



HAL
open science

Un médecin mobile pour répondre aux visites incompressibles sur le territoire de la maison médicale de garde de Nîmes. L'avis des médecins généralistes

Fabien Tillard

► To cite this version:

Fabien Tillard. Un médecin mobile pour répondre aux visites incompressibles sur le territoire de la maison médicale de garde de Nîmes. L'avis des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02874851

HAL Id: dumas-02874851

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02874851>

Submitted on 19 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Fabien TILLARD

Le 24 SEPTEMBRE 2019

.....
Un médecin mobile pour répondre aux visites incompressibles sur le territoire de la maison médicale de garde de Nîmes. L'avis des médecins généralistes.
.....

Directeur de thèse : Dr Marc Garcia

.....

JURY

Président :

Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Pr DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel

Pr DE WAZIERES Benoit

Dr GARCIA Marc

Membre invité

Dr BENSLIMA Mounir

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Fabien TILLARD

Le 24 SEPTEMBRE 2019

.....
Un médecin mobile pour répondre aux visites incompressibles sur le territoire de la maison médicale de garde de Nîmes. L'avis des médecins généralistes.
.....

Directeur de thèse : Dr Marc Garcia

.....

JURY

Président :

Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Pr DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel

Pr DE WAZIERES Benoit

Dr GARCIA Marc

Membre invité

Dr BENSLIMA Mounir

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORT Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MICHEL François- Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale

UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CAPTIER Guillaume-Anatomie
CAYLA Guillaume-Cardiologie
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
GENEVIEVE David-Génétique
GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurologie
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane-Nutrition
THOUVENOT Éric-Neurologie
THURET Rodolphe-Urologie
VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max-Ophtalmologie
VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale,
addictologie
VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie
MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie
MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation
PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline-Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Pr Amouyal

Merci d'avoir accepté de présider mon jury de thèse, merci de l'intérêt que vous portez à ce travail.

Aux membres du jury,

Monsieur le Pr De La Coussaye

Monsieur le Pr De Wazières

Monsieur le Dr Benslima

Merci d'avoir accepté de juger mon travail, recevez ici toute ma reconnaissance.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Dr Marc Garcia

Merci Marc d'avoir dirigé cette thèse, de m'avoir proposé ce sujet il y a déjà longtemps, d'avoir attendu que je me lance sans m'en tenir rigueur, de m'avoir accompagné tout au long de ce travail et de m'avoir impliqué dans toutes les étapes de ce projet.

Merci aussi pour ces 6 mois passés au cabinet à Clarensac, j'ai beaucoup appris sur mon métier en ta compagnie.

Aux médecins interrogés,

Merci d'avoir accepté de me recevoir et d'avoir répondu à mes questions avec franchise.

A Marie bien sûr,

Ma plus belle rencontre, tu partages ma vie depuis notre passage à Mende. Merci d'être venue me chercher parce que sinon c'était pas gagné... On a déjà quelques beaux souvenirs ensemble mais je suis sûr que le meilleur est encore devant nous et j'ai très envie de connaître la suite. La vie de tous les jours à tes côtés est tellement belle. Je t'aime.

Merci aussi pour ton aide et ton soutien tout au long de cette thèse. C'était difficile mais ça y est c'est bon c'est fait !

A mes parents,

Maman, Papa, cette réussite c'est aussi la vôtre. Vous m'avez toujours soutenu dans mes choix, toujours accompagné dans les bons moments comme dans les plus difficiles et vous m'avez permis d'avancer dans la vie pour en arriver là où je suis aujourd'hui.

Merci aussi pour votre aide indispensable dans la rédaction de cette thèse, pour toutes vos corrections et remarques pertinentes.

A ma sœur,

Merci d'être toi ! Ma Guyguy, tu es la meilleure des petites sœurs, celle que tous les grands frères voudraient avoir.

Merci aussi pour ton aide précieuse dans la mise en page de cette thèse.

A la famille,

Mémé Jeanine, Tonton Yves, Sylvie, Florian

Stéphane, Blandine, Tëau, Makëa, Hanī

Tāina, Mickael, Heiva, Matea, Heiana

Tata Ilda

A ma petite cousine Hina, mon tonton Patrick, mes grands-parents Jacques et Georgette, Antonin qui j'espère sont fiers de moi là où ils sont.

A mes beaux-parents,

Merci de m'avoir gentiment accueilli dans votre famille et de nous aider dans tous nos projets avec Marie.

Aux amis,

Alex, Guillaume H, Guillaume M, Jordy, Thomas. Vous étiez là avant médecine, vous êtes restés malgré les périodes où j'étais retransché dans mon bureau à bosser comme un âne. Merci pour tous ces moments partagés ensemble, des plus anodins aux plus exceptionnels, c'était tellement précieux pour tenir le coup pendant ces longues études.

A tous les autres de Montpellier depuis l'école maternelle jusqu'au lycée.

Et aussi Fabien et Laura, Claire et Hervé.

Amélia et Sébastien, tellement de bons moments avec vous.

Aude, Maeva, Romain, Clément et Chloé. Greg aussi.

Clothilde, Simon et aussi Pierre l'ourson, Maxime, Chloé, Julie.

Aux équipes médicales et paramédicales des services et des cabinets où je suis passé en stage

Aux Dr Pierre Zimmermann, Dr Sylvie Salsac, Dr Yves Mercey, Dr Thierry Baumes

D'une manière ou d'une autre, vous avez contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Merci.

Table des matières

1.	Introduction.....	19
1.1.	Contexte	19
1.2.	Définition.....	20
1.3.	Différents modes d'organisation de PDSA en Europe (4)	20
1.3.1.	Le modèle de « co-gestion entre le corps médical et les autorités publiques ».....	20
1.3.2.	Le modèle de « gestion publique régionale »	21
1.3.3.	Le modèle de « la profession médicale dédiée »	21
1.3.4.	Le modèle de « la délégation de service »	22
1.4.	La PDSA en France	22
1.5.	Historique de la PDSA (évolution et dates clés)	23
1.5.1.	La naissance du service d'aide médicale urgente	23
1.5.2.	Le rapport Descours en 2003 (10)	23
1.5.3.	Le rapport Grall en 2007 (14)	25
1.5.4.	Le rapport Boënnec en 2008 (15).....	26
1.5.5.	La loi HPST « Hôpital Patient Santé Territoire » en 2009 (1).....	27
1.6.	Etat des lieux de la PDSA (22).....	27
1.7.	Le contexte Nîmois.....	30
1.7.1.	Aspects démographiques (27,28).....	30
1.7.2.	Le cahier des charges régional de la PDSA (29).....	31
1.7.3.	L'activité du SAU du CHU de Nîmes	33
1.8.	Problématique de la VAD incompressible à la MMG de Nîmes	34
1.8.1.	La VAD incompressible	34
1.8.2.	Difficultés rencontrées à la MMG	35
1.8.3.	Le MMOB comme élément de réponse	36
1.8.4.	Le projet de MMOB Nîmois présenté aux MG de la MMG	37
1.9.	Question de recherche et objectifs	39
2.	Matériel et méthodes.....	40
2.1.	Type d'étude.....	40
2.2.	Recrutement.....	40
2.3.	Entretiens individuels	41

2.4.	Arrêt de l'étude	42
2.5.	Verbatim.....	42
2.6.	Codage.....	43
3.	Résultats.....	44
3.1.	Description de l'échantillon.....	44
3.2.	Modification du questionnaire.....	45
3.3.	Analyse et arbres thématiques	45
3.4.	Perception de la garde de PDSA en MMG par les médecins interrogés	46
3.4.1.	Impact sur la collectivité.....	47
3.4.1.1.	Vécu positif.....	47
3.4.1.2.	Vécu négatif.....	48
3.4.2.	Impact sur l'effecteur	50
3.4.2.1.	Vécu positif.....	50
3.4.2.2.	Vécu négatif.....	52
3.4.3.	Intérêt médical	53
3.4.3.1.	Vécu positif.....	53
3.4.3.2.	Vécu négatif.....	54
3.4.4.	Conditions d'exercice	54
3.4.5.	Problématiques relevées dans le système actuel	58
3.4.6.	Volonté de réponse aux situations de visites incompressibles.....	61
3.4.6.1.	Favorables	62
3.4.6.2.	Défavorables	64
3.5.	Le concept de MMOB.....	64
3.5.1.	Une réponse pertinente pour les patients	65
3.5.2.	Une réponse pertinente pour la collectivité	67
3.6.	Le MMOB en pratique	69
3.6.1.	Formation	69
3.6.2.	Aire d'intervention du MMOB.....	71
3.6.2.1.	Vécu positif.....	71
3.6.2.2.	Vécu négatif.....	72
3.6.3.	Sécurité d'exercice	73
3.6.3.1.	Physique	73

3.6.3.2.	Professionnelle.....	74
3.6.4.	Conditions d'exercice	75
3.6.4.1.	Matériel fourni par la MMG.....	75
3.6.4.2.	Rémunération.....	76
3.6.4.3.	Régulation médicale capitale	78
4.	Discussion.....	79
4.1.	Forces de l'étude	79
4.1.1.	Méthodologie adaptée.....	79
4.1.1.1.	Design de l'étude.....	79
4.1.1.2.	Recrutement.....	79
4.1.1.3.	Validité interne.....	80
4.1.1.4.	Respect des objectifs.....	80
4.1.2.	Originalité de l'étude.....	81
4.1.3.	Problématique actuelle	81
4.1.4.	Cohérence avec la littérature	82
4.2.	Faiblesses de l'étude	82
4.2.1.	Biais interne.....	82
4.2.2.	Biais externes	82
4.2.3.	Biais d'investigation.....	83
4.2.3.1.	Inexpérience du chercheur	83
4.2.3.2.	Problématique des relances.....	83
4.2.3.3.	Cadre du sujet	83
4.2.4.	Biais d'interprétation.....	84
4.3.	Principaux enseignements de l'étude	84
4.3.1.	Sources de motivation diverses.....	84
4.3.2.	Crainte sur l'avenir	85
4.3.3.	Adhésion des médecins à la solution du MMOB.....	87
4.4.	Le projet de MMOB finalisé.....	88
4.4.1.	Cadre d'exercice	88
4.4.2.	Modalités d'intervention.....	89
4.4.3.	Formation	89
4.4.4.	Rémunération.....	90

4.5.	Perspectives.....	90
4.5.1.	Attentes liées au MMOB	90
4.5.2.	Evaluation précoce	91
4.5.2.1.	Evaluation qualitative.....	91
4.5.2.2.	Evaluation quantitative	92
4.5.2.3.	Etude médico-économique	92
5.	Conclusion	94
6.	Bibliographie.....	95
7.	Liste des annexes.....	100
8.	Serment d’Hippocrate	107
9.	Permis d’imprimer	108

Liste des abréviations

AMU : Aide médicale urgente

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

CDM : Code de déontologie médicale

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAM : Caisse nationale d'assurance maladie

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CODAMU : Comité départemental de l'aide médicale urgente

CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence de soins

CODAMU-TS : Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires

CODIS : Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

CRRA : Centres de réception et de régulation des appels

CSP : Code de santé publique

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

MG : Médecins généralistes

PDS : Permanence des soins

PDSA : Permanence des soins ambulatoire

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Services d'accueil des urgences

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

VAD : Visite à domicile

Liste des figures

Figure 1 : Perception de la garde de PDSA en MMG par les MG

Figure 2 : Constat fait d'une réponse inadaptée ou absente aux visites incompressibles

Figure 3 : Volonté de réponse à ces situations

Figure 4 : Le concept de MMOB

Figure 5 : Le MMOB en pratique

1. Introduction

1.1. Contexte

La permanence des soins (PDS) est un enjeu majeur de l'offre de soins. Nous nous intéresserons ici à sa composante ambulatoire (PDSA). Elle est, depuis 2009, sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS) dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) (1)

Son organisation a fait l'objet d'une profonde refondation au début des années 2000 avec le virage fondamental du volontariat. Elle est aujourd'hui une priorité des politiques publiques d'autant que l'accès aux soins est mis à mal par la démographie médicale actuelle (baisse de 7.3% du nombre de médecins inscrits à l'ordre entre 2010 et 2017 avec des perspectives toujours à la baisse et une pyramide des âges des médecins en exercice confirmant un vieillissement de la profession) (2). A ce titre, elle fait l'objet de nombreuses réflexions et modifications afin de pallier les dysfonctionnements.

La cogestion de la PDSA avec les professionnels de santé positionne les médecins généralistes (MG) en première ligne de ces dispositifs. Ceux-ci participent sur la base du volontariat à cette obligation déontologique (3). Une nouvelle possibilité d'être acteur de la PDSA émerge via la création d'un poste de médecin mobile (MMOB) pour répondre aux situations de visites dites « incompressibles » (concept que nous détaillerons ultérieurement dans ce travail).

Notre volonté dans cette étude était de recueillir les avis relatifs à la mise en place d'un MMOB des MG qui participent aux gardes à la maison médicale de garde (MMG) de Nîmes.

Notre objectif était donc de recueillir et d'analyser ces avis sur le concept de MMOB dans la PDSA afin de participer à la construction du projet Nîmois de MMOB.

Dans une première partie nous retracerons les évolutions récentes de la PDSA pour comprendre son fonctionnement depuis les concepts fondateurs jusqu'aux réalités territoriales actuelles. Cela nous permettra de mettre en lumière certaines difficultés de réponse à des situations bien précises.

Dans une seconde partie nous soumettrons la proposition d'un projet de MMOB à un échantillon de MG de la MMG et nous analyserons les données recueillies afin d'évaluer la faisabilité et la pertinence d'un tel dispositif du point de vue des MG.

1.2. Définition

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) peut se définir comme l'organisation de l'offre de soins libérale qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Celle-ci est mise en place par les pouvoirs publics pour répondre à la demande de soins non programmés de manière structurée, adaptée et coordonnée.

1.3. Différents modes d'organisation de PDSA en Europe (4)

Bien que les objectifs soient communs à de nombreux pays, on peut distinguer plusieurs structurations de la PDSA en Europe qui répondent à des philosophies bien différentes. Elles sont souvent le reflet de l'organisation des systèmes de santé desquels elles sont issues.

On peut ainsi classiquement définir quatre modèles.

1.3.1. Le modèle de « co-gestion entre le corps médical et les autorités publiques »

Ce modèle est à la base du fonctionnement de la PDSA en France, il est également adopté en Allemagne et en Espagne avec des nuances propres à chaque pays (notamment sur le statut des médecins participants et sur le caractère obligatoire de la garde en Allemagne et en Espagne ou volontaire en France).

En France, la PDSA est sous la responsabilité des autorités publiques (ARS et préfecture) et met à contribution les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM).

Les médecins ont l'obligation déontologique (3) de participer à la PDSA. Les tableaux de gardes sont remplis par les CDOM et leur incomplétude peut donner lieu à des réquisitions par le préfet le cas échéant. Le préfet est le co-président du CODAMUPS (comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins) avec le directeur général de l'ARS. (5).

Cela peut conduire à des traductions différentes sur le terrain à savoir :

- des systèmes de tour de garde assurés par les MG libéraux sur un secteur défini,
- des MMG qui offrent un centre de consultation fixe en accès libre par les patients et dans lesquelles les MG libéraux participent en lieu et place d'un tour de garde classique,
- des associations type « SOS médecins » qui assurent un service de PDSA dans les grandes agglomérations via un centre de consultation et la réalisation de VAD.
- les services d'accueil des urgences (SAU) hospitalières.

1.3.2. Le modèle de « gestion publique régionale »

C'est le modèle en vigueur en Suède. Dans ce système, la PDSA repose sur la responsabilité exclusive de l'autorité publique et les professionnels de santé n'ont pas de rôle pour garantir son fonctionnement. La PDSA repose donc essentiellement sur des centres de soins à statut public dans lesquels les médecins sont salariés. Ainsi ils participent de façon obligatoire à la PDSA. Il existe une hiérarchie bien établie de l'offre de soins primaires avec :

- des centres de soins primaires,
- des centres de soins primaires d'urgences,
- des unités d'urgences hospitalières.

Ceci constitue un maillage du territoire de sorte que chaque centre de soins primaire d'urgences est en lien avec 10 à 15 centres de soins primaires.

1.3.3. Le modèle de « la profession médicale dédiée »

C'est le modèle en vigueur en Italie. En effet dans ce pays l'autorité publique doit garantir un accès permanent à des soins de médecine générale.

Les MG libéraux et les médecins de PDSA ne sont pas les mêmes (bien qu'il soit possible de cumuler les deux activités). Bien souvent le médecin de PDSA est un médecin en début de carrière qui exerce pendant quelques années cette fonction avant de pouvoir s'installer. Il est rémunéré sur la base d'un forfait défini regionalement. Son intervention donne lieu à une information systématique du médecin traitant. Ses prescriptions sont valables sur une courte durée et doivent être confirmées par le médecin traitant ultérieurement pour être poursuivies.

Il est à noter qu'il n'existe pas de numéro d'appel centralisé, chaque cabinet de PDSA bénéficie de son propre accès téléphonique contrairement aux situations d'aide médicale urgente (AMU).

1.3.4. Le modèle de « la délégation de service »

C'est le modèle en vigueur au Royaume Uni. L'autorité publique a la responsabilité de la PDSA. Un contrat unit l'autorité publique et les médecins dans le cadre de la PDSA, il assure notamment des niveaux de rémunération avantageux mais il n'est pas obligatoire. La possibilité est laissée aux MG de se désengager, pour leurs patients, de la responsabilité de la PDSA. Dans ce cas il est de la responsabilité de l'autorité publique de mettre en place les mesures nécessaires pour garantir l'offre de soins (recrutement de médecins salariés notamment).

La participation à la PDSA relève dans ce modèle de mesures incitatives et non contraignantes. Le fait d'avoir à recourir à des prestataires médicaux est perçu comme une délégation de service.

1.4. La PDSA en France

La loi Française la reconnaît comme une mission de service public. (6)

Le code de déontologie médicale (CDM) (3) prévoit qu'il « *est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ». Il s'agit d'une obligation déontologique morale collective et non pas d'une obligation légale individuelle, ce qui en pratique permet à chaque médecin de choisir de participer ou pas à la PDSA et de quelle manière.

Cette mission est assurée par des médecins volontaires tous les jours dans le créneau horaire de 20h à 24h (ou de 20h à 8h le lendemain si existence d'un exercice en nuit profonde, la nuit profonde étant l'appellation donnée à la tranche horaire entre 24h et 8h), sauf les samedis (à partir de 12h) et les dimanches et jours fériés (à partir de 8h).

D'une manière générale, l'exercice en nuit profonde est maintenu dans les localités situées à plus de trente minutes d'une unité de SMUR. Dans ces cas-là, l'AMU et la PDSA sont confondues au sein de dispositifs de type « médecin correspondant SAMU ».

1.5. Historique de la PDSA (évolution et dates clés)

1.5.1. La naissance du service d'aide médicale urgente

C'est à la suite d'une série de décrets et de circulaires que le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) et le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) vont voir le jour progressivement, d'abord comme des unités d'AMU mobiles rattachées à chaque centre hospitalier régional (7) jusqu'à aboutir à des services hospitaliers à part entière disposant d'un statut légal.

La circulaire du 6 février 1979 crée les centres de réception et de régulation des appels (CRRA) qui deviendront les centres 15.

L'organisation des SAMU et leur extension à tous les départements de France est actée dans la loi en 1986 (8) avec la généralisation du numéro unique d'appel : le 15.

Le texte prévoit également la création dans chaque département d'un comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU-TS) qui doit « *veiller à la qualité de la distribution de l'AMU et à son ajustement aux besoins de la population* ».

En 1988 (9), la possibilité de participer à la régulation médicale est donnée aux médecins libéraux dans le cadre d'une régulation simultanée avec les médecins hospitaliers.

A ce stade il n'est pas encore question de PDSA, celle-ci n'a pas encore d'existence juridique, l'organisation de la garde par les MG sur leur secteur répond à l'article 77 du CDM de l'époque qui prévoit que « *dans le cadre de la PDS, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* ».

C'est dans un contexte d'inadéquation entre une démographie médicale déclinante et une demande de soins non programmés en augmentation qu'intervient la « grève des gardes » de novembre 2001 à juin 2002. Celle-ci va déboucher d'une part sur la naissance d'un cadre juridique pour la PDSA et d'autre part sur le principe du volontariat.

1.5.2. Le rapport Descours en 2003 (10)

Le rapport Descours émet plusieurs propositions pour réorganiser la PDSA. Celles-ci trouvent une traduction législative via les décrets n°2003-880 et 2003-881 du 15/09/2003 (11,12) qui

modifient le code de santé publique (CSP) dans le sens des propositions du rapport Descours. Cela conduit à de grands changements dans la conception et le fonctionnement de la PDSA.

La PDSA est alors définie comme « *une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant* ».

Les horaires de PDSA sont alors bien identifiés. Ils vont de 20h à 8h les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés.

La PDSA est reconnue comme une mission d'intérêt général.

Les CODAMU-TS sont rénovés pour devenir des comités départementaux de l'aide médicale urgente et de la permanence de soins (CODAMUPS). Le CODAMUPS est présidé par le préfet et comprend des membres de plusieurs institutions représentatives (assurance maladie, CDOM, SAMU, syndicats de médecins libéraux). La PDSA est prise en charge par le sous-comité médical du CODAMUPS. Celui-ci établit un cahier des charges départemental de la PDSA. Au préalable un état des lieux de l'offre de soins et des besoins de la population est effectué.

La participation des médecins repose désormais sur la base du volontariat. En cas de carence, le CODAMUPS a la charge, en lien avec le CDOM, de trouver des solutions.

L'autorité publique garde en dernier recours son droit de réquisition. Elle peut l'exercer par la voix de son représentant, le préfet, si une carence mettant en péril le service à la population est constatée dans l'auto-organisation collective.

Le rapport rappelle la différence avec la notion de continuité des soins qui s'impose à chaque professionnel de santé et qui est régie par l'article 47 du CDM (13).

Les médecins qui ne participent pas à la PDSA se doivent, au nom du principe de la continuité des soins, d'informer leurs patients et de leur transmettre toutes les informations utiles pour s'assurer qu'ils seront bien pris en charge dans le cadre de la PDSA.

Le rapport affirme le caractère essentiel de la régulation de la demande de soins non programmés pour un bon fonctionnement du dispositif.

La centralisation des appels se fait normalement via le numéro 15. Si toutefois la régulation est indépendante des centres 15 (accords locaux), elle doit fonctionner en interconnexion.

