



HAL
open science

Les maisons médicales de garde en Aquitaine : l'opinion des médecins généralistes

Élodie Simiot

► **To cite this version:**

Élodie Simiot. Les maisons médicales de garde en Aquitaine : l'opinion des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01187293

HAL Id: dumas-01187293

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01187293>

Submitted on 26 Aug 2015

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.

Université Bordeaux 2- Victor Segalen
U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Année 2015

Thèse N°48

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement le 21 Avril 2015
Par Mlle Elodie SIMIOT

Née le 14/03/86 à LE CHESNAY

Titre de la thèse :

Les Maisons Médicales de Garde en Aquitaine :
Opinion des médecins généralistes

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Elodie LACOTTE-MARLY

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Roger SALAMON	Président
Madame le Docteur Elodie LACOTTE-MARLY	Juge et directrice
Monsieur le Docteur Christophe ADAM	Juge
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA	Juge
Monsieur le Docteur Michel THICOÏPE	Juge

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur Elodie Lacotte-Marly, merci d'avoir accepté la direction de ce travail. Merci surtout d'avoir été aussi attentive pour me guider et me conseiller dans mes choix.

A Monsieur le Professeur Roger Salamon, merci de me faire l'honneur de présider ce jury.

A Monsieur le Docteur Philippe Castera,

A Monsieur le Docteur Michel Thicoïpé,

A Monsieur le Docteur Christophe Adam,

Pour avoir accepté si simplement de juger ce travail, je vous prie d'agréer mes plus sincères remerciements.

Je suis reconnaissante à Monsieur le Professeur Frédéric Vargas pour avoir évalué cette thèse.

A ma famille, qui m'a fait confiance, et m'a permis de me réaliser.

A mes amis, de maintenant et de toujours, de médecine et d'ailleurs, pour leur indéfectible amitié.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
ABREVIATIONS.....	6
I. Introduction	7
II. Le contexte	9
A. Code de déontologie et évolution de la législation.....	9
1. Déontologie.....	9
2. La grève de 2001.....	10
3. Loi HPST	12
4. Le Code de Santé Public.....	13
5. La permanence des soins ambulatoire PDSA en Aquitaine.....	14
6. Restructuration de la PDSA : émergence d'un concept international ?.....	17
B. La démographie médicale en médecine générale :.....	20
1. Au niveau national.....	20
2. En Aquitaine.....	27
3. Les médecins remplaçants en France.....	35
4. Conclusion.....	39
C. Les urgences hospitalières : l'offre de soins en Aquitaine.....	40
1. Le profil des patients consultants aux urgences.....	40
2. Les urgences hospitalières en France.....	44
3. L'offre de soins en terme d'urgences hospitalières en Aquitaine.....	49
D. L'évolution au niveau nationale de la mise en place des MMG.....	51
1. Les MMG en France.....	51
2. Les MMG en Aquitaine.....	54
3. Avantages relevées au décours de leur mise en place	55
4. Le rapport de JY Grall de 2006 : synthèse.....	56
E. Aspect économique : Financement des MMG.....	57
1. Le Fond d'Intervention Régional : FIR.....	57
2. Les missions du FIR.....	58
3. Synthèse financière : répartition des crédits.....	59
F. Conclusion.....	67
III. Obstacles à la mise en place des MMG: Opinion des médecins généralistes d'Aquitaine	68
A. La problématique : Obstacles à la mise en place des MMG ?	
B. L'hypothèse	
C. L'objectif principal	
D. Les objectifs secondaires	
E. Démarche bibliographique	

IV.	Matériels et méthodes.....	69
	A. Type d'étude	
	B. Population étudiée	
	C. Variables d'intérêts recueillies	
	D. Design de l'étude	
	E. Critère de jugement principal	
	F. Critères de jugement secondaire	
V.	Résultats.....	73
	A. Taux de réponse.....	73
	B. Aspect démographique de l'échantillon.....	75
	C. Comparaison des groupes : répondant et population générale des médecins généralistes.....	78
	D. Opinion des médecins vis à vis de l'actuel système de PDSA.....	80
	E. Opinion des médecins vis à vis des MMG.....	82
	F. Souhait des médecins généralistes de participer au fonctionnement d'une MMG : les « oui ».....	85
	G. Analyse du groupe « non ».....	86
	H. Analyse du groupe « oui ».....	92
	I. Comparaison des groupes « oui » et « non ».....	96
	J. Critère de jugement principal : facteurs influençant l'opinion des médecins quant à leur souhait de non investissement dans une MMG.....	102
	K. Conclusion.....	103
VI.	Discussion	104
	A. L'interprétation des résultats de l'enquête et orientation des objectifs.....	104
	1. Questionnements	
	2. Constat chiffré	
	3. Profil des médecins en accord avec l'installation des MMG	
	4. Constat géographique	
	5. Constat des obstacles pouvant influencer l'opinion des médecins	
	6. Participation des généralistes aux modes de garde classique	
	7. Constat des freins quant à l'approbation des médecins pour le développement des MMG	
	8. Synthèse de l'enquête	
	9. Hypothèse pour expliquer les observations	
	10. Impact des MMG sur les urgences hospitalières	
	11. Et les patients ?	
	B. Critiques	
	générales.....	110
	1. Les forces et faiblesses du travail	

2. Les forces et faiblesses des résultats	
3. Difficultés rencontrées	
C. Propositions pour optimiser la mise en place des MMG en Aquitaine.....	112
1. Rappel du diagnostic résultant des réponses à notre enquête	
2. Propositions pour développer la motivation des médecins généralistes	
3. Diminuer le cout de la PDSA, une nécessité	
VII. Conclusion.....	115
BIBLIOGRAPHIE.....	116
ANNEXES.....	121
SERMENT MEDICAL.....	129
RESUME.....	130

ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS : Agence Régionale de Santé
ATU : forfait Accueil et Traitement des Urgences
CAPS : Centre d'Accueil et des Premiers Soins
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CH : Centre Hospitalier
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CODAMUPS et CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
DRDR : Dotation Régionale de Développement des Réseaux
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQSV : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FIR : Fonds d'Intervention Régional
FMESPP : Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés
HAS : Haute Autorité de Santé
IOA : Infirmière Organisatrice de l' Accueil
MMG : Maison Médicale de Garde
MRS : Maison Régionale de Santé
ONDAM : Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PDS : Permanence Des Soins . PDSA : Permanence des soins ambulatoires
RAD : Retour A Domicile
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
VAD : Visite A Domicile

I. INTRODUCTION :

Après ces années d'études en spécialité de médecine générale qui m'ont passionnées, j'ai pu acquérir une certaine expérience sur le terrain : d'une part lors de mon stage chez le médecin généraliste et lors de mes différents remplacements de médecine générale, et d'autre part lors de mon stage en service d'urgences hospitalières. Cette expérience m'a permis de développer des éléments de réflexion concernant la prise en charge des patients pour des consultations non programmées relevant de la médecine ambulatoire que ce soit lors des gardes de médecine libérale ou aux urgences. J'ai choisi pour ma thèse de vous présenter un travail de réflexion sur les Maisons Médicales de Garde existantes dans la région Aquitaine.

Ces points d'accueil d'urgence ont été organisés sur tout le territoire français, il y a une dizaine d'années dans le but d'optimiser la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et de soulager les services d'urgence des hôpitaux qui connaissent une fréquentation exponentielle, tout en assurant une prise en charge de qualité pour les patients qui ne relèvent pas des urgences hospitalières mais de la médecine de ville (8, 9,45). Plusieurs thèses et mémoires, ont été faits sur des MMG en France mettant en avant leur efficacité et la satisfaction des praticiens à exercer la PDSA dans cette structure (40,44).

La problématique de l'afflux massif aux services d'urgence à l'hôpital en corrélation avec la volonté d'assurer la Permanence Des Soins Ambulatoires est, à ce jour, toujours récurrent et un sujet d'actualité sensible.

C'est la raison pour laquelle nous avons décidé de mener une étude sur les MMG en Aquitaine afin de dresser un état des lieux actuel.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours mais aussi de premier secours, il est en effet présent tout au long de la chaîne de prise en charge du patient dans un état aigu. Son rôle est de préserver une activité libérale avec des consultations programmées mais aussi d'assurer la Permanence Des Soins Ambulatoires. Elle constitue une mission de service public et une obligation déontologique (1). Au plan national, en effet, les recours urgents ou non programmés représentent 12% de l'activité des généralistes libéraux (3).

La permanence des soins ambulatoires comprend la prise en charge des consultations non programmées ou urgences médicales relevant de la médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Le recours urgent, non programmé en médecine libérale est défini en matière de santé comme « un phénomène qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend et inquiète, à tort ou à raison, l'intéressé et/ou son entourage » (Pr Delbarre) (2). Alors que l'urgence est souvent associée à une détresse vitale, cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé répond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

De plus, des efforts politiques sont faits pour améliorer l'adhésion des médecins généralistes à la PDSA, particulièrement depuis la grève de 2001, qui permet aux médecins généralistes de faire des gardes sur la base du volontariat (2).

Des études ont permis de mettre en avant le fait qu'une partie non négligeable des consultations aux urgences relèvent de consultations de médecine générale non programmées : ainsi de par l'engorgement des urgences et l'augmentation du coût que ces consultations induisent, les patients ne bénéficient pas d'une prise en charge optimale (4).

En France, la PDSA est entre les mains des médecins généralistes. Cependant le maintien de la PDSA la nuit et le week-end devient difficile dans certains secteurs du fait du manque de médecins généralistes. Depuis quelques années, en effet, la démographie médicale se modifie avec une répartition inégale sur le territoire, une féminisation importante, et de nombreux départs à la retraite. . Ces différents éléments, associés à une modification de la demande de soins liée à une population plus âgée et à une part de patients probablement plus consuméristes, ce qui aggravent l'afflux massif dans les services d'urgences pour des actes relevant de la médecine générale (3).

En Aquitaine, le développement des MMG se fait doucement avec 4 MMG en place actuellement, pour un vaste territoire (34). Le développement de ces MMG sont une volonté politique établie, mais les médecins généralistes libéraux d'Aquitaine sont-ils désireux de s'investir dans ces structures de consultations non programmées, hors cabinet, type Maison Médicale de Garde? C'est pour aider à apporter des éléments de réponses que nous avons mené cette enquête. L'hypothèse de recherche selon laquelle une proportion majoritaire de médecins généralistes libéraux d'Aquitaine souhaite s'investir dans une MMG part du postulat des études réalisées en France concernant l'opinion des médecins généralistes faisant leurs gardes au sein des MMG.

Notre travail consiste à déterminer l'opinion des médecins généralistes quant à cette structure de PDSA car ce sont eux qui permettent, avec l'aide de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et des collectivités locales, leur mise en place et leur fonctionnement.

L'objectif principal de cette enquête est de déterminer les facteurs influençant les médecins généralistes dans leur souhait d'investissement ou non dans une MMG. Les objectifs secondaires sont de déterminer la proportion de médecins généralistes déclarant être prêts à s'investir dans une MMG en Aquitaine, d'évaluer l'opinion des médecins généralistes d'Aquitaine concernant le développement des MMG, et enfin de déterminer les éléments qui permettraient d'optimiser la mise en place des MMG en Aquitaine.

II. CONTEXTE :

A. Code de déontologie et évolution de la législation

1. La déontologie médicale :

En revenant à l'étymologie du mot DEONTOLOGIE on retrouve DEON, « ce qui convient, ce qui est convenable, ce qu'il faut faire » et ONTOS qui correspond au « discours ». Ce mot est empreinté à l'anglais « deontology ». En effet l'auteur de ce terme est Jérémie BENTHAM (1748-1832), philosophe et juriste britannique, il y a 200 ans.

Le code de déontologie régit un mode d'exercice d'une profession en vue du respect d'une éthique (5). Ce code comprend un ensemble de droits et de devoirs. C'est la science morale qui traite des devoirs à remplir. C'est un mot récent pour des racines anciennes. L'origine de ce code de déontologie médicale remonte au serment d'Hippocrate (6): ce serment a été influencé par les médecines mésopotamienne et égyptienne depuis -400 ans avant JC et il y a 1000 ans dans le monde arabo-musulman.

Le code de déontologie médicale figure dans le code de la Santé Publique sous les numéros R.4127-1 à R.4127-112 (7):

L'Article 1^{er} énonce « Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L.4112-7 du code la Santé Publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88 du présent code. Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre. »

L'Article 47 énonce les devoirs envers les patients: « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

L'Article 77 : « Il est du devoir du médecin de participer à la Permanence Des Soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. »

L'Article 78 : « Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgence ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes les dispositions pour être joint au plus vite. Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la

mention « médecin urgences », à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin. Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59. »

2. La grève de 2001 : la structuration nouvelle de la PDSA

En 2001, un mouvement de grève des gardes a abouti, après un conflit long et sévère, au retrait, au second semestre 2002 de l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale et son remplacement par un système collectif fondé sur le volontariat (8).

Ce changement est radical et son origine est à rechercher dans l'augmentation explosive de la demande de soins, l'inégalité entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes (en terme de garde), les différences de situation entre les villes et les campagnes, et l'aspiration, chez les nouvelles générations de médecins à moins de contraintes.

Deux lois en 2002 et 2009 qui modifient le code de santé publique, quatre décrets en 2003, 2005, 2006 et 2010, plusieurs conventions médicales, dont la dernière s'achève en 2013, sont tour à tour revenus sur l'organisation de la PDSA (9). Le premier décret n°2003-881 du 15 septembre 2003, le deuxième décret du 4 avril 2005, la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006, l'avenant n°3 à la convention nationale conclu le 14 avril 2005 relatif à l'arrêté du 26 mars 2005 et enfin le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, font état des lieux des évolutions concernant la permanence des soins ambulatoires.

En résumé il en découle dans les textes :

- Un volontariat rémunéré avec régulation des appels
- L'extension des forfaits d'astreinte aux pharmacies et aux transports sanitaires
- L'information et sensibilisation du public

Et il est constaté sur le terrain :

- Une baisse du nombre de généralistes volontaires
- Une implication croissante de l'hôpital dans la permanence des soins ambulatoires.
- Des difficultés persistantes de la régulation
- Une explosion des dépenses
- Une difficile évaluation de la participation des urgences à la PDSA

La mission de service public de la permanence des soins permet de répondre aux demandes de soins la nuit, les week-end, les jours fériés et pendant certains ponts : elle est exercée par des médecins exerçant en cabinet, par des associations de praticiens

constituées spécialement à cet effet mais également dans certaines conditions, par les établissements de santé (8).

Des services de garde et d'urgence, obéissant à des règles différentes, sont également mis en place pour les pharmacies et les transports en ambulance (9). Longtemps assurée par un tour de garde des médecins libéraux qui constituait pour eux une obligation déontologique, la permanence des soins ambulatoires s'est trouvée bouleversée lorsqu'à la suite de cette grève des gardes, la décision a été prise en 2002 de fonder le système sur le volontariat avec une rémunération sous forme de forfait d'astreinte. Un tel ébranlement rendait nécessaire une nouvelle organisation.

Une succession de réforme a été nécessaire à sa mise en place, se traduisant en 2012 par près de 700 millions d'euros de dépenses directe de l'assurance maladie soit un quasi triplement budgétaire depuis 2001, indépendamment des frais engagés par les hôpitaux (9).

L'enquête conduite par la Cour des comptes en 2012, centrée principalement sur la permanence des soins assurée par les médecins libéraux montre que le changement de modèle intervenu en 2002 n'a pas fini de faire sentir ses effets que ce soit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui ou par l'explosion des dépenses qui en résulte.

Ce constat exige que tous les leviers, organisation de la présence médicale sur le terrain, information du public, surveillance et régulation du système soient mobilisés pour améliorer l'efficacité d'un dispositif essentiel pour la population.

C'est à l'issue de ce mouvement de protestation que les travaux menés par un groupe de réflexion dirigé par le Sénateur honoraire Charles Descours, en 2003, ont amené à la publication de textes réglementaires et d'avenants conventionnels définissant la PDS et son fonctionnement, ainsi que ses modes de rémunération (9).

Quatre lignes structurantes en découlent :

- 1) La notion de mission d'intérêt général appliquée à la PDS, à laquelle les médecins participent sur la base du volontariat.
- 2) La définition des horaires de la PDS (de 20h à 8h pour les jours ouvrables et de 8h à 20h pour les dimanches et fériés), son mode d'accès par une régulation dépendante directement ou interconnectée avec le centre 15.
- 3) L'organisation territoriale départementale sous la responsabilité du préfet avec l'aide du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins (CODAMUPS). Une sectorisation est arrêtée.
- 4) Un financement déterminé sur ces secteurs est attribué sous forme d'astreinte de montants variables entre 20h et 24h (50 euros), 0h et 8h (100 euros) et le dimanche ou férié (150 euros). La régulation libérale est encouragée en rémunérant les médecins libéraux à la hauteur de 3 consultations/heure soit 60 euros.

De ce fait cette organisation est durablement fragilisée depuis ce changement de modèle, c'est à dire l'abandon de l'obligation de garde.

3. La loi Hôpital Patient Santé et Territoire :

Dans le Journal officiel de la république française, la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009, porte réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : C'est la loi HPST.

Selon l'article L4130.1 de cette loi, les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes (10):

« 1^o Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux »

« 2^o Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social »

« 3^o S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients »

« 4^o Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient »

« 5^o S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé »

« 6^o Contribuer aux actions de prévention et de dépistage »

«7^o Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 »

«8^o Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales. »

La loi HPST a permis de reformer la PDSA et de revaloriser les soins de premier recours. Outre l'aspect symbolique de la meilleure reconnaissance des tâches du généraliste, on observe que la loi n'oublie pas de pointer la participation des médecins généralistes à la PDSA. L'affirmation de la loi, inscrivant ces missions dans le cadre d'un dispositif de proximité, convient par ailleurs aux élus locaux, sans pour autant modifier les obligations des généralistes toujours soumis aux règles du seul volontariat. En revanche, un outil nouveau apparaît grâce à cette loi : le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) ambulatoires.

Ainsi la réforme de la PDSA avec la loi du 21 juillet 2009 établit:

- les ARS : pilote du dispositif de la PDSA.
- la régulation médicale est au cœur du dispositif
- la rémunération des médecins participant à la PDSA
- les soins de premiers recours reconnus grâce à la loi HPST
- un nouvel outil : le volet ambulatoire du SROS
- la PDSA : mission de service public
- progrès technique apporté par la réforme de la loi HPST.

« Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique » (51).

4. Le code de Santé Publique :

L'article L.6314-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé (11) :

« La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur activité libérale, et aux articles L. 162-5-10 et L. 162-32-1 du même code, dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 du présent code. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique à vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. »

«Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa. »

« La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels. »

«Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire. »

Selon l'Article. L. 1435-5. : « L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins mentionnée par l'article L. 6314-1. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. »

«L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat. »

Au total, la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du code de santé publique est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanche et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte appartenant à des associations de permanence des soins. Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R.731, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé et des associations de permanence des soins. Si à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires. A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de la permanence des soins dans les conditions prévues à l'article R.732, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite.

5. La Permanence des soins ambulatoire en Aquitaine :

La loi HPST permet de confier aux Agences Régionales de Santé la responsabilité d'organiser la permanence des soins ambulatoires qui permet aux patients d'être pris en charge par un médecin généraliste, si cela s'avère nécessaire, la nuit ou le week-end (10).

Après une large concertation auprès des acteurs de santé, au sein notamment d'une commission régionale co-pilotée avec le conseil régional de l'ordre des médecins (CNOM) et l'union régionale des médecins libéraux (URML), puis dans des réunions territoriales, l'ARS Aquitaine a arrêté le cahier des charges régional du dispositif qui est entré en vigueur à compter du 1er septembre 2012.

Lors d'une enquête réalisée par le CNOM auprès des conseils départementaux et régionaux publié en janvier 2014 le CNOM (52), il a été rappelé à l'Etat et à ses instances régionales que si la PDS leur semble toujours être une mission essentielle, qui doit bénéficier de budgets adaptés aux objectifs et non basés sur une logique comptable.

La PDSA, se faisant en concertation avec les médecins généralistes et leurs représentants, et malgré le développement de nouveaux schémas répondant mieux à

leurs attentes, le dispositif paraît encore très fragile dans de nombreux territoires et la diminution du volontariat reste difficile à inverser (12).

Il semble alors important que pour une meilleure efficacité de ce dispositif, que la prise en charge doit être globale, depuis la régulation jusqu'aux solutions de transports sanitaires, visible et compréhensibles par tous les usagers.

Les ARS sont désormais chargées de s'occuper de l'organisation du dispositif sur la base d'un cahier des charges régional (jusqu'alors départemental). Celui-ci, réalisé sur la base d'un état des lieux de la permanence des soins en médecine générale ambulatoire en Aquitaine, précise l'organisation et les modalités de rémunération des médecins qui assurent cette permanence.

Il fait l'objet d'une déclinaison par département. Il tient aussi compte de l'enveloppe budgétaire annuelle dont dispose l'ARS Aquitaine (11,5 millions d'euros soit une diminution d'environ de 4% du coût du dispositif antérieur) qui permettra de rémunérer les forfaits d'astreinte et de régulation médicale.

L'élaboration de ce dispositif résulte d'une large concertation conduite depuis mai 2011 avec plus d'une centaine d'acteurs parmi lesquels des représentants du conseil régional et des conseils départementaux de l'ordre des médecins, l'URPSML, des médecins urgentistes, des pharmacies, des kinésithérapeutes, des associations départementales de la PDS, des associations SOS médecins.

Ce cahier des charges régional a également fait l'objet d'une consultation, pour avis, auprès des instances suivantes (12) :

- Les 5 comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la PDS et des transports sanitaires.
- Les commissions spécialisées de l'organisation des soins et des droits des usagers de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA),
- L'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS),
- Les préfets de département,
- Et les conseils départementaux de l'ordre des médecins ont également pu se prononcer sur les conditions d'organisation des territoires de la permanence des soins.

L'Aquitaine est découpée en 158 territoires de PDS (avec un renforcement du nombre de médecins ou une augmentation du nombre de territoire en période estivale pour tenir compte des flux touristiques en Gironde, dans les Landes et dans les Pyrénées-Atlantiques) (12):

Nombres de territoire de PDS en Aquitaine :

30 en Dordogne

47 en Gironde

31 dans les landes

17 dans le Lot et Garonne

33 dans les Pyrénées-Atlantiques

Depuis le 1^{er} septembre 2012 une nouvelle organisation est mise en place selon sur la base de certains principes (12) :

- Une mission de service public assurée par des médecins volontaires
- Un dispositif qui repose sur une régulation médicale préalable par le 15
- Un dispositif fondé sur de nouveaux territoires de la permanence des soins tenant compte d'un délai raisonnable d'accès aux soins et de la démographie médicale.
- Des consultations assurées par le médecin de garde, jusqu'à minuit, en privilégiant des points fixes de consultation. De minuit à 8h, pour les territoires à plus de 30minutes d'une implantation d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou pour les zones à forte densité de population, maintient d'un accès à un médecin de garde. Pour les autres territoires, un relai est assuré par les services d'urgences des établissements de santé.
- Le respect de l'enveloppe régionale.

Concrètement, la régulation médicale est la clé de voute du dispositif Aquitain. En Dordogne, Gironde, Lot et Garonne et Pyrénées Atlantique il faut composer le 15 et dans les Landes il faut composer le 05 58 44 11 11.

Par ailleurs sur les agglomérations de la communauté urbaine de Bordeaux, de Bayonne-Anglet-Biarritz et ses communes limitrophes, et de Pau, les associations SOS médecins peuvent être contactées pendant la période de la PDS.

Grace à la mobilisation de 2212 médecins (soit 60% des médecins généralistes aquitains) et les services d'urgences des établissements de santé, la région Aquitaine est couverte sur la totalité des horaires de la PDS.

A RETENIR

Quelques chiffres

L'Aquitaine compte **3,3 millions habitants**, dont **25 % ont plus de 60 ans**

3672 médecins généralistes exercent sur le territoire Aquitain dont **2 212 participent à la permanence des soins**

112 397 astreintes ont été assurées dont 34 % a donné lieu à la réalisation d'actes médicaux (consultations) en 2010.

En Aquitaine : le soir et le week-end comment faut-il faire pour consulter un médecin ?

- En Dordogne, Gironde, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques : **faites le 15 !**

- Dans les Landes, **composez le 05 58 44 11 11**



Le médecin « régulateur » évalue avec vous :

- si votre problème de santé ne peut pas attendre l'ouverture du cabinet du médecin traitant, il vous :
 - donne un conseil médical,
 - met en relation avec le médecin de garde du secteur pour une consultation sur un point fixe (cabinet, maison de santé, ...) ou vous oriente vers un service d'urgence d'un établissement de santé,
- s'il s'agit d'une urgence vitale :
 - vous envoie des secours d'urgence.

Figure 1 : Fiche récapitulative de la PDSA en Aquitaine (12)

6. La permanence des soins : rémunération

L'organisation de la permanence des soins a été confiée aux ARS par la loi HPST. A ce titre les ARS ont la compétence pour définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoire. Les majorations spécifiques applicables durant les périodes de permanence des soins vont rester identiques et restent fixées par la convention médicale (13).

La convention médicale, signée le 26 juillet 2011 avec les principaux syndicats représentatifs des médecins libéraux (CSMF, MG, SML), marque un tournant majeur dans les relations entre les médecins et l'Assurance Maladie. Elle s'attache à conforter

l'accès aux soins pour tous, à faire progresser la qualité de soins et la prévention, et à moderniser et simplifier les conditions d'exercice (14).

La rémunération de l'astreinte peut être versée si :

- médecins inscrit en tant que médecin de permanence sur le tableau départemental de garde, sur un secteur donné et pour une période donnée, et que l'intervention aux appels de la régulation organisée par le SAMU
- médecin intervenant dans le cadre d'une association de médecins spécialisés dans l'intervention en dehors des heures ouvrées.
- médecins assurant la permanence des soins dans le cadre d'une MMG, sous réserve d'être inscrit au tableau départemental de garde.

La rémunération des astreintes est la suivante :

- 50 € pour la période de 20h à 0h ;
- 100€ pour la période de 0h à 8h ;
- 150€ pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h.

Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150€ par période de 12h.

	Codes majorations des actes à domicile	Tarifs majorations des actes à domicile	Codes majorations des actes en cabinet	Tarifs majorations des actes en cabinet
Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h	VRN	46,00 €	CRN	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h	VRM	59,50 €	CRM	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés	VRD	30,00 €	CRD	26,50 €
Majoration spécifique de samedi	VRS	30,00 €	CRS	26,50 €

Figure 2 : Tableau des majorations spécifiques de nuit, dimanche et jours fériés (14)

7. Restructuration de la PDSA : Emergence d'un concept international ?

Trois modèles types d'organisation des soins primaires existent en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande (15).

Le concept de soins primaires (*primary care*) est porteur d'une ambition de justice sociale visant à garantir l'accès de tous à des soins de base.

Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés ; le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'Etat (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) ; le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Unis) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation de soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada).

Les évolutions et les réformes menées depuis les années 1990 en Europe tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires. Cette hybridation des modèles caractérise notamment la France dont le système de santé, appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles.

Depuis le début des années 90 de nombreux pays développés ont réorganisé leur système de PDS face à des défis similaires en matière de santé : le vieillissement des populations, mais également des professionnels de santé, ainsi que de l'évolution des aspirations et à la féminisation des médecins. De plus la surcharge de travail des médecins généralistes, l'altération de la qualité de vie et l'augmentation de la demande de soins non programmés sont également des facteurs importants à prendre en compte (16-18). La spécialisation, le coût croissant des technologies médicales, associés au poids des maladies chroniques pèsent sur les dépenses collectives.

La PDS au Danemark est semblable à celle de la France au début des années 1990, reposant sur l'organisation spontanée des petits groupes de généralistes assurant à tour de rôle la continuité des soins de ville de petits secteurs, en connexion avec les urgences hospitalières (19). Entre 1992 et 1994, pour les raisons citées ci dessus, l'ensemble du territoire danois va être progressivement couvert par un système basé sur l'implantation des structures de soins primaires assurant la régulation, les consultations et les visites aux heures de PDS. L'évaluation de cette organisation cinq ans plus tard conclura à une diminution de la charge de travail des praticiens, à une économie significative pour les financeurs en contre partie d'une légère diminution du niveau de satisfaction de la population.

En Grande-Bretagne, les mêmes modifications du système de PDS apparaissent. Les différents travaux publiés confirment une amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail des praticiens (20). Cependant d'autres rappellent le rôle fondamental de la régulation médicale et du conseil téléphonique bien que permettant une nette diminution des visites, diminue également le niveau de satisfaction des usagers.

Entre 2000 et 2003, les Pays-Bas ont également restructuré leur PDS autour de points fixes avec régulation par infirmière, conseil téléphonique, consultations par un médecin généraliste et visites à domicile si nécessaire par un médecin et un chauffeur. De la même façon si l'amélioration est considérable du point de vue des médecins, on observe une baisse de la satisfaction des patients souhaitant des visites à domicile. L'effet sur la fréquentation des urgences semble significatif dans plusieurs études. (Basculement de 50% de l'activité des urgences vers les soins primaires dans une étude de 2005 à Maastricht, de 8,9% dans une autre province en 2004) (21-24).

Ce rapprochement des systèmes de soins primaires convergent vers trois grands points :

- Un renforcement de la décentralisation territoriale financière
- Une approche plus coordonnée des soins : regroupement des professionnels et *disease management*.
- des modes mixtes de rémunération des médecins et une plus grande coopération des professions de santé.

B. Démographie médicale en médecine générale : en France et en Aquitaine

1. La démographie médicale des médecins généralistes au niveau national :

Malgré la stabilité des effectifs de médecins, l'offre de soins de proximité appelle à vigilance. En effet, le conseil national de l'Ordre des Médecins publie son 8^{ème} Atlas national de la démographie médicale, réalisé à partir des chiffres du tableau de l'Ordre au 1^{er} janvier 2014. Le nombre de médecins est globalement stable, mais l'offre de soins de proximité se raréfie et appelle vigilance dans certains territoires. Plusieurs tendances se confirment par ailleurs : le visage des médecins en 2014 est plus sénior, plus féminins, plus spécialisé (25).

La baisse des médecins généralistes s'accroît par rapport aux autres spécialistes (-6,6% France entière 2007-2014). Les remplaçants sont en bonne augmentation sur un an (+3%) correspondant probablement à l'effet de l'augmentation du numérus clausus, il y a 10-15ans. La féminisation continue à se confirmer (+1% sur un an). Le cumul emploi-retraite est en pleine progression. Il concerne plus spécifiquement les médecins âgés de 65 à 69ans. Les retraités actifs se concentrent majoritairement dans les territoires bien pourvus en médecins.

Au 1^{er} janvier 2014, le tableau de l'ordre des médecins recense 90 630 médecins généralistes inscrits au tableau de l'ordre en activité régulière soit une baisse de 1% sur un an et une diminution de 6,6% sur la période 2007-2014.

La médecine générale a été élevée au rang des spécialités médicales par la loi n° 2002-73 de modernisation sociale selon l'article 60 (53).

D'après les analyses du CNOM et le calcul du TCAM (Taux de croissance annuel moyen), la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2020 pour atteindre 86 203 médecins généralistes en activité régulière (25).

Graphique n°5 : Effectifs des médecins généralistes – de l'observé à l'attendu

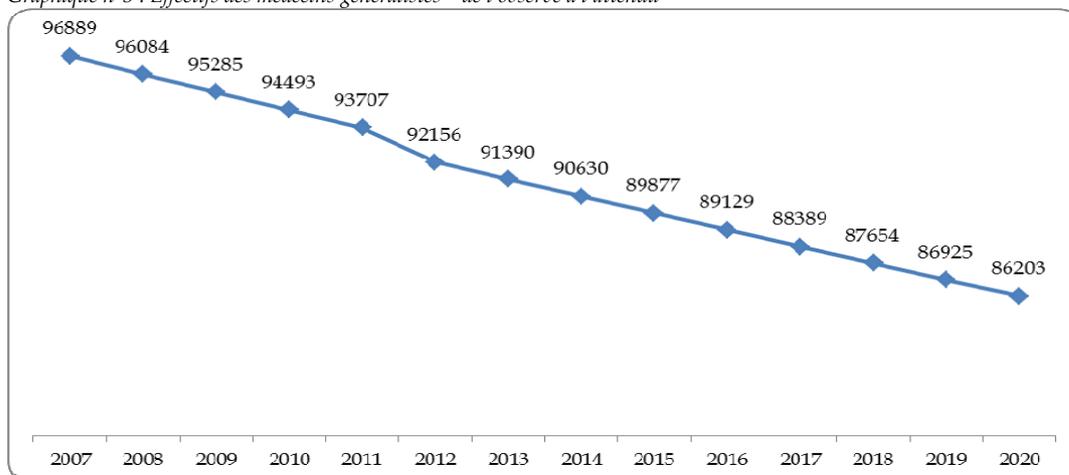


Figure 3 : Effectifs des médecins généralistes en France de 2007 à 2020 (25)

Seule la région des Pays de la Loire enregistre une hausse des effectifs des spécialités en médecine générale sur la période 2007/2014.

A l'échelle départementale, seize départements enregistrent une hausse des effectifs.

Carte n°6 : La variation des effectifs en médecine générale – Activité régulière à l'échelle départementale

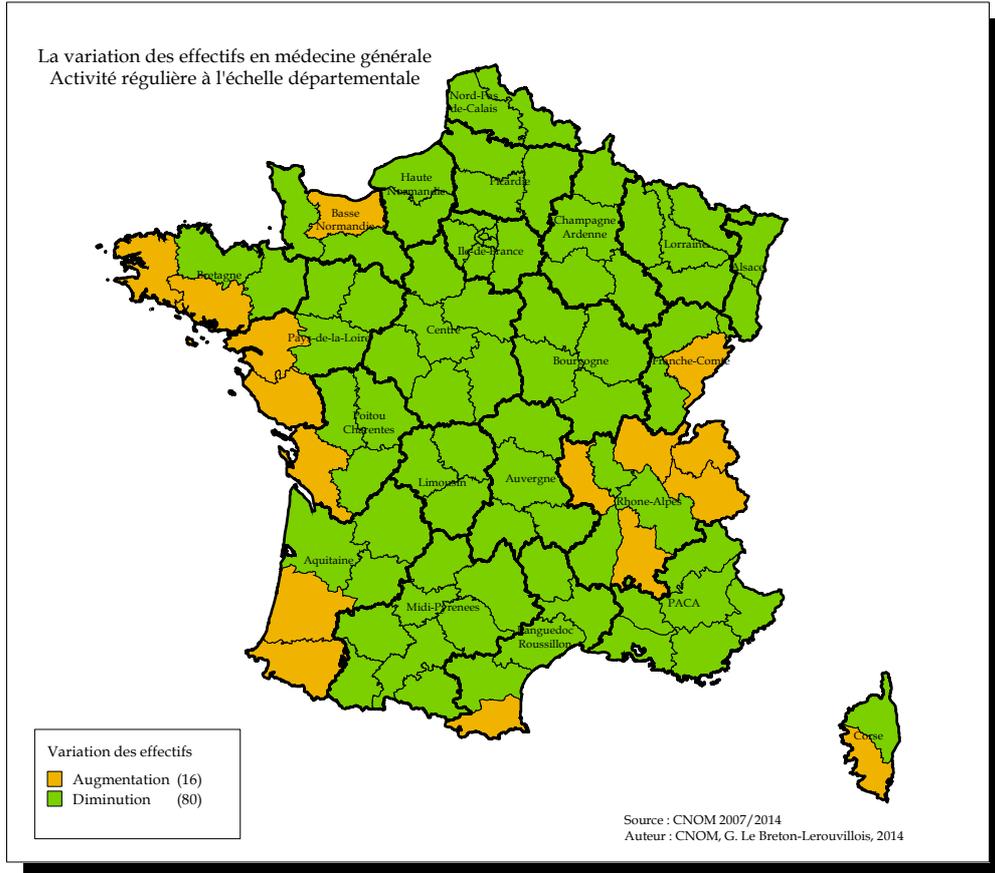


Figure 4 : Variation des effectifs en médecine générale à l'échelle départementale (25)

➤ Profil démographique des médecins généralistes en France

Les médecins généralistes en France sont âgés en moyenne de 51ans, représentés pour 57% par les hommes. Environ un quart des médecins (25,8%) sont âgés de 60ans et plus tandis que les moins de 40 ans représentent 13,8% de l'ensemble des effectifs (25).

