

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2015

2015 TOU3 1023

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2015

Par Caroline BERTHONNEAU

Née le 13 février 1987

**Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des
soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret.
Evaluation lors du premier semestre 2014.**

Directeur de thèse : Docteur Philippe POINOT

JURY

Monsieur le Professeur S. OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur T. LANG	Assesseur
Monsieur le Professeur P. MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur M. BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur F. PELISSIER	Assesseur

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Professeur des Universités,

Médecin Généraliste,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Veillez trouver en ce travail, l'expression de ma sincère reconnaissance et le témoignage de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Thierry LANG,
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier,
Epidémiologie et Santé Publique,
Biostatisticien,

Je suis très honorée que vous ayez accepté de participer à ce jury.
Je vous remercie particulièrement de l'intérêt que vous portez à mon travail en ayant accepté de le juger.

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE,
Professeur Associé de Médecine Générale,
Médecin Généraliste,

Vous m'avez fait l'honneur de participer à ce jury. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH,
Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,
Médecin Généraliste,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de mon profond respect.

Madame le Docteur Fanny PELISSIER,
Santé Publique,

Je te remercie d'avoir accepté de participer à ce jury, du temps que tu m'as consacré et de tes conseils pour l'élaboration de ce travail.

À mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Philippe Poinot,

Médecin Généraliste,

Quel plaisir de travailler à tes côtés sur ce projet qui est le tien et qui te passionne. Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée.

Aux médecins,

Au Docteur Philippe Hilary, toi qui as bien voulu me confier tes patients pour mes premiers remplacements, et qui m'as orientée vers les MMOB !

À ceux qui ont contribué à ma formation de médecin généraliste au cours de mes stages, le Docteur Paul Mignot, le Docteur Marc Lorrain, le Docteur Evelyne Campistron.

À ceux qui m'ont accordé de leur temps en répondant aux questionnaires.

Aux membres du DUMG et de l'AIMG, pour leur investissement dans notre formation au sein de la faculté de médecine de Toulouse et notre soutien tout au long de l'internat.

Aux membres de l'ORU-MiP, le Docteur Jean-Christophe Gallart, le Docteur Olivier Azémat, et Laure Pourcel, je te suis particulièrement reconnaissante pour ton « assistance statistique » 7 j /7 !

À ma famille,

À Maman et Papa, vos valeurs humaines et de travail que vous m'avez apprises m'ont permis d'avancer tout au long de mes études. Merci pour votre soutien. Maman, ton exercice de la médecine générale, passionné et généreux durant toutes ces années est un modèle. Que la médecine puisse s'exercer partout ainsi !

Aux p'tits. Claire, je suis de tout cœur avec toi pour cette dernière ligne droite, tu verras le plaisir de s'épanouir (enfin) après cette dernière épreuve. Cécile, merci de ta sincérité, ton écoute et ton lit pour mes passages parisiens. Pierre, quelle joie de t'avoir découvert, grandi, à Toulouse !

À Mamie, pour ta profonde gentillesse et tes encouragements tout au long de mes études.

À Grand-mère et Grand-père, pour l'intérêt que vous portez à mes choix de vie, votre présence depuis toujours.

À mes tantes. Laurence, ma marraine chérie, pour ces moments passés rien que toutes les deux. Ma petite Marie, pour ton accueil chaleureux durant ces années d'enfance, mille fois merci pour ta relecture impitoyable!

À Catherine et Jean Paul, pour votre accueil, vos conseils et la découverte des richesses du Lot et de l'Aveyron !

À Anne-Marie et Yves, pour l'attention que vous m'avez portée depuis toutes ces années.

À Xavier, pour votre aide précieuse dans mes recherches pour ce travail.

À mes amis,

À ceux de Poitiers, qui sont là depuis le début,
Anne-Laure, Mathilde, Vincent, Hélène S., Sophie.

À ceux de Toulouse,

À Céline, pour tous ces moments entre coloc' passés à papoter et à se dire « qu'on avait de la chance quand même » !

À Yves-ma, pour ce chouette « été coloc' », c'était un plaisir d'être à tes côtés (et ça l'est toujours d'ailleurs)!

À Yasmine, « ma doudou » aussi, pour ta joie de vivre et nos soirées interminables !

Aux belles rencontres de Tarbes, Emilie L. et nos voyages, à refaire encore ; Mathieu et ton esprit fédérateur ; Juliette, Gaëlle, Laure F., Laure G., Sarah, Auré et Nico et tes roues crevées et autres expériences de MMOB qui valent bien une petite dédicace ! ; Pascal (merci de tes recherches pour moi), Laure A. et Manu, Cindy et Maxime, Cécile et Guillaume (merci pour ton aide d'urgentiste!);

Et aux belles rencontres d'ailleurs, Paul et Marie, Capucine, pour ton écoute ; Caro T., Emilie M., Hélène J., Fred, Hélène L. ;

Aux coloc' des périph' : Florence L. à La Tour-du-Crieu (ça ne s'invente pas !) ; Pauline, Claire et Mika à Auch.

À Alexis, ton amour me rend plus forte tous les jours. Merci de ton aide dans cette dernière étape. Merci d'être là pour moi.

TABLE DES MATIERES

1 INTRODUCTION.....	15
2 CONTEXTE DE L'ETUDE.....	16
2.1 La permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	16
2.1.1 Définition.....	16
2.1.2 Mise en place et évolution de la PDSA.....	17
2.1.3 Etat des lieux de la PDSA sur le territoire français et perspectives.....	22
2.1.4 Fonctionnement de la PDSA en Haute-Garonne et sur le bassin de Muret.....	24
2.2 Médecin effecteur mobile (MMOB).....	28
2.2.1 Rôle du MMOB.....	28
2.2.2 Etat des lieux des médecins mobiles sur le territoire français.....	28
2.2.3 Projet expérimental de MMOB sur le bassin de Muret :MMOB31.31	
2.3 Les services d'accueil des urgences.....	33
2.3.1 L'organisation, la tarification et l'activité des services d'accueil des urgences.....	33
2.3.2 Particularité de la prise en charge médicale des personnes âgées aux urgences.....	34
2.4 L'organisation et la tarification des transports sanitaires.....	35
2.5 Problématique et objectif.....	35
3 MATERIEL ET METHODES.....	37
3.1 Type d'étude.....	37
3.2 Etude observationnelle.....	37
3.3 Questionnaires.....	38
3.4 Méthode d'évaluation.....	38
3.5 Méthode d'analyse statistique.....	39
4 RESULTATS.....	40
4.1 Résultats de l'étude observationnelle.....	40
4.1.1 Activité du MMOB sur le 1 ^{er} semestre 2014.....	40
4.1.2 Confirmation par le MMOB du critère inévitable ou non des Visites.....	50
4.1.3 Devenir du patient après intervention du MMOB.....	52

4.1.4	Passage aux urgences et transport ambulancier évités.....	55
4.2	Analyse des questionnaires.....	56
4.2.1	Questionnaire adressé aux médecins généralistes installés dans le bassin de Muret.....	56
4.2.2	Questionnaire adressé aux jeunes MMOB remplaçants non installés.....	57
5	DISCUSSION.....	60
5.1	Forces et limites de l'étude.....	60
5.1.1	Forces.....	60
5.1.2	Limites.....	60
5.2	Principaux résultats, interprétations, hypothèses et comparaison à la littérature.....	61
5.2.1	Soins aux personnes âgées.....	61
5.2.2	Impact sur la qualité du service rendu aux patients du bassin.....	62
5.2.3	Impact sur le travail du médecin effecteur posté exclusif.....	63
5.2.4	Orientation des patients par le MMOB.....	63
5.2.5	Passage aux urgences et transport ambulancier évités grâce au MMOB.....	63
5.2.6	Impact sur l'installation des jeunes médecins.....	65
5.2.7	Activité du MMOB dans le temps.....	65
5.2.8	Activité géographique du MMOB.....	66
5.2.9	Délai « appel-arrivée sur place ».....	66
5.2.10	Motifs des visites.....	67
5.2.11	Critère de « visite inévitable ».....	69
5.3	Perspectives.....	70
6	CONCLUSION.....	71
	ANNEXES.....	76

TABLE DES TABLEAUX

<u>Tableau 1</u> : Répartition du nombre de visites effectuées par journée (en valeur absolue).....	41
<u>Tableau 2</u> : Répartition du nombre de décision d'orientation en fonction du motif d'appel (en valeur absolue et en %)	54

TABLE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Répartition du nombre de visites effectuées par mois, de janvier 2014 à juin 2014 (en valeur absolue)	41
<u>Figure 2</u> : Répartition du nombre de visites effectuées par mois et répartition du nombre d'appels régulés par Régul'31 sur le bassin de Muret, de janvier à juin 2014 (en%).....	41
<u>Figure 3</u> : Répartition de la proportion d'appels du MMOB par le médecin régulateur selon le jour et la tranche horaire (en%).....	42
<u>Figure 4</u> : Répartition du nombre d'appels du MMOB par le médecin régulateur selon le jour et l'heure (en%)	43
<u>Figure 5</u> : Répartition du nombre de visites effectuées dans chaque sous-bassin (en%)	44
<u>Figure 6</u> : Répartition du nombre de visites effectuées selon leur délai « appel-arrivée sur place » (en%)	45
<u>Figure 7</u> : Répartition du nombre de visites effectuées selon le motif principal de l'appel (en%).....	46
<u>Figure 8</u> : Répartition du nombre de visites effectuées selon leur catégorie : médicale, médico-administrative ou médico-sociale (en%).....	47
<u>Figure 9</u> : Répartition du nombre de patients vus en visite et du nombre de patients dont les appels ont été régulés par Régul'31 sur le bassin de Muret, sur le 1 ^{er} semestre 2014, selon leur tranche d'âge (en %)	48
<u>Figure 10</u> : Répartition du nombre de visites selon le lieu de la visite (en %).....	49
<u>Figure 11</u> : Répartition du nombre de visites inévitables ou non, confirmées par le MMOB (en % et en valeur absolue).....	50
<u>Figure 12</u> : Répartition du nombre de visites inévitables et du nombre de visites hors cadre selon la tranche d'âge (en %)	51
<u>Figure 13</u> : Répartition des décisions concernant l'orientation du patient après intervention du MMOB (en % et en valeur absolue).....	52
<u>Figure 14</u> : Répartition des décisions concernant l'orientation du patient après intervention du MMOB, pour l'ensemble des patients et selon la tranche d'âge (en%).....	53

<u>Figure 15</u> : Répartition de la proportion de passages aux urgences et transports ambulanciers évités grâce à l'intervention du MMOB ; de décision d'adresser le patient aux urgences et de soins effectués sur place pour les visites hors cadre (en % et en valeur absolue).....	55
<u>Figure 16</u> : Estimation par les médecins généralistes installés dans le bassin de Muret de l'impact de la mise en place du MMOB sur la qualité du service rendu à leurs patients.....	56
<u>Figure 17</u> : Estimation par les médecins généralistes installés dans le bassin de Muret de l'impact de la mise en place d'un MMOB sur la qualité du travail du médecin effecteur fixe exclusif (cabinet ; MMG) ou mixte.....	57

LISTE DES ABREVIATIONS

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

ALD : Affection de Longue Durée

AMU : Aide Médicale d'Urgence

AMUH : Association Médicale des Urgences Havraises

ARS : Agence Régionale de Santé

ATU : Accueil et Traitement des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMU : Comité Départemental de l'Aide médicale d'Urgence et des transports sanitaires

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence Des Soins et des transports sanitaires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRRA 31 : Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU 31

CSP : Code de la Santé Publique

EGOS : Etats Généraux de l'Organisation des Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendante

FAU : Forfait Annuel Urgences

GMP : Garde Médicale de Paris

GPS : Global Positioning System

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MMG : Maison Médicale de Garde

MMOB : Médecins Mobiles

MMOB 31 : Médecins Mobiles de la Haute-Garonne

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MU77 : Médecins d'urgence de Seine et Marne

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

ORU-MiP : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SAMU 31 : Service d'Aide Médicale d'Urgence de la Haute-Garonne

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

UMP : Urgences Médicales de Paris

UMR : Urgences Médicales Rouennaises

1 INTRODUCTION

Selon la loi française, le médecin généraliste de premier recours est investi d'une « mission de service public » : celle de permanence des soins (PDS), dite ambulatoire (PDSA) dans le cadre de son activité libérale (1)(2) .

L'amélioration de l'organisation de la PDSA est au cœur des préoccupations de santé publique afin de garantir à chaque citoyen un accès égal à une PDSA efficiente.

Dans une première partie, nous définirons la PDSA et dresserons son évolution et son état des lieux en France ainsi que dans le bassin de Muret (département de Haute-Garonne). Puis, nous définirons la notion de médecin mobile (MMOB) et le projet expérimental de MMOB sur le bassin de Muret.

Dans une deuxième partie, nous analyserons l'activité du MMOB au cours du premier semestre 2014 et son impact qualitatif et quantitatif sur la PDSA dans le bassin de Muret.

Enfin, nous discuterons de la pertinence des résultats et tenterons d'identifier des perspectives d'amélioration.

2 CONTEXTE DE L'ETUDE

2.1 La permanence des soins ambulatoire (PDSA)

2.1.1 Définition (3) (4)

La PDSA est un système mis en place avec les médecins libéraux de premier recours et en liaison avec les établissements de soins afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés à une demande de soins non programmés, exprimée par les patients(5).

Elle fonctionne en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé « tous les jours de 20 h à 8 h ; les dimanches et jours fériés de 8 h à 20 h » ; en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : « le samedi à partir de 12 h , le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié »(4).

Elle est assurée par des médecins exerçant dans les cabinets médicaux, centres de santé ou associations de permanence des soins.

L'accès au médecin de permanence se fait après régulation médicale téléphonique (numéro d'appel 15) organisée par le service d'aide médicale urgente (SAMU).

L'accès au médecin de permanence peut également se faire par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins en interconnexion avec le SAMU.

Elle est organisée au niveau départemental par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

Le cahier des charges défini par l'Agence Régionale de Santé (ARS) décrit l'organisation générale de la PDSA. Il précise les indicateurs de suivi et les conditions d'évaluation de la PDS et fixe la rémunération forfaitaire des médecins de permanence.

2.1.2 Mise en place et évolution de la PDSA

2.1.2.1 Cadre juridique avant 2003 (5)

Avant 2003, l'article 77 du code de déontologie médicale, imposait à chaque médecin généraliste de rester accessible en permanence pour ses patients : « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde jour et nuit ». Cette règle devenue trop contraignante dans une société en transformation a conduit aux grèves des gardes des médecins généralistes de 2001 et 2002.

2.1.2.2 Le rapport Descours (5)

En 2003, le rapport établi par M. Descours, préconise une nouvelle organisation de la PDSA répondant aux principes suivants :

- La participation à la PDSA sur la base du volontariat, le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) étant en charge de la mise en place de « niveaux de concertation » en l'absence de volontaires afin de remplir le tableau de garde.
- La transformation dans sa composition et ses missions du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires (CODAMU) en CODAMUPS pour prendre en charge l'organisation de la PDSA.
- La création d'un cahier des charges départemental, au sein d'un sous-comité du CODAMUPS, définissant l'organisation de la PDSA précédée par un état des lieux de l'offre de soins et des besoins de la population.
- La sectorisation du département garantissant une « réponse rapide et adaptée » à la demande de soins non programmés.
- La régulation centralisée des appels concernant la demande de soins non programmés. Si cette régulation était indépendante du Centre 15 (SAMU), les deux régulations seraient interconnectées.

Le rapport précise que :

- « La PDSA n'est pas la continuité des soins prévue dans l'Article 47 du code de déontologie [et que] le principe de volontariat ne remet pas en cause l'application [de cet article]. Le médecin qui refuse d'assurer la continuité des

soins doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».(6)

- La prise en charge des urgences en cas de péril imminent de la vie d'un patient ne relève pas de la PDSA mais du SAMU. L'organisation de la PDSA et des urgences doit être complémentaire.
- La PDSA est une « mission d'intérêt général » organisée désormais de manière « collective » et localement « en concertation » entre le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et « les associations de gardes locales ».
- « Il est de la responsabilité des pouvoirs publics et des Caisses d'Assurance Maladie de dégager les moyens et financements nécessaires à la mise en œuvre de ces propositions »; le financement pouvant aussi être assuré par les collectivités locales. Le praticien de PDSA doit être rémunéré autrement qu'à l'acte. Le médecin régulateur doit également être rémunéré.
- Le médecin régulateur doit bénéficier d'une formation.
- La sécurité du praticien lors des gardes de PDSA doit être assurée.
- Le développement des maisons médicales de garde (MMG) doit être encouragé (mais se pose alors le problème de transport vers celles-ci, l'Assurance Maladie ne remboursant que les transferts vers les établissements de soins).
- La sectorisation et l'organisation de la PDSA « doivent pouvoir être identifiées par la population afin d'encourager un meilleur accès aux soins en limitant à la fois le déplacement des médecins et les recours abusifs ».

2.1.2.3 Décrets n°2003-880 et n°2003-881 du 15 septembre 2003 (7)(8)

Ils correspondent aux premiers textes de loi décrivant les modalités d'organisation de la PDSA et les conditions de participation des médecins à la PDSA.

Ils modifient le Code de santé publique (CSP) dans le sens du rapport Descours ; entres autres :

- Les horaires de PDSA sont bien identifiés.
- Le préfet est chargé de procéder aux réquisitions si le CNOM n'a pas pu compléter le tableau de gardes.

L'article 77 du code de déontologie est modifié de la manière suivante : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Il traduit la mise en place d'une véritable organisation collective de la PDS qui n'est plus laissée à des initiatives individuelles.(9)

2.1.2.4 Le rapport Grall(10)

Dans son rapport établi en 2007, le Dr Grall dénonce une PDSA « peu fiable, fragile et coûteuse » et propose une adaptation.

- La dualité entre « les préfets responsables du dispositif sans avoir prise sur le financement et l'Assurance Maladie qui répartit les ressources financières ne permet pas de garantir une fiabilité du système ». D'où une mauvaise coordination.
- Par ailleurs, sa fragilité se manifeste par un « désengagement progressif des médecins libéraux ». La demande de soins se reporte sur les centres hospitaliers en deuxième partie de nuit.
- Enfin, le coût de la PDSA ne cesse d'augmenter.

De surcroît, la réorganisation de la PDSA doit tenir compte de « l'évolution défavorable de la démographie médicale » et de la « mauvaise répartition des médecins sur le territoire (gradient nord/sud et rural/urbain) » ainsi que des « changements sociétaux » (féminisation de la profession, augmentation du temps de loisirs dans la population générale, souhait de la part des médecins de ne pas entièrement sacrifier leur vie privée et familiale).

Les propositions faites sont les suivantes :

- « Remettre le patient au premier plan de même que la notion de service à la population » par l'instauration d'un véritable « contrat de volontariat » afin que le système soit pérenne et par « l'information et la responsabilisation de la population » afin qu'il soit lisible.
- « Bâtir un dispositif économe en temps médical » par la mise en place d'une organisation spatiale « homogène, lisible et décloisonnée assurant la synergie de tous les acteurs » en reprenant ce qui existe déjà :
 - un centre de réception des appels (Centre15-SAMU),

- des services d'urgence hospitalière (SAU),
- des services mobiles d'urgence et réanimation (SMUR).

En y ajoutant, pour la PDSA :

- des MMG,
- des médecins mobiles sur des secteurs élargis pour les patients ne pouvant se déplacer.

Et en réorganisant les transports sanitaires ;

tout en :

- « Laissant l'initiative et des marges d'adaptation au niveau régional et départemental »
- « Considérant l'efficience des soins concernés et l'ajustement du coût pour la collectivité » par la « mise en place d'une institution et d'un financement cohérents »
- « Préparant l'avenir » en mettant en place une « évaluation périodique du système dans le cadre des CODAMUPS » ; en formant les médecins à la PDSA et à la régulation (notamment au cours de leurs études) ; en améliorant la formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale ; en considérant les évolutions de la société et les évolutions technologiques de télécommunication (télémédecine).

2.1.2.5 Le rapport Boënnec(11)

Le rapport Boënnec est publié en octobre 2008. Il s'inscrit dans la continuité du rapport Grall, reprenant ses propositions « réalistes » ainsi que des rapports Ritter(12) et Bur(13) de janvier et février 2008 concernant les Agences régionales de santé (ARS).

Il rappelle que le problème principal du dispositif de PDSA « réside dans le manque de visibilité et de disponibilité du médecin de premier recours aux yeux d'une population qui a conservé les réflexes du système antérieur ». Il attire également l'attention sur le fait que les évolutions sociales décrites précédemment conduisent « à un exercice urbain de la médecine où les contraintes nocturnes sont transférées aux urgences hospitalières et aux associations de SOS médecins ». La médecine de ville libérée des contraintes des gardes, présente par conséquent un plus fort attrait que la médecine rurale connue pour être désertée.

Un des axes majeurs du rapport est le suivant :

- « Faire des ARS les maîtres d'œuvre de la permanence des soins pour clarifier la gestion stratégique des mécanismes sanitaires ». Elles doivent être responsables à la fois de l'organisation et du financement de la PDS, et doivent de surcroît, être dotées de moyens d'évaluation et d'expérimentation pour l'amélioration de leurs dispositifs.

Concrètement, entre autres, sont proposés :

- Le vœu de « rendre éligible aux contrats les médecins généralistes non installés (jeunes retraités, remplaçants, salariés, internes, etc.), créant ainsi une réserve médicale ».
- L'évocation d'une « rémunération forfaitaire des actes liés à la PDS ».
- La délégation « des tâches au bénéfice des personnels paramédicaux ».
- La coordination des « gardes des différents acteurs : médecins généralistes, médecins spécialistes, ambulanciers, pompiers, pharmaciens... ».
- La suppression des gardes en nuit profonde (rares et onéreuses) et le report de la demande vers les hôpitaux, en nuit profonde.
- La délibération avec les autorités publiques compétentes concernant la prise en charge des actes médico-administratifs, qui n'appartiennent pas à la permanence des soins ».
- Le regroupement « sous un numéro de téléphone unique de toutes les demandes sanitaires des citoyens ». (par exemple le numéro national 15, connu de tous, qui pourrait être étendu au numéro européen 112).
- La généralisation « de la pratique du conseil médical téléphonique, voire celle de la prescription téléphonique dans le cadre de protocoles établis par la Haute Autorité de Santé (HAS) ».

2.1.2.6 La loi HPST « hôpital, patients, santé, territoires »(14)(15)

La loi HPST du 21 juillet 2009 a été élaborée après de nombreuses concertations faisant suite notamment aux rapports Larcher(16), Ritter(12) et Flajolet (17) et aux échanges des états généraux de l'organisation des soins (EGOS). La loi « doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués, de qualité [et] accessible à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé. La loi acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Elle propose [...], une réorganisation globale du système de soins, en traitant [entre autres] les

questions de la lutte contre les déserts médicaux, du décroisement entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et le secteur médicosocial [...] ; d'une manière générale, de la coordination du système de santé. Tout cela étant rendu possible par la création des ARS ».

