



**HAL**  
open science

**La permanence des soins ambulatoires en Picardie :  
enquête de satisfaction réalisée en 2014-2015 auprès des  
médecins généralistes**

Matthias Cagnon

► **To cite this version:**

Matthias Cagnon. La permanence des soins ambulatoires en Picardie : enquête de satisfaction réalisée en 2014-2015 auprès des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01280442

**HAL Id: dumas-01280442**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01280442>**

Submitted on 29 Feb 2016

**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 DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS**

ANNÉE 2015

N° 2015-56

**LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN PICARDIE:  
ENQUETE DE SATISFACTION REALISEE EN 2014-2015  
AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES**

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
LE 08 JUIN 2015

Par

Matthias CAGNON

Né le 20 février 1983 à Saint-Quentin

PRÉSIDENT DU JURY :

Madame le Professeur Cécile MAZIERE

JUGES :

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Madame le Docteur Véronique LERICHE

DIRECTEUR DE THÈSE :

Madame le Docteur Véronique LERICHE



A

Madame le Professeur Cécile MAZIERE  
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier  
(Biochimie et biologie moléculaire)  
Pôle « Biologie, pharmacie et santé des populations »

Vous m'avez fait l'honneur de bien vouloir assurer la présidence de cette thèse, je vous en remercie.

Veillez recevoir l'expression de ma sincère gratitude et de tout mon respect.

A

Monsieur le Professeur Michel ANDREJAK  
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
(Pharmacologie fondamentale clinique)  
Directeur du Centre Régional de Pharmacovigilance d'AMIENS  
Responsable du service de pharmacologie clinique  
Pôle Biologie, Pharmacie et Santé des populations  
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

A

Monsieur le Docteur Jean SCHMIDT  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier  
Médecine interne

A

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL  
Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier  
Exploration fonctionnelle du système nerveux

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous avez très gentiment accepté de faire partie de mon jury, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A

Madame le Docteur Véronique LERICHE  
Médecin généraliste - Maitre des stages universitaires

Pour avoir accepté de diriger ce travail, pour la confiance et la liberté que tu m'as accordée ;

Pour avoir partagé cette épreuve avec moi et pour m'avoir aidé tout au long de ce travail,

Pour m'avoir fait découvrir et aimer ton métier de médecin généraliste,

MERCI !

**A mon fils Paul**

A qui plus qu'à nul autre je tiens à dédier ce travail.

**A Marine**

Pour m'avoir soutenu et supporté durant cette longue épreuve ; pour ton amour, pour notre quotidien, pour notre bonheur et pour notre petite famille : MERCI !

**A ma mère**

Merci pour ton amour sans limite, pour la confiance que tu m'as toujours accordée, pour ton soutien durant ces longues années d'études.

**A mon père**

Merci de m'avoir soutenu toutes ces années.

**A mes frères Maxence et Clément**

Pour notre complicité et nos fous rires, passés et à venir.

**A ma belle famille,**

A Françoise et Armel : merci pour l'accueil dans votre famille, pour votre gentillesse sans limite ; à Sophie évidemment et à Thaï.

**A mes grands-parents, Jeanne, Josiane, Raymond et Michel,**

Vous ne lirez pas ma thèse mais je vous la raconterai.

**A Aurélie**

Tu as été mon *alter ego* durant ces études ; pour tous les moments de galère et de joie que l'on a passé, pour m'avoir appris ce que le mot amitié voulait dire : un grand merci !

**A tous mes amis,**

Je ne prendrai pas le risque de tous vous citer de peur d'en oublier mais je sais que vous vous reconnaitrez; merci pour tous les moments passés, présents et futurs, pour la confiance mutuelle que l'on se porte, pour la tranquillité d'esprit que vous m'apportez car grâce à vous je sais que j'aurai toujours quelqu'un sur qui compter.

**A mes confrères, secrétaires et amis de la Maison Médicale de Bray-sur-Somme,**

Audrey, Christelle, Monique, Nathalie, Ophélie, Philippe et Serge ; merci pour votre accueil, votre gentillesse et votre confiance ; merci également d'avoir été si arrangeants et de m'avoir octroyé tous ces jours de « repos » pour réaliser ce travail.

**A toutes les personnes rencontrées durant la réalisation de ce travail,**

Pour leur aide et leur conseils précieux ; merci aux membres de l'URPS de Picardie, pour l'aide financière et logistique bien sûr mais également pour leur accueil, pour leur disponibilité, leur gentillesse et leurs bons conseils ; merci à tous les médecins ayant accepté de m'accorder quelques-unes de leurs précieuses minutes pour répondre au questionnaire ; merci également au Dr Veron et au Dr Foulques, présidents des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins de l'Oise et de la Somme pour les informations précieuses qu'ils ont apporté en acceptant de me répondre ; merci à Me Wozniac, chargée de mission Soins 1er Recours auprès de l'ARS de Picardie pour avoir gentiment répondu à mes nombreuses sollicitations ; merci au Dr Florent Krim pour ses conseils avisés et son aide statistique précieuse ; merci à toutes les personnes ayant accepté de me relire : Marine, Véronique, Vlad et Philippe.



## TABLE DES MATIERES

LISTE DES SIGLES UTILISES .....	13
<b>1. INTRODUCTION .....</b>	<b>16</b>
<b>2. PATIENTS ET METHODE .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1. Objectif de l'étude.....</b>	<b>18</b>
<b>2.2. Contexte de l'étude .....</b>	<b>18</b>
2.2.1. Géographie.....	18
2.2.2. Démographie .....	19
2.2.2.1. Démographie régionale.....	19
2.2.2.2. Démographie médicale .....	19
2.2.3. Organisation de la PDS A en Picardie.....	20
2.2.4. Dates d'application du cahier des charges :.....	25
2.2.5. Evolutions depuis Novembre 2012.....	29
<b>2.3. Méthodologie de l'étude .....</b>	<b>29</b>
2.3.1. Population cible .....	29
2.3.1.1. Critères d'inclusion.....	29
2.3.1.2. Critères d'exclusion .....	29
2.3.2. Le recueil des données.....	30
2.3.3. Les indicateurs.....	30
<b>3. RESULTATS .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Population.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2. Critères démographiques .....</b>	<b>31</b>
3.2.1. Age de la population.....	31
3.2.2. Sexe .....	31
3.2.3. Ancienneté de l'installation .....	32
3.2.4. Lieu d'exercice .....	32
3.2.5. Département d'exercice .....	32
<b>3.3. Organisation de la PDS A sur le secteur.....</b>	<b>32</b>
3.3.1. Association assurant la PDS A .....	32

3.3.2.	Organisation commune (« tour de garde »).....	33
3.3.3.	Fréquence théorique annuelle des gardes par médecin .....	33
<b>3.4.</b>	<b>Pratique en garde - Organisation individuelle de la PDS A.....</b>	<b>33</b>
3.4.1.	Fréquence réelle annuelle des gardes par médecin sur le secteur.....	33
3.4.2.	Effecteurs.....	34
3.4.3.	Modalités de prise en charge du patient .....	34
3.4.4.	Lieu de consultation.....	35
3.4.5.	Pratique des visites .....	35
3.4.6.	Disponibilité individuelle en horaire de PDS .....	35
3.4.7.	Motivations pour participer à la PDS A .....	36
<b>3.5.</b>	<b>Satisfaction à propos de la PDS A .....</b>	<b>37</b>
3.5.1.	Satisfaction globale .....	37
3.5.2.	Rôle joué dans la PDS A .....	38
3.5.3.	Satisfaction vis à vis des différents paramètres de la PDS A.....	38
3.5.4.	Comparaison avec le précédent système de garde (avant novembre 2012) .....	39
3.5.5.	Avis des médecins qui ne pouvaient participer à la PDS A parce qu'une association médicale réalisait l'intégralité des gardes sur le secteur .....	39
<b>3.6.</b>	<b>Perception de l'avenir.....</b>	<b>40</b>
3.6.1.	Pérennité du système .....	40
3.6.1.1.	Raisons de la pérennité du système .....	40
3.6.1.2.	Raisons de la non pérennité du système .....	41
3.6.2.	Evolution du système.....	41
3.6.2.1.	Perspective d'évolution vers une forme ancienne .....	42
3.6.2.2.	Perspective d'évolution vers organisation différente.....	42
<b>3.7.</b>	<b>Satisfaction.....</b>	<b>43</b>
3.7.1.	En fonction de l'âge.....	43
3.7.2.	En fonction du sexe .....	43
3.7.3.	En fonction du temps d'installation .....	43
3.7.4.	En fonction du lieu d'exercice.....	44
3.7.5.	En fonction du département d'exercice .....	44
3.7.6.	En fonction de l'existence d'une organisation commune entre confrères - « Tour de garde » - sur le secteur .....	44
3.7.7.	En fonction du nombre de garde prises par an .....	45
3.7.8.	En fonction de la participation à la PDS A.....	45

3.7.9.	En fonction du lieu de consultation en garde .....	45
3.7.10.	En fonction de l'auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A.....	46
3.7.11.	En fonction de l'avis des médecins concernant la pérennité du système .....	46
<b>3.8.</b>	<b>Evaluation de la pérennité de la PDS A .....</b>	<b>46</b>
3.8.1.	En fonction de l'âge.....	46
3.8.2.	En fonction du sexe .....	47
3.8.3.	En fonction de l'ancienneté de l'installation .....	47
3.8.4.	En fonction du lieu d'exercice .....	47
3.8.5.	En fonction du département d'exercice .....	48
3.8.6.	En fonction de l'existence d'une organisation commune entre confrères - « Tour de garde » sur le secteur.....	48
3.8.7.	En fonction du nombre de garde prises par an .....	48
3.8.8.	En fonction de la participation à la PDS A.....	49
3.8.9.	En fonction du lieu de consultation en garde .....	49
3.8.10.	En fonction de l'auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A.....	49
<b>4.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>50</b>
<b>4.1.</b>	<b>Résultats principaux et implications majeures .....</b>	<b>50</b>
4.1.1.	Satisfaction des MGL .....	50
4.1.1.1.	Facteurs influençant le ressenti des MGL envers la PDS A .....	50
4.1.1.2.	Facteurs ne semblant pas influencer le ressenti des MGL envers la PDS A .	51
4.1.2.	Pérennité du système .....	52
4.1.3.	Implications majeures.....	53
4.1.3.1.	Complétude des tableaux de garde .....	53
4.1.3.2.	Un système instable .....	54
4.1.3.3.	Une évolution souhaitée.....	54
<b>4.2.</b>	<b>Forces et faiblesses du travail .....</b>	<b>55</b>
4.2.1.	Points forts de l'étude .....	55
4.2.2.	Points faibles de l'étude.....	55
<b>4.3.</b>	<b>Hypothèses pour expliquer les observations réalisées .....</b>	<b>56</b>
4.3.1.	Satisfaction inhérente à la structure même de l'actuelle PDS A .....	56
4.3.1.1.	La diminution des contraintes pour les MGL .....	56
4.3.1.2.	La régulation .....	57
4.3.1.3.	Le découpage territorial .....	58

4.3.1.4. Les MMG.....	58
4.3.2. Satisfaction inhérente aux caractéristiques de la population étudiée .....	59
4.3.2.1. L'âge .....	59
4.3.2.2. Le sexe .....	60
4.3.3. Satisfaction inhérente à la géographie de la PDS A .....	61
4.3.3.1. L'Oise .....	61
4.3.3.2. L'urbanité.....	62
4.3.4. Les critères de non pérennité de la PDS A .....	63
4.3.4.1. La démographie .....	63
4.3.4.2. Concilier profession et vie de famille .....	64
4.3.4.3. Les actes médico-administratifs.....	66
<b>5. PERSPECTIVES D'AVENIR.....</b>	<b>68</b>
<b>5.1. L'évolution souhaitée par les MGL.....</b>	<b>68</b>
<b>5.2. En France, il existait des alternatives à la PDS A .....</b>	<b>68</b>
<b>5.3. La permanence des soins en Europe .....</b>	<b>69</b>
<b>5.4. Des possibilités d'évolution pour la PDS A en France.....</b>	<b>70</b>
5.4.1. Les pistes qui ne paraissent pas envisageables .....	70
5.4.2. Des propositions d'évolution envisageables.....	71
 BIBLIOGRAPHIE.....	 73
 ANNEXE: Questionnaire.....	 78

## LISTE DES SIGLES UTILISES

ADOPS : Association Départementale de Permanence des Soins

ALD : Affection Longue Durée

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence

CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CSP : Code de la Santé Publique

DREOS : Direction de la régulation et de l'effectif de l'Offre de Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

E.T. : Ecart-Type

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité de Soins de Villes

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi Hôpital Patients Santé et Territoires

IK : Indemnité Kilométrique

J.O. : Journal Officiel

MG : Médecins Généralistes

MGL : Médecins Généralistes Libéraux

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur

PAIS : Plateformes Alternatives d'Innovation en Santé

PDS : Permanence Des Soins

PDS A : Permanence Des Soins Ambulatoires

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTZ : Prêt à Taux Zéro

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

TGI : Tribunal de Grande Instance

UMJ : Unité Médico-Judiciaire

URGEF : Groupement d'exercice fonctionnel des médecins du district de Saint-Quentin pour la permanence des soins (source : Journal Officiel paru le 09/02/2013)

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé



## **1. INTRODUCTION**

La Permanence des Soins Ambulatoires (PDS A) est un dispositif sanitaire permettant aux habitants d'un territoire de recourir à un praticien en dehors des horaires habituels d'ouverture des cabinets médicaux ou des maisons de santé.

Elle est définie le 22 janvier 2003 dans le rapport du sénateur honoraire C.DESCOURS (1) comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimés par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ».

Il s'agit d'une mission de service public qui permet une première réponse à une situation d'urgence réelle ou ressentie sur un territoire donné.

La PDS A s'appuie sur trois principes généraux : une régulation des appels téléphoniques par les Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU) - Centre 15 ou les associations de médecine d'urgence type SOS Médecins, du lundi au samedi de 20h00 à 8h00, les dimanches et jours fériés (2); le volontariat des médecins généralistes libéraux à la PDS A et la sectorisation territoriale, la PDS A étant un dispositif piloté au niveau régional mais dont l'échelon d'action se situe au niveau infra-départemental.

La PDS A appliquée actuellement est le fruit d'un long processus législatif et social ayant placé les médecins généralistes au centre des débats nationaux et locaux.

Ce sont les grèves de 2001 qui ont mis en évidence les écueils du système de garde. Selon le Code de déontologie médicale de l'époque (3) (Art. 47 et 77), le médecin devait assurer la suite des soins de sa patientèle, 24h/24h et 7j/7. « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux tours de garde, de jour comme de nuit ». A ce flou juridique s'ajoutaient des évolutions structurelles de la société. Le corps médical commençait à être directement affecté dans son exercice par le vieillissement de la population française qui consommait de plus en plus de biens et de soins médicaux. D'après P. FREMAUX (4), la place du médecin généraliste face au consumérisme médical était à redéfinir.

La démographie médicale en France était également au cœur des préoccupations des médecins généralistes (MG) comme des politiques publiques : la profession commençait à

vieillir, à se féminiser. Sa répartition géographique sur le territoire national suivait les tendances d'urbanisation et de littoralisation, créant de fait des espaces « désertifiés ».

Enfin, d'après S. COUSIN (5), le corps médical connaissait un sentiment de dévalorisation par rapport à son statut antérieur ; ceci étant essentiellement lié à l'augmentation des contraintes administratives. Si l'amélioration de la qualité de vie restait un *leitmotiv* pour l'ensemble de la profession, le rythme de travail ne permettait souvent pas de mener une vie personnelle et familiale équilibrée.

Face à ces constats, les médecins tirèrent la sonnette d'alarme en lançant un vaste et historique mouvement de grève qui débuta le 5 novembre 2001. Il se termina au deuxième semestre de 2002 avec la suppression des articles 47 et 77 du Code de déontologie médicale et avec la promesse d'une nouvelle organisation de la PDS A.

Depuis 2002, les textes législatifs encadrants la PDS A se sont succédés, (6–8), tentant de trouver une organisation efficace et fiable, tant pour les effecteurs que pour les usagers.

Le dernier texte en date est la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » (HPST) , qui a été promulguée le 21 juillet 2009 (9). Après plusieurs rapports consultatifs sur la période 2007-2009, (10–15), cette loi a mis en place la PDS A telle qu'elle est en vigueur aujourd'hui : un dispositif piloté par les Agences Régionales de Santé (ARS), créées par la même occasion, le rôle central de la régulation téléphonique, des pistes pour un engagement plus coercitif des MG, le mode de rémunération de ces derniers. Les ARS ont dès lors été missionnées de publier le Cahier des Charges Régional de la PDS A, le premier étant fixé pour la fin de l'année 2012. Il s'agit de celui en vigueur lors de la réalisation de notre étude. Il décrit les différents périmètres d'action de chacun des acteurs de la PDS A, ses horaires, ses découpages territoriaux, son financement.

Cependant, même si les politiques publiques favorisent désormais une mobilisation plus forte des médecins généralistes dans leur participation à la garde (intéressement financier par une hausse du forfait de garde, horaires réduits), ce sont les MG qui choisissent ou non de s'impliquer.

Chaque cahier des charges a donc pour but de satisfaire au mieux les *desiderata* de ses effecteurs principaux : les MG, tout en assurant un coût limité pour la collectivité et une organisation fiable.

La satisfaction des praticiens vis à vis de l'organisation de la PDS A étant un des gages de sa pérennité, l'objectif principal de notre travail a été de recueillir et d'analyser

l'opinion des médecins généralistes libéraux (MGL) Picards installés concernant la nouvelle organisation mise en place par l'ARS à partir de novembre 2012 afin d'évaluer s'ils étaient satisfaits par l'actuel système.

L'objectif secondaire a été d'évaluer la perception de l'avenir de la PDS A par ces mêmes praticiens afin de savoir s'ils estimaient que dans l'état actuel des choses, le système était pérenne ou si certaines modifications restaient encore à apporter.

## **2. PATIENTS ET METHODE**

### **2.1. Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude était d'évaluer la satisfaction des MGL Picards au 2<sup>ème</sup> semestre 2014 sur la PDS A fixée par le cahier des charges de novembre 2012 en fonction de leurs caractéristiques personnelles et de leur type d'exercice. L'objectif secondaire était d'évaluer si dans l'état actuel des choses ils jugeaient le système pérenne.

### **2.2.Contexte de l'étude**

#### **2.2.1. Géographie**

La Picardie a une superficie de 19 399 km<sup>2</sup>. Elle est composée de 3 départements : l'Aisne, l'Oise et la Somme, dont les superficies sont respectivement de 7 369 km<sup>2</sup> ; 5 860 km<sup>2</sup> et 6 170km<sup>2</sup>. Sa capitale régionale est Amiens qui est également la ville la plus peuplée de la région (aire urbaine de 292 667 habitants en 2009) (16).

La Picardie est située entre deux des régions les plus urbanisées du pays : le Nord-Pas-de-Calais et l'Ile-de-France. Cela crée un fort clivage infrarégional : le sud de l'Oise est partie intégrante de l'aire urbaine de Paris (faible taux de chômage couplé avec des revenus plus élevés) alors que le nord-est de la région est beaucoup plus rural et plus pauvre.

Les aires urbaines principales sont Amiens, Saint-Quentin, Beauvais, Compiègne, Laon et Creil. Le territoire est essentiellement maillé de villes petites et moyennes et marqué par une importante périurbanisation.

Située sur l'estuaire de la Somme, la côte picarde est un attrait pour la région en lui permettant le développement d'un tourisme balnéaire avec un important apport de touristes estivaux.

### *2.2.2. Démographie*

#### *2.2.2.1. Démographie régionale*

Au 1<sup>er</sup> janvier 2013, la Picardie comptait 1 924 700 habitants, ce qui en faisait la 12<sup>ème</sup> région française par sa population, avec une densité de 99 habitants par km<sup>2</sup>. Mais cette population était inégalement répartie entre les trois départements : 42% des Picards étaient des Isariens, 29,8% des Samariens et 28,2% des Axonais (16).