Graphique n°11 : Pyramide des âges des spécialités en médecine générale – France entière

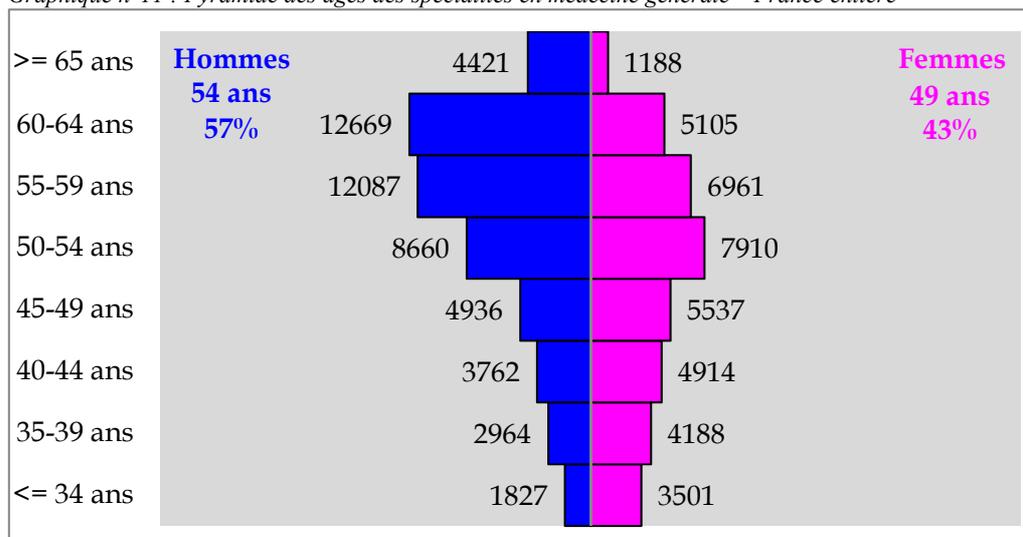


Figure 5 : Pyramide des âges des médecins généralistes en France (25)

➤ Densité régionale et départementale :

En moyenne la densité régionale est de 134,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants (25)

Huit régions ont une densité qui se situe dans la moyenne de l'intervalle de confiance compris entre 129 et 140 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Six régions ont une densité supérieure à la moyenne de l'intervalle de confiance. Les régions PACA (157,4/100 000 habitants), Limousin (151,4/100 000 habitants) et Languedoc-Roussillon (149,8/100 000 habitants) ont les plus fortes densités de médecins généralistes.

Huit régions ont une densité faible inférieure à 129 médecins pour 100 000 habitants. Les régions Centre (111,6/100 000 habitants), Picardie (116,9/100 000 habitants) et Haute-Normandie (120,1/100 000 habitants) recensent les plus faibles densités de médecins généralistes.

L'intégralité des régions françaises enregistre une baisse de la densité des médecins généralistes. La région Ile de France recense la plus forte diminution.

Carte n°12 : Densités régionales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière

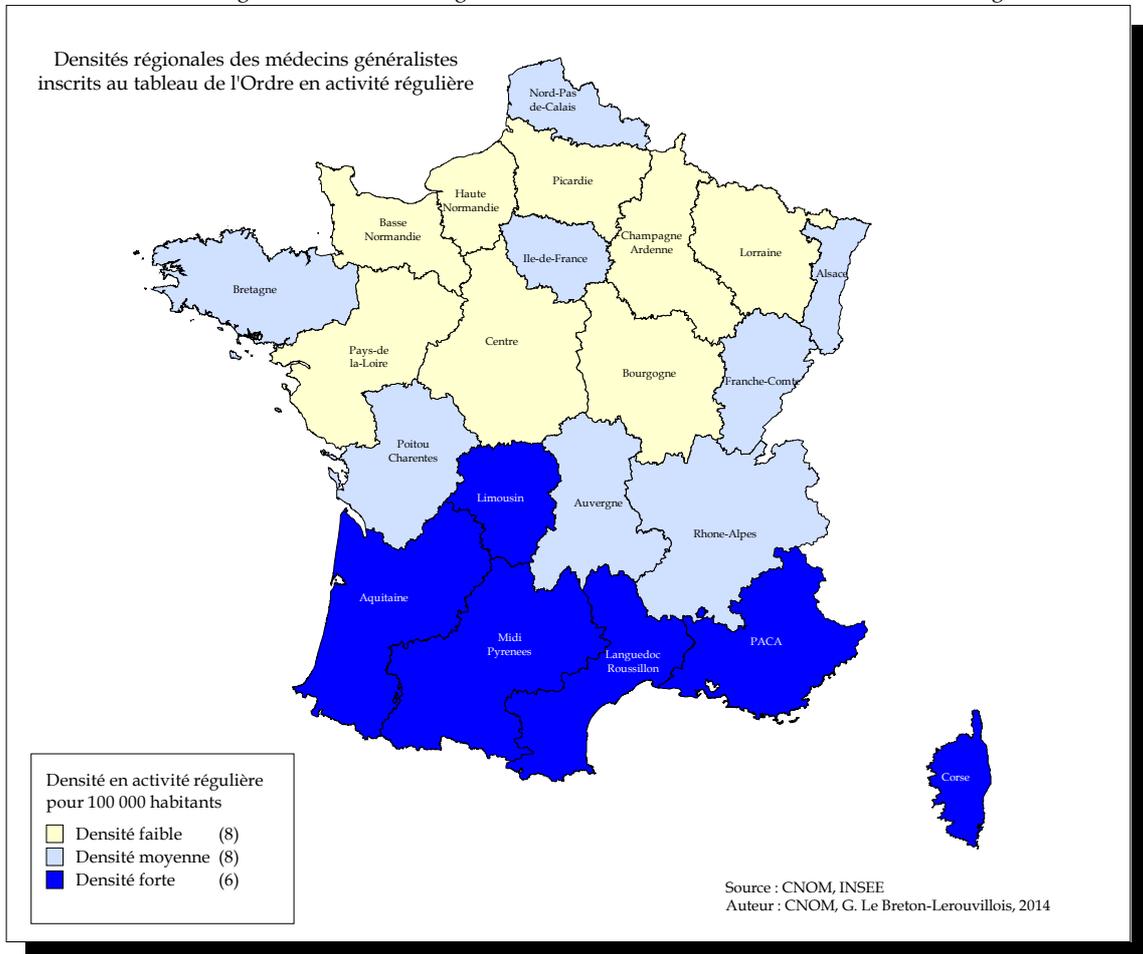


Figure 6 : Densités régionales des médecins généralistes en France

En moyenne, la densité départementale des médecins généralistes, en activité régulière est de 132 pour 100 000 habitants. Environ la moitié (45%) des départements ont une densité inférieure à la moyenne de l'intervalle de confiance (128-137).

Carte n°13 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière

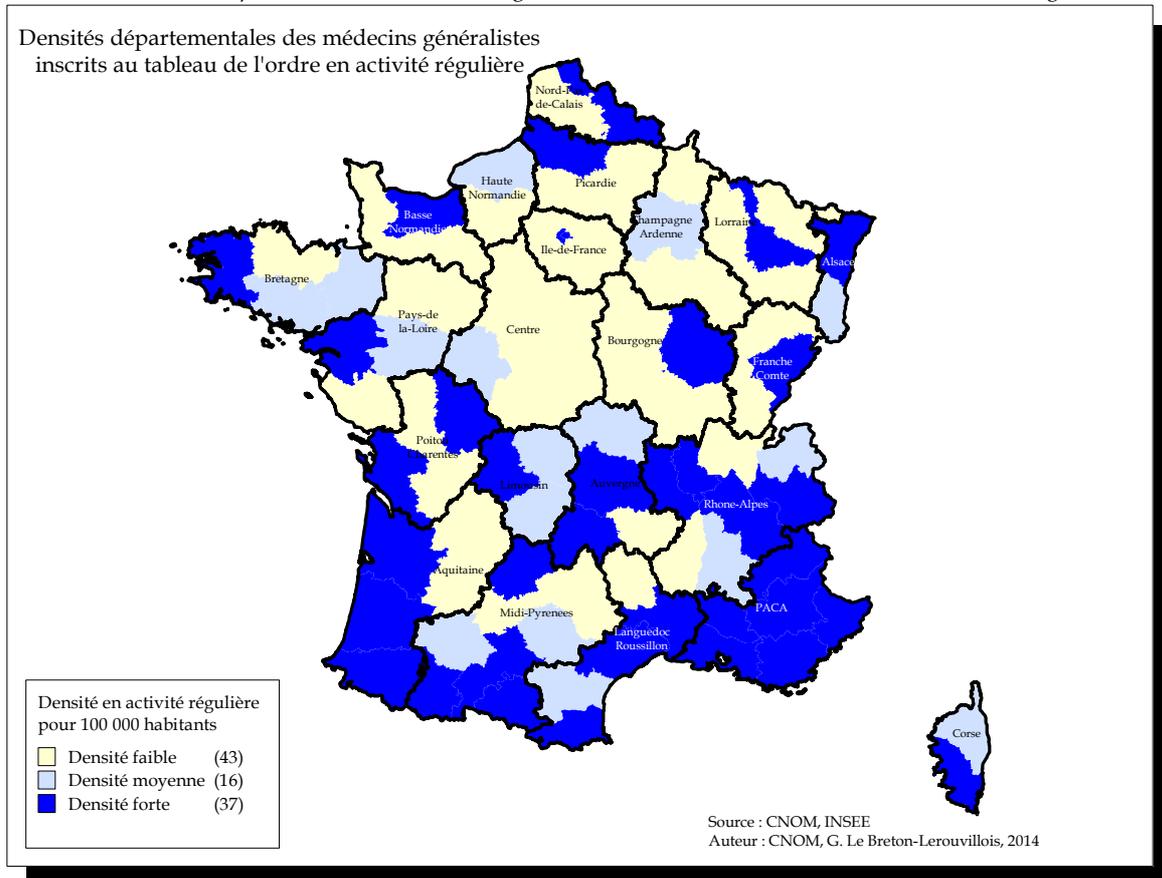


Figure 7 : Densités départementales des médecins généralistes en France (25)

Avec une densité de 98,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants le département de l'Eure comptabilise la plus faible densité départementale.

Seuls sept départements enregistrent une hausse de la densité des médecins généralistes en activité régulière sur la période 2007/2014. IL s'agit des département suivants : Pyrénées-Orientales, Pyrénées-Atlantiques, Charente-Maritime, Landes, Corse du Sud, Savoie, Loire-Atlantique.

Carte n°14 : Variation des densités départementales 2007/2014 en médecine générale à l'échelle départementale

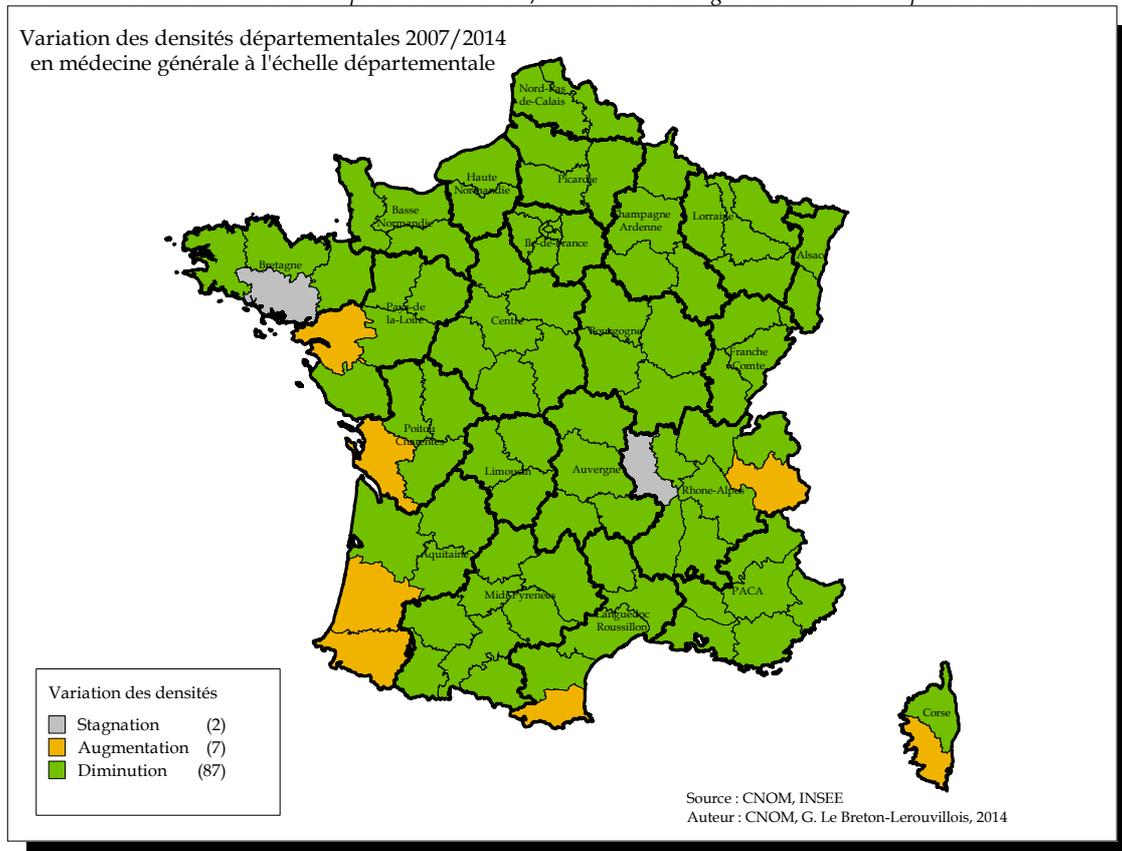


Figure 8 : Variation des densités départementales entre 2007 et 2014 en médecine générale : échelle départementale (25)

➤ Les différents modes d'exercices des médecins généralistes en France :

Nous remarquons, que sur les 90 630 médecins généralistes, 58,2% exerce en libéral, 6,8% ont une activité professionnelle mixte, et 34,9% exercent en tant que médecins salariés (25).

Ces proportions ne sont pas équivalentes en fonction du sexe. En effet 45,8% des femmes exercent en libéral, 48,3% exercent en tant que médecins salariés, et 5,8% ont une activité mixte.

Concernant les hommes, 67,7% exercent en libéral, 24,6% en tant activité salariée, et 7,5% ont une activité mixte. (Figure 9)

Tableau n°87 : Modes d'exercice par genre en médecine générale

	Libéral	Mixte	Salarié	Sans	Divers	Total
Hommes	34756	3882	12635	6	47	51326
Femmes	18004	2282	18996	4	18	39304
Total	52760	6164	31631	10	65	90630

Figure 9 : Mode d'exercice des médecins généralistes en France en fonction du sexe : libéral, salarié ou mixte (25).

Il est également important de noter que le mode d'exercice restera sensiblement le même d'ici 2015 (Figure 10)

Graphique n°73 : Les modes d'exercice : de l'observé à l'attendu

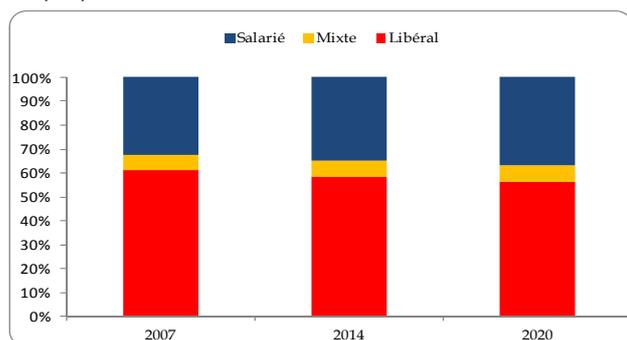


Figure 10 : Evolution des modes d'exercice concernant la médecine générale : libéral, salarié ou mixte de 2007 à 2020 (25).

Ces observations concernant le type d'exercice sont intéressantes. En effet le type d'exercice est variable selon le sexe, une proportion plus importante de femmes a une activité salarié.

2. La démographie des médecins généralistes en Aquitaine :

Actuellement, les bassins de vie de la région Aquitaine recensent 3786 médecins généralistes libéraux et mixtes ; soit une baisse des effectifs de 6,3% ces six dernières années (26).

Le nombre de médecins généraliste libéraux et mixtes en Aquitaine était de 4039 en 2007, est de 3786 en 2013 et sera de 3615 en 2018, soit une baisse de 10,5% estimé en 9 ans (Figure 11).

● Graphique n°25 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Région

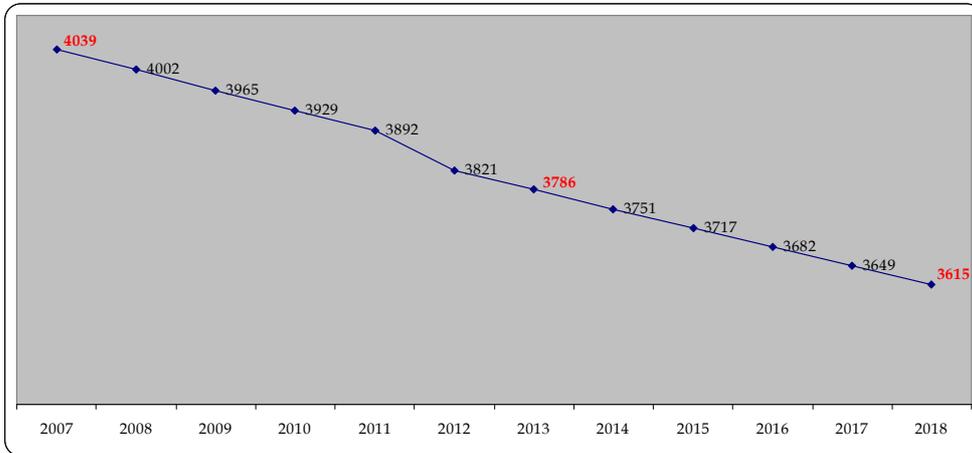
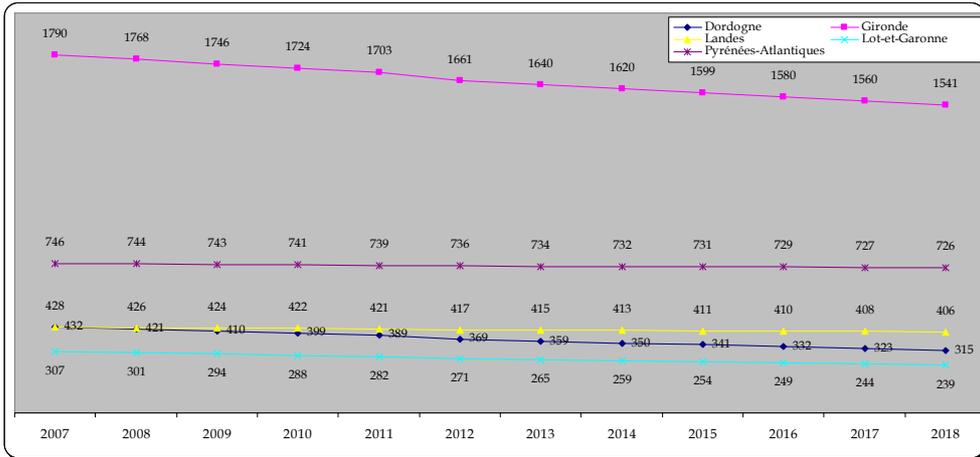


Figure 11 : Nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes de 2007 à 2018 en Aquitaine (26).

De la même manière nous pouvons noter, en Gironde une baisse de 13,9% du nombre de médecins généralistes est attendue, dans les Pyrénées-Atlantiques une baisse de 2,7%, dans les Landes une baisse de 5,1%, en Dordogne une baisse de 27%, et 22% de baisse est attendue dans le Lot et Garonne d'ici 2018 (Figure 12)

● Graphique n°26 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Départements



NB : MG départements voisins exclus

Figure 12 : Nombre de médecins généralistes au niveau départemental en Aquitaine libéraux et mixtes de 2007 à 2018 (26).

L'âge moyen des médecins généralistes d'Aquitaine est de 53 ans. Les hommes représentent 69% des 3786 médecins généralistes libéraux et mixtes d'Aquitaine. 28% des médecins généralistes sont âgés de 60ans et plus et 9% sont âgés de moins de 40ans. Parmi les jeunes générations de moins de 40ans les femmes représentent 53% des effectifs (Figure 13).

● Graphique n°27 : Pyramide des âges - région Aquitaine

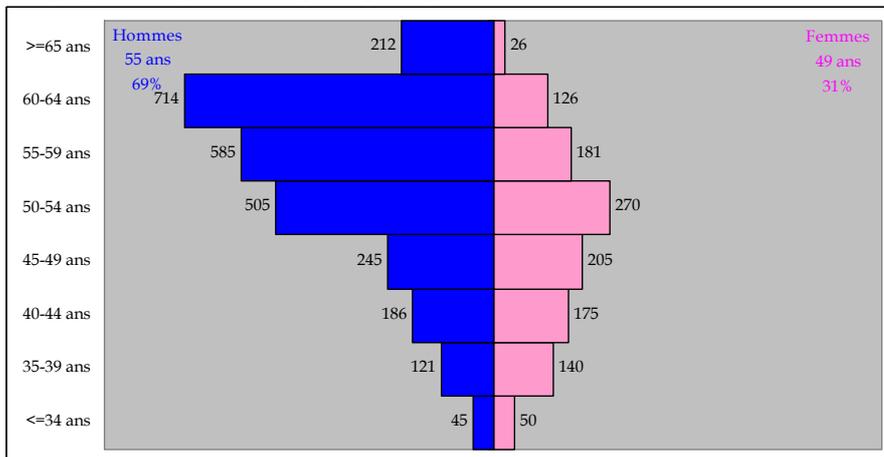


Figure 13 : Pyramide des âges des médecins généralistes d'Aquitaine (26).

A l'échelle départementale, nous pouvons remarquer qu'il y a moins de femmes médecins généralistes dans le Lot et Garonne (30%), et moins de jeunes praticiens (<40 ans) dans le Lot et Garonne et en Dordogne (9%). Les autres proportions concernant le pourcentage de femmes exerçant la médecine généraliste paraît équivalente dans les autres départements d'Aquitaine. De la même manière, les pourcentage de médecins généralistes de plus de 60 ans ou de moins de 40 ans se rapproche dans les autres départements d'Aquitaine (Figure 14).

Les moyennes d'âge des médecins généralistes en Aquitaine sont sensiblement les même d'un département à l'autre.

● Tableau n°2 : Médecins généralistes à l'échelle départementale

	Moyenne d'âge	% femmes	<40 ans	>=60 ans
Dordogne	54 ans	35%	9%	28%
Gironde	52 ans	42%	13%	25%
Landes	52 ans	40%	10%	23%
Lot-et-Garonne	54 ans	30%	9%	31%
Pyrénées-Atlantiques	51 ans	40%	16%	23%

Figure 14: Age et sexe des médecins généralistes en Aquitaine à échelle départementale (26)

● Carte n°1 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale - situation en 2013

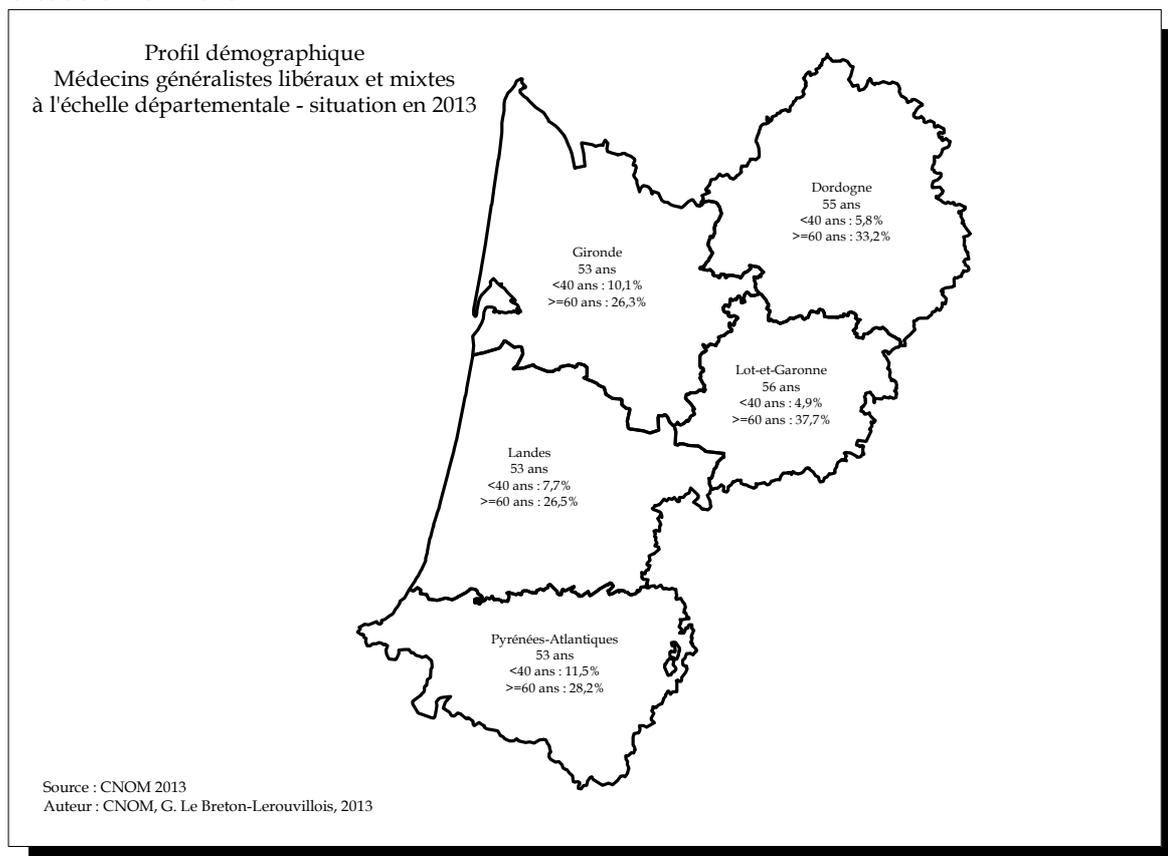


Figure 15 : Profil démographique à l'échelle départementale des médecins généraliste d'Aquitaine (26).

En effet sous l'hypothèse de variation des proportions des postes ouverts aux ECN, le nombre global de médecins généralistes libéraux serait de 4050 au 1^{er} janvier 2018 (27). Il faut également prendre en compte, en plus de l'évolution démographique, les changements de comportements individuels notamment professionnels : le volume de travail des médecins généralistes libéraux et la consommation médicale (changement de comportement face aux soins).

➤ Les bassins de vie en Aquitaine:

Le découpage de la France «en bassin de vie» a été réalisé pour faciliter la compréhension de la structuration du territoire de la France métropolitaine. Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Les services et équipement de la vie courante servant à définir les bassins de vie sont classés en 6 grands domaines (28):

- services aux particuliers
- commerces
- enseignement
- santé
- sports, loisirs et culture
- transports

Au niveau de la santé, l'approche territoriale à l'échelle des bassins de vie est la suivante : Les bassins de vie sont composés en moyenne de 27 médecins généralistes libéraux et mixtes. Entre 2007 et 2013, les effectifs moyens étaient de 29 médecins généralistes.

Durant cette période, 78 bassins de vie ont enregistré une baisse des effectifs de médecins généralistes allant de -60% pour le bassin de vie de Mareuil (Dordogne) à -4% dont 2 se situent dans les bassins de vie du département des Landes et 4 dans celui de la Gironde. 29 bassins de vie maintiennent leurs effectifs tandis que 34 enregistrent une augmentation pouvant aller de + 3% (Bayonne) à +67% (Gabarret dans les Landes) selon la figure 16.

● Carte n°2 : Variation des effectifs de médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle des bassins de vie

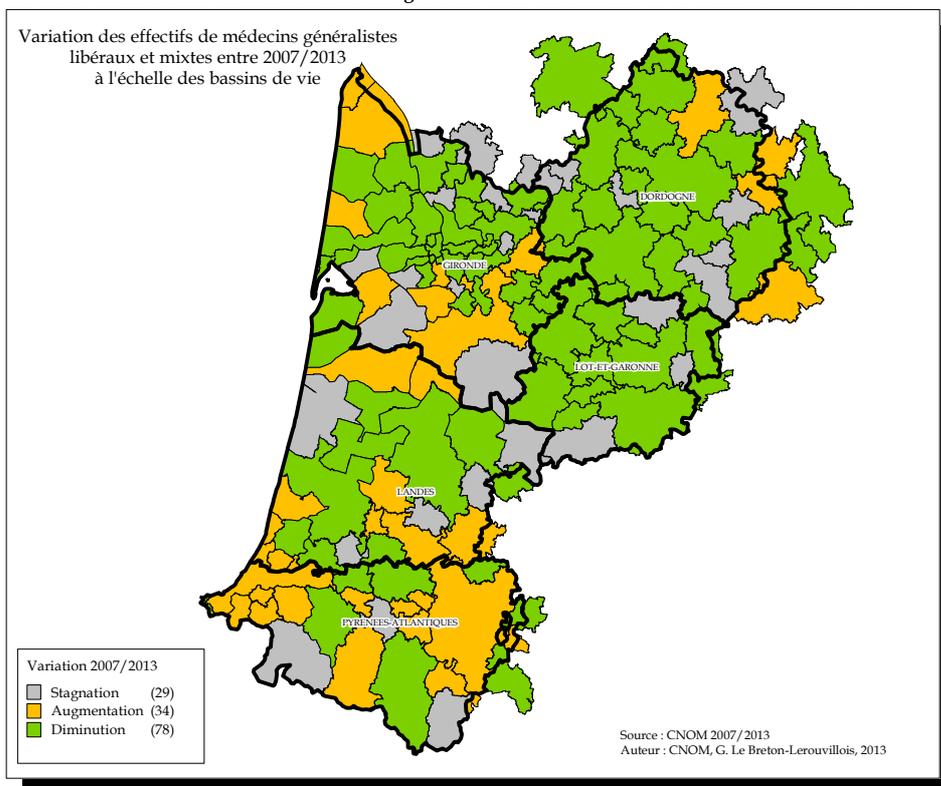


Figure 16 : Variation du nombre de médecins généralistes à l'échelle des bassins de vie en Aquitaine de 2007 à 2013 (26).

La présence des médecins généralistes est à corréliser avec le comportement de la population générale. On note que certains bassins de vie qui enregistrent une baisse des effectifs en médecine générale sont également confrontés à une diminution de la population générale. Il s'agit des bassins de vie suivant : Piegut-Pluviers, Fumel, Montron.

A contrario, des bassins de vie recensent une diminution des médecins généralistes alors que la population générale a augmenté. Se pose alors la question de l'accessibilité aux soins primaires.

Il s'agit des bassins de vie suivants (Figure 17) :

● Carte n°3 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale

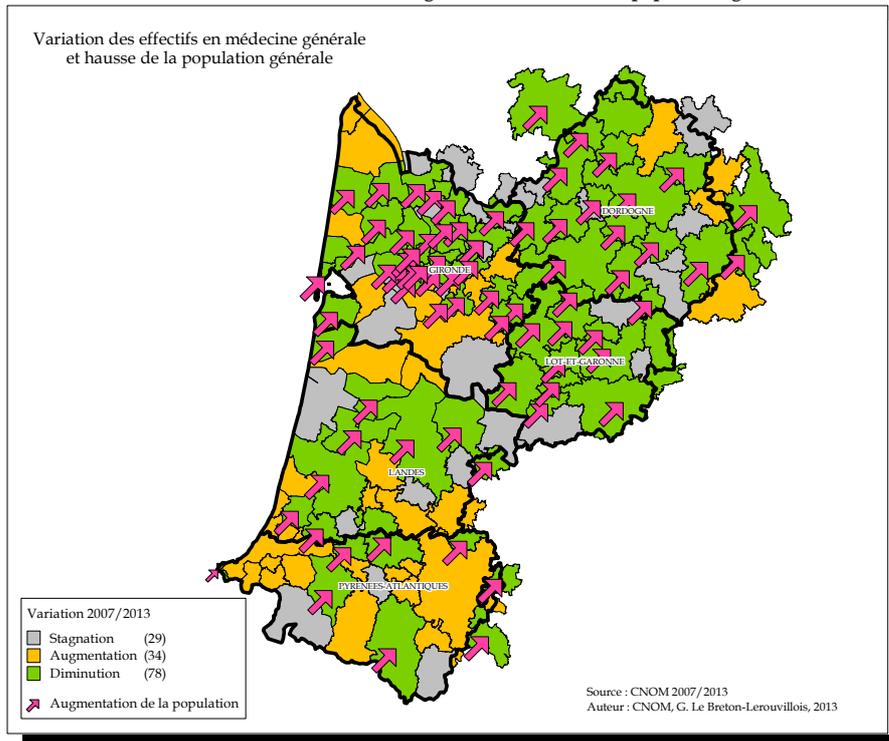


Figure 17 : Variation du nombre de médecins généralistes et Hausse de la population générale en Aquitaine (26).

Un bassin de vie compte en moyenne 10 médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants. 48% des bassins de vie de la région Aquitaine sont caractérisés par une densité faible (Figure 18).

