



HAL
open science

Réorganisation de la permanence des soins libérale sur le macro-secteur Annecy-Frangy autour d'une maison médicale de garde double-site : opinion des médecins généralistes concernés

Clément Duguet

► To cite this version:

Clément Duguet. Réorganisation de la permanence des soins libérale sur le macro-secteur Annecy-Frangy autour d'une maison médicale de garde double-site : opinion des médecins généralistes concernés. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00623224

HAL Id: dumas-00623224

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623224v1>

Submitted on 13 Sep 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2010

N°

Réorganisation de la permanence des soins libérale sur le macro-secteur Annecy –
Frangy autour d'une maison médicale de garde double-site: opinion des médecins
généralistes concernés.

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

DUGUET CLEMENT

Né le 14/12/1981 à Clamart

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*
LE 21 OCTOBRE 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Mme. le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres : M. le Professeur Christophe PISON

M. le Professeur Patrice FRANCOIS

M. le Docteur Michel JAMBON, Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Année : 2010

N°

Réorganisation de la permanence des soins libérale sur le macro-secteur Annecy
– Frangy autour d'une maison médicale de garde double-site: opinion des
médecins généralistes concernés.

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

DUGUET CLEMENT

Né le 14/12/1981 à Clamart

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de GRENOBLE*

Le 21 Octobre 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : Mme. le Professeur Françoise CARPENTIER

Membres : M. le Professeur Christophe PISON

M. le Professeur Patrice FRANCOIS

M. le Docteur Michel JAMBON, Directeur de thèse

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur Françoise Carpentier, merci d'abord pour vos enseignements reçus au cours de ce long cursus. Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ce jury. Je vous prie de croire en l'expression de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Michel Jambon, merci d'avoir eu le courage d'accepter la direction de ce travail.

A Monsieur le Professeur Christophe Pison, pour votre participation à ce jury et vos enseignements lors de mes deux stages en pneumologie, soyez assurés de ma plus haute considération.

A Monsieur le Professeur Patrice François, pour avoir accepté si simplement de juger ce travail, je vous prie d'agréer mes plus sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Patrick Lemette, bravo pour le courage et la ténacité dont vous avez fait preuve tout au long de la réalisation de ce beau projet.

A tous mes amis, de maintenant et de toujours, aux joyeux supporters grenoblois, et plus spécialement à Antoine et Guillaume, pour leur indéfectible amitié.

A ma famille, qui a toujours eu confiance en moi.

A Martin. Et à toi, Sophie, pour ta patience et ta tendresse. Je vous aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMGRA : Association des Médecins de Garde de la Région Annécienne
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
AMU : Aide médicale d'Urgence
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATS : Australasian Triage Scale
CADTH : Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHRA : Centre Hospitalier de la Région Annécienne
CIS : Centre d'Incendie et de Secours
CISMeF : Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS : Comité de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP : Code de la Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
ENC : Epreuves Nationales Classantes
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HPST (Loi) : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité [Belgique]
MEP : Mode d'Exercice Particulier
MMG : Maison Médicale de Garde
MRS : Mission Régionale de Santé
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur
PDS : Permanence Des Soins
SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SUDOC : Système Universitaire de Documentation
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	7
1. LA PERMANENCE DES SOINS ET LES MAISONS MEDICALES DE GARDE.....	9
1.1. La permanence des soins.....	9
1.1.1. Définitions.....	9
1.1.2. Un dispositif complexe.....	10
1.1.3. Un dispositif remis en cause.....	11
1.1.3.1. Une offre fragilisée.....	12
1.1.3.2. ...face à une demande toujours croissante.....	13
1.2. Les maisons médicales de garde.....	14
1.2.1. Emergence d'un concept international.....	14
1.2.2. Les maisons médicales de garde en France.....	16
1.2.2.1. Définition.....	16
1.2.2.2. Des structures devant répondre aux nouveaux enjeux de la permanence des soins.....	16
1.2.2.3. Une grande hétérogénéité des maisons médicales de garde.....	17
1.2.2.4. Un cahier des charges récemment formalisé.....	18
1.3. La maison médicale de garde Annecy-Frangy.....	19
1.3.1. Enjeux locaux de la permanence des soins.....	19
1.3.1.1. Caractéristiques géographiques et démographiques.....	19
1.3.1.2. Particularités de la permanence des soins en Haute-Savoie.....	20
1.3.1.3. Val-des-Usses : population croissante et temps médical raréfié.....	21
1.3.1.4. Annecy : une permanence des soins mal utilisée.....	22
1.3.1.5. La Balme de Sillingy : entre urbanité et ruralité.....	22
1.3.2. Originalité d'un projet multi-site.....	23
1.3.2.1. Objectifs théoriques.....	23
1.3.2.2. Réalisation pratique.....	25
1.3.3. Problématique perçue et justification de l'étude.....	25
2. MATERIEL ET METHODES.....	27

2.1. Recherche documentaire.....	27
2.2. Population étudiée.....	27
2.3. Matériel.....	27
2.4. Méthodes.....	28
2.4.1. Objectif principal.....	28
2.4.2. Objectifs secondaires.....	29
2.4.3. Elaboration du questionnaire.....	29
2.4.4. Remarques méthodologiques / stratification.....	30
2.4.5. Rappels sur le test de χ^2	30
3. RESULTATS.....	32
3.1. Taux de réponse et aspects démographiques.....	32
3.1.1. Genre.....	32
3.1.2. Classes d'âge.....	33
3.1.3. Pyramide des âges.....	33
3.1.4. Secteur d'installation / de garde.....	34
3.1.5. Implication actuelle dans la permanence des soins.....	35
3.1.6. Caractéristiques du taux de réponse.....	37
3.2. Opinion vis-à-vis de l'actuel système de permanence des soins.....	38
3.2.1. Evaluation globale.....	38
3.2.2. Evaluation en fonction du secteur d'installation.....	39
3.2.3. Evaluation en fonction de la participation à la permanence des soins.....	40
3.2.4. Evaluation par les médecins de gardes du secteur d'Annecy.....	41
3.2.5. Critères d'évaluation de l'actuel système de garde.....	42
3.2.6. Charge de travail selon le secteur de garde.....	44
3.2.7. Rentabilité perçue des gardes en fonction du secteur.....	44
3.3. Opinion vis-à-vis du projet de maison médicale de garde.....	45
3.3.1. Information des médecins sur le projet.....	45
3.3.2. Bénéfices attendus en terme de nombre de garde et de rentabilité....	47
3.3.3. Bénéfices attendus en terme d'efficience de la permanence des soins.....	47
3.3.4. Problème posé par la distance du lieu de garde.....	49

3.3.5. Avis sur certains aspects pratiques du projet.....	50
3.3.6. Volonté de faire évoluer son mode d'exercice.....	52
3.3.7. A l'avenir, inclusion de nouveaux secteurs.....	53
3.3.8. Analyse de l'interêt global porté au projet.....	55
3.3.9. Analyse finale du degré de motivation.....	57
3.4. Opinion du groupe SOS Médecins.....	60
3.4.1. Généralités.....	60
3.4.2. Attentes exprimées.....	61
3.4.3. Aspects pratiques du projet.....	61
3.4.4. Avis général.....	61
4. DISCUSSION.....	62
4.1. La situation du bassin annécien est représentative du paysage médical national.....	62
4.2. Un état des lieux contrasté de la permanence des soins libérale.....	63
4.3. Un projet globalement intéressant.....	65
4.4. Un élan de motivation limité.....	66
4.5. Critiques générales.....	67
4.5.1. De la conception même du questionnaire.....	67
4.5.2. Sélection de la population étudiée.....	68
4.5.3. Caractéristiques élémentaires de la population étudiée.....	69
4.6. Propositions.....	69
4.6.1. Communication.....	69
4.6.2. Information.....	70
4.6.3. Optimisation du dispositif.....	70
CONCLUSION.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	74
ANNEXES.....	78
Annexe 1 : Repères géographiques.....	79
Annexe 2 : Carte des maisons médicales de garde en France au 01/01/2010.....	81
Annexe 3 : Cahier des charges DHOS des maisons médicales de garde.....	83
Annexe 4 : Organisation de la permanence des soins en Haute-Savoie.....	89
Annexe 5 : Questionnaire d'enquête.....	93

INTRODUCTION

La nécessité d'une assistance médicale permanente à la population impose aux États et aux soignants de l'ensemble des pays développés la responsabilité de son organisation théorique et pratique. La fin du vingtième siècle est marquée en Europe par une augmentation problématique de la demande de soins à toute heure. Parallèlement, la diminution du temps médical disponible et la réalisation d'économies de santé aboutissent à une diminution relative de l'offre. Comment dès lors satisfaire une demande croissante en garantissant égalité, qualité et moindre coût? De cette équation difficile imposant une nouvelle distribution des ressources sont nées les maisons médicales de garde (MMG). En centralisant moyens humains, matériels et financiers, elles dessinent la future permanence des soins (PDS).

Depuis 2002 on observe également en France l'implantation de ces MMG, au sein d'une dynamique plus globale de restructuration de la PDS libérale. Elles sont présentées par le législateur comme l'une des meilleures solutions aux nouveaux enjeux de la garde libérale, en terme d'optimisation de la démographie médicale et des dépenses de santé ou d'amélioration de la qualité de vie des praticiens.

En Haute-Savoie, début 2010 et alors qu'on ne compte officiellement que 2 MMG en activité (Thônon et Sallanches), un nouveau projet est en passe d'aboutir. Ainsi doit-être créée une MMG originale, devant desservir un vaste secteur sanitaire, incluant zones rurales et urbaines. En redéployant sur deux sites les médecins généralistes disponibles, ce projet espère résoudre les difficultés d'accès aux soins dans les cantons sous-médicalisés de Frangy et de Seyssel, et désengorger le service des urgences de l'hôpital d'Annecy.

Quelques semaines avant l'ouverture de cette structure, l'adhésion au projet des praticiens concernés n'est pourtant pas acquise: pour y remédier, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) ont imposé à tous une participation obligatoire au tour de garde.

Fort de notre connaissance du projet, il nous a pourtant semblé qu'une innovation aussi séduisante pouvait rassembler, au nom du devoir de continuité des soins et de l'entraide confraternelle, un nombre suffisant de médecins volontaires pour se dispenser de coercition. Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons mené l'enquête.

1. LA PERMANENCE DES SOINS ET LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

1.1. LA PERMANENCE DES SOINS

1.1.1. Définitions

La définition la plus communément retenue de la permanence des soins (PDS) est issue du rapport du groupe de travail du sénateur Charles Descours¹, en 2003, créé à la suite du vaste mouvement de grève des gardes par les généralistes des mois précédents. Elle se définit comme « l'organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence du médecin traitant »¹. Ainsi se dessine-t-elle comme la réalisation pratique de l'obligation déontologique faite aux médecins d'assurer la continuité des soins², et plus globalement comme un des supports du droit constitutionnel à la protection de la santé de l'ensemble des citoyens³. Sur le plan juridique, c'est la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 qui en a créé le cadre législatif, en intégrant au sein du Code de la Santé Publique (CSP) un chapitre spécifique intitulé « permanence des soins »⁴.

Notre système de santé étant ainsi organisé qu'il permet une graduation de la prise en charge des demandes des soins non programmés, la PDS doit donc être différenciée de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU) et des urgences hospitalières. Définie en 1986⁵, l'AMU est bien distinguée de la PDS : relèvent de l'AMU les « besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital ou fonctionnel, qui exigent quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences »; à l'inverse relève cette fois de la PDS le « besoin de consultation exprimé en urgence » et « requérant dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin »⁶. Le fonctionnement de l'AMU repose essentiellement sur les SAMU et SMUR, respectivement créés en 1986 et 1965.

L'articulation complexe des différents acteurs (PDS, AMU et Urgences hospitalières) se fait en particulier au travers des Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) sur lesquels nous allons revenir.

1.1.2. Un dispositif complexe

Jusqu'en 2002, dépourvue de cadre juridique, la PDS de ville, dite « libérale », est organisée de façon spontanée et consensuelle par les médecins libéraux, en application d'une obligation déontologique stipulée à l'ancien article 77 du Code de déontologie médicale. Elle constitue alors pour nombre de praticiens une surcharge de travail importante et sans contrepartie financière. Ce malaise, exprimé lors des mouvements de grève des gardes de 2001-2002, pousse les pouvoirs publics à la réflexion¹ et à introduire le principe d'une participation volontaire des praticiens, en modifiant le Code de Déontologie médicale⁷ et par l'article R.6315-4 du Code de la Santé Publique⁸.

Reconnue dès lors « mission d'intérêt général », la PDS de ville est assurée par des médecins libéraux ou des centre de santé de garde ou d'astreinte, des médecins appartenant à des association de permanence des soins, et des médecins non conventionnés. Elle est mise en œuvre de 20H à 8H les jours ouvrés, les dimanches et jours fériés et, « 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 : le samedi à partir de midi; le lundi lorsqu'il précède un jour férié; le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié »⁹. La régulation préalable des appels par le SAMU (ou un centre d'appel annexe inter-connecté) devient la « pierre angulaire » du système, en permettant de diminuer la charge de travail du médecin de garde et en améliorant l'orientation et la prise en charge des patients.

Ce nouveau dispositif est organisé au niveau du département sous la responsabilité du préfet, en fonction des besoins évalués par le CODAMUPS et après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). Pour cela, « le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante »⁹. Cette organisation départementale peut faire l'objet d'orientations régionales, par le biais des Missions Régionales de Santé

(MRS). Cette multiplicité d'acteurs est regroupée au sein du CODAMUPS qui, dirigé par le préfet, regroupe donc médecins libéraux, transporteurs sanitaires, DDAS, SAMU, collectivités territoriales, CDOM, MRS, Service Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)... et les représentants de l'assurance maladie, la représentation de cette dernière étant fondamentale vu son rôle essentiel en terme de financements.

Depuis 2002, la PDS fait l'objet d'un financement spécifique par l'assurance maladie, négocié avec les praticiens dans le cadre des conventions tarifaires. Ainsi, l'avenant n°4 à la convention des médecins libéraux du 12 janvier 2005¹⁰ précise que la période de PDS est divisée en trois plages horaires, auxquelles correspondent des rémunérations d'astreintes revalorisées : 50 euros de 20H à minuit, 100 euros de minuit à 8H et 150 euros pour les dimanches et jours fériés, de 8H à 20H. Les actes effectués sur demande du médecin régulateur font par ailleurs l'objet de majorations spécifiques.

Le financement de la régulation est initialement confié au Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), fond à caractère expérimental : il est depuis fusionné avec la Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux (DNDR) pour former le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Ce fonds, par l'attribution d'aides aux professionnels de santé, finance des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins en ville. Sa gestion est confiée aux MRS, et il est chargé de contribuer notamment, au financement d'actions ou de structures concourant à l'amélioration de la PDS.

1.1.3. Un dispositif remis en cause

Si l'efficacité de ce nouveau dispositif est indiscutable sur la qualité de vie et les conditions de travail des praticiens, c'est au niveau des coûts et de l'efficacité en termes de soins que se retrouvent d'importantes difficultés.

1.1.3.1. Une offre fragilisée...

Tout d'abord, selon une récente enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)¹¹, on constate une érosion du volontariat des praticiens pour la PDS, conduisant à des incomplétudes dans les tableaux de garde et à de trop nombreuses réquisitions. Il persiste de fortes disparités entre les secteurs urbains à faible participation et les secteurs ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement.

Il faut préciser ensuite que la signature de l'avenant 4 à la convention des médecins libéraux était subordonné à la réalisation d'économies d'échelle, en particulier par la « mutualisation des secteurs après minuit d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale »¹⁰. Le paiement plus récent des astreintes du samedi-après midi est lui-même subordonné à la réduction à 2000 du nombre de secteurs de garde sur l'ensemble du territoire. Quelques soient les rapports consultés¹¹⁻¹⁴ ¹⁵, cette resectorisation n'est que partiellement réalisée : il reste 2412 secteurs de garde début 2010, et seulement 316 mutualisations effectives en nuit profonde¹¹. Ainsi les coûts inhérents à la rémunération forfaitaire des praticiens sont importants, ils sont évalués en 2007 par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à 146 millions d'euros annuels, soit 41% du coût global du dispositif¹⁶.

Enfin, l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son évaluation du nouveau système de PDS de 2006 souligne que la « multiplicité des acteurs de l'organisation de la PDS est source de confusion dans la répartition des rôles. Elle complique inutilement la prise de décision et donne lieu localement à des pratiques divergentes »¹².

En plus de ces contraintes structurelles, les difficultés et dysfonctionnements du nouveau système de PDS sont également liés au problème de la démographie des médecins généralistes libéraux car même si en 2009, on compte 95000 généralistes inscrits au tableau de l'ordre, à peine plus de 40,000 d'entre eux exercent une activité régulière et libérale en médecine générale¹⁷. Par ailleurs en 2009, la diminution du nombre de médecins actifs devient pour la première fois importante (-2%). Résultante d'une politique de diminution du numerus clausus, cette diminution devrait se poursuivre durant les 10 prochaines années et s'évaluer à 10% de baisse d'effectifs¹⁸.

En sus de cet diminution absolue du nombre de praticiens, ce sont surtout les

inégalités de leur répartition sur le territoire qui posent le plus de problèmes : il existe à la fois un gradient Nord-Sud mais aussi des « disparités infra-départementales entre les grandes villes et les cantons ruraux, ces disparités ayant tendance à s'accroître. Par conséquent on voit apparaître depuis quelques temps des difficultés particulières pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales »¹⁹.

En parallèle à ces spécificités démographiques, il existe un nouveau rapport des jeunes générations de médecins au temps de travail et à l'exercice médical : l'idée d'une installation libérale, si elle n'est pas simplement abandonnée au profit d'un exercice salarié, se fait de plus en plus tardivement, le plus souvent en ville et en cabinet de groupe. La féminisation de la profession aggrave encore cette sélection accrue du lieu d'installation¹⁵. Ainsi les départs à la retraite risquant de ne plus être remplacés dans de nombreux territoires ruraux, de sérieux problèmes pour assurer une PDS à la population et plus généralement un accès aux soins sont donc à prévoir.

Cette tendance semble enfin difficile à inverser, en particulier du fait d'une désaffection chronique des étudiants en médecine envers la médecine générale, malgré sa reconnaissance en tant que spécialité en 2004 et une récente amélioration de la situation²⁰: 612 postes ouverts en médecine générale aux Épreuves Nationales Classantes (ENC) en 2009 n'ont pas été pourvus, soit 20% des postes pour cette spécialité. C'est notamment le cas des subdivisions situées autour du bassin parisien ou dans des régions à densité de population faible qui d'une année sur l'autre pourvoient moins régulièrement l'ensemble des postes ouverts, à l'opposé des subdivisions du sud, de Lyon, Grenoble, Paris, Lille, Rennes ou La Réunion qui depuis 2005 pourvoient l'ensemble de leur poste en médecine générale.

Ces facteurs démographiques et sociologiques concourent donc à une diminution globale du temps médical disponible devenant problématique dans certaines zones en particulier rurales défavorisées.

1.1.3.2 ... face à une demande toujours croissante.

Dans les années 90, plusieurs publications témoignent d'une augmentation importante de la demande de soins non programmés aux urgences hospitalières. Ainsi, entre 1990 et

1998, le nombre de passage aux urgences est passé de 7 à 10 millions par an, soit une augmentation de 43% en huit ans (+4,6% par an)²¹. Dans le même temps, le nombre d'hospitalisation ne s'est accru que de 1% par an environ, témoignant de l'engorgement des services d'urgence par une demande de soins que les professionnels de santé qualifient d'urgences « ressenties ». Une des rares études multi-centriques réalisée en 1987 sur 18 centres hospitaliers français montre que la moitié des entrées aux urgences ne donnent pas lieu à une hospitalisation, qu'il s'agit de patients « relativement jeunes, arrivant aux urgences par leurs propres moyens, confirmant ainsi que ces services sont utilisés, à bon ou à mauvais escient, par la population comme un service de consultations »²². Les mêmes chiffres se retrouvent dans une étude au sein des urgences d'Annecy en 2000, retrouvant 58% de patients ne nécessitant que des soins courants (CCMU 1 et 2)²³.

De nouvelles solutions originales doivent donc être imaginées pour augmenter la rentabilité d'un temps médical raréfié. Nous allons voir comment les maisons médicales de garde (MMG) peuvent constituer une des réponses à ces nouveaux enjeux.

1.2. LES MAISONS MEDICALES DE GARDE

1.2.1. Emergence d'un concept international

Depuis le début des années 90, face à la surcharge de travail des généralistes et à l'altération de leur qualité de vie, à l'augmentation de la demande de soins non programmés, à la surcharge des services d'urgence et à la nécessité d'une maîtrise des coûts de la permanence des soins, de nombreux pays développés ont réorganisé en profondeur leur système de PDS²⁴⁻
²⁶ .

La PDS au Danemark est semblable à celle de la France au début des années 1990, reposant sur l'organisation spontanée de petits groupes de généralistes assurant à tour de rôle la continuité des soins de ville sur de petits secteurs, en connexion avec les urgences hospitalières. Entre 1992 et 1994, et pour les raisons sus-nommées, l'ensemble du territoire

danois va être progressivement couvert par un système basé sur l'implantation de structures de soins primaires assurant la régulation, les consultations et les visites aux heures de PDS²⁷. L'évaluation de cette réorganisation cinq années plus tard conclura à la diminution de la charge de travail des praticiens, à une économie d'échelle significative pour les financeurs en contre-partie d'une très légère diminution du niveau de satisfaction global de la population²⁸.

Des mutations de même nature apparaissent simultanément en Grande-Bretagne. Outre-manche, si plusieurs travaux confirment bien une amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des praticiens²⁹⁻³¹, d'autres rappellent le rôle fondamental de la régulation et du conseil téléphonique, qui bien que permettant une large diminution du nombre de visites à effectuer, diminue également le niveau de satisfaction des usagers de ces structures de PDS^{32,33}.

Entre 2000 et 2003, les Pays-Bas vont également restructurer l'intégralité de leur PDS autour de ces structures fixes associant régulation par infirmière, conseil téléphonique, consultations par un généraliste et visites si nécessaire par un duo médecin-chauffeur³⁴. Là encore, si l'amélioration est notable du point de vue des praticiens³⁵, on observe une baisse du niveau de satisfaction pour les patients souhaitant une visite à domicile³⁶. L'effet sur la fréquentation des urgences semble significatif dans plusieurs études, permettant un basculement de 50 % de l'activité des urgences vers les soins primaires dans une étude de 2005 à Maastricht³⁷, de 8,9% dans une autre province en 2004³⁸. A distance, les patients continuant à se rendre aux urgences semblent le faire pour des raisons médicalement justifiées (traumatologie en particulier)³⁹.

En Australie une étude récente rapporte une diminution de 8,2% durable dans le temps de la fréquentation d'un service d'urgence par les patients classés ATS 4 et 5 (équivalent CCMU 1 et 2) suite à l'installation d'une structure de soins primaires proche des urgences hospitalières aux horaires de PDS.

