

UNIVERSITE DES ANTILLES

ET DE LA GUYANE

2014

FACULTE DE MEDECINE

HYACINTHE BASTARAUD

N° 2014AGUY0795

**ETAT DES LIEUX ET EVALUATION  
DES QUATRE MAISONS MEDICALES DE GARDE  
EN MARTINIQUE EN 2014**

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD

Des Antilles et de la Guyane

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 08/12/14

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE**

Par

**Nicolas ZAVISIC**

Né le 08/02/1984

à Fribourg en Brisgau (Allemagne)

Examineurs de la Thèse :

Mme Jeannie HELENE-PELAGE

Mr Régis DUVAUFERRIER

Mr Jean ROUDIE

Mr Christian LASSALLE

Mme Anne CRIQUET-HAYOT

Professeur (Présidente du Jury)

Professeur

Professeur

Docteur

Docteur (Directrice de Thèse)

# UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE

\*\*\*\*\*



\*\*\*\*\*

## FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

\*\*\*

**Présidente de l'Université :** Corinne MENCE-CASTER  
**Doyen de la Faculté de Médecine :** Pascal BLANCHET  
**Vice-Doyen de la Faculté de Médecine:** Raymond CESAIRE

### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

**Serge ARFI**

[serge.arfi@wanadoo.fr](mailto:serge.arfi@wanadoo.fr)

**Bruno HOEN**

[bruno.hoen@chu-guadeloupe.fr](mailto:bruno.hoen@chu-guadeloupe.fr)

**Pascal BLANCHET**

[pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr](mailto:pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr)

**André-Pierre UZEL**

[maxuzel@hotmail.com](mailto:maxuzel@hotmail.com)

**Pierre COUPPIE**

[couppie.pierre@voila.fr](mailto:couppie.pierre@voila.fr)

**Thierry DAVID**

[pr.t.david@chu-guadeloupe.fr](mailto:pr.t.david@chu-guadeloupe.fr)

**Suzy DUFLO**

[sduflo@yahoo.com](mailto:sduflo@yahoo.com)

**Eustase JANKY**

[eustase.janky@chu-guadeloupe.fr](mailto:eustase.janky@chu-guadeloupe.fr)

**Georges JEAN-BAPTISTE**

[gcd.jeanbaptiste@wanadoo.fr](mailto:gcd.jeanbaptiste@wanadoo.fr)

**François ROQUES**

[chirurgie.cardiaque@chu-fortdefrance.fr](mailto:chirurgie.cardiaque@chu-fortdefrance.fr)

**Médecine interne**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55 - Fax : 05 96 75 84 45

**Maladies Infectieuses**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 15 45

**Chirurgie Urologique**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95 - Tel/Fax 05 90 89 17 87

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66 – Fax : 0590 89 17 44

**Dermatologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 39 - Fax : 05 94 39 52 83

**Ophtalmologie**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

**ORL – Chirurgie Cervico-Faciale**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 93 46 16

**Gynécologie-Obstétrique**

CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES

Tel 05 90 89 13 89 - Fax 05 90 89 13 88

**Rhumatologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

**Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Jean ROUDIE**

[jean.roudie@chu-fortdefrance.fr](mailto:jean.roudie@chu-fortdefrance.fr)

**Jean-Louis ROUVILLAIN**

[jean-louis.rouvillain@chu-fortdefrance.fr](mailto:jean-louis.rouvillain@chu-fortdefrance.fr)

**Didier SMADJA**

[didier.smadja@chu-fortdefrance.fr](mailto:didier.smadja@chu-fortdefrance.fr)

**André WARTER**

[alwarter@yahoo.fr](mailto:alwarter@yahoo.fr)

**André CABIE**

[andre.cabie@chu-fortdefrance.fr](mailto:andre.cabie@chu-fortdefrance.fr)

**Philippe CABRE**

[pcabre@chu-fortdefrance.fr](mailto:pcabre@chu-fortdefrance.fr)

**Raymond CESAIRE**

[raymond.cesaire@chu-fortdefrance.fr](mailto:raymond.cesaire@chu-fortdefrance.fr)

**Philippe DABADIE**

[philippe.dabadie@chu-guadeloupe.fr](mailto:philippe.dabadie@chu-guadeloupe.fr)

**Maryvonne DUEYMES-BODENES**

[maryvonne.dyeymes@chu-fortdefrance.fr](mailto:maryvonne.dyeymes@chu-fortdefrance.fr)

**Régis DUVAUFERRIER**

[regismarianne@hotmail.fr](mailto:regismarianne@hotmail.fr)

**Annie LANNUZEL**

[annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr](mailto:annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr)

**Louis JEHEL**

[louis.jehel.@chu-fortdefrance.fr](mailto:louis.jehel.@chu-fortdefrance.fr)

**Mathieu NACHER**

[mathieu.nacher@ch-cayenne.fr](mailto:mathieu.nacher@ch-cayenne.fr)

**Guillaume THIERY**

[guillaume.thiery@chu-guadeloupe.fr](mailto:guillaume.thiery@chu-guadeloupe.fr)

**Magalie DEMAR**

[magalie.demar@ch-cayenne.fr](mailto:magalie.demar@ch-cayenne.fr)

**Chirurgie Digestive**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 01

Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Chirurgie Orthopédique**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 28

**Neurologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61 - Fax : 05 96 75 84 42

**Anatomopathologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 50

**Maladies Infectieuses**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 01

**Neurologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 61

**Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 11

**Anesthésiologie/Réanimation**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

**Immunologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 24 24

**Radiologie et imagerie Médicale**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 21 84

**Neurologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 13

**Psychiatrie Adulte**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

**Epidémiologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 93 50 24

**Réanimation**

CHU de POINTE-A-PITRE/BYMES

Tel : 05 90 89 17 74

**Parasitologie et Infectiologie**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 09

## Professeurs des Universités Associé

**Jeannie HELENE-PELAGE**  
[jeannie.pelage@wanadoo.fr](mailto:jeannie.pelage@wanadoo.fr)

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral au Gosier  
 Tel : 05 90 84 44 40 - Fax : 05 90 84 78 90

## Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

**Christine AZNAR**  
[christine.aznar1@wanadoo.fr](mailto:christine.aznar1@wanadoo.fr)

**Parasitologie**  
 CH de CAYENNE  
 Tel : 05 94 39 50 54

**Christophe DELIGNY**  
[christophe.deligny@chu-fortdefrance.fr](mailto:christophe.deligny@chu-fortdefrance.fr)

**Gériatrie et biologie du vieillissement**  
 CHU de FORT- DE - FRANCE  
 Tel : 05 96 55 22 55

**Philippe GARSAUD**  
[pgarsaud@martinique.univ-ag.fr](mailto:pgarsaud@martinique.univ-ag.fr)

**Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention**  
 CHU de FORT- DE - FRANCE  
 Tel : 05 90 89 14 55 - Fax : 05 90 89 14 51

**Jocelyn INAMO**  
[jocelyn.inamo@chu-fortdefrance.fr](mailto:jocelyn.inamo@chu-fortdefrance.fr)

**Cardiologie**  
 CHU de FORT- DE - FRANCE  
 Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38

**Franciane GANE-TROPLENT**  
[franciane.troplent@orange.fr](mailto:franciane.troplent@orange.fr)

**Médecine générale**  
 Cabinet libéral les Abymes  
 Tel : 05 90 20 39 37

**Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE**  
[fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr](mailto:fritz-line.valayoudom@chu-guadeloupe.fr)

**Endocrinologie**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 13 03

**Marie-Laure LALANNE-MISTRIH**  
[marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr](mailto:marie-laure.mistrih@chu-guadeloupe.fr)

**Nutrition**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 13 00

**Sébastien BREUREC**  
[sebastien.breurec@chu-guadeloupe.fr](mailto:sebastien.breurec@chu-guadeloupe.fr)

**Bactériologie & Vénérologie**  
 CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
 Tel : 05 90 89 12 80

## Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux

**Rémi EYRAUD**

[remieyraud@hotmail.fr](mailto:remieyraud@hotmail.fr)

**Lauren BRUNIER-AGOT**

[laurenbrunier@hotmail.com](mailto:laurenbrunier@hotmail.com)

**Xavier BOUILLOUX**

[xbouilloux@gmail.com](mailto:xbouilloux@gmail.com)

**Philippe CARRERE**

[philippe.carrere@gmail.com](mailto:philippe.carrere@gmail.com)

**Anne MOROY**

[annemoroy@gmail.com](mailto:annemoroy@gmail.com)

**Cédric Sandy PIERRE**

[cedric-sandy.pierre@hotmail.fr](mailto:cedric-sandy.pierre@hotmail.fr)

**Pierre CARRET**

[pierrecarret@hotmail.fr](mailto:pierrecarret@hotmail.fr)

**Julie SAMBOURG**

[esambourg@hotmail.fr](mailto:esambourg@hotmail.fr)

**Julien FABRE**

[jfabre@live.fr](mailto:jfabre@live.fr)

**Edel FINKE**

[edel.finke@yahoo.fr](mailto:edel.finke@yahoo.fr)

**Katlyne POLOMAT**

[kpolomat@yahoo.com](mailto:kpolomat@yahoo.com)

**Teddy TOTO**

[teddytoto83@gmail.com](mailto:teddytoto83@gmail.com)

**Laurent BRUREAU**

[brureau\\_laurent@yahoo.fr](mailto:brureau_laurent@yahoo.fr)

**JACQUES-ROUSSEAU Natacha**

**Urologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

**Rhumatologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 52

**Chirurgie Orthopédique et Traumatologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 14 66

**Médecin Générale**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 99 99 11

**Psychiatrie et Psychologie Médicale**

CHU de FORT DE FRANCE

Tel : 05 96 55 20 44

**ORL**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 90 89 13 95

**Orthopédie**

CHU de FORT –DE- FRANCE

Tel : 05 90 55 22 28

**Dermatologie – Maladies Infectieuses**

CH de CAYENNE

Tel : 05 94 39 53 59

**Cardiologie**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 23 72

**Ophthalmologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 0 89 14 55

**Médecine interne**

CHU de FORT- DE - FRANCE

Tel : 05 96 55 22 55

**Gynécologie Obstétrique**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 06 90 37 32 40/0590 89 17 90

**Urologie**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

**Anesthésiologie/Réanimation**

CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES

Tel : 05 96 89 11 82

**GUILLE Jérémy**  
[guillejeremy@hotmail.com](mailto:guillejeremy@hotmail.com)

**BLETTERY Marie**  
[blettermari@hotmail.fr](mailto:blettermari@hotmail.fr)

**SCHOELL Thibaut**

**ROUX Guillaume**

**ORL**  
CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES  
Tel : 05 90 89 13 95

**Rhumatologie 5D**  
CHU de FORT- DE - FRANCE  
Tel : 05 96 55 23 52 - Fax : 05 96 75 84 44

**Chirurgie thoracique et cardiovasculaire**  
CHU de FORT- DE - FRANCE  
Tel : 05 96 55 22 71 - Fax : 05 96 75 84 38

**Parasitologie**  
CH de CAYENNE  
Tel : 05 94 39 54 05 - Fax : 05 94 39 53 09

#### **Professeurs EMERITES**

**Bernard CARME**  
[carme.bernard@wanadoo.fr](mailto:carme.bernard@wanadoo.fr)

**Parasitologie**

**CHARLES-NICOLAS Aimé**  
[charlesnicol@sasi.fr](mailto:charlesnicol@sasi.fr)

**Psychiatrie Adulte**

## **REMERCIEMENTS**

### **Au président du jury : Madame le Professeur Jeannie HELENE-PELAGE :**

Je vous suis très reconnaissant de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le Jury de ma Thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et je vous adresse ma profonde gratitude pour votre sollicitude. Soyez assurée de mon profond respect.

### **Aux membres du jury :**

#### **Monsieur le Professeur Régis DUVAUFERRIER :**

Je vous remercie pour votre intérêt et votre disponibilité. Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance.

#### **Monsieur le Professeur Jean ROUDIE :**

Je vous remercie de faire partie de ce jury et de vous intéresser à ce sujet. J'espère que ce travail sera utile à notre confrérie. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail et veuillez recevoir ici la marque de mon profond respect.

#### **Monsieur le Docteur Christian LASSALLE :**

Je vous remercie pour votre intérêt et votre disponibilité. Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

#### **Madame le Docteur Anne CRIQUET-HAYOT :**

Je vous remercie d'avoir accepté d'être ma directrice de thèse, d'avoir été disponible tout au long de ce travail. Je vous remercie pour vos précieux conseils et votre enthousiasme. Soyez assurée de toute ma reconnaissance et de ma sincère admiration.

#### **Aux médecins participant à la permanence de soins et à l'aide médicale urgente :**

Merci d'avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire, avec sincérité.

#### **Madame ROME :**

Merci pour votre disponibilité et intérêt à la réalisation des statistiques de mon travail.

**A ma famille :**

Je vous remercie m'avoir soutenu et supporté tout au long de ces années d'études. Votre Amour m'a permis d'être ce que je suis aujourd'hui. Je vous adore.

**A Hélène:**

Merci pour ton soutien, ta patience, ta tendresse et tes encouragements.

**A mes amis :**

Je vous remercie pour votre soutien depuis le début, les bons moments et ceux à venir.

**A tous mes enseignants tout au long de mes études :**

Merci de m'avoir transmis votre savoir et votre passion pour ce métier.

*« La vérité de demain se nourrit de l'erreur d'hier »*

*Antoine de Saint-Exupéry*

## RÉSUMÉ

**INTRODUCTION :** L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le fonctionnement des quatre Maisons Médicales de Garde (MMG) de Martinique en 2014 (deux à Fort de France, une à Trinité et une au Marin) en tant que structures assurant une Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) dont le but était de désengorger les urgences.

Les critères de jugements principaux retenus dans cette étude ont été, d'une part, la proportion de retour à domicile des patients après leur consultation dans l'une des MMG et, d'autre part, leur degré de satisfaction sur la qualité médicale et le paiement.

**MATERIEL ET METHODE :** Ce travail a été réalisé à partir de deux études épidémiologiques observationnelles multicentriques.

La première, rétrospective, s'est intéressée à l'activité des quatre MMG au 1<sup>er</sup> semestre 2014 grâce aux enregistrements de données dans le logiciel informatique *HELLODOC* des dossiers patients consultant en MMG, complétés par les médecins effecteurs. Cette première étude a inclus 7908 patients.

La seconde étude a été prospective du 1<sup>er</sup> Juin au 30 Septembre 2014 et a évalué les MMG par des questionnaires anonymes à l'attention des patients. 370 questionnaires patients ont été récoltés. En parallèle, des questionnaires à l'attention des médecins effecteurs des MMG, des régulateurs du centre 15 et des urgentistes hospitaliers ont permis d'obtenir la vision globale des médecins participant à la permanence de soins sur les MMG.

**RESULTATS:** Globalement pour les quatre MMG, nous avons observé que suite à la consultation en MMG, la proportion des retours à domicile est de 96,6%. Dans la MMG du CHU PZQ, nous avons constaté que 95,2% des consultations sont suivies d'un retour à domicile, 96,7% des consultations à la MMG de la Clinique Saint Paul sont suivies de retour à domicile, nous avons observé 98% de retour à domicile à la MMG de la Trinité, et enfin à la MMG du Marin nous avons observé 94,4% de retour à domicile.

Nous avons constaté que pour les quatre MMG confondues, 91% des patients consultant à la MMG ont été au moins «plutôt satisfaits », si ce n'est «satisfaits», de la qualité médicale de leur consultation.

Puis nous avons observé que 78% des patients consultant à la MMG ont été au moins «plutôt satisfaits », si ce n'est «satisfaits» des modalités de paiement de leur consultation.

**CONCLUSION :** Les quatre MMG de Martinique semblent être une réponse cohérente et adaptée à la PDSA en Martinique en 2014.

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

AFD : Agence Française de Développement

AMO : Assurance Médicale Obligatoire

AMC : Assurance Médicale Complémentaire

ARS : Agence Régionale de la Santé

CCIM : Chambre de Commerce et d'Industrie de la Martinique

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale

CSP : Clinique Saint-Paul

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

IC : Intervalle de Confiance

MFME : Maison de la Femme, de la Mère et de l'Enfant

PDS : Permanence de Soins

PDSA : Permanence de Soins Ambulatoire

PZQ : Pierre Zobda Quitman (Centre Hospitalier Universitaire)

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## TABLE DES MATIÈRES

<b>I. INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>II. CONTEXTE : LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE.....</b>	<b>3</b>
1. Généralités.....	3
2. Contexte législatif.....	5
3. Organisation en Martinique .....	6
4. Caractéristiques épidémiologiques, démographiques et de la santé en Martinique .....	11
4.1. <i>Démographie de la population générale.....</i>	<i>11</i>
4.2. <i>Démographie médicale .....</i>	<i>15</i>
5. Projections et perspectives de développement .....	16
6. Devenir des passages aux urgences hospitalières en Martinique .....	18
<b>III. ÉTUDE 1: ACTIVITÉ DES QUATRE MMG .....</b>	<b>21</b>
1. Matériel et méthode.....	21
1.1. <i>Le type d'étude.....</i>	<i>21</i>
1.2. <i>Les objectifs de l'étude.....</i>	<i>21</i>
1.3. <i>La population étudiée.....</i>	<i>22</i>
1.4. <i>Le recueil de données.....</i>	<i>22</i>
1.5. <i>L'exploitation des données.....</i>	<i>24</i>
2. Résultats .....	24
2.1. <i>Effectif étudié .....</i>	<i>24</i>
2.2. <i>Devenir des patients après la consultation à la MMG .....</i>	<i>25</i>
2.3. <i>Motifs de consultation représentant plus de 5% des consultations .....</i>	<i>26</i>
2.4. <i>Tranches d'âge des patients.....</i>	<i>28</i>
2.5. <i>Sexe des patients .....</i>	<i>29</i>
2.6. <i>Mode d'accès à la MMG.....</i>	<i>30</i>
<b>IV. ETUDE 2 : SATISFACTION DES PATIENTS CONSULTANT LES MMG ET AVIS DES MEDECINS IMPLIQUES DANS LA PERMANENCE DE SOINS .....</b>	<b>32</b>
1. Matériel et méthode.....	32
1.1. <i>Le type d'étude.....</i>	<i>32</i>
1.2. <i>Les objectifs de l'étude.....</i>	<i>32</i>

1.3. La population .....	33
1.4. Le recueil de données.....	34
1.4.1. Questionnaire « Patients consultant à la MMG ».....	34
1.4.2. Questionnaire « Médecins effecteurs de la MMG ».....	37
1.4.3. Questionnaire « Médecins régulateurs du Centre 15 » .....	38
1.4.4. Questionnaire « Médecins urgentistes hospitaliers » .....	39
1.5. Analyse statistique des données .....	39
1.5.1. Détermination du nombre de sujets nécessaire.....	39
1.5.2. Types de statistiques utilisées pour les questionnaires patients .....	41
1.5.3. Types de statistiques utilisées pour les questionnaires médecins .....	41
2. Résultats .....	42
2.1. Questionnaires « Patients consultant à la MMG ».....	42
2.1.1. Description de la satisfaction des patients des MMG.....	42
2.1.2. Description des effectifs.....	47
2.1.3. Description des connaissances des MMG.....	52
2.1.4. Suggestions d'amélioration proposées par les patients.....	62
2.2. Questionnaires « Médecins effecteurs des MMG ».....	63
2.2.1. Description des effectifs.....	63
2.2.2. Activités médicales en MMG.....	69
2.3. Questionnaires « Médecins régulateurs du Centre 15 ».....	71
2.4. Questionnaires « Médecins urgentistes hospitaliers ».....	73
2.5. Analyse des questions communes posées aux différents médecins impliqués dans cette forme de PDS .....	75
<b>V. DISCUSSION .....</b>	<b>83</b>
1. Principales observations .....	83
2. Points forts de l'étude.....	84
3. Limites de l'étude .....	85
4. Forces et faiblesses de la PDS .....	86
5. Comparatifs du devenir des patients.....	87
6. Propositions d'améliorations de la PDS .....	88
7. Comparaison avec d'autres études .....	89

<b>VI. CONCLUSION .....</b>	<b>93</b>
<b>VII. BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>95</b>
<b>VIII. ANNEXES .....</b>	<b>97</b>
<b>IX. SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>107</b>

## **TABLE DES FIGURES**

Figure 1 :	Les quatre territoires de proximité .....	6
Figure 2 :	Devenir des passages aux urgences adultes (en nombre et en pourcentage) sur le premier semestre 2014.....	19
Figure 3 :	Devenir des passages aux urgences pédiatriques de la MFME (en nombre et en pourcentage) sur le premier semestre 2014 .....	20
Figure 4 :	Nombre de consultations par MMG au 1er semestre 2014 .....	25
Figure 5 :	Devenir des patients de la MMG.....	26
Figure 6 :	Motifs de consultation représentant plus de 5 % des consultations .....	27
Figure 7 :	Motifs de consultation représentant plus de 5% des consultations globale, pourcentage particulier pour chacune des MMG .....	28
Figure 8 :	Proportion des différentes tranches d'âge des patients consultant à la MMG.....	29
Figure 9 :	Sexe des patients consultant à la MMG .....	30
Figure 10 :	Mode d'accès à la MMG.....	31
Figure 11 :	Boîte de récolte des questionnaires .....	35
Figure 12 :	Degré de satisfaction des patients de la qualité médicale de la consultation dans les MMG .....	43
Figure 13 :	Degré de satisfaction du paiement de la consultation. Répartition par MMG ....	45
Figure 14 :	Degré de satisfaction du paiement suivant le régime de sécurité sociale .....	47
Figure 15 :	Provenance des patients des MMG .....	48
Figure 16 :	Répartition des patients par tranches d'âge et par MMG .....	49
Figure 17 :	Sexe des patients consultants dans les 4 MMG.....	50
Figure 18 :	Régime de sécurité sociale des patients interrogés.....	51
Figure 19 :	Déclaration d'un médecin traitant .....	52
Figure 20 :	Habitudes du mode de consultation en urgence en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale .....	53
Figure 21 :	Connaissance des différentes MMG.....	54
Figure 22 :	Mode de connaissance des MMG .....	56
Figure 23 :	Répartition des patients selon leur nombre de passages à la MMG .....	57
Figure 24 :	Connaissance des horaires de fonctionnement de la MMG .....	58
Figure 25 :	Avis des patients sur la possibilité de réaliser des examens complémentaires ...	59

Figure 26 :	Mode d'orientation vers la MMG .....	60
Figure 27 :	Temps d'attente à la MMG .....	61
Figure 28 :	Motifs de consultation des patients .....	62
Figure 29 :	Part des médecins effecteurs en exercice mixte ou libéral .....	64
Figure 30 :	Sexe des médecins effecteurs des MMG.....	65
Figure 31 :	Répartition de la fréquence des permanences mensuelles (en MMG et au Centre 15) .....	66
Figure 32 :	Evaluation des thèmes sujets à des améliorations selon les médecins effecteurs	68
Figure 33 :	Motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés par les médecins effecteurs (plusieurs réponses possibles) .....	70
Figure 34 :	Libellé des motifs de consultation relevant de la MMG selon les différents acteurs de la PDS.....	76
Figure 35 :	Libellé des motifs de consultation ne relevant pas de la MMG selon les acteurs de PDS.....	78
Figure 36 :	La MMG : une réponse cohérente et adaptée ? Avis des acteurs de la PDS .....	80
Figure 37 :	Pistes d'améliorations évoquées par les médecins interrogés .....	82

## **TABLE DES TABLEAUX**

Tableau 1 :	Recensement de la population INSEE.....	6
Tableau 2 :	Rémunération par période d'effectif.....	10
Tableau 3 :	Nombre de médecins en Martinique au 1er janvier 2014.....	16
Tableau 4 :	Degré de satisfaction par rapport à la qualité médicale de la consultation par MMG.....	44
Tableau 5 :	Degré de satisfaction par rapport au paiement de la consultation par MMG.....	46
Tableau 6 :	Propositions d'améliorations par les patients des MMG (en% des patients interrogés).....	63
Tableau 7 :	Motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés .....	71
Tableau 8 :	Difficultés rencontrées par les régulateurs du Centre 15 à orienter un patient vers la MMG.....	72
Tableau 9 :	Difficultés rencontrées par les urgentistes à orienter un patient à la MMG .....	74
Tableau 10 :	Motifs relevant de la MMG selon les différents médecins.....	77
Tableau 11 :	Motifs ne relevant pas de la MMG selon les différents médecins participant à la PDS.....	79

## **LISTE DES ANNEXES**

Annexe 1 :	Affiche d'information des MMG de l'ARS .....	97
Annexe 2 :	Questionnaire anonyme « Patients vu à la Maison Médicale de Garde (MMG) ».. .....	98
Annexe 3 :	Questionnaire anonyme « Patients vus à la Maison Médicale de Garde (MMG) de la Clinique Saint-Paul ».....	100
Annexe 4 :	Fiche d'information sur l'étude à l'attention du patient.....	102
Annexe 5 :	Questionnaire « Médecins effecteurs MMG » .....	103
Annexe 6 :	Questionnaire « Médecins régulateurs du Centre 15 ».....	105
Annexe 7 :	Questionnaire « Médecins urgentistes hospitaliers» .....	106

## **I. INTRODUCTION**

La permanence de soins (PDS) en France a été redéfinie en 2003 suite aux grèves des gardes des médecins généralistes libéraux de 2001 et 2002. Cette évolution s'est faite dans un contexte défavorable de démographie médicale décroissante et de modification des pratiques des usagers vis-à-vis de l'offre médicale. Le contexte a, en effet, fondamentalement changé avec la diminution du nombre de médecins, le désengagement des médecins libéraux dans les tours de garde et le vieillissement de la population médicale en Martinique [1] comme en France métropolitaine [2]. Les notions de pénibilité, d'épanouissement professionnel et personnel et de qualité de vie ont pris de plus en plus d'importance aux yeux de la profession, notamment auprès des jeunes médecins [3], [4]. L'article 77 du code de déontologie médicale précise néanmoins, au sujet de l'accès aux soins, qu'il est du devoir du médecin de participer à la PDS dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.

Dans ce contexte, l'organisation de la PDS a été confiée à l'Agence Régionale de la Santé (ARS) depuis le 13 Juillet 2010, qui a repris la gestion des maisons médicales de garde (MMG) pour les soins ambulatoires. Actuellement, peu d'études s'intéressent aux usagers de cette PDS et aux parcours de soins des patients aux heures de fermeture des cabinets médicaux ; beaucoup de Martiniquais sont mal informés de l'existence des MMG, et la plupart des habitants consultent, par habitude, aux urgences.

Ainsi, l'engorgement permanent des services des urgences hospitalières ainsi que la méconnaissance des MMG tant par les patients que les médecins m'ont frappés au cours des stages effectués en tant qu'étudiant en médecine. Il semble donc important de connaître et d'analyser la satisfaction des patients consultant à la MMG afin de

continuer à optimiser la PDS en MMG et de gagner ainsi en confort et efficacité pour le patient étant dans un état d'urgence ressentie. A ce titre, le devenir du patient consultant en MMG est un bon indicateur de la pertinence du rôle des MMG.

En Martinique, une première MMG a été inaugurée en 2006, et 3 autres MMG sont nées en 2012. Les MMG sont intégrées dans le dispositif départemental de la PDSA conformément aux Décrets du 15 Septembre 2003 et du 7 Avril 2005 [5]. Il m'a donc semblé intéressant de faire un état des lieux de la permanence de soins ambulatoire (PDSA) assurée par les MMG en Martinique en 2014.

Quelle est l'activité d'une MMG ? Quels sont les profils des usagers d'une MMG ? Quelles sont leurs habitudes et leurs trajectoires pour l'accès à des soins en urgence ? Les patients sont-ils satisfaits de leur consultation à la MMG ? Quel est l'avis des médecins effecteurs de ces MMG, des régulateurs du Centre 15 et des urgentistes hospitaliers sur la réponse à la demande de soins non programmée ? Pour répondre à ces interrogations, notre travail s'est intéressé à l'activité des MMG et aux patients consultant à la MMG, aux médecins effecteurs des MMG, aux médecins du Centre 15 et aux médecins urgentistes. Après un rappel du contexte de la permanence des soins ambulatoire (chapitre II), nous évoquerons l'activité des MMG sur la base de données patients récoltée pour la période du premier semestre 2014 (chapitre III), avant de détailler les résultats des questionnaires soumis aux différentes populations susmentionnées (chapitre IV). Enfin, nous discuterons ces observations et les pistes d'amélioration qui s'en dégagent (chapitre V).

## **II. CONTEXTE : LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE**

### **1. Généralités**

La PDSA est une mission de service publique qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des Centres de Santé. La PDSA est une organisation de l'offre de soins libérale pour maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins.

