









## Sommaire

<b>1 RAPPEL DES PRINCIPAUX OBJECTIFS POURSUIVIS AU TRAVERS DES MMG</b>	<b>5</b>
<b>2 PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION ADOPTÉE EN RHÔNE-ALPES</b>	<b>6</b>
2.1 OBJECTIFS ET MODE OPÉRATOIRE	6
2.2 CHRONOLOGIE DE LA DÉMARCHE	6
2.3 LIMITES DE L'ÉVALUATION RÉALISÉE	7
<b>3 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS</b>	<b>8</b>
<b>3.1 FRÉQUENTATION DES MAISONS MÉDICALES DE GARDE</b>	<b>8</b>
3.1.1 Précautions méthodologiques	8
3.1.2 Résultats obtenus	8
<b>3.2 " PARCOURS " DU PATIENT</b>	<b>9</b>
3.2.1 Mode d'accès	9
3.2.2 Orientation à la sortie	10
3.2.3 Retour d'information vers le médecin traitant	10
<b>3.3 PROFIL DES PATIENTS</b>	<b>10</b>
3.3.1 Age des patients et motifs de consultation	10
3.3.2 Origine géographique des patients	11
<b>3.4 PARTICIPATION DES MÉDECINS À L'ACTIVITÉ DE LA MMG</b>	<b>11</b>
3.4.1 Participation à la garde	11
3.4.2 Participation à des actions de formation, à la gestion	11
<b>3.5 IMPACT DE LA MMG SUR SON ENVIRONNEMENT</b>	<b>11</b>
3.5.1 Impact sur la fréquentation des SAU et UPATOU	11
3.5.2 Impact sur les visites à domicile	12
3.5.3 Perception des autres acteurs de la permanence des soins et de l'urgence	12
<b>3.6 SATISFACTION DES USAGERS ET ACTEURS</b>	<b>13</b>
3.6.1 Satisfaction des patients	13
3.6.2 Satisfaction des professionnels de santé	13
<b>3.7 COÛTS DES MMG</b>	<b>14</b>
3.7.1 Dépenses d'investissement et d'équipement	15
3.7.2 Frais de fonctionnement de la structure	15
3.7.3 Indemnisation des médecins libéraux	15
3.7.4 Frais d'évaluation	15
3.7.5 Coût total de structure	15
3.7.6 Coût global, actes médicaux compris	16
<b>4 CONCLUSIONS &amp; PERSPECTIVES</b>	<b>17</b>





## 2 -Présentation de la démarche d'évaluation adoptée en Rhône-Alpes

### 2.1 OBJECTIFS ET MODE OPERATOIRE

Compte-tenu de la portée des évaluations attendues, celles-ci devaient être réalisées de telle sorte que leurs résultats ne puissent être contestés, que ce soit par les promoteurs ou les financeurs des projets. D'où la nécessité de penser l'évaluation sur une base consensuelle (cahier des charges accepté de tous), et de recourir à un évaluateur externe.

Un cahier des charges régional de l'évaluation des MMG a ainsi été conçu, sous l'égide de l'URCAM et en collaboration avec les promoteurs des projets financés (cf. § 2.2), dans un triple objectif :

- **Fournir un cadre homogène pour l'évaluation des MMG en Rhône-Alpes**, afin de garantir la possibilité de tirer des enseignements sur un socle d'indicateurs communs, sans pour autant nier les spécificités de chaque projet, et qui fondent d'ailleurs leur caractère expérimental ;
- **Dépasser les limites des dispositifs d'évaluation proposés en première intention par les promoteurs des MMG** : ces dispositifs permettent certes de suivre la montée en charge des MMG, mais se révèlent insuffisants pour apprécier, d'un point de vue systémique, l'impact des MMG sur la réponse actuelle aux soins non programmés, et plus globalement le respect de leur vocation initiale (cf. § 1).
- **Permettre la prise en compte de l'ensemble des points de vue au regard desquels l'évaluation doit être conduite** : il s'agissait de garantir aux promoteurs et aux financeurs la possibilité de tirer les enseignements de la mise en place des MMG, pour décider respectivement d'éventuels aménagements et de la poursuite du financement de ces projets.

Ce cahier des charges comprenait notamment une grille permettant de croiser les dimensions à considérer pour l'évaluation des MMG, les indicateurs potentiels et, le cas échéant, leur niveau de priorisation. Les indicateurs, classés en grandes catégories, ont été pensés en cohérence avec les objectifs affichés ou assignés aux MMG :

- Nature et volume d'activité de la MMG (mode d'accès, fréquentation, profil des patients, orientation) ;
- Participation des médecins libéraux aux activités de la MMG (garde, formations, lien avec le médecin traitant, suivi interne, gestion) ;
- Impact de la MMG sur son environnement (évolution des autres modes de recours aux soins, perception des autres acteurs) ;
- Satisfaction des usagers et intervenants ;
- Coûts liés à l'activité de la MMG, regroupés en quatre grands postes : investissements et dépenses d'équipement, frais de fonctionnement, indemnisation des médecins libéraux, frais d'évaluation ;

Le présent rapport permet de confronter les résultats enregistrés sur ces différents indicateurs dans les 5 sites financés. Il s'appuie principalement sur les rapports remis par les évaluateurs externes, le cas échéant complétés d'informations transmises à l'URCAM par les promoteurs, dans le cadre du suivi de financement de leur projet, et des requêtes statistiques effectuées par les CPAM concernées.

