



Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais

Claire Flacassier

► To cite this version:

Claire Flacassier. Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01665550

HAL Id: dumas-01665550

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665550>

Submitted on 16 Dec 2017

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.

Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais

Claire Flacassier

► To cite this version:

Claire Flacassier. Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais. Médecine humaine et pathologie. 2017. <dumas-01665550>

HAL Id: dumas-01665550

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01665550>

Submitted on 16 Dec 2017

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 Bordeaux

UFR DES SCIENCES MEDICALES

Année 2017

Thèse n°205

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par

Mlle Claire FLACASSIER

Née le 21 Novembre 1986, à Limoges

Le 29 novembre 2017

Titre de la thèse :

**Etude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de
Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes
du secteur du Libournais**

Directeurs de thèse :

Monsieur le Docteur Sachendra SIRAZ
Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Rachid-Louis SALMI
Monsieur le Docteur Christophe ADAM
Monsieur le Docteur Philippe CASTERA
Madame le Docteur Bénédicte LE BIHAN

Président
Juge
Juge et rapporteur
Juge

Remerciements

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Sachendra SIRAZ,

Merci de m'avoir orientée vers ce sujet, merci pour ton soutien, ton aide et ta disponibilité,

Merci de m'avoir fait confiance pour ce travail et les remplacements aux Eglisottes ! Je suis fière d'avoir été ta première expérience en tant que directeur de thèse et heureuse de travailler à tes côtés.

Merci de m'avoir fait partager ta vision et ton exercice de la médecine générale tout au long de mon stage d'internat, de m'avoir guidée par la suite et encore aujourd'hui.

A mon co-directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL,

Merci pour votre aide et votre expertise dans le cadre de mon travail de thèse. Vous avez su nous guider tout au long de ce parcours, merci pour votre disponibilité.

A notre président du jury,

Monsieur le Professeur Louis-Rachid SALMI,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, veuillez trouver ici l'expression de ma plus grande reconnaissance.

A mon rapporteur de thèse et juge,

Monsieur le Docteur Philippe CASTERA,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail, votre rapport m'a été précieux pour l'améliorer.

Merci pour votre bienveillance.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Christophe ADAM,

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer ce travail de thèse,

Votre engagement pour l'accès aux soins pour tous est un exemple pour le médecin que je suis,

Soyez assuré ici de mon profond respect.

A notre juge,

Madame le Docteur Bénédicte LE BIHAN,

Merci de nous faire l'honneur de participer à l'évaluation de mon travail de thèse,

Veillez trouver l'expression de mes plus sincères remerciements.

A mes proches,

A ma famille, en particulier mes parents,

Pour votre soutien indéfectible tout au long de mon parcours scolaire puis universitaire. Merci de m'avoir permis de prendre confiance en moi et de m'avoir toujours soutenue dans mes choix tant professionnels que personnels. Je vous remercie de m'avoir inculqué des valeurs fortes, et notamment celles du travail, du respect et de l'importance d'aimer son métier ! J'espère pouvoir un jour donner un aussi bon exemple à votre petit-fils !

A mes grands-parents,

Pour tous ces bons moments partagés ensemble, pendant les vacances et maintenant pendant les périodes de remplacements.

A mon frère, Paul,

Mes cousins, Mary, Marc-Antoine et Delphine,

Qui, chacun à votre manière, avez su me soutenir tout au long de ces années.

A Tata Annie et Tonton Christian,

Pour les attentions que vous m'avez témoignées et pour avoir veillé sur moi lorsque j'étais seule à Panazol.

A mes amis,

Antoine et Valentin, mes frères d'adoption, pour toutes nos aventures ronçaises !

Aux plus « vieux » amis, Caroline et Caroline (pour tous ces moments de travail partagés au lycée puis dans votre BU de droit), Mathieu,

Aux compagnons de la fac de médecine de Limoges, Constance, Claire, Gaëlle, FL, Quentin, Seb ;

Et en particulier mes binômes de toujours et grandes amies, Laura et Bénédicte, votre soutien m'a été précieux durant toutes ces années.

A Anaïs, tes DU bordelais me manqueront !

Aux co-internes bordelais et marmandais, Adèle, Céline, Taïna et Pierre,

A mes deux supers co-internes du Bouscat, Jessica et Sarah, merci pour votre soutien, mais surtout pour nos déjeuners entre filles, à pérenniser !

A Stéphanie, ou comment ma première co-interne est devenue une de mes plus grandes amies ! Merci également à ton mari Jean-Louis de nous avoir permis de tester notre amitié au sommet du Piton des Neiges !

A Mélanie, ma plus grande amie et voisine, que nous restions toujours à quelques pas l'une de l'autre. Et à Manu, mon voisin par alliance !

A Aurélie et Guillaume, pour tous ces joyeux moments de pause que vous m'avez offerts pendant mes études et encore maintenant.

Aux enfants qui nous entourent, spécialement nos deux petites merveilles de neveux, Baptiste et Raphaël, vous voir grandir est un vrai bonheur !

A ceux qui m'ont fait aimer et partager leur exercice de médecine générale durant mon internat tout comme Sacha, Jeanne et Monique. Chacun à votre façon, vous m'avez orientée vers mon propre exercice de la médecine générale et je vous en remercie. C'est un réel plaisir de travailler avec vous que ce soit en tant qu'interne ou en tant que remplaçante. J'espère que vous serez fiers du médecin que je suis devenue grâce à vous.

Au Docteur Pascale Capdevielle, qui, la première, m'a fait découvrir et aimer la médecine générale rurale à St-Léonard-de-Noblat. C'est grâce à elle, à son dynamisme et à son humanité, que mon choix s'est porté sur cette spécialité.

A toi, Thibault, mon grand amour, qui partage ma vie depuis douze ans déjà. Merci pour ton soutien sans faille, merci d'avoir toujours cru en moi. Merci d'avoir été présent tout au long de ces années, et de m'avoir supportée pendant les moments plus difficiles. Merci de me permettre de m'épanouir dans mon travail et désormais dans notre vie de famille. Tu es un papa formidable pour notre fils, nous sommes chanceux de t'avoir à nos côtés.

A toi, Emile, tu m'as accompagnée tout au long de ce travail, de façon plus ou moins active. Voilà déjà un mois que tu remplis notre vie de bonheur et d'un amour que je n'aurais jamais imaginé si inconditionnel ! Je débute avec toi le plus beau rôle de ma vie...

Table des matières

Remerciements	2
Liste des abréviations	9
Introduction.....	11
Première partie : Contexte	12
1. Permanence des soins	12
1.1. Généralités	12
1.2. Cadre législatif	13
1.3. La PDSA en pratique	16
1.4. Etat des lieux de la permanence des soins.....	17
2. Les Maisons Médicales de Gardes.....	20
2.1. Définition et cahier des charges	20
2.2. La situation en France	22
2.3. Etat des lieux en Nouvelle-Aquitaine	25
2.4. En Gironde	26
3. La MMG de Libourne	28
3.1. Projet	28
3.2. Cahier des charges et conventions.....	29
3.3. Financement	30
3.4. Fonctionnement	31
3.5. Bilans 2015 et 2016	32
4. Synthèse	35
5. Objectifs.....	36
5.1. Objectif principal	36
5.2. Objectif secondaire.....	36
Deuxième partie : Matériel et Méthode	37
1. Schéma de l'étude	37
2. Population étudiée	37
3. Questionnaire	37
4. Mesures éthiques et réglementaires	38
5. Diffusion du questionnaire	38
6. Recueil des données	38
7. Analyse statistique	39
8. Présentation des résultats.....	39
Troisième partie : Résultats.....	40

1. Population	40
2. Les données démographiques.....	42
2.1. Age.....	42
2.2. Sexe	42
2.3. Les lieux d'exercice.....	43
2.4. Les médecins remplaçants ont-ils obtenu leurs thèses ?.....	44
3. Activité au sein de la MMG de Libourne	44
4. Les médecins installés et la MMG de Libourne.....	44
4.1. Etaient-ils favorables à son ouverture ?.....	45
4.2. Se faire remplacer est-il plus facile depuis l'ouverture de la MMG ?	45
4.3. Quel a été l'impact sur l'activité professionnelle des médecins généralistes installés ?..	46
4.4. La qualité de vie.....	47
4.5. L'impact sur l'activité professionnelle et la qualité de vie des médecins installés.	49
5. La satisfaction des médecins	50
5.1. La sécurité.....	50
5.2. Les visites.....	51
5.3. Le fonctionnement global	52
5.4. La coordination avec le service des urgences	53
6. L'effet incitatif à l'installation des jeunes médecins	54
7. Synthèse	55
Quatrième partie : Discussion	57
1. Les principaux résultats.....	57
1.1. Objectif principal	57
1.2. Objectif secondaire.....	61
2. Les forces et les limites de l'étude	63
2.1. Conception de l'étude	63
2.2. Analyse des résultats.....	64
2.3. Les principaux biais.....	64
3. Implication des résultats	65
Conclusion	66
Bibliographie.....	67
Annexes	71
Annexe 1 : Convention relative à la MMG entre le CHL et l'APSL.....	72
Annexe 2 : Convention pluriannuelle ARS – Maison médicale de garde.	74
Annexe 3 : Assemblée Générale 2015 de l'Association Permanence Santé du Libournais	78

Annexe 4 : Assemblée Générale 2016 de l'Association Permanence Santé du Libournais	80
Annexe 5 : Questionnaire.....	83
Serment d'Hippocrate	85
Résumé.....	86

Liste des abréviations

A89 : Autoroute 89

ADECLIM-CSU : Association pour le Développement des Centres Locaux d'Intervention Médicale – Centre de Soins d'Urgence

APSL : Association Permanence Santé du Libournais

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence des Soins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CESP : Contrat d'Engagement de Service Public

CHL : Centre Hospitalier de Libourne

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CN-URPS-ML : Commission Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

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

CPP : Comité de Protection des Personnes

CRD : Consultation Régulée Dimanche

CRN : Consultation Régulée Nuit

CRS : Consultation Régulée Samedi

CSRD : Cabinet Secrétariat Rive Droite

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

FIR : Fonds d'Intervention Régional

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PSS-33 : Permanence Santé Sud-33

SCSM : Service de Continuité des Soins Médicaux

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

VRD : Visite Régulée Dimanche

VRN : Visite Régulée Nuit

VRS : Visite Régulée Samedi

Introduction

La permanence des soins (PDS) fait partie de la médecine de premier recours pour garantir à chaque patient un accueil et une consultation médicale rapide en dehors des horaires usuels d'ouverture des cabinets médicaux.

La PDS s'organise autour des établissements de santé, au sein des services d'accueil des urgences, et autour des médecins libéraux qui, chaque soir, et chaque week-end, assurent les consultations de médecine générale au sein de leur territoire.

La PDS s'est vue dans un premier temps organisée par des textes de lois, des ordonnances et des circulaires mais c'est bien au niveau territorial que les médecins libéraux, en partenariat avec les instances régionales et départementales, aménagent une permanence des soins ambulatoires (PDSA) adaptée à la population et à la géographie du secteur.

Il n'existe pas de modèle reproductible pour tous les territoires, mais une réflexion menée sur les enjeux et les besoins de la population générale, mais également de la population médicale, parfois de faible densité et souvent vieillissante.

C'est pourquoi, au cours des dernières années, de nouveaux systèmes de PDSA se sont développés avec la création de points fixes de consultations de médecine générale appelés Maisons Médicales de Garde (MMG). Ces lieux d'accueil permettent de regrouper un nombre plus important de médecins pour assurer les gardes de façon à maintenir une PDSA de qualité.

Le secteur du Libournais est le reflet de la problématique médicale française avec une répartition inégale des médecins généralistes en activité, une population médicale vieillissante, des départs à la retraite non remplacés et une érosion du volontariat mettant à mal le système de PDSA au sein de plusieurs secteurs.

La fusion des secteurs de garde et la collaboration de médecins libéraux avec les instances régionales a permis de mener à bien le projet de MMG à Libourne, faisant également intervenir une coopération avec le Centre Hospitalier de Libourne (CHL) et un réseau de médecins remplaçants.

A 18 mois de son ouverture, nous avons souhaité évaluer la satisfaction des médecins libéraux intervenant à la MMG et l'impact sur les pratiques professionnelles déclarées des médecins généralistes installés dans le secteur.

De plus, nous avons également évalué l'impact que pouvait avoir l'existence d'une telle structure sur l'installation de nouveaux médecins libéraux.

Première partie : Contexte

1. Permanence des soins

1.1. Généralités

1.1.1. Définition

La permanence des soins est un dispositif permettant de garantir à la population l'accès à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés (la nuit, les week-ends et les jours fériés) (1).

Elle est de deux types :

- La permanence des soins ambulatoires (PDSA) : les effecteurs sont les médecins libéraux ;
- La permanence des soins en établissement de santé : il s'agit de l'accueil et de la prise en charge des patients nécessitant des soins urgents dans ces mêmes établissements de santé (1).

1.1.2. Historique

Historiquement, la notion de permanence des soins voit le jour en 1876, à Paris, sous l'impulsion du Dr Passant et des municipalités, avec l'aide des services de la police municipale. La participation des médecins au tour de garde se fait sur la base du volontariat (2).

Jusqu'en 1950, deux systèmes de permanence des soins coexistent sur le territoire français :

- Le système de garde géré par les municipalités ;
- Le système de garde géré par les médecins eux-mêmes.

Mais, en milieu rural, la situation est bien différente. En effet, l'exercice solitaire est la règle et le médecin se doit d'être disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Devant l'augmentation de la demande de soins, avec la généralisation de l'Assurance Maladie dans les années 1950, la charge de travail augmente inévitablement. A l'initiative des médecins ruraux, des tours de garde se mettent en place. Ils concernent d'abord l'astreinte dominicale, puis le week-end entier, et enfin les nuits en semaine (2).

Il persiste cependant de grandes disparités entre les territoires. En zone urbaine, l'essor des services hospitaliers d'urgences et la création de l'association SOS Médecins absorbent une partie de la demande toujours croissante de soins. En zone rurale, le système mis en place de tours de garde reste la référence.

En 2001, les médecins généralistes libéraux se mobilisent dans le but d'obtenir une revalorisation de leurs honoraires. Pour cela, ils débutent une grève des gardes de nuit, étendue aux jours fériés. Les préfets n'ont d'autre choix que de procéder à des réquisitions de médecins pour leurs gardes et astreintes.

1.2. Cadre législatif

1.2.1. Avant 2001

Avant 2001, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ne bénéficie pas de cadre législatif dédié. Elle est néanmoins sous-tendue par deux articles de loi :

- **L'article 77 du Code de Déontologie Médicale** : « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice »(3).
- **L'article 223-6 du Code Pénal** : « sera puni de cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours »(4).

La grève des gardes débutée par les médecins en 2001 a conduit le Ministère de la Santé à organiser un groupe de travail sur la PDSA.

1.2.2. La circulaire DHOS/DOS n°2002-399 et le rapport DESCOURS

La **circulaire DHOS/DOS n°2002-399 du 15 juillet 2002** relative à la permanence des soins propose des solutions provisoires à l'organisation de la PDSA sur le territoire français (5). En effet, celle-ci confie aux départements et en particulier au CDOM l'élaboration d'un planning de garde, basé sur le volontariat des médecins ainsi qu'une régulation des demandes de soins non programmés en amont. Un redécoupage des secteurs est également prévu, ainsi qu'une revalorisation tarifaire (5).

En 2003, le **rapport DESCOURS**, du nom du sénateur ayant mené ce travail, a deux objectifs (6) :

- Définir la nature, la mission et les obligations déontologiques de la PDSA, et
- Proposer des solutions pour garantir l'égal accès aux soins de l'ensemble de la population (6).

Ce travail vient en complément et précise la circulaire du 15 juillet 2002. Il réaffirme que la PDSA est une mission d'intérêt général, et cette définition doit encourager à modifier l'article 77 du Code de Déontologie Médicale.

Le CODAMU (Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence) qui organisait la permanence des soins des établissements hospitaliers devient alors CODAMUPS-TS (Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence des Soins et de Transports Sanitaires) par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 (7). Le sous-comité médical du CODAMUPS est chargé d'élaborer le cahier des charges départemental régissant la PDSA (6).

Le rapport DESCOURS propose d'articuler la PDSA selon trois axes principaux :

- Le **volontariat** : la liste de médecins volontaires est soumise au CDOM puis transmise aux autres structures intervenant dans la PDSA (Assurance Maladie, Centre 15 et CODAMUPS). En l'absence d'un nombre suffisant de volontaires, le CDOM est l'autorité compétente afin de compléter la liste de médecins. En dernière instance, le préfet peut procéder à des réquisitions.
- La **sectorisation** : en concertation avec les différents acteurs de la PDSA, le CDOM et le CODAMUPS, chaque département est découpé en plusieurs secteurs. Chaque secteur doit permettre une réponse rapide et adaptée à la demande de soins.
- La **régulation** : a pour objectif de centraliser les appels au moyen d'un numéro unique (le plus souvent le Centre 15). S'il s'agit d'un numéro autonome, il doit être interconnecté avec le Centre 15. Les médecins généralistes libéraux participent alors à la régulation (6).

1.2.3. Cadre législatif après 2003

En 2003, une nouvelle version de l'article 77 du Code de Déontologie Médicale est proposée, réaffirmant le caractère obligatoire pour chaque médecin de participer à la permanence des soins : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »(8).

L'article 78 du Code de Déontologie Médicale relatif à la mise en œuvre de la permanence des soins est inchangé. Celui-ci précise que le médecin participant à la PDSA est tenu de prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite et tenir informé le médecin traitant du patient (9).

Le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 prévoit l'insertion au livre VII du Code de la Santé Publique d'un titre II intitulé Permanence des Soins (10). Ce décret reprend les modalités

d'organisation de la permanence des soins de la circulaire DHOS/DOS n°2002-399 du 15 juillet 2002 (5). Il est par la suite complété par la circulaire du 12 décembre 2003 (11).

Le décret du 07 avril 2005 (12) précise le mode de financement des gardes par l'Assurance Maladie et prévoit également que la permanence des soins au sein de certains secteurs puisse être assurée pour partie de 20h à 8h du matin en fonction des besoins de la population.

L'arrêté du 3 mai 2007 approuve l'avenant à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, concernant le financement des gardes et astreintes des médecins libéraux conventionnés et les majorations spécifiques de l'acte médical en cas de régulation préalable (13).

Loi HPST

La loi HPST (Hôpital Santé Patient Territoire) de 2009 crée les **ARS** (Agences Régionales de Santé), regroupant différentes structures telles que les anciennes ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales) et la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) (14). Les ARS assurent désormais le pilotage de la permanence des soins et établissent le cahier des charges qui devient ainsi régional. Les CODAMUPS sont conservés afin de jouer leurs rôles à l'échelle départementale (14).

L'article L4130.1 de la loi HPST énonce qu'« il relève de la mission du médecin généraliste de premier recours de participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L.6314-1. » Ce dernier stipule que la permanence des soins doit s'organiser autour d'une coopération entre les médecins libéraux et les établissements de santé (15, 16).

Loi de modernisation du système de santé

L'article 75 de la loi de modernisation de notre système de santé (17), votée en 2016, prévoit la mise en place d'un numéro d'appel national gratuit de permanence des soins ambulatoires, en application de la décision du 30 novembre 2009 de la Commission Européenne (18).

Ce numéro d'appel national est le **116 117**. Selon cet article 75 la régulation de l'activité de PDSA est accessible gratuitement par ce numéro national ou par le numéro national d'aide médicale d'urgence : 15 (17).

Il appartient au directeur de l'ARS de déterminer, pour la région, lequel de ces deux numéros est utilisé pour la PDSA. Lorsqu'il choisit le 15, l'accès à la régulation téléphonique reste toutefois accessible via le 116 117. La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de

permanence des soins. Il est prévu que ce numéro d'appel national soit mis en place au plus tard six mois après la publication du décret du 22 juillet 2016 (19) et les cahiers des charges régionaux devront être révisés au plus tard le 8 août 2018.

1.3. La PDSA en pratique

1.3.1. Organisation

La PDSA fait participer, sur la base du volontariat, des médecins généralistes libéraux pour des actes médicaux non programmés en dehors des horaires d'ouverture usuels des cabinets médicaux (la nuit de 20h à 8h, les week-ends et jours fériés).

Chaque département est sectorisé. Ces secteurs sont définis par un cahier des charges, rédigé par l'ARS de chaque région, en partenariat avec le Conseil de l'Ordre des Médecins d'une part et le CODAMUPS-TS d'autre part.

Pour chaque secteur, et pour chaque jour, un médecin assure la PDSA.