L'article 36 de la loi modifiant les articles L 4111-11 à L 1411-18 du CSP, sur l'accès de tous à des soins de qualité, somme le médecin généraliste de « participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1 » (2)

L'article 49 modifie l'article L.6314-1 du CSP. Il définit la PDS comme une « mission de service public » à laquelle participent les médecins libéraux en « collaboration avec les établissements de santé. [...] Les modalités d'organisation [sont] définies par un décret en Conseil d'Etat ». (1)

Le Décret du 13 juillet 2010 par son article 1^{er} modifiant les articles R.6315-1 à R.6315-6 du CSP, définit les modalités d'organisation de la PDS telles qu'elles le sont aujourd'hui et telles que définies plus haut. Un cahier des charges régional de la PDS doit être établi par chaque ARS « dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins ». L'importance du rôle des associations de PDSA est mise en évidence.(4)

2.1.3 Etat des lieux de la PDSA sur le territoire français et perspectives (18), (19),(20)

L'ARS de chacune des 27 régions du territoire français assure l'organisation de la PDSA dans sa région ; celle-ci est décrite dans le cahier des charges respectif de chaque ARS.

La Cour des comptes publie un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et concernant la PDSA en septembre 2013(18). Ce rapport décrit un système cohérent, présentant l'intérêt notable d'être organisé par l'ARS. Il décrit cependant:

- Des difficultés pour les réquisitions lorsque les tableaux de gardes ne sont pas complets et une modeste mise en application de la loi HPST concernant « l'extension des médecins pouvant participer à la PDSA aux remplaçants et aux retraités ».
- La persistance de consultations spontanées aux urgences pour des cas qui ne relèveraient pas de la médecine d'urgence ou pour des cas qui seraient moins

adaptés (personnes âgées) dans les horaires où les médecins libéraux de gardes sont disponibles.

- Une « explosion des dépenses » liée à l'introduction des forfaits d'astreinte et aux « majorations plus élevées des actes en cas de régulation préalable ».
- Une efficacité inégale de la PDSA sur le territoire.

Le rapport de la Cour des comptes propose de :

- « Mieux organiser la présence médicale » sur le territoire par un « redécoupage des territoires de PDS », en encourageant le développement des MMG et celui d'effecteurs mobiles plus adaptés à certaines situations et en recherchant une bonne articulation entre MMG et hôpitaux.
- Confier « aux ARS le « financement [de la PDSA] dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses y compris [en ce qui concerne] la rémunération des actes médicaux. » et en transférant le pouvoir de réquisition du préfet au directeur général de l'ARS.

En parallèle, le CNOM dans ses communiqué et rapport annuel de la PDS (datés respectivement de février 2014 et décembre 2013)(19),(20) met en avant deux points :

- « La diminution du nombre de territoires de PDS » (1764 territoires fin 2013 contre 1910 fin 2012) et « un allègement du dispositif en nuit profonde » (arrêt de la garde à minuit dans 61% des territoires fin 2013 contre 55% fin 2012) en accord avec la volonté des ARS.
- Une diminution du nombre de médecins volontaires pour la PDS (« deux tiers des départements rapportent un taux de volontaires supérieur à 60% contre près de 75% fin 2012 »)

Face à ces problèmes, le CNOM recommande une « professionnalisation de l'effectif, un développement de la télémédecine, un renforcement des coopérations interprofessionnelles, [et rappelle que] les budgets doivent être adaptés aux objectifs affichés et arrêtés ».

2.1.4 Fonctionnement de la PDSA en Haute-Garonne et sur le bassin de Muret (21),(22)

2.1.4.1 Dans le département de Haute-Garonne

Avant 2013, le fonctionnement de la PDSA en Haute-Garonne était hétérogène. Il s'avérait inégal sur le territoire, pour la population comme pour les médecins.

Le 2 janvier 2013, le cahier des charges de la PDSA de l'ARS Midi-Pyrénées a été mis en œuvre, réorganisant profondément les gardes de médecine générale dans le département : « le dispositif de PDSA doit permettre aux horaires de PDSA d'assurer la prise en charge par la médecine libérale des demandes de soins non programmées [et] de garantir une coordination optimale des professionnels pour la prise en charge des urgences vitales. »

La réponse aux soins de premiers recours repose sur une organisation de la région et des départements en bassins de santé. Le département de Haute-Garonne est divisé en cinq bassins de santé: Cornebarrieu (comprenant la clinique des Cèdres) ; Muret (comprenant la clinique de l'Occitanie) ; Villefranche-de-Lauragais ; (sans établissement hospitalier implanté) ; Saint Jean- L'Union (comprenant la clinique de l'Union) et Toulouse (comprenant six établissements hospitaliers accueillant des urgences : le Centre Hospitalo-Universitaire [CHU] de Purpan, l'hôpital des enfants, le CHU de Rangueil, l'hôpital Joseph Ducuing, la clinique Saint-Jean du Languedoc et la clinique Ambroise Paré).

Le cahier des charges précise les modalités d'organisation de la régulation libérale et de l'effectif :

- Les médecins régulateurs travaillent au sein d'une association de médecins régulateurs libéraux, sur la base du volontariat, sur les plages horaires de PDSA. Leur formation à la régulation est obligatoire. Ils travaillent en interconnexion informatique et téléphonique avec le SAMU-Centre 15 grâce à l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP). « L'accès à la régulation libérale pour l'utilisateur relève d'une démarche volontaire » par le biais d'un numéro régional spécifique dédié. « L'appel est décroché par un assistant de régulation médicale, situé au SAMU-Centre 15, qui évalue la

gravité et l'urgence de l'appel et le transmet au médecin régulateur (soit au médecin de l'Aide Médicale d'Urgence [AMU], soit au médecin de la PDSA). Le médecin régulateur décide ensuite de la réponse la mieux adaptée pour le patient : conseil médical, prescription médicamenteuse téléphonique en lien avec une pharmacie de garde, orientation du patient vers un point fixe de consultation, visite pour le médecin effecteur mobile pour les visites inévitables, déclenchement d'un transport du patient vers une structure d'urgence (solution de dernier recours) ou renvoi de l'appel vers l'AMU.

Une « visite est inévitable lorsque le patient ne peut se déplacer pour des raisons médicales (patient grabataire) ou sociales (absence de moyen de transport, charge de la famille...). Le caractère inévitable d'une visite est apprécié par le médecin régulateur »(21). Le Centre de Réception et de Régulation des Appels du SAMU de la Haute Garonne (CRRA 31) et les associations libérales de régulation possèdent un « protocole de visites inévitables» (cf. annexe 1).

Depuis le 2 juin 2014, le numéro dédié à la PDSA dans le département de Haute-Garonne et l'ensemble de la région Midi-Pyrénées est le 3966. Les médecins de la PDSA (médecins généralistes libéraux) régulent les appels reçus en coordination avec les médecins de l'AMU (médecins urgentistes du SAMU-Centre 15).

La régulation pour la PDSA en Haute-Garonne comprend :

- Le CRRA 31 situé dans les locaux du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) (n°15).
- Une association libérale de régulation médicale : Régul'31, située dans les locaux du CRRA 31 depuis 2004, en interconnexion avec celui-ci (n° 3966).
- SOS médecins : association fondée en 1966. Elle dispose de sa propre régulation (n° 0561330000 ou 3624).

- Les médecins effecteurs s'organisent dans le cadre départemental au sein des bassins de santé également sur la base du volontariat. Il existe deux modalités d'effectation :
 - Les médecins effecteurs postés exclusifs qui consultent en lieu fixe et déterminé et reçoivent les patients adressés par la régulation.
 - Les médecins effecteurs mixtes qui consultent en point fixe et effectuent les visites inévitables en dehors des plages de consultation.

Lors de sa création, l'ARS Midi-Pyrénées suggère dans son cahier des charge d'éventuelles expérimentations concernant d'autres modalités de participation à l'effectation : la mise en place de médecins mobiles.

Les médecins effecteurs postés ou mixtes sont présents aux horaires de PDSA, mis à part sur la période de fin de nuit (0 h – 8 h) où il n'est pas prévu d'effecteur posté exclusif. Un effecteur mixte est prévu en fin de nuit (0 h – 8 h) seulement s'il « permet d'éviter de mobiliser indûment les moyens de l'AMU, [en]semaine, pour les communes situées à plus de 30 min d'un service d'urgence, excepté sur le grand Toulouse. » Cette absence de médecin en fin de nuit (0 h – 8 h) est liée à une économie des dépenses de santé (paiement d'une astreinte pour un faible nombre d'actes réalisés).

Les médecins (régulateurs et effecteurs) et les associations participant à la PDSA établissent le tableau de gardes qui est transmis au CDOM puis entre autres au directeur général de l'ARS, au préfet du département et aux services d'aide médicale urgente. Le tableau de gardes est établi pour une durée minimale de trois mois et transmis au CDOM « au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre ».

En ce qui concerne le financement des médecins effecteurs, « une indemnité de base de 50€ pour une durée de référence de quatre heures [...] s'applique sur toutes les périodes de gardes. Une indemnité complémentaire applicable à certaines périodes, visant à consolider l'attractivité de la participation au dispositif [est prévue] en fonction de son adaptation aux besoins. » Fin janvier 2013, la tranche 20 h – 0 h est rémunérée 75€. Cette indemnité est rémunérée au médecin par l'ARS. Les actes médicaux et les indemnités kilométriques et de déplacements réalisés au cours de la

garde sont rémunérés conformément à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le cahier des charges décrit également les modalités d'évaluation du fonctionnement de la PDSA et le suivi des incidents, rôle notamment de l'ORU-MiP.

L'ARS se charge de faire connaître à la population le dispositif de PDSA par différents moyens de communication (conférence de presse, campagne d'affichage, communication radio et télévision...)

À la garde médicale sont associées pour la PDSA, une garde odontologique, une garde pharmaceutique et une garde des transports.

2.1.4.2 Sur le bassin de Muret

Le bassin de Muret est divisé en 6 sous-bassins (Frouzins, Seysses, Le Volvestre/Peyssies, Muret centre, Auterive, Saint-Lys ; cf. annexe 2), et compte un peu plus de 184000 habitants (INSEE 2009) pour une superficie d'environ 1364 km². Il s'agit d'un secteur semi-rural à rural.

Avant 2013, la couverture médicale du bassin de Muret découpé en 16 secteurs était assurée aux horaires de PDSA par 16 médecins généralistes (1 pour chaque secteur). A partir du 2 janvier 2013, après concertation avec les médecins du bassin, l'ARS a restreint le nombre de secteurs (agrandissant la taille de ceux-ci) et le nombre de médecins assurant les gardes. Le nouveau système a prévu 6 médecins (1 pour chaque sous-bassin) : deux effecteurs postés exclusifs basés dans les MMG de Peyssies et Frouzins ; deux effecteurs postés exclusifs à Labarthe et Seysses et deux effecteurs mixtes à Saint Lys et Muret Centre. Par ailleurs, les gardes entre 0 h et 8 h ont été supprimées comme prévu dans le cahier des charges.

En janvier 2014, en accord avec l'ARS, un médecin mobile est venu compléter l'organisation du système de PDSA sur le bassin de Muret afin de résoudre le problème des visites inévitables.

Au cours de l'année 2014, la présence d'un médecin mobile a permis à deux sous-bassins (celui de Seysses et de Frouzins) de fusionner autour de la MMG de Frouzins réduisant ainsi le nombre de sous-bassins de six à cinq.

2.2 Médecin effecteur mobile (MMOB)

2.2.1 Rôle du MMOB

Le MMOB, sur demande du médecin régulateur uniquement, se déplace à domicile auprès des patients pour effectuer les visites inévitables aux horaires de la PDSA. Il agit en complément du médecin effecteur posté exclusif (basé dans une MMG ou sur un autre lieu de consultation déterminé). Il n'intervient pas pour des pathologies d'Aide Médicale Urgente (AMU) qui sont du ressort des équipes du SAMU (cf. annexe 1). Le MMOB décide après évaluation de l'état de santé du patient, de la nécessité d'adresser le patient aux urgences hospitalières ou de la possibilité de soins sur place.

2.2.2 Etat des lieux des médecins mobiles sur le territoire français

À l'échelle nationale, le dispositif médecin mobile a été expérimenté le 1^{er} avril 2011 en Loire-Atlantique. L'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins en Loire-Atlantique (ADOPS 44) a mis en place ce dispositif face à un manque de « réponse aux demandes de soins de médecine générale la nuit ». Les médecins mobiles de l'ADOPS 44 étant effectifs chaque nuit de 20 h à 8 h afin d'effectuer des « visites protocolisées » après régulation par le Samu-Centre 15 sur l'ensemble du territoire, mis à part les zones couvertes par SOS médecins (zones urbaines de Nantes et Saint Nazaire)(23).

D'autres médecins mobiles existent en tant que tels sur le territoire français ou leur exercice est en cours d'expérimentation.

- Dans la région Bretagne : mise en place d'effecteurs mobiles pour les visites inévitables sur l'ensemble du territoire en zone rurale et semi-rurale, aux horaires de PDSA y compris en nuit profonde(24).

- Dans la région Centre : le dispositif est envisagé dans le cahier des charges de l'ARS(25).
- Dans la région Champagne-Ardenne : expérimentation d'un effecteur mobile sur un secteur limité(26).
- Dans la région Franche-Comté : un effecteur mobile est présent sur le territoire de Belfort la nuit de 0 h à 8 h(27).
- Dans la région Haute-Normandie : dans le département de Seine Maritime, sur l'ensemble des horaires de PDSA, les visites sont effectuées au Havre par l'Association Médicale des Urgences Havraises (AMUH) et dans une partie de la ville de Rouen par l'association Urgences Médicales Rouennaise (UMR). Deux équipes mobiles exercent de surcroît de 8 h à 20 h à Yvetot et Neufchâtel(28).
- Dans la région Ile-de-France : dans certains territoires, des effecteurs mobiles sont mis en place pour effectuer les visites inévitables (il s'agit pour la plupart de visites régulées par le 15 et actives sur la totalité des horaires de PDSA y compris en nuit profonde)(29).
 - À Paris, trois associations de médecins mobiles effectuent les visites à domicile sur l'ensemble du territoire : Garde Médicale de Paris (GMP), Urgences Médicales de Paris (UMP) et SOS médecins.
 - En Seine-et-Marne, l'association Médecins d'Urgence (MU77) et SOS médecins couvrent une partie du sud du département (Fontainebleau et sa périphérie proche) et une partie de l'Essonne.
 - Dans les Yvelines, les « MMG dites mobiles » (Mobile NORD et Mobile SUD) couvrent une partie du territoire. SOS médecins couvre l'autre partie.
 - Dans le Val d'Oise, seul SOS médecins intervient sur une partie du territoire.
 - Dans l'Essonne, seul SOS médecins intervient sur l'ensemble du territoire.
 - Dans les Hauts-de-Seine, l'association SOS 92 Gardes et Urgences Médicales couvre presque l'ensemble des territoires pour les visites à domicile.

- En Seine-Saint-Denis, l'association Services d'Urgences 93 se déplace sur l'ensemble du territoire.
 - Dans le Val-de-Marne, deux associations effectuent les visites à domicile, Médecins de garde du Val-de-Marne (MEDIGARDE) pour 23 communes et Médecins à domicile (MEDADOM) pour 24 communes. Quatre effecteurs mobiles sont présents de 20 h à 8 h et un cinquième médecin assure la PDSA de 20 h à 0 h pour une partie du territoire.
- Dans la région Languedoc-Roussillon : le dispositif est envisagé dans le cahier des charges ainsi que la mise en place de transport vers le lieu fixe de consultation(30).
 - Dans la région Limousin : en Haute-Vienne, il existe cinq médecins effecteurs mobiles assurant les visites inévitables pour chacun des cinq secteurs ruraux aux horaires de PDSA y compris en nuit profonde. Pour Limoges, deux médecins effecteurs mobiles sont mis en place aux horaires de PDSA excepté de 0 h à 8 h. En Corrèze, il existe trois médecins effecteurs mobiles pour chacun des trois secteurs ruraux et un effecteur mobile pour le secteur de Brive, la nuit de 20 h à 8 h. Pour le secteur de Brive, un médecin effecteur mixte supplémentaire est présent les samedis, dimanches, jours fériés et « ponts ». Dans la Creuse, il existe deux effecteurs mobiles pour chacun des deux secteurs ruraux et un effecteur mobile pour le secteur de Guéret aux horaires de PDSA y compris en nuit profonde, en coopération avec les médecins du Centre Hospitalier de Guéret(31).
 - Dans la région Picardie : le cahier des charges de l'ARS évoque la mise en place d'une expérimentation d'effecteurs mobiles les samedis, dimanches et jours fériés, y compris en nuit profonde sur la Somme, pour les visites inévitables ; l'essai est prévu pour 12 mois(32).
 - Dans la région Rhône-Alpes : des effecteurs mobiles ont été mis en place à titre expérimental sur des territoires élargis, sur l'ensemble de la région, pour les visites inévitables aux horaires de PDSA(33).
 - En Martinique : le cahier des charges évoque la possibilité de mettre en place des « taxis sociaux » pour les patients ne pouvant se rendre sur les points fixes de consultation(34)

Les associations SOS médecins participent également à la PDSA sans y être entièrement destinées. Elles adressent leurs médecins effecteurs pour les visites à domicile (régulation propre ou demande effectuée par le SAMU-Centre 15), sept jours sur sept, 24 heures sur 24. Depuis 2005, les centres d'appel SOS médecins sont en interconnexion avec le SAMU-Centre 15. Il n'y existe pas de critère de visites inévitables. Au nombre de 61 sur le territoire français, elles ne couvrent que les zones urbaines et péri-urbaines (Toulouse et sa périphérie pour l'ensemble de la région Midi-Pyrénées)(35).

2.2.3 Projet expérimental de MMOB sur le bassin de Muret : MMOB 31

2.2.3.1 L'association MMOB31

L'association de médecins mobiles de la Haute-Garonne (MMOB 31) est une association loi 1901 qui a vu le jour en décembre 2013. L'association MMOB 31 participe à l'organisation des MMOB du bassin de Muret (recrutement, équipement, réalisation du tableau de garde conformément à la législation, détermination du secteur géographique d'intervention, participation à la formation des MMOB et aux travaux d'évaluation de l'activité MMOB en collaboration avec l'ORU-MiP, coordination de la liaison avec les effecteurs de la PDSA et le CRRA 31). Elle assure la représentation de ses membres auprès des instances ayant une compétence légale en matière de PDS (cf. annexe 3).

La mise en place de MMOB 31 s'est faite en étroite collaboration avec la clinique de l'Occitanie de Muret. Son directeur a défendu la complémentarité nécessaire entre la pratique hospitalière et la médecine de ville.

Le projet pilote MMOB 31 est opérationnel depuis le 4 janvier 2014.

2.2.3.2 Fonctionnement des MMOB31

Les MMOB 31 interviennent aux horaires de PDSA les samedis de 12 h à 0 h et les dimanches, jours fériés et « ponts » éventuels de 8 h à 0 h. Les soirs de la semaine (20 h - 0 h) et la nuit profonde (0 h - 8 h) ne sont pas pris en charge par les MMOB.

Un seul MMOB assure les gardes quotidiennes. Le secteur d'intervention du MMOB correspond à l'ensemble du bassin de Muret à l'exception des sous-bassins de Muret

Centre et de Saint-Lys. Au total, 30 MMOB volontaires ont participé aux gardes à tour de rôle sur le 1^{er} semestre 2014, dont 14 médecins jeunes remplaçants.

Les principaux hôpitaux et cliniques de proximité susceptibles de recevoir les patients adressés par les MMOB sont : le CHU de Purpan, le CHU de Rangueil, l'hôpital Joseph Ducuing, la clinique Saint Jean du Languedoc, la clinique Ambroise Paré, la clinique de l'Occitanie de Muret et le centre hospitalier de Saint-Gaudens.

2.2.3.3 Aspect logistique

La clinique de l'Occitanie intervient à titre gracieux dans l'hébergement du MMOB en mettant à sa disposition une chambre de garde au sein de la clinique.

De plus, elle fournit une partie du matériel médical embarqué, dont la trousse d'urgence (matériel de perfusion, suture, soins de premier secours, principaux médicaments d'urgence *per os* et injectables). À cette trousse médicale s'ajoute un électrocardiographe, un défibrillateur semi-automatique et un saturomètre.

Le matériel de communication et de navigation informatique embarqué comporte un téléphone portable, une tablette informatique sur laquelle le médecin régulateur transmet le dossier médical du patient, un boîtier de navigation GPS et un boîtier de géolocalisation (permettant au CRRA de situer le MMOB lors de ses déplacements et au MMOB de donner l'alerte en cas de mise en danger personnelle). Une partie du matériel de communication a été fourni par l'ARS Midi-Pyrénées.

Lors de chaque visite effectuée, le MMOB complète le dossier médical du patient permettant de garder une trace écrite de chaque acte (cf. annexe 4). Depuis juillet 2014, ce dossier médical est informatisé. Ce système de dossiers médicaux informatiques (*datamob*) interconnectés entre le médecin régulateur et le MMOB, est disponible sur une base d'échange sécurisée des dossiers médicaux et mis en place par l'ORUMiP. La chambre de garde équipée est également informatisée et comporte une petite réserve pharmaceutique.

Chaque MMOB utilise son véhicule personnel pour effectuer les visites. Une plaque magnétique placée sur le véhicule permet d'identifier le MMOB.

2.2.3.4 Financement du projet, rémunération des astreintes

L'association MMO31 avait assuré initialement à chaque MMOB une rémunération minimale de sa journée de garde (indemnisation forfaitaire et actes effectués confondus) à hauteur de « 3C » de l'heure (c'est-à-dire trois consultations à 23 € pour une heure, soit 828 € pour les samedis et 1104€ pour les dimanches et jours fériés). Les médecins du bassin ont contribué sur la base du volontariat au financement du projet MMOB à hauteur de 50 € par médecin, afin d'assurer à chaque MMOB cette rémunération minimale sur le 1^{er} semestre 2014.

Pour le 1^{er} semestre 2014, l'indemnisation forfaitaire rétribuée par l'ARS pour le médecin mobile s'est élevée à 225 € pour les samedis et 300 € pour les dimanches. À partir du 1^{er} juillet 2014, dans le cadre d'un contrat d'expérimentation du MMOB avec l'ARS Midi-Pyrénées, l'indemnisation forfaitaire a été majorée. Elle s'élève désormais à 100 € par tranche de quatre heures de 8 h à 20 h et 150 € par tranches de quatre heures de 20 h à 0 h. Soit 350 € pour les samedis et 450 € pour les dimanches (cf. annexe 6).

2.2.3.5 Continuité des soins

A l'issue de sa garde, le MMOB informe le médecin traitant du patient de la réalisation d'une visite à domicile, permettant une bonne coordination et la continuité des soins.

2.3 Les services d'accueil des urgences

2.3.1 L'organisation, la tarification et l'activité des services d'accueil des urgences

L'accès aux urgences est libre, le principe de régulation de la PDSA n'étant pas appliqué pour l'accès aux urgences.

Le financement des consultations aux urgences repose depuis 2004 « sur une combinaison d'une dotation fixe et uniforme entre les établissements de santé (dénommée forfait annuel urgences -FAU), d'un tarif par passage (dénommé accueil et traitement des urgences -ATU) et de la rémunération des actes effectués

(consultation, actes de radiologie ou de biologie...) »(18). « Le montant du forfait annuel pour l'activité de médecine d'urgence (FAU) est déterminé en fonction du nombre d'ATU facturé au titre de l'année [précédente]. »Le montant du forfait ATU s'élève à 25,32€(36). Le tarif associant les forfaits FAU+ATU sans les actes équivaut à environ 95€(18).