### 2.2 CHRONOLOGIE DE LA DEMARCHE

- **Juin-juillet 2003** : constitution, sous l'égide de l'URCAM, d'un cahier des charges régional de l'évaluation des MMG, ayant associé l'ensemble des partenaires concernés : médecins-conseils de l'assurance maladie, professionnels de santé libéraux, représentants administratifs de l'ARH, de l'URCAM et des CPAM, regroupés au sein du **groupe d'instruction FAQSV**<sup>1</sup>, promoteurs des 5 MMG financées en Rhône-Alpes ;

<sup>1</sup>Groupe technique qui examine les projets sollicitant une aide du FAQSV avant leur présentation au Bureau.

- 
- Septembre 2003 : sur la base de ce cahier des charges, **mise en concurrence par les promoteurs, au niveau de chaque site, d'organismes publics et privés susceptibles de réaliser l'évaluation externe de la MMG**. Cette mise en concurrence a permis la collecte d'au moins 3 offres de service et la transmission d'un choix motivé à l'URCAM (ORS Rhône-Alpes à Vénissieux, GRAPHOS à Ambérieu en Bugey, Optima à Saint-Etienne, CAREPS à Lyon et Fédération Rhône-alpes des réseaux de santé à Villefranche/Saône) ;
  - 15 octobre 2003 : vote par le Bureau du FAQSV des crédits permettant le lancement des évaluations externes sur chacun des 5 sites ;
  - 1<sup>er</sup> semestre 2004 : réalisation des évaluations ;
  - Septembre 2004 : transmission des cinq rapports d'évaluation à l'URCAM pour une présentation en Bureau du FAQSV le 13/10/2004, en vue de l'examen de la poursuite des financements accordés.

### 2.3 LIMITES DE L'ÉVALUATION RÉALISÉE

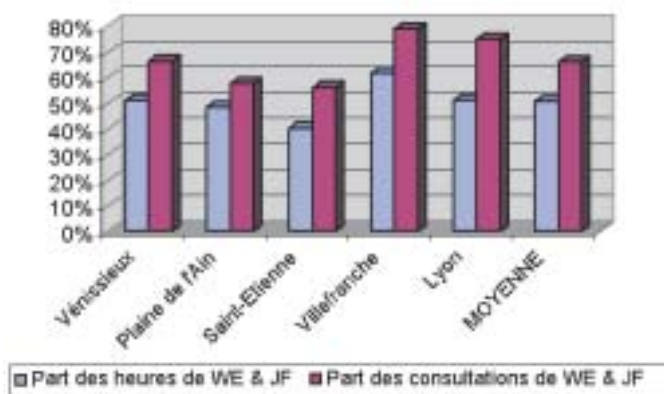
Quatre limites principales peuvent être identifiées :

- La première tient à **l'ouverture encore récente de certaines des MMG financées**. En effet, si les MMG de la Plaine de l'Ain et de Saint-Etienne ont débuté leur activité dès le 1<sup>er</sup> trimestre 2003, voire même le 4<sup>ème</sup> trimestre 2002 pour Vénissieux, l'ouverture de la MMG de Villefranche sur Saône date de novembre 2003 et celle des 4 antennes de la MMG lyonnaise s'est déroulée entre novembre 2003 et avril 2004. Par conséquent, **la présente évaluation doit être qualifiée "d'intermédiaire"** : elle devra être renouvelée lorsque la montée en charge de l'ensemble des MMG sera achevée, et autorisera le recul nécessaire à une analyse plus approfondie ;
- La seconde renvoie à **la diversité des systèmes d'informations présents au sein des MMG** au démarrage de l'évaluation, qui va du simple tableur à un logiciel conçu spécifiquement pour le suivi de l'activité de ces structures. Ce biais sera levé pour la prochaine phase d'évaluation, dont les résultats sont attendus pour octobre 2005, puisque les MMG sont désormais toutes équipées du même logiciel (Hellodoc version MMG) ;
- La troisième limite, qui résulte des mises en concurrence effectuées au niveau local et du choix de cinq évaluateurs différents, tient à **l'hétérogénéité des rapports d'évaluation produits par les prestataires de service mobilisés**. L'élaboration d'un cahier des charges régional a certes permis de limiter ce biais, en favorisant la collecte d'un socle d'informations communes sur les dimensions "clés" de l'activité des MMG, objet de la présente analyse. Elle ne peut cependant occulter l'existence de fortes disparités dans la qualité des évaluations réalisées, appréciée au regard de leur conformité au cahier des charges régional. Ainsi, certains indicateurs prévus, qui ne dépendaient pas des spécificités des MMG, n'ont pas été renseignés de façon homogène par les cinq évaluateurs, ce qui ne permet donc pas de dresser des comparaisons entre l'ensemble des MMG. Un dispositif d'accompagnement de la diffusion du cahier des charges régional, auprès des prestataires de services choisis dans chaque site, aurait sans doute permis d'obtenir davantage de garanties quant à la conformité des évaluations produites au cahier des charges ;
- Une dernière limite tient au nombre restreint des MMG actuellement financées en région, corollaire de la nature expérimentale de ces structures. Une mise en perspective nationale des résultats, sur un nombre plus large de MMG, permettrait de valider ou de relativiser certains des constats régionaux.



Ainsi, alors que les heures d'ouverture de week-end représentent, en moyenne, la moitié des heures d'ouverture hebdomadaire des MMG (de 40% à Saint-Étienne à 62 % à Villefranche), les consultations réalisées les week-end et jours fériés absorbent les 2/3 du volume global des consultations, et même les 3/4 à Lyon et Villefranche. Le nombre moyen de consultations par heure, sur l'ensemble des 5 MMG, est égal à 1,2 les soirs de semaine contre 2,3 le week-end, soit un rapport de 1 à 1,9 entre activité la semaine et le week-end.