L'accès au médecin de garde s'effectue après régulation téléphonique. Depuis la fin de l'année 2016, il existe un numéro d'appel national, gratuit, le 116 117. En pratique, avec les modifications apportées au sein des ARS après la réforme territoriale adoptée en 2015, ce numéro d'appel unique n'est pas encore mis en place au sein de tous les territoires. Seulement trois régions l'utilisent actuellement : Corse, Pays de la Loire et Normandie. Dans les autres régions, lorsqu'un patient appelle ce numéro, l'appel est automatiquement redirigé vers le Centre 15.

1.3.2. Financement

Le financement de la PDSA est double :

- Une **indemnité forfaitaire** allouée par l'ARS, provenant du Fonds d'Intervention Régional (FIR), de 50 euros par tranche horaire de 4 heures, soit :
 - 50 euros de 20h à minuit
 - 150 euros de 12h à minuit
 - 200 euros de 8h à minuit

Ces indemnités forfaitaires peuvent varier d'une ARS à l'autre et sont alors pondérées en fonction du territoire de garde et de l'existence d'une garde en nuit profonde (de minuit à 8h00).

- Le **paiement à l'acte**, qui relève du champ conventionnel. Le tarif de base de la consultation reste identique, c'est-à-dire 25 euros depuis le 1^{er} mai 2017 (20, 21, 22). Les majorations tiennent compte de la régulation en amont de la consultation ou de la visite. Les indemnités

kilométriques, ainsi que la majoration spécifique enfant (entre 0 et 6 ans) peuvent s’y ajouter. La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des majorations est la suivante (23) :

Tableau I – NGAP des majorations spécifiques de PDSA (23)

NGAP	Tarif (€)
CRN (consultation de 20h à minuit)	42,50
CRS (consultation samedi de 12h à 20h)	26,50
CRD (consultation dimanche de 8h à 20h)	26,50
VRN (visite de 20h à minuit)	46
VRS (visite samedi de 12h à 20h)	30
VRD (visite dimanche de 8h à 20h)	30

1.4. Etat des lieux de la permanence des soins

Chaque année, le CNOM (Conseil National de l’Ordre des Médecins) publie un rapport sur la permanence des soins.

Les trois derniers rapports publiés (années 2013, 2014 et 2015) font généralement les mêmes constats. Les besoins de la population sont globalement satisfaits. Il existe néanmoins une tendance à l’érosion du volontariat des médecins participant à la PDSA, que ce soit les médecins effecteurs libéraux ou les médecins régulateurs. La baisse du volontariat est estimée à 1% en 2014 (24-26).

Le nombre de secteurs diminue progressivement, conséquence de la fusion de plusieurs secteurs (1764 secteurs en 2013 contre 1662 en 2015). On note également un désengagement constant des gardes en nuit profonde, justifié par le faible nombre d’actes réalisés entre minuit et 8h, sollicitant ainsi les médecins régulateurs et les établissements de santé pour renforcer la coordination. En 2014, 67% des territoires cessent de fonctionner à partir de minuit, contre 61% en 2013 (24-26).

Ces rapports mettent également en lumière l’existence de zones fragiles, éloignées des centres hospitaliers, au sein desquelles la densité médicale est faible. En 2013, 601 territoires regroupent moins de 10 médecins. Parmi eux, 292 territoires sont couverts par moins de 5 médecins (24).

Le nombre de sites d’accueil fixes est stable en 2014 par rapport à 2013, c’est-à-dire 414 sites. Ces lieux d’accueil concernent en particulier les Maisons Médicales de Garde (MMG), les sites de SOS Médecins et les Centres d’Accueil et de Permanence des Soins (CAPS) (25).

Une étude de la commission PDSA de la CN-URPS-ML (Commission Nationale des Unions Régionales des Professionnels de Santé regroupant des Médecins Libéraux) a mis en évidence, entre 2012 et 2014, des modalités d'organisation de la PDSA très variées au niveau national. Ces différentes organisations sont en permanente évolution de façon à maintenir une PDSA de qualité en tenant compte des besoins des patients, des médecins libéraux et des secteurs (27).

Par ailleurs, l'information des patients est une condition nécessaire à une bonne organisation de la PDSA. Le CNOM, en 2001, préconisait l'information des patients via une communication sur trois niveaux : national, régional et local (28).

Le CNOM incite par ailleurs à tenir compte de l'évolution de la démographie médicale pour adapter et pérenniser la PDSA.

En effet, en 2016, le CNOM recense 88 886 médecins généralistes en activité régulière, soit une baisse de l'effectif de 8,4% depuis 2007. Force a été de constater qu'en 10 ans, le nombre de médecins retraités a augmenté de 87,7% contre une augmentation de seulement 12% de médecins actifs (29).

En 2016, la moyenne d'âge des médecins généralistes (hors remplaçants) est de 54 ans pour les hommes qui représentent 54% de l'effectif et de 49 ans pour les femmes qui représentent 46%.

Parmi eux, 27,3% sont âgés de plus de 60 ans, alors que les moins de 40 ans ne représentent que 16% des effectifs (29).

Pour mémoire, en 2005, la moyenne d'âge des médecins généralistes en activité était de 48 ans (30).

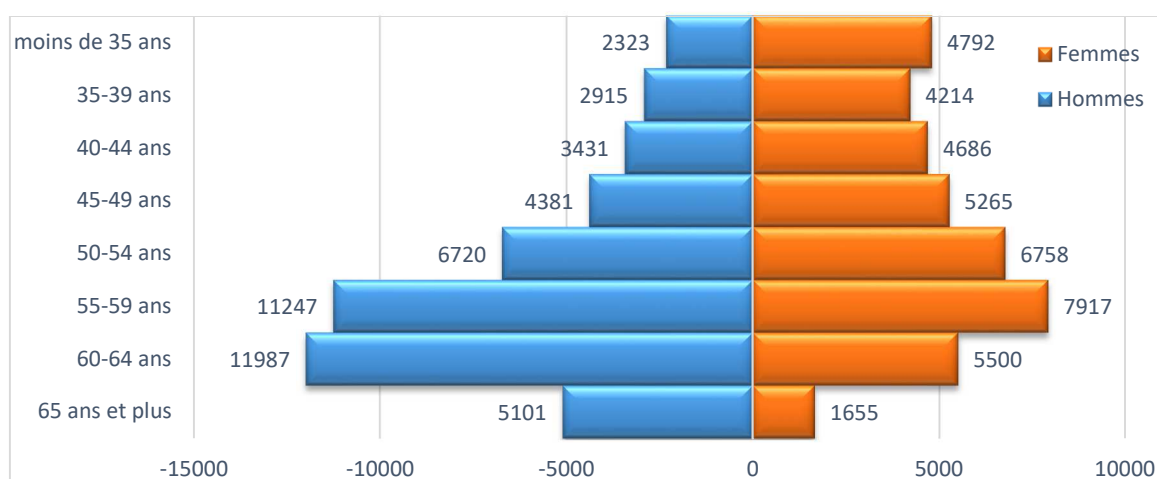


Figure 1 - Pyramide des âges médecins généralistes en activité (2016)

D'autre part, la densité médicale ne cesse de diminuer dans tous les départements (en dehors des départements de la Loire-Atlantique et de la Savoie) avec une densité de 132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 167 pour 100 000 habitants en 2005 (29, 30).

En **Aquitaine**, regroupant les 5 départements (Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques), la PDSA s'organise autour du cahier des charges régional publié par l'ARS en 2012 (31). Un seul cahier des charges devrait voir le jour après la fusion des trois régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes.

Le cahier des charges définit, au niveau régional, les principes d'organisation de la PDSA autour de trois acteurs :

- La régulation médicale
- Les territoires et les médecins effecteurs
- Les services d'urgences des établissements de santé (31).

Il précise également les modalités de financement de la PDSA par le FIR.

L'article 13 étend l'arrêt de la PDSA en nuit profonde à l'ensemble des départements de la région Aquitaine. Seuls certains territoires à forte densité de population conservent une PDSA en nuit profonde assurée par des associations telles que SOS Médecins (31).

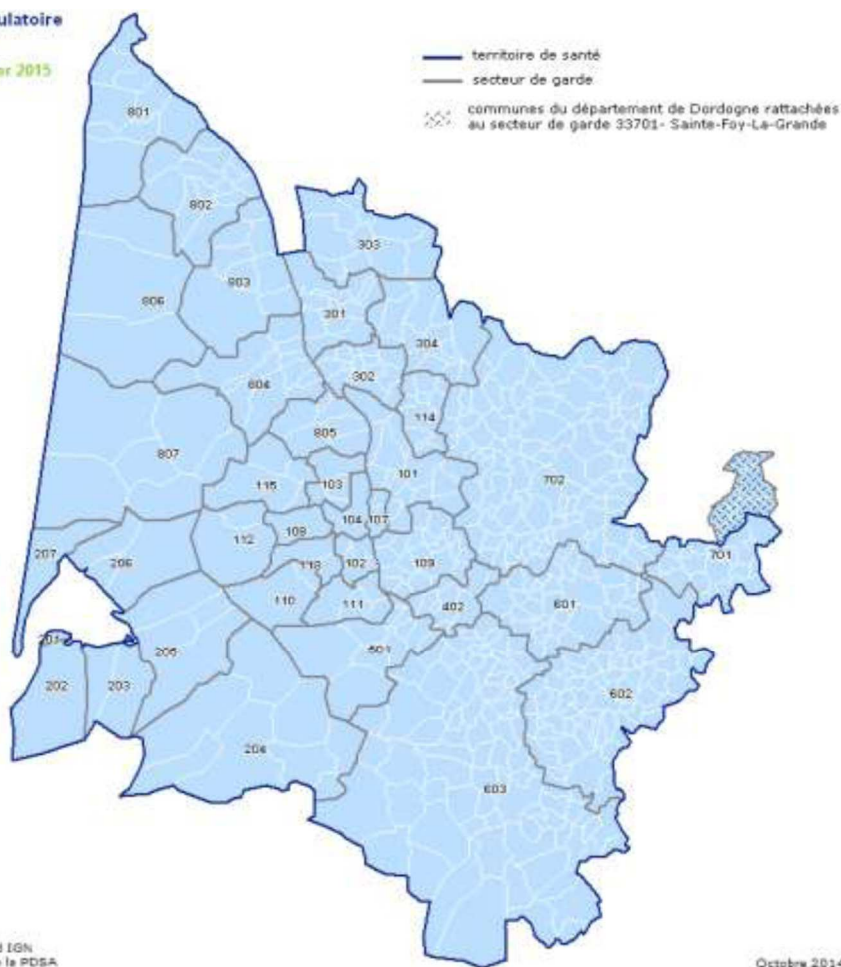
Le cahier des charges précise également le découpage des départements en territoires, les services d'urgences des établissements hospitaliers, les points fixes de garde ainsi que toute autre structure pouvant prendre en charge les patients aux horaires de PDS (31).

Plus particulièrement, la Gironde comptait 47 territoires de PDS en 2012 mais n'en compte plus que 40 au 1^{er} janvier 2015.

Secteurs de permanence des soins ambulatoire
Département : Gironde
 Sectorisation en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2015

SECTEURS

SECTEUR 101 : AMBÈRES / AMBÈS
 SECTEUR 102 : BEGLÈS
 SECTEUR 103 : BLANQUEFORT
 SECTEUR 104 : BORDEAUX
 SECTEUR 107 : BORDEAUX RIVE DROITE
 SECTEUR 108 : BORDEAUX CALDERAN / MERIGNAC
 SECTEUR 109 : BOULIAC
 SECTEUR 110 : CAVEJAN
 SECTEUR 111 : LEOGNAN
 SECTEUR 112 : MARTIGNAS-SUR-JALLE
 SECTEUR 113 : PESSAC
 SECTEUR 114 : SAINT-ANDRÉ-DE-CUBZAC
 SECTEUR 115 : SAINT-MEDARD-EN-JALLES
 SECTEUR 201 : ARCACHON
 SECTEUR 202 : LA TESTE
 SECTEUR 203 : GUYAN-MESTRAS
 SECTEUR 204 : BELIN-BELLET
 SECTEUR 205 : ALENJEE
 SECTEUR 206 : ANDERNOS
 SECTEUR 207 : LÈGE-CAP-FERRET
 SECTEUR 301 : BLAYE
 SECTEUR 302 : BOURG-SUR-GIRONDE
 SECTEUR 303 : BRAUD / SAINT-CIERS
 SECTEUR 304 : CAYGNAC / SAINT-SAVIN
 SECTEUR 402 : LANGOIRAN
 SECTEUR 501 : BEAUTIRAN
 SECTEUR 601 : BLASIMON / SAUMETERRE
 SECTEUR 602 : LA REOLE
 SECTEUR 603 : LANGON
 SECTEUR 701 : SAINTE-FOY-LA-GRANDE
 SECTEUR 702 : LIBOURNE
 SECTEUR 801 : SOULAC
 SECTEUR 802 : LESFARRE
 SECTEUR 803 : PAULILAC
 SECTEUR 804 : MARGAUX
 SECTEUR 805 : MARCAU
 SECTEUR 806 : MOURTIN / CARCAIS
 SECTEUR 807 : LE PORGE / LACANAU



cartographie : ARS Aquitaine Pôle études et PMSI - fond IGN
 source : ARS Aquitaine - Cahier des charges régional de la PDSA

Octobre 2014

Figure 2 – Sectorisation du département de la Gironde (2015)

2. Les Maisons Médicales de Gardes

2.1. Définition et cahier des charges

Une MMG se définit comme un lieu fixe de prestations de médecine générale fonctionnant uniquement aux heures de PDS et assurant une activité de consultations médicales non programmées (31, 32).

La **circulaire du 23 mars 2007** relative aux MMG prévoit qu'une MMG réponde à un besoin identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la MRS (Mission Régionale de Santé), remplacée depuis 2009 par l'ARS. D'autre part, la MMG doit signer une convention avec la ou les structures d'urgences hospitalières de proximité pour définir l'offre de soins respective et assurer une bonne coordination entre les deux structures (32).

Le financement des MMG est double. Il fait appel :

- Majoritairement au **FIQCS (Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins)**, créé par la LFSS (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) de 2006. Ce financement est octroyé de façon pluriannuelle sur la base d'une convention intégrant le cahier des charges.
- Aux partenariats avec d'autres acteurs institutionnels, notamment les collectivités locales.

Chaque projet doit être motivé par des besoins de soins constatés aux horaires de PDS tout en tenant compte de l'offre de soins hospitalière de proximité (32).

Un **guide national** pour l'élaboration du cahier des charges d'une MMG a été publié en 2007, et prévoit de définir pour chaque MMG (33) :

- La motivation du projet :

Il s'agit dans un premier temps de faire un état des lieux de l'offre en matière de PDS, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière, de façon à identifier les besoins de la population.

Le cahier des charges définit également la zone déterminée comprenant :

- La population couverte
- Le rayon d'action (30 à 35 kilomètres environ autour d'une MMG)
- La sectorisation
- Le nombre de médecins susceptibles de participer (au moins 20 à 30 médecins, avec un minimum de médecins installés) (32, 33).

- La localisation de la MMG :

Il est recommandé que la MMG soit localisée dans une enceinte hospitalière ou contigüe à une structure d'urgences, au mieux. Dans des secteurs ruraux, il est possible d'implanter une MMG dans des structures déjà existantes (EHPAD, hôpital local, maison de santé pluridisciplinaire). Une attention particulière est portée aux conditions d'accès des patients à la MMG, aux pharmacies de garde ainsi qu'à la sécurité, des patients et des praticiens (32, 33).

- Les modalités de fonctionnement précisent :

- L'amplitude horaire : la MMG est ouverte aux horaires de PDS, c'est-à-dire, de façon prioritaire de 20h à minuit les soirs de semaine, les dimanches et jours fériés ainsi que les samedis après-midis lorsque le dispositif de PDS du territoire est mis en place sur cette période.
- Les modalités d'accès : l'accès à la MMG est de préférence régulé, mais un accès direct peut être accepté selon la situation locale. Si la MMG dispose d'un numéro

téléphonique qui lui est propre, une interconnexion avec le Centre 15 doit être mise en place.

- Les intervenants : un minimum de médecins installés doit garantir la cohésion de l'ensemble, de façon à ce que l'effectif ne soit pas uniquement constitué de remplaçants. Il est prévu que ce type de structure puisse être un terrain de stage pour les étudiants en médecine et que les médecins des secteurs proches puissent participer aux gardes.
- La mise en œuvre du tiers payant, d'autant plus lorsque l'accès à la MMG a fait l'objet d'une régulation (32, 33).

- Le financement :

L'enveloppe annuelle reconductible sur cinq ans est déléguée sur les crédits du FIQCS. D'autres partenariats peuvent être développés afin de compléter les financements de la MMG, en particulier avec les collectivités locales.

Ces financements doivent permettre de couvrir les divers postes de dépenses :

- Les locaux
- Les coûts d'investissement (matériel informatique, matériel médical, mobilier)
- Les coûts de fonctionnement (consommables et petit matériel)
- Les charges de personnel (accueil physique ou téléphonique, ménage)
- La coordination du fonctionnement de la MMG (médecin coordonnateur le plus souvent)
- Autres frais (frais de gestion comptable...) (33).

2.2. La situation en France

Les premières MMG ont été créées à Brest en 1981 et au Havre en 1985. Depuis, leur nombre n'a cessé de croître (34).

En 2003, une étude recensait 97 MMG, parmi lesquelles 46 étaient fonctionnelles et 51 en projet.

Une étude réalisée en 2004 recensait 80 MMG fonctionnelles en France. La plupart étaient ouvertes depuis 2003. Il était mis en évidence deux types de problématiques à l'origine de la création de la MMG (35).

- La première était une problématique rurale. En effet, le projet est le plus souvent à l'initiative d'un groupe de médecins las de leurs conditions de travail (augmentation de la charge de travail, obligations administratives pesantes, départs à la retraite de confrères non remplacés).

Dans certains secteurs, les gardes de soirées et de week-ends étaient trop fréquentes, motivant ainsi les médecins à regrouper certains secteurs de façon à diminuer le nombre de gardes (35).

- La deuxième problématique relevait d'une complémentarité nécessaire avec des secteurs couverts par SOS Médecins qui intervient le plus souvent à domicile. Les médecins de garde avaient alors peu d'activité et devaient faire face à des demandes de visites non justifiées. La création d'une MMG, à l'accès régulé, était alors une alternative afin d'assurer des consultations de médecine générale aux horaires de PDS, tout en étant complémentaire de SOS Médecins et des services d'urgences à proximité (35).

En juillet 2006, était remis au Ministre de la Santé un rapport sur l'évaluation et des recommandations concernant le fonctionnement et le financement des MMG (36).

Ce rapport dénombrait, au 1^{er} juillet 2006, 198 MMG en fonctionnement et une dizaine en projet. Il est noté une grande hétérogénéité de situations, que ce soit en matière de localisation, de fonctionnement ou de financement.

Parmi les 198 MMG, 62% d'entre elles étaient localisées dans un établissement de santé ou médico-social (centre hospitalier, clinique, hôpital local ou EHPAD), 26% d'entre elles étaient isolées en milieu urbain et 21% étaient isolées en milieu rural.

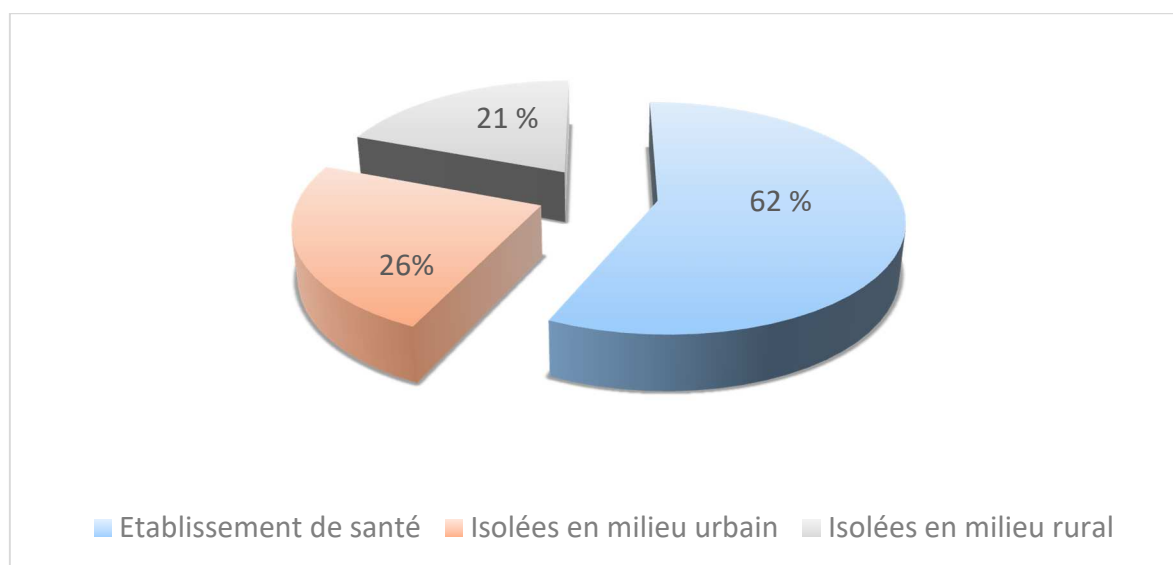


Figure 3 – Localisation des MMG en France (2006)

Les horaires d'ouverture sont globalement identiques à ceux de la PDSA, en dehors de certaines particularités. En effet, certaines MMG ouvrent à 18h en semaine et le samedi après-midi est intégré

dans la plupart des secteurs de garde. Certaines MMG ne sont toutefois ouvertes que le week-end (36).