L'organisation de soins médicaux non programmés actuellement en usage en France reste très variable suivant les régions et les MMG sont retenues depuis quelques années comme une des réponses efficaces à la PDSA. L'ARS en Martinique constate que la permanence des soins est assurée par un très faible nombre de médecins généralistes, que les services des Urgences sont « embolisés » en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et que plus de 70 % des passages aux Urgences ne nécessitent pas d'hospitalisation. L'objectif fixé par l'ARS est de renforcer les dispositifs existants, voire même d'en créer de nouveaux [6]. Lorsque les cabinets médicaux sont fermés, le choix pour les patients se limite aux visites à domicile (SOS médecins, médecin généraliste), consultation en MMG ou dans un service d'Urgences publiques hospitalières. Face à la pression croissante de la demande de soins dans les services d'accueil des Urgences [7], la mise en place de la MMG est une des solutions proposées pour répondre aux besoins de la population. Dans le département de la Martinique quatre MMG ont été implantées depuis 2006 : la MMG de la Clinique Saint-Paul a ainsi ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> décembre 2006, la MMG du Centre Hospitalier Universitaire

(CHU) Pierre Zobda Quitman (PZQ) le 1<sup>er</sup> juillet 2012, la MMG du Marin 1<sup>er</sup> septembre 2012 et la MMG de la Trinité le 12 novembre 2012.

L'ARS a engagé les démarches de planification issues de la loi «Hôpital Patient Santé Territoire» (Loi HPST) datant de juillet 2009 par la réorganisation régionale de l'offre de soins ambulatoires, articulée autour de deux axes: [8]

- l'organisation d'une régulation libérale en lien avec le SAMU pour apporter une réponse adaptée à l'état de santé du patient, et
- la prise en charge, par la médecine libérale, des demandes de soins non programmées.

Ce nouveau dispositif relatif à la PDSA relève d'un pilotage par l'ARS :

- Modalités organisationnelles : l'ARS arrête le cahier des charges régional, qui définit les principes d'organisation et prévoit des déclinaisons locales.
- Modalités de rémunération : l'ARS devient compétente pour déterminer la rémunération spécifique des personnes participant à la permanence de soins.

[9]

La PDSA permet de répondre aux demandes de soins non programmées par des moyens structurés, adaptés et régulés. La loi française la reconnaît comme une « mission de service public ». Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

### **Enjeux de la PDSA**

- Apporter une réponse aux personnes qui souhaitent « trouver un médecin » lorsque les cabinets sont fermés.

- Apporter la réponse adaptée selon l'état de santé du patient et organiser son orientation pour veiller à l'efficacité du système [9]

## **2. Contexte législatif**

La loi française reconnaît la PDSA comme une mission de service public permettant de répondre aux besoins de la prise en charge de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés tant en ambulatoire qu'en établissements de santé et en collaboration entre ces deux secteurs. Il s'agit d'une « obligation » de service public qui a considérablement évolué au cours des dernières années. La permanence de soins ambulatoire est définie par deux textes principaux que sont le code de déontologie médicale [10] et le code de santé publique [11].

L'article 77 du code de déontologie médicale stipule qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent.

Le code de santé publique a été modifié en janvier 2009 par la loi HPST qui a renforcé la législation de la PDS.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins (CODAMUPS) organise la PDSA dans le département et élabore le cahier des charges département.

### 3. Organisation en Martinique

La PDSA en Martinique s'organise autour des 4 territoires de proximité définis par arrêté n°ARS/2011/240 du 20 septembre 2011. [7] (Figure 1, Tableau 1)



Figure 1 : Les quatre territoires de proximité

Secteur	Maisons médicales de garde	Nombre d'habitants*
Nord Caraïbe	Projet en cours d'étude	23 483
Centre	PZQ et Clinique Saint-Paul	163 654
Nord Atlantique	Trinité	84 018
Sud	Marin	121 136

**Tableau 1 : Recensement de la population INSEE**

\*Source : DREES-RPPS 2014/Population légale 2014 INSEE

Devant un nombre de médecins généralistes faible dans le Nord Caraïbe, une fusion entre le secteur Centre et ce dernier a été réalisée. Un projet de MMG à St Pierre est actuellement en cours d'étude.

### **Disposition des MMG**

L'organisation régionale de la PDSA couvre les horaires suivants :

- du lundi au vendredi, de 19h à minuit ;
- les samedis, de 13h à minuit ;
- les dimanches et jours fériés, de 7h à minuit ;
- les jours fériés locaux (lundi gras, mardi gras, mercredi des cendres, le vendredi saint et le 2 Novembre), de 7h à minuit.

La PDS peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département (art 6315-1 du code de santé publique) :

- le lundi lorsqu'il précède un jour férié,
- le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

En raison de la faible activité sur la période de nuit profonde, les demandes de soins entre minuit et 7h seront orientées vers les services d'accueil des urgences autorisés.

Le schéma cible PDSA prévoit :

- 1 effecteur pour le Nord Atlantique
- 1 effecteur pour le Sud,
- 2 effecteurs pour le Centre

La MMG est un lieu fixe, identifiable par la population, ce qui facilite son recours en urgence dans le territoire concerné. En cas de catastrophe naturelle, la MMG fait office de poste médical avancé. Ces structures doivent s'assurer de l'accessibilité financière en pratiquant le tiers payant et en adhérant aux protocoles de télétransmission. [7]

### **Modalités d'accès**

L'accès à la MMG doit être régulé par le Centre 15 permettant une bonne orientation des patients. [12]

### **Intervenants**

Un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. Les praticiens peuvent prendre des gardes dans plusieurs MMG. [12]

### **Modalités de mise en œuvre du tiers payant**

Les modalités de paiement des usagers au sein de la MMG s'effectuent selon le tiers payant (part AMC restant à la charge des patients). Pour les bénéficiaires de la CMU et du 100%, la dispense d'avance des frais est pratiquée (AMO et AMC pris en charge).

Ces mesures financières sont primordiales au regard des difficultés économiques martiniquaises évoquées précédemment. Il s'agit d'une instauration unique en France, puisque la Martinique est aujourd'hui le seul département à appliquer ce système en MMG.

### **Modalités de financement des MMG**

L'enveloppe annuelle reconductible sur la période de cinq ans est définie dans la convention liant l'ARS et la MMG. Le financement des MMG est global et affecté par

la CGSS au promoteur. Des partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales, sont à développer pour l'organisation des transports (taxis) vers les MMG ainsi que pour la mise en place d'actions de communication ou d'information de la population. [12]

### **Elaboration des tableaux de garde**

Les tableaux de gardes des MMG sont gérés par secteur grâce à ce médecin nommé par l'ARS. Celui-ci, sur la base du volontariat et des desideratas de ses confrères, établit un tableau de gardes pour la MMG de son secteur, le transmet alors au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) pour validation et transmission et diffusion à l'ARS, la CGSS, l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Martinique, au SAMU-Centre 15 ainsi qu'aux médecins participant à la PDS. Une limitation de ce système d'élaboration des plannings est qu'il repose sur le volontariat. En effet, s'il manque des médecins pour effectuer les gardes, les tableaux de chaque secteur seront incomplets. En cas de carence des tableaux de garde, en application de l'article R.6315-4 du code de santé publique, en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la PDSA, le CDOM recueille l'avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins libéraux des secteurs concernés. Si à l'issue de ces démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le CDOM adresse un rapport au Directeur Général de l'ARS accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA. Le CDOM de Martinique a décidé d'exempter de garde tous les médecins âgés de plus de 60 ans. Ces éléments sont transmis au préfet afin que celui-ci procède aux réquisitions nécessaires.

## **Rémunération**

La rémunération est tarifée par le cahier des charges de la PDSA, validé par le CODAMUPS. (Tableau 2)

<b>Période d'effection</b>	<b>Rémunération</b>
Nuit 19h-Minuit	135 euro
Nuit du samedi 13h-24h	230 euro
Dimanches et fériés 7h-24h	335 euro

**Tableau 2 : Rémunération par période d'effection**

Dans chacun des 3 secteurs actuellement couverts, on trouve une zone déficitaire en professionnels de santé identifiée par l'ARS. D'après la loi PDSA, ceci permet une exonération fiscale pour le médecin de 60 jours de garde par an effectués en MMG.

## **Régulation**

La régulation médicale régionale de tous les appels urgents est assurée par le SAMU-Centre 15 qui assure la coordination entre les médecins hospitaliers et libéraux.

La participation actuelle de la médecine de ville à la régulation préalable des soins non programmés a été modifiée en juillet 2009. Elle prévoit des créneaux horaires dérogatoires spécifiques à la région aboutissant à la présence, au centre 15, d'un médecin libéral. Ces créneaux horaires sont les suivants :

- La semaine de 16h à 23h

- Le vendredi de 15h à minuit
- Le samedi de 7h à 19h et de 19 h à 7h
- Les dimanches et jours fériés de 7h à 15h, de 15h à 23h, de 8h à 13h

16 médecins participent à la régulation médicale dont 10 participent à la fois à la régulation et à l'effectation dans les maisons médicales de garde.

Le nombre d'affaires régulées est en augmentation régulière depuis 2006 passant d'un peu plus de 78 000 affaires régulées à plus de 130 000 en 2013, soit une augmentation d'environ 65% en 7 ans.

On constate par ailleurs, au sein de l'activité de régulation, l'émergence de nouveaux types d'appel pour des consultations téléphoniques (conseil médical après tremblement de terre ou au cours de l'épidémie de dengue, de chikungunya ...) qui ont triplé en 4 ans.

Un nouveau cahier des charges de la PDSA sera proposé fin 2014 au CODAMUPS.

## **4. Caractéristiques épidémiologiques, démographiques et de la santé en Martinique**

### **4.1. Démographie de la population générale**

La Martinique se caractérise par :

- une forte densité de population,
- un vieillissement marqué,
- une légère baisse du taux de natalité,

- une augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui a dépassé la moyenne nationale,
- un taux de mortalité infantile élevé,
- des difficultés économiques

### **Une forte densité de population**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, la population martiniquaise est estimée à 386 486 habitants confirmant ainsi sa trajectoire décroissante. En effet, la population martiniquaise est en baisse depuis quelques années et son taux de croissance annuel moyen est négatif sur la période 2006-2013 (-0,4%), cette tendance baissière s'étant accentuée entre 2012 et 2013 avec une variation de -0,7%. La population martiniquaise représente 0,6% de la population française totale. La Martinique est la plus petite des régions du territoire français par sa superficie (1 128 km<sup>2</sup>) mais la plus dense en peuplement après l'Île de France avec 343 habitants/km<sup>2</sup> en 2013, soit 3 fois plus que la moyenne hexagonale (117 habitants/ km<sup>2</sup>). [1]

L'île présente une grande disparité puisque 42% de sa population est concentrée dans quatre communes (Fort de France, Lamentin, Schœlcher et Saint Joseph) [7]. Les Martiniquais sont concentrés au centre de l'île, qui rassemble plus d'un habitant sur deux (58,5%), contre 30,9 % pour le Sud et 10,6 % pour le Nord. Depuis le recensement de 2006, la population de Fort-de-France continue de baisser. [1]

### **Un vieillissement marqué**

La population martiniquaise vieillit et l'âge médian de la population est passé de 22 ans en 1982 à 40 ans en 2011. La part de la population âgée de moins de 20 ans est passée de 28,9 % en 2006 à 24,9 % en 2013 (- 4 points). Parallèlement, celle des personnes âgées de plus de 60 ans a enregistré une croissance de 5,2 points (passant de 18,2 % à 23,4 %). Par ailleurs, la part des 20-59 ans connaît une décroissance de -1,3 point (passant de 53,0 % à 51,7 %). Cette évolution traduit bien le vieillissement de la population martiniquaise, le solde migratoire négatif depuis les années 60 n'étant plus compensé aujourd'hui par l'accroissement naturel [1]. Le changement dans la structure d'âge de la population amorcé dans les années 1970 s'accroît donc : diminution des moins de 20 ans et accroissement des 60 ans et plus. Selon l'INSEE, le nombre des personnes âgées continuera d'augmenter plus rapidement que l'ensemble de la population. A l'horizon 2040, la Martinique devrait être au 2ème rang des régions les plus âgées de France. Les communes du Nord sont les plus marquées par ce vieillissement. [1].

Le solde migratoire de la Martinique est négatif, essentiellement tiré par le déficit migratoire est très marqué chez les jeunes. Les sorties se font principalement en direction de la métropole (dans 83 % des cas) et, en 2008, plus d'un quart de la population née en Martinique (117 000 personnes) réside en métropole, dont plus de la moitié en Ile-de-France. Les départs de la Martinique se font très souvent dans le cadre de la poursuite d'études ou de la recherche d'un emploi (motifs à l'origine de plus de 50 % des départs) par un public majoritairement jeune : 9 sur 10 ont quitté la Martinique

avant 35 ans et plus de la moitié avant 25 ans. Plus diplômés qu'à la Martinique, leur taux d'emploi est de 64,2 % (contre 62,3 % pour les métropolitains). Ces départs ne sont pas pour autant définitifs puisque 32 % des Martiniquais qui quittent l'île durant une longue période reviennent ultérieurement pour y vivre. Le solde migratoire négatif est donc particulièrement important dans la tranche d'âge des 18 à 30 ans, les entrées de jeunes n'étant pas suffisamment importantes pour compenser les départs. [1]

### **Une légère baisse du taux de natalité**

On observe une baisse des naissances de 0,4 % entre 2011 et 2012. Le taux de natalité (‰ habitants) est de 11,5‰ en Martinique, inférieur à celui observé en métropole (12,3‰). [1]

### **Une augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui a dépassé la moyenne nationale**

En 2012, l'espérance de vie en Martinique est légèrement supérieure à la moyenne nationale. L'espérance de vie des hommes martiniquais (78,8 ans) dépasse légèrement le niveau national (78,5 ans). L'espérance de vie des femmes martiniquaises est également supérieure au niveau national (85,4 ans, contre 84,8 ans). [1]

### **Un taux de mortalité infantile élevé**

Le taux de mortalité infantile (‰ naissances) est supérieur à celui observé en métropole : 8,3‰ en Martinique en 2012 contre 3,6‰ en France métropolitaine en

2013. [1]. Cependant, le taux de mortalité en Martinique est toutefois inférieur à celui de la métropole (7,3‰ contre 8,7‰ en 2012). [1]. Les 4 principales causes de décès sont les mêmes qu'en métropole : maladies cardio-vasculaires, tumeurs, traumatismes et empoisonnements.

### **Difficultés économiques**

Une part limitée de population d'origine étrangère : La part de la population d'origine étrangère en Martinique est l'une des plus basses des régions françaises (1,6% en 2006), bien qu'elle ait très légèrement augmenté au cours de ces dernières années (0,9% au recensement de 1990). Les originaires de Sainte-Lucie et d'Haïti représentent plus de la moitié (59%) de la population étrangère en Martinique.

L'étude sur les revenus et les conditions de vie des ménages en Martinique [1], montre que de plus en plus de ménages martiniquais sont confrontés à des difficultés économiques. Ainsi, les revenus des ménages progressent moins rapidement depuis 2005 du fait de la stagnation des revenus d'activité sur la période récente. La part des ménages vivant sous le seuil de bas revenus est passée de 17,8% à 20,5% au cours des 5 dernières années.

### **4.2. Démographie médicale**

Au niveau régional, la densité de médecins généralistes libéraux en Martinique a diminué en quatre ans : de 83,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants en

2010, on passe à une densité de 80,5 en 2014. Cette densité est inférieure de 25% à la moyenne métropolitaine (105,9 en France Métropolitaine). (Tableau 3)

On observe par ailleurs une répartition inégale des médecins généralistes au sein du territoire de santé avec notamment 6 communes du Nord sans médecin généraliste.

L'âge moyen des médecins généralistes libéraux de 48,8 ans en 2010 est passé à 52,5 ans en 2014 avec 45% de médecins généralistes de plus de 55 ans.

L'analyse de la part des médecins généralistes de 55 ans et plus par commune montre que la majeure partie des communes où la densité médicale est relativement basse (entre 20 et 70 MG pour 100 000 habitants) ont aussi des taux de médecins généralistes de 55 ans et plus supérieurs à 50% (10 communes sur 16).

	Libéraux exclusifs	Salariés hospitaliers	Autres Salariés	Mixtes	Total
Généralistes	284	121	53	27	485
Spécialistes	182	251	38	58	529
<b>Total</b>	<b>466</b>	<b>372</b>	<b>91</b>	<b>85</b>	<b>1014</b>

**Tableau 3 : Nombre de médecins en Martinique au 1er janvier 2014**

Source : DREES-RPPS 2014

## 5. Projections et perspectives de développement

Actuellement les dépenses de santé sont en baisse en Martinique. La Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS) compte 12 centres et antennes. En 2013, le montant total des dépenses de santé s'élevait à 1,3 milliard d'euros, en baisse de 0,8% par rapport à 2012.

Dans le détail, les dépenses liées à la maladie (89,5 % du total) ont baissé de 3,5 %. [1]

Le vieillissement et la dépendance s'accélèrent. D'après les projections de l'INSEE, d'ici 2040, la Martinique devrait devenir la deuxième région la plus âgée de France. Ce phénomène s'expliquerait par la hausse de l'espérance de vie, le retour des retraités, ainsi que l'arrivée de la génération du baby-boom dans la population de plus de 60 ans. Le rapport entre le nombre de personnes âgées (+ de 60 ans) et le nombre de personnes en âge de travailler (20-59 ans) devrait croître de 35,3 % en 2007 à 101,8 % en 2040. Par ailleurs, la population âgée dépendante de 85 à 89 ans doublerait entre 2007 et 2030; celle des personnes dépendantes de 90 ans et plus devrait tripler, posant ainsi de nombreux défis aux autorités publiques en termes de financement des systèmes de solidarité [1].

Fin 2013, l'Agence Française de développement (AFD) et la Chambre de Commerce et d'Industrie de la Martinique (CCIM) ont présenté une étude sur ce thème « L'économie du vieillissement est-elle un axe de développement ? », envisageant deux scénarios à long terme :

- un scénario « tendanciel » avec un vieillissement « subi », entraînant une réduction de la population active employable qui se solderait par une perte de croissance de l'activité, une baisse de la consommation des ménages, une dégradation de la rentabilité des entreprises et donc un resserrement de la contrainte budgétaire de la collectivité ;
- un autre scénario « volontariste » consistant à saisir les opportunités offertes par le vieillissement pour fournir de l'emploi en répondant à la demande des seniors.

Selon l'étude, ce deuxième axe de développement est envisageable si la Martinique réussit à accroître la productivité de sa main d'œuvre moyennant une intervention forte des pouvoirs publics.

Les principaux risques pesant sur l'organisation de la PDSA sont :

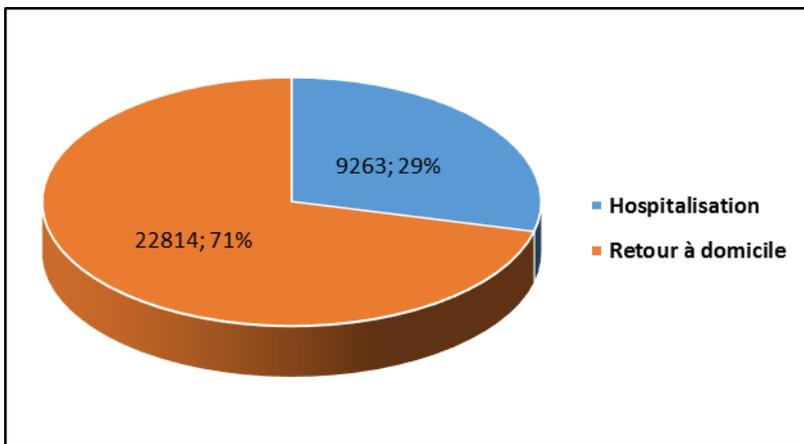
- D'une part, à la motivation des médecins généralistes, en nombre insuffisant par rapport à la population régionale et avec une proportion non négligeable de médecins de 55 ans et plus susceptibles de ne pas participer à la PDSA, et à leur engagement à participer à la PDSA alors que leur propre cabinet ne désemplit pas ;
- D'autre part, à des temps de déplacement sur l'île très variables et souvent dissuasifs, notamment pour ce qui concerne la réalisation de visites à domicile, alors qu'une partie de la population, en situation de précarité, ne dispose pas des moyens de locomotion personnel pour atteindre les lieux de consultations.

## **6. Devenir des passages aux urgences hospitalières en Martinique**

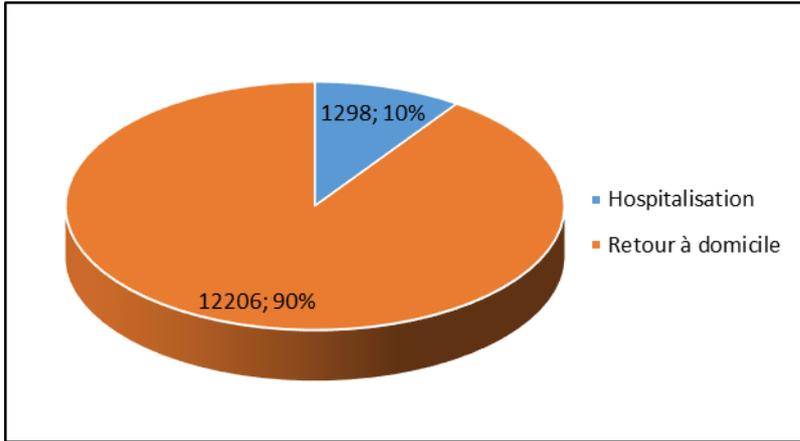
Les services d'Urgences en Martinique sont localisés au CHU PZQ à Fort de France et au Centre Hospitalier Louis-Domergue à La Trinité. Les Urgences au CHU PZQ sont séparées en urgences médicales, chirurgicales et psychiatriques qui sont prises en charge par l'hôpital, et en urgences pédiatriques et gynécologiques qui sont prises en charge par la Maison de la Femme de la Mère et de l'Enfant (MFME). Les urgences au Centre Hospitalier Louis-Domergue disposent d'un service d'urgences pour adultes et d'un service d'urgences pédiatriques.

Selon les sources statistiques des services d'Urgences, après inscription auprès de l'administration des urgences hospitalières, au premier semestre 2014, le nombre de passages enregistrés dans ces trois hôpitaux est de 45 581 passages, dont 35 023 (76%) se sont suivis de retour à domicile. Ce chiffre correspond au chiffre constaté sur le site de l'ARS de Martinique qui note que «plus de 70% des passages aux urgences ne nécessitent pas d'hospitalisation ». [6]

Du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 juin 2014, le nombre de passages aux urgences hospitalières publiques adultes en Martinique était de 32 077. Nous avons observé 71% (22 814) de retours à domicile et 29% (9 263) d'hospitalisations (Figure 2). Pendant cette période, dans le service d'urgence pédiatrique de la MFME, nous avons observé 13 504 passages, dont 12 206 retours domicile, soit 90 % des passages. (Figure 3)



**Figure 2 : Devenir des passages aux urgences adultes (en nombre et en pourcentage) sur le premier semestre 2014**



**Figure 3 : Devenir des passages aux urgences pédiatriques de la MFME (en nombre et en pourcentage) sur le premier semestre 2014**

### **III. ÉTUDE 1: ACTIVITÉ DES QUATRE MMG**

#### **1. Matériel et méthode**

##### **1.1. Le type d'étude**

Le présent travail repose sur une étude épidémiologique observationnelle multicentrique réalisée en Martinique avec une analyse rétrospective des dossiers patients informatisés du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 juin 2014.

##### **1.2. Les objectifs de l'étude**

**L'objectif principal** de cette première étude a été de déterminer si les MMG répondent à la demande de PDSA en Martinique. Cette étude a comptabilisé le nombre de consultations et a analysé l'orientation des patients à la sortie de la consultation: hospitalisation ou retour à domicile ; le critère « retour à domicile » étant le critère de jugement principal.

**Les objectifs secondaires** de l'étude ont été :

- d'observer le profil des patients consultants en MMG (tranches d'âge, sexe, motifs de consultation),
- d'observer leur mode d'accès à la MMG (régulation par le Centre 15, venue spontanée sans régulation préalable, réorientation par un service d'urgence)

### 1.3. La population étudiée

Toute consultation dans l'une des MMG et dont les données ont été enregistrées dans le logiciel médical informatique *HELLODOC* de la MMG concernée a été incluse dans l'étude, sans aucun autre critère de discrimination.

### 1.4. Le recueil de données

**L'activité a été évaluée rétrospectivement pour le 1<sup>er</sup> semestre 2014** sur la base des rapports statistiques du logiciel *HELLODOC*, en service dans chacune des quatre MMG.

Nous avons obtenu l'accord de chaque responsable des MMG pour l'exploitation des données.

Lorsqu'un médecin débute sa garde à la MMG, il est normalement tenu de se connecter au logiciel *HELLODOC* pour la réalisation de la garde. En amont de la présente étude, chaque médecin effecteur à la MMG avait été invité à une réunion d'information afin de savoir compléter correctement les informations requises par le logiciel ; le but étant d'assurer la fiabilité des données statistiques livrées ensuite par le logiciel.

Ce logiciel a permis de relever :

- le nombre de passages à la MMG,
- le devenir des patients à la sortie des MMG : un retour à domicile ou vers un service d'urgence hospitalier
- les motifs de consultations relevés des spécialités suivantes: cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, endocrinologie, gériatrie, la gynécologie,

neurologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, pédiatrie, pneumologie, psychiatrie, rhumatologie, stomatologie, traumatologie, uro-néphrologie, et infectiologie. l'âge des patients, classés en six tranches d'âge : 0 à 2 ans, 2 à 6 ans, 6 à 16 ans, une tranche pédiatrique regroupant les patients âgés de 0 à 16 ans, la tranche des 16 à 65 ans et la tranche d'âge des patient âgés de plus de 65 ans

- Le mode d'accès aux MMG: patients régulés par le Centre 15, patients venus spontanément, et patients réorientés vers la MMG par un service d'urgence.

Trois modes d'accès ont été relevés: les patients qui avaient été « régulés par le Centre 15 », ceux qui étaient venus « spontanément » et ceux qui avaient été « réorientés vers la MMG par un service d'urgence ». Dans chaque MMG une pancarte bien visible rappelle au patient la nécessité d'appeler le 15 avant de consulter en urgence.

Pour le décompte des gardes: 18, 10, 9 et 6 médecins se sont connectés au logiciel *HELLODOC*, respectivement à la MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint Paul, de La Trinité et du Marin. Le décompte du nombre de gardes enregistrées a été réalisé à l'aide du tableur *EXCEL* du rapport statistique du logiciel *HELLODOC*.

Sur 181 jours de gardes :

- 168 gardes sur 181 jours de gardes ont été enregistrées dans le logiciel *HELLODOC* de la MMG de PZQ
- la Clinique Saint Paul ne disposant pas du logiciel *EXCEL*, le décompte des gardes enregistrées n'a pas pu y être réalisé.
- 153 gardes sur 181 jours de gardes ont été enregistrées dans le logiciel *HELLODOC* de la MMG de la Trinité

- seulement 24 jours de gardes ont été enregistrés dans le logiciel *HELLODOC* de la MMG du Marin.

Le faible nombre de gardes au Marin s'explique par le fait qu'une majeure partie des médecins effecteurs ayant été réquisitionnés avaient refusé d'enregistrer leurs consultations dans le logiciel.

### **1.5. L'exploitation des données**

Les données analysées sont quantitatives. Elles ont été analysées à l'aide d'effectifs, de pourcentages et de répartitions. Le critère de jugement principal a bénéficié de calculs d'intervalles de confiance à 95% pour plus de précisions. Le calcul de l'intervalle de confiance a été réalisé avec le site web : [www.mediametrie.fr](http://www.mediametrie.fr).

## **2. Résultats**

### **2.1. Effectif étudié**

Au 1<sup>er</sup> semestre 2014, le rapport statistique livré par le logiciel *HELLODOC* a enregistré 7 908 consultations.

Le nombre de consultations enregistrées était de 2086 à la MMG de PZQ, 3050 à la MMG de la Clinique Saint Paul, 2514 à la MMG de La Trinité et 258 à la MMG du Marin (Figure 4).