Part du week-end et des jours fériés dans l'activité de la MMG



Ce rapport va même du simple au triple à Lyon (0,8 consultation/heure en semaine, 2,3 le week-end).

La situation de la MMG de la Plaine de l'Ain mérite d'être soulignée : elle est celle qui affiche l'activité la plus homogène entre soirs de semaine (1,8 consultation/heure) et jours de week-end (2,5).

Le week-end y représente 48 % du volume horaire et 57% des consultations totales, soit un différentiel de 9 points entre ces deux valeurs.

A titre de comparaison, ce différentiel est de 16 points en moyenne sur les 5 MMG, et de 24 points à Lyon.

Si les volumes de consultations enregistrés par les MMG les jours de week-end sont assez homogènes (de 24 à 36 consultations/jour), il existe de fortes disparités d'activité entre les MMG concernant les soirs de semaine : de 4 consultations (Villefranche et Lyon) à plus de 10 (Plaine de l'Ain).

Certes, l'ouverture très récente de 2 des 4 antennes de la MMG Lyonnaise pèse sur les chiffres de fréquentation globale de la structure. Au-delà de la date d'ouverture, d'autres éléments influent néanmoins sur la fréquentation de la MMG. On peut notamment citer : l'importance du bassin de population, la proximité du SAU / de l'UPATOU, leur pratique plus ou moins étendue de la réorientation sur la MMG, la part de la régulation préalable.

### 3.2 "PARCOURS" DU PATIENT

#### 3.2.1 Mode d'accès

A ce stade, il est important de rappeler que les décisions de financement relative aux MMG ont été prises avant que le cadre de la permanence des soins ne soit stabilisé dans les Textes, courant 2003, notamment en ce qui concerne le développement d'une régulation préalable systématique de la demande de soins non programmés.

Les résultats enregistrés sur cet indicateur sont très disparates. Ainsi, la part des accès spontanés (hors régulation téléphonique et hors réorientation) représente environ 45 % de l'activité de la MMG lyonnaise et près des 3/4 de celle de Vénissieux, contre 13 à 25 % des patients des MMG de Saint-Étienne, de la Plaine de l'Ain et de Villefranche.

De plus, probablement en raison de sa localisation spécifique, la MMG de Saint-Etienne est celle où la part des réorientations hospitalières est la plus forte (près de la moitié des patients ayant fréquenté la MMG). Cependant, la localisation de la MMG dans l'enceinte d'un des acteurs de l'urgence semble avoir un effet désincitatif sur l'orientation par les autres structures de patients vers la MMG.

Sans surprise, on retrouve la même hétérogénéité dans la sollicitation des autres modes d'accès : la part des patients qui se présentent à la MMG après appel téléphonique s'échelonne entre 22% (Vénissieux) et 68% (Plaine de l'Ain).

---

### 3.2.2 Orientation à la sortie

**La quasi-intégralité des patients** (de 97% à près de 100% suivant les sites) **retournent à leur domicile après leur passage à la MMG**. La part des réorientations SAU/UPATOU voire des transports SMUR est négligeable.

Ces éléments semblent plaider pour la pertinence de la régulation préalable effectuée, lorsqu'elle existe, mais également pour une appréhension relativement bonne par les usagers du niveau de prise en charge que la MMG est en mesure d'offrir, appréhension d'autant plus remarquable qu'en dehors des moyens de communication traditionnels (affiches au cabinet des médecins, sur les pharmacies, encarts dans la presse), et à l'exception des moyens engagés à Lyon (panneaux d'affichage public 4x3, "flyers"), aucune action de communication de grande envergure n'a encore été menée sur les MMG.

### 3.2.3 Retour d'information vers le médecin traitant

Trois des cinq MMG financées ont mis en place des procédures d'information du médecin traitant :

- *A Ambérieu en Bugey : chaque consultation à la MMG donne lieu à l'établissement et à l'envoi d'un courrier au médecin traitant précisant le motif de la consultation, les données de l'examen clinique, les prescriptions de sortie, d'éventuels examens complémentaires et l'orientation du patient à l'issue de sa consultation ;*
- *A Villefranche sur Saône : un courrier type est envoyé au médecin traitant ou remis au patient chaque fois que nécessaire. Chaque médecin peut faire éditer la liste de ses patients ayant consulté à la MMG et prendre connaissance des observations du médecin de garde ;*
- *Enfin, à Vénissieux, une lettre à l'attention du médecin traitant peut être établie selon les cas, de façon non systématique.*

Plus globalement, le manque d'échanges entre médecin de garde et médecin traitant est souvent pointé par les évaluateurs externes, et son amélioration figure au titre des recommandations des rapports.

## 3.3 PROFIL DES PATIENTS

### 3.3.1 Age des patients et motifs de consultation

Ces deux indicateurs sont fortement corrélés. Ainsi, la patientèle des MMG est très jeune (40 à 50% des patients ont moins de 16 ans, environ 20% ont moins de 3 ans) et plutôt féminine, notamment à Vénissieux et Saint-Etienne (plus de 60% des consultants).

La population dite "âgée" est relativement sous-représentée. Ces chiffres sont corroborés par l'examen des motifs de consultations : les pathologies infectieuses de la sphère ORL concentrent de 30 à 40% des motifs de consultation.