La PDSA est organisée dans le cadre départemental. Les départements sont divisés en secteurs. Ces secteurs organisent le maillage du territoire en tenant compte de divers éléments (démographie, géographie, etc...) pour offrir une réponse efficace est adaptée.

1.5.3. Le rapport Grall en 2007 (14)

Le rapport Grall rédigé en 2007 fait le constat de difficultés récurrentes pour la PDSA qui est décrite comme « *globalement peu fiable, fragile et coûteuse* ».

Le système en lui-même est pointé du doigt, avec un organisateur (le préfet) qui ne dispose pas de la mainmise sur le financement (l'assurance maladie).

Parmi les signes de fragilité du dispositif, le rapport note :

- le désengagement progressif des médecins libéraux,
- la démographie médicale d'évolution toujours défavorable, accompagnée d'une répartition non homogène des médecins sur le territoire (deux gradients majeurs : « *nord/sud et rural/urbain* »),
- les changements sociétaux comme la féminisation de la profession,
- son coût global en constante augmentation.

Ces difficultés ont pour conséquence le report de la PDSA sur les centres hospitaliers avec un accroissement continu de l'activité des SAU et des SMUR.

Parmi les propositions du rapport Grall, l'une mentionne une organisation de la réponse aux demandes de soins non programmés répartie entre cinq acteurs :

- le centre 15,
- le SAU,
- le SMUR,
- le point fixe de consultation (type MMG),
- le MMOB sur un secteur d'intervention.

Les MMG seraient prioritairement situées au sein des SAU ou proche de ceux-ci. La volonté est d'abolir la frontière ville-hôpital dans la PDS.

Le constat de l'existence de visites incompressibles est fait, celles-ci nécessitent un avis médical hors AMU et le MMOB apparaît dès lors comme une réponse pertinente.

1.5.4. Le rapport Boënnec en 2008 (15)

Ce rapport reprend les orientations du rapport Grall publié en 2007. Il s'inscrit également dans la continuité des rapports Ritter (16) et Bur (17) sur le fonctionnement des ARS.

L'inégalité d'accès à la PDSA est toujours plus marquée notamment du fait des évolutions sociétales (démographiques et sociologiques). Deux exercices s'opposent :

- un exercice urbain et péri-urbain, qui peut se permettre de se désengager de la PDSA car il est relayé par des associations type SOS médecins et les SAU/SMUR ;
- un exercice rural ne disposant pas des mêmes relais, qui ne peut pas se désengager et qui souffre sur ce plan d'un déficit d'attractivité ayant pour effet de creuser les inégalités.

La problématique exprimée par le rapport Grall sur la séparation du responsable et du financeur de la PDSA est à nouveau soulevée.

Le député Boënnec propose alors de basculer sur un échelon régional et de « *faire des ARS les maîtres d'œuvre de la permanence des soins pour clarifier la gestion stratégique des mécanismes sanitaires* ». Ainsi l'ARS deviendrait l'entité responsable de l'organisation et du financement de la PDSA. Elle serait également chargée d'évaluer le fonctionnement de la PDSA.

Le rapport prévoit également de doter les ARS de fonds pour financer des expérimentations dans les zones où la PDSA fonctionne mal. En cas de succès, ces expérimentations auraient vocation à être généralisées.

De nombreuses dispositions sont mentionnées pour améliorer le fonctionnement de la PDSA comme :

- évocation d'une rémunération forfaitaire pour les actes de PDS,
- ouverture à de nouveaux acteurs (remplaçants, retraités, salariés,...),
- suppression des gardes en nuit profonde avec report de la demande de soins sur les centres hospitaliers,
- généralisation « *de la pratique du conseil médical téléphonique, voire celle de la prescription téléphonique dans le cadre de protocoles établis par la Haute Autorité de Santé (HAS)* ».

1.5.5. La loi HPST « Hôpital Patient Santé Territoire » en 2009 (1)

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite « HPST » voit le jour à la suite des travaux de la commission Larcher (18), des états généraux de l'organisation de la santé (19) ainsi que des rapports Ritter (16) et Flajolet (20) dont elle s'approprie en partie les conclusions.

La volonté est énoncée comme suit dans le préambule : « *la loi est un projet d'organisation sanitaire [...], elle doit permettre de mettre en place une offre de soins gradués de qualité, accessibles à tous, satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé* ».

Elle impose la mise en place des ARS comme autorité sanitaire régionale unique. Cette institution se substitue aux précédentes (DRASS, ARH, ...) et reprend leurs missions. L'ARS pilote toute la politique de santé publique en région et régule l'offre de soins.

Le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 (21) précise les modalités par lesquelles les ARS deviennent responsables de l'organisation de la PDSA. L'ARS doit donc mettre en place un projet régional de santé.

Pour la PDSA, des schémas d'organisation et de financements régionaux sont établis. Ceci met fin à la séparation entre organisation et financement dénoncée par le rapport Grall (14).

Un cahier des charges régional de la PDSA doit être rédigé par chaque ARS « *dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins* ».

1.6. Etat des lieux de la PDSA (22)

Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a réalisé une enquête sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale, arrêté au 31 décembre 2018. Chaque président de CDOM a été invité à répondre à un questionnaire.

Les éléments rapportés éclairent sur le fonctionnement global de la PDSA. Cependant ils ne peuvent pas rendre compte du fonctionnement de la PDSA sur un territoire précis compte tenu des fortes disparités territoriales observées en France.

- Ce rapport met en évidence la confirmation des tendances observées lors des années précédentes telles que :
 - la réduction du nombre de secteurs de PDSA, de l'ordre de 10% sur l'année 2018 (toutes périodes de PDSA confondues),

- le développement de l'effectif fixe via des sites dédiés de type MMG (451 sites répartis dans 85% des départements),
 - la diminution de la couverture de PDSA en nuit profonde (en 2017 seuls 6% des actes de PDSA sont réalisés en nuit profonde selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie-CNAM),
 - le profil type du médecin de garde (homme à 70%, âgé de plus de 59 ans dans 63% des cas, alors que la profession est de plus en plus féminisée),
 - la participation des médecins à la PDSA reste « *fragile* » avec seulement 38,6% de participation (23197 médecins volontaires sur un total de 60131 médecins susceptibles de participer dont 93% sont des médecins libéraux installés en cabinet).
- La démographie médicale reste le premier élément d'explication identifié de cette fragilité (densité médicale faible sur certains territoires, féminisation et vieillissement de la profession).
 - On constate également des disparités dans les niveaux de rémunérations, via les forfaits d'astreintes d'effectif (toutes périodes de PDSA confondues).
 - On sait par ailleurs que l'on ne peut pas établir de corrélation simple entre le taux de participation des médecins et le bon fonctionnement de la PDSA sur un territoire. En effet, l'existence d'associations de PDSA sur un secteur (type SOS médecins) conduit à abaisser le taux de participation (par désengagement des médecins libéraux installés sur le secteur) sans forcément altérer le fonctionnement de la PDSA. A l'inverse, la participation d'une majorité de médecins à la PDSA sur un territoire en grande difficulté démographique (type désert médical) ne conduit pas nécessairement à un bon fonctionnement.
 - La notion de visite incompressible n'ayant pas de définition dans les textes est inégalement envisagée selon les territoires. En 2017 :
 - 31% des départements déclarent ne pas être dotés de dispositif de prise en charge des visites incompressibles,
 - 28% des départements déclarent ne pas être dotés d'un système d'acheminement des patients vers un effecteur fixe, ce qui entraîne sur ces territoires un report de ces tâches sur les SMUR, pompiers ou autres ambulances privés.

- Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont soumis à ces problématiques de PDSA. Elles sont bien souvent à l'origine d'une forte demande de soins non programmés du fait de la fragilité de leur population, tout en étant confrontées à une insuffisance de personnel médical ou paramédical. Cette situation tend à induire une hospitalisation à la moindre alerte médicale (taux d'évitabilité de ces hospitalisations très élevé). Dans une étude menée au CHU de Nîmes sur les modalités d'adressage des résidents des EHPAD vers les SAU (23), il apparaît que dans plus de 92% des situations on peut, sur la base du motif d'hospitalisation, identifier une alternative au transfert vers le SAU à posteriori. Celle-ci peut prendre notamment la forme d'une consultation médicale dans 31% des cas, ou d'une simple surveillance sur place dans 24% des cas. Néanmoins ces chiffres doivent être pondérés par l'existence de signes avant-coureurs d'instabilité (qui incite donc au transfert vers le SAU) ce qui ramène à environ 50% le taux d'évitabilité de ces hospitalisations. Les conséquences délétères de ces hospitalisations évitables sont chiffrées dans cette étude avec en particulier une surmortalité immédiate de 6% et différée à 3 mois de 24%. Cette problématique propre aux EHPAD est, selon le rapport du CNOM, plus importante dans les territoires où il n'existe pas de dispositif de prise en charge des visites incompressibles.
- L'association SOS médecins réalise 35% du total des actes de PDSA ce qui souligne la place importante acquise par cet acteur alors même qu'il n'évolue qu'en zone urbaine et péri urbaine.

Une autre enquête réalisée en Mars 2019 pour le CNOM par l'institut ELABE (24) illustre bien la situation actuelle.

Les médecins sont concernés par la problématique de la PDSA. Le « *sens du devoir* » et la « *solidarité entre médecins d'un secteur* » reviennent comme des éléments majeurs de participation avec « *le complément de revenu* » qui est également cité par les plus jeunes installés.

Ces mêmes médecins doivent néanmoins faire face à des réalités qui freinent leur volonté de participation à la PDSA notamment « *la charge de travail* » et pour les plus jeunes installés, la difficulté à faire coexister « *une vie personnelle émergente avec les gardes* ».

L'ensemble des médecins plébiscite l'exercice en MMG par rapport à la garde isolée sur un secteur.

Dans son rapport de février 2019 sur le fonctionnement de la PDS (25), la cour des comptes rappelle la nécessité de trouver des moyens pour éviter le recours aux SAU qui sont engorgés par des patients avec des pathologies ne relevant pas de la médecine d'urgence.

Elle réitère donc son incitation à développer des MMG à proximité des centres hospitaliers.

Elle encourage également comme en 2013 (26) le développement d'expérimentations comme les MMOB pour remédier aux situations de visites incompressibles fréquemment rencontrées en population gériatrique.

1.7. Le contexte Nîmois

1.7.1. Aspects démographiques (27,28)

Le département du Gard comptait 745756 habitants au 1^{er} janvier 2019. La ville de Nîmes représente à elle seule environ 20% de la population du département. La part des séniors (âge > 75 ans) est de 10,5% avec une tendance à l'augmentation constante sur les dernières années et devant se poursuivre selon les modèles de l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE).

Le département du Gard est divisé en cinq bassins de population qui forment un total de 13 secteurs de PDSA (29).

Il existe donc pour chaque secteur un intervenant chargé d'assurer la mission de PDSA. Par exemple pour le secteur n°1 « Nîmes intra-muros », c'est l'association SOS médecins qui assure la PDSA via un centre de consultation fixe et des visites à domicile (VAD). Elle dispose de son propre numéro d'accès téléphonique.

Nous nous intéresserons ici plus particulièrement au secteur n°3 dit de la « couronne Nîmoise » qui correspond à l'aire de compétence de la MMG de Nîmes. Il correspond en pratique aux 67 communes formant un croissant Ouest autour de la ville de Nîmes.

- Liste exhaustive : Aigues-Vives, Aimargues, Aspères, Aubais, Aubord, Aujargues, Beauvoisin, Bernis, Boucoiran-et-Nozières, Boissières, Brignon, Calvisson, Castelnau-Valence, Caveirac, Clarensac, Codognan, Collorgues, Combas, Congénies, Crespian, Cruviers-Lascours, Dions, Domessargues, Fontanès, Fons, Gajan, Gailhan, Gallargues-le-Montueux, Garrigues-Sainte-Eulalie, Générac, Junas, La Calmette, Langlade, La Rouvière, Le Cailar, Lecques, Maressargues, Milhaud, Montagnac, Montignargues, Montmirat,

Montpezat, Moulézan, Moussac, Mus, Nages-et-Solorgues, Parignargues, Saint-Bauzély, Saint-Chaptes, Saint-Clément, Saint-Côme-et-Maruéjols, Saint-Dézéry, Saint-Dionisy, Saint-Génies-de-Malgoirès, Saint-Gilles, Saint-Laurent-d'Aigouze, Saint-Mamert-du-Gard, Saint-Maurice-de-Cazevielle, Sainte-Anastasie, Salinelles, Sauzet, Sommières, Souvignargues, Uchaud, Vauvert, Vergèze, Vestric-et-Candiac.

L'ensemble de ces communes représente une population de 143511 habitants.

Sur ce secteur c'est donc la MMG qui est en charge de la PDSA. Actuellement elle propose des consultations médicales sur les horaires de PDSA, via un centre de consultation basé dans l'enceinte du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Caremeau. L'accès à ces consultations peut être direct ou soumis à régulation téléphonique du centre 15 si la situation ne relève pas du SAU. Les patients s'étant rendus spontanément aux urgences peuvent être redirigés vers la MMG si la problématique médicale relève de la PDSA plutôt que de l'AMU.

Les consultations sont assurées à la MMG par des MG libéraux essentiellement issus de l'agglomération Nîmoise mais pas strictement du secteur n°3, certains médecins participent en effet à la PDSA sur un secteur différent de leur secteur d'exercice libéral.

1.7.2. Le cahier des charges régional de la PDSA (29)

Réécrit pour la période 2019-2022, il est le document d'orientation et de mise en œuvre de la PDSA sous la direction de l'ARS Occitanie. Il vise à structurer une réponse adaptée aux besoins de la population sur l'ensemble des horaires et des territoires de PDSA.

L'objectif annoncé est de conforter la régulation médicale préalable des demandes pour optimiser les réponses aux demandes de soins non programmés de la population. Ceci permet de préserver les moyens dédiés à l'AMU et de garantir leur utilisation à bon escient. La finalité est donc d'éviter l'accès spontané aux SAU et les hospitalisations inutiles. Pour cela, il faut privilégier les consultations et le déplacement des patients vers des points fixes chaque fois que cela est médicalement possible, tout en garantissant la prise en charge des visites incompressibles et des certificats de décès.

Dans le Gard les horaires réglementaires de la PDSA sont :

- tous les jours (lundi à vendredi) de 20h à 8h,
- le samedi à partir de midi et jusqu'à 20h,
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h,
- de 20h à 8h pour les lundis qui précèdent un jour férié, pour les vendredis qui suivent un jour férié et les samedis matins qui suivent un jour férié.

La régulation médicale est confortée dans son rôle de pivot de la PDSA. Elle permet de proposer une réponse adaptée aux besoins exprimés et d'optimiser la ressource médicale entre l'ambulatoire et l'AMU.

La régulation médicale doit permettre au patient d'accéder à une réponse adaptée, en l'absence de son médecin traitant et, à priori, sans se déplacer (notamment vers les SAU).

L'accès au médecin régulateur est le premier recours du patient en demande de soins pendant les horaires de PDSA.

Le financement de la PDSA par l'ARS représente une enveloppe annuelle de 20,4 millions d'euros.

Cette somme est répartie selon 4 grands postes :

- 11,5 millions d'euros pour l'astreinte (hors nuit profonde) y compris les renforts saisonniers et les dispositifs spécifiques (dont font partie les MMOB),
- 2 millions d'euros pour l'astreinte en nuit profonde,
- 6,4 millions d'euros pour la régulation libérale,
- 500 000 euros pour l'évaluation externe et la communication.

Le département du Gard se voit ainsi attribuer une somme de l'ordre d'1 million d'euros par an pour satisfaire les besoins et atteindre les objectifs fixés.

Les médecins assurant une charge de PDSA sur le secteur n°3 au sein de la MMG de Nîmes ne réalisent pas de nuits profondes. Ils assurent la PDSA jusqu'à minuit, heure à laquelle la charge de la PDSA est reversée sur les structures d'AMU.

Ils sont indemnisés sur une base de 50 euros pour une période de 20h à minuit, 100 euros pour un samedi de 12h à 20h et 150 euros pour un dimanche de 8h à 20h. Par ailleurs, ils perçoivent des honoraires pour les actes réalisés durant la garde.

1.7.3. L'activité du SAU du CHU de Nîmes

L'observatoire régional des urgences (30) est une structure qui nous renseigne sur l'activité médicale et la demande de soins non programmés notamment sur les horaires de PDSA.

On note tout d'abord une constante augmentation de la demande de soins non programmés qui se traduit en premier lieu par une très forte activité des SAU :

- le nombre annuel de passages est en hausse d'environ 5,4%,
- on sait qu'en parallèle la fréquentation de la MMG de Nîmes progresse aussi, de l'ordre de 10% par an.

Concernant les horaires de PDSA :

- 48,8% des arrivées se font sur les horaires de PDSA.

Concernant le devenir des patients :

- parmi les patients enregistrés aux urgences, 22,8% sont catégorisés CCMU-1 (31),
- à l'inverse les patients en catégorie CCMU-4 et CCMU-5 représentent seulement 1.4%.
- Après avis médical, seulement 19% des patients se rendent aux urgences.
- 78,4% des patients retournent à domicile après leur passage aux urgences.
- Plus d'un patient âgé sur deux (> 75 ans) rentre à domicile après un passage aux urgences.

Ces quelques chiffres illustrent bien :

- la nécessité de désengorger les SAU, de les préserver au maximum afin qu'ils puissent être utilisés à bon escient et être en capacité de répondre à des situations d'urgences médicales,
- le rôle grandissant joué par la MMG dans l'accomplissement de la PDSA,
- l'importance de la demande de soins non programmés notamment sur les horaires de PDSA,
- les caractéristiques de la demande de soins non programmés, à savoir des situations médicales le plus souvent ne relevant pas d'un SAU,
- l'intérêt d'un avis médical préalable à l'accès aux SAU pour en limiter la fréquentation et la réserver aux situations qui le nécessitent (avec une population gériatrique qui souffre plus que les autres de ces dysfonctionnements)

1.8. Problématique de la VAD incompressible à la MMG de Nîmes

1.8.1. La VAD incompressible

La décision de régulation à une demande de soins non programmés appartient au médecin régulateur. Il décide de la réponse la plus pertinente au regard de la situation. Il peut répondre par :

- un conseil médical téléphonique avec éventuellement une prescription médicamenteuse dans l'attente d'un rendez-vous avec le médecin traitant,
- une orientation du patient vers un médecin d'astreinte en vue d'une prise en charge non urgente,
- l'envoi de moyens médicaux et/ou paramédicaux adaptés pour assurer la prise en charge du patient ainsi que, le cas échéant son transport vers un SAU,

Dans la situation où l'état du patient ne nécessite pas d'AMU mais ne permet pas non plus de différer l'avis médical à la réouverture des cabinets médicaux, l'orientation du patient vers le lieu de consultation le plus proche doit toujours être privilégiée (29). Cependant si le patient est dans l'incapacité de se déplacer, une VAD peut être proposée (visite incompressible) et réalisée dans la mesure du possible par le médecin d'astreinte mobile du secteur de PDSA concerné.

Les situations relevant potentiellement d'une visite incompressible font l'objet d'une annexe (annexe R-1) dans le cahier des charges de la PDSA (29).

D'une manière générale elles sont définies par des situations relevant du point de vue médical exclusivement de la PDSA avec les délais de la PDSA. Toute situation d'AMU est de fait exclue du domaine des visites incompressibles.

La décision de visite se prend après contact entre régulateur et effecteur et, dans la mesure du possible, selon un protocole préétabli.

Plusieurs facteurs sont identifiés et peuvent se combiner pour donner lieu à une visite incompressible :

- le lieu : EHPAD, domicile, institutions diverses ;
- la problématique diagnostique et/ou thérapeutique : fièvre, douleur, chute, dyspnée, troubles du comportement, situations de fin de vie, ... ;

- l'impossibilité de se rendre au lieu de consultation de PDSA : personnes fragiles (handicap, âge, isolement), composition de la famille influant sur la capacité de déplacement (famille monoparentale, conjoint dépendant) ;
- problème médico-administratif : certificat de décès éthiquement justifié (sans constituer une urgence, son absence demeure un élément bloquant avant toute démarche funéraire). A noter que depuis le décret du 10 mai 2017 (32) dans le cadre de la PDSA, ce certificat fait l'objet d'une rémunération spécifique de 100 euros.

1.8.2. Difficultés rencontrées à la MMG

La difficulté actuelle réside dans la réponse apportée aux demandes de visites incompressibles. Elles reposent sur les mêmes médecins qui exercent au centre de consultations qui sont donc par définition des effecteurs de PDSA mixtes (fixes et mobiles). Quand une demande de visite se présente, ils doivent donc faire un choix entre :

- accepter et quitter le centre de consultation au détriment des patients présents,
- refuser et donc ne pas répondre à la demande,
- répondre avec un délai parfois incompatible avec la demande.

Aucune de ces possibilités n'apporte pleinement satisfaction, tant sur le plan médical que sur le plan humain.

Bien souvent la visite n'est donc pas réalisée par le médecin de la MMG, la conséquence étant soit une hospitalisation directe par ambulance privée soit le recours aux SMUR ou aux pompiers.

Mais ces intervenants offrent une réponse inadéquate puisque :

- disproportionnée en terme de moyens mis à disposition au regard du caractère non urgent de ces situations,
- coûteuse pour la collectivité,
- génératrice d'un taux d'hospitalisation élevé puisqu'en règle générale il n'y a pas d'avis médical rendu auprès du malade en dehors du SMUR et donc la décision d'un transfert aux SAU est souvent la norme.

1.8.3. Le MMOB comme élément de réponse

Depuis plusieurs années, un nouveau dispositif voit le jour dans le cadre de la PDSA, le médecin effecteur mobile de PDSA.

C'est un médecin qui participe à la PDSA sur la base du volontariat (au même titre que les effecteurs fixes). Il intervient sur régulation préalable du médecin régulateur du centre 15. Ce médecin se consacre exclusivement à la réalisation des visites incompressibles et ne vient pas en renfort des médecins effecteurs fixes. De plus, une ligne de garde spécifique lui est dédiée, ce qui constitue la différence majeure avec le système d'effecteur mixte ou les systèmes d'astreintes.

Le développement des expérimentations de ces MMOB est encouragé par le décret du 1er octobre 2009 (33). L'objectif retenu est que « *la réponse aux assurés s'en trouve améliorée* ».