Ces vingt dernière années ont donc vu se développer en Europe des structures de soins primaires ouvertes aux horaires de PDS, situées à distance ou aux portes des services d'urgence hospitaliers, organisées par des généralistes réunis en grands secteurs, permettant d'assurer des fonctions de régulation et de tri des demandes de soins, des consultations et des visites. Elles ont permis une amélioration de la qualité de vie des praticiens, une diminution de la demande de soins aux urgences hospitalières, entraînant secondairement une diminution

des coûts de fonctionnement tout en maintenant un niveau de satisfaction relativement acceptable de la population. Qu'en est-il en France?

1.2.2. Les maisons médicales de garde en France

1.2.2.1. Définition

Dans son rapport au ministre de la santé de juillet 2006, le Dr. JY Grall définit les MMG comme « un lieu fixe clairement identifié de prestations de médecine générale, fonctionnant aux heures de la permanence des soins comme un cabinet libéral »¹⁴. A cette définition doit être ajoutée la notion fondamentale de la régulation préalable des demandes de soins.

1.2.2.2 Des structures devant répondre aux nouveaux enjeux de la permanence des soins

Comme nous l'avons vu ci-dessus, la réforme de la PDS engagée en 2002 a eu essentiellement le mérite de répondre aux doléances des professionnels, en matière de charge de travail et d'indemnisation. Nous avons pu constater également la perfectibilité d'un système dont il faut déjà repenser l'organisation et le fonctionnement afin, comme le dit M. le député P.Boënnec dans son rapport parlementaire d'octobre 2008, de « garantir à tout citoyen un égal accès à une permanence des soins réellement efficace et effective pour un coût restreint »¹⁵.

Pour répondre aux problèmes structurels de l'organisation des soins en général sur le territoire français, la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST)⁴⁰ du 21 juillet 2009 et son décret d'application permettent la création des Agences Régionales de Santé (ARS), au 31 mars 2010⁴¹. Ses agences viendront progressivement se substituer à la multiplicité parfois problématique des acteurs de la PDS: organisations uniques chargées de l'évaluation des besoins, de la mise en place et du financement des actions à mener sur le terrain de la PDS, elles reprendront en particulier à leur compte l'activité des missions régionales de santé. L'actuel Schéma Régional d'Organisation Sanitaire ambulatoire (SROS ambulatoire) sera remplacé par un Projet Régional de Santé, englobant les SROS ambulatoire et hospitalier, le

schéma médico-social et le schéma régional de prévention, permettant ainsi le décloisonnement des ressources.

D'après P. Boënnec, dans ce nouveau schéma d'organisation sanitaire, les MMG sont « des points d'appui de la PDS qui ont vocation à se répartir harmonieusement sur le territoire, de façon à être accessible dans un délai raisonnable pour toute personne nécessitant une intervention médicale. Ce sont aussi des éléments de planification et de structuration du tissu sanitaire ». Elles « permettent une identification immédiate et surtout constante dans le temps des lieux de permanence des soins ». Ainsi, tout comme les centres hospitaliers, les MMG sont-elles identifiées comme les futurs nœuds du réseau de la PDS. Parce que l'exercice pratique de la PDS ne demande à la MMG qu'un minimum de moyens mobiliers et immobiliers et puisqu'il sera possible pour les ARS de les implanter facilement dans des structures médico-sociales pré-existantes, leur « coût présente l'avantage d'une mesure certaine ».

Ainsi les « les maisons médicales de garde ont vocation à devenir le principal lieu de mise en œuvre de la permanence des soins ».

1.2.2.3 Une grande hétérogénéité des MMG

Au 1er janvier 2008 on compte 238 MMG réparties sur le territoire. 62% d'entre elles sont adossées à une structure médicale ou hospitalière pré-existante, 26% sont isolées en ville et 12% isolées en milieu rural¹⁵. Elles étaient 198 au 1er juillet 2006¹⁴, 46 en 2003. La création des MRS et de son pendant financier, le FICQS, a pu permettre la conduite de plusieurs projets et, aussi important, la pérennisation de la grande majorité des structures déjà créées.

Leur répartition est très inégale sur le territoire français : ainsi les MMG sont-elles bien implantées dans certaines régions comme PACA, Centre, Poitou Charentes, Bretagne, Pays de Loire ou Haute Normandie. A l'inverse, un système plus traditionnel de PDS perdure à l'est et au sud-ouest¹¹ (voir Annexe 2).

Une variabilité est également à noter en terme d'horaires d'ouverture, car si la majorité de ces MMG sont ouvertes en semaine de 20h à minuit et le dimanche de 8h à minuit, certaines ont choisi d'ouvrir dès 18h, beaucoup intègre le samedi après-midi dès midi. En cas d'offre hospitalière concomitante et du fait d'une faible activité les soirs de semaines, une

grand nombre de MMG ont décidé de n'ouvrir que les samedis et dimanches.

La participation des généralistes connaît aussi des différences majeures : entre 5 et 15% de participation dans les MMG des grandes agglomérations, contre 80 à 100% dans les régions rurales. A titre d'exemple, en Bretagne, en 2009, 50% des médecins participent à la PDS le week-end, 60% en première partie de nuit, 20% en seconde partie de nuit⁴².

En terme de financement et de coût enfin il existe des disparités : en 2006, 30% des MMG ne sont pas financées par le FICQS mais par des établissements de santé, par les ARH et les collectivités territoriales, parfois par les praticiens eux-même. Les coûts s'échelonnent de 15.000 euros dans les Pays de Loire pour des structures sans personnel d'accueil et hébergées au sein d'établissements de santé, à plus de 100.000 euros par MMG en Rhône-Alpes et PACA. Le financement protéiforme de certaines MMG (locaux et entretien financés par l'hôpital local, matériel par les praticiens, personnel d'accueil par l'ARH etc...) est de nature à fragiliser la pérennité de ces dispositifs.

On constate donc qu'il n'existe pas de réel modèle type de MMG, pas de cahier des charges, et qu'en l'absence de réglementation les financements sont parfois anarchiques, fragilisant ainsi ces structures.

1.2.2.4 Un cahier des charges récemment formalisé

Suite au rapport du Dr. Grall en 2006 paraît le 23 mars 2007 une circulaire DHOS visant à inscrire les « maisons médicales de garde dans un cadre cohérent, simplifié, lisible et pérenne ». Elle apporte des recommandations pour l'identification des besoins de MMG, leur fonctionnement et leurs modalités de financements, sur la base d'un cahier des charges. Ainsi, « le financement des maison médicales relève de la compétence des MRS, en lien avec l'organisation de la permanence des soins et les réseaux des urgences, et est pérennisé pour une durée de cinq ans »⁴³.

Il est ainsi laissé aux MRS plusieurs missions:

- passage à une convention de financement pluri-annuelle avec le nouveau FIQCS pour les MMG déjà existantes et jusqu'alors financées pour un an par les crédits FAQSV. Ainsi doit-on s'assurer de la pérennisation des structures déjà existantes.

- identification de nouveaux besoins en MMG : après consultation du CDOM, la MRS transmet au préfet et au CODAMUPS ses propositions d'implantation.

- veille et aide des projets de création de MMG en matière de localisation, de financement et de coûts.

- Information des professionnels et de la population concernée.

Concernant les financements, l'enveloppe budgétaire annuelle reconductible par période quinquennale est prélevé sur le FIQCS. Le financement de la MMG est global, versé au promoteur, ou pour partie sous forme d'un loyer à l'établissement hébergeur.

On trouvera en annexe (Annexe 3) le cahier des charges formalisé par cette circulaire et que nous allons utiliser pour expliquer le projet de MMG Annecy-Frangy.

1.3. LA MAISON MEDICALE DE GARDE ANNECY-FRANGY

1.3.1. Enjeux locaux de la permanence des soins

1.3.1.1 Caractéristiques géographiques et démographiques

La Haute-Savoie compte lors du recensement de 2006 une population de 696 000 habitants répartis en 4 arrondissements, 34 cantons et 294 communes⁴⁴. Sa superficie est de 4388 km² pour une densité de 159h/km² (soit au 2ème rang de la région). Par rapport au recensement de 1999, l'accroissement de la population est de 10% (1,4% par an) ce qui le place au huitième rang des départements français et au premier en Rhône Alpes en terme de croissance démographique. Ce phénomène n'est pas récent, la population ayant doublée depuis 1962 (+50% pour la région).

De 1999 à 2006, la hausse concerne la quasi totalité du territoire départemental, en étant toutefois plus marquée dans les cantons proches de Genève, au bord du Léman, ainsi qu'autour d'Annecy et de Bonneville. La hausse de la population confirme l'étalement péri-urbain : 93% de la population vit dans des espaces à dominance urbaines et ce sont les communes péri-urbaines qui connaissent le plus fort taux d'accroissement (+2,3% par an), en accélération par rapport à 2009.

La forte croissance démographique de la Haute-Savoie s'explique par un afflux

important de nouveaux habitants, combiné à un nombre plus élevé de naissances que de décès. En effet, le solde migratoire apparent est élevé (+ 0,8 % par an) et l'excédent naturel est important (+0,6 %). Une des explications est fournie par les nombreux actifs travaillant à Genève et résidant en Haute-Savoie.

En 2009, on compte 2 143 médecins dont 1 146 généralistes en activité totale inscrits au tableau de l'Ordre du département⁴⁵. Seulement 1 012 généralistes sont en activité régulière. La densité de généralistes est de 95,7 (département à faible densité - moyenne nationale 105) pour 100 000 habitants, la moyenne d'âge est de 51 ans, 40% de ces praticiens ont 55 ans ou plus et 31% sont des femmes. Le nombre absolu de généralistes en activité régulière sur le département est en baisse, comme partout en France.

La répartition des généralistes sur le territoire départemental est inégale : sur les 34 cantons, 13 ont une densité de praticiens supérieure à 10 pour 10 000 habitants (19,8 pour le canton d'Annecy et 3 (Frangy, Seyssel, Cruseilles) sont en dessous de 5 pour 10,000⁴⁶.

1.3.1.2. Particularités de la permanence des soins en Haute-Savoie

En 2004, le CODAMUPS a entériné de nouvelles orientations en terme de permanence des soins dans notre département : astreinte tous les soirs de 20 à 22 heures dans tous les secteurs, dimanches et jours fériés de 8 à 20 heures — régulation par un praticien libéral au centre 15 la nuit de 20 à 8 heures, dimanches et jours fériés de 8 à 20 heures .

L'objectif fixé pour la Haute-Savoie par l'instruction ministérielle du 8 février 2008 relative à la diminution à 2 000 du nombre de secteurs en France est de 23 secteurs. On compte actuellement, 29 secteurs géographiques garnis de généralistes de gardes de façon variable en fonction de l'horaire, du jour de la semaine, et de l'afflux touristique⁴⁷ (voir annexe 4). Ainsi, en basse saison, 25 praticiens sont nécessaires en première partie de nuit mais le même arrêté préfectoral en demandera 38 les dimanches en haute saison. La PDS de seconde partie de nuit continue théoriquement à être assurée dans 5 secteurs.

Début 2010, on compte officiellement 2 MMG sur le département de la Haute-Savoie, l'une à Sallanches, ouverte en 2003, l'autre à Thônon, en 2004. Un projet de MMG à Chamonix est en cours. A titre comparatif, en 2008, on en compte déjà huit en activité dans

les Côtes d'Armor⁴². L'évaluation de ces structures a déjà montré leur efficacité en terme de satisfaction des généralistes par ailleurs massivement volontaires, des efforts de lisibilité du dispositif pour les patients restant à faire pour améliorer le dés-engorgement débutant des urgences hospitalières^{48, 49}.

1.3.1.3. Val-des-Usses : population croissante et temps médical raréfié

Le secteur du Val-des-Usses est composé de 22 communes regroupées en 2 cantons que sont le canton de Seyssel (103,2km²) et celui de Frangy (107,2 km²). Le relief y est très vallonné, découpé par la rivière Les Usses et par de nombreux torrents. Situé au nord-ouest d'Annecy, la distance par la route pour y parvenir est de 26km (Annexe 1).

La population générale au 1er janvier 2010 est approximativement de 6 000 habitants sur le canton de Seyssel (densité de population $d = 58,3 \text{ h/km}^2$) et de 8.000 sur celui de Frangy ($d = 74,6\text{h/km}^2$). Ces deux cantons connaissent une forte augmentation annuelle de population depuis 10 ans, d'une part grâce à un solde naturel positif commun à l'ensemble du département (+ 0,5%/an en moyenne⁵⁰) mais surtout par un solde migratoire rendu important par l'attractivité du proche Genevois (+ 2%/an en moyenne sur les 10 dernières années). Il s'agit donc d'une population en pleine croissance, travaillant pour la plupart sur Annecy et Genève.

A l'opposé, la population médicale ne fait que décroître depuis 10 ans, en particulier le nombre de médecins disponibles pour la PDS connaît une diminution catastrophique : on comptait 8 médecins généralistes susceptibles de prendre des gardes en 2000, 5 en 2004, 3 actuellement. Ces 3 médecins restants sont des hommes de plus de 55 ans, qui vont donc bientôt se dégager de la permanence des soins. On imagine facilement la charge de travail de semaine comme de week-end imposée à ces quelques effecteurs.

A noter que chacun de ses deux cantons ne dispose que d'une seule pharmacie (une à Seyssel, l'autre à Frangy). L'organisation du SDIS 74 se résume également à un centre d'incendie et de secours (CIS) dans chacune de ces deux villes.

1.3.1.4. Annecy : une permanence des soins libérale mal utilisée

Le secteur de PDS d'Annecy, regroupe 11 communes, essentiellement urbaines, pour une population légale totale au 1er janvier 2010 de 134 011 habitants.

Sur Annecy, les données du CDOM font état au 1er janvier 2010 de 186 médecins généralistes (dont 36% de femmes) installés sur le secteur. La densité de médecins généralistes y est donc théoriquement confortable et d'environ 13,8/10 000h.

Le nombre absolu de médecins susceptible de participer à la PDS (hors MEP, âge et autres exemptions) n'est pas directement connu. Les données fournies par les tableaux de garde de l'association des médecins de gardes de la région annécienne (AMGRA) recense seulement 28 médecins ayant pris au moins une garde sur ce secteur et sur les 12 mois précédents l'étude. Sur les 186 généralistes du secteur on compte également 8 médecins travaillant exclusivement dans le cadre de SOS Médecins.

Nous devons à deux études les remarques suivantes, réalisées pour la première par le Dr. M.Gallois dans son travail de thèse de 2003⁵¹ et pour la seconde à l'équipe des médecins du SAU d'Annecy en 2000²³ :

- les modes de consommation de soins non programmés par la population semblent actuellement s'articuler autour de deux axes : « tout de suite » et/ou « sans me déplacer »;

- 31% du total des patients vus au SAU pourrait être pris en charge par un médecin de garde, pour les deux-tiers sans l'aide d'un plateau technique (radiologie, biologie);

- 53% des patients vus par SOS Médecins font directement appel à ce service de visite à domicile en cas de demande de soins non programmée, 24% essaye d'abord de joindre le médecin de garde;

Ces deux études concluent à la perfectibilité du système en place et à la nécessaire amélioration de la lisibilité du dispositif de permanence des soins pour la population.

1.3.1.5. La Balme de Sillingy : entre urbanité et ruralité

C'est le secteur de transition entre Annecy et Frangy : dans sa partie sud-est, au voisinage d'Annecy, la dominante est à l'urbain, au nord-ouest on retrouve des zones beaucoup plus rurales. Englobant neuf communes, ce secteur recense une population de 19

309 habitants au 1er janvier 2010. Le solde naturel de population sur ces dix dernières années est important, (de l'ordre de 2 % par an), le solde migratoire positif: il s'agit là encore d'une population qui s'accroît.

On compte 12 médecins généralistes en exercice début 2010 (6 dans les deux communes les plus proches d'Annecy, 6 au centre du secteur sur les communes de Sillingy/La Balme). Ces praticiens sont réunies au sein d'une association de médecins de garde (Association des Médecins de Garde de la Mandallaz). Ce secteur est couvert en partie par SOS Médecins, pour environ un tiers de sa population la plus proche d'Annecy. La distance maximale pour rejoindre le cabinet médical de garde peut atteindre 15 km.

L'étude géographique et démographique des ces trois secteurs illustrent donc une problématique nationale : désertification progressive des zones rurales / défavorisées remettant en cause le principe républicain d'égalité dans l'accès aux soins, concentration de l'offre de soin dans les zones urbaines où elle devient suffisamment abondante pour perdre son efficacité, au moins sur la question de la permanence des soins. Nous allons maintenant présenter la solution retenue pour nos trois secteurs.

1.3.2. Originalité d'un projet multi-site

1.3.2.1. Objectifs théoriques

La loi HPST du 21 juillet 2009 a introduit dans l'organisation de l'offre de soins libérale le concept de « contrat santé solidarité », dispositif coercitif placé sous le pilotage de l'ARS et dont l'objectif est d'inciter les praticiens de zones dites « sur-dotées » à participer ponctuellement à une mission médicale ou médico-sociale dans une zones dite « sous-dotée » voisine⁵², des sanctions financières significatives étant prévues pour les médecins refusant de s'y plier.

Mi-2010, du fait de leur complexité, ces mesures ont été mises entre parenthèses : il persiste néanmoins dans l'essence de la loi l'idée de faire participer tous les praticiens au maintien d'une offre de soins de premier recours sur tout le territoire.

Au regard de ces considérations réglementaires, une solution devait être trouvée pour le secteur du Val des Usses, où nous l'avons expliqué le maintien d'une PDS libérale est un

problème pour les instances responsables de son organisation, prises entre une demande de soins croissante, une offre déclinante et une nouvelle pression réglementaire.

Ainsi dans cette partie du département, cette idée d'entraide entre zones favorisées et zones défavorisées a trouvée un cadre de réalisation, par la fusion d'un secteur favorisé, d'un secteur défavorisé et d'un secteur intermédiaire. Pour couvrir ce nouveau macro-secteur, une maison médicale de garde disposant d'un grand réservoir de praticiens se déploierait sur deux sites de consultation : l'un rural basé à Frangy, l'autre devant les urgences du centre hospitalier régional.

En plus de répondre à des exigences réglementaires menaçantes, cette fusion de secteur doit permettre son financement par les fonds FICQS : en effet, ce macro-secteur regroupe alors un bassin de population de près de 167 000 habitants, bassin suffisamment important pour envisager de financer deux sites de consultation, là où financer une MMG pour le seul secteur du Val-des-Usses et ses 14 000 habitants aurait été inacceptable par les financeurs.

De la même façon, en mutualisant le pool de médecins libéraux théoriquement disponibles pour la PDS, (3 pour Frangy, 12 pour Sillingy, un peu moins de 200 sur Annecy), on arrive à un effectif suffisant pour garnir les deux antennes, ainsi que l'exige le cahier des charge ministériel des MMG (20 à 30 praticiens par MMG au minimum). Un projet sur le seul secteur du Val-des-Usses, avec trois seuls effecteurs, n'aurait là encore pas été viable.

Au-delà de ces constatations financières et réglementaires, ce projet espère répondre à des enjeux d'autre nature, tels qu'évoqués plus haut, dont:

- la diminution de la charge de travail (nombre de garde annuel) des quelques médecins persistants des zones rurales, amélioration de leur qualité de vie, plus grande attractivité pour l'installation de nouveaux médecins;
- le dés-engorgement des urgences hospitalières potentiellement obtenu avec l'installation d'une des deux antennes devant le SAU, réalisant éventuellement une diminution des coûts liés à la prise en charge de patients ambulatoires, et améliorant ainsi l'efficacité de la PDS dans ce secteur, en complément des acteurs existants;
- la baisse effective du nombre de secteurs de garde global sur le département, permettant de se rapprocher des objectifs ministériels.

C'est enfin le seul projet de MMG mutualisant secteurs ruraux et urbains porté à notre connaissance, en France, début 2010.

1.3.2.2. Réalisation pratique

La nécessité d'une structure de ce type est évoquée depuis plusieurs années, depuis 2000 et le rapport des médecins urgentistes du SAU d'Annecy²³, plus récemment sur Frangy et Seyssel, dont les maires, alertés par la rapide extinction de la population médicale de leur canton, ont tiré la sonnette d'alarme⁵³.

Sous l'impulsion du Dr. LEMETTRE, médecin généraliste installé sur le secteur de Sillingy / La Balme, le cahier des charges de la future MMG a été déposé à l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) fin 2008 et essuie un premier refus en février 2009. En effet, si le projet est bien justifié et réalisable, c'est la question de la participation des médecins généralistes qui pose problème puisqu'il n'existe alors pas d'engagement ferme de leur part. Courant 2009 est donc envoyé à tous les praticiens une invitation à une réunion d'information qui a eu lieu début novembre 2009 : à la suite de cette réunion qui regroupa une trentaine de praticiens au plus et sous la pression des forces motrices du projet (DDASS, CDOM) le projet est finalement accepté par l'URCAM fin novembre 2009.

La commission FIQSV a débloqué un budget annuel de 147 000 euros pour les deux antennes. Sans entrer dans le détail de ce budget important, il faut souligner le poids que représente les charges salariales du personnel d'accueil (70 000 euros soit environ la moitié de l'enveloppe). La date d'ouverture prévue pour les deux antennes est fixée au 1er mai 2010.

1.3.3. Problématique perçue et justification de l'étude

En notre qualité de remplaçant en médecine générale libérale, les gardes font parties intégrantes de l'activité. De ces bientôt trois ans de remplacement et approximativement une garde de week-end par mois, nous avons pu tirer deux observations :

- sur les secteurs d'Annecy et de Sillingy / La Balme, la PDS libérale semble effectivement mal utilisée, avec des gardes relativement fréquentes, pour un nombre d'actes

objectivement faible : à titre d'exemple, sur le secteur de La Balme, sur 11 gardes réparties de façon égale sur l'année 2009, on calcule une moyenne de 8,7 actes (min 0 / max 16 / médiane 9) par week-end (12h-22h le samedi et 8h - 22 h le dimanche), avec une grande variabilité saisonnière. Cet ordre de grandeur est à comparer au flux important de patients pourtant ambulatoires enregistré au SAU et SAU pédiatrique. La conséquence est un sentiment diffus de frustration;

- début 2010, 4 mois avant l'ouverture de la première antenne, la quasi totalité des médecins du secteur d'Annecy que nous remplaçons régulièrement ignorent tout du projet, au mieux évoquent une vieille histoire dont on parle de temps à autres depuis 10 ans. Fin 2009, lors d'une réunion d'information sur le projet réunissant CDOM, AMGRA, SOS Médecins, DDASS, SAU, et les praticiens, ceux-ci ne seront qu'une trentaine à y participer.