**La prédominance de l'activité pédiatrique, que l'on pouvait intuitivement avancer, se trouve donc confirmée par les premiers résultats fournis. De plus, les informations disponibles sur la nature des consultations indiquent que les motifs sont justifiés et relèvent bien, dans la grande majorité des cas, de la permanence des soins en médecine de ville.**

En particulier, à la MMG de Lyon, les consultations sont motivées dans plus de 90% des cas par des troubles médico-chirurgicaux, et dans 6% des cas par de la traumatologie. Les motifs tels que la contraception, les addictions ou les demandes de certificats sont exceptionnels (1%).

S'agissant de l'avis des médecins sur l'opportunité des prises en charge, 56% des consultations correspondraient à des urgences relatives (nécessité d'une prise en charge dans les 12 heures) et seulement 6% à des urgences immédiates. Le recours à la MMG est jugé totalement justifié dans près de la moitié des cas, partiellement justifié dans près de 40% des situations, et non justifié dans 12% des cas.

---

### 3.3.2 Origine géographique des patients

La part des patients issus du ou des secteurs couverts par la MMG va de 60% (Lyon) à près de 90% (Vénissieux, Villefranche, Saint-Etienne). La part plus faible enregistrée sur Lyon peut s'expliquer par l'insertion de la MMG dans l'agglomération lyonnaise, à proximité immédiate de communes très peuplées, mais également par l'attractivité de l'antenne du 9<sup>ème</sup> arrondissement sur les communes limitrophes où la garde est peu organisée.

## 3.4 PARTICIPATION DES MEDECINS A L'ACTIVITE DE LA MMG

### 3.4.1 Participation à la garde

**Le nouveau mode d'organisation que constituent les MMG a permis une indiscutable réimplication de la médecine libérale dans l'exercice de la garde** : le taux de médecins inscrits au tableau de garde, parmi les médecins non exemptés par le Conseil de l'Ordre, a ainsi été multiplié par 2 à Villefranche (de 50% à la quasi-totalité des médecins), par 2,3 à Lyon (de 33 à 72,4%) et par 4 à Vénissieux (de 20 à 80%), depuis l'ouverture des MMG. Parmi les médecins concernés, le taux de médecins se faisant remplacer pour leurs gardes est de l'ordre de 14 à 15% sur 4 des 5 sites (Vénissieux, Plaine de l'Ain, Lyon, Villefranche).

**Cette forte adhésion des médecins généralistes à ce nouveau dispositif semble indiquer que l'organisation en MMG a permis de répondre aux souhaits exprimés par la profession, en terme d'améliorant des conditions d'exercice** : gardes moins fréquentes, moins fatigantes, assurées dans un lieu sécurisé, convenablement équipé... souhaits d'autant plus marqués compte-tenu de la féminisation de la profession médicale.

### 3.4.2 Participation à des actions de formation, à la gestion

Des actions de formation ont été réalisées dans 4 des 5 MMG financées. Les thématiques de ces formations sont très diverses, cliniques et techniques : détresse vitale en soins primaires, gestes de l'urgence, utilisation du TDR angine, régulation téléphonique, utilisation du matériel médical et du système d'information de la MMG (logiciel adapté de gestion de dossier médical, codage des pathologies, courrier-type au médecin traitant).

Une seule MMG (Plaine de l'Ain) s'était engagée, au moment de la diffusion des rapports d'évaluation, dans la voie d'une protocolisation concernant les principaux motifs de consultations non programmées : "diarrhée aiguë de l'enfant", "protocoles d'antalgie majeure", "patient agité", "rhinopharyngite de l'adulte et de l'enfant" et "otites moyennes aiguës". Cette protocolisation avait dès le départ été affichée comme l'un des objectifs de cette expérimentation. Une charte de qualité du médecin remplaçant a également été élaborée.

A noter enfin que la participation des médecins libéraux aux instances de gestion n'est pas directement corrélée aux possibilités d'indemnisation de cette activité.

## 3.5 IMPACT DE LA MMG SUR SON ENVIRONNEMENT

### 3.5.1 Impact sur la fréquentation des SAU et UPATOU

Les résultats obtenus sur les 5 sites sont très contrastés :

- **Baisse du nombre de passages à Vénissieux** (-15 % à l'UPATOU entre 2002 et 2003) et à Lyon (de -11% à -12% entre les 1<sup>er</sup> semestre 2003 et 2004 dans l'activité des services d'urgences de certains établissements hospitaliers publics). A Vénissieux, la baisse semble davantage liée à des raisons internes à l'UPATOU (arrêt de l'activité chirurgicale à la clinique, mouvement de grève des médecins aux urgences) qu'à l'ouverture de la MMG. En revanche, à Lyon, l'ampleur des baisses

---

de fréquentation des urgences observées chez les personnes résidentes à Lyon, dans les établissements les plus "centraux" de l'agglomération, et en particulier le week-end (période au cours de laquelle la MMG réalise l'essentiel de son activité), semble plaider pour un impact de la MMG ;

- **Augmentation du nombre de passages à Ambérieu en Bugey (+5 passages par nuit à l'UPATOU) et à Saint-Étienne** (volume des passages aux urgences en augmentation de 2% sur un an). En particulier, l'UPATOU de la clinique située dans la zone d'attraction de la MMG de la Plaine de l'Ain enregistre à la fois une augmentation du nombre de patients venant d'eux-mêmes, une augmentation des consultations de nature médicale et une baisse de la part des patients régulés par le Centre 15. Les deux premiers phénomènes pourraient notamment s'expliquer (et avaient d'ailleurs été anticipés) par le transfert sur l'UPATOU de l'ancienne activité libérale réalisée après minuit. Les consultations de médecine générale représenteraient ainsi environ 30 % de l'activité de l'UPATOU.