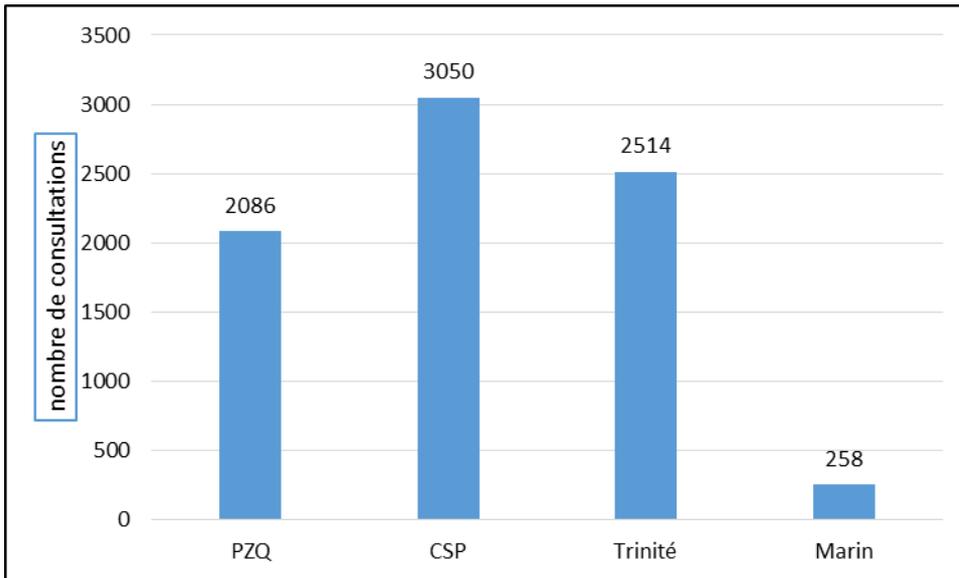
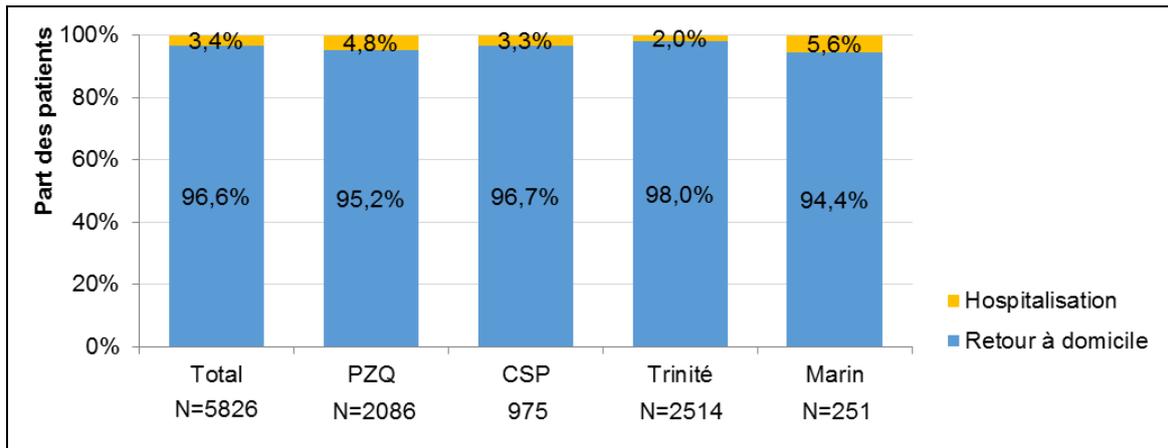


Figure 4 : Nombre de consultations par MMG au 1er semestre 2014

## 2.2. Devenir des patients après la consultation à la MMG

Globalement, pour les quatre MMG, nous avons observé que suite à la consultation en MMG, la proportion des retours à domicile est de 96,6% IC95% [96,2 :97,1]. Par ordre décroissant, le taux de retour à domicile est de 98% IC95% [97,5-98,6] à la MMG de la Trinité, de 96,7 % IC95% [95,6 :97,8] à la MMG de la Clinique Saint Paul, de 95,2% IC95% [94,3 :96,1] à la MMG du CHU PZQ et enfin de 94,4% IC 95% [91,6 :97,3] à la MMG du Marin. (Figure 5). Les passages en MMG retournent à leurs domiciles après leur consultation dans la grande majorité des cas.

Nous avons observé seulement 975 dossiers suffisamment remplis pour permettre l'analyse des données « devenir des patients après la consultations » à la MMG de la Clinique Saint-Paul sur 3050 consultations enregistrées.

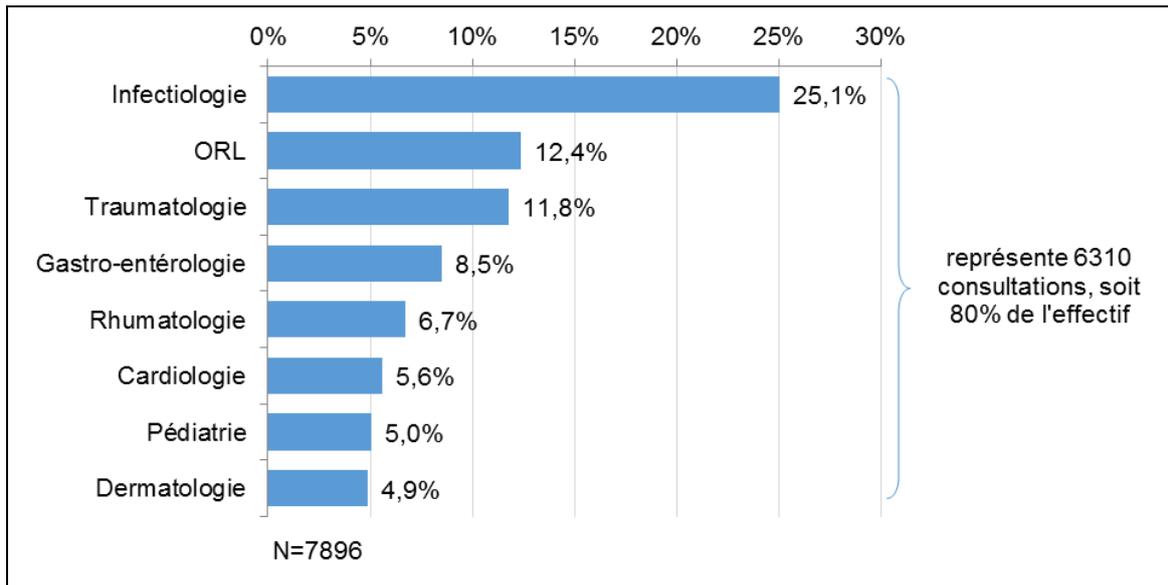


**Figure 5 : Devenir des patients de la MMG**

### 2.3. Motifs de consultation représentant plus de 5% des consultations

Les motifs de consultation représentant minimum 5% de l'ensemble des consultations ont regroupé plus de 80% des consultations IC95% [79-81] du nombre de consultations totales.

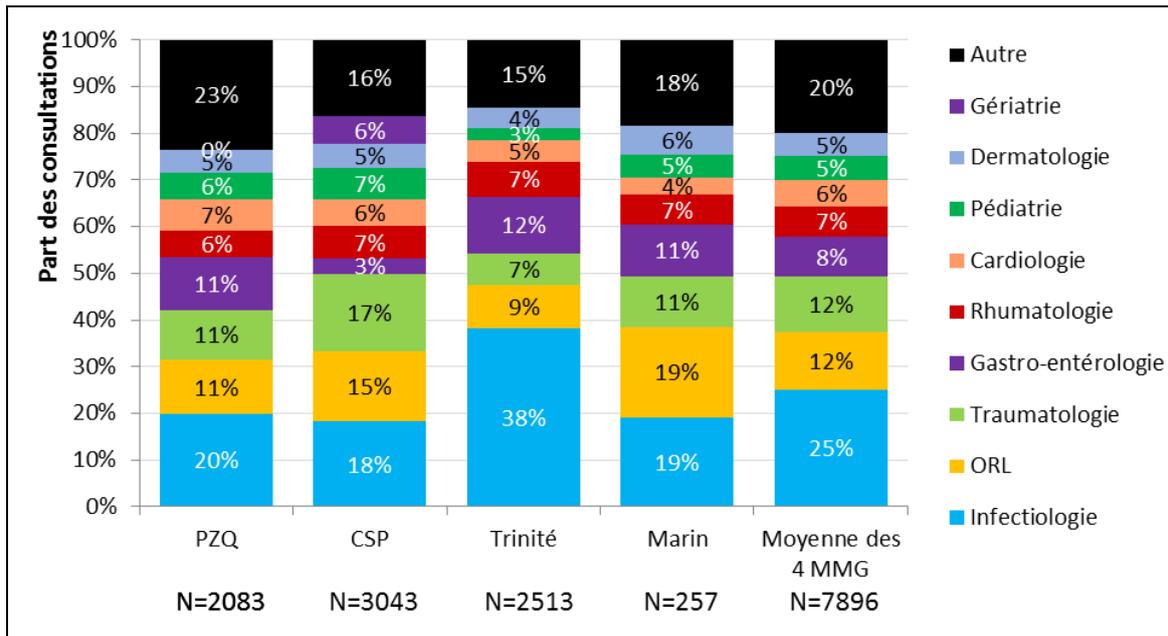
Par ordre décroissant, nous avons constaté que l'infectiologie a représenté 25,1% des consultations, l'ORL 12,4%, la traumatologie 11,8%, la gastro-entérologie 8,5% la rhumatologie 6,7%, la cardiologie 5,6 %, la pédiatrie 5% (Figure 6).



**Figure 6 : Motifs de consultation représentant plus de 5 % des consultations**

Il est intéressant de constater que la répartition de ces motifs de consultation varie selon les MMG (Figure 7). Le nombre important de consultations de maladies infectieuses peut s'expliquer par le fait qu'une épidémie de Chikungunya a sévit en Martinique pendant la période de l'étude. Les chiffres de consultations en pédiatrie et en gériatrie ont pu être sous-estimés, car une maladie pouvait aussi bien être classée en maladie de système par le médecin effecteur.

A noter qu'en MMG de garde de la Clinique Saint-Paul nous avons observé 6% de consultations de gériatrie.



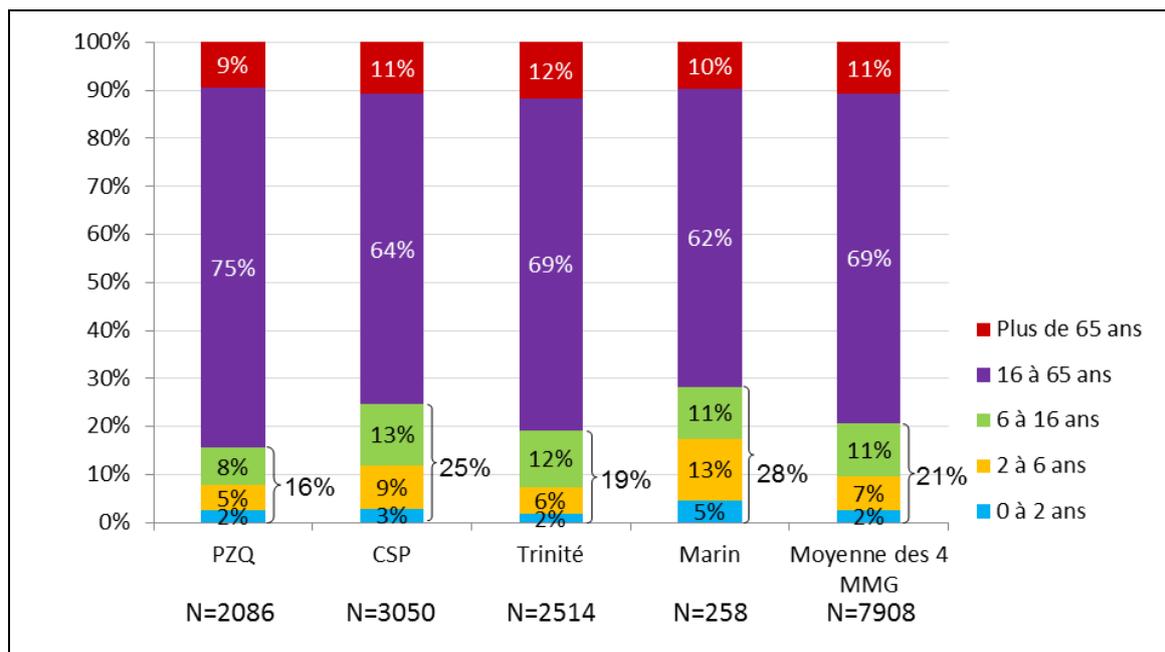
**Figure 7 : Motifs de consultation représentant plus de 5% des consultations globale, pourcentage particulier pour chacune des MMG**

#### 2.4. Tranches d'âge des patients

Les tranches d'âge ont été enregistrées pour chacune des consultations.

La proportion des patients d'âge pédiatrique « 0 à 16 ans » a représenté 20% des consultations (nourrissons : 2%, les 2 à 6 ans : 7%, et les 6 à 16 ans : 11%). La proportion de consultation des personnes âgées, représentées par la tranche d'âge des « plus de 65 ans », a été de 11%. Enfin, la tranche d'âge des patients de 16 à 65 ans a représenté 69 % des consultations. (Figure 8)

Nous avons observé une répartition différente des tranches d'âges en fonction des MMG.



**Figure 8 : Proportion des différentes tranches d'âge des patients consultant à la MMG**

Plus éloignées d'un service d'urgence hospitalière, les MMG de la Clinique Saint-Paul et du Marin avaient des taux de consultations pédiatriques plus élevés, respectivement de 25% et 28%. Nous avons observé que la MMG de PZQ a eu le recrutement le plus faible de la population pédiatrique 16%. En effet, le CHU de PZQ dispose d'un service d'urgence pédiatrique et il est probable que la grande majorité des consultations pédiatriques relevant des soins non programmés soient effectuées dans ce service.

## 2.5. Sexe des patients

Globalement, la répartition des patients qui ont consulté en MMG était de 67% pour le sexe féminin contre 33% pour le sexe masculin. Nous avons constaté une proportion de la répartition des sexes similaire dans les quatre MMG, soit, 65%, 69%, 66% et 60% de patients de sexe féminin respectivement dans les MMG de PZQ, la Clinique Saint-Paul, de La Trinité et du Marin. (Figure 9)

Il n'existe pas de disparité démographique en Martinique pouvant expliquer ces résultats même si l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes. [1]

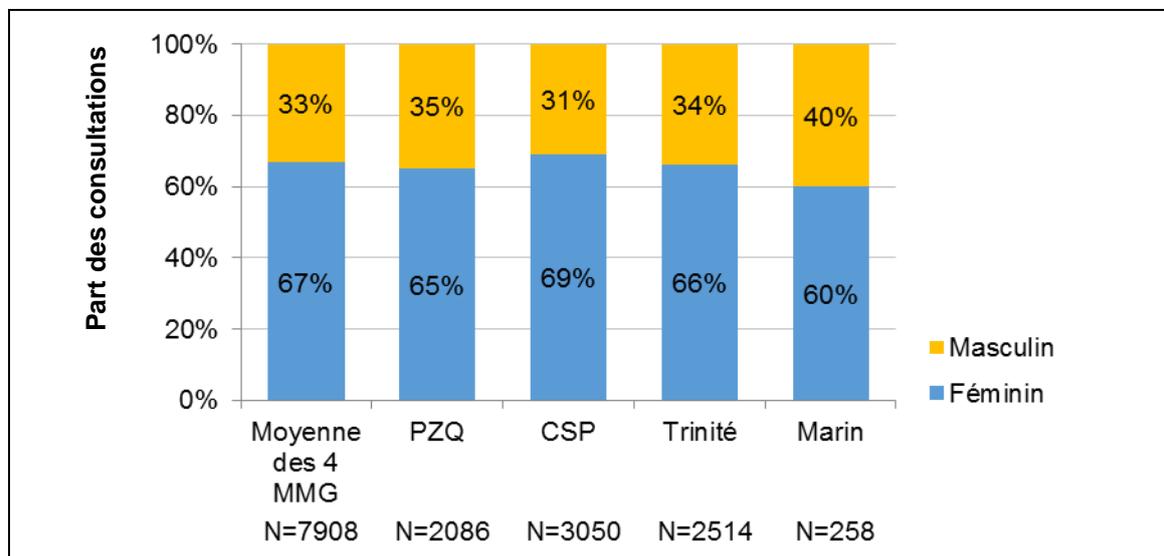


Figure 9 : Sexe des patients consultant à la MMG

## 2.6. Mode d'accès à la MMG

Globalement pour les quatre MMG, le mode d'accès a été régulé par le Centre 15 dans 50 % des cas. Les patients venus de façon spontanée représentaient une proportion de 39% des consultations. Dans 11 % des cas, les patients ont été réorientés vers les MMG par un service d'urgence. (Figure 10)

La proportion de patients qui ont appelé le Centre 15 avant la consultation a été, par ordre décroissant, 65%, 54 %, 53%, 44% respectivement pour les MMG du Marin, du CHU PZQ, de la Clinique Saint-Paul et enfin de La Trinité.

C'est à la MMG de la Clinique Saint Paul et de La Trinité que la présentation spontanée des patients a été la plus forte, soit 46 % pour chacune des MMG contre seulement 32% des cas pour le Marin.

A noter, la Clinique Saint-Paul ne disposant pas d'un service d'urgence à proximité, aucun patient a été réorienté par un service d'urgence.

Nous pouvons supposer que les patients réorientés vers la MMG du Marin par un service d'urgence provenaient de l'Hôpital du Marin qui ne dispose pas d'un service d'urgence mais de médecins de garde hospitaliers.

Nous avons observé seulement 975 dossiers suffisamment remplis pour permettre l'analyse des données « mode d'accès » des consultations à la MMG de la Clinique Saint-Paul sur 3050 consultations enregistrées.

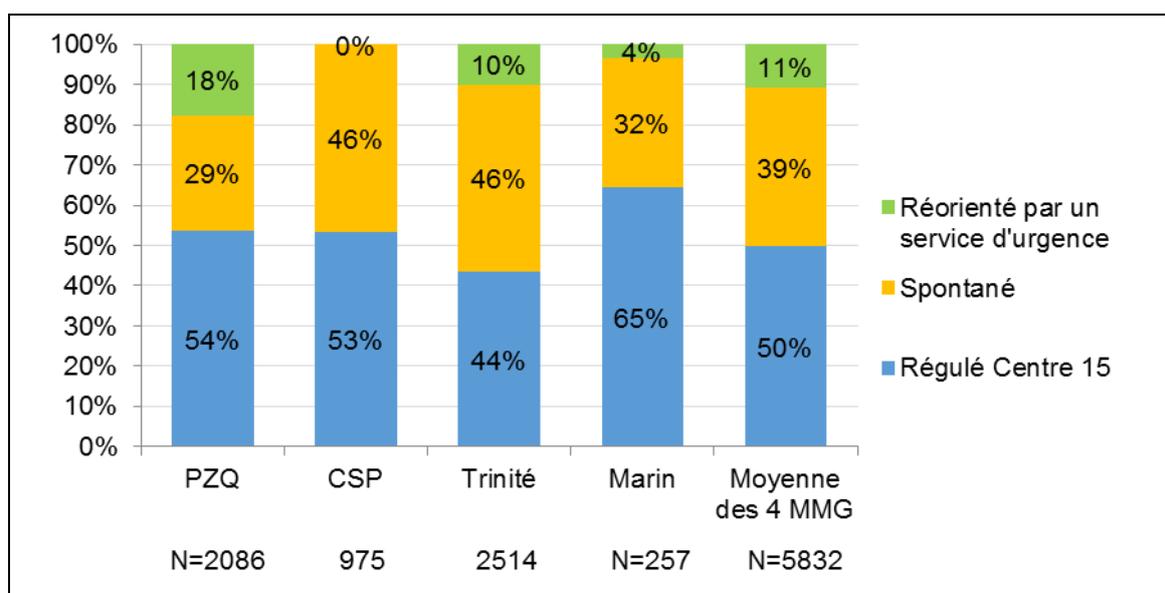


Figure 10 : Mode d'accès à la MMG

## **IV. ETUDE 2 : SATISFACTION DES PATIENTS CONSULTANT LES MMG ET AVIS DES MEDECINS IMPLIQUES DANS LA PERMANENCE DE SOINS**

### **1. Matériel et méthode**

#### **1.1. Le type d'étude**

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle multicentrique prospective à visée descriptive réalisée en Martinique, avec une analyse de questionnaires du 1<sup>er</sup> Juin 2014 au 30 Septembre 2014.

#### **1.2. Les objectifs de l'étude**

**L'objectif principal de cette deuxième étude** était d'évaluer le degré de satisfaction des patients consultant MMG par rapport à la qualité médicale de la consultation et la question de l'avance des frais.

**Les objectifs secondaires** étaient d'évaluer le profil des patients consultant à la MMG, les modalités de leur trajectoire vers la MMG, l'avis et le degré de satisfaction des médecins effecteurs des MMG et enfin l'avis des médecins régulateurs et urgentistes impliqués dans la PDS.

### **1.3. La population**

L'étude sur les patients a inclus tout patient ayant consulté entre le 1<sup>er</sup> juin et le 31 août 2014 dans l'une des quatre MMG de Martinique et ayant accepté de répondre au questionnaire de satisfaction.

Lors de la naissance des MMG, l'ARS de Martinique avait réalisé une campagne d'information auprès de la population avec une affiche d'information adressée aux médecins généralistes pour une diffusion de cette offre de soins par cet affichage dans leur salle d'attente. (Annexe 1)

En ce qui concerne les médecins effecteurs, ont été inclus tous ceux ayant exercé entre le 1<sup>er</sup> juin et le 30 septembre 2014 dans les MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint Paul et de la Trinité (38 questionnaires remplis).

Cependant à la MMG du Marin, seuls 25 médecins effecteurs sur 42 au total ont répondu au questionnaire. En effet, il faut signaler que sur cette période incluant 143 gardes (dimanche et jours fériés sont comptabilisée comme 2 gardes puisque la permanence est suivie d'un relais le soir), on dénombre 68 gardes ayant nécessité des réquisitions et 75 gardes volontaires.

Par ailleurs, les 34 médecins du Centre 15 ont accepté de répondre au questionnaire, et quasiment tous les médecins urgentistes hospitaliers titulaires en Martinique, soit 25 sur 26 médecins titulaires recensés.

Ont été exclus de l'étude, les médecins effecteurs de la MMG du Marin ne souhaitant pas participer à l'étude, soit 17 médecins effecteurs.

Par ailleurs, ont été exclus de l'étude : un médecin de la MMG du CHU de PZQ qui n'a pas répondu dans des délais impartis, un urgentiste qui a été muté et n'a pas répondu au questionnaire et enfin, un médecin régulateur du Centre 15 qui étant retraité ne souhaitait pas être inclus dans l'étude.

#### **1.4. Le recueil de données**

Chaque médecin a été interrogé en face à face, à l'exception des médecins effecteurs de la MMG du Marin du fait de la distance. Néanmoins, des rencontres avec certains médecins effecteurs de la MMG du Marin ont pu être organisées et ont permis de les interroger en face à face ou par entretien téléphonique.

Ainsi, 15 questionnaires ont été récoltés à la MMG du CHU PZQ, 13 à la MMG de la Clinique Saint-Paul, 10 à la MMG de la Trinité et 25 à la MMG du Marin.

En effet, les médecins de la MMG du Marin sont réticents à la réalisation de leurs gardes ; ils ont été réquisitionnés pour les gardes.

##### **1.4.1. Questionnaire « Patients consultant à la MMG »**

Nous avons déposé dans chaque MMG, à l'attention des patients, un questionnaire qui était facile et rapide à remplir (Annexe 2). Celui-ci a été placé de façon visible dans la salle d'attente.

Un questionnaire spécifique a été établi pour la MMG de la Clinique Saint Paul car cette structure fonctionne la journée comme un cabinet de médecine générale assurant les soins d'urgences en journée. Deux questions supplémentaires étaient donc posées : le jour de la consultation et l'heure de la consultation. (Annexe 3). Ceci a permis de ne tenir compte que des questionnaires des patients consultant aux horaires de la MMG.

Une affiche informative de l'étude avec en bas de page une adresse email dédiée en cas de questions (Annexe 4) a été placée à proximité d'une boîte de récolte des questionnaires (Figure 11). Afin de garantir l'anonymat des patients, le questionnaire est resté vierge d'identification et a été déposé à proximité de cette boîte. Pour être le plus exhaustif possible, nous sommes passés personnellement et de façon hebdomadaire dans chacune des quatre MMG aux horaires d'ouverture afin de recueillir les questionnaires remplis et de renouveler l'information auprès de nos confrères concernant le déroulement de l'étude.



**Figure 11 : Boîte de récolte des questionnaires**

Le questionnaire a été élaboré à partir du questionnaire de la Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) [13]. Il se composait à l'origine de 22 questions. Le questionnaire était anonyme et a été testé pendant 7 jours sur une vingtaine de patients pour évaluer sa compréhension et sa faisabilité.

Suite à la récolte des données, une question portant sur la suggestion de promotion de la MMG n'a pas été prise en compte puisque trop souvent les patients ont donné plusieurs réponses à cette question à choix multiple pour laquelle une seule réponse était requise.

Le questionnaire comprenait principalement des questions à choix multiples permettant d'obtenir des données :

- sur leur satisfaction par rapport à la qualité de la consultation médicale et aux modalités de paiement,
- sur le profil des patients (commune de résidence, année de naissance, sexe, déclaration d'un médecin traitant, régime de sécurité sociale),
- sur la trajectoire les ayant menés à se présenter à la consultation de la MMG (les habitudes de consultation en urgence en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale, connaissance préalable de l'existence de ces MMG et de leurs horaires d'ouverture, le mode de connaissance et d'orientation vers la MMG, le temps d'attente)
- sur le motif de consultation
- sur leur avis sur la possibilité de la réalisation d'examen complémentaires (radiologie, prélèvement sanguin) et la nécessité d'avancer le paiement de la consultation

- enfin, leurs suggestions par rapport aux améliorations à envisager à l'intérieur de la MMG.

#### **1.4.2. Questionnaire « Médecins effecteurs de la MMG »**

Ce questionnaire a eu pour but de recueillir une fois au cours de l'étude le point de vue des praticiens travaillant en MMG (Annexe 5).

28 questions ont été élaborées pour évaluer :

- le profil de médecin (sexe, âge, mode d'exercice, nombre de permanences effectuées),
- leur avis sur la cohérence de la réponse du dispositif de MMG à la PDS et si, selon eux, il était nécessaire de renforcer cette forme de réponse à la demande de soins non programmée,
- leur avis sur les motifs de consultation en urgence relevant de la MMG et ceux n'en relevant pas, ainsi que les motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés,
- leurs observations sur les différences entre leur pratique en cabinet de ville et en MMG,
- leurs avis au sujet de la régulation,
- leur degré de satisfaction et les améliorations à apporter (nombre de patients par permanence, durée de la permanence, sécurité de l'exercice professionnel, aménagement des locaux, matériel à disposition, qualité de la régulation par le Centre 15, qualité de la transmission des patients par les urgences - pour les MMG du CHU PZQ et de la MMG de La Trinité - conditions financières

de leur exercice, et enfin sur le fonctionnement global de la MMG de leur secteur),

- les améliorations ou modifications qu'il paraîtrait utile de mettre en œuvre,
- et enfin, un avis sur les points non abordés dans le questionnaire.

### **1.4.3. Questionnaire « Médecins régulateurs du Centre 15 »**

Le questionnaire a été élaboré pour recueillir le point de vue des médecins régulateurs du Centre 15. Ce questionnaire (Annexe 6) comprenait 8 questions portant sur :

- leur profil professionnel de médecin régulateur (libéral, hospitalier ou mixte)
- leur avis sur la cohérence de la réponse du dispositif de MMG à la PDS et si, selon eux, cette forme de réponse à la demande de soins non programmés était adaptée
- leur avis sur les motifs de consultation en urgences relevant de la MMG et ceux n'en relevant pas
- les difficultés qu'ils ont rencontrées à orienter un patient à la MMG
- leur prise en compte de l'affluence aux urgences hospitalières lorsqu'ils orientent un patient vers la MMG
- les améliorations ou modifications qu'il paraîtrait utile à mettre en œuvre

#### **1.4.4. Questionnaire « Médecins urgentistes hospitaliers »**

Le questionnaire a été établi pour recueillir le point de vue des médecins urgentistes hospitaliers titulaires dans les services d'urgences adultes et pédiatriques du CHU PZQ et des urgences du CH Louis-Domergue à La Trinité.

Ce questionnaire comprenait 9 questions (annexe 7) portant sur :

- le profil professionnel des médecins régulateurs (libéral ou hospitalier)
- à leur avis sur la cohérence de la réponse du dispositif de MMG à la PDS et s'il fallait étendre, selon eux, cette réponse à la demande de soins non programmés
- leur avis sur les motifs de consultation en urgences relevant de la MMG et ceux n'en relevant pas
- les difficultés qu'ils ont rencontrées à orienter un patient vers une MMG
- l'influence de la prise en compte de l'affluence aux urgences hospitalières lorsqu'ils orientent un patient vers une MMG
- les modifications qu'il leur paraîtrait utile à mettre en œuvre pour améliorer les MMG

### **1.5. Analyse statistique des données**

#### **1.5.1. Détermination du nombre de sujets nécessaire**

S'agissant d'une enquête d'observation, l'effectif de l'échantillon pour le nombre de questionnaires « patients consultant à la MMG » a été calculé à l'aide de la formule suivante, car il s'agissait d'un sondage aléatoire simple :

$$n = 1,96 \times 1,96 \times P \times (1-P) / p \times p$$

P est la prévalence et p la précision à 5 %.