Nous avons expliqué que c'est à l'issue de cette réunion que le projet est accepté par l'URCAM, malgré le faible nombre de praticiens présents. Il faut rappeler qu'à aucun moment au cours de l'élaboration du projet l'avis des praticiens n'a été demandé, leur consentement ou leur engagement recueilli. Le projet étant dès lors trop avancé pour être stoppé, le couple exécutif CDOM - DDASS a donc décidé de compléter d'office les tableaux de gardes avec les effectifs des médecins non exemptables, SOS médecins compris.

C'est donc ainsi que disparaît le principe de volontariat instauré à l'issue des mouvements de grève de 2002. La nouvelle est accueillie avec une certaine fraîcheur par les praticiens que nous rencontrons alors. Ceci nous conduira à nous demander si ce « volontariat obligatoire » était absolument inévitable. Notre hypothèse de travail a donc été : le projet de MMG Annecy-Frangy tel que décrit ci-dessus est un projet original et capable de motiver un nombre suffisant de praticiens volontaires pour en assurer le fonctionnement.

Fin 2009 nous décidons donc de recueillir de façon formelle l'opinion des médecins concernés, afin en particulier d'évaluer le nombre absolu de praticiens motivés par le projet.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. RECHERCHE DOCUMENTAIRE

En sus des moteurs de recherche généralistes (Google entre autres), notre recherche bibliographique a utilisé plus spécifiquement les expressions « permanence des soins » et « maison médicale de garde » dans les catalogues CISMef et SUDOC pour la partie francophone, et les termes « out-of-hours care » et « GP cooperative » dans Medline et The Cochrane Library. Certains sites d'organismes nationaux (CADTH, INAMI, Rapports parlementaires français).

Nous avons retenus les articles pertinents publiés depuis 1990. Il n'existe que très peu de données antérieures sur le thème de la permanence des soins de ville.

2.2. POPULATION ETUDIEE

Selon le cahier des charges réglementaire des MMG, un effectif minimum de 20 à 30 praticiens « titulaires » doit être acquis : la stabilité de ces structures n'est en effet pas assurée si l'effectif est uniquement composé de remplaçants. Notre étude s'est donc portée sur la population précise des médecins généralistes libéraux installés dans les trois secteurs de garde concernés par la réorganisation de la PDS. La liste de ces praticiens, fournie par le CDOM de Haute-Savoie, permet d'en recenser exactement 201. De cette population d'étude sont donc exclus les médecins spécialistes, les médecins salariés, les remplaçants et retraités. Elle inclut nécessairement les praticiens ayant déclaré un Mode d'Exercice Particulier (MEP), dont SOS Médecins.

2.3. MATERIEL

Vu le nombre relativement faible de la population étudiée, nous avons décidé d'emblée d'interroger la totalité des 201 médecins généralistes libéraux installés dans les trois secteurs

de garde concernés.

Accompagné d'un courrier explicatif, un questionnaire leur a donc été adressé par voie postale le 15 février 2010. La liste des adresses professionnelles nous a été fournie gracieusement par le CDOM sous la forme d'étiquettes autocollantes pré-imprimées. Afin d'améliorer le taux de réponse, une enveloppe « réponse » pré-affranchie libellée à notre adresse personnelle était ajoutée. La date limite de renvoi des réponses a été fixée au 15 mars 2010, soit un délai d'un mois. En pratique, et du fait de la présence d'une période de vacances scolaires susceptible d'altérer le taux de réponse, la période de recueil a été prolongée de deux semaines supplémentaires, soit au 31 mars. A cette date, nous sommes exactement à deux mois de l'ouverture de la MMG.

Le questionnaire a été réalisé grâce au logiciel Ethnos 4 (Annexe 5). Afin d'autoriser la plus grande spontanéité dans les réponses, nous avons choisi un modèle de questionnaire anonyme. Dans le soucis d'améliorer le taux de réponse, nous nous sommes attachés à présenter le questionnaire sur une seule feuille A4 recto-verso, ceci afin de limiter le temps de réponse. Dans ce même but, mais aussi par soucis de simplification des analyses statistiques ultérieures, la grande majorité des questions posées ont été des questions fermées, souvent à choix multiples, parfois enrichissables.

Souhaitée par certains acteurs du projet, une question ouverte termine le questionnaire : non prévue dans l'étude initiale car d'interprétation structurellement délicate, ses réponses ne seront pas présentées dans ce travail.

L'étape de saisie des données a été optimisée grâce au logiciel Ethnos 4, la base de donnée ainsi créée étant présentée sous forme d'un tableur. Les tris et analyses statistiques ainsi que leurs représentations graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS v.16.

2.4. METHODES

2.4.1 Objectif principal

Ce projet de MMG, original, a priori unique, capable de répondre aux actuels enjeux de la PDS libérale, nous semblait pouvoir motiver suffisamment de volontaires pour éviter de rendre sa participation obligatoire. L'objectif principal de l'étude est donc d'évaluer le nombre

de praticiens réellement motivés par le projet.

2.4.2 Objectifs secondaires

En plus de connaître la position de chacun vis-à-vis de cette MMG, il nous a paru intéressant de :

- rendre compte des caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée: a-t-on bien affaire à une population médicale vieillissante, raréfiée dans les zones rurales et qui se féminise? Le bassin annécien constitue-t-il une exception nationale?
- dresser un état des lieux sommaire de l'actuel système de PDS : quel est le vécu des généralistes selon leur secteur d'installation rural ou urbain, leur investissement dans le système de gardes? Quels sont les points qui posent actuellement problème et auxquels la future MMG doit pouvoir répondre?
- évaluer le degré d'information de cette population vis-à-vis du projet de MMG. En effet, on peut supposer que, mal informés, certains praticiens peuvent être rebutés de façon quasi « réflexe » par ce type de changement. Inversement, nous émettons l'hypothèse selon laquelle le degré de motivation croît avec l'amélioration de l'information.
- vérifier que les éléments du projet que nous considérons positifs le sont réellement pour tout le monde. A l'inverse, ce qui nous semble être des obstacles à la réalisation de la MMG en sont-ils vraiment?

2.4.3. Elaboration du questionnaire

Afin de répondre à nos objectifs, le questionnaire est artificiellement subdivisé en plusieurs parties:

- une première partie (questions 1 à 5) permet de rendre compte des caractéristiques socio-démographiques des répondants (âge, sexe, année et lieu d'installation, implication actuelle dans la PDS);
- les questions 6 à 13 permettent de recueillir les appréciations de chacun sur l'actuelle organisation de la permanence des soins;

- une troisième partie (questions 14 à 28) rend compte de l'opinion exprimée sur des points pratiques de la MMG future;
- les deux dernières questions (29 et 30), plus globales, permettent le compte absolu des praticiens intéressés puis motivés par le projet.

2.4.4. Remarques méthodologiques / stratification

Nous avons donc interrogés l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés sur les trois secteurs de garde concernés par le projet de MMG. Nous avons cependant limité l'utilisation de cette population globale à l'analyse de ses caractéristiques démographiques.

Pour les autres objectifs, l'effectif représentant SOS médecins a été séparé du reste de la population : leur opinion, historiquement contre l'idée d'une MMG sur Annecy, nous aurait conduit pour chaque question posée à individualiser leur réponse. Dans un souci de lisibilité et de simplification, leur effectif a été séparé à la base, leur opinion présentée à la fin de notre travail.

Nous parlerons parfois de PDS libérale qui regroupera l'ensemble des praticiens travaillant dans le cadre de la PDS ambulatoire, (à l'exclusion donc de SOS Médecins) et en incluant les généralistes prenant uniquement des gardes de régulation libérale.

La sous-population appelée « Pas de PDS » regroupera l'ensemble des praticiens ne déclarant pas d'activité de permanence des soins organisée (ces médecins peuvent continuer à assurer des gardes pour leur seuls patients mais cette activité de rentre pas dans les définitions de la PDS énoncées ci-dessus).

2.4.5. Rappels sur le test de χ^2

Ne disposant que de caractères discrets qualitatifs, c'est l'unique test que nous avons utilisé au cours de cette étude. Nous avons crû bon d'en rappeler les conditions de validité :

Condition n°1: L'effectif total du tableau de contingence doit être supérieur ou égal à 20

Condition n°2: L'effectif marginal du tableau de contingence doit toujours être supérieur ou

égal à 5.

Condition n°3 : L'effectif théorique des cases du tableau de contingence doit être supérieur à 5 dans 80% des cases du tableau de contingence.

La limite supérieure du risque de première espèce a été fixée à 5%.

A l'occasion d'analyses croisées, des regroupements de classes ont été réalisés afin de limiter ou d'éliminer les effectifs nuls des tableaux de contingence. Ces assemblages ont été effectués de façon inductive⁵⁴, regroupant les opinions à tendance positive entre elles et inversement (par exemple « très intéressant » avec « intéressant » et « peu intéressant » avec « pas intéressant »). Une seule exception concernera la variable « classe d'âge » dont le regroupement sera guidé par la répartition de l'effectif en « - de 45 ans », « 45-54ans » et « 55 ans et + ».

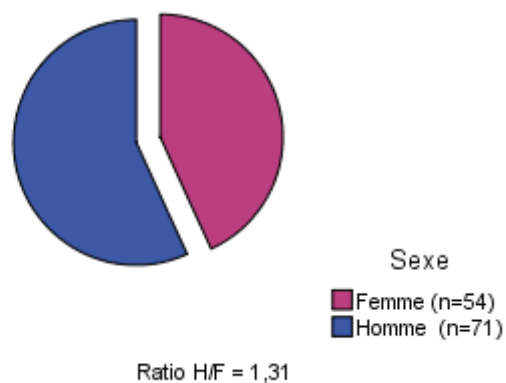
3. RESULTATS

3.1. TAUX DE REPONSE ET ASPECTS DEMOGRAPHIQUES

A l'issue de la période de recueil, 126 questionnaires ont été collectés. Un seul questionnaire nous a été retourné vierge de toute réponse, assorti de la mention « désolé, manque cruel de temps pour ce questionnaire ». Le nombre de réponses exploitables est donc de 125 soit un taux de réponse de 62,2%.

3.1.1. Genre

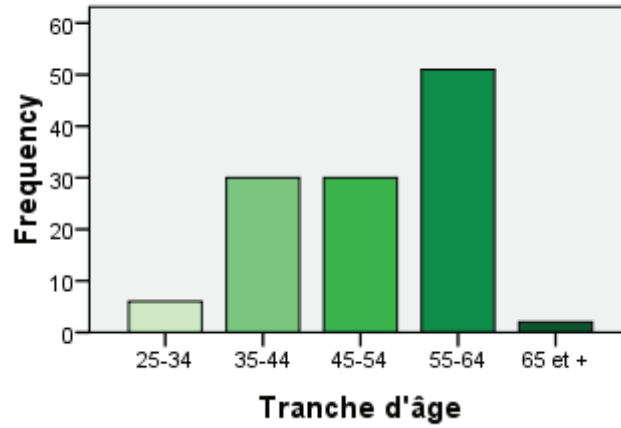
Répartition par genre (n=125)



L'échantillon recueilli est composé d'une majorité d'hommes (55,5%).

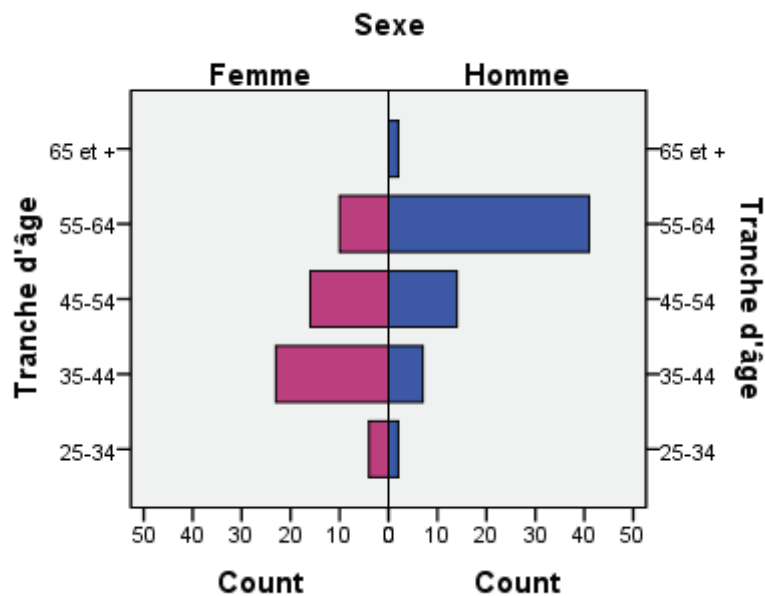
3.1.2. Classes d'âge

Répartition des répondants en fonction de l'âge
(n=119)



42,9% des médecins répondants ont plus de 55 ans. Les jeunes médecins de moins de 35 ans ne représentent que 5% de l'effectif.

3.1.3. Pyramide des âges



La répartition homme / femme n'est pas homogène en fonction de l'âge des praticiens : les femmes semblent plus représentées au sein de la population médicale la plus jeune.

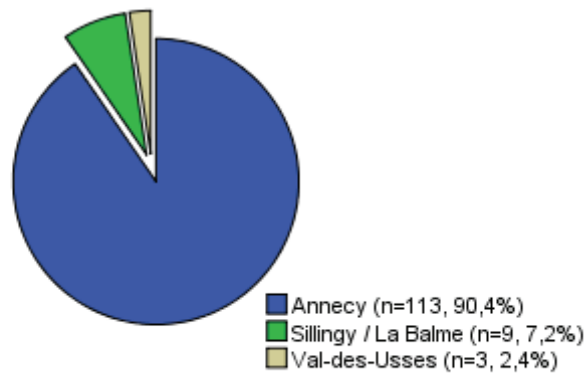
Contingence Sexe * Tranche d'âge

Count		Tranche d'âge			
		- de 45	45-54	55 et +	Total
Sexe	Femme	27	16	10	53
	Homme	9	14	43	66
	Total	36	30	53	119

Cette différence de répartition est statistiquement significative ($p < 0,001$).

3.1.4. Secteur d'installation / de garde

Répartition des répondants selon leur secteur de garde (n=125)



90,4% des répondants sont installés sur le secteur d'Ancey.

3.1.5. Implication actuelle dans la permanence des soins

Cette question était à choix multiples, avec possibilité d'enrichissement. Le taux de réponse à cette question est de 100%, sans utilisation de l'enrichissement. Ci-après le tableau de répartition de la participation à la PDS libérale en fonction du sexe, de l'âge et du secteur d'installation.

		Participation à la PDS libérale			p-value
		Oui	Non	Total	
Secteur de Garde	Annecy	39 (35%)	74 (65%)	113 (100%)	n/a ¹
	Sillingy / La Balme	9 (100%)	0 (0%)	9 (100%)	
	Val-des-Usses	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	
	Total	51 (41%)	74 (59%)	125 (100%)	
Sexe	Femme	24 (44%)	30 (56%)	54 (100%)	0,470
	Homme	27 (38%)	44 (62%)	71 (100%)	
	Total	51 (41%)	74 (59%)	125 (100%)	
Tranche d'âge	- de 45 ans	25 (61%)	16 (39%)	41 (100%)	0,006
	45 - 54 ans	10 (32%)	21 (68%)	31 (100%)	
	+ de 55 ans	16 (30%)	37 (70%)	53 (100%)	
	Total	51 (41%)	74 (59%)	125 (100%)	

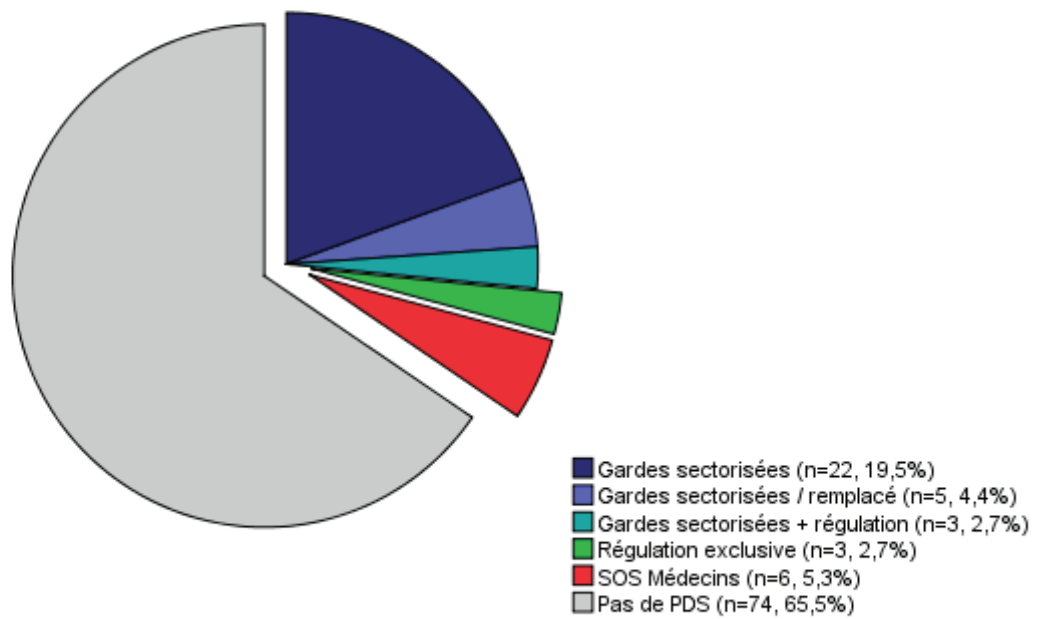
1- Test de khi² inapplicable ici - effectifs nuls

Le sexe ne semble pas influencer le degré de participation à la PDS. Par contre, l'effet de l'âge est certain avec un maximum de participation avant 45 ans (61% de participation dans cette tranche d'âge contre moins d'un tiers dans les autres classes d'âge).

Les résultats permettent de constater que l'ensemble des répondants installés sur les secteurs du Val-des-Usses et de Sillingy/La Balme participent au système des gardes sectorisées.

Ci-dessous est illustrée l'implication très différente des praticiens du secteur d'Annecy.

Implication des répondants du secteur d'Annecy dans la permanence de soins (n=113)



Ainsi les deux tiers (n=74, 65,5%) des médecins généralistes répondants installés sur le secteur d'Annecy ne déclarent aucune activité de PDS.

3.1.6. Caractéristiques du taux de réponse

Il nous a semblé important de préciser ce taux de réponse en fonction de certains paramètres pour lesquels l'effectif théorique était connu, ceci dans le but principal de prendre connaissance d'éventuels biais de réponses à considérer dans la suite de l'analyse.

		Nombre de répondants	Effectif théorique	Taux marginal de réponse
Sexe	Homme	71	127	55,9%
	Femme	54	74	73,0%
	Total	125	201	62,2%
Secteur d'installation	Anncy	113	186	60,8%
	Sillingy / La Balme	9	12	75,0%
	Val des Usses	3	3	100,0%
	Total	125	201	62,2%
Participation PDS	Gardes sectorisées	42	44	95,5%
	SOS Médecins	6	8	75,0%
	Régulateurs	3	NC	n/a
	Pas de PDS	74	NC	n/a
	Total	125	201	62,2%

Ainsi le taux de réponse est plus important dans le secteur le plus rural (Val-des-Usses) et chez les praticiens participant déjà au système de garde actuel. Il est également un plus important chez les femmes.

Dans les analyses qui suivent, l'interprétation sur certaines questions en population générale devra donc être prudente, et souvent séparer l'échantillon en fonction du secteur d'installation et en fonction de la participation antérieure à la PDS.

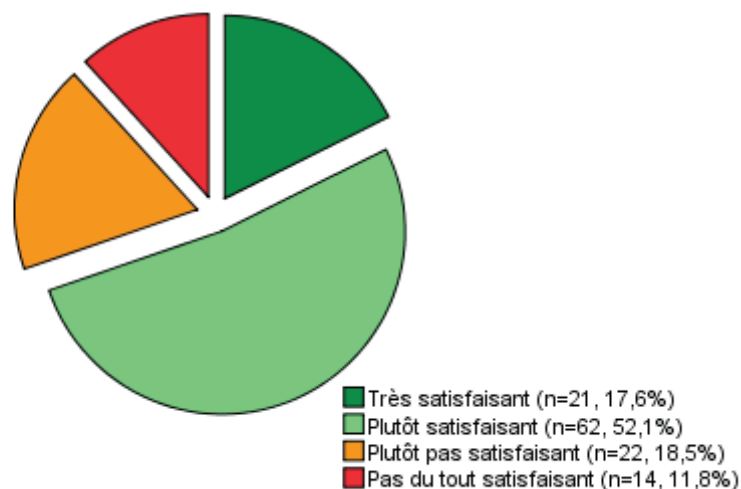
3.2. OPINION VIS-A-VIS DE L'ACTUEL SYSTEME DE PERMANENCE DES SOINS

Sortis des caractéristiques socio-démographiques étudiées sur la totalité de l'effectif de réponse, nous exclurons pour tous les résultats qui suivent le groupe SOS Médecins (6 praticiens), dont le vécu de l'actuel système de garde est nécessairement particulier et dont l'opinion sur un projet de MMG est historiquement connue.

3.2.1. Evaluation globale

Tous les répondants ont répondu à cette question.

Evaluation globale de l'actuel système de PDS (n=119)

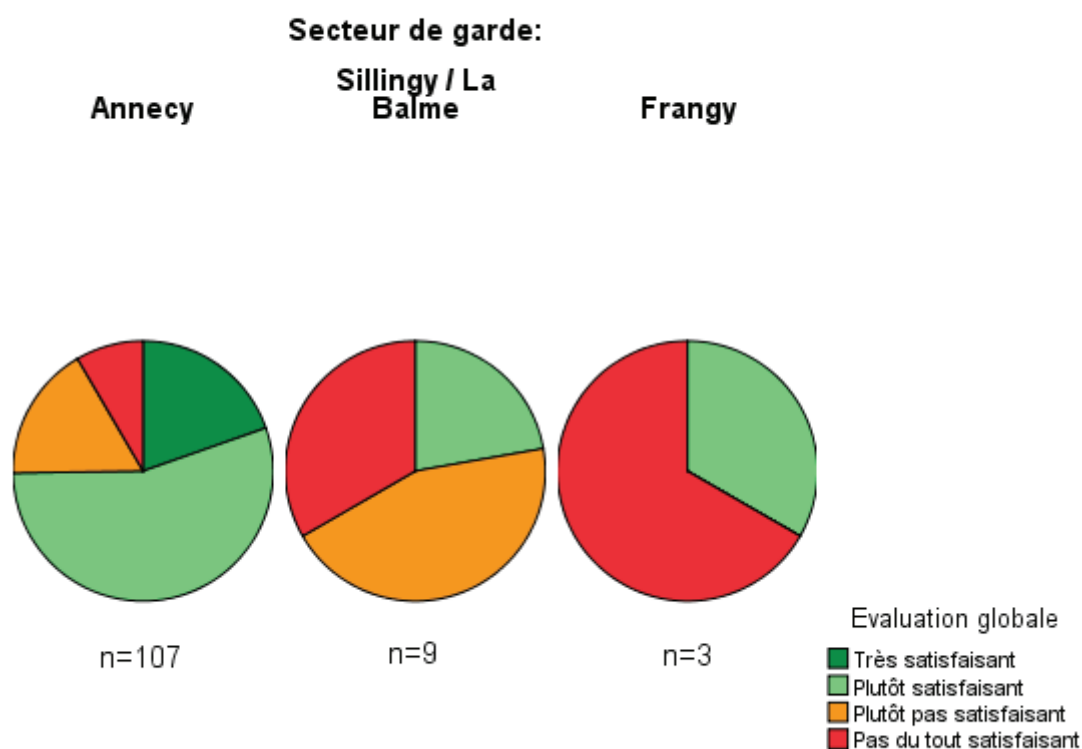


A première vue le sentiment dominant tend vers la satisfaction (71,2%, n=89 de plutôt satisfaisant ou de très satisfaisant). Ce résultat brut n'est cependant pas très informatif : y'a-t-il des différences de niveau de satisfaction selon que les praticiens participent ou non à la PDS, selon leur secteur d'installation, etc...