**Au final, l'impact des MMG sur l'activité des services d'urgences hospitaliers reste difficile à estimer, surtout si l'on prend en compte la tendance baissière amorcée aux urgences il y a deux à trois ans. Seules des investigations plus poussées, auprès des services d'urgences générales et pédiatriques, permettraient de vérifier l'existence d'un lien de corrélation entre fréquentation des MMG et des urgences hospitalières publiques et privées.**

### 3.5.2 Impact sur les visites à domicile

**Les secteurs de la MMG de la Plaine de l'Ain, de Villefranche et de Lyon (en particulier le week-end) connaissent une baisse sensible du nombre de visites à domicile.** Seule la MMG de Vénissieux enregistre pour sa part une augmentation du nombre de visites effectuées entre 2002 et 2003.

En ce qui concerne les mouvements de baisse observés, il convient également de rappeler que l'Accord de Bon Usage des Soins (AcBUS) sur les actes hors cabinet, consécutif à l'accord conclu le 5 juin 2002 entre les trois Caisses nationales d'assurance maladie et les principaux syndicats représentatifs de médecins généralistes, s'est traduit par une tendance globale à la baisse du recours aux visites à domicile : le rapport  $V/(C+V)$ , c'est-à-dire la part des visites dans le total des actes consultations + visites, s'établit à environ 8% en Rhône-Alpes, contre 14 % avant la mise en œuvre de l'AcBUS.

Cependant, les chiffres observés à Lyon, sur la base de requêtes effectuées par la CPAM semblent indiquer que **l'ouverture de MMG, notamment en zone urbaine, contribue à accentuer la tendance de fonds à la baisse** : ainsi, la réduction du nombre des visites de week-end à Lyon\*, serait 4 fois plus importante que dans les autres secteurs de la circonscription.

Une autre requête statistique effectuée par la CPAM de Villefranche/Saône souligne l'importance d'une vision globale de l'impact de l'activité des MMG : ainsi, entre novembre 2003 (ouverture de la MMG) et juin 2004, la part des visites dans le total des recours au médecin en urgence (consultations + visites) a chuté de 50 à 15%.

Cependant dans le même temps, le total mensuel des actes (C+V) est passé de 114 (moyenne observée entre janvier et octobre 2003) à 254 (de novembre à juin 2004). **Une investigation plus complète devra être menée, afin de savoir si ce surcroît d'actes, depuis l'ouverture de la MMG, correspond à une demande supplémentaire, du fait d'une accessibilité aux heures de fermeture des cabinets libéraux, ou à des consultations qui se seraient reportées sur l'activité aux heures d'ouverture de ces cabinets.** Reste que la tarification de ces actes est sensiblement différente suivant la période considérée.

Enfin, s'agissant de l'impact sur l'activité de SOS Médecins, la progression des visites effectuées à Vénissieux, semblable à celle enregistrée dans les autres secteurs de l'agglomération lyonnaise, semble indiquer qu'il n'y a pas eu basculement vers SOS Médecins des visites non réalisées du fait de l'ouverture de la MMG.

\*en particulier dans les secteurs couverts par les deux premières antennes.

---

### 3.5.3 Perception des autres acteurs de la permanence des soins et de l'urgence

Le cahier des charges régional prévoyait que les différents évaluateurs externes rencontrent les responsables des autres acteurs de la permanence des soins et de l'urgence (SAU/UPATOU, SAMU/Centre 15, SOS Médecins, notamment) afin de connaître leur ressenti sur l'impact de l'ouverture de la MMG du point de vue de leur propre activité.

Il ressort des campagnes d'entretiens réalisés que **ces acteurs considèrent la MMG comme un dispositif complémentaire de leur propre offre**. C'est d'ailleurs sur la base de cette complémentarité que des conventions de partenariat ont pu être formalisées, notamment entre MMG et UPATOU à Vénissieux et dans la Plaine de l'Ain. Il est encore trop tôt pour indiquer en quoi cette complémentarité "ressentie" se fonde sur une juste appréciation de l'impact de la MMG sur les autres modes de recours aux soins non programmés.

**Au final, la prise en compte de l'ensemble des informations quantitatives et qualitatives disponibles, concernant l'impact des MMG sur leur environnement, ne permet pas à ce stade de déterminer si cette nouvelle organisation de la garde offre une meilleure réponse à des besoins de soins non programmés, ou suscite de nouvelles demandes de soins du fait d'une disponibilité accrue de l'offre. Il conviendra de compléter les premières tendances observées d'investigations statistiques plus poussées, prenant compte l'ensemble de l'activité médicale (consultations + visites), et non limitées aux heures de la permanence des soins libérale, afin d'apprécier l'éventuel report de la demande de soins sur l'activité de jour de semaine.**

## 3.6 SATISFACTION DES USAGERS ET ACTEURS

### 3.6.1 Satisfaction des patients

Si les indicateurs de mesure sont différents, **les patients ayant eu recours aux services des 5 MMG financées sur le FAQSV sont globalement très satisfaits de la qualité du service rendu :**

- *A Vénissieux : sur une échelle de 0 à 10, près de 90% des patients estiment que la qualité du service rendu par la MMGV se situe entre 8 et 10 ;*
- *Dans la Plaine de l'Ain : la note de satisfaction sur la qualité du service rendu est de 16,94/20. Par ailleurs, 98 % des usagers de la MMG la conseilleraient à un proche ;*
- *A Lyon : la qualité de la prise en charge et l'accueil sont jugés très bons par respectivement 85 et 93 % des patients ;*
- *A Saint-Etienne : 89% des patients estiment qu'ils ont été bien soignés et 89% des patients conseilleraient à un proche de venir se faire soigner à la MMG.*

Les points positifs particulièrement mis en avant par les patients concernent l'accueil, la disponibilité, la proximité. Ainsi, **l'obligation qui leur est faite de se déplacer est assez bien acceptée par les patients**. Le délai d'attente avant consultation, estimé à un quart d'heure par une majorité des personnes interrogées\*, est perçu comme rapide, surtout par rapport aux services d'urgences hospitaliers surchargés.

