'urgence grave, en dehors des heures ouvrables des cabinets libéraux ;
 - Répondre à un véritable besoin actuellement mal satisfait et non créer un besoin du fait d'une offre nouvelle, plus accessible et sécurisante pour les usagers et médecins de ville ;
 - Améliorer les conditions d'exercice des professionnels de santé libéraux au regard de leurs aspirations (sécurité, moins d'isolement, absence de déplacements, mise à disposition d'un secrétariat et d'un plateau technique minimal, fréquence plus espacées des gardes, etc.) propice à une re-implication de la médecine de ville dans l'activité de garde ;
 - Limiter le flux à l'entrée des services d'urgences hospitaliers et réorienter sur la MMG des patients qui ne présentent pas un motif d'admission justifiant d'une prise en charge hospitalière ;

- Améliorer la coordination des soins non programmés en médecine de ville et la circulation des informations médicales relatives à chaque patient (notamment entre le médecin de garde et le médecin traitant) ;
- Organiser et diffuser une information envers les usagers et les professionnels de santé sur le bon usage de la permanence des soins en relais de la mission impartie aux DDASS et au conseil de l'Ordre sur le même thème (médecin d'astreinte, fonctionnement du centre 15, gardes d'officine et ambulances, visites à domicile, astreinte des autres professionnels de santé).

Les résultats de l'évaluation externe sont attendus en termes de vérification de l'utilité et de l'efficience du dispositif financé par le FAQSV (services rendus à la population et mobilisation des professionnels de santé).

Après avoir rappelé les objectifs, la méthodologie et les outils de l'évaluation, le rapport présente le contexte régional puis, les résultats de l'évaluation par axe d'analyse avant de conclure. Les données détaillées utilisées sont présentées dans trois documents annexes dont le contenu est donné au chapitre correspondant (chapitre 7).

Les dates clés de la démarche d'évaluation

Date	Activité ou événement
Octobre 2004	Accord de financement – Convention avec le FAQSV
Octobre 2004 - Janvier 2005	Mise en place de l'évaluation externe
Décembre 2004 - Juillet 2005	Analyse organisationnelle
Janvier 2005 - Novembre 2005	Analyse d'activité
Septembre 2005 - Novembre 2005	Enquêtes patients et professionnels
Novembre 2005	Premier bilan d'étape pour le bureau du FAQSV
Janvier 2006 – Mai 2006	Enquête auprès des usagers du CRRAL Analyse d'impact sur les services d'urgence
Juin 2006	Restitution intermédiaire des résultats pour le bureau du FAQSV
Juin 2006 – Septembre 2006	Analyse d'impact sur les actes majorés
Décembre 2006	Rapport d'évaluation final et restitution

2 OBJECTIFS ET METHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

2.1 Objectifs de l'évaluation

L'évaluation externe doit permettre de juger de l'apport spécifique du dispositif.

Il s'agit de vérifier son utilité et son efficacité, en termes de :

- Services rendus à la population ;
- Mobilisation professionnelle.

L'évaluation externe comporte donc **5 volets d'analyse** :

- Descriptif et analyse de l'organisation, dans chaque MMG et dans chaque département ;
- Descriptif et analyse de l'activité de chaque MMG et pour chaque département ;
- Impact de la création des MMG :
 1. Sur la pratique professionnelle ;
 2. Sur l'activité de prise en charge des soins non programmés aux urgences ;
 3. Sur l'évolution des actes majorés.
- Appréciation des professionnels (leur motivation, leur implication dans le fonctionnement, l'information à laquelle ils ont accédé, les formations professionnelles dont ils ont bénéficié, la circulation de l'information) et des usagers des MMG et du CRAAL ;
- Approche économique.

2.2 Matériel et méthodes

L'évaluation, multidimensionnelle, emprunte aux méthodologies d'évaluation des programmes de santé publique, des organisations et de l'évaluation médico-économique. Les résultats de l'évaluation se situent à la croisée de deux approches : une approche quantitative et une approche plus « qualitative », constituée d'informations recueillies au moyen d'enquêtes d'opinion (auprès des professionnels de santé et des usagers) et d'entretiens individuels (auprès des partenaires des MMG et des coordinateurs des différentes entités de la permanence des soins).

L'élaboration de la méthodologie d'évaluation a reposé sur un travail conjoint entre les consultants de CEMKA-EVAL, l'URCAM et le comité technique d'évaluation. Ce travail, mené à partir des propositions d'évaluation de CEMKA-EVAL, acceptées par le bureau du FAQSV, a abouti à la conception de l'évaluation et du système d'information correspondant.

Au préalable, le comité technique a eu à charge de préciser un certain nombre de pré-requis au cours de quatre réunions de travail animées par les consultants sur la base de documents de travail élaborés dans l'intervalle :

- Définir les indicateurs correspondants aux différents critères d'évaluation et notamment la définition de la notion d'efficacité des MMG. Il est alors souligné de manière consensuelle que l'objectif premier de la permanence des soins n'est pas de désengorger les urgences ;
- Créer le système d'information commun aux MMG et vérifier la disponibilité des indicateurs dans les supports de l'information constitués (voir chapitre suivant, base de données des dossiers patients) ;
- Définir les circuits et les modalités de recueil d'informations (continu, ponctuellement, lors d'enquêtes) ;
- Définir la nature et la méthodologie des enquêtes supplémentaires ad hoc (hors données recueillies en routine) ;
- Clarifier et préciser les acquis et les limites des méthodes mises en œuvre de sorte qu'un consensus s'opère entre les attentes à l'égard de l'évaluation et la faisabilité technique.

2.3 Recueil de données

Le recueil d'informations, spécifique, a été réalisé par l'intermédiaire :

- De l'analyse de documents existants (dont rapports d'activité) ;
- D'une rencontre sur site avec les promoteurs des MMG ;
- De la base de données de suivi des patients de chaque MMG ;
- D'une enquête professionnelle ad hoc ;
- D'une enquête auprès des usagers des MMG et du CRAAL ;
- D'entretiens qualitatifs avec les partenaires ;
- D'une requête sur le SIAM ;
- D'une requête auprès des hôpitaux pour recueillir les statistiques d'activité des services d'urgence.

Les enquêtes d'opinion et de satisfaction

Enquête auprès des médecins généralistes

Après avoir été validé par le comité de pilotage, le questionnaire a été adressé en octobre 2005 par CEMKA-EVAL à tous les médecins inscrits au 1^{er} octobre 2005 sur les tableaux de garde des MMG de la région Nord - Pas-de-Calais.

Les questionnaires complétés anonymement ont été renvoyés par les professionnels directement à CEMKA-EVAL par enveloppe T.

Le questionnaire présenté en Annexe 1, comportait plusieurs volets :

- Profil des professionnels ;
- Opinion sur l'organisation et le fonctionnement de la MMG ;
- Utilisation des outils informatiques ;
- Appréciation des partenariats (Urgences, centre de régulation, médecin traitant...) ;
- Appréciation générale et impact.

Enquête auprès des patients venus consulter à la MMG

Une enquête transversale a été réalisée parallèlement dans les 5 MMG au cours d'une seule et même semaine afin de recueillir l'opinion des patients de la MMG.

Un questionnaire à compléter à domicile a été remis à tous les patients venus consulter à la MMG entre le 17 et le 23 octobre 2005 inclus. Ce questionnaire a été renvoyé directement à CEMKA-EVAL à l'aide de l'enveloppe T fournie à cet effet.

Le questionnaire présenté en Annexe 2, comportait plusieurs volets :

- Profil des patients (sexe, âge, activité professionnelle...) ;
- La consultation à la MMG (Nombre de fois, jour et heure de la consultation...) ;
- Satisfaction vis à vis de leur prise en charge à la MMG ;
- Satisfaction générale vis à vis de la permanence des soins.

Enquête auprès des usagers du CRRAL

Le centre de régulation des appels libéraux est une spécificité de la permanence des soins du département du Pas-de-Calais. Elle permet de coordonner la permanence des soins en orientant les patients en fonction de leurs besoins.

Une requête a été formulée auprès du CRRAL et du Samu (Hôpital d'Arras) gestionnaire du fichier d'adresses des appelants du CRRAL pour disposer des coordonnées des usagers ayant contacté le CRRAL du 11 février au 27 février 2006 (l'enquête n'a pas pu être conduite durant la même période que celle des usagers des MMG).

Un fichier de 5399 contacts a été transmis représentant 4461 contacts valides après élimination des doublons et, des appelants pour lesquels les coordonnées n'étaient pas utilisables. Ce fichier a été organisé en 4 territoires (un pour chacune des 3 MMG évaluées, un regroupant les autres appels). Les personnes interrogées ont été tirées au sort à l'intérieur de ce fichier jusqu'à l'obtention de quotas préalablement déterminés : environ 30 personnes par territoire de MMG et 60 pour les autres.

Selon la procédure déclarée à la CNIL, une explication détaillée de la démarche était donnée par téléphone aux personnes contactées qui pouvaient refuser de participer.

Le but était d'interviewer prioritairement la personne pour laquelle le CRRAL avait été contacté, par l'intermédiaire d'un questionnaire (Annexe 3) comportant différents volets :

- Profil des usagers du CRRAL ;
- La connaissance du CRRAL ;
- Satisfaction vis à vis de l'accueil et de la réponse apportée par le médecin régulateur ;
- Devenir des usagers du CRRAL (consultation à la MMG, conseil téléphonique, urgences).

Les entretiens qualitatifs

Ils ont été conduits auprès des médecins responsables des services d'urgence des hôpitaux en relation avec chaque MMG (liste des personnes interviewées et grille d'entretien en **Annexe 4**).

- D'une part, pour connaître les systèmes d'information existants au niveau des urgences (Synthèse en **Annexe 5**) ;
- D'autre part, pour connaître l'opinion et la perception des professionnels urgentistes sur la création des MMG, au moyen d'une grille d'entretien semi-directive.

La base de données des dossiers patients

Une analyse détaillée des systèmes d'information et préalable à l'évaluation (présentée en Annexe 6) a montré que chaque MMG disposait de sa propre base de données des dossiers patients, ainsi que de son propre logiciel, avec une grande hétérogénéité dans le type d'informations recueillies et le codage utilisé.

Afin de faciliter la démarche d'évaluation et de permettre une vision globale du dispositif, il a été proposé à chaque MMG de construire, à partir de leur outil existant, une base de données comportant un dénominateur commun à l'ensemble des MMG de la région.

Après avoir validé les codages à homogénéiser au cours d'une réunion du comité technique, chaque MMG s'est alors engagée à mettre en place les nouvelles codifications à compter du 01/07/2005 au plus tard, afin de disposer d'un minimum de trois mois de codage homogène au moment de l'extraction des données prévues en octobre 2005. Chaque MMG devait donc disposer des variables suivantes pour l'évaluation :

- Profil des patients (âge, sexe)
- Activité professionnelle codée en utilisant la classification des CSP proposée par l'INSEE
- Protection sociale des patients (CMU, Régime général...)
- Date et heure de la consultation
- Provenance des patients (Centre 15, Urgences, Corps médical, Presse, service médico-judiciaire, CRRAL...)
- Motif de consultation codée en utilisant la liste des 20 chapitres du VIDAL
- Diagnostic

- Décision prise codée en 8 catégories : *acte technique sur place, prescription médicale, demande d'examens complémentaires, demande d'avis spécialisé, envoi vers les urgences, hospitalisation, aucun traitement, autres*

Requête sur le système d'information de l'Assurance Maladie

Une analyse d'impact de la création des MMG sur l'évolution des actes de consultations et de visites faisant l'objet d'une majoration (particularité de l'heure ou du jour où l'acte est dispensé) a été souhaitée.

Ces actes, dits « actes majorés », sont généralement classés en 5 catégories :

- Les visites de nuit : ce sont des visites réalisés en semaine entre 20h et 24h ou 6h et 8h
- Les visites après minuit : ensemble des visites réalisées entre 0h et 6h
- Les visites « jours fériés » : ensemble des visites réalisées le week-end ou les jours fériés
- Les consultations de nuit : ensemble des consultations réalisées en semaine entre 20h et 24h ou 6h et 8h
- Les consultations « jours fériés » : ensemble des consultations réalisées le week-end ou les jours fériés

En adoptant l'hypothèse qu'une variation du nombre d'actes majorés (augmentation des consultations et diminution des visites) peut être provoquée par l'ouverture des MMG, une requête spécifique, déjà conçue par l'URCAM, a été utilisée, en considérant deux périodes d'analyse :

- Période antérieure à la création des MMG : 01/04/2004 au 15/10/2004
- Période postérieure à la création des MMG : 01/04/2005 au 15/10/2005

Analyse de l'évolution de l'activité des services d'urgence

Chaque hôpital en relation avec les MMG évaluées a été sollicité pour transmettre à CEMKA-EVAL les données d'activité des services d'urgences pour analyser l'effet de la création de la MMG.

Ces données correspondent au nombre de passages dans les services d'urgences pour les années 2003, 2004 et 2005, par mois, par jour (Lundi à dimanche ou 1 à 7), par heure (ou par plage horaire selon les modalités suivantes : 8-12h, 12-16h, 16-20h, 20-24h, 0-8h).

Si le recueil de données le permettait, la précision de la classe « CCMU » (Classification Clinique des Malades des Urgences) pour ces passages était demandée.

2.4 Mise en œuvre du recueil et de l'analyse des données, difficultés rencontrées

Les enquêtes d'opinion et de satisfaction

Enquête auprès des médecins généralistes

185 MG ont répondu à l'enquête postale, dans le temps qui leur était imparti, soit un taux de réponse global de 33,4%.

Notons toutefois que ce taux est variable selon la région et la MMG concernée : les MG du département du Pas-de-Calais ont été proportionnellement **1,4 fois** moins nombreux à répondre à l'enquête (Tableau 1), **ce qui doit être pris en compte dans l'interprétation des différences départementales observées lors de l'analyse des réponses.**

D'autre part, à l'intérieur de chaque département, des disparités relatives au taux de participation existent également : dans le département du Nord, la moitié des MG de la MMG de Lille ont répondu contre seulement 27,2% de ceux de Dunkerque.

Tableau 1 : Taux de participation à l'enquête de satisfaction des MG - Octobre 2005

	Nombre de MG inscrits	Nombre de répondants	Taux de participation
MMG de Boulogne sur mer	116	35	30,2%
MMG de Calais	98	23	23,5%
MMG d'Hénin-Beaumont	48	13	27,1%
MMG du Pas-de-Calais	262	71	27,1%
MMG de Dunkerque	103	28	27,2%
MMG de Grande Synthe	73	27	37,0%
MMG de Lille	115	59	51,3%
MMG du NORD	291	114	39,2%
Total	553	185	33,4%

L'analyse porte donc sur 185 répondants dont près des deux tiers (61,6%) sont des médecins généralistes du département du Nord.

Ils sont pour la plupart inscrits sur le tableau de garde depuis l'ouverture de la MMG et sont volontaires pour assurer les gardes.

Les résultats de l'enquête sont utilisés dans les chapitres adéquats du rapport et l'ensemble des analyses statistiques figure en Annexe 7 du document annexe N°1.

Enquête auprès des patients venus consulter à la MMG

Sur les 342 patients venus consulter au cours de cette semaine d'enquête, 147 (soit 43%) ont complété et renvoyé le questionnaire dans les délais impartis. Ce taux de participation est satisfaisant pour une enquête postale surtout si on considère qu'aucune relance n'a été réalisée.

Comme le souligne le tableau ci-dessous, les taux de participation sont globalement proches d'une MMG à l'autre, à l'exception de Boulogne sur mer pour lequel le taux de participation apparaît très faible.