3.2.2. Evaluation en fonction du secteur d'installation

Nous avons appliqué un éclatement des données en fonction du secteur d'installation.

Evaluation du degré de satisfaction globale en fonction du secteur de garde (n=119)

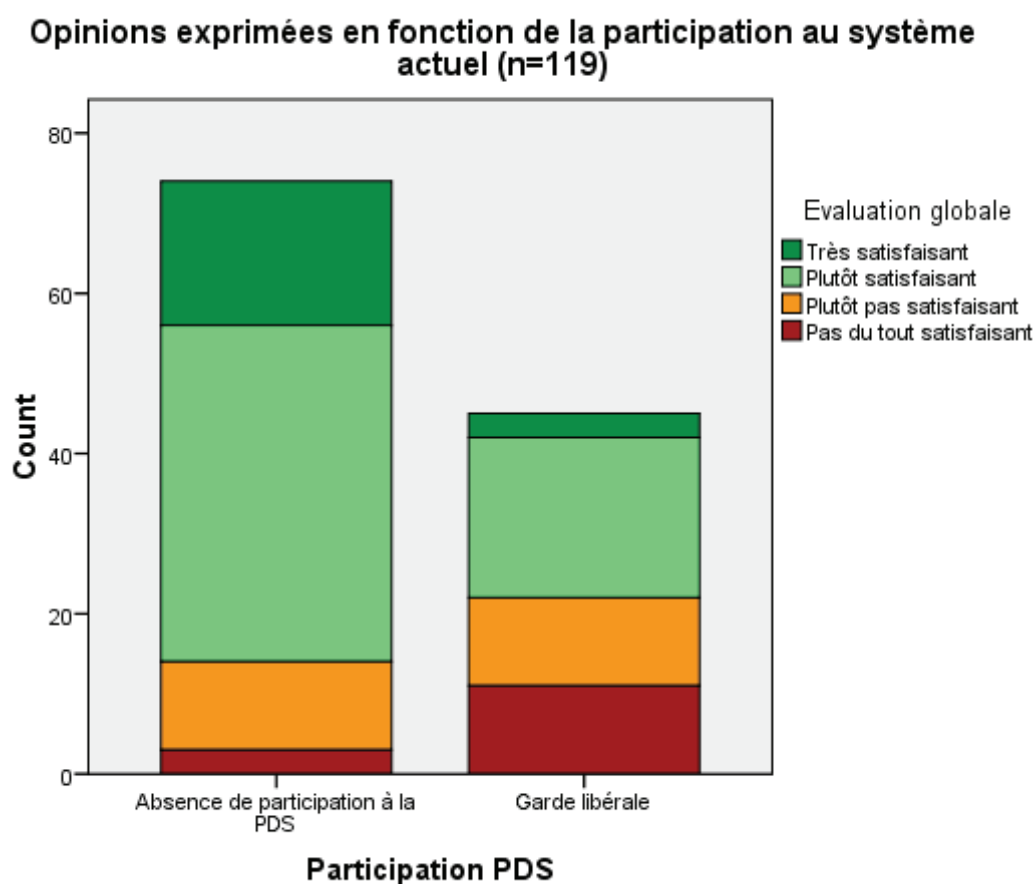


Dans le secteur d'Annecy, 76,1% (n=86) des médecins répondants se déclarent plutôt satisfaits voire très satisfaits du système de PDS actuel. Au sein des secteurs plus ruraux, on compte surtout des mécontents : 2 médecins sur 3 à Frangy (Val-des-Usses) et plus des trois quarts (77,7%, n=7) sur La Balme.

Il semble donc exister une influence du lieu d'installation sur le degré de satisfaction envers l'actuel système de PDS.

3.2.3. Evaluation en fonction de la participation à la permanence des soins

Afin de tester l'hypothèse selon laquelle le fait de participer ou non à la PDS influence le degré de satisfaction, nous avons choisi d'opposer les participants à la PDS libérale sectorisée au sens strict et les médecins n'ayant aucune activité dans cette PDS. Nous avons pour cela inclu au sein de la catégorie « Garde libérale » les médecins qui se font remplacer et les régulateurs.



Il semble donc que le mécontentement soit surtout exprimé par les médecins qui prennent activement part à l'actuel système. Chez ceux qui n'y participent pas, on retrouve essentiellement des opinions positives.

Tableau de contingence [Evaluation globale vs Participation à la PDS]

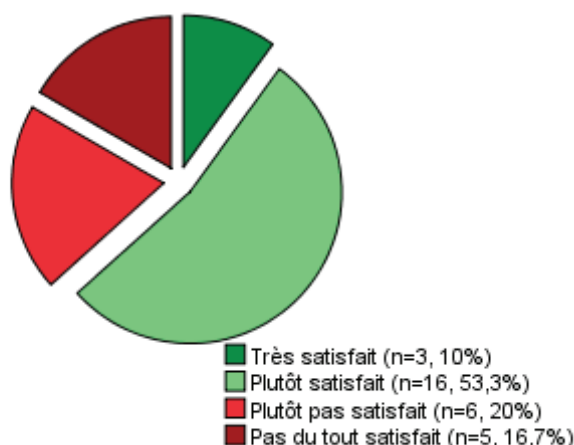
Count		Evaluation globale		
		Globalement insatisfait	Globalement satisfait	Total
Participation PDS	Absence de participation à la PDS	14	60	74
	Garde libérale	22	23	45
	Total	36	83	119

Cette observation est statistiquement significative ($p < 0,001$) si l'on opère pour rendre le test applicable un regroupement de classe pour les deux variables.

3.2.4. Evaluation par les médecins de garde du secteur d'Annecy

Ils ne sont que 30 médecins installés sur le secteur d'Annecy et prenant des gardes à avoir répondu. On rappelle que dans ce groupe, le taux de réponse dépasse 95%.

Evaluation du système de PDS actuel par les médecins de garde du secteur d'Annecy (n=30)



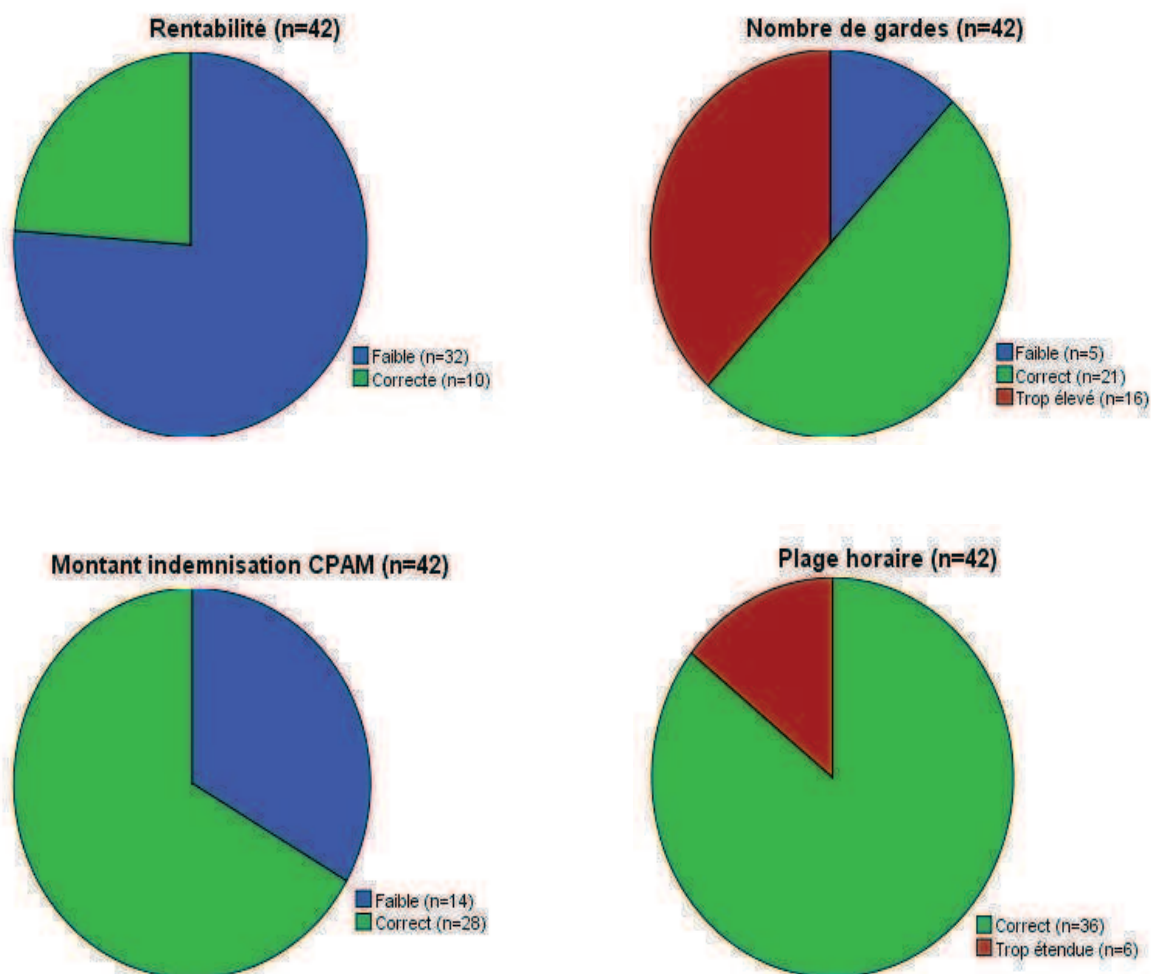
Près des deux tiers (63,3%) des médecins prenant des gardes sur le secteur d'Annecy s'estiment globalement satisfaits du système actuel.

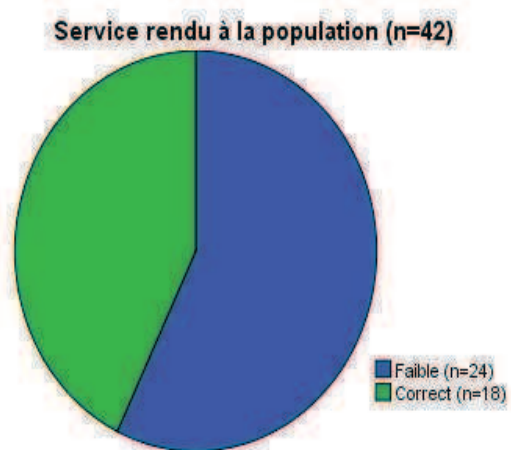
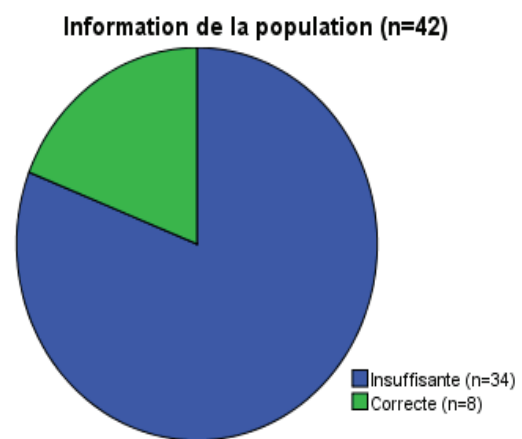
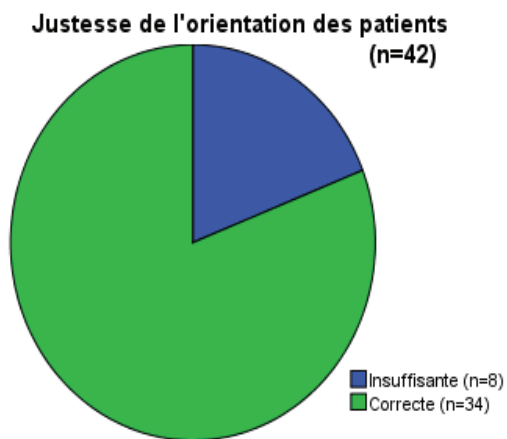
3.2.5. Critères d'évaluation de l'actuel système de garde

Ci-dessous sont présentés succinctement les résultats de l'évaluation portés par les médecins participants à la PDS libérale (n=42) sur certains critères pré-sélectionnés. Ceci doit permettre de détailler le pourquoi des opinions « globales » ci-dessus. Tous ont répondu complètement à ces questions.

La sous-population des médecins ne participant pas actuellement à la PDS libérale n'a pas été retenue pour ces questions qui ne peuvent concerner que les participants. Pour la même raison, les médecins de SOS Médecins et les praticiens exclusivement régulateurs n'ont pas été inclus, vu le mode particulier de leur exercice au sein de la PDS.

On rappelle que dans cette population précise, le taux de réponse par rapport à l'effectif théorique a dépassé 95%.



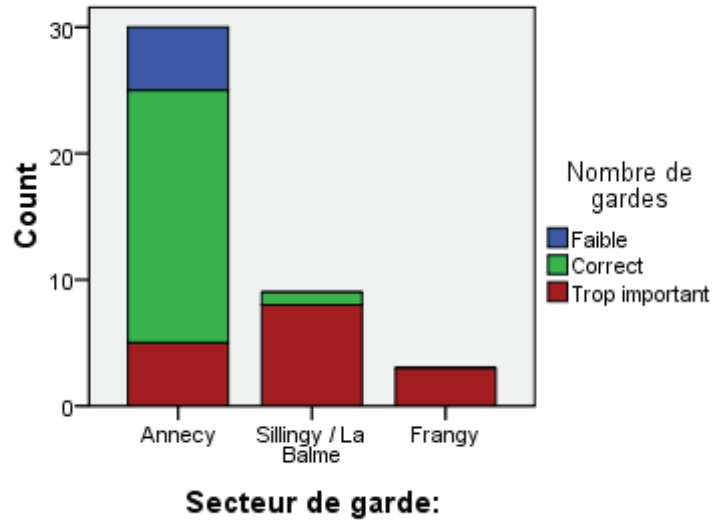


Dans l'ensemble, les médecins participant au système de garde actuel ne semble pas remettre en cause son organisation : ainsi ils sont 85% à trouver corrects les horaires de PDS en cours en Haute Savoie, et deux-tiers à juger suffisante l'indemnisation versée par la CPAM. La qualité de la régulation n'est pas non plus à mettre en cause avec 80% de satisfaction sur ce point. Le nombre annuel de garde est jugé correct pour exactement la moitié mais trop important pour 38% d'entre eux. Cette dernière observation est détaillée ci dessous.

80% des généralistes de garde se plaignent d'une méconnaissance de leur existence par la population, d'où probablement le manque de rentabilité allégué par 76% d'entre eux. Au final, le sentiment de service rendu à la population est plutôt partagé : 57% le juge insuffisant.

3.2.6. Charge de travail selon le secteur de garde

Perception de la charge de travail aux horaires de PDS en fonction du secteur de garde (n=42)

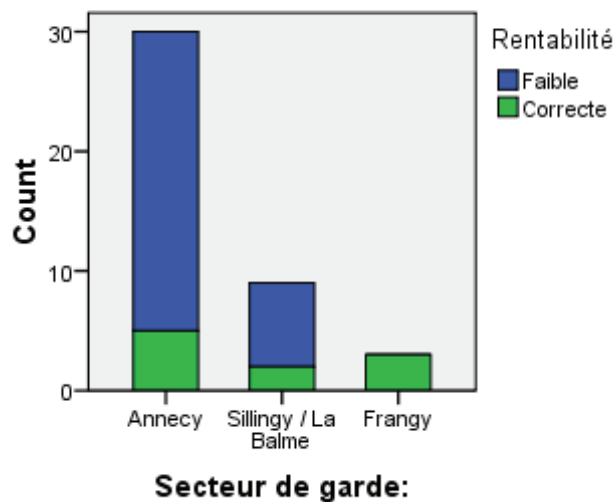


La quasi-totalité des médecins exerçant dans les secteurs de Frangy (Val-des-Usses) et de La Balme / Sillingy jugent trop importante la charge de travail aux horaires de PDS.

3.2.7. Rentabilité perçue des gardes en fonction du secteur

Le deuxième critère d'évaluation du système de PDS influencé par le secteur de garde est celui de la rentabilité.

Rentabilité perçue en fonction du secteur de garde (n=42)



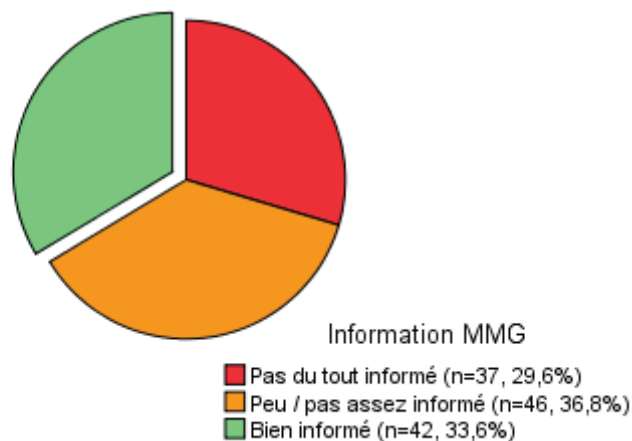
C'est essentiellement dans le secteur le plus rural, loin des urgences et non couvert par SOS Médecins que la fréquentation/rentabilité des gardes est satisfaisante. Le test de khi² n'est pas réalisable ici. Aucun autre critères d'évaluation de l'actuel système de garde n'a été directement influencé par les déterminants socio-démographiques.

3.3. OPINION VIS-A-VIS DU PROJET DE MAISON MEDICALE DE GARDE

3.3.1. Information des médecins sur le projet

Pour cette question plutôt neutre, l'effectif des médecins de SOS Médecins a été exceptionnellement pris en compte.

Information globale des généralistes (n=125)

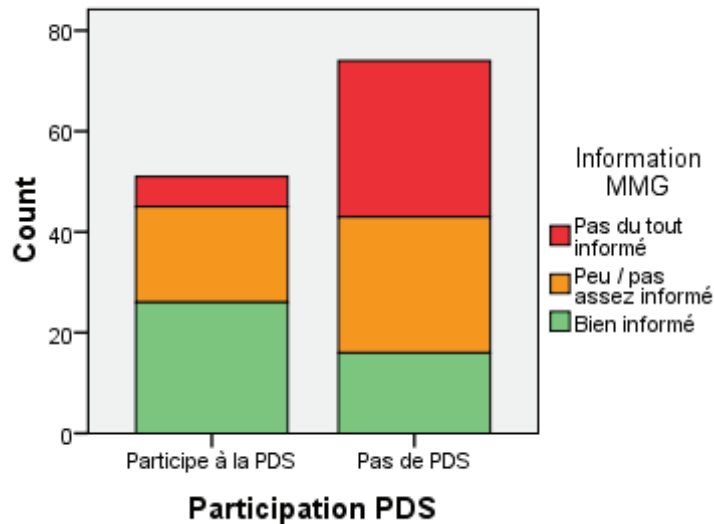


Un tiers seulement des médecins répondants s'estime bien informé sur la prochaine réorganisation de leur système de permanence des soins. Il faut souligner qu'un tiers n'est pas du tout au courant.

Nous avons décidé de pousser plus loin l'analyse de cette question en rendant compte de la variabilité des réponses en fonction de l'implication actuelle dans la PDS libérale. Pour cela nous avons regroupés l'ensemble des médecins ayant une quelconque activité aux

horaires de PDS d'un côté et de l'autre les praticiens qui n'en ont pas.

Degré d'information en fonction de l'actuelle implication dans la PDS (n=125)



Contingence Participation PDS / Information MMG

Count		Information MMG			
		Pas du tout informé	Peu / pas assez informé	Bien informé	Total
Participation PDS	Participe à la PDS	6	19	26	51
	Pas de PDS	31	27	16	74
Total		37	46	42	125

Les médecins ne participant pas à la PDS sont dans l'ensemble bien moins informés que ceux qui y participent déjà. Cette relation est statistiquement significative ($p < 0,0001$).

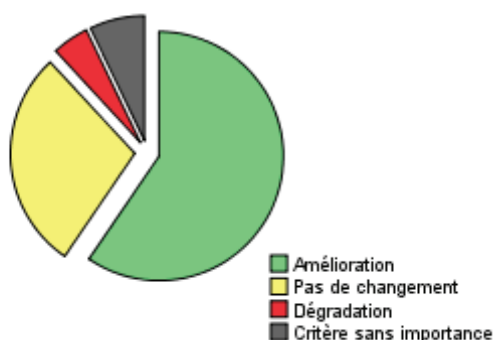
Passée cette question, un grand nombre de questionnaire sont incomplets : en effet, si les questions précédentes n'étaient finalement que des renseignements simples à compléter, les questions suivantes impliquent souvent une voire deux conditions :

- la participation actuelle aux gardes sectorisées (faute de quoi une comparaison entre le vécu actuel et l'évolution attendue avec la MMG n'est pas réalisable),
- et / ou un degré minimum d'information sur le projet.

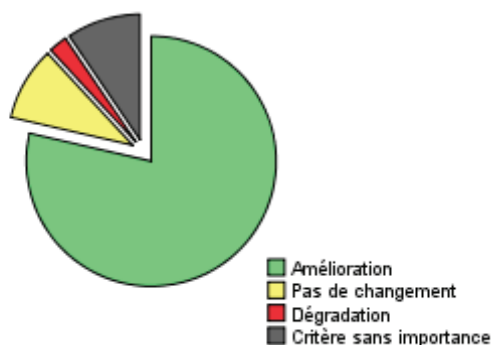
3.3.2. Bénéfices attendus en terme de nombre de garde et de rentabilité

Pour cette analyse, la population étudiée se limite aux 42 praticiens participant actuellement à la PDS libérale de secteurs (et donc à l'exclusion de SOS Médecins et des régulateurs « exclusifs »).