### 3.6.2 Satisfaction des professionnels de santé

Les taux de satisfaction des médecins participant sont également très élevés, compris entre 80% (Lyon) et près de 100% (Vénissieux, Plaine de l'Ain) selon les MMG.

**Les opinions sont notamment très positives concernant la comparaison entre ancien et nouveau système de garde :** les médecins estiment que la garde en maison médicale est moins contraignante (76% à Vénissieux), moins fatigante (85% à Vénissieux, 72% à Lyon), plus sûre (86% à Lyon) et permet une prise en charge de meilleure qualité (75% à Lyon) que l'ancien mode de garde. Le moindre isolement professionnel est également souvent cité comme l'une des plus-values de la nouvelle organisation.

\*ce délai dépend bien évidemment du créneau hebdomadaire durant lequel l'enquête a été réalisée.

---

**Les jugements sont plus contrastés concernant le mode d'indemnisation** : si les médecins de Vénissieux se déclarent majoritairement satisfaits du mode de rémunération pour les gardes, seuls 1/3 des médecins participant à la MMG Lyonnaise estiment le mode de rémunération au sein de la MMG meilleur que l'ancien, et 2/3 de ceux de Saint-Etienne jugent leur activité à la MMG comme financièrement non-rentable, compte tenu du temps passé, et souhaiteraient un autre mode de rémunération.

Le cas de la MMG de la Plaine de l'Ain fait ici exception puisque les médecins libéraux reversent l'équivalent de 10% de leurs actes au titre de la participation aux frais de structure.

### 3.7 COUT DES MMG

De même que pour la mesure de l'impact de la MMG sur les autres modes de recours aux soins, une analyse économique détaillée nécessite un recul plus important que celui autorisé dans le cadre de cette évaluation intermédiaire. A ce stade, on s'en tiendra donc à de premiers enseignements.

**Quatre types de coûts peuvent être distingués**, en dehors du coût des actes inscrits à la Nomenclature et payés sur le compte "Risque" de l'Assurance Maladie :

- **Les dépenses d'investissement et d'équipement de la MMG**, qu'il s'agisse des travaux de rénovation du local, du matériel médical, du mobilier non médical (mobilier de la salle d'attente et de l'accueil/secrétariat), des frais de signalétique et de sécurisation des locaux, du matériel informatique (dont les licences des logiciels) et téléphonique ;
- **Les dépenses liées au fonctionnement de la structure MMG** : coût du personnel d'accueil / secrétariat (formation comprise), frais du local (loyers et charges, abonnement et consommation d'électricité et de téléphone, assurance), coût des prestations externes (entretien / nettoyage des locaux, maintenance du système d'information, expertise comptable voire commissariat aux comptes), frais divers (consommables médicaux et informatiques, fournitures de bureau, frais d'affranchissement et de reprographie...), coût des actions de communication sur la MMG (affiches et plaquettes destinées à l'information du public et des professionnels de santé, coûts d'inauguration) ;
- **L'indemnisation des professionnels de santé** au titre de leur participation au fonctionnement, à la gestion, aux instances (CA, Bureau) de l'association promotrice, et de leur disponibilité au sein de la MMG (indemnité dite de "permanence des soins") ;
- **Les frais d'évaluation** (participation des médecins libéraux au suivi interne de l'activité, recours à un prestataire pour l'évaluation externe).

Lorsque cela a été possible, pour les MMG les plus anciennes (Vénissieux, Plaine de l'Ain), l'analyse a pu s'appuyer sur les documents comptables adressés par les promoteurs dans le cadre du suivi financier de leur action, et a ainsi pu intégrer des dépenses réelles.

Pour les autres MMG, l'analyse s'appuie sur les budgets prévisionnels, affinés à partir des premiers éléments d'activité.

*N.B. 1 : L'analyse des coûts ne se limite pas aux seules dépenses financées sur le FAQSV. L'ensemble des coûts ont été pris en compte, quelle que soit la source de financement considérée (Municipalités, Dotation globale hospitalière, URML, auto-financement par les médecins libéraux).*

*N.B. 2 : Pour la MMG Lyonnaise, répartie sur 4 antennes, un coût moyen théorique à été estimé pour 1 antenne : coûts propres à l'antenne + quote-part des moyens mutualisés, hors coûts liés au médecin dit " volant " (qui assure les visites au domicile) et au volet "régulation" du projet (qui constitue une action à part entière).*

---

### 3.7.1 Dépenses d'investissement et d'équipement

Le coût des dépenses d'équipement varie de 15 K€ (Saint-Etienne) à 84,5 K€, avec un coût moyen à 59,7 K€. Si l'on retire la MMG de Saint-Etienne, qui n'a pas nécessité de travaux de rénovation du fait de son implantation spécifique, le coût moyen des investissements s'établit à 70,9 K€ sur les 4 MMG restantes.