● Carte n°4 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie

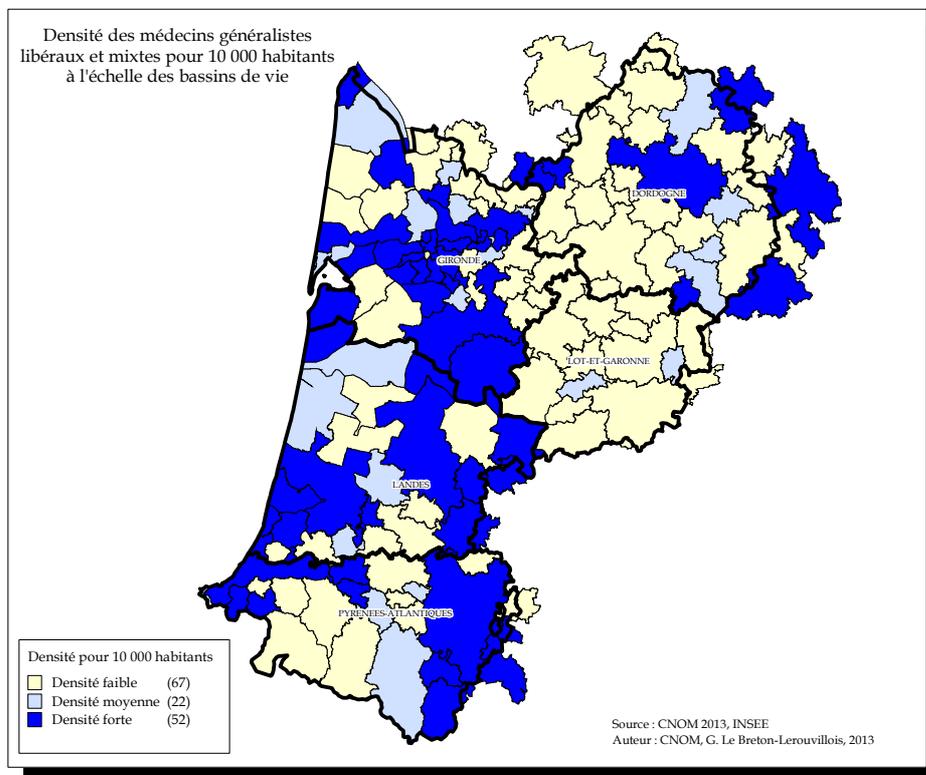


Figure 18 : Densité des médecins généralistes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie (26).

3. Les médecins remplaçants en France et en Aquitaine :

➤ Une installation de plus en plus tardive :

La carrière des médecins généralistes est de moins en moins linéaire, marquée par des changements d'orientation, statutaires ou autres. On retrouvera donc de nombreux médecins, initialement salariés, candidats à l'installation vers 40 ans.

La zone « marais », comprise entre la fin de l'internat et cette installation tardive devient de plus en plus large. Elle se caractérise certes par une activité salariée classique, publique ou privée mais par aussi d'autres activités : formation complémentaire, l'enseignement, la pratique à l'étranger dans un cadre humanitaire ou par, enfin le remplacement (29).

➤ L'émergence d'un état de remplaçant professionnel :

Nous parlons « d'état » car le « statut » ordinal de remplaçant n'existe pas encore. L'Ordre National a longtemps considéré l'état de remplaçant comme un état temporaire, n'ayant pas vocation à perdurer. Cependant, la durée du remplacement tend à s'allonger. Le remplacement séduit chaque année davantage de jeunes médecins. Et les remplaçants aujourd'hui constituent l'une des composantes les plus importantes, en nombre, du « marais ».

Les évolutions auxquelles nous assistons propres au statut de remplaçant compte parmi les plus importantes des évolutions générales de la démographie médicale. En effet « ce statut » répond à l'attente de nombreux jeunes praticiens qui ne souhaitent pas, ou plus, s'inscrire dans une démarche professionnelle rigide : celle d'un exercice codifié libéral ou salarié. La féminisation de la médecine française joue pour beaucoup dans cette tendance. On choisit d'exercer en tant que médecin remplaçant en raison de la liberté que ce statut confère et l'on reste remplaçant longtemps.

➤ Profil démographique des médecins remplaçants en France :

Au 1^{er} janvier 2010, l'Ordre dénombre 10 006 médecins remplaçants contre 9999 en 2009 et 9479 en 2008. L'Ordre signale qu'en 30 ans, le nombre de médecins remplaçants nouvellement inscrits de 179 à 1093, soit une augmentation de 754% des effectifs. Et pour plus de précision en 10 ans, une augmentation de 408% des effectifs de 1999 à 2009 (29).

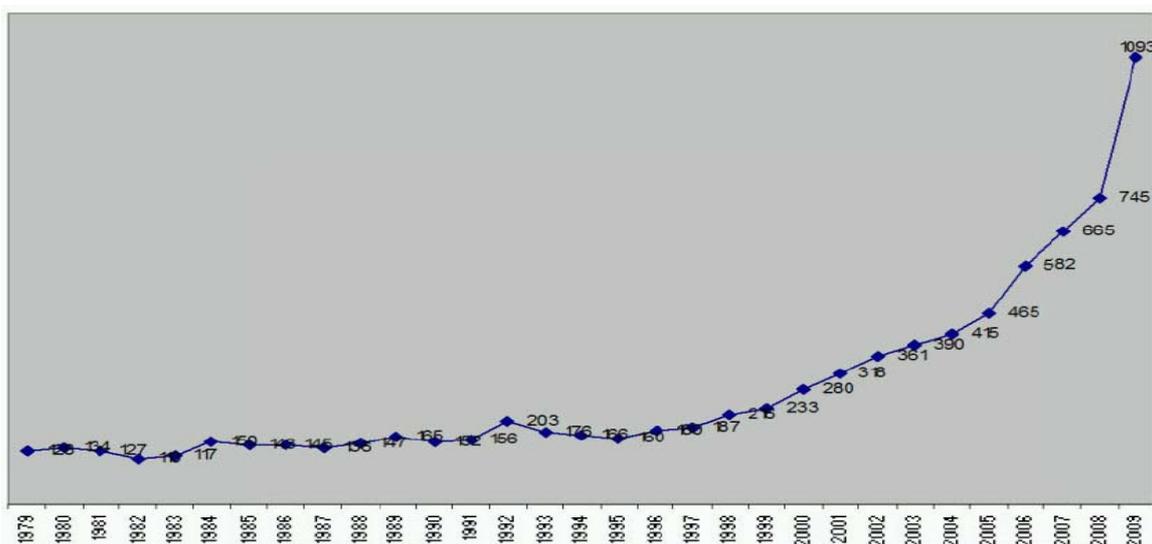


Figure 19 : Effectifs de médecins remplaçants de 1979 à 2009 (29)

La figure 19 montre bien l'attrait grandissant de ce statut de remplaçant pour les jeunes praticiens nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre des médecins.

La pyramide des âges des médecins remplaçant nous éclaire sur la jeunesse et la féminisation importante du médecin remplaçant. De fait, la féminisation désormais bien ancrée de la médecine française est le principal vecteur de développement du statu de remplaçant. Nous assistons donc à un nouveau profil de remplaçant : jeune et féminisé (figures 20 et 21).

Médecine générale

- ▶ 69 % des effectifs globaux
- ▶ 55 % sont des femmes
- ▶ Moyenne d'âge : 44,3 ans

Figure 20 : Profil du médecin remplaçant de médecine générale en 2010

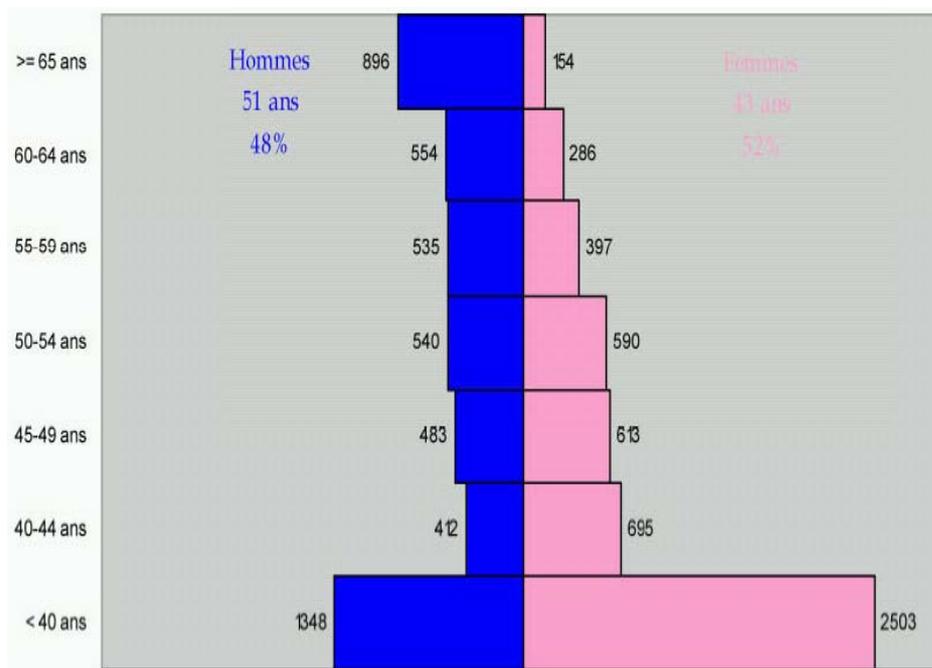


Figure 21 : Pyramide des âges et sexe des médecins remplaçants en France en 2010 (29)

➤ Répartition à l'échelle régionale :

C'est en Ile-de-France, dans le Sud-Est et le Sud-Ouest que la présence des praticiens remplaçants est la plus prédominante (figure 22).

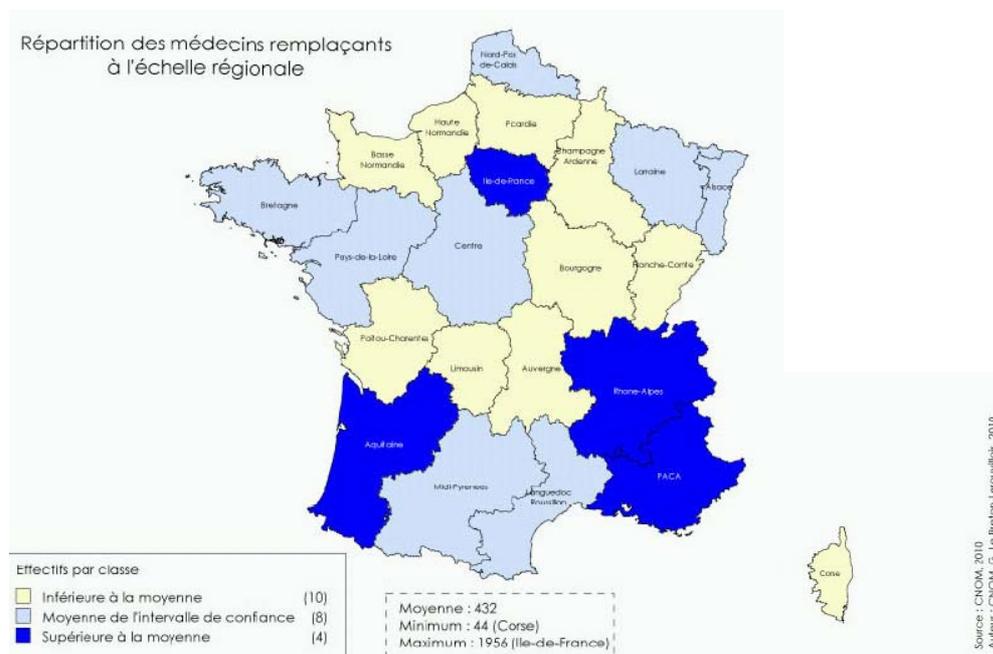


Figure 22 : Répartition des médecins remplaçants à l'échelle régionale en France en 2010 (29).

➤ Etude de l'Ordre des médecins concernant les médecins remplaçants (25):

L'étude de l'Ordre apprend que les régions Ile-de-France et Rhône-Alpes restent celles où les projets d'installation à court, moyen et long terme des médecins remplaçants sont les moins nombreux. Sur l'ensemble du territoire, cette enquête révèle que 45% des médecins remplaçants envisagent une installation libérale, 23% ne le savent pas et 32% s'y refusent (figure 23).

La principale raison justifiant d'un refus de s'installer porte sur les contraintes administratives. Vient ensuite la solitude liée à l'exercice libéral. En troisième position, les contraintes de gardes. 64% de ces praticiens envisagent de continuer les remplacements.

Cependant l'exercice libérale conserve tout de même son attrait, mais ne s'envisage que tardivement, considéré comme la suite logique de multiples expériences professionnelles successives.

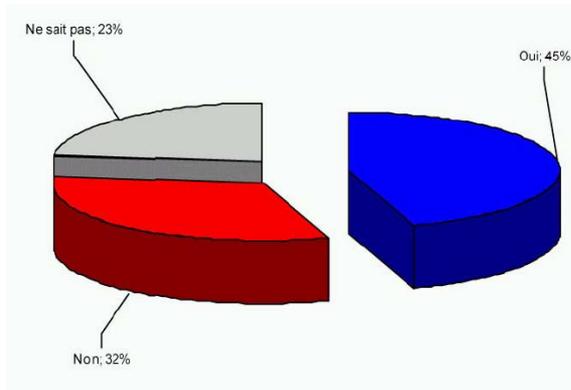


Figure 23 : Etude de l'Ordre des médecins concernant les médecins remplaçants : Envisager-vous une installation libérale ? (25)

4. Conclusion :

Les choix de spécialité médicale et de mode d'exercice en activité régulière appellent une certaine vigilance quant à l'offre de soins de proximité, dite de premier recours. La part de médecins généralistes est en effet en diminution de -6,5% depuis 2007 (soit 90 630 médecins généralistes recensés en activité régulière), et cette tendance devrait se confirmer jusqu'en 2020. L'Ile-de-France est le département où cette baisse est la plus marquée (-21,4% pour la même période).

A l'inverse, les autres spécialités médicales et chirurgicales sont en augmentation respective de 6,1% et 6,7%, une tendance qui devrait se poursuivre jusqu'en 2020 également.

L'exercice libéral semble toujours peu attractif pour les jeunes médecins (en première intention) et s'il ne représente que 10,7 % des nouveaux inscrits en 2013, cette proportion tend à augmenter après quelques années d'exercice (environ 40%).

Ainsi la population des médecins généralistes en France se féminise, plusieurs bassins de vie en Aquitaine recensent une diminution du nombre de médecins généralistes par rapport à une augmentation de la population générale. Certains départements comme la Dordogne ou le Lot et Garonne recensent une population de médecins généralistes proche de la retraite alors que leur densité de médecins généraliste est déjà peu élevée. Ces chiffres sont également inquiétant dans les autres départements même s'ils sont moins parlants.

Pour finir avec une information importante quoique non quantifiable, la présence de nombreux jeunes remplaçants, non prêt à s'installer dans les premières années d'exercices pourraient permettre de palier ce déficit.

C. Les urgences hospitalières : L'offre de soins hospitalière en Aquitaine

1. Le profil des patients consultants aux urgences :

La DREES a réalisé en 2002 une enquête nationale auprès d'un échantillon représentatif de 10 195 patients s'étant présentés dans l'un des 150 services d'urgences, tirés au sort en France métropolitaine, visant à décrire leurs motifs et trajectoire de recours, leurs caractéristiques médicales et de prise en charge. Le contexte de cette enquête est un recours croissant et soutenu des patients aux urgences hospitalières (figure 24).

Sept cent trente-huit structures hospitalières d'urgences ont été comptabilisées au moment de l'enquête (30).

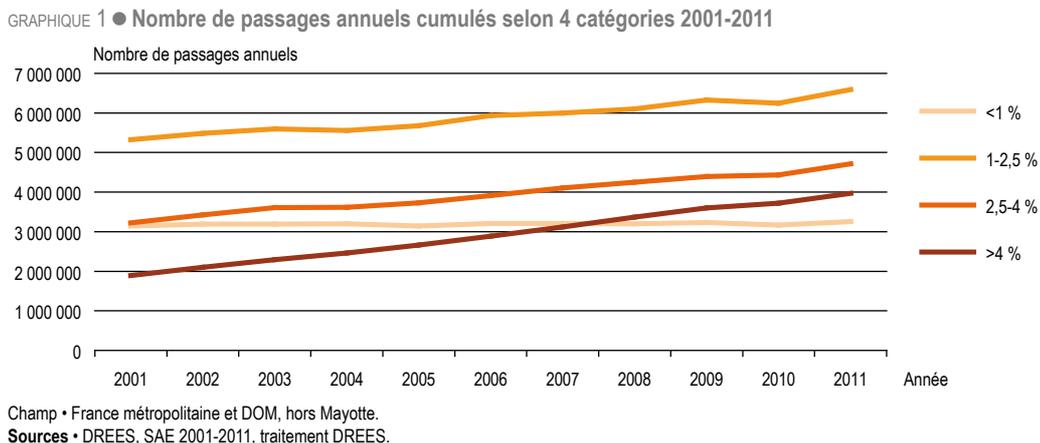


Figure 24 : Nombre de passages annuels selon les CCMU aux urgences (30)

➤ La classification clinique des malades des urgences :

Les spécialistes de l'urgence en France utilisent pour évaluer la gravité des patients adultes admis aux urgences une échelle de gravité en cinq classes appelées CCMU (30). Il s'agit d'une classification clinique et d'intervention de soins. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas susceptibles de s'aggraver. La différence entre les niveaux 1 et 2 étant liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique. Le CCMU3 correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences sans mise en jeu du pronostic vital, contrairement aux CCMU 4 et 5 qui nécessitent des actes lourds voire un recours à la réanimation (CCMU 5) pour préserver le pronostic vital menacé (figure 25). Ce classement est effectué par le médecin après examen clinique initial. Cette échelle n'est pas adaptée aux enfants de moins de 6 ans et aux patients relevant d'une prise en charge exclusivement psychiatrique.

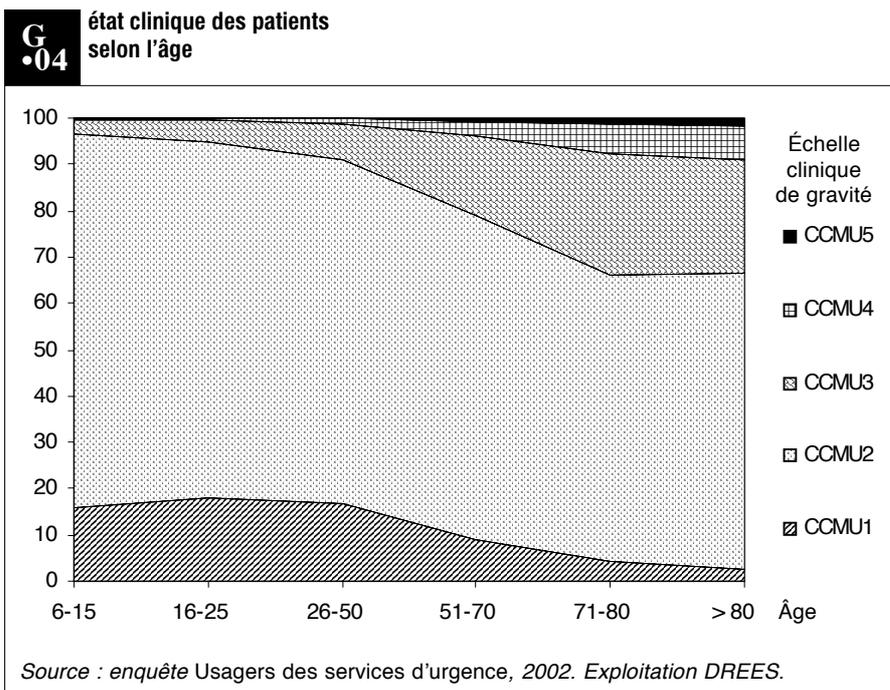


Figure 25 : Etat clinique des patients arrivant aux urgences selon l'âge (30).

Les résultats de cette enquête ont apporté une première description statistique de l'activité d'accueil et de prise en charge dans les services des urgences au niveau national :

- Une forte proportion de patients jeunes (25 % de moins de 25 ans, 18 % entre 16 et 24 ans), avec un taux de recours particulièrement élevé pour la classe d'âge des moins de un an, et dans une moindre mesure, pour celle des 80 ans ou plus (figure 26);
- Une venue principalement le jour (79% entre 8 heures et 20 heures) sans nette majoration le week-end (figure 27) ;
- Des patients qui se présentent pour la plupart sans avis médical préalable (70 %) ;
- Les patients jeunes comme âgés sont accompagnés (90 % pour les moins de 15 ans, 50 % pour les plus de 70 ans) ;
- Des pathologies réparties en somatiques (48 %), traumatiques (48 %), psychiatriques (2,5 %), combinées (1,5 %), la pathologie étant jugée comme pouvant encore s'aggraver pour 14 % des patients de plus de 6 ans, exclusion faite de la psychiatrie ;
- Trois quarts des patients ont bénéficié de gestes thérapeutiques (dont réanimation pour 0,5 %, mais aussi pansements, sutures, immobilisation, aérosols), d'examens complémentaires (biologie, imagerie) ou d'une consultation spécialisée.

En ce qui concerne ce dernier point il est à noter que nous avons tendance à faire des examens complémentaires plus facilement au sein d'une structure hospitalière, aux urgences qu'en cabinet même si cela n'est pas forcément approprié. (Notion d'obligation de moyens, de facilité : examen à disposition, patient en demande d'examen).

Pour finir, 19 % des patients ont été hospitalisés (91 % en médecine, chirurgie, obstétrique, 6 % en psychiatrie, 2 % en soins de suite, 1 % en long séjour), dont 85 % dans le même établissement (figure 28).

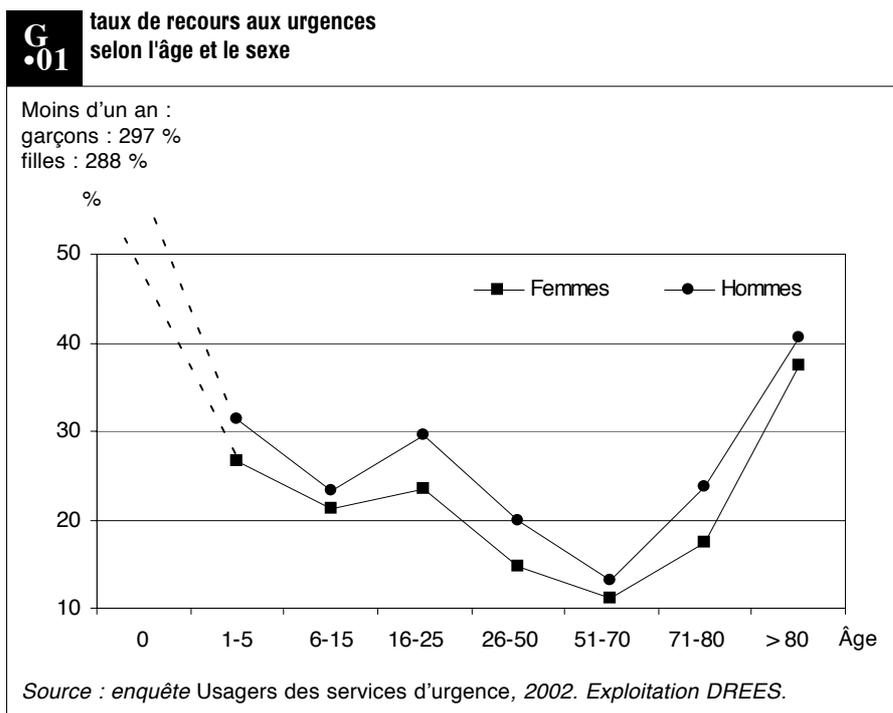


Figure 26 : Taux de recours aux urgences selon l'âge et le sexe :

G.02 horaires des arrivées aux urgences

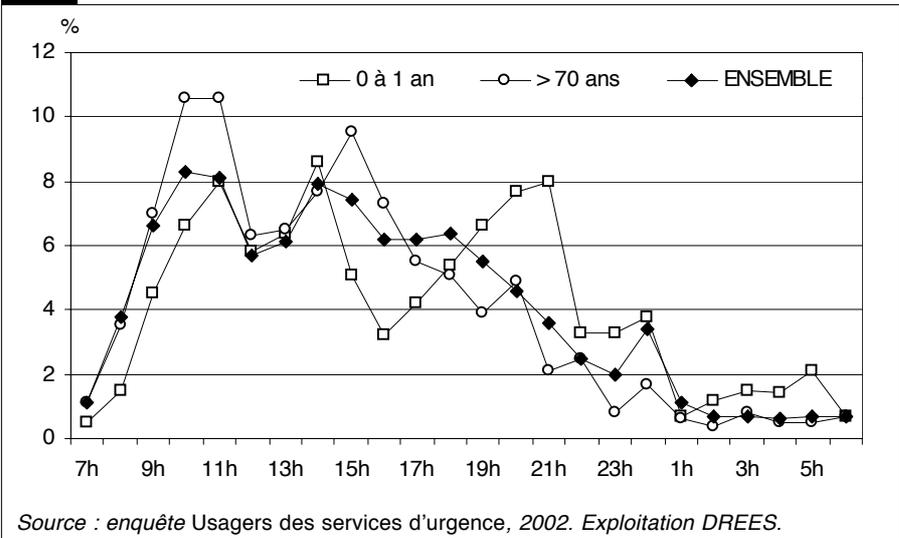


Figure 27 : Horaires des arrivées aux urgences (30)

G.06 répartition des motifs de recours aux urgences chez les patients hospitalisés et non hospitalisés

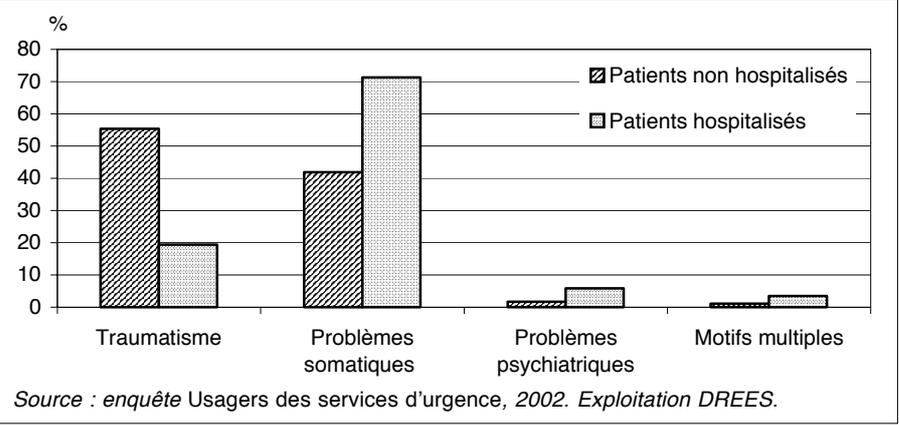


Figure 28 : Répartition des motifs de recours aux urgences chez les patients hospitalisés et non hospitalisés (30).

Cinq grands groupes d'usagers des urgences, correspondant aux différents âges de la vie, ont pu être identifiés :

- Des nourrissons, amenés par leur parent en fin d'après-midi ou en soirée pour un problème somatique et retournant très fréquemment à domicile après une consultation sans examen complémentaire ;
- Des enfants, venant plus fréquemment pour de la traumatologie (avec prédominance masculine) dans la journée et pour lesquels des actes de radiologie, d'immobilisation, de suture sont réalisés avant un retour à domicile ;
- Des jeunes avec un profil similaire aux enfants auquel viennent s'ajouter des problèmes de psychiatrie et de violence ;
- Des adultes, pour lesquels la fréquence de la traumatologie diminue avec l'âge alors que les pathologies somatiques, notamment cardio-vasculaires, augmentent ;
- Des patients âgés de 70 ans ou plus, plus fréquemment adressés par un médecin, arrivant le matin dans un état jugé susceptible de s'aggraver et hospitalisés pour moitié.

2. Les urgences hospitalières en France :

- L'organisation des services d'urgences a connu d'importantes transformations depuis l'enquête de 2002 (31):

La structuration des services d'urgences s'est faite progressivement, depuis un point d'accueil sans présence médicale permanente, encore moins dédiée, mais où les médecins de l'établissement hospitalier pouvaient examiner des patients se présentant d'eux-mêmes pour des soins, ou adressés par un médecin avec transport en ambulance pour une hospitalisation, ou encore amenés depuis la voie publique par police secours.

Sur la dernière décennie, les structures d'urgences ont été renforcées, notamment pour ce qui concerne les effectifs médicaux et soignants, dans le cadre du plan urgences 2004-2008, et leur fonctionnement réformé (décrets 2006-576 et 577) : il existe désormais un seul type d'accueil et de traitement des urgences, non plus trois (service d'accueil et de traitement des urgences SAU, pôle spécialisé POSU, unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences UPATOU), et les structures des urgences s'inscrivent comme l'une des modalités de la médecine d'urgence, aux côtés de l'aide médicale et des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR). Une répartition mutualisée du personnel entre les différentes activités de médecine d'urgence, de façon à améliorer le fonctionnement par découplage, peut prendre appui sur les décrets de 2006. D'autres réformes, plus générales, ont modifié l'organisation des établissements de santé, en particulier publics, avec répercussion sur les structures des urgences :

- La réforme de la durée légale du temps de travail, avec pour les médecins des établissements publics intégration des gardes de nuit, du samedi après-midi, des dimanches et jours fériés dans le temps de travail, limitation du temps de travail

hebdomadaire à 48 heures, institution d'un repos quotidien dit « de sécurité », possibilité d'effectuer un travail au-delà des dix demi-journées de service contre rétribution ou abondement d'un compte-épargne temps (55).

- La réforme du financement des établissements publics de santé comme de ceux du secteur privé participant au service public hospitalier fait passer d'un régime de dotation globale à un régime fondé sur des forfaits de prise en charge pour chaque hospitalisation dite « tarification à l'activité », instaurée en 2005 avec transition graduelle jusqu'en 2008. Dès lors, les dépenses de fonctionnement des établissements doivent être équilibrées avec des recettes générées par les forfaits de séjours hospitaliers, une des possibilités étant de programmer au mieux les admissions (56).

- La loi du 21 juillet 2009 « portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » loi HPST (10) prévoit, dans ses dispositions, de nouveaux modes de coopérations sanitaires entre établissements de santé, notamment les communautés hospitalières de territoires et les groupements de coopérations sanitaires, qui peuvent servir ainsi de support à la mutualisation des moyens au-delà de chaque établissement. Par ailleurs, cette loi prévoit une organisation des établissements publics de santé en pôles, auxquels sont attribués des moyens et qui génèrent des recettes liées à leur activité. Pour les structures des urgences en cas de passage avec hospitalisation immédiate, l'activité et les recettes associées sont partagées avec les services de l'établissement.

➤ Des mesures ont aussi été prises pour faciliter et simplifier le recours non programmé des patients à un médecin installé en ville :

- Le développement de la régulation médicale libérale, avec mise en œuvre d'un numéro de téléphone unique au niveau départemental recouvrant l'ensemble des secteurs de permanence de soins (le 15) ;

- L'augmentation de l'attractivité de la participation à la permanence des soins ambulatoires (soit de 20 heures à 8 heures les jours ouvrables, les dimanches et les jours fériés dans leur intégralité) par revalorisation de cette activité qui devient une mission de service public, volontaire et régulée, sous l'égide des agences régionales de santé et des conseils départementaux de l'ordre des médecins ;

- L'ouverture de maisons médicales de garde, qui sont des lieux de consultation de médecine générale ouverts aux heures de permanence des soins et à l'attention des soins non programmés ; des moyens sont alloués pour leur fonctionnement, les médecins libéraux y interviennent sur un mode volontaire ; l'accès est régulé par téléphone (circulaire de 2007) (35).

Une enquête qualitative a été réalisée par la DREES avec les principaux résultats d'une série de 110 entretiens de professionnels des urgences en 2012 (31) :

En effet depuis l'enquête nationale sur les urgences hospitalières de 2002, l'organisation

des établissements de santé, comme celle du premier recours en cabinet de ville, a connu de nombreuses modifications, présentées ci-dessus, qui justifiaient une réédition de l'enquête.

Ont été interrogés, lors de visites sur place, les directeurs d'établissements, des médecins (présidents de commission médicale d'établissement, responsables des urgences, hospitaliers en relation fréquente avec les urgences, conseillers à l'ordre des médecins, libéraux installés en cabinet), les cadres de soins aux urgences, les cadres administratifs de pôle, le personnel des agences régionales de santé en charge de l'organisation de la permanence des soins, soit un ensemble de 111 entretiens.

Les thèmes abordés recouvrent l'organisation du service des urgences, l'articulation avec les autres services de l'établissement, les caractéristiques des patients pris en charge, les difficultés éventuelles rencontrées, l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, du SAMU, du SMUR, les informations que pourrait apporter une nouvelle enquête nationale sur les urgences.

Les avis ainsi recueillis (54) semblent converger sur le fait qu'une partie des patients ayant recours aux urgences aurait pu également consulter un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral en ville, s'ils avaient pu obtenir un rendez-vous rapidement, c'est à dire, dans la journée ou le lendemain.

Or, obtenir un tel rendez-vous semble souvent difficile, bien que la qualité de l'organisation des médecins libéraux entre eux soit un atout appréciable, tout comme l'unicité d'un numéro d'appel pour accéder à la permanence des soins connue par la population.

En filigrane, si la mission des urgences est bien la prise en charge de tous ceux qui s'y présentent, idéalement, la proportion de patients nécessitant des soins immédiats (par exemple la traumatologie) devrait être aussi forte que possible. L'articulation avec les maisons médicales de garde, n'est pas immédiate, même si elles sont vues comme améliorant le bien-être de la population, avec un questionnement sur la responsabilité médicale des prises en charge (risque lié à la perte de chance en cas d'orientation initiale non optimale), voire, dans le cadre de la tarification à l'activité, sur une concurrence pour les recettes.

➤ Les urgences aujourd'hui : apports et contour d'une nouvelle enquête nationale

Dans ce qui précède, il a été tenté de préciser, au moyen des informations disponibles, textes et données quantitatives, la situation en 2013 des structures des urgences des établissements de santé et des patients qui y sont pris en charge. Dans ces structures sont pris en charge sans rendez-vous des patients de tout âge, relevant d'une consultation et de premiers soins mais aussi, dans un cas sur cinq, d'une prise en charge hospitalière pouvant comporter, le cas échéant, la réalisation sans délai d'un acte chirurgical ou encore de soins intensifs. En outre, sont réalisées des prises en charge psychiatriques et de difficultés sociales.

Dans un contexte d'augmentation régulière du recours aux structures des urgences, une description précise de la genèse de la décision d'y recourir doit permettre d'analyser ce phénomène. Cette description doit tenir compte notamment de l'appréciation des patients de leur état face à un événement de santé ou un accident, de l'urgence ressentie, de leur possibilité de recours rapide aux professionnels de santé, mais aussi des circonstances pour les patients qui sont conduits aux urgences.

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé a organisé une enquête nationale le 11 juin 2013 auprès de tous les patients se présentant dans l'ensemble des 738 structures d'urgences hospitalières de France (31). Les objectifs de cette enquête sont principalement de connaître les circonstances des recours aux urgences et d'analyser les difficultés éventuelles rencontrées lors de la prise en charge.

En 2011, les 750 structures d'accueil et de traitement des urgences de France métropolitaine et des DOM-TOM ont accueilli 18,5 millions de passages. On observe sur la période 2001-2011, une évolution du nombre de passages aux urgences qui est passé de 13,6 millions à 18,5 millions (31).

La plupart des patients se rendent aux urgences dans la journée et en début de soirée, jusqu'à 20h ; un quart des passages seulement a lieu entre 20 heures et 8 heures, et 10% entre minuit et 8 heures(32).