Les attendus d'un tel dispositif étaient :

- de permettre un gain humain via une prise en charge des patients adaptée à leur condition médicale,
- de permettre un gain économique en réduisant les transports et hospitalisations inutiles en SAU, très coûteux pour la collectivité.

Ainsi plusieurs études ont été menées avec des résultats encourageants.

A Nantes en 2012, (34) on constate que :

- 78% des patients n'étaient pas hospitalisés ou transportés vers un SAU après la visite du MMOB,
- Sur 2442 visites incluses dans l'étude, le MMOB a permis d'éviter 1449 passages aux urgences (59%) et 1269 transports vers les urgences (52%).

A Muret en 2014, (35) on constate que :

- le MMOB était sollicité dans 83,8% des cas pour des visites relevant bien d'un caractère incompressible,
- 82,6% des patients n'étaient pas hospitalisés ou transportés vers un SAU après la visite du MMOB,
- 70% des patients n'ont pas eu à bénéficier d'un transport ambulancier vers le SAU.

Dans les Cotes d'Armor en 2015 (36) on constate que :

- 79% des patients n'étaient pas hospitalisés ou transportés vers un SAU après la visite du MMOB,
- cette proportion augmente jusqu'à 89% pour les seuls résidents en EHPAD.

Les données sur le MMOB restent encore limitées mais ces éléments laissent penser que sa présence permet d'avoir un impact positif sur un territoire de PDSA.

Il semble qu'un MMOB, via une utilisation dans les contextes de visites incompressibles, puisse permettre de diminuer le taux d'hospitalisation ainsi que le recours aux SAU.

1.8.4. Le projet de MMOB Nîmois présenté aux MG de la MMG

Devant les difficultés rencontrées à la MMG et au SAU du CHU de Nîmes pour répondre de façon adaptée à la demande de soins non programmés (notamment aux situations de visites incompressibles) et au vu des résultats d'expérimentations menées dans d'autres régions en France, il est envisagé de mettre en place un dispositif de MMOB sur l'aire de compétence de la MMG (secteur n°3 de PDSA).

Pour cette étude, nous avons mis à contribution les potentiels futurs MMOB, à savoir les MG participant déjà aux gardes à la MMG, pour recueillir leurs avis concernant la mise en place d'un effecteur mobile.

Nous pensions que le fait de présenter aux MG de la MMG le concept de MMOB comme une réponse aux problématiques qu'ils rencontrent lors de leurs gardes permettrait de les impliquer dans la construction du projet et pourrait de surcroît favoriser leur adhésion future.

Nous avons utilisé les entretiens effectués avec ces MG pour participer à la construction d'un projet viable, en adéquation avec les attentes des potentiels futurs MMOB en particulier sur les plans de la formation, des conditions d'exercice et de rémunération.

En ce qui concerne la formation, nous avons sollicité l'équipe de l'Unité Médico-Judiciaire du Dr Benslima au CHU de Nîmes pour mettre en place une formation adaptée à la pratique future du MMOB. L'objectif est de centrer cette formation sur l'examen d'une personne décédée inconnue du praticien et sur la rédaction du certificat de décès correspondant.

D'autre part, nous avons également fait appel à l'équipe de Gériatrie du CHU de Nîmes et notamment au Pr De Wazières et au Dr Le Guillou pour concevoir une formation sur les situations pièges en gériatrie auxquelles sera confronté le MMOB. L'objectif est ici de permettre au MMOB d'être le plus efficace possible pour déceler les situations à risque immédiat ou différé qui nécessitent une prise en charge hospitalière. A contrario, le MMOB doit pouvoir retirer de cette formation une capacité à maintenir les autres patients à domicile ou en EHPAD et permettre ainsi de diminuer les hospitalisations inutiles.

Nous avons également identifié un besoin de formation dans le domaine des soins palliatifs et de la fin de vie pour lequel l'équipe de Gériatrie a également été sollicitée. Dans ces situations, l'objectif est encore de permettre au MMOB d'apporter la réponse médicale qui permet d'éviter l'hospitalisation.

Ces formations seront dispensées avant la participation au projet de MMOB. Elles seront réparties en quatre demi-journées.

Concernant la rémunération, des rencontres ont eu lieu avec l'ARS. La piste envisagée pour la rémunération repose sur une base mixte, forfaitaire et liée à l'acte. En pratique, il s'agit d'un forfait d'activité selon les standards prévus par le cahier des charges auquel viennent éventuellement s'ajouter les actes réalisés.

Dans tous les cas le MMOB se voit attribuer le forfait correspondant à son jour d'activité quelle que soit l'activité durant la garde.

Enfin, il est convenu d'emblée avec tous les acteurs que le projet devra être rapidement évalué. Il convient donc d'établir des critères de jugement pertinents pour déterminer si l'expérimentation porte ses fruits et a vocation à se poursuivre de façon plus pérenne.

1.9. Question de recherche et objectifs

Au cours de notre introduction, nous avons mis en évidence des difficultés récurrentes liées à certaines situations de PDSA, en particulier la réponse aux demandes de visites incompressibles. Ces situations sont rencontrées en France comme sur le secteur de la MMG de Nîmes, elles nous ont conduits à formuler la question de recherche de notre étude :

- quels sont les avis des MG du secteur de la MMG de Nîmes impliqués dans la PDSA concernant la mise en place d'un MMOB?

Afin de répondre à cette question, nous avons défini les deux objectifs suivants :

- recueillir et analyser les avis des MG effecteurs de la MMG sur le concept de MMOB dans la PDSA.
- participer à la construction du projet Nîmois de MMOB en partenariat avec les MG effecteurs de la MMG de Nîmes sur la base de cette analyse.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Pour répondre à la question de recherche posée dans ce travail, nous avons mis en place une étude qualitative par entretiens semi dirigés anonymisés. Nous souhaitons ainsi pouvoir recueillir les avis de MG effecteurs de la MMG de Nîmes sur le concept de MMOB dans la PDSA. (37,38,39)

En vue d'atteindre nos objectifs, le choix d'une méthodologie qualitative s'est imposé et nous avons opté pour une analyse thématique (40). Nous souhaitons questionner et explorer le vécu, l'expérience et les attentes des MG et cette méthode d'analyse présente l'intérêt de permettre « *un inventaire classificatoire* » des thèmes présents dans un matériau (ici les verbatim) et d'en effectuer la synthèse. La formalisation des résultats est ensuite possible sous la forme d'arbres thématiques.

Les entretiens étaient enregistrés au moyen d'un dictaphone. L'anonymat des entretiens a été garanti dès le premier contact (en l'occurrence lors de la prise de rendez-vous téléphonique) et les conditions d'anonymat étaient rappelées au médecin interrogé le jour de l'entretien afin de permettre la plus grande liberté de parole possible.

2.2. Recrutement

Nous avons choisi d'inclure des médecins déjà impliqués dans la PDSA au sein de la MMG de Nîmes en prenant le parti que leur connaissance des réalités et des problématiques de terrain sur l'aire de compétence de la MMG leur donnait une légitimité pour exprimer leur avis concernant le projet de MMOB. Nous pensions également qu'en cas de création du projet de MMOB, ils seraient les premiers acteurs et qu'il était donc pertinent de recueillir leur avis pour participer à la construction du projet Nîmois.

Les médecins interrogés avaient été préalablement contactés par téléphone, ils avaient ainsi donné leur accord pour participer à ces entretiens. Ils étaient tous informés du fait que ces entretiens s'intégraient dans le cadre d'un travail de thèse de médecine générale. La question de recherche, l'hypothèse ainsi que l'objectif étaient d'ailleurs énoncés le jour de l'entretien.

La plus grande liberté possible leur a été laissée pour choisir le lieu, le date et l'heure de réalisation des entretiens afin, d'une part, de ne pas perturber leur activité de consultation et, d'autre part, de leur permettre d'être pleinement concentrés sur la participation à ces entretiens. La représentativité de la population n'était pas un élément nécessaire dans ce contexte d'étude qualitative, néanmoins nous avons essayé de réunir des profils divers parmi les médecins interrogés.

Par ailleurs, pour chaque médecin interrogé, nous avons recueilli quelques informations générales afin de caractériser notre population (âge, sexe, mode d'exercice, durée et lieu d'installation, réalisation ou non de VAD dans la pratique courante, participation ou non à d'autres activités de type PDSA, nombre de garde moyen à la MMG et ancienneté de participation à celles-ci). (Annexe 2).

2.3. Entretiens individuels

Le guide d'entretien que nous avons mis en place était structuré sur plusieurs axes de manière à évoquer tous les aspects du fonctionnement actuel du système de garde de PDSA. Les médecins devaient exprimer leur ressenti et des pistes potentielles pour améliorer l'organisation de la PDS. Le questionnaire retenu s'organisait donc de la façon suivante :

- dans un premier temps, les médecins étaient interrogés sur leur expérience de l'activité de garde à la MMG de Nîmes ainsi que sur les éléments en faveur ou en défaveur de leur participation à ce système de garde.
- ensuite, les médecins devaient se prononcer sur trois situations cliniques en tant que médecin traitant. En effet si un de leur patient était dans l'une des situations décrites, comment souhaiteraient-ils que ce patient soit pris en charge de façon optimale.
- plus tard, les médecins étaient interrogés sur leur connaissance du concept de visite incompressible et de MMOB. Quelle que soit la réponse (détaillée ou ignorance de ces concepts), les concepts étaient repris en détail avec les contours du projet de MMOB tel qu'envisagé au sein de la MMG. Un texte était lu de façon identique à chaque médecin pour expliquer au mieux ces concepts. Le but de cette explication stéréotypée était de mettre tous les médecins interrogés sur un pied d'égalité vis-à-vis de la connaissance de ces concepts.

- Enfin on demandait au médecin de réagir à ce projet et on s'attachait à recueillir leurs avis sur le concept de MMOB autant que leurs avis sur la mise en place pratique d'un tel dispositif.

Pour chaque question, il était prévu une base minimale d'éléments sur lesquels les médecins interrogés devaient se prononcer. Si ce n'était pas spontanément le cas, une relance neutre était effectuée sous la forme "*concernant ceci ?*" ou "*à propos de cela ?*" afin de recueillir le plus d'informations possibles.

Les réponses étaient libres pour chaque médecin. Ils n'étaient interrompus dans leurs réponses qu'en cas de confusion majeure sur le rôle ou sur les modalités d'exercice du MMOB (situation qui s'est produite une fois et qui correspondait à une incompréhension sur le rôle du MMOB et qui de fait induisait une réponse inadaptée).

2.4. Arrêt de l'étude

Les entretiens ont été réalisés progressivement pour permettre une première analyse sommaire et systématique des verbatim avant la réalisation de l'entretien suivant. Cela a permis de mettre en évidence une saturation des données à l'issue du dixième entretien. La saturation des données étant définie comme l'absence d'éléments nouveaux en matière de codage.

Deux entretiens supplémentaires ont été réalisés pour confirmer cet état de fait. Ils n'ont pas permis de faire émerger de nouveaux éléments de codage. Ils s'inscrivaient simplement dans la continuité de ce que nous avons déjà recueilli lors des précédents entretiens. Nous avons donc mis un terme au recueil des données à l'issue du douzième entretien.

2.5. Verbatim

Les verbatim étaient retranscrits le plus souvent le jour même ou au plus tard dans les deux jours suivant l'entretien sur le logiciel de traitement de texte Word®.

Un premier codage sommaire était réalisé rapidement après retranscription afin de valider la qualité du verbatim et de profiter de la proximité temporelle de réalisation de l'entretien dans la compréhension des unités de sens.

2.6. Codage

Le codage a été réalisé à l'aide du logiciel Excel® par l'investigateur seul. Chaque phrase supposée digne d'intérêt était intégrée sur une ligne, chaque ligne devant se voir attribuer une unité de sens.

Une fois l'intégralité des entretiens codés, les unités de sens ont été regroupées afin de faire émerger des catégories et des sous catégories dans le cadre d'une analyse thématique. Les thèmes n'étaient pas identifiés à l'avance, ils ont tous été déterminés par l'analyse des verbatim.

3. Résultats

3.1. Description de l'échantillon

Douze entretiens d'une durée comprise entre 17 et 35 minutes ont été réalisés entre le 20 septembre et le 20 décembre 2018. Les entretiens sont identifiés du médecin n°1 (M1) au médecin n°12 (M12).

Il n'y a eu qu'un seul refus de participation au motif que le médecin n'avait pas le temps nécessaire à consacrer à cet entretien.

Sur les douze médecins interrogés : cinq sont des hommes et sept sont des femmes. Tous sont des MG libéraux.

Les entretiens ont toujours eu lieu en tête à tête avec les médecins sauf une fois où une interne en médecine générale en stage dans le cabinet était présente et a souhaité rester lors de l'entretien. Ceci a été accepté par le médecin interrogé et l'investigateur. L'interne en question est restée strictement spectatrice durant l'intégralité de l'entretien.

L'âge des médecins interrogés varie entre 31 ans pour le plus jeune et 65 ans pour le plus âgé. Leur durée d'installation est comprise entre 3 mois et 38 ans. Neuf d'entre eux exercent en cabinet de groupe et trois médecins travaillent seuls. Deux médecins travaillent dans des cabinets de ville, les dix autres exercent dans des cabinets semi-ruraux.

Tous les médecins interrogés déclarent réaliser des VAD dans leur pratique courante. Il y a cependant une grande variabilité puisque le minimum hebdomadaire est d'une VAD pour les médecins 3 et 11 alors que le médecin 6 en fait environ vingt.

Deux médecins ont eu une activité de régulation libérale, mais seul le médecin 7 l'exerce encore car le médecin 3 l'a interrompue depuis 1 an.

Concernant les gardes, cinq médecins déclarent avoir une préférence pour les gardes de semaine par rapport aux samedis et dimanches, les sept autres se déclarent indifférents.

Du fait du critère d'inclusion, tous les médecins participent à l'activité de garde à la MMG. Sept d'entre eux sont d'ailleurs des participants des gardes à la MMG depuis sa création en 2012. Le nombre de gardes réalisées selon les dires des médecins interrogés varie entre 4 et 15 par an. (Annexe 2)

3.2. Modification du questionnaire

Au terme du premier entretien, nous avons été amenés à supprimer une question sur les améliorations potentielles qui était formulée comme suit : « *Selon vous le fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires actuellement pourrait-il être optimisé et de quelle manière ?* ».

Cette question amenait une réponse imprécise avec notamment une réflexion globale sur l'offre de soins, une remise en cause du comportement consumériste des patients vis-à-vis de l'offre de soins mais au-delà de ce constat, n'apportait pas de proposition et d'ancrage local sur le bassin Nîmois. Il n'y avait donc pas de possibilité de recueillir des éléments pour répondre à notre question de recherche sur un MMOB Nîmois.

Nous avons donc décidé de remplacer cette question par trois mises en situation cliniques pour recentrer les réponses sur nos objectifs.

Chaque médecin devait se positionner comme le médecin traitant d'un patient fictif et se prononcer sur sa vision d'une prise en charge optimale pour ce patient. Chaque situation se voulait représentative d'une situation de PDSA de visite incompressible (gériatrie, soins palliatifs, rédaction d'un certificat de décès). Les réponses obtenues dans ce nouveau contexte ont permis de mieux cerner l'opinion des médecins interrogés sur les difficultés rencontrées et sur leur souhait de prise en charge, elles faisaient ainsi mieux le lien avec la réponse proposée par la mise en place d'un MMOB.

3.3. Analyse et arbres thématiques

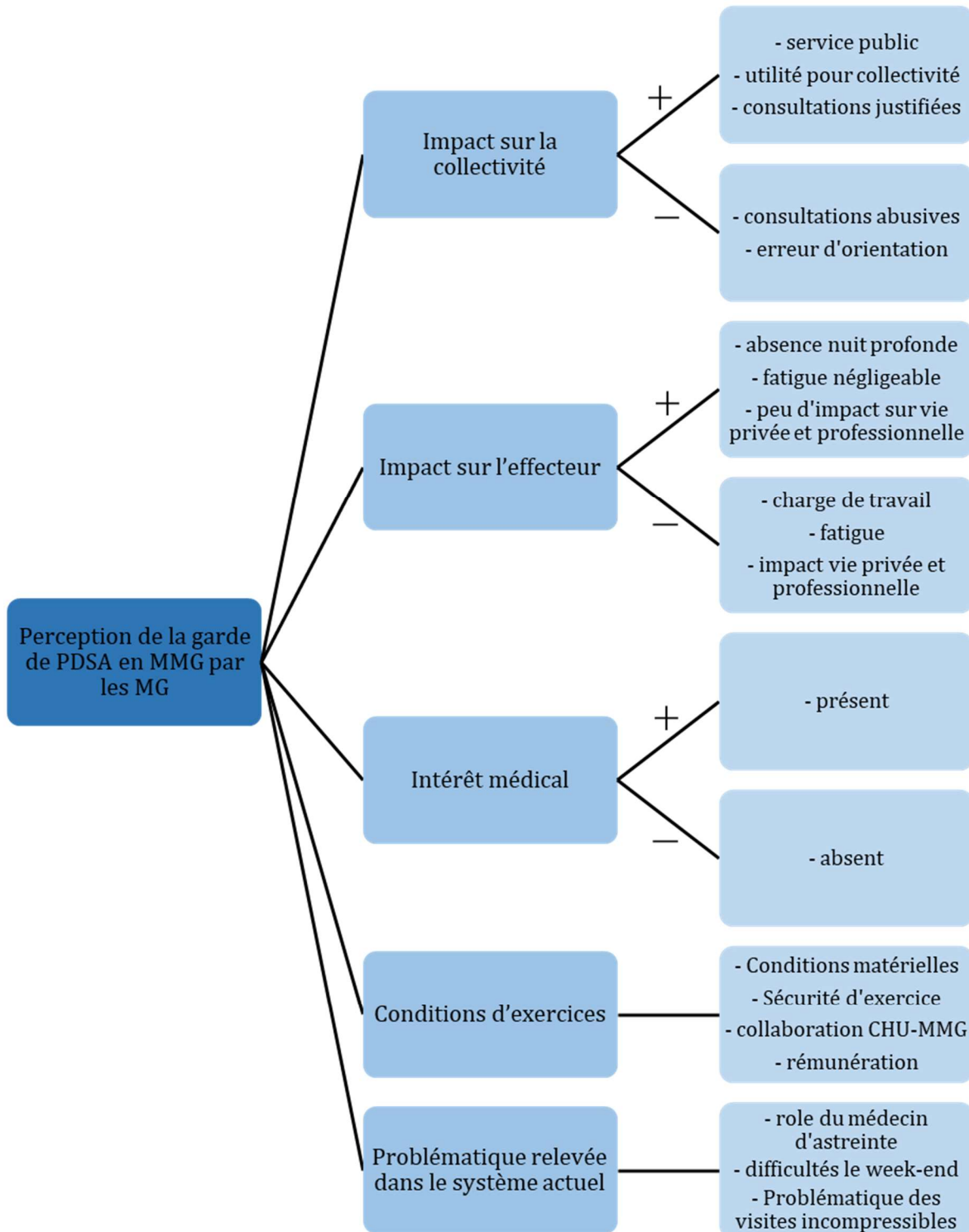
La question de recherche était énoncée comme suit : « Quels sont les avis des MG du secteur de la MMG de Nîmes impliqués dans la PDSA concernant la mise en place d'un MMOB? »

L'analyse des entretiens a permis de dégager plusieurs grands axes de réponse.

Dans un premier temps, les médecins ont exprimé leur perception de la garde de PDSA en MMG. Ensuite, ils ont fait le constat global d'une réponse inadaptée ou absente à la problématique des visites incompressibles. La volonté de réponse était inégale selon les situations.

Enfin, les médecins se sont d'abord prononcés sur le MMOB en tant que concept puis sur le MMOB du point de vue de la mise en place pratique.

3.4. Perception de la garde de PDSA en MMG par les médecins interrogés



3.4.1. Impact sur la collectivité

3.4.1.1. Vécu positif

Mission de service public / Ethique professionnelle :

Les médecins sont presque unanimes pour dire qu'ils ont le sentiment de remplir une mission de service public et que cette mission s'intègre dans une éthique inhérente à la profession de MG. Il existe également un sentiment de solidarité confraternelle sous-jacent dans les réponses exprimées :

- *M1 « Surtout dans une période un peu délicate de la médecine générale à Nîmes où il y a beaucoup de départs à la retraite qui ne sont pas remplacés ».*
- *M2 « Je suis médecin généraliste c'est normal de participer à la PDSA [...] je trouve que c'est un peu un devoir », « Je me dis que c'est normal qu'on participe tous après [...] moi je n'ai pas connu la PDSA hors MMG ».*
- *M4 « La volonté [...] dans mon cas précis je n'ai pas d'obligation, je suis situé dans un secteur où il n'y a pas de gardes obligatoires [...] donc en fin de compte moi c'est vraiment sur la base du volontariat ».*
- *M5 « Je pense qu'on fait partie des rares médecins qui nous sentons une obligation de participer à ce service de garde », « Il semble légitime qu'on participe aussi à cet effort commun », « Je pense [...] qu'on a une nécessité, à partir du moment où on est médecin, d'être attaché à un service de garde quel qu'il soit, pour moi c'est une évidence, ça fait partie de notre job ».*
- *M6 « C'est pour respecter l'obligation moi j'en prends pas beaucoup mais j'en prends pour continuer de respecter l'obligation, pour participer à la PDSA », « Je considère que [...] on est quand même [...] un métier où ça fait partie des missions [...] d'assurer une permanence des soins quand on ne travaille pas ».*
- *M8 « On a déjà cette sensation dans nos cabinets. Je pense qu'on a des obligations et qu'il faut s'y tenir. Ce n'est pas légal mais c'est une obligation personnelle qu'on se fixe ».*
- *M12 « Ah oui tout à fait rendre un service à la population. 100%. », « Je le fais par mission de service public ».*

Seul le médecin 10 a un avis contraire et déclare ne pas avoir ce sentiment :

- *M10 « Non ça ne rentre pas en compte ».*

Utilité pour la collectivité :

La plupart ont le sentiment d'être utiles à la collectivité en participant à l'activité de garde de PDSA :

- *M2 « C'est bien d'être là pour le patient en journée mais c'est bien aussi d'être là le soir ».*
- *M3 « L'aspect mission de service public, travailler pour la collectivité ? C'est un critère ».*
- *M6 « Une activité qui sera utile pour à la fois les services d'urgences, SMUR, pompiers, CODIS et ... enfin les soulager eux ».*
- *M9 « Je trouve que c'est normal d'y participer, d'apporter sa pierre à l'édifice ... collectif ».*
- *M11 « Ça désengorge les urgences ce qui est très important ».*
- *M12 « C'est vraiment en aide à la population ».*

Consultations justifiées :

Deux médecins ont verbalisé le fait de recevoir des consultations médicalement justifiées en garde de PDSA :

- *M2 « Il y a quand même des gens qui avaient besoin d'être rassurés ».*
- *M10 « 9,9% pouvaient justifier d'un avis médical un peu rapidement ».*

3.4.1.2. Vécu négatif

Consultation abusives :

La majorité des médecins estime que beaucoup de consultations sont injustifiées sur le plan médical (même si les proportions exprimées varient beaucoup selon les médecins interrogés), que celles-ci ne relèvent en rien de problématiques de PDSA. D'après ces médecins cela nuit à l'efficacité du système dans sa globalité du fait de l'utilisation inadaptée des ressources. Ils reprochent aux patients de ne pas se rendre compte de l'impact négatif sur la collectivité d'une

surconsommation de soins injustifiée en période de PDSA. Ici il est clairement relevé la problématique du mésusage du système de PDSA.