La population picarde a continué d'augmenter. Cette augmentation s'est faite par un accroissement naturel élevé (+0.4% en 2013) et le déficit migratoire démontre la faible attractivité économique de la région. La fécondité des picardes était élevée par rapport à la moyenne française : 2.08 enfants par femme (16).

Suivant la tendance nationale, la population picarde était vieillissante, les générations du *baby-boom* atteignant en 2013 plus de 65 ans. L'Oise était le département le plus « jeune » : la part des jeunes de moins de 20 ans était de 26.8% ; la moyenne française étant de 24.6% (16).

En 2013, l'âge moyen du picard était de 39.1 ans. Cependant, l'espérance de vie picarde, si elle suivait le mouvement général en augmentant, n'atteignait pas la moyenne nationale. En effet, les hommes vivaient environ 76.7 ans et les femmes 83.1 ans, presque 2 ans de moins que la moyenne nationale. De plus, les disparités étaient flagrantes entre les 3 départements : l'espérance de vie des hommes de l'Oise atteignait les 77.7 ans alors les Axonais ne vivaient en moyenne que 75.8 ans. (16)

#### *2.2.2.2. Démographie médicale*

En termes d'offres de soins, la Picardie était la région la moins bien dotée de France : au 1<sup>er</sup> janvier 2014, si la densité médicale métropolitaine était de 297,8 médecins pour 100 000 habitants en moyenne, elle n'était que de 231,2 médecins pour 100 000 habitants en Picardie.

On comptait 134,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants en France alors qu'en Picardie ce chiffre s'élevait seulement à 116,9 pour 100 000 habitants (17).

En 2013, d'après les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (18), on dénombrait dans la région 2 115 médecins généralistes à l'activité libérale ou mixte, soit une baisse de 7,5% des effectifs par rapport à la période 2006/2012. Les prévisions pour 2018 suivaient cette tendance à la baisse puisque le CNOM prévoyait un effectif de 2001 MGL.

A l'échelle départementale, la Somme restait le département le plus densément peuplé : on comptait une densité de 150,8 MGL pour 100 000 habitants en 2013, alors que ce chiffre s'élevait à 112,7 dans l'Oise et 106,9 dans l'Aisne.

Les tendances démographiques étaient défavorables à la Picardie : le déficit des médecins généralistes libéraux s'accroissait d'autant plus dans les espaces déjà sous-dotés. En effet, ces chiffres entraient en corrélation avec la baisse prévue des MGL selon les départements : dans l'Aisne, pour un effectif de 402 MGL en 2013, les prévisions étaient de 363 MGL en 2018, (-9,7%) ; dans l'Oise, pour un effectif de 583 MGL en 2013, les prévisions étaient de 546 en 2018 (-6,3%); enfin dans la Somme, département le moins touché par la chute des effectifs, on comptait 570 MGL en 2013 avec une prévision de 548 en 2018 (-3,9%). (19)

Les MG picards avaient une moyenne d'âge de 53 ans et 69% étaient des hommes. La part des moins de 40 ans représentait quant à elle 11%. Parmi cet effectif, les femmes représentaient 49%, ce qui suivait la tendance nationale de la féminisation du corps médical.

Les disparités départementales étaient très fortes : les MGL étaient majoritairement plus âgés dans l'Aisne (35,6% des MGL ont plus de 60 ans) et dans l'Oise (30,4%) que dans la Somme (27,1%).

Seule une donnée regroupe les trois départements : les MG y exerçaient majoritairement une activité libérale (environ 60%), mais la place de l'activité salariée restait importante (environ 33%).

### 2.2.3. Organisation de la PDS A en Picardie

L'arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges de la PDS A en Picardie était le texte de référence au moment de l'étude (20). Il est établi pour une période allant du 1<sup>er</sup> novembre 2012 jusqu'en 2017.

Il y énonçait les principes généraux de la PDS A:

- Définition des territoires de la PDS A : la limite de temps maximale pour accéder à une consultation médicale devait être de 40 minutes maximum.
- Suppression de la « nuit profonde » dans les régions où l'activité sur cette plage horaire a été jugée insuffisante.

- Participation renforcée des médecins généralistes à la régulation (nuit profonde comprise).
- Développement des lieux fixes de consultations, telles que les Maisons Médicales de Garde (MMG), en liaison avec les structures hospitalières de chaque territoire.
- Développement des alternatives à la PDS A en nuit profonde : complémentarité avec les services d'urgences hospitalières, possibilité de mettre en place des « effecteurs mobiles » couvrant de grands territoires pour les visites « incompressibles ».

Ce cahier des charges comprend 16 articles. Les articles 9, 10 et 11 concernent l'effectif de la garde par les MGL :

➤ Article 9 : Définition de l'effectif :

Cet article reprend les modalités de mise en place de la PDS A selon le Code de la Santé Publique (2): subdivision de la région en territoires de santé ; préparation des tableaux de garde pour 3 mois, sur la base du volontariat des MG ; réquisition préfectorale si tableaux de garde incomplets et possibilité d'exemption.

➤ Article 10 : Définition des territoires de santé de la PDS A :

Ils sont arrêtés par le président de l'ARS sur proposition des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) et consultation des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS), par les présidents des CDOM et les préfets.

Leurs objectifs étaient :

- L'accessibilité aux soins : 30km et 40 minutes maximum devaient éloigner le patient des soins.
- De présenter sur le secteur suffisamment de médecins pour que les tableaux de garde puissent être remplis.
- De répartir les territoires en fonction des agglomérations et de l'activité touristique de la région
- L'amélioration des conditions de travail des MG.

Le maillage s'appuyait alors sur la précédente sectorisation, soit 82 secteurs : 21 dans l'Aisne, 29 dans l'Oise et 32 dans la Somme. L'implantation des MMG permettait de regrouper certains secteurs et les possibilités de créer des lieux de consultations fixes étaient

nombreuses (maison de santé pluri-professionnelles, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)). Enfin, l'articulation était faite entre les secteurs hospitaliers et les gardes ambulancières et pharmaceutiques.

Le cahier des charges arrêté au 1<sup>er</sup> novembre 2012 36 territoires de PDS A : 13 dans l'Aisne, 8 dans l'Oise et 15 dans la Somme ; le but étant dans le futur de parvenir à 30 territoires : 12 dans l'Aisne, 8 dans l'Oise et 10 dans la Somme.

La sectorisation arrêtée était la suivante :

Figure 1

**TERRITOIRES DE PERMANENCE DES SOINS**

**CARTOGRAPHIE REGIONALE**



Source : Arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges de la PDS A en Picardie

➤ Article 11 : Modalités de l'organisation de l'effectif

- *principes d'organisation :*

Le cahier des charges prévoyait la suppression des gardes en nuit profonde sur les territoires où l'activité n'était pas significative ; la participation des établissements de santé durant les plages non-couvertes par l'activité libérale (nuit profonde surtout) ; l'expérimentation d'effecteurs mobiles les week-end et jours fériés y compris en nuit profonde, sur une partie du territoire et sur la base du volontariat.

La régulation restait le préalable à toute consultation, tout comme le déplacement du patient vers le médecin effecteur sauf en cas de visites « incompressibles ».

Figure 2 - Plages horaires de la PDS A selon le territoire couvert

PLAGES HORAIRES	TERRITOIRES COUVERTS
- Samedi : 12 h à 20 h - Dimanche et JF : 8 h à 20 h - Soir en semaine : 20 h à 24 h - Soir Week-end : 20 h à 24 h	Ensemble des territoires de la région Picardie  Uniquement les territoires des départements de la Somme et de l'Aisne et le territoire couvert par SOS Creil pour le département de l'Oise  Après 20h les usagers du département de l'Oise seront orientés, si nécessaire, vers un établissement de santé proche autorisé à exercer une activité de médecine d'urgence
-Nuit profonde semaine : 24 h à 8h - Nuit profonde Week-end : 24h à 8 h	Les territoires attestant d'une activité significative – Territoires couverts (cf annexe 1) :  Département de l'Aisne : MMG de Guise avec un effecteur  Département de l'Oise : SOS Creil avec deux effecteurs  Département de la Somme : - SOS Amiens avec deux effecteurs - MMG Corbie avec un effecteur

Source : Arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges de la PDS A en Picardie

- *Lieux fixes de consultation – Maisons Médicales de garde :*

Un lieu de fixe de consultation doit avoir une position centrale dans le territoire, dans l'enceinte hospitalière ou contiguë afin de désengorger les services d'urgences.

Les MMG sont définies par la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/011B n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire (21).

Ce sont des lieux fixes et déterminés de prestation de médecine générale, fonctionnant uniquement aux horaires de la permanence des soins. Leur accès est sécurisé et régulé sauf si le patient est adressé par le service des urgences.

Le cahier des charges de la PDS A fait état du petit nombre de MMG sur le territoire picard. Il rappelle que celles-ci sont soumises aux tarifs conventionnels du secteur 1, à la généralisation du tiers-payant, au logiciel de télétransmission qui permet la prise en charge de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et des Affections Longue Durée (ALD).

Il y est décrit que les MMG futures devront être adossées aux structures hospitalières ; en milieu rural, les lieux fixes de consultations devront s'installer dans des structures sanitaires médico-sociales ou médicales (type EHPAD, cabinet libéral de groupe).

Dans l'attente de l'installation de ces points fixes, la garde peut être prise dans le cabinet libéral déclaré auprès du CDOM.

- *Participation des établissements de santé*

Le cahier des charges rappelle l'obligation de ces établissements d'accueillir toute personne en situation d'urgence (22). Cependant, aux vues de l'engorgement des services d'urgences, il rappelle que l'accueil des patients de la PDS A doit être envisagé comme un recours de second niveau.

La mission de permanence des soins sur la tranche horaire minuit/8h était assurée par les établissements de santé autorisés à exercer la médecine d'urgence le plus proche du domicile du patient. Il est prévu que dispositif fasse l'objet d'une évaluation annuelle (quantitative et qualitative).

#### 2.2.4. Dates d'application du cahier des charges :

- Le 1<sup>er</sup> novembre 2012 pour la Somme et l'Aisne.
- Dans l'Oise : Le 1<sup>er</sup> novembre 2012 pour les territoires 60 E – F –G ; Le 1<sup>er</sup> décembre 2012 pour le territoire 60 D ; Le 1<sup>er</sup> janvier 2013 pour les territoires 60 A –B –C- H.

La révision du cahier des charges est prévue a minima tous les 3 ans : les sous-comités médicaux des CODAMUPS-TS dresseront un bilan et proposeront les évolutions utiles.

Afin de rendre plus lisibles les données de PDSA, nous avons repris les différents éléments dans les tableaux qui suivent :

Tableau 1 - Données démographiques et territoires de PDS A

	Aisne	Oise	Somme
Superficie (km2)	7 369	5 860	6 170
Population en 2009 (source INSEE au 1/01/2012)	539 870	801 512	569 775
Densité (hab/km2)	73	136	92
Nombre de MGL	457	668	653
Densité de MGL pour 10 000 habitants	8,5	8,3	11,5
Structures d'urgences ouvertes pendant la PDS A	CH Laon (siège du SAMU 02), Saint- Quentin, Soissons, Château-Thierry, Chauny, Hirson, Polyclinique Saint- Claude (Saint-Quentin)	CH Beauvais (siège du SAMU 60), Creil, Compiègne, Senlis, Noyon, Clermont, Polyclinique Saint-Côme (Compiègne)	CH Amiens (siège du SAMU 80), Abbeville, Montdidier, Doullens, Péronne, SAS Cardiologie et Urgences d'Amiens
Nombre de territoires de PDS A	13	8	15+3 en période estivale (Fort-Mahon - Rue ; le Crotoy ; Saint-Valéry- Cayeux)
Nombre de territoires de la PDS A sur la période minuit-8h	1	1	1
Carte des territoires de la PDS A par département			

NB : Certaines communes du nord de la Somme sont rattachées à la PDSA du Nord-Pas-de-Calais, département du Pas-de-Calais, secteur 115 Auxi/Frévent. C'est le cas pour Barly, Bealcourt, Bernâtre, Boufflers, Brailly-Cornehotte, Brevillers, Conteville, Frohen, Gueschart, Heuzecourt, Hiermont, Maison-Ponthieu, Maizicourt, le Meillard, Mezerolles, Montigny les Jongleurs, Neuilly le Dien, Noyelles en Chaussée, Remaisnil, St Acheul,, Thièvres, Vitz sur Authie (23).

Tableau 2- Lieux fixes de consultations et MMG

	Territoires de la PDS A	Lieux fixes de consultations	Plages horaires	Etablissement de santé autorisé à exercer une activité de médecine d'urgence
Aisne	Guise Saint-Quentin Vervins Chauny Laon Soissons	MMG AMUG de Guise URGEF Saint-Quentin CH Vervins CH Chauny MMG du CH de Laon CH Soissons	20h - 8h <b>Semaine :</b> 20h-8h, <b>Samedi :</b> 12h- minuit <b>Dimanche et les fériés :</b> 24h :24	CH Saint-Quentin CH Hirson CH Saint-Quentin CH Vervins CH Chauny CH Laon CH Laon CH Soissons
Oise	60 E Creil 60 A Granvilliers 60 B Beauvais 60 G Compiègne 60 H Crepy-en- Valois 60 D Saint Just en Chaussée 60 F Noyon	SOS-Médecin Creil MMG de Creil MMG de Granvilliers MMG de Beauvais MMG de Compiègne MMG de Crepy en Valois. } Projet pour 2015	7jrs/7 - 24h/24 <b>Samedi :</b> 12h à 20 h, <b>Dimanche et les fériés :</b> 08h à 20 h	CH Creil, Clermont, Senlis CH Compiègne, Polyclinique St- Côme
Somme	Amiens Corbie	SOS Médecin Amiens MMG de Corbie	<b>Semaine :</b> 20h-8h, <b>Samedi :</b> 12h- minuit <b>Dimanche et les fériés :</b> 24h :24	CH Amiens

Tableau 3 - Nombre d'effecteur par territoire par plage horaire

		Semaine		Samedi	Dimanche, jours fériés, pont		
		Soir 20h – 24h	Nuit profonde 24h – 8h	Journée 12h – 20h	Journée 8h – 20h	Soir 20h – 24h	Nuit profonde 24h – 8h
Aisne	Bohain – Fresnoy le grand	1	0	1	1	1	0
	Braine	1	0	1	1	1	0
	Château-Thierry	1	0	1	1	1	0
	Chauny- Tergnier – La Fère	1	0	1	1	1	0
	Guisse	1	1 (MMG)	1	1	1	1 (MMG)
	Hirson	1	0	1	1	1	0
	Laon – crécy sur Serre- Athies	1	0	1	1	1	0
	Liesse-Corbeny	1	0	1	1	1	0
	Origny-Sainte-Benoîte	1	0	1	1	1	0
	Saint-Quentin	1	0	2	2	2	0
	Soissons	1	0	1	1	1	0
	Vervins	1	0	1	1	1	0
Villers-Cotterêts	1	0	1	1	1	0	
Oise	60 A	1 (60 A et D)	0	1	1	1 (60 A et D)	0
	60 B	1	0	1	1	1	0
	60 C	1	0	1	1	1	0
	60 D		0	1	1		0
	60 E	2 (SOS)	1 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)
	60 F	1	0	1	1	1	0
	60 G	1	0	1	1	1	0
	60 H	1	0	1	1	1	0
Somme	Territoire 1	1	0	1	1	1	0
	Territoire 2	1	0	1	1	1	0
	Territoire 3	1	0	1	1	1	0
	Territoire 4	1	0	1	1	1	0
	Territoire 5	1	0	1	1	1	0
	Territoire 6	1	0	1	1	1	0
	Territoire 7	1	0	1	1	1	0
	Territoire 8	1	0	1	1	1	0
	Territoire 9	1	0	1	1	1	0
	Territoire 10	1	0	1	1	1	0
	Territoire 11	1	0	1	1	1	0
	Territoire 12	1	0	1	1	1	0
	Territoire 13	1	0	1	1	1	0
	Territoire 14 (dont MMG Corbie)	1 (MMG)	1 (MMG)	1 (MMG)	1 (MMG)	1 (MMG)	1 (MMG)
	Territoire 15 Amiens	2 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)	2 (SOS)

### 2.2.5. Evolutions depuis Novembre 2012

L'arrêté D-PRPS-MS-GDR n°2013-323 du 28 novembre 2013 portant modification des arrêtés DREOS n°2012-192 et 2012-351 (24) ajoute des modifications au cahier des charges vu précédemment.

Cet arrêté fixe un nouveau territoire de la PDS A, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013 : les territoires 60 B – Beauvais et 60 C –Chaumont sont regroupés en un seul, ce qui porte alors à 35 le nombre de territoires de la PDS A en Picardie.

Depuis le 1<sup>er</sup> juin 2013, une nouvelle MMG est entrée en activité, adossée au Centre Hospitalier (CH) de Beauvais, pour le territoire 60 B-C.

Enfin, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2013, l'URGEF de Saint-Quentin participe à la PDS A les samedis de 12h à 20h et les dimanches de 8h à 20h.

Dernier en date, l'arrêté D-PRPS-MS-GDR n°2014-630 du 30 décembre 2014 (25), prévoit que l'association SOS-Médecins de Saint-Quentin participe à la garde de nuit profonde de minuit à 8h en semaine et pendant les week-end avec un effecteur. Dans l'Oise, SOS-Médecins Creil assure les gardes pour les mêmes plages horaires en nuit profonde avec deux effecteurs au lieu d'un.

## **2.3.Méthodologie de l'étude**

### 2.3.1. Population cible

#### 2.3.1.1.Critères d'inclusion

Pour que le questionnaire soit pris en compte dans l'étude, il suffisait qu'il soit retourné par le MGL. Il était ensuite inclus dans l'étude, quel que soit le taux de réponse aux différentes questions.

#### 2.3.1.2.Critères d'exclusion

Ont été exclus de l'étude les MG de formation exerçant actuellement exclusivement une autre spécialité (telle que l'angéiologie par exemple) ; les MG n'exerçant plus en libéral mais ayant actuellement une activité hospitalière exclusive ; les MG « frontaliers » d'autres départements, ne prenant pas de garde en Picardie mais dans d'autres régions.

### 2.3.2. Le recueil des données

Un questionnaire de satisfaction anonymisé (annexe 1) a été adressé par voie postale à tous les médecins généralistes installés exerçant en Picardie (1567 médecins). Le temps passé à répondre au questionnaire était évalué à 10 minutes.

Il était demandé aux participants une réponse manuscrite, directement sur le questionnaire qui devait être retourné à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) de Picardie.

Le recueil des données a été réalisé en deux temps. Dans un premier temps les questionnaires ont été envoyés durant le mois de septembre 2014. Un deuxième envoi a eu lieu début janvier 2015, adressé à tous les médecins n'ayant pas répondu lors du premier envoi.

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel de traitement d'enquêtes et d'analyse de données Le Sphinx Plus 2<sup>®</sup>.

Le questionnaire adressé aux omnipraticiens était structuré en 4 parties distinctes : description de la PDS A dans le secteur d'exercice (fréquence des gardes, organisation de la PDS A entre confrères) ; implication et pratique individuelle de la garde (participation à la PDS A, motivations personnelles et modalités de prise en charge du patient) ; avis sur le dispositif de PDS A (satisfaction vis-à-vis de la PDSA ; évolution des contraintes par rapport au dispositif d'avant novembre 2012 ; évaluation de son propre rôle au sein de la PDS A et satisfaction globale envers le système) ; perception de l'avenir (le système était-il pérenne ? Devait-il évoluer ?) ; données personnelles (sexe, âge, ancienneté de l'installation, lieu et type d'exercice).

### 2.3.3. Les indicateurs

Les médecins répondants ont saisi leurs réponses directement sur le questionnaire puis l'ont adressé à l'URPS-Médecins libéraux de Picardie.

Les données ont ensuite été dépouillées et analysées grâce au logiciel Le Sphinx Plus 2<sup>®</sup>. Des tableaux à plats et croisés ont été réalisés.