Les patients sont interrogés sur leurs motivations pour se rendre aux urgences : deux tiers des patients annoncent au moins deux raisons. Ces motivations sont regroupées en quatre catégories :

- 1- Décision de se rendre aux urgences pour un motif médical : l'hôpital paraît être le lieu le mieux adapté au problème de santé.
- 2- L'accessibilité aux soins : facilité d'accès aux urgences par la proximité géographique, la disponibilité du plateau technique, d'horaires ou encore de gratuité.
- 3- Recours aux urgences en deuxième choix (ou par défaut : entre autre difficulté ou impossibilité de trouver une réponse au sein de l'offre libérale de soins).
- 4- Autres circonstances : patients amenés par les pompiers ou le SAMU.

Il est intéressant de remarquer, dans la figure 29, que les principales motivations des patients se rendant aux urgences sont entre autre l'angoisse du patient (10%), l'accessibilité aux soins (60%) notamment la proximité des urgences (20%) ainsi que la possibilité de réaliser des examens complémentaires (20%).

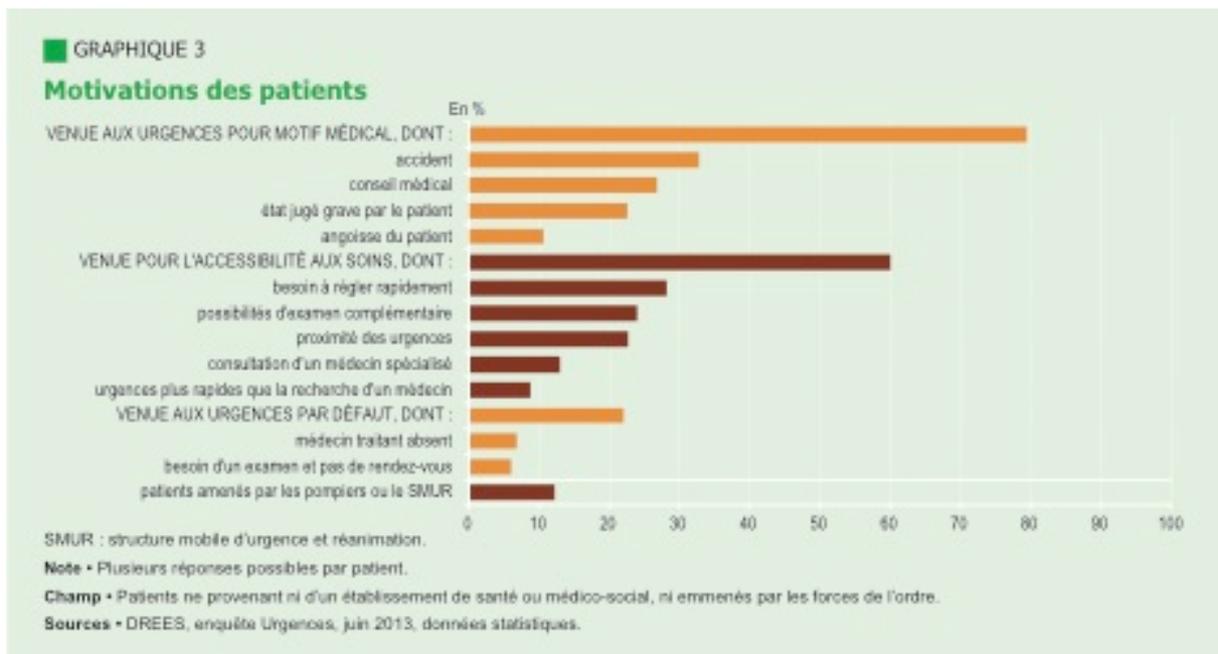


Figure 29 : Motivation des patients quant à leur venue aux urgences (31)

➤ Loi Marisol Touraine de la santé pour juillet 2015 :

La ministre de la santé Marisol Touraine a énoncé les 4 axes du projet de loi de santé, qui a été présenté au conseil des ministres pour un examen à l'Assemblée nationale début 2015. L'enjeu de cette loi est de réorienter le système de santé pour répondre aux défis du vieillissement, des maladies chroniques mais surtout réduire les inégalités sociales de santé (33).

Les nouveautés attendues au niveau de la PDS :

- le tiers payant généralisé
- et un numéro unique pour la PDS : un numéro d'appel unique à 3 chiffres devrait être installé pour répondre aux demandes urgentes ou non programmées.

3. L'offre de soins en Aquitaine en terme d'urgences hospitalières (34) :

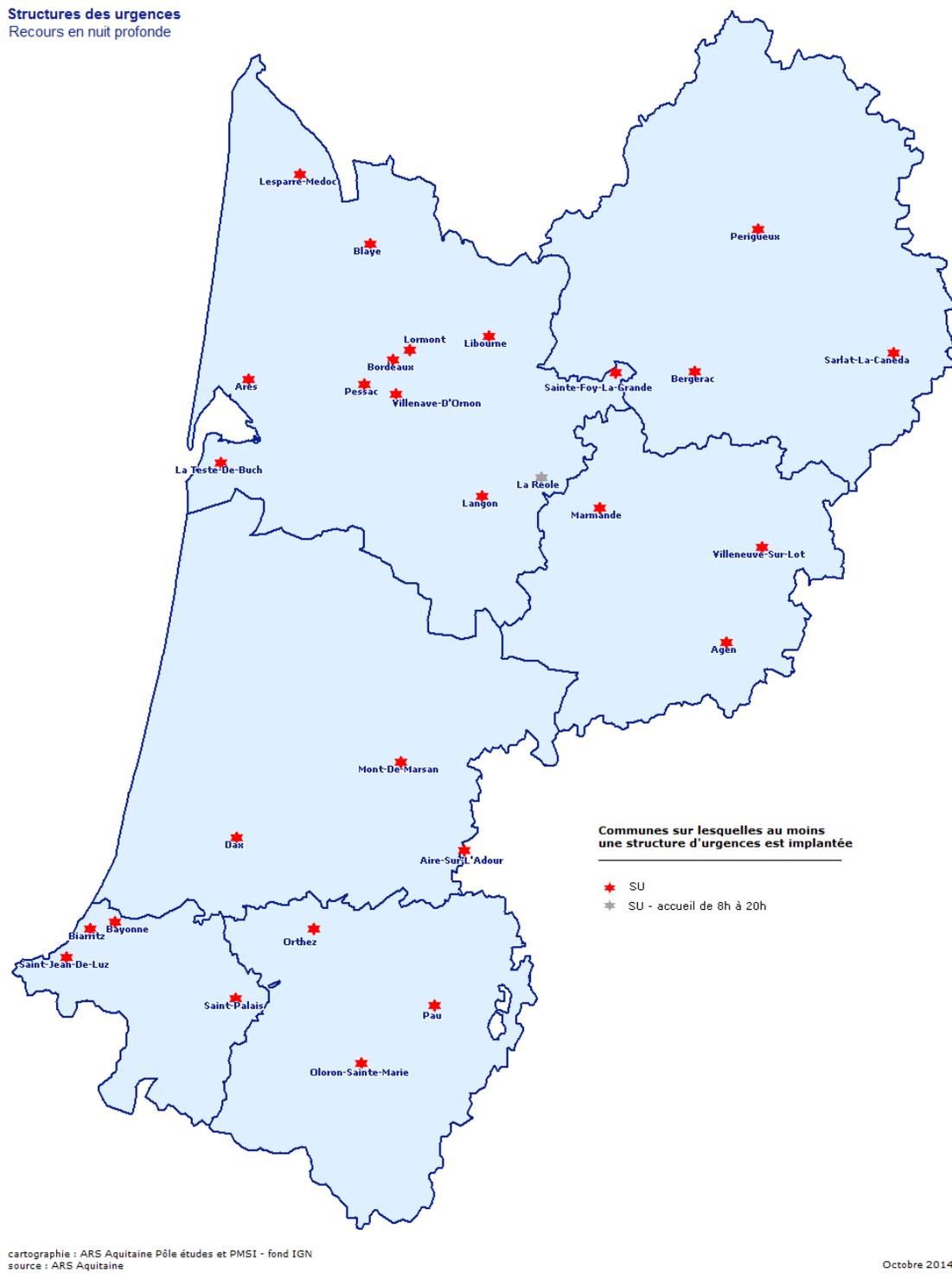


Figure 30 : Localisation des structures des urgences hospitalières en Aquitaine (34)

En résumé (figure 30) :

En Gironde : 13 hôpitaux pour 1 434 661 habitants et pour 9976 km²

soit 1 hôpital pour 110 000 habitants et pour 767 km²

En Dordogne : 4 hôpitaux pour 412 089 habitants et 9060 km²

soit 1 hôpital/103 000 habitants et pour 2265km²

En Lot et Garonne : 4 hôpitaux pour 329 697 habitants et pour 5361 km²

soit 1 hôpital pour 82 424 habitants et pour 1340km²

Dans les Landes : 3 hôpitaux pour 329 341 habitants pour 9243 km²

soit 1 hôpital pour 109 000 habitants et pour 3081 km²

Dans les Pyrénées-Atlantiques : 9 hôpitaux pour 650 356 habitants 7645km²

soit 1 hôpital pour 72 000 habitants et pour 849 km²

D. L'évolution au niveau nationale de la mise en place des Maisons Médicales de Garde

1. Les Maisons Médicales de Garde en France

Une MMG est défini comme « un lieu, déterminé, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée » (35).

Le premier point fixe de garde qui n'était pas encore dénommé MMG été créé en 1984 au Havre. Le nom de Maison Médicale de Garde a été inventé par MG France : un syndicat de médecins généralistes. La première d'entre elles a vu le jour à Gap en 2001 grâce à l'appui du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) de la Région Provence Alpes Côte d'Azur.

Entre 2000 et 2003, 98 nouvelles MMG se sont créées. En 2003, une étude notait 52 projets (36).

En Juillet 2006, 198 MMG sont en fonctionnement en France et à l'époque une dizaine de projets sont en cours. Les deux tiers étaient financés par l'Assurance Maladie dans le cadre du FAQSV. Les autres MMG ont été créées et subventionnées, suite à des initiatives de certains médecins installés ou des collectivités locales.

Le bilan effectué par la CNAM en 2004 indiquait que 68 MMG bénéficiaient du FAQSV et 21 en projet. Peu de fermetures sont intervenues depuis 2003 (37).

Trois cent trente-six MMG sont recensées début 2012 sur le territoire français. Cette croissance rapide du nombre de MMG montre bien l'intérêt de ce type de structure par les médecins libéraux. Plus de la moitié des MMG sont localisées dans les établissements de santé, ce qui confirme l'existence d'une coopération effective entre la ville et l'hôpital dans la prise en charge des soins non programmés ; coopération encouragée par le gouvernement (38).

Les MMG seraient au nombre de 369 en Janvier 2013 selon les chiffres du ministère, avec une augmentation de 9% par rapport à 2012 et elles regrouperaient 25% des territoires de PDS (8). Cependant il faut préciser que leur recensement n'est pas précis et il est difficile de récupérer cette information. C'est pour cela que nous avons contacté les différentes ARS en France. De plus en recherchant sur internet les cahiers des charges des différentes ARS nous avons pu récupérer quelques informations (figure 31).

Le bilan en 2006 retrouve une grande hétérogénéité des situations (37). Une installation pour les 2/3 des MMG est au sein d'un établissement de santé ou médico-social :

62% dans un établissement de santé ou d'hébergement (région rurale ou urbaine)

- 44% à l'intérieur d'une enceinte hospitalière publique et plus de la moitié directement de façon contiguë ou intégrée à un service d'urgences.
- 14% dans un hôpital local ou SSR
- 2% au sein d'une EHPAD
- 2% dans une clinique privée.

26% isolée en milieu urbain
12% isolée en milieu rural (local municipal)

Les MMG sont, de plus, inégalement réparties entre les régions : la situation de la région PACA, Rhône-Alpes, Centre, Poitou Charente, Bretagne, Pays de Loire ou Haute Normandie dans lesquelles il existe une forte implantation, contraste avec les régions de l'est ou du sud ouest dans lesquelles un système de médecine générale est importante au sein des urgences hospitalières.

Il convient de signaler l'implication parfois forte de certaines Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) dans la mise en oeuvre des dispositions de la circulaire DHOS d'avril 2003 sur les urgences, qui prône l'intérêt de filières de médecine générale au sein des urgences hospitalières (37).

Les MMG sont la plupart ouvertes en semaine de 20h à 24h, et le dimanche de 8h à 20h ou 24h.

Il est également à noter des niveaux d'activité très variables :

- 70 à 80% de l'activité se déroule les samedis et dimanches.
- Quand les MMG sont entièrement régulées par le centre 15 et qu'il n'y a aucun accès direct, ni aucun numéro spécifique de la MMG porté à la connaissance du public, les activités sont très faibles le soir en semaine.
- L'activité de visite est faible en général.
- Cependant la plupart des médecins sur les autres régions pensent qu'il existe un certain nombre de visites incompressibles (certificat de décès, maintien à domicile des personnes âgées, quelques situations sociales difficiles)
- Un taux de pédiatrie oscillant de 30 à 50% laissant apparaître le service rendu vis à vis d'une population qui aurait eu tendance à se replier vers les services d'urgences.

Une participation très variable par rapport au nombre théorique de médecins exerçant dans le secteur de la MMG :

Il y a clairement une différence majeure entre certaines grandes agglomérations où le taux de participation est de 5 à 15% et les régions rurales ou semi rurales où le taux de participation oscille entre 80 et 100% (37).

Cette participation s'explique d'une part par une offre souvent importante en ville et d'autre part par une plus forte implication dans la vie locale des médecins en campagne.

Il est important de signaler que le fonctionnement de certaines MMG repose sur quelques médecins uniquement qui effectuent la majeure partie de la permanence. Cet état de fait rend évidemment fragile le fonctionnement pérenne et est un élément à prendre en compte.



Figure 31 : Bilan des MMG en France

2. Les Maisons Médicales de Garde en Aquitaine :

	Nombres d'habitants	Superficie (Km2)	Structures D'urgences Hospitalières	MMG	Autres points fixes ou libéraux De PDSA	Territoire de PDS	Nombres de médecins généralistes
Gironde	1 434 661	9976	13	2 + CAPS (La Réole)	2 SOS 1 cabinet médical	40 dont 12 0h-8h	1772
Lot et G	329 697	5361	4	1		17	297
Landes	379 341	9243	3 + 3 SMUR saisonnier+ 1 SMUR	0	CAPS estival	31 (39 estival) dont 5 minuit 8h	431
Pyrénées-antiques	650 356	7645	9	0	2 SOS	33 dont 10 0h-8h	758
Dordogne	412 089	9060	4	1		30 dont 15 0h-8h	342

Figure 32 : Bilan des structures de PDS en Aquitaine en fonction du nombre d'habitants et de la superficie de chaque département (39)

En Aquitaine il y a 4 MMG mise en place dont la dernière en octobre 2014 à Libourne en Gironde :

- 1 MMG à Langon adossée aux urgences du centre hospitalier de Langon.
- 1 MMG à Libourne adossée aux urgences du centre hospitalier de Libourne.
- 1 MMG à Bergerac également adossée aux urgences du centre hospitalier.
- 1 MMG à Agen adossée au centre de gérontologie du centre hospitalier d'Agen, à coté de la caserne des pompiers.

Il est à noter que d'autres points fixes de garde existent notamment en Gironde, le CAPS de la Réole et un CAPS estival dans les Landes.

Les CAPS sont des Centres d'Accueil et de Premiers soins.

3. Avantages relevés au décours de la mise en place des MMG

En faisant le point sur les différentes thèses et sur les rapports nous avons pu dégager les principaux points positifs aux MMG (40,44 et 60,70):

- mutualisation des territoires de garde
- réduction du temps d'attente pour les patients et satisfaction des patients
- remplacement de garde plus facile
- bonnes conditions de travail
- sécurité des lieux
- peu de visites à domicile
- diminution du nombre de gardes

Cependant les reproches les plus souvent retrouvés sont un manque d'information des patients sur l'existence des ces MMG, problème d'accès au plateau technique, certains praticiens proposent une ouverture des MMG le samedi matin, ainsi que le financement du matériel médical.

4. Le rapport du Dr Jean-Yves Grall remis au ministre de la santé en aout 2007 : Synthèse

Le développement continu des MMG, dans un contexte de recours croissant aux services d'urgences et aux centres 15, et de démographie médicale difficile, accompagne les modifications réglementaires concernant la PDS. Les 2/3 des MMG sont financées (hors honoraires) anciennement par le FAQSV et par le Fond d'Intervention Régionale (FIR) depuis 2012 (45).

L'évaluation de près de 200 structures, malgré une grande hétérogénéité des situations, permet de considérer que le concept de MMG est un dispositif de PDS préparant l'avenir (45).

Un dispositif hétérogène :

- une localisation pour les 2/3 au sein d'un établissement sanitaire ou médico social
- des niveaux d'activité variables mais relativement stables et conditionnés par les différentes modalités d'accès observées
- un taux de participation des médecins important en milieu rural et très faible en milieu urbain un niveau de population desservie variable dans un contexte de sectorisation améliorée
- des coûts de fonctionnement, dont le caractère très hétérogène dépend de 4 facteurs principaux de dépenses concernant : les locaux, (investissement, location, participation des collectivités locales), les frais de personnel, des frais annexes d'évaluation, et de

prestations extérieures de suivi comptables), des rémunérations forfaitaires attribuées aux médecins pour coordination, réunion.

Le concept de MMG se révèle être une des solutions d'avenir quant au maintien d'une PDSA. Les MMG permettent une remédicalisation du milieu rural, une ré-implication des professionnels dans la PDS, une meilleure filière de prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services des urgences hospitalières et représentent un point de repère pour la population en milieu très urbanisé et un socle pour le développement futur de véritables maisons de santé, notamment en zone rurale. Ceci justifie qu'un encadrement clair et une standardisation minimale accompagnent leur installation et le fonctionnement pérenne des MMG.

Les recommandations sont structurées selon 6 axes :

- Etablir au niveau régional un pilotage cohérent et opérationnel sous l'égide de la mission régionale de santé (MRS) basé sur l'analyse des besoins en lien avec l'offre hospitalière, au moyen d'une enveloppe financière spécifique, à côté du FAQSV et de la Développement Régionale du Développement Rural (DRDR), et le FIR depuis 2012.
- Simplifier et alléger les procédures d'éligibilité et de suivi, et pérenniser le dispositif des MMG par un financement contractualisé sur 5ans.
- Etablir un cadre minimal type de fonctionnement concernant les lieux d'installation en zones rurales ou urbaines, les modalités d'accès, la nature et l'échelle des dépenses éligibles au financement
- Favoriser une filière de prise en charge cohérente de santé publique en donnant intérêt à agir à tous les acteurs :
 - En inscrivant les MMG dans les « réseaux des urgences »
 - En favorisant les organisations intra hospitalières à la filière de prise en charge optimale des patients
 - En finançant sur des bases identiques, une fois reconnu leur intérêt, toutes les MMG ou leur établissement support (sanitaire ou médico social)
 - En adaptant dans certains cas le financement des médecins
 - En rendant possible l'accès au tiers payant et en adaptant les modalités fonctionnelles et financières des transports pour les patients
- Incrire les MMG dans un dispositif de PDS simplifié et lisible :
 - En effectuant un redécoupage des secteurs autour des MMG installées.
 - En établissant une sectorisation élargie calquée sur la carte des établissements hospitaliers en « nuit profonde » permettant de garantir après régulation préalable une réponse au besoin de visites « incompressibles »

- En structurant l'accès aux MMG, notamment par une régulation de médecine générale à partir d'un mode d'appel téléphonique défini, simple et stabilisé.
- En mettant en cohérence les dispositifs de garde ambulancière et de pharmacie.
- Une large information sur l'utilisation de la PDS à destination du grand public pour responsabiliser et sécuriser la population, ce qui nécessite un dispositif défini et stable.

E. Aspect économique : Financement des MMG

1. Le Fond d'Intervention Régional

L'article L.1435-10 du code de la santé publique prévoit qu'un bilan national soit adressé au Parlement avant le 15 octobre et de permettre un suivi de l'utilisation des dotations affectées au fonds d'intervention régional (FIR) des Agences Régionales de Santé (46).

Ce rapport est constitué à partir des rapports d'activité régionaux relatifs au FIR que les directeurs généraux d'ARS doivent remettre avant le 31 mai de chaque année. Ce bilan remplace les rapports préexistants sur les différentes enveloppes intégrées dans le FIR : fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), fonds de modernisation des établissements de santé publics et privé (FMESPP). Il a pour vocation de présenter le périmètre des missions du fonds d'explicitier les critères de répartition régionale et de rendre compte l'utilisation des crédits FIR. Il a été élaboré sur la base des données fournies par les ARS ainsi que les données budgétaires issues de la Direction Financière et Comptable de la CNAMTS (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).

Il est organisé de la façon suivante :

- une synthèse générale retrace les éléments principaux de l'activité du FIR en 2012.
- une première partie traite de la stratégie et mise en œuvre globale du FIR
- une deuxième partie présente les réalisations permises par le FIR par grandes missions en indiquant pour chacune elle :
- La stratégie spécifique à la mission et les crédits alloués ;
- Le bilan quantitatif et qualitatif des actions menées (sur la base d'indicateurs nationaux) et l'identification d'initiatives innovantes ;
- une troisième partie « annexe » comprend l'ensemble des données chiffrées et des indicateurs illustrant le bilan des actions menées.

Créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, et suivants du code de la santé publique, le FIR constitue une avancée majeure dans la gestion des crédits confiés aux ARS. Le principe de fongibilité, consacré par le FIR, permet ainsi à

chaque ARS de redéployer librement les crédits au sein des différentes missions composant le fonds, sous deux limites (47):

- 1) les crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire, qui ne peuvent être affectées au financement d'activité de soins ou de prises en charge et d'accompagnement médico- sociaux,
- 2) les crédits destinés au financement de la prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi qu'au financement des prises en charge et accompagnements
- 3) des personnes handicapées ou âgées dépendantes ne peuvent être affectés au financement d'activité de soins.

Le FIR effectue ainsi la transition entre une logique de moyens sur des lignes fléchées à une logique d'objectifs et de résultats favorisant à terme une plus grande efficacité. Il est en cela l'outil des ARS pour la réalisation de leurs PRS.

Ce dispositif s'inscrit pleinement dans les objectifs de la stratégie nationale de santé (SNS) : il participe d'une logique de découplage des prises en charge entre les secteurs ambulatoires, hospitalier et médico-social et entre les politiques publiques. Il permet en regroupant certains crédits, d'appréhender globalement certaines politiques, comme la permanence des soins par exemple, quels que soient les instruments utilisés pour la mettre en œuvre.

L'ensemble des décisions relatives au FIR est soumis au conseil national de pilotage des ARS (CNP). Le CNP décrit par circulaires les orientations données au ARS pour l'utilisation du fonds, émet un avis sur la répartition des crédits entre les régions et est chargé du contrôle et du suivi de la gestion du fonds qui s'exerce dans le cadre des textes réglementaires applicables aux ARS et notamment du décret du 27 février 2012 relatif au FIR. Il arrête en outre le bilan annuel du FIR.

2. Les missions du FIR : Sept missions lui est confié

- 1) La permanence des soins : les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoires (PDSA), les actions ou structure qui concourent à l'amélioration de la PDSA notamment les MMG, la permanence des soins en établissement de santé (PDSES).
- 2) L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et de la répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé.
- 3) La modernisation, l'adaptation et la restructuration de l'offre de soins.
- 4) L'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et l'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

- 5) La prévention des maladies, la promotion de la santé, l'éducation de la santé et la sécurité sanitaire.
- 6) La mutualisation des moyens des structures sanitaires.
- 7) La prévention des handicaps et de la perte d'autonomie ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des personnes handicapées ou âgées dépendantes.

3. Synthèse financière : répartition des crédits

L'article L1435-9 du Code de Santé Public prévoit que les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par un arrêté ministériel, (budget, santé, sécurité sociale, des personnes âgées dépendantes ou handicapées), en fonction de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie. Cette dotation de l'Etat est au titre du programme 204 « prévention, sécurité sanitaire et offre de soins » de la mission « Santé ».

Ces ressources peuvent également être complétées par une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ou toutes autres dotations ou subventions prévues par des dispositions législatives ou réglementaires.

Il est à noter que les fonds FIQCS et FMESPP bien que financés par des dotations de l'assurance maladie sont suivis distinctement car faisant l'objet d'une identité financière et comptable, d'objet et de modalité de gestion spécifiques.

Le total des crédits FIR s'est élevé à 1,328 milliards d'euros en 2012.

Pour 2012, année de la création du FIR, les ressources de fonds étaient les suivantes :

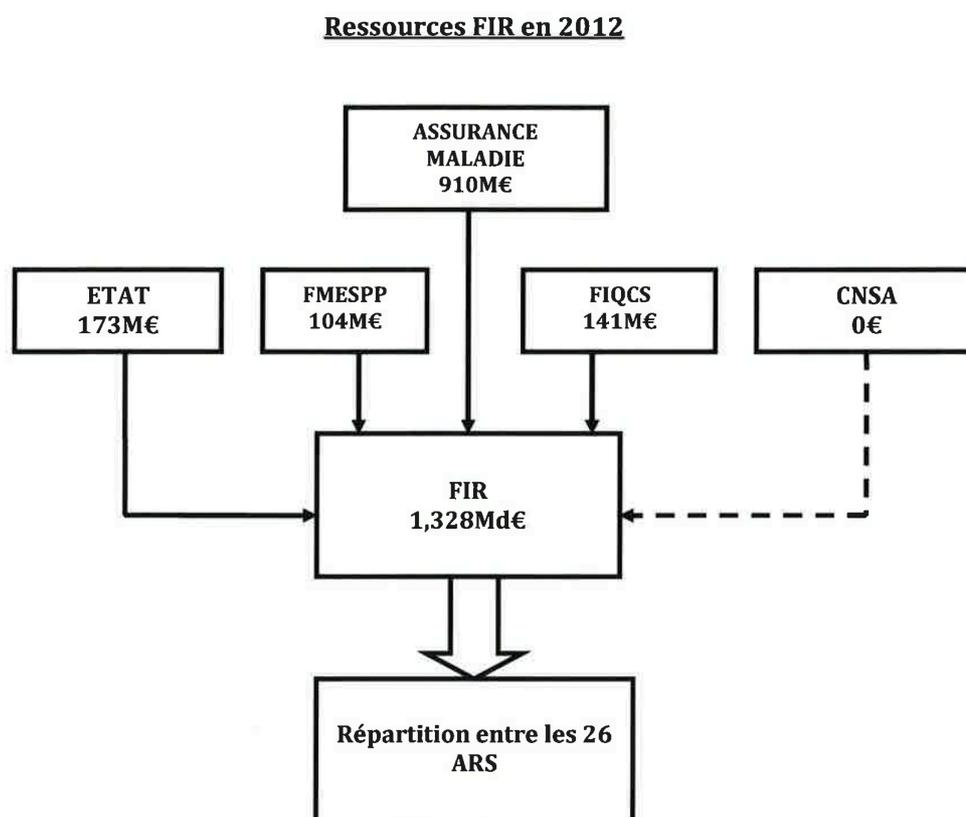


Figure 33 : Ressources de fond selon le FIR en 2012 (46)

➤ La répartition des crédits entre les régions :

La répartition régionale des crédits FIR est fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, budget, de la sécurité sociale et des personnes handicapées et âgées, après avis de CNP. Cette répartition s'est basée principalement sur une consolidation historique des sous enveloppes du budget de l'Etat et de l'ONDAM (objectif national des dépenses de l'assurance maladie) sanitaire pré existantes intégrées dans le FIR : les crédits prévention, les ex MIG éducation thérapeutique, centre de dépistage, centre périnataux, les crédits FIQCS, le FMESPP, la dotation CAQCS (contrat d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins) transports (48).

➤ La mise en œuvre de la fongibilité des crédits FIR :

Les rapports d'activité dur FIR transmis par les ARS soulignent que la fongibilité des fonds leur permet une gestion plus adaptée à leurs spécificités territoriales, facilitant à terme, une mise en oeuvre plus efficiente des crédits qui leurs sont confiés.

NB : la fongibilité asymétrique

La fongibilité asymétrique est un principe comptable établi en France par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF), qui permet à un gestionnaire d'utiliser des crédits pour des dépenses pour lesquelles elles n'étaient pas prévues à l'intérieur d'un programme, mais sans qu'il lui soit possible d'accroître les crédits de personnel en utilisant des crédits prévus pour d'autres natures de dépenses (48).

Le FIR laisse une marge de manœuvre importante grâce au principe de fongibilité, pour redéployer des crédits dans d'autres missions. Néanmoins, le FIR assure également, par le biais du principe de la fongibilité asymétrique, le respect des priorités fixées par le gouvernement.

Les modalités de construction de l'Etat Prévisionnel des recettes et des dépenses 2012 (EPDR) selon la figure 34 :

Etat prévisionnel des recettes et des dépenses consolidé FIR 2012

	Dépenses			Recettes	
	Intitulé	EPRD 2012 Primitif	EPRD 2012 modificatif	Intitulé	Estimation 2012
Mission 1	Permanence des soins ambulatoire	134611961	131 729 351	Dotations assurance maladie	1 154 838 436
	Permanence des soins en établissement de santé	602563893	597 650 754		
	Modernisation.				

Figure 34 : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses consolidé FIR en 2012 (46)

- Les redéploiements prévus par l'EPDR (figure 35):

		Enveloppe indicative finale (après arrêté du 13 décembre 2012 rectificatif)	EPRD 2012 avec DM (source ARS)	Ecart
Mission 1	Permanence des soins ambulatoire et en établissements de santé	771 414 322	729 380 105	-42 034 217

Figure 35 : Redéploiements prévus des fonds FIR 2012 (46)

- Synthèse de l'utilisation des crédits (figure 36) :

Synthèse de l'utilisation des crédits FIR 2012 par région

FIR GLOBAL	EPRD 2012 +DM	Charges comptabilisés
ARS ALSACE	38 771 680	34 715 780,81
ARS AQUITAINE	61 240 972	59 522 707,47
ARS AUVERGNE	30 812 498	28 104 207,35
ARS BASSE NORMANDIE	31 146 828	29 884 550,70
ARS BOURGOGNE	37 971 220	36 957 276,35
ARS BRETAGNE	57 894 948	58 950 811,60
ARS CENTRE	46 043 413	41 692 089,50
ARS CHAMPAGNE-ARDENNES	27 734 631	27 122 696,59
ARS CORSE	6 204 186	5 576 032,80
ARS FRANCHE-COMTE	26 152 853	26 107 169,99
ARS GUADELOUPE	13 521 831	13 569 537,96
ARS GUYANNE	12 280 030	11 115 748,74
ARS HAUTE NORMANDIE	35 185 463	33 382 424,92
ARS ILE-DE-FRANCE	237 560 530	208 120 117,28
ARS LANGUEDOC-ROUSSILLON	47 837 248	45 321 909,30
ARS LIMOUSIN	20 083 428	19 842 422,67
ARS LORRAINE	55 513 867	52 192 729,72
ARS MARTINIQUE	12 655 921	12 545 151,21
ARS MIDI-PYRENEES	61 280 092	55 214 304,30
ARS NORD-PAS-DE-CALAIS	80 856 331	77 370 199,12
ARS OCEAN INDIEN	25 218 255	24 863 475,91
ARS PACA	97 215 614	93 639 182,62
ARS PAYS DE LA LOIRE	72 110 209	68 528 290,02
ARS PICARDIE	40 037 339	37 826 605,11
ARS POITOU-CHARENTES	33 769 303	32 485 341,49
ARS RHONE-ALPES	116 316 916	105 177 255,76
TOTAL NATIONAL	1 325 415 606	1 239 828 019

Source : Données ARS et données CNAMTS

Figure 36 : Synthèse de l'utilisation des crédits FIR en 2012 par région (46)

➤ Pilotage et organisation du FIR :

- Le rôle du conseil national de pilotage (CNP) des ARS :

Le CNP a été créé par la loi HPST du 21 juillet 2009. Il anime et surveille la mise en œuvre du FIR. Il est co-présidé par les ministres en rapport, et regroupe les différents directeurs d'administration centrale concernés par les ARS, les directeurs généraux des CNAM et le directeur de CNSA (46).

- Organisation interne des ARS pour le pilotage du FIR : il y a 4 acteurs principaux : le directeur général de l'ARS, le comité de pilotage ou de gestion du FIR, la direction des finances de l'ARS, les délégations territoriales dans les différents bassins de santé.

➤ Bilan quantitatif et qualitatif des missions du FIR : Mission n° 1 la PDS

Les missions financées par le FIR au titre de la permanence des soins en 2012 regroupent les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins ambulatoire, les actions ou structures qui concourent à l'amélioration de la PDSA, notamment les Maisons Médicales de Garde MMG, ainsi qu'à la permanence en établissement de santé PDSES (46).

En ce qui concerne les actions ou structures concourant à l'amélioration de la PDSA, il s'agit de mesures de soutien de la PDSA auparavant financé par le FIQCS. Entrent notamment dans cette catégorie les charges relatives aux centres de régulation libérale et des MMG.

Il n'existe pas d'enveloppe indicative pour l'ensemble du financement de la PDSA. Contrairement aux enveloppes indicatives dévolues aux forfaits, dont les montants ont été fléchés, les actions et structures concourant à l'amélioration de la PDSA, telles que les MMG ou centre de régulation, étaient jusqu'ici financées sur le FIQCS qui n'opérait pas de pré fléchage des crédits entre les différentes missions financées. Le redéploiement des crédits ne peut donc être calculé (46).

A noter que en 2012 le FIR a supporté une baisse globale de 5,86% par rapport au total des enveloppes correspondantes de 2011.

**Comptabilisation des crédits consacrés à PDSA
(Comptes de la mission 1 et 2, provisions de PDSA incluses)**

PDSA (missions 1 et 2)	EPRD + DM missions 1 +2	Crédits comptabilisés FIR (avec provisions)	Ecart EPRD - crédits FIR	
			VA	taux
Alsace	4 553 425	4 179 486	- 373 940	-8%
Aquitaine	10 114 245	9 461 501	- 652 744	-6%
Auvergne	5 918 584	5 697 397	- 221 187	-4%
Basse Normandie	1 827 791	1 935 023	107 232	6%
Bourgogne	4 235 671	4 052 508	- 183 163	-4%
Bretagne	6 825 182	5 945 821	- 879 361	-13%
Centre	3 812 000	3 896 398	84 398	2%
Champagne Ardennes	2 535 488	2 137 726	- 397 762	-16%
Corse	895 453	639 427	- 256 026	-29%
Franche Comté	4 822 148	3 869 313	- 952 835	-20%
Guadeloupe	1 080 455	1 012 454	- 68 001	-6%
Guyane	237 483	234 008	- 3 475	-1%
Haute Normandie	2 201 810	2 579 630	377 820	17%
Ile de France	8 627 031	7 519 067	- 1 107 964	-13%
La Réunion	1 020 570	968 875	- 51 695	-5%
Languedoc Roussillon	6 783 584	6 688 722	- 94 862	-1%
Limousin	4 325 409	4 150 666	- 174 743	-4%
Lorraine	6 958 463	6 905 471	- 52 992	-1%
Martinique	611 748	776 461	164 713	27%
Midi Pyrénées	12 441 276	10 893 887	- 1 547 389	-12%
Nord Pas de Calais	8 801 032	8 491 354	- 309 678	-4%
Pays de Loire*	14 204 104	12 238 169	- 1 965 935	-14%
Picardie	3 742 341	3 485 947	- 256 394	-7%
Poitou-Charentes	3 091 254	2 850 494	- 240 760	-8%
Provence Alpes Cote d'Azur	12 225 875	10 098 443	- 2 127 432	-17%
Rhône Alpes	13 239 169	12 816 808	- 422 361	-3%
Total	145 131 591	133 525 055	- 11 606 536	-8%

Source : données EPRD ARS / balance régionale CNAMTS

Figure 37 : Comptabilisation des crédits consacrés à la PDSA, FIR 2012(46).