Impact estimé sur le nombre de gardes (n=42)



Impact estimé sur la rentabilité (n=42)



La majorité des médecins (59,5%, n=25) attendent avec cette MMG une diminution de leur nombre de gardes. Ils sont relativement peu nombreux (9,5%) à trouver ce point accessoire. Non représentée graphiquement ici, l'influence du secteur de garde est très nette pour cette question puisque 100 % (n=12) des médecins installés sur les secteurs du Val-des-Usses ou de La Balme/Sillingy s'attendent à une diminution bienvenue de leur charge de travail.

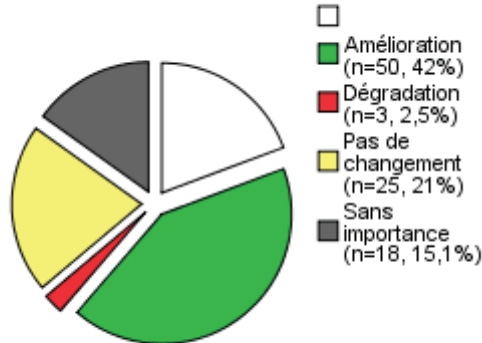
L'impact attendu sur la rentabilité est encore plus net, avec 78,6% (n=33) des médecins s'attendant à une augmentation de la fréquentation des gardes par les patients. Non représentée ici, l'influence du secteur de garde sur ce paramètre semble nulle.

3.3.3. Bénéfices attendus en terme d'efficacité de la PDS

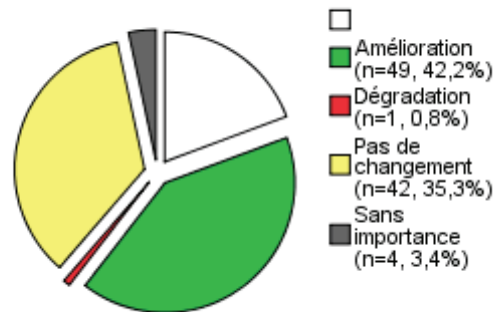
Nous avons souhaité connaître les attentes des praticiens au sujet de certains bénéfices attendus de la MMG, en terme de désengorgement du SAU par exemple, d'amélioration de la qualité des soins, de soulagement de la charge de travail en début de semaine dans les cabinets. Le taux de réponse pour ces quatre questions subit une forte variation en fonction du

degré de connaissance / d'information du projet des praticiens répondants, les non-réponses font l'objet d'une représentation graphique spécifique (en blanc).

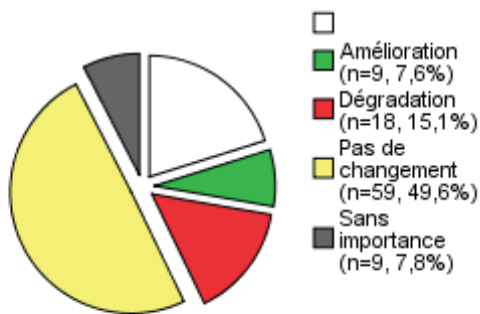
Impact sur l'engorgement du SAU (n=119)



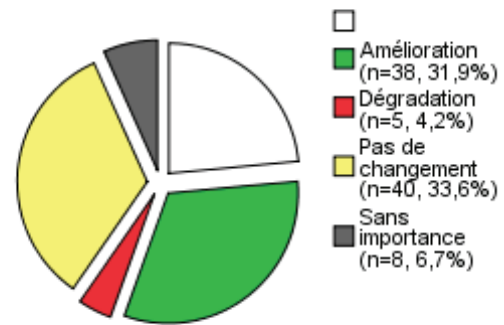
Impact sur la qualité des soins (n=119)



Impact sur la charge de travail de jour (n=119)



Impact sur la qualité de l'orientation (n=119)



42% des médecins interrogés s'attendent à un effet positif de la MMG sur l'engorgement chronique du SAU. Concernant la qualité des soins, 42% également pensent qu'elle s'en trouvera améliorée. Les praticiens craignant un effet négatif sur ces deux paramètres sont très peu nombreux.

La charge de travail en journée au cabinet du généraliste ne se trouvera pas modifiée par l'ouverture d'une MMG pour la moitié des praticiens, voire augmentera pour 15% d'entre eux. Très peu nombreux qui s'attendent à une dégradation de la qualité de l'orientation des patients.

Le constat le plus évident à faire à la vue de ces graphiques est cependant le nombre très important de médecins pour lesquels la MMG n'aura aucun impact significatif.

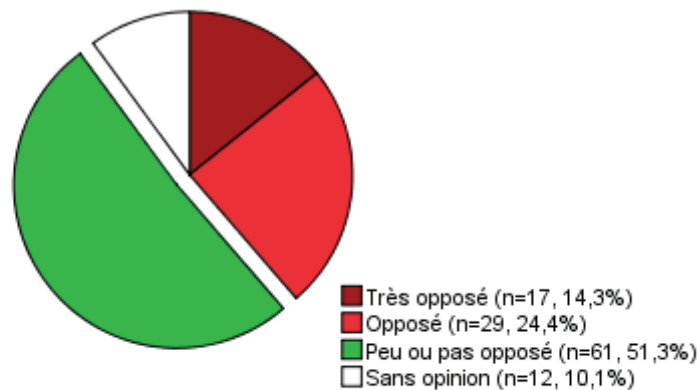
Globalement les médecins ayant répondu à ces questions sont pour moitié optimiste

quand à l'amélioration potentielle de la PDS par la MMG (qualité de soins et de l'orientation des patients, engorgement des urgences) et pour moitié sceptiques. On ne retrouve qu'une faible proportion de franchement pessimistes.

3.3.4 Problème posé par la distance du lieu de garde

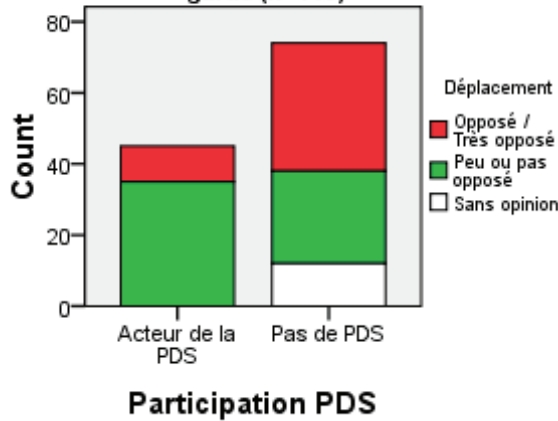
Sur la base de 119 questionnaires, cette question a bénéficié d'un taux de réponse de 89,9%. Elle proposait un enrichissement des réponses qui n'a pas été utilisé par les répondants. Ainsi :

**Déplacement vers l'une des antennes de la MMG
(n=119)**

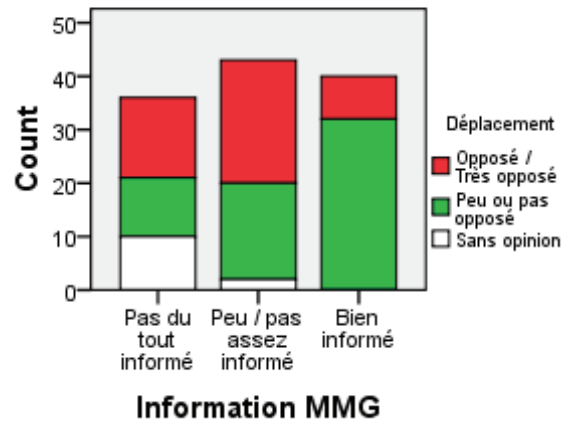


Les médecins répondants acceptent l'idée d'un déplacement de plusieurs kilomètres vers le point de garde à une petite majorité (51,3%). Nous avons souhaité savoir quel était le profil des opposants à ce déplacement problématique: les deux facteurs influençant cette opinion ont été l'implication actuelle dans la PDS libérale et le degré d'information au sujet de la MMG. Ceci est représenté ci-dessous.

Impact de l'implication actuelle dans la PDS sur l'acceptabilité du déplacement vers le lieu de garde (n=119)



Impact du degré d'information sur l'acceptabilité du déplacement vers le lieu de garde (n=119)

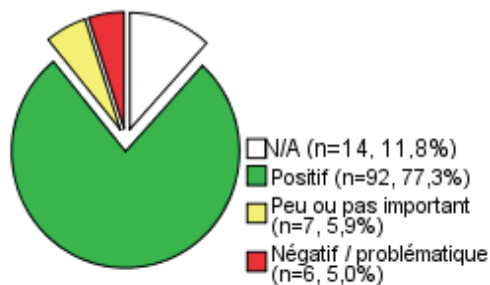


L'idée de se déplacer pour prendre des gardes est principalement mal reçue par les médecins actuellement désinvestis de la PDS. Cette opposition diminue avec l'amélioration de la qualité de l'information reçue. Ces deux hypothèses, testées à l'aide d'un test du χ^2 sont statistiquement significatives (respectivement $p < 0,0001$ et $p < 0,001$).

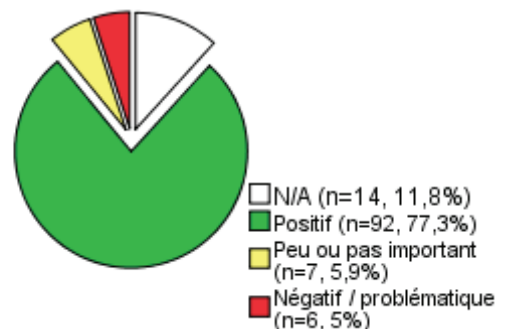
3.3.5. Avis sur certains aspects pratiques du projet

Cinq points pratiques du projet ont été soumis à l'avis des généralistes : nous retenons 119 questionnaires valides pour cette question (SOS Médecins exclus). De la même façon que pour les questions précédentes, le taux de réponse n'est pas de 100%. Les graphiques rendent compte de cette abstention (en blanc).

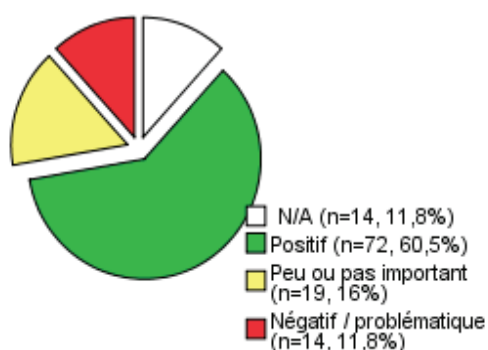
Présence d'un personnel d'accueil (n=119)



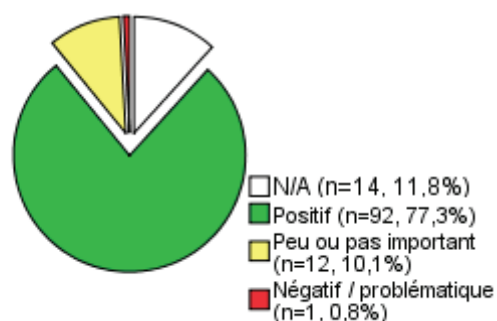
Budgétisation globale publique (n=119)



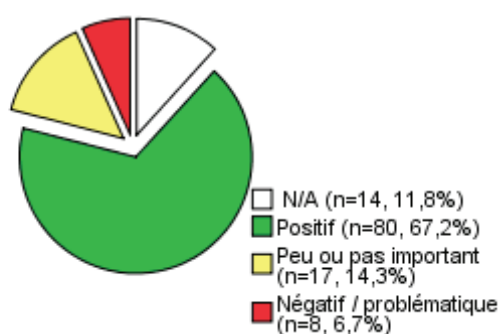
Partage du matériel (n=119)



Utilisation d'un local sécurisé / sécurisant (n=119)



Proximité / disponibilité du plateau technique hospitalier (n=119)



Plus des trois quarts (77,3%) des médecins ayant renvoyé leur questionnaire jugent positif le cadre sécurisant / sécurisé de la MMG, le budget globalisé (n'impliquant pas de participation financière de leur part) et la présence d'un personnel d'accueil. Pour ces trois critères, ils sont 5% ou moins à exprimer un point de vue négatif.

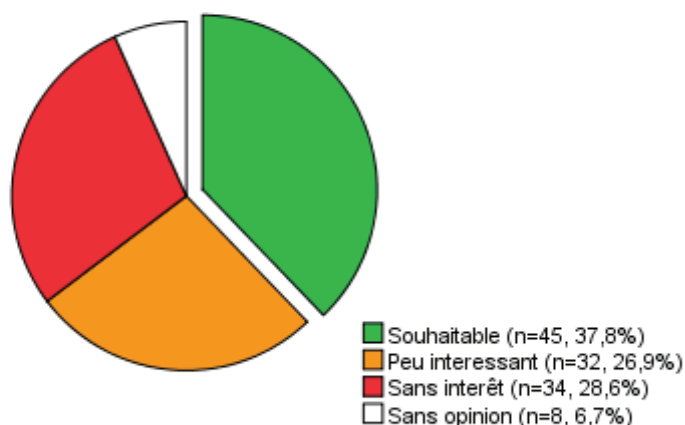
Cette large adhésion se retrouve pour les deux autres critères. On peut cependant noter que des doutes plus significatifs sont exprimés quant au partage du matériel (11,8% d'avis négatifs et à la proximité du plateau technique. La disponibilité investigations para-clinique et la possibilité de réorienter rapidement un patient susceptible de s'aggraver ne constitue pas un avantage important pour tout le monde (67,2% d'avis positifs).

A noter qu'aucun facteur indépendant n'a pu expliquer les répartitions observées après analyses croisées un à un (sexe, âge, secteur d'installation, participation à la PDS, degré d'information).

3.3.6. Volonté de faire évoluer son mode d'exercice

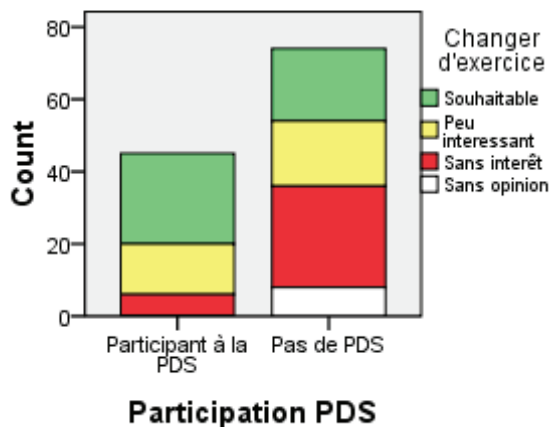
Cette question devait pourvoir rendre compte de la proportion de médecins demandeurs d'une évolution de leur mode d'exercice en général (pas uniquement à travers la permanence des soins).

Volonté de changer de mode d'exercice (n=119)

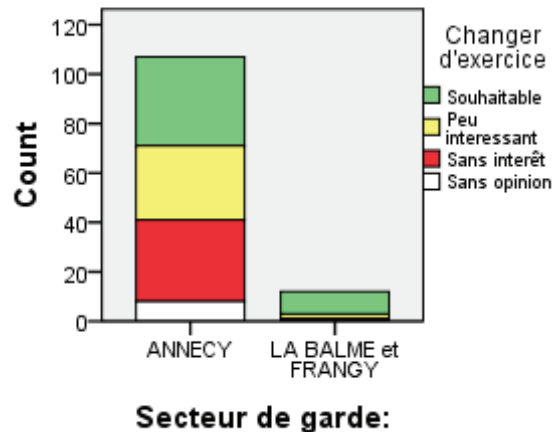


37,8% des médecins répondants témoignent d'une volonté de faire évoluer leur mode d'exercice en général. Ils sont plus de la moitié (55,5%) à éprouver peu voire pas d'intérêt pour cela. L'analyse des variables déterminantes pour cette répartition ne retrouve pas d'influence du sexe ni de l'âge mais seulement du secteur d'installation et de l'implication dans la permanence des soins. Cet aspect est présenté ci-dessous :

Relation entre modulabilité de l'exercice professionnel et implication dans la PDS (n=119)



Relation entre modulabilité de l'exercice professionnel et secteur d'installation (n=119)

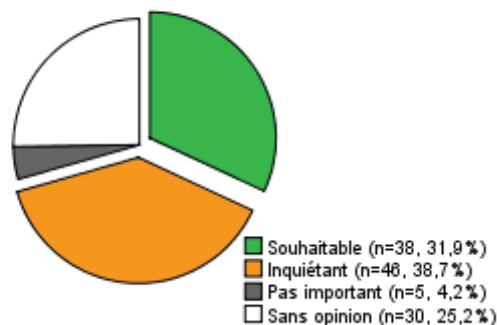


Après regroupement des classes comme présenté sur les graphiques, ces deux hypothèses ont été testées : la première est statistiquement significative ($p < 0,01$ qu'on prenne en compte les sans-opinion ou pas), la seconde n'est pas testable faute d'effectif sur les secteurs de Frangy et de La Balme, même après réunion de ces 2 secteurs extra-urbains.

3.3.7. A l'avenir, inclusion de nouveaux secteurs

Dans le cadre d'une diminution souhaitée du nombre de secteurs de garde, comment cette idée de regrouper toujours plus de secteurs autour des MMG est-elle perçue par les praticiens?

Fusion des secteurs (n=119)



Toujours dans le but d'affiner l'observation, nous avons décidé de tester différentes variables critiques du début de l'étude et d'observer leur influence sur la réponse à la question présente. A ces fins, nous avons sortis de l'analyse les non réponses (sans opinion) et des 4,2% de « pas important » afin d'obtenir des catégories significatives. Le nombre de médecins ayant répondu positivement ou négativement à cette question est de 84.

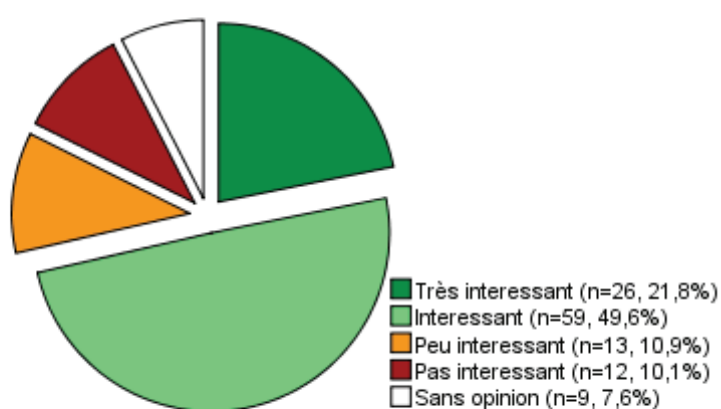
		Fusion des secteurs		Total	p-value
		Souhaitable	Inquiétant		
Secteur de Garde	Annecy	29 (40%)	44 (60%)	73 (100%)	n/a
	Sillingy / La Balme	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	
	Val-des-Usses	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	
	Total	38 (45%)	46 (55%)	84 (100%)	
Participation PDS	PDS libérale	20 (61%)	13 (39%)	33 (100%)	0,027
	Pas de PDS	18 (35%)	33 (65%)	51 (100%)	
	Total	38 (45%)	46 (55%)	84 (100%)	
Évaluation actuelle	Insatisfait	15 (60%)	10 (40%)	25 (100%)	0,077
	Satisfait	23 (39%)	36 (61%)	59 (100%)	
	Total	38 (45%)	46 (55%)	84 (100%)	
Déplacement	Opposé	7 (20%)	28 (80%)	35 (100%)	<0,0001
	Peu ou pas opposé	29 (62%)	18 (38%)	47 (100%)	
	Total	2 (5%)	46 (95%)	82 (100%)	
Changer d'exercice	Peu / pas intéressant	14 (29%)	34 (71%)	48 (100%)	<0,001
	Souhaitable	24 (67%)	12 (33%)	36 (100%)	
	Total	38 (45%)	46 (55%)	84 (100%)	

Ainsi, l'idée d'un regroupement futur avec d'autres secteurs pour l'instant isolés est mieux acceptée par les médecins qui prennent actuellement des gardes, par ceux pour qui un déplacement de plusieurs kilomètres vers le lieu de garde n'est pas un problème rédhibitoire, et par ceux qui souhaite faire évoluer leur mode d'exercice.

3.3.8. Analyse de l'intérêt global porté au projet

Cette question a pour objectif de rechercher l'appréciation globale des médecins pour ce projet, en dehors de toute notion de motivation personnelle.

Evaluation global du projet de MMG (n=119)



La totalité des répondants se sont exprimés pour cette question. Une grande majorité de médecin est intéressée par ce projet (71,4%). 21% sont plutôt sceptiques, voire en désaccord. Peu nombreux sont les praticiens n'ayant pas d'opinion à formuler (il s'agit essentiellement de médecins ignorant absolument tout du projet).

Le tableau suivant reprend une nouvelle fois les principales variables étudiées au cours de cette étude et indique leur lien statistique avec la présente opinion. Nous avons exclu de l'analyse les réponses « sans opinion », minoritaires, peu informatives et gênant la réalisation des tests statistiques.

		Intérêt porté au projet			p-value
		Intéressé	Pas intéressé	Total	
Sexe	Femme	41 (87%)	6 (13%)	47 (100%)	0,031
	Homme	44 (70%)	19 (30%)	63 (100%)	
	Total	85 (77%)	25 (23%)	110 (100%)	
Age	- de 45 ans	33 (94%)	2 (6%)	35 (100%)	0,014
	45-54 ans	19 (68%)	9 (32%)	28 (100%)	
	55 ans et +	33 (70%)	14 (30%)	47 (100%)	
	Total	85 (77%)	25 (23%)	110 (100%)	
Participation actuelle	PDS libérale	41 (91%)	4 (9%)	45 (100%)	0,004
	Pas de PDS	44 (68%)	21 (32%)	65 (100%)	
	Total	85 (77%)	25 (23%)	110 (100%)	
Secteur de Garde	Annecy	73 (74%)	25 (26%)	98 (100%)	N/A ¹
	Sillingy / La Balme	9 (100%)	0 (0%)	9 (100%)	
	Val-des-Usses	3 (100%)	0 (0%)	3 (100%)	
	Total	85 (77%)	25 (23%)	110 (100%)	
Évaluation actuelle	Insatisfait	32 (89%)	4 (11%)	36 (100%)	0,043
	Satisfait	53 (72%)	21 (28%)	74 (100%)	
	Total	85 (77%)	25 (23%)	110 (100%)	
Information reçue	Pas informé	17 (61%)	11 (39%)	28 (100%)	0,033
	Pas assez informé	33 (79%)	9 (21%)	42 (100%)	
	Bien informé	35 (88%)	5 (12%)	40 (100%)	
	Total	85 (77%)	25 (23%)	110 (100%)	
Déplacement ²	Opposé	24 (52%)	22 (48%)	46 (100%)	<0,0001
	Peu ou pas opposé	58 (95%)	3 (5%)	61 (100%)	
	Total	82 (77%)	25 (23%)	107 (100%)	
Changer d'exercice ³	Peu / pas intéressant	39 (61%)	25 (39%)	64 (100%)	<0,0001
	Souhaitable	45 (100%)	0 (0%)	45 (100%)	
	Total	84 (77%)	25 (23%)	109 (100%)	

1- Test de χ^2 inapplicable ici

2- 3 observations ayant répondu « sans opinion » à cette question ont été retirées de l'analyse afin de permettre la réalisation du test de χ^2

3- 1 observation ayant répondu « sans opinion » à cette question a été retiré de l'analyse afin de permettre la réalisation du test de χ^2

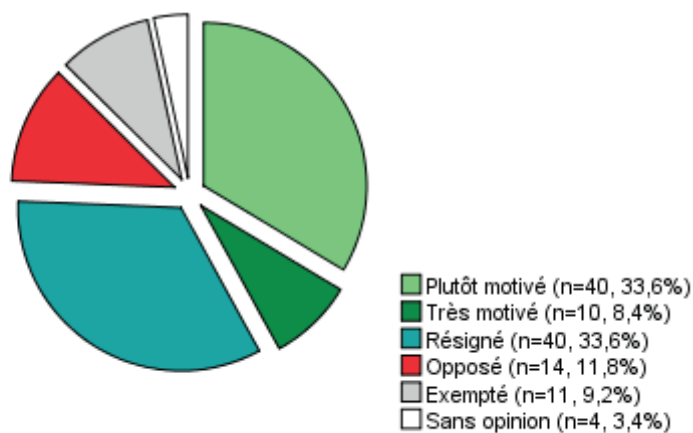
L'intérêt global porté à la MMG par les médecins ayant répondu au questionnaire semble donc dépendant de l'ensemble des facteurs, et ce de manière statistiquement significative. Les facteurs déterminant une opinion favorable sont:

- le sexe féminin et l'âge inférieur à 45 ans;
- le fait de prendre part à l'actuel système de PDS libérale;
- l'installation dans les secteurs de Sillingy / La Balme et du Val-des-Usses;
- l'insatisfaction ressentie envers le système actuel;
- un bon degré d'information reçu au sujet du projet de MMG;
- l'absence d'opposition à l'idée d'un déplacement vers le lieu de garde;
- le souhait de faire évoluer son mode d'exercice.