Les tableaux à plat nous ont permis de réaliser un état des lieux de la population étudiée et de la PDS A. Les tableaux croisés ont eu pour but d'évaluer s'il existait une relation statistiquement significative entre plusieurs paramètres tels que la satisfaction ressentie par les MGL et le lieu d'exercice, l'âge ou le sexe des médecins répondants.

Pour les variables nominales, le test de  $\chi^2$  a été utilisé, après vérification du respect des conditions d'application du test.

Les données quantitatives ont été exprimées par la moyenne, la médiane.

Le seuil de la valeur  $p$  retenu comme significatif était de 5%.

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Population

Suite au premier envoi de questionnaires nous avons reçu 310 réponses ; 4 ont été exclues.

107 nouvelles réponses ont été reçues suite à la relance de janvier 2015 ; 7 ont été exclues.

Le nombre de réponses recueillies est de 417. Le taux de réponse était donc porté à 25,9 %.

11 participants ont été exclus, ce qui donne un total de 406 questionnaires inclus dans l'étude.

#### 3.2. Critères démographiques

##### 3.2.1. Age de la population (n=398)

L'âge moyen était de 51,15 ans +/- 10,23.

La répartition par classe d'âge retrouvait la répartition suivante :

Tableau 4 - Répartition par classe d'âge

	< 30	De 30 à 39	De 40 à 49	De 50 à 59	60 et plus	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Effectif	2 (0,50%)	64 (16,10%)	89 (22,40%)	144 (36,30%)	98 (24,70%)	397

##### 3.2.2. Sexe (n=401)

Le *sex-ratio* était de 2,08.

### 3.2.3. *Ancienneté de l'installation (n=403)*

**Tableau 5 - répartition selon la durée d'installation**

	< 5 ans	De 5 à 14 ans	De 15 à 24 ans	>25 ans	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	N
Effectif	61 (15,1%)	63 (15,6%)	103 (25,6%)	176 (43,7%)	403

### 3.2.4. *Lieu d'exercice (n=397)*

La répartition selon le lieu d'exercice retrouve les résultats suivants :

**Tableau 6 - Répartition de la population selon le lieu d'exercice**

	Urbain	Périurbain	Rural	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	N
Effectif	111 (28%)	75 (18,9%)	211 (53,1%)	397

### 3.2.5. *Département d'exercice (n=402)*

**Tableau 7 - Répartition de la population selon le département**

	Aisne	Oise	Somme	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	N
Effectif	112 (27,9%)	127 (31,6%)	163 (40,5%)	402

## **3.3.Organisation de la PDS A sur le secteur**

### 3.3.1. *Association assurant la PDS A*

Il a été demandé en question I-1 : « Existe-t-il une association assurant la PDS A sur votre secteur ? » de façon à pouvoir relever les différents secteurs où existait une association de médecins telle que « SOS-Médecins » et pour analyser la cohabitation avec les autres médecins libéraux.

Le sens de cette question n'a pas été compris par l'ensemble des médecins, une partie d'entre eux répondant « oui » considérant le tour de garde ou l'amicale des médecins locale comme une association ; rendant ininterprétables les données.

Pour cette raison les résultats inhérents à cette question ne seront pas présentés.

### 3.3.2. Organisation commune (« tour de garde ») (n=402)

La présence d'un « tour de garde », c'est-à-dire d'une réunion de concertation entre confrères réalisée à réception des tableaux de garde permettant d'organiser la PDS A pour les mois à venir a été retrouvée dans les proportions suivantes :

**Tableau 8 - Présence d'un "tour de garde"**

	n (%)
Un "tour de garde" existe sur le secteur	328 (81,6%)
Aucun "tour de garde" n'est organisé sur le secteur	69 (17,2%)
NSP	5 (1,2%)

### 3.3.3. Fréquence théorique annuelle des gardes par médecin (n=402)

Le nombre de gardes théorique par an et par médecin est de 10,79 +/- 10,23

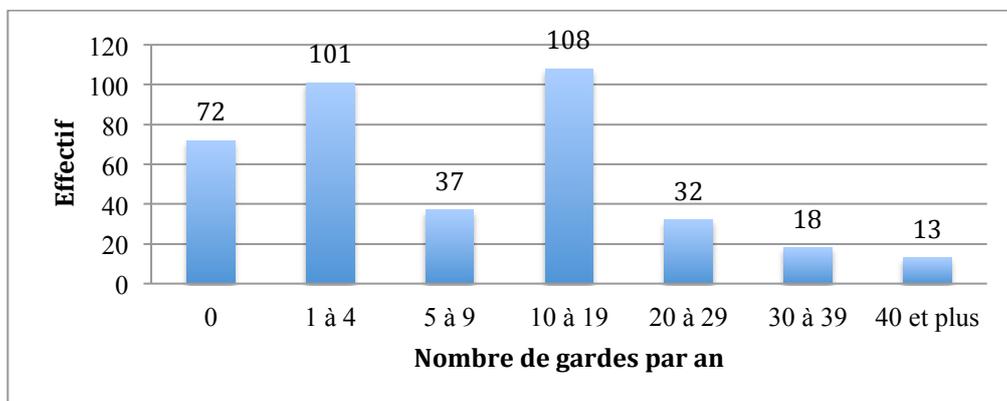
## **3.4.Pratique en garde - Organisation individuelle de la PDS A.**

### 3.4.1. Fréquence réelle annuelle des gardes par médecin sur le secteur (n=381)

Le nombre réel de gardes par an et par médecin est en moyenne de 11.32 +/- 22.02. La médiane est de 6.

Le nombre de gardes par médecin par an se répartissait de la façon suivante (figure 3) :

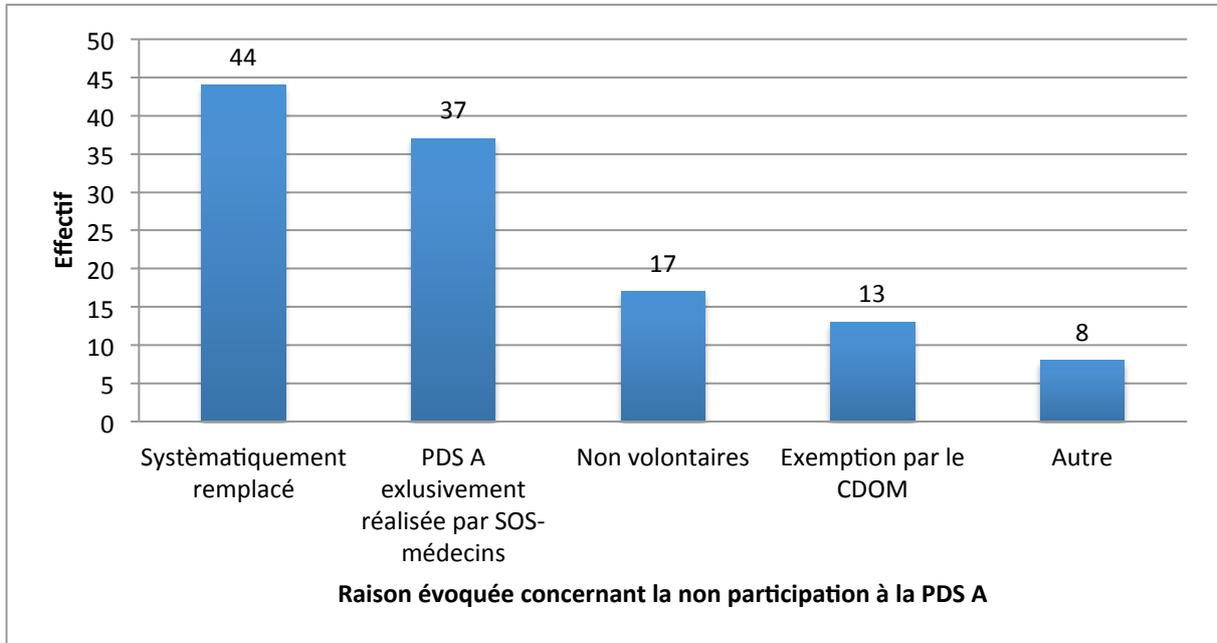
**Figure 3 - Répartition du nombre de garde par an par médecin**



### 3.4.2. *Effecteurs (n=402)*

283 médecins sur 402 (70,41%) ont déclaré effectuer eux-mêmes leurs gardes. Quand ils ont répondu ne pas effectuer eux-mêmes leurs gardes, cela a été pour les raisons suivantes (Taux de réponse=28,6%):

Figure 4



Les médecins ayant répondu ne pas participer à la PDS A en raison de leur participation à la régulation médicale ou en raison de revendications diverses ont été regroupés dans la catégorie « non volontaires ».

La catégorie « Autre » regroupe les médecins ayant répondu exercer sur un secteur dépourvu de garde.

### 3.4.3. *Modalités de prise en charge du patient (n=333)*

Tableau 9 - Comment doit procéder le patient pour être pris en charge par le médecin de garde ?

	Un accord téléphonique était obligatoire avant toute consultation n (%)	Le patient pouvait se rendre directement sur le lieu de la garde n (%)	L'un ou l'autre n (%)	Total N
Effectif	273 (82%)	27 (8,1%)	3 (9,9%)	333

#### 3.4.4. *Lieu de consultation (n=337)*

Les différents lieux d'exercice en horaire de PDS A se répartissaient de la façon suivante :

**Tableau 10 - Lieu de consultation durant la garde**

	Cabinet exercice habituel	Structure dédiée (MMG)	Ni l'un ni l'autre, uniquement des visites en garde
	n (%)	n (%)	n (%)
Effectif	192 (57%)	137 (40,7%)	8 (2,3%)

#### 3.4.5. *Pratique des visites (n=331)*

La proportion de médecin qui pratiquait les visites en garde est illustrée dans le tableau 11 :

**Tableau 11 - Pratique des visites**

	Aucune visite n'était réalisée en garde	Seules les visites "incompressibles" étaient réalisées	Les visites étaient réalisées selon la demande du patient	Total
	n (%)	n (%)	n (%)	N
Effectif	99 (29,9%)	177 (53,5%)	55 (16,6%)	331

#### 3.4.6. *Disponibilité individuelle en horaire de PDS (n=353)*

La proportion de médecin restant joignables en horaire de PDS alors qu'ils n'étaient pas de gardes se répartissait de la façon suivante :

**Tableau 12 - Proportion de médecins restant joignables sans être de garde**

	Joignables	Non joignables	Total
	n (%)	n (%)	N (%)
Total	64 (18,1%)	289 (81,9%)	353 (100%)

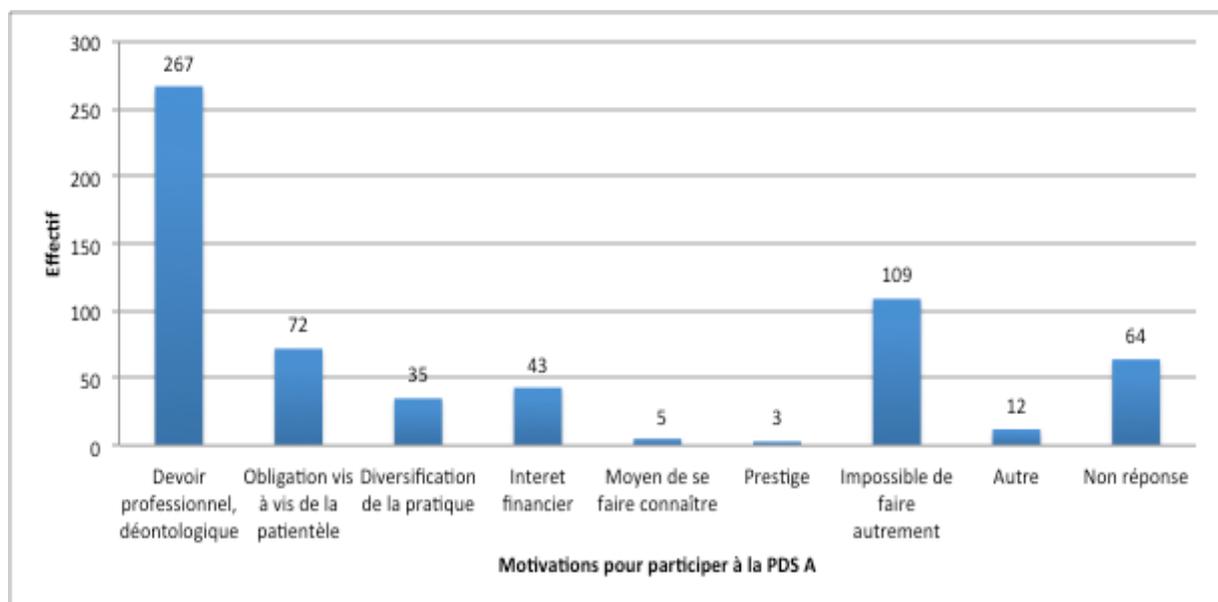
Lorsqu'ils ont répondu rester joignables, cela était majoritairement pour des patients sélectionnés à qui ils avaient donné leur numéro de téléphone (46 répondants sur 61 soit 75,4%). 15 médecins sur 61 répondants soit 24,6% se sont dits disponibles pour toute

personne appelant sur la ligne professionnelle en horaire PDS A, même lorsqu'ils n'étaient pas de garde.

### 3.4.7. *Motivations pour participer à la PDS A (Taux de réponse = 84%)*

Les différentes motivations ayant conduit les médecins à participer à la PDS A sont présentées Figure 5 :

Figure 5 - Motivations évoquées pour participer à la PDS A



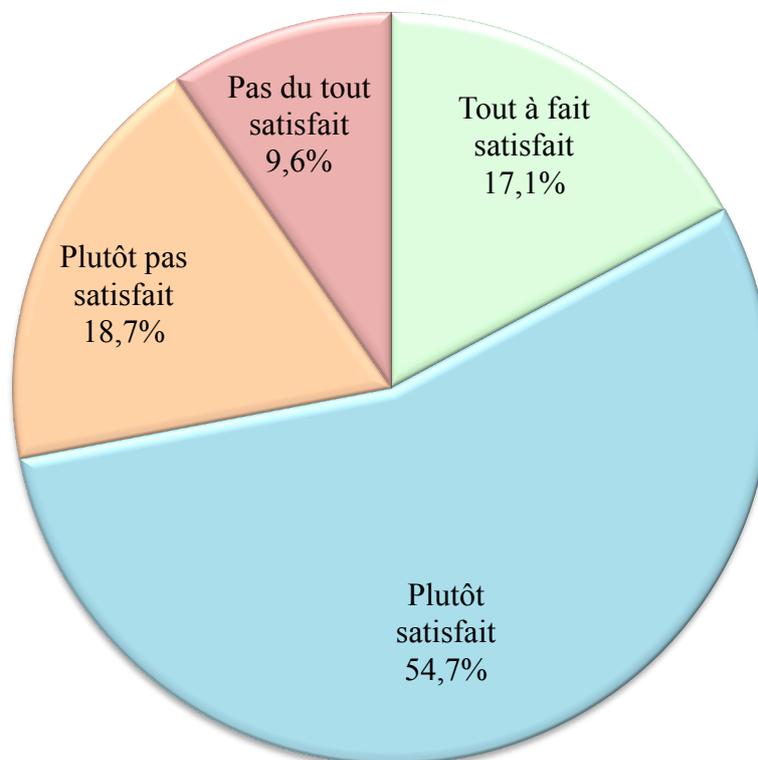
Les motivations regroupées dans la catégorie « autre » étaient : « Aucune motivation » (3 observations) ; « Obligation par solidarité vis à vis des autres confrères » (3 observations) ; « activité principale » (2 observations) ; « Gardes devenues confortables » (1 observation) et « maintien de la réactivité face à l'urgence » (1 observation).

### **3.5.Satisfaction à propos de la PDS A**

#### *3.5.1. Satisfaction globale (n=375):*

A la question : « vous estimez-vous globalement satisfait par le système actuel ? » ; les médecins ont répondu dans les proportions suivantes (Figure 6) :

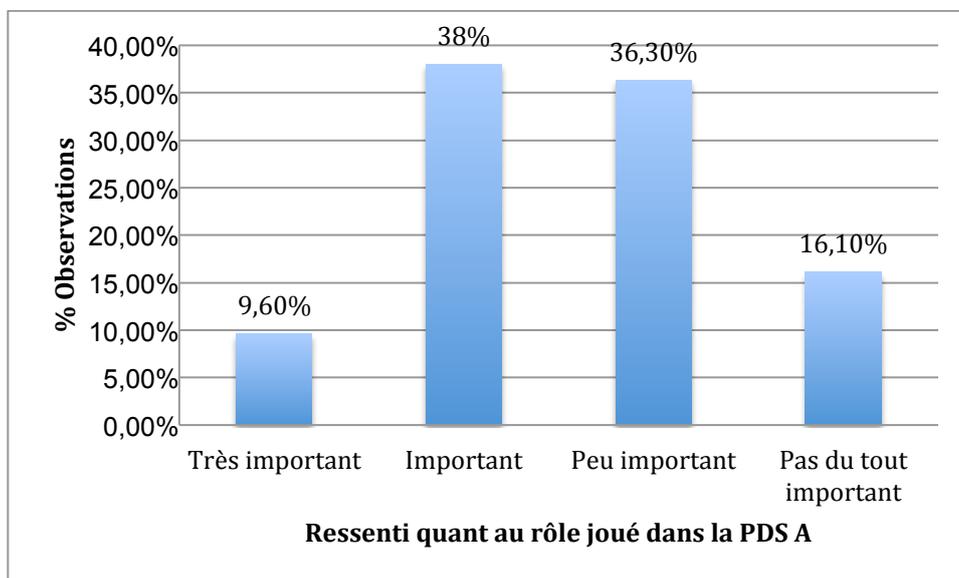
**Figure 6 - Satisfaction globale des omnipraticiens vis à vis de la PDS A**



Globalement on a constaté un taux de satisfaction de 71,8%

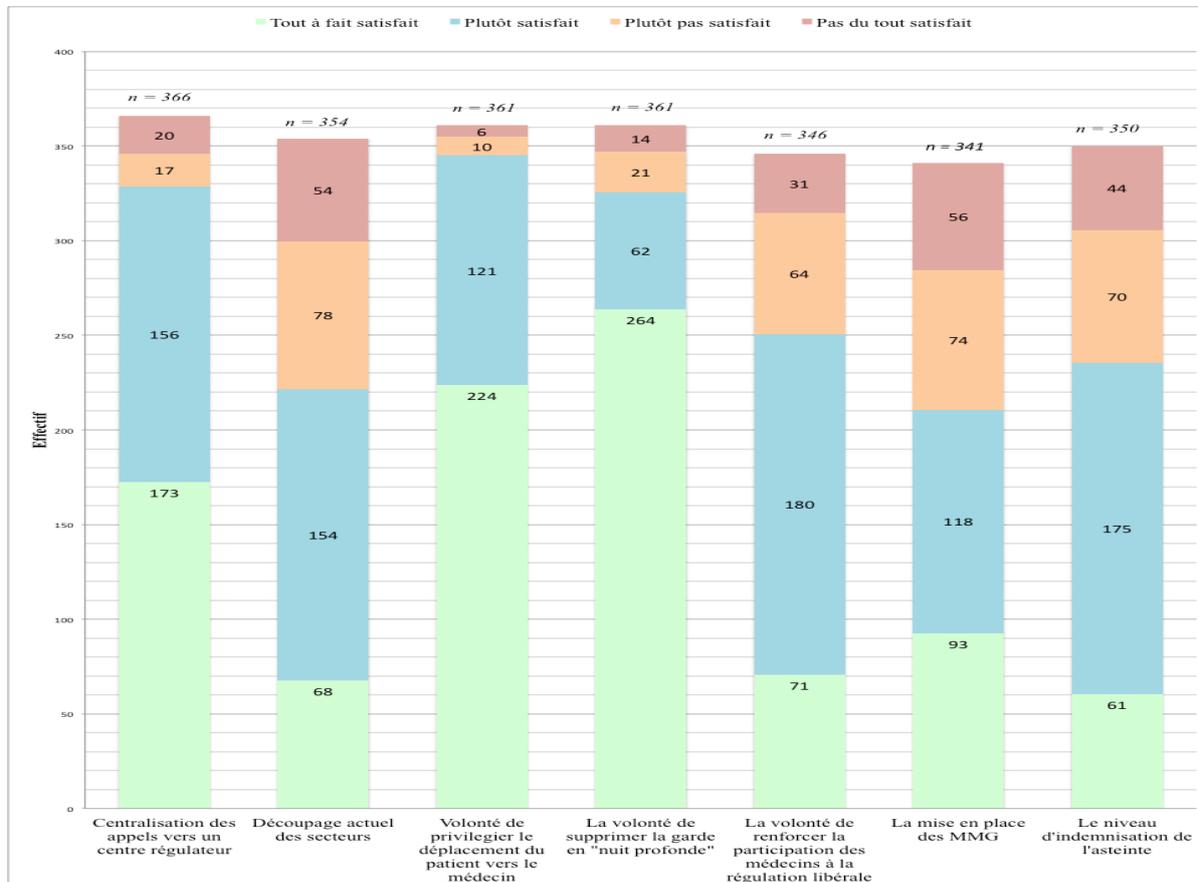
### 3.5.2. Rôle joué dans la PDS A (n=366):