Répartition régionale des crédits FIR 2012
(Issue de l'arrêté de dotation modificatif du 13 décembre 2012)

ARS	Total des crédits	Dont crédits destinés au financement des actions tendant à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé, à la prévention des maladies et à la sécurité sanitaire mentionnés au a) de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique			
		Au titre de la dotation de l'Etat mentionnée à l'art. L.1435-9 CSP	Au titre des fonds de prévention de l'assurance maladie mentionnés au 2ème alinéa de l'art. L. 1434-6 CSP et au 1° de l'art. R1435-24 du CSP	Au titre des crédits de l'assurance maladie mentionnés au 2° de l'article R.1435-24 du CSP	Total
Alsace	38 771 860	2 090 955	1 160 772	476 037	3 727 764
Aquitaine	61 240 972	5 209 383	1 922 070	232 984	7 364 437
Auvergne	30 812 498	4 155 375	1 013 671	205 740	5 374 786
Basse-Normandie	31 146 828	2 861 056	1 067 527	376 836	4 305 419
Bourgogne	37 971 220	5 182 830	1 157 657	396 027	6 736 514
Bretagne	61 231 066	6 979 999	1 904 950	558 291	9 443 240
Centre	46 043 413	6 113 983	1 606 820	533 580	8 254 383
Champagne-Ardenne	27 734 631	3 276 528	1 021 683	580 717	4 878 928
Corse	6 204 186	741 669	545 873	78 533	1 366 075
Franche-Comté	26 777 853	2 127 635	891 264	58 175	3 077 074
Guadeloupe	13 521 831	5 720 181	559 352	190 227	6 469 760
Guyane	12 280 030	6 749 506	435 854	1 083 559	8 268 919
Haute-Normandie	35 185 463	4 859 151	1 237 268	341 734	6 438 153
Ile de France	238 560 530	29 944 632	5 815 340	3 322 351	38 082 323
Languedoc-Roussillon	47 761 418	6 147 236	1 613 272	353 282	8 113 790
Limousin	20 083 428	1 787 222	822 733	275 265	2 885 220
Lorraine	53 704 149	6 535 895	1 464 035	484 350	8 484 280
Martinique	12 655 920	3 778 261	540 167	62 500	4 380 928
Midi-Pyrénées	61 280 092	7 415 389	1 681 723	910 599	10 007 711
Nord Pas de Calais	80 727 672	10 139 360	2 357 554	394 121	12 891 035
Océan Indien	25 218 255	11 290 372	659 486	516 637	12 466 495
Pays de la Loire	71 744 099	8 910 933	2 025 082	1 577 805	12 513 820
Picardie	40 322 426	5 348 609	1 292 420	523 500	7 164 529

Poitou-Charentes	33 643 422	3 101 001	1 201 889	1 044 017	5 346 907
PACA	96 220 614	9 380 493	2 761 521	878 944	13 020 958
Rhône-Alpes	116 386 915	12 544 703	3 240 017	1 325 504	17 110 224
TOTAL	1 328 230 791	173 392 355	40 000 000	16 839 358	228 173 672

Source : Arrêté du 13/12/2012 rectificatif publié au JO du 09/02/2013 fixant le montant des crédits attribués aux ARS au titre du FIR

Figure 38 : Répartition régionale des crédits FIR 2012 (46)

F. Conclusion

Selon le code de déontologie médicale et le code de santé public, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Il est donc du devoir du médecin de participer à la permanence des soins aux patients.

Depuis la grève de 2001, l'obligation de garde n'est plus d'actualité. Après le retrait de l'obligation de garde, la permanence des soins est assurée par un système collectif fondé sur le volontariat des médecins.

La réforme de la PDSA, notamment avec la loi HPST du 21 juillet 2009, permet une revalorisation des soins de premier recours. Cette réorganisation s'articule autour des ARS et de la régulation médicale qui deviennent les pivots du dispositif, associé au SROS ambulatoire, nouvel outil de PDS.

L'Aquitaine recouvre un grand territoire comportant 158 territoires de PDS, qui est couvert sur la totalité des horaires de PDS, d'une part grâce à la mobilisation de 60% des médecins généralistes d'Aquitaine, et d'autre part grâce aux services d'urgences des établissements de santé.

La PDSA devient de plus en plus difficile à assurer dans cette grande région de 3,3 millions d'habitants dont 25% ont plus de 60 ans. De plus, la démographie médicale évolue à une vitesse non négligeable, avec une baisse de 10,5% en 10 ans d'ici 2018 du nombre de médecins généralistes, devant un grand nombre de départs à la retraite non remplacés.

Outre la médecine ambulatoire, les services d'urgences hospitaliers permettent de couvrir la PDS. Le nombre de consultation aux urgences relevant de la médecine générales ne cesse d'augmenter. Cette augmentation régulière de recours aux urgences a un coût élevé et contribue fortement à l'engorgement des urgences.

Devant ce tableau d'évolution sociodémographique des médecins généralistes et d'évolution de consommation de soins par la population, les MMG sont nées et se développent depuis une dizaine d'année. Les MMG sont des points fixes de garde, de prestation de médecine générale fonctionnant aux heures de PDS. Elles seraient au nombre de 369 en janvier 2013 en France. Il existe 4 MMG en fonctionnement en Aquitaine.

Les MMG semblent répondre à la problématique de PDSA en mutualisant les territoires de garde, diminuant le nombre de garde par médecins de secteur, tout ceci dans de bonnes conditions de travail, dans un lieu sécurisé.

C'est donc dans ce contexte de volonté d'amélioration de la PDSA, d'évolution de la démographie médicale et d'engorgement des urgences que se pose la question de la mise en place des MMG. Cette enquête est réalisée en Aquitaine afin de déterminer l'opinion des médecins généralistes concernant les MMG dans le but d'optimiser leur mise en place dans cette région.

III. Obstacles à la mise en place des MMG : Opinion des médecins généralistes d'Aquitaine.

Les Médecins Généralistes d'Aquitaine souhaitent-ils s'investir dans les Maisons Médicales ?

A. La problématique : obstacles à la mise en place des MMG ?

Le développement des MMG en France est très hétérogène, et reste timide en Aquitaine. Leur développement est une volonté politique, cependant leur mise en place et leur avenir dépendent entre autre de la volonté des médecins généralistes qui souhaitent s'y investir.

B. L'hypothèse

Une proportion majoritaire de médecins généralistes libéraux d'Aquitaine souhaite s'investir dans une MMG.

C. L'objectif principal

Déterminer les facteurs influençant les médecins généralistes d'Aquitaine quant à leur investissement dans les MMG.

D. Les objectifs secondaires

- Déterminer la proportion de médecins généralistes déclarant être prêt à s'investir dans les MMG en Aquitaine.
- Evaluer l'opinion des médecins généralistes d'Aquitaine concernant le développement des MMG.
- Déterminer les variables démographiques des médecins généralistes souhaitant s'investir dans les MMG et de ceux ne souhaitant pas s'y investir, permettant d'évaluer les éléments d'optimisation de la mise en place des MMG en Aquitaine.

E. Démarche bibliographie

Notre recherche bibliographique a utilisé principalement comme mots clés « *maison médicale de garde* » et « *permanence des soins* » dans les catalogues CiSMef et Système Universitaire de Documentation (SUDOC) ; ainsi que des moteurs de recherche comme « Google » et « Google Scholar ». Nous avons visité des sites gouvernementaux et administratifs comme : LEGIFRANCE.gouv.fr, HAS, ARS, CDOM, CNOM, et DREES; et contacté directement certaines administrations, comme le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins des différents départements de l'Aquitaine, l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et des autres départements de France, ainsi que le Conseil Régional d'Aquitaine pour avoir les données les plus fiables et les plus récentes possibles.

IV. MATERIELS et METHODES

A. Schéma d'étude

Ce travail est une enquête d'opinion auprès d'une population de médecins généralistes libéraux d'Aquitaine concernant leur volonté de s'investir dans les MMG.

Cette enquête a été réalisée du mois de mai 2014 à décembre 2014 par un auto questionnaire de quinze questions fermées et une question ouverte pour les suggestions, envoyé par mail à un échantillon de médecins généralistes libéraux d'Aquitaine.

Le critère de jugement principal regroupe les facteurs influençant l'opinion des médecins généralistes d'Aquitaine quant à leur souhait de participation à une MMG.

Les critères de jugement secondaires sont :

- Le souhait du médecin généraliste de s'investir dans une MMG
- Opinion des médecins généralistes concernant les MMG
- Variables sociodémographiques des médecins généralistes souhaitant s'investir dans les MMG
- Variables sociodémographiques des médecins généralistes ne souhaitant pas s'investir dans les MMG

B. Description de la population :

Les critères d'inclusion sont les médecins généralistes libéraux, installés ou remplaçants, plus de 50% de son activité en libéral, exerçant en Aquitaine. L'inclusion des médecins ayant déclarés un mode d'exercice particulier (MEP), dont SOS médecins est faite.

Les critères de non inclusion regroupent les médecins généralistes salariés, médecins spécialistes, médecins retraités, médecins refusant de répondre à l'enquête.

C. Définition des variables d'intérêt :

- Les variables sont qualitatives :

Age, sexe

Type d'exercice : urbain, rural, semi rural

Participation au fonctionnement d'une MMG : oui, non

Volonté de participer au fonctionnement d'une MMG : oui, non

Participation au système de garde : oui, non

Opinion concernant la PDSA dans le secteur

Opinion concernant les MMG

Concernant le type d'exercice, l'espace à dominante rurale, ou espace rural, regroupe l'ensemble des petites unités urbaines et communes rurales n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine (pôles urbains, couronnes périurbaines et communes multipolarisées). De la même manière, l'espace urbain est l'ensemble de plusieurs aires urbaines et des communes multipolarisées qui s'y rattache (49).

Le terme « semi-rural » n'est pas énoncé à l'INSEE. De plus ces termes, notamment dans notre questionnaire, sont laissés à l'interprétation des répondants, subjectivement.

Concernant les classes d'âge énoncées dans le questionnaire (25-40 ans, 41-60 ans et plus de 60 ans), leur découpage a été choisi en adéquation avec la description des classes d'âge décrites dans les évolutions démographiques de la DRASS et le CNOM (moins de 40 ans, 40-60 ans et plus de 60 ans) (25-27).

- Modalité des mesures

La population étudiée comprend les 3600 médecins généralistes libéraux exerçant en Aquitaine. La population a été stratifiée en département afin d'obtenir une proportion équivalente dans l'échantillon de médecins généralistes dans chaque département. Le nombre d'appel passé n'était pas calculé à l'avance, mais il était nécessaire d'obtenir entre 80 et 100 réponses au minimum.

Les médecins généralistes libéraux ont été choisis au hasard sur toute l'Aquitaine. Sur le site du CNOM d'Aquitaine, les médecins ont été choisis par ordre en alternance, un sur quatre, au sein de chaque département. Le nombre de médecins généralistes choisis est de 307, ce qui correspond au nombre d'appels passés. Les médecins généralistes sont choisis au hasard par département d'exercice dans le but d'obtenir une proportion équivalente de médecins dans cet échantillon par rapport aux données démographiques des départements d'Aquitaine.

➤ **Elaboration du questionnaire :**

Un auto-questionnaire est ensuite envoyé par mail directement après l'appel téléphonique passé, renvoyé directement via Google drive. Ce questionnaire est anonyme afin d'autoriser la plus grande spontanéité des réponses. Il est très simple afin d'obtenir le plus grand nombre de réponses.

Afin de répondre aux objectifs le questionnaire est subdivisé en plusieurs parties :

- une première partie (Question 1 à 5) regroupant les caractéristiques sociodémographiques des répondants.
- une deuxième partie (Question 9 à 12) regroupe les questions correspondant à la PDSA
- la troisième partie (Question 6 à 9 et 13 à 15) concerne les MMG.
- la dernière partie est un commentaire libre.

L'appel téléphonique comprend une présentation brève du travail de thèse, les réponses à toute question posée par le médecin, finissant par la demande d'adresse mail afin d'envoyer le questionnaire de thèse. Dans la majorité des cas le médecin généraliste répond lui-même au téléphone, et pour le reste, la secrétaire transmet l'adresse mail.

L'auto questionnaire comprend 15 questions fermées et une question ouverte permettant tout type de commentaire.

La rédaction du questionnaire ne repose pas sur un questionnaire standardisé.

D. Modalité de recueil

Concernant le recueil des réponses, les questionnaires une fois remplis ont été directement renvoyés par mail.

E. Analyses statistiques

Les analyses statistiques réalisées comprennent une analyse démographique de l'échantillon, l'analyse de la comparaison de l'échantillon par rapport à la population étudiée, les calculs de proportion de réponses aux appels et aux questionnaires, les calculs de proportion à la réponse au critère de jugement principal et aux critères de jugement secondaire, ainsi qu'une comparaison des groupes oui/non (volonté d'investissement ou non dans les MMG).

F. Règles éthiques et réglementations respectées

Le questionnaire est anonyme. Le questionnaire est, en effet, envoyé par mail, et les médecins répondent directement sur le lien internet par leur mail, et la réponse au questionnaire ne tient pas compte de l'adresse mail du répondant.

Une information claire est apportée lors de l'appel téléphonique ainsi qu'une explication brève de mon travail de thèse en début de questionnaire.

V. RESULTATS

A. Taux de réponse

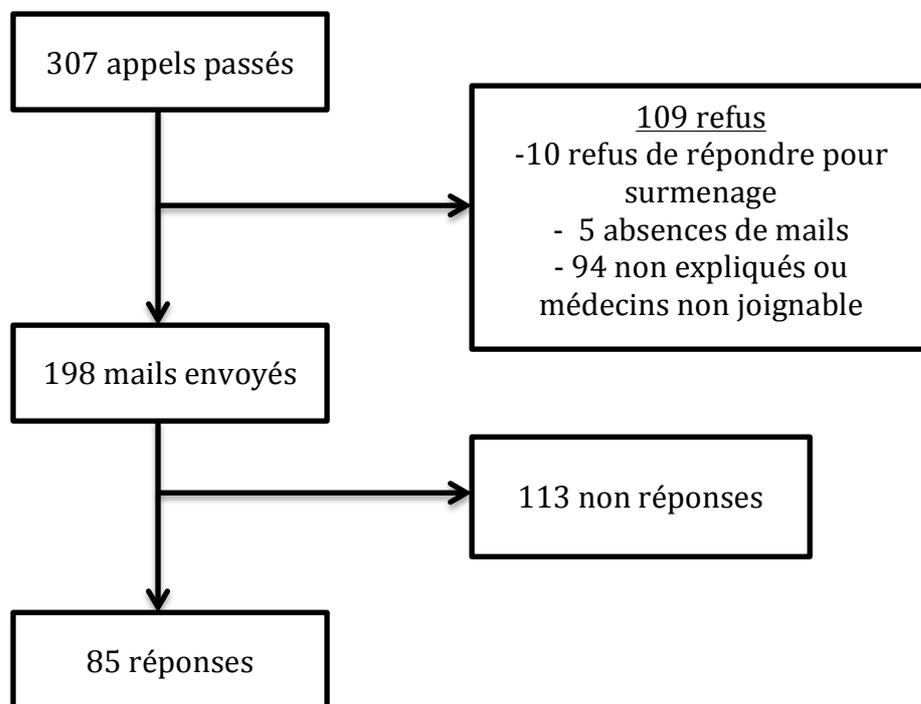


Figure 39 : Diagramme des flux représentatif de l'évolution de la population d'étude

➤ Les appels passés

Le nombre de médecins généralistes libéraux est de 3600 sur l'Aquitaine et le nombre d'appels passés est de 307 : au total une proportion de 8,5% de médecins généralistes ont été appelé en Aquitaine (tableau 1).

Au niveau départemental nous retrouvons 145 appels passés en Gironde, 24 dans le Lot et Garonne, 31 en Dordogne, 70 dans les Pyrénées Atlantiques et 37 dans les Landes. Ces proportions se rapprochent et paraissent comparables sans test statistique réalisable.

	Nombre d'appels	Nombre de médecins généralistes	%
Gironde	145	1772	8,2%
Landes	37	431	8,6%
Lot et Garonne	24	297	8%
Dordogne	31	342	9%
Pyrénées-Atlantiques	70	758	9,2%
Total	307	3600	8,5%

Tableau 1 : Nombre d'appels passés en fonction du nombre de médecins généralistes par département

➤ Les mails envoyés

Le nombre de mails envoyés est de 198 sur les 307 appels passés en Aquitaine, ce qui fait 64% de médecins généralistes acceptants de répondre. Les causes des 109 autres appels sans envoi de mail sont multiples : refus de la part du médecin généraliste qui est soit non intéressé par le sujet soit (pour la plupart du temps) surmené et ne peut pas prendre le temps de répondre, refus de la part de la secrétaire, absence de mail (au nombre de 5).

Le nombre de mails envoyés est de 63 en Gironde, 13 dans le Lot et Garonne, 21 en Dordogne, 46 dans les Pyrénées Atlantiques et 26 dans les Landes. Le plus haut taux de mails est envoyé par rapport aux appels passés sont dans les Pyrénées-Atlantiques (68%) et en Dordogne (70%), le plus bas est dans le Lot et Garonne (54%) (Tableau 2).

	Nombres de mails envoyés	Nombres d'appels passés	%
Gironde	92	145	63%
Landes	26	37	65%
Lot et Garonne	13	24	54%
Dordogne	21	31	70%
Pyrénées-Atlantiques	46	70	68%
Total	198	307	64%

Tableau 2 : Nombre de mails envoyés par rapport au nombre d'appels passés par département.

➤ **Les réponses aux mails envoyés:**

Le nombre de réponses aux 198 mails envoyés est de 85 soit 43% de réponses sur l'Aquitaine.

Au niveau départemental, nous avons obtenu 41 réponses en Gironde, 7 dans Lot et Garonne, 6 en Dordogne, 18 dans les Pyrénées Atlantiques, 13 dans les Landes (tableau 3).

	Nombres de réponses	Nombres de mails envoyés	%
Gironde	41	92	45%
Landes	13	26	50%
Lot et Garonne	7	13	54%
Dordogne	6	21	29%
Pyrénées-Atlantiques	18	46	39%
Total	85	198	43%

Tableau 3 : nombre de réponses obtenues en fonction du nombre de mails envoyés par département

B. Aspect démographique de l'échantillon :

➤ **Le sexe :**

Une majorité d'homme, soit 60, ont répondu pour 25 femmes sur les 85 réponses, ce qui était attendu au vu de la démographie médicale (figure 40).

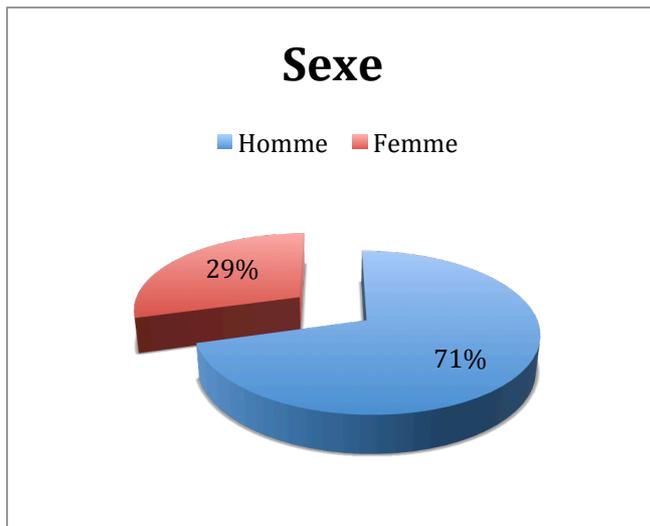


Figure 40 : Proportion d'hommes et de femmes dans l'échantillon

➤ **L'âge :**

Les 41-60 ans sont majoritaires avec 49 réponses, 29 pour les 25-40ans et 7 pour les plus de 60 ans sur les 85 réponses (figure 41).

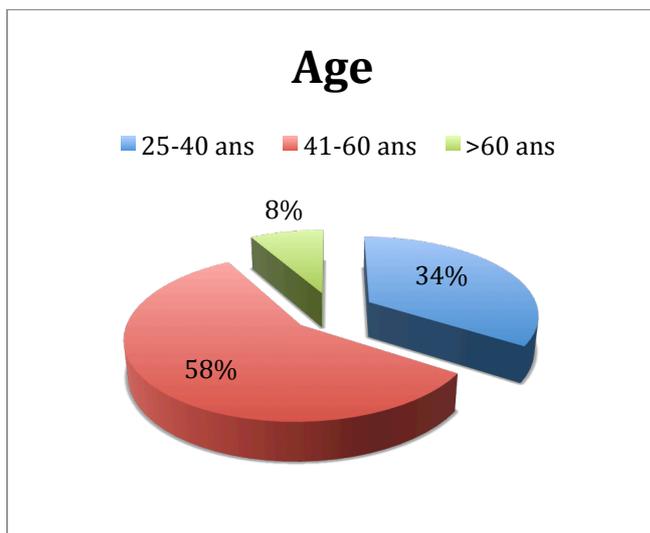


Figure 41 : Proportion de médecins par tranche d'âge dans l'échantillon.

➤ **Le département d'exercice :**

Concernant le département d'exercice 41 des répondants exercent en Gironde, 18 dans les Pyrénées Atlantiques, 13 dans les Landes, 7 dans le Lot et Garonne, et 6 en Dordogne sur les 85 répondants (figure 42).

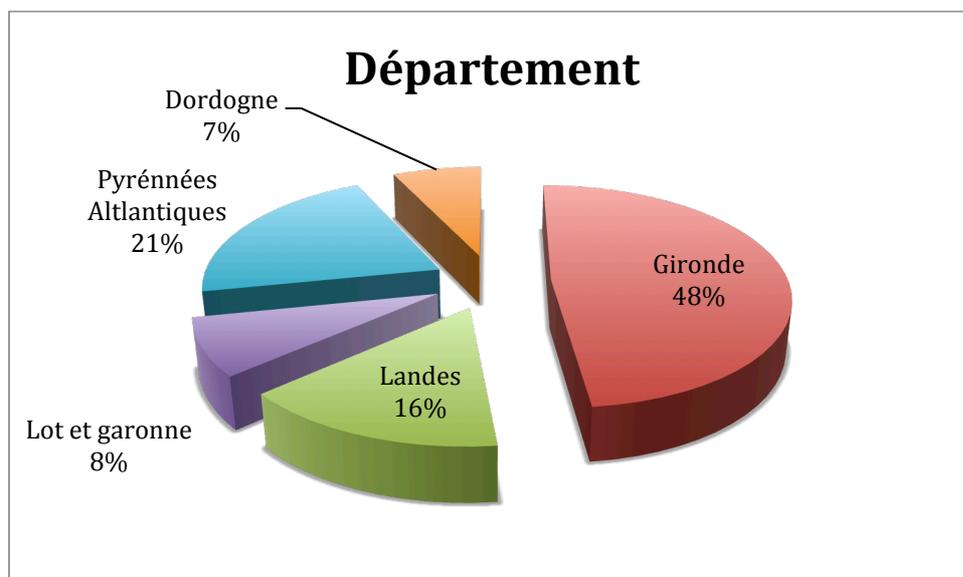


Figure 42 : Proportion de médecins de l'échantillon par département

➤ **Le type d'exercice :**

Concernant le type de pratique médicale de l'échantillon : 29 répondants exercent en zone en semi-rural, 33 en urbain et 23 en rural sur les 85 répondants (figure 43).

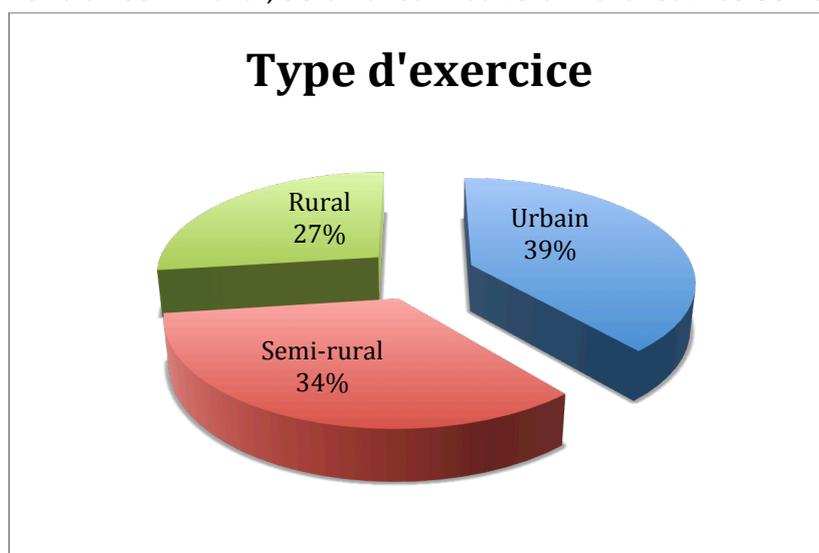


Figure 43 : Proportion de médecins dans l'échantillon en fonction du type d'exercice

➤ **Le type de cabinet :**

51 répondant exercent en association, 18 exercent seul, 6 en Maison Médicale Pluridisciplinaire et 10 sont remplaçants sur les 85 répondants. Aucun répondant n'a d'activité hospitalière (figure 44).

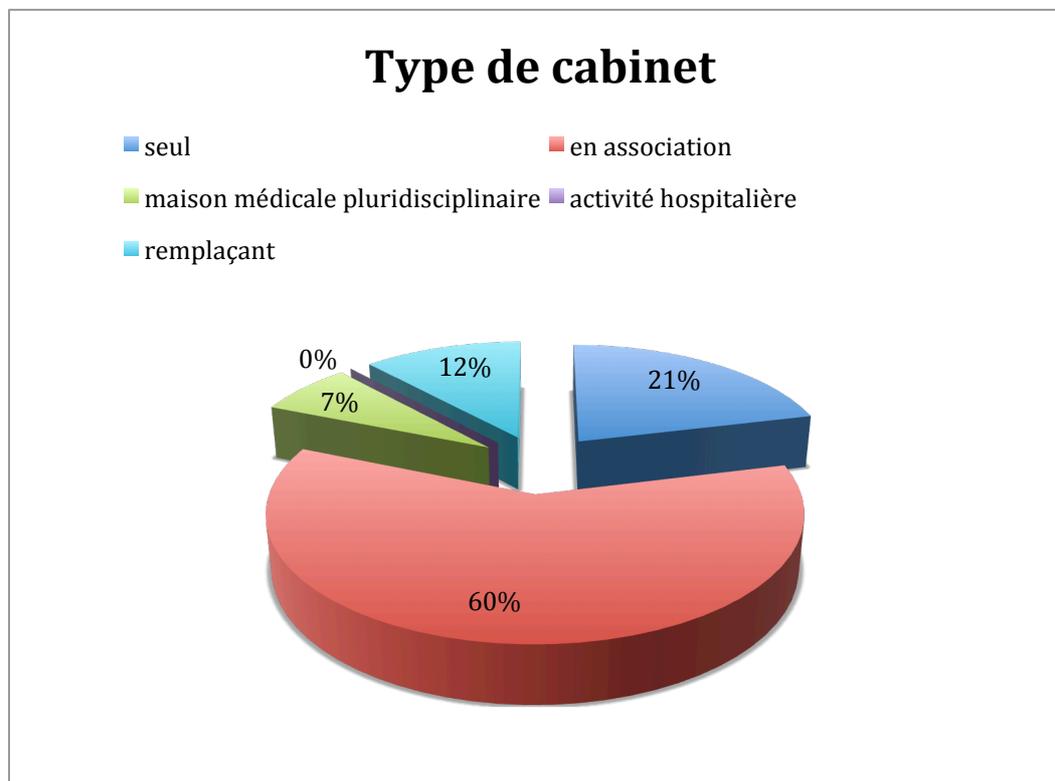


Figure 44 : Proportion de médecin en fonction du type de cabinet dans l'échantillon

C. Comparaison des groupes : Répondant et population générale des médecins généralistes en Aquitaine

➤ **Age et sexe :**

Dans notre échantillon 28 médecins généralistes ont entre 25-40ans sur les 85 répondants, soit une proportion de 34% contre 9% des médecins généralistes d'Aquitaine. 49 répondants ont entre 41-60 ans contre 62,1% dans la population générale des médecins généralistes, 8,2% ont plus de 60 ans contre 23,4% (tableau 4-5). Aucune étude statistique n'est possible pour comparer nos 2 groupes, cependant nous pouvons déduire que dans la tranche majoritaire (41-60ans) les tendances se rapprochent, mais il y a plus de jeune 25-40ans dans notre échantillon et beaucoup moins de plus de 60ans. Ces chiffres peuvent potentiellement s'expliquer par l'intérêt pour les plus jeunes. De plus le questionnaire en lui même étant envoyé par mail peut être un facteur limitant pour certains médecins.

Nous pouvons remarquer que les chiffres tendent à être comparable quant au sexe avec 70,6% d'hommes chez les répondants contre 69% chez les médecins généralistes d'Aquitaine, 29% de femmes chez les répondants contre 31% dans la population des médecins généralistes d'Aquitaine (tableau 4-5).

	Homme	Femme	Total	%
25-40ans	166 (4,4%)	190 (5,0%)	356	9,4%
41-60ans	1521 (40,2%)	831 (21,9%)	2352	62,1%
>60ans	926 (24,6%)	152 (4,0%)	1078	23,4%
Total	2613	1173	3786	
%	69%	31%		

Tableau 4 : Tableau récapitulatif de l'âge et du sexe de la population des médecins généralistes d'Aquitaine

	Homme	Femme	Total	%
25-40ans	15 (17,6%)	13 (15,3%)	28	34%
41-60ans	38 (44,7%)	11 (12,9%)	49	57,6%
>60ans	7 (8,2%)	1 (1,2%)	8	8,2%
Total	60	25	85	
%	70,6	29,4%		

Tableau 5 : Tableau récapitulatif de l'âge et du sexe des répondants

➤ **Le département d'exercice :**

Concernant le département d'exercice les proportions tendent également à être comparables :

En Gironde 49,2% vs 48,2% chez les répondants, dans les Landes 12% vs 15,3% chez les répondants, dans le Lot et Garonne 8,3% vs 8,2% chez les répondants, en Dordogne 9,5% vs 7% chez les répondants, dans les Pyrénées-Atlantiques 21% vs 21,2% chez les répondants (tableau 6).

	Médecins généralistes d'Aquitaine	Répondants
Gironde	1772/3600=49,2%	41/85=48,2%
Landes	431/3600=12%	13/85=15,3%
Lot et Garonne	297/3600=8,3%	7/85=8,2%
Dordogne	342/3600=9,5%	6/85=7%
Pyrénées-Atlantiques	758/3600=21%	18/85=21,2%

Tableau 6 : Proportion de médecins généralistes par département dans l'échantillon et au sein de la population générale des médecins généralistes.

D. Opinion des médecins généralistes vis à vis de l'actuel système de la PDSA

Au sein de notre échantillon 68 médecins de notre échantillon des médecins généralistes sur les 85 répondants participent aux gardes dans leur secteur soit 87%, ce qui n'est probablement pas comparable à la population générale des médecins généralistes libéraux d'Aquitaine qui rappelons le, participent aux gardes pour 60% d'entre eux (figure 45).

Taux de participation au système de Garde

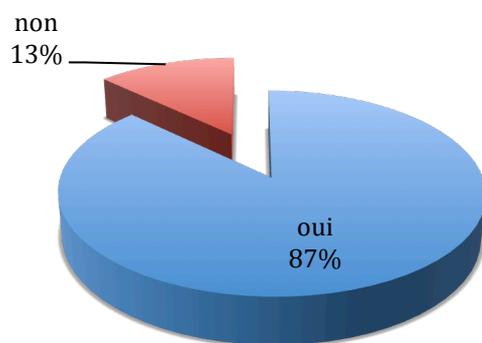


Figure 45 : Taux de participation à la PDS dans l'échantillon

Une grande majorité, 60 répondants sur les 85 sont satisfaits du système de garde actuel (figure 46).

Le système de garde actuel vous parait-il suffisant?

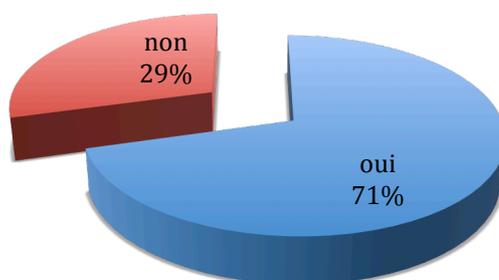


Figure 46 : Taux de satisfaction de l'échantillon au système de garde

Dans notre échantillon 37 médecins sur les 85 répondants pensent qu'une nouvelle structure est nécessaire pour assurer la PDSA (figure 47).

Besoin d'une nouvelle structure de PDSA?

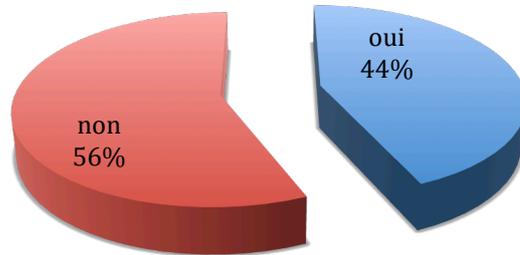


Figure 47 : Proportion de médecins généralistes de l'échantillon concernant la nécessité d'une nouvelle structure de PDSA.

E. Opinion des médecins généralistes vis à vis des Maisons Médicale de Garde :

Concernant la connaissance des MMG, 63 répondants sur les 85 connaissent les maisons médicales de garde (figure 48).

Connaissez-vous les MMG

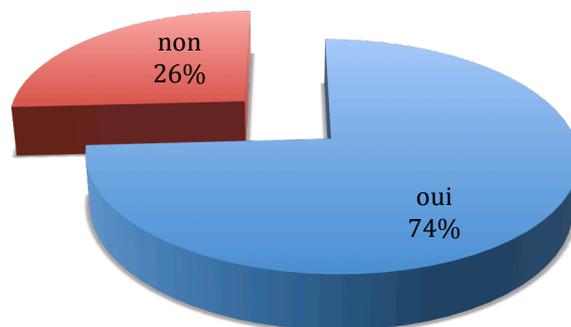


Figure 48 : Proportion de médecins de l'échantillon connaissant les MMG

Sur les 85 répondants seulement 9 participent à une MMG (figure 49).