- M1 « Il y en a, ça aurait pu attendre le lendemain », « Les gens connaissent l'existence de la MMG et ils y vont [...] plus par facilité d'accès que par réel besoin de soins à ce moment-là », « Il y en a qui clairement ne relèvent pas de la PDSA ».
- M3 « Sur 17 il y en 5 qui méritaient d'être consultés [...] sur cet horaire-là [...]. C'est-à-dire plus de la moitié qui auraient pu attendre... Le lendemain ou même plusieurs jours ».
- M5 « Dans la grande majorité elles auraient pu être reportées au lendemain. Je dirais qu'il y en avait, allez, 20% de justifiées ».
- M6 « On va dire à 50% des cas oui [...] ça relève de la PDSA après certains auraient très bien pu attendre le lendemain ».
- M7 « Il y en a beaucoup qui pourraient être reportées, je dirais bien 1 sur 2 qui pouvaient attendre le lendemain ».
- M8 « Il y en a la moitié qui ne sont pas motivées, qui ne devraient pas venir », « A la MMG je pense qu'il y a beaucoup d'abus, comme aux urgences à l'hôpital c'est pareil ».
- M9 « Ils viennent après 20h ils trouvent que c'est bien sauf qu'ils ne comprennent pas que ça coûte beaucoup plus cher à la société ».
- M10 « 80 ou 90 % des gens auraient pu attendre le lendemain ».

Erreur d'orientation en PDSA :

Certains médecins ont le sentiment que les patients font un mauvais usage du système de santé. Ils pensent que leur présence en garde de PDSA sert plus à pallier les déficiences de la démographie médicale qu'à répondre aux demandes de soins non programmés.

- M2 « Leur médecin généraliste, à partir de 18h n'est plus disponible, [...] ils viennent à la maison médicale à 20h ».
- M9 « Ah oui oui en particulier il y avait une consultation c'est un monsieur qui [...] a consulté je ne sais combien de fois [...] ça effectivement ce n'est pas normal qu'il soit là ».
- M12 « Les autres c'était de la médecine générale mais [...] c'est vrai qu'il y en a, ce n'est pas vraiment..., c'est plus des demandes sociales, d'aides, que du vraiment médical »,

« C'est des gens qui n'ont plus de médecin, donc on vient un peu pallier la démographie médicale défaillante ».

3.4.2. Impact sur l'effecteur

3.4.2.1. Vécu positif

Absence de nuit profonde :

Beaucoup de médecins reconnaissent que l'absence d'exercice en nuit profonde contribue à rendre leur participation à la garde de PDSA moins désagréable.

- *M1 « Oui s'il y en avait ça serait différent, clairement! [...] ça serait quand même un frein clairement, oui oui oui ».*
- *M5 « Par contre si demain il fallait se remettre aux nuits profondes là c'est autre chose quand même ».*
- *M9 « J'avoue que je n'apprécierai pas spécialement ».*
- *M12 « C'est un confort. S'il fallait en refaire il faudrait vraiment qu'on soit nombreux à en faire ».*

Les médecins 3 et 4 tiennent un discours plus ferme encore et affirment qu'ils ne feraient plus de garde s'il fallait travailler en période de nuit profonde.

- *M3 « S'il y avait des nuits profondes ? Non, la nuit je dors ».*
- *M4 « La MMG je suis volontaire parce que bon on travaille pas la nuit », « S'il y avait des gardes de 24h je pense que je ne le ferais pas ».*

Les médecins 3, 7 et 9 estiment que de toute façon la nuit profonde n'a pas lieu d'être du fait de la faible demande de soins de PDSA sur cette tranche horaire.

- *M3 « Il faudrait sortir les statistiques, savoir si vraiment c'est justifié ou non par rapport à la demande, je ne sais pas si on a tant de demande que ça ».*
- *M7 « Je travaille au centre 15 je fais de la régulation en nuit profonde [...] vu le nombre d'appels qu'on a ... Il n'y a aucun intérêt d'ouvrir la maison médicale en nuit profonde »*

- M9 « Je ne sais pas si ça a un réel intérêt par rapport aux urgences, [...] parce que passé minuit la PDSA [...] en général les gens sont déjà venus », « Je pense qu'effectivement ça ne vaut peut-être pas la peine de mobiliser un médecin toute la nuit ».

Seul le médecin 6 estime que l'absence de nuit profonde est un manque pour la collectivité mais il ne le regrette pas pour autant sur un plan personnel.

- M6 « Je pense que c'est un [...] manque mais personnellement je ne regrette pas que ça n'existe pas ».

Fatigue :

Globalement la fatigue générée par les gardes n'impacte pas la participation des médecins à la PDSA du fait de leur caractère ponctuel.

- M1 « C'est quand même relativement ponctuel les gardes, donc là en semaine moi j'en ai 2 par semestre ça reste rare ».
- M5 « La mutualisation fait qu'on a peu de gardes sur un semestre donc c'est tout à fait gérable ».
- M6 « Non ça va parce que je n'en fais pas énormément donc [...] ça ne me pose pas de problème. Sur la fatigue pas de problème ».
- M7 « Non c'est très négligeable parce qu'on n'a pas tant de gardes que ça ».

Peu d'impact sur la vie privée et professionnelle :

Les médecins 3 et 4 estiment que la gêne occasionnée par les gardes est minimale et n'occasionne donc pas de perturbation dans leurs vies privées et professionnelles.

- M3 « Non c'est négligeable, parce qu'on n'a pas beaucoup de gardes, et on est content d'y aller là-bas [...] donc non c'est que du bonheur ».
- M4 « Finir à la dernière heure à minuit, voire 1h du matin [...] ça me va bien ça permet de faire quand même une nuit complète et d'avoir une qualité de vie respectée à côté ».

3.4.2.2. Vécu négatif

Charge de travail :

L'opinion générale est assez claire à ce sujet, la charge de travail occasionnée par les gardes est lourde et constante, avec comme facteur principal le nombre très important de patients consultants à la MMG. Les gardes de week-end sont considérées comme étant les plus difficiles en raison de leur durée.

- M1 « Je trouve qu'on est assez rapidement débordés en fait », « Hier par exemple la garde commence à 20h, à 20h10 il y en avait 10 en salle d'attente donc euh ... ».
- M4 « J'ai dû voir sur la journée une cinquantaine de personnes [...] à moi tout seul alors ça fait beaucoup ».
- M5 « On avait une salle d'attente qui était absolument pleine à craquer ».
- M7 « Je suis arrivé à 8h le soir et il y a 20 personnes qui se sont pointées ».
- M9 « J'avoue que maintenant je trouve long de faire des dimanches, que de 8h du matin à minuit c'est vrai que c'est lourd ».
- M10 « Il n'y a plus de garde calme, ça n'existe plus ».
- M12 « Il y a toujours une belle activité quand même ».

Fatigue :

La fatigue générée par les gardes de PDSA revient comme un élément de vécu négatif chez les médecins 2 et 4.

- M2 « Tu rentres chez toi [...] il est 1h30, t'as fait ta journée avant, tu te couches pas forcément tout de suite et le lendemain tu re-bosses à 8h30 ».
- M4 « La fatigue, moi surtout c'est ça [...] la fatigue générée par le nombre de patients et la durée des gardes ».

Impact sur la vie privée et professionnelle :

Quelques médecins expliquent que la lourdeur des gardes génère chez eux des difficultés d'une part pendant la garde (sur la qualité du travail qu'ils fournissent) et d'autre part le lendemain lors de la reprise de leur activité en cabinet.

- *M1 « Je ne fais pas de dimanche parce que pour moi c'est trop lourd, j'ai peur de faire une connerie ou du mauvais boulot ».*
- *M4 « Ça s'est plutôt bien passé après c'est vrai que c'est toujours un petit peu éprouvant quand je reprends le travail le lendemain matin ».*
- *M11 « Après un lendemain de dimanche ou de jours fériés je m'arrange pour commencer plus tard le lundi, j'adapte ».*
- *M12 « Les gardes impactaient un peu trop mes lundis aussi, lundi c'était dur, on n'est pas apte, on travaille mais bon c'est le jour où on peut faire des bêtises. Donc c'est une des raisons qui ont fait que j'ai abandonné les dimanches ».*

Le médecin 12 a également mis en avant le retentissement des gardes sur sa vie privée.

- *M12 « Quand je suis de garde le samedi ben le dimanche je ne fais rien ».*

3.4.3. Intérêt médical

3.4.3.1. Vécu positif

Goût personnel des MG pour cet exercice / Décharge administrative :

L'exercice de la médecine en garde de PDSA permet aux médecins de se consacrer uniquement à des tâches médicales et de diversifier leur pratique de la médecine. La « décharge administrative » est une notion très appréciée par les médecins lors de leurs gardes de PDSA, ils ont le sentiment de ne faire que ce pourquoi ils sont formés. Certains apprécient également les situations médicales rencontrées ou le caractère stimulant de cette activité.

- *M3 « On ne fait que le médical, on ne s'occupe pas de l'administratif, ça c'est carrément du bonheur », « On ne travaille pas avec ses patients, on travaille avec des patients qu'on ne connaît pas, c'est vraiment un autre fonctionnement ».*

- M4 « *Changer un petit peu d'activité, de lieu et de type d'activité puisque même si on fait de la médecine générale en PDSA on n'a pas tout à fait les mêmes demandes, les mêmes types de patients* », « *Pour moi c'est plutôt stimulant, ça fait se poser des questions* ».
- M5 « *Un secrétariat qui nous [...] libère des tâches administratives [...] on y va avec plaisir c'est sûr* ».
- M7 « *Avant je faisais les gardes sur Nîmes [...] ça me plaisait bien* ».
- M11 « *J'aime bien ce côté urgence, ça me rappelle quand je travaillais aux urgences, un peu le speed, la mini décharge d'adrénaline* », « *Je le fais de temps en temps parce que j'aime bien* », « *Puis on a qu'à faire la partie médicale* ».

3.4.3.2. **Vécu négatif**

Absence d'intérêt médical :

Pour les médecins 10 et 12, la garde de PDSA ne revêt strictement aucun intérêt médical. Ils ne sont absolument pas attirés par cette activité et leur participation s'appuie sur d'autres déterminants.

- M10 « *Aucun intérêt médical. Voilà. Aucun* ».
- M12 « *Moi de toute façon je ne fais aucune garde par plaisir, je n'ai pas de plaisir à faire des gardes, je serais mieux chez moi avec ma famille que d'aller faire des gardes* », « *On est bien d'accord que je préfère être chez moi qu'en garde* ».

3.4.4. **Conditions d'exercice**

Les médecins se sont tous exprimés de façon positive sur les conditions d'exercice en garde de PDSA au sein de la MMG. Parmi les éléments fréquemment cités, on retrouve :

- les conditions matérielles confortables qui créent un environnement de travail favorable,
- la sécurité d'exercice (avec notamment la prise en compte de la féminisation de la profession),
- la bonne collaboration entre le CHU, la MMG et entre les MG qui permet de constituer un véritable réseau de soins,
- la rémunération de ces gardes.

Ces différents éléments constituent des déterminants évidents et affirmés de participation à l'activité de garde en PDSA au sein de la MMG. Les avis discordants concernant ces sujets sont rares.

Environnement favorable :

La présence du secrétariat, la délégation des tâches administratives, le fait de ne pas être seul sont autant d'éléments qui contribuent à la création de cet environnement de travail favorable.

- M2 « *La secrétaire qui est là, qui te fait ta facturation, qui accueille les gens* ».
- M6 « *Je dirais à Nîmes elles sont presque excellentes* », « *Il y a toutes les conditions réunies pour ce soit très bien* ».
- M7 « *Mais j'aime bien parce qu'on est encadré, il y a la secrétaire, on n'est pas seul* ».
- M8 « *C'est parfait* ».
- M9 « *Quand on travaille depuis longtemps comme moi c'est quand même beaucoup plus confortable de faire des gardes à la MMG [...] c'est quand même des conditions d'exercice agréables* ».
- M10 « *C'est en faveur de ma participation. On est très bien [...] les conditions de travail sont proches de la perfection* ».

Sécurité d'exercice :

Le caractère sécurisant du mode de fonctionnement, la localisation de la MMG et sa conception contribuent à rassurer les médecins qui participent aux gardes sur leur sécurité physique.

- M2 « *T'as quand même cet aspect sécurité avec le sas, [...] la sécurité si besoin à côté* ».
- M3 « *Conditions sécurisées, parce que ça c'est important* ».
- M12 « *On a moins de risque de se faire agresser que dans le temps quand on était dans notre cabinet* ».

Constitution d'un réseau de soins :

Les médecins 3, 4 et 8 ont évoqué cet aspect de travail en réseau comme un élément très positif de leur vécu de la garde. Ceci permet de rencontrer des collègues MG et d'échanger sur les pratiques professionnelles.

- M3 « *Oui les conditions de travail, bonne équipe, le travail en équipe* ».
- M4 « *Ce que j'aime bien c'est, essentiellement le week-end, j'aime bien c'est qu'on est deux, donc du coup on échange* ».
- M8 « *On rencontre d'autres médecins c'est super* ».

D'autres médecins apprécient grandement de pouvoir bénéficier d'avis spécialisés rapides grâce à une collaboration efficace avec le CHU ou bien de pouvoir ré orienter leurs patients vers les urgences très facilement en cas de nécessité médicale.

- M1 « *Le confort d'exercice, le fait que ce soit à côté du CHU, que tu puisses avoir des avis téléphoniques* », « *Ça m'est déjà arrivé de les avoir au téléphone, les internes d'astreinte des différentes spécialités* », « *Il y a une excellente collaboration entre les libéraux et les urgences* ».
- M2 « *La condition aussi dans laquelle tu passes ta garde dans le sens où si t'as une urgence vraie ben t'as les urgences à côté* ».
- M6 « *Du fait de la présence de l'hôpital juste à côté. Quand on un problème Carémeau à côté* ».
- M7 « *On a les urgences à côté, ça c'est vraiment un plus donc au moindre doute [...] on envoie sur les urgences* ».
- M11 « *Juste à côté des urgences au moindre souci* ».

Rémunération :

Une grande partie des médecins évoque clairement le fait que l'aspect lucratif de ces gardes occupe une part importante dans leur motivation à participer.

- M1 « *Il y a l'aspect financier c'est évident, bénévolement je ne le ferais pas* ».

- M3 « *Oui ça joue un rôle, bien sûr, on ne peut pas dire le contraire c'est assez lucratif* ».
- M4 « *Il y a le côté [...] financier, [...] les gardes [...] ont une cotation particulière qui fait que si les consultations étaient au tarif de la semaine à 25€ je pense que je ne viendrais pas* ».
- M7 « *Faut dire ce qui est je le fais pas par altruisme, ça me rapporte* ».
- M8 « *C'est sûr que le fait que ce soit une rémunération intéressante c'est en faveur* ».
- M10 « *La réponse honnête de ma participation ? La cupidité* ».
- M11 « *On ne va pas se leurrer l'aspect financier aussi* ».

D'autres médecins tiennent un discours différent. Sans renier l'aspect positif d'une bonne rémunération des gardes, ils ne positionnent pas celle-ci comme un élément déterminant de leur participation. Ils tiennent d'ailleurs à appeler à la vigilance vis-à-vis de certains comportements, en effet ils estiment que certains de leurs confrères participent uniquement en raison d'un intérêt financier ce qui selon eux constitue une dérive du système de la PDSA. Ils sont attachés à la solidarité qui unit les médecins participant à la PDSA.

- M2 « *Moi je cours pas après parce que j'ai ma vie de famille, oui je suis contente d'avoir le chèque à la fin de la garde [...] mais c'est pas la motivation financière* », « *Il faudrait [...] éviter qu'il y ait trop de dérives sur les médecins qui sont là pour accumuler du fric* ».
- M5 « *C'est clair que quand on fait une centaine d'actes à 2 sur un samedi ben oui ça fait une rentrée d'argent qui n'est pas négligeable mais [...] ce n'est pas ça la motivation* », « *Cela crée d'autres dérives où certains médecins participent par appât du gain [...] deviennent des professionnels de la garde, ce qui dévoie [...] le fondement moral du service de garde* ».
- M9 « *Je crois que c'est devenu secondaire, c'est devenu secondaire* », « *Je le fais pour être solidaire des autres [...] si je n'avais pas de garde je ne pleurerais pas* ».
- M12 « *Ce n'est pas ça qui me motive pour faire des gardes du tout* », « *Peut-être que je serais moins volontaire si c'était moins bien rémunéré. Mais ce n'est pas l'argument premier du tout* », « *Moi je suis installée depuis plus longtemps [...] je n'ai pas besoin d'un complément de revenu* ».

3.4.5. Problématiques relevées dans le système actuel

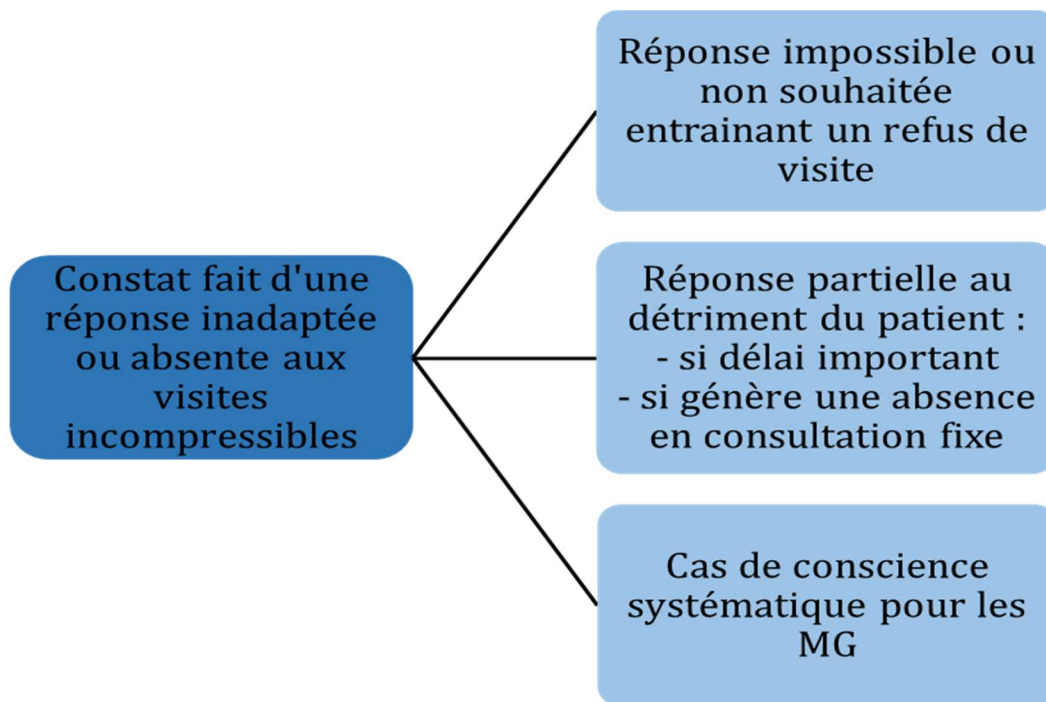
Rôle du médecin d'astreinte à clarifier :

Parmi les dysfonctionnements relevés, le rôle du médecin d'astreinte revient dans les entretiens avec les médecins 1, 8 et 9. Il existe une méconnaissance de son rôle réel ou un désaccord quant à l'utilisation celui-ci. Globalement les médecins pensent que ce rôle est à clarifier. Actuellement tous s'accordent à dire que ce médecin d'astreinte n'est quasiment jamais appelé et donc ne comprennent pas son utilité.

- M1 « Il faudrait clarifier la position du médecin d'astreinte parce que je ne comprends pas trop son rôle », « Je ne comprends pas pourquoi celui qui est d'astreinte [...] on ne l'appelle pas », « il ne sert à rien ce médecin d'astreinte qui est là tous les soirs ».
- M8 « Le soir quand j'étais en astreinte je n'ai jamais été appelé... ».
- M9 « Je fais des astreintes aussi, en fait je ne suis quasiment jamais appelée ».

Constat partagé d'une réponse insatisfaisante aux demandes de visites incompressibles :

Tous les médecins interrogés font le même constat, la réponse aux visites incompressibles est inadaptée voire absente selon les situations (cf 1.8.2). Il s'agit là d'une carence importante dans le fonctionnement actuel du système, exprimée par tous les médecins qui ont conscience des enjeux que cela représente en termes de services non rendus à la population ainsi qu'en termes de mésusage des ressources de soins. Les situations rencontrées dans ce cadre-là sont souvent complexes et posent parfois de véritables questionnements éthiques aux médecins (le cas de la rédaction des certificats de décès est souvent pris en exemple). La réponse à ces cas de conscience n'est pas univoque mais elle est, d'après les médecins interrogés, toujours insatisfaisante. Il ne semble pas exister de solution idéale dans la configuration actuelle.