Figure 7 - Evaluation par les médecins de leur propre rôle dans la PDS A



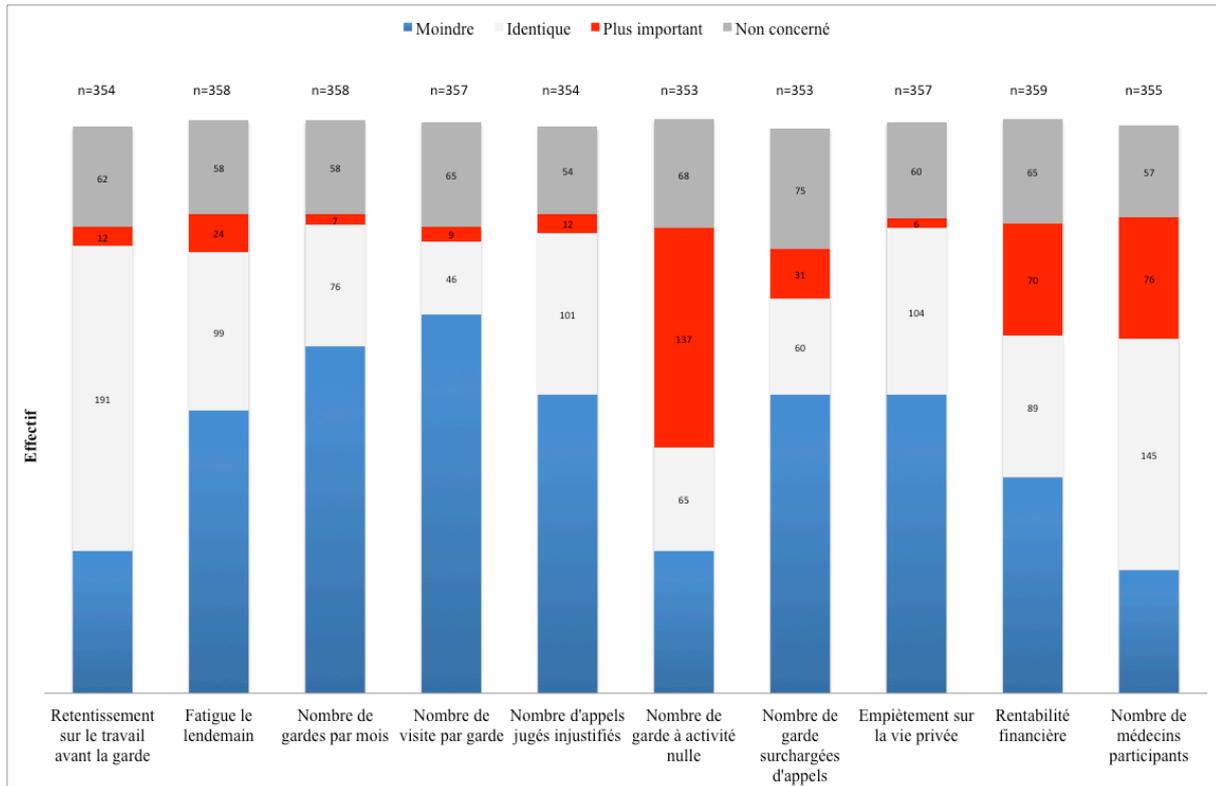
### 3.5.3. Satisfaction vis à vis des différents paramètres de la PDS A.

Figure 8 - Degrés de satisfaction vis à vis des différents items de la PDS A



### 3.5.4. Comparaison avec le précédent système de garde (avant novembre 2012)

Figure 9 - Comparaison avec le dispositif de PDS A d'avant novembre 2012



### 3.5.5. Avis des médecins qui ne pouvaient participer à la PDS A parce qu'une association médicale réalisait l'intégralité des gardes sur le secteur (n=41)

Les médecins qui exerçaient dans un secteur où il n'y avait pas de garde en raison de la présence d'une association médicale (SOS Médecins) étaient 80,5% à être satisfait de ne jamais réaliser de garde. (Tableau 13)

Tableau 13 - Souhait de participer à la PDS A chez les médecins exerçant sur un secteur où une association médicale exécute l'intégralité des gardes

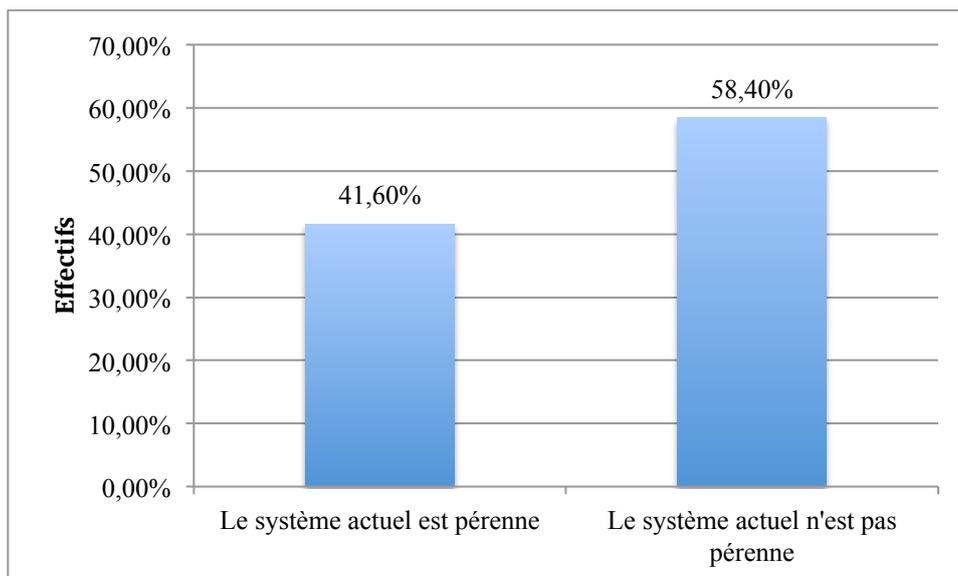
Vous êtes satisfait de ne jamais réaliser de garde	33 (80,5%)
Vous souhaiteriez faire des gardes sur votre secteur mais vous ne le pouvez pas	7 (17,1%)
Vous souhaiteriez faire des gardes sur d'autres secteurs	1 (2,4%)
Total	41 (100%)

### 3.6. Perception de l'avenir

#### 3.6.1. Pérennité du système (n=361)

A la question 16 « pensez-vous que ce système soit pérenne ? », les médecins ont répondu dans les proportions suivantes :

Figure 10 - Pérennité du système



#### 3.6.1.1. Raisons de la pérennité du système (Taux de réponse = 36,5%)

Quand les médecins ont jugé que le système actuel était pérenne, cela a été en raison des critères suivants :

Tableau 14 - Raisons qui ont été évoquées pour juger de la pérennité du système de PDS A

Critères jugés comme responsables de la pérennité du système de PDS A actuel	Effectif (%)
Peu de contraintes pour le médecin	124 (35,02%)
Un égal accès aux soins dans la région a été obtenu	69 (19,49%)
Le système répondait à tous les besoins de la PDS A	54 (15,25%)
La rémunération forfaitaire était intéressante	46 (12,99%)
Il y avait toujours assez de volontaires	43 (12,15%)
Autre	18 (5,09%)

3.6.1.2. *Raisons de la non pérennité du système (Taux de réponse = 54,9%)*

Quand les médecins ont jugé que le système actuel n'était pas pérenne, cela a été en raison des critères suivants :

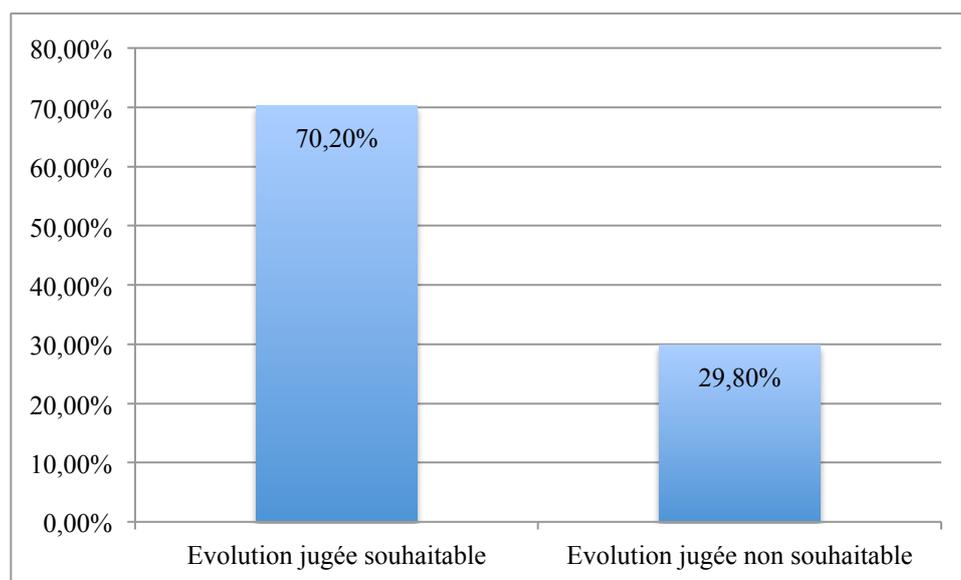
**Tableau 15 - Raisons qui ont été évoquées pour juger de la non pérennité du système de PDS A**

Critères jugés comme responsables de la non pérennité du système de PDS A actuel	Effectif (%)
L'évolution démographique des MG en Picardie défavorable	161 (25%)
Les actes médico-administratifs rendaient impossible la survie du système	144 (22,36%)
L'évolution décroissante de l'enveloppe attribuée à la PDS A	105 (16,3%)
Les contraintes étaient toujours trop importantes pour les MG	62 (9,63%)
Les patients étaient non satisfaits	61 (9,47%)
La PDS A était peu connue par les patients	46 (7,14%)
Il n'existait pas avec ce système un égal accès aux soins dans la région	40 (6,21%)
Autre	25 (3,88%)

3.6.2. *Evolution du système (n=369)*

Une évolution du système a été jugée nécessaire dans les proportions suivantes (n=369) :

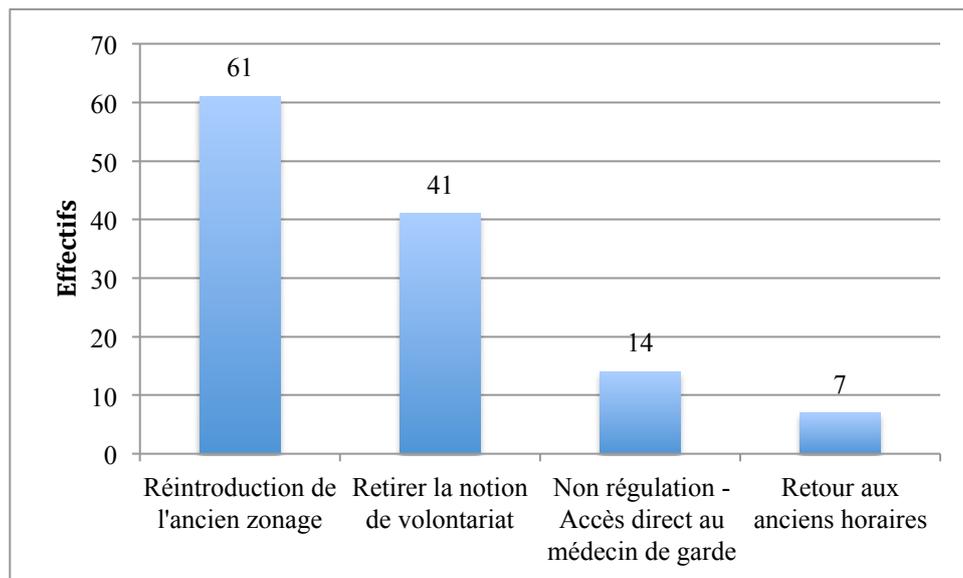
**Figure 11 - Une évolution était-elle jugée souhaitable?**



Lorsqu'une évolution du système de garde a été jugée souhaitable, il a été demandé aux participants le type d'évolution qu'ils jugeaient le plus approprié. Les réponses obtenues sont illustrées Figures 12 et 13.

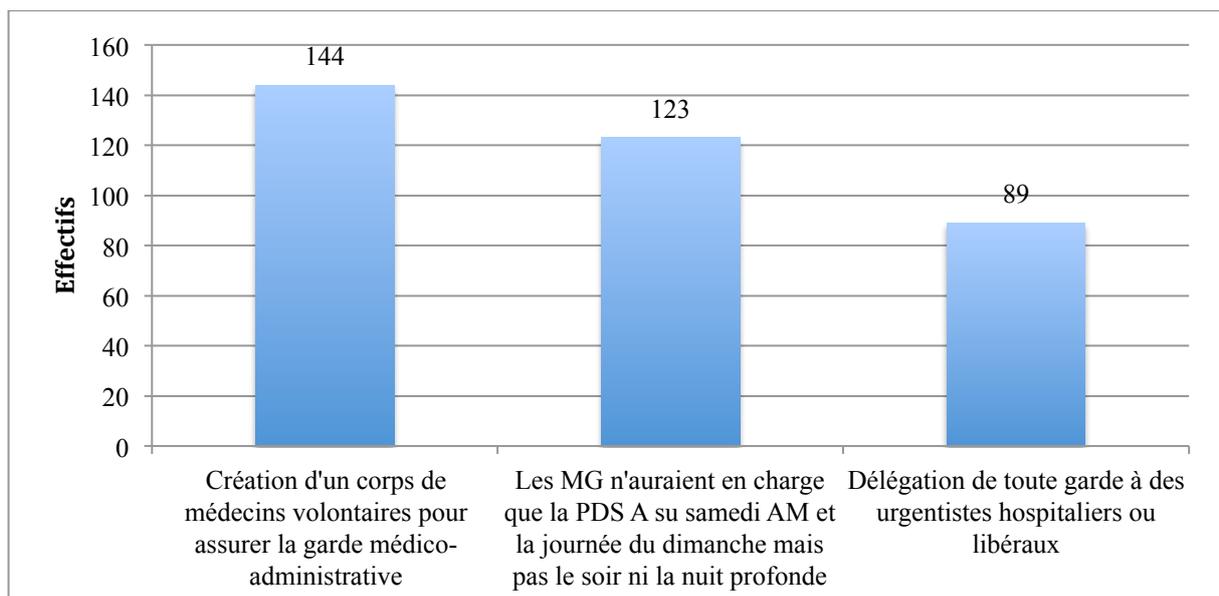
*3.6.2.1. Perspective d'évolution vers une forme ancienne (Taux de réponse = 23,9%)*

**Figure 12 - Propositions d'évolution vers une forme ancienne**



*3.6.2.2 Perspective d'évolution vers organisation différente (Taux de réponse = 54,9%)*

**Figure 13 - Propositions d'évolution vers une organisation différente**



### 3.7.Satisfaction

#### 3.7.1. *En fonction de l'âge (n=371, p=0,9%)*

Tableau 16 - Satisfaction en fonction de l'âge

Age	Satisfaits n(%)	Non satisfaits n(%)
< 30 ans	2 (100%)	0 (0%)
30 - 39 ans	48 (77,4%)	14 (22,6%)
40 - 49 ans`	72 (83,7%)	14 (16,3%)
50 - 60 ans	92 (68,7%)	42 (31,3%)
>60 ans	53 (60,9%)	34 (39,1%)

#### 3.7.2. *En fonction du sexe (n=384, p=1,0%)*

Tableau 17 - Satisfaction en fonction du sexe

Sexe	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)
Hommes	172 (67,7%)	82 (32,3%)
Femmes	96 (80,7%)	23 (19,3%)

#### 3.7.3. *En fonction du temps d'installation (n=375, p=0,04)*

Tableau 18 - Satisfaction en fonction du temps d'installation

Installé depuis	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Moins de 5 ans	50 (84,75%)	9 (15,25%)	59 (15,73%)
5 à 14 ans	46 (76,67%)	14 (23,33%)	60 (16%)
15 à 24 ans	71 (70,30%)	30 (29,70%)	101 (26,93%)
25 ans et plus	102 (65,81%)	53 (34,19%)	155 (41,33%)
Total	269 (71,73%)	106 (28,27%)	375 (100%)

3.7.4. *En fonction du lieu d'exercice (n=369, p=0,01%)*

**Tableau 19 - Satisfaction en fonction du lieu d'exercice**

Zone d'activité	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Urbain	77 (81,1%)	18 (18,9%)	95 (25,75%)
Peri-urbain	55 (77,5%)	16 (22,5%)	71 (19,24%)
Rural	133 (65,5%)	70 (34,5%)	203 (55,01%)
Total	265 (71,82%)	104 (28,18%)	369 (100,00%)

3.7.5. *En fonction du département d'exercice (n=374, p=0,02%)*

**Tableau 20 - Satisfaction en fonction du département d'exercice**

Département	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Aisne	75 (68,2%)	35 (31,82%)	110 (29,41%)
Oise	95 (81,90%)	21 (18,10%)	116 (31,01%)
Somme	99 (66,89%)	49 (33,11%)	148 (39,57%)
Picardie	269 (71,93%)	105 (28,07%)	374 (100,00%)

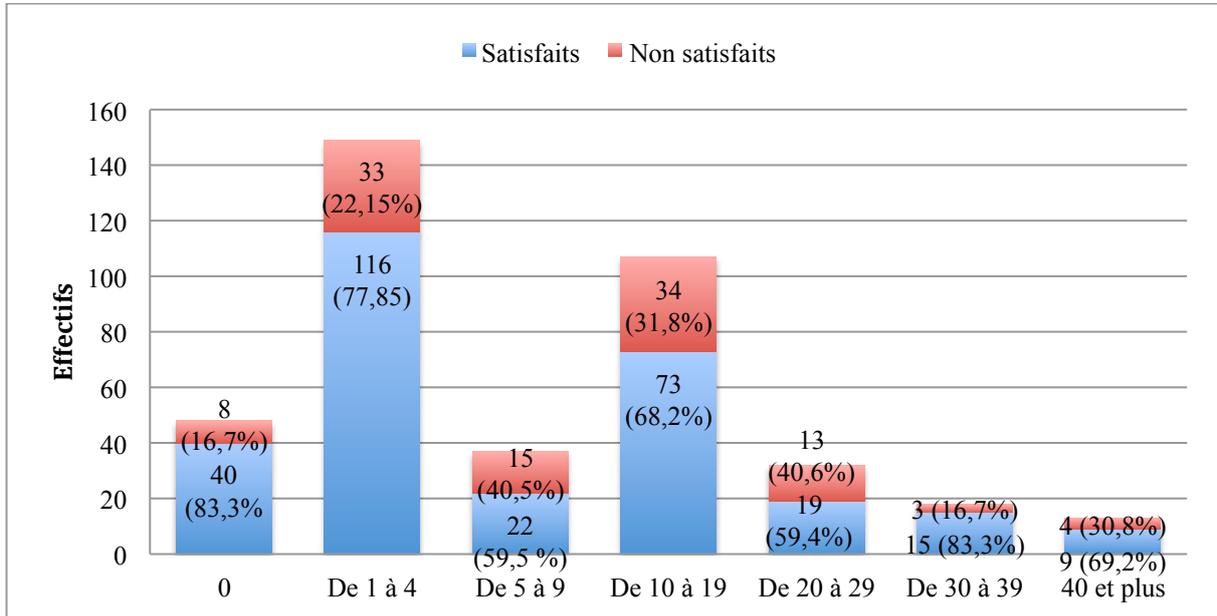
3.7.6. *En fonction de l'existence d'une organisation commune entre confrères - « Tour de garde » - sur le secteur (n=373, p=87%)*