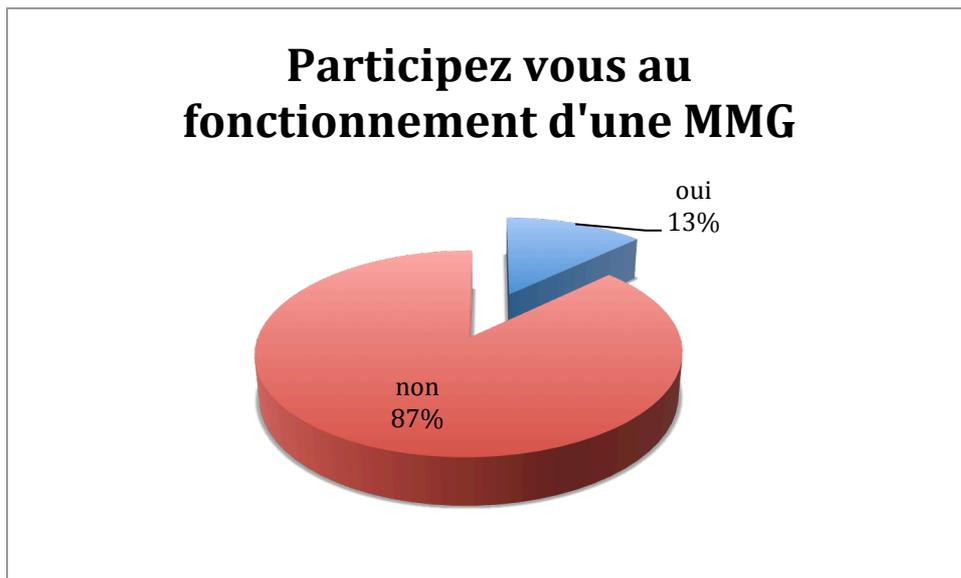


Figure 49 : Taux de participation à une MMG dans l'échantillon

Sur ces médecins participant à une MMG, 7 sont satisfaits, 4 sont très satisfaits et 2 sont non satisfaits. Donc un total 13 qui ont répondu à cette question alors que seulement 9 avaient répondu à la question précédente (figure 50). Un qui n'est pas satisfait déclare avoir peur de la mise en péril de l'activité libérale et le deuxième est pour l'obligation des gardes.

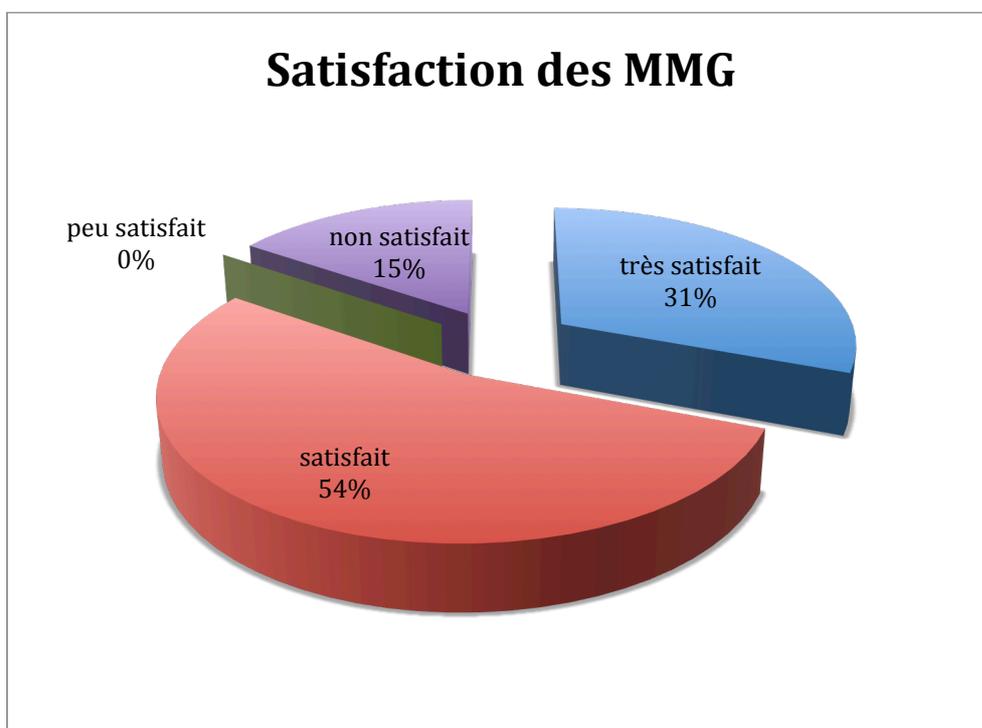


Figure 50 : Taux de satisfaction d'une MMG.

En ce qui concerne la question sur l'opinion des MMG, 64 répondants sur les 85 déclarent que la MMG est une solution pérenne pour assurer la permanence des soins ambulatoires, 21 déclarent que la MMG n'est pas une solution adéquate pour assurer la permanence des soins ambulatoire (figure 51).

Donc 75% des répondant considèrent les MMG comme une solution adaptée.

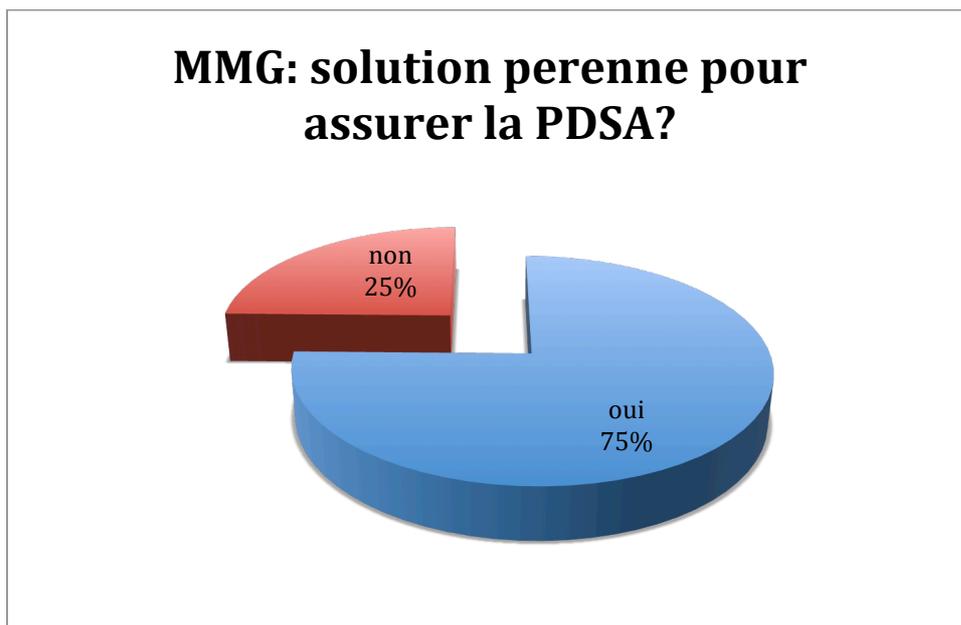


Figure 51 : Taux de médecins de l'échantillon pensant que les MMG sont une solution pérenne pour assurer la PDSA.

F. Souhait des médecins généralistes de participer au fonctionnement d'un MMG : les « oui »

Concernant notre critère de jugement principal, le souhait d'investissement dans une MMG, 45 répondants souhaiteraient s'y investir contre 40 ne souhaitant pas sur les 85 médecins (figure 52).

Il est alors important de noter que, en proportion, seulement 53% des répondants souhaitent s'investir dans une MMG pour faire leur garde alors que 75% considèrent que les MMG sont une bonne solution (figure 51)

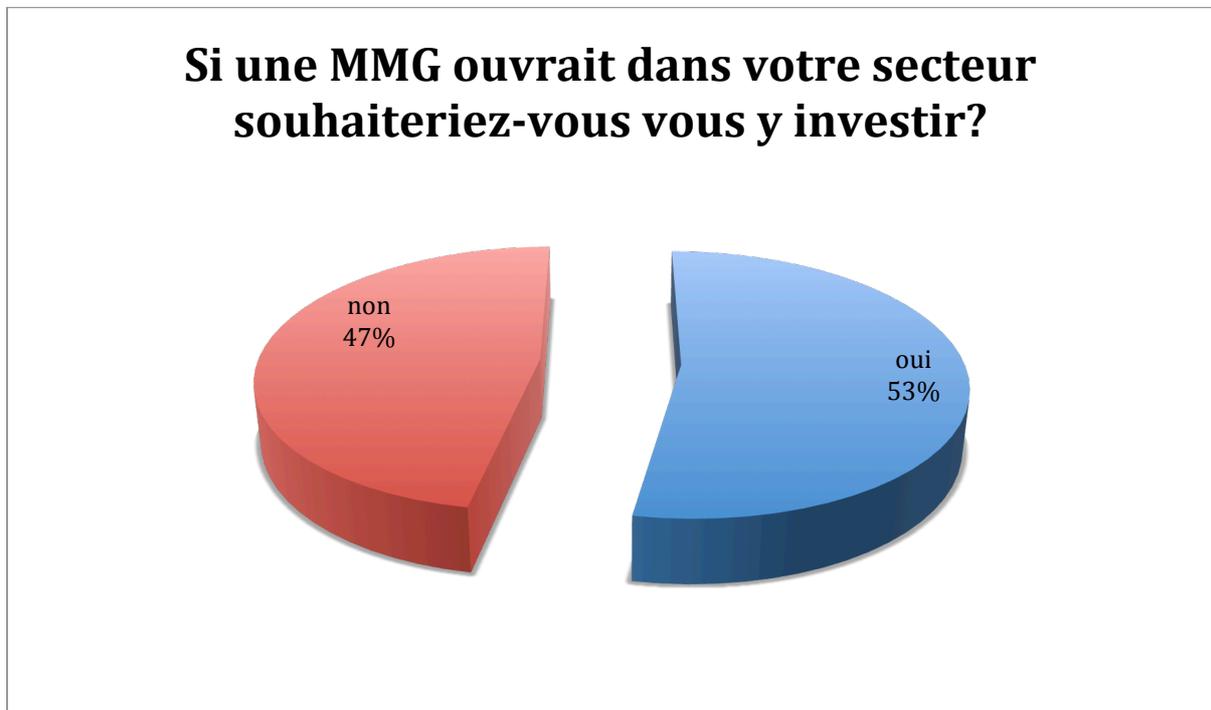


Figure 52 : Taux de volonté d'investissement dans une MMG dans l'échantillon

G. Analyse du groupe des « NON » : 40 médecins sur les 85 répondants ne souhaitant pas participer au fonctionnement d'une MMG.

➤ Age et sexe :

Concernant les critères démographiques, les « non » sont en majorité, pour 23 d'entre eux sur 40, dans la tranche d'âge 41-60ans et des hommes pour 31 d'entre eux sur les 40 (figure 53 et 54).

6 médecins ont plus de 60 ans et 11 ont entre 25-40ans

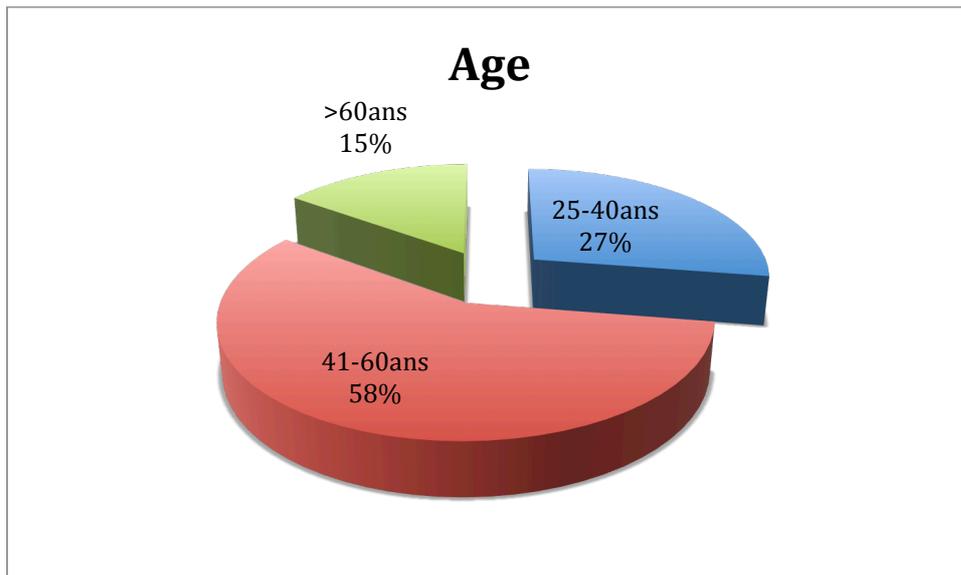


Figure 53 : Tranche d'âge dans le groupe « non »

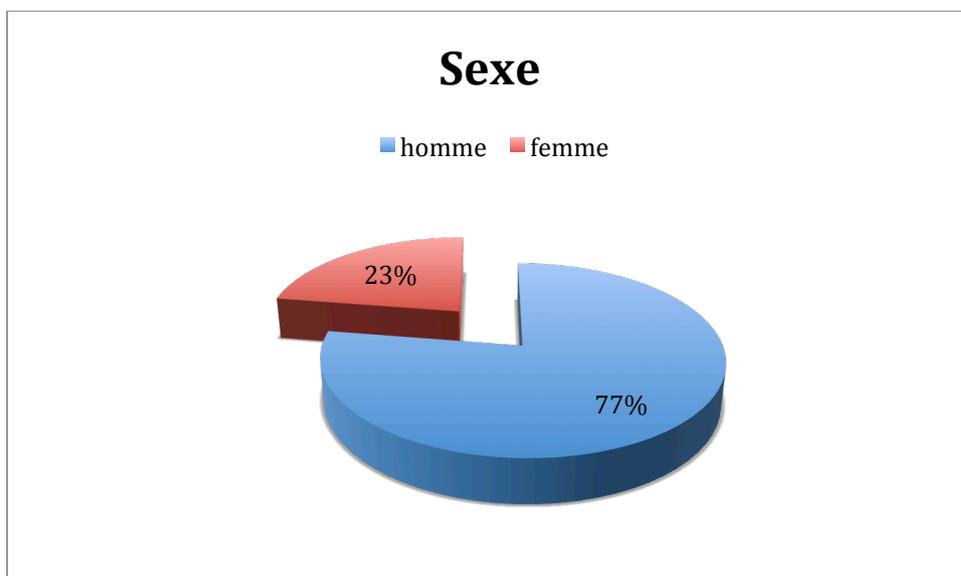


Figure 54 : Proportion d'hommes et de femmes dans le groupe « non »

➤ **Département d'exercice :**

Concernant le département d'exercice, 15 médecins exercent en Gironde, 8 dans les Landes, 9 dans les Pyrénées-Atlantiques, 5 dans le Lot et Garonne, et 3 en Dordogne sur les 40 répondants « non » (figure 55).

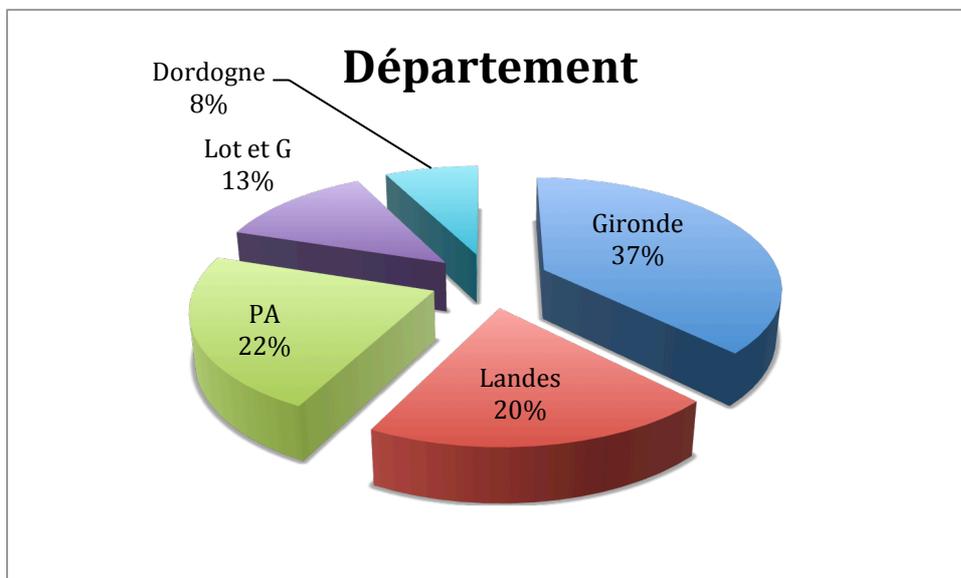


Figure 55 : Proportion de médecins dans chaque département dans le groupe « non »

➤ **Type d'exercice :**

Les proportions concernant le type d'exercice sont sensiblement équivalentes pour les 3 sous groupes : 14 médecins exercent en zone urbaine, 12 en zone semi rural, et 14 en zone rural sur les 40 répondants « non » (figure 56).

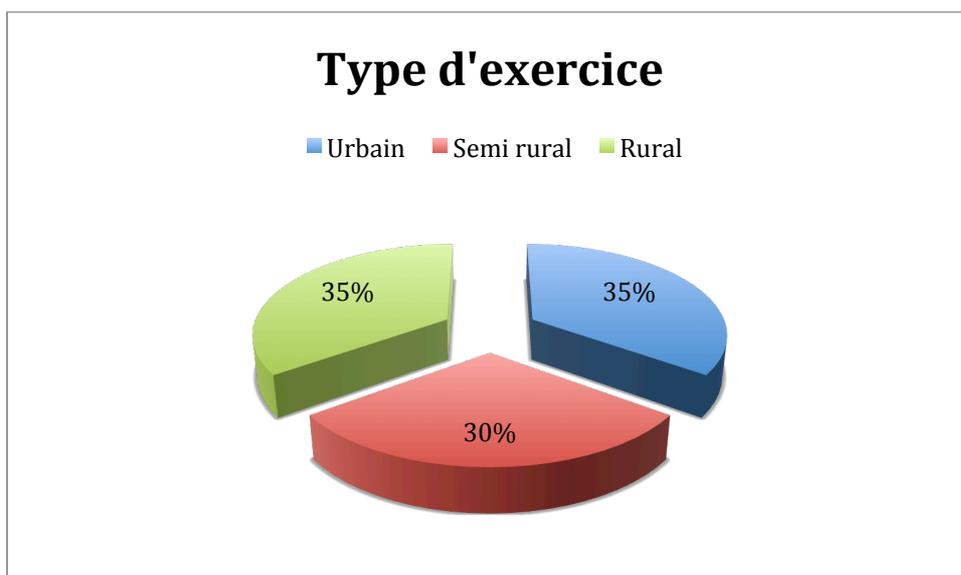


Figure 56 : Proportion de médecins généralistes selon le type d'exercice dans le groupe « non »

➤ **Type de cabinet :**

26 médecins exercent en association, 11 exercent en cabinet seul, 2 exercent en Maison de Santé Pluridisciplinaire, et 1 est remplaçant sur les 40 répondants « non » (figure 57).

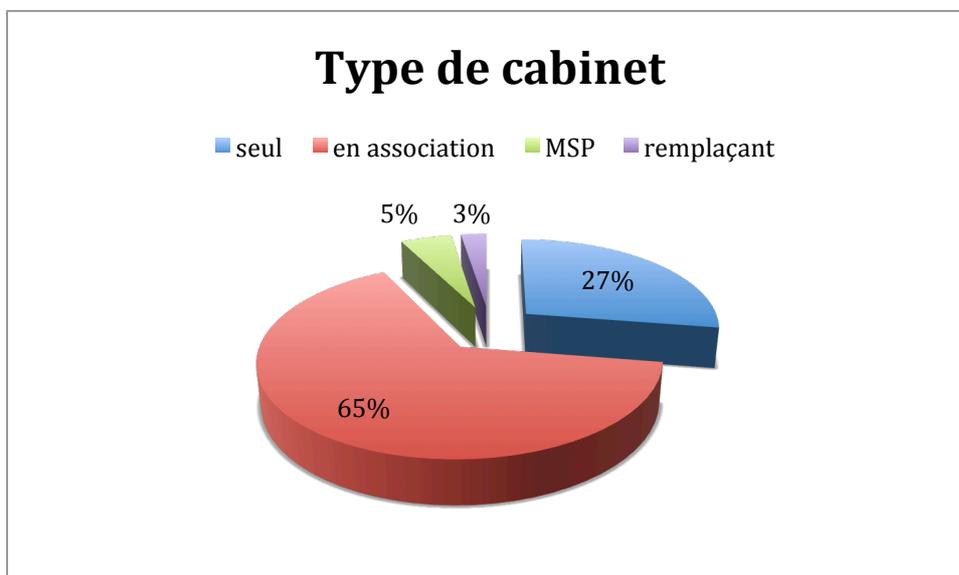


Figure 57 : Proportion de médecins en fonction du type de cabinet dans le groupe « non »

➤ **Connaissance des MMG :**

12 médecins ne connaissent pas les MMG et 28 médecins connaissent les MMG sur les 40 répondants « non » (figure 58).

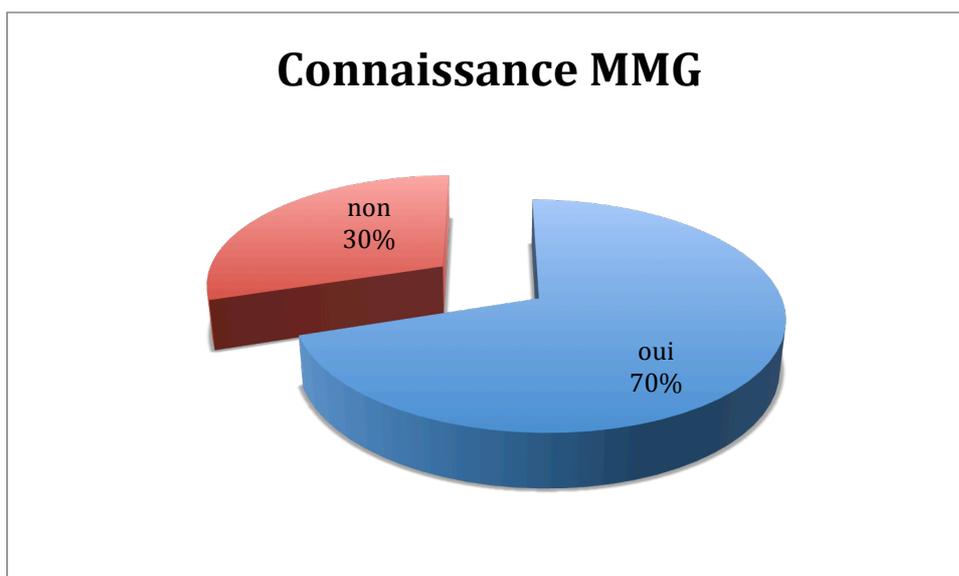


Figure 58 : Proportion de médecin généraliste connaissant les MMG dans le groupe « non »

➤ **Taux de participation aux gardes et satisfaction:**

Concernant le nombre de médecins participants aux gardes dans leur secteur, 35 médecins sur les 40 répondants « non » participent aux gardes contre 5 médecins seulement qui n’y participent pas (figure 59).

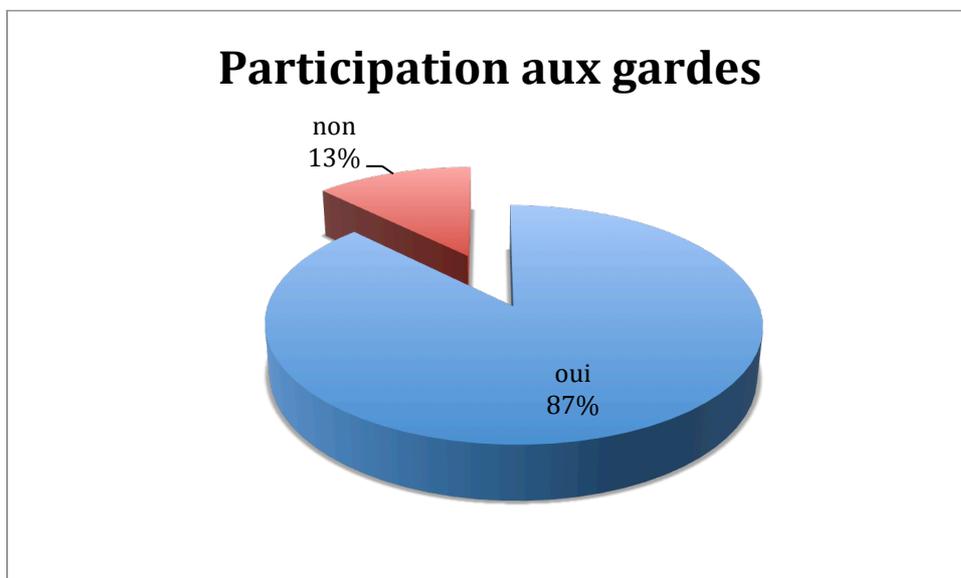


Figure 59 : taux de participation aux garde dans le groupe « non »

De la même manière, 32 médecins sur les 40 répondants « non » sont satisfaits du système de garde actuel c’est à dire sans MMG, contre 8 médecins insatisfaits (figure 60).

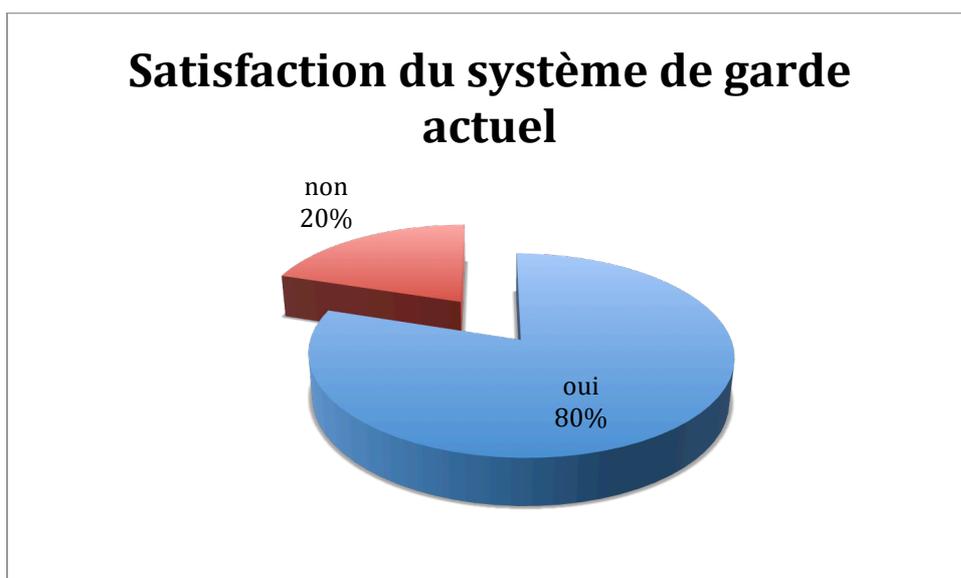


Figure 60 : Taux de satisfaction du système de garde actuel dans le groupe « non »

➤ **Les MMG : Une solution pérenne pour assurer la PDSA ?**

Il est important de noter que 21 médecins sur les 40 répondants « non » à leur potentiel investissement au sein d'une MMG pensent les MMG sont une solution pérenne pour assurer la PDSA, contre 19 médecins qui pensent que la MMG n'est pas une solution pérenne (figure 61).

Donc un peu plus de la moitié des médecins ne souhaitant pas s'investir dans une MMG pense quand même que ce point fixe de garde est une bonne solution pour assurer la PDSA.

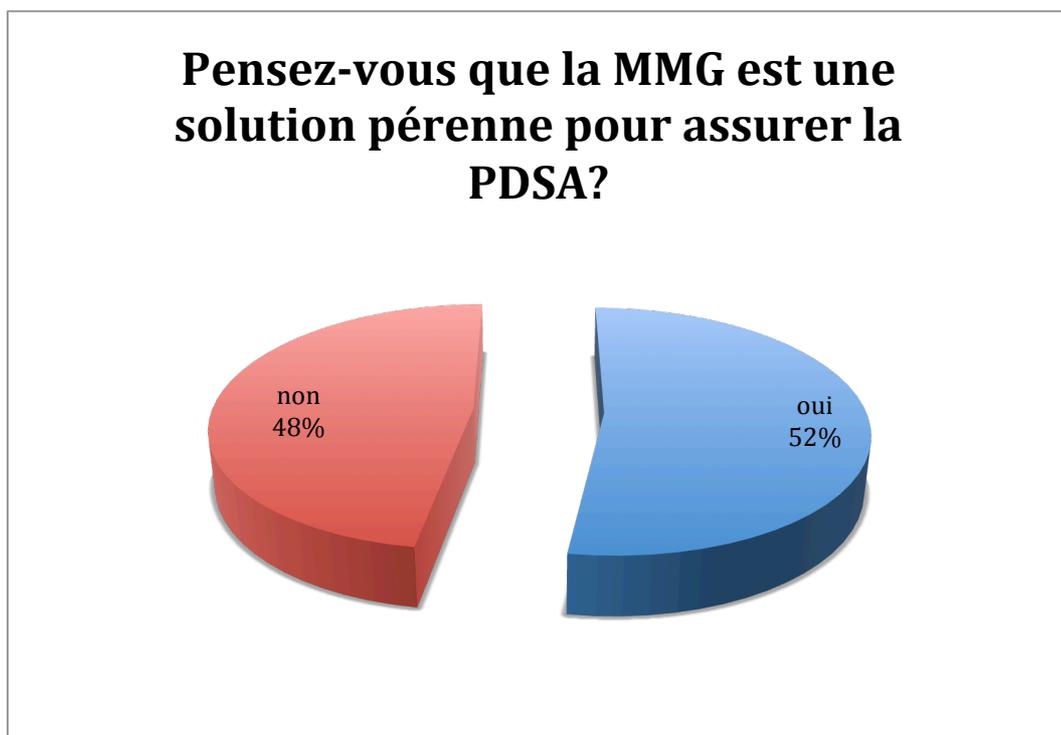


Figure 61 : Proportion de médecins pensant que les MMG sont une solution pérenne dans le groupe « non »

➤ **Quelles sont les raisons pour lesquelles ces médecins généralistes ne souhaitent pas participer au fonctionnement d'une MMG ?**

Concernant les 40 répondants sur 85 ne souhaitant pas participer à une MMG, 25 sur les 40 seulement ont défini une cause à leur souhait de non investissement.

Sur ces 25 répondants, 11 médecins déclarent un problème de localisation (les MMG seraient trop éloigner de leur cabinet si elles étaient installées proche d'un centre hospitalier), 6 déclarent qu'ils sont surmenés (cependant ils participent quand même aux gardes de leur secteur), 4 déclarent que ce serait une mise en péril de l'activité libérale, 2 déclarent que cela augmenterait le risque professionnel, et les 2 derniers déclarent que la MMG deviendrait un centre de sous urgences. Personne n'a répondu non à cause du risque d'impayés (figure 62).

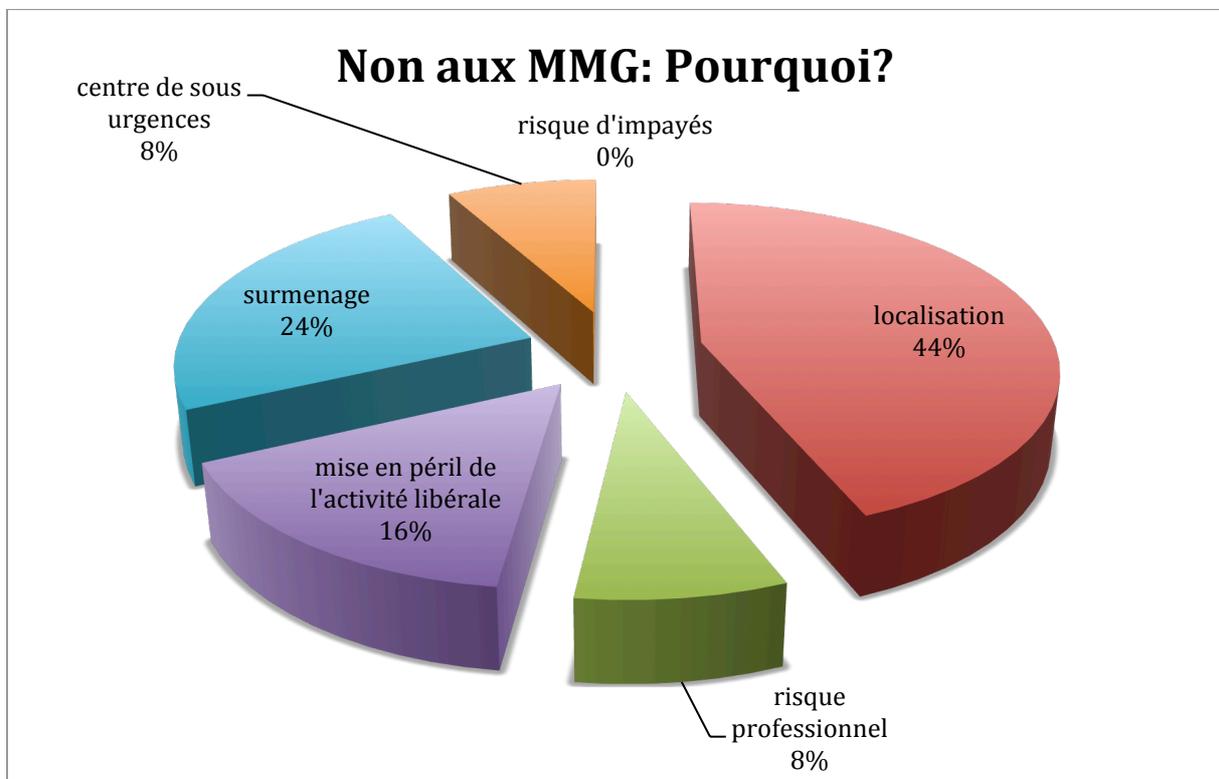


Figure 62 : Facteurs influençant le souhait de non investissement dans une MMG dans le groupe « non »

H. Analyse du groupe des « oui » : 45 médecins sur les 85 répondants souhaitent participer au fonctionnement d'une MMG.

➤ Age et sexe

Concernant les critères démographiques, les « oui » sont en majorité des hommes pour 29 d'entre eux sur les 45 « oui », et dans la tranche d'âge 41-60 ans pour 26 médecins sur les 45 (figure 63).

18 médecins ont entre 25 et 40 ans et un médecin a plus de 60 ans sur les 45 médecins répondant « oui » (figure 64).

16 médecins sur les 45 sont des femmes.

Il est à noter que exactement la même proportion dans les « oui et dans les « non » sont dans la tranche d'âge 41-60 ans soit 58%. La différence se fait sur les extrêmes : plus de plus de 60 ans dans le groupe des « non » et plus de jeunes 25-40ans dans le groupe des « oui ».