Tableau 2 : Taux de participation à l'enquête de satisfaction des patients - Octobre 2005

	Nombre de patients interrogés	Nombre de répondants	Taux de participation
MMG de Boulogne sur mer	68	9	13,2%
MMG de Calais	41	19	46,3%
MMG d'Hénin-Beaumont ^(*)	31	15	48,4%
MMG du Pas-de-Calais	140	43	30,7%
MMG de Dunkerque	68	35	51,5%
MMG de Grande Synthe	60	33	55,0%
MMG de Lille	74	36	48,6%
MMG du NORD	202	104	51,5%
Total	342	147	43%

Les patients venus consulter dans une des MMG cette semaine là sont âgés en moyenne de 33,0 ans (écart-type=10,7 ans) et pour plus des deux tiers des patients, **il s'agit de la première consultation à la MMG**. Ces personnes sont principalement des femmes (70,1% des cas), employées ou de profession intermédiaire (un tiers des cas), travaillant à temps plein le plus souvent (78%). La couverture sociale est complète (régime général de l'assurance maladie et mutuelle) dans 84% des cas. Enfin, il faut souligner l'existence d'un médecin généraliste habituel pour 96% de ces personnes.

Les résultats de l'enquête sont utilisés dans les chapitres adéquats du rapport et l'ensemble des analyses statistiques figure en **Annexe 8** du document annexe N°1.

Enquête auprès des personnes ayant contacté le CRRAL

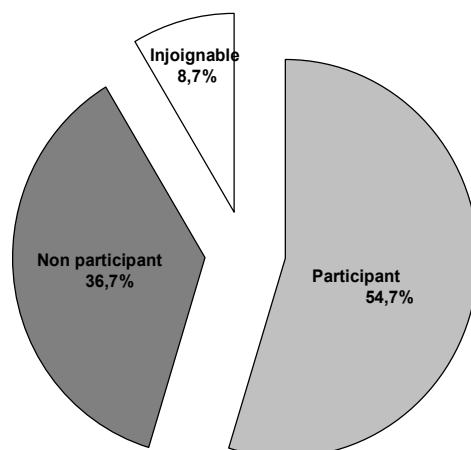
Sur les 289 personnes appelées, 106 n'ont pas répondu à cette enquête pour les principaux motifs suivants :

- Le plus souvent, les personnes (37) déclarent ne pas avoir appelé le CRRAL ou ne pas connaître ce service de régulation.
- 20 personnes ne souhaitent pas répondre à l'entretien, souvent par manque de confiance ou du fait d'une perception négative des enquêtes téléphoniques.
- 10 personnes sont décédées depuis leur appel au service de régulation.
- Dans certains cas, l'entretien n'a pas été possible soit du fait de problème de compréhension (personne de langue étrangère ou problème de surdité), soit pour raisons de santé (personnes handicapées, maladie d'Alzheimer).
- Certaines personnes ont évoqué le manque de temps.

10 autres personnes (8,7%) n'ont pu être interrogées car elles n'étaient pas joignables ou pas disponibles.

Finalement, 158 personnes ont répondu à l'enquête d'opinion ce qui correspond à un **taux de participation de 54,7%**.

Taux de participation aux entretiens téléphoniques



Le tableau suivant présente ce taux de participation par territoire constitué.

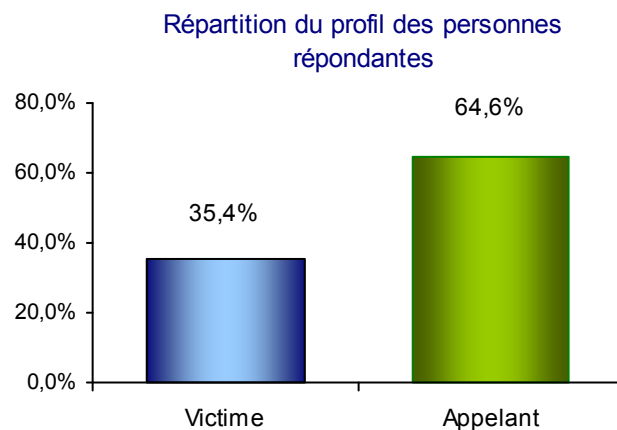
Tableau 3 : Taux de participation à l'enquête d'opinion des usagers du CRRAL du Pas-de-Calais par territoire

	Nombre de personnes contactées	Nombre de répondants	Taux de participation
Boulogne sur mer	53	32	60,4%
Calais	53	33	62,3%
Hénin-Beaumont	68	31	45,6%
Sous total territoires des MMG	174	96	55,2%
Sous total autres territoires	115	62	53,4%
Total	289	158	54,7%

Les personnes interviewées ne sont les personnes concernées par la demande au CRRAL (« victimes ») que dans un tiers des cas. C'est donc l'appelant qui a, le plus souvent, répondu au questionnaire.

Profil	N=158	%
- La victime*	56	35,4%
- L'appelant	102	64,6%

*définie comme la personne pour laquelle le CRRAL a été contacté



Les caractéristiques principales des « appelants » sont les suivantes :

- Ce sont des femmes (73,5 %), de 18 à 64 ans (93,1%)
- Travaillant à temps plein le plus souvent (73,5%)
- Ayant un médecin traitant (98,1%) et une couverture sociale complète (74,5%)

Le régime de protection sociale est le suivant pour l'ensemble des personnes interviewées.

Régime de protection sociale du	N = 158 (NR=1)	%
Régime général seul	7	4,5%
Régime général et mutuelle	117	74,5%
Sections locales mutualistes	1	0,6%
CMU	7	4,5%
MSA	4	2,5%
Régimes spéciaux	21	13,4%

Les résultats de l'enquête sont utilisés dans les chapitres adéquats du rapport et l'ensemble des analyses statistiques figure en **Annexe 9** du document annexe N°1.

Les entretiens qualitatifs

Deux entretiens, relatifs à la perception du dispositif « MMG » n'ont pu être réalisés auprès des médecins responsables des urgences, pour les territoires correspondant aux MMG de Boulogne et de Calais.

La base de données des dossiers patients

Malgré la définition commune du système d'information, les extractions ont montré qu'aucune des MMG n'avait vraiment mis en place ce codage de manière uniforme. Une phase de recodage et de data

management a donc dû être réalisée par CEMKA-EVAL pour permettre de reconstituer les variables attendues.

Cette **hétérogénéité** des systèmes d'informations rend difficile la vision d'ensemble de l'activité en MMG. Les principaux problèmes rencontrés sont les suivants :

- **Motif de consultation** : la plupart des MMG ont choisi une codification basée sur la liste des 20 chapitres du VIDAL en dehors de la MMG Calais qui a opté pour une codification suivant la CIM10. D'autre part, une partie des motifs de consultation de la base de la MMG Boulogne n'est pas codée mais l'évolution du questionnaire durant l'évaluation a permis d'obtenir des données codifiées à partir de juin 2005.
- **Profession** : li certaines MMG ont adopté la codification de l'INSEE (8 postes), d'autres proposent une codification moins précise (MMG Boulogne), voir aucune (MMG Dunkerque et MMG Grande Synthe). Un travail préalable de recodage a donc été nécessaire et une codification commune, restreintes à 3 modalités (*Retraités ; Actifs occupés ; Autres*), a été retenue pour analyser transversalement cette donnée.
- **Horaires** : une information essentielle dans le contexte de l'étude est l'heure de la consultation. Concernant Dunkerque et Grande Synthe, cette donnée n'a été fournie que tardivement et n'a donc pas été prise en compte dans l'analyse.
- **Mode d'accès** : le manque de précisions et d'homogénéité dans les modalités de recueil de cette information rend difficile la caractérisation des provenances des patients en dehors des services d'urgences ou du CRRAL, bien identifiés.
- **Régime de protection Sociale** : la MMG de Calais ne fournit aucun renseignement sur le régime de protection sociale du patient et l'information n'est que partielle pour la MMG de Lille.
- **Décision** : les données, incomplètes, de la MMG de Calais permettent seulement de préciser le nombre d'exams complémentaires ainsi que le nombre de demande d'avis spécialisés (envoi vers les urgences ? Hospitalisation ? Prescription médicale?).

Du fait de la grande diversité de ces systèmes d'informations les analyses départementales s'accompagnent d'un fort degré d'incertitude pour certaines variables comme le régime de protection sociale du patient consultant et les décisions prises par le médecin de garde.

D'autre part, compte tenu d'une utilisation encore peu généralisée du système d'information dans certaines des MMG, une fiche papier reprenant l'ensemble des données nécessaire à l'évaluation a été proposée afin de limiter tout biais découlant directement du manque d'utilisation du SI et ainsi éviter toute sous estimation de l'activité dans les MMG. Cette solution provisoire a été adoptée par la MMG d'Hénin-Beaumont qui est confrontée à un réel problème d'informatisation de son activité.

Les extractions ont été réalisées en octobre 2005 et portent sur l'ensemble des actes réalisés dans les MMG entre leur ouverture et le 16 octobre 2005 inclus. Pour Hénin-Beaumont, la mise en place des fiches papiers a été instaurée début juillet 2005.

Globalement, nous disposons donc pour chacune des MMG d'au moins 3 mois d'activité pleine.

Requête sur le système d'information de l'Assurance Maladie

Une première limite tient à l'absence de mise en commun inter régimes d'assurance maladie des actes majorés (des bases en général à ce jour), limitant la requête aux données du régime général, c'est-à-dire environ 80% de l'activité totale.

Afin d'évaluer l'impact des MMG sur les actes majorés, seuls les actes réalisées pendant les heures d'ouverture des MMG devraient être considérés. Il n'est cependant pas possible de distinguer les actes réalisés entre 20h et 24h de ceux réalisés entre 6h et 8h. **L'analyse porte donc sur l'ensemble des actes réalisés en dehors de la tranche 0h-6h et qui correspondent aux visites après minuit.**

Analyse de l'évolution de l'activité des services d'urgence

Seuls trois établissements ont transmis les données demandées (Boulogne, Calais, Lille).

3 PRESENTATION DU CONTEXTE REGIONAL

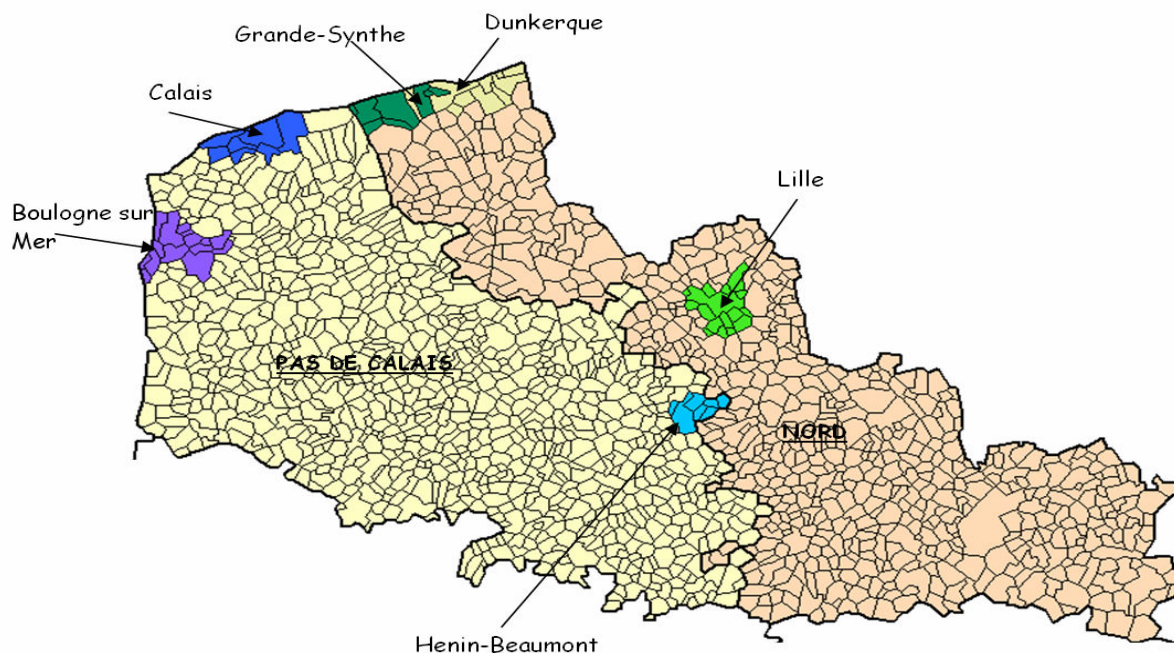
Trois des MMG concernées par l'évaluation sont situées dans le département du Nord et trois dans le Pas-de-Calais. L'ouverture de ces dernières s'est faite progressivement, entre le mois d'avril 2004 et le mois de janvier 2005, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 4 : Date d'ouverture des MMG du Nord - Pas-de-Calais

MMG	Date d'ouverture
Hénin Beaumont	Avril 2004
Lille	Juin 2004
Boulogne	Septembre 2004
Dunkerque	Novembre 2004
Grande Synthe	Novembre 2004
Calais	Janvier 2005

Les communes couvertes par l'activité de ces MMG sont présentées dans le tableau 5 et représentent, en cumulé, un **bassin de population de 856 600 habitants** (soit environ 21% de la population régionale*). Pour l'ensemble de la région, comme le montre la carte ci-dessous, la zone géographique couverte par l'activité des MMG reste donc relativement modeste.

Figure 1 : Les secteurs pris en charge par chaque MMG de la région Nord - Pas-de-Calais



* Sur la base d'une démographie de 3 996 588 habitants dans la région, source INSEE

Tableau 5 : Les communes couvertes par les MMG du Nord - Pas-de-Calais

DEPARTEMENT DU Pas-de-Calais			DEPARTEMENT DU NORD		
Boulogne s/ mer	Calais	Hénin-Beaumont	Lille	Dunkerque	Grande Synthe
Baincthun	Calais	Courcelles-Les-Lens	Lille	Bray Dunes	Petite Synthe
Bellebrune	Coquelles	Dourges	Faches Thumesnil	Ghyvelde	Fort Mardyck
Belle-Ét-Houllafort	Coulogne	Evin-Malmaison	La Madeleine	Uxem	Grande Synthe
Conteville-Les-Boulogne	Frethun	Leforest	Lambersart	Zuydcoote	Grand Fort Philippe
La Capelle-Les-Boulogne	Marck	Noyelles-Godault	Hellemmes	Capelle La Grande	Gravelines
Pernes-Les-Boulogne	Peuplingues	Henin-Beaumont	Lezennes	Coudekerque Branche	St Georges s/ L'Aa
Pittefaux	Sangatte	Montigny-En-Gohelle	Capinghem	Dunkerque	Craywick
Equihen-Plage			Lomme	Leffrinckoucke	Loon Plage
Le Portel			Sequedin	Malo Les Bains	Mardyck
Outreau			Loos	Rosendael	Saint Pol Sur Mer
Maninghen-Henne			Marcq En Baroeul	Teteghem	
Wimereux			Mons En Baroeul		
Wimille			Lesquin		
Boulogne-Sur-Mer			Ronchin		
Saint-Martin-Boulogne			Noyelles Les Seclin		
			Templemars		
			Vendeville		
			Wattignies		

Les **acteurs** de la permanence des soins diffèrent selon les départements avec, en particulier :

- La présence du centre de régulation libérale dans le Pas-de-Calais (CRRAL) contrairement au département du Nord ;
- La présence de SOS médecins dans le département du Nord seulement.

Dans les deux départements existent par ailleurs, outre les MMG, des services d'urgence, le SAMU, et des gardes de médecins libéraux.

Du point de vue du fonctionnement général de la permanence des soins dans les deux départements, la différence principale tient au **mode d'accès de l'utilisateur, qui dans le Pas-de-Calais doit s'adresser au CRRAL ou au Samu en première ligne, alors qu'il peut solliciter directement tous les acteurs dans le département du Nord**. Notons toutefois que pour le MMG de Calais, le patient peut accéder directement à la MMG.

Ceci est illustré par les deux figures suivantes.