**Tableau 21 - Satisfaction en fonction de la présence d'un tour de garde sur le secteur**

Existence d'un « tour de garde »	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Oui	227 (71,2%)	92 (28,8%)	319 (85,52%)
Non	38 (74,5%)	13 (25,5%)	51 (13,67%)
Ne sait pas	2 (66,7%)	1 (33,3%)	3 (0,80%)
Total	267 (71,6%)	106 (28,4%)	373 (100,00%)

3.7.7. *En fonction du nombre de garde prises par an (n=356, p=9,7%)*

Figure 14 - Satisfaction en fonction du nombre de gardes prises par an



3.7.8. *En fonction de la participation à la PDS A (n=374, p=30,6%)*

Tableau 22 - Evaluation de la satisfaction en fonction de la participation des médecins à la PDS A

Gardes effectuées	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Oui	199 (70,6%)	83 (29,4%)	282 (75,40%)
Non	70 (76,1%)	22 (23,9%)	92 (24,60%)
Total	269 (71,9%)	105 (28,1%)	374 (100,00%)

3.7.9. *En fonction du lieu de consultation en garde (n=335, p=3,8%)*

Tableau 23 - Satisfaction en fonction du lieu de consultation en garde

Lieu de consultation	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Dans le cabinet habituel	124 (65,3%)	66 (34,7%)	190 (56,72%)
Dans une structure dédiée (MMG)	107 (78,1%)	30 (21,9%)	137 (40,90%)
Aucune consultation en garde, visites uniquement	5 (62,5%)	3 (37,5%)	8 (2,39%)
Total	236 (70,4%)	99 (29,6%)	335 (100,00%)

3.7.10. En fonction de l'auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A  
( $n=362, p<0,1\%$ )

**Tableau 24 - Satisfaction en fonction de l'auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A**

Auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Très important	31 (91,2%)	3 (8,8%)	34 (9,39%)
Important	125 (90,6%)	13 (9,4%)	138 (38,12%)
Peu important	75 (56,4%)	58 (43,6%)	133 (36,74%)
Pas du tout important	27 (47,4%)	30 (52,6%)	57 (15,75%)
Total	258 (71,3%)	104 (28,7%)	362 (100,00%)

3.7.11. En fonction de l'avis des médecins concernant la pérennité du système ( $n=353, p<0,1\%$ )

**Tableau 25 - Satisfaction en fonction de la pérennité du système**

Système de PDS A jugé pérenne	Satisfaits n (%)	Non satisfaits n (%)	Total n (%)
Oui	136 (91,9%)	12 (8,1%)	148 (41,93%)
Non	114 (55,6%)	91 (44,4%)	205 (58,07%)
Total	250 (70,8%)	103 (29,2%)	353 (100,00%)

**3.8. Evaluation de la pérennité de la PDS A**

3.8.1. En fonction de l'âge ( $n=357, p=7,8\%$ )

**Tableau 26 - Evaluation de la pérennité selon l'âge de médecin répondant**

Age	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non Pérenne n (%)
< 30 ans	2 (100%)	0 (0%)
30 - 39 ans	23 (38,3%)	37 (61,7%)
40 - 49 ans`	42 (50,6%)	41 (49,4%)
50 - 60 ans	53 (40,8%)	77 (59,2%)
>60 ans	27 (32,9%)	55 (67,1%)

3.8.2. *En fonction du sexe (n=361, p=65,4%)*

**Tableau 27 - Evaluation de la pérennité selon le sexe**

Sexe	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)
Hommes	99 (40,7%)	144 (59,3%)
Femmes	51 (43,2%)	67 (56,8%)

3.8.3. *En fonction de l'ancienneté de l'installation (n=362, p=73,6%)*

**Tableau 28 - Evaluation de la pérennité en fonction du temps d'installation**

Installé depuis	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Moins de 5 ans	27 (46,6%)	31 (53,4%)	58 (16%)
5 à 14 ans	24 (42,1%)	33 (57,9%)	57 (15,75%)
15 à 24 ans	41 (42,7%)	55 (57,3%)	96 (26,52%)
25 ans et plus	58 (38,4%)	93 (61,6%)	151 (41,72%)
Total	150 (41,4%)	212 (58,6%)	362 (100%)

3.8.4. *En fonction du lieu d'exercice (n=356, p=8,2%)*

**Tableau 29 - Evaluation de la pérennité en fonction du lieu d'exercice**

Zone d'activité	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Urbain	46 (50,5%)	45 (49,5%)	91 (25,56%)
Péri-urbain	30 (43,5%)	39 (56,5%)	69 (19,38%)
Rural	72 (36,7%)	124 (63,3%)	196 (55,06%)
Total	148 (41,6%)	208 (58,4%)	356 (100,00%)

3.8.5. *En fonction du département d'exercice (n=361, p<0,1%)*

Tableau 30 - Evaluation de la pérennité en fonction du département d'exercice

Département	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Aisne	42 (39,6%)	64 (60,4%)	106 (29,36%)
Oise	63 (57,3%)	47 (42,7%)	110 (30,47%)
Somme	45 (31,0%)	100 (69,0%)	145 (40,17%)
Picardie	150 (41,6%)	211 (58,4%)	361 (100,00%)

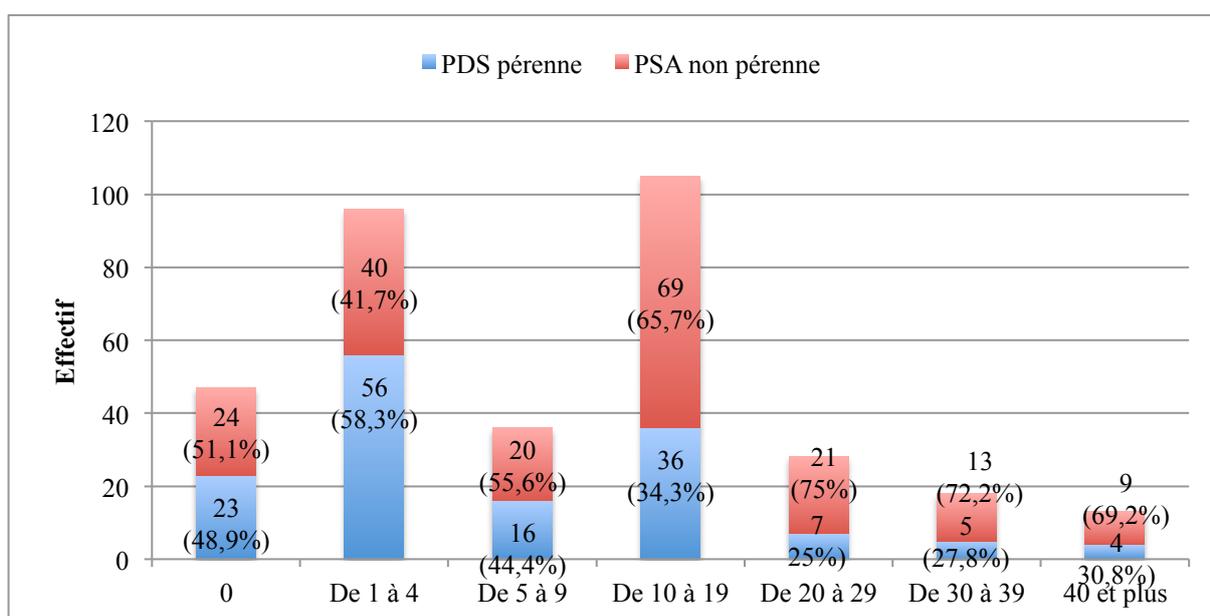
3.8.6. *En fonction de l'existence d'une organisation commune entre confrères - « Tour de garde » sur le secteur (n=373, p=87%)*

Tableau 31 - Evaluation de la pérennité en fonction de la présence d'un tour de garde sur le secteur

Existence d'un « tour de garde »	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Oui	122 (40,4%)	180 (59,6%)	302 (83,89%)
Non	24 (44,4%)	30 (55,6%)	54 (15%)
Ne sait pas	2 (50%)	2 (50%)	4 (1,11%)
Total	148 (41,1%)	212 (58,9%)	360 (100,00%)

3.8.7. *En fonction du nombre de gardes prises par an (n=343, p=0,4%)*

Figure 15 - Evaluation de la pérennité de la PDS en fonction du nombre de garde prises par an



3.8.8. *En fonction de la participation à la PDS A (n=359, p=9,1%)*

**Tableau 32 - Evaluation de la pérennité en fonction de la participation à la PDS A**

Gardes effectuées	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Oui	106 (39,3%)	164 (60,7%)	270 (75,21%)
Non	44 (49,4%)	45 (50,6%)	89 (24,79%)
Total	150 (41,8%)	209 (58,2%)	359 (100,00%)

3.8.9. *En fonction du lieu de consultation en garde (n=322, p<0,1%)*

**Tableau 33 - Evaluation de la pérennité en fonction du lieu de consultation en garde**

Lieu de consultation	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Dans le cabinet habituel	56 (30,3%)	129 (69,7%)	185 (57,45%)
Dans une structure dédiée (MMG)	72 (55,8%)	57 (44,2%)	129 (40,06%)
Aucune consultation en garde, visites uniquement	4 (50%)	4 (50%)	8 (2,48%)
Total	132 (41,0%)	190 (59,0%)	322 (100,00%)

3.8.10. *En fonction de l'auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A (n=345, p<0,1%)*

**Tableau 34 - Evaluation de la pérennité en fonction de l'auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A**

Auto-évaluation du rôle joué dans la PDS A	PDS jugée pérenne n (%)	PDS jugée non pérenne n (%)	Total n (%)
Très important	18 (56,3%)	14 (43,8%)	32 (9,28%)
Important	69 (52,7%)	62 (47,3%)	131 (37,97%)
Peu important	38 (29,7%)	90 (70,3%)	128 (37,10%)
Pas du tout important	18 (33,3%)	36 (66,7%)	54 (15,65%)
Total	143 (41,4%)	202 (58,6%)	345 (100,00%)

## 4. DISCUSSION

### 4.1. Résultats principaux et implications majeures

#### 4.1.1. Satisfaction des MGL

D'une façon générale, il est apparu qu'une majorité des MGL était satisfaite du système de PDS A tel qu'il était organisé au moment de l'enquête.

Ainsi plus de 7 médecins sur 10 (71,8%) s'en sont dit satisfaits (Figure 7).

Cette satisfaction massive est à modérer par le détail. En effet même si l'évaluation est fortement positive, ils n'étaient que 17,1% à être tout à fait satisfaits contre 54,7% à n'être que plutôt satisfaits par le dispositif. Ceci révèle que pour plus d'un médecin sur deux, même si le ressenti global était plutôt favorable, subsistaient quelques points noirs.

Ce sentiment de satisfaction massif peut être pondéré par différents facteurs :

##### 4.1.1.1. Facteurs influençant le ressenti des MGL envers la PDS A

L'âge (Tableau 16,  $p=0,9\%$ ) ainsi que l'ancienneté de l'installation (Tableau 18,  $p=4\%$ ) étaient des facteurs influençant la satisfaction des MGL envers la PDS A.

Ainsi un parallèle peut être fait entre l'avancée en âge et la diminution de la satisfaction (Tableau 16). Cela est encore plus net si l'on regarde les taux de satisfaction en fonction du temps d'installation (Tableau 18) où l'on retrouvait 84,75% de médecins installés depuis moins de 5 ans satisfaits contre 65,81% pour ceux qui étaient installés depuis plus de 25 ans.

Le sexe interférait également dans le ressenti que les MGL avaient de la PDS A et l'on constatait que les femmes étaient significativement plus satisfaites que les hommes (Tableau 17,  $p=1,0\%$ ). 68% des hommes étaient globalement satisfaits alors que ce taux montait à 81% chez les femmes.

Les différences de pratiques entre le monde rural et urbain étant majeures (taille des secteurs nettement plus importante en campagne, présence d'association telle que SOS-médecins en ville), on pouvait s'attendre à ce que la satisfaction des MGL envers la PDS A soit différente en fonction de leur lieu d'exercice. Notre étude le confirme et a mis en

évidence le fait que plus l'on s'éloignait des centres-villes, moins les médecins étaient satisfaits par le système qui leur était proposé (tableau 19,  $p=0,01\%$ ).

De même, la différence des pratiques d'exercice existant entre les trois départements nous laissait penser que la part de médecins satisfaits serait inégalement répartie selon le département dans lequel ils exerçaient. Cela s'est vérifié et l'on a constaté que les médecins de l'Oise étaient les plus satisfaits de leur système de garde ; ils se démarquaient de ceux de l'Aisne et de la Somme (tableau 20,  $p=0,02\%$ ) avec respectivement des taux de satisfaction allant de 81,9% à 68,2% et 66,89%.

Parallèlement, on a constaté que les médecins exerçant dans les MMG étaient, pour près de 82%, satisfaits (Tableau 23,  $p=3,8\%$ ). Ils l'étaient plus que leurs confrères exerçant dans leur cabinet habituel (65%). Cela est probablement un des éléments de réponse permettant d'expliquer pourquoi les médecins Isariens étaient les plus satisfaits, rappelons la part importante de MMG présente dans ce département.

Même s'il apparaît évident que la diminution des contraintes et les critères financiers influençaient fortement le ressenti que les MGL pouvaient avoir de leur système de garde, il nous paraissait important d'évaluer le ressenti que ceux-ci avaient de leur propre rôle à l'intérieur du système, de recueillir leur point de vue quant à la pérennité mais surtout de comparer ces données au taux de satisfaction. Ce qui en ressort est conforme à ce que le bon sens laissait paraître : plus les médecins estimaient jouer un rôle important dans la PDS A, plus ils étaient satisfaits du système (Tableau 24,  $p<0,1\%$ ). De même, plus ils se projetaient dans l'avenir et jugeaient le système viable, plus ils étaient satisfaits (Tableau 25,  $p<0,1\%$ ).

#### *4.1.1.2. Facteurs ne semblant pas influencer le ressenti des MGL envers la PDS A*

Notre étude n'a pas permis de mettre l'accent sur l'influence des facteurs suivants sur la satisfaction des MGL. Ces résultats sont à interpréter avec prudence car la non significativité statistique pourrait également s'expliquer par un manque de puissance de l'étude.

Nous avons constaté qu'en aval de la réalisation des tableaux de garde par l'ARS la majorité des médecins se réunissait pour s'organiser sur la répartition des jours d'astreintes.

Cette réunion, communément appelée « tour de garde », a été retrouvée dans plus de 81% des cas (Tableau 8). Son existence n'a pas révélé d'impact sur la satisfaction des MGL (Tableau 21,  $p=87\%$ ).

Il n'a pas été retrouvé de relation statistiquement significative entre le nombre de gardes prises par an et le taux de satisfaction (Tableau 15,  $p=9,7\%$ ). Cela pourrait en partie s'expliquer par le fait que la participation à la PDS A étant basée sur le volontariat, le nombre de gardes prises par an n'influerait pas sur le taux de satisfaction des MGL car il s'agirait là d'un paramètre qu'ils pouvaient maîtriser.

Dans la même logique, nous n'avons pas pu établir de lien entre la participation à la PDS A et la satisfaction des MGL (Tableau 22,  $p=30,6\%$ ), la participation étant libre il apparaît cohérent qu'elle n'influe pas sur la satisfaction.

#### *4.1.2. Pérennité du système*

Bien que majoritairement satisfaits par la PDS A, cette étude a permis de rendre compte que 58,4% des MGL exerçant en Picardie pensait qu'elle n'était pas pérenne.

Contrairement à ce que l'on a pu constater pour expliquer la satisfaction, l'avis des MGL concernant la pérennité ne semblait pas influencé par l'âge (Tableau 26,  $p=7,8\%$ ), par le sexe (Tableau 27,  $p=65,4\%$ ), par le temps d'installation (Tableau 28,  $p=73,6\%$ ) et par la zone d'exercice (Tableau 29,  $p=8,2\%$ ). Il n'était pas non plus mis en évidence de lien entre la satisfaction des MGL et l'existence d'un tour de garde sur le secteur (Tableau 31,  $p=87\%$ ) ni par la participation des MGL à la PDS A (Tableau 32,  $p=9,1\%$ ).

Ici encore des disparités géographiques sont apparues : contrairement aux MGL de l'Aisne et de la Somme, les MGL de l'Oise jugeaient à 57,3% le système de PDS A pérenne. Rappelons les deux particularités majeures définissant ce département : la forte concentration des MMG et l'absence de garde en semaine.

De plus, nous nous sommes également rendu compte que les MGL qui exerçaient en MMG étaient plus optimistes que ceux exerçant dans leur cabinet habituel. 55,8% des MGL

assurant la garde en MMG trouvaient que le système était pérenne, contre 30,3% pour ceux qui exerçaient dans leur cabinet habituel (Tableau 33,  $p < 0,1\%$ ).

On peut en déduire que l'installation en plus grand nombre des MMG sur l'ensemble de la région est une des pistes principales à explorer.

Ce travail a également mis l'accent sur un constat inquiétant : les MGL qui réalisaient un nombre important de gardes étaient les moins optimistes quant à l'avenir du système (Figure 15,  $p = 0,4\%$ ). Ce sont pourtant eux qui étaient davantage au fait de ses points forts et ses points faibles.

Enfin, nous avons remarqué que l'auto-évaluation jouait également un rôle très important sur le sentiment de pérennité de la PDS A. Plus les MGL trouvaient leur rôle important au sein du dispositif, plus ils estimaient le système pérenne (Tableau 34,  $p < 0,1\%$ ). En effet, il est licite de penser qu'ils ne pouvaient s'investir dans un système de garde dans lequel ils ne s'estimaient pas utiles. La baisse des contraintes (la revalorisation du tarif de l'astreinte, la suppression de la garde en nuit profonde) n'était sans doute pas le seul levier qui permettait l'adhésion des praticiens. L'acceptation des contraintes de la garde et ses répercussions sur la vie professionnelle (horaires, risque médico-légal) et personnelle (fatigue, absence du domicile) n'étaient acceptées que lorsque le sentiment du travail « bien fait » était atteint.

#### *4.1.3. Implications majeures*

##### *4.1.3.1. Complétude des tableaux de garde*

Les réformes de la permanence des soins des dix dernières années précédant l'étude étaient marquées par le passage d'une garde individuelle, au titre de l'article 77 du Code de Déontologie Médicale (3) où chaque médecin était tenu d'effectuer la garde de nuit pour sa patientèle, à un dispositif collectif, géré et financé par les pouvoirs publics ; le devoir de l'Etat étant de pourvoir à l'égalité des soins sur l'ensemble de son territoire.

Cependant, telle qu'elle était pensée au moment de l'étude, la PDS A souffrait d'une dichotomie : depuis la loi HPST de 2009 il s'agissait d'une mission de service public, mais

dont la réalisation pratique reposait en grande partie sur le volontariat des médecins libéraux qui l'effectuaient.

Du volontariat des MGL voulu par les pouvoirs publics dépendait le bon fonctionnement de la PDS A. Cette étude a permis de montrer qu'en Picardie, les MGL installés étaient majoritairement satisfaits par le système de garde, ce qui permettait à l'ARS de remplir les tableaux de garde et à la PDS A d'être opérationnelle.