7 908 consultations ont eu lieu dans les MMG au 1<sup>er</sup> semestre 2014. La population Martiniquaise compte 392 291 habitants [14]. La prévalence de consultation en MMG est égale à 2,02 %. Ainsi le nombre de sujets nécessaire à l'étude a été de 30.

Pour préciser le nombre de sujets nécessaire pas secteur, nous avons stratifié avec la même formule pour le calcul de l'effectif nécessaire.

Pour les MMG du CHU PZQ et de la Clinique Saint-Paul nous avons fusionné les secteurs Nord Caraïbe et Centre, car jusqu'à présent il n'existe pas de MMG dans le secteur Nord Caraïbe. 5 136 consultations ont eu lieu dans ces deux MMG au 1<sup>er</sup> semestre 2014. La population de ces deux secteurs est de 187 137 habitants. La prévalence de consultation dans ces deux MMG pour la population définie est égale à 2,74%. Ainsi le nombre de sujets nécessaire à l'étude pour ces deux secteurs a été de 41.

En parallèle, 2 514 consultations ont eu lieu dans la MMG de La Trinité au 1<sup>er</sup> semestre 2014. La population de ce secteur est de 84 018 habitants. La prévalence de consultation en MMG de La Trinité pour la population du secteur Nord Atlantique est égale à 2,99%. Ainsi le nombre de sujets nécessaire à l'étude pour ce secteur a été de 45.

258 consultations ont été enregistrées à la MMG du Marin au 1<sup>er</sup> semestre 2014. La population du secteur Sud est de 121 136. La prévalence de consultation à la MMG du Marin pour la population du secteur Sud est de 0,21%. Ainsi le nombre de sujets nécessaire à l'étude pour ce secteur a été de 3. A noter que le nombre de consultations à la MMG du Marin a été sous-évalué car les médecins ont refusé de saisir les données.

### **1.5.2. Types de statistiques utilisées pour les questionnaires patients**

Les données ont été quantitatives et ont donc été analysées à l'aide d'effectifs, de répartitions et de pourcentages. Les analyses ont été réalisées pour chacune des 4 MMG, permettant ainsi d'obtenir un rapprochement entre elles et une vision globale des résultats.

Les effectifs pour chacune des quatre MMG ont été détaillés en fonction des différentes composantes analysées : sur les intitulés des résultats, l'effectif total de patients par MMG sur la durée d'étude est ainsi noté N.

Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble de la période de recueil des données et arrondis au nombre entier le plus proche.

Les critères de jugements principaux ont fait l'objet d'une analyse statistique des pourcentages avec un intervalle de confiance à 95%.

### **1.5.3. Types de statistiques utilisées pour les questionnaires médecins**

Les questionnaires à l'attention des médecins ont porté sur des données quantitatives et seront donc analysés à l'aide d'effectifs et de pourcentages.

Les pourcentages sont calculés sur l'ensemble de la période de recueil des données et arrondis au nombre entier le plus proche.

## 2. Résultats

### 2.1. Questionnaires « Patients consultant à la MMG »

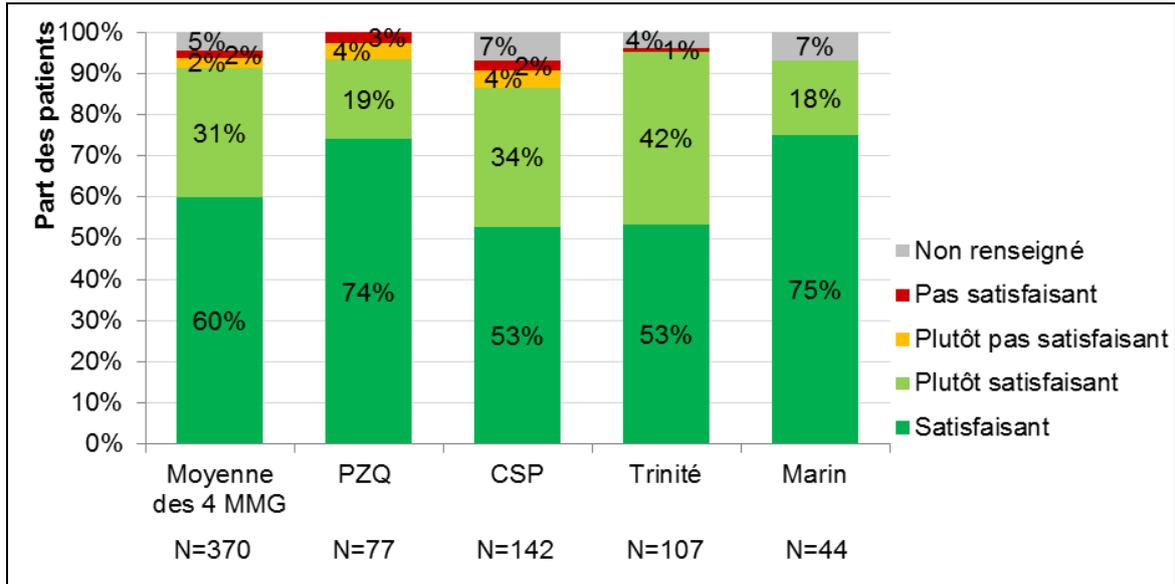
Du 1<sup>er</sup> juin au 31 août 2014 inclus, 370 questionnaires ont été recueillis dans les 4 MMG. Parmi ceux-ci, nous avons observé :

- 77 questionnaires remplis à la MMG du CHU PZQ,
- 142 questionnaires remplis à la MMG de la Clinique Saint-Paul,
- 107 questionnaires à la MMG de La Trinité, et
- 44 questionnaires remplis à la MMG du Marin

#### 2.1.1. Description de la satisfaction des patients des MMG

##### **▪ Degré de satisfaction par rapport à la qualité médicale (N=370)**

Globalement, 60% IC95% [55 ; 65] des patients consultants à la MMG ont été « satisfait » de la qualité médicale, 31% IC 95% [27 ; 36] se sont déclarés « plutôt satisfait », 2% IC95% [1 ; 4] ont été « plutôt pas satisfait » et 2% IC95% [1 ; 4] n'ont « pas été satisfait ». A noter qu'une proportion de 5% IC95% [2 ; 7] des patients ne se sont pas prononcés sur leur degré de satisfaction (Figure 12). Nous avons observé que 91% IC95% [88 ; 94] des patients consultants à la MMG ont été au moins « plutôt satisfait », si ce n'est « satisfait », de la qualité médicale de leur consultation.



**Figure 12 : Degré de satisfaction des patients de la qualité médicale de la consultation dans les MMG**

Nous avons observé que dans une grande majorité des cas les patients consultant dans l'une des quatre MMG de Martinique sont au moins « plutôt satisfait » de la qualité médicale.

La proportion des patients qui ont consulté à la maison médicale de garde du CHU PZQ sont « satisfait » ou « plutôt satisfait » de la qualité médicale dans respectivement 74% IC95% [64 ; 84] et 19% IC95% [10 ; 28] des cas.

La proportion des patients qui ont consulté à la maison médicale de garde de la Clinique Saint Paul sont « satisfait » ou « plutôt satisfait » de la qualité médicale dans respectivement 53 % IC95% [44 ; 63] et 34% IC95% [26 ; 42] des cas.

La proportion des patients qui ont consulté à la maison médicale de garde de la Trinité sont « satisfait » ou « plutôt satisfait » de la qualité médicale dans respectivement 53 % IC95% [43 ; 62] et 42% IC95% [33 ; 51] des cas.

Enfin, la proportion des patients qui ont consulté à la maison médicale de garde du Marin sont « satisfait » ou « plutôt satisfait » de la qualité médicale dans respectivement 75 % IC95% [63 ; 88] et 18% IC95% [7 ; 29] des cas. (Tableau 4)

<b>Satisfaction</b> <b>Population</b>	<b>Satisfaisant</b>	<b>Plutôt Satisfait</b>	<b>Plutôt pas satisfait</b>	<b>Pas satisfait</b>	<b>Non renseigné</b>
<b>Globalement</b>	<b>60%</b> IC95% [55 ;65]	<b>31%</b> IC 95% [27 ;36]	<b>2%</b> IC95%[1 ;4]	<b>2%</b> IC95%[1 ;4]	<b>5%</b> IC95% [2 ;7]
<b>PZQ</b>	<b>74%</b> IC95% [64 ; 84]	<b>19%</b> IC95% [10 ; 28]	<b>4%</b> IC95% [0 ; 8]	<b>3%</b> IC95% [-1 ; 7]	<b>0%</b>
<b>CSP</b>	<b>53%</b> IC95% [44 ; 63]	<b>34%</b> IC95% [26 ; 42]	<b>4%</b> IC95% [1 ; 7]	<b>2%</b> IC95% [0 ; 4]	<b>7%</b> IC95% [3 ; 11]
<b>Trinité</b>	<b>53%</b> IC95% [43 ; 62]	<b>42%</b> IC95% [33 ; 51]	<b>0%</b>	<b>1%</b> IC95% [-1 ; 3]	<b>4%</b> IC95% [0 ; 8]
<b>Marin</b>	<b>75%</b> IC95% [63 ; 88]	<b>18%</b> IC95% [7 ; 29]	<b>0%</b>	<b>0%</b>	<b>7%</b> IC95% [0 ; 15]

**Tableau 4 : Degré de satisfaction par rapport à la qualité médicale de la consultation par MMG**

**•Degré de satisfaction par rapport au paiement de la consultation en MMG**

**(N=370)**

Globalement, 51% IC95% [46 ; 56] des patients consultants en MMG ont été satisfaits des modalités de paiement de la consultation, 27% IC 95% [23 ; 32] se sont déclarés « plutôt satisfait », 7% IC95% [4 ; 10] ont été « plutôt pas satisfait » et 2% IC95% [1 ;3] n'ont pas été satisfaits. A noter qu'une proportion de 13% IC95% [10 ; 16] des patients ne s'est pas prononcée sur son degré de satisfaction. (Figure 13).

On observe donc que 78% IC 95% [74 ; 82] des patients consultant en MMG ont été au moins «plutôt satisfait », si ce n'est « satisfait » des modalités de paiement de leur consultation.

On observe que dans une grande majorité des cas, les patients consultant dans l'une des quatre MMG de Martinique sont au moins « plutôt satisfait » du paiement de la consultation. La répartition dans les quatre MMG des différents degrés de satisfaction a été homogène. (Tableau 5)

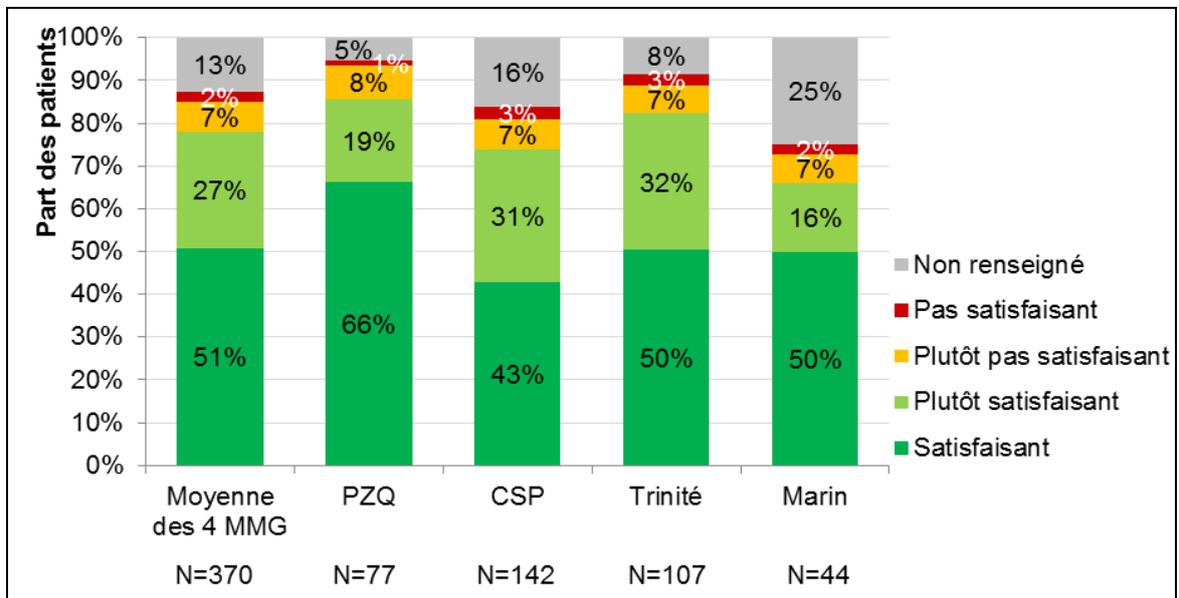


Figure 13 : Degré de satisfaction du paiement de la consultation. Répartition par MMG

Satisfaction Population	Satisfaisant	Plutôt Satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas satisfait	Non renseigné
	<b>Globalement</b>	<b>51%</b> IC95% [46 ; 56]	<b>27%</b> IC 95% [23 ; 32]	<b>7%</b> IC95% [4 ; 10]	<b>2%</b> IC95% [1 ; 3]
<b>PZQ</b>	<b>66%</b> IC95% [55 ; 77]	<b>19%</b> IC95% [10 ; 28]	<b>8%</b> IC95% [2 ; 14]	<b>1%</b> IC95% [-1 ; 3]	<b>5%</b> IC95% [0 ; 10]
<b>CSP</b>	<b>43%</b> IC95% [35 ; 51]	<b>31%</b> IC95% [23 ; 39]	<b>7%</b> IC95% [3 ; 11]	<b>3%</b> IC95% [0 ; 6]	<b>16%</b> IC95% [10 ; 22]
<b>Trinité</b>	<b>50%</b> IC95% [41 ; 59]	<b>32%</b> IC95% [23 ; 41]	<b>7%</b> IC95% [2 ; 12]	<b>3%</b> IC95% [0 ; 6]	<b>8%</b> IC95% [3 ; 13]
<b>Marin</b>	<b>50%</b> IC95% [35 ; 65]	<b>16%</b> IC95% [5 ; 27]	<b>7%</b> IC95% [0 ; 14]	<b>2%</b> IC95% [-2 ; 6]	<b>25%</b> IC95% [12 ; 38]

**Tableau 5 : Degré de satisfaction par rapport au paiement de la consultation par MMG**

**▪ Degré de satisfaction par rapport au paiement de la consultation en fonction du régime de sécurité sociale (N=370)**

Nous avons constaté que les patients couverts par le régime de la CGSS, CMU ou un autre régime se sont déclarés « satisfait » du mode de paiement de la consultation pour respectivement 54%, 46% et 50% d'entre eux. (Figure 14). Le degré de satisfaction du paiement a été semblable suivant les différents régimes.

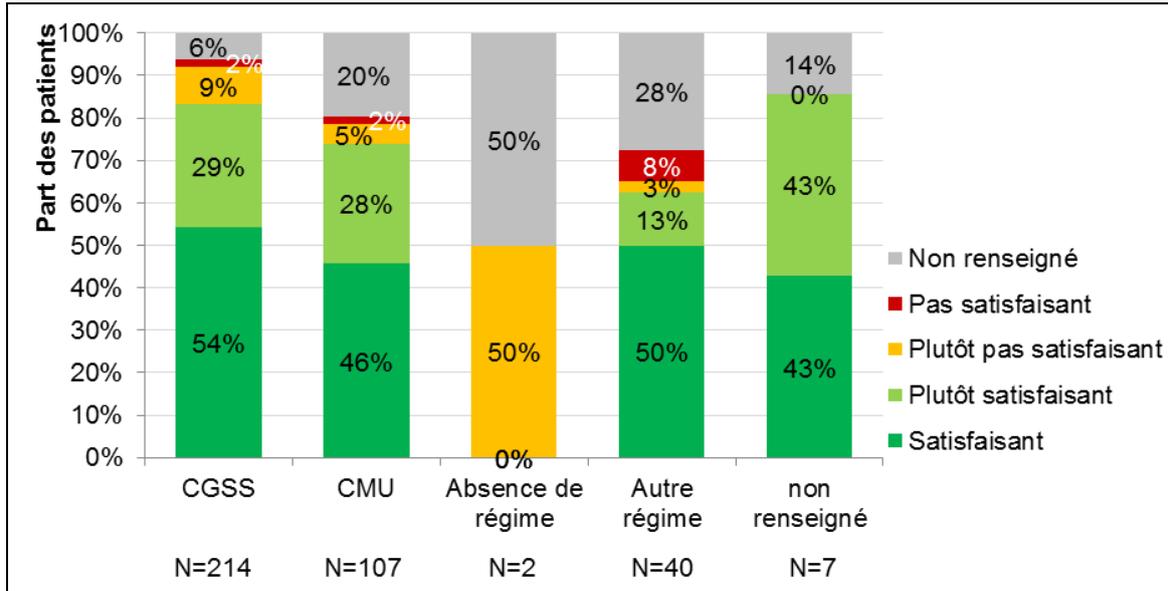


Figure 14 : Degré de satisfaction du paiement suivant le régime de sécurité sociale

### 2.1.2. Description des effectifs

#### ▪ Provenance des patients en fonction des quatre MMG (N=370)

Les proportions majoritaires de patients qui ont consulté à la MMG du CHU PZQ étaient issues des secteurs Centre et Sud pour respectivement 64% et 23% des patients. Ce résultat peut s'expliquer par la géolocalisation de la MMG du CHU PZQ. A noter que 8% des patients venaient du Nord Atlantique, ce qui pourrait s'expliquer par le fait que les patients venant des régions retirées du Nord Atlantique se dirigeraient directement vers les urgences hospitalières du CHU PZQ et s'orienteraient par la suite vers la MMG du CHU toute proche, possiblement par méconnaissance de la MMG de la Trinité.

La proportion majoritaire de patients qui ont consulté à la MMG de la Clinique Saint-Paul était issue du secteur Centre pour 80% d'entre eux (Figure 15). A noter que 6% des patients venaient du secteur Sud et, également 6% venaient du secteur Nord Caraïbe.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la MMG de la Clinique Saint-Paul est en activité depuis 2006, donc mieux connue de la population.

La MMG de la Trinité a bien couvert son secteur, puisque 88% des patients venaient du secteur Nord Atlantique.

La proportion majoritaire de patients qui ont consulté à la MMG du Marin était pour 77% des consultations, issue du secteur Sud. A noter que 14% n'ont pas renseigné leur provenance et que 9% venaient du secteur Centre. Cette dernière observation relève probablement du fait de l'activité touristique du Sud de la Martinique.

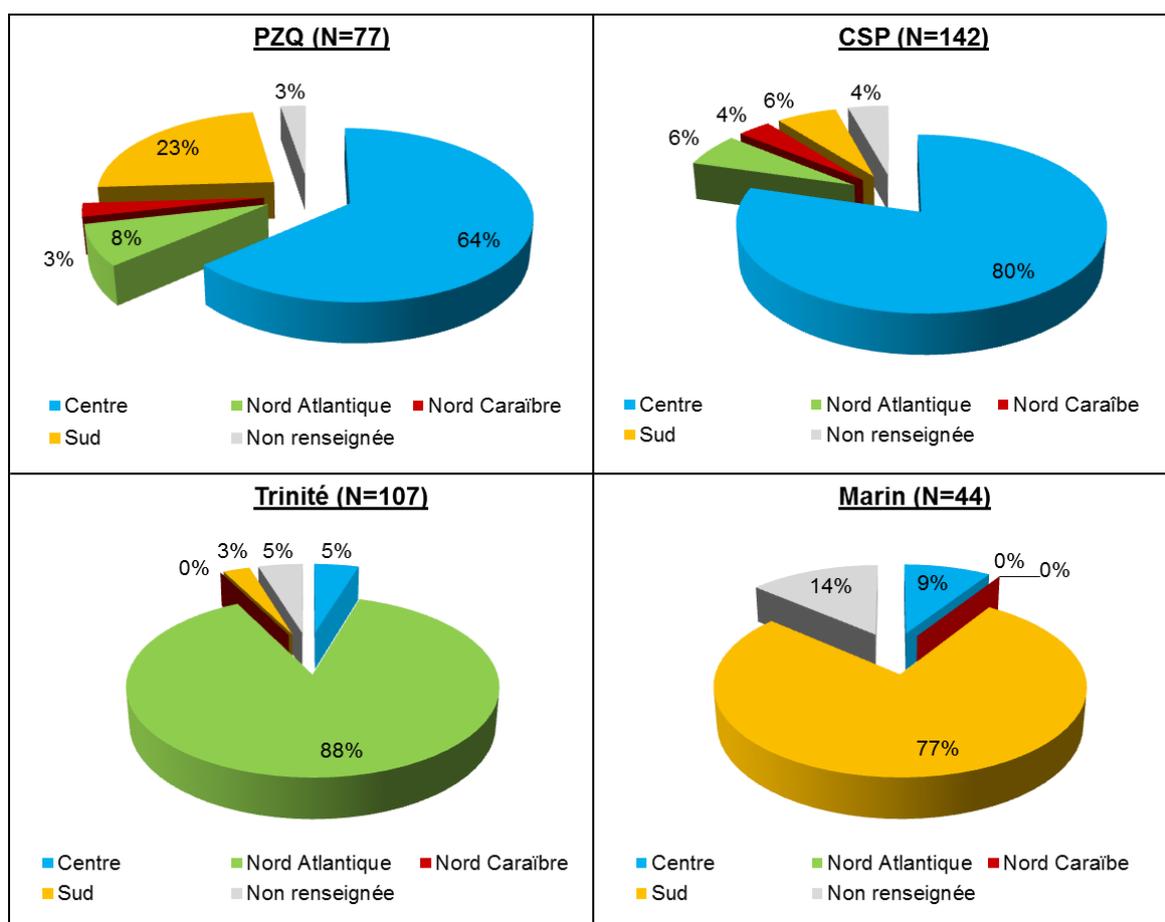


Figure 15 : Provenance des patients des MMG

### ▪ Distribution des tranches d'âge

Les consultations médicales en MMG ont, en grande majorité, concerné la tranche d'âge des 16 à 65 ans, respectivement, 69%, 77%, 86% et 75% pour les MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint-Paul, de la Trinité et du Marin. (Figure 16).

La distribution des pourcentages par tranche d'âge et par MMG a mis en évidence une uniformité des patients consultant dans les différents secteurs.

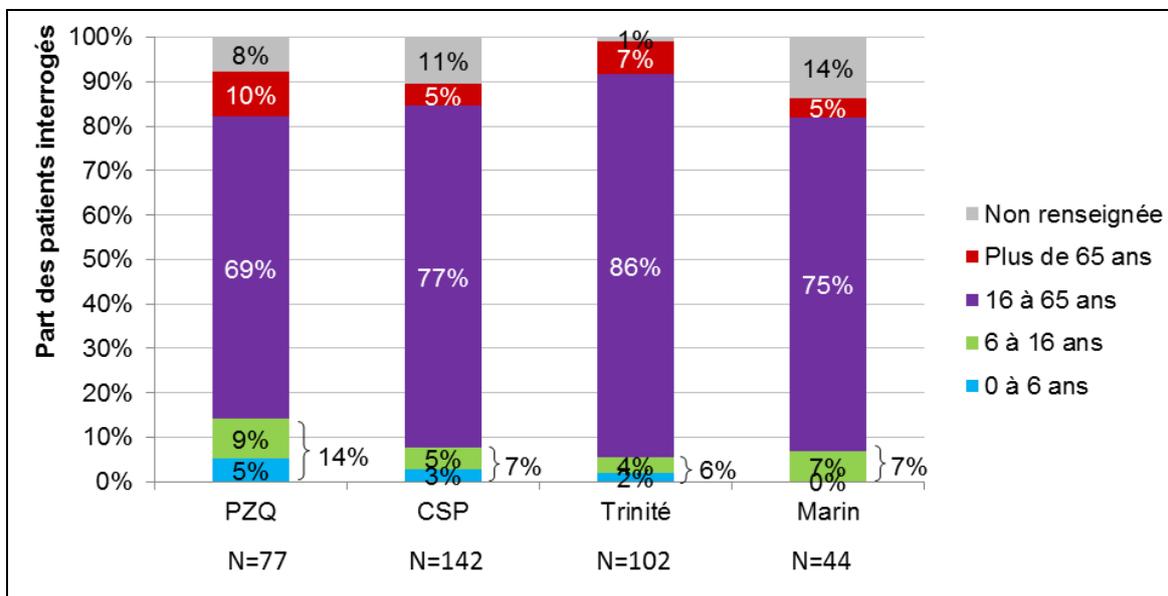


Figure 16 : Répartition des patients par tranches d'âge et par MMG

### ▪ Sexe

La majorité des patients qui ont consulté dans le cadre de la PDSA sont des femmes et ce quel que soit le secteur étudié (Figure 17). En effet, nous avons observé 61%, 64%, 62% et 66% de patients de sexe féminin, respectivement dans les MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint-Paul, de la Trinité et du Marin. Ces résultats sont superposables

avec les résultats des données du logiciel *HELLODOC*. En Martinique les femmes consultaient plus la MMG que les hommes, probablement par habitude.

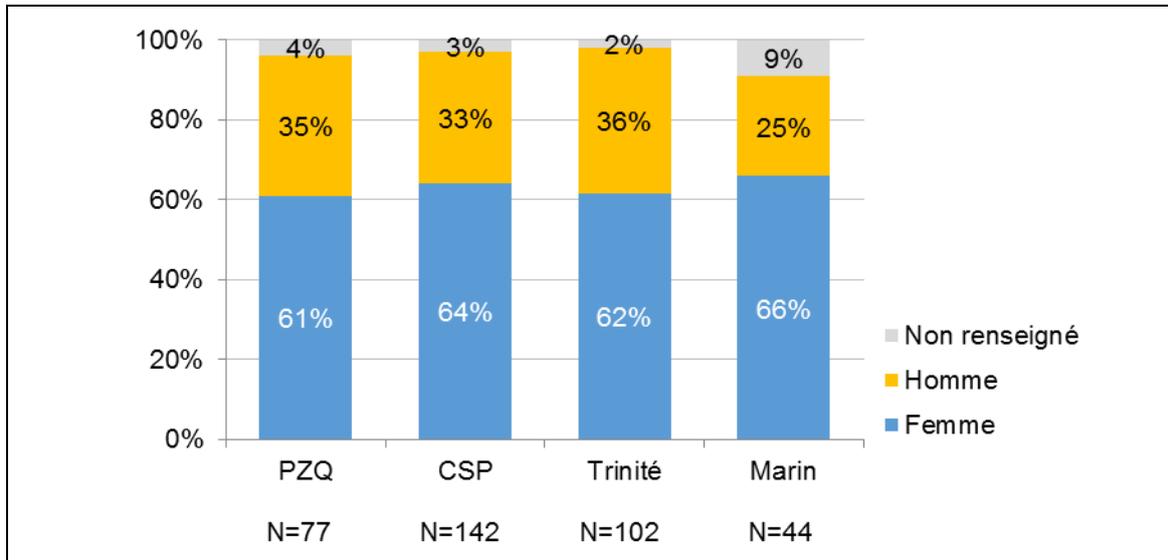


Figure 17 : Sexe des patients consultants dans les 4 MMG

#### ▪ Régime de sécurité sociale

La majorité des patients qui ont répondu au questionnaire étaient sous le régime de la CGSS. En effet, 55%, 63%, 61% et 75% des patients étaient sous le régime de la CGSS, contre 34%, 23%, 30% et 9% de patients disposant de la CMU, respectivement dans les MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint-Paul, de la Trinité et du Marin. (Figure 18)

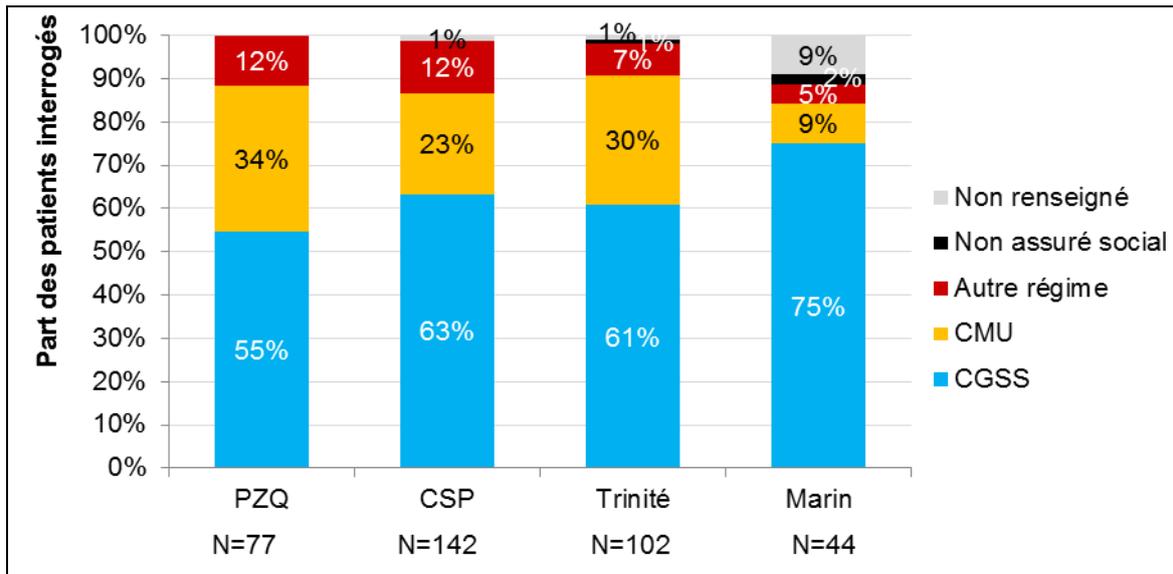


Figure 18 : Régime de sécurité sociale des patients interrogés

#### ▪ Déclaration d'un médecin traitant

Globalement, 85% des patients ont déclaré un médecin traitant. D'une MMG à l'autre, la proportion de déclaration de médecin traitant par le patient a été similaire, soit 86%, 87%, 83% et 82% respectivement pour les MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint-Paul, de la Trinité et du Marin. (Figure 19). Cette fonction de relais pour des soins ambulatoires non programmés de la MMG est bien comprise chez ses usagers qui viennent consulter en dehors des horaires d'ouverture du cabinet de leur médecin traitant.