3.4.4. Analyse finale du degré de motivation

Cette dernière question cherche principalement à comptabiliser le nombre absolu de médecin motivés par le concept de MMG double-site, et donc susceptibles d'en constituer une base solide. Elle permet ainsi de répondre à notre objectif principal.

Motivation des médecins répondants vis-à-vis de la future MMG (n=119)



On compte donc 50 généralistes répondants motivés (voire très motivés pour 10 d'entre eux) par la future MMG soit 42% du total des réponses. Un tiers de l'effectif total participera au tour de garde sous la contrainte de l'obligation préfectorale (résigné, n=40, 33,6%). Les opposants francs à la prise de garde au sein de cette nouvelle structure représente 11,8% de l'échantillon soit 14 praticiens répondants. A noter une fraction non négligeable (9,2%) d'exemption.

Nous proposons une dernière fois une analyse détaillée, à la recherche de liens statistiques avec les principales variables définies au cours de l'étude et susceptible d'expliquer ces différentes réponses. A cette fin, nous allons réutiliser le tableau précédent pour expliquer les réponses « Très motivé », « Plutôt motivé », « Résigné » et « Opposé » en regroupant les deux premières. Les cas « Exempté », minoritaires et non informatifs en l'occurrence, sont exclus de cette analyse.

		Motivation pour le projet				p-value
		Motivé	Résigné	Opposé	Total	
Sexe	Femme	18 (39%)	24 (52%)	4 (9%)	46 (100%)	0,033
	Homme	32 (55%)	16 (28%)	10 (17%)	58 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Age	- de 45 ans	20 (57%)	13 (37%)	2 (6%)	35 (100%)	0,331
	45-54 ans	9 (35%)	12 (46%)	5 (19%)	26 (100%)	
	55 ans et +	21 (49%)	15 (35%)	7 (16%)	43 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Participation actuelle	PDS libérale	28 (64%)	14 (32%)	2 (5%)	44 (100%)	0,010
	Pas de PDS	22 (37%)	26 (43%)	12 (20%)	60 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Secteur de Garde	Anecy	39 (42%)	39 (42%)	14 (15%)	92 (100%)	N/A ¹
	Sillingy / La Balme	8 (89%)	1 (11%)	0 (0%)	9 (100%)	
	Val-des-Usses	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Valuation actuelle	Insatisfait	21 (66%)	9 (25%)	2 (6%)	32 (100%)	0,049
	Satisfait	29 (40%)	31 (43%)	12 (17%)	72 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Information reçue	Pas informé	10 (43%)	8 (35%)	5 (22%)	23 (100%)	0,019
	Pas assez informé	14 (34%)	23 (56%)	4 (10%)	41 (100%)	
	Bien informé	26 (65%)	9 (23%)	5 (13%)	40 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Déplacement ²	Opposé	4 (10%)	24 (59%)	13 (32%)	41 (100%)	<0,0001
	Peu ou pas opposé	44 (73%)	16 (27%)	0 (0%)	60 (100%)	
	Total	48 (48%)	40 (40%)	13 (13%)	101 (100%)	
Changer d'exercice	Peu / pas intéressant	18 (30%)	29 (48%)	14 (23%)	61 (100%)	<0,0001
	Souhaitable	32 (74%)	11 (26%)	0 (0%)	43 (100%)	
	Total	50 (48%)	40 (38%)	14 (13%)	104 (100%)	
Intérêt global ³	Intéressé	50 (63%)	30 (38%)	0 (0%)	80 (100%)	<0,0001
	Pas intéressé	0 (0%)	10 (43%)	13 (57%)	23 (100%)	
	Total	50 (49%)	40 (39%)	13 (13%)	103 (100%)	

1- Test de χ^2 inapplicable ici

2- 3 observations ayant répondu « sans opinion » à cette question ont été retirées de l'analyse afin de permettre la réalisation du test de χ^2

3- 1 observation ayant répondu « sans opinion » à cette question a été retiré de l'analyse afin de permettre la réalisation du test de χ^2

Ainsi les facteurs les plus déterminants pour la motivation des praticiens vis-à-vis de la future MMG sont :

- le sexe masculin;
- la prise de gardes dans l'actuel système;
- l'installation dans les secteurs de Frangy et de Sillingy (où le taux de motivation est quasiment de 100%);
- l'absence de satisfaction apportée par l'organisation actuelle (absence d'opposant au projet dans cette catégorie);
- une bonne information reçue vis-à-vis du projet;
- l'absence d'opposition franche à un déplacement vers l'une ou l'autre des deux antennes de la MMG (pas d'opposants à la MMG dans cette sous-population);
- l'expression d'un souhait de d'évolution du mode d'exercice;
- un intérêt global pour la MMG.

3.4. OPINION DU GROUPE SOS MEDECINS

L'activité de SOS Médecins est par nature basée sur l'existence d'une demande de soins non programmés, dans des zones essentiellement urbaines où l'offre n'est pas ou plus ou incomplètement assurée par les praticiens libéraux. Le bassin annécien nous l'avons déjà dit est largement couvert par une antenne SOS Médecins regroupant à ce jour huit praticiens, et souffre jusqu'à présent d'un manque de lisibilité de son dispositif de PDS, les patients s'orientant eux-mêmes bien souvent vers le SAU²³ ou SOS Médecins dont l'activité ne cesse de croître depuis 10 ans⁵¹. La franche opposition de ce groupe de médecins envers une maison médicale de garde est historique, raison pour laquelle nous avons jugé bon de l'explicitier séparément .

3.4.1 Généralités

Nous avons reçu 6 questionnaires en provenance de praticiens de l'association SOS Médecins Annecy, soit 75% de l'effectif théorique. On compte 5 hommes entre 35 et 44 ans et

1 seule femme dans la tranche 45-54 ans, soit une population plutôt masculine et jeune. Les 6 répondants ont tous jugés positivement l'actuelle organisation de la PDS libérale : 3 s'en disent plutôt satisfaits, 3 très satisfaits.

3.4.2. Attentes exprimées

Sur ces 6 questionnaires, 5 retrouvent des réponses très homogènes : 1 seul exprime globalement une opinion positive envers la MMG. Concernant les 5 autres questionnaires, les avis sont assez nets:

- moins d'actes réalisés lors des gardes au sein de la MMG (par rapport à l'activité habituelle);
- aggravation de l'engorgement des urgences, au mieux absence d'impact sur la fréquentation;
- absence d'amélioration de la qualité des soins pour la population.

3.4.3. Aspects pratiques du projet

Sur les 6 questionnaires recueillis, on retrouve:

- opposition franche envers le déplacement sur le site de Frangy (100% des réponses);
- 50 % d'opposition au mode de financement de la MMG;
- l'utilisation d'un matériel commun est un problème pour deux tiers des répondants;
- pas d'avantage apporté par la présence d'un personnel d'accueil ou par l'installation des locaux au sein d'une structure sécurisée / sécurisante;
- absence d'intérêt de la proximité du plateau technique hospitalier (100% des réponses).

3.4.4. Avis général

5 des 6 répondants se disent pas intéressés par l'idée de la MMG. A quelques semaines de l'ouverture de la structure, 5 expriment un sentiment d'opposition franche, 1 seul de la résignation.

4- DISCUSSION

4.1. LA SITUATION DU BASSIN ANNECIEN EST REPRESENTATIVE DU PAYSAGE MEDICAL NATIONAL

Nous avons exposé les éléments concourants à la fragilisation du dispositif actuel de permanence des soins libérale. Nous avons entre autres évoqués certains aspects socio-démographiques de la population médicale nationale: vieillissement et désaffection pour la médecine de ville conduisant à une diminution débutante des effectifs et à la désertification progressive des zones rurales, la féminisation de la profession aggravant encore ces phénomènes^{15, 19}.

Dans les premières analyses des données de notre étude, nous avons pu rendre compte de phénomènes tout à fait semblables sur le bassin annécien:

- il existe bien un vieillissement de la population des généralistes sur les trois secteurs considérés avec effectivement¹⁹ plus de 40 % de médecins âgés de plus de 55 ans;

- les médecins de moins de 35 ans ne représentent que 5% de l'effectif total, en rupture nette par rapport à la tranche d'âge suivante, confirmant le recul de l'âge d'installation et peut-être la récente désaffection des étudiants en médecine et jeunes diplômés pour la médecine générale libérale;

- l'étude de la pyramide des âges permet de se rendre compte de la sur-représentation croissante des femmes dans les tranches d'âge les plus jeunes où elles représentent plus de la moitié de l'effectif et plus précisément 75% de la population médicale de moins de 45 ans;

- le secteur rural du Val-des-Usses ne compte effectivement que trois médecins généralistes, soit une densité bien inférieure à la moyenne nationale : 2,2 médecins pour 10 000 habitants. Ce sont tous des hommes âgés de plus de 55 ans, traduisant l'absence chronique de renouvellement dans ce secteur passablement isolé. Leur charge de travail en journée comme aux horaires de permanence des soins est donc importante et de nature à altérer leur qualité de vie et à compromettre l'installation de jeunes praticiens.

La problématique nationale posée par la démographie médicale s'illustre donc bien sur les secteurs d'Annecy, de La Balme / Sillingy et du Val-des-Usses. Cette observation constitue une base importante pour notre étude dans le sens où les problématiques qui vont être discutées ensuite peuvent trouver un écho plus large que le simple plan local.

4.2. UN ETAT DES LIEUX CONTRASTE DE LA PERMANENCE DES SOINS LIBERALE

Nous avons pu constater au cours de l'analyse des données que la participation au système de garde actuel dépend essentiellement du lieu d'installation, avec un gradient croissant des centres urbains aux zones rurales. Le sexe ne semble pas jouer dans notre étude (alors que les études nationales font ressortir une participation un peu plus faible chez les médecins femmes). L'âge inférieur à 45 ans est associé à une plus grande implication dans la permanence des soins (motivation financière, moyen de faire connaître son cabinet, élan professionnel neuf).

De la même façon que nous avons pu opposer les secteurs d'Annecy et du Val-des-Usses sur des critères socio-démographiques, nous avons pu également constater que les médecins de ces deux secteurs opposés n'avaient pas non plus le même vécu en terme de permanence des soins. Si dans l'ensemble, ils ne remettent pas en cause la qualité de la régulation et de l'orientation des patients, si l'étendue de la plage horaire et le montant de l'indemnité forfaitaire versée par la CPAM leur semble convenables, certains points problématiques propres à chaque secteur persistent et sont à souligner.

Ainsi, concernant le secteur rural du Val-des-Usses, du fait d'un nombre absolu de médecins faible et en diminution, et d'une densité médicale très faible, la charge de travail de jour comme aux horaires de PDS est devenue trop importante. Il existe clairement pour ces médecins une crise au sein de la PDS du fait d'un trop grand nombre de garde.

A l'opposé, dans le secteur urbain d'Annecy, la participation à la permanence des soins est très faible : elle ne concerne qu'un tiers des médecins généralistes installés dans ce secteur, SOS médecins et régulateurs compris. L'importance de cette désaffection ne peut pas être expliquée seulement par les exemptions (âge du praticien, mode d'exercice particulier ou raisons médicales) mais par une absence pure et simple de motivation. L'activité de PDS est

donc assurée par une minorité de médecins, en complément de SOS Médecins et des urgences hospitalières. Pour une bonne partie de ces non-participants à la garde libérale, le système de PDS actuel est dans l'ensemble satisfaisant. Concernant cette fois la minorité de médecins qui prennent des gardes, si globalement le système de PDS bénéficie pour les deux tiers d'une évaluation positive, il existe un net problème de justification de la garde: la population leur semble mal informée de leur existence, d'où un manque de rentabilité et plus globalement un sentiment d'inutilité. On peut finalement comprendre la désaffection progressive des praticiens pour ce tour de garde urbain qui, peu fréquenté par la population, leur semble inutile. Ceci rejoint les constatations de différents auteurs sur la mauvaise utilisation de la garde libérale sur Annecy^{23, 51}, et plus généralement dans les zones urbaines^{11, 5516, 165}.

Sur le secteur péri-urbain/semi-rural de La Balme / Sillingy (couvert en partie par SOS Médecins et proche du SAU du nouvel hôpital régional), les avis sont identiques: la méconnaissance de la population des filières de soins entraîne un manque de fréquentation, et remet en cause la justification de ces gardes. Celle-ci restent trop fréquentes pour les praticiens, vu le faible nombre de médecins installés dans ce secteur, et ce malgré un taux de participation avoisinant 100%.

A priori donc le projet de fusion des 3 secteurs semble pouvoir répondre à ces différentes problématiques :

- mutualisation du pool de praticiens de ces secteurs permettant de « repeupler » artificiellement celui du Val-des-Usses où la PDS est réellement menacée et celui de La Balme de Sillingy où le besoin commence à se faire sentir. L'effort demandé aux médecins d'Annecy reste (et doit rester) en théorie modéré en terme de nombre de gardes annuel;
- amélioration de la lisibilité du dispositif par la population qui, orientée par le 15 vers la MMG ou réorientée vers l'antenne d'Annecy à son arrivée devant les urgences, permettrait de retrouver pour les praticiens un niveau d'activité satisfaisant à même de justifier son existence.

Restait donc à savoir si les médecins étaient prêts à changer de mode d'exercice, à se déplacer sur l'une ou l'autre antenne, et si cette réorganisation constituait a priori pour eux une amélioration à même de susciter leur motivation.

4.3. UN PROJET GLOBALEMENT INTERESSANT

Pour l'ensemble des généralistes ayant répondu, on note une forte adhésion à certaines caractéristiques pratiques de la MMG comme l'absence de participation financière garantie par un budget sur fonds publiques, la présence d'un personnel d'accueil, l'utilisation d'un local sécurisant ou la proximité du plateau technique hospitalier (pour l'antenne située devant le SAU). Un bénéfice est attendu en terme de qualité des soins pour la population et en terme de désengorgement des urgences pour une majorité des répondants, un nombre à peine inférieur de praticiens restant cependant sceptique. Pour la sous-population des médecins prenant déjà des gardes, un bénéfice supplémentaire important est attendu: diminution du nombre de gardes par an et/ou amélioration de la rentabilité des gardes.

70% des répondants se disent globalement intéressés par le projet, contre 20% de sceptiques. Cet intérêt est particulièrement marqué chez les jeunes médecins et chez ceux qui prennent déjà des gardes. Il fait l'unanimité chez les praticiens des zones rurales et péri-urbaines. C'est également un cadre de réalisation intéressant pour tout ceux qui souhaitent diversifier leur exercice professionnel. Il faut noter l'opposition franche des praticiens de SOS médecins.

Il existe clairement une relation entre le niveau de connaissance du projet et l'intérêt qui lui est porté. Concernant ces deux aspects il est bien difficile de savoir lequel entraîne l'autre. Il est en effet certain que l'intérêt porté à l'idée d'une MMG pousse à la recherche d'information (entre autre à participer aux réunions). D'un autre côté nous en sommes convaincus, une bonne information permet de se rendre compte de la qualité de la proposition.

Il est enfin évident qu'une absence complète d'information ne peut pas susciter d'intérêt : plusieurs praticiens ont probablement découvert la MMG au travers de notre étude. Et pourtant chez 61% de ceux-là le projet arrive à susciter un intérêt une fois les grandes lignes présentées.

Cette observation nous conduit à qualifier de « point noir » le problème du manque de communication autour du projet. Notre opinion est qu'il n'est pas concevable qu'un changement de cet ampleur murît depuis deux ans ait pu limiter sa communication auprès de ses principaux intéressés à une seule et unique réunion, surtout si tardive, à un stade où tout est déjà décidé.

4.4. UN ELAN DE MOTIVATION LIMITE

Notre étude a permis de caractériser cinq positions vis-à-vis du projet :

1 - tout d'abord la quasi-unanimité obtenue dans les secteurs du Val-des-Usses et de La Balme/Sillingy: sur les 15 médecins de ces secteurs, 12 ont répondu et 11 se disent motivés par le projet de MMG. On comprend aisément la position de ses praticiens, que la charge de travail croissante en journée conduit à accueillir positivement le soulagement procuré par ce partage des tâches le week-end.

Et sur le secteur d'Annecy:

2- 15% (soit 14 médecins) d'opposants déclarés à la MMG, satisfaits de l'organisation actuelle de la PDS, n'y participant pas, et formellement contre l'idée d'une modification de leur mode d'exercice ou celle de reprendre des gardes, *a fortiori* en ayant à se déplacer.

3- 42% (soit 39) de médecins motivés voire très motivés par le projet, souvent opposés points par points aux précédents. Il faut noter que plus de la moitié d'entre eux (22 exactement) sont des médecins qui ne participaient pas ou plus à la PDS. Cette observation souligne le potentiel de séduction de ce type de projet auprès de praticiens actuellement désinvestis du système de garde.

4- 42% (soit 39) de praticiens résignés à prendre des gardes au sein de la MMG, ils forment un groupe hétérogène : on y trouve un grand nombre de médecins prenant actuellement des gardes mais qu'un déplacement occasionnel vers Frangy rebute, et un groupe de praticiens actuellement désinvestis de la PDS et guère motivés à l'idée de reprendre des gardes.

5- l'opposition franche et historique des praticiens de SOS Médecins.

Donc au final un pool de 50 médecins réellement motivés sur les 125 répondants. Reste alors à considérer le groupe des non répondants qui représente tout de même 74 praticiens dont la grande majorité n'est pourtant pas exemptée de gardes. Nous avancerons les considérations suivantes :

- la quasi-totalité (95,5%) des médecins participant actuellement à la PDS ont répondu au

questionnaire : les 74 non-répondants sont donc quasiment tous en retrait du système de garde actuel;

- nous avons pu montrer que le taux de motivation enregistré chez les répondants ne prenant actuellement pas de garde est de 37%;

- ce taux est probablement plus faible parmi les 74 non-répondants, que le manque d'intérêt pour le projet a poussé à l'absence de réponse. On doit pourtant compter parmi eux quelques praticiens mal informés mais potentiellement motivés par la MMG et susceptibles de renforcer encore l'effectif.

Au total, ce pool de 50 médecins potentiellement volontaires aurait pu suffire au fonctionnement des deux sites de consultation, les week-ends et jours fériés, moyennant un nombre de garde de $((52 \times 2 + 11) \times 2) / 50 = 4,6$ gardes annuelles. Quand on ajoute la possibilité de faire participer les remplaçants, cette fréquence paraît raisonnable. Du point de vue réglementaire, le cahier des charges des MMG se trouve également satisfait (15 à 25 praticiens minimum par site). On aurait donc pu substituer à la réquisition automatique de tous une meilleure communication à même de renforcer encore cet effectif.

4.5. CRITIQUES GENERALES

4.5.1. De la conception même du questionnaire

Une des principales incertitudes quant à la validité scientifique des sondages provient de la façon dont est élaboré le questionnaire : en effet, l'intention de celui qui pose la question influe sur la méthode utilisée pour interroger des gens ainsi que sur la signification des résultats. Les préférences des demandeurs influencent ainsi la formulation des questions, l'ordre dans lesquelles elles sont posées, les réponses proposées, et les analyses qu'on en tire⁵⁶.

Notre questionnaire n'est pas indemne de ce type d'imperfections méthodologiques inhérentes à ce type d'enquête : ainsi, personnellement séduit par ce projet de MMG, les différentes questions proposées, dans leur fondement comme dans leur formulation, auront

probablement été teintées de nos convictions personnelles, au détriment de l'objectivité scientifique. Nous nous sommes pourtant attaché à laisser un champ d'expression à l'ensemble des opinions exprimées dans notre entourage professionnel au cours des mois qui ont précédés l'enquête. A l'avenir, l'élaboration de tels questionnaires pourra faire appel à un *focus group*.

4.5.2. Sélection de la population étudiée

Nous avons choisi de limiter notre étude à la population des médecins généralistes installés sur les trois secteurs concernés par la MMG. On compte pourtant d'autres acteurs au sein de la PDS libérale : les remplaçants tout d'abord qui constitue selon le député Boënnec « un gisement de ressource parfaitement formée et disponible » mais aussi les jeunes retraités, les salariés et les quelques médecins d'autres spécialité qu'une participation occasionnelle au sein de la MMG intéresserait. On inclut dans ces effectifs potentiels les internes en médecine générale qui participent déjà la PDS hospitalière et dont la participation à la PDS libérale est à envisager¹⁵. Ces soignants constituent pour nos parlementaires des « énergies aujourd'hui inemployées » que les ARS pourraient à l'avenir s'attacher à libérer dans le cadre d'une participation formalisée. Il aurait donc pu être intéressant d'évaluer la disponibilité et la motivation de ces effecteurs potentiels.

Pour autant, le cahier des charges des MMG formalisé par la circulaire du 23 mars 2007 précise qu' « un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. L'effectif sur lequel fonctionne la MMG ne doit donc pas être uniquement constitué de remplaçants »⁴³. Ainsi, puisqu'il s'agit ici de la réalisation d'un projet de MMG, il faut s'assurer et donc s'intéresser prioritairement à l'opinion de ces praticiens « élémentaires ». Plus globalement, les remplaçants comme les internes ou les médecins retraités ne sont pas ou plus en charge d'une patientèle déterminée, et ne sont pas à ce titre concernés par l'obligation d'assurer la continuité des soins. Enfin, leur effectif, variable d'une année sur l'autre, se prête mal à une enquête exhaustive, les excluant dès lors de notre étude.