Comme le montrait l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2013 (18), les MGL étaient volontaires à plus de 60% dans 2/3 des départements français.

Ces chiffres peuvent être mis en parallèle avec les résultats de notre étude qui montrent que plus de 70% des médecins effectuaient leurs gardes au moment de l'enquête (cf. 3.4.2).

#### *4.1.3.2. Un système instable*

Alors que seuls 17,1% des MGL étaient tout à fait satisfaits par la PDS A, près de 55% ne s'estimaient que plutôt satisfaits.

Il est apparu que la diminution des contraintes pour le MGL restait une des raisons majeure justifiant ce chiffre (Tableau 14). Cela n'induisait pas forcément un épanouissement personnel ni une volonté d'implication plus forte.

Deux *scenarii* nous paraissent alors envisageables : soit les MGL restent globalement satisfaits et bien que le système ne leur semblait pas pérenne, ils continuent à assumer leurs gardes, se complaisant d'un système certes peu épanouissant mais relativement confortable. Soit au contraire, il est possible d'envisager que le simple fait de trouver le système non durable dans le temps va entraîner, tel un cercle vicieux, une perte de considération pour la PDS A, un effritement du volontariat et à terme mener le système de permanence des soins à sa perte.

#### *4.1.3.3. Une évolution souhaitée*

Bien que le sentiment global vis-à-vis de la PDS A tendait vers une satisfaction quasi unanime, une majorité de MGL s'est paradoxalement dite en faveur d'une évolution du

système (7 médecins sur 10 pensaient qu'une évolution du système était souhaitable (Figure 11)).

En reprenant le détail des éléments d'évolution les plus cités, il est apparu que les 3 éléments arrivant en têtes étaient : la création d'un corps de médecins volontaires assurant la garde médico administrative pour 144 médecins (Figure 13) ; l'abandon de la PDS A en semaine et en nuit profonde (123 médecins), comme cela était déjà pratiqué dans l'Oise par exemple ainsi que la délégation de toute garde à des urgentistes hospitaliers ou libéraux (89 médecins).

Tous ces éléments allaient dans le sens d'une diminution des contraintes pour le MGL.

## **4.2. Forces et faiblesses du travail**

### *4.2.1. Points forts de l'étude*

Le principal atout de ce travail était représenté par le thème choisi, car une telle étude s'intéressant à l'avis des effecteurs n'avait jamais été réalisée en Picardie depuis la réforme de la PDS A. Les résultats de notre travail permettaient d'appréhender le point de vue des effecteurs, qui, même s'ils ne sont pas les seuls garants de stabilité du système en sont un maillon essentiel.

Le deuxième véritable point fort de cette étude a été l'envoi des questionnaires à tous les médecins généralistes libéraux exerçant en Picardie, évitant ainsi de créer un biais de sélection. Afin d'augmenter le nombre de réponses et donc d'optimiser la puissance de l'étude un deuxième envoi avait été réalisé ce qui renforce la significativité des résultats.

Le fait que cette étude soit quantitative et que les questionnaires aient été analysés de façon anonyme a permis non seulement de diminuer la subjectivité du chercheur mais également de diminuer les biais liés aux répondants.

### *4.2.2. Points faibles de l'étude*

Malgré tout, une des principales limites était le risque de biais lié aux répondants. En effet, le sujet ; une fois de plus d'actualité, peut être considéré comme étant un sujet sensible. Il est probable et important de prendre en compte le fait que volontairement ou involontairement une partie des réponses ait été influencées par le point de vu du répondant.

Certains médecins interrogés ont également pu être influencés par la longueur du questionnaire qui comportait 24 questions et demandait jusqu'à 53 réponses. La longueur du questionnaire a pu avoir une influence négative sur le taux et la qualité des réponses.

Le nombre de questions et donc de réponses possibles a donné lieu à une multitude d'informations dont certaines n'ont pu être exploitées.

Il faut également prendre en compte la possible existence d'un biais lié aux non-répondants (près de 3 médecins sur 4). Même s'il est probable qu'une partie de ces médecins n'ait tout simplement pas pris le temps de répondre à l'étude ; considérer que l'ensemble des non réponse concernaient uniquement des personnes sans avis serait une erreur.

Enfin, il ne faut pas sous-estimer non plus le risque de biais lié au questionnaire, certaines réponses pouvant être influencées par la tournure des questions.

### **4.3.Hypothèses pour expliquer les observations réalisées**

#### *4.3.1. Satisfaction inhérente à la structure même de l'actuelle PDS A*

##### *4.3.1.1.La diminution des contraintes pour les MGL*

Il est apparu que l'élément de satisfaction majeur a été la diminution du nombre de visites à domicile. 95,6% des MGL en était satisfait. (Figure 8).

On note d'ailleurs que par rapport à l'ancien système, 81,2% des médecins ont vu leur nombre de visite diminuer (Figure 9).

Les visites restaient donc pour l'ensemble de la profession une contrainte majeure. Seuls 16,6% des sondés réalisaient les visites à la demande du patient, alors que 83,4% n'en faisaient aucune ou uniquement les « incompressibles » (Tableau 11). Nous n'avons d'ailleurs jamais trouvé de définition précise de ce terme dans le cahier des charges de la PDS A. Il semblerait qu'elle soit laissée à la libre appréciation du médecin régulateur et de l'effecteur.

90,3% des MGL étaient satisfaits par la suppression de l'astreinte en nuit profonde (Figure 8). Cette réforme prise en Picardie se retrouvait sur le territoire national où 61% des territoires de gardes s'arrêtaient de fonctionner à minuit (contre 55% en 2012) (18). Cette réforme, s'étendant sur tout le pays, restait un des principaux facteurs de pérennisation de la PDS A en Picardie

*A contrario*, dans certaines régions, comme dans le Nord-Pas-de-Calais, quelques volontaires ont décidé en accord avec l'ARS de conserver un système d'astreinte sur une région divisée en 7 secteurs, pour la plage de nuit profonde. Avec une astreinte qui s'élevait à 450€ par nuit, l'expérimentation a pris fin en septembre 2014 : trop coûteuse aux regards du volume d'actes effectués. L'ARS du Nord-Pas-De-Calais n'a pas souhaité la reconduire.

Cette expérience même si elle s'est soldée par un échec, a démontré la volonté des différents intervenants à trouver le meilleur compromis possible en alliant avec pragmatisme la réduction de l'enveloppe financière et un service de qualité (26).

En Picardie, la suppression de la nuit profonde a été une avancée bien vécue ayant eu un retentissement concret sur la qualité de vie des effecteurs puisque pour 59% des MGL, la fatigue le lendemain de la garde était moindre qu'avant la réforme (Figure 9).

#### 4.3.1.2. La régulation

Pour près de 90% des MGL Picards, la centralisation et la régulation des appels étaient des critères de satisfaction (Figure 8) et 82% des sondés exigeaient un accord téléphonique avant toute consultation en horaire de PDS A (Tableau 9).

Deuxième pilier de la PDS A, la régulation médicale des appels était un succès auprès des MGL sur le territoire national, d'après les données de l'enquête du CNOM pour l'année 2013 (18).

La satisfaction des MGL picards quant à la régulation des appels suivait la tendance nationale : elle satisfaisait alors 86 départements français, bien que des difficultés de communication aient été signalées entre régulateurs et effecteurs (notamment dans la communication du numéro de téléphone portable privé du médecin au patient). (18)

Ainsi, 62,3% (Figure 9) des sondés trouvaient que le nombre d'appels injustifiés était moins important qu'avant la réforme et que les gardes surchargées d'appels avaient diminué (63%) mais qu'*a contrario* le nombre de garde à l'activité nulle augmentait pour 47% d'entre eux (Figure 9).

Concernant la régulation libérale, 72,5% des MGL picards se disaient satisfaits par la volonté de l'ARS de Picardie d'y renforcer leur participation (Figure 8).

Cependant, ils seraient 7,1% (Tableau 15) à penser que le manque de lisibilité de la PDS A ne permettrait pas son bon fonctionnement. Elle serait peu connue des patients et les moyens pour y accéder ne seraient pas toujours clairs. Cela s'appliquait également à la régulation

médicale dont le fonctionnement n'était pas homogène sur le territoire national, régional voire départemental. Le numéro gratuit 15 était généralement adopté mais à ce dernier s'ajoutaient les numéros des associations de type SOS Médecins en milieu urbain.

L'enquête du CNOM rappelait également que pour la majorité de la population, faire le 15 restait synonyme d'une urgence vitale et que beaucoup des patients préféraient se présenter spontanément aux urgences.

#### *4.3.1.3. Le découpage territorial*

L'élément de satisfaction le moins important était le découpage territorial : 62,7% (Figure 8) des MGL picards étaient satisfaits par la sectorisation. La Picardie suivait la tendance nationale de réduction des territoires de garde : pour le pays, ils passaient de 3770 en 2003, à 1910 au début 2013 pour finir à 1764 au 1<sup>er</sup> janvier 2014 (18). Les mutations de secteurs sur le territoire national comme en Picardie restaient faibles (hormis pour les régions PACA, Corse et Midi-Pyrénées). Si les territoires diminuaient en nombre, leur superficie augmentait et le rayon d'action des effecteurs s'agrandissait, entraînant parfois un temps de trajet de plus d'une heure pour une même consultation. Ce phénomène était d'autant plus visible en milieu rural.

#### *4.3.1.4. Les MMG*

A l'échelle de la Picardie, il est apparu que la mise en place des MMG satisfaisait 61,9% des médecins ayant répondu au questionnaire (Figure 8). Cependant, ce chiffre est à nuancer car lorsqu'ils exerçaient dans les MMG, les médecins généralistes s'estimaient à 78,1% satisfaits par la PDS A, c'est à dire significativement plus que lorsqu'ils exerçaient dans leur cabinet habituel (65,3%) (Tableau 23,  $p=3,8\%$ ). Cela montre que les médecins exerçant dans ce type de structure y étaient majoritairement favorables.

Elles représentent une attente très forte auprès des effecteurs comme des CDOM afin d'améliorer la PDS A. Dans leur enquête auprès des Internes de Médecine Générale (IMG) de la faculté de Médecine de Lille, Christophe Bonnave et Rémi Rolfo relevaient que plus de 80% des IMG souhaitaient participer à la PDS A au sein d'une MMG ou pour 60%, dans le cadre d'un regroupement de médecins généralistes (27).

A l'échelle nationale, on retrouvait une augmentation du nombre de MMG sur le territoire de plus de 10% entre 2012 et 2013. En Picardie, aux 10 points fixes de consultation identifiés dans le cahier des charges s'ajoutait la MMG adossée à l'hôpital de Beauvais en 2013.

En Picardie comme sur le reste du territoire, leur localisation pouvait être problématique : accolées aux structures d'urgences des CH, elles suscitaient parfois un conflit d'intérêt avec ces dernières, et ne disposaient pas d'une visibilité suffisante auprès de la population.

#### *4.3.2. Satisfaction inhérente aux caractéristiques de la population étudiée*

##### *4.3.2.1. L'âge*

Nous avons remarqué que le taux de satisfaction des MGL envers la PDS A était inversement proportionnel à leur âge (Tableau 16,  $p=0,9\%$ ).

Il en va de même avec la durée d'installation (Tableau 18,  $p=0,04\%$ ) : plus la durée d'installation était longue, moins les MGL étaient satisfaits par la PDS A.

Pour expliquer cela, on pourrait mettre en avant le fait que les plus jeunes médecins dont l'installation est inférieure à 5 ans n'auraient pas connu suffisamment le système de garde précédent pour réaliser une comparaison.

Les praticiens les plus âgés mettaient davantage en avant la superposition des différents systèmes de PDS depuis 2003. Les dispositifs se sont juxtaposés et ne semblent être dominés que par une logique comptable de la part des pouvoirs publics. Le système paraîtrait donc plus coûteux et plus opaque, pour eux, comme pour les usagers du service.

La satisfaction plus importante des jeunes médecins pourrait s'expliquer également par la structure de la PDS A, plus dans « l'air du temps » : à savoir un objectif assumé d'accès aux soins pour tous sur tout le territoire, mais avec également des exigences en terme de confort vis-à-vis de la pratique des médecins effecteurs. Cette diminution des contraintes leur a permis d'avoir une vie de famille, voire des loisirs ; au détriment de la disponibilité sans limite autrefois naturelle des médecins envers leur patientèle. Actuellement lors de la garde, le médecin effecteur agit comme un médecin urgentiste de deuxième ligne, soignant un vaste

public et non plus uniquement sa patientèle. Cette modification d'exercice a enterré le statut du MGL indispensable, médecin de famille dévoué envers ses patients ; accroissant le sentiment de dévalorisation des médecins ayant connus cette époque.

#### *4.3.2.2. Le sexe*

Les femmes étaient significativement plus satisfaites que les hommes par la PDS A, à 80,7% contre 67% (Tableau 17,  $p=1\%$ ).

Les causes de cette disparité sont plurifactorielles. Il faut d'abord prendre en compte les mutations globales de la société. La profession s'est énormément féminisée : si en 1990 les femmes représentaient à peine 16% des médecins généralistes à l'échelle nationale, elles constituaient 33% des effectifs en 2012 (28).

D'après une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) auprès des Observatoires Régionaux de Santé (ORS) de Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte-d'Azur de mars 2012 portant sur l'emploi du temps des médecins généralistes (27), on constatait qu'avec la féminisation de la profession s'observait une transformation de l'exercice médical en lui-même. Les femmes avaient une durée de travail hebdomadaire moyenne de 53 heures, c'est-à-dire de 10% inférieur à celui des hommes qui s'élevait à 59 heures. 62% des femmes travaillaient plus de 50h par semaine. D'après cette étude, les femmes réalisaient en moyenne 4 150 actes et visites par an, c'était 24% de moins que les hommes qui en réalisaient 5 440. Les visites des femmes représentaient quant à elles 8% des actes contre 14% pour leurs homologues masculins. Cependant, la durée moyenne des consultations des femmes était plus longue (19 minutes contre 17 pour les hommes). Ainsi, 57% d'entre elles déclaraient des consultations qui duraient plus de 20 minutes contre 35% des hommes.

Concernant la PDS A, la moitié des femmes interrogées déclarait participer aux gardes, mais dans des proportions inférieures à celles des hommes (50% contre 64%). Leur nombre d'heures consacrées aux gardes était alors inférieur de 43% par rapport à celui des hommes (6,6h contre 11,5h).

Dans ce contexte, il semble que les différentes mesures mises en place par les pouvoirs publics pour réduire les contraintes de la garde (suppression des visites à domicile et de la nuit

profonde) aillent dans le sens d'une plus grande satisfaction des femmes médecins généralistes.

D'après une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Picardie, les médecins généralistes faisant des visites au domicile des patients subissaient plus de violences : 11,4% pour ceux qui réalisaient les visites contre 4,8% pour ceux qui n'en réalisaient pas ( $p < 0,1\%$ ) (29). Cette même étude proposait des solutions somme toutes drastiques contre les violences à l'encontre des MGL durant la garde et l'une d'elle prévoyait l'arrêt des visites à domicile sur le temps de la garde pour les femmes médecins. Elle montrait que 25,5% des médecins généralistes disaient éprouver un sentiment d'insécurité surtout s'ils faisaient des gardes et s'il s'agissait de femmes.

Selon une enquête de l'ARS d'Alsace auprès des internes de médecine générale de mai 2014, la sécurité pendant la garde était un frein pour 56% des femmes et pour 23% des hommes ( $p = 0,008$ ) (30). La très forte diminution des visites à domicile pourrait donc apparaître comme une des raisons de plus grande satisfaction des femmes envers la réforme de 2012.

#### 4.3.3. Satisfaction inhérente à la géographie de la PDS A

##### 4.3.3.1. L'Oise

La PDS A est un dispositif régional mais son organisation est réalisée à l'échelle départementale. Cette étude nous a permis d'observer que les MGL de l'Oise étaient davantage satisfaits par la PDS A (81,9% contre respectivement à 68,2% et 66,9% pour l'Aisne et la Somme (Tableau 20,  $p = 0,02$ )).

Plusieurs raisons permettent d'expliquer ces différences. Tout d'abord on constate un allègement des contraintes de la garde : suppression de la garde en semaine, disparition de la tranche de nuit profonde le week-end et généralisation des MMG. A noter également que dans ce département les MGL ne réalisaient aucune visite à domicile.

La présence de SOS Médecins dans le centre urbain de Creil était aussi perçu comme un facteur de satisfaction. A ce propos nous avons constaté que la présence de SOS-Médecins sur

le secteur d'exercice était plutôt bien vécue, les MGL étant à 80,5% satisfaits de ne jamais réaliser de gardes lorsque SOS Médecins était présent sur le territoire (Tableau 13).

Le mode de consommation médicale du sud de l'Oise était également très différent du reste de la Picardie. L'Oise était le département le plus urbanisé de la région avec un taux d'urbanisation de 65,9% ; alors qu'il était de 58,5% dans la Somme et 57,2% dans l'Aisne (31). Le mode de consommation médicale dépendait pour beaucoup de cette urbanisation. Les habitants du sud du département étaient davantage attirés par l'offre de soins des régions voisines : surtout l'Ile-de-France et dans une moindre mesure la Haute-Normandie. D'après l'INSEE pour 2012, 457 000 actes médicaux ont été réalisés hors de la région et très majoritairement par les Isariens (32). La proximité des hôpitaux de la région parisienne et le niveau de vie plus élevé favorisait la baisse des consultations durant les horaires de la PDS A.

#### *4.3.3.2. L'urbanité*

Notre travail a permis de mettre en évidence l'existence d'un lien fort entre la satisfaction des MGL et leur zone d'exercice : plus l'exercice s'éloignait de la ville, moins les professionnels étaient satisfaits. Ainsi, 81% des MGL s'estimaient satisfaits par la PDS A lorsqu'ils étaient urbains. Ce chiffre chutait à 77,5% pour les péri-urbains et à 65,57% pour les ruraux (Tableau 19,  $p=0,01$ ).

Nous avons retenu trois points permettant d'expliquer cette disparité.

Tout d'abord pour des raisons d'ordre territorial : les secteurs avaient une plus grande superficie en milieu rural ; il n'y avait pas d'association médicale assurant la PDS A telles que SOS-médecins et la présence des MMG était quasi inexistante.

La population des espaces ruraux était également très différente : elle était plus âgée et n'avait pas forcément les moyens financiers ou physiques de se déplacer. C'était alors au médecin de garde d'effectuer les visites, sur les routes de campagnes.

Les MGL des espaces ruraux étaient également les plus âgés et même s'ils n'étaient pas réfractaires de principe à la garde, la pénibilité ressentie était plus importante.

#### 4.3.4. Les critères de non pérennité de la PDS A

##### 4.3.4.1. La démographie

25% des médecins ayant répondu pensaient qu'à cause des tendances démographiques défavorables pour la région, la PDS A ne serait pas pérenne dans le temps (Tableau 15). En effet, d'après l'INSEE, il faudrait à la région, pour conserver sa densité médicale actuelle (rappelons-le tout de même, qui reste la plus faible de France), l'installation d'environ 700 médecins généralistes d'ici 2020 (32). Cela permettrait de pallier aux départs en retraite ainsi qu'à l'augmentation et au vieillissement de la population. En Picardie, ces deux facteurs se conjuguent le plus souvent dans les espaces ruraux de l'Aisne (régions de Laon, Soissons) et de l'Oise (région de Méru), et dans une moindre mesure dans l'est de la Somme.

La pérennité de la PDS A dépend des jeunes générations qui vont réaliser leur internat et probablement leur installation en Picardie. Mais les perspectives pour la région ne sont pas encourageantes : malgré une augmentation du *numerus clausus* depuis une dizaine d'années, le nombre d'internes en médecine générale a continué de baisser. En France, entre 2004 et 2010, sur les 19 625 postes d'internat ouverts en médecine générale, seulement 9 090 médecins se sont inscrits à l'Ordre des Médecins. Parmi eux, seuls 5 503 ont exercé en libéral, soit 28% de la cohorte initiale (33).