L'équipement médical et non médical des MMG étant relativement standardisé, les écarts de coûts observés, très importants sur ce poste de dépense, sont directement liés à l'ampleur des travaux de rénovation à effectuer, le cas échéant, pour le local qui doit accueillir la MMG. Ainsi, **le choix de la localisation constitue une donnée importante à prendre en compte en vue d'un amortissement des coûts de structure.**

### 3.7.2 Frais de fonctionnement de la structure

Le coût annuel de fonctionnement, hors indemnisation des médecins et hors évaluation, des 5 MMG financées varie entre 86,3 et 133,6 K€, avec un coût moyen de l'ordre de 109 K€.

Les variables pouvant expliquer les différences de coût observées sont principalement :

- *Le type de personnel (administratif ou infirmier) assurant l'accueil et la primo-orientation des patients ;*
- *Le coût des loyers, hautement dépendant de la localisation ;*

En particulier, la plupart des MMG ont recours à un prestataire de service pour les fonctions d'accueil, de secrétariat et de nettoyage des locaux. **Le coût de ces prestations représente en moyenne la moitié des coûts de structure en année 1 (hors indemnisation des libéraux et évaluation), et plus des 2/3 des coûts de structure en année 2.** Le reste des dépenses de fonctionnement recouvre en effet des frais généraux, dont le montant moyen est de l'ordre de 25 K€ sur les 5 structures étudiées. **Le mode de financement de ces prestations représente donc un enjeu majeur dans l'optique de la pérennisation du fonctionnement et de l'extension des MMG.**

### 3.7.3 Indemnisation des médecins libéraux

Le montant de cette ligne budgétaire varie entre 9,8 et 22,3 K€ selon les MMG. Les différences observées relèvent :

- *du champ et des modalités d'indemnisation des médecins (limitées ou non au paiement à l'acte des consultations) ;*
- *du niveau d'implication des médecins libéraux dans le fonctionnement de la MMG et de ses instances de gestion.*

### 3.7.4 Frais d'évaluation

Les frais annuels d'évaluation interne et externe des 5 MMG financées sont compris entre 8,12 et 18 K€, avec un coût moyen de l'ordre de 13 K€. Outre l'hétérogénéité des devis des évaluateurs externes, ces différences s'expliquent également par le niveau d'implication différenciée des médecins libéraux dans le suivi et l'évaluation interne de la MMG.

### 3.7.5 Coût total de structure

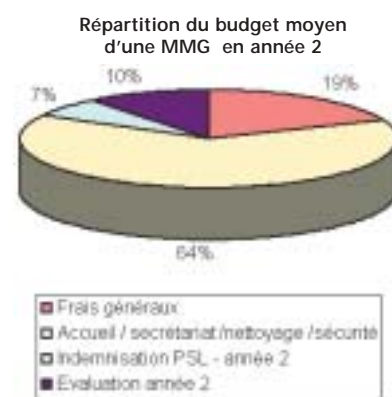
Le coût total de structure est ici défini comme la somme des dépenses d'investissement, d'équipement et de fonctionnement, indemnisation des libéraux et évaluation comprises.

Pour la 1ère année d'activité, qui comprend les investissements réalisés, le coût total de structure varie de 168 à 224 K€, avec un coût moyen à 195,3 K€ par MMG. A partir de la 2ème année d'activité, les coûts de structure s'échelonnent entre 104 et 157 K€, avec une moyenne de 131 K€ par MMG.

La prise en compte de l'ensemble de ces données permet de confronter la répartition des différents postes de coûts entre la 1ère et la 2ème année d'activité (cf. graphiques ci-après).



*Ces graphiques permettent notamment d'illustrer le poids important des coûts d'accueil/ secrétariat dans le budget total de structure des MMG, surtout à partir de la 2<sup>ème</sup> année (hors dépenses d'investissement et d'équipement).*

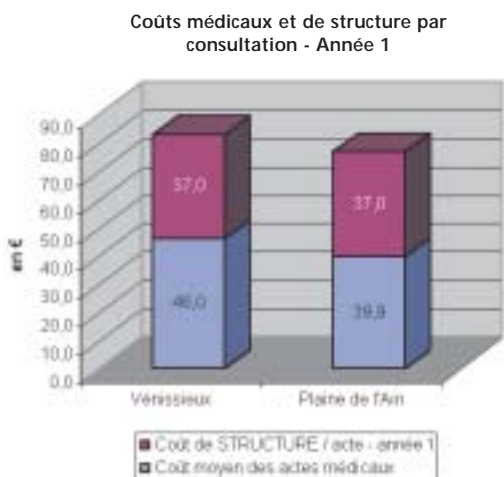


Rapportés au nombre d'actes réalisés (et non pas au nombre de patients accueillis), les coûts de structure représentent la 1ère année entre 37 et 41,6€ par consultation, soit une amplitude très faible, avec un coût moyen à 39,1€. A partir de la 2ème année, le coût de la structure par consultation réalisée varie presque du simple au double, de 19 à 36€, avec un coût moyen à 26€. Dans la mesure où le volume d'activité des MMG n'est pas aussi hétérogène, ces chiffres montrent l'impact des choix d'organisation sur l'efficacité de la structure.