Figure 2 : Organisation de la permanence des soins dans le département du Nord

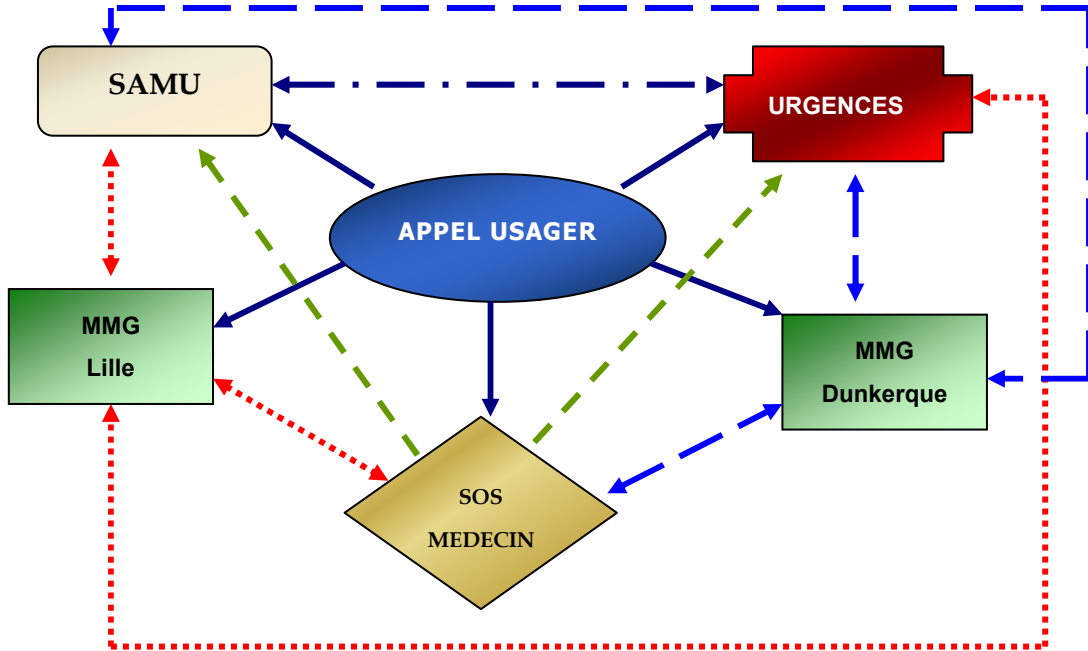
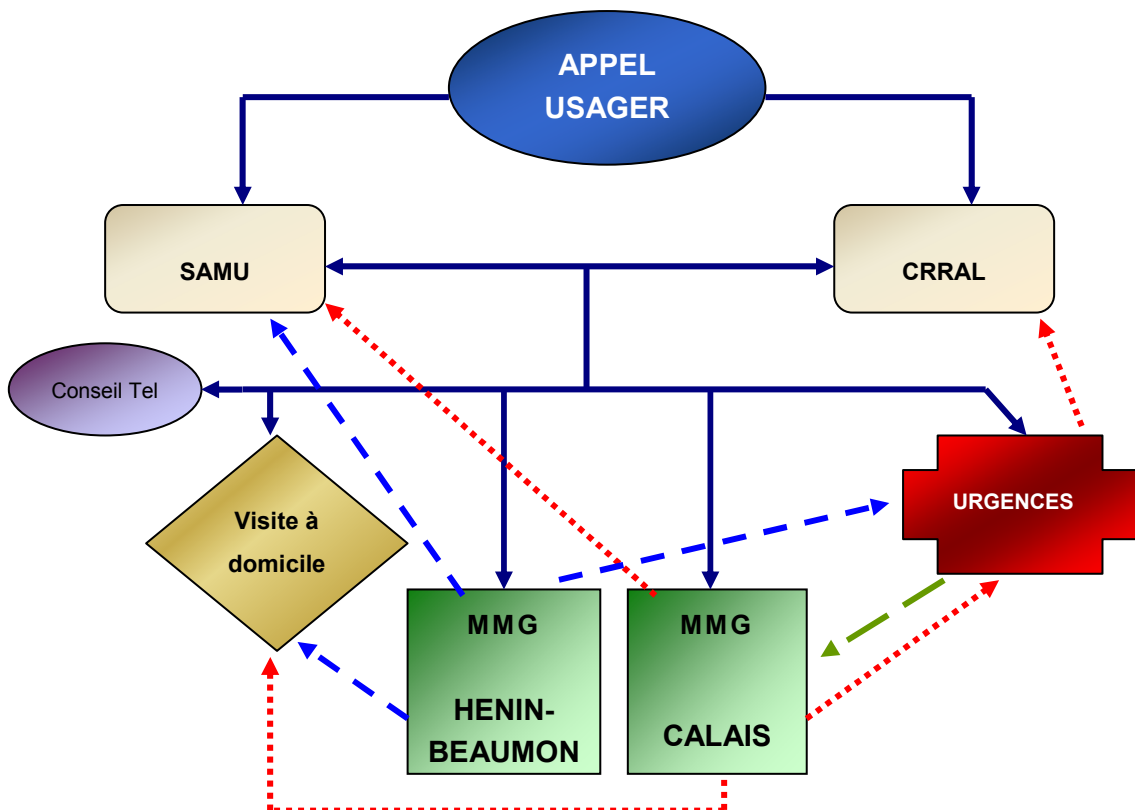


Figure 3 : Organisation de la permanence des soins dans le département du Pas-de-Calais



4 RESULTATS DE L'EVALUATION

4.1 Descriptif et analyse de l'organisation de la permanence des soins en NPDC

A partir de la connaissance détaillée de l'organisation et du fonctionnement de chaque MMG (voir monographies dans le document annexe N°2), l'analyse a été conduite en fonction des critères figurant dans le cahier des charges national des MMG d'une part, mais également de critères pré-établis dans le cahier des charges de l'évaluation. L'analyse comparative qui suit s'appuie sur des éléments descriptifs synthétisés dans le tableau en Annexe 10.

Implantation des MMG

3 MMG sont implantées dans l'enceinte hospitalière, les 3 autres se trouvant à proximité. Toutes les MMG se trouvent près d'un service d'urgence (ou deux pour Lille). Les locaux comportent deux pièces en dehors de la MMG de Lille (6 pièces). Il n'existe pas de particularité pouvant s'appliquer à un département.

Horaires d'ouverture

En semaine, toutes les MMG sont ouvertes dans le créneau horaire 20h-24h en dehors de Calais qui réserve le créneau 22h30-24h pour les consultations à domicile.

En Week-end (WE) et jours fériés, toutes les MMG fonctionnent le samedi après-midi comme les journées de dimanche et jours fériés mais les aménagements horaires diffèrent selon les MMG.

MMG	HORAIRE D'OUVERTURE LE SAMEDI (heures)													
	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Hénin Beaumont	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Lille		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Boulogne			X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	
Dunkerque					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Grande Synthe					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Calais					X	X	X	X		X	X			

MMG	HORAIRE D'OUVERTURE LE DIMANCHE ET FERIE (heures)																
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Hénin Beaumont	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Lille	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Boulogne		X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X		
Dunkerque		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grande Synthe		X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
Calais			X	X	X				X	X	X	X					

Coordination et personnel de la MMG

Toutes les MMG ont un médecin coordinateur qui fait référence. Du personnel existe pour l'accueil dans 4/6 MMG (sauf Calais et Boulogne où le secrétariat ne fait que la saisie) et 3 MMG ont du personnel de sécurité mis à disposition par les partenaires financiers (Dunkerque, Grande Synthe et Hénin Beaumont).

Participation des MG et organisation des gardes

La participation des MG au dispositif est de 60% pour 3 MMG, 90 % pour 2 et 25% pour une MMG (Lille). Il faut souligner que l'obtention de la liste des MG n'est jamais venue du Conseil de l'Ordre des Médecins.

4/6 MMG ont mis en place un système de rappel des gardes pour les MG afin d'éviter les oublis. De même, 5/6 ont une organisation prévue pour gérer les absences.

Partout, le tableau de garde est réalisé au moins 6 mois à l'avance (1 an pour Hénin Beaumont) et celui-ci est communiqué au Conseil de l'ordre dans les délais prévus (moins de 45 jours).

2/6 MMG ont prévu des consultations à domicile (Calais et Hénin Beaumont).

2/6 MMG (Lille et Calais) utilisent un lecteur de carte vitale.

Informatisation

Toutes les MMG ont un système d'information mais deux seulement ont les mêmes. Le type de données recueillies est similaire mais renseigné selon des modalités différentes. Du fait de l'évolutivité de tous ces systèmes, une homogénéisation a été proposée au démarrage de la présente évaluation, bien accueillie sur le fond mais dont le succès s'est montré limité, en pratique.

Actions de communication-formation

Toutes les MMG ont réalisé une action de communication grand public sur leur existence.

Peu ou pas de formation (clinique ou informatique) ont été menées.

Partenariat et continuité des soins

- Toutes les MMG ont une convention signée ou en cours de signature avec les urgences hospitalières. Les entretiens réalisés auprès des responsables de ces services montrent cependant que le partenariat n'est pas effectif, en pratique. Pourtant, de manière déclarative, l'utilité « théorique » des MMG est reconnue.
- 3/6 MMG ont intégré l'édition d'un courrier à l'attention du médecin traitant, remis au patient ou envoyé par la poste.

- 1 seule MMG, Boulogne, en dehors de celles réalisant des visites (Calais et Hénin Beaumont), a établi une convention avec des transporteurs pour les personnes à mobilité réduite. Ceci est financé par la Communauté Urbaine, 2 euros « symboliques » restant à la charge de l'utilisateur.

Equipement et matériel

Dans l'ensemble, les MMG ne semblent pas équipées du minimum de matériel fixe requis par les textes (ECG, chariot d'urgence) et les professionnels recourent le plus souvent à leur propre trousse de garde.

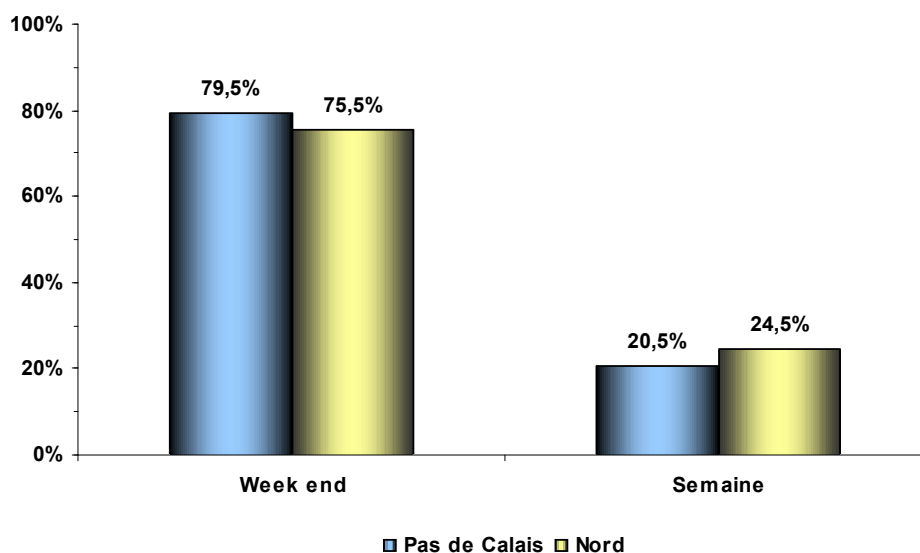
4.2 Descriptif et analyse départementale de l'activité des MMG

Les éléments suivants présentent l'analyse synthétique de l'activité, par département, à partir des analyses spécifiques annexées au présent rapport dans les documents monographiques (Document annexe N°2).

Caractéristiques générales

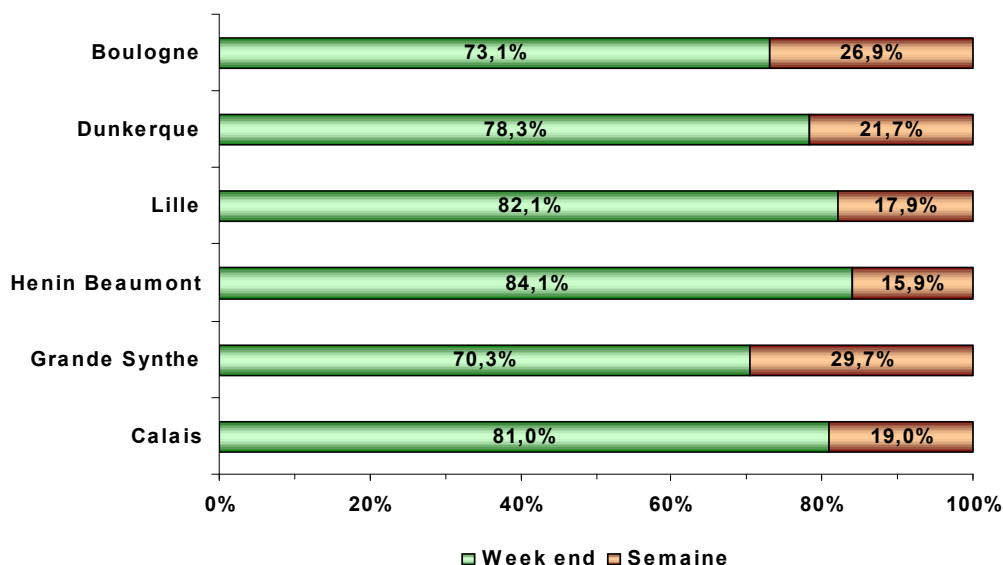
Comme le montre la figure 4, dans l'ensemble, plus des trois quart de l'activité des MMG, quel que soit le département, s'exerce le WE et les jours fériés.

Figure 4 : Répartition de l'activité globale des MMG au cours de la semaine



Considérée par MMG, il n'existe pas de modification de cette répartition, bien que l'importance de la proportion d'activité de WE et fériés varie de 70 à 84%, comme le montre la figure 5 ci-après.

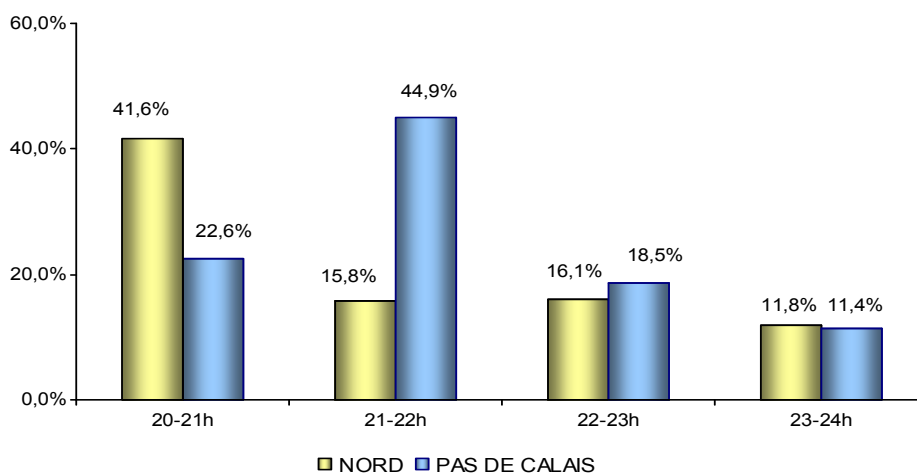
Figure 5 : Répartition de l'activité selon la Maison Médicale de Garde



Lorsque l'on considère la répartition horaire de cette activité, quel que soit le jour de la semaine, **les deux tiers des consultations ont lieu avant 22h.**

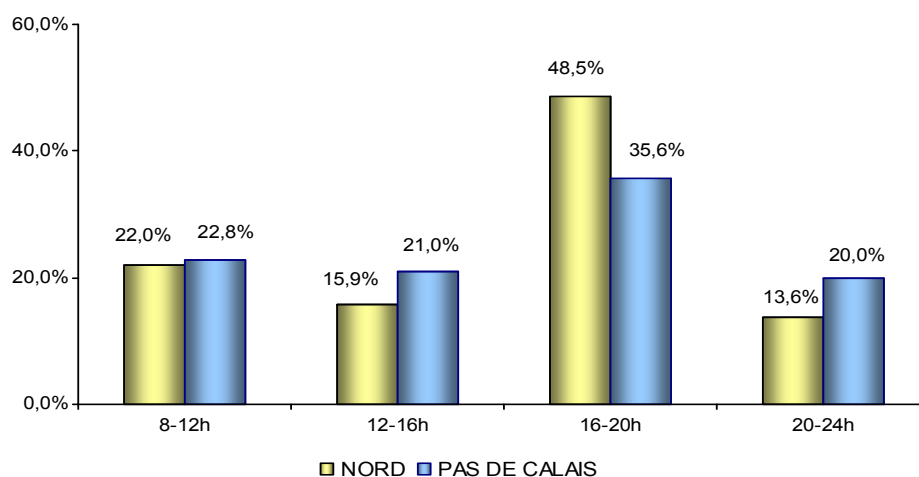
L'analyse horaire selon le jour de la semaine met en évidence de légères différences départementales en semaine. En effet, la figure 6 montre que le pic de fréquentation des MMG du Pas-de-Calais se situe entre 21 heures et 22 heures (46%) tandis que dans le Nord, la tranche horaire la plus chargée est 20-21h (34%). Mais dans tous les cas, **la fréquentation décroît au delà de 22h** et en particulier de 23h où elle représente seulement 11% de l'activité globale (soit 1 consultation).