Le taux d'activité varie d'une MMG à l'autre. La majorité de l'activité se déroule les week-ends. Le nombre d'actes est beaucoup plus faible en semaine, aussi bien pour les consultations que pour les visites. Par ailleurs, le taux de population pédiatrique est estimé entre 30 à 50%.

La participation des médecins est également variable selon les secteurs. En secteur rural, leur participation oscille entre 80 et 100% tandis que dans les grandes agglomérations, la participation n'est évaluée qu'entre 5 et 15% (36).

Le nombre de secteurs couverts est différent d'une MMG à l'autre. En milieu rural, une MMG couvre en moyenne 5 à 6 secteurs, tandis qu'au niveau de certains territoires, il peut ne s'agir que d'un seul secteur.

De même, il existe un écart important entre les populations desservies. En effet, en zone rurale, une MMG dessert de 20 à 50 000 habitants tandis qu'au sein d'une agglomération, la population oscille entre 50 et 120 000 habitants (36).

Le rapport remis en 2006 au Ministre de la Santé fait état du cas particulier des MMG installées dans un centre hospitalier disposant d'un service d'urgences. Outre la facilité d'installation et d'accès, ainsi que la sécurisation des lieux, la création d'une MMG au sein d'un centre hospitalier disposant d'un service d'urgences est sous-tendue par la notion de désengorgement de celui-ci. Ce rapport a montré que le nombre de consultations aux urgences a diminué, en particulier pour les patients bénéficiant d'un dispositif de dispense d'avance des frais médicaux tel que la CMU (Couverture Maladie Universelle). Cependant, cette diminution existe uniquement dans les cas où une organisation précise et intégrée dans le fonctionnement des urgences a été mise au point. Cela suppose donc la formation du personnel d'accueil des urgences, en particulier l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'Orientation), la réalisation d'un protocole précis et la volonté des responsables médicaux des urgences d'adresser les patients à la MMG (36).

Actuellement, il n'existe aucune étude dénombrant de façon exhaustive le nombre de MMG en activité et en projet. En recensant les cahiers des charges publiés par les ARS, nous avons conclu à un chiffre approximatif de 220 MMG en fonctionnement en 2016 en France métropolitaine, et 10 MMG en Outre-mer. Dans ce décompte, n'ont été retenues que les structures ayant l'appellation MMG et répondant donc au cahier des charges national (33).

2.3. Etat des lieux en Nouvelle-Aquitaine

Depuis la réforme territoriale de janvier 2015, les trois régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes sont regroupées sous le nom Nouvelle-Aquitaine. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les ARS de ces trois régions deviennent une seule et même entité : l'ARS Nouvelle-Aquitaine (37).

Les missions de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sont identiques, et elle demeure le seul pilote de la politique de santé pour les 5,8 millions d'habitants de cette vaste région.

La Nouvelle-Aquitaine comprend désormais 12 départements :

- Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Pyrénées-Atlantiques (ancienne région Aquitaine) ;
- Corrèze, Creuse et Haute-Vienne (ancienne région Limousin) ;
- Charente, Charente-Maritime, Deux-Sèvres et Vienne (ancienne région Poitou-Charentes).

L'ancienne région Aquitaine, divisée en 5 départements, compte actuellement 147 secteurs de garde et 156 en période estivale (les rapprochements de secteurs ont lieu en dehors de la saison touristique dans le département des Landes).

On dénombre 6 points fixes assurant la PDSA, 4 MMG et 2 CAPS dont un n'est accessible que l'été, à Biscarosse (31).

Tableau II – Secteurs de garde et points fixes en région Aquitaine (31, 38)

Département	Nombre de secteurs	Points fixes	Structures d'urgences	Superficie (km ²)	Population (INSEE, 2016)
Dordogne	29	1 (MMG Bergerac)	4	9060	416 289
Gironde	40	3 (2 MMG Langon et Libourne et 1 CAPS La Réole)	13	9976	1 566 842
Landes	28 (37 l'été)	1 (CAPS Biscarosse période estivale)	7	9243	408 014
Lot-et-Garonne	17	1 (MMG Agen)	4	5361	334 158
Pyrénées-Atlantiques	33	0	9	7645	673 788

2.4. En Gironde

La Gironde est le plus vaste département français avec une superficie de près de 10 000 km² et compte 1 566 842 habitants (38). Le département est divisé en 40 secteurs de PDSA. En 2013, la densité des médecins généralistes en activité est estimée au sein du département à 159,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants (39).

Toutefois, il existe une répartition inégale des médecins généralistes. Certains territoires enregistrent une faible densité de médecins généralistes (le sud et l'est du département) tandis que d'autres bassins de vie ont une forte densité médicale (périphérie de l'agglomération bordelaise) (39).

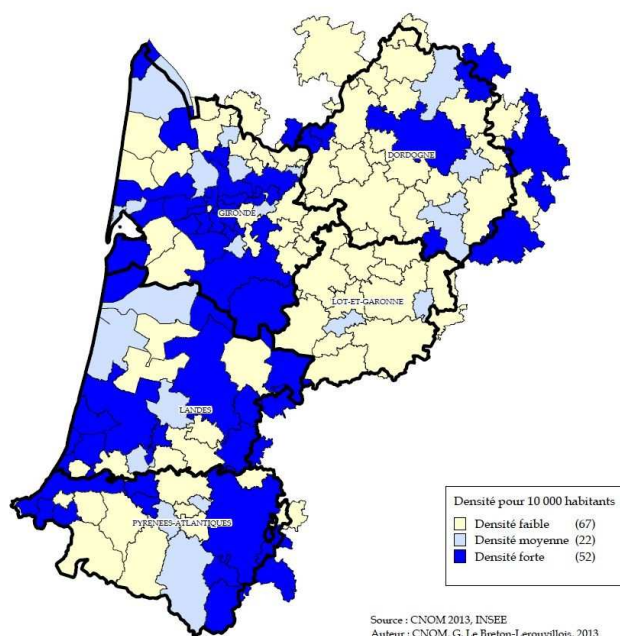


Figure 4 – Densité des médecins généralistes en Aquitaine (2013) (39)

Sur le territoire girondin, il existe deux MMG et un CAPS.

La MMG de Langon

La MMG de Langon située au sein du Centre Hospitalier de Langon (CH Sud-Gironde), créée en 2009, est gérée par l'association PSS-33 (Permanence Santé Sud-33). Les objectifs du projet initial de 2005, étaient la mutualisation de plusieurs territoires de PDSA de façon à assurer la pérennité du système, attirer de nouveaux médecins généralistes susceptibles de s'installer ou de ne réaliser que des gardes, et enfin assurer la sécurité de chacun au sein d'une structure dédiée (40).

La MMG de Langon réunit 5 secteurs de PDSA (Bazas-Captieux-Grignols, Cadillac, Langon, Podensac et Villandraut-Saint-Symphorien), couvrant ainsi 87 communes et 72 194 habitants. Le nombre de médecins généralistes installés dans ce territoire étaient de 69 en 2014.

Les soirs de semaine, entre 20h et minuit, trois médecins sont d'astreinte. L'un d'eux est présent sur place et assure les consultations après évaluation du patient par l'IOA (Infirmière Organisatrice de l'Accueil), salariée du service des urgences du Centre Hospitalier de Langon. En cas de forte activité, l'un des deux médecins d'astreinte peut être amené à prêter main forte pour les consultations ou lorsqu'il est nécessaire de se déplacer en visite à domicile. On peut également faire appel au troisième médecin pour les visites à domicile.

Pendant les week-ends, jours fériés et ponts, deux médecins assurent les consultations sur place jusqu'à 20h, puis, si l'activité le permet, un seul médecin assure le reste de la garde jusqu'à minuit tout en pouvant faire appel au deuxième ou troisième médecin en cas de visite à domicile.

Les visites à domicile sont réalisées avec le véhicule personnel du médecin de garde. Lors de l'ouverture de la MMG en 2009, avait été expérimenté un système de déplacement au domicile des patients avec un taxi, appelé en cas de visite à domicile. Ce dispositif a été abandonné car le nombre de visites était faible d'une part et les médecins se déplaçaient avec leurs véhicules personnels malgré le taxi mis à leur disposition d'autre part.

Le CAPS de La Réole

Il ne s'agit pas d'une MMG dans la mesure où il ne répond pas au cahier des charges édité par l'ARS. Le CAPS de La Réole a été créé en 2003 par les médecins généralistes du secteur, regroupés au sein de l'association SCSM (Service de Continuité des Soins Médicaux). Le secteur couvre 69 communes et une vingtaine de médecins généralistes y assurent les gardes.

Le CAPS est situé dans les locaux de l'hôpital de La Réole, qui fait partie du Centre Hospitalier Sud-Gironde avec le Centre Hospitalier de Langon. Deux médecins sont de garde aux horaires de PDSA la semaine et le week-end mais ne sont pas tenus d'être sur place. En effet, les patients prennent contact avec le CSRD (Cabinet de Secrétariat Rive Droite) via un numéro unique (05 56 61 21 61) diffusé sur internet, via les journaux locaux et dans les cabinets médicaux du secteur. Le CSRD gère le planning du médecin de garde grâce à un agenda électronique. Les visites à domicile sont quant à elles, décidées par la régulation du Centre 15. Pour cela, les plateformes téléphoniques du CSRD et de Centre 15 sont interconnectées.

Autres points fixes de garde

Au sein du cahier des charges de la PDSA en Aquitaine apparaissent, non seulement les points fixes de garde que nous venons d'énumérer pour le département de la Gironde, mais également les autres structures concourant à la prise en charge des patients aux horaires de PDSA.

En Gironde, ces structures d'accueil sont au nombre de quatre :

- Centre de consultation rive gauche de SOS Médecins (Bordeaux)
- Centre de consultation rive droite de SOS Médecins (Cenon)
- Centre de consultation SOS Médecins (Biganos)
- Cabinet Médical (Margaux) (31).

A noter que dans la précédente publication de ce même cahier des charges, apparaissait la structure ADECLIM-CSU (Association pour le Développement des Centres Locaux d'Intervention Médicale – Centre de Soins d'Urgence), à Libourne, où une quinzaine de médecins assurent des consultations aux horaires de PDSA, sans assurer de visites à domicile. A l'heure actuelle, cette structure assure toujours l'accueil des patients mais sans convention avec l'ARS.

3. La MMG de Libourne

3.1. Projet

En 2003, l'ARS avait proposé un premier projet de MMG basée à Libourne, de façon à regrouper les 8 secteurs de garde du Libournais, diminuer le nombre de médecins de garde par jour et proposer aux patients un point fixe de consultation aux horaires de PDSA.

Ce projet initial a été abandonné devant le refus de nombreux médecins. Les raisons principales évoquées étaient de plusieurs ordres :

- Pas de souhait de modification du système de garde,
- Pas de volonté des médecins de diminuer leur nombre de gardes,
- Pas de souhait de travailler en collaboration avec d'autres médecins au sein d'une structure dédiée, à distance des cabinets médicaux.

En 2010, deux secteurs de garde du Libournais ont fusionné :

- Saint-Denis-de-Pile – Guîtres
- Coutras – Les Eglisottes.

Ce rapprochement de secteur a permis de diminuer la fréquence des gardes tout en n'augmentant que modérément les distances à parcourir en cas de déplacement. Les médecins de ces deux secteurs se

sont dits tout à fait satisfaits de ce fonctionnement. De plus, en diminuant le nombre de médecins de garde par jour, l'ARS réalise des économies sur le paiement des astreintes forfaitaires.

Fort de cette expérience, et devant le nombre croissant de départs à la retraite non remplacés et d'exemptions, le projet de MMG dans le secteur du Libournais a donc été relancé par l'ARS en 2013, accueilli par moins de réticences de la part des médecins des différents secteurs.

En effet, force a été de constater que de nombreux secteurs étaient devenus déficitaires quant au nombre de médecins en activité. Le secteur de Saint-Médard-de-Guizières par exemple ne comptait plus que deux médecins non exemptés de garde, soit une garde de soirée toutes les 48 heures et une garde de week-end entier une semaine sur deux. A cela, venait se cumuler la charge de travail au quotidien, augmentant progressivement avec des départs à la retraite de confrères non remplacés.

De plus, la population médicale était vieillissante. En effet, en 2014, la moyenne d'âge des médecins généralistes du secteur du Libournais était de 56 ans.

Il a été envisagé dès l'élaboration du projet, que la MMG soit installée à proximité du Centre Hospitalier de Libourne (CHL), sur le site Robert Boulin, à Libourne.

L'objectif de la création de la MMG de Libourne était de pouvoir garantir de façon pérenne une PDSA de qualité aux patients du secteur, tout en diminuant le nombre de gardes des médecins et en assurant la sécurité de chacun dans un lieu dédié, à proximité immédiate du service des urgences du CHL.

L'Association de Permanence des Soins du Libournais (APSL) est ainsi créée le 13 mars 2014. Puis, les médecins responsables des différents secteurs de garde ont pu développer le projet de MMG, en partenariat avec l'ARS et le CHL.

La MMG de Libourne ouvre ses portes le 1^{er} janvier 2015, au sein du CHL, à proximité immédiate du service des urgences.

3.2. Cahier des charges et conventions

La MMG de Libourne répond au cahier des charges national des MMG édité en 2007 (33). Le territoire couvert correspond au secteur 702 (Libourne) qui regroupe désormais huit anciens secteurs de garde (31) :

- Arveyres
- Branne
- Castillon-la-Bataille
- Coutras, Saint-Denis-de-Pile, Les Eglisottes
- Fronsac
- Libourne

- Saint-Emilion
- Saint-Médard-de-Guizières.

Cette mutualisation des territoires de PDSA couvre désormais 110 communes et une population d'environ 140 000 habitants selon les derniers chiffres INSEE publiés en 2016 (38).

Une convention lie l'APSL et le CHL (Annexe 1) et définit le rôle de chacun. Le CHL met à disposition de l'APSL les trois bureaux de consultation équipés, le matériel médical ainsi que les consommables, la salle d'attente, la signalétique, l'IOA ainsi qu'un véhicule et son chauffeur pour les éventuels déplacements des médecins. Dans la journée, les trois bureaux sont occupés par l'équipe de neurologie du CHL.

La convention définit également les horaires d'ouverture de la MMG, identiques aux horaires de PDSA classiques, en dehors de la nuit profonde.

Cette convention précise en outre que les patients adressés en consultation à la MMG par l'IOA seront de niveau V selon le référentiel proposé par la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence). Le niveau V correspond en effet au motif de recours le moins urgent, soit une consultation sans acte technique (41).

L'APSL s'engage quant à elle à verser au CHL la somme demandée pour les mises à disposition.

3.3. Financement

Le financement de la MMG de Libourne est assuré en majeure partie par le FIR via l'ARS Aquitaine. Une convention annuelle lie l'ARS Aquitaine d'une part et l'APSL, gestionnaire de la MMG de Libourne d'autre part (Annexe 2).

Cette convention engage l'ARS à allouer à la MMG, chaque année, une dotation de 61 464,50 euros couvrant les indemnités de coordination (12 055 €) et les frais de fonctionnement de la MMG (49 409,50 €). De plus, l'ARS s'engage à financer l'expérimentation « transport » sur la base d'une dotation de 69 550 € couvrant les frais de mise à disposition du véhicule avec chauffeur (charges de personnel, charges fixes du véhicule et carburant).

En effet, ce dispositif « transport » est inédit au sein d'une MMG. Le CHL met à disposition un véhicule et son chauffeur, salarié du centre hospitalier, afin d'accompagner le médecin de garde lors des visites aux domiciles des patients.

La convention signée en 2015 fait l'objet d'un suivi annuel tant sur le plan technique que financier. Il est également prévu que le montant financé par l'ARS soit réévalué en fonction des bilans comptables présentés de façon annuelle.

Sur le plan pratique, l'ARS verse la somme allouée à l'APSL, qui elle-même reverse les sommes dues au CHL.

En 2015, le CHL demandait en contrepartie des mises à disposition :

- 25 604,50 € au titre des frais de personnel,
- 69 550 € pour le véhicule et son chauffeur,
- 1200 € de loyer annuel et
- 1200 € de petit matériel et consommables.

Il est prévu que ces frais, en particulier pour le petit matériel, soient réévalués en fonction des besoins, d'une année sur l'autre.

En outre, certains frais restent à la charge de l'APSL (achat de matériel médical tel que la balance pédiatrique, le matériel informatique, les postes téléphoniques, les fournitures et la papeterie) mais sont tous couverts par l'allocation allouée par l'ARS.

De plus, chaque médecin du secteur, membre de l'APSL, lui verse une cotisation annuelle d'un montant de 23 euros qui couvre les frais divers.

3.4. Fonctionnement

Dès l'ouverture de la MMG en 2015, 3 médecins sont de garde les soirs de semaine de 20h à minuit, les samedis après-midis de 12h à minuit et les dimanches, jours fériés et ponts de 8h à minuit.

Le planning attribue pour chaque jour de garde, une position pour chaque médecin.

Ainsi, les médecins 1 et 2 assurent les consultations sur place et le médecin 3 les visites réguliées par le centre 15 avec le véhicule et son chauffeur. Bien entendu, lorsqu'il n'y a pas de visites à assurer, le médecin 3 participe à l'activité de consultation avec les deux autres médecins sur place. De principe, les patients sont reçus par les médecins à tour de rôle.

Pour joindre les médecins de garde à la MMG, il est mis à disposition uniquement du centre 15, un numéro de téléphone fixe afin de joindre les deux médecins qui se trouvent sur place et un numéro de téléphone portable, en possession du médecin se déplaçant au domicile des patients. Chaque bureau est équipé d'un poste de téléphonie fixe. Le centre 15 est en possession de la liste des médecins de garde, et peut également les joindre sur leurs téléphones portables personnels en cas de besoin.

Chaque bureau de consultation est équipé afin de pouvoir accueillir les patients et assurer la consultation médicale. Du petit matériel et des consommables sont mis à disposition des médecins : spéculums auriculaires et vaginaux, abaisse-langue, marteau à réflexe, compresses, draps d'examen. La MMG dispose également d'un pèse-personne et d'une balance pédiatrique.

Un ordinateur portable se trouve dans chaque bureau de consultation, dédié à l'activité médicale de la MMG. Chaque médecin inscrit sur la liste de garde possède un code pour accéder au logiciel médical, CROSSWAY®.

A l'occasion de la première assemblée générale de l'APSL en septembre 2015, il a été mis en lumière le fait qu'il était plus difficile pour les médecins installés de se faire remplacer pour les gardes en position 3 (visites). C'est pourquoi, au cours de l'année 2016, il a été décidé d'établir un roulement des 3 médecins pour les gardes de samedis, dimanches, jours fériés et ponts :

- Les samedis, le médecin en position 1 assure les visites de 12h à 16h, puis le médecin en position 2 de 16h à 20h et le médecin en position 3 prend le relais de 20h à minuit.
- Les dimanches, jours fériés et ponts, le médecin en position 1 effectue les visites de 8h à 13h, puis le médecin en position 2 de 13h à 18h et enfin, le médecin en position 3 de 18h à minuit (Annexe 3).

Lors de la seconde assemblée générale de l'APSL qui s'est tenue en décembre 2016, il était question de la plus faible activité les jours de semaine tant pour les consultations sur place que pour les visites. Deux médecins, en soirée, la semaine, seraient donc suffisants pour assurer l'activité. Il a donc été convenu que le troisième médecin serait d'astreinte les jours de semaine et qu'il serait possible de recourir à ses services en cas de forte activité (Annexe 4).

3.5. Bilans 2015 et 2016

Il est prévu dans les conventions qui lient l'APSL au CHL et à l'ARS qu'il y ait un suivi et notamment un bilan d'activité de PDSA.

Il est donc demandé à chaque médecin de garde de noter le nombre de consultations et de visites effectuées chaque jour avant de quitter sa garde.

Ce bilan d'activité est réalisé chaque année par le coordonnateur de la MMG.