4.5.3. Caractéristiques élémentaires de la population étudiée

La question numéro trois de notre questionnaire permettait le recueil de l'année d'installation. L'objectif initial était de pouvoir distinguer des différences d'opinions selon le nombre d'années d'installation et non pas seulement en fonction de l'âge du praticien. Seule variable de temps de notre étude, et du fait de connaissances statistiques insuffisantes, nous n'avons pu exploiter cette donnée, et donc choisi de la supprimer *a posteriori*.

Il faut également signaler un oubli, pourtant important lors des études sur la participation à la permanence des soins, qu'est celui du secteur conventionnel d'installation. En effet, d'études antérieures on retrouve généralement une moindre implication dans la PDS des praticiens installés en secteur 2 ou non conventionnés. Cette donnée, manquante, aurait pu être intéressante dans la description de la population médicale du bassin annécien, et renseigner sur le pourquoi de certaines divergences d'opinion enregistrées vis-à-vis de la MMG.

4.6. PROPOSITIONS

4.6.1. Communication

Notre étude a mis en évidence un groupe d'une cinquantaine de praticiens qu'un projet de MMG motive. Ce chiffre est en théorie suffisant pour faire fonctionner les week-end et jours fériés les deux antennes d'une MMG (4 à 5 gardes par an) sur la base d'une participation qu'on aurait donc pu laissée volontaire.

Ce groupe ne représente par contre qu'environ un quart des médecins concernés par ce projet. Nous avons pu montrer dans cette étude que le manque de communication des promoteurs vers les intéressés est à même d'expliquer au moins en partie cette relativement faible adhésion. Ce point devrait donc être particulièrement travaillé à l'occasion de futurs projets de MMG et pris en compte très tôt dans le projet, au moment de la réalisation de l'état des lieux. On pourra en particulier s'appuyer sur la réalisation d'une enquête d'opinion, éventuellement confiée à une entité extérieure au projet (URML par exemple).

4.6.2. Information

Nous avons vu qu'une des conséquences très attendues de la MMG est l'augmentation du nombre d'actes réalisés en garde : il y'a en effet fort a parier que peu nombreux sont ceux qui accepteront de prendre de longues gardes loin de chez eux sans voir aucun patient. C'est insister en particulier sur l'importance de l'information de la population. En effet, si la régulation des appels et l'orientation des patients appelant est indispensable, son efficacité ne sera optimale que si l'existence de la MMG est déjà dans l'esprit des patients. On utilisera pour cela plusieurs supports d'information dont:

- page Web de présentation assortie de *tags* (étiquettes, marqueurs) soigneusement choisis lui permettant d'apparaître facilement dans les moteurs de recherche généralistes. On pourra y afficher coordonnées, photos, horaires d'ouverture, conditions d'accès et y préciser la nécessité de consulter avec un moyen de paiement;
- inscription dans les colonnes des quotidiens locaux et régionaux;
- fléchage des sites de consultation, panneau à l'entrée de l'hôpital et de Frangy;
- affichage explicatif au niveau de l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO).

4.6.3. Optimisation du dispositif

A la suite de certaines remarques exprimées dans la question ouverte qui clôture notre questionnaire, il faut formuler enfin deux autres propositions, toujours dans le but d'obtenir une fréquentation suffisante des sites de consultation par la population et justifier ainsi son existence aux yeux des praticiens et des financeurs:

- le règlement des honoraires de consultation peut-être un obstacle pour les patients : on rappelle que si une consultation à la MMG permet à la CPAM une économie substantielle par rapport à la même prise en charge au SAU, elle entraîne pour le patient une avance de frais conséquente, de l'ordre de 50 euros, parfois beaucoup plus en cas de geste technique (ECG ou petite suture). A ce titre, la généralisation du tiers payant sur la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est souhaitable au sein de la MMG et de la PDS libérale en générale, au risque de contraindre certains patients à une consultation au SAU (où la dispense d'avance de frais est la règle);

- un praticien de Frangy fait très justement remarquer qu'à l'heure actuelle, la fréquentation de sa garde dépend étroitement du tour de garde de pharmacie. Nous avons en effet signaler qu'une seule pharmacie est installée à Frangy. Les week-ends où cette pharmacie est de garde, les patients consultent volontiers à Frangy; à l'inverse, si la pharmacie de garde est située à distance, les patients ont tendance à consulter au plus proche, afin d'économiser des déplacements. Le même problème se posera pour la MMG de Frangy, dans la mesure où l'on ne peut obliger la seule pharmacie de la commune à assurer la garde tous les week-ends. Ce problème n'est pas nouveau, d'autant que depuis le 1er janvier 2009, la taille des secteurs de garde augmente aussi pour les pharmacies. La solution à envisager est celle d'une dispensation exceptionnelle d'un nombre restreint de médicaments par le médecin de garde sur l'antenne de Frangy : cette activité de pro-pharmacie, soumise à autorisation préfectorale, devra faire l'objet d'une discussion au sein du CODAMUPS.

THESE SOUTENUE PAR : M. DUGUET Clément

TITRE : Réorganisation de la permanence des soins libérale sur le macro-secteur Annecy-Frangy autour d'une maison médicale de garde double-site : opinion des médecins généralistes concernés.

CONCLUSIONS:

Garantir un accès permanent aux soins à toute la population est un devoir qui s'impose à nos démocraties. En France, depuis 10 ans, cette mission de service publique est rendue difficile par la conjonction d'une demande de soins coûteuse et croissante, et d'un temps médical globalement raréfié et inégalement réparti sur le territoire. De cette équation complexe sont nées les maisons médicales de garde (MMG), lieux de consultations fixes mutualisant les ressources médicales, budgétaires et couvrant de vastes secteurs géographiques. Déjà bien implantées chez nos voisins européens, elles sont devenues pour le législateur français une solution aux problématiques de permanence des soins (PDS) et bénéficient depuis trois ans d'un cadre de réalisation facilitateur. Il en existe à ce jour plus de 200 sur le territoire.

Le quart sud-ouest de la Haute-Savoie n'échappe pas aux problématiques du système de santé national : la disparition de l'offre de soins dans les zones rurales comme le Val-des-Usses (cantons de Frangy et Seyssel) menace directement la PDS, et la mauvaise utilisation des ressources disponibles aux horaires de permanence des soins sur l'agglomération d'Annecy conduit à l'encombrement du Service d'Accueil des Urgences (SAU). De ce double constat est né le projet d'une maison médicale de garde originale, fusionnant trois actuels secteurs de garde et reposant sur deux sites de consultation : l'un à Frangy permettant le maintien d'une PDS dans cette zone rurale sous-médicalisée, l'autre au sein du centre hospitalier régional d'Annecy afin d'en désengorger le SAU. Ce projet, souhaité et porté par l'ensemble des organismes professionnels, décideurs et payeurs n'a rencontré qu'une incertitude majeure: celle de l'adhésion des professionnels, faute d'enquête d'opinion préalable. Ce doute persistant a finalement été levé par l'inscription d'office au tableau de garde de tous les praticiens concernés. Persuadé qu'une structure aussi séduisante pouvait rassembler un nombre de volontaires suffisant pour assurer son fonctionnement sans passer par des mesures coercitives, nous avons réalisé une enquête d'opinion.

Cette étude a été menée par voie postale sur l'ensemble des 201 médecins concernés. L'objectif principal était d'estimer le nombre de praticiens volontaires, motivés par la MMG, afin de vérifier si la réquisition systématique de tous les généralistes non exemptables était

réellement indispensable. Secondairement, l'étude devait permettre d'identifier les problématiques de la PDS au niveau local, et d'expliquer les différences d'opinion recueillies.

Avec un taux de réponse satisfaisant quoique hétérogène de 62,2%, l'étude retrouve bien les caractéristiques de la population médicale nationale : vieillissement global et féminisation participent à la démedicalisation progressive des zones rurales et au moindre investissement dans la PDS dans les zones urbaines. Alors qu'elle reste quasiment unanime en rural et semi-urbain, cette participation ne concerne plus sur Annecy qu'une petite minorité de médecins déçus du faible nombre de consultations réalisées pendant leurs gardes et dont le sentiment est de ne pas être très utiles.


Malgré un taux de réponse incomplet, nous avons pu recenser 51 médecins motivés par le projet, effectif théoriquement suffisant pour faire fonctionner les deux sites de consultations, les week-end et jours fériés, à raison de 4 à 5 gardes par an. Ainsi une réquisition générale ne semblait-elle pas absolument indispensable. Les facteurs déterminants la motivation envers la MMG ont été le sexe masculin, l'installation dans les secteurs du Val-des-Usses et de La Balme/Sillingy, la participation au système de garde actuel et l'expression d'une insatisfaction (nombre de garde trop élevé ou rentabilité insuffisante). Les principaux déterminants d'un avis défavorable sont une activité au sein de SOS Médecins, l'opposition au déplacement vers le site de consultation et le manque d'information au sujet de la MMG.

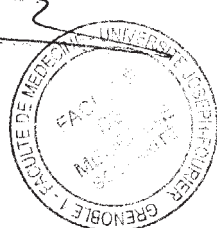
Dans les mois qui suivront l'ouverture de la structure, une attention toute particulière devra être apportée sur l'information de la population, la régulation des appels et le fléchage des sites de consultation, afin de garantir en particulier pour l'antenne de Frangy une fréquentation à même de justifier son existence aux yeux des praticiens. Pour de futurs projets de ce type, une information préalable exhaustive, répétée et complétée d'une enquête d'opinion permettra sans doute de réunir suffisamment de volontaires pour se passer de mesures coercitives toujours mal vécues par les professions libérales.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 16/03/2010

LE DOYEN


B. SELE



LE PRESIDENT DU JURY


PROFESSEUR F. CARPENTIER

BIBLIOGRAPHIE

1. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 2003.
2. Rép.Francaise. Art. R. 4127-47 (ancien article 47 du Code de Déontologie Médicale). Code Santé Pub.
3. Rép.francaise. Préambule de la Constitution 1946.
4. Rép.Francaise. Permanence des soins. Code Santé Pub 2010.
5. Rép.Francaise. Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale d'urgence et aux transports sanitaires.
6. DHOS. CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
7. Rép.Francaise. Article 77 - permanence des soins - obligations.
8. Rép.Francaise. Article R6315-4. Code Santé Pub.
9. Rép.Francaise. Article R6315-1. Code Santé Pub.
10. Rép.Francaise. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants no 1, no 3 et no 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
11. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en janvier 2010.
12. IGAS. Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire: Inspection Générale des Affaires Sociales; 2006
13. Grall J-Y. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence de soins. Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports; 2007.
14. Grall J-Y. Les maisons médicales de garde. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.
15. Boënnec P. Rapport d'information parlementaire sur la permanence des soins. Ass Nat Rep Fra 2008;1025.
16. CNAMTS. La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire. Point de repère 2009.
17. Lebreton-Lerouvillos G. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2009: Conseil national de l'Ordre des Médecins; 2009.
18. DRESS. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections

nationales et régionales. Etudes et Résultats DRESS 2009.

19. Y.Berland. Commission démographie médicale. 2005.
20. DRESS. Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2009. Etudes et Résultats DRESS 2010.
21. DRESS. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Etudes et Résultats DRESS 2000.
22. Carpentier FG, M. Etude de 21122 admissions en Service d'Urgences. Réan Soins intens Méd Urg 1990;6:27-30.
23. X. Courtois JJB, D. Carrier, J.B. Driencourt, A.M. Fabretti, J. Gaillat, J.P. Bissuel. État des lieux et propositions d'amélioration de l'accueil des urgences à Annecy. Santé Publique 2000;12:471-83.
24. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Serv Res 2009;9:105.
25. Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. BMJ 1994;308:249-53.
26. Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. Health Aff (Millwood) 2006;25:1733-7.
27. Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service: the Danish solution examined. BMJ 1994;309:1624-6.
28. Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark: evaluation five years after reform. BMJ 1998;316:1502-5.
29. Salisbury C. Evaluation of a general practice out of hours cooperative: a questionnaire survey of general practitioners. BMJ 1997;314:1598-9.
30. Charles-Jones H, Houlker M. Out-of-hours work: the effect of setting up a general practitioner cooperative on GPs and their families. Br J Gen Pract 1999;49:215-6.
31. Hughes P, Neal RD, Maskrey N. General practitioners prefer to work in cooperatives for out of hours work. BMJ 1997;314:1904.
32. Salisbury C. Postal survey of patients' satisfaction with a general practice out of hours cooperative. BMJ 1997;314:1594-8.
33. Jessopp L, Beck I, Hollins L, Shipman C, Reynolds M, Dale J. Changing the pattern out of hours: a survey of general practice cooperatives. BMJ 1997;314:199-200.
34. van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grol RP. Development of out-of-hours

primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives. *Fam Med* 2006;38:565-9.

35. van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling G, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res* 2005;5:27.

36. van Uden CJ, Ament AJ, Hobma SO, Zwietering PJ, Crebolder HF. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2005;5:6.

37. van Uden CJ, Winkens RA, Wesseling G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med* 2005;20:612-7.

38. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emerg Med J* 2004;21:722-3.

39. Moll van Charante EP, van Steenwijk-Opdam PC, Bindels PJ. Out-of-hours demand for GP care and emergency services: patients' choices and referrals by general practitioners and ambulance services. *BMC Fam Pract* 2007;8:46.

40. Rép.Française. Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire. *JO de la République Française* 2009.

41. Rép.Française. Décret no 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé. *JO de la République Française* 2010.

42. URMLBretagne. Rapport d'enquête relative à la permanence des soins: URMLBretagne; Juin 2008.

43. DHOS. Circulaire du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

44. INSEE. Population légale de Haute Savoie au 1er janvier 2010 - données 2007.

45. Lebreton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en région Rhône-Alpes - Situation au 1er janvier 2009. Publications Conseil National de l'Ordre des Médecins 2009.

46. URCAM. Densité médecin généralistes Haute Savoie par cantons. 2009.

47. Préfecture-de-la-Haute-Savoie. Arrêté n° 2007 - 13 modifiant l'annexe 2 du cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. 2007.

48. Weber A. La maison médicale de garde de Sallanches : l'implantation au sein du service des urgences hospitalières comme réponse possible à la permanence de soins en zone de montagne : évaluation de son fonctionnement et devenir. Grenoble: Université Joseph

Fourrier Grenoble I; 2009.

49. B. Audema AP, D. Tavernier, T. Roupioz, G. Denetière, Y. Gonzalez, R. Descloîtres, C. Courbin. Résultats et perspectives d'évolution de la maison médicale du Chablais au sein du service des urgences de l'hôpital de Thonon. JEUR 2007;22:50.

50. INSEE. Haute-Savoie : un dynamisme démographique tiré par la proximité de Genève. 2009.

51. Marion-Gallois S. Place de SOS médecins dans la permanence des soins du bassin annecien: Université Claude-Bernard (Lyon); 2003.

52. Rép.Française. Présentation de la loi HPST. 2009.

53. Le Dauphiné Libéré. "Ces maisons médicales ont déjà fait leurs preuves". 03 Octobre 2009.

54. Inititions aux méthodes statistiques en sciences sociales. 1998. (Accessed at http://grasland.script.univ-paris-diderot.fr/STAT98/stat98_8/stat98_8.htm.)

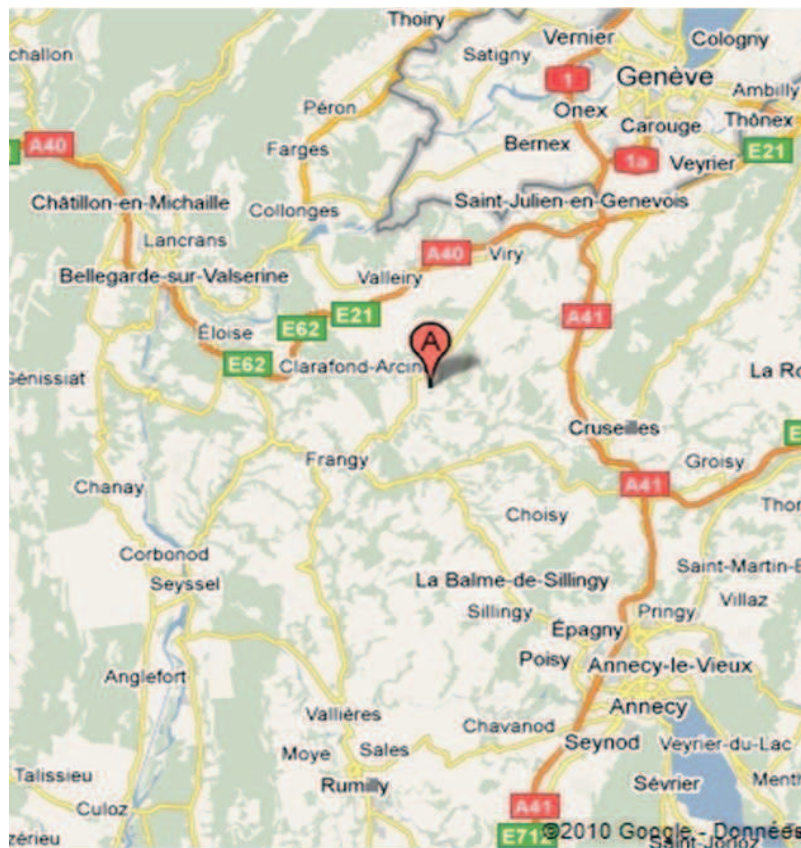
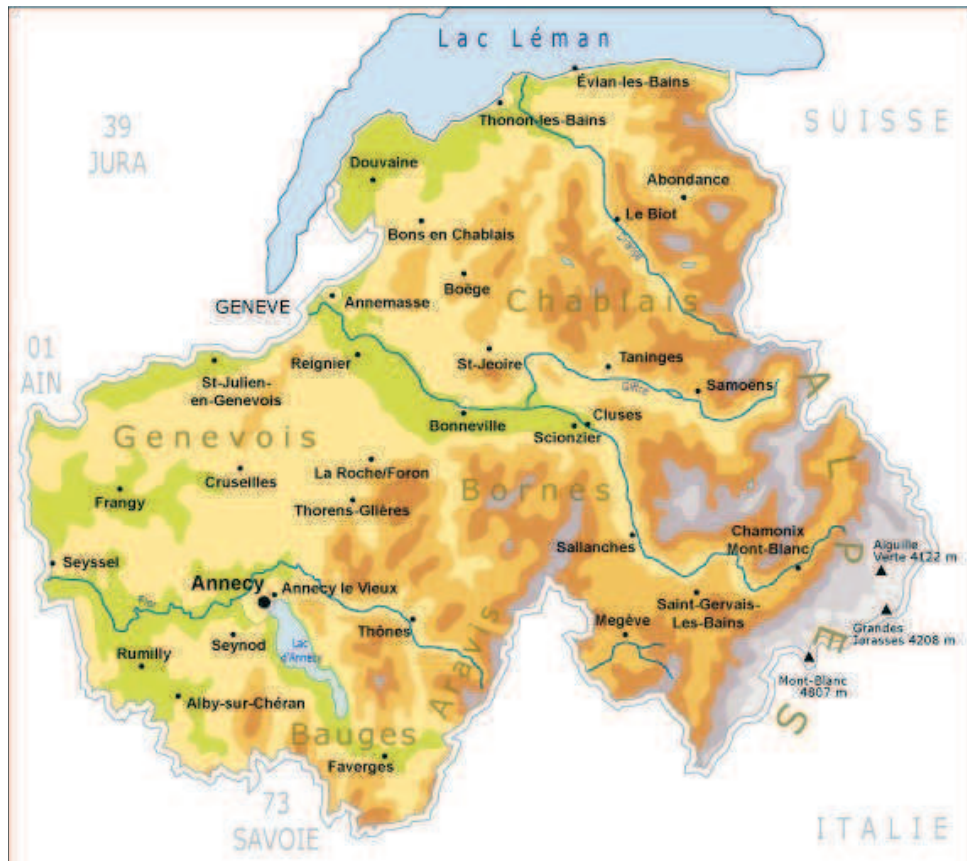
55. URCAMBretagne. État des lieux de la permanence des soins en Bretagne. Les Dossiers de l'URCAM Bretagne 2009;32.

56. Ghiglione RM, B. Les enquêtes sociologiques, Théories et pratique. 1998.

ANNEXES

ANNEXE 1

Repères géographiques



ANNEXE 2

**Sites dédiés à la permanence des soins en médecine générale
au 1er janvier 2010**

Enquête CNOM 2010

SITES DEDIEÉS A LA PERMANENCE DES SOINS EN MÉDECINE GÉNÉRALE AU 1^{er} JANVIER 2010



LEGENDE

Aucun site



1 à 2 sites



3 à 4 sites



+ de 4 sites



ANNEXE 3

Circulaire du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des solidarités

L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie

Direction de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins
Sous-direction du Système de soins
Bureau de l'organisation générale de
l'offre régionale des soins

Union Nationale des Caisses
d'Assurance Maladie

Direction de la Sécurité Sociale
Sous-direction du financement
du système de soins
Bureau des relations avec les
professions de santé

Annexe 1

de la circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007
relative aux maisons médicales de garde et au dispositif
de permanence des soins en médecine ambulatoire

CAHIER DES CHARGES **sur les** **Maisons médicales de garde**

Ce cahier des charges constitue un guide national pour l'identification et la signature des conventions quinquennales liant la Mission régionale de santé (MRS) et les Maisons médicales de garde (MMG).



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Partie 1 : Modalités de fonctionnement

Une maison médicale de garde (MMG) est un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins.

Pour fonctionner, la MMG doit répondre à un **besoin bien identifié**. Son financement annuel est octroyé sur la base d'une convention pluriannuelle intégrant un cahier des charges concernant ses modalités de fonctionnement.

1/ Motivation du projet :

L'évaluation du besoin d'une MMG s'effectue à partir :

- des besoins de soins constatés pendant les périodes de PDS (par exemple à partir du nombre horaire d'actes réalisés par le médecin d'astreinte, en fonction des créneaux) ;
- de l'importance de l'offre hospitalière ou libérale organisée sur les secteurs : l'état des lieux effectué pour la permanence des soins (PDS) peut être utilisé. En tout état de cause, l'organisation de la PDS doit viser à maintenir un accès à des visites "incompressibles". La MMG ne doit donc pas conduire à supprimer toute visite et à être la réponse exclusive aux demandes de la PDS. Elle doit rechercher une complémentarité avec tout acteur public ou privé impliqué dans l'organisation de la PDS et l'aide médicale urgente (AMU).
- des caractéristiques de fonctionnement des services d'urgences, notamment leur activité et leur localisation.