L'activité des services d'accueil des urgences ne cesse d'augmenter(18). En Haute-Garonne, il a été constaté une augmentation de +3,4% de l'activité globale des services d'accueil des urgences de 2012 à 2013(37).

2.3.2 Particularité de la prise en charge médicale des personnes âgées aux urgences (38) ;(39)

La prise en charge médicale des personnes âgées pose tout particulièrement des questions d'ordre éthique : « quels sont les justes actes qui donneront de la qualité aux années à vivre de la personne âgée ? » La personne âgée a besoin d'une prise en charge « globale », en tenant compte « de son trouble mais aussi de ses capacités et de son environnement ». Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2011 sur « l'impact des modes d'organisation de la prise en charge de la personne âgée » suggère des « expérimentations en matière de domotique pour le maintien au domicile et de télémédecine » pour éviter aux personnes âgées et/ou isolées des déplacements à l'hôpital et aux urgences. Le rapport démontre que « les personnes les plus âgées recourent davantage aux urgences quelle que soit la catégorie majeure du diagnostic considérée », notamment pour des causes bénignes ne justifiant pas un passage par les urgences(38).

La Société francophone de médecine d'urgence, en 2003, constate que la moitié des personnes âgées de plus de 75 ans arrive aux urgences sans l'accompagnement d'un proche et sont dans 75% des cas adressées par un médecin généraliste ou le SAMU-Centre 15. Elle recommande que « le recours aux services d'urgences ne doit être décidé que s'il constitue la filière de soins la plus efficiente pour répondre aux besoins de la personne âgée. »(39)

2.4 L'organisation et la tarification des transports sanitaires

Les soirs, week-end et jours fériés, les déplacements pris en charge par l'assurance maladie (hors transport SMUR et Pompiers) sont effectués en ambulance (véhicule sanitaire dont l'équipage est composé de deux personnes). Le SAMU-Centre 15 est susceptible de déclencher l'utilisation d'une ambulance privée pour transporter un patient vers un service d'accueil des urgences. « Le transport est pris en charge (au taux de 65 %) par l'Assurance Maladie s'il [...] est décidé par le SAMU », dans le cas où le patient n'est pas atteint d'une affection de longue durée (ALD). Lorsque le patient est atteint d'une ALD et que le transport est lié aux traitements ou examens relatifs à cette affection, le taux de remboursement est de 100 %. » (40).

La tarification des transports sanitaires en ambulance comporte « un forfait » selon le lieu du siège de l'entreprise de transports sanitaires, « une valorisation trajet court » et « un tarif kilométrique ». Le tarif pour un transport « aller » en ambulance s'élève ainsi au minimum à 58,30 €, sans compter les kilomètres (2,19 € par kilomètre à partir du 3^{ème} kilomètre effectué) et le coût d'éventuels péages(41).

2.5 Problématique et objectif

- 1) Les personnes âgées, sont souvent en situation de fragilité et parfois atteintes d'une pathologie chronique invalidante. Elles peuvent vivre isolées ou en établissement d'hébergement pour personne âgée (EHPAD). Leur prise en charge systématique dans un service d'accueil des urgences (SAU) n'est pas « adéquate »(18) (longs moments d'attente, désorientation à cause d'un changement d'environnement, absence d'accompagnant, déplacement fastidieux...) contrairement à des soins à domicile, si l'hospitalisation ne semble pas indispensable. Or, aux horaires de PDSA, ces personnes présentant des difficultés de déplacement sont envoyées par ambulance vers un SAU.
- 2) La mise en place du seul médecin effecteur fixe ou mixte pour les gardes de PDSA pose problème pour la réalisation des visites inévitables. Son absence pour cause de déplacement à domicile est source d'incompréhension pour les patients qui se sont déplacés sur le lieu de consultation et de préoccupation pour lui. Les médecins refusent donc de quitter leur point fixe de consultation,

obligeant ainsi parfois en cas de visite inévitable à faire appel à une ambulance pour conduire le patient vers les SAU.

En outre, les consultations aux urgences hospitalières pour des cas relevant de la médecine générale, aggravent un problème connu : l'affluence des patients dans les SAU.

- 3) Selon le rapport 2014 de la Cour des Comptes, les dépenses de soins de ville -entre autres- doivent être mieux maîtrisées. D'une manière plus générale, le « rééquilibrage » des comptes de la sécurité sociale progresse quelque peu mais reste en deçà des prévisions. Son déficit s'est élevé à 16 milliards d'euros en 2013(42). Les passages aux urgences et transports en ambulance « non justifiés » ne vont pas dans le sens d'une réduction des dépenses de santé.
- 4) Alors que des mesures incitatives sont mises en place pour favoriser l'installation des jeunes médecins généralistes en particulier dans les zones sous dotées en médecins, la récurrence des gardes de PDSA non organisées sur un territoire les en dissuade. Ceci aggrave un peu plus la « mauvaise répartition des médecins sur le territoire »(10).

L'objectif de ce travail est de montrer l'utilité en termes de santé publique de la mise en place d'un médecin mobile de PDSA dans le cas particulier du bassin de Muret,

- en améliorant la qualité des soins aux personnes âgées qui présentent des difficultés de déplacement ;
- en améliorant la qualité de travail du médecin effecteur fixe ou mixte de PDSA ;
- en évitant un recours systématique aux urgences hospitalières et l'utilisation d'une ambulance lorsque les patients ne peuvent se déplacer, ce qui permet une économie des dépenses de santé pour les gardes de PDSA;
- enfin, en améliorant la qualité des gardes de PDSA, ce qui induit une incitation supplémentaire pour les jeunes médecins généralistes à s'installer sur le bassin.

Afin de vérifier cela, nous nous sommes intéressés à l'activité des MMOB 31 sur le premier semestre 2014. Nous avons également interrogé les médecins installés dans le bassin de Muret et les jeunes médecins remplaçants participants aux gardes MMOB.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 Type d'étude

Cette étude a été réalisée au sein du bassin de Muret en Haute-Garonne, du 4 janvier 2014 au 29 juin 2014. Elle comporte une analyse observationnelle et descriptive, complétée par deux questionnaires d'opinion.

3.2 Etude observationnelle

Le recueil des données a été établi à partir de deux sources différentes :

- La première concernait les dossiers médicaux remplis par le MMOB de garde lors de chaque visite. Il s'agissait d'un document écrit (cf. annexe 4). Ces dossiers enregistrés sous le numéro attribué par le CRRA sont restés anonymes.
- La seconde source correspondait aux données des appels régulés par Régul'31, enregistrés sur le logiciel de gestion d'appels du SAMU (*Appli-SAMU*®) sur le bassin de Muret, sur le premier semestre 2014. Ces données enregistrées sous le numéro attribué par le CRRA sont aussi restées anonymes.

Les données des deux sources ont été croisées afin d'obtenir les résultats. Seules les données concernant la population du bassin de Muret, du 4 janvier 2014 au 29 juin 2014, les samedis, dimanches et jours fériés ont été prises en compte. Elles ont été les suivantes :

- Nombre de visites effectuées.
- Caractéristiques des visites effectuées (répartition horaire, journalière et mensuelle ; répartition géographique ; délai « appel-arrivée sur place » ; motif d'intervention ; lieu d'intervention ; coût ; critère inévitable de la visite respecté ou non).
- Caractéristique des patients (âge et sexe).
- Décision d'orientation du patient par le MMOB.

3.3 Questionnaires

Le premier questionnaire élaboré était destiné aux médecins généralistes libéraux installés dans le bassin de Muret. Le questionnaire a été envoyé par mail à 119 médecins d'après la liste d'*Ordigard* (site de gestion des tableaux de gardes) des effecteurs du bassin de Muret. Au questionnaire était jointe une lettre explicative (cf. annexe 7). Les médecins étaient priés de renvoyer le questionnaire complété par mail. Deux relances ont été effectuées en l'absence de réponse.

Le second questionnaire élaboré était destiné aux 14 jeunes médecins généralistes non installés ayant participé aux gardes de MMOB. Le questionnaire, auquel une lettre explicative était jointe, leur a également été envoyé par mail (cf. annexe 8). Le protocole de relance a été le même que celui cité précédemment.

3.4 Méthode d'évaluation

Les facteurs évalués étaient :

- les caractéristiques des visites effectuées par le MMOB et des patients vus au cours du 1^{er} semestre 2014 ;
- les caractéristiques des patients dont l'appel a été régulé sur le bassin de Muret, au cours du 1^{er} semestre 2014 ;
- les décisions d'orientation du patient après l'intervention du MMOB ;
- l'avis des médecins installés sur le bassin sur ce nouveau système et les conséquences pour leurs patients, pour les médecins de garde postés exclusifs et les jeunes médecins non encore installés ;
- l'avis des jeunes médecins non installés sur leur activité de MMOB : quel intérêt professionnel apporté par cette expérience ? Quel impact de ce nouveau système sur leur possible installation ? Quel choix d'activité future ?

Le critère d'évaluation de l'économie des dépenses de santé pour la PDSA était le maintien à domicile du patient suite à une visite inévitable grâce à l'intervention du MMOB, permettant d'éviter le recours aux urgences hospitalières et l'utilisation d'ambulance.

3.5 Méthode d'analyse statistique

Les données provenant des dossiers médicaux et des questionnaires ont été rassemblées puis analysées dans des tableurs *Excel*[®], permettant de calculer les pourcentages, les moyennes et les médianes.

Les données provenant du logiciel *Appli-SAMU*[®] ont également été rassemblées dans un tableur *Excel*[®] puis analysées avec le logiciel *SAS*[®] 9.4, grâce au concours de l'ORU-MiP. Les tests statistiques utilisés sont le test du Chi2 ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5.

4 RESULTATS

4.1 Résultats de l'étude observationnelle

4.1.1 Activité du MMOB sur le 1^{er} semestre 2014

4.1.1.1 Taux d'exploitation des dossiers médicaux et des données des appels régulés

Pour chaque visite effectuée sans exception, un dossier médical écrit a été rempli par le MMOB. La totalité des dossiers médicaux a été exploitée. Certaines données n'ont parfois pas été renseignées dans les dossiers.

La totalité des appels régulés par Régul'31 aux horaires de PDSA sur le bassin de Muret, sur le 1^{er} semestre 2014 a été exploitée. Certaines données n'ont parfois pas été renseignées dans le logiciel *Appli-SAMU*®.

Le nombre de données traitées est indiqué pour chaque figure et chaque tableau.

4.1.1.2 Nombre de visites

504 visites ont été effectuées par les MMOB du 4 janvier au 29 juin 2014 les samedis, dimanches et jours fériés. Parmi ces visites :

- 94,6% ont été effectuées aux horaires d'activité des MMOB31, soit 477 visites.
- 4,6% ont été effectuées en dehors de ces horaires, soit 23 visites (10 visites effectuées dans la tranche horaire 8 h-12 h les samedis et 13 visites effectuées dans la tranche horaire 0 h-8 h les dimanches et jours fériés).

NB: Pour l'ensemble des figures comprenant un horaire, nous avons considéré l'heure d'appel du MMOB par le médecin régulateur afin d'effectuer la visite.

Figure 1 : Répartition du nombre de visites effectuées par mois, de janvier 2014 à juin 2014 (en valeur absolue).

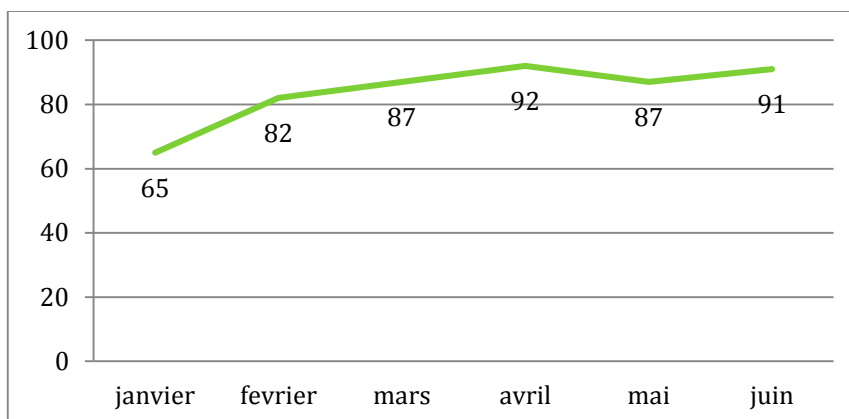


Figure 2 : Répartition du nombre de visites effectuées par mois et répartition du nombre d'appels régulés par Régul'31 sur le bassin de Muret, de janvier 2014 à juin 2014 (en %).

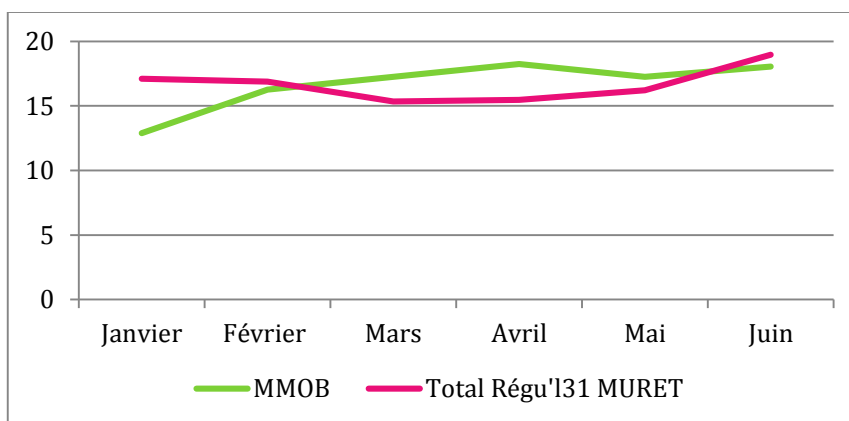


Tableau 1 : Répartition du nombre de visites effectuées dans une journée (en valeur absolue).

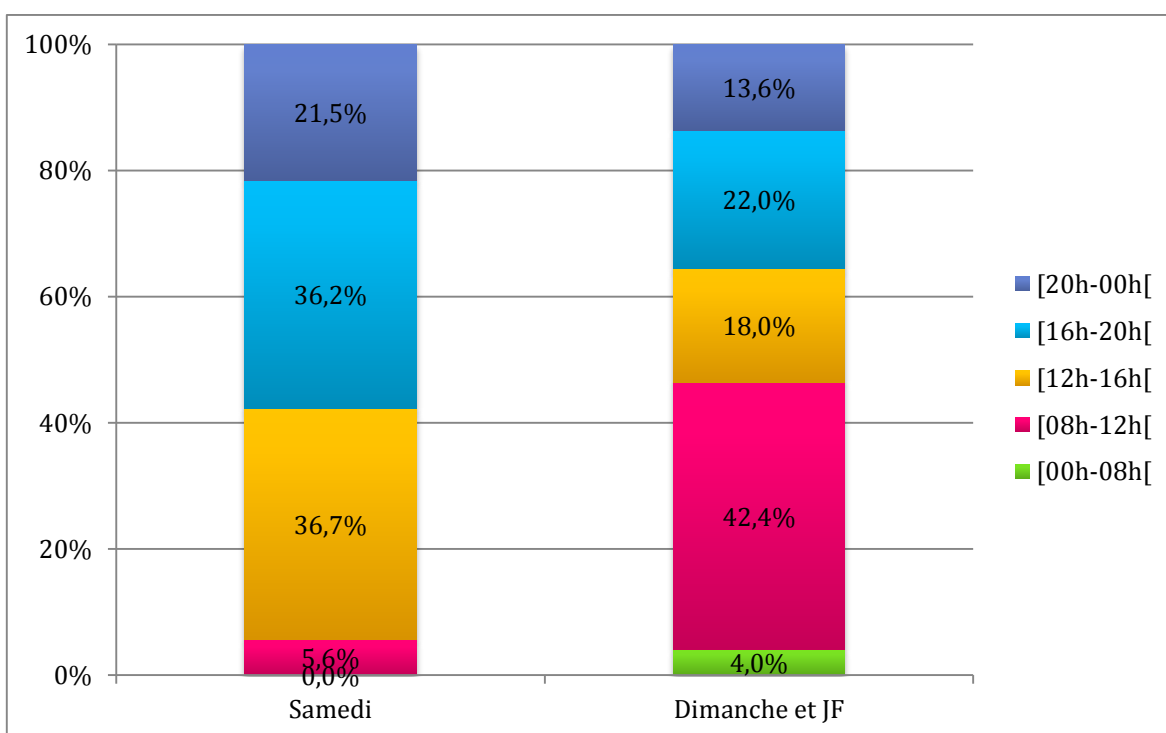
	nombre minimal	nombre maximal	nombre médian
samedis	3	11	6,5
dimanches	5	16	10
jours fériés	5	13	10
toutes journées confondues	3	16	9

4.1.1.3 Nombre de visites par habitants par journée

Entre 3 et 16 visites pour 184 000 habitants par journée ont été effectuées, toutes journées confondues ; soit entre 1,6 et 8,7 visites pour 100 000 habitants par journée.

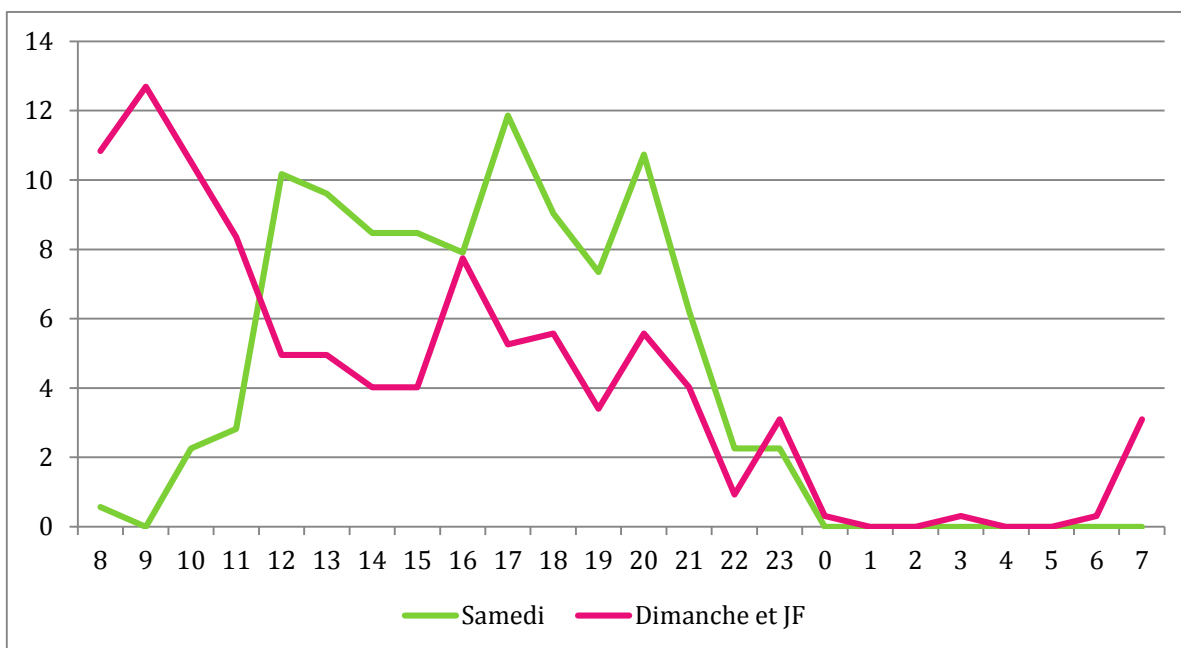
4.1.1.4 Appels du MMOB par le médecin régulateur

Figure 3 : Répartition de la proportion d'appels du MMOB par le médecin régulateur selon le jour et la tranche horaire (en %).



NB : Pour 500 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 0,8% des visites (soit 4 valeurs manquantes).

Figure 4 : Répartition du nombre d'appels du MMOB par le médecin régulateur selon le jour et l'heure (en %).



NB : Sur l'axe des abscisses : les horaires (en heures) ; sur l'axe des ordonnées : le nombre de visites effectuées (en %).

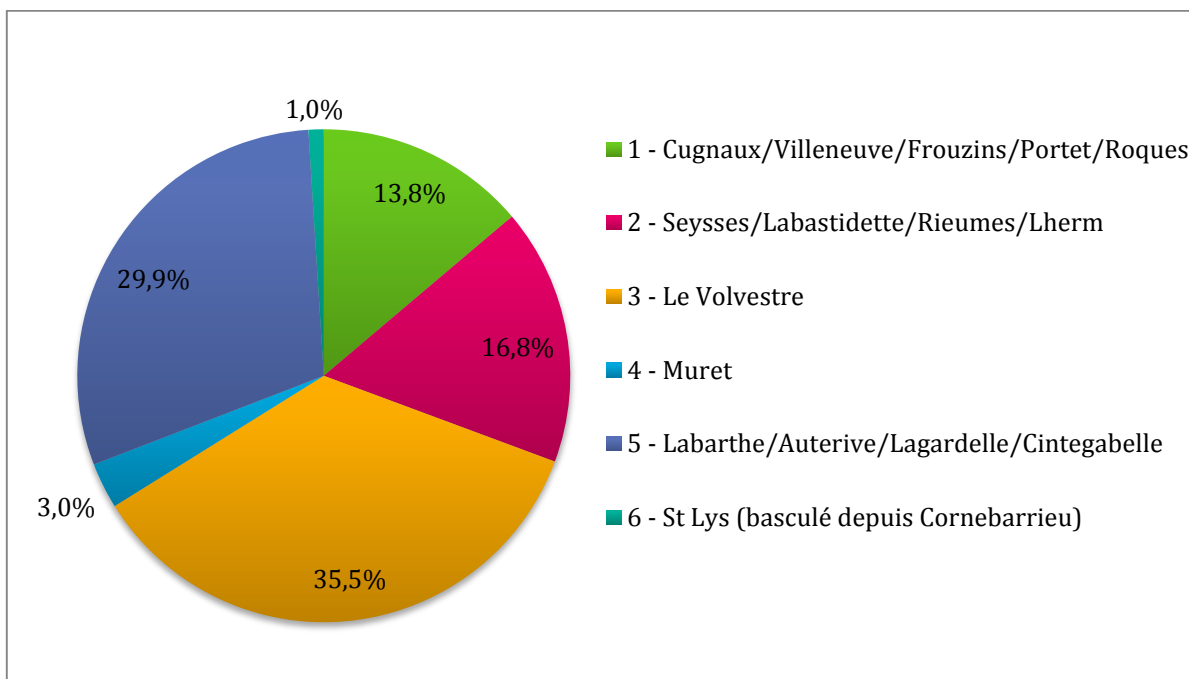
Pour 500 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 0,8% des visites (soit 4 valeurs manquantes).

Les samedis, le nombre d'appels du MMOB par le médecin régulateur était réparti sur l'ensemble de l'après midi (soit 89,8% des appels de 12 h à 21 h) ; tandis que les dimanches et jours fériés (JF), un pic d'appels a été observé entre 8 h et 10 h. Plus du tiers de l'activité des dimanches et jours fériés a été réalisé sur cette tranche horaire (34,1%).