- M2 « Ce qui était un peu galère c'est que je suis partie [...] plus de 2 heures », « J'ai dû être appelée [...] pour un certificat de décès [...], depuis on s'arrange pour ... voilà ... pour pas les faire », « C'est compliqué de faire un certificat de décès pour un patient que tu connais pas [...] c'est aussi pour ça qu'il y a des réticences », « Quand t'as un monde fou à la MMG ben tu dis voilà y'a pas d'urgence il est décédé ».
- M3 « Ben non moi j'y vais pas ».
- M4 « Ça m'est arrivé, la salle d'attente [...] il y avait du monde [...] j'y suis allé, j'ai fait le certificat médical, mais ben justement ce cas-là ça m'a posé problème », « On était deux à la MMG, mon collègue a pris le relais pour les consultations mais bon effectivement je crois que mon binôme à la MMG n'y serait pas allé, faire le certificat médical donc ça m'a posé question puisque j'y suis allé », « J'y suis allé [...] pas pour faire de la médecine, pour débloquer une situation, [...] administrative », « On a fait les choses mais je n'ai pas trouvé ça satisfaisant de me retrouver à devoir faire une VAD alors qu'il y avait des personnes dans la salle d'attente », « On était un peu bloqué, un samedi, ça veut dire que si le médecin de la MMG ne vient pas il faut qu'ils attendent jusqu'à lundi pour avoir un médecin qui vient en plein mois d'août », « J'ai eu exactement cette situation donc du coup je sais ce que j'ai fait, je sais que ça m'a posé un cas de conscience parce que je pense que j'aurais été plus utile ailleurs », « Un appel au 15 de l'EHPAD et puis il va être envoyé une

ambulance qui va venir chercher, ou les pompiers, et l'amener aux urgences. Je pense que ce n'est pas l'idéal ».

- *M5 « Franchement on a temporisé parce que on avait une salle d'attente qui était absolument pleine à craquer », « Je pense que je ne me déplacerai pas pour un constat de décès à 15h », « Je pense que quitter une MMG alors qu'il y a 15 ou 20 personnes qui attendent [...] ça ne me semble pas normal ».*
- *M6 « Ça dépend de l'activité, moi personnellement pour les décès par exemple j'ai essayé d'y aller [...] dans la mesure où [...] on n'était pas débordés [...] quand on était deux ça m'est arrivé d'y aller. A condition que quand je revienne il n'y ait pas 20 personnes qui attendent ». « Mais en pleine journée je dirais non et ça me fera mal de dire non mais je dirais non quand même, un peu contraint par la situation ».*
- *M7 « Il ne faut pas qu'il y ait trop trop de monde en attente. On dit qu'on le fait, enfin moi je ne refuse pas de les faire en général », « Je ne refuse pas les certificats de décès [...] quand c'est un samedi, un vendredi soir, ils doivent attendre le week-end et puis il y a la famille qui attend [...] ce n'est pas très humain de les laisser en plan », « Le souci c'est quand il y a beaucoup de monde à la MMG parce que c'est difficile de s'éclipser, laisser l'autre seul ».*
- *M8 « Je ne vais pas faire de certificats de décès sur quelqu'un que je ne connais pas ».*
- *M9 « Ben je dis que je viendrai quand je pourrais », « Mais bon quand ça déborde, non on s'occupe des gens qui sont là, je veux dire on ne va pas laisser un médecin sur deux [...] alors qu'il y a un monde fou ».*
- *M10 « Je n'ai pas le temps [...] ça serait au détriment des patients présents, je ne vais pas lâcher les vivants pour aller m'occuper des morts ».*
- *M11 « Si la salle d'attente est blindée c'est non. Parce que l'autre médecin sera tout seul, avec beaucoup de patients ça va leur nuire ».*
- *M12 « Il y avait un boulot de fou puisqu'en tout il y a eu plus de 80 patients [...] Donc ça voulait dire abandonner les patients sur place », « Je ne vois pas comment... c'est impossible. Voilà moralement on n'est pas bien hein de dire non moi quand j'ai dit non je n'étais pas bien mais je ne vois pas quelle solution », « c'est impossible de quitter la MMG là avec la salle d'attente bondée et c'est impossible de laisser le papi ou la mamie seuls pendant la canicule pendant 24-48 heures, donc c'est une situation qui me met mal à l'aise ».*

mais ce n'est pas possible si on part vu le secteur de la MMG on va s'absenter minimum 2h », « Ne serait-ce que chaque fois qu'il y a un décès avec une demande de certificat [...] je ne suis pas satisfaite de dire non [...] si on a la salle d'attente pleine je ne vois pas comment c'est réalisable ».

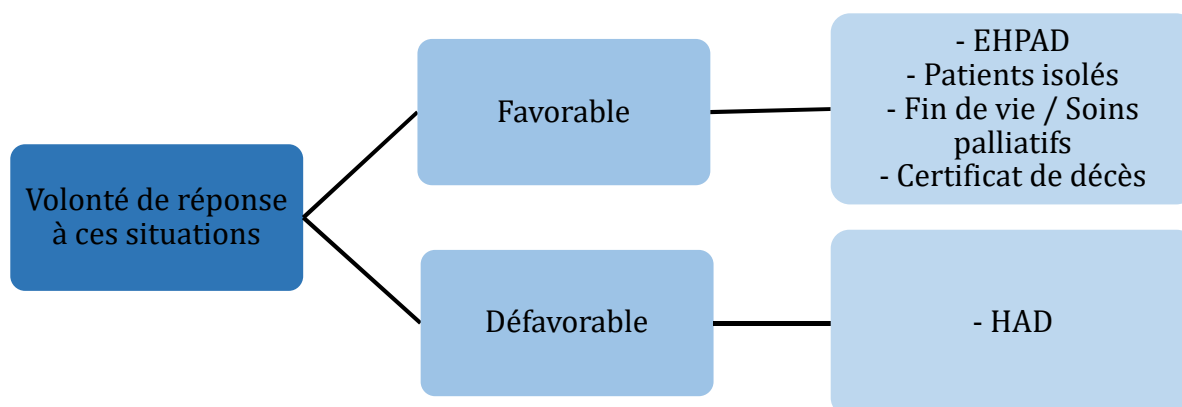
Des difficultés qui se concentrent sur le week-end :

Quelques médecins ont précisé que d'après leur expérience en garde à la MMG, les difficultés de réponse aux visites incompressibles se concentrent essentiellement sur le week-end. En garde de semaine, ils sont beaucoup moins sollicités pour ce type de problématique.

- M1 « Je pense que c'est plutôt une problématique du week-end ».
- M2 « Je n'ai jamais été appelé [...] à domicile le soir ».
- M4 « Le week-end effectivement il y a ce problème, le samedi et le dimanche ».
- M7 « Les soirs de semaine ce n'est pas utile », « Alors pour le soir à mon avis c'est inutile, mais pour le week-end ça peut être utile ».

3.4.6. Volonté de réponse aux situations de visites incompressibles

Si le constat d'une réponse inadaptée aux visites incompressibles est partagé par les médecins interrogés, ceux-ci envisagent des réponses différentes selon les situations rencontrées.



3.4.6.1. Favorables

EHPAD :

Les visites en EHPAD s'inscrivent parfaitement dans le cadre des visites incompressibles que les médecins souhaiteraient assurer mais qu'actuellement ils repoussent ou auxquelles ils renoncent comme on l'a vu précédemment.

- M2 « Je pense que l'idéal on est logique hein ... ça serait qu'un médecin se déplace à l'EHPAD », « C'est quand même plus simple à mon sens [...] de faire venir un médecin sur place [...] en plus il y aura l'équipe sur place qui le connaît [le patient], qui pourra t'expliquer le contexte, qui pourra [...] faciliter ta venue ».
- M4 « L'idéal effectivement ce serait qu'il puisse y avoir une prise en charge diagnostique pour voir s'il nécessite réellement de passer 5 ou 6 heures aux urgences ».
- M6 « Je pense que ce serait bien qu'un généraliste vienne le voir pour évaluer s'il y a gravité ou pas, s'il y a une indication d'hospitaliser ».
- M7 « Surtout si c'est des EHPAD », « Il faut qu'on aille le voir à l'EHPAD ».
- M11 « Il faut éviter le déplacement du résident [...] je voudrais avant de décider s'il y a nécessité d'hospitalisation [...] qu'il y ait un point qui soit fait par un médecin sur place ».
- M12 « Ça fait trop mal de voir un papi de 85 ans passer une journée sur un brancard dans les urgences et je pense qu'il sera mieux dans son EHPAD tranquille ».

Patients âgés à domicile :

La situation des patients âgés et/ou isolés à domicile, ne pouvant pas se déplacer a été également évoquée comme correspondant parfaitement au champ d'action d'un MMOB chargé de s'occuper de visites incompressibles.

- M2 « Il vaudrait mieux qu'un médecin aille sur place [...] à mon sens c'est vraiment le cas où il faut qu'il y ait une VAD ».
- M3 « Oui parce que le côté rassurant du médecin qui se déplace, qui vient, qui examine et qui repart déjà c'est 50% ».
- M4 « Je pense que c'est quelqu'un qui nécessiterait une prise en charge rapide, une évaluation diagnostique rapide ».

- M6 « J'aimerais qu'il y ait un médecin généraliste qui vienne le voir [...] comme c'était le cas avant ».
- M9 « Les gens à domicile très âgés qui sont seuls ou qui ont un conjoint qui ne se déplace pas non plus, ils n'ont pas toujours un voisin ou quelqu'un qui peut les amener ».
- M12 « En fait il faudrait que l'hospitalisation soit thérapeutique uniquement si elle est nécessaire mais pas diagnostique ».

Situation de fin de vie à domicile / Soins palliatifs :

La problématique des situations de fin de vie à domicile, des soins palliatifs a également été évoquée par les médecins 5, 6 et 11 comme une activité possible du MMOB afin de limiter le plus possible les hospitalisations de ces patients qui ont fait le choix de rester à domicile pour leur fin de vie.

- M5 « Effectivement peut être qu'il faut qu'il y ait un poste de créé pour y répondre ».
- M6 « Si c'est du palliatif pur qu'on puisse mettre en route [...] sur place, il y a une infirmière, il y a moyen de faire des choses ».
- M11 « Je voudrais que quelqu'un vienne ».

Certificat de décès :

C'est un élément important signalé par les médecins 4 et 5 qui ont conscience de l'impasse administrative dans laquelle se situent les familles frappées par un décès à leur domicile sur une période de PDSA. Pour autant tous s'accordent à dire qu'il ne faut surtout pas faire appel aux services de secours au détriment de patients vivants.

- M4 « Je pense que le certificat médical il était nécessaire [...] pouvoir débloquent la situation pour que le patient puisse être pris en charge par les pompes funèbres ».
- M5 « Ceci étant ce constat de décès il doit être réalisé [...] c'est peut-être là où la solution d'un médecin, et je suis prêt à y participer ».

3.4.6.2. Défavorables

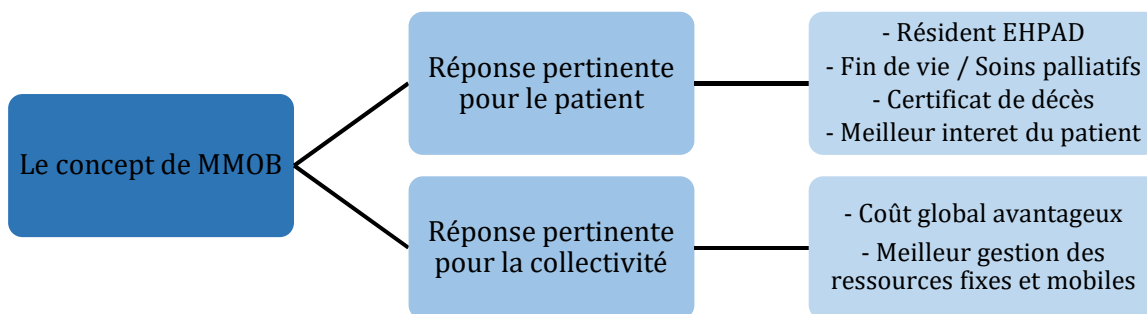
Hospitalisation à domicile (HAD) :

Les médecins estiment de façon collégiale que les patients hospitalisés à domicile sont sous la responsabilité de ces organismes et qu'il leur revient de mettre en place un système de PDS. Pour eux le MMOB n'a pas à être sollicité dans ce cadre-là.

- M2 « Dans les HAD je me plante peut être complètement mais t'as des médecins d'astreinte ».
- M3 « Non mais ce n'est pas au médecin de la MMG de se déplacer ».
- M7 « En HAD le médecin de l'HAD y va. L'HAD ils se déplacent ».
- M9 « Je pense que bon voilà c'est géré par l'HAD quand c'est comme ça ».
- M10 « A partir du moment où elle est en HAD normalement il y a un médecin d'astreinte d'HAD ».
- M11 « Pour moi c'est à l'HAD de gérer, normalement ils doivent assurer une permanence des soins pour l'HAD, même le week-end ».
- M12 « Normalement il y a un médecin d'HAD qui peut prendre le relais ».

3.5. Le concept de MMOB

Les médecins interrogés ont réagi sur le concept de MMOB. La tonalité générale est favorable au dispositif de MMOB dans la mesure où, d'après eux, il contribuerait à améliorer le service rendu à la population en répondant de façon pertinente aux visites incompressibles. L'effet serait visible pour les patients pris en charge individuellement ainsi que pour la collectivité bénéficiaire de ce nouveau dispositif.



- M1 « L'idée est bonne », « Le concept est bon ».
- M2 « Moi je pense que c'est une bonne idée ».
- M3 « Ça éviterait peut être quand on régule au 15 d'envoyer des ambulances pour tout et n'importe quoi ». « Si on mettait un médecin ... mobile, [...] et un fonctionnement bien adapté, je pense que oui il y a quelque chose de bien à faire. C'est une bonne idée ».
- M4 « Le projet me semble utile ».
- M5 « Alors ça me semble tout à fait adapté aux besoins, ça c'est une réalité ».
- M6 « Non ça me semble être plutôt une bonne idée ».
- M7 « Oui il y a une utilité de ce médecin mobile [...] vraiment ».
- M8 « Utile oui, indispensable peut être pas ».
- M10 « C'est quelque chose de réaliste, de pertinent », « C'est quelque chose qui est pour moi pertinent ».
- M12 « C'est intéressant. Non non moi je trouve que c'est intéressant. Ça comblerait un manque, un vide ».

3.5.1. Une réponse pertinente pour les patients

Résidents en EHPAD :

Selon les médecins interrogés, les patients résidents en EHPAD seraient une cible particulièrement pertinente pour les interventions du MMOB, compte tenu du grand besoin de soins de ces populations ainsi que de la forte plus-value à ne pas les hospitaliser.

- M5 « Des situations absolument inadmissibles [...] des patients qui [...] nécessitent des soins aigus ».

- M7 « Il faut qu'on aille le voir à l'EHPAD », « Ah oui oui il ne faut pas qu'il vienne à l'hôpital ».
- M9 « J'aime bien qu'il reste à la maison de retraite », « C'est vrai que dans la mesure du possible [...] c'est pas une bonne chose de les transporter à l'hôpital », « Dans la mesure du possible gérer la fièvre, gérer les choses comme ça, hormis la détresse respiratoire, ils peuvent rester en EHPAD ».
- M9 « Bon après c'est sûr que dans les EHPAD c'est une bonne chose ».
- M10 « J'aimerais autant qu'il soit vu dans le cadre de l'EHPAD et qu'il reste à EHPAD. Eviter le transport aux urgences bien sûr », « C'est délétère les transports aux urgences chez les vieux, c'est une catastrophe ».

Situation de fin de vie à domicile / Soins palliatifs :

La situation des patients en fin de vie à domicile a été citée (contexte d'HAD mis à part) comme une action possible et pertinente du MMOB. Le fait qu'un patient qui a fait le choix de mourir à son domicile soit transporté à l'hôpital en raison des carences du système de PDSA est vécu comme un véritable échec de prise en charge.

- M6 « Je pense que ce serait bien qu'un médecin généraliste puisse venir ».
- M10 « Les gens en soins palliatifs qui vont mourir à l'hôpital ça me hérisse au plus haut point ».
- M11 « Hors de question de la faire hospitaliser ça c'est clair et net ».

Certificat de décès :

Bien conscients du blocage administratif que constitue la rédaction du certificat de décès pour le bon déroulement des obsèques, les médecins 2 et 5 considèrent que le fait de répondre à cette demande non programmée (même s'il ne s'agit plus là de soins) contribue à faire de ce MMOB une réponse pertinente à des situations complexes.

- M2 « J'ai bien conscience qu'il va bien falloir qu'il y ait un médecin qui se déplace donc je pense qu'il pourrait y avoir un médecin qui se déplace ça serait pas mal pour ça ».

- M5 « Je pense qu'il faudrait organiser un scénario où effectivement il y ait des médecins qui soient habilités à répondre à ces situations particulières ».

Notion de meilleur intérêt du patient :

Dans leurs réflexions, les médecins ont parfois verbalisé le fait que le concept de MMOB tel qu'il est envisagé sur la MMG de Nîmes serait dans le meilleur intérêt des patients.

- M6 « Quelque chose qui serait [...] sur le plan du service rendu à la population une bonne chose.
- M7 « Oui principalement pour le patient, c'est le patient, après le coût de ça je ne m'en occupe pas ».
- M8 « Ça ne me semble pas ... être une idée transcendante mais ça peut rendre service à certaines personnes ».

3.5.2. Une réponse pertinente pour la collectivité

Coût global supposé avantageux :

Un des arguments avancés par les médecins 3, 5 et 10 pour valider le concept de MMOB est que la balance financière entre les économies qu'un MMOB est susceptible de générer (via la réduction des passages aux SAU et des transports vers ceux-ci) et la rémunération qu'il conviendrait d'accorder au MMOB, si confortable soit-elle, serait quand même en faveur du MMOB. Par conséquent la collectivité retirerait un avantage de la mise en place d'un tel dispositif.

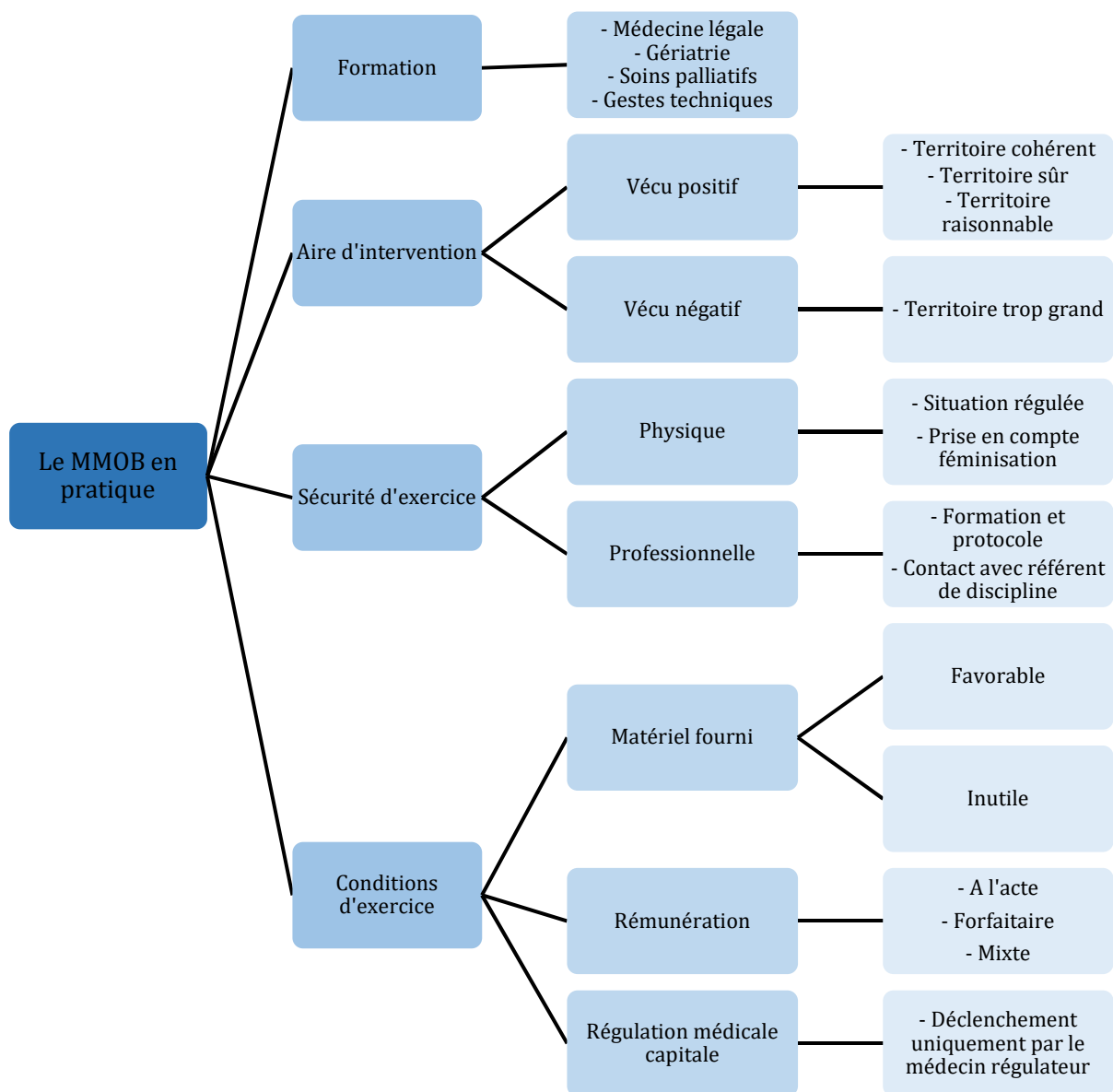
- M3 « Ça c'est le problème parce que [...] on envoie une ambulance. Et c'est vrai qu'au bout de la soirée ça fait un coût tout ça ».
- M5 « Je pense qu'on résoudrait [...] des difficultés qu'on peut rencontrer [...] qui [...] génèrent un coût [...] très élevé, quand on doit déplacer un SMUR ».
- M10 « En plus on peut penser que payer un médecin sur un week-end même très correctement ça reviendra toujours moins cher que multiplier les hospitalisations et les transports vers les urgences ».

Meilleure gestion / efficience des ressources fixes (médecin de la MMG) et mobiles (SMUR, pompiers, ambulances, MMOB) :

Un des aspects positifs de la présence du MMOB, selon certains médecins, pourrait être de permettre une réaffectation des moyens de réponse à la demande de soins non programmés afin qu'ils puissent se consacrer à leurs missions premières. Cela permettrait aux SAU et aux SMUR de se consacrer à l'AMU et de se voir en partie délestés de situations de PDSA simple. Par ailleurs la distribution des rôles entre les effecteurs de PDSA serait aussi clarifiée (disparition de facto des effecteurs mixtes à la MMG).