Les postes en Picardie ont souvent été choisis par des étudiants des régions voisines pour des raisons de proximité géographique (surtout des Parisiens et des Lillois). Même lorsque les postes d'internes étaient pourvus, ils ne se concrétisaient pas forcément par une installation.

Pour contrer cette tendance, la région a mis en place des dispositifs financiers incitatifs à l'installation : Le PTMG (contrat de Praticien Territorial en Médecine Générale) : il s'adresse aux médecins qui ne sont pas encore installés ou installés depuis moins d'un an. Il leur a garanti un revenu minimum de 3 640€/mois pendant 2 ans maximum, en échange de certaines conditions : l'installation dans un territoire où l'offre médicale est insuffisante ; la pratique du tarif conventionné de secteur 1 de la Sécurité Sociale avec la réalisation d'au moins 165 actes par mois. 8 contrats ont été signés depuis la création du dispositif dans la région en 2014.

Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) s'adresse aux étudiants qui s'engagent à travailler dans des zones déficitaires définies par l'ARS à la fin de leurs études. Ils reçoivent

en contrepartie une aide financière de 1 200€/mois pendant toute la durée de leurs études. Entre 2010 et 2014, 54 contrats ont été signés.

Enfin, le département de l'Aisne a facilité l'installation des MGL en proposant des prêts à taux zéro (PTZ) pour l'installation dans les zones démedicalisées du département (34).

La situation et les aspirations des internes de médecine générale en Picardie n'a fait l'objet d'aucune étude récente, à la différence de l'ARS d'Alsace, bien que sa situation démographique soit sans commune mesure avec celle de la Picardie (30). Chez les internes de médecine générale d'Alsace, on peut noter que les gardes (nombre et charge de travail) ont été un frein à l'installation en libéral pour 44% d'entre eux ; alors que le maillage de MGL est beaucoup plus dense et les tendances démographiques bien moins sombres qu'en Picardie. Interroger les internes de médecine générale sur leurs attentes professionnelles dans la région semblerait être un bon indicateur quant à l'avenir de la PDS A.

#### 4.3.4.2. Concilier profession et vie de famille

Problématique récurrente de la profession, la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale était une préoccupation majeure des MGL. Elle a contribué en grande partie à la perte d'attractivité de la médecine libérale qui se caractérise par un paiement à l'acte et une liberté d'installation, toutes deux remises en causes ces dernières années.

Comme le pointait du doigt le rapport Boënnec du 22 octobre 2008 (11), les MGL ne voulaient plus sacrifier leur vie privée et familiale à leur travail, qu'ils concevaient « comme un sacerdoce ».

Si, comme l'a montré l'enquête de l'ARS d'Alsace de mars 2014 (30), les raisons qui ont motivé le choix du libéral sont nombreuses (autonomie, choix du lieu d'installation, continuité des soins pour une patientèle de proximité...) ; les freins l'ont été encore plus. Les principales raisons objectées à l'installation libérale étaient la charge de travail et ses conséquences (temps administratif trop important, gros horaires, peu de possibilité de temps partiel), la crainte de l'isolement professionnel, les conditions d'exercice très incertaines. En milieu rural, s'ajoutaient les difficultés à se faire remplacer et les contraintes que la profession faisait peser sur la vie familiale. Les internes avançaient aussi le manque de débouchés

professionnels pour le conjoint ou encore l'éloignement des lieux de scolarisation et d'études pour les enfants.

Les généralistes avaient le sentiment de travailler « trop ». Ce n'est pas tant le temps de travail en lui-même qui a été la cause de ce « trop plein », car en choisissant la profession nombre d'internes savaient à quoi s'en tenir, mais plutôt les conditions de réalisation de l'exercice. La recherche de l'équilibre du temps professionnel et du temps familial nécessitait pour le praticien une négociation constante qui variait selon le cycle de sa vie. La question de la gestion du temps de travail était d'autant plus compliquée pour les MGL : les journées sont en flux tendus permanents avec des pics de suractivité en fin de journée. Les temps de consultation débordaient souvent de l'horaire fixé et la porosité entre le travail et la vie familiale était d'autant plus forte. Ils ont alors eu le sentiment que leur vie familiale était envahie (35).

Bien que la garde soit considérée comme du temps médical à part entière, les internes en médecine générale de la faculté de Lille ont considéré à 80% que la diminution de la qualité de vie est un frein à la participation à la PDS A (27).

Dans notre étude, 70,41% des MGL réalisaient eux-mêmes leurs gardes (Figure 4). Les principales motivations qu'ils avançaient étaient d'ordre moral : pour 43,77% d'entre eux, il s'agissait du devoir professionnel ; 17,9% avançaient qu'ils ne pouvaient pas faire autrement et 11,80% s'en disaient obligés vis-à-vis de leur patientèle. Comparativement avec l'ancien système de garde, 63% des MGL picards trouvaient que l'empiètement sur la vie privée avait diminué (Figure 9). Quant aux 30% de sondés qui ne réalisaient pas de gardes, les raisons les plus fréquemment retrouvées étaient qu'ils se faisaient systématiquement remplacer (11%), qu'il n'y avait pas de garde sur le secteur en raison de la présence de SOS-Médecins (9%) ou qu'ils n'étaient pas volontaires (4%). Seuls 13 médecins, soit environ 3%, ont répondu bénéficier d'une exemption accordée par le CDOM

#### 4.3.4.3. Les actes médico-administratifs

Pour 22,6% des médecins, la lourdeur des actes médico-administratifs était une des causes de non pérennité de la PDS A (Tableau 15). Ils concernaient essentiellement les certificats de décès et les examens de garde à vue.

##### ➤ Le Certificat de décès

Le certificat de décès est un acte d'état civil réglementé par le Code général des collectivités territoriales. C'est le document administratif qui permet la levée du corps d'un défunt. Lorsque le décès survient dans les horaires d'ouverture des cabinets médicaux, c'est le médecin traitant qui se rend sur place et conformément aux usages de la médecine, ne demande pas d'honoraires.

La situation se complexifie durant les horaires de la PDS A : le médecin qui intervient n'est pas le médecin traitant, il ne connaît pas les antécédents médicaux du défunt. La consultation est longue : elle nécessite la prise en charge de la famille et un examen médical approfondi qui peut avoir de lourdes conséquences judiciaires lorsque le médecin juge qu'il y a un obstacle à la levée du corps. Enfin, cette situation, bien que dramatique pour les familles ne constitue pas une urgence médicale.

D'autres problèmes sont soulevés par cet acte : il n'est pas coté par la Sécurité Sociale, alors qu'il est chronophage et non sans risque médico-légal pour le praticien et il ne fait pas explicitement partie des missions des médecins durant la PDS A.

La question a eu une portée nationale puisqu'elle a été posée à Mme la ministre chargée des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine devant le Sénat, le 11 avril 2013, mais elle n'a pas obtenu de réponse (36). Il revenait à chaque ARS de régler le problème. D'après l'enquête du CNOM (18), seuls les départements du Limousin et les régions de la Réunion et de la Haute-Normandie incluaient les certificats de décès dans les visites « incompressibles ». S'il était régulé et pratiqué au domicile, seule la région Poitou-Charentes prévoyait une rémunération de 90€ pour l'acte.

## ➤ La Garde à vue

La garde à vue est quant à elle un acte médico-judiciaire qui permet de vérifier si l'état de santé d'une personne est compatible avec la garde à vue. Le déplacement du médecin dans les locaux de police ou de gendarmerie est obligatoire. Dans le cadre de la PDS A, cet examen est extrêmement chronophage, d'autant plus en milieu rural.

Les problèmes soulevés par cet examen n'étaient pas nouveaux, comme l'a montré l'enquête du CNOM sur la PDS (18). En juillet 2009, le ministère de la Justice a publié le *Guide de bonnes pratiques relatifs à l'intervention du médecin en garde à vue* et a rappelé que l'intervention du médecin ne devait pas reposer sur la PDS A (37). C'était la circulaire du 27 décembre 2010 (38) qui prévoyait l'organisation de la réponse aux demandes d'examen des victimes et gardés à vue. Elle instituait que les Tribunaux de Grande Instance (TGI) disposent d'une Unité Médico-Judiciaire (UMJ) ouverte 24h/24 et 7 jours sur 7 où se trouve un médecin référent. Si ce dispositif fonctionnait dans les centres urbains où étaient implantés les CH, la réalité était beaucoup plus aléatoire en milieu rural où le ministère de la Justice avait mis en place des réseaux de proximité constitués de MGL volontaires. Mais ce système s'est essoufflé et le CNOM a fait état d'une baisse très importante des volontaires dans la Somme en 2013 (18).

Les réponses apportées par les pouvoirs publics ne donnaient pas satisfaction aux MGL qui ont proposé la mise en place d'une garde médico-administrative, parallèle à la PDS A avec des médecins dédiés. C'est la piste qui est d'ailleurs la plus citée par les MGL de notre étude car ils sont 144 soit plus de 35% des médecins interrogés à souhaiter la création d'une garde médico-administrative. Le coût reste malheureusement trop important pour l'enveloppe régionale.

## **5. PERSPECTIVES D'AVENIR**

### **5.1. L'évolution souhaitée par les MGL**

70,2% des médecins souhaitaient que le système de la PDS A évolue (Figure 11).

Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons organisé les propositions d'évolution en deux catégories : un retour vers une forme ancienne de PDS et une évolution vers une organisation différente.

Quand ils ont choisi un retour à une forme ancienne, les MGL mettaient en avant la réintroduction de l'ancien zonage géographique ou d'un zonage qui ne soit pas décidé par l'ARS (61 médecins soit 15% de la population totale). Le second argument avancé était la suppression totale du volontariat (41 médecins soit 10% de la population totale, Figure 12).

Quand ils ont choisi une évolution vers une forme différente, les MGL ont majoritairement mis en avant la création d'un corps de médecins volontaires pour assurer la garde médico-administrative (144 médecins soit 35% de la population totale, Figure 13).

123 médecins soit 30% de la population se prononçaient en faveur d'une réorganisation du temps de la PDS A en supprimant la garde de semaine de 20h à minuit mais en conservant les gardes de week-end. Enfin 89 médecins soit 22% de la population étudiée portaient leur choix sur la délégation de toutes les gardes aux urgentistes hospitaliers ou libéraux.

Ces propositions d'évolution ne sont pas les seules pistes à retenir, cependant, ce sont celles qui paraissent les plus envisageables dans les *scenarii* actuels (baisse des contraintes pour les MGL et baisse des coûts pour l'administration).

### **5.2. En France, il existait des alternatives à la PDS A**

Dans un souci constant d'adaptation aux territoires locaux et à leur population, certains départements ont fait preuve de pragmatisme et ont envisagé de nouvelles pistes pour rendre plus efficace la permanence des soins sur leur territoire.

Les PAIS (Plateformes Alternatives d'Innovation en Santé) sont une de ces innovations. L'expérience est menée par le Dr Gbadamassi (praticien hospitalier) et Mr Expert (directeur d'hôpital) dans trois cantons du Loir-et-Cher. Après avoir pris conscience

du double problème que connaissait le département (engorgement des services d'urgences et départs en retraite massifs des MG), le PAIS a été mis en place. Dans chacun des cabinets cantonal, des consultations non programmées sont organisées par un médecin différent par jour du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 8h à 13h. Les secrétaires sont formées par le SAMU-Centre-15 à la régulation téléphonique. En 2012, le retour sur l'expérience paraissait être positif : le PAIS a attiré les jeunes médecins qui sont venus s'installer. Les éléments mis en avant ont été la diversification de la pratique, le gain de temps estimé dans la journée à 1h voire 1h30. 50% des MGL exerçant dans ces structures sont devenus maîtres de stages pour les IMG (39).

Les effecteurs mobiles ont quant à eux été expérimentés en Loire-Atlantique, depuis avril 2011. 137 MG volontaires basés dans les hôpitaux locaux ont réalisé des gardes de 20h à 8h. Ils sont sollicités par le régulateur du SAMU-Centre 15. Chaque nuit, cinq MG couvraient le département et étaient rémunérés par une astreinte de 828€. Selon le directeur de l'ADOPS 44 (Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins), la médecine mobile aurait évité 80% des recours aux urgences hospitalières. Une expérimentation des effecteurs mobiles avait été prévue dans le cahier des charges de l'ARS de Picardie uniquement dans la Somme pour l'année 2012-2013, mais cela n'a pas porté ces fruits et à ce jour, il n'en est plus question. Cependant, malgré nos recherches, il n'existe pas de document officiel qui en explique les causes.

### **5.3.La permanence des soins en Europe**

C'est un rapport d'évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS) datant de mars 2009 qui fait état des « Recours à l'hôpital en Europe » (40). Sa conclusion est sans appel : dans les pays européens, aux Etats-Unis et au Canada, l'accès à la PDS en dehors des horaires de journée et jours ouvrables était difficile.

Il existait des modes d'organisation et d'effectif différents de ce que nous connaissons en France. Majoritairement, c'était les tours de gardes qui étaient les plus présents dans les pays d'Europe de l'ouest : en Allemagne, en Espagne, en Suède et en France. La prise en charge des patients s'effectuait au cabinet, en visite ou encore dans des centres de soins primaires en Suède et en Espagne. Aux Pays-Bas et au Danemark étaient davantage présentes les associations de MG volontaires dans des infrastructures communes

dotées de moyens spécifiques. En Grande-Bretagne, la PDS a été organisée avec des unités de soins de premiers recours. Il s'agissait de lieux fixes de consultations où les patients pouvaient se rendre à tous moments, sans rendez-vous. Le conseil téléphonique s'est développé fortement en Grande-Bretagne et en Suède pour les patients qui pouvaient être réorientés dans les structures les plus appropriées. Enfin, en Italie, la PDS était déléguée à des compagnies commerciales ou aux autorités locales qui recrutaient des praticiens. La rémunération étant très faible, ce système ne fonctionnait pas et connaissait un grave *turn over* (39).

Sous couvert de désengorgement des services d'urgences et de promouvoir un service performant sur l'ensemble des territoires nationaux, il s'agissait le plus souvent pour ces pays à l'économie libérale de réduire de manière drastique le coût du système de santé sur les finances nationales.

#### **5.4.Des possibilités d'évolution pour la PDS A en France**

##### *5.4.1. Les pistes qui ne paraissent pas envisageables*

Le retour à des mesures très coercitives ne semblait pas correspondre aux changements que connaît la médecine libérale. Même si l'on constatait une baisse constante du volontariat ces dernières années, les ARS allaient globalement toutes dans le sens d'un allègement des contraintes pour les MGL effecteurs de la PDS A. Un retour à des mesures coercitives, comme le sont les réquisitions préfectorales, aurait un effet dévastateur sur les territoires de santé déjà déficitaires en MGL. En effet, les MGL ne voudront pas s'installer dans une zone de faible densité de MG, tout en sachant qu'ils seraient forcés de faire les gardes, sous peine de réquisition systématique. La désertification médicale en serait accentuée. C'est tout l'enjeu de la notion des professions dites « libérales » lorsqu'elles effectuent une mission de service public.

La professionnalisation des effecteurs de la garde serait une autre piste qui paraîtrait difficile à mettre en place. Il s'agirait de créer un corps de médecins qui n'exercerait qu'en horaires de PDS. Ce système paraît être très coûteux.

#### 5.4.2. Des propositions d'évolution envisageables

L'avenir de la PDS A dépendra des réformes qui pourront être prises en amont et en aval de cette dernière.

La formation des internes à la PDS A ne doit pas être négligée. L'enseignement théorique et surtout pratique de la PDS pourrait être inclus dans le cursus universitaire des IMG. Une formation à la régulation téléphonique serait alors mise en place lors du stage obligatoire dans le service d'urgences. Si l'hôpital ne dispose pas d'un centre de régulation, il faudrait prévoir au moins quelques gardes au SAMU-Centre 15 le plus proche.

Autre élément en amont de la PDS A est l'information à la population. Pour qu'elle soit la plus optimale possible, il faut que les usagers sachent comment est organisé le système de garde et les différentes manières dont ils vont être pris en charge (horaires, numéro de téléphone, coût). Des spots publicitaires nationaux et leurs déclinaisons à l'échelle locale pourraient être diffusés à la télévision et à la radio. Enfin, à l'heure où les réseaux sociaux sont devenus la référence en terme d'information, le service public se doit d'utiliser à bon escient les NTIC (Nouvelles Technologies de l'Information et des Communication).

Concernant la PDS A en elle-même, c'est un rapport de madame Elisabeth Hubert (41) qui proposait de revoir la PDS en fonction de la nature de la demande des usagers. Elle proposait la définition de quatre niveaux de gravité qui engendraient pour chacun une réponse différente. Le niveau 1 correspondait à l'urgence vitale qui nécessitait l'envoi d'une équipe de SMUR. Le niveau 2 définissait les urgences non vitales qui nécessitaient une orientation vers les urgences hospitalières dans un transport sanitaire adapté. Le niveau 3 correspondait à une demande qui nécessitait une intervention médicale effectuée par le MGL de garde qui interviendrait au cabinet ou au domicile du patient. Enfin, le niveau 4 se rapportait à des inquiétudes qui pouvaient être résolues par un conseil téléphonique du régulateur. Ces classifications pourraient être connues de tous grâce à une communication efficace.

L'utilisation du logiciel GEOGARDE ® permettrait quant à lui de localiser le MGL de garde le plus proche du patient, sans forcément dépendre des zonages territoriaux parfois controversés qui sont mis en place par les ARS.

Enfin, comme devaient le faire les ARS, une évaluation des cahiers des charges à mi-parcours permettrait de désamorcer des situations conflictuelles ou de mettre en avant des dysfonctionnements. L'ARS d'Alsace va dans ce sens puisqu'elle a déjà publié un bilan à mi-parcours de son Projet Régional de Santé (42). L'ARS de l'Océan Indien avait quant à elle mis en place une fiche de rapport de dysfonctionnement au cours de la PDS A, avec ses conséquences (vitales, non vitales) et la réponse proposée pour répondre à cette situation (43).

Il convient cependant de rappeler que le devenir des ARS, donc de la PDS A est très fortement remis en cause avec la loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la fusion des régions (44). En effet, la fusion de la Picardie avec le Nord-Pas-de-Calais laisse planer un énorme vide quant à l'existence même des ARS et de l'organisation de la PDS A. Malgré nos recherches, pour l'instant aucune piste n'est avancée.

## BIBLIOGRAPHIE

1. DESCOURS C., *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. Paris Ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale, 2003.

Consultable sur :

[http://www.hostopsy.fr/Documents/Rapports/rapports\\_hopital/rapport\\_descours\\_permanence\\_soins.pdf](http://www.hostopsy.fr/Documents/Rapports/rapports_hopital/rapport_descours_permanence_soins.pdf)

2. Code de la santé publique - Article R6315-1.
3. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant modification du Code de déontologie médicale

Consultable sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C801CF310189B84B5CDA4DCDAE5143FB.tpdjo17v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C801CF310189B84B5CDA4DCDAE5143FB.tpdjo17v_2?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id)

4. FREMAUX P., "Grève des médecins: des responsabilités partagées". *Alternatives Économiques*. Février 2002.
5. COUSIN S., "Permanence des soins: serez-vous volontaires ?" *Impact Médecin*, n°26, 31 Janvier 2003.
6. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
7. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.
8. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
9. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Consultable sur:

[http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo\\_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244](http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20090722&numTexte=1&pageDebut=12184&pageFin=12244)

10. Dr GRALL J-Y. *Rapport Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins*, 2007.

Consultable sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Grall.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf)

11. BOENNEC P., *Rapport d'information fait au nom de délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins*, rapport n°1205.

Consultable sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>

12. RITTER P., *Mission de préfiguration de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*, 2008.

Consultable sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Ritter\\_ANAP.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Ritter_ANAP.pdf)

13. LARCHER G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard Larcher*, avril 2008.

Consultable sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_Larcher\\_definitif.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf)

14. FLAJOLET A., *Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, rapport présenté par M. André Flojolet, député du Pas-de-Calais*, 2008.