4.1.1.5 Répartition géographique des visites

4.1.1.5.1 Répartition dans chaque sous-bassin

Figure 5 : Répartition du nombre de visites effectuées dans chaque sous-bassin (en%).



NB : Pour 499 visites, les données ont été traitées. 3 visites (soit 0,6%) ont été effectuées en dehors du bassin de Muret (Saint-Gaudens, Villefranche-de-Lauragais et Cornebarrieu). Les données n'ont pas été renseignées pour 0,4% des visites (soit 2 valeurs manquantes).

4.1.1.5.2 Répartition dans chaque commune

La répartition du nombre de visites effectuées dans chaque commune (identifiées par leurs codes postaux ; cf annexe 9) a démontré que l'activité du MMOB a été la plus importante dans les communes de Seysses/Muret (31600) : entre 54 et 61 visites ont été effectuées. Puis elle l'a été dans les communes de Frouzins/Villeneuve-Tolosane (31270), Portet-sur-Garonne (31120), Auterive (31190), Carbonne (31390) et Cazères (31220), où ont été effectuées entre 36 et 54 visites pour chaque commune.

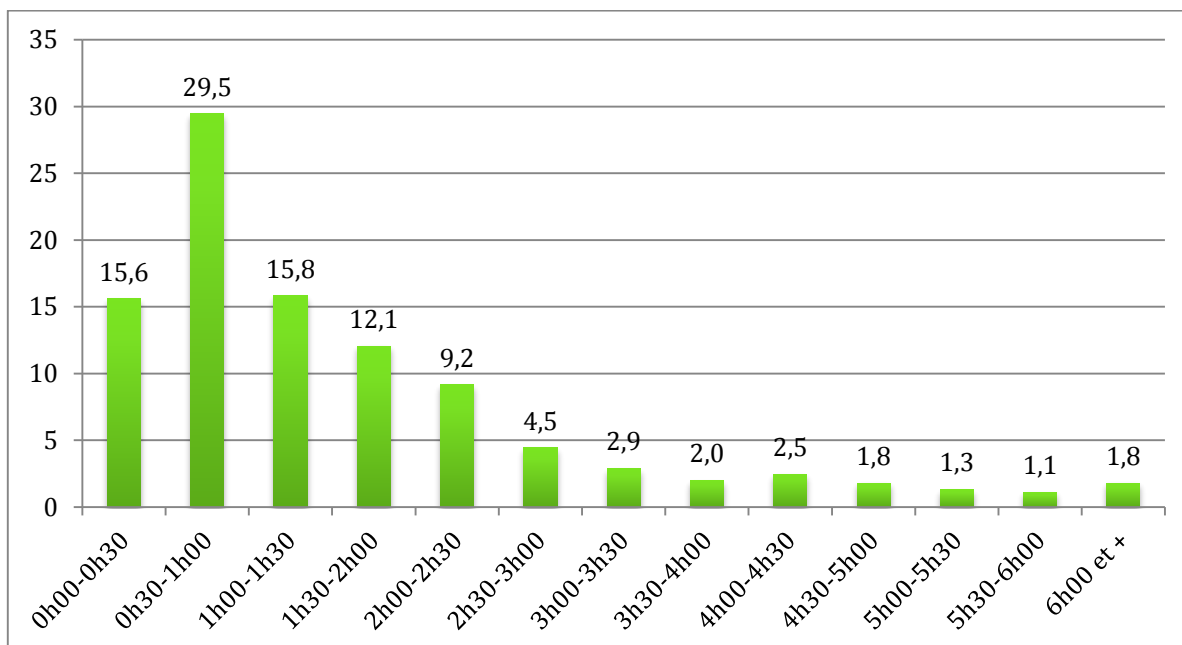
4.1.1.6 Kilométrages parcourus

Le nombre moyen de kilomètres parcourus par le MMOB lors d'une journée de garde a été de 324,6 km \pm 121,3 km ; la médiane était égale à 305 km.

NB : 22 valeurs sur les 57 journées de garde du 1^{er} semestre 2014 ont été renseignées. Les données n'ont pas été renseignées pour 61,4% des visites (soit 35 valeurs manquantes).

4.1.1.7 Délai « appel-arrivée sur place »

Figure 6 : Répartition du nombre de visites effectuées selon leur délai « appel-arrivée sur place »(en %).



NB : Pour 448 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 11,1% des visites (soit 56 valeurs manquantes).

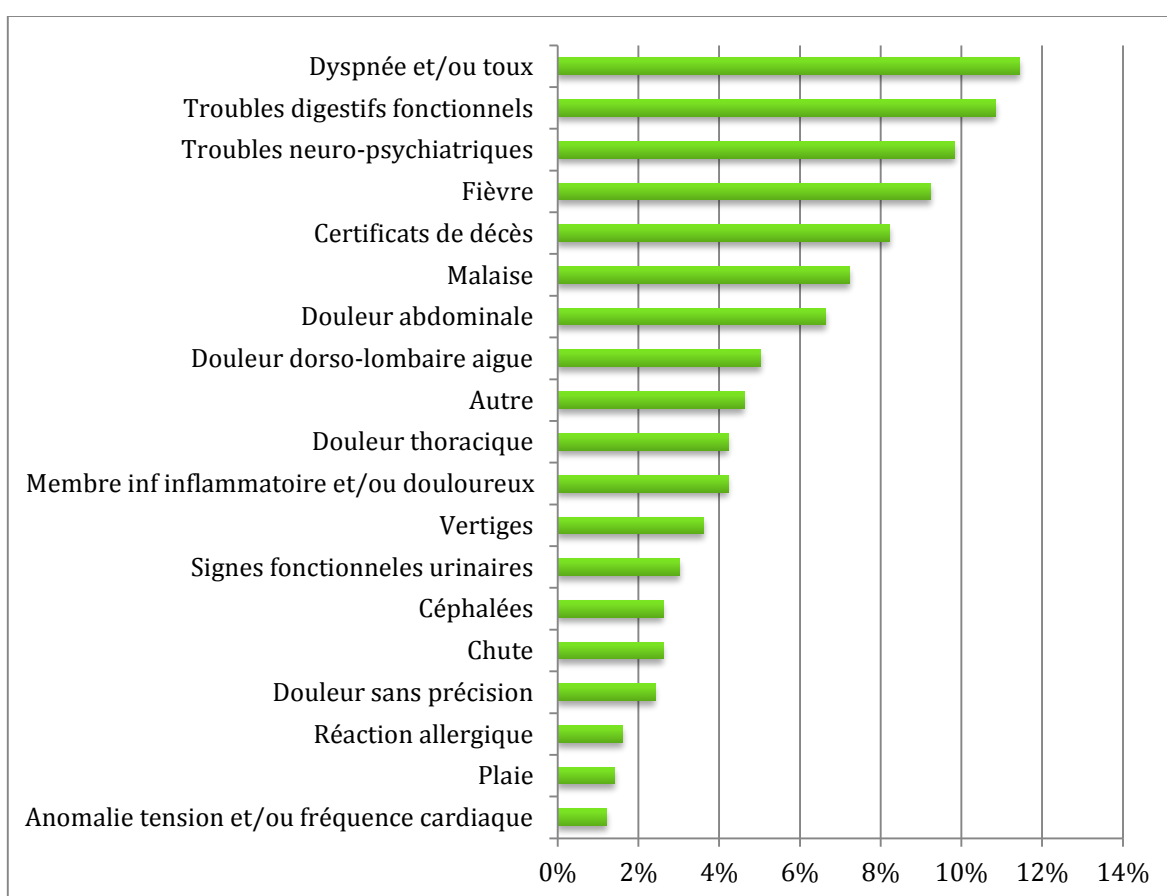
Le délai « appel-arrivée sur place » correspond au délai entre le moment où le MMOB reçoit l'appel du médecin régulateur pour effectuer la visite et le moment où le MMOB arrive au domicile du patient.

Le délai moyen « appel-arrivée sur place » était d'un peu plus de 1h 30 (1h 37± 1h 25) ; le délai médian était égal à 1h 26.

Près des trois quarts des visites ont eu lieu en moins de deux heures (soit 73,0%).

4.1.1.8 Motifs des visites

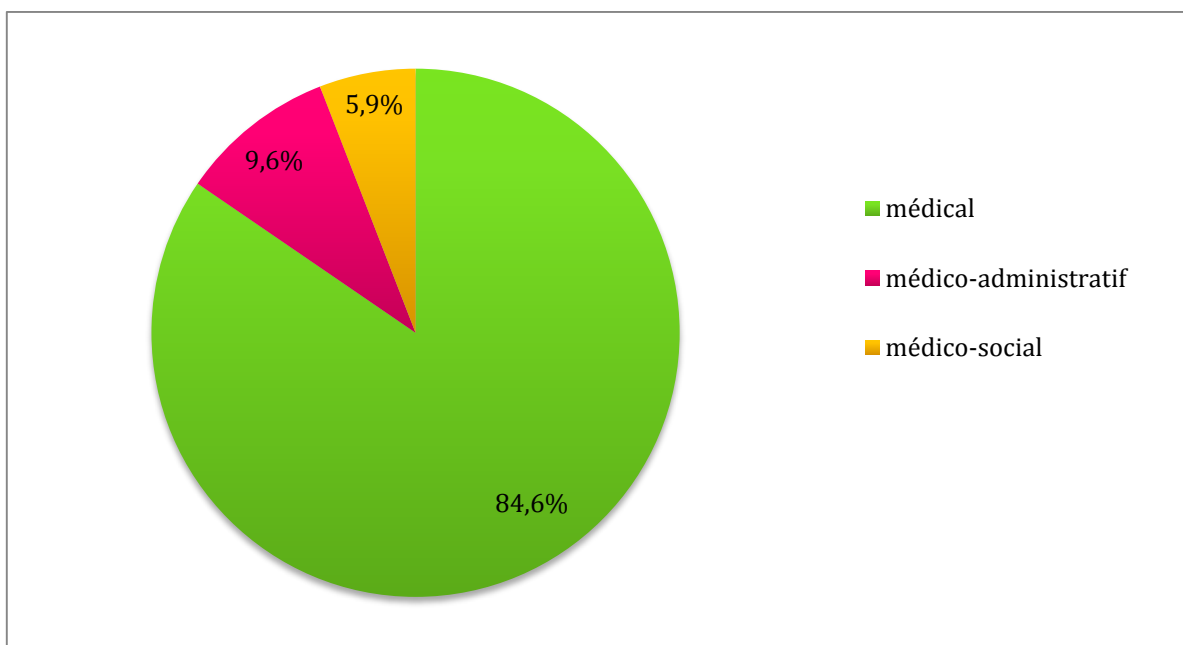
Figure 7 : Répartition du nombre de visites effectuées selon le motif principal de l'appel (en %).



NB : Pour 498 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 1,2% des visites (soit 6 valeurs manquantes).

« Membre inf. » correspond à « membre inférieur ».

Figure 8 : Répartition du nombre de visites effectuées selon leur catégorie : médicale, médico-administrative ou médico-sociale (en %).



NB : Pour 492 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 2,4% des visites (soit 12 valeurs manquantes).

Parmi les visites à caractère médico-administratif (9,6%, soit 47 visites),

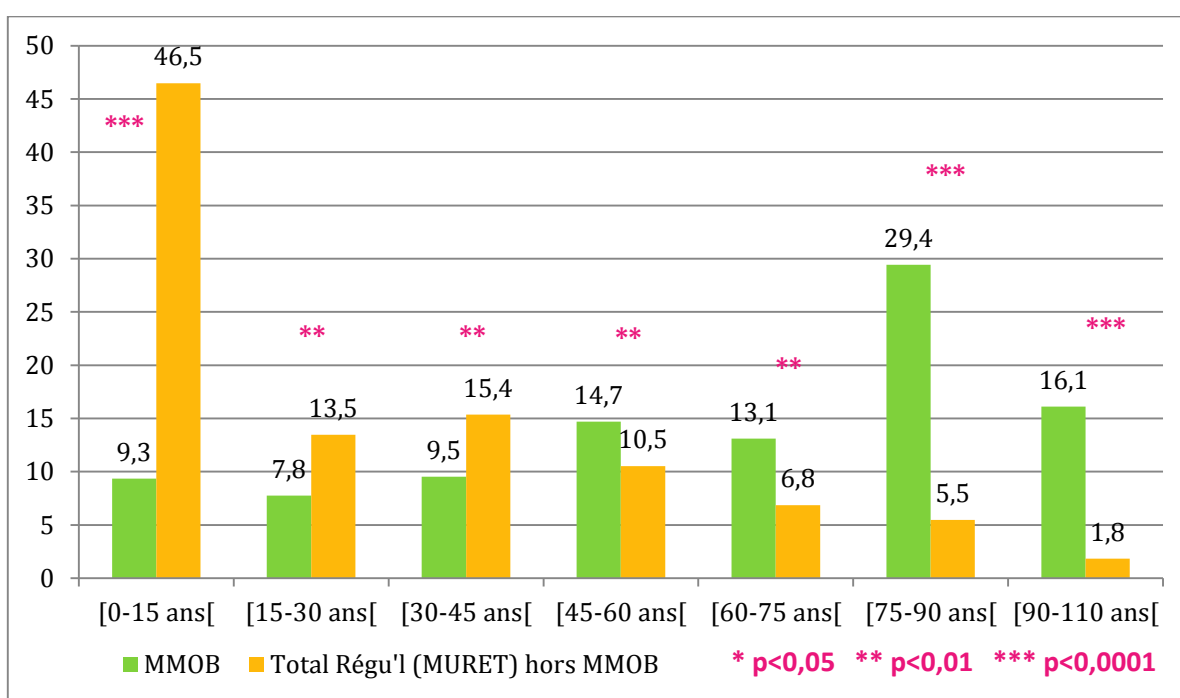
- 87,2% des visites répondaient à une demande de rédaction d'un certificat de décès (soit 41 visites ; soit 8,4% de l'ensemble des visites effectuées) ;
- 6,4% des visites ont abouti à la rédaction d'un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers (soit 3 visites) ;
- 4,3% des visites répondaient à une demande de rédaction d'un certificat de non contre-indication à la mise en garde à vue (soit 2 visites ; soit 4,0% de l'ensemble des visites effectuées) ;
- 2,1% des visites ont abouti à la rédaction d'un certificat de coups et blessures (soit 1 visite).

Les visites à caractère médico-social (hors maison de retraite) étaient liées à une difficulté de déplacement depuis le domicile à cause de l'absence de moyen de transport ou de la présence de plusieurs enfants à charge à domicile sans moyen de garde.

4.1.1.9 Âge des patients

L'âge moyen des patients vus par le MMOB était de 61,4 ±28,8 ans, l'âge médian de 69 ans, l'âge minimum de 8 jours et l'âge maximum de 104 ans.

Figure 9 : Répartition du nombre de patients vus en visite et du nombre de patients dont les appels ont été régulés par Régul'31 sur le bassin de Muret, sur le 1^{er} semestre 2014, selon leur tranche d'âge (en %).



NB : Pour 503 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été traitées pour 0,2% des visites (soit 1 valeur manquante).

Sur l'ensemble des 8410 appels régulés par Régul'31 sur le bassin de Muret, sur le 1^{er} semestre 2014, aux horaires de PDSA, les données ont été traitées pour 8345 appels. Les données n'ont pas été renseignées pour 0,8% des visites (soit 65 valeurs manquantes).

- Le nombre d'appels régulés pour les patients âgés de 60 ans ou plus était de 14,1%, alors que plus de la moitié des visites leur ont été consacrées (soit 58,6 %).

- Près de la moitié (soit 46,5%) des appels régulés l'ont été pour la population pédiatrique (de 0 à 15 ans), alors que cette catégorie de patients représentait 9,3% des visites.

4.1.1.10 Sexe des patients

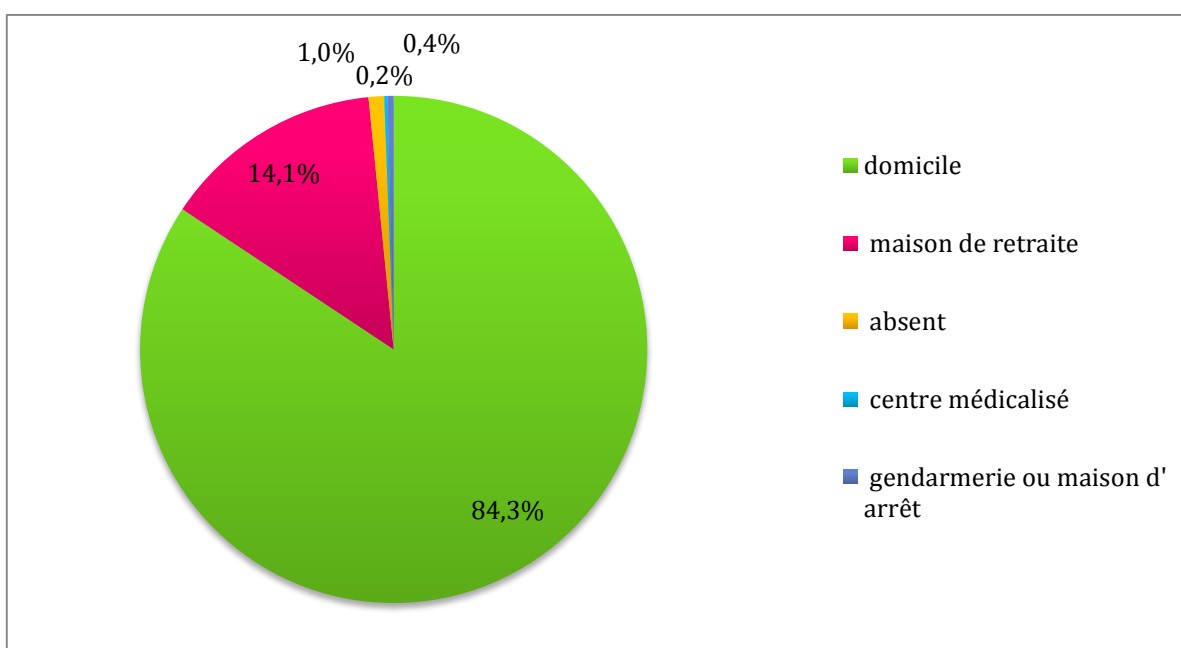
- 40,3% des patients vus en visite étaient des hommes. 59,7% étaient des femmes (le sex-ratio était égal à 0,68).
- 44,6% des patients dont l'appel a été régulé par Régul'31 aux horaires de PDSA sur le bassin de Muret étaient des hommes. 55,4 % étaient des femmes (le sex-ratio était égal à 0,81)

NB : Pour 486 visites, les données ont été traitées ; 3,7% n'ont pas été renseignées (soit 18 valeurs manquantes).

Pour 8364 appels régulés par Régul'31 sur le bassin de Muret, sur le 1^{er} semestre 2014, aux horaires de PDSA, les données ont été traitées ; 0,5% n'ont pas été renseignées (soit 46 valeurs manquantes).

4.1.1.11 Lieu d'intervention

Figure 10 : Répartition du nombre de visites selon le lieu de la visite (en %).



NB : L'ensemble des données a été traité.

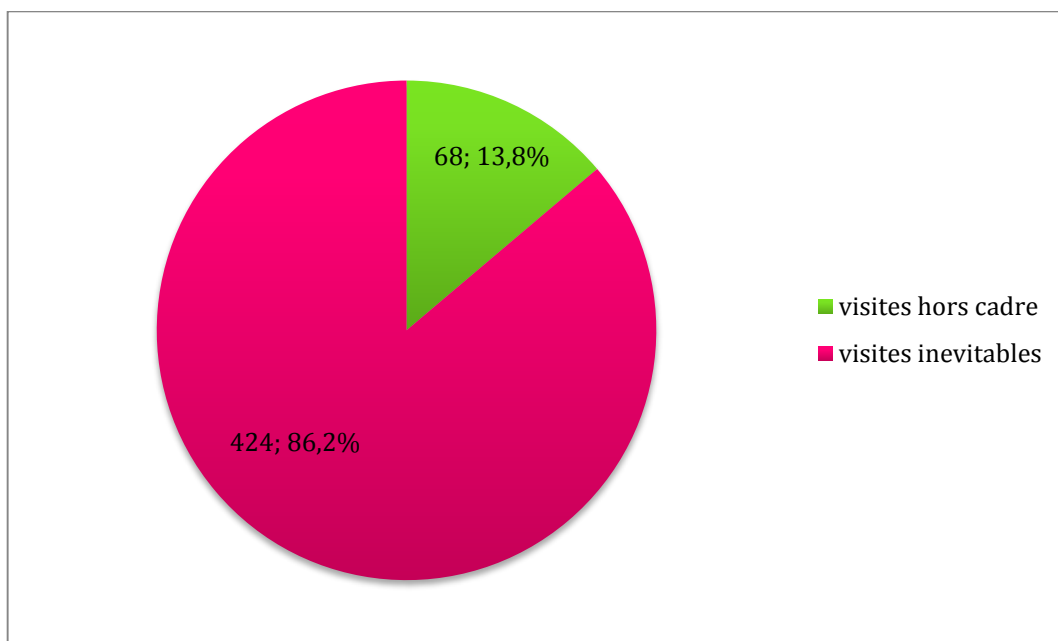
Le lieu « centre médicalisé » correspondait à un centre médicalisé pour personnes handicapées.

4.1.1.12 Coût d'une visite effectuée par le MMOB

Le coût moyen d'une visite effectuée par le MMOB est de 80,52 € ±20,27€.

4.1.2 Confirmation par le MMOB du critère inévitable ou non des visites

Figure 11 : Répartition du nombre de visites inévitables ou non, confirmées par le MMOB (en % et en valeur absolue).



NB : Pour 492 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 2,4% des visites (soit 12 valeurs manquantes)

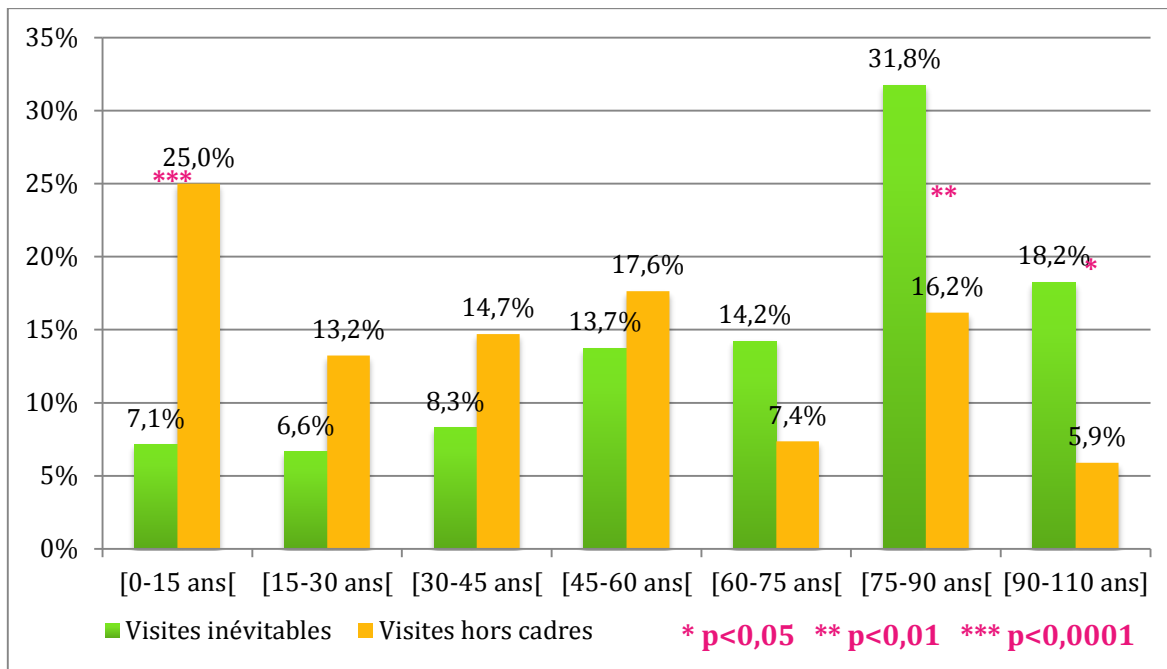
Après sa visite, il était demandé au MMOB d'évaluer le caractère inévitable ou non de la visite. Les visites hors cadre sont celles pour lesquelles les critères de la « grille visite inévitable » du CRRA ne sont pas respectés.