Tableau III – Bilan d'activité de la MMG de Libourne, année 2015

Mois	Nombre de consultations	Nombre de visites	TOTAL
Janvier	510	144	654
Février	429	111	540
Mars	419	86	505
Avril	472	94	566
Mai	773	106	879
Juin	451	80	531
Juillet	561	81	642
Août	414	66	480
Septembre	501	79	580
Octobre	617	66	683
Novembre	559	74	633
Décembre	546	61	607
TOTAL	6252	1048	7300

Tableau IV– Bilan d'activité de la MMG de Libourne, année 2016

Mois	Nombre de consultations	Nombre de visites	TOTAL
Janvier	772	87	859
Février	677	58	735
Mars	954	77	1031
Avril	663	52	715
Mai	695	76	771
Juin	554	35	589
Juillet	806	77	883
Août	599	64	663
Septembre	554	57	611
Octobre	803	55	858
Novembre	864	65	929
Décembre	890	45	935
TOTAL	8831	748	9579

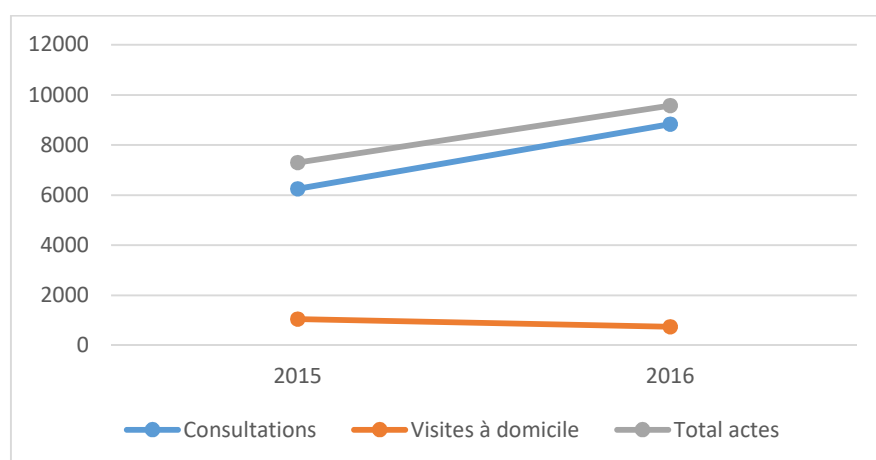


Figure 5 – Evolution du nombre d'actes en 2015 et 2016.

L'expérimentation transport a été reconduite pour les années à venir devant le nombre conséquent de visites et le kilométrage parcouru (22 000 kilomètres en 2015 et 16 000 en 2016).

4. Synthèse

Malgré de fortes disparités en terme de démographie et de densité médicale, les régions et les départements ont su s'adapter pour garantir à chaque patient une PDSA de qualité en partenariat avec les professionnels de santé.

De nouveaux modes d'organisation des gardes ont ainsi vu le jour, tels que des MMG, points fixes de consultation hors des cabinets médicaux classiques qui permettent à chaque patient d'être reçu par un médecin généraliste en soirée ou les week-ends aux horaires de PDSA.

La MMG de Libourne est l'exemple d'un point fixe créé afin de pouvoir assurer la PDSA en mutualisant les secteurs de garde de façon à alléger le planning de gardes de chacun. La création de cette MMG au sein des locaux du CHL permet une alliance entre le service des urgences et les médecins libéraux de façon à coordonner au mieux les soins, dans l'intérêt du patient et désengorger les urgences pour les actes qui relèvent d'une consultation de médecine générale.

De nombreux travaux de thèses ont déjà été effectués sur le thème des MMG, la plupart sont des analyses épidémiologiques des consultations (42) ou des comparaisons de la fréquentation des services d'urgences avant et après l'ouverture de MMG. Il existe également des travaux sur la satisfaction des patients venant consulter un médecin de garde au sein d'une MMG (43).

Les médecins libéraux ont été interrogés pour une thèse en Haute-Vienne au sujet de la PDSA (44), mais peu de travaux ont eu pour objectif de recueillir l'opinion des médecins généralistes concernant la MMG de leur secteur.

A 18 mois de l'ouverture de la MMG de Libourne, il nous a donc paru intéressant d'interroger les médecins généralistes du secteur 702 du Libournais ainsi que tous les médecins ayant effectué des gardes au sein de cette nouvelle structure.

5. Objectifs

5.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail est d'explorer l'impact de la MMG de Libourne sur les opinions et les pratiques déclarées des médecins généralistes du secteur, et ainsi évaluer leur satisfaction.

5.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire vise à évaluer l'impact que peut avoir l'existence d'une telle structure sur les intentions d'installation des jeunes médecins généralistes ayant effectué des gardes à la MMG.

Deuxième partie : Matériel et Méthode

1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle transversale.

2. Population étudiée

Ont été inclus dans l'étude :

- Les médecins généralistes du secteur 702, installés, ayant réalisé ou non des gardes à la MMG de Libourne ;
- Les médecins généralistes remplaçants ayant effectué des gardes au sein de la MMG ;
- Les médecins généralistes bénéficiant d'une convention avec l'ARS mais non installés dans le secteur et participant au tour de garde en leurs noms propres.

Il n'existait pas de critères de non inclusion dans la mesure où tous les médecins installés ont été contactés, ainsi que tous les médecins remplaçants ayant été de garde à la MMG.

Les questionnaires incomplets ont été exclus de l'analyse des résultats.

3. Questionnaire

Les médecins ont été interrogés au moyen d'un questionnaire non standardisé, structuré, inspiré des différents travaux de thèses antérieurs, tenant compte des caractéristiques propres à la MMG de Libourne et à son fonctionnement.

Le questionnaire a été soumis à un échantillon de quatre médecins généralistes (deux médecins installés et deux médecins remplaçants) lors d'une phase test avant sa validation définitive. Cette phase n'a pas mis en évidence de difficultés particulières que ce soit en terme de compréhension des questions ou en terme technique de remplissage du questionnaire.

Le questionnaire était composé de questions fermées, à choix multiples et réponses uniques (Annexe 5).

La première partie concernait les données démographiques de l'ensemble des médecins interrogés (sexe et âge). La deuxième partie distinguait les médecins généralistes installés des médecins remplaçants ; ainsi les questions étaient spécifiques aux uns et aux autres. Certaines questions étaient communes, et concernaient la MMG et son fonctionnement.

Au total, 17 questions étaient posées aux médecins installés et 11 questions aux remplaçants.

Les médecins installés étaient interrogés de façon spécifique sur l'impact, tant sur le plan professionnel que personnel, de l'ouverture de la MMG de Libourne. Les médecins remplaçants, quant à eux, étaient

interrogés de façon spécifique sur leur souhait de s'installer au sein d'un secteur bénéficiant d'un tel système de PDSA.

Le temps de remplissage du questionnaire était évalué à moins de deux minutes.

4. Mesures éthiques et réglementaires

Du fait de l'anonymat des réponses au questionnaire, l'étude n'a pas fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) ou au CPP (Comité de Protection des Personnes).

La diffusion du questionnaire par mail est intervenue avant la publication du décret d'application de la loi Jardé en novembre 2016 c'est pourquoi aucune déclaration n'a été réalisée en amont, d'autant plus qu'il s'agit d'une étude non interventionnelle anonyme (45).

5. Diffusion du questionnaire

Le questionnaire a été édité au moyen de Google Drive® et diffusé par mail à l'ensemble de la population concernée à deux reprises :

- le 26 septembre 2016 et
- le 23 octobre 2016.

Plusieurs bases de données de mails ont été utilisées pour la diffusion du questionnaire :

- la base de données du médecin coordonnateur de la MMG, désormais Président de l'APSL,
- la liste de mails du CSRD,
- les médecins remplaçants n'étant pas encore tous inscrits sur ces deux bases de données ont été contactés via une mailing-list utilisée par les remplaçants d'Aquitaine (remplacants-mg@googlegroups.com). Cependant tous les médecins de cette base de données n'ont pas réalisé de garde à la MMG. Aussi, le questionnaire était accompagné d'une note explicative qui précisait que cette étude ne s'adressait qu'aux médecins remplaçants ayant réalisé des gardes au sein de la MMG.

Dans la mesure où les réponses étaient anonymes, nous n'avons pas pu exclure les personnes ayant répondu lors de la première diffusion.

6. Recueil des données

Le recueil des données était automatisé vers un tableau EXCEL®.

Les réponses étaient anonymes et s'intégraient au tableau EXCEL® après validation des réponses par retour de mail de chaque personne interrogée.

Le recueil de données était clôturé après un mois sans réception de nouvelle réponse, c'est-à-dire le 31 décembre 2016.

7. Analyse statistique

Les calculs et l'analyse statistique ont été effectués sous Windows® au moyen du logiciel EXCEL®. Une analyse univariée a été réalisée pour l'ensemble des critères. Les résultats ont été exprimés en nombre absolu et sous forme de pourcentages.

8. Présentation des résultats

Les résultats seront présentés, outre la forme rédactionnelle, sous la forme de figures :

- les tableaux pour la disposition de l'ensemble des données,
- les diagrammes en secteurs représenteront la proportion des sujets dans chaque catégorie,
- les histogrammes pour la comparaison de valeurs d'un groupe à l'autre.

Troisième partie : Résultats

1. Population

Le questionnaire a été envoyé à 202 médecins :

- 114 médecins du secteur 702 et
- 88 médecins remplaçants ayant réalisé des gardes à la MMG jusqu'au 23 octobre 2016, date du dernier envoi du questionnaire.

Parmi les médecins installés :

- 4 médecins étaient considérés comme à situation particulière, l'un d'entre eux partait à la retraite en été 2016 et n'apparaissait donc plus sur le planning de garde à compter de juillet 2016. Les trois autres médecins relevaient de situations particulières dans la mesure où leur nombre de gardes était limité à trois gardes en semaine et une garde de week-end pour l'ensemble de l'année ;
- 5 médecins étaient non volontaires ;
- 10 médecins du secteur étaient exemptés de garde ;
- et 3 médecins étaient considérés comme sans secteur (installés hors du secteur 702 ou conventionnés ARS).

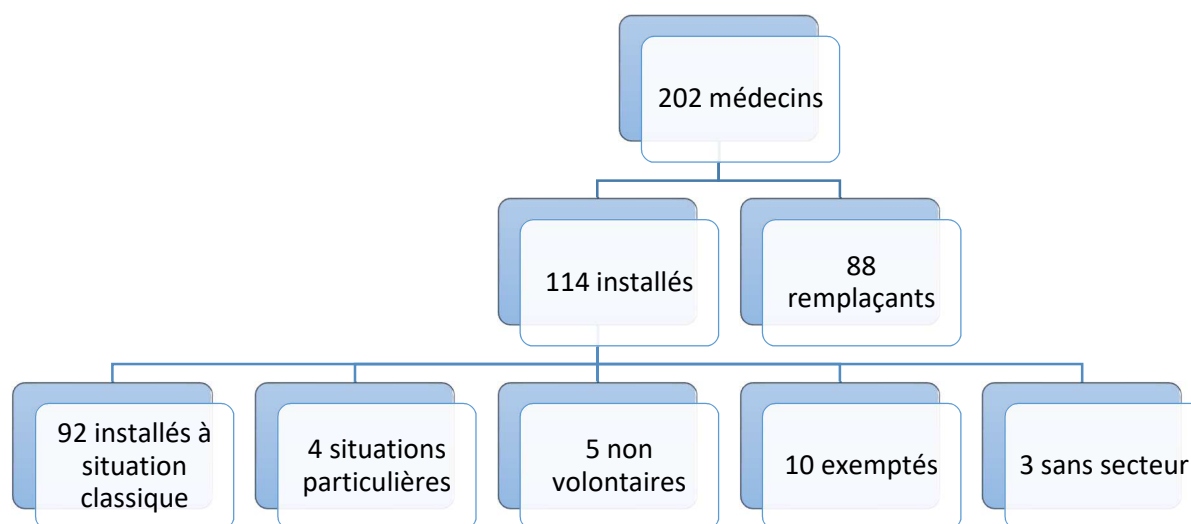


Figure 6 – Répartition des médecins interrogés (n=202).

Parmi les médecins remplaçants interrogés, 40 d'entre eux ont réalisé entre 1 et 3 gardes à la MMG, 21 ont réalisé entre 4 et 6 gardes, 15 ont effectué de 7 à 9 gardes et 12 plus de 9 gardes à la MMG.

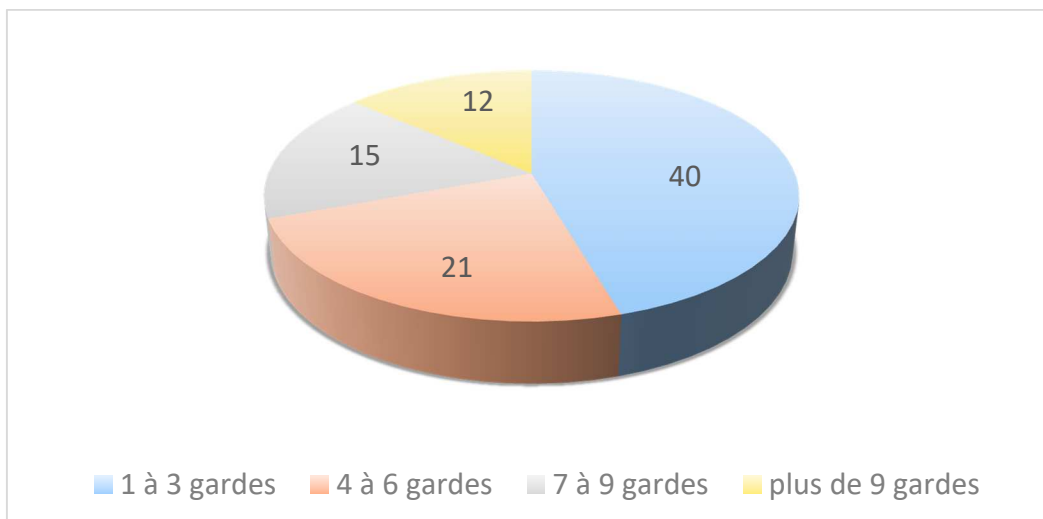


Figure 7 – Répartition des médecins remplaçants en fonction du nombre de gardes à la MMG (n=88)

Ces données sur les médecins remplaçants sont issues des plannings de garde 2015 et 2016 publiés sur le logiciel Ordigard® et accessibles au CSRD, au CDOM, au Centre 15 ainsi qu'à tous les médecins installés et conventionnés ARS.

Après l'envoi des 202 questionnaires, 89 réponses ont été collectées (44%) :

- 43 provenaient des médecins installés (37,7%) et
- 46 des médecins remplaçants (52,3%).

Parmi ces 89 réponses, 3 réponses étaient invalides car incomplètes (2 réponses de médecins installés et 1 de médecin remplaçant). En effet, les participants n'avaient répondu qu'aux questions portant sur les données démographiques. Ces questionnaires ont donc été exclus de l'analyse.

Au total, 86 réponses ont été exploitées :

- 41 réponses de médecins installés (36%) et
- 45 réponses de médecins remplaçants (51,1%).

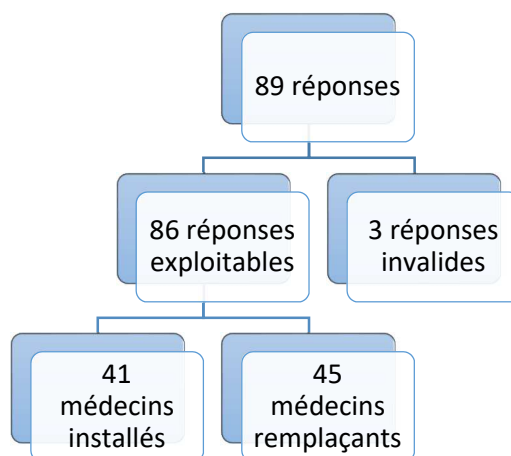


Figure 8 – Répartition des réponses (n=89)

Le taux de réponse global au questionnaire est donc de 44%, et le taux de réponse valide de 42,6%. Par ailleurs le taux de réponse des médecins installés était de 36%, et le taux de réponse des médecins remplaçants de 51,1%. La différence est significative au test de chi2 ($p=0,03$).

2. Les données démographiques

2.1. Age

L'âge des 86 répondants se répartissait de la façon suivante :

Tableau V – Répartition par classe d'âge (n=86)

Effectif (%)	25-35 ans n (%)	36-45 ans n (%)	46-55 ans n (%)	56-65 ans n (%)	>65 ans n (%)	Total
Médecins installés	6 (14,6%)	7 (17,1%)	16 (39%)	9 (22%)	3 (7,3%)	41
Médecins remplaçants	42 (93,3%)	3 (6,7%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	45
Total	48 (55,8%)	10 (11,6%)	16 (18,6%)	9 (10,5%)	3 (3,5%)	86

La grande majorité des médecins remplaçants (42 sur 45) a moins de 35 ans, les 3 autres ont entre 36 et 45 ans. La répartition en classe d'âge des médecins installés est plus homogène.

Plus de la moitié des répondants au questionnaire appartient donc à la classe d'âge 25-35 ans.

2.2. Sexe

Parmi les 86 répondants, 39 étaient des hommes, et 47 des femmes.

Tableau VI – Répartition selon le sexe (n=86)

Effectif (%)	Médecins installés n (%)	Médecins remplaçants n (%)	Total N
Femmes	17 (36,2%)	30 (63,8%)	47
Hommes	24 (61,5%)	15 (38,5%)	39

Les 30 femmes remplaçantes appartenait toutes à la catégorie d'âge 25-35 ans. Les hommes remplaçants comptaient 12 représentants dans la catégorie 25-35 ans et 3 dans la catégorie 36-45 ans. Parmi les médecins installés, la répartition est plus équilibrée, bien que les femmes sont plus jeunes que les hommes.

Tableau VII – Répartition des médecins installés par sexe et classe d'âge (n=41)

Effectif (%)	25-35 ans n (%)	36-45 ans n (%)	46-55 ans n (%)	56-65 ans n (%)	>65 ans n (%)	Total N
Femmes	5 (29,4%)	3 (17,6%)	7 (41,2%)	2 (11,8%)	0 (0)	17
Hommes	1 (4,2%)	4 (16,6%)	9 (37,5%)	7 (29,2%)	3 (12,5%)	24

2.3. Les lieux d'exercice

Cette question ne s'adressait qu'aux 41 médecins installés.

Tableau VIII – Répartition des médecins installés selon leur lieu d'exercice (n=41)

	<2000 hab.	2000-5000 hab.	>5000 hab.	Total
Effectif (%)	13 (31,7%)	9 (22%)	19 (46,3%)	41

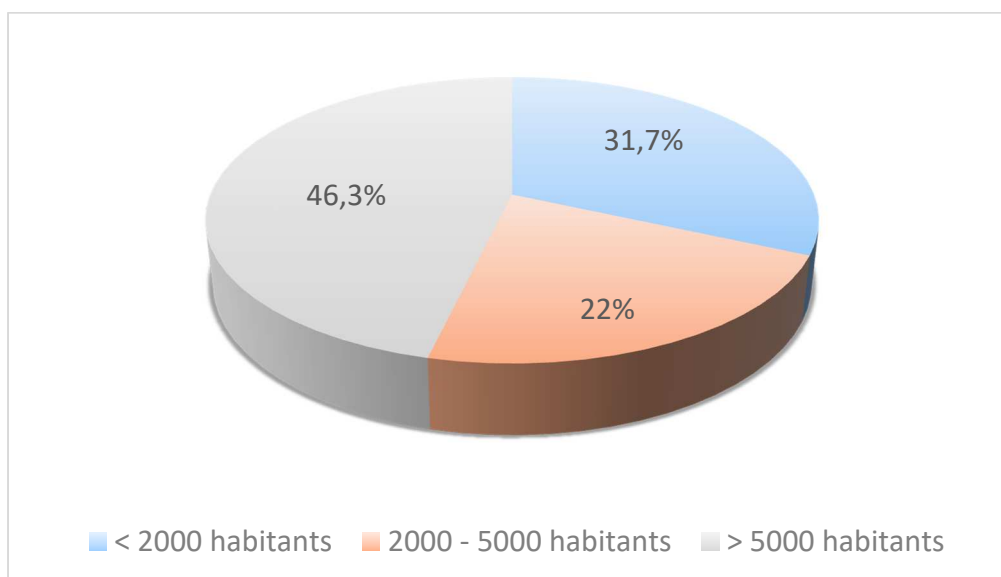


Figure 9 – Lieux d'exercice des médecins installés (n=41)

Cette répartition est représentative de la répartition des médecins généralistes du Libournais : la plupart des médecins sont installés à Libourne, et les autres au sein des communes rurales des alentours. Les communes qui comptent plus de 5000 habitants sont au nombre de trois : Coutras, Libourne et Saint-Denis-de-Pile.

2.4. Les médecins remplaçants ont-ils obtenu leurs thèses ?

Parmi les 45 médecins remplaçants ayant répondu, 21 (soit 46,7%) étaient titulaires de la thèse d'exercice de médecine générale et 24 (soit 53,3%) exerçaient avec une licence de remplacement.