Le financement d'une MMG peut répondre aux besoins suivants :

- structuration de la PDS en milieu rural ;
- lisibilité et apport vis à vis de quartiers défavorisés en milieu urbain en tenant compte des zones déclarées déficitaires ;
- adaptation de la filière de prise en charge des patients en partenariat avec les structures d'urgence hospitalière;
- désengorgement des urgences hospitalières.

Ainsi, en cas de prestation de type SOS médecins et de structures d'urgence hospitalière, il est préférable d'ouvrir une MMG à proximité immédiate des structures d'urgence, sauf topographie et/ou densité de population donnant un intérêt particulier à une MMG isolée

La zone d'action de la MMG doit être définie :

- selon la population, avec au minimum 60 à 70 000 personnes en zone urbaine pour une installation distincte d'une structure d'urgence ;
- selon le rayon d'action, avec en zone rurale 30 à 35 km autour d'une MMG au maximum et selon les voies de communication ;
- selon le nombre de médecins participants. Un minimum de 20 à 30 médecins semble être nécessaire, garantissant ainsi le bon fonctionnement de la structure. Dans les zones rurales, au cas par cas, ce minimum peut être abaissé si la continuité et la permanence des soins peut être assurée.

Mentions obligatoires de la convention avec la Mission Régionale de Santé :

Identification du besoin en matière de maison médicale de garde

- Etat des lieux (offre hospitalière ou libérale, fonctionnement des structures d'urgence...)
- Zone déterminée par la MRS :
 - Population couverte
 - Rayon d'action
 - Sectorisation
 - Nombre de médecins susceptibles de participer
- Définition du besoin
 - Structuration PDS en milieu rural ;
 - Lisibilité et apport vis à vis de quartiers défavorisés en milieu urbain en tenant compte des zones déclarées déficitaires ;
 - Adaptation de la filière de prise en charge des patients en partenariat avec les structures d'urgences hospitalières ;
 - Désengorgement des urgences hospitalières ;



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

2/ La localisation de la maison médicale de garde :

Il est recommandé que la Maison Médicale de Garde soit de préférence située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence. En milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local ou, éventuellement, d'un EHPAD, d'une maison de retraite ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

La MMG peut toutefois être située hors d'une enceinte hospitalière ou d'une structure médico-sociale. Dans ce cas, il est préconisé, pour favoriser la sécurisation des locaux, que la MMG soit contiguë ou proche de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie) ou située dans un centre de santé.

Quelle que soit la localisation retenue, les locaux peuvent être partagés en journée avec d'autres structures ou être affectés à une autre utilisation.

Une attention particulière devra être portée sur les conditions d'accès du patient pris en charge par la MMG aux pharmacies de garde pour la dispensation des médicaments, le cas échéant.

Mentions obligatoires de la convention avec la Mission Régionale de Santé :

Localisation de la maison médicale de garde

Localisation :

- dans une enceinte hospitalière mieux intégrée ou contiguë d'une structure d'urgence; à défaut en milieu rural de préférence au sein d'un hôpital local ou à défaut d'un EHPAD ou une maison de retraite ;
 - contiguës ou proches d'autres structures effectuant une permanence (pompiers, police, gardiennage), pour des raisons de sécurité ou située dans les centres de santé en zone urbaine isolée.
 - Autre (à préciser).
- Conditions et modalités d'utilisation des locaux en dehors du fonctionnement de la MMG.
 - Dispositif de sécurité retenu.

3/ Modalités de fonctionnement de la Maison médicale de garde :

- Amplitude horaire :

La MMG est ouverte pendant les horaires de PDS, fixés dans le cahier des charges départemental arrêté par le préfet (art.R.6315-6 CSP). Une restriction de l'activité de la MMG peut donc s'effectuer, compte tenu des besoins constatés et en fonction de l'offre hospitalière disponible et des situations locales. La MMG est ainsi prioritairement ouverte sur la plage horaire 20h-24h en semaine, le dimanche et les jours fériés, ainsi que sur le samedi après-midi, lorsqu'un dispositif de permanence des soins est mis en place sur cette plage horaire par le préfet suivant les besoins locaux. Toutefois, compte tenu des besoins constatés, l'ouverture de la structure peut être circonscrite aux samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

La référence à des afflux saisonniers ou à une crise sanitaire doit être abordée dans le cahier des charges de la MMG. Il peut conduire à modifier les horaires d'ouverture ou à renforcer la présence médicale à la MMG.

- Modalités d'accès :

L'accès de la MMG doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R.6315-3 CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale. Si la MMG dispose d'un numéro propre, une interconnexion est mise en place avec le centre 15 et un protocole d'utilisation de ce numéro spécifique est élaboré pour garantir une communication claire autour du dispositif général de la PDS.

- Intervenants :

Un nombre minimum de médecins installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. L'effectif sur lequel fonctionne la MMG ne doit donc pas être uniquement constitué de remplaçants. Par contre, les MMG peuvent être des terrains de stage pour les étudiants en médecine. Par ailleurs, des médecins d'autres secteurs proches doivent pouvoir participer à la MMG et leur participation doit être identifiée.

- Les modalités de mise en œuvre du tiers payant :

Les modalités de paiement des usagers au sein de la MMG doivent s'effectuer selon le tiers payant lorsque l'accès à la MMG a fait l'objet d'une régulation.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Une attention particulière sur la situation existante localement est requise sur ce point. La convention médicale du 12 janvier 2005 (art.4.1.3.3) renvoie, en effet, à la conclusion d'accords locaux pour la mise en place des formes de dispense d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale, notamment pour les actes d'urgence ou pour les cas médicaux non programmés ou pour les soins destinés aux patients en situation de précarité.

Mentions obligatoires de la convention avec la Mission Régionale de Santé :

Modalités de fonctionnement de la maison médicale de garde

- Amplitude d'ouverture :
 - Hors afflux saisonniers
 - Pendant afflux saisonniers
- Modalités d'accès:
 - Régulation par la régulation de PDS
 - Régulation par un numéro spécifique de la MMG
 - Interconnexion avec le SAMU et, éventuellement, protocole d'utilisation du numéro spécifique
 - Accès direct exceptionnel
- Intervenants :
 - Nombre minimum de médecins participants, dont ceux installés dans un autre secteur:
 - Terrain de stage :
- Modalités d'articulation du projet dans le dispositif de PDS du département et avec le réseau des urgences ;
- Modalités de mise en œuvre du tiers payant.

Partie 2 : Modalités de financement

L'enveloppe annuelle reconductible sur la période de cinq ans définie dans la convention liant la MRS et la MMG, est déléguée sur les crédits du **fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)** créé par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.

Le financement des MMG est global et affecté au promoteur ou pour partie directement à l'établissement hébergeant la structure, selon les cas (frais de fonctionnement ; location des locaux...).

Par ailleurs, des partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales, sont à développer notamment pour ce qui concerne la mise à disposition de locaux, la sécurisation de la MMG ou l'organisation des transports en commun vers cette structure.

- Les locaux:

Les crédits délégués financent le prix moyen de location intégrant les charges, déterminé sur la base d'une surface de Maison Médicale de Garde (MMG) adaptée à l'activité et devant être au maximum de 120 m², avec un prix moyen global fixé sur la base du prix moyen observé dans la région ou ville.

Un budget pour la mise aux normes et pour la réfection des locaux peut être prévu en cas de nécessité.

Lorsque les locaux sont mis à disposition par un établissement de santé, celui-ci perçoit par le promoteur de la MMG, selon les règles de droit en vigueur et le cahier des charges sur les MMG :

- . un loyer si la MMG est établi sur le domaine privé ;
- . une redevance si elle est établie sur le domaine public (article L.2125-1 du code général de la propriété des personnes publique).

- Les coûts d'investissement :

L'enveloppe peut se situer entre 20 000 et 25 000€ maximum la première année pour le matériel médical, le matériel informatique et téléphonique et le mobilier. La Maison Médicale de Garde n'a pas à disposer d'un équipement médical lourd.

- Les coûts de fonctionnement :

L'enveloppe pour prendre en charge les consommables et petit matériel peut se situer entre 8 000 à 15 000€ par an.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

- **Les charges de personnel :**

Une personne préposée à l'accueil téléphonique et physique peut être nécessaire, pour des raisons d'activité ou de sécurité. Toutefois, le temps rémunéré de ce professionnel ne peut pas dépasser les horaires de la PDS tels que définis par le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) et le préfet dans le cahier des charges départemental. (par exemple si la PDS est définie de 20h00 à minuit la semaine de 12h à minuit les samedis et de 8h à minuit les dimanches et fériés c'est-à-dire 48H par semaine sans tenir compte des ponts et fériés tels que définis dans le décret PDS du 28.12.2006).

Par ailleurs, une prestation de ménage peut être envisagée. En cas d'hébergement par un établissement, le coût de cette prestation est inclus dans le loyer.

- **La coordination du fonctionnement de la MMG :**

En fonction, d'une part, du nombre de médecins participant au fonctionnement de la structure et, d'autre part, des situations locales, une coordination peut être mise en place. Néanmoins, si cette activité est réalisée par un médecin, elle ne peut être rétribuée à plus de 1C/jour d'ouverture par an au total pour la structure. La somme peut être attribuée forfaitairement pour le ou les médecins en charge de la MMG.

- **Autres frais :**

Des frais de gestion peuvent éventuellement être intégrés aux crédits délégués avec des honoraires d'expert comptable. Ces frais seront compris dans une fourchette à élaborer sur des bases comparatives entre régions et MMG, ainsi que des prestations de gestion du personnel permettant d'optimiser les coûts et d'assurer une stabilité.

ANNEXE 4

**Arrêté n° 2007 - 13 modifiant l'annexe 2 du cahier des charges relatif
à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire**

Préfecture de la Haute-Savoie

ANNEXE 2 : Sectorisation de la permanence de soins Décembre 2006

		Basse saison			En première partie de nuit la présence d'un médecin est assurée dans tous les secteurs de 20h à 22h. observations
		première partie de nuit	seconde partie de nuit	Dimanche et férié	
1	THONON-BAS CHABLAIS	1 médecin MMG <i>thonon</i>	urgences HDL	1 médecin	
		Bas Chablais Thonon	urgences HDL	1 médecin	
2	BELLEVAUX	MMG <i>thonon</i>	urgences HDL	urg HDL	
3	PLATEAU GAVOT	MMG <i>thonon</i>	urgences HDL	1 médecin	
4	EVIAN	1 médecin	urgences HDL	1 médecin	
5	ABONDANCE	MMG <i>thonon</i>	urgences HDL	1 médecin	
6	ANNEMASSE	1 médecin	1 médecin	1 médecin	en cas d'alerte sanitaire possibilité d'ouverture supplémentaire d'un cabinet les dimanches ou jours fériés
7	LA ROCHE-REIGNIER	1 médecin	urgences CHIAB	1 médecin	
8	GIFFRE	1 médecin	urgences CHIAB	1 médecin	
9	BONNEVILLE	1 médecin	urgences CHIAB	1 médecin	
10	CLUSES	1 médecin	urgences clinique ou HDPMB	1 médecin	
11	HAUT CHABLAIS - HAUT FAUCIGNY	MMG <i>thonon</i>	urgences HDL	1 médecin	
12	SAMOENS-MORILLON	1 médecin	1 médecin	1 médecin	
13	ST JULIEN-CRUSEILLES	St Julien Cruseilles	urgences HISLV	1 médecin	
14	ARAVIS	1 médecin	urgences HISLV	1 médecin	
15	THONES	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
16	THORENS-GLIERES	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
17	SALLANCHES MMG	1 médecin	urgences HDPMB	1 médecin	
		St Gervais-Contamines	urgences HDPMB	1 médecin	
		Sallanches Passy	urgences HDPMB	1 médecin	
		Combloux Megève	urgences HDPMB	1 médecin	
18	CHAMONIX	1 médecin	urgences HDPMB	1 médecin	
19	ARACHES FLAINE	1 médecin	urgences HDPMB	1 médecin	
21	PRAZ SUR ARLY	1 médecin	1 médecin	1 médecin	regroupé avec Flumet (73)
22	ANNECY	1 médecin en cabinet + 1 médecin susceptible de faire des visites	1 médecin	1 médecin en cabinet + 1 médecin susceptible de faire des visites	
23	TOURNETTE	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
24+25	RIVE ouest-FAVERGES	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
26	LA BALME	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
27	CUSY	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
28	VAL DES USSÉS	1 médecin	1 médecin	1 médecin	
29	RUMILLY	1 médecin	urgences CHRA	1 médecin	
	Nombre total de secteurs	25	5 secteurs avec effecteurs + 6 urgences	30	

		Haute saison d'hiver 15 décembre au 30 avril		En première partie de nuit la présence d'un médecin est assurée dans tous les secteurs de 20h à 22h. observations	
		première partie de nuit	seconde partie de nuit	Dimanche et férié	
1	THONON-BAS CHABLAIS	MMG 1 médecin			
		Bas Chablais Thonon	urg HDL urg HDL	1 médecin 1 médecin	
2	BELLEVAUX	1 médecin	urg HDL	1 médecin	
3	PLATEAU GAVOT	MMG thonon	urg HDL	1 médecin	
4	EVIAN	1 médecin	urg HDL	1 médecin	
5	ABONDANCE	MMG thonon	MCS souhaité	1 médecin	en absence d'effecteur, présence d'1 MCS souhaitée en seconde partie de nuit
6	ANNEMASSE	1 médecin	1 médecin	1 cabinet ouvert + 1 médecin susceptible de faire des visites	
7	LA ROCHE-REIGNIER	1 médecin	urg CHIAB	1 médecin	
8	GIFFRE	1 médecin	urg CHIAB	1 médecin	
9	BONNEVILLE	1 médecin	urg CHIAB	1 médecin	
10	CLUSES	1 médecin	urg Clinique ou HDPMB	1 médecin	
11	HAUT CHABLAIS -HAUT FAUCIGNY				
		Morzine, Montriond, St Jean d'Aulps	MCS souhaité	1 médecin	en absence d'effecteur, présence d'un médecin correspondant de SAMU souhaitée dans chaque sous-secteur en seconde partie de nuit.
		Avoriaz	MCS souhaité	1 médecin	
		Les Gets	MCS souhaité	1 médecin	
12	SAMOENS-MORILLON				
		Samoëns	MCS souhaité	1 médecin	
		Morillon	MCS souhaité	1 médecin	
13	SAINT JULIEN CRUSEILLES				
		St Julien	urg HISLV	1 médecin	
		Cruseilles	urg HISLV		
14	ARAVIS				
		Gd Bornand-St Jean de Sixt-Chinailion	MCS souhaité	1 médecin	en absence d'effecteur, présence d'un médecin correspondant de SAMU souhaitée dans chaque sous-secteur en seconde partie de nuit .
		La Clusaz	MCS souhaité	1 médecin	
15	THONES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
16	THORENS-GLIERES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
17	SALLANCHES MMG	1 médecin			
		St Gervais-Contamines	urg HDPMB	1 médecin	
		Sallanches Passy	urg HDPMB	1 médecin	
		Combloux Megève	urg HDPMB	1 médecin	
18	CHAMONIX	1 médecin	urg HDPMB	1 médecin	
19	ARACHES FLAINE				
		Les carroz	MCS souhaité	1 médecin	en absence d'effecteur, présence d'un médecin correspondant de SAMU souhaitée dans chaque sous-secteur en seconde partie de nuit.
		Flaine	MCS souhaité	1 médecin	
21	PRAZ SUR ARLY	1 médecin	MCS souhaité	1 médecin	
22	ANNECY	1 médecin en cabinet + 1 médecin susceptible de faire des visites	1 médecin	2 médecins en cabinet + 1 médecin susceptible de faire des visites	Secteur renforcé en période à risques épidémiques par un troisième médecin effectuant une permanence en cabinet
23	TOURNETTE	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
24+25	RIVE ouest-FAVERGES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
26	LA BALME	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
27	CUSY	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
28	VAL DES USSES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
29	RUMILLY	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
	Nombre total de secteurs	32	14 secteurs avec effecteur + 6 urgences	38	

		Haute saison d'été (WE avant le 14/07 au dernier week-end d'août)		En première partie de nuit la présence d'un médecin est assurée dans tous les secteurs de 20h à 22h.	
		première partie de nuit	seconde partie de nuit	Dimanche et férié	observations
1	THONON-BAS CHABLAIS	1 médecin MMG thonon	urg HDL	1 médecin	
	Bas Chablais Thonon	MMG thonon	urg HDL	1 médecin	
2	BELLEVAUX	1 médecin MMG thonon	urg HDL	1 médecin	
3	PLATEAU GAVOT	1 médecin	urg HDL	1 médecin	
4	EVIAN	MMG thonon	urg HDL	1 médecin	
5	ABONDANCE	MMG thonon	urg HDL	1 médecin	
6	ANNEMASSE	1 médecin	1 médecin	1 médecin	en cas d'alerte sanitaire possibilité d'ouverture supplémentaire d'un cabinet les dimanches ou jours fériés
7	LA ROCHE-REIGNIER	1 médecin	urg CHIAB	1 médecin	
8	GIFFRE	1 médecin	urg CHIAB	1 médecin	
9	BONNEVILLE	1 médecin	urg CHIAB	1 médecin	
10	CLUSES	1 médecin	urg Clinique ou HDPMB	1 médecin	
11	HAUT CHABLAIS -HAUT FAUCIGNY				
	Morzine Montriond, St Jean d'Aulps	1 médecin	urg HDL	1 médecin	
	Avoriaz	1 médecin	urg HDL	1 médecin	
	Les Gets	1 médecin	urg HDL	1 médecin	
12	SAMOENS-MORILLON	1 médecin	1 médecin	1 médecin	
13	SAINT JULIEN CRUSEILLES	1 médecin	urg HISLV	1 médecin	
	St Julien Cruseilles	1 médecin	urg HISLV		
14	ARAVIS				
	Gd Bornand-St. Jean de Sixt-Chinailion	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
	La Clusaz	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
15	THONES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
16	THORENS-GLIERES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
17	SALLANCHES MMG	1 médecin			
	St Gervais-Contamines	MMG sallanches	urg HDPMB	1 médecin	
	Sallanches Passy	MMG sallanches	urg HDPMB	1 médecin	
	Combloux Mégeve	MMG sallanches	urg HDPMB	1 médecin	
18	CHAMONIX	1 médecin	urg HDPMB	1 médecin	
19	ARACHES FLAINE				
	Les Carroz	1 médecin	urg HDPMB	1 médecin	
	Flaine	1 médecin	urg HDPMB	1 médecin	
21	PRAZ SUR ARLY	1 médecin	1 médecin	1 médecin	
22	ANNECY	1 médecin en cabinet + 1 médecin susceptible de faire des visites	1 médecin	1 médecin en cabinet + 1 médecin susceptible de faire des visites	
23	TOURNETTE	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
24+25	Rive ouest-FAVERGES	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
26	LA BALME	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
27	CUSY	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
28	VAL DES USSES	1 médecin	1 médecin	1 médecin	
29	RUMILLY	1 médecin	urg CHRA	1 médecin	
	Nombre total de secteurs	31	5 secteurs avec effecteurs + 6 urgences	35	

ANNEXE 5

Questionnaire enquête d'opinion

Enquête d'opinion auprès des médecins généralistes concernés par le projet de création d'une maison médicale de garde double-site Annecy-Frangy

1 - Etes-vous...

- Un homme Une femme

2 - Classe d'âge

- 25-34 35-44 45-54 55-64 65 et +

3 - Année d'Installation

..... | | | | |

4 - Secteur de garde dont dépend votre commune d'installation :

- ANNECY SILLINGY / LA BALME FRANGY

5 - Actuellement, participez-vous à la permanence des soins? (Plusieurs réponses possibles)

- Oui, dans le cadre des gardes sectorisées (Annecy, Frangy ou La Balme)
 Oui, au sein d'une association de type SOS Médecins
 Oui, au sein d'une structure hospitalière (SAU) ou pré-hospitalière (SAMU)
 Oui, au sein du centre 15, en tant que médecin régulateur
 Non, je ne participe pas, ou plus, à la permanence des soins
 Plus de 50% de mes gardes sont assurées par un confrère / un remplaçant

Autre à préciser

6 - Globalement, vous jugez l'actuel système de garde libérale "par secteur"

- Très satisfaisant Plutôt satisfaisant Plutôt pas satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Evaluez l'actuel système de garde sectorisé sur les critères suivants (Cochez "sans importance" pour les critères qui vous semblent accesssoires, peu décisifs)

	Faible	Correct	Trop élevé	Critère sans importance
7 - Rapport du nombre d'actes réalisés / temps de garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 - Nombre annuel de gardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - Montant de l'indemnisation forfaitaire CPAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 - Etendue de la plage horaire de garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 - Justesse / qualité de l'orientation des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 - Information de la population de votre présence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 - Ressenti personnel global du service rendu à la population	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 - Concernant la future réorganisation de la permanence des soins autour d'une maison médicale de garde à double antenne Annecy / Frangy, vous vous estimez:

- Bien informé Peu / pas assez informé Pas du tout informé

Selon vous, quel pourrait être l'impact de cette Maison Médicale de Garde sur les critères ci-dessous

	Amélioration	Pas de changement	Dégradation	Critère sans importance
15 - Nombre de gardes (1 à 2/an si 100% de participation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 - Nombre d'actes réalisés par garde (rentabilité)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - Engorgement des urgences hospitalières du CH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 - Qualité des soins dispensés à la population	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 - Charge de travail en début de semaine dans votre cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 - Justesse / qualité de l'orientation des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 - Concernant le déplacement géographique que représente la prise d'une garde sur l'une ou l'autre antenne, vous vous y estimez :

Très opposé Opposé Peu ou pas opposé Sans opinion

Autre

Sur le plan de l'organisation matérielle, comment jugez-vous les propositions suivantes:

	Positif	Peu ou pas important	Négatif / problématique
22 - Présence d'un personnel d'accueil, de secrétariat et d'entretien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 - Frais de fonctionnement inclus dans le budget de la MMG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - Partage du matériel et du local entre plusieurs praticiens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 - Local intégré au sein d'une structure "sécurisante"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - Pour l'antenne d'Annecy, proximité du plateau technique hospitalier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 - Exercer ponctuellement au sein d'une nouvelle structure, changer partiellement son mode d'exercice c'est pour vous:

souhaitable peu intéressant sans intérêt sans opinion

28 - Aujourd'hui 3 secteurs fusionnent, et demain d'autres pourraient être inclus.

C'est une source d'inquiétude Ce n'est pas important C'est souhaitable
 Sans opinion

29 - Indépendamment de votre motivation, vous jugez ce projet globalement

Très intéressant Intéressant Peu intéressant Pas intéressant Sans opinion

30 - A quelques semaines de l'ouverture, quel est votre état d'esprit vis-à-vis de la maison médicale de garde:

Très motivé Plutôt motivé Résigné Opposé Sans opinion

Autre à préciser

31 - Commentez / détaillez votre dernière réponse

Critiques générales / propositions formulées sur le projet

Commentaire libre

.....

.....

.....

.....

.....