Sur l'ensemble des visites hors cadre (soit 68 visites) :

- Pour 83,8% des cas (soit 57, dont les deux visites de garde à vue), les patients auraient pu se déplacer vers une MMG ou un point fixe de consultation, soit, le motif clinique ne justifiait pas *a posteriori* le déplacement du MMOB.
- Pour 16,2% des cas (soit 11 visites), le motif clinique justifiait une hospitalisation d'emblée indispensable.

L'envoi du MMOB pour les visites inévitables a été respecté dans 86,2% des cas.

Figure 12 : Répartition du nombre de visites inévitables et du nombre de visites hors cadre selon la tranche d'âge (en %).

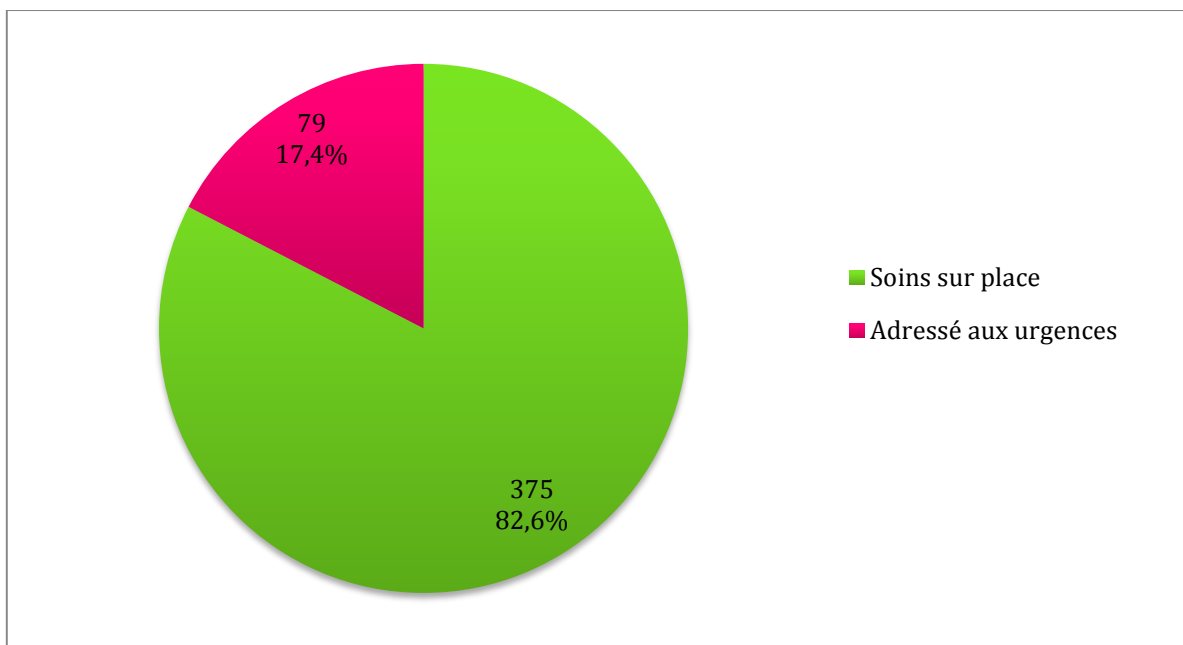


- Sur l'ensemble des visites inévitables, près de deux tiers (64,0%) ont été réalisées pour les patients âgés de 60 ans et plus.
- Pour les patients âgés de 75 à 90 ans, la proportion de visites inévitables (31,8%) a été plus importante que celle de visites hors cadre (16,2%). La différence entre les deux groupes était statistiquement significative ($p < 0,01$).
- Pour les patients âgés de 90 à 110 ans, la proportion de visites inévitables (18,2%) a été plus importante que celle des visites hors cadre (5,9%). La différence entre les deux groupes était statistiquement significative ($p < 0,05$).
- Pour la population pédiatrique (de 0 à 15 ans), la proportion de visites hors cadre (25,0%), a été plus importante que celle de visites inévitables (7,1%). La différence entre les deux groupes était statistiquement significative ($p < 0,0001$).

4.1.3 Devenir du patient après intervention du MMOB

4.1.3.1 Décision d'orientation du patient après intervention du MMOB

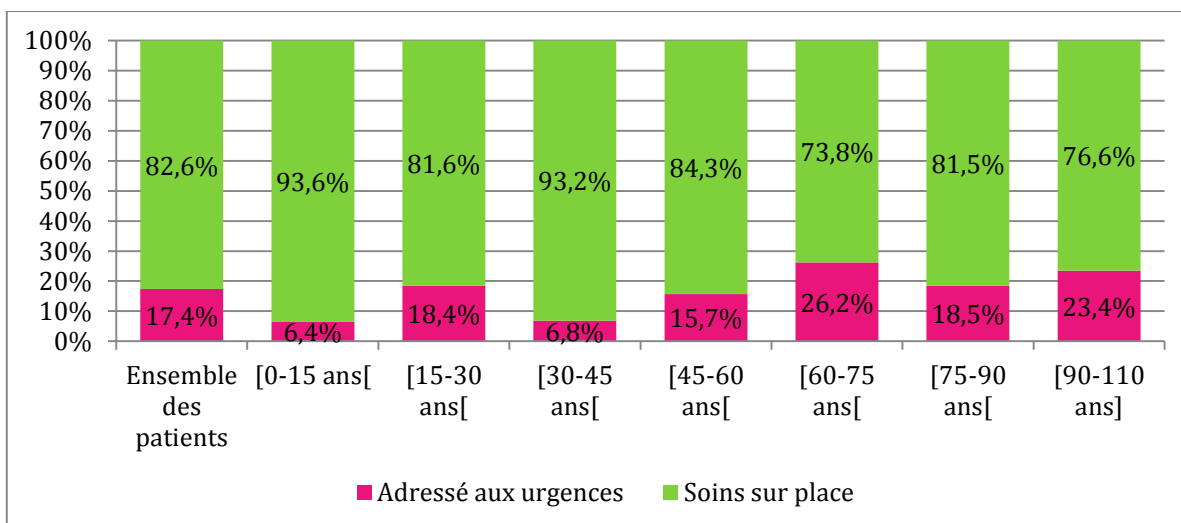
Figure 13 : Répartition des décisions concernant l'orientation du patient après intervention du MMOB (en% et en valeur absolue).



NB : Pour 497 visites les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 1,4% des visites (soit pour 7 valeurs manquantes).

Les visites ayant pour motif la rédaction d'un certificat de décès ou la rédaction d'un certificat de non contre indication à la mise en garde à vue ont été exclues.

Figure 14 : Répartition des décisions concernant l'orientation du patient après intervention du MMOB, pour l'ensemble des patients et selon la tranche d'âge (en%).



NB : Pour 497 visites les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 1,4% des visites (soit pour 7 valeurs manquantes).

Les visites ayant pour motif la rédaction d'un certificat de décès ou la rédaction d'un certificat de non contre indication à la mise en garde à vue ont été exclues.

- 78,4% des patients âgés de 60 ans et plus ont été maintenus sur place (soit 200 patients), quand 21,6% d'entre eux ont été adressés aux urgences (soit 55 patients).
- Pour les patients âgés de 60 ans et plus, la proportion de décision de les adresser aux urgences était plus élevée (21,6%) que celle de l'ensemble des patients (17,4%).
- Pour la population pédiatrique (de 0 à 15 ans), la proportion de décision de soins sur place était plus élevée (93,6%) que celle de l'ensemble des patients (82,6%).

4.1.3.2 Décisions d'orientation en fonction du motif principal d'appel

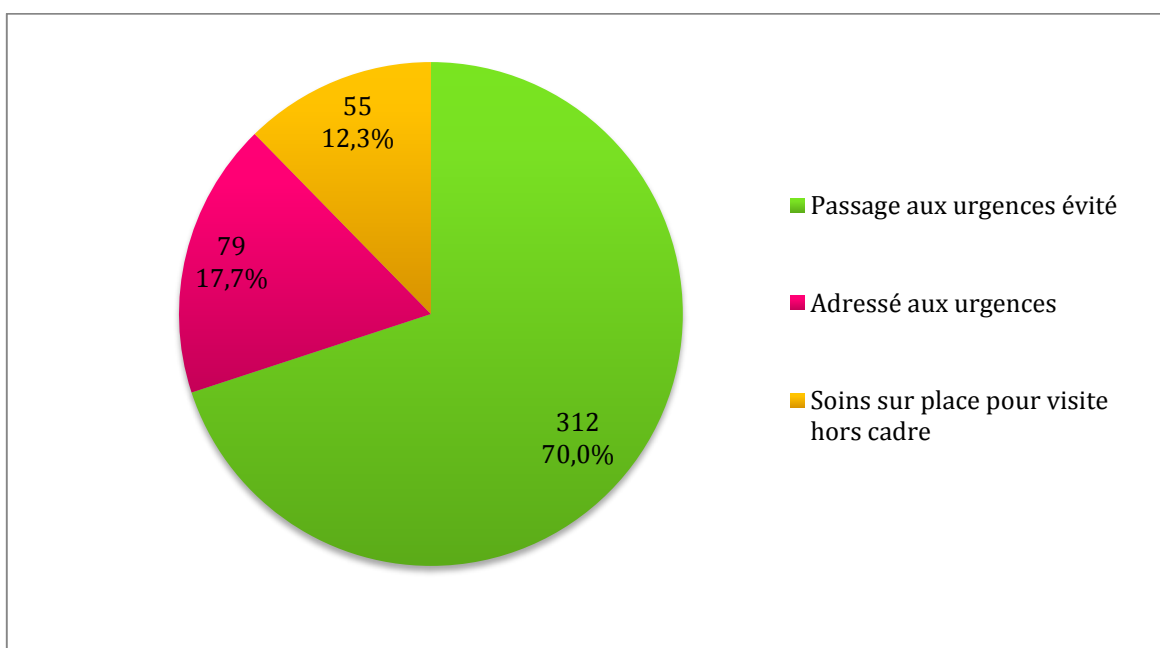
Tableau 2 : Répartition du nombre de décisions d'orientation en fonction du motif d'appel (en valeur absolue et en %).

MOTIF PRINCIPAL	Décisions d'adresser le patient aux urgences		Décisions de soins sur place	
	nombre	%	nombre	%
Anomalie de tension et/ou fréquence cardiaque	1	16,7	5	83,3
Céphalées	2	15,4	11	84,6
Chute	6	46,1	7	53,9
Douleur abdominale	7	21,2	25	75,8
Douleur thoracique	8	38,1	13	61,9
Douleur dorso-lombaire aiguë	4	16	21	84
Douleur sans précision	0	0	12	100
Dyspnée et/ou toux	11	19,3	46	80,7
Fièvre	6	13	40	87
Malaise	3	8,3	32	88,9
Membre inflammatoire et/ou douloureux	4	19	17	81
Plaie	1	14	6	86
Réaction allergique	0	0	8	100
Signes fonctionnels urinaires	3	20	12	80
Troubles digestifs fonctionnels	6	11,1	48	88,9
Troubles neuro-psychiatriques	11	22,4	38	77,6
Vertiges	2	11,1	16	88,9

- Les motifs ayant entraîné le plus souvent un maintien sur place du patient sont les suivants : « douleur sans précision », « réaction allergique », « malaise », « troubles digestifs et fonctionnels » et « vertiges ».
- Les motifs ayant entraîné le plus souvent un envoi aux urgences du patient sont les suivants : « chute », « douleur thoracique », « troubles neuro-psychiatriques » et « douleur abdominale ».

4.1.4 Passage aux urgences et transport ambulancier évités

Figure 15 : Répartition de la proportion de passages aux urgences et transport ambulancier évités grâce à l'intervention du MMOB ; de décisions d'adresser le patient aux urgences et de soins effectués sur place pour les visites effectuée hors cadre (en % et en valeur absolue).



NB : Pour 489 visites, les données ont été traitées. Les données n'ont pas été renseignées pour 3,0% des visites (soit 15 valeurs manquantes).

Les visites ayant pour motif la rédaction d'un certificat de décès ou la rédaction d'un certificat de non contre indication à la mise en garde à vue ont été exclues.

Parmi les visites inévitables, un « passage aux urgences évité » implique automatiquement l'économie d'un transport ambulancier vers la structure d'urgence.

Après sa visite, il était demandé au MMOB de préciser si son intervention avait évité un passage aux urgences.

L'intervention du MMOB sur le bassin de Muret durant le premier semestre 2014, a évité à 70,0% des patients vus (soit 312 patients) d'être conduits en ambulance puis examinés aux urgences.

4.2 Analyse des questionnaires

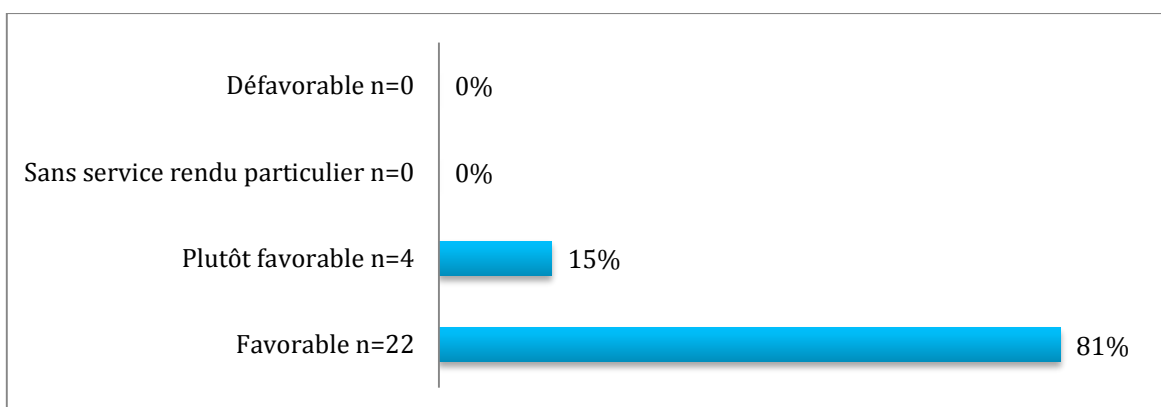
4.2.1 Questionnaire adressé aux médecins généralistes installés dans le bassin de Muret

4.2.1.1 Taux de participation

Sur 119 médecins généralistes installés dans le bassin de Muret contactés par mail, 27 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 22,7%.

4.2.1.2 Impact sur la qualité du service rendu aux patients grâce à la mise en place du MMOB

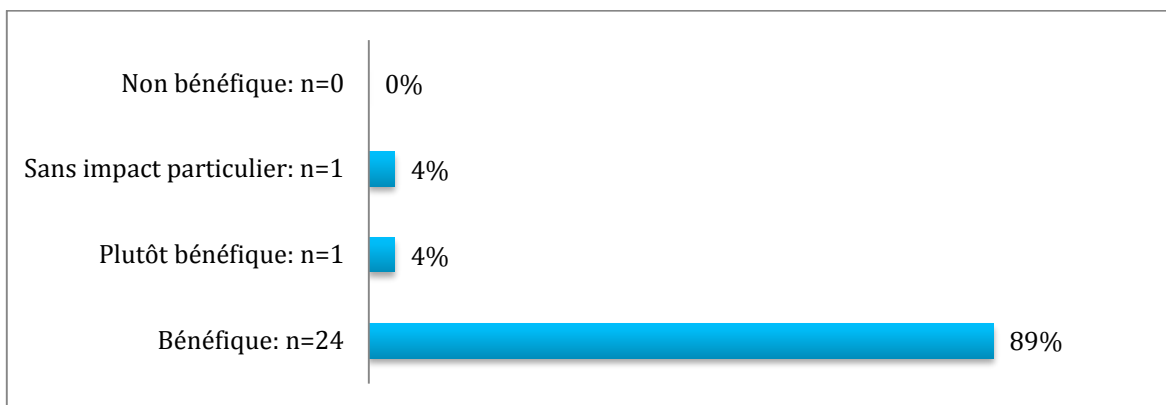
Figure 16 : Estimation par les médecins généralistes installés dans le bassin de Muret de l'impact de la mise en place du MMOB sur la qualité du service rendu à leurs patients.



NB : 26 réponses ont été traitées. Un médecin ne s'est pas prononcé sur cette question (3,7% de données manquantes).

4.2.1.3 Impact sur la qualité du travail du médecin effecteur fixe exclusif de la mise en place du MMOB

Figure 17 : Estimation par les médecins généralistes installés dans le bassin de Muret de l'impact de la mise en place d'un MMOB sur la qualité du travail du médecin effecteur fixe exclusif (cabinet ; MMG) ou mixte.



NB : 26 réponses ont été traitées. Un médecin ne s'est pas prononcé sur cette question (3,7% de données manquantes).

4.2.1.4 Impact de la mise en place d'un MMOB sur l'installation de futurs médecins généralistes dans le bassin de Muret

92,6% des médecins interrogés ont estimé que la mise en place d'un MMOB de PDSA était un atout pour favoriser l'installation de futurs médecins généralistes dans le bassin de Muret (soit 25 médecins);

Un médecin a estimé que non (soit 3,7%);

Un médecin ne s'est pas prononcé sur cette question (soit 3,7%).

4.2.2 Questionnaire adressé aux jeunes MMOB remplaçants non installés :

4.2.2.1 Taux de participation

Sur 14 jeunes médecins généralistes non installés et participant aux gardes MMOB, 12 ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 85,7%.

4.2.2.2 Qualité des gardes MMOB effectuées

L'intégralité des jeunes médecins généralistes non installés participant aux gardes MMOB et ayant répondu au questionnaire a estimé que leurs gardes étaient enrichissantes. Les justifications principales étaient les suivantes :

- Expérience de travail originale par rapport à l'activité de consultations et/ou de visites habituelles ; réflexion différente dans l'urgence et du fait d'une activité le week-end (où l'accès aux services habituels est inexistant).
- Gestion de situations urgentes de médecine générale.
- Diversité des motifs d'intervention.
- Impression de véritable service rendu au patient.
- Participation à la PDSA.

4.2.2.3 Impact de la mise en place d'un MMOB de PDSA sur l'installation de futurs médecins généralistes

L'intégralité des jeunes médecins généralistes non installés participant aux gardes MMOB et ayant répondu au questionnaire a estimé qu'un territoire ayant un système de PDSA organisé avec un MMOB et des MMG était attrayant pour un jeune médecin généraliste souhaitant s'installer.

Les justifications étaient les suivantes (questionnaire à choix multiples) :

- Gardes mieux rémunérées (66,7%, soit 8 médecins).
- Nombre de garde à réaliser moins important sur un semestre (58,3%, soit 7 médecins).
- Gardes plus intéressantes sur le plan clinique et humain (50,0%, soit 6 médecins).
- Possibilité de faire davantage de gardes si souhaité (41,7%, soit 5 médecins).
- Possibilité de faire moins de gardes si souhaité (50,0%, soit 6 médecins).
- Sécurité et convivialité associative (33,3%, soit 4 médecins).
- Sécurité des gardes MMOB (33,3%, soit 4 médecins).
- Sécurité des gardes en MMG (33,3%, soit 4 médecins).

4.2.2.4 Mode d'exercice futur envisagé

66,7% des jeunes médecins généralistes (soit 8 jeunes médecins) ont été défavorables à un mode d'exercice futur de leur profession uniquement fondé sur des gardes (MMOB, effecteur fixe ou régulateur) sans installation dans un territoire donné.

33,3% des jeunes médecins généralistes ne se sont pas prononcés sur la question (soit 4 jeunes médecins).

Aucun n'a été favorable à un mode d'exercice futur uniquement fondé sur des gardes.

5 DISCUSSION

5.1 Forces et limites de l'étude

5.1.1 Forces

- Notre étude s'inscrit dans un objectif éthique d'amélioration de la qualité des soins et dans un objectif de santé publique et d'économie de la santé, thèmes préoccupants et développés par les grandes instances de santé.
- Basée sur des données très récentes, notre étude cible de manière novatrice la mise en place des médecins mobiles pour assurer une partie de la PDSA. Son intérêt s'apprécie d'autant mieux que les MMOB ne sont pas encore très présents en France.
- L'ensemble des dossiers a été analysé.
- L'étude a été réalisée sur un semestre, ce qui garantit une certaine représentativité, basée sur un nombre relativement important de dossiers analysés (504 dossiers).
- Chaque dossier médical a été rendu anonyme.

5.1.2 Limites

- En ce qui concerne les questionnaires, les médecins généralistes installés et interrogés ont été recrutés d'après la liste d'*Ordigard* des médecins du bassin et non sur un mode aléatoire de tirage au sort. Ceci constitue un biais de sélection ne constituant pas un échantillon représentatif des médecins interrogés. Les médecins inscrits (de manière volontaire) sur les tableaux de garde pour la PDSA sont déjà sensibilisés au système et mieux à même de répondre de manière positive au questionnaire. Malgré nos relances, peu de réponses ont été retournées (22,7%).
- Sur la question de l'impact du MMOB sur l'installation, nous avons choisi d'interroger les 14 jeunes médecins participant aux gardes MMOB. Or, cet échantillon est restreint et nécessairement non représentatif de l'ensemble des jeunes médecins généralistes non installés. Il aurait été préférable de

procéder à un recrutement aléatoire par tirage au sort afin d'éviter un nouveau biais de sélection.

5.2 Principaux résultats, interprétations, hypothèses et comparaison à la littérature

5.2.1 Soins aux personnes âgées

Nous avons constaté que près de la moitié des patients vus en visite par le MMOB avaient 60 ans et plus (soit 58,6%), alors que le nombre d'appels réglés par Régul'31 sur l'ensemble du bassin de Muret sur le 1^{er} semestre 2014 pour les patients âgés de 60 ans et plus était seulement de 14,1%.

Par ailleurs, les personnes de 60 ans et plus représentaient 20,3% des habitants du bassin de Muret en 2009 (43).

Ceci peut s'expliquer par les difficultés de déplacement des personnes âgées vers un point fixe de consultation (contrairement à la population pédiatrique qui est facilement mobilisable), et par le contexte de vieillissement de la population.

14,1% des patients vus en visite vivaient en maison de retraite (EHPAD), contribuant à la forte proportion de patients âgés pris en charge par les MMOB.