3. Activité au sein de la MMG de Libourne

Chaque médecin, installé ou remplaçant, a été interrogé sur le nombre de gardes effectuées au sein de la MMG de Libourne depuis son ouverture le 1^{er} janvier 2015. A noter que les médecins remplaçants étaient interrogés à la condition qu'ils aient réalisé au minimum une garde au sein de la MMG. Les résultats se répartissent de la façon suivante :

Tableau IX – Répartition du nombre de gardes à la MMG (n=86)

Effectif n (%)	Aucune garde	1 à 3 gardes	4 à 6 gardes	7 à 9 gardes	Plus de 9 gardes	Total
Médecins installés	4 (9,8%)	15 (36,6%)	7 (17%)	4 (9,8%)	11 (26,8%)	41
Médecins remplaçants	/	16 (35,5%)	17 (37,8%)	3 (6,7%)	9 (20%)	45
Total médecins	4 (4,7%)	31 (36%)	24 (27,9%)	7 (8,1%)	20 (23,3%)	86

Seulement 4 des médecins installés interrogés n'ont réalisé aucune garde à la MMG. L'activité est relativement superposable entre les médecins remplaçants et les médecins installés ce qui traduit une bonne participation des médecins installés aux gardes de la MMG.

4. Les médecins installés et la MMG de Libourne

Pour mémoire, 41 réponses au questionnaire concernaient les médecins généralistes installés du secteur.

4.1. Étaient-ils favorables à son ouverture ?

Parmi les 41 répondants, 37 (soit 90,2%) étaient favorables à l'ouverture de la MMG et soutenaient le projet initial. Seulement 4 répondants (soit 9,8%) étaient contre le projet de MMG à Libourne.

Les 4 opposants au projet étaient tous des hommes.

Les 37 médecins favorables à la MMG étaient des femmes à 46% (17 réponses positives) et des hommes à 54% (20 réponses).

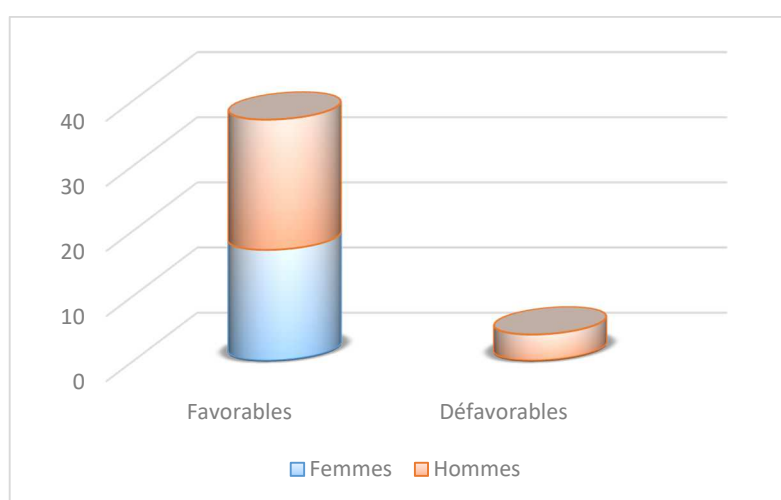


Figure 10 – Opinion des médecins installés concernant le projet de MMG (n=41)

4.2. Se faire remplacer est-il plus facile depuis l'ouverture de la MMG ?

39 médecins installés s'accordaient sur le fait que, depuis la création de la MMG, il était plus facile de se faire remplacer pour les gardes. Ces 39 médecins représentaient 95,1% des médecins installés.

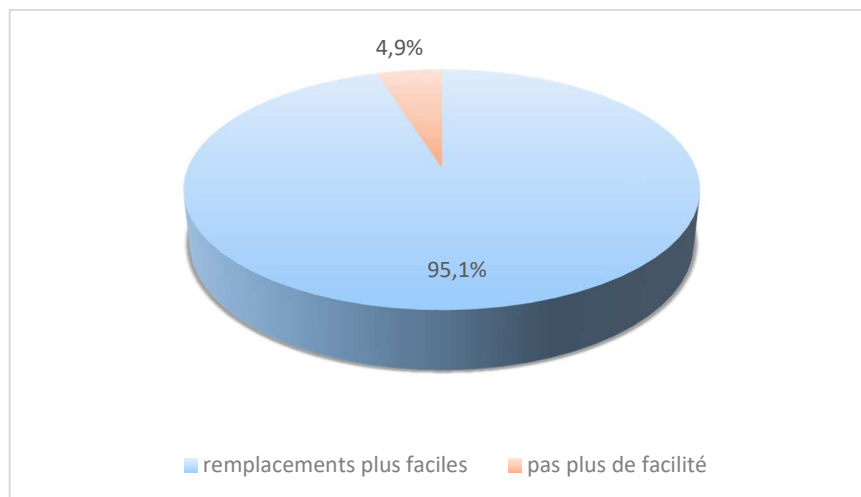


Figure 11 – Facilité de remplacement (n=41)

Seulement 2 médecins (soit 4,9% des médecins installés) pensaient qu'il n'était pas plus facile de se faire remplacer pour ses gardes à la MMG. Par ailleurs, ces deux médecins n'étaient pas favorables à la création de la MMG. L'un d'entre eux a réalisé entre 1 et 3 gardes, l'autre a déclaré avoir réalisé plus de 9 gardes.

4.3. Quel a été l'impact sur l'activité professionnelle des médecins généralistes installés ?

41,5% des médecins, soit 17 médecins installés, ont déclaré que l'ouverture de la MMG de Libourne a eu un impact sur leur activité professionnelle.

58,5% (soit 24 médecins) ont déclaré ne pas avoir ressenti d'impact sur leur activité professionnelle.

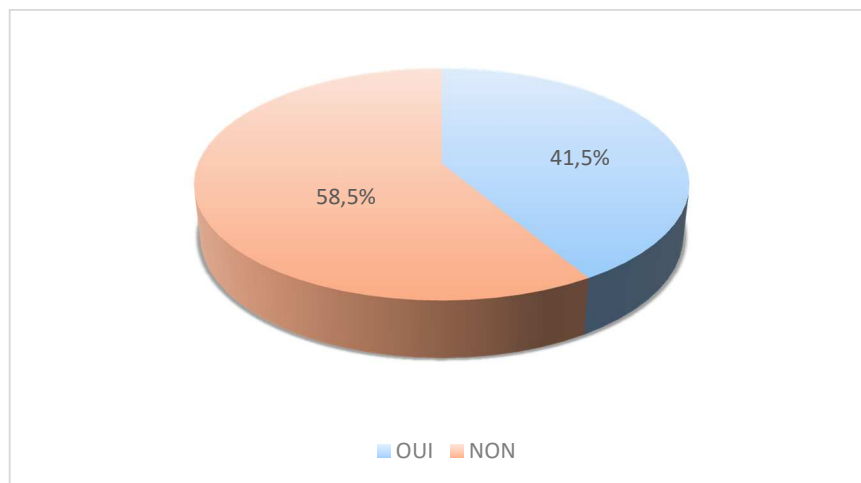


Figure 12 – Impact de la MMG sur l'activité professionnelle des médecins installés (n=41)

Sur la charge de travail

Les répondants interrogés sur la charge de travail au quotidien se répartissent de la façon suivante :

Tableau X – Répartition des répondants selon l'impact de la MMG sur leur charge de travail (n=41)

Charge de travail	Diminution	Inchangée	Augmentation	Total
Effectifs (%)	5 (12,2%)	36 (87,8%)	0	41

Sur la qualité de travail

Tableau XI – Répartition des répondants selon l'impact sur leur qualité de travail (n=41)

Qualité de travail	Diminution	Inchangée	Augmentation	Total
Effectifs (%)	0	27 (65,9%)	14 (34,1%)	41

Sur le temps de travail

Tableau XII – Répartition des répondants selon l'impact sur leur temps de travail (n=41)

Temps de travail	Augmentation	Inchangé	Diminution	Total
Effectifs (%)	0	37 (90,2%)	4 (9,8%)	41

4.4. La qualité de vie

Les médecins étaient interrogés de la façon suivante : « l'ouverture de la MMG a-t-elle eu un impact favorable sur votre qualité de vie en général ? »

28 médecins installés ont répondu avoir bénéficié d'un impact favorable sur leur qualité de vie après l'ouverture de la MMG.

13 ont déclaré n'avoir ressenti aucun impact sur leur qualité de vie. Aucun n'a déclaré un impact défavorable.

La répartition selon le sexe des médecins était la suivante :

Tableau XIII – Répartition selon le sexe de l'impact sur la qualité de vie des médecins installés (n=41)

Qualité de vie / Effectifs (%)	Impact défavorable	Aucun impact	Impact favorable	Total
Femmes	0	5 (29,4%)	12 (70,6%)	17
Hommes	0	8 (33,3%)	16 (66,7%)	24
Total	0	13 (31,7%)	28 (68,3%)	41

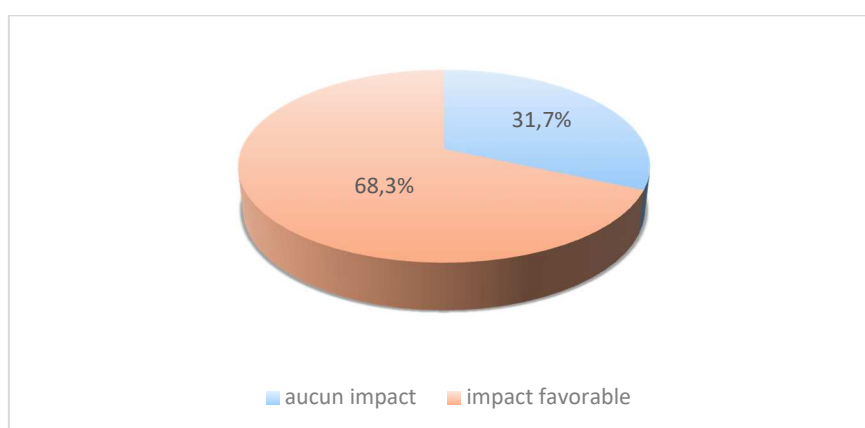


Figure 13 – Impact sur la qualité de vie des médecins installés (n=41)

Parmi les 28 médecins décrivant un impact favorable sur leur qualité de vie, 26 soutenaient le projet initial de MMG et 2 lui étaient défavorables.

Par ailleurs, la moitié d'entre eux, soit 14 médecins, ont déclaré un impact sur leur activité professionnelle.

4.5. L'impact sur l'activité professionnelle et la qualité de vie des médecins installés.

Les médecins ayant déclaré un impact sur leur activité professionnelle

Les 17 médecins ayant déclaré avoir ressenti un impact sur leur activité professionnelle après l'ouverture de la MMG ont répondu de la façon suivante aux questions concernant l'impact sur la charge, le temps et la qualité de travail :

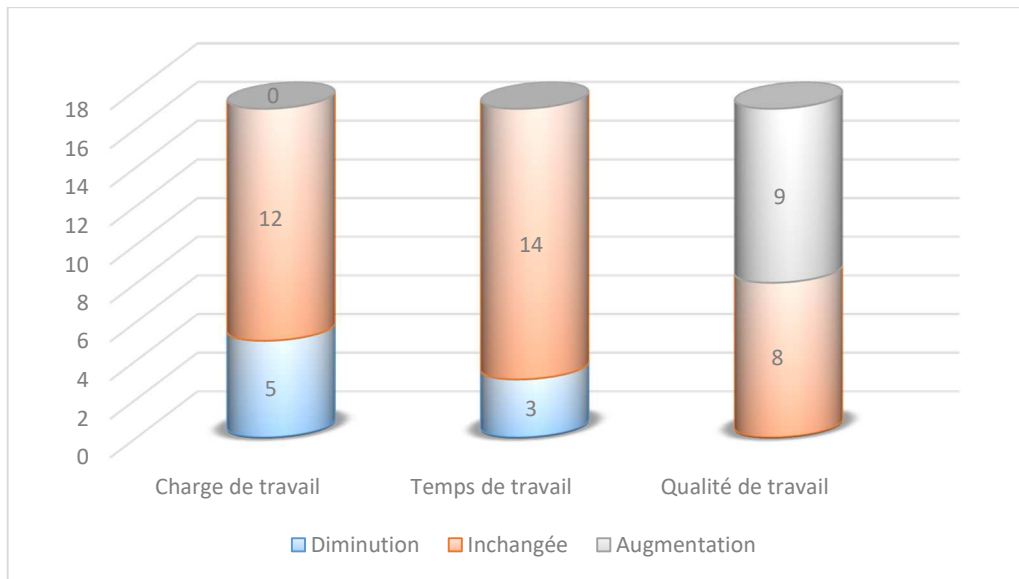


Figure 14 – Impact sur les aspects de l'activité professionnelle (n=17)

Parmi ces 17 médecins, 14 d'entre eux ont ressenti un impact favorable sur leur qualité de vie en général, tandis que 3 d'entre eux ne ressentaient aucun impact.

Les médecins ne déclarant pas ressentir d'impact sur leur activité professionnelle

Les 24 médecins ayant déclaré ne pas avoir ressenti d'impact sur leur activité professionnelle en général après l'ouverture de la MMG se répartissaient comme suit concernant la charge, le temps et la qualité de travail :

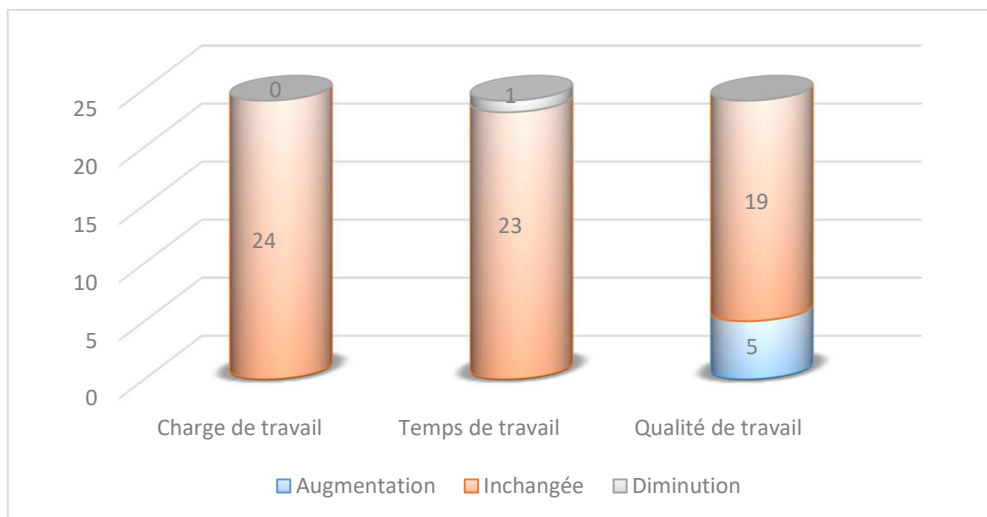


Figure 15 – Impact sur les aspects de la vie professionnelle (n=24)

Parmi ces 24 médecins, 14 ont déclaré ressentir un impact favorable sur leur qualité de vie et 10 n'ont déclaré aucun impact.

5. La satisfaction des médecins

Les trois questions portant sur la satisfaction des médecins quant à l'organisation et au fonctionnement de la MMG s'adressaient aux médecins installés aussi bien qu'aux médecins remplaçants.

5.1. La sécurité

Les médecins étaient interrogés de la façon suivante : « Etre de garde à la MMG vous a-t-il offert plus de sécurité ? »

Tableau XIV – Les opinions sur la sécurité de la MMG (n=86)

Sécurité Sexe (F/H) Effectifs (%)	OUI F / H n (%)	NON F / H n (%)	Total F / H
Médecins installés	30 (73,2%)	11 (26,8%)	41
	16 (94,1%) / 14 (58,3%)	1 (5,9%) / 10 (41,7%)	17 / 24
Médecins remplaçants	32 (71,1%)	13 (28,9%)	45
	24 (80%) / 8 (53,3%)	6 (20%) / 7 (46,7%)	30 / 15
Total	62 (72,1%)	24 (27,9%)	86
	40 (85,1%) / 22 (56,4%)	7 (14,9%) / 17 (43,6%)	47 / 39

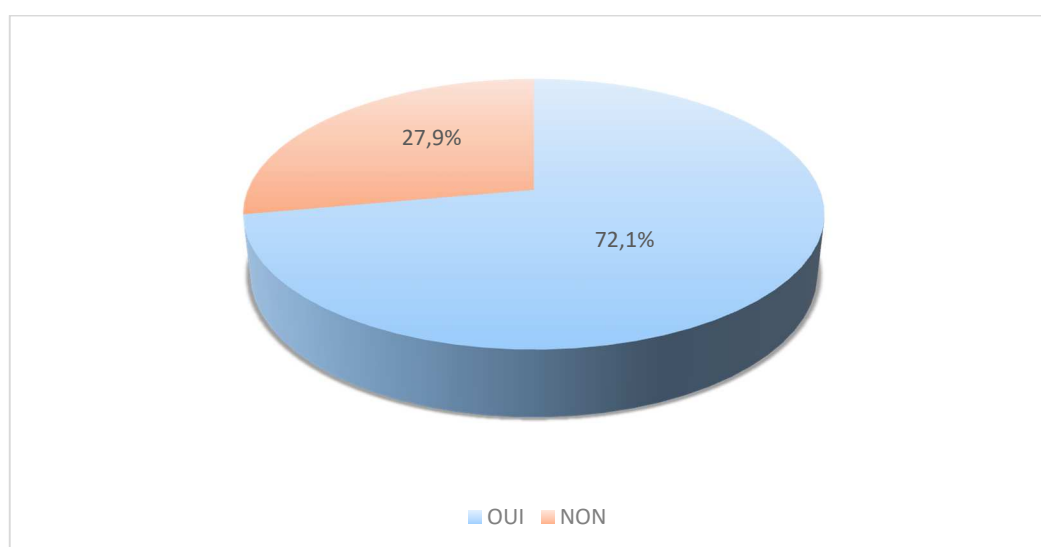


Figure 16 – La sécurité au sein de la MMG (n=86)

72,1% des interrogés a déclaré se sentir plus en sécurité dans une structure comme la MMG, majoritairement des femmes.

5.2. Les visites

La question posée portait sur le système de visites mis en place pour la PDSA du Libournais : « Etes-vous satisfait du système mis en place pour les visites (véhicule et chauffeur) ? »

Les opinions des médecins se répartissaient ainsi :

Tableau XV – Opinion des médecins généralistes sur le système des visites (n=86)

Sexe (F/H) Effectifs (%)	Très satisfait F / H n (%)	Satisfait F / H n (%)	Peu satisfait F / H n (%)	Pas du tout satisfait F / H n (%)	Total F / H
Médecins installés	24 (58,6%) 11 (64,7%)/ 13 (54,2%)	11 (26,8%) 5 (29,4%)/ 6 (25%)	6 (14,6%) 1 (5,9%)/ 5 (20,8%)	0	41 17 / 24
Médecins remplaçants	24 (53,3%) 18 (60%)/ 6 (40%)	19 (42,2%) 12 (40%)/ 7 (46,7%)	2 (4,5%) 0 / 2 (13,3%)	0	45 30 / 15
Total	48 (55,8%) 29 (61,7%)/ 19 (48,8%)	30 (34,9%) 17 (36,2%)/ 13 (33,3%)	8 (9,3%) 1 (2,1%)/ 7 (17,9%)	0	86 47 / 39

Les opinions sont plus partagées concernant le système mis en place pour les visites mais la somme des médecins très satisfaits à satisfaits de ce nouveau dispositif est de 78, soit 90,7% des médecins, dont 97,9% de femmes et 82% d'hommes.

5.3. Le fonctionnement global

La question portait sur le fonctionnement général de la MMG : « D'une façon générale, êtes-vous satisfait du fonctionnement et de l'organisation de la MMG ? »

Les répondants se positionnaient de la façon suivante :

Tableau XVI – Satisfaction des médecins concernant le fonctionnement global de la MMG (n=86)

Effectif (%)	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas du tout satisfait	Total
Médecins installés	20 (48,8%)	16 (39%)	5 (12,2%)	0	41
Médecins remplaçants	17 (37,8%)	23 (51,1%)	5 (11,1%)	0	45
Total	37 (43%)	39 (45,3%)	10 (11,7%)	0	86

D'une façon générale, les médecins s'estiment satisfaits du fonctionnement global de la MMG et de son organisation. La somme des médecins très satisfaits à satisfaits s'élevait à 76 soit 88,4% des répondants.