Figure 6 : Activité des MMG la semaine : répartition par département et par tranche horaire



Le week-end, la répartition de l'activité est plus homogène entre les départements où la tranche horaire 16h-20h est celle qui enregistre le plus grand nombre de consultations (un tiers à la moitié de l'activité totale, figure 7).

Figure 7 : Activité des MMG le week-end : répartition par département et par tranche horaire



Comme le montre le tableau 6, le nombre moyen de consultations par jour, toutes MMG confondues, est de **3 en semaine**. Le WE et jours fériés, celui-ci est de **23 actes en dehors de la MMG de Hénin Beaumont** dont l'activité apparaît plus faible que dans les autres MMG de la région.

Tableau 6: Activité des MMG: nombre moyen de consultations selon le jour de la semaine

Département	NORD			Pas-de-Calais		
	Lille	Dunkerque	Grande Synthe	Hénin-Beaumont	Calais	Boulogne
Nombre moyen d'actes par jour de semaine	2,67	3,18	3,86	2	3,16	4,1
Nombre moyen d'actes par jour de WE et fériés	24,48	24,59	20,57	11	25,7	22,3

Motifs de recours

Bien que l'information ne soit pas disponible dans toutes les MMG, il apparaît que les cinq principaux motifs de consultations sont:

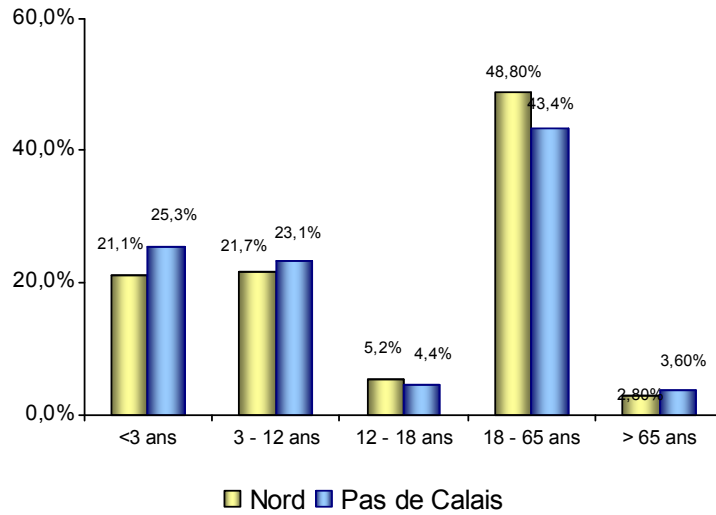
- Les causes ORL
- Les causes infectieuses
- Les causes gastro-entérologiques
- La traumatologie
- Les allergies, cutanées en particulier

Caractéristiques des usagers

Quel que soit le département, les enfants de moins de 12 ans et les adultes (18-65 ans) constituent les catégories d'âge fréquentant le plus souvent les MMG (figure 8). On note la faible part représentée par les jeunes de 12 à 18 ans, mais aussi par les personnes de plus de 65 ans.

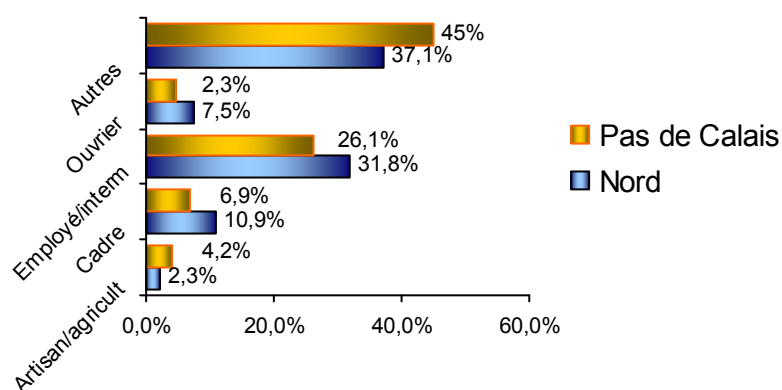
Concernant le sexe des consultants, la proportion de femmes est un peu plus importante dans le Pas-de-Calais où elle est de 63% toutes MMG confondues versus 53% dans le Nord.

Figure 8 : Age du patient



L'analyse départementale de la situation professionnelle des patients consultant les MMG a été difficile à réaliser en raison de l'absence de cette information dans deux MMG (Grande Synthe et Calais) d'une part, de l'hétérogénéité des contenus des systèmes d'information à l'égard de cette donnée d'autre part. En particulier, nous avons dû regrouper les informations relatives aux retraités, étudiants, « sans activité professionnelle » et « autres » dans la classe 'Autres' pour réaliser l'illustration graphique suivante, donnée à titre indicatif, dans la figure 9.

Figure 9 : Situation du patient



Compte tenu des limites énoncées, on ne note pas de différence départementale.

Par rapport à la **sectorisation** attribuée à chaque MMG, il existe une proportion de patients domiciliés hors secteur qui ont recours au dispositif. On note que cette proportion est plus importante dans les MMG du Pas-de-Calais que du Nord, comme le montre le tableau suivant.

Tableau 7 : Activité des MMG: appartenance du patient au secteur géographique de la MMG

Département	NORD			Pas-de-Calais		
	Lille	Dunkerque	Grande Synthe	Hénin-Beaumont	Calais	Boulogne
% de patients domiciliés sur le secteur d'activité	87,6%	87,5%	88,8%	85,3%	79,1%	77,1%
% de patients hors secteur	12,4%	12,5%	11,2%	15,7%	20,9%	22,9%
Moyenne hors secteur pour le département	12%			19,8%		

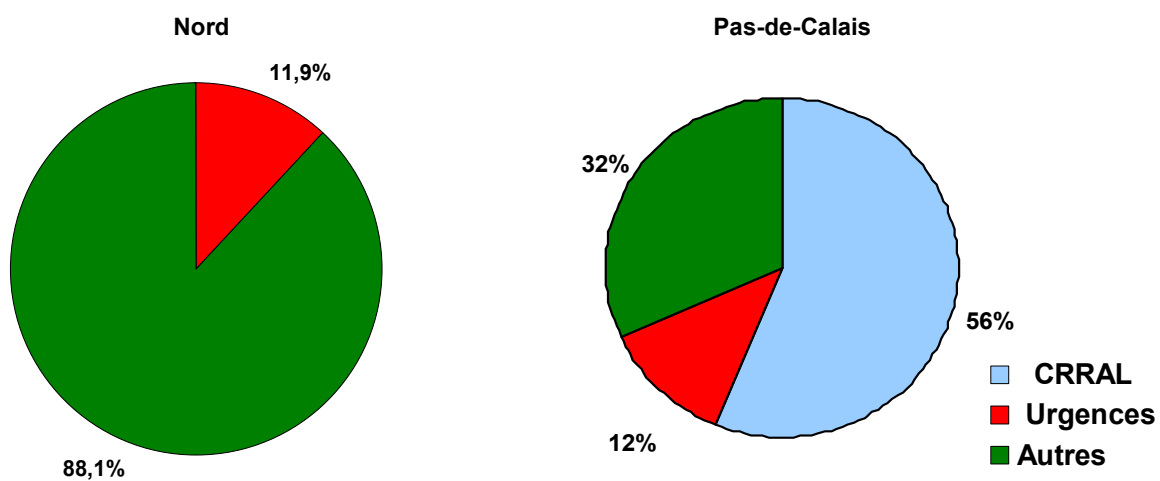
L'accès à la MMG se fait pour l'essentiel par le CRRAL dans le Pas-de-Calais mais la part des accès spontanés (un tiers) est importante si l'on considère que le seul mode d'accès dans ce département devrait être le CRRAL ou les Urgences (figure 10).

Dans le Nord, la modalité 'Autres' regroupe différentes informations que l'on peut assimiler le plus souvent à une volonté spontanée du patient de s'adresser à la MMG soit parce qu'il a été conseillé (famille, ami) soit

parce qu'il a pris connaissance de l'existence de la MMG au travers de la presse (encart parus dans un journal, affiche chez son médecins traitant...).

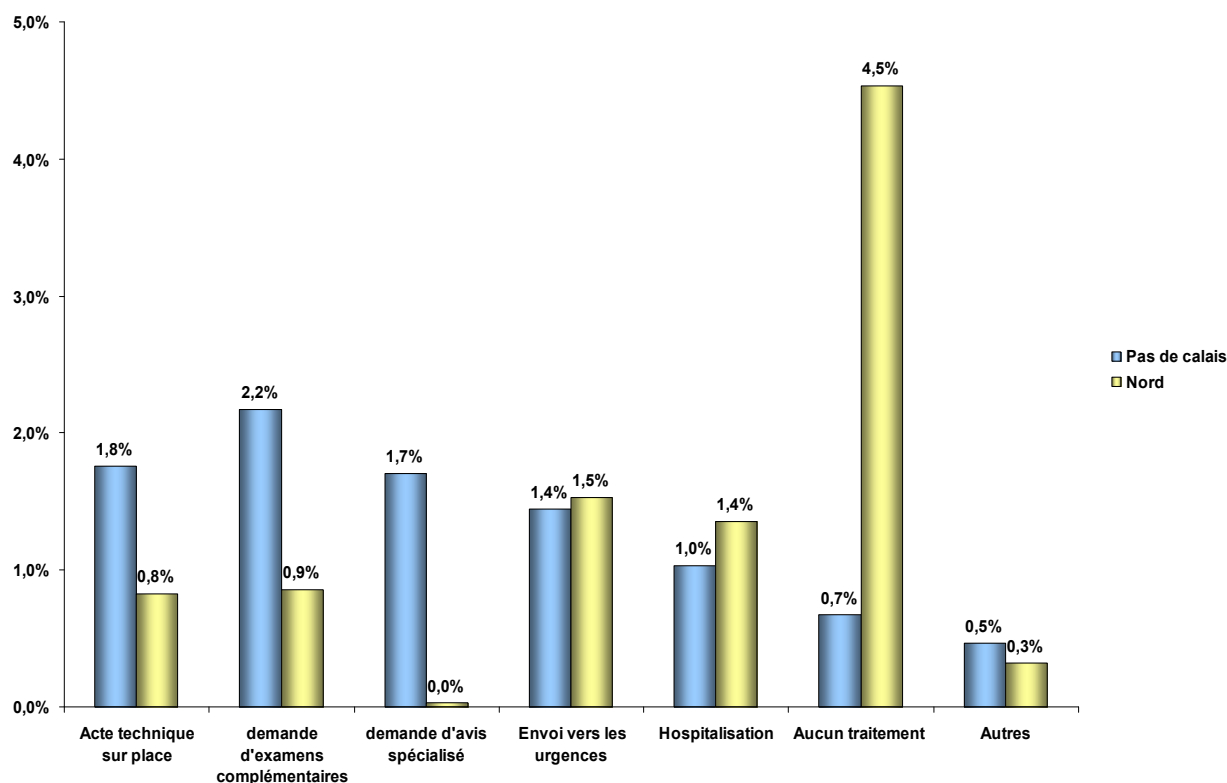
Dans les deux départements, l'accès par les urgences représente 12% des modes d'accès aux MMG.

Figure 10 : Adressage à la MMG



A l'issue de la consultation, les médecins de garde des MMG du Nord établissent une prescription médicale dans 91% des cas alors que dans le Pas-de-Calais, la proportion d'actes avec prescription médicale est seulement de 44%. De plus, si les médecins du Pas-de-Calais prescrivent moins, ils ont davantage recours à des examens complémentaires (2,2%) ou l'avis d'un tiers (1,7%) comme le montre la figure 11.

Figure 11 : Décisions prises par le médecin de garde hors prescription médicale, par département



4.3 Impact de la création des MMG

Sur les actes majorés

(voir le document annexe N°3 relatif à l'analyse des actes majorés).

Sur l'ensemble de la région, au cours de la période d'avril à octobre, il existe en 2005 moins d'actes majorés qu'en 2004 quel que soit le type d'acte.

En semaine comme en WE et jours fériés, la diminution est plus marquée pour les visites majorées tandis que les consultations demeurent relativement stables.

Plus finement, sur les secteurs ayant des MMG :

- En semaine, le nombre de visites majorées diminue tandis que le nombre de consultations majorées est stable en moyenne entre 2004 et 2005. Ceci a pour effet de provoquer une baisse du nombre total d'actes majorés de semaine entre 2004 et 2005.
- En WE et jours fériés, le nombre de visites majorées est moins élevé en 2005 qu'en 2004, tandis que le nombre de consultations majorées augmente. Ceci se traduit par une stabilité du nombre total d'actes majorés entre 2004 et 2005.

Sur les autres secteurs que ceux des MMG :

- En semaine, la baisse du nombre total d'actes majorés en 2005 est expliquée par une diminution plus marquée des visites majorées tandis que les consultations restent stables.
- De même, en WE et jours fériés, la baisse du nombre total d'actes majorés est expliquée essentiellement par la diminution des visites majorées tandis que les consultations restent stables.

Dans le département du Nord

En semaine, la diminution du nombre total d'actes majorés que l'on observe est expliquée par une diminution simultanée des consultations majorées et des visites majorées.

En WE et jours fériés, il existe entre 2004 et 2005 une augmentation des consultations majorées ainsi qu'une diminution des visites majorées qui se traduit par un nombre total d'actes majorés stable entre les deux périodes.

Sur les secteurs ayant des MMG :

- En semaine, la diminution du nombre total d'actes porte à la fois sur les consultations et sur les visites majorées.
- En WE et fériés, le nombre total d'actes augmente entre les deux périodes avec des consultations significativement plus nombreuses tandis que le nombre de visites tend à diminuer.

Ces tendances sont précisées par l'analyse détaillée des secteurs des MMG de Lille, Dunkerque et Grande Synthe. Pour les secteurs des MMG de Dunkerque et Grande Synthe, on assiste à une augmentation du nombre total d'actes majorés en 2005, en semaine comme en WE et jours fériés, principalement expliquée par une augmentation du nombre de consultations plus importante que la diminution des visites.

Sur les autres secteurs du Nord (sans MMG), on note une diminution significative des visites majorées en semaine comme en WE et jours fériés tandis que les consultations majorées restent stables.

Dans le département du Pas-de-Calais

En semaine comme en WE et jours fériés, il existe en 2005 une diminution du nombre total d'actes majorés que l'analyse permet d'attribuer essentiellement à la diminution significative et importante de visites majorées, par rapport aux consultations majorées.

Cette tendance est observée sur les secteurs ayant des MMG comme sur ceux qui n'en possèdent pas.

A noter également la tendance à la diminution des consultations majorées, que l'on retrouve sur les secteurs ne possédant pas de MMG mais aussi lors de l'analyse spécifique des secteurs des MMG de ce département (Hénin Beaumont, Boulogne notamment).

Au total, l'interprétation de ces éléments pour déterminer l'impact de la création des MMG sur les actes majorés reste difficile du fait du nombre peu important de MMG dans la région, du manque de recul dans l'analyse de l'évolution des actes majorés avant les périodes d'observation et, de certains biais connus et incontournables définissant les actes utilisés (consultations de nuit couvrant la période 6-8h ne correspondant pas à l'activité des MMG).

En dépit de ces limites, il est possible de conclure à la tendance générale dans la région à la diminution des actes majorés, expliquée essentiellement par une diminution des visites.

Il faut souligner que cette diminution du nombre de visites est plus évidente (significativité statistique) sur les secteurs ayant des MMG.