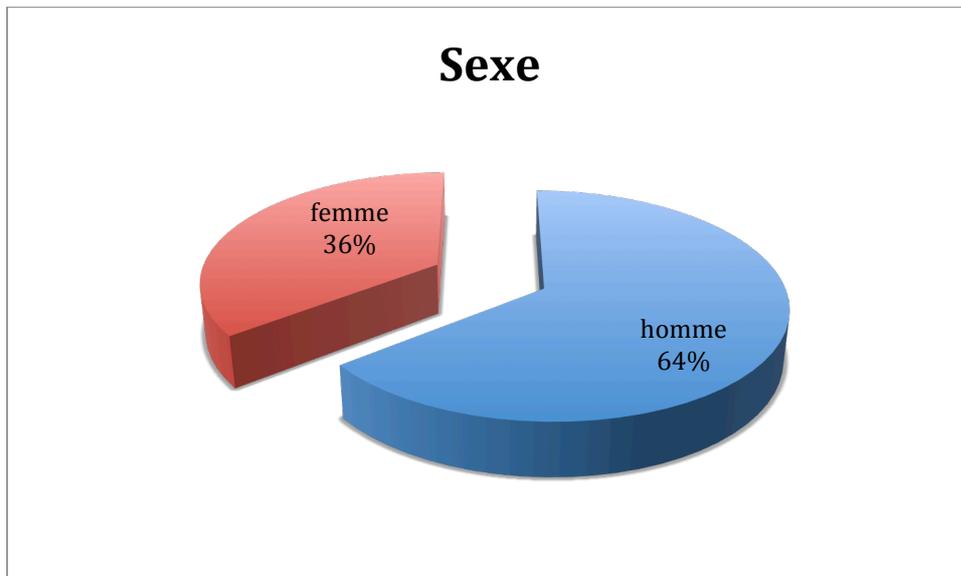


Figure 63 : Proportion d'hommes et de femmes dans le groupe « oui »

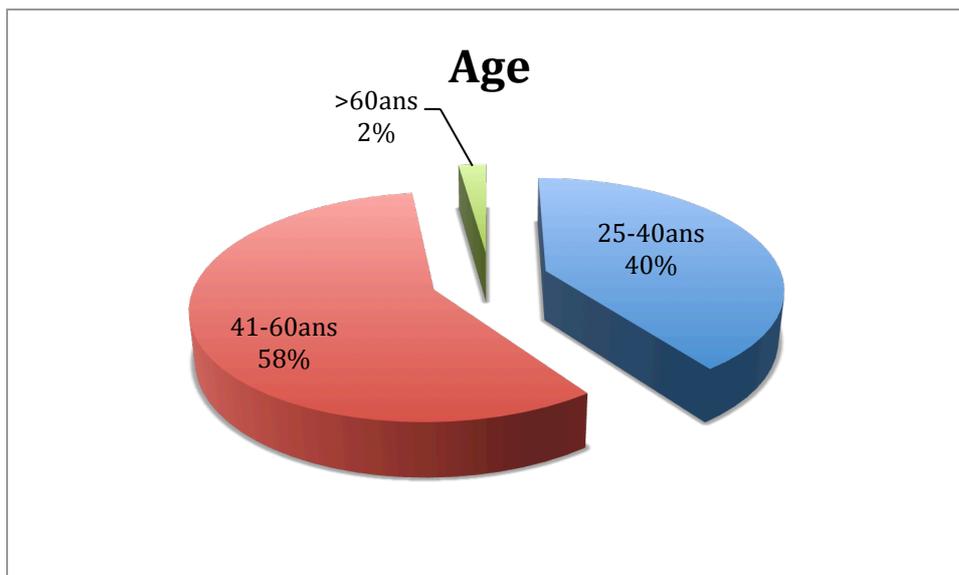


Figure 64 : Proportion de médecins par tranche d'âge dans le groupe « oui »

➤ **Département d'exercice :**

Concernant le département d'exercice, 26 médecins exercent en Gironde, 9 exercent dans les Pyrénées-Atlantiques, 3 exercent en Dordogne, 5 exercent dans les Landes et 2 exercent dans le Lot et Garonne sur les 45 médecins répondant « oui » (figure 65).

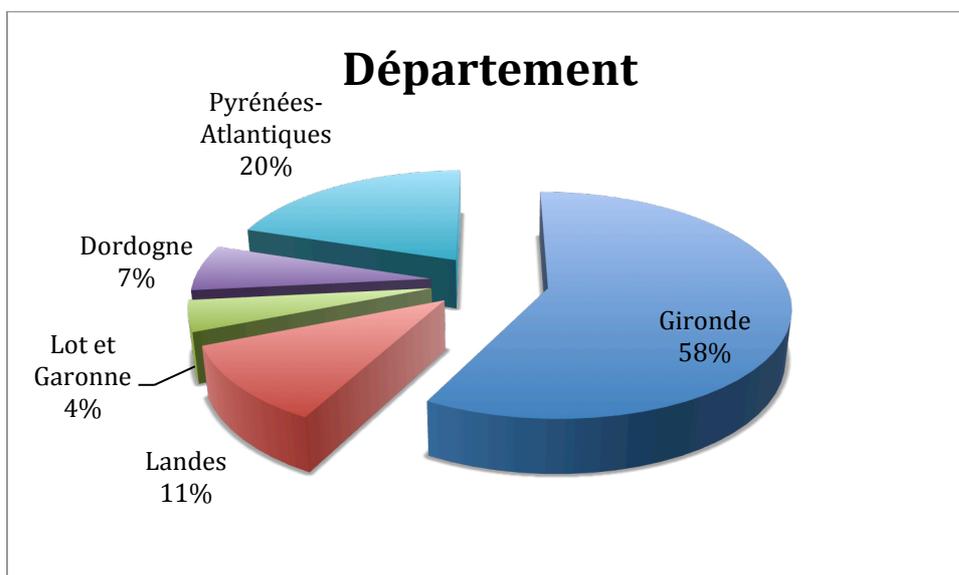


Figure 65 : Proportion de médecins dans chaque département dans le groupe « oui »

➤ **Type d'exercice :**

Concernant le type d'exercice, 18 médecins exercent en milieu urbain, 17 exercent en milieu semi rural, et 10 exercent en zone rurale sur les 45 répondant « oui » (figure 66).

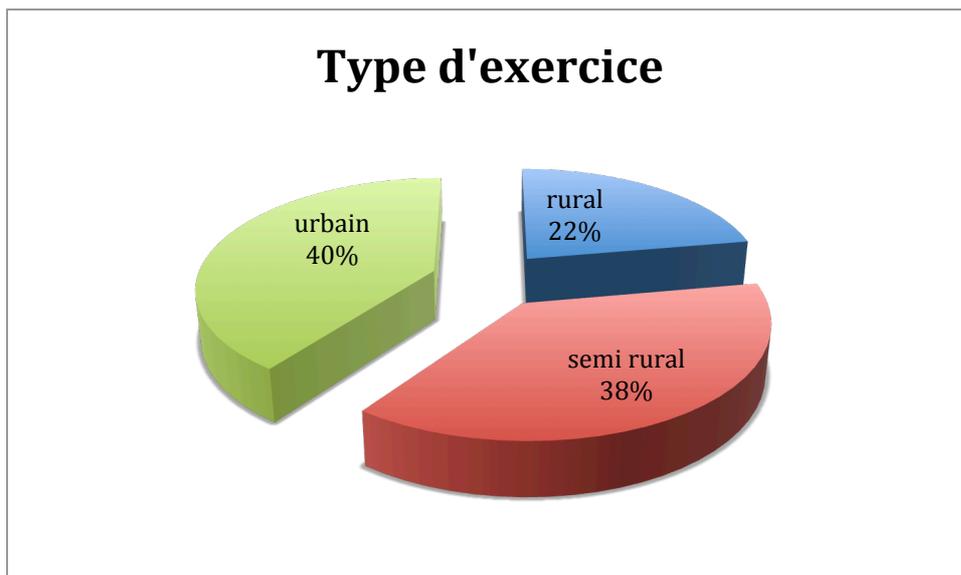


Figure 66 : Proportion de médecins en fonction du type d'exercice dans le groupe « oui »

➤ **Connaissance des MMG :**

36 médecins connaissent les MMG sur les 45 médecins répondant « oui ».

Et quand même 9 médecins sur les 45 répondants souhaitant participer à une MMG ne connaissaient pas les MMG avant l'envoi de ce questionnaire (figure 67).

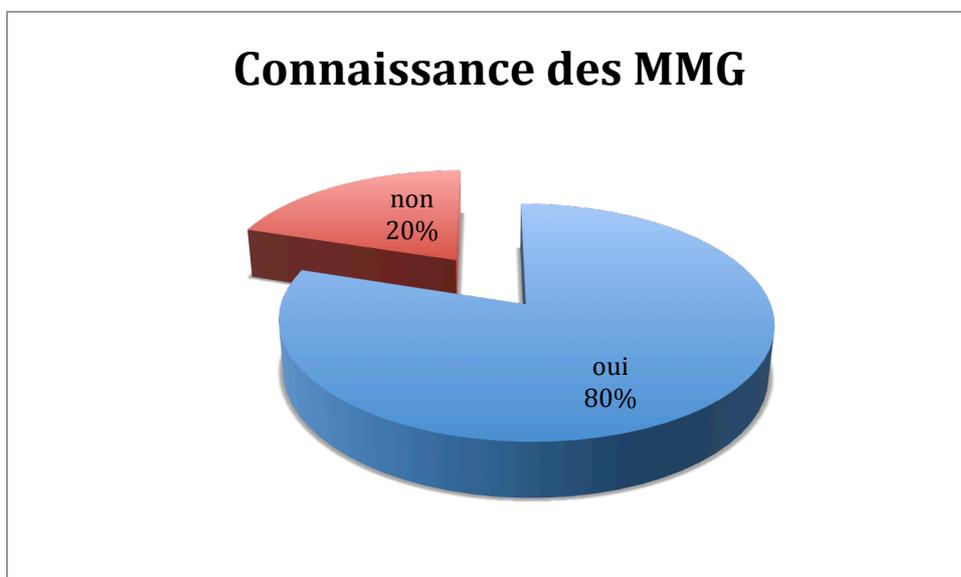


Figure 67 : Proportion de médecins connaissant les MMG dans le groupe « oui »

➤ **Taux de participation aux gardes et satisfaction :**

35 médecins participent aux gardes dans leur secteur sur les 45 répondant « oui » et 10 n'y participent pas sur les 45 répondants (figure 68).

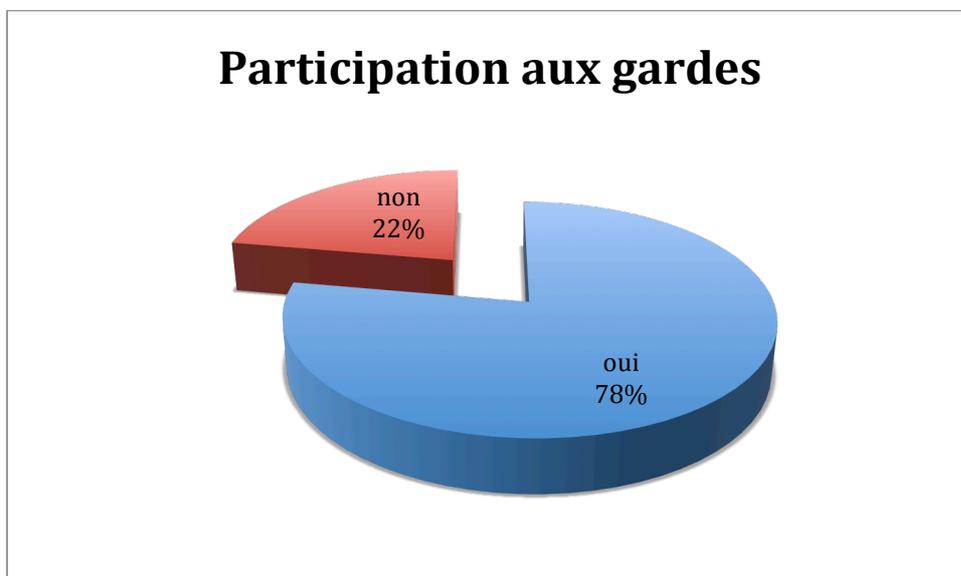


Figure 68 : Taux de participation aux gardes dans le groupe « oui »

24 médecins sont satisfaits du système de garde actuel donc sans MMG et 21 ne sont pas satisfaits sur les 45 répondant « oui ». Donc un peu plus de la moitié des répondants « oui » sont quand satisfaits du système de garde actuel (figure 69).

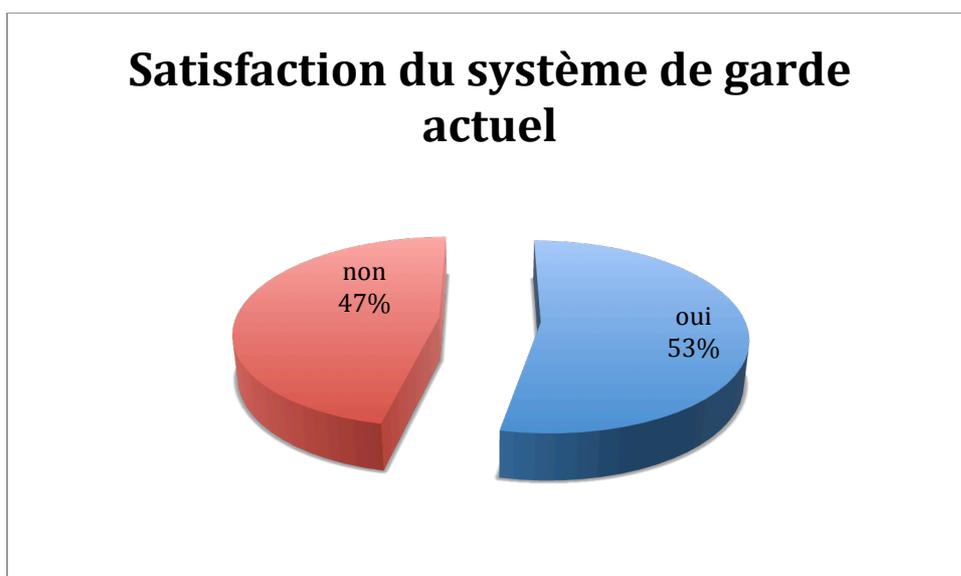


Figure 69 : Taux de satisfaction du système de garde actuel dans le groupe « oui »

➤ Les MMG : Une solution pérenne pour assurer la PDSA ?

Seulement 2 médecins sur les 45 répondant « oui » ne pensent pas que les MMG sont une solution adaptée pour assurer la PDSA, comme attendu (figure 70).

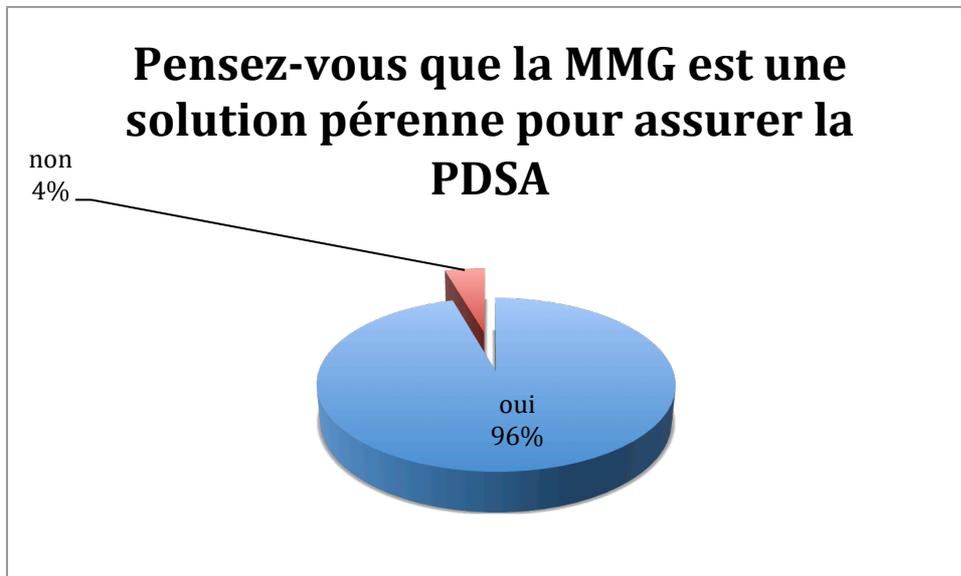


Figure 70 : Proportion de médecins pensant que les MMG sont une solution pérenne dans le groupe « oui »

I. Comparaison des « oui » et des « non » :

Pour rappel les « oui » sont les médecins de l'échantillon souhaitant s'investir dans une MMG et les « non » sont ceux ne souhaitant pas s'investir dans ce type de structure pour assurer la PDSA.

Il est important de remarquer, qu'au niveau démographique les grandes différences entre les deux groupes « oui » et « non » sont essentiellement (tableau 12):

- Au niveau du sexe : plus d'hommes dans le groupe des « non » soit 77,5% contre 44,4% dans le groupe des « oui ».

- Au niveau de l'âge : il y a plus de 25-40ans dans le groupe des « oui » soit 40% contre 27,5% dans le groupe des « non ».

- Au niveau départemental : au niveau du département d'exercice plus de « oui » (57,8% contre 37,5% dans le groupe des « non ») en Gironde, plus de « non » dans le Lot et Garonne (12,5% contre 4,4% dans le groupe des « oui ») et dans les Landes. (20% contre 11,1% dans le groupe des « oui »).

- Au niveau du type d'exercice : plus de médecins exerçant en zone rurale dans le groupe des « non », soit 35% contre 22,2% dans le groupe des « oui ».

- Au niveau du type de cabinet : plus de médecins remplaçants dans le groupe des « oui » soit 20% contre 2,5% dans le groupe des « non », plus de médecins exerçants seul dans le groupe des « non » soit 27,5% contre 15,6% dans le groupe des « oui ».

Les tableaux suivants permettent de remarquer qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes « oui » et « non » concernant le sexe ($p=0,1873$) et le type d'exercice ($p=0,4188$) selon le test statistique du Chi2.

Légende des tableaux ci dessous : Colonnes :

0= « non »

1= « oui »

Légende des tableaux ci dessous : Lignes

sexe	h	1
	f	0

âge	25-40	1
	41-60	2
	>60	3

Dpt	Dordogne	1
	Gironde	2
	Landes	3
	Lot et Garonne	4
	PA	5

Type Exercice	Rural	1
	Urbain	2
	Semi Urbain	3

Type de Cabinet	Asso	1
	MSP	2
	Remplaçant	3
	Seul	4

INVESTIRMM

AGE	0	%	1	%	Total	%
1	11	(37.9)	18	(62.1)	29	(100.0)
2	23	(46.9)	26	(53.1)	49	(100.0)
3	6	(85.7)	1	(14.3)	7	(100.0)
Total	40	(47.1)	45	(52.9)	85	

Percents: (Row)

Tableau 7 : comparaison des groupes « oui »/ «non » en fonction de l'âge

INVESTIRMM

SEXE	0	%	1	%	Total	%
0	9	(36.0)	16	(64.0)	25	(100.0)
1	31	(51.7)	29	(48.3)	60	(100.0)
Total	40	(47.1)	45	(52.9)	85	

Percents: (Row)

Chi²= 1.739 df(1) p= 0.1873

Tableau 8 : Comparaison des groupes « oui »/ « non » en fonction du sexe

INVESTIRMM

DEPARTEMEN	0	%	1	%	Total	%
1	3	(50.0)	3	(50.0)	6	(100.0)
2	15	(36.6)	26	(63.4)	41	(100.0)
3	8	(61.5)	5	(38.5)	13	(100.0)
4	5	(71.4)	2	(28.6)	7	(100.0)
5	9	(50.0)	9	(50.0)	18	(100.0)
Total	40	(47.1)	45	(52.9)	85	

Percents: (Row)

Tableau 9 : Comparaison des groupes « oui »/ « non » en fonction du département d'exercice

INVESTIRMM

TYPEEXERCI	0	%	1	%	Total	%
1	14	(58.3)	10	(41.7)	24	(100.0)
2	14	(43.8)	18	(56.3)	32	(100.0)
3	12	(41.4)	17	(58.6)	29	(100.0)
Total	40	(47.1)	45	(52.9)	85	

Percents: (Row)

Chi²= 1.741 df(2) p= 0.4188

Tableau 10 : Comparaison des groupes « oui »/ « non » en fonction du type d'exercice.

INVESTIRMM

TYPECABINE	0	%	1	%	Total	%
1	26	(51.0)	25	(49.0)	51	(100.0)
2	2	(33.3)	4	(66.7)	6	(100.0)
3	1	(10.0)	9	(90.0)	10	(100.0)
4	11	(61.1)	7	(38.9)	18	(100.0)
Total	40	(47.1)	45	(52.9)	85	

Percents: (Row)

Tableau 11 : Comparaison des groupes « oui »/ « non » en fonction du type de cabinet

	Les « OUI »	Les « NON »	TOTAL
Age :			
25-40ans	18 (40%)	11 (27,5%)	29 (34,2%)
41-60ans	26 (57,8%)	23 (57,5%)	49 (57,6%)
>60ans	1 (2,2%)	6 (15%)	7 (8,2%)
Sexe :			
Femmes	16 (35,6%)	9 (22,5%)	25 (29,4%)
Hommes	29 (44,4%)	31(77,5%)	60 (70,6%)
Département :			
Dordogne	3 (6,7%)	3 (7,5%)	6 (7%)
Gironde	26 (57,8%)	15 (37,5%)	41 (48%)
Landes	5 (11,1%)	8 (20%)	13 (16%)
Lot et Garonne	2 (4,4%)	5 (12,5%)	7 (8%)
Pyrénées-Atlantiques	9 (20%)	9 (22,5%)	18 (21%)
Type d'exercice :			
Rural	10 (22,2%)	14 (35%)	24 (28,2%)
Urbain	18 (40%)	14 (35%)	32 (37,6%)
Semi rural	17 (37,8%)	12 (30%)	29 (34,2%)
Type de cabinet :			
Association	25 (55,6%)	26 (65%)	51 (60%)
MSP	4 (8,8%)	2 (5%)	6 (7%)
Remplaçant	9 (20%)	1 (2,5%)	10 (11,8%)
Seul	7 (15,6%)	11 (27,5%)	18 (21,2%)

Tableau 12 : tableau récapitulatif comparatif des groupe « oui »/ »non » en fonction des caractéristiques

	Les « OUI »	Les « NON »	Total
Satisfait du système de gardes	26 (58%)	34 (85%)	60 (71%)
Participation aux gardes	35 (78%)	35 (87,5%)	70 (82%)
Connaissance des MMG	36 (80%)	28 (70%)	64 (76%)
Les MMG sont une solution pérenne pour assurer la PDSA	43 (95%)	21 (52%)	64 (75%)

Tableau 13 : Tableau comparant les « oui »/ « non » en fonction de leur opinion sur la PDSA et les MMG

Plus de médecins dans le groupe des « non » sont satisfaits du système de garde actuel (85% contre 58% dans le groupe des « oui ») et plus de médecins dans ce groupe participent aux gardes de leur secteur (87,5% contre 78% dans le groupe des « oui »)

Un peu plus de médecins dans le groupe des « oui » connaissait les MMG avant ce questionnaire soit 80% contre 70% dans le groupe des « non ».

Plus de médecins dans le groupe des « oui » pensent que les MMG sont une solution pérenne pour assurer la PDSA soit 95%. Cependant il y a quand même un peu plus de la moitié, soit 52% de médecins dans le groupe des « non » pensent que les MMG sont une solution adaptée pour assurer la PDSA (tableau 13).

Toutes ces analyses sont des tendances montrant une différence entre les groupes cependant aucune analyse statistique n'est possible pour affirmer une différence significative ou non.

J. Critère de jugement principal: facteurs influençant l'opinion des médecins généralistes quant à leur souhait de s'investir dans une MMG ou non

Les « oui »= médecins souhaitant s'investir dans une MMG Les « non »= médecins ne souhaitant pas s'investir dans une MMG

➤ Les « NON » :

Les principales réticences émises par les médecins généralistes répondant « non » à la question souhaitez vous participez au fonctionnement d'une MMG sont :

Plusieurs médecins mettent en avant le problème de la couverture assurantielle en cas de sinistre, ils ont en effet peur de ne pas être assuré notamment pour les visites à domicile.

L'équipement des MMG est un point à définir ainsi que la possibilité d'utiliser le plateau technique de l'hôpital.

En zone rurale, certains médecins considèrent que les MMG seraient trop éloignées de leur domicile ou cabinet habituel.

Le financement des MMG leur paraît compromis. Les MMG sont considérées comme véritable gouffre financier. La solution d'une pérennisation de la PDSA pour eux serait un retour à l'obligation de garde.

D'autres émettent des doutes quant au volontariat des médecins généralistes effecteurs pour la mise en place des MMG.

Plusieurs médecins contre les MMG répondent également que SOS médecins répond correctement à la demande de PDSA et que cela est suffisant.

La notion de « sous-urgences », de « sous traitants » des urgences, l'hôpital détournant la patientèle, la mise en péril de l'activité libérale, sont des points qui inquiètent beaucoup les médecins.

Pour finir, l'éducation des patients est un point important qui ressort régulièrement dans les commentaires : problème de surconsommation de soins, sensibilisation du grand public pour s'organiser pour consulter le médecin.

➤ Les « OUI » :

Les principaux points positifs relevés par les médecins désireux de s'investir dans une MMG pour assurer leur garde sont :

- Permettre de soulager les urgences, rassurer les médecins de garde et réorienter rapidement un patients vers les urgences si besoin.
- Limiter les visites à domicile
- Réduire le nombre de garde.
- Satisfaction des remplaçants.
- Possibilité de faire des gardes dans une MMG même si le médecin n'est pas du secteur.

K. Conclusion des résultats :

Une faible majorité des médecins généralistes d'Aquitaine de cet échantillon, soit 53%, sont désireux de s'investir dans une MMG pour assurer les gardes. Les principales différences entre les deux groupes « oui » et « non » à l'investissement dans les MMG, sont démographiques, avec une proportion plus forte dans le groupe « oui » de femmes, de plus jeune 25-40 ans, et de remplaçants, médecins exerçant plutôt en zone urbaine et semi-rurale.

Cependant trois-quarts des médecins généralistes sont favorables au concept même des MMG. Une grande majorité sont satisfait du système de garde actuel, mais pense qu'une nouvelle structure serait bénéfique pour assurer la PDSA.

Les principaux freins au souhait de s'investir dans une MMG pour assurer les gardes sont une localisation trop éloignée des MMG de leur domicile ou cabinet habituel, une mise en péril de l'activité libérale, et les risques professionnels.

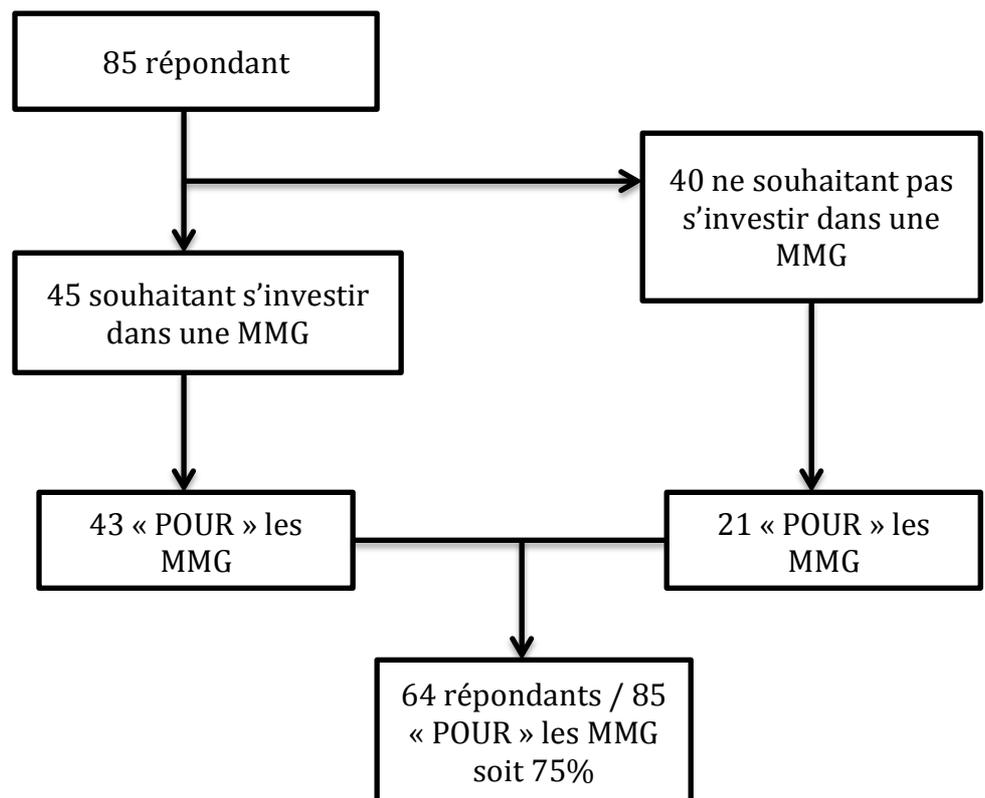


Figure 71 : Diagramme récapitulatif des principaux résultats de l'échantillon

VI. DISCUSSION

A. L'interprétation des résultats de l'enquête et orientation des objectifs

L'objectif de notre étude était de mettre en évidence des solutions adéquates pour répondre à une volonté générale d'améliorer la prise en charge des patients en ambulatoire dans les horaires de PDSA.

En effet la politique actuelle est très axée sur ce sujet, d'autant plus depuis la loi HPST de 2009, qui fait le point sur la PDSA en France. Après cette loi et le rapport de Xavier Bertrand en 2006 beaucoup de MMG se sont développées, probablement insuffisamment notamment en Aquitaine.

Cet objectif doit trouver des solutions dans le respect d'un contexte défini :

- La nécessité de réduction des coûts de santé sans impact sur la qualité des soins
- Le changement de la démographie des médecins généralistes,
- La volonté des praticiens d'améliorer leur qualité de vie.

Au regard des réponses apportées à notre questionnaire, les MMG seraient une solution adaptée, efficace et pérenne. Cependant, l'opinion des médecins généralistes est capitale car ils sont les principaux acteurs de la création et du développement des MMG.

En Aquitaine, ces structures sont peu présentes par rapport à d'autres régions de France. Seulement 4 MMG sont en fonctionnement sur ce territoire.

Afin d'argumenter notre discussion nous avons fait une recherche bibliographique et nous n'avons trouvé que très peu d'articles scientifiques traitant précisément des MMG. La bibliographie recouvre essentiellement des enquêtes de la DREES concernant les urgences hospitalières ou les consultations non programmées en médecine ambulatoire, ainsi que des circulaires ministérielles et des rapports d'expert. Les Thèses réalisées sur toute la France par les médecins généralistes représentent le support le plus intéressant pour discuter et argumenter les résultats de notre enquête.

1. Questionnements :

- Quels sont les obstacles majeurs qui freinent le développement des MMG en Aquitaine ?
- Quelles nouvelles solutions pour motiver les médecins à s'investir dans les MMG?

L'enquête a permis de mettre en évidence ces questions qui sont une base pour dégager les problématiques dans le but d'améliorer le développement des MMG en Aquitaine.

Notre enquête montre que les médecins généralistes sont globalement satisfaits du mode de garde actuel, mais approuvent aussi le mode de prise en charge des patients en MMG. Ils sont malheureusement peu nombreux à vouloir s'y investir, ce qui nous conduit à rechercher les facteurs engendrant cette attitude.

Au niveau national treize thèses réalisées entre 2004 et 2014 en France concernant, notamment, l'opinion des médecins généralistes réalisant leurs gardes au sein de MMG, joutée à un service d'urgences, démontrent que les médecins sont très satisfaits de ce mode garde. Aucune thèse n'a retrouvée une opinion négative des médecins généralistes réalisant des gardes au sein des MMG.

2. Constat chiffré :

- 75 % des médecins de l'échantillon pensent que les MMG sont une solution pérenne pour assurer la PDSA en France.
- 53 % seulement du même échantillon souhaite s'investir dans une MMG.

3. Profil des médecins en accord avec l'installation de MMG :

- Des médecins de sexe féminin (35,6 % contre 22,5 % du groupe « non »)
- Des médecins plus jeunes (40 % de 25/40 ans contre 27,5 % du groupe « non »),
- Des médecins exerçant en milieu urbain ou semi-rural,
- Des médecins remplaçants (20% contre 2,5 % du groupe « non »).

Selon l'ordre national des médecins d'Aquitaine et leur état des lieux en 2013, la population des médecins généralistes se féminise, plusieurs bassins de vie en Aquitaine recensent une diminution du nombre de médecins généraliste par rapport à une augmentation de la population. Il reste à noter la présence de nombreux médecins remplaçants pourrait palier ce déficit au cours des prochaines années. La population de notre étude en accord avec l'installation de MMG se rapproche sur des critères démographiques de la population des médecins généralistes d'Aquitaine.

4. Constat géographique :

Dans le Lot et Garonne et dans les Landes, moins de médecins sont favorables aux MMG par rapport aux autres départements de la Région Aquitaine. Pour rappel, selon le CNOM, les départements des Landes et du Lot et Garonne recensent une population de médecins généralistes proche de la retraite alors que leur densité de médecins est déjà peu élevée.

Sur 2 MMG, celle de Marmande a fermé ses portes il y a quelques mois et celle de Tonneins n'a jamais été en fonctionnement.

La fermeture de le MMG de Marmande est, selon le CNOM du Lot et Garonne, due à un manque d'activité de la MMG et à un manque de médecins volontaires. En revanche, celle de Tonneins n'a jamais été en fonctionnement principalement en raison du manque d'investissement des médecins généralistes du secteur.

Ce constat nous montre l'importance d'informer et de motiver les médecins généralistes d'Aquitaine pour s'investir dans les MMG dans le but que cette structure soit une solution pérenne de PDSA. D'où l'importance de dégager les points forts des résultats de cette étude concernant les réticences des médecins généralistes par rapport aux MMG.

5. Constat des obstacles pouvant influencer l'opinion des médecins :

- Mauvaise information et communication sur cette structure de PDSA :
 - 26 % des médecins questionnés ne connaissaient pas les MMG avant cette enquête.
 - 30% ne connaissent pas les MMG dans le groupe « non »
 - 20% ne connaissent pas les MMG dans le groupe « oui »
 - Sur le territoire national, un nombre trop important de médecins généralistes ne sont même pas informés de l'existence des MMG.
- Une étude réalisée au sein de la MMG de Annecy-Frangy en 2011, montre des médecins satisfaits mais soulèvent une défaillance de communication et de pédagogie avec les médecins généralistes du secteur sur l'existence et le fonctionnement d'une MMG (60).
- Énoncer précisément les problèmes de forme constituant un frein à l'investissement des généralistes en MMG.

Suite à notre enquête, nous constatons que 52% des médecins ne souhaitant pas s'investir dans une MMG pensent néanmoins que ces structures sont une solution pérenne pour assurer la PDSA. Nous en déduisons que ces praticiens ne sont pas contre le concept et n'évoquent pas de problèmes de fond mais des problèmes de forme qui, après une information plus fine et pédagogique et suite à des concertations et échanges pourraient être modulables et négociés pour évoluer positivement vers une opinion totalement favorable.

6. Participation des généralistes aux modes de garde classiques :

Parmi l'échantillon des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire :

- 82% des médecins participent à la PDSA,
- 71% d'entre eux sont satisfaits du mode de garde traditionnel.
- 44% d'entre eux estiment qu'une nouvelle structure de PDSA est nécessaire.
- Ceux qui souhaitent s'investir dans une MMG participent moins aux gardes que ceux ne souhaitant pas s'investir dans une MMG (78% contre 87,5%)
- Mais quand même 58% de ceux favorables aux MMG sont satisfaits du système de garde actuel,
- 85% de ceux défavorables aux MMG sont satisfaits du mode de garde actuel.