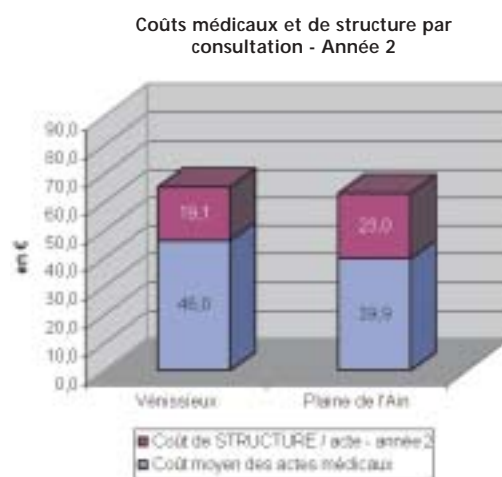
### 3.7.6 Coût global, actes médicaux compris

Pour deux des cinq MMG, les évaluateurs externes ont également fourni une estimation du coût des honoraires des médecins, afin de calculer un coût global structure + actes médicaux.

Il convient de souligner que le coût moyen des consultations réalisées au sein de la MMG dépend des horaires d'ouverture et de la tarification correspondante. Les résultats sont les suivants : en année 1 (équipement compris), les coûts globaux par consultation peuvent être estimés à 76,9€ dans la Plaine de l'Ain et à 83€ à Vénissieux. Ils se réduisent à respectivement 63 et 65€ en année 2 (cf. représentations graphiques ci-après).



*Au final, les frais de structure représentent 43 à 48% du coût global structure + consultations en année 1, et 31 à 37% du coût total en année 2 (investissements et frais d'équipements déduits).*





## 4 - Conclusions & Perspectives

*Les résultats de l'évaluation intermédiaire des cinq maisons médicales de garde (MMG) financées sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en Rhône-Alpes sont encourageants.*

Les principaux motifs de satisfaction portent sur :

- l'adhésion des médecins généralistes à ce nouveau dispositif ;
- la nature de l'activité réalisée, qui semble bien relever de soins justifiés, non programmés, et d'une prise en charge en ville ;
- la satisfaction des médecins (en termes de meilleures conditions d'exercice) et des usagers (en terme de qualité du service rendu).

D'autres éléments tels que la formation, la protocolisation, le retour d'information vers le médecin traitant pourront connaître des améliorations dès lors que l'ensemble des structures auront atteint une activité suffisante et stable, et que les promoteurs pourront davantage impulser ce type d'actions qualitatives.

Le Bureau du FAQSV Rhône-Alpes a pris acte, le 13 octobre 2004, de ces résultats et a décidé de prolonger d'une année supplémentaire le financement des cinq MMG actuelles, sans en étendre le nombre, avec une nouvelle évaluation prévue fin 2005.

En effet, un certain nombre de points nécessitent des investigations complémentaires.

La principale interrogation porte sur la fréquentation. Pour certaines MMG, l'ouverture les soirs de semaine se justifie aujourd'hui plus au regard de la mission d'intérêt général, en matière de permanence des soins en ville, que du volume de consultations qui y est réalisé. La question de la fréquentation est d'autant plus essentielle que, compte-tenu du mode actuel de rémunération de la garde, elle influe directement sur le taux d'adhésion des médecins libéraux.

Or le faible volume d'activité actuellement constaté les soirs de semaine se révèle parfois dissuasif, et fragilise le renseignement du tableau de garde.

Le manque d'activité peut également avoir un impact négatif sur la nature même de cette activité : il est plus difficile de refuser la prise en charge, fût-elle médicalement peu justifiée, du seul patient qui se présente depuis une voire plusieurs heures d'astreinte...

La réflexion sur le volume d'activité, en particulier les soirs de semaine, doit également prendre en compte l'existence d'autres facteurs susceptibles de limiter les flux de consultations en amont :

- d'une part, l'extension de la régulation préalable, qui conduira certes à réorienter sur la MMG des patients qui se seraient présentés aux urgences hospitalières, mais également à convertir des consultations en conseil médical téléphonique ;
- d'autre part, le passage à la tarification à l'activité (T2A) dans les services d'Urgences risque de peser sur la pratique de réorientation de patients vers la MMG.

---

Des efforts en terme d'information, de sensibilisation et de communication restent à fournir pour mieux faire connaître la MMG auprès des assurés et soutenir leur montée en charge.

Cette communication doit cependant être maîtrisée et conçue dans une optique de bon usage du recours aux soins non programmés, afin que les MMG ne suscitent pas une demande nouvelle, du seul fait d'une disponibilité et d'une accessibilité accrue de l'offre.

Une deuxième interrogation concerne la part des accès spontanés dans le nombre total des consultations, part qui demeure trop importante au regard du souhait affiché d'une régulation préalable systématique des demandes de soins non programmés.

Accès spontané ne signifie pas forcément accès non régulé, mais il reviendra aux promoteurs des MMG de distinguer le nombre de patients accueillis du nombre de patients effectivement pris en charge. Un comptage réalisé pendant quatre semaines à la MMG de Vénissieux a ainsi pu montrer que la quasi-totalité des personnes (97%) qui se rendent à la MMG bénéficient d'une consultation.

Une troisième interrogation tient à l'impact, à ce jour difficilement chiffrable, de la MMG sur son environnement et sur les autres modes de recours aux soins. Si l'arrivée de cette nouvelle offre semble globalement avoir été bien acceptée par les acteurs en place (cf. § 3.5.3), les effets de la MMG, en terme de modification des flux de recours aux soins non programmés, restent à objectiver.

Enfin, et même si les estimations actuelles manquent de solidité et de recul (tout comme pour la mesure d'impact sur les flux), les indications disponibles montrent que les coûts de structure des MMG représentent une part non négligeable du coût global de la prise en charge, et que la réduction de cette part supposerait de franchir un pallier d'activité.