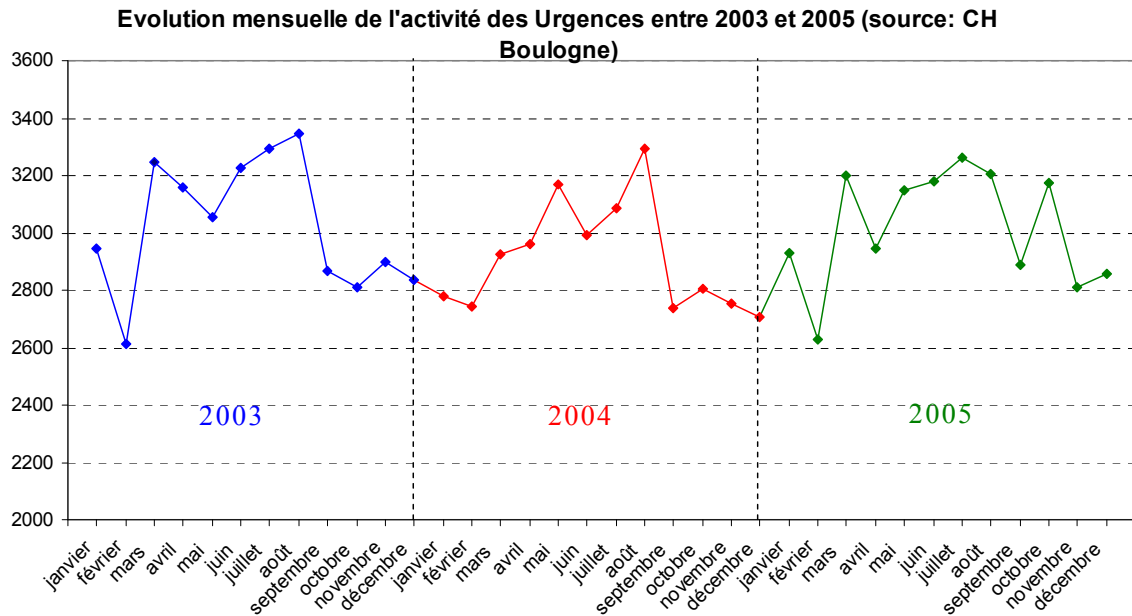
Par ailleurs, il existe une différence entre le Nord et le Pas-de-Calais quant à l'évolution du nombre de consultations majorées entre les deux périodes qui augmente dans le Nord à l'inverse du Pas-de-Calais, quel que soit le jour observé (semaine, WE ou férié) ou l'existence d'une MMG sur le secteur analysé.

Ce point conduit à interroger l'effet potentiel du CRRAL sur les consultations puisqu'existe un acte de conseil téléphonique donné à l'appelant, le cas échéant. Notons que le CRRAL existe depuis 2002 mais n'a réellement été médiatisé qu'en juillet 2005, lors de la campagne d'information départementale.

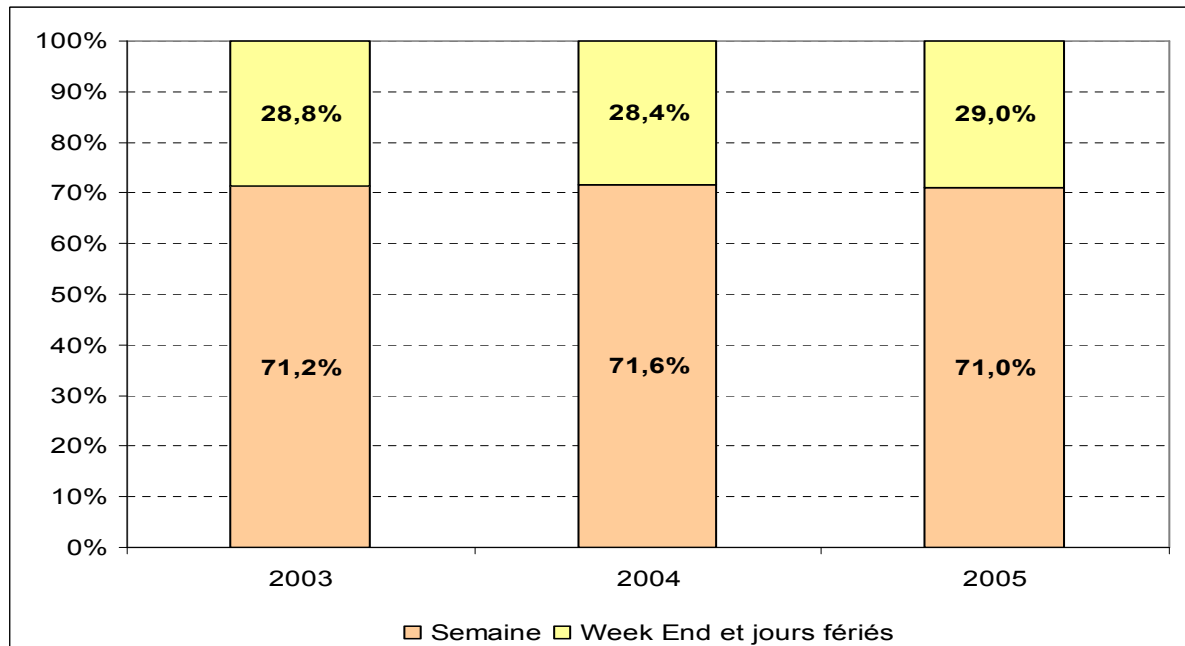
Sur l'activité des services d'urgences

Pour les trois MMG (Boulogne, Calais et Lille) pour lesquelles nous avons pu disposer des données d'activité des services d'urgence, comme le montre le graphique suivant concernant l'exemple de Boulogne (analyse détaillée de chaque MMG dans les monographies spécifiques du document annexe N°2), aucun impact n'est visible, ni sur l'activité globale des urgences, ni sur l'activité spécifique (analyse centrée sur les différents jours de semaine et sur les différentes plages horaires d'ouverture des MMG). Pour autant, il est difficile de conclure à l'absence d'effet sans l'analyse de données plus qualitatives comme l'évolution des motifs de recours des usagers des urgences en particulier. Ces informations auraient pu être apportées par l'utilisation de la CCMU.

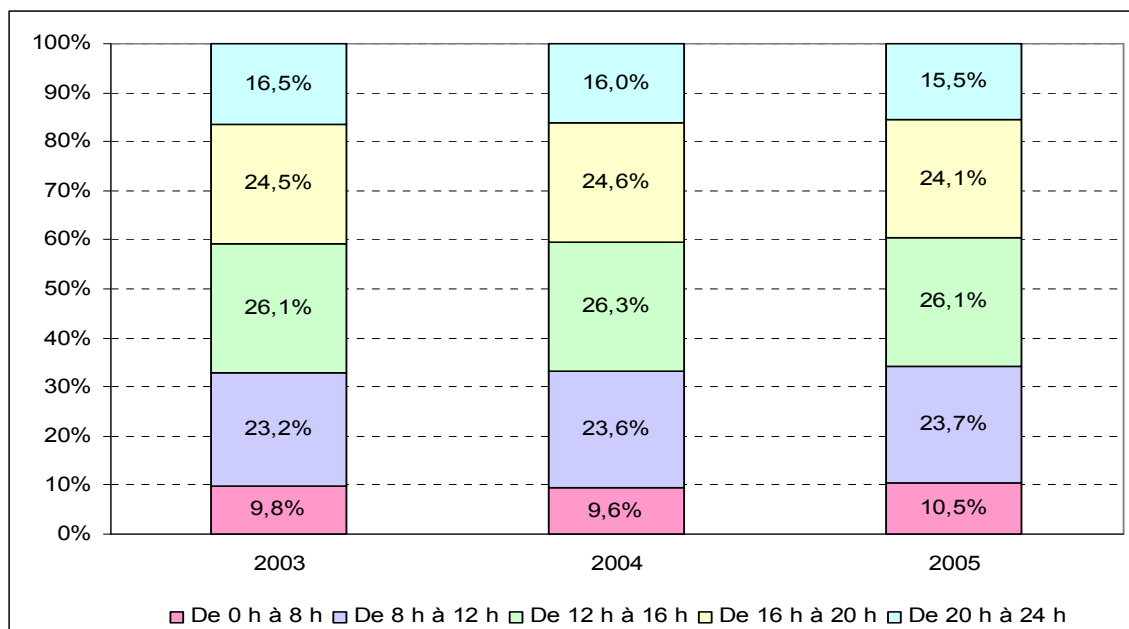
Exemple d'analyse pour la MMG de Boulogne
 (date d'ouverture de la MMG le 15 septembre 2004)



Evolution de la répartition de l'activité des urgences selon le jour de la semaine, sur la période 2003-2005 (source : CH Boulogne)



Evolution de la répartition de l'activité des urgences selon la plage horaire, sur la période 2003-2005
(source : CH Boulogne)



Sur les pratiques professionnelles

La caractérisation des pratiques professionnelles collectives des MG participant au dispositif évalué à l'égard de l'utilisation des outils informatiques et du partenariat professionnel se situe à la croisée de l'analyse organisationnelle, de l'enquête professionnelle (qui comporte un taux de participation différent dans les deux départements) et de l'analyse des bases de données d'activité des MMG.

Concernant l'utilisation des outils informatiques

Chacune des MMG dispose d'une organisation propre et d'outils informatiques spécifiques. A l'exception des MMG de Dunkerque et de Grande Synthe pour lesquelles le MG ne dispose pas d'un poste informatique (c'est la secrétaire qui s'en charge), chaque MG participant à une garde dans une des 4 autres MMG est amené à utiliser, s'il le souhaite, le logiciel informatique.

Pour les deux départements, l'usage de l'outil informatique mis à disposition ne se montre pas aussi satisfaisant que prévu, avec un tiers seulement des professionnels qui déclarent toujours l'utiliser. Des différences importantes sont constatées entre les départements : 26,9% des MG du Pas-de-Calais l'utiliseraient de manière automatique contre 42,2% dans le Nord. Dans le Pas-de-Calais, outre le manque de temps évoqué, la sous-utilisation semble plutôt liée aux difficultés ressenties dans l'usage de l'outil pour lequel **46,2% des MG ont déclaré ne pas savoir s'en servir.**

Une analyse plus fine des motifs de non utilisation révèle :

- **Des réticences propres à l'informatique** (« J'ai horreur de l'informatique, je suis médecin et non pianoteur ») d'autant que le logiciel choisi est différent de celui du cabinet (« le logiciel ait été choisi sans concertation », « je ne savais même pas qu'il y en avait un »).
- **La perception d'une utilité et d'une utilisation limitées de l'information recueillie.** Dans le département du Pas-de-Calais, les MG sont deux fois moins nombreux à considérer comme utiles ou facilement utilisables les informations recueillies (seuls 33,9% pensent que l'information recueillie est utile dans le Pas-de-Calais versus 68,9% dans le Nord). Certains pensent en effet, que le « *logiciel ne sert qu'à faire des statistiques, aucun suivi des patients n'est possible, le seul intérêt est donc médico-légal* ».

En résumé, il semble donc que les **MG du Pas-de-Calais utilisent moins souvent les outils informatiques mis à leur disposition à la MMG et n'en comprennent pas forcément l'utilité.** Rappelons que dans ce département, les MMG ont fait le choix de ne pas avoir de secrétariat durant la garde (un temps de secrétariat est consacré à la saisie informatique en différé, à Boulogne) contrairement à celles du Nord. Les MG de ce département sont donc chargés de recueillir toutes les informations concernant les patients venus consulter à la MMG ce qui peut leur paraître fastidieux et inutile d'un point de vue de la prise en charge strictement médicale d'une demande de soins non programmée.

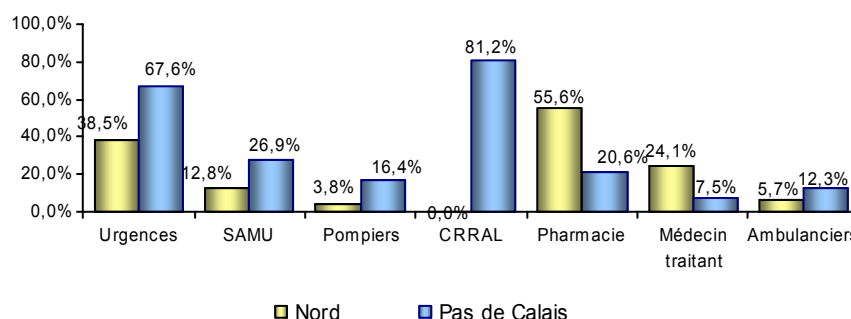
Concernant le partenariat de la permanence des soins

En plus du CRRAL qui est une spécificité du département du Pas-de-Calais, les partenariats établis diffèrent sensiblement d'un département à l'autre.

Dans le Nord, la plupart des MG ont eu l'occasion de contacter les pharmacies au cours de leur garde pour leur adresser les patients. Les partenariats avec les urgences existent également mais de manière moins fréquente que dans le Pas-de-Calais. Enfin, plus de 24% des MG ont établi des relations (probablement par l'intermédiaire du courrier de la MMG) avec les médecins traitants des patients consultant à la MMG.

Dans le Pas-de-Calais, les MMG ont évidemment développé un partenariat prioritaire avec le CRRAL mais également avec les services d'urgences et le SAMU. Concernant le CRRAL, il semble que la coopération fonctionne bien : **plus de 85% des MG se disent satisfaits de la régulation libérale.** Le seul point d'insatisfaction des MG concerne le délai d'attente des patients pour obtenir un interlocuteur au téléphone, « *qui peut durer jusqu'à 30 minutes selon les horaires et, ainsi décourager les patients qui se rendent alors directement aux urgences* ».

Figure 12 : Relations avec les autres acteurs de la permanence des soins au cours des gardes



4.4 Appréciation des acteurs

Les professionnels

Adhésion au projet et mode de recrutement initial

Il semblerait que la problématique concernant l'abandon progressif des gardes par les médecins généralistes (notamment en raison du manque de sécurité des gardes et de la féminisation de la profession) ait été un **phénomène plus marqué dans le Nord que dans le Pas-de-Calais** : à peine 3 MG sur 5 prenaient encore des gardes avant la création des MMG dans le Nord alors que dans le Pas-de-Calais, une grande majorité des MG répondant y participaient encore. D'ailleurs, dans ce département :

- ils sont beaucoup moins nombreux à déclarer que les MMG « re-attirent » les MG vers les gardes (45,7% dans le Pas-de-Calais versus 74,6% dans le Nord) ;
- à l'heure actuelle, moins de 15% des MG ne prennent toujours pas de garde (même depuis la création des MMG).
- 44,5% des MG répondant ont participé à la création de la MMG (contre 20,4% des MG répondants du Nord). Compte tenu du taux de participation à l'enquête inférieur dans le Pas-de-Calais (27%) que dans le Nord (39%), les répondants du Pas-de-Calais correspondent probablement aux médecins les plus investis dans la MMG et les plus sensibilisés au problème de la permanence des soins.

Sans doute par rapport à la situation initiale, le mode de recrutement des médecins des MMG n'a pas été le même selon le département concerné : pour les MMG de Lille, Dunkerque et Grande Synthe, le recrutement des médecins s'est fait sur la base du volontariat (après avoir été informé par courrier de leur création les médecins pouvaient accepter de participer ou non). A l'opposé, dans le Pas-de-Calais, tous les MG appartenant aux secteurs correspondant à la MMG ont été directement « inscrits » sur le tableau de garde. D'ailleurs, certains MG insistent tout particulièrement sur le fait que leur adhésion à ce système de garde a été « imposé par le vote majoritaire » et « faite malgré leur désaccord ». Cependant, comme d'autres le précisent, la permanence des soins est « une obligation déontologique » et « morale » et justifie donc la participation de

tous les MG des secteurs concernés (plus de 80% des MG répondants, les deux départements confondus, étaient favorables à la création d'un tel système de garde). La spécificité du mode de recrutement explique que les MG du Nord apparaissent dans l'enquête plus volontaires pour participer aux gardes de la MMG que ceux du Pas-de-Calais (79,8% versus 56,5%).

Appréciation de l'utilité du dispositif

Les MG restent globalement unanimes quant à l'intérêt des MMG et ce quel que soit le département considéré : pour 75,5% d'entre eux, **la MMG répond à un véritable besoin de prise en charge des patients dans le cadre de la permanence des soins.**

Sur une échelle de 1 à 10, l'utilité de la MMG a été estimée à 8,14 dans le Pas-de-Calais et 7,81 dans le Nord.