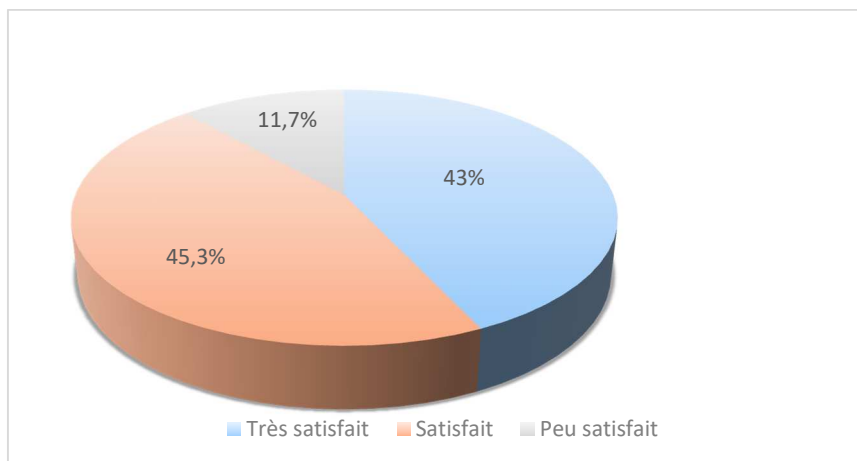


Figure 17 – Satisfaction de l'ensemble des médecins quant au fonctionnement global de la MMG (n=86)

5.4. La coordination avec le service des urgences

Les médecins étaient interrogés de la façon suivante : « Etre de garde à la MMG permet-il une meilleure coordination avec le service d'accueil des urgences du CHL ? »

30 médecins remplaçants et 25 médecins installés ont répondu OUI à cette question. Plus précisément, les répondants se répartissent de la façon suivante :

Tableau XVII – La MMG a-t-elle permis une meilleure coordination avec le service des urgences du CHL ? (n=86)

Effectif (%)	OUI	NON	Total
Médecins installés	25 (61%)	16 (39%)	41
Médecins remplaçants	30 (66,7%)	15 (33,3%)	45
Total	55 (64%)	31 (36%)	86

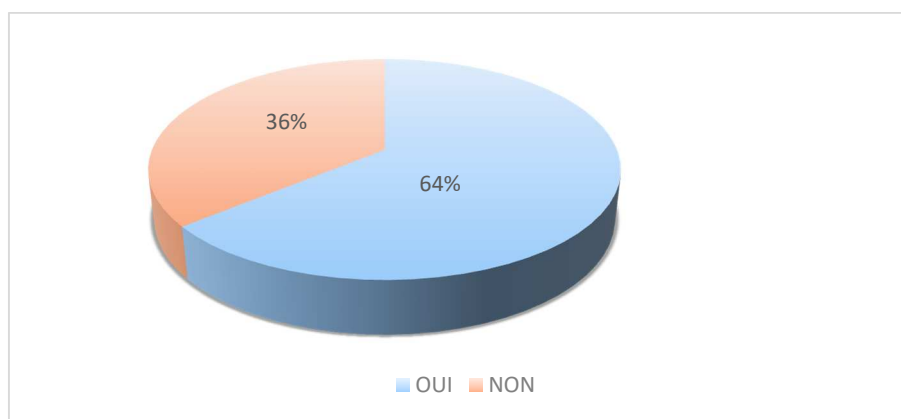


Figure 18 – Existe-t-il une meilleure coordination avec le service des urgences ? (n=86)

6. L'effet incitatif à l'installation des jeunes médecins

Les médecins installés, ainsi que les médecins remplaçants ont été interrogés sur l'effet incitatif que pouvait avoir l'existence d'une telle structure de garde sur l'installation des jeunes médecins au sein de ces secteurs. La question était : « Pensez-vous que l'existence d'une telle structure peut favoriser l'installation de jeunes médecins dans le secteur ? ». Les réponses se sont réparties ainsi :

Tableau XVIII – Impact de la MMG sur l'installation de jeunes médecins (n=86)

Effectif (%)	OUI	NON	Total
Médecins installés	34 (82,9%)	7 (17,1%)	41
Médecins remplaçants	28 (62,2%)	17 (37,8%)	45
Total	62 (72,1%)	24 (27,9%)	86

Par ailleurs, les médecins remplaçants ont été interrogés de façon spécifique : « Vous-même, envisagez-vous de vous installer dans un secteur où la PDSA s'organise autour d'une MMG ? »

Les médecins remplaçants ont répondu oui à 44,4% (20 médecins) et non à 55,6% (25 répondants).

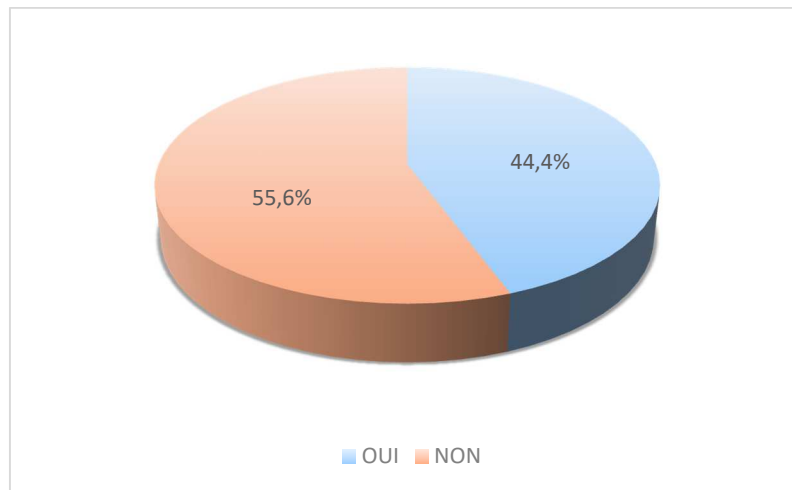


Figure 19 – Les médecins généralistes remplaçants envisagent-ils leur installation dans un secteur où la PDSA s’organise autour d’une MMG ? (n=45)

Parmi les 28 médecins remplaçants ayant répondu oui à la question précédente, sur le fait que la MMG pouvait inciter les jeunes médecins à s’installer dans le secteur, 15 d’entre eux (soit 53,6%) déclarent envisager une installation au sein d’un tel secteur tandis que 13 d’entre eux, soit 46,4%, ne l’envisagent pas.

D’autre part, parmi les 17 qui déclaraient l’existence d’une MMG non incitative à l’installation de jeunes médecins, 5 d’entre eux répondent envisager une installation dans le secteur (soit 29,4%), contre 12 qui n’envisagent pas ce choix (soit 70,6%).

7. Synthèse

Parmi les 86 répondants au questionnaire, 41 médecins installés ont répondu aux questions concernant l’impact ressenti sur leur activité professionnelle et leur qualité de vie à 18 mois de l’ouverture de la MMG de Libourne.

95,1% d’entre eux estiment que les possibilités de remplacement sont désormais plus faciles.

34,1% d’entre eux ressent une amélioration de la qualité de travail, sans augmentation ni de la charge de travail (87,8%), ni du temps de travail (90,2%).

De plus, 68,3% des médecins installés bénéficient d’une amélioration de leur qualité de vie en général.

Parmi les 41 médecins installés, 58,5% ont répondu avoir ressenti un impact sur leur activité professionnelle. Parmi eux, plus de la moitié estime bénéficier d’une meilleure qualité de travail.

Parmi les 45 médecins remplaçants interrogés, 62,2% affirment que l’existence d’une MMG peut inciter de jeunes médecins à s’installer mais seulement 55,6% d’entre eux envisagent une installation dans un secteur où la PDSA s’organise autour d’une MMG.

Concernant l'organisation de la MMG, 88,3% de la totalité des médecins interrogés s'estiment satisfaits ou très satisfaits plébiscitant ainsi, la sécurité, le système mis en place pour les visites et le fonctionnement global de la MMG.

Par ailleurs, 64% des médecins concèdent que la MMG, son installation dans les locaux du CHL et sa proximité immédiate du service des urgences permet une meilleure coordination avec celui-ci.

Quatrième partie : Discussion

1. Les principaux résultats

1.1. Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de définir l'impact sur les opinions, la satisfaction et l'activité déclarée des médecins généralistes après l'ouverture de la MMG de Libourne en janvier 2015.

La participation des médecins généralistes installés était partielle : 41 réponses valides sur un panel de 114 médecins, soit un taux de réponse de 36%. Cependant, il s'agit d'un taux de réponse tout à fait correct pour ce type d'étude, la plupart des thèses portant sur des sujets similaires ont des taux de réponse moins importants ou similaires. En effet, la thèse portant sur le réseau de PDSA en Haute-Vienne a un taux de réponse de 46,2% (44), de même qu'un travail de thèse sur les MMG en Aquitaine avec un taux de réponse de 43% (46). D'autres enquêtes de satisfaction ont, toutefois, des taux de réponse bien inférieurs : 25,9% pour une enquête de satisfaction des médecins généralistes portant sur la PDSA en Picardie (47) et 11,31% pour un travail de thèse évaluant la satisfaction des médecins intervenant à la MMG de Compiègne dans l'Oise (48).

1.1.1. La satisfaction

Les médecins installés

Nous avons pu mettre en évidence au travers de leurs réponses une satisfaction importante des médecins installés quant au fonctionnement global de la MMG de Libourne. 48,8% d'entre eux étaient très satisfaits et 39% satisfaits de ce nouveau mode d'organisation de PDSA dans ce vaste secteur. Plus précisément, on peut décliner cette satisfaction générale en plusieurs éléments :

- **Les remplacements** : se faire remplacer dans une structure comme celle-ci est désormais plus facile pour la majeure partie de médecins installés (95,1%). Seulement 2 d'entre eux ne pensaient pas cela plus simple.

La plus grande facilité de remplacements s'explique de plusieurs façons : d'une part, la MMG étant basée à Libourne, elle se situe sur l'axe autoroutier n°89 (A89), rendant ainsi un accès facilité pour la plupart des remplaçants de Gironde qui vivent autour de Bordeaux. D'autre part, l'activité de consultation y est importante, ce qui motive les remplaçants qui, parfois, restaient seuls au cabinet médical à attendre les appels de la régulation médicale du centre 15.

- **La sécurité** : 73% des médecins installés, majoritairement des femmes, affirment se sentir plus en sécurité à la MMG qu'avec l'ancien système de garde.

En effet, la MMG est située à proximité immédiate du service des urgences du CHL, plus précisément dans un couloir qui permet au personnel ainsi qu'aux patients de se rendre dans les services hospitaliers. Le passage y est permanent et des agents de sécurité assurent des rondes la nuit.

Aucun évènement particulier n'a été rapporté depuis l'ouverture de la MMG en dehors du vol d'une machine à café de la salle de repos.

- **Le système inédit mis en place pour les visites** a été plébiscité par 85,4% des médecins installés qui se sont dits très satisfaits ou satisfaits.

Ce système de véhicule avec chauffeur a été mis en place pour plusieurs raisons : améliorer la sécurité en n'étant jamais seul lors des visites (même si le chauffeur reste à l'extérieur du domicile des patients) et limiter les déplacements longs, seul, dans la mesure où le secteur est très vaste et où les médecins ne souhaitaient pas réaliser autant de trajet seuls avec leurs véhicules personnels. La contrepartie est de ne pas facturer au patient les indemnités kilométriques du déplacement.

- **La coordination avec le service des urgences** : les médecins déclarant une meilleure coordination sont finalement moins nombreux qu'envisagé (61%). Ces résultats sont plutôt étonnants dans la mesure où l'IOA oriente les patients relevant de soins de médecine générale à la MMG et en cas de doute, un contact avec l'un des médecins de garde à la MMG est établi par téléphone ou physiquement en accompagnant le patient.

Inversement, lorsque le médecin de garde souhaite orienter son patient vers le service des urgences ou nécessite, selon la situation, un avis spécialisé, notamment pédiatrique, il peut accompagner son patient aux urgences de façon à transmettre au mieux les informations médicales et entretenir ainsi une bonne collaboration avec les médecins urgentistes.

Cependant, les services d'urgences en général et celui du CHL en particulier fonctionnent à flux tendu une grande partie de la journée. La plupart des entrées ont en effet lieu l'après-midi et en soirée avec des délais d'attente qui peuvent parfois s'élever à plusieurs heures, ce qui peut compromettre la bonne communication entre les médecins de garde.

Au total, les médecins généralistes installés du secteur 702 sont globalement satisfaits par le fonctionnement et l'organisation de la MMG, même si 4 d'entre eux ne soutenaient pas le projet initialement. Parmi ces 4 médecins, 3 se sont toutefois dits satisfaits par la MMG.

On peut aussi mettre en lumière la **diminution du nombre de gardes** pour les médecins généralistes au sein d'une telle structure. En effet, avec l'ancien système de garde, en dehors des secteurs regroupant de nombreux médecins comme celui de Libourne, le nombre moyen de gardes annuelles était nettement supérieur. Actuellement, un médecin installé apparaît sur le planning de garde une fois par mois avec de deux à quatre gardes de week-end (ou jour férié) par an.

Nos résultats rejoignent ceux d'une étude qualitative menée en 2008 au moyen d'entretiens individuels sur la MMG de Langon. Les médecins interrogés s'estimaient globalement satisfaits du fonctionnement de la MMG, concernant en particulier les lieux, les conditions de travail, la prise en charge des patients et l'organisation de la MMG en général. De plus, les intervenants interrogés plébiscitaient la communication avec le service des urgences (40).

De même, les médecins généralistes participant à la MMG de Sallanches (en Haute-Savoie) ont été interrogés en 2008 lors d'un travail de thèse sur la MMG, au moyen d'un questionnaire. 78% des médecins interrogés ont répondu à ce questionnaire et tous s'estimaient satisfaits de la MMG de Sallanches. Aucun d'entre eux ne reviendrait à l'ancien système de PDSA (49).

Les médecins remplaçants

Les réponses des médecins remplaçants concernant la satisfaction générale, la sécurité, le système des visites et la coordination avec le service des urgences étaient superposables à celles des médecins installés.

La satisfaction des médecins remplaçants s'explique par plusieurs éléments :

- **La sécurité** : le fait de réaliser des gardes dans un lieu sécurisé, en collaboration avec d'autres médecins, et assurer les visites accompagné d'un chauffeur qui connaît mieux la géographie du secteur. Auparavant, le médecin remplaçant était seul au cabinet médical.
- **L'activité** : l'activité de consultation y est assurée, contrairement à l'ancien système de PDSA où l'activité était faible surtout en soirée. Le médecin remplaçant se déplaçait souvent de l'agglomération bordelaise et n'était parfois rémunéré que par le forfait astreinte attribué par l'ARS. La MMG permet de maintenir un niveau d'activité convenable et ainsi une rémunération garantie, d'autant plus que les médecins remplacés rétrocèdent la totalité des honoraires de garde en plus du forfait astreinte à leurs remplaçants.

En effet, une moyenne de 26 actes par jour était réalisée à la MMG en 2016, contre 20 en 2015. Le paiement à l'acte cumulé au forfait « astreinte » attribué par l'ARS permet aux

médecins remplaçants de percevoir une rémunération conséquente pour leurs gardes à la MMG, les rendant d'autant plus attractives pour de jeunes médecins qui débutent leur activité libérale parfois aléatoire.

- **La collaboration avec d'autres médecins**, installés et remplaçants : permettant ainsi de développer son réseau et ne pas être seul, notamment sur les plages horaires longues du week-end où la présence est requise à la MMG. Cela permet également un échange sur certains problèmes médicaux ou administratifs pouvant être rencontrés au cours d'une garde. De plus, cette collaboration entre différentes générations de médecins permet un partage enrichissant pour chacun.

1.1.2. L'impact sur l'activité professionnelle et la qualité de vie

Concernant l'activité professionnelle des médecins installés, nos résultats sont positifs tant sur l'activité professionnelle que sur la qualité de vie.

La majorité des médecins généralistes interrogés n'ont pas déclaré d'impact sur leur activité professionnelle (58%). Néanmoins, plus de la moitié d'entre eux ont reconnu une amélioration de leur qualité de travail, sans augmentation du temps ou de la charge de travail.

Les médecins ayant déclaré un impact sur leur activité professionnelle ont majoritairement observé une amélioration de la qualité de travail. Seulement quelques-uns ont ressenti une diminution du temps et de la charge de travail. La plupart d'entre eux n'a pas ressenti de changement à ces deux niveaux.

Ces résultats s'expliquent par la facilité de remplacement pour les gardes d'une part, et la diminution du nombre de gardes d'autre part.

Les médecins ne sont pas égaux selon les secteurs mais globalement, même si les gardes étaient moins fréquentes au sein de l'ancien secteur de Libourne, le nombre de gardes par médecin s'en trouve tout de même diminué.

De plus, avec l'ancien système de PDSA, le médecin de garde effectuait le week-end dans son intégralité (samedi et dimanche), ce qui n'est plus le cas à la MMG.

L'activité professionnelle hors PDSA est inchangée mais le médecin peut confier ses patients à la MMG en soirée.

Outre l'activité professionnelle et la qualité de travail, c'est la qualité de vie en général qui s'est vue améliorée avec l'ouverture de la MMG selon 28 médecins (soit 68,3%).

Ces résultats positifs pour l'ensemble des médecins installés s'expliquent par les raisons évoquées précédemment, la diminution du nombre de gardes, la facilité de remplacement et la qualité des gardes à la MMG pour ceux qui désirent tout de même assurer tout ou partie de leurs gardes.

Un travail de thèse évaluait au cours du premier semestre de l'année 2014, l'expérimentation d'un médecin mobile afin d'assurer la PDSA en complément des médecins effecteurs fixes du secteur au sein du bassin de Muret, en Haute-Garonne. Selon ce travail, 89% des médecins généralistes participant à la PDSA en tant qu'effecteurs fixes et ayant répondu au questionnaire (le taux de participation était de 22,7%), concédaient un impact bénéfique sur la qualité de travail après la mise en place des effecteurs mobiles exclusifs (50).

A l'heure où les médecins libéraux expriment parfois une grande lassitude et où le burn-out est une des premières causes d'arrêt de travail, il est encourageant de pouvoir améliorer la qualité de vie et de travail des médecins en modifiant le système de PDSA et en créant une structure permettant d'assurer les consultations en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux tout en diminuant le nombre de gardes par médecin et en leur permettant des remplacements plus faciles.

Force est de constater que dans les communes rurales du Libournais, la population croît, le corps médical est vieillissant et l'offre de soins n'augmente pas autant que les besoins de la population, demandant ainsi aux médecins un travail plus important.

Nos résultats montrent que malgré l'augmentation de la demande de soins, une structure comme la MMG peut améliorer le quotidien de chacun, en n'augmentant pas la charge de travail des médecins, en améliorant même leur qualité de vie tout en maintenant une offre de soins adaptée aux besoins de la population.

1.2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de notre travail visait à évaluer l'effet incitatif sur l'installation des jeunes médecins d'une MMG autour de laquelle est organisée la PDSA d'un territoire de garde.

Les médecins installés répondaient à près de 83% que l'existence d'une MMG pouvait favoriser l'installation de jeunes médecins, tandis que les médecins remplaçants ayant effectué des gardes à la MMG ont répondu de façon plus mesurée. 62,2% d'entre eux pensaient qu'une MMG peut favoriser l'installation de jeunes médecins.

De façon plus spécifique, une majorité de remplaçants n'envisage pas de s'installer dans une zone où la PDSA s'articule autour d'une MMG.

Ces résultats peuvent sembler étonnants mais doivent être interprétés en fonction de la géographie de l'étude. En effet, la plupart des remplaçants de Gironde vit dans l'agglomération bordelaise, où la problématique de PDSA est moins prégnante qu'en secteur rural.

Parmi les remplaçants interrogés, certains n'envisagent pas du tout de s'installer, certains envisagent de s'installer à proximité immédiate ou au sein de l'agglomération bordelaise où le nombre de médecins est relativement conséquent par secteurs de garde. D'autant plus que certains secteurs, notamment la CUB (Communauté Urbaine de Bordeaux) sont couverts par SOS Médecins. Les médecins généralistes installés ne sont ainsi sollicités pour les gardes que les week-ends, et ce jusqu'à 20h et non minuit. Les gardes sont, au sein de ces territoires, moins nombreuses et demandent moins d'investissement personnel de la part du médecin, qui trouve donc des remplaçants facilement.

Les réponses auraient peut-être été différentes si nous avions interrogé l'ensemble des médecins remplaçants aquitains, ou du territoire français, ce qui pourrait faire l'objet d'un travail dédié ultérieur.

La thèse portant sur la mise en place d'un dispositif expérimental de médecin mobile exclusif au sein du bassin de Muret en Haute-Garonne, interrogeait également les médecins remplaçants ayant effectué des gardes en tant qu'effecteur mobile. L'intégralité des remplaçants ayant répondu au questionnaire (le taux de participation était de 85,7%) s'estimaient satisfaits de ce nouveau système et affirmaient que ce type d'organisation (médecins effecteurs fixes et mobiles) de PDSA pouvait inciter de jeunes médecins généralistes à s'installer au sein de ces secteurs (50).