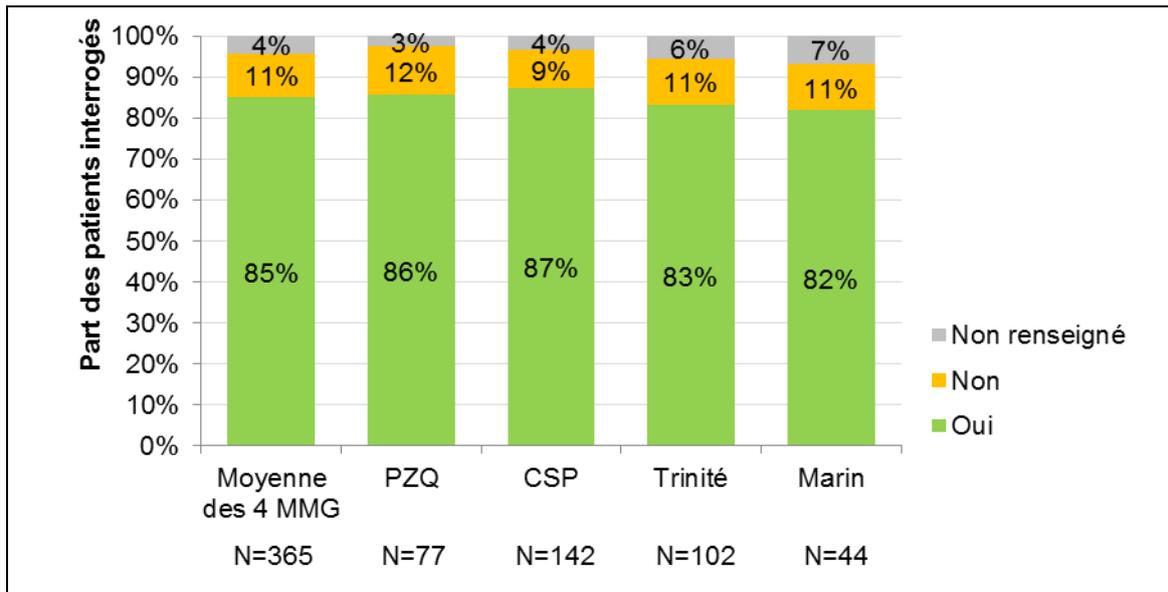


Figure 19 : Déclaration d'un médecin traitant

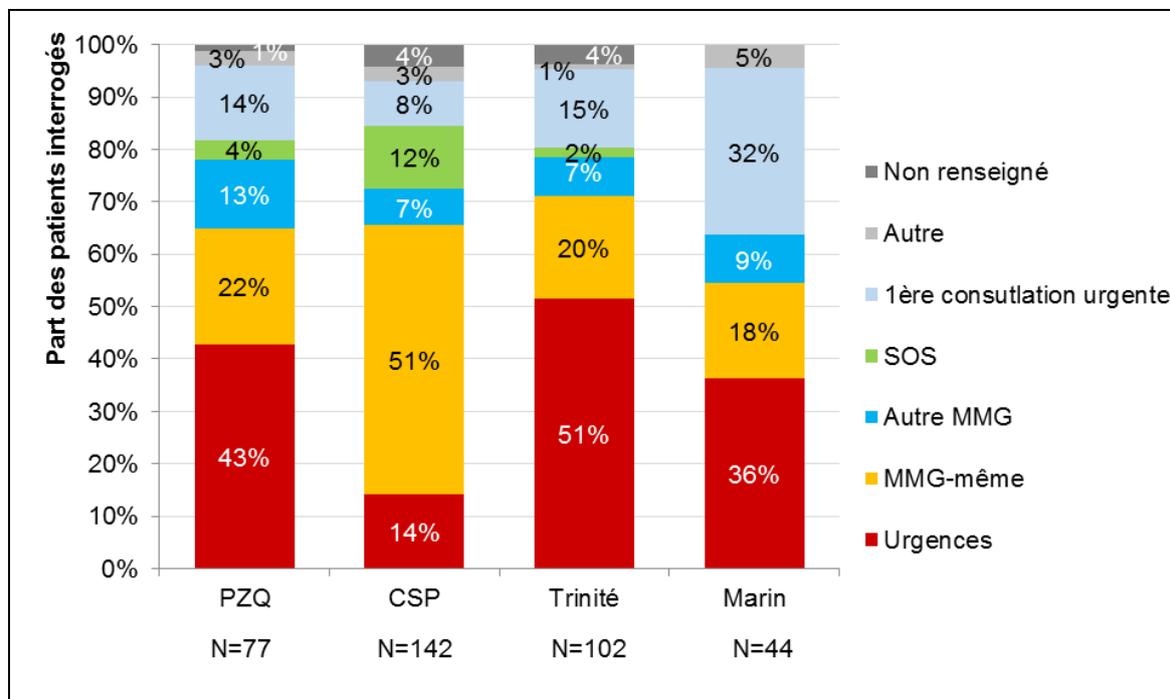
### 2.1.3. Description des connaissances des MMG

#### ▪ Habitudes du mode de consultation en urgence en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale

Nous avons observé que le mode de consultation en urgence en dehors des heures d'ouverture des cabinets de médecine générale a été habituellement de se rendre aux urgences hospitalières, hormis pour les patients de la MMG de la Clinique Saint-Paul. Ces derniers n'ont l'habitude de consulter aux urgences hospitalières que dans 14% des cas. Tandis que les patients qui se sont présentés dans la MMG du CHU PZQ, de la Trinité et du Marin ont indiqué consulter directement aux urgences hospitalières dans respectivement 43%, 51% et 36% des cas.

Actuellement, les patients de la MMG du CHU PZQ, de la Trinité et du Marin ont l'habitude de consulter pour des soins ambulatoires non programmés en MMG

respectivement dans 22% des cas à la MMG du CHU PZQ, dans 20% des cas à la MMG de la Trinité et dans 18% des cas à la MMG du Marin. (Figure 20)



**Figure 20 : Habitudes du mode de consultation en urgence en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale**

### ▪ Connaissance des MMG

Nous avons observé une inéquation de la connaissance des MMG en Martinique. En effet, les MMG du CHU PZQ et du Marin n'étaient connues que dans 43% et 41% des passages, alors que la proportion de patients connaissant la MMG de la Clinique Saint-Paul et de la Trinité était respectivement de 81% et 57%. (Figure 21)

Nous avons recherché de causes potentielles pour expliquer ces différences:

- la MMG du CHU PZQ – taux de connaissance 43% : les porte d'entrée de la MMG et celle des urgences hospitalières étant très proches l'une de l'autre, il est possible que la porte de la MMG ne soit pas perçue en tant que telle, d'autant plus que le fléchage vers cette dernière porte est encore insuffisant.

- la MMG du Marin – taux de connaissance 41% : il est arrivé que des permanences n’ont pas été effectuées à cause d’un manque de médecins effecteurs volontaires dans ce secteur – ceci a pu impacter négativement le bouche à oreille
- la MMG de la Clinique Saint-Paul – taux de connaissance 81% : implantée depuis l’année 2006, assure la PDSA consécutivement à une activité de cabinet de ville en journée dans les mêmes locaux ; ces arguments pourraient expliquer la meilleure notoriété de cette MMG.
- la MMG de la Trinité – taux de connaissance 57% : le secteur Nord Atlantique est reconnu comme une zone de désert médical, tout particulièrement dans les communes du Nord. La présence d’une PDSA a probablement été à l’origine d’un « bouche à oreille » non négligeable depuis son ouverture en 2012.

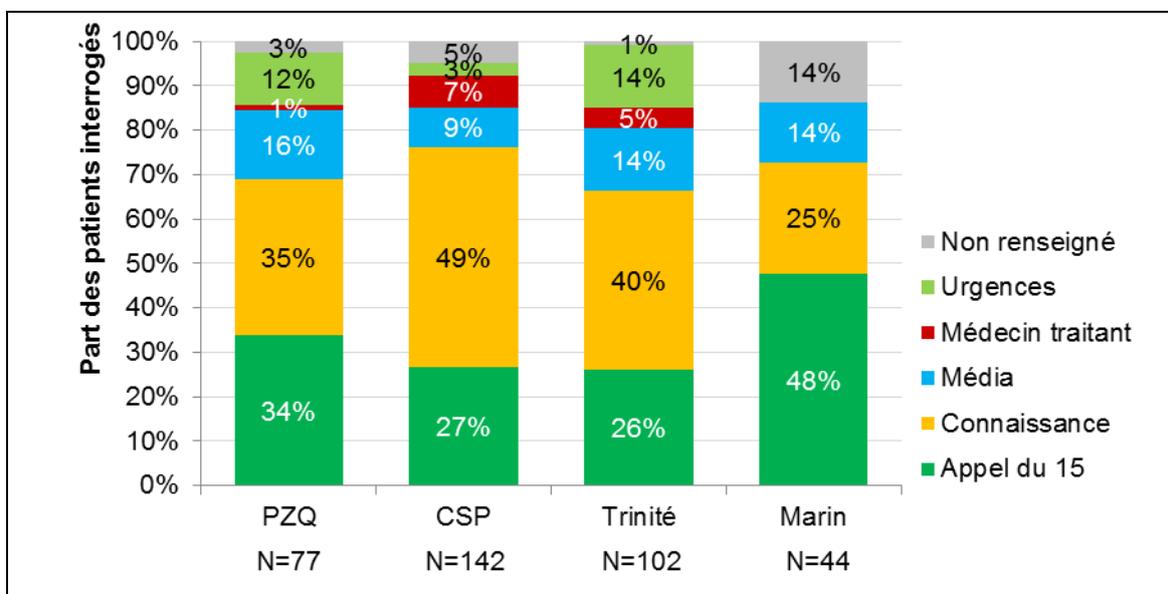


Figure 21 : Connaissance des différentes MMG

### ▪ Motifs de la méconnaissance de la MMG

Lorsque la MMG du CHU PZQ n'était pas connue du patient, dans 57% des cas, celui-ci a répondu « je n'en avais jamais entendu parler », dans 34% des cas, il a répondu « j'en avais entendu parler, mais je n'y ai jamais été ». Nous avons constaté que cette MMG souffre d'une méconnaissance de son existence.

Quand la MMG de la Clinique Saint-Paul n'était pas connue du patient, dans 26% des cas il a répondu « je n'en avais jamais entendu parler », dans 44% des cas, il a répondu « j'en avais entendu parler, mais je n'y ai jamais été ». Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette MMG jouit d'une bonne notoriété depuis son ouverture en 2006.

Quand la MMG de la Trinité n'était pas connue du patient, dans 31 % des cas, il a répondu « je n'en avais jamais entendu parler », dans 64% des cas il a répondu « j'en avais entendu parler, mais je n'y ai jamais été » et dans 4%, des cas il n'a pas répondu à cette question. Ce résultat pourrait s'expliquer par la notoriété grandissante de cette MMG relativement récente.

Et enfin, le patient qui ne connaissait pas la MMG du Marin a répondu dans 36% des cas « je n'en avais jamais entendu parler », dans 44%, des cas il a répondu « j'en avais entendu parler, mais je n'y ai jamais été » et dans 20% des cas, il n'a pas renseigné cette question.

### ▪ Mode de connaissance de la MMG

Nous avons observé que le mode de connaissance de la MMG s'est fait essentiellement par appel du Centre 15 (dans 27 à 48% des cas suivant les MMG) et par connaissances personnelles (bouche à oreille) des patients (dans 25 à 49% des cas suivant les MMG).

Les outils médiatiques ont été le mode de connaissance de la MMG seulement dans 16%, 9%, 14% et 14% des cas, respectivement pour les MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint-Paul, de la Trinité et du Marin (Figure 22). Pourtant, ces outils médiatiques pourraient être d'avantage utilisés pour diffuser l'information sur la PDSA.

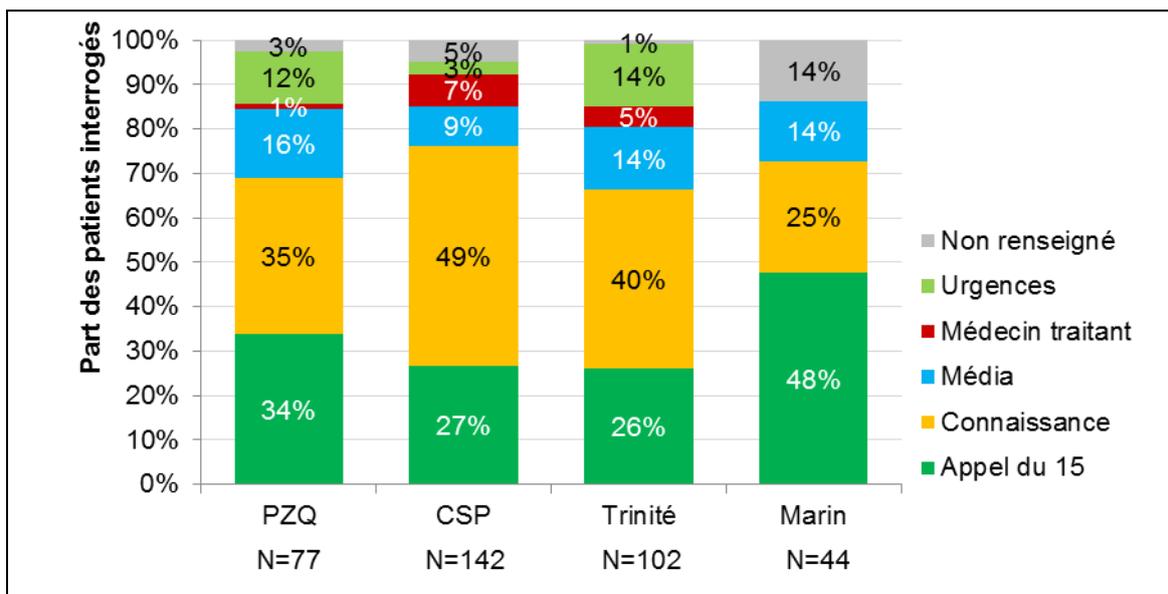


Figure 22 : Mode de connaissance des MMG

### ▪ Proportion du nombre de passages à la MMG chez les patients connaissant la MMG

Nous avons observé que les patients qui étaient déjà venus « 1 à 2 fois » étaient majoritaires pour les MMG du CHU PZQ, de la Trinité et du Marin, respectivement

avec une proportion de 52%, 40% et 50% (Figure 23). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que ces trois MMG ont ouvert récemment (année 2012).

Par contre, on constate que pour la MMG de la Clinique Saint Paul les proportions de patients qui étaient déjà venus « 1 à 2 fois », « 2 à 3 fois », « 3 à 4 fois » ou « 4 à 5 fois » sont relativement identiques. Ce résultat pourrait s'expliquer par l'ancienneté de cette MMG (ouverture en 2006) ayant une notoriété déjà bien établie.

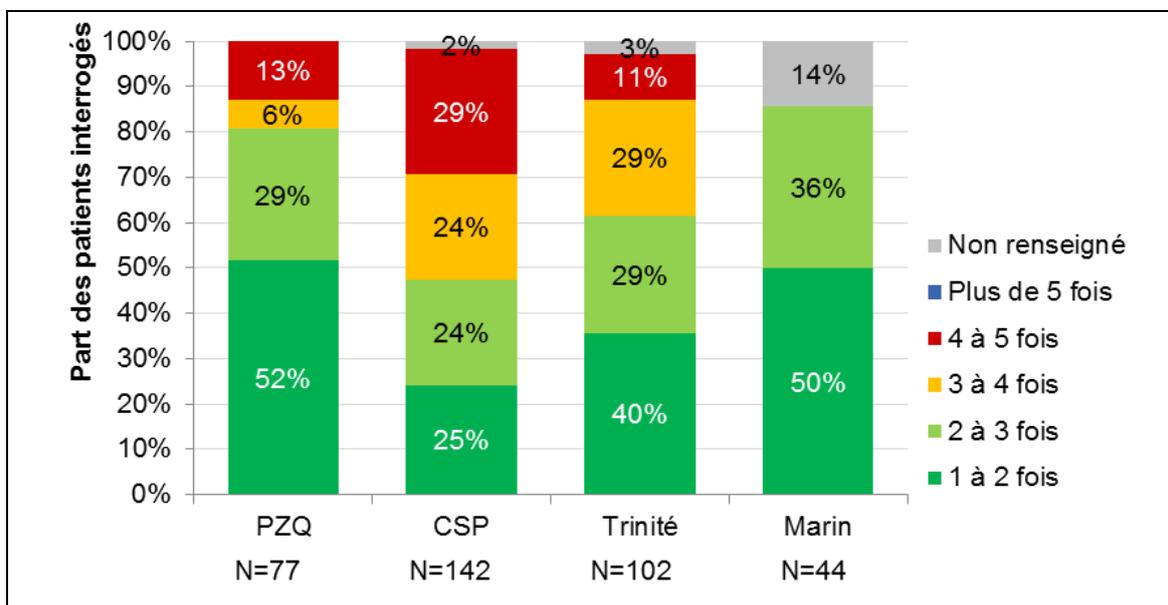


Figure 23 : Répartition des patients selon leur nombre de passages à la MMG

#### ▪ Connaissance des horaires de fonctionnement de la MMG

Nous avons constaté une disparité de la connaissance des horaires de fonctionnement de la MMG. En effet, les horaires de fonctionnement des MMG étaient connus dans seulement 43%, 57% et 41% par les effectifs qui ont consulté respectivement dans les MMG du CHU PZQ, de la Trinité et du Marin (Figure 24). Par contre, les patients de la MMG de la Clinique Saint-Paul connaissaient dans 81% des cas les horaires de fonctionnement. Comme évoqué précédemment, cette MMG est en activité depuis

2006, ses usagers connaissent donc probablement bien son fonctionnement. Par ailleurs elle possède simultanément une activité de journée de cabinet de médecine générale dans le même local. Cette situation permettrait aux patients du cabinet de médecine générale de jour d'apercevoir les affiches d'informations concernant la MMG, puisque ces consultations se font dans les mêmes locaux.

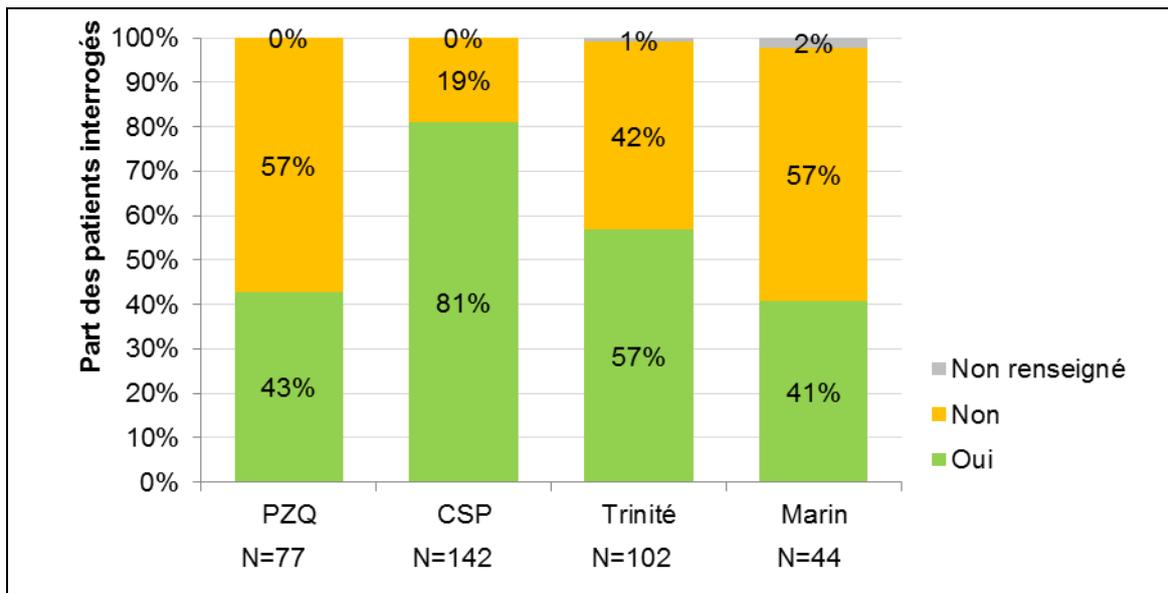


Figure 24 : Connaissance des horaires de fonctionnement de la MMG

#### **▪ Avis des patients sur la possibilité de réaliser des examens complémentaires**

Nous avons constaté que dans la majorité des cas, les patients n'étaient pas au courant des explorations paracliniques réalisables en MMG. Globalement, 39% des patients ne savaient pas s'il était possible de réaliser des explorations radiologiques, et 38 % s'il était possible de réaliser des prélèvements sanguins. (Figure 25)

Nous avons donc observé qu'il existe un manque d'information sur les équipements des MMG. Bien que la MMG de la Clinique Saint Paul soit ouverte depuis 2006, ses usagers ne semblaient pas mieux connaître les dispositifs paracliniques accessibles. En

journée, aux heures ouvrables, les locaux de la MMG de la Clinique Saint Paul sont ceux d'un cabinet de médecine générale qui propose la possibilité de réaliser des examens complémentaires; ce fonctionnement pourrait porter confusion auprès des usagers de la MMG de la Clinique Saint-Paul.

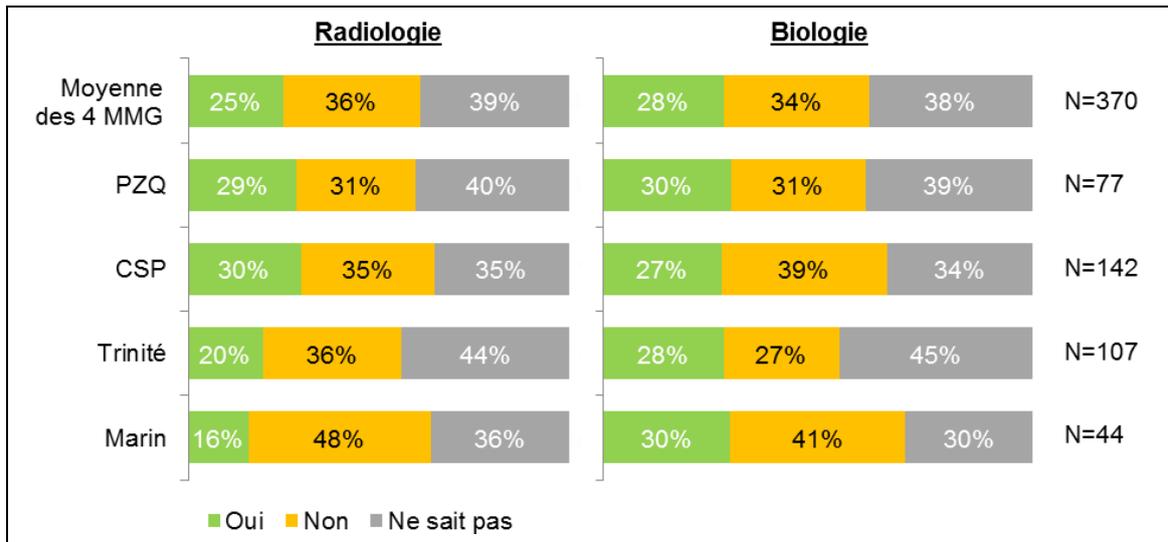


Figure 25 : Avis des patients sur la possibilité de réaliser des examens complémentaires

### ▪ Mode d'orientation vers la MMG

Nous avons observé qu'un pourcentage de patients s'est orienté de façon spontanée « soi-même / entourage » majoritairement dans les MMG du CHU PZQ (48%), de la Clinique Saint-Paul (69%) et de la Trinité (48%) (Figure 26). Il existerait donc un manque d'information sur la nécessité de l'appel systématique du Centre 15 avant la consultation pour ces MMG.

Le taux d'orientation spontanée pour la MMG de la Clinique Saint Paul pourrait s'expliquer par le fait que la MMG a une activité de cabinet de ville dans les mêmes locaux que la MMG avec un mode d'organisation d'arrivées des patients sans rendez-

vous. Ceci pourrait expliquer qu'il existe une confusion pour les patients entre les consultations qui relèvent de la médecine de ville et de celles qui relèvent de la PDSA.

Cependant, à la MMG du Marin, 59% des patients avaient appelé le 15 avant la consultation.

En ce qui concerne les autres modes d'orientation, ont été cités à la MMG du CHU PZQ une orientation par un vigile, à la MMG de la Clinique Saint-Paul une pharmacie et enfin à la MMG du Marin une information obtenue par l'utilisation d'internet.

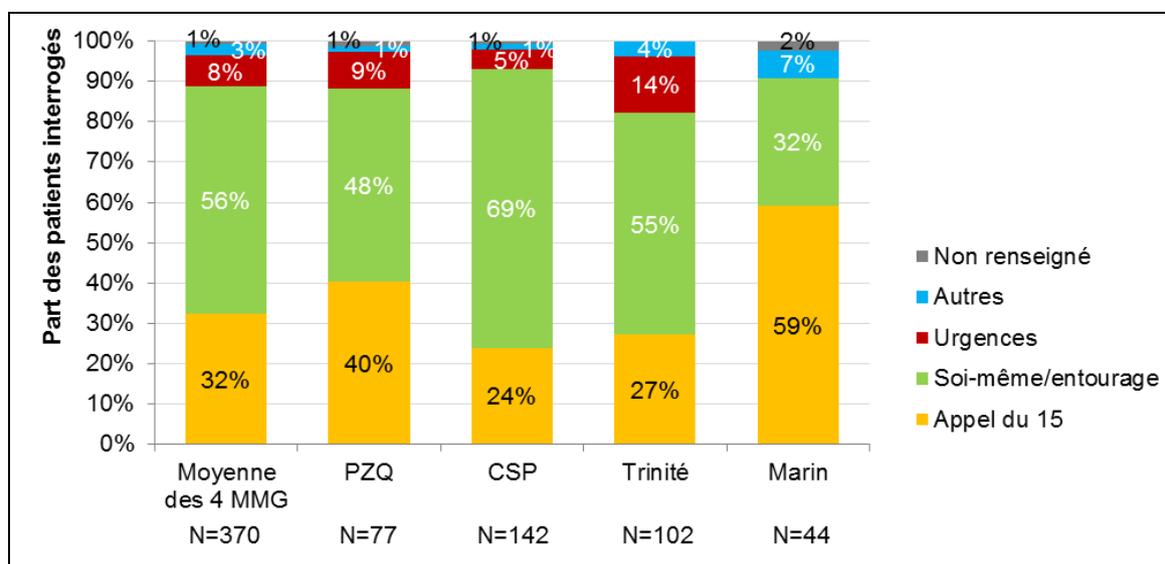


Figure 26 : Mode d'orientation vers la MMG

### ▪ Temps d'attente à la MMG

Globalement, les patients ont attendu « moins de 30 min » dans 49 % des cas, 26% ont attendu « moins de 1 heure », 12% ont patienté « moins de 2 heures » et dans 6 % des cas les patients ont attendu « moins de 3 heures » (Figure 27). Cependant 6% de l'effectif total n'a pas répondu à cette question.

Nous avons constaté une disparité du temps d'attente des patients en fonction des différentes MMG. En effet, les patients de la MMG du CHU PZQ et du Marin ont attendu « moins de 30 minutes » dans respectivement 73% et 70% des cas. Le temps d'attente était légèrement plus long dans la MMG de la Trinité.

Nous avons observé que les patients de la MMG de la Clinique Saint-Paul ont attendu plus longtemps avec 32% des patients qui ont attendu « moins de 1 heure », 18% « moins de 2 heures » et 12% « moins de 3 heures ». Ces résultats pourraient s'expliquer par la plus grande affluence de patients à la MMG de la Clinique Saint-Paul. En effet, ce poste de la PDSA en Martinique est ouvert depuis 2006 et serait probablement mieux connu de la population.