- *M6 « Pour éviter qu'un médecin fixe à la MMG ait besoin de partir ce qui est difficilement acceptable », « Ça dégage les médecins qui seront à la MMG de ces problématiques-là ».*
- *M10 « Je pense que c'est quelque chose de correct, tout ce qui peut concourir à diminuer le nombre d'hospitalisations inutiles... ».*
- *M11 « Ça libère les médecins présents à la MMG qui peuvent être totalement ... présents pour les patients sur place, surtout que les VAD ça prend un temps fou ».*
- *M12 « Oui ça détache la responsabilité du médecin sur place à la MMG de toutes ces demandes de VAD auxquelles il ne peut pas forcément répondre comme il faut », « Ça viendrait combler le vide et donc contribuer au service public ».*

3.6. Le MMOB en pratique



3.6.1. Formation

Le fait que le MMOB puisse avoir accès à des formations spécifiques concernant les différents champs d'action que seront les siens au cours de ses interventions rencontre une large adhésion auprès des médecins interrogés. Cependant il existe plusieurs nuances, certains placent ces formations comme un préalable indispensable à leur participation au projet.

- M1 « La formation préalable excellente idée [...] ça serait même une condition sine qua non pour participer ».

- M11 « C'est clair que si jamais je participe à ça, je ne veux pas y participer avant d'avoir été formée au préalable [...] pour la sécurité des patients ».
- M12 « Pour moi c'est primordial. C'est ... Je pense que c'est une condition sine qua non ».

Pour les médecins 4,6 et 8 il n'est pas nécessaire de rendre obligatoire ces formations mais le fait de les proposer est une bonne chose. Il est même évoqué l'idée qu'une formation de qualité pourrait déclencher chez d'autres médecins la volonté de participer au projet.

- M4 « Indispensable non parce que je pense qu'il y a des médecins qui peuvent maîtriser l'ensemble des choses, proposée oui je trouve que c'est bien parce qu'il va y avoir effectivement des médecins qui ne vont pas se sentir armés pour pouvoir faire ces gardes », « Cette formation préalable va peut-être déclencher la volonté de faire ces gardes. Donc je pense que ça c'est une très bonne chose, de le proposer ».
- M6 « C'est toujours bienvenu oui bien sûr ».
- M8 « C'est très bien. Je pense que ceux qui sentent qu'ils en ont besoin iront faire les formations, ceux qui sont expert ne les feront pas ».

Par ailleurs il émerge des réponses recueillies plusieurs propositions concrètes concernant la mise en place des formations. Certaines doivent être théoriques, d'autres pratiques. Elles pourraient être proposées par ateliers thématiques (gériatrie, médecine légale, gestes techniques) sur le format des formations médicales continues habituelles. Cela permettrait, pour certains, une remise à niveau afin de les conforter dans leur pratique et de les rendre plus efficace en tant que MMOB.

- M2 « La formation c'est bien par atelier », « Après je pense que c'est bien qu'il y ait une formation parce que moi sur tout ce qui est aspect sondage ça me dépasse un peu ».
- M3 « Par exemple les sutures moi personnellement ça ne me fait pas peur. Sondage à domicile, on me ferait une petite formation accélérée, oui [...] ça me conforterait ».
- M5 « Je pense que c'est toujours très utile, ça peut remettre à niveau à jour les compétences des uns et des autres, être en capacité effectivement d'intervenir dans des

situations variées », « C'est vrai qu'en terme de médecine légale on n'est pas forcément toujours au top, ça pourrait être intéressant ».

- *M7 « Ça même en dehors du MMOB ça serait utile », « Il faudrait aussi un versant soins palliatifs [...] ça serait vraiment bien », « Il y a des médecins qui n'auront pas besoin de telle ou telle formation, il y en a qui sont formés pour telle ou telle chose mais oui il faut que ce soit proposé. Ça c'est bien, ça rassurera les médecins ».*
- *M10 « Oui c'est positif. C'est bien. On pourrait envisager 4 ateliers [...] dans le cadre des séminaires de formation continue ».*

3.6.2. Aire d'intervention du MMOB

L'aire d'intervention du MMOB est perçue de façon contrastée. Certains y voient un territoire sûr et cohérent avec l'aire de compétence de la MMG quand d'autres y voient un territoire trop grand à couvrir qui va mettre en péril l'efficacité du MMOB dans la réponse aux demandes de visites incompressibles.

3.6.2.1. Vécu positif

Cohérent car correspond à l'aire de compétence de la MMG :

Il est logique pour les médecins 2 et 5 de calquer le secteur d'intervention du MMOB sur celui de l'aire de compétence de la MMG. Il n'y a pas lieu pour eux de restreindre ce territoire.

- *M2 « Non je pense que sur le ... territoire ... ça me semble cohérent ».*
- *M5 « Si c'est l'aire de compétence de la MMG à priori il n'y a pas de souci. Je pense que c'est logique d'assumer les situations exceptionnelles dans cette zone ».*

Territoire perçu comme sûr :

La question du sentiment d'insécurité potentiel auquel pourrait être confronté le MMOB a été évoquée. Le fait que le découpage des secteurs de PDSA n'inclut pas la ville de Nîmes intra-muros dans l'aire de compétence de la MMG et limite donc l'activité du MMOB sur les communes en périphérie a un effet très rassurant pour les médecins 3, 6 et 11.

- M3 « *T'envoies pas une femme à minuit moins cinq sous un torrent de pluie au fin fond de la pampa, ça ne se fait pas, je suis désolé* ».
- M6 « *Oui voilà d'accord ça paraît raisonnable. En plus dans la mesure où il n'y a pas Nîmes* ».
- M11 « *Le fait qu'il n'y ait pas Nîmes ça me rassure beaucoup, je refuse d'aller en ZUP* ».

Territoire raisonnable au vu de degré d'urgence :

Le médecin 10 insiste sur le fait que la taille du territoire ne pose pas réellement de problème. Même si le délai d'intervention est long, dans la mesure où le MMOB intervient sur des situations de PDSA, et non d'AMU, le plus important est qu'une réponse soit donnée et pas nécessairement qu'elle intervienne rapidement.

- M10 « *le secteur est ce qu'il est. Comme ce n'est pas des urgences absolues...* ».

3.6.2.2. **Vécu négatif**

Territoire trop grand :

L'étendue conséquente de l'aire de compétence de la MMG et par conséquent du MMOB constitue pour certains une limite au projet. Cette limite n'est d'ailleurs pas forcément liée au caractère désagréable d'avoir à faire de longs déplacements entre chaque VAD mais plutôt au manque d'efficacité potentielle du MMOB. Ils redoutent en effet que le MMOB soit mobilisé longtemps puis appelé pour l'intervention suivante dans une localité éloignée de la précédente et par conséquent que de longues périodes de transition le rendent assez peu efficace pour répondre aux sollicitations.

- M1 « *Le territoire est quand même, je ne savais pas que c'était si énorme le territoire de la MMG* », « *J'ai peur qu'il soit bloqué quelque part donc finalement qu'on soit obligé d'envoyer une ambulance privée* ».
- M3 « *Tu vois si tu dois aller là (Moussac) et dans la même soirée tu dois aller là (Vauvert), et ben voilà...* ».

- M4 « J'ai toujours dit sur la MMG c'est que le champ d'action il est trop vaste », « Si on est appelé à St-Laurent-d'Aigouze et [...] après à Collorgues [...] le temps de se déplacer de l'un à l'autre ... Bon ça me paraît grand ».
- M11 « On n'a pas intérêt à se faire appeler 20 fois alors... », « S'il y a [...] 15 appels dans la journée imagine qu'il faille faire des allers-retours Saint-Chaptes, Saint-Laurent-d'Aigouze c'est compliqué ».

3.6.3. Sécurité d'exercice

La sécurité du MMOB doit pouvoir être assurée dans ses visites. Deux aspects ont été évoqués lors des entretiens à savoir d'une part la sécurité physique et personnelle du MMOB et d'autre part la sécurité professionnelle du MMOB dans l'exercice de sa mission. Ces éléments sont actuellement considérés dans les gardes à la MMG, les médecins souhaitent pouvoir compter sur la même prise en compte en visite à domicile.

3.6.3.1. Physique

Situation régulée :

Le MMOB doit être en sécurité quand il intervient en visite à domicile et pour cela la régulation préalable des appels permet, aux yeux des médecins 2 et 11, d'apporter une certaine garantie.

- M2 « Si c'est régulé [...] et que les choses sont cadrées je pense que c'est quand même plus facile ».
- M11 « C'est bien que ce soit régulé par le 15, qu'on ne soit pas envoyé sur tout et n'importe quoi qu'on sache où on met les pieds ».

Prise en compte de la féminisation de la profession :

Les médecins interrogés et notamment les femmes ont rappelé que leur sécurité en tant que MMOB devait être assurée. Pour autant il n'y a pas de crainte majeure puisque dans leur activité habituelle de médecine en cabinet, ces médecins font déjà des VAD pour leurs patients et ils ne redoutent pas d'en faire en tant que MMOB.

- M2 « *Je sais pas comment sont les hommes mais te rendre en visite à domicile quand t'es de garde, tout seule... »*, « *Le côté [...] sécurité. Enfin voilà on est de plus en plus de femmes médecins »*, « *En visite à domicile ça ne me fait pas spécialement peur parce que je me dis que les choses sont cadrées »*.
- M3 « *Mais c'est vrai qu'on est une majorité de femmes maintenant et ça il ne faut pas le perdre de vue »*, « *Moi ça ne me fait pas peur [...] Oui moi je serais partante »*.
- M9 « *Oui jusque-là ça ne m'a jamais angoissé. Ce n'est pas quelque chose qui m'a angoissé »*.
- M12 « *Je n'ai pas plus peur que ça »*.

3.6.3.2. Professionnelle

Formation et protocolisation préalable :

La sécurité professionnelle du MMOB tient notamment au fait que son champ d'action a été préalablement fixé lors de la rédaction des protocoles d'intervention. Ainsi il ne peut pas être pris en défaut ou envoyé sur des situations qui ne correspondent pas à ses attributions.

- M2 « *Au niveau sécurité si on n'est pas forcément rassuré c'est régulé, que les choses sont cadrées, [...] pour le coup ça me fait pas peur »*.
- M4 « *Ce qu'on a le droit de faire. Ce qu'on peut faire et ce qu'on ne peut pas faire. Ce dont on est responsable ... ou pas »*, « *Il ne faut pas qu'il y ait un souci, qu'on aille au-delà de ce qu'on peut faire »*, « *Il faut que les choses soient bien cadrées, bien encadrées »*.

Contact facilité avec les référents de chaque discipline :

La possibilité d'avoir un avis auprès d'un médecin hospitalier référent via la régulation ou via une ligne directe permet de sécuriser le MMOB dans ses actions, cela permet également de renforcer son efficacité en lui permettant de prendre des avis à distance sans avoir à transporter les patients vers l'hôpital.

- M12 « *Enfin un numéro de téléphone qu'on peut contacter »*.

3.6.4. Conditions d'exercice

Les médecins ont eu l'occasion d'exprimer le confort qu'ils ressentent quand ils travaillent à la MMG. Cet avis est partagé par les plus anciens qui ont connu l'ancien système de garde dans les cabinets libéraux tout comme par les plus jeunes qui n'ont pas connu autre chose que la MMG pour les gardes de PDSA. Cet attachement à la qualité des conditions de travail se retrouve également dans le projet de MMOB chez les médecins interrogés qui souhaitent en effet transposer ce confort d'exercice de l'effecteur fixe à l'effecteur mobile.

3.6.4.1. Matériel fourni par la MMG

La question d'un éventuel matériel de base fourni par la MMG pour le MMOB a été évoquée. Les réponses sont partagées. Le médecin 4 est d'ailleurs un peu ambivalent sur cette question puisqu'il considère que chacun doit s'équiper correctement mais qu'un peu de matériel mis en commun serait tout de même une bonne chose.

Favorable :

Certains médecins se disent favorables à l'attribution au MMOB d'un sac de matériel disponible à la MMG de telle sorte qu'il soit efficace en intervention. Ce matériel pourrait être retiré en début de garde puis restitué à la fin. Il serait dommageable selon eux que le MMOB soit contraint de faire hospitaliser un patient par défaut de matériel plus que par nécessité médicale, cela constituerait une perte d'efficacité dans la réponse offerte par le MMOB et remettrait donc en cause son utilité. La plus-value serait importante sur des éléments bien particuliers tels qu'un électrocardiogramme portable ou des thérapeutiques de semi-urgence.

- M1 « Une petite mallette à récupérer à la MMG ».
- M4 « Je pense que ce serait bien qu'il y ait un matériel en commun [...] d'avoir des produits de premiers recours [...] des injectables pour la PDSA [...] des sutures [...] je pense qu'il faudrait un sac bien fourni pour partir et pour pouvoir être efficace ».
- M7 « Le sac de matériel peut être bien pratique par contre parce que nous on a plus grand-chose dans nos sacs ».
- M11 « Par rapport au matériel, si on nous donne un trousse d'urgence commune qu'on repose à la MMG effectivement ça peut être intéressant ».

- M12 « *Je me pose la question d'un électrocardiogramme portatif [...] on sait jamais [...] ce n'est pas pour le diagnostic typique, c'est plus pour le diagnostic d'exclusion* ».

Inutile :

D'autres considèrent que chacun doit s'équiper pour assurer son exercice, y compris celui de PDSA. D'ailleurs ils estiment que tous les médecins le sont déjà et donc que du matériel supplémentaire n'aurait pas d'utilité pour le MMOB.

- M4 « *Le sac médical à la MMG ça serait bien plutôt que chaque médecin [...] s'équipe* ».
- M5 « *Je ne suis pas certain qu'il y ait besoin d'un matériel extraordinaire* ».
- M12 « *Ben je pense qu'on va utiliser nos voitures, bon on a tous des GPS maintenant au moins avec le téléphone. Non rien de spécial* ».

3.6.4.2. **Rémunération**

La question de la rémunération est importante puisqu'étant avantageuse, elle contribue à attirer des médecins vers la PDSA. Les modalités de rémunération du MMOB ont été soumises aux médecins interrogés et les avis divergent. Il faut quand même noter que les médecins se sont prononcés sans connaître le montant du forfait. Leurs réponses sont donc basées sur une opinion globale mais seraient à réévaluer selon le montant du forfait retenu dans le projet final.

A l'acte :

Seul le médecin 8 se déclare attaché à une rémunération à l'acte et privilégie de fait ce type de rémunération pour le MMOB.

- M8 « *Ça dépend de la rémunération. Après moi je reste quand même attachée à la rémunération à l'acte* ».

Au forfait :

Certains pensent que le développement d'une rémunération forfaitaire est une nécessité compte tenu de l'incertitude quant à l'activité future du MMOB. Le forfait permettrait de garantir un

revenu même en cas d'inactivité. Par ailleurs il agirait également comme garde-fou vis à vis des médecins qui auraient tendance à multiplier les actes pour augmenter leurs revenus sans forcément rester dans les attributions du MMOB.

- M1 « *la rémunération au forfait je pense que c'est un peu une nécessité* », « *Je suis intéressé par le montant du forfait* ».
- M2 « *Faut quand même que ce soit un forfait juste* ».
- M4 « *Je trouve que le forfait doit [...] prendre en compte le fait que [...] le médecin [...] va avoir que des déplacements conséquents en terme de kilomètres* », « *Ça dépend de la rémunération forfaitaire* ».
- M5 « *Je ne suis pas de toute façon un grand partisan de la rémunération à l'acte* ».
- M6 « *Le forfait me semble être une bonne chose, comme ça on n'est pas [...] tenté de multiplier les actes inutiles ou peu utiles bien que ce soit régulé* », « *S'il y a trop de travail, ne pas dire j'y vais pas parce que pour ce que je gagne ce n'est pas la peine, donc [...] oui ça paraît pas mal* ».
- M9 « *Je pense que c'est normal qu'il y ait un forfait [...] je veux dire on ne peut pas mobiliser quelqu'un longtemps [...] si ce jour-là il n'y a personne, donc il est certain qu'il faut dans tous les cas qu'il y ait un forfait* ».
- M10 « *On verra le forfait [...] je suis cupide. C'est une histoire de pognon. Etre mobilisé sur un samedi ou un dimanche il faut être bien payé* ».

Mixte :

Ce dernier mode de rémunération même s'il n'est pas toujours évoqué spontanément remporte globalement l'adhésion du plus grand nombre, il combine un forfait et la perception des actes. Les médecins envisagent que si la somme des actes est supérieure à la valeur du forfait, le surplus est reversé au médecin effecteur. Si cette somme est inférieure, le médecin perçoit tout de même l'intégralité du forfait. La coexistence des deux systèmes permet de conserver un revenu minimal pour le médecin immobilisé s'il ne travaille pas ou peu, et en même temps de permettre de rémunérer justement les gardes plus chargées.

- M7 « *A mon avis il faut qu'il y ait un forfait et les actes en plus, forfait et acte en plus* ».

- M11 « *Moi je pense que ça serait mieux de faire une formule intermédiaire entre forfait et acte [...] le forfait pour payer l'immobilisation et les actes selon l'activité* », « *C'est sûr que si le forfait est dérisoire par rapport à l'activité [...] ça va faire râler* ».
- M12 « *Ben moi j'aurais préféré un forfait moins haut avec en plus un paiement à l'acte* », « *Au début il n'y aura peut-être pas d'actes mais si ça devient inflationniste comme la fréquentation de la MMG et qu'on reste avec le forfait je ne sais pas si...* ».

3.6.4.3. Régulation médicale capitale

L'enjeu de la qualité de la régulation des VAD que devra effectuer le MMOB a été évoqué par de nombreux médecins au cours des entretiens. Le respect de protocoles préétablis devrait permettre pour les futurs MMOB une adhésion au projet dans la durée et une réduction des refus de visite, néanmoins un médecin a tenu à préciser que le MMOB devait pouvoir refuser de faire un acte ou une visite s'il ne s'en sent pas capable. Une bonne régulation est également citée comme un critère de sécurité (cf 3.6.3.1). Il est aussi question de confraternité dans les échanges et donc, pour chaque sollicitation, de l'intervention du médecin régulateur du centre 15 et non de l'assistant de régulation médicale. Enfin la qualité de la régulation est un facteur important de l'efficacité du MMOB dont l'action sera jugée inefficace s'il est n'est pas en mesure de régler les problèmes qu'il rencontre au domicile des patients ou que son intervention aboutit au déplacement d'autres moyens médicaux ou à une hospitalisation.

- M4 « *Puis effectivement être bien régulé par le 15* ».
- M6 « *Il faut que ce soit bien régulé pour pas que nous on appelle le SMUR derrière* ».
- M7 « *Il faut qu'il ait le droit de refuser le MMOB quand même s'il se sent pas de faire quelque chose* ».
- M10 « *Vraiment le médecin régulateur, pas la régulation. Je fais une différence importante la dessus, ce n'est pas le permanencier [...] qui dit il faut que vous alliez là [...] il y a une notion [...] de respect, de confraternité* », « *La personne appelante je veux que ce soit le régulateur, il a un avis de médecin, je veux pouvoir discuter avec lui entre médecins* ».

4. Discussion

4.1. Forces de l'étude

4.1.1. Méthodologie adaptée

4.1.1.1. Design de l'étude

Nous avons fait le choix de réaliser une étude qualitative. Le recueil des données se faisait par entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins participants. Cette méthode était adaptée pour répondre à notre question de recherche qui était formulée comme suit : « *Quels sont les avis des MG du secteur de la MMG de Nîmes impliqués dans la PDSA concernant la mise en place d'un MMOB* ».

Les entretiens individuels permettaient une liberté de parole maximale dans un anonymat garanti. Seul le chercheur connaissait les identités des médecins interrogés. Ceux-ci ignoraient quels étaient les autres participants et quelles réponses avaient été données.

La méthode alternative dite des « focus group » a été écartée pour le recueil des données car elle présente plusieurs désavantages. Dans un premier temps la réunion de l'ensemble des participants sur un même créneau horaire et dans un même lieu peut s'avérer très complexe compte tenu des agendas parfois surchargés des MG libéraux. Ensuite, on peut craindre que certains participants n'aient pas exprimé librement leur avis sur certaines questions personnelles ou sur des sujets parfois intimidants tels que les aspects financiers, et qu'ils se seraient le plus souvent rangés derrière des « *leaders d'opinion* » (37).

4.1.1.2. Recrutement

Cette étude qualitative ne nécessitait pas de représentativité statistique pour nos participants, néanmoins nous avons souhaité interroger une population de médecins la plus variée possible. Par ailleurs nous avons fait le choix d'interroger des médecins qui participaient déjà à la PDSA et nous avons apporté des arguments qui motivent ce choix. Avant de débiter les entretiens, nous avons restreint la participation aux médecins installés, excluant volontairement les médecins remplaçants. En effet nous pensions que l'assurance pour un médecin de rester sur le territoire concerné était un élément essentiel pour qu'il se prononce sur un projet d'avenir. Nous pensions

ne pas avoir cette garantie en interrogeant des médecins remplaçants sur la future mise en place d'un MMOB dans une zone différente de celle où ils vont s'installer ultérieurement et sur laquelle ils rencontreront des problématiques peut-être éloignées de celles de la MMG de Nîmes.

4.1.1.3. **Validité interne**

La transcription écrite des entretiens après leur enregistrement de manière rapide et fidèle permet un recueil des données sans interprétation du chercheur.

Par ailleurs, la saturation des données a été atteinte lors du dixième entretien, puis confirmée lors des deux suivants.

Lors de la rédaction de la grille d'entretien, j'ai dans un premier temps pris un avis informel auprès de trois internes et deux médecins. Cela m'a permis de clarifier l'énoncé de certaines questions. Dans un deuxième temps, avec mon directeur de thèse, nous avons validé une première version du questionnaire que j'ai utilisé lors du premier entretien. C'est à l'issue de celui-ci que nous avons été amenés à supprimer la question n°1 et à la remplacer par des situations cliniques concrètes (cf 3.2).

Sur les douze entretiens réalisés, dix ont duré plus de 20 minutes et deux ont duré seulement 17 minutes. Ceci indique une implication intéressante des médecins interrogés et par conséquent des verbatim riches en données.