Parmi les patients âgés de 60 ans et plus vus en visite :

- ils restent un peu plus adressés aux urgences (21,6%) que l'ensemble des patients vus (17,4%),
- cependant, plus des trois quarts de ces personnes ont pu être maintenues à domicile grâce à l'intervention du MMOB (78,4%).

Ceci peut s'expliquer :

- a) par le fait que les problèmes aigus présentés par les personnes âgées se résolvent la plupart du temps par des actes courants de médecine générale et ne nécessitent pas le recours aux urgences et/ou,
- b) par le fait que le MMOB décide qu'une prise en charge est éthiquement plus adaptée pour le patient âgé (prise en compte de son handicap, son environnement, sa famille etc.) et/ou enfin,

- c) dans les EHPAD, par le fait qu'une prise en charge paramédicale est facile à mettre en place, ce qui favorise les soins sur place.

De manière générale, le MMOB s'avère donc être une réponse particulièrement adaptée aux personnes âgées, que le patient réside à son domicile ou en EHPAD. Il l'est en particulier sur le plan éthique : ni transport en ambulance, ni attente aux urgences hospitalières lorsque cela n'est pas nécessaire.

Remarque : les visites pour les personnes en HAD n'apparaissent pas. N'ayant pas été identifiées dans le dossier médical rempli par les MMOB, elles ont été comptées comme réalisées à domicile si elles ont eu lieu. Une seule visite a d'ailleurs été effectuée dans un « centre médicalisé pour personnes handicapées ». Cependant, les visites d'un MMOB paraissent aussi particulièrement adaptées sur le plan éthique pour ces patients peu mobiles.

NB : L'évaluation de la mise en place d'un MMOB en nuit profonde dans le département de Loire-Atlantique en 2011 et 2012, a permis de montrer que 36% des patients pris en charge par le MMOB avaient plus de 65 ans et que 17% des visites avaient été réalisées en EHPAD(23).

5.2.2 Impact sur la qualité du service rendu aux patients du bassin

81% des médecins installés sur le bassin ayant répondu au questionnaire (soit 22 médecins sur 27) ont estimé que l'impact sur la qualité du service rendu à leur patient est « favorable ». Seulement 15% d'entre eux ont estimé que l'impact est « plutôt favorable ». Aucun n'a émis d'avis « sans service rendu particulier » ou « défavorable ».

Cependant, des précisions auraient pu être apportées dans notre questionnaire afin de savoir pour quelles raisons le service rendu à leurs patients était favorable, et pour quels patients en particulier. Une étude de satisfaction aurait aussi pu être menée directement auprès des patients afin d'évaluer la qualité du service rendu de manière directe. Ce type d'enquête aurait alors impliqué de lever l'anonymat des dossiers et ne pouvait donc entrer dans cette étude.

5.2.3 Impact sur le travail du médecin effecteur posté exclusif

89% des médecins généralistes installés sur le bassin de Muret, ayant répondu au questionnaire (soit 24 médecins sur 27) ont jugé que la mise en place d'un MMOB avait un impact bénéfique sur la qualité de travail du médecin effecteur en point fixe. Ceci peut s'expliquer par le fait que les médecins généralistes réalisant eux même les gardes d'effecteurs fixes ou mixtes considèrent qu'ils sont moins mis en difficulté en remettant les visites aux MMOB. Ils peuvent ainsi mieux prendre en charge les patients vus en point fixe.

Cependant, notre étude n'apporte pas d'éléments plus précis sur les raisons de cette réponse. L'impact sur la qualité du travail du médecin effecteur n'a pas été évalué par comparaison d'une situation antérieure à une situation postérieure à la mise en place du MMOB, ce qui aurait permis une conclusion plus objective.

5.2.4 Orientation des patients par le MMOB

Après intervention du MMOB, nous avons constaté que 82,6% des patients étaient maintenus sur place quand 17,4% étaient adressés aux urgences.

Ainsi qu'il a été évoqué plus haut, cela peut s'expliquer par le fait que les pathologies présentées par les patients au cours des visites du MMOB relèvent d'actes courants de médecine générale et qu'ils peuvent donc être soignés sur place.

5.2.5 Passage aux urgences et transport ambulancier évités grâce au MMOB

Sur l'ensemble des dossiers médicaux analysés, nous avons mis en évidence que l'intervention du MMOB sur le bassin de Muret durant le 1^{er} semestre 2014, a évité à 70,0% des patients vus (soit 312 patients) d'être conduits en ambulance puis examinés aux urgences.

Le critère de « visite inévitable » était bien respecté pour ces 312 visites.

En l'absence de MMOB, ces 312 patients auraient été admis dans une structure d'accueil des urgences et 312 ambulances auraient aussi été « déclenchées » par le SAMU-Centre 15.

Pour 12,3% des patients, les soins ont été réalisés sur place sans que le critère de « visite inévitable » ne soit respecté. Ce sont donc des patients qui *a priori* n'auraient peut-être pas été transportés vers les urgences pour une admission même en l'absence de MMOB.

En tenant compte qu'un passage aux urgences a un coût minimal de 95€(18),(36) et celui d'un transport en ambulance pour un « aller » (sans compter le coût des kilomètres parcourus) de 58,30€(41), et que le coût moyen d'une visite effectuée par le MMOB était de 80,52€ ±20,27€ , une visite MMOB serait en moyenne plus économique qu'une admission aux urgences associée à un transport en ambulance (dont le coût est de 153,30 € au minimum).

L'intervention du MMOB pour des visites inévitables permet donc par des soins adaptés, un maintien sur place des patients dans plus de deux tiers des interventions, induisant ainsi une économie non négligeable des dépenses de santé pour la PDSA.

Cependant, des paramètres supplémentaires entrent en compte (nécessité d'une ambulance pour le retour du patient, examens complémentaires éventuellement réalisés aux urgences devant une facilité d'accès à ceux-ci, coût de l'astreinte MMOB prise en charge par l'ARS par ailleurs), permettant difficilement le calcul financier de l'économie réelle. Par ailleurs, d'une part, la notion de « passage aux urgences évité » relève éventuellement d'un avis subjectif du MMOB, d'autre part, cette étude ne permet pas de savoir si un passage aux urgences a été nécessaire ultérieurement pour un même motif médical.

Afin d'avoir une réponse précise et objective, une étude de l'impact sur la fréquentation des services d'urgences accessibles depuis le bassin de Muret et sur le « déclenchement » d'ambulances aux horaires de PDSA pourrait être réalisée en comparant le système de PDSA sans les MMOB avec le système de recours à un MMOB.

NB : En Loire-Atlantique, l'évaluation du dispositif de MMOB en 2011 et 2012, a établi que l'intervention du MMOB a permis d'éviter 76,7% d'admissions aux urgences et 67% de déclenchement de transports sanitaires(23).

5.2.6 Impact sur l'installation des jeunes médecins

Les réponses unanimes des jeunes médecins généralistes non installés démontrent qu'un territoire ayant un système de PDSA organisé avec un MMOB et des MMG est un atout pour une installation ultérieure sur ce territoire. Aucun des jeunes MMOB interrogés ne souhaite se limiter exclusivement à une forme d'exercice de la profession basée sur les gardes.

Les principales justifications étaient : un nombre moins important de gardes, des gardes plus enrichissantes et des gardes mieux rémunérées.

L'ensemble des jeunes médecins a considéré les gardes comme une expérience enrichissante. Ce sont des médecins sensibilisés et qui seront probablement volontaires à la participation aux gardes de PDSA dans leur exercice futur.

Si le taux de participation au questionnaire est important (85,7%), notre échantillon est faible (14 personnes). Une enquête sur les facteurs ayant un impact sur l'installation des internes de médecine générale ou des jeunes médecins généralistes réalisée à plus large échelle, présenterait un intérêt certain.

5.2.7 Activité du MMOB dans le temps

Nous avons constaté que le nombre de visites effectuées par mois était relativement stable de février à juin 2014. L'activité plus faible au mois de janvier 2014 peut s'expliquer par le fait que le dispositif MMOB venait juste d'être mis en place et était encore mal connu des médecins régulateurs. Le nombre mensuel de visite n'a pas été influencé par d'éventuelles épidémies hivernales.

Le nombre d'appels régulés par Régul'31 aux horaires de PDSA sur le bassin de Muret, est resté relativement stable lui aussi durant le premier semestre 2014. Nous avons remarqué une légère régression de mars à mai contrairement à l'activité des MMOB.

En ce qui concerne le nombre de visites quotidiennes effectuées, nous constatons qu'elles étaient moins nombreuses les samedis par rapport aux dimanches et jours fériés. Ceci peut s'expliquer par le fait que les dimanches et jours fériés ont une période de garde de 16 heures contre 12 heures les samedis. De plus, les patients sont

dans l'impossibilité de voir leur médecin traitant les dimanches et jours fériés, ce qui entraîne un recours plus important aux médecins de garde.

En ce qui concerne la répartition des appels du MMOB par le médecin régulateur sur une journée, nous avons constaté qu'ils étaient répartis sur l'ensemble de l'après midi les samedis (89,8% des appels entre 12 h et 21 h), tandis que plus du tiers des appels des dimanches et jours fériés était réalisé le matin entre 8 h et 10 h (soit 34,1%). Le nombre d'appels régressait à partir de 22 h, toutes journées confondues.

Nous avons remarqué que 5,6% des appels les samedis et 4,0% des appels les dimanches et jours fériés ont été effectués avant l'horaire de début d'activité du MMOB. Ceci peut s'expliquer par le fait que le MMOB a très probablement été contacté de nouveau au moment du début de son activité et a effectué les visites à partir de ce moment seulement.

5.2.8 Activité géographique du MMOB

Nous avons constaté qu'une proportion plus importante de visites avait été effectuée dans les sous-bassins de Peyssies (sous-bassin 3) et Auterive (sous-bassin 5), respectivement 35,5% des visites et 29,9% des visites. Cette plus grande proportion peut s'expliquer par le fait que ce sont les deux sous-bassins ayant chacun les populations totales et les superficies les plus importantes comparativement aux autres sous-bassins du bassin de Muret (cf. annexe 2).

5.2.9 Délai « appel-arrivée sur place »

Nous avons observé que le délai moyen « appel-arrivée sur place » était d'un peu plus de 1h 30 (1h 37± 1h 24) et que près de trois quart des visites avaient eu lieu en moins de deux heures (soit 73,0%).

Ce délai peut s'expliquer par la grande superficie du territoire couvert par le MMOB (1364 km²).

Les MMOB ont d'ailleurs parcouru en moyenne lors d'une journée de garde, 324,6 km ±121, 3 km. A noter cependant que le nombre de données renseignées concernant le kilométrage n'était que de 38,6%.

Les délais les plus longs s'expliquent par les actes de rédaction de certificats administratifs - notamment de décès - qui souvent restent moins prioritaires par rapport à d'autres visites et se voient donc reportés en fin de journée.

5.2.10 Motifs des visites

Les principaux motifs médicaux de visites étaient les suivants, par ordre de fréquence: « dyspnée et/ou toux », « troubles digestifs fonctionnels », « troubles neuropsychiatriques », « fièvre » et « malaise ».

Les patients le plus fréquemment adressés aux urgences, l'ont été pour les motifs de « chute » (46,1%), de « douleur thoracique » (38,1%), de « troubles neuropsychiatriques » (22,4%) et de « douleur abdominale » (21,2%).

Ceci peut s'expliquer par le fait que les chutes, survenant le plus souvent chez les personnes âgées peuvent avoir des conséquences nécessitant des investigations complémentaires et une surveillance hospitalière de quelques jours (par exemple, en cas de prise d'anticoagulants avec risque d'hématomes, en cas de risque de rhabdomyolyse...). Les douleurs thoraciques d'origine coronarienne ne peuvent pas toujours être exclues même avec l'utilisation de l'électrocardiogramme. Concernant les douleurs abdominales, un problème chirurgical ne peut pas toujours être exclu non plus et des examens complémentaires s'avèrent souvent nécessaires. Enfin, les patients présentant des troubles neuropsychiatriques, s'ils sont sévères, peuvent être difficilement maintenus sur place et un recours aux urgences est généralement nécessaire.

Les patients ont été le plus souvent maintenus sur place pour les motifs de « douleur sans précision » (100%), de « réaction allergique » (100%), de « malaise » (88,9%), de « troubles digestifs fonctionnels » (88,9%) et de « vertiges » (88,9%).

Ce sont des motifs peu précis, peu spécifiques avec certains termes très génériques. Bien souvent les patients ont une « sensation de malaise ou de vertiges » mais le médecin régulateur a besoin d'un médecin sur place pour lever le doute sur un problème organique authentique. Ces actes correspondent à des actes courants de médecine générale.

Cependant, ces résultats restent à interpréter avec prudence. En effet, seul le motif principal a été retenu pour les analyses. Or, bien souvent les plaintes des patients sont multiples et le choix du motif principal, indiqué par le médecin régulateur au MMOB demeure subjectif.

Par ailleurs, notre étude n'a pas utilisé de classification reconnue pour nommer le motif principal d'appel dont la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP).

NB : En Loire-Atlantique, en 2011 et 2012, les principaux motifs d'intervention du MMOB étaient les motifs « général et non spécifique » (25%), « digestif » (15%) et « respiratoire » (14%). Les moins représentés étaient les motifs « cardiovasculaire » (9%), « psychologique » (8%) et neurologique (6%). Il est difficile de comparer ces résultats aux nôtres puisque l'appellation des motifs n'est pas la même et que les MMOB en Loire-Atlantique sont actifs en nuit profonde, modifiant la proportion de certains motifs et diagnostics.(23).

Nous avons constaté que 8,4% des actes réalisés (soit 41) correspondaient à la rédaction de certificat de décès. Or, cette mission est « officiellement hors du champ de la PDSA »(19),(20),(44). Cependant, il est bien souvent délicat voire impossible (écoulement de plus de 24 heures entre le décès et la fin des horaires de PDSA) de reporter ce type de visite.

Nous suggérons ici que la mise en place du MMOB pourrait être une réponse confortable à l'obligation médicale de rédaction de certificat administratif de décès et à un soutien de l'entourage moins différé.

Concernant les certificats de garde à vue, seuls deux certificats ont été réalisés (0,4% des actes réalisés). Il n'est officiellement pas prévu que les certificats de garde à vue soient réalisés par les médecins de garde de PDSA. En effet, le ministère de la justice en juillet 2009 et le CNOM rappellent que les examens de garde à vue doivent être réalisés par des médecins libéraux au sein des Unités Médico-Judiciaires (UMJ) ou par les services d'urgences hospitalière, ou par médecins libéraux volontaires spécifiquement dédiés(20),(45).

NB : En Loire-Atlantique en 2011 et 2012, les certificats de décès ont représenté 10% des actes de MMOB, et les certificats de garde à vue 3% des actes MMOB(23).

5.2.11 Critère de « visite inévitable »

- 86,2% des visites ont été considérées authentiquement « inévitables » par le MMOB.
- 13,8 % des visites ont été considérées « hors cadre ». C'est-à-dire que le critère de « visite inévitable » n'a pas été respecté.

La proportion de visites « hors cadre » pourrait être expliquée par une mauvaise régulation initiale ou une difficulté pour le régulateur de s'adapter à la grille du CRRA des visites inévitables. Cependant le travail de régulation est délicat, avec des situations difficiles à apprécier à distance. Le MMOB permet une évaluation au lit du patient nécessaire pour une bonne orientation. Un respect de la grille d'évaluation des visites inévitables et une bonne communication entre le MMOB et le régulateur doit pouvoir restreindre le nombre de ces visites « hors cadre ».

- Sur l'ensemble des visites inévitables, nous avons observé que près des deux tiers des visites (64,0%) avaient été réalisées pour les patients âgés de 60 ans et plus.
- Pour les patients âgés de 75 à 90 ans, nous avons observé que la proportion de visites inévitables (31,8%) était plus importante que celle des visites hors cadre (16,2%). La différence entre les deux groupes était statistiquement significative ($p < 0,01$).
Pour les patients âgés de 90 à 110 ans, nous avons observé que la proportion de visites inévitables (18,2%) était plus importante que celle des visites hors cadre (5,9%). La différence entre les deux groupes était statistiquement significative ($p < 0,05$).

Ces observations renforcent l'idée que les MMOB sont particulièrement adaptés pour la prise en charge des personnes âgées à leur domicile.

5.3 Perspectives

D'autres projets pour la PDSA pourraient être envisagés :

- Une éventuelle mise en place de « taxis sociaux » vers un point médical de garde fixe, comme proposé dans le cahier des charges de l'ARS de Martinique(34).
- L'usage de la télémédecine définie notamment par la loi HPST du 21 juillet 2009 (15) et par le CDOM(19),(20), devrait être largement déployée afin de préciser les évaluations réalisées à distance par les médecins régulateurs, de guider une décision de prise en charge, d'effectuer une surveillance ou de limiter certains déplacements non indispensables.
- Une modification de loi pourrait permettre d'intégrer la rédaction des certificats de décès au champ de la PDSA, élargissant la fonction de « mission de service public » des médecins.
- L'ensemble de la population française devrait être mieux sensibilisée au fonctionnement de la PDSA et du MMOB afin d'en favoriser un usage responsable et approprié.

En Haute-Garonne, il est prévu qu'une autre ligne de garde de MMOB se mette en place dans le bassin de Saint-Gaudens. Des améliorations logistiques pourraient y être apportées, tel que par exemple, l'attribution d'un véhicule adapté à la montagne avec chauffeur. Le système pourrait être mis en place pour les horaires de 8 h à 0 h les soirs de la semaine ainsi qu'en nuit profonde (0 h – 8 h).

6 CONCLUSION

Notre étude a permis d'établir que la mise en place de MMOB de PDSA sur le bassin de Muret avait un impact bénéfique local en termes d'éthique et de santé publique. Ce nouveau système, dans un secteur semi-rural et rural dans lequel une partie de la population reste isolée, permet un accès plus égal à la PDSA avec des soins dispensés mieux adaptés et moins onéreux notamment en ce qui concerne les personnes âgées et/ou à mobilité réduite. Une PDSA organisée et efficiente valorise le territoire permettant aux futurs médecins généralistes de s'installer dans de meilleures conditions.

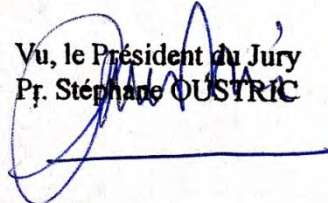
L'exercice de la médecine générale n'est plus celui de la « médecine de famille » dans lequel le médecin est voué à un exercice solitaire, restreint et immobile, y compris pour pallier les problèmes de la PDSA. L'avenir de la médecine générale résiderait dans une « médecine de territoire », organisée autour des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), des MMG et des MMOB. Cette réorganisation du travail des médecins libéraux généralistes en milieu rural et semi-rural permettrait une interaction entre ses différents acteurs, un transfert des compétences et une charge de travail moins lourde. Elle offrirait une prise en charge adaptée et complète des patients ainsi qu'une réponse à l'attente des jeunes médecins généralistes, attirés par ces secteurs mais moins désireux que leurs aînés de sacrifier vie privée et vie de famille aux contraintes antérieures de la PDS.

Toulouse le 03.03.15

**Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
J.P. VINEL**



**Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC**



BIBLIOGRAPHIE

1. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article L6314-1 tel que modifié par l'Article 49 de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires; relatif à l'accès de tous à des soins de qualité.
2. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Article L4130-1 tel que modifié par l'Article 36 de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires; relatif à l'accès de tous à des soins de qualité.
3. CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE. Point de repère numéro 28 [Internet]. 2009 [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_28.pdf
4. Journal officiel du 17 juillet 2010. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.
5. DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins [Internet]. 2003 [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
6. CODE DE DEONTOLOGIE. Article 47 (article R.4127-47 DU CSP) [Internet]. 2012 [cité 14 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
7. Journal officiel du 16 septembre 2003. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
8. Journal officiel du 16 septembre 2003. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.
9. CODE DE DEONTOLOGIE. Article 77 (article R.4127-77 DU CSP) [Internet]. [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
10. GRALL J-Y. Rapport: Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins [Internet]. 2007 [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf
11. BOËNNEC P. Rapport d'information sur la permanence des soins [Internet]. 2008 [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1205.pdf>
12. RITTER P. Rapport sur la création des Agences régionales de santé (ARS) [Internet]. janvier2008 [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf
13. BUR Y. Rapport d'information sur les agences régionales de santé [Internet]. 2008 [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf>
14. Journal officiel du 22 juillet 2009. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
15. HPST, une ambition nécessaire pour préserver notre système de santé [Internet]. [cité 10 oct 2010]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plaquette_HPST_grand_public-2.pdf
16. LARCHER G. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital [Internet]. [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf

17. FLAJOLET A. Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. 2008 [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf
18. Cour des comptes - Sécurité sociale 2013. La permanence des soins. 2013.
19. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Communiqué- Rapport annuel de la permanence des soins [Internet]. 2014 [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cp_pds_5_fevrier_2014.pdf
20. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MDECINS. L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013 [Internet]. 2014 [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cnom2014.pdf
21. Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées. Arrêté fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Midi-Pyrénées [Internet]. 2012 [cité 10 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Cahier-des-charges-permanence.148161.0.html>
22. Agence régionale de Santé Midi-Pyrénées [Internet]. [cité 30 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.midipyrenees.sante.fr/Internet.midipyrenees.0.html>
23. MEURISSE C. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. DES médecine générale. Médecin mobile: un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoire au sein d'un département pilote. 2012.
24. Agence régionale de santé Bretagne. Cahier des charges régional de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire-Bretagne [Internet]. 2012 [cité 15 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ars.bretagne.sante.fr/uploads/media/Cahier_des_charges_PDSA_01.pdf
25. Agence Régionale de Santé Centre. Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires en region Centre [Internet]. 2013 [cité 15 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ars.centre.sante.fr/fileadmin/CENTRE/Internet_ARS/Soins_et_accompagnement/PDSA/Cahier_charges_PDSA_01_05_2013.pdf
26. Agence Régionale de Santé Champagne Ardenne. Cahier des charges régional fixant les modalités d'organisation de la permanence des soins ambulatoire en région Champagne Ardenne [Internet]. 2013 [cité 15 nov 2014]. Disponible sur: http://www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/PAPS/je_suis_installe/Permanence_des_soins/CCR_PDSa_VD_01_01_2013
27. Agence Régionale de Santé Franche-Comté. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de la région Franche-Comté [Internet]. 2013 [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: http://ars.franche-comte.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/MiniSiteCRSA/Docs/PDSA_et_annexes_Revision_SROS_decembre_2013.pdf
28. Agence régionale de santé Haute Normandie. Cahier des charges régional Région Haute Normandie-Dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire. [Internet]. 2012 [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/Cahier-des-charges-de-la-perma.131238.0.html>
29. Agence Régionale de Santé Ile de France. Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires. Région Ile-

- de-France. [Internet]. 2013 [cité 9 déc 2012]. Disponible sur: <http://www.pds78.org/Pdf/CCR-PDSA-2013.pdf>
30. Agence Régionale de Santé Languedoc-Roussillon. Cahier des Charges Régional-La permanence des soins ambulatoire [Internet]. 2012 [cité 1 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ars.languedocroussillon.sante.fr/fileadmin/LANGUEDOC-ROUSSILLON/ARS/0_Actualites/0_Actus_2012/Cahier_Charges_PDSA_2012/CC_Regional_PDSA_280812.pdf
 31. Agence Régionale de Santé Limousin. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires-Région Limousin [Internet]. 2012 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ars.limousin.sante.fr/fileadmin/LIMOUSIN/Documents_ARS_Limousin/Soins_et_accompagnement/permanences/Permanence_soins/ARRETE_2012_556_CdCregional_PDSA_Limousin_26septembre2012_Annexes_VDef.pdf
 32. Agence Régionale de Santé Picardie. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires de la région Picardie. [Internet]. 2012 [cité 3 déc 2014]. Disponible sur: <http://www.ars.picardie.sante.fr/31-octobre-Permanence-des-so.146619.0.html>
 33. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Cahier des charges régional. Permanence des soins ambulatoires. [Internet]. 2013 [cité 8 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/PDSA/Revision_PDSA_2013/2013-11-30_CCR_PDSA.pdf
 34. Agence Régionale de Santé Martinique. Diagnostic et cahier des charges de la PDSA [Internet]. 2012 [cité 8 déc 2014]. Disponible sur: http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/Contexte_regional/PRS_2012-2015/Annexe_6_SROS_-_Diagnostic_et_cahier_des_charges_de_la_PDSA_.pdf
 35. SOS médecins France [Internet]. [cité 19 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/>
 36. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Arrêté du 25 février 2014 fixant pour l'année 2014 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale. JORF n°0050 du 28 février 2014 [Internet]. 2014 [cité 19 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028661225>
 37. VAISSIE C. Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en médecine. Spécialité médecine générale. Impact de la réorganisation de la permanence des soins en Haute-Garonne en janvier 2013. 2014.
 38. FOUQUET, TREGOAT, SITRUK. Inspection générale des affaires sociales-L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge. [Internet]. 2011 [cité 16 janv 2015]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/L_impact_des_modes_d_organisation_sur_la_prise_en_charge_du_grand_age.pdf
 39. Société Francophone de médecine d'Urgence-. La personne âgée aux Urgences. [Internet]. 2003 [cité 16 janv 2015]. Disponible sur: http://www.sfmou.org/documents/consensus/pa_urgs_long.pdf
 40. Cour des comptes- Sécurité Sociale 2012. Les transports de patients à la charge de l'assurance maladie. 2012.
 41. Assurance Maladie. Ambulances: les tarifs conventionnels [Internet]. 2013 [cité 25 nov 2014]. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de->

- sante/transporteurs/votre-convention/tarifs/ambulances-les-tarifs-conventionnels/tarifs-au-1er-fevrier-2013.php
42. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. 2014.
 43. INSEE. Enquêtes handicap-Santé 2008-2009-Recensement de la population-Bassin de Muret [Internet]. 2012 [cité 19 janv 2015]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/midi-pyrenees/themes/six_pages/6p_n143/FE_bs3102.pdf
 44. Réponse du Ministère de la Santé et des Sports sur les dysfonctionnements pour la rédaction de certificats de décès. [Internet]. 2011 [cité 21 janv 2015]. Disponible sur: <http://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-66595QE.htm>
 45. Direction des affaires criminelles et des grâces. Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue. [Internet]. 2009 [cité 26 janv 2015]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_juillet_2009_Intervention_du_medecin_en_GAV_-_09-07-29-Guide_IMGAV.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1 : Protocole du CRRA pour les visites inévitables du bassin de Muret.