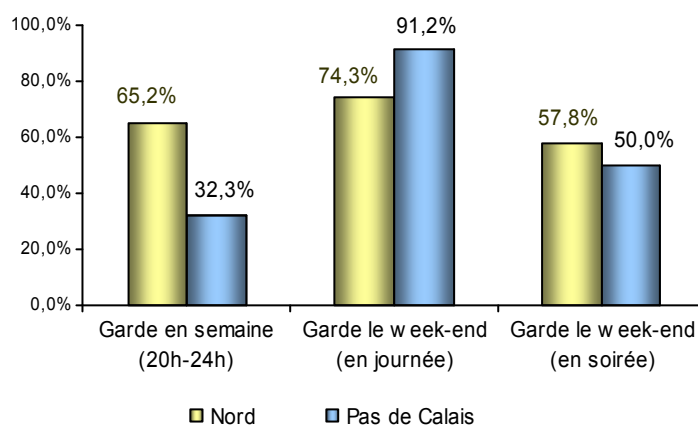
Appréciation de l'organisation

Globalement, les horaires de la MMG apparaissent adaptées à la demande des patients et à la pratique professionnelle. Certains médecins estiment tout de même que les gardes en semaine débutent un peu tôt : à 20h, de nombreux médecins n'ont pas encore terminé leurs consultations et sont donc dans l'obligation de fermer leur cabinet au détriment de leur patientèle.

D'ailleurs, **la présence d'un MG le soir en semaine à la MMG n'apparaît pas toujours justifiée** voire « inutile » et ce, surtout dans le Pas-de-Calais : seuls 32,3% des répondants estiment que leur présence à la MMG est justifiée le soir entre 20h et minuit.

En effet, la nécessité de la garde à la MMG apparaît surtout justifiée le week-end et plus particulièrement entre 9h et 20h (opinion de 91,2% de MG dans le Pas-de-Calais et 74,3% dans le Nord). Ils sont d'ailleurs plusieurs à avoir souligné le fait que les gardes actuelles « ne couvrent pas assez le week-end » et notamment le dimanche : « la MMG devrait être ouverte toute la journée le dimanche ». (Figure 13)

Figure 13 : Présence du MG à la MMG justifiée (souvent ou très souvent)



Les MG participant au dispositif sont, pour une grande majorité, satisfaits voire très satisfaits de la MMG (89,3% des MG du Nord et 85,3% des MG du Pas-de-Calais) et de leurs relations avec le bureau de la MMG (Tableau 8).

Tableau 8: Satisfaction générale vis à vis de la MMG

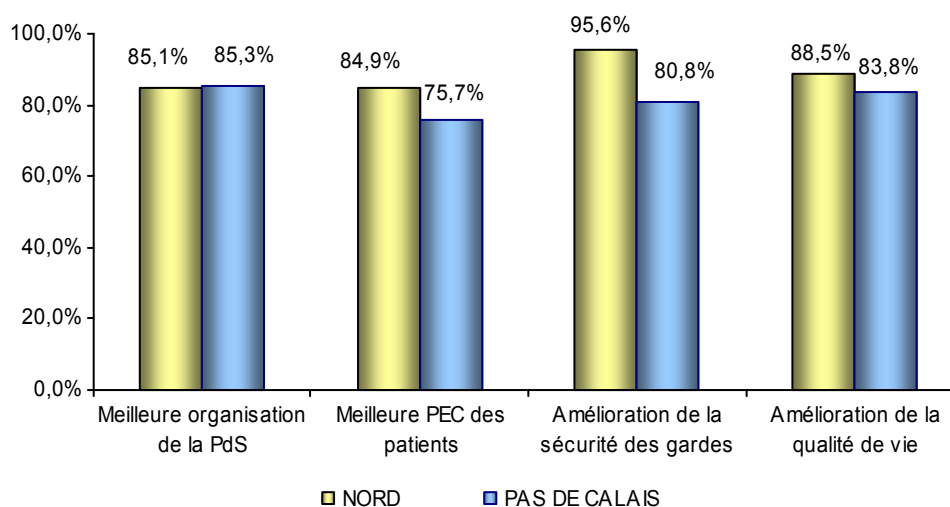
	Très satisfait	Satisfait	Pas très satisfait	Pas du tout satisfait	Ne sait pas
MMG de Boulogne sur mer	42,4%	51,5%	6,1%	-	-
MMG de Calais	8,7%	60,9%	17,4%	4,3%	8,7%
MMG d'Hénin-Beaumont	33,3%	58,3%	8,3%	-	-
MMG du Pas-de-Calais	29,4%	55,9%	10,3%	1,5%	2,9%
MMG de Dunkerque	18,5%	70,4%	3,7%	3,7%	3,7%
MMG de Grande Synthe	33,3%	37,0%	14,8%	7,4%	7,4%
MMG de Lille	61,0%	37,3%	1,7%	-	-
MMG du NORD	44,2%	45,1%	5,3%	2,7%	2,7%
Total	38,7%	49,2%	7,2%	2,2%	2,8%

Plus-value perçue du dispositif

Comme le montre la figure 14, les MG répondant estiment, dans les deux départements que ce mode de garde « **améliore la qualité de vie professionnelle** » en « **diminuant le nombre de gardes** » et assurant une « **meilleure sécurité** » et un plus grand « confort » pour les MG. La MMG permet en effet de réduire sensiblement le nombre de gardes pour chaque médecin comme le souligne plus précisément l'un d'entre eux : « *Avant, c'était une garde de nuit par semaine et un week-end entier par mois avec visites à domicile. Actuellement, la MMG permet de ne faire que 2 gardes de semaine et 2 gardes de week-end par an* ».

Par ailleurs, les MG considèrent que les MMG permettent une meilleure organisation de la permanence des soins et une meilleure prise en charge des patients en demande de soins non programmée.

Figure 14 : Appréciation générale de l'impact des MMG dans le Nord - Pas-de-Calais



- **Les améliorations à apporter** : les principales améliorations suggérées par les MG ayant répondu à l'enquête sont citées ci-dessous :
 - Amélioration de l'information et de l'éducation de la population sur la permanence des soins : les patients semblent peu informés de l'existence des MMG et ont encore tendance à se diriger vers les urgences. La mise en place de « publicité », de « diffusion sur des panneaux de ville ou dans les cabinets médicaux » permettrait de remédier à cela. Actuellement, la plupart des MG affiche l'organisation du système de garde dans leur cabinet (plus de 70% des répondants) mais peu de patients les interrogent sur cette organisation de la permanence des soins (plus de 60% ne sont jamais ou rarement questionnés par leurs patients). Mais, pour ne pas transformer les MMG en cabinet de consultation et conserver des lieux de prise en charge des demandes de soins non programmés, une campagne d'éducation auprès des patients serait utile. Certains médecins estiment même qu'il faudrait « pénaliser financièrement les consultations non justifiées en les déremboursant : il faut séparer le droit à la santé du droit à consommer ».
 - Améliorer le partenariat avec les urgences : malgré l'existence de conventions plus ou moins formalisées, le partenariat avec les urgences reste encore peu développé. Dans certains cas, les urgences « débordent de bobologie mais ne transfèrent aucun patient vers les MMG ».
 - Pérenniser les MMG : les MMG sont un maillon essentiel de l'organisation de la permanence des soins mais restent dans des financements précaires.
 - Mise en place d'une rémunération forfaitaire : certains MG estiment ne pas « devoir travailler gratuitement » et proposent « une rémunération forfaitaire notamment dans le cas des gardes de semaine où dans la plupart des cas, le nombre de patients vus en consultation ne dépasse pas les 5 ».

Appréciation des personnes ayant consulté dans les MMG

La grande majorité des patients venus consulter dans les MMG entre le 17 et 23 octobre 2005 et répondant à l'enquête connaissent l'existence des MMG depuis moins de 6 mois, notamment dans le Pas-de-Calais où 60,5% ne les connaissent que depuis moins de 3 mois.

22,1% ont déclaré avoir été informés de l'existence de la MMG par leur médecin généraliste ou par la presse. Les autres modes de connaissance également évoqués sont surtout, dans le Nord, la plaquette d'information (mise à disposition des patients dans les pharmacies, salles d'attentes) et le bouche à oreille (respectivement 18,4% et 17,5% des cas) (Tableau 9).

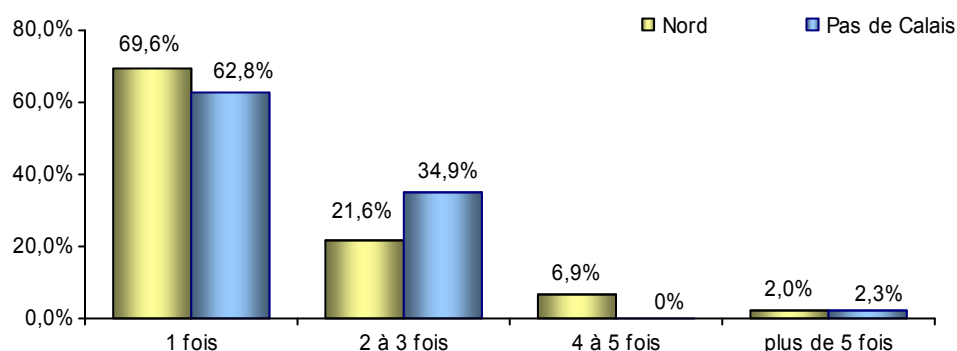
Tableau 9: Mode de connaissance des MMG

Mode de connaissance de la MMG	NORD	Pas-de-Calais	Ensemble
Par le médecin généraliste	23,3%	19,0%	22,1%
Par un autre professionnel de santé	13,6%	4,8%	11,0%
Par une plaquette d'information	18,4%	9,5%	15,9%
Par la presse	20,4%	26,2%	22,1%
Par le bouche à oreille	17,5%	9,5%	15,2%
Par un ami ou la famille	12,6%	4,8%	10,3%
Autres cas (Hôpital, SOS médecins, pharmacie...)	17,5%	31,0%	21,4%

La grande majorité des patients et ce, quelque soit le département, ne sont venus qu'une seule fois à la MMG (respectivement 69,6% des cas dans le Nord et 62,8% dans le Pas-de-Calais). Notons tout de même que dans le département du Nord, 8,9% des patients seraient venus plus de 4 fois depuis l'ouverture de la MMG.

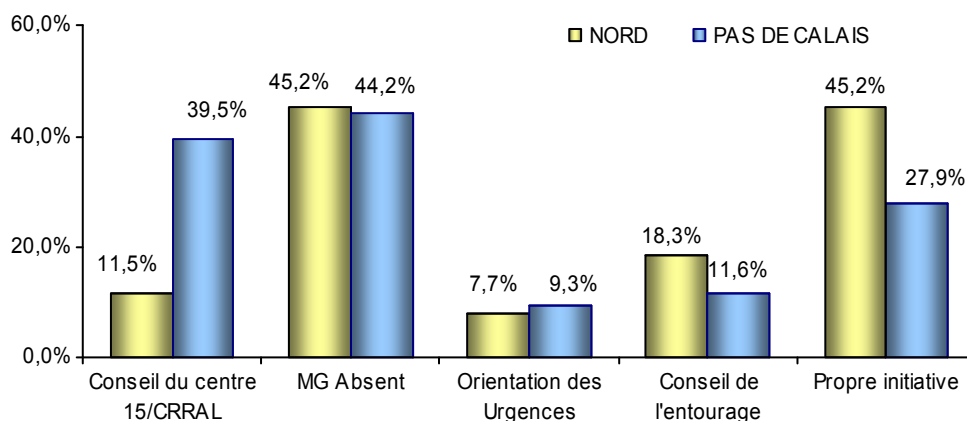
Conformément à l'analyse de l'activité des MMG, les patients viennent consulter essentiellement le week-end (près de 80% des répondant) et plus précisément entre 12h et 20h (environ 55% des cas).

Figure 15 : Nombre de consultations à la MMG



Les patients se sont orientés vers la MMG en raison de l'absence de leur médecin généraliste habituel (cabinet médical fermé) pour près de 45% d'entre eux. Les autres raisons évoquées sont légèrement différentes selon le département considéré, notamment en raison de l'existence du CRRAL et plus précisément du parcours du patient : dans le département du Nord, les patients sont venus de leur propre initiative (45,2%) alors que cela apparaît beaucoup plus rare dans le Pas-de-Calais (27,9%) où la proportion de patients venus à la MMG sur conseil du centre de régulation est beaucoup plus important que dans le Nord (39,5% des cas versus 11,5%).

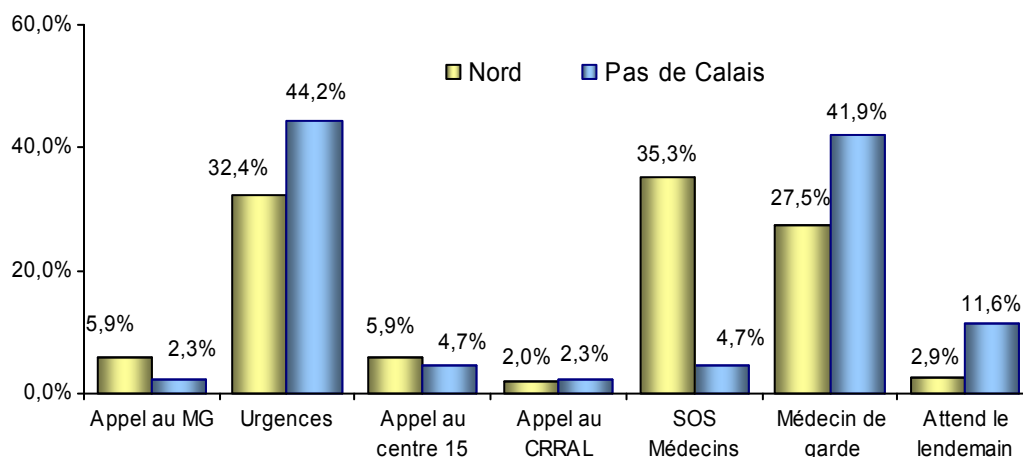
Figure 16 : Raisons ayant motivé le choix de la MMG comme lieu de consultation



Si la MMG n’existait pas, les patients venus en consultation se seraient principalement orientés vers les urgences (35,9% des cas), vers le médecin de garde (31,7%) ou vers SOS médecins (26,2%).

Notons également que dans 11,6% des cas dans le Pas-de-Calais, le patient aurait attendu l’ouverture du cabinet de son médecin généraliste pour aller le consulter.

Figure 17 : Les solutions probablement envisagées en l’absence des MMG



Les patients interrogés se déclarent très satisfaits de leur prise en charge à la MMG, tant au niveau de la localisation et de l’accueil que du délai de prise en charge. 90,5% ont en effet trouvé facilement la MMG avec une légère différence entre les départements (au profit du département du Nord dans lequel les MMG sont signalées à l’aide de panneaux d’affichage très visibles). Ils sont globalement satisfaits voire très satisfaits du service rendu par la MMG et estiment pour la plupart que les horaires sont adaptées à leur situation.

Tableau 10: Satisfaction des patients vis à vis de leur prise en charge

Avez-vous été satisfait ...	NORD	Pas-de-Calais	Total
De la localisation de la MMG	97,1%	83,0%	92,9%
Du délai de prise en charge (délai d’attente)	94,1%	88,3%	92,5%
De l’accueil à la MMG	99,0%	86,1%	95,2%
De la présence d’un médecin de garde le soir, le week-end et les jours fériés	100%	95,2%	98,6%
De la durée de la consultation	98,0%	95,2%	97,1%

Notons tout de même que des différences existent entre les départements notamment vis à vis de la nécessité de se déplacer pour consulter un médecin : dans le département du Pas-de-Calais, 40,5% des patients ont déclaré contraignant l’obligation de se déplacer pour voir un médecin contre seulement 19,2% dans le Nord.

D'autre part, les patients venus consulter dans le Pas-de-Calais estiment également que le montant des honoraires est un obstacle au recours à la MMG (41,9% des cas) alors que dans le Nord, ils sont moins de 10% à adopter ce point de vue.

Pour résumer, les patients sont globalement satisfaits vis à vis de leur prise en charge à la MMG (98,6% des cas) et vis à vis de la coordination entre les professionnels (86,6%).