4.1.1.4. **Respect des objectifs**

Les objectifs avaient été clairement définis au début de notre étude avant tout recueil de données. Ils étaient définis comme suit :

- objectif principal : recueillir et analyser les avis des MG effecteurs de la MMG sur le concept de MMOB dans la PDSA ;
- objectif secondaire : participer à la construction du projet Nîmois de MMOB en partenariat avec les MG effecteurs de la MMG de Nîmes sur la base de cette analyse.

A l'issue de notre étude nous pouvons dire que nous avons acquis une bonne connaissance de l'avis des MG participant aux gardes de la MMG. Les entretiens ont permis de mettre en lumière leurs représentations, leurs vécus des gardes de PDSA mais également leurs difficultés et leurs appréhensions dans le système actuel. L'opportunité de leur présenter le projet Nîmois de

MMOB qui nous a été fournie dans le cadre de cette étude nous a permis de mieux appréhender leurs opinions et leurs attentes vis-à-vis du concept et d'établir clairement, pour certains, les déterminants de participation à ce projet. Tous ces éléments ont été analysés et pris en compte dans la finalisation du projet de MMOB.

4.1.2. Originalité de l'étude

Notre étude est originale dans le sens où il n'existait encore aucune donnée relative à l'existence d'une activité de MMOB sur ce territoire de PDSA. En effet, il s'agit d'un projet récent et sur certains aspects, notre étude contribue à sa mise en place en concertation avec les éventuels futurs participants.

Certaines études avaient déjà été consacrées aux problématiques de PDSA et de MMOB mais elles mettaient en jeu des méthodologies quelques peu différentes ou concernaient d'autres territoires comme par exemple le département de l'Aude. (41).

4.1.3. Problématique actuelle

Notre étude s'inscrit dans des problématiques actuelles. Les politiques de santé publique et d'économie de la santé sont questionnées régulièrement sur les difficultés qu'engendre la prise en charge de la demande de soins non programmés et en particulier leur composante ambulatoire.

Devant ce constat d'une PDSA incomplète, les promoteurs de la MMG, en lien avec le département universitaire de médecine générale de Montpellier, proposent plusieurs initiatives. Au sein de la MMG certains MG engagés comme maîtres de stage des universités peuvent convier leurs internes à observer le fonctionnement des gardes pour les sensibiliser aux problématiques de PDSA.

En amont, le cursus de médecine générale à Montpellier comporte depuis quelques années des heures d'enseignements théoriques sur le fonctionnement de la PDSA qui d'ailleurs remportent un vif succès auprès des étudiants.

Dernièrement, le projet de MMOB est venu s'ajouter aux initiatives précédentes et apparaît comme une réponse possible aux difficultés énoncées ci-dessus.

4.1.4. Cohérence avec la littérature

Les données recueillies et analysées au cours de notre étude sont cohérentes avec les résultats d'études antérieures qui portent sur les mêmes problématiques. Par exemple, l'étude qualitative menée dans l'Aude en 2018 (41) a permis d'extraire des thèmes similaires concernant le vécu des gardes de PDSA par les MG, l'intérêt que ceux-ci portent au dispositif de MMOB et les modalités de sa mise en œuvre. On relève également des inquiétudes semblables sur les questions de régulation, de protocole ainsi que des interrogations sur la démographie médicale et en particulier aux problèmes de sécurité qui découlent de la féminisation de la profession.

4.2. Faiblesses de l'étude

Malgré que cette étude qualitative ait été conduite avec une grande rigueur, aussi bien dans la rédaction de la grille originale d'entretiens que durant leur réalisation, leur retranscription et leur analyse, il persiste des biais qui constituent les faiblesses et les limites de notre étude.

4.2.1. Biais interne

Ils sont directement liés « *aux caractères personnels du chercheur et des participants* » (37). En effet, un écart sur différents aspects que sont « *le genre, l'âge, le statut social, l'expérience, la culture [...], les valeurs, les attitudes...* » (37) peut exister entre le chercheur et les participants à une étude. Le risque est que cet écart induise une mauvaise compréhension des réponses formulées par les participants. En cas de doute, nous avons systématiquement proposé aux participants une reformulation de leurs propos pour obtenir une certitude sur la bonne compréhension des réponses et pour limiter ce biais.

4.2.2. Biais externes

Ils sont liés à l'environnement de réalisation de l'étude. Tous les entretiens ont été réalisés dans les cabinets des MG, à des horaires de leur choix. Il s'avère que les entretiens se sont tenus en journée, sur des jours de travail des participants. Même si une plage horaire avait été spécialement dédiée à l'entretien, les médecins devaient ensuite reprendre leurs consultations et il existe un risque pour que certaines réponses aient été moins développées du fait de cette contrainte.

Par ailleurs lors de l'entretien n°12, il faut noter la présence d'un « *tiers silencieux* » (37) puisque l'interne en stage au cabinet a souhaité rester dans la pièce pour assister à l'entretien sans cependant y prendre une part active. Il y a donc là aussi un risque que cette présence ait pu influencer les réponses données par le médecin interrogé.

4.2.3. Biais d'investigation

4.2.3.1. Inexpérience du chercheur

L'inexpérience du chercheur a parfois conduit à des difficultés à rester dans le référentiel strict de la grille d'entretien préétablie. En effet, certains médecins ont fait des digressions (en particulier sur leurs expériences de PDSA avant la réforme du volontariat) qui, sans être dénuées d'intérêt puisque qu'elles éclairaient leurs points de vue, ne permettaient pas de répondre aux objectifs tels qu'ils avaient été énoncés. Ces longs discours étaient difficiles à contenir et ont pu contribuer à diluer les éléments les plus pertinents.

4.2.3.2. Problématique des relances

Certaines relances ont dû être réalisées au cours des entretiens quand les réponses étaient trop laconiques ou lorsqu'un point précis n'avait pas été abordé spontanément par le participant. Ces relances ont pu être parfois moins neutres que souhaitées et induire en partie les réponses qui les ont suivies. Cette difficulté a principalement été rencontrée lors du premier entretien. Par la suite, une grande attention a été portée à la formulation des relances pour diminuer le plus possible ce biais.

4.2.3.3. Cadre du sujet

Lors de trois entretiens, des critiques de la grille ont été faites par rapport à la question des situations cliniques typiques de PDSA. La question posée aux médecins concernait la prise en charge optimale de leurs patients en leur absence. Cette critique portait essentiellement sur le fait que les situations choisies étaient très caricaturales et par conséquent que l'on cherchait à démontrer des évidences. Les réponses étaient donc inévitablement en faveur du projet de MMOB. Ces critiques sont légitimes car on peut s'attendre à ce qu'un médecin, interrogé sur la prise en charge optimale de ses patients en son absence, plaide pour qu'un confrère vienne

donner un avis médical. Cela va effectivement dans le sens de la mise en place d'un MMOB. Pour autant cela ne discrédite pas nécessairement le choix d'un MMOB pour donner ce type d'avis. Cette situation qui peut être considérée comme une évidence peut tout à fait s'accorder avec la mise en place d'un MMOB dont le rôle serait de répondre aux situations de visites incompressibles.

Il faut noter que même ces situations ont été jugées caricaturales par certains médecins, elles présentaient l'avantage d'être très concrètes et très proches de la réalité de la pratique quotidienne d'un MG.

4.2.4. Biais d'interprétation

L'analyse qualitative a été faite selon la méthode de l'analyse thématique. Le codage des unités de sens a été fait par un seul chercheur. L'absence de double codage (deux chercheurs réalisant séparément un codage) et de triangulation des données (comparaison de nos résultats avec ceux d'autres études aux méthodologies différentes) constitue une faiblesse de notre étude. (37)

4.3. Principaux enseignements de l'étude

4.3.1. Sources de motivation diverses

Les entretiens ont permis de mettre en lumière l'engagement des MG pour la collectivité. Ils font part de leur sentiment fort de remplir une mission de service public par leur engagement au travers du volontariat dans les gardes au sein de la MMG. C'est un élément transversal qui a été exprimé par tous, des plus anciens aux plus jeunes, ceux qui ont connu l'obligation individuelle de participer aux gardes et aussi ceux qui appartiennent à la génération du volontariat. Tous ont intégré l'obligation déontologique collective et s'en sont saisis.

Cet engagement dans la PDSA est renforcé par un point essentiel que tous les médecins plébiscitent : les conditions d'exercice au sein de la MMG de Nîmes. A l'évidence il s'agit d'un facteur majeur d'adhésion et de participation. De nombreux aspects entrent en ligne de compte tels que le confort matériel, la sécurité (tant physique que professionnelle), le travail en réseau avec l'hôpital. La délégation des tâches administratives est également un élément important, elle permet aux médecins de se concentrer sur leurs consultations médicales, ce pourquoi ils ont été

formés. Cela nous encourage à penser que ces structures modernes et bien équipées, avec du personnel dédié constituent un bon investissement pour l'avenir de la PDSA.

La rémunération constitue elle aussi un facteur important de participation, même si pour la plupart des médecins elle n'est pas l'élément central. D'ailleurs cette question financière a donné lieu à des réponses très contrastées venant de médecins qui jusque-là avaient des avis plutôt unanimes sur leur engagement au sein de la MMG.

Il faut remarquer que certains médecins ont tenu à défendre des points de vue plus désintéressés. Ils ont précisé que la notion initiale d'un système de gardes de PDSA en MMG devait permettre aux patients d'accéder à des soins en dehors des heures d'ouvertures des cabinets libéraux. Le poids de telles consultations doit alors reposer sur une structure dédiée (la MMG) au sein de laquelle s'exerce le volontariat. Les cabinets libéraux doivent rester le lieu d'exercice premier des MG, qui peuvent contribuer à une forme de solidarité confraternelle par leur participation à la PDSA.

4.3.2. Crainte sur l'avenir

Le système est fragile et les participants sont inquiets pour l'avenir. Ils relèvent plusieurs facteurs potentiellement pourvoyeurs de déséquilibre.

On peut clairement identifier au travers de notre étude que si un désengagement massif des médecins devait être observé, il prendrait sa source dans l'augmentation constante de la charge de travail, au cabinet comme en service de garde. Ainsi pour se préserver, les MG risqueraient de sacrifier l'activité de PDSA.

Il faut également noter un changement de mentalités sur les dernières années. Il ressort nettement de l'étude que la vision sacerdotale de la profession médicale a fait son temps. L'époque du médecin dévoué entièrement à ses patients, répondant aux appels nuit et jour, est définitivement révolue. La jeune génération rejette ce fonctionnement (exemple des nuits profondes notamment), elle souhaite exercer la médecine sans pour autant reléguer sa vie privée au second plan. La médecine générale d'aujourd'hui, basée sur les preuves, est une profession comme une autre et à ce titre, ceux qui l'exercent revendiquent une qualité de vie correcte. Si la médecine générale libérale est en train de s'organiser pour concilier vie privée et vie professionnelle, la PDSA se doit aussi d'opérer cette mutation car il en va de sa survie dans le modèle actuel. Sinon il faudra envisager d'autres voies comme par exemple en Italie (cf 1.3.3) où

les MG ne s'occupent plus de la PDSA. Cet attachement à la qualité de vie extra professionnelle gagne constamment du terrain au fur et à mesure que les plus anciens partent à la retraite. Il y a ici un risque de voir diminuer encore le nombre de participants à la PDSA (sachant que celui-ci est déjà faible) et par conséquent d'accroître la charge de travail des médecins restants.

Par ailleurs, les médecins ont unanimement exprimé le fait qu'une majorité des consultations réalisées à la MMG sont abusives. Il est certain qu'un médecin qui a interrogé, examiné son patient puis conclu à une pathologie bénigne sans caractère d'urgence, peut juger abusives certaines consultations et penser qu'elles peuvent être différées jusqu'à la réouverture des cabinets libéraux. Cependant il ne faut pas perdre de vue que toute demande de soins est légitime par nature, et que le degré d'urgence initial ressenti par les patients diffère de l'évaluation ultérieure faite par le médecin. La clé se trouve donc dans la réponse que l'on donne à ces situations et celle-ci n'est pas toujours une consultation en MMG ou une visite à domicile d'un MMOB. Il peut aussi s'agir d'un simple conseil médical téléphonique ou de l'envoi de moyens d'AMU. C'est pour cela que le centre 15 reste le meilleur moyen d'exercer une régulation de la demande de soins, préalable indispensable au bon fonctionnement de la PDSA. Il permet d'une part de répondre de manière adaptée aux besoins des patients dans une situation donnée et d'autre part de préserver la motivation des médecins participants aux gardes de PDSA (en diminuant leur perception de la proportion de ces consultations abusives).

A ce titre, et pour la première fois en Occitanie, l'ARS a prévu dans son cahier des charges 2019-2022 (29) une enveloppe budgétaire annuelle de 500 000€ pour évaluer les dispositifs de PDSA et communiquer en direction des usagers sur le fonctionnement de la PDSA. En effet, la méconnaissance de ce fonctionnement est fréquemment à l'origine d'une orientation non régulée des patients qui se présentent spontanément dans les structures de soins.

On peut penser que la pérennité du système ne peut être garantie que si les usagers en comprennent le fonctionnement et l'utilisent à bon escient. Sans remettre en question le principe du libre accès aux diverses ressources que sont les MMG et les SAU, il faut tout de même promouvoir un accès régulé via le centre 15 comme préalable à toute prise de décision par le patient. Ceci permet l'adéquation entre les moyens mis à disposition et la demande exprimée. La finalité est donc de réduire au maximum le mésusage du système de PDSA.

Il est difficile d'endiguer le phénomène de consumérisme médical qui se développe, puisque par nature la MMG est facilement accessible au plus grand nombre. Cette attitude est aussi le reflet de nos sociétés actuelles marquées par un besoin d'immédiateté. L'avis médical n'y échappe pas et les structures d'accueils ambulatoires comme hospitalières se retrouvent prises d'assaut pour des consultations aux motifs tout à fait reportables.

Le rôle du médecin d'astreinte semble mal compris par les médecins qui ont participé à l'étude. Ils ont le sentiment que le recours à cette ligne d'astreinte est presque inexistant. Il s'avère tout de même que le médecin d'astreinte a été sollicité à plusieurs reprises pour venir en renfort de l'effecteur fixe en période d'épidémie hivernale pour apporter une réponse dans ces situations d'affluence exceptionnellement élevée.

Une partie des médecins interrogés a exprimé le sentiment, qu'à l'usage, certains de leurs confrères ont fait des gardes de PDSA leur activité prépondérante en se rapprochant d'un exercice similaire à celui des associations de médecins de PDSA.

Il faut voir ici le regret des uns devant le désengagement des autres vis-à-vis de la médecine de cabinet, toujours plus contraignante sur de nombreux aspects.

Les promoteurs de la MMG, soucieux de ne pas alimenter un modèle permettant une « professionnalisation de la garde », ont mis en place des garde-fous pour prévenir certains comportements. En effet pour chaque médecin inscrit à la MMG, le nombre semestriel est au minimum d'une garde et au maximum de cinq. Par ailleurs, la volonté affichée des promoteurs de la MMG est de s'inscrire dans une pratique vertueuse de la médecine générale avec une valorisation du temps passé avec le patient. L'objectif est aussi l'éducation des patients pour prévenir les consultations ultérieures inutiles et ainsi promouvoir les bons comportements au sein du système de PDSA. Par ailleurs, une attention particulière est portée à la relation confraternelle via la rédaction de courriers destinés au médecin traitant.

4.3.3. Adhésion des médecins à la solution du MMOB

Les médecins interrogés partagent le constat des initiateurs du projet de MMOB à propos de l'absence de réponse à une demande de soins non programmés. Cette demande émane de patients isolés ou âgés ne pouvant se rendre à la MMG ou encore de familles de défunts ne trouvant pas de médecin pour rédiger un certificat de décès.

Ils ont également souligné l'inconfort d'être mis en situation de refuser de répondre à des demandes légitimes en raison d'une trop forte affluence à la MMG.

Ils considèrent ainsi que le MMOB est un projet intéressant et pertinent. Beaucoup se sont exprimés favorablement à une participation à ce dispositif, au moins à titre expérimental.

Dans le cadre de cette étude, ils ont pu émettre leurs avis et mettre en avant les prérequis qui sont selon eux, indispensables à une expérience réussie de mise en place d'un MMOB. Parmi ces attendus on retrouve tout ce qui fait la réussite de la MMG que l'on peut regrouper sous le terme de conditions de travail. Bien que l'idée de répondre aux visites incompressibles par l'intervention d'un MMOB fasse l'unanimité, les médecins se sont montrés vigilants sur la définition de visite incompressible. Il faut voir ici une méfiance de certains professionnels qui se sentent déjà très investis alors que d'autres font simplement le choix de ne pas participer à la PDSA.

Le bénéfice pour la collectivité que pourrait constituer la mise en place d'un MMOB a été évoqué par les médecins de PDSA qui sont bien conscients de faire partie d'un réseau global de soins. Ils ont souligné que chacune des ressources doit être utilisée à bon escient pour en retirer une efficacité optimale et aussi pour que la société supporte une charge moindre.

4.4. Le projet de MMOB finalisé

A l'issue de cette étude, les contours du projet de MMOB de la MMG de Nîmes se dessinent plus précisément.

Le projet initial est globalement calqué sur des dispositifs existant en France dans d'autres zones géographiques. Il inclut la notion essentielle et centrale de visite incompressible à laquelle doit répondre le MMOB mais également les spécificités de notre territoire. L'analyse des résultats des entretiens réalisés dans notre étude a permis d'élaborer un dispositif qui sera le plus proche des attentes des professionnels de santé concernés.

4.4.1. Cadre d'exercice

Il constitue une nouvelle ligne de garde à part entière au sein de la MMG. La participation aux gardes en tant qu'effecteur mobile se fera sur la base exclusive du volontariat, comme c'est actuellement le cas pour toutes les participations à la PDSA.

Le MMOB intervient uniquement les samedis, dimanches et jours fériés sur les plages horaires habituelles de PDSA (samedi 12h-24h et dimanche et jours fériés 8h-24h). Il n'est pas prévu de MMOB en nuit profonde.

Il intervient uniquement sur l'aire de compétence de la MMG de Nîmes dite de la « couronne Nîmoise ». La ville de Nîmes intra-muros est exclue de facto.

4.4.2. Modalités d'intervention

Le MMOB interviendra sur des situations bien précises selon un protocole pré défini. Ce protocole aura préalablement été validé par les concepteurs du projet et par le centre 15.

Les axes d'intervention du MMOB seront :

- les visites à domicile ou en institution ne disposant pas de système propre de PDS, pour donner des avis médicaux relevant de la médecine générale.
- Les constatations et rédactions de certificats de décès à domicile ou en institution ne disposant pas de système propre de PDS.

Sont exclues du champ d'action du MMOB :

- Les situations médicales identifiées comme nécessitant d'emblée le recours à l'AMU.
- Les institutions qui ont l'obligation de se doter d'un système de PDS comme par exemple les HAD.

Les interventions du MMOB se feront uniquement sur demande du médecin régulateur du centre 15. Toute autre modalité de déclenchement d'intervention est exclue. Le médecin régulateur libéral ne pourra pas déclencher l'intervention du MMOB.

Le MMOB aura à sa disposition les numéros de téléphone (lignes directes) des confrères de garde ou d'astreinte dans les spécialités qui pourraient lui être nécessaires en cas de difficulté durant ses interventions (médecine légale, gériatrie, etc...).

4.4.3. Formation

Avant de débiter les premières gardes de MMOB, tous les médecins qui se seront portés volontaires recevront une formation d'une durée totale de quatre demi-journées, réparties en deux sessions espacées de deux semaines.

Les formations sont écrites et porteront sur trois grands axes liés aux interventions types auxquelles le MMOB sera confronté :

- La gériatrie avec un focus sur la problématique de la confusion, le bilan post-chute immédiat et plus globalement les « grands pièges » du patient âgé à ne pas méconnaître.
- La médecine légale avec l'examen d'une personne décédée et les constatations indispensables pour établir un certificat médical de décès en bonne et due forme.
- La médecine palliative avec les aspects thérapeutiques, notamment antalgique, disponibles en ville hors contexte d'HAD.

Ces formations seront indemnisées pour les participants à hauteur d'un équivalent de quinze consultations (G) par jour (375 euros).

4.4.4. Rémunération

Le mode de rémunération du MMOB retenu en accord avec l'ARS est celui d'un revenu mixte.

Le minimum est issu d'un forfait de garde renforcé versé par l'ARS qui serait de 350 euros pour un samedi et de 650 euros pour un dimanche ou un jour férié.

Le MMOB, dans ses interventions, pratique le tiers payant intégral pour les actes qu'il effectue auprès des patients. Quelle que soit son activité durant la garde, il perçoit l'intégralité du forfait (revenu minimum). En fonction de son activité, il perçoit le montant des actes qui seront cotés selon la nomenclature en vigueur en tenant compte du caractère régulé de la garde ainsi que des éventuelles indemnités kilométriques applicables. Pour ces dernières, le lieu de référence sera la MMG.

4.5. Perspectives

4.5.1. Attentes liées au MMOB

Le MMOB s'inscrit parmi les solutions possibles aux problématiques actuelles de réponse à la demande de soins non programmés et plus particulièrement aux situations de visites incompressibles. L'initiation de ce dispositif au sein de la MMG suscite l'espoir qu'une partie de ces difficultés trouvera une réponse efficace avec la mise en place de ce MMOB.

Du fait de son champ d'action, on peut attendre :

- Une réduction du recours aux moyens d'AMU que sont les SMUR et les pompiers, pour des situations de PDSA,
- Une diminution du nombre de passages aux urgences grâce à un avis médical pré-hospitalier pouvant, le cas échéant, valider le maintien à domicile du patient sur des situations de PDSA,
- un recours en baisse aux transporteurs privés (ambulances) car les décisions d'hospitalisation seraient moins nombreuses,
- une amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie à domicile, avec la possibilité d'obtenir un avis médical pendant les périodes de fermeture des cabinets des médecins traitants concernés,
- une meilleure assistance aux familles des défunts par l'intervention du MMOB pour la constatation de décès et la rédaction de certificat de décès,
- que les gardes des effecteurs fixes de la MMG soient facilitées du fait de l'absence de sollicitations extérieures,
- qu'en conséquence, le coût global d'un MMOB représente pour la collectivité une dépense plus faible que le recours à toutes les ressources citées plus haut.

4.5.2. Evaluation précoce

La volonté d'évaluer précocement le dispositif a été intégrée dès les premières réflexions sur ce projet de MMOB. Il est nécessaire de procéder à cette évaluation pour décider de la pertinence de poursuivre ce projet. De toute évidence, s'il s'avère que le dispositif de MMOB n'apporte pas satisfaction sur un ou plusieurs aspects, il n'aura pas vocation à être reconduit.