Médecin Mobile de Haute Garonne
Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
Bureau de REGUL31
9 Avenue Jean Gonord
31500 TOULOUSE

PROTOCOLE VISITES INEVITABLES BASSIN DE MURET SB 1, SB 2, SB 3, SB 5

Situations cliniques relevant exclusivement de la PDSA avec les délais de la PDSA.
Une décision de visite doit être prise après un contact médico-médical entre régulateur PDSA et effecteur mobile. Au delà de toute situation protocolisée, le bon sens et la confraternité doivent être de règle entre tous les acteurs fixes, mobiles ou régulateurs

Situations de visites inévitables entraînant le déclenchement du MMOB :

I- Visites en EHPAD et HAD :

Il s'agit de problèmes de santé aigu ne relevant pas d'un conseil médical simple et/ou d'une hospitalisation d'emblée et/ou d'une prise en charge aux heures ouvrables :

- Température supérieure à 39°C;
- Douleurs abdominales (pour éliminer un cas chirurgical) ;
- Plaie par chute ne nécessitant pas une hospitalisation ;
- Dyspnée inhabituelle ;
- Douleur inhabituelle ou résistant au traitement déjà entrepris.
- Trouble du comportement ou signe d'appel neurologique.

II- Visites à domicile :

Situation médicale de PDSA pour un patient qui ne peut se déplacer et dont l'hospitalisation de semble pas indispensable :

- Algie, fin de vie
- Douleur thoracique atypique (EOG avec transmission GSM)
- Dyspnée (asthme, laryngite sous glottique) Hors AMU ;
- Situation allergique hors AMU ;

Dans les cas où il y a impossibilité avérée pour le patient de se déplacer, en l'absence de mise en œuvre possible par le patient de moyens matériels pour l'amener sur un lieu de point fixe :

- Personne fragilisée, âge, handicap et isolée;
- Composition de la famille si elle influe sur la capacité de se déplacer au cabinet (famille monoparentale avec enfants en bas âge).
- Problème médico social en zone géographique d'accès aux soins difficile sans solution.

III- Visites administratives :

- Certificats médicaux pour hospitalisation en soins psychiatriques dans le cadre d'une HDT ou d'une HO avec renforts (SDIS, Police).
- Certificats de décès légalement et éthiquement justifiés.
- Les gardes à vue peuvent être déplacées vers un point fixe de garde.

Contact : Dr Philippe Poinot
Mmob31@gmail.com
Tel: 06 10 92 94 33

Base logistique : Clinique d'Orzitanie
31600 Muret.

ANNEXE 2 : Sous-bassins de PDSA du bassin de Muret (ARS Midi-Pyrénées).



Annexe 1 : Sous-bassins de PDSA du bassin de Muret

Sous_Bassins	Population Totale RP 2009	Population >75 ans RP 2009	Superficie	Médecins installés	
31 - Sous-Bassin 1	45 299	3 419	5 111	48	Cugnaux, Frouzins, Portet-sur-Garonne, Roques, Villeneuve-Tolosane
32 - Sous-Bassin 2	28 177	1 763	28 189	29	Beaumont, Bérat, Forgues, Labastide-Clermont, Labastide, Lahage, Lamasquère, Lauzignac, Lavermesse-Lacasse, Le Pin-Murviel, Lherm, Monés, Montastruc-Savès, Montgras, Plagnole, Pouchet-et-Met, Reumes, Sabonnères, Sejas, Saint-Hilaire, Savèras, Seysses
33 - Sous-Bassin 3	47 509	4 639	82 261	41	Albi, Auchas, Baz, Bercou, Bois-de-la-Pierre, Bousan, Boussens, Camens, Capens, Carbonne, Castelnau, Castelnau-Picampeau, Castelnau-Labrande, Cazères, Couleuvre, Francou, Fustignac, Gensac-sur-Garonne, Goutvennasse, Gouzens, Grèzes, Lacaugne, Laflite-Vigordane, Lahitte, Lapeyrière, Labour, Labrèpe, Lavelanet-de-Comminges, La Fauge, Le Fousseret, Le Plan, Lescuns, Longages, Lursan-Adelrac, Mailholas, Marignac-Lascarès, Marignac-Laspeyres, Marquère, Martres-Tolosane, Massabrac, Mauves, Mauzac, Mondavezan, Montaut, Montberaud, Montbrun-Gocap, Montclar-de-Comminges, Montégut-Bourjac, Montesquieu-Volvestre, Montgauc, Montoufleu-Saint-Bernard, Montoussin, Noil, Palaminy, Peyrissac, Peyssals, Plagne, Poteyron, Puy-de-Touges, Reus-Volvestre, Roquefort-sur-Garonne, Saint-Affaire, Saint-Christaud, Saint-Elix-le-Château, Saint-Julien-sur-Garonne, Saint-Michel, Saint-Sulpice-sur-Lèze, Sales-sur-Garonne, Samouillan, Sans, Sarranès, Terrebasse
34 - Sous-Bassin 4	23 366	1 984	5 899	34	Muret
35 - Sous-Bassin 5	52 407	3 568	36 875	61	Auragne, Auribai, Auriève, Besumont-sur-Lèze, Caujac, Cintegabelle, Clermont-le-Fort, Eauves, Espartac, Esperce, Gailac-Toulza, Gazac, Grépiac, Issou, Labarthe-sur-Lèze, Labryère-Dorts, Lagardelle-sur-Lèze, Lagrâce-Dieu, Marjac, Maurèsac, Mirmont, Nouelles, Pignac, Pins-Justaret, Pujolani, Roquettes, Saubens, Venac, Vermet, Vilate
36 - Sous-Bassin 6 (bassin de Combarrieu)	29 854	1 456	16 713	27	Bornac-sur-Aussougnon, Buzayrac, Cambarnat, Empes, Fossebeug, Fontenilles, Saiguste, Saint-Cler-de-Rivière, Saint-Liz, Saint-Thomas, Sainte-Foy-de-Peyrolles
Total	228 002	16 829	176 988	240	

PDSA Bassin de Muret



ANNEXE 3 : Statuts de l'association MMOB31.

MMOB 31
STATUTS
DESCRIPTION

1 Article 1 – CONSTITUTION ET DENOMINATION

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour dénomination :

MEDECINS MOBILES de la Permanence des soins de la HAUTE GARONNE
Ayant pour sigle : MMOB 31

2 Article 2 – OBJET : Cette association a pour objet :

- 2.1 Participer aux démarches organisationnelles des Médecins Mobiles de la Haute –Garonne :
 - 2.1.1 -Leur recrutement (à partir de critères définis dans le règlement intérieur)
 - 2.1.2 -Leur équipement (Matériel médical, matériel radio)
 - 2.1.3 -Leur Tableau de garde
 - 2.1.4 Leur Secteur géographique d'intervention
 - 2.1.5 -Participer à la formation des médecins mobiles ;
 - 2.1.6 -Participer aux travaux d'évaluation de l'activité des MMOB en collaboration avec l'ORUMIP.
 - 2.1.7 -Assurer et coordonner la liaison avec les effecteurs de la permanence des soins ainsi qu'avec la Régulation du CRRA 31 (démarches définies dans le règlement intérieur)
- 2.2 Assurer la représentation de ses membres auprès des instances ayant une compétence légale : en matière de permanence des soins ou souhaitant la participation de l'Association à titre consultatif ou délibératif.
 - 2.2.1 Participer aux actions de communications en direction du public et des professionnels de santé visant à promouvoir le bon usage du dispositif de permanences des soins.
 - 2.2.2 Contractualiser avec l'Agence Régionale de Santé et gérer les moyens nécessaires à la réalisation de son objet ainsi que rendre compte de leur utilisation.
 - 2.2.3 Dans le respect du cahier des charges régional et des spécificités territoriales , favoriser une mobilisation efficiente et coordonnée des moyens de l'aide médicale urgente et du dispositif de permanence des soins .

3 Article 3 - SIEGE SOCIAL

Le siège social est au conseil départemental de l'ordre des médecins, 9 avenue Jean Gonord 31500 Toulouse et pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration

4 Article 4 - DUREE

La durée de l'association est illimitée.

5 Article 5 - COMPOSITION

L'association se compose de :

- 5.1 membres actifs. Ils ont le droit de vote.
- 5.2 membres d'honneurs, bienfaiteurs et fondateurs. Ils n'ont pas le droit de vote,
- 5.3 Les membres actifs
 - 5.3.1 Sont appelés membres actifs, les membres de l'association qui participent régulièrement aux activités et contribuent donc activement à la réalisation des objectifs.
 - 5.3.2 Ils ont le droit de vote.
- 5.4 Les membres d'honneurs, bienfaiteurs
 - 5.4.1 Sont membres d'honneur, ceux qui ont rendu des services significatifs à l'association.
 - 5.4.2 Ils sont nommés par le conseil d'administration, ils font partie de l'assemblée générale sans être tenu de payer une cotisation annuelle.
- 5.5 Sont membres bienfaiteurs ceux qui versent des dons annuels.
- 5.6 Les membres d'honneur et bienfaiteurs n'ont pas le droit de vote.

FONCTIONNEMENT

6 Article 1 - Conseil d'Administration

- 6.1 Le Conseil d'Administration est composé de 7 membres, élus à bulletin secret par l'Assemblée Générale Extraordinaire, pour une durée de trois ans.
- 6.2 Le premier renouvellement du conseil d'administration aura lieu lors de l'assemblée générale (exercice 2017) annuelle prévue au plus tard le 30 Janvier 2017.
- 6.3 Est électeur tout membre de l'association, âgé de dix-huit ans au moins le jour de l'élection, ayant adhéré à l'association depuis plus de six mois et à jour de ses cotisations.
- 6.4 Le conseil d'administration élit en son sein un Président, un Vice Président, un secrétaire et un Trésorier.
- 6.5 Les membres sortants sont rééligibles.
- 6.6 Sont inéligibles au Conseil d'administration :
 - 6.6.1 les personnes de nationalité française condamnées à une peine qui fait obstacle à leur inscription sur les listes électorales.
 - 6.6.2 les personnes de nationalité étrangère condamnées à une peine qui, lorsqu'elle est prononcée contre un citoyen français, fait obstacle à son inscription sur les listes électorales.
 - 6.6.3 les personnes non à jour de leur cotisation.
 - 6.6.4 les personnes à rencontre desquelles a été prononcée une sanction d'interdiction d'exercer à vie la médecine
- 6.7 Sont élus au premier tour de scrutin les candidats ayant obtenu la majorité absolue des suffrages exprimés dans la limite du nombre de sièges à pourvoir.
- 6.8 En cas d'égalité, entre plusieurs candidats pour le dernier siège, le plus âgé sera élu.

- 6.9 En cas de vacance (décès, démission, exclusion, etc.), le conseil d'administration pourvoit provisoirement par cooptation au remplacement de ses membres. Les pouvoirs des membres cooptés prennent fin à l'époque où devait normalement expirer le mandat des membres qu'ils ont remplacés.
- 6.10 Réunions
- 6.10.1 Le Conseil d'Administration se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'il est convoqué par son Président ou sur la demande d'au moins la moitié (Vi) des membres du Conseil d'Administration ou au moins la moitié (14) des membres actifs de l'Association.
- 6.10.2 Dans tous les cas les convocations sont établies par écrit, signées par le Président et adressées 15 jours avant la réunion.
- 6.10.3 La présence de la moitié au moins de ses membres est nécessaire pour que le Conseil d'Administration puisse délibérer valablement.
- 6.10.4 Les membres du Conseil d'Administration ne peuvent détenir qu'un seul pouvoir.
- 6.10.5 Les délibérations sont prises à la majorité relative des membres présents. En cas d'égalité, la voix du Président est prépondérante.
- 6.10.6 Seules les questions figurant à l'ordre du jour peuvent faire l'objet d'un vote.
- 6.10.7 Un procès-verbal de réunion signé par le Président et le Secrétaire Général sera établi.
- 6.11 Remboursement des frais
- 6.11.1 L'exercice des fonctions des membres du Conseil d'Administration est bénévole.
- 6.11.2 Toutefois : Les frais et débours occasionnés par l'accomplissement de leur mission peuvent leur être remboursés au vu des pièces justificatives et suivant les dispositions prévues par l'association et si les conditions suivantes sont réunies :
- 6.11.2.1 *les frais remboursés ont été engagés dans le cadre de l'action de l'organisme ;*
- 6.11.2.2 *les remboursements sont effectués au franc le franc , ce qui signifie en particulier que les remboursements forfaitaires sont prohibés.*
- 6.11.2.3 *Le rapport financier présenté à l'Assemblée Générale doit faire mention des remboursements de frais de mission et de déplacement, payés à des membres du Conseil d'Administration.*
- 6.12 Rémunération des dirigeants
- 6.12.1 Dans les limites de la tolérance administrative (des trois quarts du SMIC) les membres du Conseil d'Administration pourront être rémunérés
- 6.12.2 Le détail et les conditions de ces rémunérations seront décidés en Assemblée Générale.
- 6.13 Pouvoirs
- 6.13.1 Le Conseil d'Administration est investi d'une manière générale des pouvoirs les plus étendus dans la limite des buts de l'association et dans le cadre des résolutions adoptées par les Assemblées Générales. Il n'est pas compétent pour les actes réservés à l'assemblée générale
- 6.13.2 Il surveille la gestion des missions des membres du bureau (Titre III, art 3) et a le droit de se faire rendre compte de leurs actes.
- 6.13.3 Avant le début de l'exercice, il adopte le budget annuel avant de le soumettre à l'Assemblée Générale.
- 6.13.4 Il doit être saisi pour autorisation de toute convention ou contrat passés entre l'Association d'une part, et un Administrateur, son conjoint ou un proche, d'autre part, avant présentation pour information, à la plus prochaine Assemblée Générale.
- 6.13.5 Il peut déléguer ses pouvoirs pour une question déterminée et un temps limité.

Article 2 - Le Président

Dès l'élection du Conseil d'Administration, l'Assemblée élit le Président de l'Association. La procédure qui suit est appliquée. Le Président est membre du Conseil d'Administration. Il est désigné par ses pairs à bulletin secret à la majorité simple des suffrages valablement exprimés. Il est ensuite présenté aux suffrages de l'Assemblée Générale. S'il n'obtient pas la majorité simple, le Conseil d'Administration renouvelle la procédure. Le Président est doté du pouvoir de représentation de l'association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il a, notamment, qualité pour ester en justice au nom de l'association, tant en demande qu'en défense. Il peut déléguer ce pouvoir, pour un acte précis, à un autre membre du Conseil.

Le mandat du Président prend fin avec celui du Conseil d'Administration

Article 3- Le Bureau

Après l'élection du Président par l'Assemblée Générale, le Conseil d'Administration élit en son sein à bulletin secret et à la majorité simple un Bureau qui comprend au moins le Président, le Secrétaire Général et le Trésorier.

Le Conseil d'Administration peut également élire un ou plusieurs Vice -Présidents, un ou plusieurs Secrétaires Adjointes et un Trésorier Adjoint.

Peut être élu, tout membre du Conseil d'Administration ayant atteint la majorité légale et jouissant de ses droits civils et politiques. Les membres sortants sont rééligibles.

Le mandat du bureau prend fin avec celui du Conseil d'Administration

Article 4-Les Assemblées Générales

Les Assemblées Générales se composent de tous les membres de l'association, âgés de dix-huit ans au moins au jour de l'assemblée générale ou représentés et à jour de leur cotisation.

Pouvoirs limités à deux.

Les Assemblées Générales se réunissent à la demande du Président de l'Association ou à la demande de la moitié des membres du Conseil d'Administration ou à la moitié des membres actifs de l'association. Dans ces deux derniers cas, le Président ne peut refuser de convoquer l'Assemblée Générale. Si le Président ne s'exécute pas, un des membres du Conseil d'Administration doit être désigné par celui ci pour réaliser et faire parvenir les convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement l'ordre du jour prévu.

Elles sont faites par lettres individuelles adressées aux membres au moins 15 jours à l'avance.

Assemblée Générale Ordinaire

Au moins une fois par an, les adhérents sont convoqués en Assemblée Générale Ordinaire dans les conditions prévues à l'article 4 du Titre III.

L'Assemblée, après avoir délibéré et statué sur les différents rapports, approuve les comptes de l'exercice clos, vote le budget de l'exercice suivant et délibère sur toutes les autres questions figurant à l'ordre du jour.

Elle confère au Conseil d'Administration ou à certains membres du bureau toutes autorisations pour accomplir les opérations rentrant dans l'objet de l'association et pour lesquelles les pouvoirs statutaires seraient insuffisants.

Les comptes sont soumis à l'Assemblée Générale dans un délai inférieur à six mois à compter de la clôture de l'exercice (31 décembre).

Elle fixe le montant de la cotisation annuelle suite à la proposition du Trésorier.

Les décisions de l'Assemblée Générale Ordinaire sont prises à la majorité des membres présents ou représentés.

Pour délibérer valablement, le tiers des membres électeurs est nécessaire. Si le quorum n'est pas atteint, une seconde Assemblée Générale est convoquée 15 jours plus tard, qui peut délibérer valablement quel que soit le nombre des présents.

Un procès-verbal de réunion signé par le Président et le Secrétaire Général est établi.

Assemblée Générale Extraordinaire

Elle est convoquée dans les conditions prévues dans ces statuts.

Pour la validité des décisions, l'Assemblée Extraordinaire doit comprendre au moins la moitié des membres ayant le droit de vote. Si le quorum n'est pas atteint, la procédure est identique à celle de l'Assemblée Générale Ordinaire.

L'Assemblée Générale Extraordinaire statue sur les questions qui sont de sa seule compétence : modifications des statuts, dissolution anticipée conformément à l'article 5 du Titre III.

Un procès-verbal de réunion signé par le Président et le Secrétaire Général est établi.

10 Article 5 - Révocation du Conseil d'Administration

10.1 L'Assemblée Générale peut mettre fin au mandat du Conseil d'Administration de l'association avant son terme normal par un vote intervenant dans les conditions ci-après :

10.1.1 L'Assemblée Générale doit avoir été convoquée à cet effet par tout moyen écrit à la demande d'au moins un tiers des membres actifs.

10.1.2 Le Président dispose d'un délai d'un mois à compter de la saisine initiale pour procéder à la convocation de l'Assemblée Générale.

10.1.3 Au moins la moitié des membres actifs de l'association doivent être présents ou représentés. Si le quorum n'est pas atteint l'Assemblée Générale est à nouveau convoquée sur le même ordre du jour. La convocation est adressée aux membres de l'association quinze jours au moins avant la date fixée pour la réunion.

10.1.4 L'Assemblée Générale statue alors dans les conditions de quorum suivantes : le tiers des membres actifs doivent être présents ou représentés.

10.1.5 Si une nouvelle fois le quorum n'est pas atteint, l'Assemblée Générale est à nouveau convoquée sur le même ordre du jour et les mêmes délais, mais cette fois l'Assemblée Générale statue sans condition de quorum.

10.1.6 La révocation du Conseil d'Administration doit être adoptée à la majorité absolue des suffrages exprimés sans que les bulletins blancs ne soient comptabilisés.

10.1.7 En cas de révocation du Conseil d'Administration, il est procédé à de nouvelles élections.

11 ARTICLE 6 –Dissolution

11.1 En cas de dissolution de l'Association, l'Assemblée Générale Extraordinaire désigne un ou plusieurs liquidateurs qui sont chargés de la liquidation des biens de l'association.

11.2 En aucun cas les membres de l'association ne pourront se voir attribuer une part quelconque des biens de l'association.

11.3 L'actif, s'il y a lieu, est dévolu à une association humanitaire

12 Article 7 - Règlement intérieur

12.1 Un règlement intérieur, peut être établi par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale. Il précise et complète les dispositions statutaires.

FORMALITES

13 Article 1 – Enregistrement

13.1 Le Président est chargé de remplir les formalités de déclaration et de publicité requises par les lois et règlements en vigueur pour que la présente association puisse être dotée de la personnalité juridique. Tous pouvoirs sont donnés au porteur des présentes à l'effet d'effectuer ces formalités.