De plus, un travail réalisé en 2013 au sein de l'université de Toulouse-Rangueil interrogeait les jeunes médecins généralistes ayant souscrit un Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) sur les facteurs déterminant leur choix de lieu d'installation. Outre les facteurs personnels, l'organisation de la PDSA avait une influence pour 45% des répondants et parmi eux, presque 11% d'entre eux souhaitaient qu'elle s'organise autour d'une MMG (51). Ces résultats sont relativement similaires aux nôtres dans la mesure où l'existence d'une MMG n'a que peu d'influence sur les intentions d'installation des médecins généralistes.

Il semblerait que l'organisation de la PDSA soit un facteur important pour envisager une future installation mais pas nécessairement l'existence d'une MMG. En effet, les médecins qui souhaitent s'installer tiennent compte des possibilités et des contraintes liées à chaque secteur. Certains secteurs sont couverts par SOS Médecins et les gardes de médecine générale ne sont à assurer que les week-ends. Il faut également considérer le nombre de médecins au sein du secteur, leur moyenne d'âge, la superficie du secteur et l'offre de soins hospitalière de proximité.

Les facteurs influençant l'installation des jeunes médecins sont donc à appréhender en fonction du secteur où ils souhaitent s'installer. Une MMG ne peut donc attirer à elle seule de nouveaux médecins généralistes au sein du territoire qu'elle couvre.

2. Les forces et les limites de l'étude

2.1. Conception de l'étude

L'étude que nous avons mise en œuvre est une étude quantitative observationnelle. Les médecins interrogés l'ont été au moyen d'un questionnaire adapté à la MMG de Libourne, mais sans validation scientifique.

Pour pallier cette difficulté, une phase test a été appliquée avant la diffusion du questionnaire, ne mettant pas en évidence de difficultés particulières que ce soit pour l'utilisation de Google Drive® ou pour le questionnaire en lui-même.

Tous les médecins du secteur 702 ont été contactés par mail, de même que tous les médecins remplaçants ayant effectué des gardes à la MMG. Cependant, le fait d'avoir contacté les médecins remplaçants via la mailing-list des remplaçants d'Aquitaine, constitue un biais de recrutement.

De plus, nous ne pouvons pas exclure le risque de double réponse au questionnaire, celui-ci ayant été adressé à l'ensemble de la population concernée par mail. Cependant, pour limiter ce biais, un message explicatif accompagnait le questionnaire lors des deux diffusions. A l'occasion du deuxième envoi, ce message stipulait qu'il s'agissait d'une relance qui ne concernait pas les médecins ayant déjà répondu au préalable.

Par ailleurs, le fait de n'avoir diffusé le questionnaire que par voie électronique représente également un facteur limitant la réponse de certains médecins qui auraient peut-être préféré répondre à une version papier. Toutefois, chaque médecin du secteur est équipé d'une adresse mail via laquelle il est contacté pour toutes les informations concernant la MMG de Libourne, que ce soit les réunions d'information ou les convocations aux assemblées générales, c'est pourquoi nous avons pensé que chaque médecin du secteur consultait de façon régulière son courrier électronique et qu'il lui était possible de répondre au questionnaire par retour de mail.

On ne peut cependant pas exclure que les médecins exemptés ou non volontaires se sont sentis moins concernés par ce questionnaire et n'y ont pas répondu.

Une étude qualitative au moyen d'entretiens individuels aurait pu permettre d'appréhender les opinions des médecins plus en détail mais notre souhait était avant tout de pouvoir interroger tous les

médecins afin d'évaluer leur satisfaction à 18 mois de l'ouverture de la MMG et l'impact sur leur activité professionnelle.

Nous n'avons pas formulé de question ouverte, notamment à la fin du questionnaire afin de laisser la parole aux médecins intervenant à la MMG concernant d'éventuelles remarques ou suggestions. Les assemblées générales de l'APSL assurent ce rôle de recueil et de discussion des problèmes et des points levés par les médecins assurant les gardes à la MMG. Il a notamment été question d'étendre la PDS aux samedis matins dès 8h lors de la dernière assemblée générale.

2.2. Analyse des résultats

Les résultats ont été exprimés en pourcentage, sans autre analyse statistique. De plus, nous n'avons pas réalisé de calcul en amont du nombre de sujets nécessaires dans la mesure où tous les médecins concernés ont été interrogés.

2.3. Les principaux biais

Il existe un biais de sélection du fait de la méthodologie employée dans ce type d'étude observationnelle.

Les médecins répondants, notamment les médecins installés, sont susceptibles d'avoir répondu car ils étaient plus intéressés par le projet de MMG que d'autres médecins. En effet, certains médecins se font systématiquement remplacer pour leurs gardes et ne se sentent peut-être pas impliqués dans ce projet. Le taux de réponse reste satisfaisant (36%) mais du fait de l'anonymat des réponses, nous ne pouvons analyser la population des non-répondants.

On ne peut négliger un biais de prévarication avec des réponses aux questionnaires orientées. L'anonymat des réponses était précisé aux participants au moment de la diffusion du questionnaire de façon à limiter cet effet. De plus, s'agissant d'un questionnaire auto-administré, le médecin interrogé y répondait seul, sans interlocuteur afin de limiter d'autant plus ce biais.

Il existe également un biais de sélection pour l'objectif secondaire qui vise à évaluer l'impact de l'existence d'une MMG au sein d'un secteur de garde sur l'installation des jeunes médecins. En effet, seuls les remplaçants ayant effectué des gardes au sein de la MMG de Libourne ont été interrogés, les résultats ne peuvent donc pas être généralisés à l'ensemble des remplaçants.

3. Implication des résultats

Malgré les biais soulignés, les résultats semblent conforter le système de PDSA autour de la MMG de Libourne. Une grande majorité des médecins, installés et remplaçants, se disent satisfaits du fonctionnement général de la MMG, sans augmentation ni du temps, ni de la charge de travail des médecins installés. Ce fonctionnement a même permis pour certains d'améliorer leur qualité de travail et leur qualité de vie en général, ce qui n'est pas négligeable à l'heure actuelle où les médecins généralistes accusent une charge de travail toujours plus importante et où le burn-out est une des premières causes d'arrêt de travail.

La MMG de Libourne est l'exemple de l'évolution de la PDSA, assurée par les médecins de plusieurs secteurs regroupés en un plus vaste territoire, faisant appel à un réseau de remplaçants motivés tout en collaborant avec le service des urgences du CHL à proximité immédiate.

Par la suite, il serait intéressant d'étudier l'évolution du nombre de passages aux urgences du CHL depuis l'ouverture de la MMG, aux horaires de PDSA d'une part et en dehors de ces horaires d'autre part. De plus, pour affirmer que ce nouveau système de garde permet de maintenir une PDSA de qualité pour l'ensemble de la population du secteur, il serait bon d'évaluer la satisfaction des patients.

Conclusion

Le projet mené depuis 2013 pour la création de la MMG de Libourne satisfait la majorité des médecins y intervenant, qu'ils soient installés au sein du secteur ou remplaçants. Son fonctionnement général, le système inédit mis en place pour les visites et les améliorations apportées au cours des deux premières années d'existence de la MMG ont été plébiscités par la plupart des médecins interrogés. L'impact sur leur activité professionnelle est très positif dans la mesure où ni la charge de travail, ni le temps de travail n'ont augmenté. Certains médecins rapportent même un impact favorable sur leur qualité de travail.

La qualité de vie en général de nombreux médecins installés s'est vue améliorée depuis l'ouverture de la MMG, confortant ainsi ce système de PDSA qui satisfait à la fois les médecins du secteur, les remplaçants et les patients.

Il semblerait toutefois que malgré la satisfaction des médecins remplaçants, l'existence d'une MMG au sein d'un territoire ne les incite pas plus à envisager une installation.

L'ARS en partenariat avec les médecins libéraux du secteur ont su s'adapter aux besoins de la population tout en tenant compte des contraintes liées au territoire, afin de pouvoir garantir un accès à une PDSA de qualité pour l'ensemble des patients du Libournais. La création de la MMG a permis de diminuer le nombre de gardes des médecins installés, tout en facilitant les possibilités de remplacements et en assurant la sécurité des patients et des médecins au sein de cette structure intra-hospitalière et lors des déplacements nécessaires.

Il s'agit d'un projet réussi, qui peut guider de nouvelles initiatives, que ce soit au sein de la grande région Nouvelle-Aquitaine ou à un échelon national de façon à apporter une réponse adéquate aux usagers du système de santé et aux médecins libéraux en activité, sur lesquels repose la PDSA. Dans des secteurs où la densité médicale est faible, la population médicale vieillissante et les successions difficiles à assurer, ce type de structure peut faciliter la collaboration des médecins et encourager l'installation de nouveaux médecins.

Avec la création des MMG, la PDSA a su évoluer en tenant compte des problématiques liées à la médecine générale libérale, dans l'intérêt des patients et de leur prise en charge de façon à pouvoir maintenir une activité de consultation en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux, conformément au Code de Déontologie. Toutefois, la satisfaction des patients concernant ce dispositif reste à évaluer de façon à pérenniser la MMG de Libourne d'une part, et de soutenir toute nouvelle initiative au sein d'autres territoires pour maintenir une PDSA de qualité au bénéfice des patients et des médecins libéraux.

Bibliographie

- (1) La permanence des soins [En ligne]. Caisse Nationale d'Assurance Maladie, [mis à jour le 30 octobre 2014 ; cité le 7 avril 2017]. Disponible à l'URL : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-permanence-des-soins.php>
- (2) Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin du XIXème siècle – 2001). Ann de Bretagne et des Pays de l'Ouest. 2009 ; 116-2 : 217-229.
- (3) République française. Article 77 du Code de Déontologie Médicale. Version en vigueur du 8 septembre 1995 au 16 septembre 2003.
- (4) République française. Article 223-6 du Code Pénal. JORF du 22 septembre 2000 en vigueur le 1^{er} janvier 2002.
- (5) République française. Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville. Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 2002/30 p. 217-222.
- (6) Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis à Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé le 22 janvier 2003.
- (7) République française. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JORF du 6 septembre 2003.
- (8) République française. Article 77 du Code de Déontologie Médicale. Modifié par Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003. JORF du 16 septembre 2003.
- (9) République française. Article 78 du Code de Déontologie Médicale. JORF du 8 septembre 1995.
- (10) République française. 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. JORF du 16 septembre 2003.
- (11) République française. Circulaire DHOS/01 n° 587-2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- (12) République française. Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 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. JORF du 8 avril 2005.
- (13) République française. Arrêté du 3 mai 2007 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés. JORF du 16 mai 2007.
- (14) République française. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 22 juillet 2009.
- (15) République française. Article L.4130-1 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. JORF du 22 juillet 2009.

- (16) République française. Article L.6314-1 du Code de Santé Publique, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. JORF du 22 juillet 2009.
- (17) République française. Article 75 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF du 27 janvier 2016.
- (18) Union européenne. Décision de la commission du 30 novembre 2009 modifiant la décision 2007/116/CE en ce qui concerne l'introduction de numéros réservés supplémentaires commençant par 116. JO de l'UE du 3 décembre 2009.
- (19) République française. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. JORF du 24 juillet 2016.
- (20) République française. Arrêté du 3 mai 2010 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale. JORF du 5 mai 2010.
- (21) Union nationale des caisses d'assurance maladie. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 26 juillet 2011.
- (22) République française. Avis relatif à l'avenant n° 2 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016. JORF du 29 avril 2017.
- (23) Nomenclature Générale des Actes Professionnels restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005 [En ligne]. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, [mis à jour le 20 juillet 2016 ; cité le 7 avril 2017]. Disponible à l'URL : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/orthoptistes/exercer-au-quotidien/ngap.php>
- (24) CNOM. 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. Janvier 2014.
- (25) CNOM. 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 2014. [En ligne] 2015. [cité le 7 avril 2017] Disponible à l'URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1591>.
- (26) CNOM. 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 2015. [En ligne] 2016. [cité le 7 avril 2017] Disponible à l'URL : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1701>.
- (27) CN URPS ML Commission PDSA. Recueil de données : PDSA. URML-Alsace. 6 juin 2014.
- (28) CNOM. L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des Médecins. 23 juin 2001.
- (29) CNOM. Atlas de la démographie médicale en France, Situation au 1^{er} janvier 2016. 2016.
- (30) Flori F, Gilgenkrantz S. Démographie médicale : comment lutter contre les déserts médicaux ? Médecine/Sciences 2007 ; 23 : 533-537.
- (31) ARS Aquitaine. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires en Aquitaine. 22 juillet 2015.
- (32) République française. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

- (33) République française. Annexe 1 de la circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Cahier des charges sur les Maisons médicales de garde. 2007.
- (34) Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique 2005 ; 17 : 233-240.
- (35) Mino JC, Breton M. Quelle place pour les maisons médicales de garde dans la permanence des soins ? Le Concours Médical. 2004 ; Tome 126-30/31 : 1815-1819.
- (36) Grall JY, Les Maisons Médicales de Garde. Rapport remis à Mr Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités. Juillet 2006
- (37) ARS Nouvelle-Aquitaine. [En ligne] [cité le 7 avril 2017] Disponible à l'URL : <http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr>
- (38) INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2016. Données départementales. [En ligne] [cité le 7 avril 2017] Disponible à l'URL : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198#documentation>.
- (39) CNOM. La démographie médicale en région Aquitaine : situation en 2013. 2013.
- (40) Casamayou L. La MMG de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Thèse de médecine : Université de Bordeaux ; 2014.
- (41) Maillard-Acker C. Infirmière Organisatrice de l'Accueil et référentiel. Société française de médecine d'urgence. 2012.
- (42) Queval CH. [Accès au système de garde en médecine générale](#) : analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultations à la maison médicale de garde de Calais. Thèse de médecine : Université de Lille ; 2014.
- (43) Koubbi L. Evaluation de la satisfaction des usagers consultant au SAMI. Cas du SAMI de Champigny-sur-Marne / Villiers-sur-Marne (94). Thèse de médecine : Université de Créteil - Paris XII ; 2010.
- (44) Marchesseau D. La permanence des soins en Haute-Vienne : enquête auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du département. Thèse de médecine : Université de Limoges ; 2009.
- (45) République française. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. JORF n°0267 du 17 novembre 2016.
- (46) Simiot E. Les Maisons Médicales de Garde en Aquitaine : l'opinion des médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Bordeaux ; 2015.
- (47) Cagnon M. La permanence des soins ambulatoires en Picardie : enquête de satisfaction réalisée en 2014-2015 auprès des médecins généralistes. Thèse de médecine : Université d'Amiens ; 2015.
- (48) Azy S. Permanence des soins ambulatoires dans l'Oise : Etude de la Maison Médicale de Compiègne. Thèse de médecine : Université d'Amiens ; 2016.
- (49) Weber A. La Maison Médicale de Garde de Sallanches : L'implantation au sein du Service des Urgences Hospitalières comme réponse possible à la Permanence de Soins en zone de montagne. Évaluation de son fonctionnement et devenir. Thèse de médecine : Université de Grenoble ; 2009.

(50) Berthonneau C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret. Evaluation lors du premier semestre 2014. Thèse de médecine : Université de Toulouse ; 2015.

(51) Grassaud MH. Déterminants du choix du lieu d'installation en zone déficitaire pour les internes ayant souscrit au contrat d'engagement de service public. Thèse de médecine : Université de Toulouse ; 2013.

Annexes

Annexe 1 : Convention relative à la MMG entre le CHL et l'APSL.

Convention relative à la Maison Médicale de Garde située sur le site de Libourne au Centre Hospitalier

Entre

Le Centre Hospitalier de Libourne représenté par son directeur.

Et

L'Association Permanence Santé représentée par son président.

Il a été arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : Objet

La présente convention résulte d'un accord entre la Direction, le chef de pôle Urgences SMUR surveillance continue du Centre Hospitalier de Libourne(CHL) et l'Association Permanence Santé du Libournais(APSL).

Elle a pour objet de définir les conditions de collaboration entre le CHL et l'APSL, en vue de participer à la permanence des soins avec le service des urgences de Libourne en accord avec le SAMU de la Gironde et l'Agence Régionale de Santé(ARS).

Article 2 : Amplitudes

L'organisation de la permanence des soins suppose, sur le site du CHL la mise à disposition de locaux sur les amplitudes suivantes :

- 20h à 00h du Lundi au Vendredi
- 8h à 00h les dimanches, jours fériés et ponts
- 12h à 00h les samedis.

Article 3 :

Le CHL met à disposition de l'APSL :

- Du temps d'infirmier d'accueil et d'orientation(IAO) durant l'amplitude d'ouverture de la maison médicale de garde(MMG).
- Trois cabinets de consultation, à proximité immédiate du service des urgences, équipés chacun d'un bureau, d'un fauteuil, deux chaises visiteurs, d'un divan d'examen et d'un point d'eau. La superficie totale (bureaux, circulation, salle d'attente et toilettes) étant de 110 m².
- Une mise en réseau de ces trois cabinets par Ethernet.
- Une salle d'attente avec des chaises et des toilettes attenantes.
- L'entretien de ces locaux, la maintenance des équipements, l'eau et l'électricité.
- Le petit matériel comprenant : draps d'examen, abaisses langue, gel hydro-alcoolique, spéculums auriculaires et vaginaux, gants, doigts, masques et compresses.
- L'accès à une ligne téléphonique à haut débit.
- La signalétique.
- Un véhicule avec chauffeur pendant les heures de permanence dans le cadre des visites à domicile demandées par la régulation.

L'APSL s'engage à :

- Fournir la liste des médecins autorisés et le calendrier des permanences.
- Prendre à sa charge l'abonnement téléphonique.
- S'acquitter de ses obligations financières vis-à-vis du CHL conformément à l'article 6 de la présente convention.

Article 4 : Responsabilité

Les parties signataires s'engagent quant à leur couverture respective en matière d'assurance (responsabilité civile, multirisque...) nécessaire à la bonne exécution des activités relatives à la permanence des soins. Chaque médecin fournira un contrat de responsabilité civile conformément aux dispositions de la loi du 4 Mars 2002. Le champ d'intervention des médecins assurant des permanences à la MMG est strictement limité aux activités couvertes dans les contrats sus visés et dont les modalités sont énoncées dans le règlement intérieur de la MMG fixant les droits et les obligations des médecins participant à la permanence des soins. En cas de non-respect de ces dispositions par l'un ou l'autre des cosignataires, le CHL et l'APSL sont respectivement dégagés de toute responsabilité.

Article 5 : Prise en charge du patient.

L'agent chargé de l'accueil se basera sur le référentiel de l'IAO édité par la Société Française de Médecine d'Urgence et proposera aux patients de niveau V (motif de recours le moins urgent correspondant à une simple consultation sans acte technique) le recours à la MMG.

Article 6 : Modalités financières.

En contrepartie des mises à disposition visées à l'article 3, l'APSL versera au CHL

- La somme de **25604.50 €** au titre de participation aux frais de personnel.
- La somme de **69550 €** pour le véhicule et son chauffeur.
- Un loyer annuel fixé à **1200 € + 1200 €** pour le cout du petit matériel fourni (le cout initial est valable pour l'année 2015 et sera réévalué tous les ans en fonction de l'évolution des besoins).

L'APSL réglera le CHL dès l'allocation des fonds par l'ARS.

Article 7 : Suivi et évaluation.

Les parties conviennent de la tenue d'une réunion semestrielle afin de réaliser un suivi des conditions de fonctionnement de la présente convention ainsi qu'un bilan d'activité de la permanence des soins. Un groupe composé d'un représentant de chacun des cosignataires et du chef de pôle est en charge du suivi et de l'évaluation. Ce groupe sera convoqué un mois à l'avance par le CHL après accord des parties sur la date et l'heure.

Article 8 :

La présente convention est applicable pour une durée d'un an. L'accord contractuel est reconductible par tacite reconduction annuellement. Chacune des parties pourra alors mettre fin à sa participation suivant un préavis de 6 mois précédent l'échéance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Libourne le 19 Novembre 2014

Pour l'APSL le Dr MARTELL Cédric

Pour le CHL Monsieur BRUBALLA Michel.

Annexe 2 : Convention pluriannuelle ARS – Maison médicale de garde.