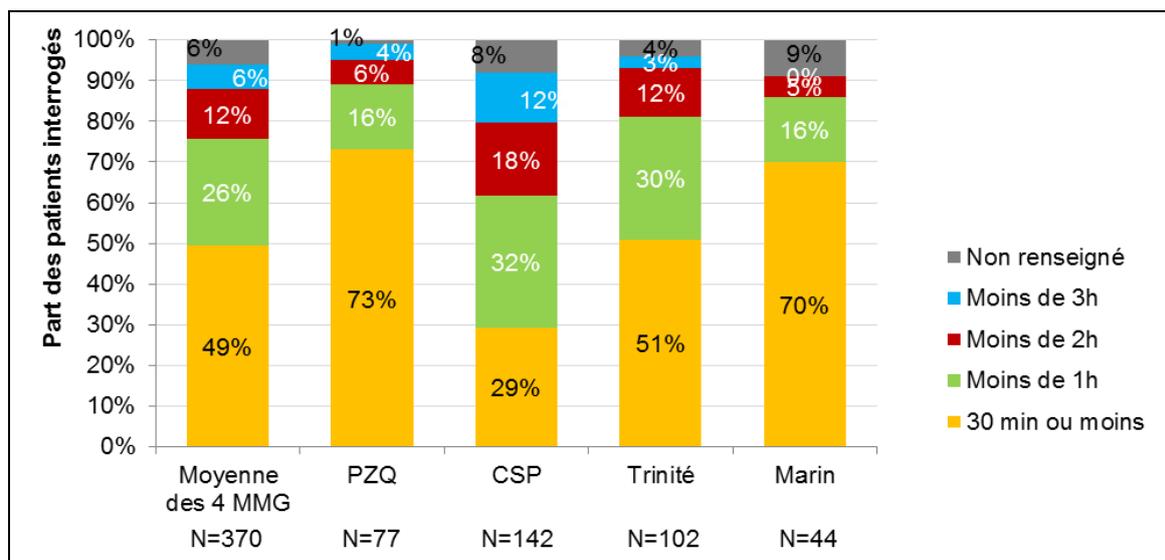


Figure 27 : Temps d'attente à la MMG

#### ▪ Motifs de consultation des patients

Globalement, les motifs de consultation les plus fréquemment déclarés ont été l'infectiologie, la rhumatologie, puis la traumatologie, la gastro-entérologie et la dermatologie avec des proportions respectives de 17%, 11%, 8%, 8%, 8%. (Figure 28).

Ces résultats sont superposables avec l'étude des données du logiciel *HELLODOC* et ont regroupé majoritairement des pathologies qui relèvent de la médecine générale.

A noter que le motif de consultation n'a pas été renseigné dans 10% des cas.

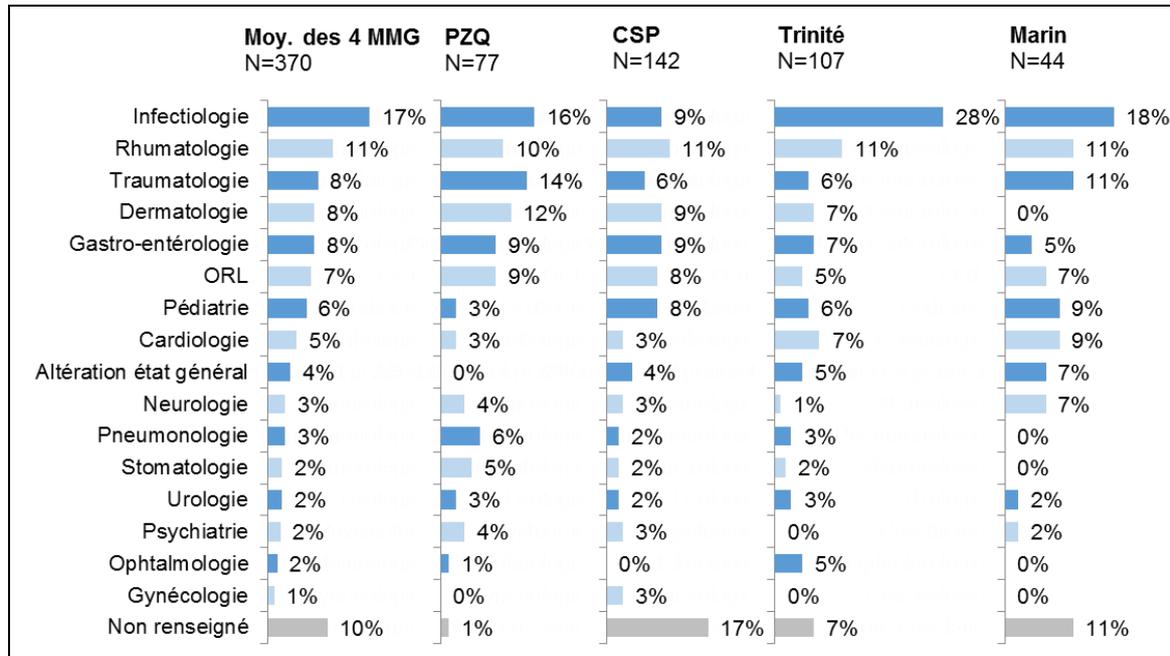


Figure 28 : Motifs de consultation des patients

#### 2.1.4. Suggestions d'amélioration proposées par les patients

54% des patients n'ont pas renseigné cette question ouverte.

Pour la MMG du CHU PZQ, 21% des patients ont suggéré d'améliorer le dispositif pharmaceutique (liste des pharmacies de garde, pharmacie de garde de proximité).

Dans les deux MMG disposant de la plus grande affluence, c'est-à-dire les MMG de la Clinique Saint-Paul et de la Trinité, mais également dans celle du Marin, ce sont les locaux qui ont fait l'objet de suggestions d'améliorations, respectivement 18%, 16% et 14% des réponses, avec notamment des demandes afférant à plus d'espace, plus de

chaises, des chaises roulantes, un brancard, un numéro de passage, un secrétariat, l'insonorisation de la salle d'examen et un espace de jeux pour enfants. (Tableau 6)

Propositions	PZQ	CSP	Trinité	Marin
<b>Augmenter le nombre de médecins</b> : 2 médecins, diminuer le temps d'attente	6%	18%	7%	2%
<b>Promotion</b> : meilleure promotion, meilleure indication	4%	2%	2%	5%
<b>Possibilité de réalisation d'examens complémentaires</b>	6%	5%	4%	2%
<b>Divertissements en salle d'attente</b> : télévision, journaux, musique pour détendre	9%	2%	3%	0%
<b>Ravitaillement</b> : distributeur de boissons et d'aliments	4%	12%	3%	0%
<b>Pharmacie</b> : listes des pharmacies de garde, pharmacie de garde de proximité	21%	6%	4%	0%
<b>Locaux</b> : espace, chaises, chaises roulantes, brancards, n° de passage, secrétariat, insonorisation, chaises à l'extérieurs, espace de jeux pour enfants	6%	18%	16%	14%
<b>Paieement</b> : pas d'avance de frais, paiement par carte bancaire	1%	3%	0%	0%
<b>Horaires</b> : horaires en nuit profonde	3%	0%	1%	0%
<b>Transport</b> : places de stationnement	0%	1%	0%	0%
<b>Permanence dentaire</b>	0%	1%	0%	0%
<b>Pas de régulation par le centre 15</b> : accès directe	0%	0%	0%	5%
<b>Non renseigné</b>	47%	44%	64%	73%

Tableau 6 : Propositions d'améliorations par les patients des MMG (en% des patients interrogés)

## 2.2. Questionnaires « Médecins effecteurs des MMG »

### 2.2.1. Description des effectifs

#### ▪ Mode d'exercice habituel

Nous avons constaté qu'à la MMG PZQ et la MMG de la Trinité la part de médecins effecteurs à activité exclusivement libérale est de 80%, tandis que 20% des médecins ont une activité mixte (libérale et hospitalière). (Figure 29)

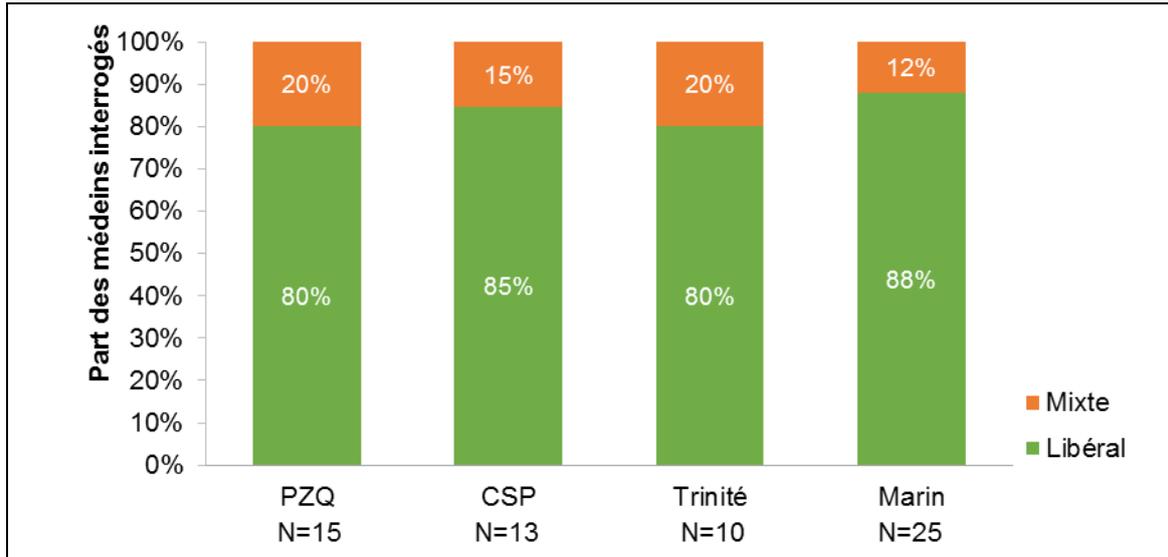


Figure 29 : Part des médecins effecteurs en exercice mixte ou libéral

#### **Participation des médecins effecteurs de MMG à la régulation au Centre 15**

Parmi les médecins effecteurs, 33%, 46% et 40% des effectifs respectivement dans les MMG de PZQ, de la CSP et de la Trinité ont participé à la régulation libérale du Centre 15. Aucun des médecins effecteurs de la MMG du Marin n'a participé à la régulation libérale au Centre 15.

#### **Sexe**

La majorité des médecins effecteurs était des hommes. Ils représentaient 56% des médecins interrogés.

Dans les MMG de la Clinique Saint-Paul et de la Trinité, la majorité des médecins effecteurs étaient des hommes, respectivement 69% et 70%.

Dans les MMG du CHU PZQ et du Marin, la majorité des médecins effecteurs interrogés étaient des femmes, respectivement 53% et 52%. (Figure 30)

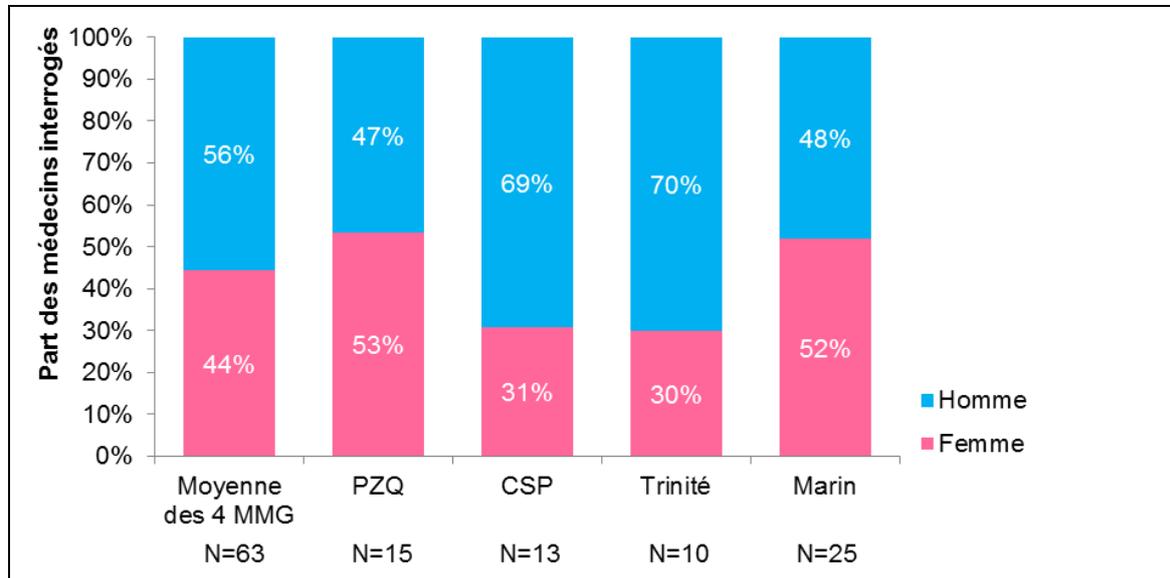


Figure 30 : Sexe des médecins effecteurs des MMG

### ▪ Âge

Nous avons constaté que la moyenne d'âge des médecins est élevée :

- 53,9 ans avec un écart type de 9,3 à la MMG de la CSP (42 à 63 ans)
- 49,1 ans avec un écart type de 11 à la MMG de la Trinité (33 à 64 ans)
- 48,3 ans avec un écart-type de 12,3 à la MMG de PZQ (29 à 65 ans)
- 43,2 ans avec un écart type de 7,7 à la MMG du Marin (30 à 56 ans).

Il est à noter que l'âge des médecins effecteurs de la MMG du Marin peut-être un biaisé car le CDOM a exempté tous les médecins de garde des listes de réquisition âgés de plus de 60 ans.

▪ **Nombre de permanences mensuelles en général (MMG et régulation au Centre 15)**

Nous avons observé une répartition hétérogène du nombre des permanences mensuelles réalisées par les médecins effecteurs des MMG. (Figure 31)

Les fréquences de permanences mensuelles prévalentes déclarées étaient de :

- « 2 à 3 permanences » à la MMG de PZQ pour 40% des effectifs
- « 1 à 2 permanences » à la Clinique-Saint-Paul pour 46% des effectifs
- « 3 à 4 permanences mensuelles » à la MMG de la Trinité pour 40% des effectifs
- « 1 à 2 permanences mensuelles » à la MMG du Marin pour 96% des effectifs

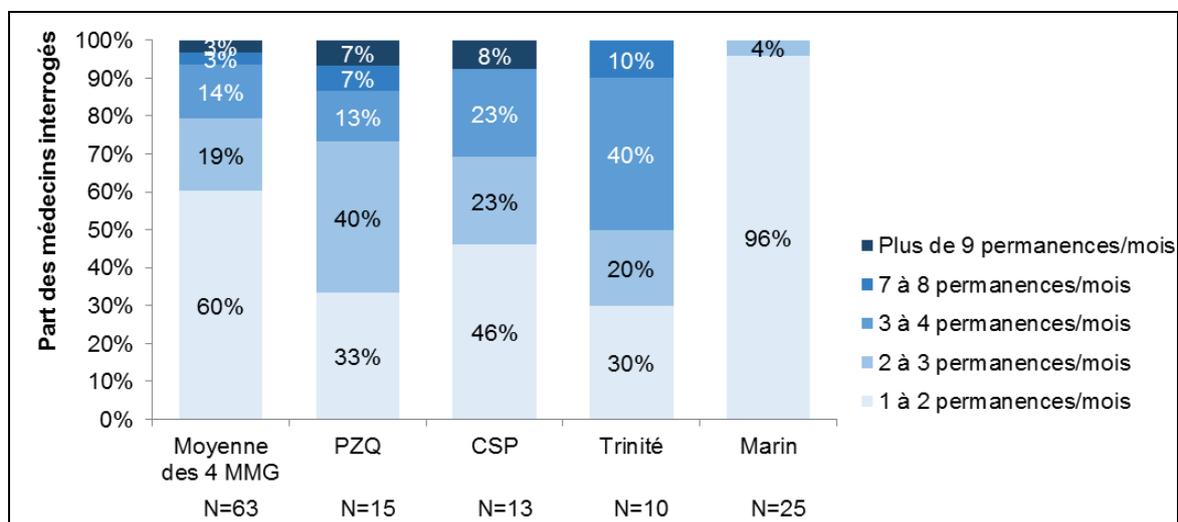


Figure 31 : Répartition de la fréquence des permanences mensuelles (en MMG et au Centre 15)

**▪Evaluation des thèmes sujets à des améliorations selon les médecins effecteurs des différentes MMG**

Globalement, nous avons constaté que les médecins effecteurs étaient majoritairement « très satisfait » ou « plutôt satisfait » du fonctionnement des MMG à l'exception de la MMG du Marin. (Figure 32)

Nous avons constaté des disparités sur le degré de satisfaction des médecins par rapport aux différents thèmes pour lesquels des améliorations seraient souhaitables. (Figure 32)

- A la MMG de PZQ 7% ont été « très satisfait » et 53% « plutôt satisfait » de son fonctionnement. Les pistes d'améliorations étaient le nombre de patient par permanence, la transmission par les Urgences, l'aménagement des locaux (difficulté d'accès) et la régulation par le Centre 15.
- A la MMG de la Clinique Saint-Paul, 92% sont plutôt satisfaits. On notera qu'aucun médecin n'a porté le jugement « très satisfait ». Les pistes d'améliorations étaient la sécurité de l'exercice professionnel, nécessité d'une régulation préalable par le Centre 15 (confusion entre MMG et service d'urgence, or la Clinique n'a pas de service d'urgences) et l'aménagement de locaux
- A la MMG de la Trinité, nous avons observé que 20% des effectifs sont « très satisfait » et 80% de l'effectif est « plutôt satisfait » et du fonctionnement de la MMG. Les pistes d'améliorations évoquées étaient la transmission par les urgences hospitalières et la qualité de la régulation par le Centre 15. Aucun médecin n'a porté de jugement « pas satisfaisant » sur les items étudiés.

- A la MMG du Marin, l'image est très différente des trois autres MMG puisque globalement 52% des médecins effecteurs se sont déclarés n'être « pas satisfait » des conditions de travail dans cette MMG. Les pistes d'améliorations souhaitées étaient principalement la sécurité de l'exercice professionnel, l'aménagement des locaux.

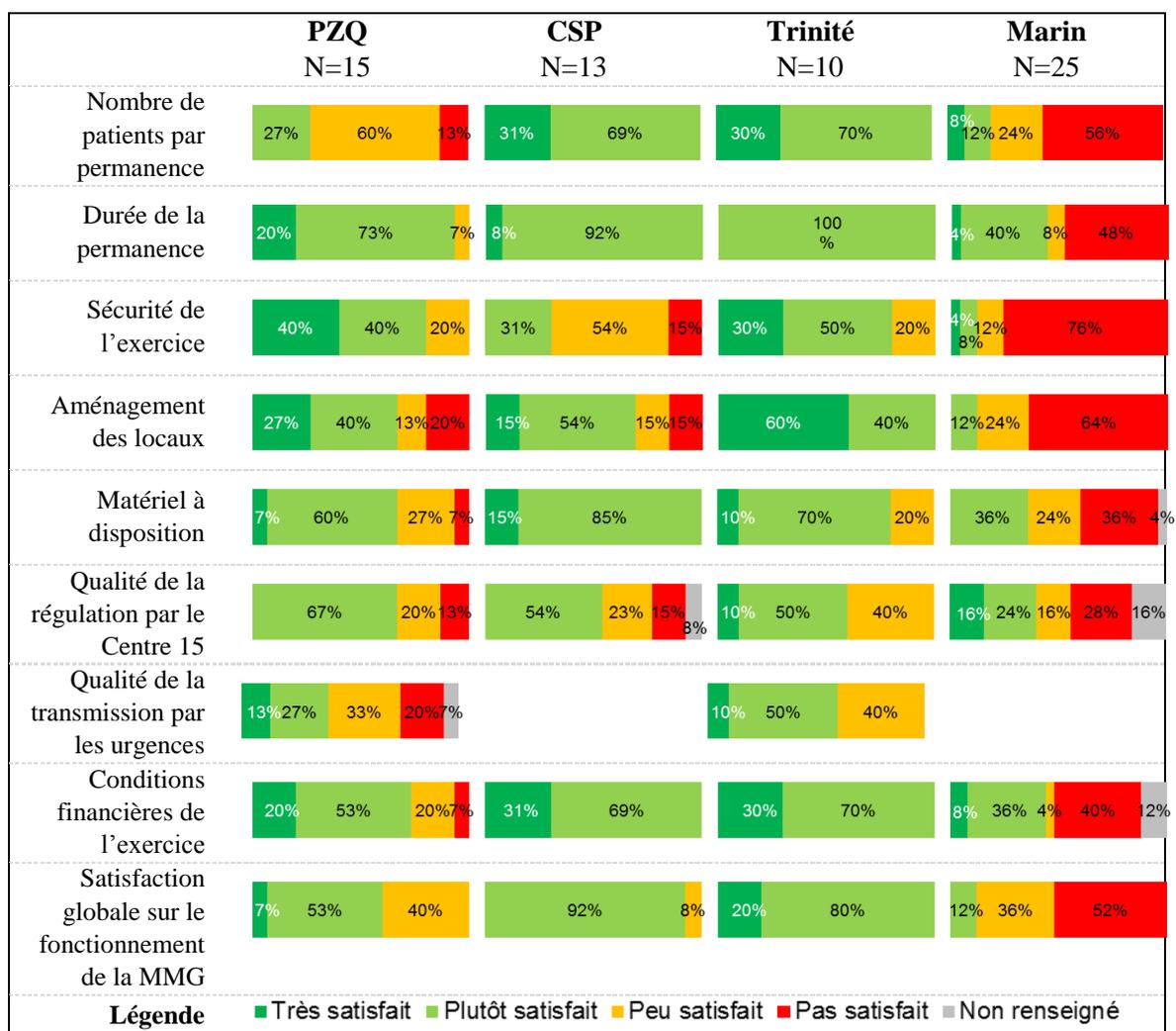


Figure 32 : Evaluation des thèmes sujets à des améliorations selon les médecins effecteurs

### 2.2.2. Activités médicales en MMG

#### **▪ Différences observées par les médecins effecteurs entre leur l'activité médicale en MMG et celle en dehors des MMG**

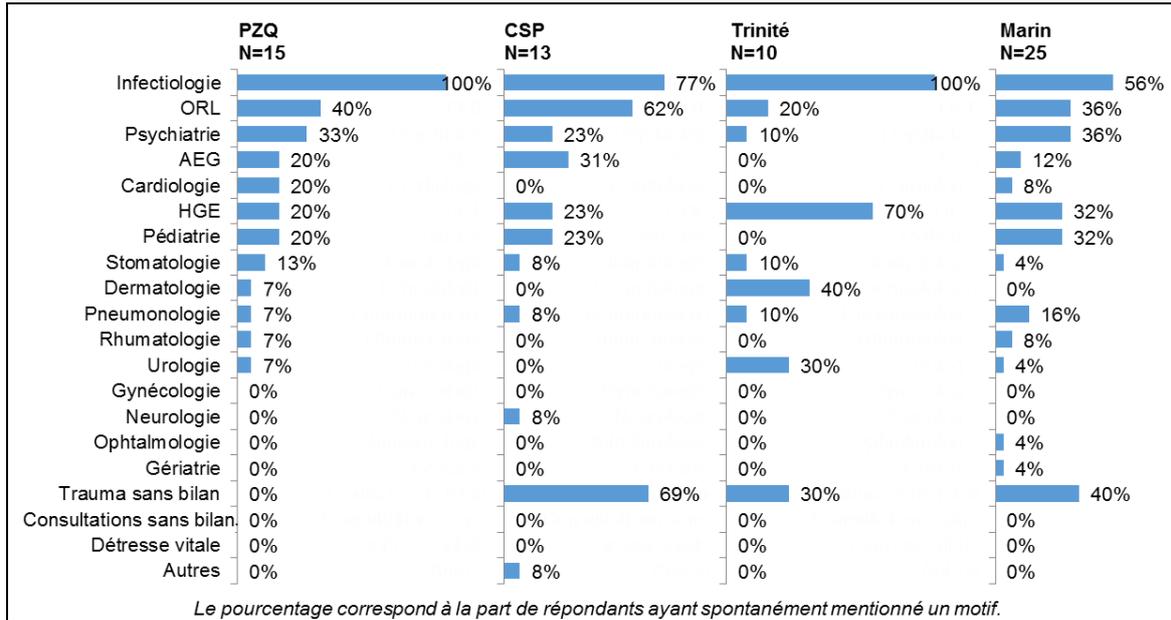
39 % des médecins ont déclaré avoir été confronté à des pathologies non rencontrées au cours de leur activité en cabinet de ville. A titre d'exemple ont été cités : la réalisation de sutures, la prise en charge d'une crise vaso-occlusive chez un patient drépanocytaire, un pneumothorax, des crises d'asthmes sévères, des traumatologies lourdes, des urgences cardiologiques, et une hémorragie sur un angiome de la lèvre.

#### **▪ Motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés par les médecins effecteurs**

Pour les quatre MMG de Martinique (Figure 33), le motif de consultation le plus fréquemment cité est l'infectiologie.

- Pour la MMG de PZQ sont citées en seconde position l'ORL puis la psychiatrie en troisième position.
- Pour la MMG de la Clinique Saint-Paul, les traumatismes ne nécessitant pas de bilan sont arrivés en seconde position suivis de l'ORL.
- Pour la MMG de la Trinité, l'hépatogastro-entérologie et la dermatologie sont arrivées respectivement en deuxième et troisième positions.
- Pour la MMG du Marin, ce sont les traumatismes ne nécessitant pas de bilan et la psychiatrie qui sont arrivés en seconde et troisième positions.

Les motifs de consultation sont détaillés dans le tableau 7.



**Figure 33 : Motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés par les médecins effecteurs (plusieurs réponses possibles)**

<b>Motifs de demande de consultation en urgence les plus fréquemment observés</b>	<b>PZQ</b>	<b>CSP</b>	<b>Trinité</b>	<b>Marin</b>
<b>AEG</b> : urgences ressentie par le patient avec doute de diagnostic du médecin régulateur, douleur d'allure non chirurgicale	20%	31%	0%	12%
<b>Cardiologie</b> : poussée d'HTA, douleur thoracique	20%	0%	0%	8%
<b>Dermatologie</b> : allergies non graves	7%	0%	40%	0%
<b>HGE</b> : gastro-entérite, abdomen douloureux souple, constipation	20%	23%	70%	32%
<b>Gynécologie</b>	0%	0%	0%	0%
<b>Infectiologie</b> : fièvre bénigne, syndromes grippaux, épidémie virale sans signe de gravité	100%	77%	100%	56%
<b>Neurologie</b>	0%	8%	0%	0%
<b>Ophthalmologie</b>	0%	0%	0%	4%
<b>ORL</b> : bénigne, otites, sinusites, épistaxis	40%	62%	20%	36%
<b>Pédiatrie</b> : nourrisson malade, plaies suturables, brûlures	20%	23%	0%	32%
<b>Gériatrie</b>	0%	0%	0%	4%
<b>Pneumologie</b> : Asthme sans signes de gravité, toux persistante	7%	8%	10%	16%
<b>Rhumatologie</b> : arthralgie, lombalgies, cervicalgies, crise de gouttes, myalgies	7%	0%	0%	8%
<b>Stomatologie</b>	13%	8%	10%	4%
<b>Psychiatrie</b> : anxiété, état de stress post-traumatique, syndrome dépressif	33%	23%	10%	36%
<b>Traumatologie</b> : traumatisme nécessitant des examens complémentaires en urgences, accident de la voie publique	0%	69%	30%	40%
<b>Urologie</b> : rétention aigüe d'urine, colique néphrétique	7%	30%	4%	0%
<b>Toute consultation ne nécessitant pas d'examens complémentaires</b>	0%	0%	0%	0%
<b>Autres</b> : certificat médicaux, renouvellement d'ordonnance, geste thérapeutique	0%	8%	0%	0%
<b>Réanimation</b>	0%	0%	0%	0%
<b>Nombre de réponses</b>	104	131	183	73
<b>Nombre de médecins ayant répondu</b>	25	35	58	25

Tableau 7 : Motifs de consultation les plus fréquemment rencontrés

### 2.3. Questionnaires « Médecins régulateurs du Centre 15 »

L'ensemble des médecins régulateurs du Centre 15 ont répondu au questionnaire, soit un effectif de 34 médecins.

**Proportion des régulateurs libéraux et hospitaliers (N=34)**

18 médecins (53%) sont des médecins hospitaliers, 16 médecins (41%) des médecins régulateurs du Centre 15 sont des médecins libéraux exclusifs et 2 médecins (6%) ont une activité mixte, c'est-à-dire libérale et hospitalière.