14 Article 2-Mise à jour

14.1 Le Président ou le Secrétaire de l'association est tenu de mettre à jour les informations qui doivent être transmises à La préfecture

Fait à Muret le 2 Décembre 2013

Signatures :

Le Président : Dr Philippe Poinot

Le Vice président : Dr Philippe Hilary

ANNEXE 4 : Fiche d'informations médicales remplie par le MMOB lors de chaque visite.

- MMOB31 - date :		SAM / Dim JF
N° dossier : MMOB : Médecin remplacé :	Nom Patient : Date Naissance : Sexe : Médecin traitant :	
Heure d'appel : h Heure départ intervention : h Heure arrivée : h		
Adresse Intervention : Téléphone :		
Motif Intervention :		
<u>Antécédents :</u>	<u>Traitements :</u>	<u>Histoire de la maladie :</u>
<u>Examen Clinique :</u>		
<u>Diagnostic :</u>		
<u>Soins/examens :</u>		
<u>Médicaments administrés :</u>		
<u>Décision :</u>		
Cotation: IK / ALD / CMU / total : €		
ESP : € CHQ : € TP : €		

- MMOB31 -

EVALUATION

REGULATION :

Interlocuteur : ARM Med Urgentiste Med PDSA

Avis qualitatif : Cadre visite incontournable

Hors cadre

Visite Incontournable :

Lieu : EHPAD / HAD / structure : Domicile :

Critère principal : Social Médical Administratif

Compte rendu :

Médecin Traitant : Mail Fax téléphone

CRRA : Mail Fax téléphone

Hospitalisation évitée : votre action MMOB a-t-elle évité une hospitalisation ?

Critères : Visite inévitable et visite permettant de dédramatiser un problème grave/

Les actes diagnostiques et thérapeutiques ont permis de trouver une solution sur place/

Le prise en charge sur place est la plus adaptée étant sur le plan médical qu'éthique.

OUI

NON

Commentaires libres :

1

ANNEXE 6 : Contrat entre l'ARS et l'association MMOB31, d'objectifs et de moyens pour l'année 2014 au titre du Fond d'Intervention Régional, concernant l'expérimentation d'un MMOB de PDSA sur le bassin de Muret.

**CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS POUR L'ANNEE 2014
AU TITRE DU FONDS D'INTERVENTION REGIONAL (FIR)**

EXPERIMENTATION d'1 effecteur mobile sur le bassin de Muret dans le cadre de la PDSA

ENTRE

L'AGENCE REGIONALE de SANTE (ARS) de Midi-Pyrénées

Adresse : 10, Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 9

Représentée par sa Directrice Générale, Madame Monique CAVALIER

D'une part,

ET

l'ASSOCIATION Médecins mobiles de la permanence des soins de la haute Garonne (MMOB31)

Bureau de REGUL31, CDOM ? 9 avenue Jean Gonord 31500 Toulouse

Représentée par son Président, Docteur Philippe Poinot

N° RNA : en cours

Ou N° SIRET : en cours

D'autre part,

Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.1435-3, L.1435-4, L.1435-8, L. 6323-3, L 6323-5 et R.1435-17 ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment son article L. 221-1-1 ;

Vu la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

Vu le décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé ;

Vu l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Programme Régional de Santé publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 28 décembre 2012 ;

Vu l'arrêté du DGARS en date du 13 novembre 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Midi Pyrénées

Vu l'arrêté du 11 octobre 2013 modifiant l'arrêté du 3 mai 2013 fixant pour l'année 2013 le montant des dotations des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé et l'arrêté du 03 mai 2013 fixant le montant des crédits FIR affectés aux agences régionales de santé au titre de 2013 ;

Vu le dossier déposé le 18 décembre 2013 par l'association MMOB31 pour le projet Médecins Mobiles

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

Préambule

Le présent contrat a pour objectif :

- de présenter le projet,
- de formaliser l'accompagnement et le financement accordé par l'ARS,
- de décrire les engagements,
- de définir les modalités de suivi (mise en œuvre du contrat)

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le bassin de Muret comprend 5 sous-bassins (14 secteurs antérieurement) auquel est rattaché le sous-bassin de St Lys faisant partie géographiquement du bassin de Cornebarrieu (annexe 1).

Par le présent contrat, l'association s'engage à expérimenter l'intervention d'un effecteur mobile intervenant sur l'ensemble des sous-bassins 1, 2,3,5 de PDSA du bassin de Muret. Sur chacun de ces sous-bassins, la PDSA est assurée également par un effecteur fixe.

Cette expérimentation doit contribuer à l'amélioration de la PDSA, en répondant aux demandes des effecteurs de ces sous-bassins, qui mentionnent la difficulté d'assurer une effecteur mixte sur les nouvelles aires d'intervention élargies de la PDSA.

Cette expérimentation portera sur les week-end (samedi de midi à 24h- dimanche de 8h à 24h)

La durée de cette expérimentation est prévue sur une année.

1.1. Objectifs du projet

Les objectifs opérationnels, pour la mise en place de cet effecteur mobile intervenant sur les sous-bassins 1,2,3,5 sont :

- un appel à volontariat pour assurer cette effecteur prévue le samedi et le dimanche, afin d'aboutir à la mise en place d'une ligne spécifique de PDSA. Cet appel à volontariat doit concerner prioritairement les médecins installés sur les sous-bassins concernés

- l'élaboration d'un tableau de garde spécifique complémentaire pour cet effecteur mobile. Une ligne complémentaire de PDSA sera enregistrée sur Ordigard, en identifiant clairement l'aire d'intervention regroupant les différents sous-bassins concernés.

- l'intervention de cet effecteur mobile, comme les autres effecteurs se fait sur régulation du 15. Il intervient avec son véhicule, son matériel et ses ordonnances. Il est installé, en attente des appels, à la clinique Occitanie qui met à disposition à titre gracieux un local et divers matériels (annexe)

1.2. Acteurs du projet

Les acteurs du projet sont les suivants:

- l'association MMOB31
- la clinique Occitanie intervient à titre gracieux dans l'hébergement de l'effecteur mobile.
- le CDOM s'assure de la conditions d'exercice requises pour les médecins figurant sur le tableau de garde

- la régulation est assurée par le CRRRA
- la CPAM, après validation par l'ARS des tableaux de garde réalisés, verse le forfait prévu pour l'indemnisation des professionnels intervenants.

ARTICLE 2 - DETERMINATION DE LA CONTRIBUTION FINANCIERE

L'ARS contribue au financement du projet expérimental par :

1) **l'identification d'une ligne de PDSA supplémentaire dans le bassin de Muret spécifique** différente des lignes en place (précisant la zone d'intervention et le type d'effecteur pour le 15) permettant :

- l'indemnisation forfaitaire du médecin effecteur mobile par la CPAM au tarif appliqué dans le département de Haute Garonne ((75 euros par tranche de 4h - 52 WE- 7 tranches de 4h par we)
- la rémunération des actes majorés, indemnités de déplacement, indemnités kilométriques conformément à la NGAP sur la base de déplacements comptabilisés à partir du lieu de prise de l'astreinte (c'est-à-dire la clinique Occitanie à Muret).

2) **la prise en charge des matériels et outils pour la géolocalisation, la téléphonie et la transmission des informations, avec l'abonnement correspondant.**

La dotation de financement relative l'acquisition de ces équipements est allouée directement au GIP ORUMIP, qui mettra le matériel à disposition (à préciser...)

Article 3 : Evaluation

L'ARS Midi-Pyrénées procède, conjointement avec le promoteur, à l'évaluation des conditions de réalisation de l'action à laquelle elle a apporté son concours sur un plan quantitatif et qualitatif.

L'évaluation portera notamment sur la mise en œuvre du projet :

1) Faisabilité de l'organisation proposée

- nombre, profil et origine des effecteurs mobiles
- tableau de garde complet
- stabilité de l'équipe

2) Adaptation du dispositif à l'aire d'intervention, évaluation du respect des critères de visites incompressibles et répartition quantitative de ces critères, avec un recueil de données pour chaque visite

- date et heure d'appel/ délai d'intervention prévu/ date et heure d'intervention
- sous-bassin de domicile et commune
- critères d'intervention (en reprenant les critères retenus pour les visites incompressibles)
- suites données (hospitalisation..)
- bilan sur le week-end pour chaque sous-bassin avec nombre de consultations

3) Outils et communication entre professionnels

4) Satisfaction des effecteurs du bassin avec enquête de satisfaction

L'évolution des hospitalisations, en week-end, sur le bassin de Muret, fera également l'objet d'un suivi.

Une réunion trimestrielle sera organisée pour le suivi de l'expérimentation avec une analyse conjointe des indicateurs, une analyse du respect des engagements pris et de l'atteinte des objectifs fixés.

Article 4 : Révision du contrat

Le présent contrat ne peut être modifié que par avenant signé par l'ARS et le promoteur.

Toute modification substantielle de l'environnement de la structure, de l'offre de soins régionale et des missions qui lui sont confiées feront l'objet d'un avenant au contrat.

De même, toute modification sur le contenu des objectifs fera l'objet d'un avenant au présent contrat.

Article 5 : résiliation du contrat

En cas de non respect par l'une des parties de l'une de ses obligations résultant du présent contrat, celle-ci pourra être résiliée de plein droit par l'autre partie, sans préjudice de tous autres droits qu'elle pourrait faire valoir, à l'expiration d'un délai de deux mois suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de se conformer aux obligations contractuelles et restée infructueuses.

Article 6 : durée du contrat

La durée du présent contrat est fixée à un an.

Il est conclu du 4/01/2014 jusqu'au 31/12/2014.

Article 11 : Recours

Tout litige résultant de l'exécution du présent contrat est du ressort du tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à Toulouse, en deux exemplaires, le 18 décembre 2013

La Directrice de l'ARS

Le Président de l'Association



**CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS POUR L'ANNEE 2014
AU TITRE DU FONDS D'INTERVENTION REGIONAL (FIR)**

EXPERIMENTATION d'1 effecton mobile sur le bassin de Muret dans le cadre de la PDSA

AVENANT n°1

ENTRE

L'AGENCE REGIONALE de SANTE (ARS) de Midi-Pyrénées
Adresse : 10, Chemin du Raisin - 31050 TOULOUSE CEDEX 8
Représentée par sa Directrice Générale, Madame Monique CAVALLIER

D'une part,

ET

L'ASSOCIATION Médecins mobiles de la permanence des soins de la haute Garonne (MMOB31)
Bureau de REGUL31, Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, 9 avenue Jean Guinard 31500 Toulouse
Représentée par son Président, Docteur Philippe Poinot
N° RNA W313020521

D'autre part,

- Vu le contrat d'objectifs et de moyens pour l'année 2014 signé le 18 décembre 2013 entre l'ARS et l'association MMOB31, relatif à l'expérimentation d'une effecton mobile sur le bassin de Muret dans le cadre de la PDSA,
- Vu le premier bilan effectué après un trimestre de fonctionnement (janvier-février-mars 2014);

IL EST CONVENU ET ARRETE CE QUI SUIT :

Les modifications suivantes sont apportées au contrat établi, pour une mise en oeuvre à partir du 1^{er} juillet 2014:

Sur les conditions techniques d'organisation de l'effecton

- l'effecton mobile mise en place les week-ends et jours fériés (samedi de midi à 24h, dimanche de 8h à 24h) reste inchangée avec intervention de l'effecteur mobile sur les sous-bassins 1, 2, 3, 5 de PDSA du bassin de Muret
- l'effecton fixe, pour les week-end et jours fériés où l'effecteur mobile est en place, est organisée pour les communes des sous-bassins 1,2,3,5 en 3 zones au lieu de 4 et donc avec 3 effecteurs fixes au lieu de 4. Le sous-bassin 2 se rattache pour partie au sous-bassin 3 et pour partie au sous-bassin 5 pour les week-ends et jours fériés (annexe 1). A noter qu'en semaine, hors des périodes d'expérimentation, 4 effecteurs sont maintenus, un sur chacun des bassin 1,2,3,5.
Cette organisation est reprise sur Ordigard, distinguant l'organisation en semaine et en week-end et identifiant les aires de couverture spécifiques des effecteurs fixes en week-end. Ces informations sont communiquées au SAMU31 et à l'association REGUL 31

Sur la contribution financière de l'ARS au projet expérimental :

L'indemnisation forfaitaire du médecin effecteur mobile est modifiée et les tarifs suivants sont appliqués :
100 euros par tranche de 4h entre 5h et 20h
150 euros par tranche de 4h de 20h à 24h.

Le reste est sans changement.

Fait à Toulouse, en deux exemplaires, le juin 2014

Pour la Directrice de l'ARS

Le Président de l'Association

Dr Philippe POINOT
Tél. 61 87 86 33
31 1 0619 4 0 1 20 1

ANNEXE 7 : Questionnaire destiné aux médecins installés sur le bassin de Muret.

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES MEDECINS DU BASSIN DE MURET

Bonjour Madame, Monsieur, chers Confrères,

Dans le cadre de ma thèse, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir répondre à ce court questionnaire, portant sur l'évaluation du développement d'un médecin mobile (MMOB) dans le bassin de Muret.

Cette évaluation permettrait d'apporter un argument supplémentaire aux ARS pour la pérennisation de ce projet, dont je vous rappelle le fonctionnement :

Depuis janvier 2014, dans un souci d'amélioration de la Permanence Des Soins en Ambulatoire (PDSA) sur le bassin de Muret, des médecins effecteurs mobiles ont été mis en place par l'association MMOB 31. Ils viennent en complément des points fixes de garde (MMG ou cabinet). Les effecteurs se déplacent au chevet des patients après régulation par le 15, pour les visites inévitables, les week-ends et jours fériés.

En vous remerciant,

Caroline Berthonneau.

Comment qualifieriez-vous le service rendu à vos patients par la mise en place d'un MMOB sur le bassin de Muret ? (cochez une réponse)

- Favorable
- Plutôt favorable
- Sans service rendu particulier
- Défavorable

Selon vous, quel est l'impact de la mise en place d'un MMOB sur la qualité du travail du médecin de garde en point fixe (cabinet, maison médicale de garde) les week-ends et jours fériés ? (cochez une réponse)

- Bénéfique
- Plutôt bénéfique
- Sans impact particulier
- Non bénéfique

A votre avis, la mise en place d'un MMOB pour la PDSA est elle un atout pour favoriser des installations de futurs médecins généralistes dans le bassin ? (cochez une réponse)

- Oui
- Non

ANNEXE 8 : Questionnaire destiné aux médecins remplaçants participant aux gardes MMOB.

QUESTIONNAIRE A L'ATTENTION DES MEDECINS MOBILES NON INSTALLEES :

Bonjour Madame, Monsieur, chers Confrères,

Dans le cadre de ma thèse, je vous serais très reconnaissante de bien vouloir répondre à ce très court questionnaire, portant sur l'évaluation de la mise en place d'un médecin mobile (MMOB) dans le bassin de Muret.

Cette évaluation permettrait d'apporter un argument supplémentaire aux ARS pour la pérennisation de ce projet, dans un souci d'amélioration de la Permanence des Soins en Ambulatoire (PDSA) et de réponse au problème de désertification médicale.

En vous remerciant,

Caroline Berthonneau.

En tant que jeune médecin généraliste non encore installé, les gardes MMOB que vous effectuez sont-elles enrichissantes pour votre pratique ? (cochez une réponse)

- Oui. Pourquoi ?.....
.....
- Non. Pourquoi ?.....
.....

Est-ce qu'un territoire ayant un système de PDSA organisé avec un médecin mobile et des MMG, est attrayant pour un jeune médecin généraliste qui souhaite s'installer? (cochez une réponse)

- Oui
- Non

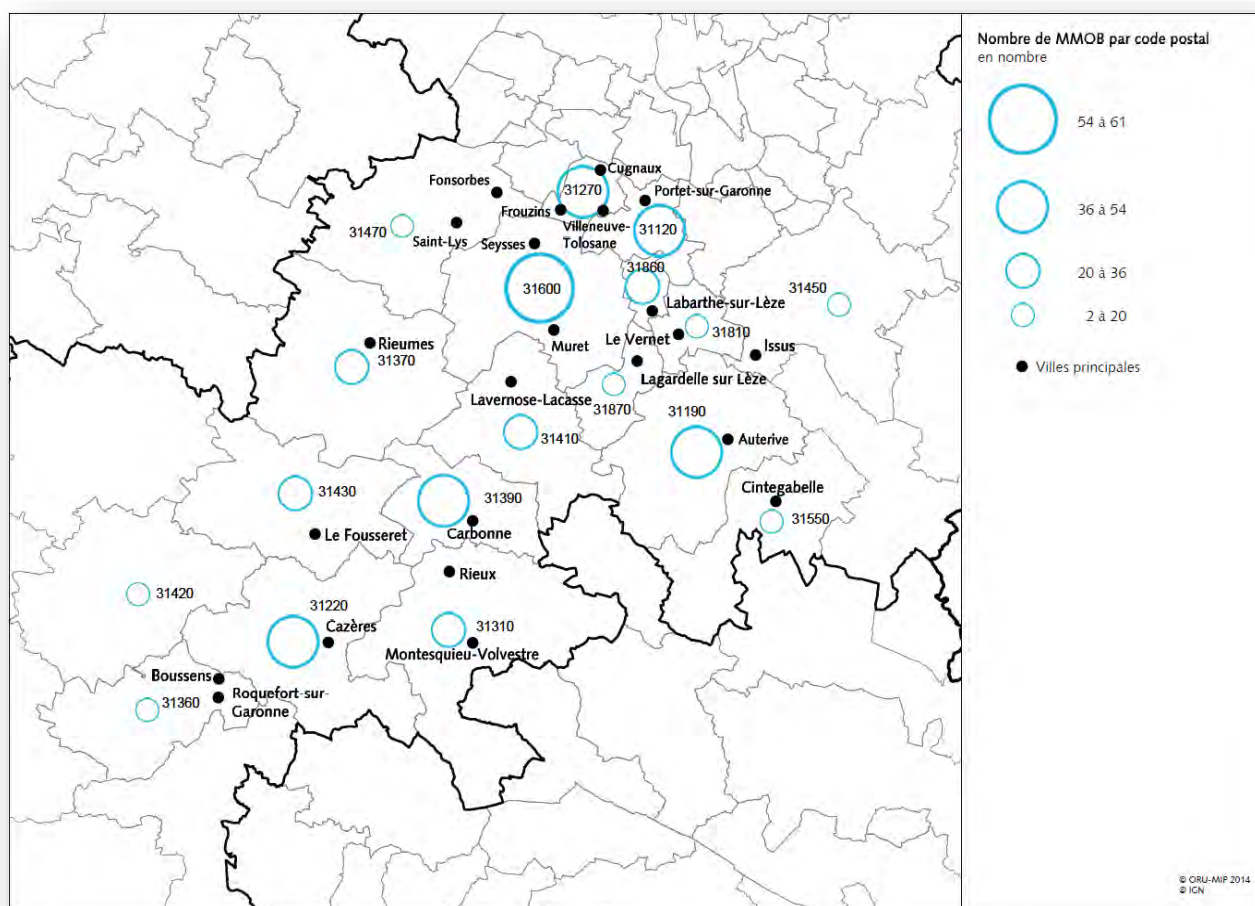
Si oui quels sont les critères de ce choix ? (choix multiple)

- Moins de gardes
- Des gardes mieux payées
- Ne pas faire de gardes si je le souhaite
- Faire plus de gardes si je le souhaite
- Des gardes plus intéressantes
- La sécurité et la convivialité associative
- La sécurité des gardes en MMG
- La sécurité des gardes MMOB

Envisagez vous de ne pas vous installer et de ne faire que des gardes MMOB, effectuer posté exclusif ou de régulation?

- Oui
- Non

ANNEXE 9 : Répartition du nombre de visites effectuées par le MMOB par code postal sur le bassin de Muret.



Toulouse, le 7 avril 2015

TITRE : EXPERIMENTATION D'UN MEDECIN MOBILE DE PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE AMBULATOIRE SUR LE BASSIN DE MURET. EVALUATION LORS DU PREMIER SEMESTRE 2014.

RESUME :

Objectif : Montrer l'utilité en termes d'éthique et de santé publique de la mise en place d'un MMOB de PDSA sur le bassin de Muret en Haute-Garonne pour effectuer les visites inévitables. **Méthodes :** Nous avons réalisé une étude observationnelle de l'activité des MMOB31 du 4/01/2014 au 29/06/2014 et interrogé les médecins généralistes installés sur le bassin et les jeunes MMOB remplaçants. **Résultats :** L'ensemble des dossiers médicaux a été analysé ; les taux de participation pour les médecins installés était de 22,7% et pour les jeunes MMOB remplaçants de 85,7%. 504 visites ont été effectuées au total. 58,6% des patients vus avaient plus de 60 ans. 82,6% des patients ont été maintenus sur place. Un recours aux urgences et l'utilisation d'une ambulance ont été évités pour 70,0% des patients (soit 312). 89% des médecins installés ont estimé que le MMOB avait un impact bénéfique sur la qualité de travail du médecin effecteur fixe. L'intégralité des jeunes MMOB remplaçants a considéré qu'un territoire ayant une PDSA organisée autour des MMG et des MMOB était un atout pour une éventuelle installation future. **Conclusion :** Le système des MMOB31 est une réponse aux visites inévitables et garantit dans un territoire en partie rural, un accès égal à une PDSA efficiente. Il permet une économie des dépenses de santé de PDSA. Il est complémentaire du médecin effecteur fixe. Il est adapté aux personnes âgées et répond au problème d'installation des jeunes médecins.

Mots-clés : médecin mobile – médecine générale – permanence des soins en ambulatoire

TITLE: MOBILE GENERAL PRACTITIONER EXPERIMENTING OUTPATIENT CARE SYSTEM IN MURET AREA. ASSESSMENT DURING THE FIRST HALF TERM OF 2014.

SUMMARY:

Study's aim: Establishing the assets, both ethically and in terms of public health, of implementing an outdoor mobile general practitioner (MMOB) system within the Muret area (Haute-Garonne, South-West of France) in order to carry out unavoidable medical check-ups. **Methods:** An observatory study on the MMOB's activity was performed between 4 January and 29 June 2014. Both general practitioners and young MMOB doctors in the Bassin de Muret area have been investigated. **Results:** Every medical record was analysed: overall response rate was of 22.7% regarding established practitioners and 85.7% regarding young MMOB substitutes. A total of 504 check-ups were carried out. 58.6% of all patients were aged over 60. 82.6% of all patients remained on the spot. Admittance into an Accident and Emergency department with ambulance transport has been avoided in 70.0% of cases (312 patients). 89% of established practitioners reckoned that a MMOB impacted the quality of a fixed effector practitioner's work positively. All substitute MMOBs considered a PDSA system organised around MMGs and MMOBs as an asset for possible future establishment in a given area. **Conclusion:** The MMOB31 system is a reply to the issue of inevitable home calls and guarantees an equal access to efficient PDSA care in partly rural areas. It allows a decrease in PDSA health expenses. It complements the work of fixed effector practitioners. It is accurate for old people and contributes to tackling the issue of young practitioners' establishment as well.

Key words: mobile outdoor practitioner – general practice – ambulatory care permanency

Discipline administrative : Médecine Générale

Faculté de Médecine Rangueil – 133, route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 - FRANCE

Directeur de thèse : Docteur Philippe POINOT