Ces chiffres nous montrent que les MMG permettraient de recruter plus de médecins pour effectuer des gardes : en effet certains médecins ne participant pas à la PDSA seraient favorables à effectuer des gardes dans une MMG.

Dans notre échantillon, parmi les 13% de médecins qui participent à une MMG, 15% ne sont pas satisfaits de cette structure.

Concernant l'opinion des médecins généralistes sur la PDSA, en effet, une étude a été réalisée en 2008 dans l'ouest Montpellier montre que, comme dans notre étude, les médecins sont satisfaits du mode de garde traditionnel cependant ils sont d'accord pour participer à une MMG seulement si les charges administratives diminuent. Cette étude avait été réalisée dans un contexte de diminution importante du nombre de médecins participant aux gardes dans le secteur (61).

De plus une étude réalisée à Cannes en 2010, montre que la présence d'une MMG à Canne augmenterait de 9% à 42% le taux de participation à la PDSA par les médecins généralistes (44).

7. Constat des freins quant à l'approbation des médecins généralistes pour le développement des MMG :

Ces résultats démontrent que les MMG sont l'avenir pour améliorer la PDSA mais que les praticiens émettent des réticences quant à leur développement en raison :

- D'un surmenage important,
- De la chute démographique médicale en France,
- D'une localisation éloignée des MMG de leur domicile ou cabinet habituel,
- De la crainte de la mise en péril de l'activité libérale.

Concernant le risque d'impayé dans les MMG, critère que nous avons retenu dans notre questionnaire après un entretien dirigé avec un médecin généraliste impliqué dans une MMG, aucun des médecins n'a répondu que ce risque d'impayé est une cause de non investissement dans une MMG cependant une étude réalisée en 2013 au sein de la MMG de Lariboisière montre un taux d'impayé supérieur au cabinet (62).

Concernant les visites à domicile (VAD), qui sont coûteuses et qui prennent beaucoup de temps au médecin de garde, plusieurs thèses réalisées montrent une diminution significative des VAD, grâce notamment à la régulation médicale.

8. Synthèse de l'enquête :

- Méconnaissance du concept des MMG pour de nombreux médecins généralistes,
- Ceux participant aux MMG sont très satisfaits,
- Les raisons constituant des freins à l'investissement des médecins généralistes d'Aquitaine sont modulables, non figées, et peuvent être modifiées pour devenir des arguments positifs à l'installation de MMG.

- Trouver des solutions adaptées pour satisfaire les médecins afin qu'ils souhaitent s'investir dans les MMG afin d'assurer leurs gardes.
- Les MMG sont un concept relativement moderne en France (développement depuis une dizaine d'année)
- Au regard de la diversité des régions, de la pratique médicale, de la démographie de la population, l'installation des MMG est très hétérogène sur tout le territoire français. Cependant un mode de PDSA hétérogène, comme il l'est actuellement, ne facilite pas la mise en place des MMG.

9. Hypothèse pour expliquer les observations et interprétations des résultats:

Les différences démographiques des deux groupes de l'échantillon « oui » et « non » peuvent être expliqué par :

- la féminisation de la profession,
- L'évolution de la profession associée à une demande d'amélioration de la qualité de vie professionnelle des médecins généralistes,
- Le volontariat des gardes.

Concernant la qualité de vie des praticiens, une étude intéressante se basant sur l'amélioration de la qualité de vie des médecins généralistes exerçant au sein de la MMG d'Aurillac en 2012 montre que les médecins qualifient leur qualité de vie améliorée par la MMG. La diminution du stress, la diminution de la fatigue, la diminution de la charge de travail et du nombre de garde, ainsi qu'une amélioration de leur relation avec leur famille sont les critères retenus (63).

10. Impact des MMG sur les urgences hospitalières :

Comme nous l'avons vu précédemment, le nombre de consultation aux urgences relevant de la médecine générales ne cesse d'augmenter. Cette augmentation régulière de recours aux urgences a un coût élevé et contribue fortement à l'engorgement des urgences.

Le retentissement sur les structures d'urgences de la mise en place des MMG n'est pas certain, sans résultats significatifs dans les travaux concernant la baisse du nombre de consultation CCMU1 et 2 pouvant être pris en charge en ambulatoire.

Cependant, une étude réalisée en 2010, concernant 79 MMG, adossées à un service d'urgence, en France, évalue l'impact de la présence d'une MMG sur la fréquentation des services d'urgence respectifs, montre une diminution du nombre de passage aux urgences, majoritairement le week-end (64). Une autre thèse réalisée sur la MMG de Sète en 2011 montre une diminution de 5% des consultations aux urgences de l'hôpital concernant les consultations CCMU 1 et 2 (65). En revanche, une étude réalisée en 2008 au sein de la MMG de Saint Etienne ne montre pas de diminution des consultations aux urgences. La diversité de ces résultats montre la nécessité d'une étude nationale (66).

Il faut également noter que les patients CCMU 2 nécessitent l'utilisation d'un plateau technique, d'où la question qui reste en suspend de la possibilité d'accès au plateau technique des médecins réalisant leur garde au sein des MMG.

De plus, dans une thèse faite en 2014 au sein de la MMG de Gésivaudant (Grenoble) étudiant l'impact de la présence de la MMG sur la réponse du médecin régulateur aux appels des patients de plus de 75 ans montrent une diminution significative de cette population de patient aux urgences qui sont alors pris en charge en ambulatoire à la MMG et ne nécessitent pas d'hospitalisation (67). Au vu de la démographie actuelle de la population en France cette notion paraît plus qu'intéressante.

Concernant le rôle de l'IAO, une étude réalisée en 2014 à la MMG de Poitier montre que l'IAO joue un rôle primordial dans le mode d'accès à la MMG puisque les patients ne se rendent pas à la MMG directement mais passent par le service des urgences (68). La thèse réalisée en 2014 sur la MMG de Langon retrouve la même conclusion (41).

De plus, cette étude met en avant le fait que la différence de modalités de paiement au sein de la MMG qui n'effectue pas le tiers payant n'a aucun impact sur sa fréquentation. Cette information est importante compte tenu de la politique actuelle qui vise à généraliser le tiers malgré une forte opposition des médecins généralistes. Cependant une autre étude réalisée au sein de la MMG de Calais, en 2014, montre qu'une proportion plus importante de patient ayant la CMU se présente à la MMG par rapport au système de garde traditionnel (2014).

11. Et les patients ?

Les autres travaux concernant les MMG notamment des thèses faites sur toute la France mettent en évidence qu'une fois mise en place les médecins généralistes mais aussi les patients sont globalement satisfaits de ce mode de prise en charge.

Une thèse faite sur une MMG à Boulogne sur mer en 2014 montre une faible activité de la MMG les soirs de semaine largement contrastée par un engorgement massif du service d'urgence. Cette étude nous montre également que seulement 49% des patients ont connaissance de cette MMG (40). Dans le même registre une thèse réalisée en 2004 sur le MMG de Macon nous informe également sur une très mauvaise information des patients quant à l'existence de la MMG, de plus cette étude met en avant le fait que ¼ des patients reçus aurait pu attendre le lendemain pour consulter sans pour autant que les médecins généralistes pensent à une dérive consumériste de la population (70).

Les thèses faites sur l'activité même des MMG retrouvent une patientèle plutôt jeune, avec des pathologies surtout infectieuses et de la petite traumatologie, consultant, pour une grande majorité, le week-end et les jours fériés.

Les patients se présentant en consultation dans les MMG, sont des patients jeunes, pour la majorité relevant de la pédiatrie générale, qui ne nécessitent pas de VAD.

La thèse réalisée l'année dernière étudiant la MMG de Langon sur son fonctionnement et sur l'opinion des ses participant met en avant le rôle primordial de l'IAO dans l'orientation des patients vers la MMG, la facilitation des gardes « à la carte » qui améliore la qualité des conditions de travail, ainsi qu'une diminution des dépenses de l'assurance maladie par mutualisation des secteurs. Le défaut d'information à la population locale sur l'existence de cette MMG est un point important à prendre en compte également (41).

B. CRITIQUES GENERALES

1. Les forces et faiblesses du travail

Les faiblesses de ce travail reposent tout d'abord sur la conception même du questionnaire. Une des principales incertitudes de 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 ainsi que sur la signification des résultats. Ce questionnaire contient beaucoup d'imperfections méthodologiques inhérentes à ce type d'enquête. Cependant nous nous sommes attachés à laisser un champ d'expression assez vaste pour toute opinion exprimée. De plus il aurait été préférable de tester ce questionnaire avant de l'envoyer à l'échantillon étudié.

Une autre déficience de ce travail tient à la sélection de la population étudiée. La population étudiée est un échantillon des médecins généralistes d'Aquitaine, choisi au hasard, contactés par téléphone puis par mail ce qui crée un biais de sélection. En effet, dans un premier temps, le fait de joindre les médecins par téléphone (barrière de la secrétaire, surmenage...), puis dans un second temps l'envoi du questionnaire par mail (pas de mails...) sont des éléments qui créent des biais.

Pour finir, les caractéristiques de la population étudiée ne sont pas superposables en tous points à la population générale des médecins généralistes d'Aquitaine. Les répondants sont plus jeunes que la population générale. Cette différence est autant un biais qu'un point positif dans le sens où les plus jeunes reprendront le flambeau.

De plus il est à noter que 85 médecins généralistes ont répondu sur les 198 mails soit 43% de réponses, on peut en déduire que les médecins les plus intéressés ont répondu, ce qui fait un autre biais. Au total 85 réponses sur 307 appels passés ce qui fait 28% de réponses ce qui est très faible.

Au total les faiblesses de ce travail regroupent des biais de sélection ainsi qu'un manque de validité scientifique du questionnaire. Le faible effectif de l'échantillon est un biais également important qui ne permet pas d'analyse statistique.

Cette enquête d'opinion évalue un échantillon représentant presque 2,5% de la population des médecins généralistes d'Aquitaine. Cet échantillon est comparable à la

population générale (sans analyse statistique) d'un point de vue des proportions de médecins au sein de chaque département et du sexe.

La grande force de ce travail est le fait que ce soit la 1ère étude sur l'opinion des médecins généralistes concernant les MMG. Beaucoup de thèses ont été faites concernant la PDSA, et l'activité de plusieurs MMG en France ainsi que des thèses concernant l'opinion des MG et l'activité des MMG déjà en place. Cette étude, est donc, à notre connaissance, la première concernant l'opinion des médecins généralistes sur leur potentiel investissement au sein d'une MMG, alors que ce sont les principaux acteurs.

Cette étude est une enquête d'opinion réalisée dans un contexte socioéconomique difficile où le coût de la santé est un sujet clé de la politique actuelle.

Il est donc plus que d'actualité de parler de ce sujet et d'en dégager des éléments de réponses.

Cette enquête permet donc une appréciation globale intéressante quant à l'opinion des médecins généralistes d'Aquitaine concernant les MMG et la PDSA. En effet même si l'effectif est faible, ce travail permet de cibler les problèmes d'implantation des MMG en Aquitaine en rapport avec les réticences des médecins généralistes.

2. Forces et faiblesses des résultats :

Les résultats principaux de cette enquête démontrent

- Que les médecins généralistes sont favorables au développement des MMG mais beaucoup de réserves subsistent.
- Que ces réserves sont à prendre en compte afin de développer des solutions pour rassurer les médecins et favoriser leur souhait de s'investir dans les MMG.
- Que l'évolution de la démographie des médecins généralistes, la féminisation de la profession sont des facteurs qui expliquent ces résultats.

3. Difficultés rencontrées :

Ce sujet est très vaste, il a fallu se concentrer sur la seule opinion des médecins généralistes. La principale difficulté rencontrée dans cette enquête se remarque dans le mode de recueil des données, basé sur les appels aux médecins généralistes et leurs réponses au questionnaire.

De plus les informations concernant les MMG en France ne sont pas claires.

C. PROPOSITIONS POUR OPTIMISER LA MISE EN PLACE DES MMG EN AQUITAINE

1. Rappel du diagnostic résultant des réponses à notre enquête :

Précédemment, nous avons exposé la problématique sociodémographique des médecins généralistes qui sont des facteurs affaiblissant la pérennisation de la PDSA en France :

- Vieillesse des médecins,
- Désertification médicale,
- Féminisation de la profession

Depuis une dizaine d'années, l'existence des MMG est une solution pour pallier le manque d'effectifs devant assurer la PDSA et améliorer la prise en charge des patients.

Cependant, le développement des MMG dépend de la volonté des médecins généralistes d'effectuer leurs gardes au sein de ces structures.

Si une grande majorité de médecins généralistes en Aquitaine pense que la MMG est une bonne solution pour assurer la PDSA, seulement la moitié souhaite s'y investir car trop de praticien ne connaissent pas le fonctionnement de ces structures. Et, en effet, si le médecin ne connaît pas ce type d'établissement, il ne peut pas s'y intéresser.

Pourtant, le développement des MMG en Aquitaine peut répondre :

- À une meilleure qualité de soins pour la population,
- Au désengorgement des services d'urgence,
- A la diminution du nombre de gardes,
- À l'amélioration de la qualité de vie professionnelle des praticiens,
- A une approche de rentabilité des gardes compte tenu que plusieurs secteurs de gardes sont regroupés en une MMG.

2. Propositions pour développer la motivation des médecins généralistes :

Afin d'accroître l'implantation de MMG en Aquitaine les points suivants doivent être étudiés, discutés et décidés en concertation avec tous les acteurs :

- Intensifier l'information de l'existence des MMG auprès de la population en général, des patients. Cette communication doit être pédagogique pour inciter à la fréquentation de ces structures.
- Effectuer auprès des médecins généralistes d'Aquitaine une information technique, fonctionnelle et financière sur les MMG et suffisamment pédagogique pour conforter leur motivation.
- Garantir les médecins généralistes qu'ils ne risquent pas une mise péril de l'activité libérale.

- Assurer aux médecins généralistes qu'il n'y aura pas de sous-urgences.
- Garantir le même système de rémunération que les gardes libérales (forfait d'astreinte + consultations +/- majorations)
- Informer sur tous les points de la mise en place, notamment la régulation et le personnel dédié à l'organisation.
- Assurer aux praticiens un fonctionnement sans lourdeurs administratives.
- Faire le choix de la localisation des MMG :
 - Juxtées aux urgences des CH.
 - Près des EH PAD ou autres établissements publics
 - Dans les zones rurales

Les choix devront tenir compte du besoin de rapprochement des médecins généralistes. Actuellement, les MMG en Aquitaine, sont installées à côté des centres hospitaliers.

- Protocoliser le matériel disponible pour les médecins.
- Décider du matériel informatique et des logiciels disponibles.
- Décider de l'accès au plateau technique, concernant la radiologie et le laboratoire pour les MMG localisées à côté des CH.
- Décider de l'ouverture ou pas le samedi matin.
- Confirmer les horaires d'ouverture qui paraissent adaptées en termes de PDSA.
- Étudier l'application du tiers payant généralisé dans les MMG afin d'éviter une différence de prise en charge pour les patients par rapport au coût aux urgences de l'hôpital. Dans le cas où la généralisation du tiers payant ne s'effectue que dans les MMG et pas dans les cabinets des médecins généralistes pendant leurs heures d'ouverture, les patients se dirigeront plus favorablement vers les consultations en MMG.

3. Diminuer le coût de PDSA, une nécessité :

Un des points important à développer est la nécessité de diminuer les couts de PDSA. Alors que un passage en MMG coûte une consultation classique à 23 euros associé aux majorations éventuelles de nuit ou de déplacement, une consultation aux urgences coûte une consultation à 23 euros associée au forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) qui vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les services d'accueil des urgences des établissements de santé. Le forfait ATU s'applique aux établissements MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie), tarifés à l'activité et autorisés à exercer une activité d'accueil des urgences. Le forfait ATU est dû pour chaque passage aux urgences :

- non programmé
- non suivi d'une hospitalisation

Par ailleurs, conformément à la circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 3 mars 2008 relative à la campagne forfaitaire 2008 des établissements de santé (57) le forfait ATU s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations

éventuelles. Le tarif ATU s'élève à 25,28 euros selon l'arrêté du 27 février 2008 fixant les ressources d'assurance maladie pour les établissements de santé MCOO (58). Au total, le coût d'un passage aux urgences s'élève à environ 80 euros pour une consultation simple.

La diminution du coût de la PDSA est multifactorielle :

- même nombre de patients
- moins de patients aux urgences (hypothèse)
- mutualisation des secteurs donc moins de forfait d'astreinte
- moins de VAD

Nous avons pu constater que le concept des MMG fonctionne bien et est efficace. L'ouverture d'une MMG à Libourne en Gironde en janvier 2015 paraît adaptée : elle regroupe une centaine de médecin libéraux et 8 secteurs de garde. Mais le système reste fragile notamment dans certains départements comme le Lot et Garonne.

Pour perfectionner leur fonctionnement afin de garantir la motivation des médecins généralistes et la fréquentation des patients, il serait intéressant d'effectuer une enquête qualitative auprès des patients qui sont amenés à consulter dans une des 4 MMG d'Aquitaine ainsi qu'une enquête quantitative d'activité de chaque MMG. L'opinion des patients sur l'activité et le fonctionnement de ces structures permettrait de faire ressortir les points forts, les points faibles et de mettre en place les réponses et solutions pour un système répondant aux besoins de tous les acteurs.

VII. CONCLUSION

Garantir un accès permanent aux soins est une mission de service public et une obligation déontologique.

Depuis une dizaine d'années cette mission devient difficile à assumer en raison :

- de l'augmentation du consumérisme des soins de la part de la population,
- de la mise en place du volontariat des gardes,
- de l'évolution négative de la démographie médicale.

Cette réalité, entre autre, nous a conduit à concevoir des MMG créant un endroit fixe pour les consultations de médecine générale non programmées et en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

Le but étant de répondre plus qualitativement à cette mission de service public mais aussi de mutualiser de plus vastes secteurs géographiques et les ressources budgétaires.

La création des MMG commence à monter en puissance sur l'ensemble du territoire français, mais proportionnellement moins en Aquitaine.

L'objectif de notre enquête était de déterminer l'opinion des médecins généralistes sur les MMG, car ils sont les principaux acteurs de la mise en place ainsi que de la pérennisation de ces structures.

Rappelons que si 75% des médecins estiment que les MMG sont une solution pérenne pour répondre au mieux à la PDSA, seulement 53% souhaite s'y investir pour assurer leurs gardes.

Nous avons explicité leurs réserves, leurs craintes, leurs inquiétudes devant ce changement et notre travail d'enquête a permis de lister les points à reprendre pour proposer un cadre clair, précis et avantageux pour les médecins généralistes.

Suite aux constats de ces freins très factuels, nous avons établi la liste des points impératifs et incontournables auxquels les autorités devront répondre pour rassurer les praticiens.

Dans ces conditions, l'essor des MMG semble tout à fait probable, d'autant plus que, lors de nos contacts avec les professionnels, les points positifs de ces structures primaient sur les inconvénients qui sont négociables.

D'autres enquêtes approfondies concernant l'installation des MMG en milieu rural semblent indispensables notamment sur les modalités de mise en place, ainsi qu'une enquête nationale sur l'activité des MMG en France.

Nous espérons que cette thèse aura permis de mettre en évidence l'utilité des MMG pour les patients et les praticiens, mais aussi de dégager les corrections et précisions à apporter afin d'optimiser le développement et l'installation des MMG en Aquitaine.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Philippe Michellier. Les urgences du médecin généraliste, aide mémoire. Janvier 2003. [En ligne]. Disponible sur internet : http://www.docvadis.fr/philippe-michellier/page/mon_guide_medical/les_urgences_du_medecin_generaliste_1.html.
- (2) Recours urgents ou non programmés en médecine générale dans les pays de la Loire. Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire. Janvier 2007.
- (3) Gouyon M., Labarthe G., 2006, "Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats", Études et résultats, DREES, n° 471, mars 2006.
- (4) Baubeau D., Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et Résultats, DREES, N°215, janvier 2003.
- (5) Code déontologie médicale : édition novembre 2012. Disponible sur internet : www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf.
- (6) Le serment d'Hippocrate. [En ligne]. Disponible sur internet : www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311.
- (7) Code de santé publique [En ligne]. Disponible sur internet : legifrance.gouv.fr.
- (8) Cour des comptes, chapitre XII, la permanence des soins. Septembre 2013.
- (9) Rapport Charles Descours : Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, remis à Monsieur J.F Mattel, ministre de la santé le 22 janvier 2003[en ligne]. www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf.
- (10) Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 : Hôpital Patient Santé et Territoire. Journal officiel de la république française.
- (11) Article L.6312-1 du code de santé publique [En ligne]. Disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913703&cidTexte=LEGITEXT000006072665>.
- (12) Cahier des charges de la Permanence Des Soins Ambulatoire en Aquitaine, Agence Régional de Santé : Etat des lieux de la PDS en médecine générale au 31 décembre 2013 : Enquête du Conseil national ordre des médecins. [En ligne]. Disponible sur internet : http://www.ars.aquitaine.sante.fr/fileadmin/AQUITAINE/telecharger/00_presse_region/2012/05_septembre/DP_cahier_charges_PDSA_03092012.pdf.
- (13) La convention médicale, ameli.fr, article mis à jour le 2 décembre 2013. [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale.php>. Consulté le 19/02/2015.
- (14) Texte de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, conclue le 26 juillet 2011 et publiée au Journal officiel du 25 septembre 2011. [En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/convention-medicale.php>. Consulté le 19/02/2015.
- (15) Yann Bourgueil, Anna Marek, Julien Mousques. Trois types d'organisation

de soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Question d'économie de la santé, institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES) ; N°141 ; Avril 2009.

- (16) Hallam L. Primary medical care outside normal working hours : review of published work. *BMJ* 1994 ;308 :249-53
- (17) Grol R, Giesen P, van Uden C. After-hours care in United Kingdom, Denmark, and the Netherlands : new models. *Health Aff (Millwood)* 2006 ;25 :1733-7.
- (18) Olesen F, Jolleys JV. Out of hours service : the Danish solution examined. *BMJ* 1994 ;309 :1624-6.
- (19) Christensen MB, Olesen F. Out of hours service in Denmark : evaluation five years after reform. *BMJ* 1998 ;316 :1502-5.
- (20) Jessopp L, Beck I, Hollins L, Shipman C, Reynolds M, Dale J. Changing the pattern out of hours : a survey of general practice cooperative. *BMJ* 1997 ;314 :199-200.
- (21) 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 rotation to large-scale GP cooperatives. *Fam med* 2006 ;38 :545-9.
- (22) Van Uden CJ, Nieman FH, Voss GB, Wesseling, Winkens RA, Crebolder HF. General practitioners' satisfaction with and attitudes to out-of-hours services. *BMC Health Serv Res* 2005 ;5 :27.
- (23) Van Uden CJ, Winkens RA, Wesseleing G, Fiolet HF, van Schayck OC, Crebolder HF. The impact of primary care physician cooperative on the caseload of emergency department : the Maastricht integrated out of hours service. *J Gen Intern Med* 2005 ; 20 :612-7.
- (24) 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.
- (25) Atlas de la démographie médicale en 2014 : situation au 1^{er} janvier 2014, conseil national de l'ordre des médecins. [En ligne]. Disponible sur internet : www.conseil-national.medecin.fr.
- (26) La démographie médicale en région Aquitaine : situation en 2013. Ordre national de l'ordre des médecins.
- (27) Les professions de santé en Aquitaine : états des lieux et éléments de projections locales. Les dossiers de la DRASS Aquitaine N°61 ; décembre 2009.
- (28) Institut national de la statistique et des études économiques INSEE. [En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/bassin-de-vie.htm>. Consulté le 16/02/2015.
- (29) La démographie des médecins : Etat des lieux au 1^{er} janvier 2010, Jean Vilavona, La médicale. [En ligne]. Disponible sur internet : http://www.lamedicale.fr/documents/201012_demographie_medicale.pdf. Consulté le 18/02/2015.
- (30) Carrasco V., Baubeau D. les usagers des urgences, enquête nationale. Etude et résultats. DREES N°212. Janvier 2003. [En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale,4728.html>.
- (31) Vuagnat A. les urgences hospitalière qu'en sait-on ? DREES, le panorama des établissements de santé, 2013. [En ligne]. Disponible sur internet :

<http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html>.

- (32) Boisguérin B., Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et Résultats, DREES, n°889, juillet 2014. [En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er889.pdf>.
- (33) Projet loi de santé, Marisol Touraine, ministre de la santé. [En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/politique/ce-qu-il-faut-retenir-du-projet-de-loi-de-sante-de-marisol-touraine>. Consulté le 19/02/2015.
- (34) Cahier des charges de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Aquitaine, ARS Aquitaine, 2012.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr/Cahier-des-charges-regional-Pe.141380.0.html#telechargerDocuments>.
- (35) Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>.
- (36) S. Gentile, B. Devictor. Les maisons médicales de garde en France. Santé publique 2005, volume 17, n°2.
- (37) Vie publique : pérenniser les maisons médicales de garde. Archives le 20/07/2006.[En ligne].Disponible sur internet : <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/sante-perenniser-maisons-medicales-garde.html>.
- (38) Le quotidien du médecin : 336 maisons médicales de garde en France. Vidéo du 17/02/2012.
- (39) Arrêté du 30/10/2014 modifiant les annexes du cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires en Aquitaine.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://ordre-medecins-aquitaine.org/upload/2014-10-30%20arrt%20modificatif%20CCR.pdf>.
- (40) Dewilde, Charles-Elie (1984-....) / [s.n.] / 2014. Appropriation de la maisons médical de garde de Boulogne-sur-Mer par les patients, par les médecins : voies d'amélioration.
- (41) Casamayou, Laure (1983-....) / [s.n.] / 2014. La maison médicale de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins : autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens.
- (42) Hansconrad, Erwin (1985-....) / [s.n.] / 2013. Place des médecins généralistes dans la permanence des soins : exemple d'une maison médicale de garde au sein d'un service des urgences.
- (43) Arnould-Demey , Marie (1981-...) / [s.n.] / 2011. Facteurs influençant les médecins généralistes dans leur souhait de participation au projet de maison médicale de garde à Nîmes.
- (44) Fraimout, Nicolas (1982-....) / [s.n.] / 2010. Etude des facteurs déterminant la non participation des médecins généralistes cannois à la permanence des soins ambulatoires : impact de la création d'une maison médicale de garde.
- (45) Jean-Yves Grall, conseiller général des Etablissements de santé : Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Rapport

- remis à R. Bachelot, ministre de la santé. Aout 2007.[En ligne]. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf.
- (46) Fonds d'Intervention Régional : Rapport d'activité 2012. 5 juin 2014.[En ligne].Disponiblesurinternet : <http://documentation.fhp.fr/documents/20109R.pdf>.
- (47) Article 65, loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 du financement de la sécurité sociale.[En ligne]. Disponible sur internet : http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/plfss_2012.asp.
- (48) Guide pratique de la LOLF : comprendre le budget de l'état. Edition juin 2012.[En ligne]. Disponible sur internet : http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/res_sources_documentaires/publications/guide_pratique_lolf/2012/guidelolf2012.pdf.
- (49) Institut national de la statistique et des études économiques, définitions. [Enligne].Disponiblesurinternet : <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions>.
- (50) La maison médicale de garde tient ses promesses. Sud Ouest.[En ligne]. Disponible en ligne : <http://www.sudouest.fr/2015/01/23/la-maison-medecale-de-garde-tient-ses-promessesles-medecins-ont-leur-chauffeur-1806346-2786.php#>.
- (51) CIRCULAIRE N° DGOS/R5/2011/311 du 1er août 2011 relative au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).[En ligne]. Disponible en ligne : <http://www.sante.gouv.fr/les-schemas-regionaux-d-organisation-des-soins-sros.html>.
- (52) Etat des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 01/01/2014 : enquête du CNOM, 11ème édition.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1393>.
- (53) Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&dateTexte=&categorieLien=id>.
- (54) Cash E., Cash R. : Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, mars 2013.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-qualitative-prealable-a-la-definition-d-une-enquete,11109.html>.
- (55) Arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.[En ligne]. Disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028200670&dateTexte=&categorieLien=id>.
- (56) Rapport 2013 au parlement sur le financement des établissements de santé. Loi 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012- Art. L 162-22-19.[En ligne]. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2013_-_parlement_-_france_-_financement_etablissements_sante.pdf.

- (57) Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/82 du 3 mars 2008 relative à la campagne forfaitaire 2008 des établissements de santé.[En ligne]. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_ATU-4.pdf.
- (58) Arrêté du 27 février 2008 fixant les ressources d'assurance maladie pour les établissements de santé MCOO pour 2008.[En ligne]. Disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/forfait_ATU-4.pdf.
- (59) Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Ministère de la santé et des solidarités.
- (60) Duguet, Clément (1981-....) / Université Joseph Fourier / 2011. Réorganisation de la permanence des soins libérale sur macro secteur Annecy-Frangy autour d'une maison médicale de garde double site : opinion des médecins généralistes concernés.
- (61) David, Mary-Sophie (1977-....) / [s.n.] / 2008. Etude de faisabilité de l'implantation d'une maison médicale de garde dans le secteur Ouest Montpellier.
- (62) Hansconrad, Erwin (1985-....) / [s.n.] / 2013. Place des médecins généralistes dans la permanence des soins : exemple d'une maison médicale de garde au sein d'un service des urgences.
- (63) Belline, Julien / [s. n.] / 2012. Impact d'une maison médicale de garde sur la qualité de vie des médecins généralistes : l'exemple d'Aurillac.
- (64) Yahyaoui, Mohammed (1977-....) / [s.n.] / 2010. Impact de l'ouverture des maisons médicales de garde sur la fréquentation des services d'urgence : modalité de collaboration entre ces structures.
- (65) Recco, Laurent (1979-...) / [s.n.] / 2011. Impact de l'ouverture de la Maison Médicale de Garde de Sète sur les urgences de cette ville.
- (66) Desseigne, Nicolas (1980-) / faculté de médecine / 2008. Maison Médicale de Garde de Saint Etienne : indicateurs de suivi et d'évaluation.
- (67) Boudard, Pierrick (1985-....) / Université Joseph Fourier / 2014. Impact de la création de la Maison Médicale de Garde du Grésivaudan sur la réponse du médecin régulateur aux appels des patients de plus de 75 ans.
- (68) Halmel, Marie-Christine (1980-....) / [s.n.] / 2014. Facteurs déterminant le choix de consulter à la maison médicale ou aux urgences de saintes pendant la fermeture des cabinets de médecine générale.
- (69) Feutrie, Gaspard (1986-....) / [s.n.] / 2014. Place de la maisons médicale de Calais dans le parcours de soins : le point de vue des patients.
- (70) Valiton, Sophie (1976-...) / [s.n.] / 2004. La maison médicale de garde de Mâcon : bilan d'un an d'activité.

ANNEXES

ANNEXE 1

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

ANNEXE 2



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).**



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 ;



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.

ANNEXE 3

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.



- **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 : QUESTIONNAIRE

Qui êtes vous? *Sexe

Homme

Femme

***Age**

25-40 ans

41-60 ans

plus de 60ans

***Type d'exercice**

Urbain

Semi rural

Rural

***Type de cabinet**

Seul(e)

En association

Maison médicale pluridisciplinaire

Activité hospitalière à temps partiel

Remplaçant(e)

***Département de pratique**

Gironde

Landes

Pyrénées Atlantiques

Lot et Garonne

Dordogne

A propos des MMG *Connaissez vous les MMG?

Oui

Non

***Il y en a-t-il dans votre département?**

Oui

Non

Si oui, participez vous à son fonctionnement?

Oui

Non

Si oui, en êtes vous satisfait?

Très satisfait

Satisfait

Peu satisfait

Non satisfait

Si non, participez vous à la liste de garde de votre secteur?

Oui

Non

Le système de Garde dans votre secteur vous parait-il suffisant pour assurer la PDSA? *

Oui

Non

Pensez-vous qu'il y a besoin d'une nouvelle structure pour assurer la PDSA? *

Oui

Non

Si une MMG ouvrait à proximité du centre hospitalier de votre secteur, souhaiteriez-vous vous y investir?

Oui

Non

Si non, pourquoi?

Risque d'impayés

Problème de localisation (trop éloigné)

Risque professionnel

Mise en péril de l'activité libérale

Autre :

Pensez-vous que les MMG sont une solution pérenne pour améliorer la PDSA?

Oui

Non

Suggestions/commentaires

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

INTRODUCTION : C'est dans un contexte de volonté d'amélioration de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), face à une pénurie de médecins généralistes et suite à un mouvement social visant à stopper l'obligation de garde concernant la médecine libérale il y a une dizaine d'année, ainsi qu'à une nécessité de réduction des coûts, que les Maisons Médicales de Garde (MMG) se sont développées en France. Les causes de leur développement minime sont multiples et complexes. Cependant ma question de recherche repose sur l'opinion des médecins généralistes en Aquitaine concernant leur développement, et notamment leur investissement potentiel dans ces structures. Quels sont les facteurs influençant l'opinion des médecins généralistes d'Aquitaine quant à leur souhait d'investissement dans ces Maisons Médicales de Garde ?

L'OBJECTIF PRINCIPAL est de déterminer les facteurs influençant l'opinion des médecins généraliste en Aquitaine concernant les MMG.

MATERIELS ET METHODES : Ce travail repose sur une enquête d'opinion effectuée par le biais d'un auto questionnaire de 15 questions fermées et une question ouverte envoyé par mail à 198 médecins généralistes libéraux d'Aquitaine, remplaçants ou installés, sur un échantillon de 307 appels passés au hasard.

RESULTATS : Le nombre de réponses aux mails est de 85. Une faible majorité des médecins généralistes d'Aquitaine de cet échantillon, soit 53%, sont désireux de s'investir dans une MMG pour assurer les gardes. Les principales différences entre les deux groupes « oui » et « non » à l'investissement dans les MMG, sont démographiques, avec une proportion plus forte dans le groupe « oui » de femmes, de plus jeune (25-40 ans), et de remplaçants. Cependant trois-quarts des médecins généralistes sont favorables au concept même des MMG. Les principaux freins au souhait de s'investir dans une MMG pour assurer les gardes sont une localisation trop éloignée des MMG de leur cabinet habituel, une mise en péril de l'activité libérale, et les risques professionnels associés.

CONCLUSION : Il ressort donc de cette enquête que, d'une part, beaucoup de médecins généralistes ne connaissent pas même le concept de MMG, et d'autre part, ceux qui y participent sont très largement satisfaits. Les raisons pour lesquelles les médecins généralistes d'Aquitaine ne veulent pas s'y investir sont des raisons modulables, non figées, et qui peuvent se modifier. Il ne tient qu'à nous de trouver les solutions adaptées pour satisfaire les médecins afin qu'ils souhaitent s'investir dans les MMG afin d'assurer leurs gardes.

TITRE EN ANGLAIS : Primary care units out of service hours in Aquitaine : opinion of general practitioners.

MOTS CLES : médecine générale, permanence des soins ambulatoires, maison médicale de garde, Aquitaine.

DISCIPLINE : médecine générale