**Difficultés rencontrées par les médecins du Centre 15 à orienter un patient vers la MMG (N=34)**

Nous avons observé que l'absence de moyen de transport est la principale cause de difficulté mentionnée par les régulateurs du centre 15. (Tableau 8)

<b>Difficultés rencontrées dans l'orientation vers la MMG</b>	<b>Nombre de répondants</b>
<b>Transport</b> : absence de moyens de transport	28
<b>Paiement</b> : impossibilité d'avancement des frais, carte vitale non à jour, absence de carte vitale	8
<b>Horaires d'ouvertures des MMG</b> : absence de médecins effecteurs en nuit profonde et en journée, absence du médecin pendant sa garde	8
<b>Méconnaissances des équipements des MMG</b>	2
<b>Difficultés relatives aux habitudes du patient</b> : patient qui a déjà vu un médecin généraliste dans la journée, patient qui ne souhaite pas aller l'hôpital/impact psychologique de la localisation intra-hospitalière de la MMG, méconnaissance des lieux et du fonctionnement	7
<b>Coordination</b> entre les médecins régulateurs, les médecins urgentistes, les pharmacies de gardes	1
<b>Absence de difficultés rencontrées</b>	2
<b>Nombre de médecins qui ont répondu à cette question</b>	34

**Tableau 8 : Difficultés rencontrées par les régulateurs du Centre 15 à orienter un patient vers la MMG**

▪ **Les médecins du Centre 15 tiennent-ils compte de l'affluence aux urgences lors de leur régulation des patients? (N=34)**

Nous avons constaté que 62% des régulateurs ont tenu compte de l'affluence aux urgences hospitalières lors de la régulation. L'engorgement des urgences hospitalières a donc un impact sur la régulation du Centre 15.

**2.4. Questionnaires « Médecins urgentistes hospitaliers »**

▪ **Connaissance de la localisation des quatre différentes MMG par les urgentistes hospitaliers**

Nous avons observé que plus de la moitié des urgentistes hospitaliers ne connaissaient pas les localisations des quatre différentes MMG : 52 % n'ont pas su énumérer les quatre structures existantes. L'absence de campagne d'information auprès des urgentistes hospitaliers pourrait expliquer ce chiffre. D'autre-part cette méconnaissance pourrait être un frein pour une coordination des soins non programmés.

▪ **Proportion des urgentistes hospitaliers qui ont orienté les patients vers la MMG**

80% des urgentistes hospitaliers ont affirmé avoir déjà orienté un patient vers la MMG. Nous avons observé que les urgentistes hospitaliers ont tenu compte de l'existence de ces MMG.

**▪ Proportion des urgentistes hospitaliers qui ont tenu compte de l'affluence aux urgences hospitalières pour orienter un patient vers la MMG**

72% des urgentistes hospitaliers tiennent compte de l'affluence du moment aux urgences hospitalières pour orienter un patient vers une MMG. Les urgentistes ont tenu compte de l'existence des MMG notamment pour désengorger leur service.

**▪ Difficultés rencontrées par les urgentistes à orienter un patient vers la MMG**

Parmi les principales difficultés rencontrées par les urgentistes à orienter un patient vers une MMG sont citées les causes suivantes : patient réfractaire, paiement et coordination entre les urgentistes et les médecins de la MMG. (Tableau 9)

<b><u>Difficultés rencontrées dans l'orientation vers la MMG</u></b>	<b>Nombre de répondants</b>
<b>Paiement:</b> gratuité des urgences, absence de possibilité d'avancer les frais, absence de carte vitale	32%
<b>Patient réfractaire:</b> patient qui a déjà vu un médecin généraliste dans la journée, souhait d'examens complémentaires, habitudes des patients de consulter dans le service des urgences en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale	64%
<b>Coordination entre les urgentistes et la MMG:</b> patient déjà enregistré dans le circuit hospitalier, méconnaissance par les urgentistes des compétences du médecin de la MMG, invalidité du patient	32%
<b>Absence de difficultés rencontrées</b>	4%
<b>Nombre de médecins urgentistes ayant répondu à la question</b>	25

**Tableau 9 : Difficultés rencontrées par les urgentistes à orienter un patient à la MMG**

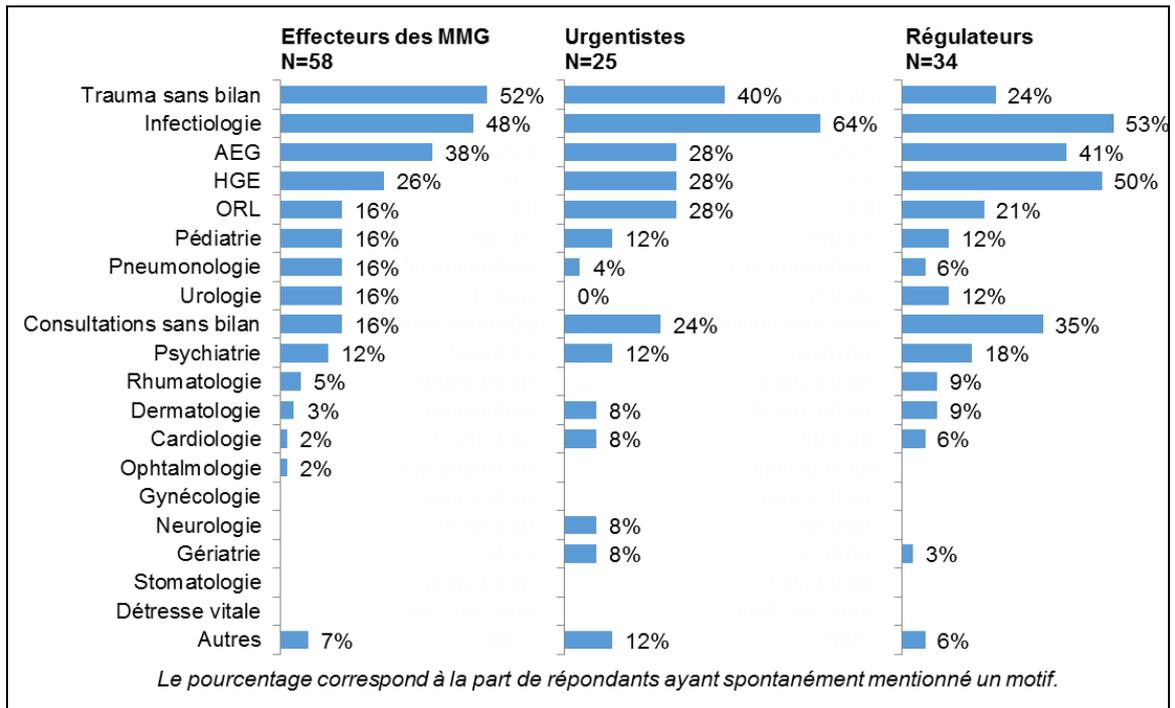
## **2.5. Analyse des questions communes posées aux différents médecins impliqués dans cette forme de PDS**

### **▪ Motifs de consultation relevant de la MMG selon les différents médecins impliqués dans la PDS**

Les motifs de consultation qui sont arrivés en tête de citation sont (Figure34) :

- pour les effecteur des MMG : le traumatisme ne nécessitant pas de bilan, puis l'infectiologie et l'altération de l'état général (AEG) ;
- pour les urgentistes: l'infectiologie, suivie du traumatisme ne nécessitant pas de bilan, puis à égalité l'AEG, l'hépatogastro-entérologie (HGE) et l'ORL ;
- pour les régulateurs du Centre 15 : l'infectiologie, puis l'HGE suivie de l'AEG.

Les motifs de consultation relevant de la MMG qui ont été évoqués par les médecins assurant la PDS ou l'aide médicale urgente étaient similaires : principalement des motifs de consultation de médecine générale relèveraient des MMG. Ces motifs de consultation sont détaillés dans le tableau 10.



**Figure 34 : Libellé des motifs de consultation relevant de la MMG selon les différents acteurs de la PDS**

<b>Motifs de demande de consultation en urgence relevant des MMG</b>	<b>Effecteurs des MMG</b>	<b>Urgentistes hospitaliers</b>	<b>Régulateurs du Centre</b>
<b>AEG</b> : urgence ressentie par le patient avec doute de diagnostic du médecin régulateur, douleur d'allure non chirurgicale	38%	28%	41%
<b>Cardiologie</b> : poussée d'HTA, palpitations	2%	8%	6%
<b>Dermatologie</b> : allergies non graves	3%	8%	9%
<b>HGE</b> : gastro-entérite, abdomen douloureux souple, constipation	26%	28%	50%
<b>Gynécologie</b>	0%	0%	0%
<b>Infectiologie</b> : fièvre bénigne, syndromes grippaux, épidémie virale sans signe de gravité	48%	64%	53%
<b>Neurologie</b>	0%	8%	0%
<b>Ophthalmologie</b>	2%	0%	0%
<b>ORL</b> : bénigne, otites, sinusites, épistaxis	16%	28%	21%
<b>Pédiatrie</b> : fièvre, dermatologie gastroentérite	16%	12%	12%
<b>Gériatrie</b>	0%	8%	3%
<b>Pneumologie</b> : asthme sans signes de gravité, toux persistante	16%	4%	6%
<b>Rhumatologie</b> : arthralgie, lombalgies, cervicalgies, crise de gouttes, myalgies	5%	0%	9%
<b>Stomatologie</b>	0%	0%	0%
<b>Psychiatrie</b> : anxiété, état de stress post-traumatique, syndrome dépressif	12%	12%	18%
<b>Traumatologie</b> : traumatisme nécessitant des examens complémentaires en urgence	52%	40%	24%
<b>Urologie</b> : cystites, colique néphrétique	16%	0%	12%
<b>Toute consultation ne nécessitant pas d'examens complémentaires</b>	16%	24%	35%
<b>Autres</b> : certificat médicaux, renouvellement d'ordonnance, geste thérapeutique	7%	12%	6%
<b>Réanimation</b>	0%	0%	0%
<b>Nombre de réponses</b>	71	108	103
<b>Nombre de médecins ayant répondu</b>	58	25	34

Tableau 10 : Motifs relevant de la MMG selon les différents médecins

**▪ Motifs de consultation ne relevant pas de la MMG selon les différents médecins impliqués dans la PDS**

Les motifs de consultation ne relevant pas de la MMG arrivés en tête de citation ont été (Figure 35):

- pour les effecteurs des MMG : la cardiologie, suivie du traumatisme nécessitant un bilan, puis la détresse vitale ;
- pour les urgentistes : la cardiologie et les détresses vitales (à égalité), suivies du traumatisme nécessitant un bilan, de la neurologie et de la consultation nécessitant un bilan (à égalité) ;
- pour les régulateurs du Centre 15 : l'infectiologie, puis l'HGE suivie de l'AEG.

Les motifs de consultation suivant les systèmes sont détaillés dans le tableau 11.

Nous avons donc observé que les demandes de soins non programmés cardiologiques, neurologiques et traumatologiques nécessitant un bilan radiologique ne relevaient pas de la MMG.

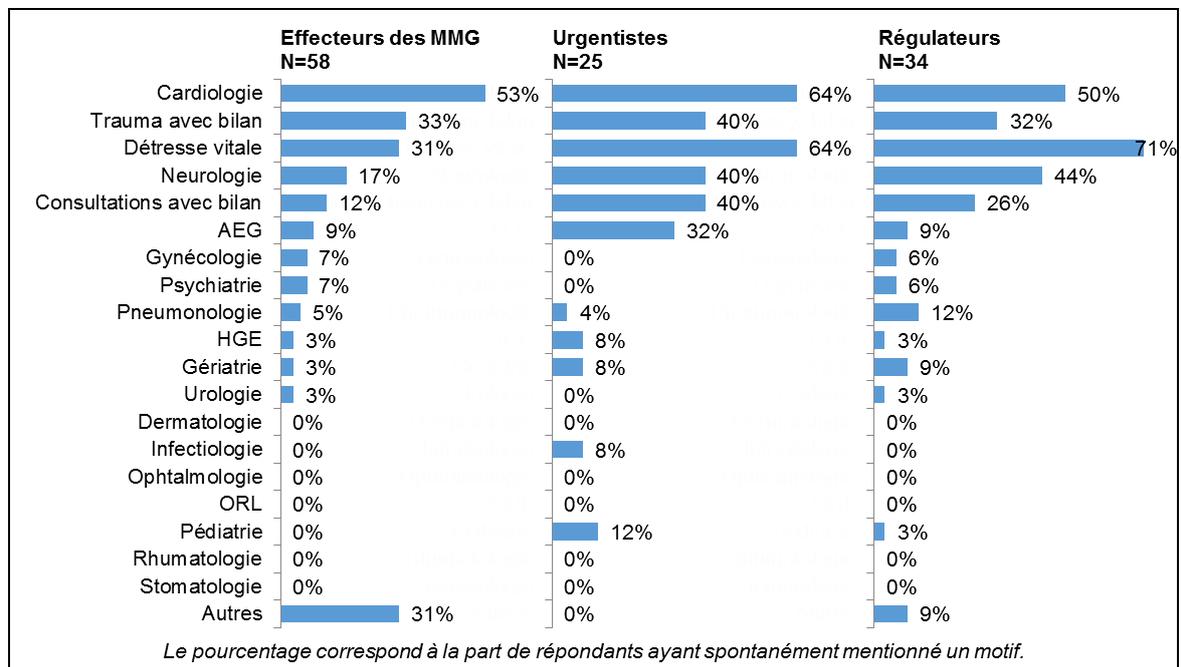


Figure 35 : Libellé des motifs de consultation ne relevant pas de la MMG selon les acteurs de PDS

<b>Motifs de demande de consultation en urgence ne relevant pas des MMG selon les médecins</b>	<b>Effecteurs des MMG</b>	<b>Urgentistes hospitaliers</b>	<b>Régulateurs du Centre</b>
<b>AEG</b> : altération importante de l'état général (décompensation de maladie chronique, invalidité, nécessité d'analgésie par antalgiques de palier 3, douleur d'allure chirurgicale)	9%	32%	9%
<b>Cardiologie</b> : douleur thoracique, poussée d'HTA, urgences cardiologiques	53%	64%	50%
<b>Dermatologie</b>	0%	0%	0%
<b>HGE</b> : douleur abdominale évoluant depuis >4 jours, douleur évocatrice d'un abdomen chirurgical	3%	8%	3%
<b>Gynécologie</b>	7%	0%	6%
<b>Infectiologie</b>	0%	8%	0%
<b>Neurologie</b> : AVC, perte de connaissance	17%	40%	44%
<b>Ophthalmologie</b>	0%	0%	0%
<b>ORL</b>	0%	0%	0%
<b>Pédiatrie</b> : nourrisson, plaies suturables, brûlures	0%	12%	0%
<b>Pneumologie</b> : dyspnée mal étiquetée	6%	4%	12%
<b>Gériatrie</b>	3%	8%	9%
<b>Rhumatologie</b> : arthralgie, lombalgies, cervicalgies, crise de gouttes, myalgies	0%	0%	9%
<b>Stomatologie</b>	0%	0%	0%
<b>Psychiatrie</b>	7%	0%	6%
<b>Traumatologie</b> : traumatisme nécessitant des examens complémentaires en urgence	33%	40%	32%
<b>Urologie</b> : rétention aigüe d'urine, colique néphrétique	3%	0%	3%
<b>Toute consultation nécessitant des examens complémentaires</b>	12%	40%	26%
<b>Autres</b> : certificat médicaux, arrêts de travail, sport, décès, renouvellement d'ordonnance	31%	0%	0%
<b>Réanimation</b> : insuffisance cardiaque aigüe, insuffisance respiratoire aigüe, sepsis sévère, état de choc, hémorragie massive, coma	31%	64%	71%
<b>Nombre de réponses</b>	104	131	183
<b>Nombre de médecins ayant répondu</b>	58	25	34

**Tableau 11 : Motifs ne relevant pas de la MMG selon les différents médecins participant à la PDS**

▪ **La MMG, une réponse cohérente et adaptée à la demande de soins non programmés ?**

Les médecins ont estimé que les MMG apportent une réponse cohérente et adaptée à la demande de soins non programmés :

- pour les médecins effecteurs de la MMG : 93% à PZQ, 100% à CSP, 90%, à la Trinité, et 52% au Marin
- pour 88% des médecins urgentistes et pour 97% des médecins régulateurs du Centre 15 (Figure 36)

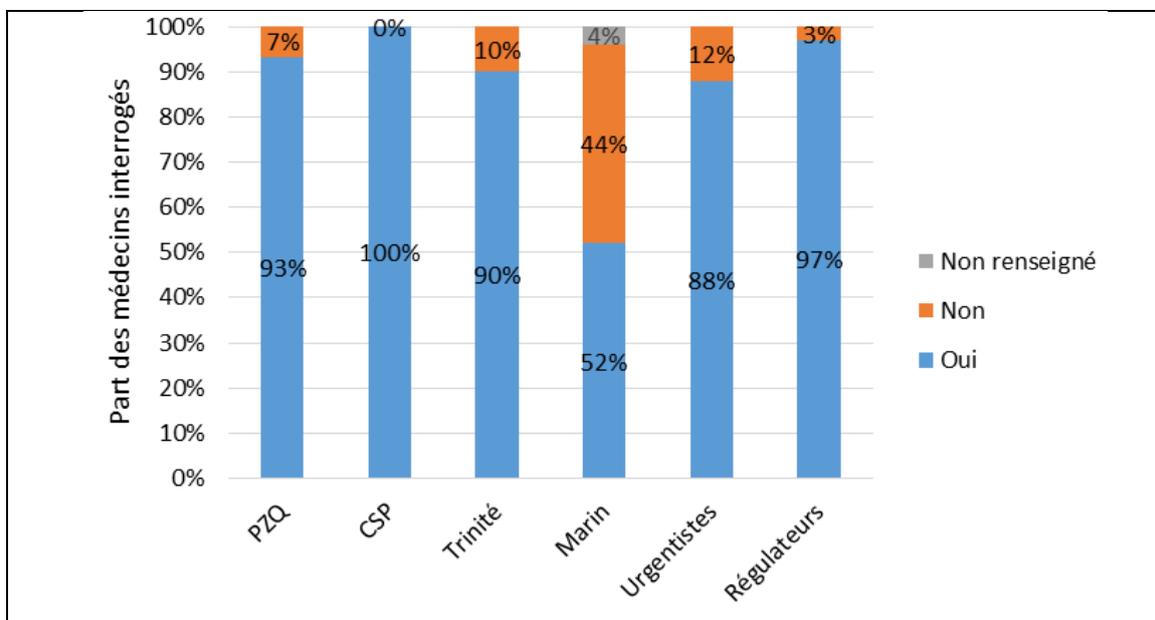


Figure 36 : La MMG : une réponse cohérente et adaptée ? Avis des acteurs de la PDS

**▪ Propositions d'améliorations à promouvoir selon les médecins impliqués dans la PDS**

Pour les médecins effecteurs, le premier levier d'amélioration suggéré est relatif aux locaux et au confort ; prioritairement ont été mentionnés le souhait d'une salle de consultation unique avec accès direct à la salle de repos et la nécessité d'une place de stationnement réservée aux médecins. Le second levier d'amélioration évoqué a été une meilleure promotion de ces MMG auprès du grand public : information par voie de presse ou médias électroniques, meilleure promotion auprès des médecins du SAMU et des médecins généralistes, mais aussi par des actions concrètes telles que le fléchage à l'entrée de l'IAO. Le troisième levier soulevé concernait la maintenance de l'équipement médical.

Les urgentistes hospitaliers ont, en premier levier, évoqué la nécessité de la promotion auprès du grand public par voie de presse et autres médias, affiches dans les cabinets de médecine générale, meilleure indication par un fléchage à l'entrée de l'hôpital. En second levier était citée la localisation des MMG avec la suggestion d'une révision de l'emplacement des sites des MMG dans les secteurs Nord Atlantique, Nord Caraïbe, Secteur Sud, ou encore devant l'entrée de l'hôpital. Le troisième levier concernait les horaires de fonctionnement des MMG ; en effet les urgentistes souhaiteraient une PDSA avec des horaires plus étendus : 24 heures sur 24, ou encore prolongation des gardes.

Pour les régulateurs du Centre 15 sont apparus comme premier levier une adaptation des horaires de fonctionnement en alignant les horaires de fonctionnement du Centre 15 à ceux des MMG. Le deuxième levier a concerné la promotion des MMG, le troisième levier l'augmentation des médecins traitants dans la permanence des soins. (Figure 37)

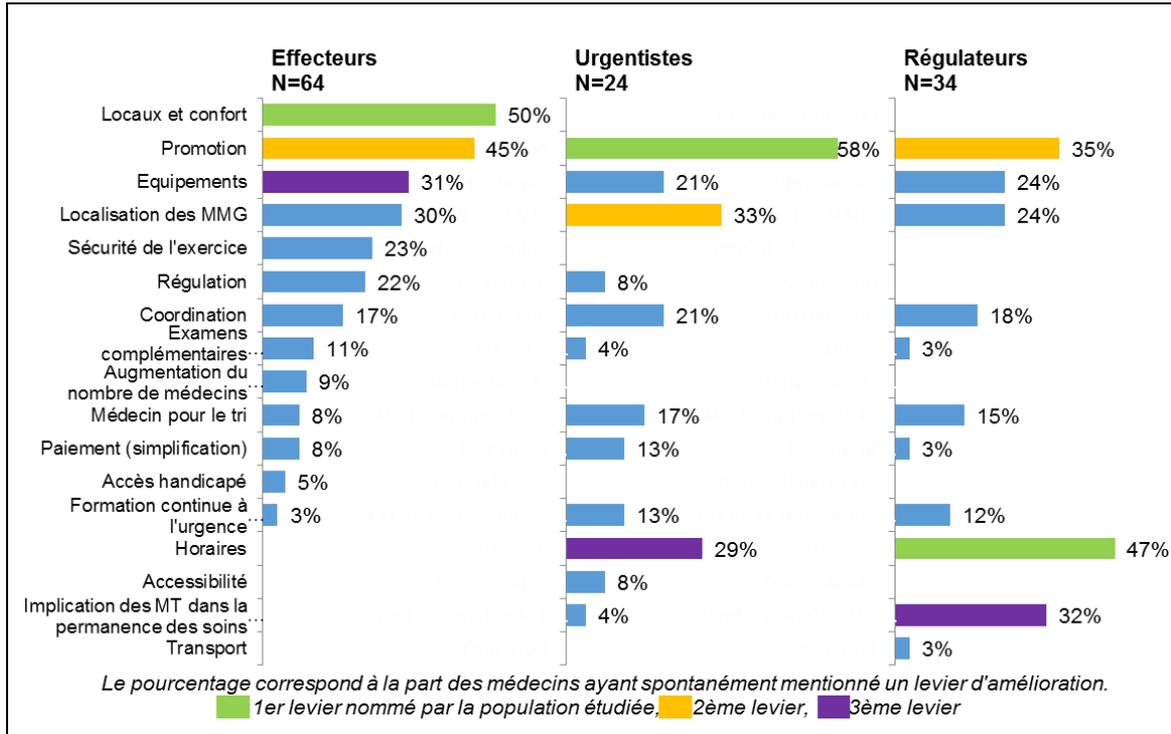


Figure 37 : Pistes d'améliorations évoquées par les médecins interrogés

## **V. DISCUSSION**

### **1. Principales observations**

Cet état des lieux présentait une « photographie » du dispositif de la PDS réalisée par les MMG pour l'année 2014 en Martinique.

Notre étude a rapporté que les MMG semblaient être une réponse adaptée à la demande de PDSA. En effet, le rapport de l'ARS montrait que 70% des patients consultant aux urgences retournaient à domicile. Nous avons montrés que la majorité des patients qui ont consulté en MMG nécessitaient, en effet, uniquement des soins ambulatoires.

Notre étude a rapporté que les patients consultant en MMG étaient satisfaits de la qualité des soins et des modalités de paiement. En effet, nous avons choisi ce critère de jugement devant l'observation simple qui était, que ces MMG ont été créées depuis quelques années et malgré le fait que leur fonction soit adaptée, « l'embolisation » des urgences a perduré. En effet, une consultation aux urgences garantit l'accès à un plateau technique rassurant et une prise en charge sans avance des frais. Les patients se sont présentés peut-être davantage aux urgences par crainte de ne pas être assez bien pris en charge en MMG.

Nous avons également montré qu'une certaine méconnaissance des MMG existait parmi les patients en ce qui concernait leur existence mais aussi le type de soins dispensés, qui pourrait contribuer au maintien des habitudes de consultation aux urgences des centres hospitaliers, ainsi que par les médecins puisque plus de la moitié des médecins urgentistes ne connaissaient pas l'existence des quatre MMG.

D'autre part, les médecins impliqués dans la PDS, qu'ils soient médecins libéraux régulateurs du Centre 15 ou médecins effecteurs des MMG, considéraient que le dispositif des MMG est adapté à la demande de PDSA, et qu'il pourrait contribuer à désengorger les urgences.

## **2. Points forts de l'étude**

La présente thèse est la première étude sur l'ensemble des quatre MMG en Martinique. Ce travail est composé de deux études permettant d'appréhender la question des MMG de manière plus globale. Il a associé des données entrées dans le logiciel *HELLODOC* des MMG et des données recueillies à l'aide de questionnaires, la validité de ces derniers ayant été vérifiée par un test de faisabilité et de compréhension de 20 jours.

La taille de l'échantillon pour les questionnaires des patients consultant à la MMG a été supérieure à l'effectif requis pour permettre une analyse satisfaisante des données, 30 questionnaires étaient requis et 370 ont été récoltés et analysés. Ainsi, les intervalles de confiance pour les critères de jugements principaux étaient relativement étroits et les résultats exploitables.

L'étude était exhaustive en ce qui concerne l'avis des médecins impliqués dans la PDS :

- Tous les médecins effecteurs consultant aux MMG du CHU PZQ, de la Clinique Saint Paul et de Trinité ont répondu à notre questionnaire.
- Tous les médecins régulateurs du Centre 15 et tous les médecins urgentistes titulaires ont été interrogés, à deux exceptions près, et ont tous donné leurs avis sur cette forme de dispositif de PDSA.

Nos critères de jugement et les analyses statistiques ont été adaptés dans chaque étude de manière à répondre précisément à nos hypothèses.

Les résultats étaient cohérents et étaient prévisibles. Ils ont été illustrés à l'aide de graphiques représentatifs.

### **3. Limites de l'étude**

Les limites de ce travail tiennent dans le fait qu'il est composé de deux études épidémiologiques quantitatives de faible niveau de preuve scientifique.

Toutes les gardes réalisées n'ont pas été enregistrées dans le logiciel *HELLODOC* durant la période étudiée. Nous avons également dû exclure les dossiers des patients remplis de manière incomplète par les médecins effecteurs. La population étudiée lors de l'analyse des données provenant de cette source n'était donc pas totalement représentative de la population ayant consulté dans les MMG durant notre période d'étude.

Par ailleurs, la MMG du Marin a connu un problème de recrutement de médecins lié à la faible démographie de médecins volontaires. Les médecins interrogés étaient donc en partie des médecins réquisitionnés, ainsi seuls 25 des 42 médecins effecteurs étaient bien voulu répondre aux questionnaires, seuls 6 médecins remplissaient le logiciel *HELLODOC* permettant le recueil d'informations.

Par ailleurs, l'étude a été menée sur une période épidémique de virose à Chikungunya. Le nombre de consultations médicales ne pouvait donc pas être comparé à une période hors épidémie.

Les non-répondants aux questionnaires ont pu être des patients plus fatigués et donc moins aptes à répondre et à donner leur avis sur la consultation.

#### **4. Forces et faiblesses de la PDS**

Les forces du dispositif étaient la répartition des MMG dans chaque territoire de santé, situé à proximité d'un établissement hospitalier permettant une mutualisation de l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers. La pratique du tiers payant, innovation dans la prise en charge puisqu'en métropole aucune MMG ne fait le tiers payant de façon obligatoire, a permis l'accès aux soins pour tous particulièrement important pour une population en difficulté financière.

Les faiblesses de cette mission est actuellement mise à mal par certaines particularités de la démographie médicale :

- densité médicale inférieure de 25% à la moyenne métropolitaine
- répartition inégale sur le territoire
- l'analyse de la part des médecins généralistes par commune montre que la majeure partie des communes où la densité médicale est relativement basse, ont aussi des taux de médecins généralistes de 55 ans et plus supérieure à 55%
- les nouvelles aspirations des médecins mettant en avant leur qualité de vie, une nette féminisation de la profession et une vague de médecins partant en retraite,

fragilisent le secteur des gardes. Devant des effectifs insuffisants, la pénibilité de la tâche est démultipliée. Elle résulte de la difficulté à avoir une activité nocturne et diurne sans possibilité d'aménagement d'horaires ou de compensations financières adaptées.

- insuffisance d'information

## **5. Comparatifs du devenir des patients**

L'analyse de ces chiffres corrobore toute l'importance que représentait le dispositif de MMG : pour 45 581 passages aux urgences hospitalières, 35 020 patients retournent à domicile et 10 561 patients sont hospitalisés pour 7 908 passages en MMG, sachant que ce dernier chiffre est largement sous-estimé (tous les médecins effecteurs ne remplissent pas les dossiers et particulièrement à la MMG du Marin).