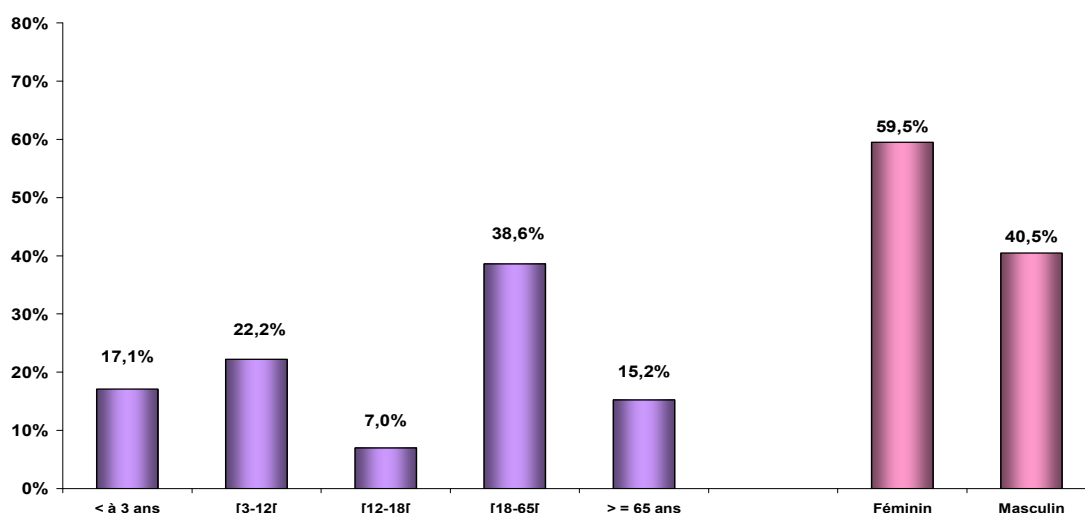
Les améliorations à apporter selon les patients sont les suivantes :

- Mise en place d'horaires plus larges notamment le week-end et notamment en ouvrant non-stop toute la journée du dimanche.
- Améliorer le temps d'attente en augmentant le nombre de médecins de garde à la MMG pendant les périodes d'affluence et en « organisant au mieux les rendez-vous ».
- Mise en place de visites à domicile notamment dans les cas où le patient ne peut pas se déplacer que ce soit pour raison médicale ou liée au transport : « Quand il y a un risque de contagion », « pour la prise en charge des nourrissons »...
- Système de paiement des honoraires : la mise en place du tiers payant serait bénéfique notamment pour les patients démunis.

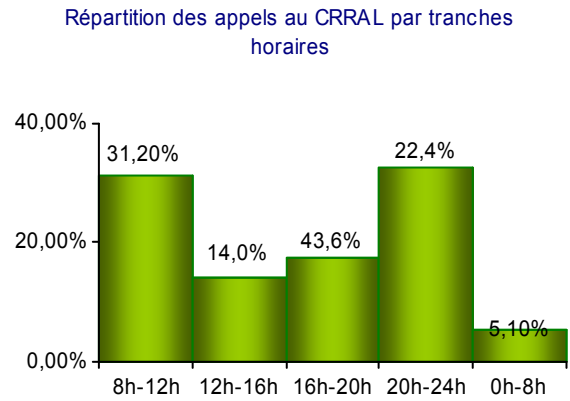
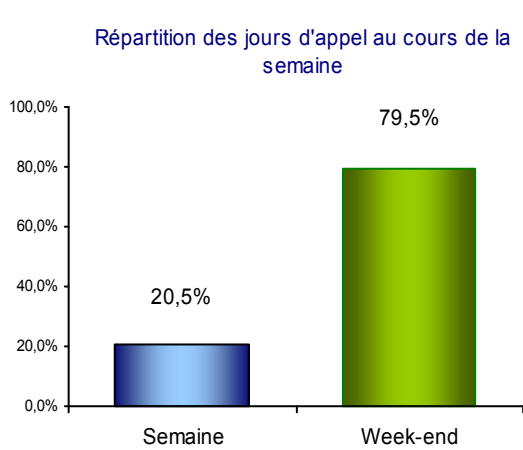
Appréciation des personnes ayant eu recours au CRRAL

Le plus souvent, le CRRAL a été contacté pour des enfants de moins de 12 ans ou des adultes (18-65 ans), de sexe féminin, mais il faut souligner la proportion d'appels pour des personnes de plus de 65 ans (15%).

Répartition des patients par âge et par sexe

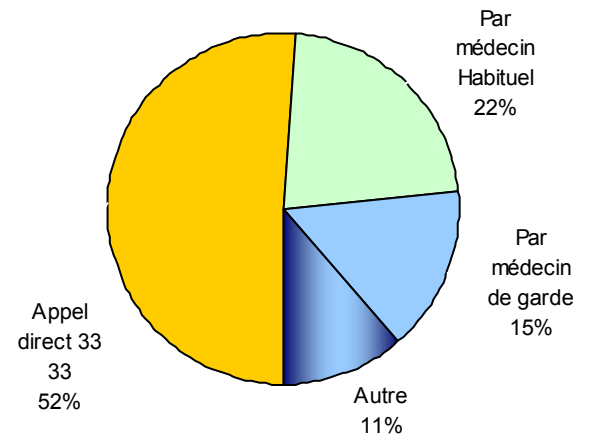


Comme pour les MMG, les personnes ont contacté le CRRAL le plus souvent le WE, en matinée ou en soirée (20-24h).



Dans plus de la moitié des cas, l'appelant est entré en contact avec le centre de régulation en composant le numéro de téléphone dédié (« 33 33 »).

Mode d'accès au CRRAL	N = 158	%
Appel direct du 33 33	81	51,3%
Par l'intermédiaire de son médecin	35	22,2%
Par l'intermédiaire du médecin de garde	24	15,2%
Autre*	18	11,4%

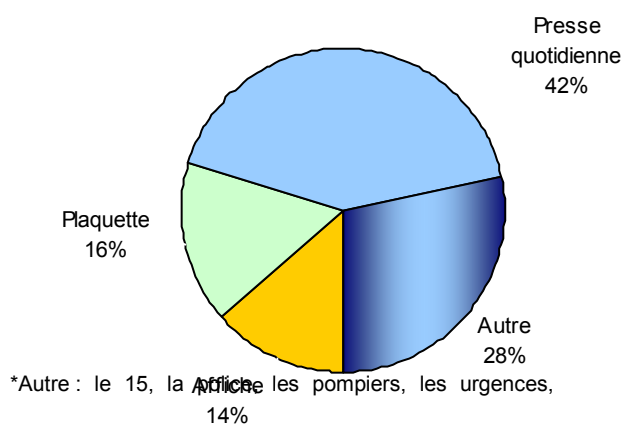


*Autre : le 15, la police, les pompiers, les urgences

Pour les personnes ayant composé directement le « 33 33 » (N=81), on note dans le tableau suivant le rôle important joué par les médias pour faire connaître ce numéro du grand public.

Mode de connaissance du « 33 33 »	N = 81	%
Par une affiche d'information	11	13,6%
Par une plaquette	13	16%
Par la presse quotidienne	34	42%
Autre*	23	28,4%

l'hôpital
le bouche à oreilles, le médecin habituel



*Autre : le 15, la police, les pompiers, les urgences,

Toujours pour les personnes ayant composé le « 33 33 », 91,3% (73/81) précisent que le médecin habituel était absent à l'heure de la demande de soins. Le répondeur de ce dernier a donné le numéro du CRRAL dans 80,3% des cas et l'appel de la personne a été directement transféré au CRRAL dans 9,8% des cas.

Tableau 11: Facteurs ayant motivé l'appel du CRRAL

Pour quelles raisons avez-vous choisi d'appeler le CRRAL ?	N = 81	%
Ne connaissait pas le numéro du médecin de garde	13	16%
N'a pas pensé à appeler le médecin de garde	26	32,1%
A appliqué les recommandations de la campagne de communication	27	33,3%
Autre (10/15 « il n'y a plus de médecin de garde »)	15	18,5%

Comme le montre le tableau 12, environ 80% des répondant sont satisfaits de l'accueil et de la prise en charge dont ils ont bénéficié en appelant le CRRAL et en particulier ont eu le sentiment d'être écoutés, compris et rassurés. Il faut souligner que le principe d'exposer son problème par téléphone convient à plus des ¾ des appelant et même, 57,3% des répondant considèrent que le premier professionnel ayant reçu l'appel au CRRAL (non médecin) a donné une solution à leur problème. La principale cause d'insatisfaction est liée à l'absence de mobilisation par visite à domicile.

Tableau 12: Satisfaction des patients vis à vis de leur prise en charge par le CRRAL

Avez-vous ...	Oui
...été satisfait de l'accueil du 1 ^{er} professionnel (PARM*)?	88%
...reçu une réponse adaptée à vos attentes ?**	80,4%
...été globalement satisfait de votre prise en charge?	83,6%
...eu le sentiment d'avoir été rassuré?	74,1% ¹⁰
...eu le sentiment d'être écouté?	86,1%
...eu le sentiment d'être compris ?	86,6%
...eu le sentiment d'être associé à la prise de décision ?	77,1%
Pensez-vous avoir été informé sur le rôle du centre de régulation ?	51%
Le principe d'exposer votre problème par téléphone vous convient-il ?	77,1%

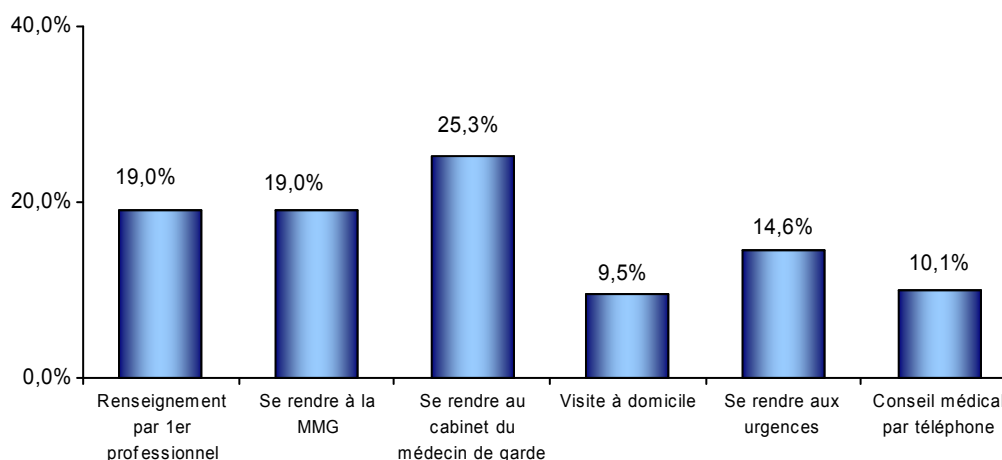
PARM : Personnel Auxiliaire de Régulation Médicale

****Quand la réponse donnée est considérée « non adaptée aux attentes » (N=31), les raisons sont les suivantes :**

N'a pas pu faire venir le médecin au domicile	18 (58,1%)
A été adressé aux urgences	10 (32,3%)
N'a pas vu le médecin mais reçu un conseil médical	3 (9,7%)

Après avoir exposé leur problème, les appelant ont reçu une réponse. Comme le montre la figure suivante, cette réponse est la consultation médicale dans 44% des cas (MMG ou cabinet du médecin de garde). Il faut noter que près de 20% des appels reçoivent une réponse par le renseignement donné par le premier professionnel et que 10% des appels sont gérés par un conseil téléphonique. La nécessité de se rendre aux urgences ou de déclencher une visite à domicile représentent, ensemble, moins du ¼ des appels au CRRAL, dans cette enquête.

Figure 18 : Les différents types de réponse données aux appelant du CRRAL dans l'enquête d'appréciation



Dans 87,3% des cas, la décision devait être mise en application dans les heures qui suivaient l'appel et le tableau 13 montre que ceci a été le plus souvent réalisé

Tableau 13: Comportement et attitude des patients à l'égard de la réponse donnée par le CRRAL

Qu'avez-vous fait après avoir contacté le CRRAL ?	N= 158
(1) J'ai fait ce qu'il m'a dit dans les délais recommandés	89,2%
(2) J'ai fait ce qu'il m'a dit hors délais recommandés	0,6%
(3) Je n'ai pas fait ce que le CRRAL a dit	6,3%
(4) J'ai contacté un autre médecin pour répondre à ma demande	1,9%
(5) J'ai rappelé le CRRAL une deuxième fois*	1,3%
(6) Je me suis rendu aux urgences	0,6%

* Après avoir rappelé le CRRAL, les 2 personnes concernées ont appliqué ce qui leur était recommandé

Pour les 10% de patients qui n'ont pas appliqué la réponse donnée par le CRRAL, les raisons sont exposées dans le tableau suivant.

Tableau 14: Motifs de non application de la réponse donnée par le CRRAL

Pourquoi n'avez-vous appliqué la réponse donnée par le CRRAL ? (réponses (2) à (6) de la question précédente)	N=17
Je l'ai jugé inadaptée à mon état de santé	4
J'avais peur des délais d'attente	1
Les horaires ne me convenaient pas	1
J'étais dans l'impossibilité de me déplacer pour raison médicale	2
J'étais dans l'impossibilité de me déplacer pour raison de transport	1
La réponse impliquait de me rendre dans un lieu trop éloigné	1
La réponse était incompatible avec l'organisation de ma vie personnelle	1
Je n'ai pas eu confiance dans la réponse qui m'a été donnée	2
Finalement, la personne se portait mieux	2
Aucune réponse ne m'a été donnée	1
Autre (non précisé)	1

De manière spontanée, les répondant à l'enquête ont réalisé les commentaires suivants :

- Le CRRAL a été difficile à joindre (8 personnes) ou trop d'attente (3 personnes)
- Préfère que le médecin se déplace (13 personnes)
- Satisfaits (28 personnes)

Résultats en fonction de certaines caractéristiques

Influence de l'âge de la victime dans le type de réponse donnée par le CRRAL

« Se rendre à la consultation » (MMG ou médecin de garde) est le type de réponse le plus fréquent pour les enfants de moins de 12 ans, tandis que la visite ou le conseil téléphonique dominant pour les personnes de plus de 65 ans.

Influence de l'heure d'appel dans le type de réponse donnée par le CRRAL

La perception d'une réponse donnée par le CRRAL inadaptée à leur situation est plus fréquente chez les appelant de la tranche 0-8 heures (37,5%) que dans toutes les autres tranches horaires.

- L'existence ou non d'une MMG sur le territoire n'influence pas le mode de connaissance du CRRAL, l'opinion des personnes ou leur attitude après la délivrance de la décision du centre de régulation.
- Aucune différence significative dans les réponses n'est mise en évidence entre les trois territoires des MMG (Calais, Boulogne, Hénin Beaumont).

4.5 Approche économique

L'évaluation économique est centrée sur l'analyse des coûts d'investissement et de fonctionnement du dispositif, selon les jours concernés (semaine, week-end et jours fériés).

Après avoir ajusté sur la même période (12 mois), les tableaux 15 et 16 mettent en évidence des différences importantes de coût de fonctionnement entre les MMG, pour un nombre moyen d'actes assez similaire en dehors de la MMG d'Hénin Beaumont dont l'activité est nettement plus faible que dans les autres MMG.

En effet, en dehors de la MMG d'Hénin Beaumont, ce coût de fonctionnement, hors investissement, varie :

- **En semaine, de 4 à 33 euros par acte (pour 2 à 4 actes par soirée de garde) ;**
- **En WE et jours fériés, de 5 à 38 euros par acte (pour 20 à 25 actes par journée de garde).**

Le principal facteur explicatif de cette variation est l'existence de personnel non médical œuvrant dans le cadre du fonctionnement de la MMG, secrétariat ou agent d'accueil pour l'essentiel.

En dehors de la MMG d'Hénin Beaumont, la mise en perspective de l'organisation de chaque MMG et de leur coût de fonctionnement permet de préciser ce coût selon le nombre de personne(s) employée(s) par la MMG. Ce coût de fonctionnement, hors investissement est alors de :

- 4 à 5 euros par acte de semaine ou de WE et jour férié lorsque la MMG ne comporte pas de personnel non médical salarié (Calais).
- 15 à 20 euros par acte de semaine ou de WE et jour férié lorsque la MMG emploie une personne (Dunkerque, Grande Synthe et Boulogne).
- 33 à 38 euros par acte de semaine ou de WE et jour férié lorsque la MMG emploie trois personnes (Lille).