4.5.2.1. Evaluation qualitative

Il serait pertinent de réaliser une étude qualitative auprès des MMOB qui auront pris part au projet. Ceci permettrait de connaître leur vécu des gardes, d'une part sur le respect des conditions initiales (formation, respect des protocoles, coordination et échange avec le centre 15 ou les médecins référents d'astreinte, sécurité d'exercice) et d'autre part sur leur sentiment vis-à-vis des interventions réalisées (efficacité, besoins spécifiques pour améliorer les prises en charges, volonté de continuer à prendre des gardes de MMOB). Ces éléments seront utiles aux

intéressés pour faire remonter d'éventuelles difficultés et participer à la prise de décision concernant la pérennité du MMOB.

4.5.2.2. **Evaluation quantitative**

Une évaluation chiffrée des interventions réalisées par le MMOB semble indispensable pour juger le dispositif.

Les éléments à recueillir sont nombreux mais devraient être facilement collectés. On peut envisager par exemple une fiche d'intervention digitale (via une application mobile) que chaque MMOB remplirait à l'issue de sa garde. Parmi les informations dont les évaluateurs voudront disposer, on peut reprendre comme éléments pertinents les items utilisés pour l'évaluation quantitative du MMOB réalisée en Loire Atlantique entre 2011 et 2012 (34) :

- le nombre d'interventions par garde de samedi, de dimanche ou de jours fériés,
- les heures d'appels,
- les lieux d'interventions,
- le motif d'intervention,
- l'âge et le sexe du patient,
- l'orientation du patient (maintien à domicile avec ou sans traitement, hospitalisation vers SAU ou autres),
- le type de transport sanitaire déclenché le cas échéant,
- le temps passé sur place,
- le diagnostic retenu.

A l'issue d'une période de test prédéfinie, on pourrait ainsi avoir une base de données complète pour permettre une analyse statistique du recours au MMOB et de son efficacité.

4.5.2.3. **Etude médico-économique**

C'est probablement l'étude la plus complexe à mettre en œuvre, cependant son intérêt est évident au regard des institutions en charge de la PDSA. Une vision comptable, même si elle est parfois déconnectée de certaines réalités humaines ou médicales, est souvent la base de la prise de décision compte tenu de la conjoncture économique actuelle. Ainsi le modèle qui pourrait être utilisé est celui d'une étude coût-bénéfice qui « *compare deux stratégies et évalue leur*

bénéfice en terme monétaire » (37). Dans notre cas, le but serait de déterminer si l'existence d'un MMOB sur les horaires de PDSA les week-ends et jours fériés, compte tenu de ses conditions de rémunération, permet de réduire suffisamment les dépenses de santé qui incombent à la collectivité pour être « rentable ».

5. Conclusion

Dans le cadre de cette étude, les MG participant aux gardes à la MMG de Nîmes ont pu exprimer leurs avis sur la PDSA dans sa configuration actuelle. Ils partagent tous un attachement à cette mission de service public et plébiscitent l'exercice en MMG. Cependant, ils font également part de leurs réserves vis-à-vis d'un système fragile et sont unanimes pour faire le constat d'une PDSA incomplète, avec en particulier des difficultés concernant la réponse donnée aux demandes de visites incompressibles.

Dans un souci d'amélioration de la situation actuelle, la proposition qui a été faite pour résoudre ce problème est la mise en place d'un MMOB les week-ends et les jours fériés aux horaires de PDSA. Ce dispositif déjà testé sur d'autres territoires semble obtenir des résultats encourageants et il remporte une large adhésion auprès des médecins interrogés qui se disent, de façon quasi unanime, prêts à participer à une expérimentation sur le territoire de la MMG. Ils ont pu exprimer leurs attentes et leurs appréhensions concernant la mise en œuvre pratique de ce MMOB. Les entretiens ont participé à la construction du projet Nîmois de MMOB en partenariat avec les éventuels futurs acteurs.

Ce travail constitue une préfiguration du dispositif à mettre en place tout en présentant certaines limites. Il conviendra donc d'évaluer précocement le dispositif de MMOB pour juger de son efficacité réelle et déterminer s'il a vocation à être pérennisé.

6. Bibliographie

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
2. Atlas de la démographie médicale en France Rapport CNOM 2018 [Internet]. [consulté 19 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_atlas_2018_0.pdf
3. Code de déontologie médicale - Article 77. Code de déontologie médicale.
4. Hartmann L, Ulmann P, Rochaix L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe, GPs and Access to out of Hours services in six European Countries (Germany, Spain, France, Italy, the United Kingdom and Sweden). *Revue française des affaires sociales*. 2006;(2):91-119.
5. Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. 2010-810 juill 13, 2010.
6. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.
7. Décret n° 59-957 du 3 août 1959 relatif au classement des hôpitaux et hospices publics. Legifrance [Internet]. [consulté 29 mars 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006060930&dateTexte=19800422>
8. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
9. Circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente - Conditions d'un partenariat. *Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n°89/2 p. 179-188* Legifrance [Internet]. [consulté 8 juill 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007106023&ordre=CROISSANT&nature=&g=ls>

10. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris : Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale. 2003;19.
11. Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.
12. Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant sur le code de déontologie médicale. 2003-881 sept 15, 2003.
13. Code de déontologie médicale - Article 47. Code de déontologie médicale.
14. Rapport Grall Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins [Internet]. [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Grall.pdf
15. Rapport Boënnec d'information sur la permanence des soins [Internet]. [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1205.pdf>
16. Rapport Ritter sur la création des agences régionales de santé (ARS) [Internet]. [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ARS_-_Rapport_Ritter-2.pdf
17. Rapport Bur d'information en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé [Internet]. [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i0697.pdf>
18. Rapport Larcher sur les missions de l'hôpital [Internet]. [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Larcher_definitif.pdf
19. Synthèse états généraux de l'organisation de la santé [Internet]. [consulté 17 avr 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf
20. Rapport Flajolet Mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire [Internet]. [consulté 15 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Flajolet.pdf

21. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins [Internet]. 2010-809 juill 13, 2010. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006687D/jo>
22. Enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale au 31/12/18 [Internet]. [consulté 17 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf
23. Labarias C, Di Castri A, Université de MI. Modalités d'adressage des résidents d'EHPAD vers les urgences hospitalières dans la communauté hospitalière de territoires Gard-Cévennes-Camargue : évitabilité et conditions pratiques des transferts une étude multicentrique et prospective. [S.l.]: s.n.; 2013.
24. Enquête ELABE auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires [Internet]. [consulté 17 avr 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_permanence_des_soins_rapport_d_etude.pdf
25. Rapport cour des comptes février 2019 [Internet]. [consulté 19 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf>
26. Rapport cour des comptes sur la sécurité sociale et le fonctionnement de la permanence des soins [Internet]. [consulté 19 avr 2019]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf
27. Rapport démographique recensement de la population du Gard au 01/01/19. INSEE.
28. Estimations de population par sexe et âge au 1er janvier 2019 | Insee [Internet]. [consulté 15 mai 2019]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692#tableau-TCRD_021_tab1_departements
29. ARS Occitanie. Permanence de soins en médecine ambulatoire. Cahier des charges régional 2019-2022. 2018.
30. Panorama Occitanie 2017 Activités des structures d'urgences [Internet]. [consulté 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2018/07/Panorama2017.pdf>

31. La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée [Internet]. [consulté 2 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>
32. Décret n° 2017-1002 du 10 mai 2017 relatif aux conditions de rémunération de l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès au domicile du patient. 2017-1002 mai 10, 2017.
33. Décret n° 2009-1173 du 1er octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire.
34. Meurisse C. Médecin mobile: un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoires, au sein d'un département pilote [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2012.
35. Berthonneau C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret: évaluation lors du premier semestre 2014 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2015.
36. Fiard A. Médecin effecteur mobile: analyse descriptive des appels de 2015 au centre de réception et de régulation des appels du SAMU 22 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
37. Frappé P, Petersen W, Association française des jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. Neuilly-sur-Seine [Paris]: GM Santé CNGE; 2011.
38. Guide d'organisation d'entretiens semi dirigés.pdf [Internet]. [consulté 4 mars 2018]. Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1315_guideorgaentretienssemidiriginformcles2eed.pdf
39. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie, la Revue. janv 2015;15(157):50-4.
40. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer. 2013;(105):4-11.

41. Beauhaire M. Etude de faisabilité de mise en place du médecin mobile au service de la permanence de soins ambulatoire du département de l'Aude [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.

7. Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Caractéristiques de la population étudiée

Annexe 3 : Aire de compétence de la MMG de Nîmes. Secteur de PDSA n°3 dit de la « couronne Nîmoise »

ANNEXE 1

Grille d'entretien :

Vous êtes un médecin déjà impliqué dans la PDSA, vous avez donc sûrement un avis quant à l'organisation des soins.

1/ Pour commencer, je vais vous demander de me raconter votre dernière garde à la MMG ?

Si non évoqué spontanément, recueillir :

- Quand ? Semaine ou week-end ? Combien de patients vus ?
- Quel ressenti par rapport aux consultations, relevaient-elles de la PDSA ?
- Y'a-t-il eu une demande de VAD ? Quelle réponse apportée à cette demande le cas échéant ?

2/ Quels sont les éléments qui déterminent la participation d'un médecin généraliste comme vous à la PDSA à la MMG? En faveur comme en défaveur ?

Si non évoqué spontanément, recueillir

- aspect mission de service public / accès aux soins / utilité
- rémunération (forfaitaire, à l'acte, mixte)
- cas particulier de la nuit profonde
- condition matérielle d'exercice de garde en MMG
- impact sur la vie privée
- fatigue

3/ Maintenant je vais vous présenter 3 petites situations cliniques, il ne s'agit en rien d'un contrôle de connaissance, je veux simplement avoir votre avis sur ces situations.

a/ Le premier cas, vous suivez un patient M. X de 85 ans en EHPAD, pendant le week-end il présente une fièvre élevée (>39°), comment aimeriez-vous qu'il soit pris en charge pendant votre absence ?

b/ Le deuxième cas, pendant un week-end, Mme Y 80 ans en phase terminale d'une cancer du sein multi métastatique à son domicile en HAD soins palliatifs. Vous avez pris l'engagement de la maintenir à domicile jusqu'à la fin pour qu'elle puisse rester auprès des siens. Elle présente une majoration importante aigue de ses douleurs et une angoisse majeure, comment aimeriez-vous qu'il soit pris en charge pendant votre absence ?

c/ Le troisième cas, à la MMG, pendant une garde, vous êtes appelés un samedi à 15h en plein mois d'aout pendant la canicule pour réaliser un certificat de décès pour une personne âgée à domicile que vous ne connaissez pas. Votre salle d'attente déborde de patients. Que faites-vous ?

4/ Connaissez-vous le concept de visites incompressibles et d'effecteurs mobiles ou médecin mobile ?

Recueil de la réponse +/- détaillée

5/ Quelle que soit la réponse précédente : Explication du concept avec projet envisagé sur Nîmes

En pratique je vous présente ce dont il s'agit.

Le recours aux soins non programmés est en constante augmentation en France. Les services d'urgences sont débordés. Il y a une part considérable des soins qui relève de la PDSA donc pas de l'AMU et pas non plus de la médecine générale au sens où il y a besoin d'un avis médical dans ces horaires de fermeture des cabinets médicaux de ville.

Cela se traduit par exemple à la MMG par une fréquentation en augmentation constante (+10%/an). Par ailleurs le SAU du CHU Nîmes +4.5% /an.

La réponse offerte actuellement via la MMG est un effecteur fixe dans un centre de consultation à qui on demande parfois de faire des VAD donc une réponse mixte (fixe + mobile).

On part du principe que cette réponse est inappropriée pour le problème des visites dites « incompressibles », des visites que l'on ne peut pas refuser.

En pratique cela engendre soit une surutilisation du SMUR/18 et ambulance privée avec engorgement supplémentaire des SAU et un coût de santé important et parfois des moyens démesurés par rapport à la problématique réelle soit on demande à l'effecteur fixe de devenir mixte ce qui engendre une réponse tardive à la demande de VAD ou une réponse immédiate au détriment des patients présents à la MMG.

Le MMOB serait un nouvel outil pour répondre à ces situations. Il agirait en complément des médecins fixes pour répondre à la demande de mobilité. Il serait déclenché sur régulation exclusive du centre 15 et selon un protocole préétabli. Il serait un effecteur mobile uniquement. Il y a plusieurs expérimentations déjà lancées en France (Muret, Nantes, Limoges...) qui sont plutôt concluantes malgré certaines limites et le manque d'études et de recul. Les gardes ont une activité raisonnable, elles éviteraient beaucoup d'hospitalisations et les protocoles préétablis sont respectés.

En vue d'une potentielle mise en place de ce dispositif, nous procédons à ces entretiens pour connaître votre avis.

A Nîmes, nous envisageons les choses de la manière suivante en accord avec les urgences, le SAMU centre 15.

Il y aurait une ligne de garde, uniquement sur les horaires de PDSA donc pas d'intervention en nuit profonde. Régulation systématique.

Le point de départ serait la MMG avec 1 MMOB qui réalise les visites incompressibles définies préalablement comme telles par un protocole clair.

La rémunération serait forfaitaire mais n'est pas encore définie.

Il y aurait une formation préalable par atelier type (gériatrie et soins palliatifs, médecine légale, gestes techniques : suture ou sondage urinaire...).

L'équipement nécessaire serait fourni.

Les conditions d'exercice seraient sécurisées.

La zone d'intervention est l'aire de compétence de la MMG. **(Présentation d'une carte du département du Gard avec mises en évidence des communes concernées / secteur PDSA n°3).**

Cela prévoit les visites en EHPAD et les autres institutions n'ayant pas de PDSA médicalisée, les personnes âgées à domicile ou toute personne avec impossibilité de déplacement (conjoint dépendant, etc...), les certificats dits administratifs de décès. Tout ce qui ne peut pas être différé à la réouverture des cabinets médicaux, qui ne peut pas se rendre à la MMG et qui ne nécessite pas l'AMU du SMUR ou un transport vers un SAU.

6/ Quelle est votre réaction vis-à-vis du projet envisagé ?

Si non évoqué spontanément, recueillir

- attente en terme de régulation des VAD ?
- rémunération ?
- formation ?
- conditions matérielles ?
- sécurité d'exercice ?
- zone géographique ?
- position vis-à-vis des certificats (décès) ?
- position vis-à-vis des gestes techniques (sondage, suture simple) ?
- intérêt de ce système dans la PDSA actuelle (2 effecteurs au rôle clair : 1 fixe et 1 mobile plutôt que des mixtes) ?

7 / Participation éventuelle à ce projet ? Sous conditions ?

ANNEXE 2

Caractéristiques de la population étudiée :

	Age	Sexe	DI	ME	ZE	VAD	Autres activités « PDSA »	Gardes MMG annuelle	Ancienneté de participation aux gardes MMG	Durée entretien
M 1	31	H	1 an	Groupe 3 médecins	Urbain (hors secteur MMG)	10	Médecin correspondant SAMU	10	6 mois	29 minutes
M 2	36	F	6 ans	Groupe 2 médecins	Semi rural	7		4 + 4 astreintes	6 ans	26 minutes
M 3	53	F	11 ans	Groupe 4 médecins	Semi rural	1		15	6 ans	17 minutes
M 4	36	H	5 ans	Groupe 3 médecins	Semi rural (hors secteur MMG)	5		8	5 ans	26 minutes
M 5	61	H	34 ans	Groupe 3 médecins	Semi rural	5		8	6 ans	20 minutes
M 6	56	H	25 ans	Groupe 2 médecins	Semi rural	20		8	4 ans	17 minutes
M 7	59	F	31 ans	Seule	Urbain (hors secteur MMG)	4	Astreinte HAD et régulation libérale	6 + 4 astreintes	6 ans	23 minutes
M 8	65	F	38 ans	Seule	Semi rural	12		8	6 ans	23 minutes
M 9	60	F	34 ans	Groupe 3 médecins	Semi rural	6		4 + 4 astreintes	6 ans	35 minutes
M 10	59	H	30 ans	Groupe 2 médecins	Semi rural	7	Astreinte HAD	4 + 4 astreintes	6 ans	27 minutes
M 11	33	F	3 mois	Groupe 4 médecins	Semi rural	1		5 + 5 astreintes	1 an	27 minutes
M 12	52	F	28 ans	seule	Semi rural	10		6 + 6 astreintes	3 ans	26 minutes

DI : Durée d'installation

ME : Mode d'exercice

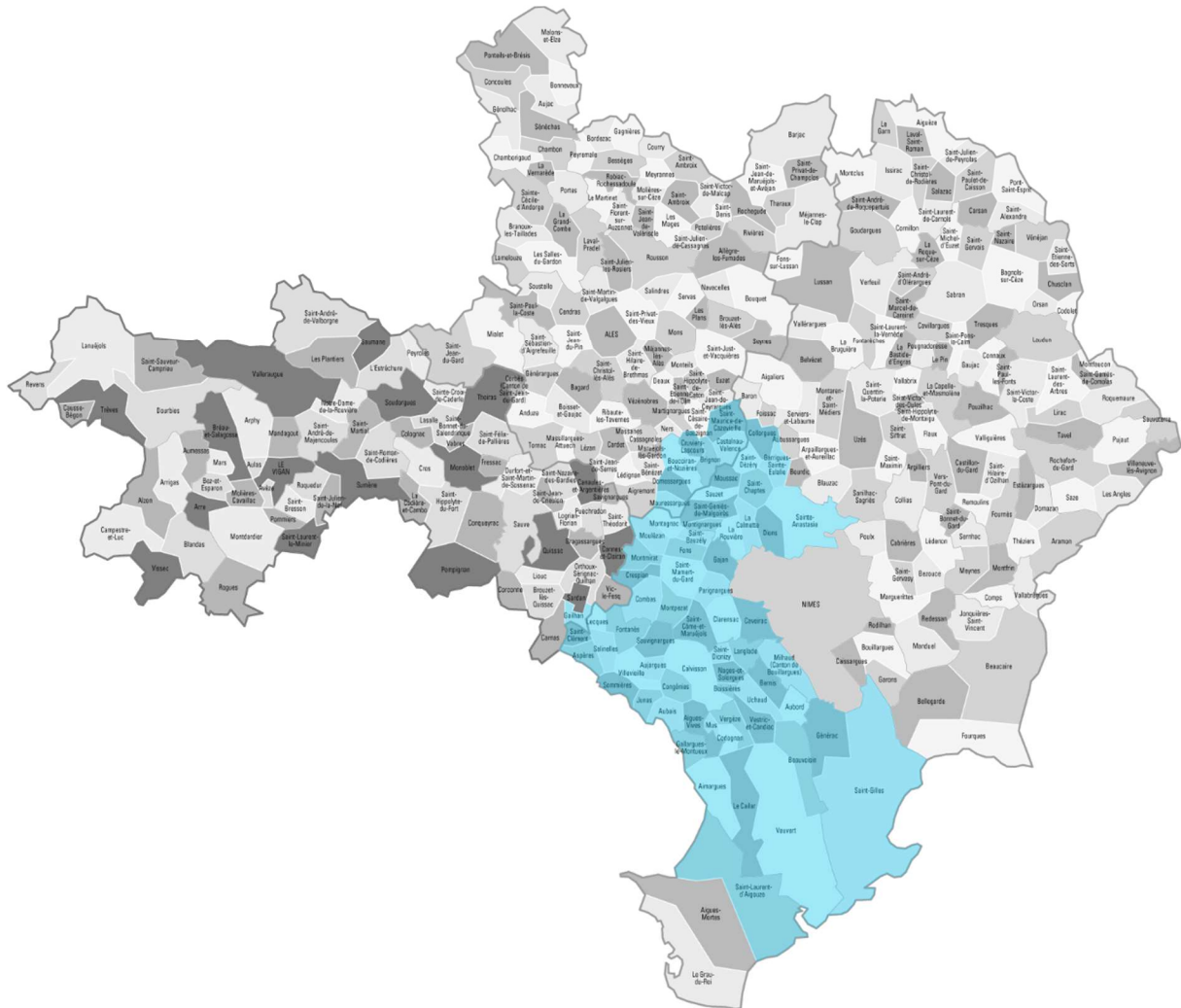
ZE : Zone d'exercice

VAD : Nombre de visite à domicile hebdomadaire liée à l'exercice libéral

ANNEXE 3

Aire de compétence de la MMG de Nîmes. Secteur de PDSA n°3 dit de la « couronne

Nîmoise » :



Jordy MONGIN©

8. Serment d'Hippocrate

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

INTRODUCTION :

L'augmentation constante de la demande de soins non programmés crée des difficultés spécialement pour la prise en charge des visites incompressibles. L'objet de ce travail était de recueillir et d'analyser les avis de médecins généralistes (MG) concernant la mise en place d'un médecin mobile (MMOB).

METHODE :

Etude qualitative par analyse thématique d'entretiens semi-dirigés réalisés auprès de MG participants aux gardes de permanence des soins ambulatoire (PDSA) au sein de la maison médicale de garde (MMG) de Nîmes.

RESULTATS :

Douze entretiens réalisés de septembre à décembre 2018 ont permis de mieux connaître la perception des MG au sujet des gardes (impact personnel et collectif, intérêt médical, conditions d'exercice), d'identifier leurs difficultés et de faire le constat d'une PDSA incomplète en particulier pour les visites incompressibles. Le MMOB est une solution accueillie favorablement par les MG (réponse pertinente pour les EHPAD, les personnes isolées, les rédactions de certificats de décès) qui ont formulé des impératifs et des réserves (formation, qualité de régulation, sécurité, rémunération) concernant sa mise en œuvre.

DISCUSSION :

En s'appuyant sur les forces de notre étude (originalité, critères de validité), nous avons pu établir une préfiguration du dispositif à mettre en place et participer à la construction du projet de MMOB en partenariat avec les MG qu'il conviendra d'évaluer ultérieurement.

CONCLUSION :

Cette étude apporte une meilleure connaissance de l'avis des MG de la MMG de Nîmes sur la mise en place d'un MMOB, dispositif dont l'évaluation se justifie avant sa pérennisation.

MOTS CLES :

Médecine générale, Médecin mobile, Visites incompressibles, Permanence des soins ambulatoire, Maison médicale de garde, Vécu, Expérimentation, Gard