Convention pluriannuelle ARS – Maison médicale de garde

Entre

D'une part,

L'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine

Etablissement public à caractère administratif

Située 103 bis rue Belleville - CS 91704 – 33063 Bordeaux cedex
Représentée par son Directeur général, Michel LAFORCADE,
Ci-après désignée « **l'ARS** »,

Et

D'autre part,

L'association Permanence Santé du Libournais

Gestionnaire de la maison médicale de garde de Libourne

Dont le siège est situé 112 Rue de la Marne 33500 LIBOURNE

Représenté par son Président Sachendra SIRAZ

N° SIREN : **81316408400010**

Ci-après désignée « **la MMG** »

Vu le Code de la Santé Publique et notamment les articles L 6314-1 et suivants, les articles L. 1435-8 et suivants, R. 1435-17 et suivants

- Vu le cahier des charges national du 23 mars 2007 annexé à la circulaire n°2007-137 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
- Vu le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires,
- Vu les statuts de l'association gestionnaire de la Maison médicale de garde de Libourne
- Vu la convention signée le 17 novembre 2014 entre le Centre hospitalier de Libourne et la MMG portant sur la mise à disposition de locaux, de temps d'IAO, de consommables, petit matériel et d'un véhicule avec chauffeur,

Il est convenu ce qui suit :

Préambule

L'organisation du recours à des soins non programmés, en dehors des horaires d'ouverture des structures de médecine générale dit dispositif régional de permanence des soins ambulatoires fait intervenir des maisons médicales de garde, en tant que point fixe de permanence de médecins effecteurs. Ces points fixes de garde sont issus de regroupement de territoires de permanence et sont le plus souvent installés dans des locaux proches d'un service d'urgences. Les médecins y effectuent leur permanence aux plages horaires prévues au cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires et sur appel du régulateur. Dans les sites d'urgence, ils peuvent intervenir à la demande de l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil, selon un protocole qu'ils définissent avec le service des urgences et qu'ils adressent à l'ARS, pour information.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention a pour objet de déterminer les engagements et les relations entre, d'une part, le bénéficiaire et, d'autre part, l'**ARS** qui participe au financement de son fonctionnement.

Le bénéficiaire assure l'organisation de l'effectif sur le territoire de permanence désigné et met en œuvre à ce titre

- **Toute action et information sur l'activité d'effectif au sein de la maison médicale de garde pour stabiliser un nombre de médecins volontaires suffisant pour couvrir les plages horaires prévues au cahier des charges régional,**
- **La transmission au Conseil départemental de l'Ordre des médecins de des documents nécessaires à l'établissement du planning départemental de permanence,**
- **L'information au CH site d'accueil des urgences des médecins présents,**
- **La transmission des documents nécessaires au paiement des astreintes effectuées,**

- **L'utilisation d'un dossier patient informatisé,**
- **L'utilisation des outils définis de signalement d'évènements indésirables**
- **La diffusion des bonnes pratiques et l'évaluation continue des pratiques.**

Article 2 : Engagements généraux du bénéficiaire

Le bénéficiaire s'engage à :

- soumettre sans délai à l'ARS toute modification juridique ou administrative de la MMG, et plus particulièrement toute modification statutaire,
- autoriser l'ARS à mettre en ligne sur son site Internet des informations non confidentielles concernant les membres et l'activité du projet. Le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui le concernent. Pour l'exercer, il devra s'adresser au directeur de l'ARS,
- mentionner le financement du projet par l'ARS sur tous les supports de communication, site Internet, etc.,
- garantir le caractère confidentiel de toute information à laquelle est attachée le secret médical et en conséquence, à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer la confidentialité des dites informations.

Article 3 : Engagements de l'ARS :

L'ARS s'engage à allouer à la MMG, chaque année, pendant la durée de la présente convention, une dotation de 61 464,50 €, selon le budget prévisionnel suivant :

	Dotation
Indemnité de coordination	12 055 €
Frais de fonctionnement	49409,50 €
TOTAL alloué FIR	61 464,50 €

Sous réserve des résultats de l'évaluation annuelle à produire, l'ARS s'engage à financer l'expérimentation « transports » sur la base d'une dotation de 69 550 €.

Article 4 : Dispositions financières

Par la signature de la présente convention, le bénéficiaire s'engage à :

- utiliser le financement attribué par l'ARS chaque année conformément aux missions définies à l'article 1 ;
- établir et transmettre à l'ARS **au 31 mars de l'année N+1** un rapport d'activité, selon le modèle en annexe 1 et l'état récapitulatif des dépenses, selon le modèle en annexe 2, accompagné des documents comptables,
- justifier de tous documents, pièces ou informations relatives aux dépenses engagées à chaque demande de l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine,

- restituer sans délai les financements non utilisés,
- ne pas reverser tout ou partie du financement attribué à un tiers qui ne serait pas fournisseur ou prestataire de l'action financée.

Article 5- Le suivi de la convention

La convention fait l'objet d'un suivi annuel ayant pour objet de :

- sur l'aspect technique : suivre la réalisation des missions
- sur l'aspect financier : suivre la consommation des crédits à partir l'état récapitulatif des dépenses et de toutes pièces nécessaires au suivi de la consommation des crédits.

Article 6- La révision de la convention

A la demande du bénéficiaire ou de l'ARS, les dispositions de la convention pourront être modifiées par voie d'avenant.

La demande de modification fait l'objet d'une discussion et d'un accord formalisé par voie d'avenant portant sur l'objet de la modification, sa cause et toutes les conséquences qu'elle emporte.

Article 7- La résiliation de la convention

La convention peut être résiliée à tout moment par l'une ou l'autre des parties signataires.

Conformément aux dispositions de l'article R. 1435-33 du code de la santé publique, en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus à l'article 3 du présent contrat, l'ARS adresse au titulaire du contrat une mise en demeure motivée de prendre, dans un délai d'un mois, les mesures nécessaires au respect de ses engagements. Le titulaire du contrat peut présenter des observations écrites ou orales dans ce délai. Compte tenu de ces éléments de réponse, ce délai peut être renouvelé une fois pour la même durée.

L'ARS peut procéder, le cas échéant, à la récupération des sommes indûment versées.

Article 8 : Durée de la convention

La présente convention prend effet au 1^{er} janvier 2016 et s'achève le 31-12-2017.

Fait à Bordeaux, en deux exemplaires originaux, le 07.12.2015

Le Directeur général de l'ARS d'Aquitaine

Le Président de l'association,

Annexe 3 : Assemblée Générale 2015 de l'Association Permanence Santé du Libournais

Maison Médicale de Garde

112 Rue de la marne

33500 Libourne

Assemblée générale ordinaire du 30.09.2015 à 20h30 à la salle polyvalente de l'hôpital de Libourne 33500 convoquée le 02.07.2015.

Ordre du jour :

1. Réorganisation des gardes.
2. Renouvellement du bureau.

En présence des Docteurs : BARON Arnaud, NASR Alexis, CARBON Bruno, VIANI Philippe, PAULY DAUGIERAS Muriel, BESSON VIGNAUD Pascale, CHELLE Hervé, HALAY Hélène, BOYER Jean Max, FAUTRIER Isabelle, BALLION Jean Luc, NUTINI Christophe, FOURN Anne, NOTARI Marc Antoine, VALETTE Philippe, GIDENNE Bruno, GINER Michel, MANUEL Jean Pierre, CHAIGNE Françoise, PLADYS Karine, ARRIVE Jeanne, MAUTRAS Albert, MORAUD Hugues, GRE Jérôme, BAYLE Laurence, GLEDINE Christian, MAUGEIN Véronique, MARTELL Cédric, SIRAZ Sachendra, IGLESIAS Serge.

Procurations :

Les Docteurs BERNARD et BERNACHY étaient représentés par le Dr SIRAZ.

Les Docteurs REISER et NARDON étaient représentés par le Dr NOTARI.

Étaient aussi présents Madame SIVADIER et Monsieur COURTOIS du Cabinet De Secrétariat Rive Droite (CSR).

Président de séance : Dr MARTELL

Secrétaire de séance : Dr SIRAZ

20H30

Démarrage de la séance par le Président Dr MARTELL.

Présentation du CSR.

Monsieur Courtois explique le fonctionnement du secrétariat. Le secrétariat gère le planning et les modifications qui lui sont signalées. Le secrétariat fournit une liste de remplaçants aux médecins qui souhaitent se faire remplacer. Les modalités des remplacements incombent aux médecins.

Le planning des gardes de l'an prochain est confié au CSR.

Les membres présents souhaitent que ceux qui ont été de garde pour les fêtes de fin d'année ne le soient pas de nouveau.

Le bureau assure que ce ne sera pas le cas pour les années à venir.

21H10

Départ du CSR.

21H15

Le président de séance ouvre le débat sur la réorganisation des gardes.

La proposition de partager les visites les week-ends et les jours fériés est débattue.

Un consensus est obtenu autour du partage comme suit :

Samedi le médecin en position 1 effectue les visites de 12h à 16h, puis le médecin en position 2 effectue les visites de 16h à 20h et le médecin en position 3 effectue les visites de 20h à minuit.

Pour les dimanches et jours fériés le médecin en position 1 fait les visites de 8h à 13h, le médecin en position 2 fait les visites de 13h à 18h et le médecin en position 3 fait les visites de 18h à minuit.

Le débat fut ensuite orienté sur les jours de semaine.

Certains souhaitent la présence de deux médecins seulement. Le sentiment général est assez unanime car, à l'heure actuelle, le nombre d'actes en semaine ne justifie pas la présence de trois médecins sur place. Le bureau rappelle que la convention avec l'ARS stipule bien la présence de trois médecins en semaine et que l'on ne pourra évoluer qu'après discussion avec l'ARS.

L'assemblée discute ensuite des absences non justifiées de certains médecins. Il est convenu que les absences soient signalées par les médecins présents le jour de la garde au Conseil de l'Ordre des médecins qui en informe l'Agence Régionale de Santé(ARS). Un représentant de l'ordre précise que l'ARS prend les décisions en ce qui concerne les réquisitions et sont réquisitionnés, en premier, les médecins non volontaires et ceux qui n'ont pas effectué leurs gardes.

Fut posée ensuite une question concernant la pertinence de l'existence d'ADECLIM donnant droit à de vifs échanges dans le bureau et parmi les membres présents.

Le débat est finalement recadré et il est décidé de faire un courrier au conseil de l'ordre des médecins afin d'éclaircir le rôle d'ADECLIM dans la permanence des soins sachant que la MMG assure la PDS officielle et qu'il n'y a pas d'inadéquation avec l'offre de soin.

Il est décidé de maintenir 3 médecins pour les gardes de semaine jusqu'à la fin de l'année 2015 car notre structure n'a que neuf mois d'existence et qu'on n'a pas encore l'expérience de la période hivernale et épidémique. Diminuer ou augmenter le nombre d'effecteurs se fera en fonction de l'activité notée. Globalement ce temps d'observation semble nécessaire et prudent.

22h00

Le deuxième point de l'ordre du jour est abordé.

Le président de séance ouvre les candidatures pour un nouveau bureau.

Les Drs BERNARD, MAUGEIN, MORAUD, NOTARI, PLADYS et SIRAZ se portent candidats et sont élus à l'unanimité.

Le nouveau bureau se réunit.

Est élu président le Dr SIRAZ, vice-présidente le Dr PLADYS, trésorière le Dr MAUGEIN, trésorier adjoint le Dr NOTARI, secrétaire le Dr BERNARD et secrétaire adjoint le Dr MORAUD

Il est décidé de nommer le Dr MARTELL comme président d'honneur pour un an.

22h30 Levée de séance

Annexe 4 : Assemblée Générale 2016 de l'Association Permanence Santé du Libournais

112 Rue de la Marne

33500 Libourne

L'assemblée générale de l'association permanence santé du libournais s'est tenue le premier décembre 2016 à 20 h 30 à la salle polyvalente de l'hôpital de Libourne.

Etaient présents : les Drs Pladys, Monsec, Carbon, Martell, Chaigne, Perrodeau, Labeyrie, Mautras, Magnan, Vilar Del Peso, Trophime, Nivelles, Manuel, Maugein, St Louboue, Nasser Eddine, Gidenne, Gledine, Gré, Fourn, Noyant, Besson Vignaud, Moraud et Siraz.

Médecins ayant donné pouvoir : Drs Jaudon, Arrivé, Nasr, Avlessi, Cote, Poulallion, Notari et Reiser.

Ordre du jour :

1. Election d'un membre au bureau à la place du Dr Bernard.
2. L'attribution de plus de gardes aux médecins qui le souhaitent.
3. Mettre le troisième médecin d'astreinte en jours de semaine.

Démarrage de la séance à 20 h 35 par le président Dr. SIRAZ.

Présentation de l'activité de la MMG avec les problèmes rencontrés :

- Absences non justifiées de certains médecins
- Les départs à la retraite et les dispenses de garde survenus en cours d'année obligeant à refaire le planning ou à trouver des volontaires au pied levé.
- Les impayés.
- L'implication de l'infirmière d'accueil

Les points positifs relevés sont :

- La satisfaction des patients qui sont ravis d'avoir un service rapide et efficace. Ils s'y déplacent volontiers.
- La satisfaction des médecins qui peuvent faire moins de gardes et surtout dans un environnement sécurisé. Le transport avec chauffeur accompagnateur est plébiscité.

Parmi les idées à réfléchir pour l'évolution future :

- Samedi matin en PDS

A fait l'objet de discussion dans l'assemblée. Il semblerait selon certains membres que ce soit déjà le cas dans certains secteurs. Après discussion il est proposé de continuer à faire avancer les choses dans cette voie.

- Favoriser les médecins avec convention ARS et professionnaliser les gardes

Un consensus est établi autour de cette idée.

Le Dr Siraz souligne, qu'avec l'expérience des deux dernières années et les informations remontant des médecins effectuant régulièrement des gardes, quelques adaptations devraient être faites quant à l'organisation. Les gardes de 2015 et 2016 ont été effectuées dans une large majorité par un groupe

de médecins notamment les conventions ARS. Ces médecins ont souhaité se voir attribuer plus de gardes dès l'établissement du tableau afin d'éviter les innombrables changements qui ont généré des absences certains jours.

Par ailleurs en semaine la garde du troisième médecin nécessiterait la transformation en astreinte à domicile.

20 h 50

La trésorière Dr Maugein présente le bilan financier. Elle précise qu'il y a du retard dans le versement de la subvention car certaines factures de 2015 sont passées en 2016. Le Dr Siraz précise qu'il a contacté la nouvelle responsable du pôle financier de l'ARS et qu'il a renvoyé les documents nécessaires afin de régulariser la situation. La création de la grande région ayant apporté son lot de changements tous nos précédents interlocuteurs ont été dispatchés ailleurs.

21 h 00

Le premier point à l'ordre du jour est abordé.

Le Dr Vilar Del Peso est élu à l'unanimité pour faire partie du bureau.

Le Dr Vilar Del Peso fait partie des médecins ayant une convention ARS et ayant fait un grand nombre de gardes depuis la création de la MMG. Il en maîtrise parfaitement le fonctionnement.

21 h 10

Le deuxième point à l'ordre du jour est présenté.

Le Dr. Siraz informe l'assemblée qu'une dizaine de médecins l'ont contacté pour avoir plus de gardes. Selon ses calculs une cinquantaine de gardes pourrait leur être allouée laissant environ six gardes aux autres membres pour 2017.

Bien sûr dans les années à venir le nombre de garde attribué va varier.

A la mise au vote, le « pour » l'emporte à l'unanimité.

21 h 20

Le troisième point à l'ordre du jour est débattu.

Des questions émanent de l'assistance :

1. Comment joindre le médecin d'astreinte en cas de besoin ?

Il est proposé de faire appel au secrétariat pour avoir le listing complet au jour le jour. Le Dr Siraz fait remarquer que certains confrères n'ont pas donné leur numéro de téléphone ni au conseil de l'ordre ni au secrétariat. L'assemblée propose alors de ne donner que des gardes sur place à ces médecins et aucune astreinte.

Le bureau prend note de ces remarques et propose de trouver une solution.

2. Sera-t-il possible de trouver un remplaçant pour prendre les astreintes.

Selon la répartition des gardes pour 2017 à part ceux qui en prennent plus, les autres n'auront que deux voire trois astreintes dans l'année. La plupart des membres estime pouvoir assumer les astreintes. Une des membres exprime des doutes.

Le troisième point est mis au vote.

Il y a un vote contre et le reste de l'assemblée vote pour. La résolution est adoptée.

21 h 40

Lever de séance.

Le bureau s'est réuni à l'issue et s'est ainsi constitué :

Président – Dr Siraz

Vice-présidente – Dr Pladys

Trésorière – Dr Maugein

Trésorier adjoint – Dr Notari

Secrétaire – Dr Moraud

Secrétaire adjoint – Dr Vilar Del Peso

Annexe 5 : Questionnaire

1. Age ? 25-35 ans / 36-45 / 46-55 / 56-65 / > 65 ans
2. Sexe ? Femme / Homme
3. Etes- vous installé ou remplaçant ?

Si vous êtes médecin installé :	Si vous êtes médecin remplaçant :
4. Commune d'exercice ? < 2000 habitants / 2000-5000 hab. / > 5000 hab.	4. Etes-vous thésé ? Oui Non
5. Etiez-vous favorable à l'ouverture de la MMG de Libourne ? Oui Non	5. Combien de gardes avez-vous réalisées à la MMG de Libourne ? 1-3 4-6 7-9 plus de 9
6. Combien de gardes avez-vous effectuées vous-même à la MMG de Libourne ? 1-3 4-6 7-9 plus de 9 aucune garde	6. Etre de garde à la MMG vous a-t-il offert plus de sécurité ? Oui Non
7. Le nouveau système de garde vous permet-il de vous faire remplacer plus facilement ? Oui Non	7. Etes-vous satisfait du système mis en place pour les visites (véhicule mis à disposition et chauffeur) ? Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait
8. Etre de garde à la MMG vous a-t-il offert plus de sécurité ? Oui Non	8. D'une façon globale, êtes-vous satisfait du fonctionnement de la MMG ? Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait
9. Etes-vous satisfait du système mis en place pour les visites (véhicule mis à disposition et chauffeur) ? Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait	9. Pensez-vous que l'existence d'une telle structure peut favoriser l'installation de jeunes médecins dans le secteur ? Oui Non
10. D'une façon globale, êtes-vous satisfait du fonctionnement de la MMG ? Très satisfait Satisfait Peu satisfait Insatisfait	10. Vous-même, envisagez-vous de vous installer à plus ou moins long terme dans un secteur où les gardes ont lieu dans une MMG ? Oui

11. Considérez-vous que l'existence de la MMG a eu un impact sur votre activité professionnelle ? Oui Non 12. Sur votre charge de travail au quotidien ? Diminution charge de travail Pas de changement Augmentation charge de travail 13. Sur votre temps de travail ? Diminution du temps de travail Pas de changement Augmentation du temps de travail 14. Sur votre qualité de travail ? Amélioration Pas de changement Détérioration 15. Diriez-vous que la modification du système de PDSA a eu un impact favorable sur votre qualité de vie en général ? Oui Non 16. Pensez-vous que l'existence d'une telle structure peut favoriser l'installation de jeunes médecins dans le secteur ? Oui Non 17. Etre de garde à la MMG permet-il une meilleure coordination avec le service des urgences du CHL ? Oui Non	Non 11. Etre de garde à la MMG permet-il une meilleure coordination avec le service des urgences du CHL ? Oui Non
--	---

Serment d'Hippocrate

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Résumé

Introduction

En France, la Permanence des Soins Ambulatoires s'organise au sein de chaque région selon un cahier des charges défini par l'Agence Régionale de Santé. L'objectif est de maintenir un accès aux soins de premier recours pour toute la population du secteur en dehors des horaires d'ouverture usuels des cabinets médicaux. A l'initiative de l'ARS d'Aquitaine, la Maison Médicale de Garde (MMG) de Libourne a ouvert ses portes le 1^{er} janvier 2015, mutualisant ainsi les territoires de garde du secteur du Libournais.

Matériel et méthode

Notre étude de type quantitatif observationnel, transversale, avait pour objectif d'évaluer l'impact de la MMG de Libourne sur les opinions, la satisfaction et les pratiques déclarées des médecins généralistes du secteur. L'objectif secondaire était d'explorer l'impact d'une telle structure sur les projets d'installation des médecins remplaçants. Les médecins ont été interrogés au moyen d'un questionnaire non standardisé élaboré en s'inspirant des travaux antérieurs.

Résultats

Nous avons collecté 86 réponses entre septembre et décembre 2016 (41 médecins installés et 45 médecins remplaçants). Les médecins installés ont rapporté à 68,3% un impact favorable sur leur qualité de vie en général, sans augmentation, ni de la charge de travail, ni de leur temps de travail. La plupart des médecins, installés et remplaçants, se disent satisfaits à 88,3% du fonctionnement de la MMG. Pour autant, l'existence d'une MMG ne semble pas inciter les médecins remplaçants à s'installer au sein du secteur.

Discussion

Les précédents travaux de thèse réalisés au sujet des MMG mettent en avant la satisfaction de la majorité des médecins généralistes. Cependant les travaux antérieurs n'ont pas montré que l'existence d'une MMG dans le secteur favorise l'installation de nouveaux médecins généralistes.

Mots clés : médecine générale, permanence des soins ambulatoires, soins de premier recours, maison médicale de garde, territoires, garde.

Discipline : médecine générale