Consultable sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Flajolet.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf)

15. BERLAND Y., *Synthèse générale de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*, 2008.

Consultable sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese\\_generale\\_ONDPS.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Synthese_generale_ONDPS.pdf)

16. INSEE. "Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2012".

Consultable sur: [http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/picardie/themes/insee-dossier/pi\\_ind\\_06/pi\\_ind\\_06\\_part1.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/picardie/themes/insee-dossier/pi_ind_06/pi_ind_06_part1.pdf)

17. Dr BOUET P., *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2014*.

Consultable sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)

18. Conseil National de l'Ordre des Médecins, *Etat des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013*, 2014.

Consultable sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds\\_cnom2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cnom2014.pdf)

19. ss la dir du Dr J.-F RAULT, *La démographie médicale en région Picardie, situation en 2013*, 2013

Consultable sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie\\_2013.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf)

20. Arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires.

Consultable sur [http://www.ars.picardie.sante.fr/uploads/media/CCR\\_PDSA\\_PICARDIE\\_3-08-12\\_VERSION\\_CONSOLIDEE\\_25\\_10\\_01.pdf](http://www.ars.picardie.sante.fr/uploads/media/CCR_PDSA_PICARDIE_3-08-12_VERSION_CONSOLIDEE_25_10_01.pdf)

21. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/011B n°2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Consultable sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>

22. Loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Jul 21, 2014.

23. Arrêté n°2012250-0001 du 6 septembre 2012 fixant le cahier des charges relatif à l'organisation de la Permanence des soins Ambulatoires pour la région Nord-Pas-de-Calais.

Consultable sur: <http://www.nord-pas-de-calais.territorial.gouv.fr/actes3/files/fichieracte6639.pdf>

24. Arrêté D-PRPS-MS-GDR n°2013-323 du 28 novembre 2013 portant modification des arrêtés DREOS n°2012-192 et n°2012-331 fixant le cahier des charges de la Permanence des Soins Ambulatoires.

Consultable sur: [http://www.ars.picardie.sante.fr/uploads/media/ARRETE\\_N\\_D-PRPS-MS-GDR\\_n\\_2013-323\\_scanne.pdf](http://www.ars.picardie.sante.fr/uploads/media/ARRETE_N_D-PRPS-MS-GDR_n_2013-323_scanne.pdf)

25. Arrêté D-PRPS-MS-GDR n°2014-630 du 30 décembre 2014 portant modification de l'arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires.

Consultable sur: [http://www.aisne.gouv.fr/content/download/12133/73813/file/ARS\\_DPRS-MS-GDR-2014-630\\_Cahier-Charge-Reg\\_Soins-Amb.pdf](http://www.aisne.gouv.fr/content/download/12133/73813/file/ARS_DPRS-MS-GDR-2014-630_Cahier-Charge-Reg_Soins-Amb.pdf)

26. *Le Quotidien du Médecin*, février 2015.

27. BONNAVE C, ROLFO R., *Etats des lieux et perception des internes en médecine générale de la permanence des soins dans la région Nord-Pas-de-Calais*. Lille, 2013.

28. JAKOUBOVITCH S., "Les emplois du temps des médecins généralistes", DREES n°797, mars 2012.

Consultable sur:  
[http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2012panel2\\_v2\\_er797.pdf](http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2012panel2_v2_er797.pdf)

29. URML- Picardie. *Enquête sur la sécurité des Professionnels de santé*.

Consultable sur: [http://www.urml-picardie.org/articlepublic/fichiers/69/enquete\\_securite.pdf](http://www.urml-picardie.org/articlepublic/fichiers/69/enquete_securite.pdf)

30. ARS Alsace, ORS Alsace, *Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale- Enquête auprès des internes de médecine générale*. 2014.

31. Sénat, La nouvelle égalité territoriale.

Consultable sur: <http://www.senat.fr>

32. INSEE Picardie, *D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer*, Janvier 2014, n°85.

33. "Les bataillons perdus de la médecine générale", *Le quotidien du médecin*, avril 2015.

34. FOURDRAIN A., *Mesures à l'égard des jeunes pour favoriser l'installation en Picardie* ARS de Picardie, 2014.

Consultable sur: [http://www.urml-picardie.org/actus/fichiers/156/Journee\\_de\\_l\\_installation\\_mai\\_2014\\_ARS\\_Picardie.pdf](http://www.urml-picardie.org/actus/fichiers/156/Journee_de_l_installation_mai_2014_ARS_Picardie.pdf)

35. MICHEAU J, MOLIERE E, SENS P., *L'emploi du temps des médecins libéraux, diversité objective et écarts de perception des temps de travail*, DREES, n°15, 2010.:

Consultable sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13387/1/article201015.pdf>

36. PROCACCIA C., "Question orale sans débat n°0421S de Mme Catherine Procaccia, député UMP du Val-de-Marne, à Mme la Ministre chargée des affaires sociales et de la santé Marisol Touraine concernant les certificats de décès établis à domicile lors de la PDS", avril 2013.

Consultable sur: <http://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ13040421S.html>

37. Direction des affaires criminelles et des grâces, *Guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention du médecin en garde à vue*, 2009.

Consultable sur:

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_final\\_juillet\\_2009\\_Intervention\\_du\\_medecin\\_en\\_GAV\\_-\\_09-07-29-Guide\\_IMGAV.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_juillet_2009_Intervention_du_medecin_en_GAV_-_09-07-29-Guide_IMGAV.pdf)

38. Ministère de la Justice et des Libertés, Circulaire du 27 décembre 2010 relative à la mise en oeuvre de la réforme de la médecine légale.

Consultable sur: <http://adops-72.fr/wp-content/uploads/2011/10/ADOPS-Med-Leg-02.pdf>

39. Module interprofessionnel de santé publique, *La permanence des soins: quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés ?* 2012, groupe n°9.

40. Haute Autorité de Santé, *Rapport d'évaluation sur le recours à l'hôpital en Europe*, mars 2009.

Consultable sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport\\_le\\_recours\\_a\\_l\\_hopital\\_en\\_europe\\_2009-04-03\\_09-48-38\\_85.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/rapport_le_recours_a_l_hopital_en_europe_2009-04-03_09-48-38_85.pdf)

41. HUBERT E., *Mission de concertation sur la médecine de proximité*, rapport n°104000622, 2010.

Consultable sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf>

42. ARS d'Alsace., *Bilan à mi-parcours du Projet Régional de Santé d'Alsace, 2012-2016* Octobre 2014.

Consultable sur:

[http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/actualites/Bilan\\_a\\_miparcours\\_PRS18112014.pdf](http://www.ars.alsace.sante.fr/fileadmin/ALSACE/actualites/Bilan_a_miparcours_PRS18112014.pdf)

43. ARS Océan Indien. "Permanence des soins ambulatoires - Fiche de dysfonctionnement".

Consultable sur: [http://www.reunion.pref.gouv.fr/IMG/pdf/Ar\\_no425\\_du\\_18122013\\_Rev-\\_CCR\\_PDSA\\_partie3sur3\\_cle4997b9.pdf](http://www.reunion.pref.gouv.fr/IMG/pdf/Ar_no425_du_18122013_Rev-_CCR_PDSA_partie3sur3_cle4997b9.pdf)

44. Loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral.

Consultable sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2015/1/16/2015-29/jo/texte>

Code :

**SATISFACTION DES OMNIPRATICIENS LIBERAUX DE PICARDIE  
CONCERNANT L'ACTUELLE PDSA A**

**I- LA PDSA A DANS VOTRE SECTEUR :**

1. **Existe-t-il une association avec son numéro sur le secteur ?**  
 Oui  Non  
 ↳ Si **Oui**, gère-t-elle seule la PDSA sur le territoire ?  
 Oui  Non
2. **Existe-t-il une organisation commune de la PDSA entre confrères dans votre secteur (tour de garde) ?**  
 Oui  Non  Ne sait pas
3. **Les appels sont-ils centralisés par un centre de régulation ?**  
 Oui  Non  Ne sait pas  
 ↳ Si **Oui**, quel est le numéro : .....
4. **Quelle est la fréquence théorique des gardes par médecin (nombre par an) ?**.....

**II- VOTRE PRATIQUE DE GARDE :**

5. **S'il en existe un dans votre secteur, participez-vous au tour de garde (répondre Oui en cas de gardes effectuées par un remplaçant) ?**  
 Oui  Non  
 ↳ Si **Non**, pourquoi ?  
 Raison de santé  
 Autre raison : .....
6. **Comment doit procéder le patient pour que vous le preniez en charge lors d'une garde ?**  
 Accord téléphonique obligatoire avant toute consultation  
 Il se rend directement à votre lieu de garde sans vous prévenir  
 L'un ou l'autre : soit en vous appelant, soit en se rendant sur votre lieu de consultation
7. **Quelle est la fréquence réelle de votre participation à la PDSA, gardes effectuées par un remplaçant inclus (nombre par an) ?** .....
8. **Votre lieu de consultation :**  
 Uniquement dans votre cabinet  
 Dans une structure dédiée (type « Maison Médicale de Garde »)  
 Ni l'un, ni l'autre, en garde je ne vais qu'au domicile du patient
9. **Acceptez-vous de réaliser des visites lors de la PDSA ?**  
 Jamais  
 Je consulte uniquement au cabinet sauf pour les visites dites « incompressibles »  
 Oui cela m'est égal, je procède selon la demande du patient
10. **Êtes-vous joignable aux horaires de PDSA quand vous n'êtes pas de garde ?**  
 Oui  Non  
 ↳ Si **Oui** :  
 Que pour des patients sélectionnés à qui vous avez donné votre numéro privé  
 Pour toute personne qui appelle sur votre ligne professionnelle
11. **Quelles sont vos motivations à participer à la PDSA ?**  
 Devoir professionnel, déontologique  Moyen de se faire connaître  
 Assumer ma part dans cette mission collective des médecins  Prestige  
 Obligation vis-à-vis de votre patientèle  Impossible de faire autrement  
 Diversification de la pratique  Autre : .....  
 Intérêt financier .....

## Annexe 1

### III- VOTRE AVIS SUR LE NOUVEAU DISPOSITIF DE LA PDSA :

#### 12. Votre satisfaction vis-à-vis de l'actuelle PDSA, vous estimez vous satisfait par :

	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt pas satisfait	Pas du tout satisfait
La volonté de centraliser les appels vers un centre 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nouveau découpage des secteurs de garde (nouveau zonage, tendance à l'élargissement des secteurs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La volonté de privilégier le déplacement du patient vers le médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La suppression de la garde de nuit 20h-8h du Médecin Généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La volonté de renforcer la participation des médecins libéraux à la régulation médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La volonté de renforcer la participation des médecins libéraux en nuit profonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La mise en place des Maisons Médicales de Garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le niveau d'indemnisation de l'astreinte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'introduction de l'obligation d'effectuer le tiers payant sur la part RO pour les consultations ou visites relevant de la PDSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 13. En comparaison avec l'ancien système de garde, vous trouvez que depuis la mise en place du nouveau dispositif (novembre 2012) :

	Est moindre	Est identique	Est plus important	Non Concerné
Le retentissement sur le travail avant de prendre la garde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La fatigue le lendemain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre de gardes par mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre de visites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre d'appels injustifiés selon vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre de garde à activité nulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre de gardes surchargées d'appels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'insécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'empiètement sur la vie privée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La distance entre le patient et le cabinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le risque médico-légal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre d'actes impayés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La rentabilité financière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le nombre de médecins participants (installés ou remplaçants)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 14. En ce qui vous concerne et telle qu'elle est actuellement organisée, vous trouvez que votre rôle dans la PDSA est :

Très important     
 Important     
 Peu important     
 Pas du tout important

#### 15. Vous estimez vous globalement satisfait, par le système actuel ?

Tout à fait satisfait     
 Plutôt satisfait     
 Plutôt pas satisfait     
 Pas du tout satisfait

## Annexe 1

### 16. Ne répondez à cette question uniquement si vous exercez dans un secteur ou une association de PDSA réalise l'intégralité des gardes. Dans la configuration actuelle :

- Vous êtes satisfait de ne jamais réaliser de garde
- Vous souhaitez pouvoir faire des gardes sur votre secteur mais vous ne le pouvez pas
- Vous souhaiteriez pouvoir faire des gardes sur d'autres secteurs

### III- VOTRE PERCEPTION DE L'AVENIR :

#### 17. Pensez-vous que ce système soit pérenne ?

Oui

↳ Pour quelle(s) raison(s) ?

- Il existe avec ce système un égal accès aux soins dans la région
- Ce système répond à tous les besoins de la PDSA
- Diminution des contraintes pour le médecin
- Rémunération forfaitaire intéressante
- Il y a toujours assez de volontaires
- Je suis prêt(e) à assumer ce système jusqu'à la fin de ma carrière
- Autre : .....

Non

↳ Pour quelle(s) raison(s) ?

- Il n'existe pas avec ce système un égal accès aux soins dans la région
- Contraintes toujours trop importantes pour les MG
- Volonté de diminuer l'enveloppe accordée à la PDSA
- L'évolution démographique picarde en médecine générale ne permettra pas la survie d'un tel système basé sur les généralistes installés volontaires
- Patients non satisfaits (*plus de consultation après minuit, incitation à venir au cabinet, secteur trop grand, mauvaise coordination des gardes médecin/pharmacien...*)
- PDSA non connue par les patients
- Le problème des actes médico-administratifs (*Garde à vue, certificat de décès, alcoolémie, incarcération...*) n'est pas réglé
- Dès que je peux je me retire des gardes
- Autre : .....

#### 18. A votre avis ce système doit-il évoluer ?

Oui

Non

↳ Si Oui :

- **évolution à mettre en place (*plusieurs réponses possibles*) :**

- Retirer la notion de volontariat du cahier des charges
- Retour aux anciens horaires
- Accès direct au médecin de garde, non régulation par un centre dédié
- Réintroduction de l'ancien zonage – liberté de zonage et non zonage imposé par l'ARS
- Déplacement de principe du médecin au domicile du patient

- **évolution vers une autre forme d'organisation (*plusieurs réponses possibles*) :**

- Délégation de toute garde à des urgentistes hospitaliers ou libéraux (*SOS médecins ou autres organisations de volontaires libéraux installés ou non sur le secteur ou d'un autre secteur*)
- Les MG installés ou leurs remplaçants n'ont en charge que la PDSA du samedi après-midi et de la journée du dimanche mais pas le soir ni la nuit profonde déléguée alors au système ci-dessus 7j/7
- Création d'un corps de médecins volontaires (*généralistes ou autre, libéral ou non*) pour assurer la garde médico-administrative

- **Seriez-vous volontaire pour faire partie d'une organisation de volontaires libéraux à qui l'on pourrait déléguer toutes les gardes (*sous réserve de conditions financières et des contraintes qui resteraient à définir*) ?**

Oui  Non

- **Seriez-vous prêt à faire partie d'un corps de médecins volontaires qui assumerait la garde médico-administrative (*sous réserve de conditions financières et des contraintes qui resteraient à définir*) ?**

Oui  Non

## Annexe 1

### IV- VOUS, VOTRE ACTIVITE :

19. Vous êtes :  Un homme  Une femme

20. Votre âge : .....

21. Depuis combien de temps êtes-vous installé(e) ?

Moins de 5 ans  entre 5 et 14 ans  entre 15 et 24 ans  25 ans et plus

22. Type d'exercice :

Urbain  Péri-urbain  Rural

23. Votre département :

Aisne  Oise  Somme

24. Numéro de votre secteur de garde (liste en annexe) : .....

### Annexe :

		Numéro à reporter question n°24
<b>Somme</b>	Territoire 1	1
	Territoire 2	2
	Territoire 3	3
	Territoire 4	4
	Territoire 5	5
	Territoire 6	6
	Territoire 7	7
	Territoire 8	8
	Territoire 9	9
	Territoire 10	10
	Territoire 11	11
	Territoire 12	12
	Territoire 13	13
	Territoire 14 (dont MMG Corbie)	14
	Territoire 15 Amiens	15
<b>Aisne</b>	BOHAIN – FRENOY LE GRAND	16
	BRAINE	17
	CHÂTEAU-THIERRY	18
	CHAUNY-TERGNIER-LA FERRE	19
	GUISE	20
	HIRSON	21
	LAON – CRECY SUR SERRE – ATHIES	22
	LIESSE – CORBENY	23
	ORIGNY STE BENOITE	24
	SAINT QUENTIN	25
	SOISSONS	26
	VERVINS	27
	VILLERS-COTTERETS	28
<b>Oise</b>	60A	29
	60B	30
	60C	31
	60D	32
	60E	33
	60F	34
	60G	35
	60H	36

**LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN PICARDIE  
ENQUETE DE SATISFACTION REALISEE EN 2014-2015  
AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES  
RESUME :**

**Introduction :** La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets. La participation des médecins étant basée sur le volontariat, nous avons voulu évaluer s'ils en étaient satisfaits et s'ils estimaient que le système était pérenne. **Méthodes :** Un questionnaire anonyme a été envoyé aux 1567 omnipraticiens installés en Picardie entre septembre 2014 et janvier 2015. Ont été inclus tous les questionnaires reçus, à l'exception de ceux remplis par les médecins exerçant une autre spécialité, n'exerçant plus en libéral ou prenant leurs gardes dans d'autres régions. **Résultats :** 406 questionnaires ont été inclus. L'âge moyen était de 51 ans +/- 10,2. Le sexe ratio était de 2,08. A 70,4%, les médecins réalisaient eux-mêmes leurs gardes. Nous avons constaté un taux de satisfaction de 71,8%. Malgré cela, 58,4% des médecins jugeaient le système non pérenne et 70,2% estimaient qu'une évolution était souhaitable. L'élément de satisfaction majeur était la diminution des contraintes liées à la garde. Les éléments qui influençaient positivement la satisfaction des MG envers la PDSA étaient le jeune âge, le sexe féminin, l'exercice en zone urbaine et le fait d'exercer en Maison Médicale de Garde (MMG). **Conclusion :** Une majorité de médecins était satisfait permettant à la PDSA d'être opérationnelle. Mais le système paraissait fragile rendant le développement d'alternatives (développement des MMG, garde administrative, effecteurs mobiles) nécessaire à sa pérennisation.

Mots-clés : Permanence des soins, Médecins généralistes, Picardie, satisfaction professionnelle, Services d'Aide Médicale d'Urgence.

**THE PERMANENT HEALTH-CARE IN PICARDIE  
SATISFACTION SURVEY REALIZED IN 2014-2015  
WITH THE GENERAL PRACTITIONERS  
ABSTRACT :**

**Introduction :** The Office of Ambulatory Care (OAC) is an organisation created by health professionals in order to answer to unscheduled care applications by structured, adapted and regulated means outside the opening hours of the offices. The participation was based on volunteered doctors. So we wanted to assess if they were satisfied and if they thought that the system was recurrent. **Methods:** An anonymous questionnaire was sent to the 1,567 general practitioners who settled in Picardie between September 2014 and January 2015. All the questionnaires received were included, except the ones filled by doctors practising another field, or no longer working independently, or the ones making their shifts in other parts of France. **Results:** 406 questionnaires were included. The average age was of 51 years old (more or less 10.2%). The sex ratio was of 2.08. 70.4% of the doctors did their duties themselves. We noticed that the rate of satisfaction was of 71.8%. In spite of that, 58.4% of the doctors considered that the system was not perennial, 70.2 % of them estimated that a change was needed. The major element of satisfaction was the reduction of restraint linked to making shifts. The elements which positively influenced the satisfaction of the General Practitioners towards the OAC was the young age, the female gender, practising in an urban area, and the fact of working in a House for Medical On –Call. **Conclusion:** The majority of doctors were satisfied, allowing the OAC to be effective. But the system sounded delicate making the development of alternatives (development of Offices of Ambulatory Care, administrative duties, moving effecters) necessary to its sustainability.

Key-words: After-Hours care, general practitioners, Picardie, job satisfaction, medical emergency services