En juillet 2006 une première évaluation des MMG a été faite par le Docteur J.Y. Grall [15] qui a mis en évidence une nette diminution en valeur absolue du nombre de passages aux urgences ainsi qu'une baisse de la pente d'augmentation du nombre de consultations aux Urgences. En revanche le nombre d'adressage en pédiatrie était plus faible, la raison invoquée étant que les parents préféraient patienter pour consulter un pédiatre.

La naissance des MMG en Martinique était récente et nous laisse espérer que le dispositif des MMG va permettre d'améliorer la situation actuelle des urgences hospitalières en Martinique.

## 6. Propositions d'améliorations de la PDS

L'essor du dispositif reposait en une meilleure connaissance et communication autour des MMG pour une orientation la plus efficiente et efficace des patients, ceci avec le concours de l'ensemble des partenaires de la PDS.

Des campagnes de promotion et d'éducation de la population générale semblaient être pertinentes devant la méconnaissance de ces structures. En effet, nous avons montré que les patients ne connaissent pas bien la structure et les soins qu'elle propose :

- information des dispositifs existants
- préciser le niveau de recours en fonctions des motifs (à qui s'adresser et pourquoi) en rappelant les règles de bon recours à la PDS.

La PDS pourrait être amélioré par une meilleure coordination entre les différentes structures qui s'articulaient autour du patient :

- régulation par le Centre 15 (pas d'adressage en MMG pour la cardiologie et la traumatologie nécessitant un bilan radiologique)
- réorientation par les urgences
- proposition d'un tri en amont des urgences par un médecin généraliste

Il serait souhaitable de faciliter le transport vers les MMG (taxi ?), car le nombre de patients n'ayant pas de moyens de transport était important.

L'amélioration des locaux était également au centre des discussions avec pour thème la sécurité (vigile), l'accessibilité, des locaux plus adaptés et plus fonctionnels

(changement de local, notamment pour la MMG du Marin), une maintenance du matériel médical (infirmière pour les stocks). Répondre concrètement à ces plaintes renforcerait probablement la motivation à la réalisation des gardes, d'une part pour le confort du médecin, d'autre part sur le recrutement par « bouche à oreille » par la qualité de l'infrastructure.

Enfin, une pharmacie couplée à la MMG faciliterait l'accessibilité au traitement prescrit.

## **7. Comparaison avec d'autres études**

En 2009, une étude réalisée à la MMG de Saint-Denis (93) de Février 2008 à Octobre 2009 [16] a constaté une similitude avec nos résultats pour notre critère de jugement principal « proportion de retour à domicile » avec 99,8% de retours à domicile, 96,2% dans notre étude. Nos autres critères de jugements principaux, à savoir le degré de satisfaction des patients (qualité médicale et paiement) n'étaient pas étudiées. Les caractéristiques des patients consultants à la MMG étaient différentes :

- pour le sexe : 51,3% des consultations sont des hommes alors qu'en Martinique seulement 33%;
- pour l'âge : 72,5% des patients avaient moins de 16 ans, alors qu'en Martinique ce chiffre était de 21%. Ce résultats peut être expliqué par le fait que les urgentistes de la MFME adressent peu leurs patients à la MMG éloignée du service des urgences pédiatriques.

- le mode d'adressage principale des patients : 68,7% sont adressés par les urgences contre 11% pour notre étude. Une meilleure collaboration avec les urgences semble indispensable dans notre département

Les caractéristiques des patients similaires à notre étude étaient :

- Le motif de consultation puisque les pathologies d'ordre infectieux représentaient la majorité des motifs de consultations
- La déclaration d'un médecin traitant, 81% des patients ont déclaré le nom de leur médecin traitant à la sécurité sociale, ce chiffre est de 85% dans notre étude

Les autres critères caractéristiques des patients ne pouvaient pas être comparables.

Au niveau de la satisfaction des médecins effecteurs, cette étude a constaté qu'ils étaient globalement satisfaits de la sécurité de l'exercice, de l'aménagement des locaux et du matériel à disposition. Ces différents éléments caractérisant les conditions de travail ont pu être critiqués dans certaines MMG de Martinique, notamment dans celle du Marin.

Comme dans notre étude les médecins étaient globalement satisfaits des conditions financières de leur exercice.

En 2012, une étude réalisée sur la raison du choix de consultation des usagers en MMG au Havre, a retrouvé que la majorité consultait suite à une expérience antérieure positive [17]. Nous avons également démontré que la majorité des patients étaient plutôt satisfaits de cette offre de soins.

Le nombre de patient ayant contacté le Centre 15 au préalable de leur consultation en MMG, était de 68,8% à la MMG du Havre. Dans notre étude, ce chiffre était de 50%.

Cela semblait insuffisant et nous a rappelé la nécessité d'une meilleure diffusion de l'information auprès des patients sur la nécessité de joindre le Centre de régulation.

Le mode de connaissance de la MMG est de 31,8% via le Centre 15 pour les patients du Havre, dans notre étude ce chiffre est similaire avec 34 % pour la MMG PZQ, 27% pour la Clinique Saint-Paul et 26% pour la MMG de Trinité. Au Havre, 17 % des patients avaient connu la MMG via leur entourage alors qu'en Martinique le mode de connaissance via l'entourage était supérieur pour chacune des MMG : 35% à PZQ, 49% à la CSP, 40% à La Trinité et 25% au Marin. En Martinique, la connaissance des MMG s'est fait principalement par « bouche à oreille » alors qu'une information précise diffusée par les médecins libéraux serait probablement plus judicieuse pour un meilleur fonctionnement de cette forme de PDSA (motifs de consultation relevant de la PDSA, équipements des MMG).

Le rapport de J.Y. Grall de Juillet 2006 [15] rappelle qu'un encadrement clair et une standardisation minimum doivent accompagner l'installation pérenne et le développement des MMG dans le paysage de la PDS, en homogénéisant les situations et en évitant les abus. En effet il faut prévenir les effets néfastes d'un développement anarchique et « sauvage » des MMG notamment avec cette création d'offre de soins supplémentaire : il ne s'agit pas de trouver une offre « urgences like » supplémentaire avec un accès direct, mais la nécessité d'une régulation préalable et des conditions d'installations bien définies. La PDS en MMG ne sera efficace que si la MMG est indéfectiblement opérationnelle sur les bases du cahier des charges initialement défini et qui aurait donné lieu à financement. Les propositions de ce rapport ont été étudiées et

mises en œuvre par la Circulaire du 23 Mars 2007 [12] qui établit des recommandations structurées sous six axes :

- établir un pilotage cohérent et opérationnel de la PDS au niveau régional
- simplifier et pérenniser le dispositif des MMG
- établir un cadre minimal type fonctionnement par MMG
- favoriser une filière de prise en charge de santé publique cohérente en donnant intérêt à agir à tous les acteurs
- inscrire les MMG dans le cadre d'un dispositif de PDS simplifié et lisible
- informer pour responsabiliser et sécuriser la population.

## **VI. CONCLUSION**

La PDS basée sur le principe du volontariat, nécessite une coordination à tous les échelons. La naissance des MMG est récente, mais les premiers résultats sont encourageants et répondent aux objectifs. En effet, nous avons constaté dans notre étude que les MMG ouvertes en 2006 comme la MMG de la Clinique Saint-Paul, et même celles ouvertes plus récemment en 2012, la MMG de PZQ, la MMG de la Trinité et la MMG du Marin, offrent un accès aux soins adapté à la demande de soins ambulatoire non programmés et sur tout le territoire martiniquais. Les patients ont été globalement satisfaits de cette offre de soins, mais pour autant, à l'heure actuelle la mise en place de cette offre de soin ambulatoire présente encore quelques difficultés.

Les 58 médecins effecteurs interrogés ont proposé différentes stratégies d'amélioration, la structure MMG doit répondre à un certain nombre de critères en terme sécurité, de qualité des locaux, de confort et d'impact sur la charge de travail.

Une étude qualitative de la PDSA pourrait faire l'objet d'un nouveau travail.

Pour le bon fonctionnement du dispositif mis en place, il aurait été essentiel de réaliser la promotion de ces maisons médicales de garde pour changer les habitudes des patients qui encore trop souvent se rendaient systématiquement aux urgences hospitalières pour des motifs de consultations relevant de la PDSA. Des campagnes de sensibilisation des patients et des médecins pour la PDSA seraient nécessaires car certaines habitudes devaient être modifiées, puisque même les médecins libéraux n'ont pas pour habitude de conseiller les MMG en cas d'absence à leurs patients.

Les motifs d'urgences ressenties par le patient ont été pris en charges par les MMG avec plus de 95% de retour à domicile. Pendant la même période le devenir des patients qui consultaient aux urgences était pour 76% des passages un retour à domicile. Pourquoi ?

Un tri en amont des urgences réalisé par un médecin généraliste pourrait-être judicieux.

Parmi ces retours à domicile des Urgences, certains auraient certainement pu être vu en MMG. Cette question pourrait faire l'objet d'un nouveau travail de recherche.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

1. RAPPORT ANNUEL 2013 IEDOM (Institut d'émission des départements d'outre-mer) Martinique.  
[http://www.iedom.fr/IMG/pdf/ra2013\\_martinique\\_avec\\_liens\\_sommaire.pdf](http://www.iedom.fr/IMG/pdf/ra2013_martinique_avec_liens_sommaire.pdf)
2. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2010
3. INSTITUT BVA POUR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Enquête nationale : Attentes, Projets et Motivations des Médecins face à leur exercice professionnel. Mars 2007
4. AUBERTIN Brice. Thèse - Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes. Enquête auprès des internes de DES de Médecine Générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse – Nancy : Faculté de Médecine de Nancy, 2008. N°127
5. DECRET n°2003-880 DU 15 SEPTEMBRE 2003 et n°2005-328 du 7 AVRIL relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le Code de la Santé Publique
6. ARS MARTINIQUE : Organisation de la filière de soins. Priorités locales.  
<http://www.ars.martinique.sante.fr/Organisation-des-filieres-soin.91529.0.html>
7. ARS MARTINIQUE. DIRECTION DE LA STRATEGIE - Julie CALVET-COIFFARD. Janvier 2012, Organisation de la PDSA en Martinique. Diagnostic et cahier des charges de la PDSA. Schéma régional d'organisation des soins en Martinique.  
 Source :  
[http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre\\_ARS/Contexte\\_regional/PRS\\_2012-2015/F\\_-\\_Annexe\\_6\\_SROS\\_-\\_Diagnostc\\_et\\_cahier\\_des\\_charges\\_de\\_la\\_PDSA.pdf](http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/Contexte_regional/PRS_2012-2015/F_-_Annexe_6_SROS_-_Diagnostc_et_cahier_des_charges_de_la_PDSA.pdf)
8. LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS 2011/2016. Projet régional de Santé Publique de Martinique. 13 février 2012.  
 Source :  
[http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre\\_ARS/Contexte\\_regional/PRS\\_2012-2015/E4\\_-\\_SROS.pdf](http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/Contexte_regional/PRS_2012-2015/E4_-_SROS.pdf)
9. Dr LASSALLE Christian, L'Hôpital et la permanence des soins ambulatoire. 20 février 2013. Présentation au comité d'administration de l'ARS Martinique

10. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE. Article 77

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article/article-77-permanence-de-soins-obligations-301>

11. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. Partie réglementaire, sixième partie, livre III, titre 1<sup>er</sup>, Chapitre Y, article R6315-1 à R6315-6, texte en vigueur au 14 Septembre 2012. <http://legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000022059891&idSectionTA=LEGISCTA000006072665&dateTexte=20120909>

12. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

13. Collet M., Gouyon M., 2007, "Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale", Études et résultats, DREES, n° 607, novembre.

14. DREES-RPPS 2014/Population légale 2014 INSEE

15. GRALL J-Y., Rapport de Juillet 2006 « Les maisons médicales de garde » remis à Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités.

16. HATTE C., Evaluation de la maison médicale de Saint-Denis(93), Thèse de médecine générale, 2010, Université de Paris – Val de Marne

17. RENAUT C., Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre, Thèse de médecine générale, 2012, Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen.

## VIII. ANNEXES

**Annexe 1 :** Affiche d'information des MMG de l'ARS

**MAISONS MÉDICALES DE GARDE**

**MMG**

**15**

**Un problème médical  
les soirs, week-end  
et jours fériés**

**Ayez le réflexe: Composez le 15.**  
Vous serez dirigé, en fonction de votre état de santé,  
vers la Maison Médicale de Garde la plus proche  
de votre domicile

Munissez-vous de  
votre **carte vitale** et  
de votre **attestation**  
**à jour** pour  
bénéficier du **tiers**  
**payant.**

**SECTEURS:**  
 Fort-de-France (Hôpital Pierre  
Zobda Guitman et Clinique St Paul)  
 Trinité (Hôpital Louis Domergue)  
 Marin (Centre Hospitalier)

De lundi au vendredi de 19h à minuit  
 Samedi de 13h à minuit  
 Dimanche et jours fériés de 7h à minuit

**ars**  
 Agence Régionale de Santé  
 Martinique

## **Annexe 2 : Questionnaire anonyme « Patients vu à la Maison Médicale de Garde (MMG) »**

### **1. Habituellement, en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale, en urgences, vous consultez plus ? (1 réponse)**

- Urgence d'un hôpital (PZQ, Trinité)       MMG CHU de la Meynard       MMG de Trinité  
 MMG Clinique Saint Paul       MMG du Marin       SOS Médecin  
 C'est la 1ère fois que vous consultez en urgences       Autre, précisez :

### **2. Connaissez-vous la Maison Médicale de Garde ?**

- OUI     NON, car:       je n'en avais jamais entendu parler  
 j'en avais entendu parler mais je n'y ai jamais été

### **3. Etes-vous déjà venu à la Maison Médicale de Garde ?**

- OUI  
 → Si OUI, combien de fois? :  1 à 2 fois     2 à 3 fois     4 à 5 fois     Plus de 5 fois  
 NON

### **4. Connaissez-vous les horaires de fonctionnements de la Maison Médicale de Garde ?**

- OUI       NON

### **5. Comment connaissez-vous la Maison Médicale de Garde ? (1 réponse)**

- le 15     des connaissances     médias (journaux, télévision, affichage)     médecin traitant

### **6. Comment avez-vous été orienté à la Maison Médicale de Garde par (1 réponse) :**

- le 15     vous-même ou votre entourage     les urgences     Autre, précisez :

### **7. Lors de votre consultation d'aujourd'hui à la Maison Médicale de Garde :**

Temps d'attente :     0-30 min,     moins 1 h,     moins de 2h,     moins de 3h

Motif de consultation : .....

Votre devenir après la consultation :  Retour à domicile     Hospitalisation en urgence

### **8. Selon vous, est-il possible à la Maison Médicale de garde ?**

- de réaliser des examens radiologiques  
 OUI     NON       Je ne sais pas  
- de réaliser des prises de sang?  
 OUI     NON       Je ne sais pas  
- faut-il avancer le paiement de la consultation ?  
 OUI     NON       Je ne sais pas

**9. Quel est votre degré de satisfaction de la consultation à la Maison Médicale de Garde ?**- la qualité médicale :

- Satisfaisant                       Plutôt satisfaisant                       Plutôt pas satisfaisant                       Pas satisfaisant

- le paiement:

- Satisfaisant                       Plutôt satisfaisant                       Plutôt pas satisfaisant                       Pas satisfaisant

**10. Votre situation :**

Avez-vous déjà déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale ? (pour les plus de 16 ans)

- OUI                                       NON

Bénéficiez-vous :

- de la Caisse Générale de SS     de la CMU  
 Non assuré social                       Autre régime

**11. Données démographiques :**

- Quelle est votre commune de résidence ?

- Quelle est votre année de naissance ?

- Sexe :  Féminin                       Masculin**12. A votre avis, comment mieux faire connaître aux patients la maison médicale de garde (1réponse)?**

- information dans la presse
- information à la radio et à la télévision
- affiche dans la salle d'attente des médecins généralistes
- affiche d'information dans les lieux fréquentés (commerces, mairies, écoles...)
- répondeur du médecin traitant
- autre idée :

**13. A votre avis, quelles améliorations pourraient être envisagées à l'intérieur de cette Maison Médicale de Garde :**

### **Annexe 3 : Questionnaire anonyme « Patients vus à la Maison Médicale de Garde (MMG) de la Clinique Saint-Paul »**

**1. Habituellement, en dehors de l'ouverture des cabinets de médecine générale, en urgences, vous consultez plus ?**  
**(1 réponse)**

- Urgence d'un hôpital (PZQ, Trinité)     MMG CHU de la Meynard     MMG de Trinité  
 MMG Clinique Saint Paul     MMG du Marin     SOS Médecin  
 C'est la 1ère fois que vous consultez en urgences     Autre, précisez :

**2. Connaissez-vous la Maison Médicale de Garde ?**

- OUI     NON, car:     je n'en avais jamais entendu parler  
 j'en avais entendu parler mais je n'y ai jamais été

**3. Etes-vous déjà venu à la Maison Médicale de Garde ?**

OUI

→ Si OUI, combien de fois? :  1 à 2 fois     2 à 3 fois     4 à 5 fois     Plus de 5 fois

NON

**4. Connaissez-vous les horaires de fonctionnements de la Maison Médicale de Garde ?**

OUI     NON

**5. Comment connaissez-vous la Maison Médicale de Garde ? (1 réponse)**

le 15     des connaissances     médias (journaux, télévision, affichage)     médecin traitant

**6. Comment avez-vous été orienté à la Maison Médicale de Garde par (1 réponse) :**

le 15     vous-même ou votre entourage     les urgences     Autre, précisez :

**7. Lors de votre consultation d'aujourd'hui à la Maison Médicale de Garde :**

Jour :  Lundi ou Mardi ou Mercredi ou Jeudi ou Vendredi     Samedi     Dimanche ou Jours fériés

Horaire d'arrivée : .....

Temps d'attente :  0-30 min,     moins 1 h,     moins de 2h,     moins de 3h

Motif de consultation : .....

Votre devenir après la consultation :  Retour à domicile     Hospitalisation en urgence

**8. Selon vous, est-il possible à la Maison Médicale de garde ?**

- de réaliser des examens radiologiques

OUI  NON     Je ne sais pas

- de réaliser des prises de sang?

OUI  NON     Je ne sais pas

- faut-il avancer le paiement de la consultation ?

OUI  NON     Je ne sais pas

**9. Quel est votre degré de satisfaction de la consultation à la Maison Médicale de Garde ?**- la qualité médicale : Satisfaisant                       Plutôt satisfaisant                       Plutôt pas satisfaisant                       Pas satisfaisant- le paiement: Satisfaisant                       Plutôt satisfaisant                       Plutôt pas satisfaisant                       Pas satisfaisant**10. Votre situation :**

Avez-vous déjà déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale ? (pour les plus de 16 ans)

 OUI                                       NON

Bénéficiez-vous :

 de la Caisse Générale de SS     de la CMU  
 Non assuré social                       Autre régime**11. Données démographiques :**

- Quelle est votre commune de résidence ?

- Quelle est votre année de naissance ?

- Sexe :  Féminin                       Masculin**12. A votre avis, comment mieux faire connaître aux patients la maison médicale de garde ( 1réponse)?** information dans la presse information à la radio et à la télévision affiche dans la salle d'attente des médecins généralistes affiche d'information dans les lieux fréquentés (commerces, mairies, écoles...) répondeur du médecin traitant autre idée :**13. A votre avis, quelles améliorations pourraient être envisagées à l'intérieur de cette Maison Médicale de Garde :**

**Annexe 4 : Fiche d'information sur l'étude à l'attention du patient**

A L'ATTENTION DES PATIENTS CONSULTANT EN MAISON MEDICALE DE GARDE (MMG)

Madame, Monsieur,

Actuellement médecin en 8<sup>ème</sup> année, je prépare une étude sur la permanence des soins en Martinique et notamment sur les Maisons Médicales de Garde.

Je souhaite faire **un état des lieux et une évaluation des quatre maisons médicales de garde en Martinique en 2014.**

Selon l'ARS de la Martinique au sujet de l'organisation des filières de soins, **400 passages par jour sont enregistrés aux urgences hospitalières.** Et plusieurs constats, des services des urgences surchargés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, **plus de 70 % des passages aux urgences ne nécessitent pas d'hospitalisation.** Afin de couvrir la prise en charge des populations hors des services d'urgences médicales, l'ARS a installé **quatre Maisons Médicales de Garde en Martinique.** Pour expliquer ce constat, voici la question que je me pose et à laquelle je souhaite répondre pour améliorer la permanence des soins en Martinique :

▪ **Sur quels facteurs modifiables (accessibilité et notoriété des MMG, satisfaction des patients...) pourrait-on intervenir pour améliorer l'offre de soin des MMG?**

Vous êtes invité(e) à participer à l'étude en complétant le questionnaire « **Patients vus à la Maison Médicale de Garde (MMG)** » et en le déposant dans l'urne rouge prévue à cet effet. **Merci de remplir ce questionnaire une seule fois.**

Je vous remercie pour votre participation à l'étude.

Je me tiens à votre disposition par mail pour toute question.

Cordialement,

Nicolas Zavisic

Interne en médecine à l'Université des Antilles et de la Guyane

[etudemmgmartinique2014@gmail.com](mailto:etudemmgmartinique2014@gmail.com)

## **Annexe 5 : Questionnaire « Médecins effecteurs MMG »**

Date :

MMG :

**1. Est-ce selon vous, la Maison Médicale de Garde est une réponse cohérente et adaptée à la demande de soins**

**non programmés ?**

 OUI NON

**2. Etes-vous aussi régulateur libéral :**

 OUI NON

**3. Vous ?**

 homme femme

Age :

**4. Quel est votre mode d'exercice habituel ?**

 libéral exclusif mixte Seul ou en groupe

**5. Combien de permanence mensuel en générale (MMG, régulations) :**

 1 à 2 2 à 3 3 à 4 5 à 6 7 à 8 9 à plus

**6. Pour vous, quels sont les motifs de demande de consultations en urgence qui doivent être pris en charge à la MMG ?**

**7. Pour vous, quels sont les motifs de demande de consultations en urgence qui ne doivent pas être pris en charge à la Maison Médicale de Garde ? :**

**8. Pour vous, quels sont les motifs de consultations les plus fréquents constatés ?**

**9. Depuis que les gardes sont effectuées à la MMG, êtes-vous confrontés à des pathologies que vous ne rencontriez pas auparavant ?**

 NON OUI, et lesquelles :

**10. Inversement y a t-il des pathologies que vous n'êtes plus amenés à voir à la MMG?**

 NON OUI, et lesquelles :

**11. Pensez-vous que la régulation des patients soit correcte**

 OUI NON

si non, quels critères de régulation seraient à modifier ?

**12. A votre avis, faut-il renforcer le fonctionnement de la MMG comme réponse à la demande de soins non programmés ?**

 OUI NON

si OUI comment ?

**13. A votre avis, quelles améliorations pourraient être envisagées pour améliorer la MMG ?** pour chacun de thèmes suivants, vous êtes :

- Nombre de patients par permanence:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Durée de la permanence:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Sécurité de l'exercice professionnel:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Aménagement des locaux:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Matériel à disposition:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Qualité de la régulation par le centre 15:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Qualité de la transmission des patients par les urgences (du CHU et du CH Trinité):

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Conditions financières de votre exercice:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

- Globalement, vous trouvez le fonctionnement de la maison médicale:

Très satisfait                       Plutôt satisfait                       Peu satisfait                       Pas satisfait

**14. Afin d'améliorer le fonctionnement de la MMG, quelles sont les modifications qui vous paraîtraient utiles à mettre en œuvre?**

-

**15. Existe-t-il des points non développés dans ce questionnaire que vous souhaiteriez aborder, et si oui lesquels ?**

**Annexe 6 : Questionnaire « Médecins régulateurs du Centre 15 »****1. Etes-vous régulateur :**

**Libéral :**  OUI  NON, si OUI avez-vous des fonctions hospitalières  OUI  NON  
**Hospitalier**  OUI NON

**2. Est-ce que pour vous, la Maison Médicale de Garde est une réponse cohérente et adaptée à la demande de soins non programmée ?**  OUI  NON**3. Pour vous, quels sont les motifs de demande de consultations en urgence qui doivent être pris en charge à la MMG ?:****4. Pour vous, quels sont les motifs de demande de consultations en urgence qui ne doivent pas être pris en charge à la Maison Médicale de Garde ?:****5. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour adresser un patient à la Maison Médicale de Garde ?****6. Est-ce que vous tenez compte de l'affluence aux urgences hospitalières ?**

OUI  NON

**7. A votre avis, faut-il renforcer le fonctionnement de la MMG comme réponse à la demande de soins non programmés ?**

OUI  NON

**8. A votre avis, quelles améliorations pourraient être envisagées pour améliorer la permanence de soins ambulatoire en MMG ?**

**Annexe 7 : Questionnaire « Médecins urgentistes hospitaliers »**

1. **Connaissez-vous les différentes MMG :**  OUI  NON  
si OUI, lesquelles ?
2. **Adressez-vous des patients aux MMG ?**  OUI  NON  
si NON pourquoi ?
3. **Est-ce que pour vous, la MMG est une réponse cohérente et adaptée à la demande de soins non programmés ?**  OUI  NON
4. **Pour vous, quels sont les motifs de demande de consultations en urgence qui doivent être pris en charge à la MMG ?:**
5. **Pour vous, quels sont les motifs de demande de consultations en urgence qui ne doivent pas être pris en charge à la Maison Médicale de Garde ?:**
6. **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour adresser un patient à la Maison Médicale de Garde ?**
7. **Est-ce que vous tenez compte de l'affluence aux urgences hospitalières ?**  
 OUI  NON
8. **A votre avis, faut-il renforcer le fonctionnement de la MMG comme réponse à la demande de soins non programmés ?**  
 OUI  NON
9. **A votre avis, quelles améliorations pourraient être envisagées pour améliorer la MMG ?**

## **IX. SERMENT D'HIPPOCRATE**

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

ZAVISIC Nicolas

**« Etat des lieux et évaluation des quatre maisons médicales de garde en Martinique en 2014 »**

Thèse : Médecine - Université des Antilles et de la Guyane -  
Année universitaire 2014-2015

Numéro d'identification : 2014AGUY0795

**MOTS-CLES** : Permanence de soins, permanence de soins ambulatoire, maison médicale de garde, centre 15, services des urgences médicales

**RÉSUMÉ** :

**INTRODUCTION** : L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le fonctionnement des quatre Maisons Médicales de Garde (MMG) de Martinique en 2014 (deux à Fort de France, une à Trinité et une au Marin) en tant que structures assurant une Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) dont le but était de désengorger les urgences.

**MATERIEL ET METHODE** : Ce travail a été réalisé à partir de deux études épidémiologiques observationnelles multicentriques. La première, rétrospective, s'est intéressée à l'activité des quatre MMG au 1er semestre 2014 grâce aux enregistrements de données dans le logiciel informatique *HELLODOC* des dossiers patients consultant en MMG, complétés par les médecins effecteurs. Cette première étude a inclus 7908 patients. La seconde étude a été prospective du 1er Juin au 30 Septembre 2014 et a évalué les MMG par des questionnaires anonymes à l'attention des patients. 370 questionnaires patients ont été récoltés. En parallèle, des questionnaires à l'attention des médecins effecteurs des MMG, des régulateurs du centre 15 et des urgentistes hospitaliers ont permis d'obtenir la vision globale des médecins participant à la permanence de soins sur les MMG. Les critères de jugements principaux retenus étaient la proportion de retour à domicile des patients après leur consultation dans l'une des MMG, leur degré de satisfaction sur la qualité médicale et le paiement.

**RESULTATS**: Nous avons observé que suite à la consultation en MMG, la proportion des retours à domicile est de 96,6%. Dans la MMG du CHU Pierre Zobda Quitman, nous avons constaté que 95,2% des consultations sont suivies d'un retour à domicile, 96,7% des consultations à la MMG de la Clinique Saint-Paul sont suivies de retour à domicile, nous avons observé 98% de retour à domicile à la MMG de la Trinité, et enfin à la MMG du Marin nous avons observé 94,4% de retour à domicile. Nous avons constaté que pour les quatre MMG confondues, 91% des patients consultant à la MMG ont été au moins «plutôt satisfaits», si ce n'est «satisfaits», de la qualité médicale de leur consultation. Puis nous avons observé que 78% des patients consultant à la MMG ont été au moins «plutôt satisfaits», si ce n'est «satisfaits» des modalités de paiement de leur consultation.

**CONCLUSION** : Les quatre MMG de Martinique semblent être une réponse cohérente et adaptée à la PDSA en Martinique en 2014.

<b><u>JURY</u></b> : Présidente :	Professeur Jeannie HELENE-PELAGE
Juges :	Professeur Régis DUVAUFERRIER
	Professeur Jean ROUDIE
	Docteur Christian LASSALLE
Directrice de Thèse :	Docteur Anne CRIQUET-HAYOT

**ADRESSE DU CANDIDAT** : Morne Pavillon, Tartane, 97220 La Trinité