Tableau 15: Analyse descriptive de la ventilation par poste du budget FAQSV alloué à chaque MMG et estimation du budget alloué pour 12 mois de fonctionnement

Commune	Lille	Dunkerque	Hénin-Beaumont	Calais	Boulogne
Mode de rémunération des médecins	Part forfaitaire (indemnité financée sur le risque) + rémunération à l'acte	Part forfaitaire (indemnité financée sur le risque) + rémunération à l'acte	Part forfaitaire (indemnité financée sur le risque) + rémunération à l'acte	Part forfaitaire (indemnité financée sur le risque) + rémunération à l'acte	Part forfaitaire (indemnité financée sur le risque) + rémunération à l'acte
Budget FAQSV		<u>Par MMG</u>			
Montant alloué	325 670 euros (19 mois)	73 792 euros (14 mois)	48 369 euros (19 mois)	55 900 euros (12 mois)	62 850 euros (9 mois)
Montant ajusté pour 12 mois de fonctionnement	<u>205 686 euros</u>	<u>63 250 euros</u>	<u>30 550 euros</u>	<u>55 900 euros</u>	<u>83 800 euros</u>
Dont fonctionnement hors frais de personnels ajusté pour 12 mois de fonctionnement	51 770 <u>32 697</u>	15425 <u>13 221</u>	9 710 <u>6133</u>	13700 <u>13700</u>	22 000 <u>29 333</u>
Dont fonctionnement frais de personnel ajusté pour 12 mois de fonctionnement	148 500 <u>93 789</u>	45314 <u>38 840</u>	0 <u>0</u>	2800 <u>2800</u>	29450 <u>39 267</u>
Sous total (Montant utilisé pour le calcul de coût hors investissement, ajusté pour 12 mois)	<u>126 486</u>	<u>52061</u>	<u>6133</u>	<u>16500</u>	<u>68600</u>
Dont investissement ajusté pour 12 mois de fonctionnement	125 420 <u>79 212</u>	13053 <u>11 188</u>	38 659 <u>24 417</u>	39400 <u>39400</u>	11400 <u>15 200</u>
Faqsv (% du total)	100%	88%	100%	100%	100%
Autres		Communauté Urbaine de Dunkerque (10000 euros)			

Tableau 16: Estimation du coût de fonctionnement moyen par acte et par jour de semaine pour chaque MMG

Commune	Lille	Dunkerque	Hénin-Beaumont	Calais	Boulogne
Nombre moyen d'actes par jour de semaine	2,67	Dunkerque 3,18 Grande Synthe 3,86	2	3,16	4,1
Nombre moyen d'actes par jour de WE et fériés	24,48	Dunkerque 24,59 Grande Synthe 20,57	11	25,7	22,3
Coût moyen/acte/jour de semaine					
Hors investissement	33,44 €	Dunkerque 16,33 € Grande Synthe 13,53 €	1,91 €	3,9 €	17,74 €
Avec investissement	54,38 €	Dunkerque 19,8 € Grande Synthe 16,45 €	9,5 €	13,23 €	21,67 €
Coût moyen/acte/jour de WE et fériés					
Hors investissement	38,2 €	Dunkerque 14,2 € Grande Synthe 16,98 €	4,22 €	4,68 €	20,25 €
Avec investissement	62,12 €	Dunkerque 17,25 € Grande Synthe 20,63 €	21 €	15,87 €	24,74 €

5 CONCLUSIONS

La mise en perspective de l'ensemble des éléments d'analyse précédemment exposés permet de conclure de la façon suivante.

Le dispositif constitué par les maisons médicales de garde financées par le FAQSV, en rendant les services attendus, est utile pour la collectivité

Le point de vue des professionnels participant comme celui des usagers, la mobilisation professionnelle objective (3/4 des professionnels exerçant sur le territoire en moyenne en dehors de Lille) et le niveau d'activité atteint, le week-end en particulier, par les MMG dans l'ensemble prônent en faveur de l'intérêt et de l'utilité des maisons médicales de garde sur les secteurs où elles ont pris naissance, à une exception près.

En effet, leur existence a effectivement permis aux médecins généralistes libéraux de se ré-impliquer dans le système de garde, notamment dans le Nord où l'abandon des gardes était plus marqué, en ayant la perception d'une plus-value dans l'exercice, en terme de qualité et de sécurité.

De leur côté les usagers ont confirmé leur satisfaction du service rendu et considèrent les horaires de fonctionnement adaptés à leurs besoins. Notons que ce sont principalement les enfants de moins de 12 ans et les adultes (18-65 ans) qui utilisent les MMG, de manière ponctuelle (2/3 des usagers répondant à l'enquête sont venus une seule fois à la MMG), d'après les données des systèmes d'information de chaque MMG. L'enquête conduite auprès des patients confirme d'ailleurs que le plus souvent, ils ont un médecin habituel.

A côté de l'intérêt global que l'on peut donc attribuer aux MMG, deux points méritent d'être soulignés.

La présence des MG n'est pas vécue comme « justifiée » pour tous les créneaux horaires

Seulement, un tiers des professionnels répondants à l'enquête considèrent leur présence justifiée, le soir de semaine, entre 20h et 24h. De leur côté, les données objectives, toutes MMG confondues, montrent que 3 consultations ont lieu par soirée en moyenne, en semaine.

Mais quel que soit le jour de la semaine ou du week-end, au delà de 23h, l'activité représente 11% de l'activité totale, soit, au plus 1 consultation.

La connaissance des MMG et de leur fonctionnement est insuffisante

Certains professionnels répondant à l'enquête constatent que l'existence et le mode de fonctionnement des MMG demeurent insuffisamment connus des usagers au moment de l'évaluation, ce que confirme l'enquête menée auprès des usagers (dans le Pas-de-Calais, le dispositif est connu depuis moins de trois mois par les 2/3 des répondants).

La régulation libérale est bien acceptée des professionnels et des usagers

85% des professionnels répondants à l'enquête dans le Pas-de-Calais sont satisfaits de la coopération établie avec le CRRAL. De leur côté, les usagers ont le sentiment, pour 80% d'entre eux, d'avoir été compris, rassurés et d'avoir reçu une réponse adaptée à leurs attentes. La conduite donnée par le CRRAL a d'ailleurs été correctement suivie le plus souvent. Il faut également souligner que le « principe » d'exposer le problème par téléphone convient à plus des ¾ des répondant à l'enquête.

Professionnels et usagers cependant mettent en avant l'importance du délai d'attente pour obtenir un interlocuteur. Selon les professionnels, ceci est un facteur de découragement des patients qui peut les orienter vers les urgences hospitalières.

L'organisation des MMG est efficace mais teintée de points faibles

Organisation et fonctionnement des MMG

Dans les grandes lignes organisationnelles, les points communs sont nombreux entre les différentes MMG qui ne connaissent pas de problème majeur de fonctionnement.

Les particularités sont plutôt des adaptations au contexte local (pour les visites ou le transport des personnes en l'absence de SOS médecins par exemple dans le Pas-de-Calais) ou au choix des professionnels (modulations des horaires en WE et jours fériés notamment). Notons que dans le Pas-de-Calais, 20% des usagers consultant dans les MG sont hors secteur (12% dans le Nord).

Toutes les MMG financées par le FAQSV du NPDC ont fait le choix d'une proximité hospitalière étroite (voire dans l'enceinte de l'hôpital), ce qui donne aux usagers une bonne lisibilité de l'offre d'une part, et aux médecins la certitude d'une collaboration rapide avec les urgences en cas de besoin.

Les points faibles suivants méritent cependant d'être soulignés :

- Concernant les relations avec le médecin traitant, seulement 2 MMG éditent un courrier d'information systématique.
- Concernant le matériel minimum obligatoire sur place dans le cadre de la garde (ECG, pharmacie, petit matériel) : toutes les MMG n'en sont pas équipées.
- Concernant le personnel non médical : de grandes différences dans les ressources humaines existent, à **activité égale**, avec des incidences sur le coût comme cela est détaillé dans les paragraphes correspondant.
- Concernant le système d'information : l'hétérogénéité dans les modalités utilisées pour renseigner des données similaires demeure, malgré les efforts dont ont pu témoigner les coordinateurs des différentes MMG. Ceci rend très difficile la lecture transversale de l'activité des MMG.
- Concernant le tiers payant : 2 MMG sur les 6 sont équipées d'un lecteur de carte vitale. Notons que 42% des patients répondant à l'enquête dans le Pas-de-Calais considèrent que ceci est un obstacle à l'utilisation du service proposé par les MMG.

Efficacité de l'ensemble de la PDS

Les entretiens avec les différents acteurs professionnels (responsables de services d'urgence et coordinateurs des MMG) comme l'analyse des bases de données des MMG mettent en évidence le décalage entre les attentes « théoriques » des services d'urgence et la réalité de l'adressage aux MMG (à peine 12% des patients reçus en consultation), ceci malgré les conventionnements administratifs. Dans l'ensemble, la coopération semble donc actuellement limitée. Rappelons que plus du tiers des patients ayant répondu à l'enquête déclarent qu'ils seraient allés aux urgences en l'absence de MMG.

Concernant la visibilité de l'effet de l'ouverture des MMG sur l'activité des urgences, en raison de la faible importance que représenterait ce transfert d'activité vers les MMG au regard de l'activité totale des urgences, les données qualitatives de recours (type CCMU) sont indispensables mais se sont avérées non disponibles dans notre évaluation. Aucune conclusion n'a donc été possible à partir de l'analyse de ce type de données.

L'efficacité des MMG reste difficile à appréhender

Comme nous venons de le voir, on ne peut pas parler d'effets objectivés tant sur l'activité des urgences que sur l'évolution des actes majorés.

Concernant les actes majorés, l'analyse a montré la tendance générale régionale à la diminution des actes entre 2004 et 2005, à priori attribuable à la diminution des visites.

Cette diminution des visites majorées est confirmée sur les deux départements, quelle que soit l'existence d'une MMG ou le jour de la semaine considéré.

Mais l'évolution relative des actes majorés (consultations par rapport aux visites) n'est pas semblable dans le Nord et le Pas-de-Calais qui, au moment de cette analyse, diffèrent par la présence d'une régulation libérale dans le département du Pas-de-Calais (depuis la fin 2005, celle-ci existe également dans le Nord).

En effet, dans le Pas-de-Calais, on observe une diminution importante des consultations majorées, ce qui n'est pas le cas du département du Nord où elles sont stables voire augmentées sur les secteurs comportant une MMG.

Le CRRAL existe depuis 2002 mais les efforts de communication concernant le fonctionnement de la permanence des soins sont réels depuis juillet 2005, période charnière pour l'évolution des actes dans ce département.

Les conclusions restent très délicates mais cette analyse permet de s'interroger sur la capacité de la régulation à éviter des consultations et des visites. Cette hypothèse restera à consolider.

Le coût par acte est hétérogène entre MMG

A défaut d'une analyse d'efficacité proprement dite, ce travail a permis de connaître les coûts de fonctionnement de chaque MMG et d'en tirer, là aussi, des pistes de réflexion.

En effet, l'analyse a mis en évidence les différences importantes de coût par acte qui existent entre les MMG, et qui s'expliquent essentiellement par le nombre (variable) de personnel non médical financé sur le budget de fonctionnement, quel que soit le jour considéré (semaine ou week-end). Les questions de fond permettant l'estimation du budget de fonctionnement des MMG semblent donc liées à l'analyse des besoins en personnel non médical.

6 RECOMMANDATIONS

L'ensemble du dispositif financé par le FAQSV ayant montré son utilité, la poursuite des initiatives s'avère pertinente, en travaillant sur les points suivants pour plus d'efficacité et de lisibilité et, pour pouvoir à terme, juger de l'efficience.

Ces propositions sont à considérer comme des pistes de travail, à discuter et enrichir avec l'ensemble des protagonistes.

Avec les professionnels responsables des différentes MMG et des centres de régulation libérales

- Poursuivre les efforts engagés vers un système d'information commun, sur la base de ce qui a été mis en place à l'occasion de cette évaluation.
- Inciter à l'obtention de données de bonne qualité, soit en formant les MG aux logiciels en place, soit en prévoyant la saisie de questionnaires au format papier.
- Mettre en place une réflexion sur la détermination des besoins en personnel non médical, en fonction de l'implantation de la MMG, ainsi que sur la qualité, le nombre et les horaires à aménager à ces personnes pour aboutir à une estimation la plus équitable possible du budget de fonctionnement alloué à chaque MMG.
- Proposer de généraliser les pratiques qui confortent les MMG dans leur rôle de service ponctuel assurant la permanence des soins, comme la mise en place du courrier systématique au médecin traitant.
- Envisager l'installation systématique des lecteurs de carte vitale.

Avec le CODAMUPS dans le cadre de la MRS

Comme l'ont souligné le rapport IGAS/IGA de mars 2006[†] et le rapport du Dr Jean-Yves GRALL[‡], la MRS est chargée de réaliser des propositions d'organisation du dispositif de la permanence des soins prévu à l'article L6315-1 du code de la Santé Publique pour le cahier des charges départemental, validé par le CODAMUPS.

C'est dans ce cadre que les points suivants pourraient être travaillés.

- Aider à l'amélioration des relations hospitalo-libérales, notamment avec les services des urgences.
- Améliorer la lisibilité d'ensemble de la permanence des soins. En particulier, l'analyse des systèmes d'information réalisée dans le cadre de cette évaluation a montré qu'il serait possible de disposer de données communes, en ville comme à l'hôpital, permettant à terme de mieux appréhender les effets de modifications organisationnelles dans la permanence des soins. A ce titre, nous rappelons l'intérêt que pourrait présenter l'usage de la CCMU.

[†] « Evaluation du nouveau dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire » rapport N°2006 029 mars 2006.

[‡] « Les maisons médicales de garde » rapport remis au Ministre de la santé et des Solidarités, Dr Jean-Yves GRALL, juillet 2006

- Poursuivre la réflexion sur le besoin de MMG en fonction du reste de l'offre de la permanence des soins.
- Construire le système d'évaluation de l'ensemble au niveau régional et départemental.

Avec les partenaires du FAQSV

- **Au plan local**, répéter les campagnes de communication et d'information sur la permanence des soins, ses acteurs et les usages attendus.
- **Au plan national**

Deux points concernent plus spécifiquement l'assurance maladie mais ne peuvent être résolus au plan local seul.

- Engager un travail de réflexion sur la modification des plages horaires d'ouverture qui sont définies de manière conventionnelle, en particulier sur l'intérêt de la présence d'un MG au delà de 23h.
- Engager un travail de réflexion pour la pérennisation des dispositifs. Si la capacité de la régulation libérale à diminuer le nombre d'actes majorés (visites et consultations) se confirmait, le gain constitué pourrait couvrir les frais de fonctionnement des MMG qui émargeraient alors sur la même enveloppe. La répétition de l'analyse menée en NPDC pourrait contribuer à nourrir cette réflexion.

7 LISTE DES ANNEXES

Document annexe N°1

- Annexe 1 : Questionnaire d'enquête auprès des MG
- Annexe 2 : Questionnaire d'enquête auprès des usagers des MMG
- Annexe 3 : Questionnaire d'enquête auprès des usagers du CRRAL
- Annexe 4 : Grille d'entretien auprès des partenaires
- Annexe 5 : Analyse descriptive des systèmes d'information des urgences
- Annexe 6 : Analyse descriptive des systèmes d'information des MMG
- Annexe 7 : statistiques de l'enquête auprès des MG
- Annexe 8 : Statistique de l'enquête auprès des usagers des MMG
- Annexe 9 : Statistiques auprès des usagers du CRRAL
- Annexe 10 : Synthèse de l'organisation des MMG

Document annexe N°2 : Monographie par MMG (Lille, Dunkerque, Grande Synthe, Calais, Boulogne, Hénin-Beaumont) et pour le CRRAL

Document annexe N°3 : Analyse des actes majorés