



HAL
open science

Étude de faisabilité de mise en place du médecin mobile au service de la permanence de soins ambulatoire du département de l'Aude

Matthieu Beauhaire

► To cite this version:

Matthieu Beauhaire. Étude de faisabilité de mise en place du médecin mobile au service de la permanence de soins ambulatoire du département de l'Aude. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02952606

HAL Id: dumas-02952606

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02952606v1>

Submitted on 29 Sep 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

Université Montpellier

Faculté de médecine MONTPELLIER-NIMES

Année 2018

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présenté et soutenue publiquement par

Matthieu BEAUHAIRE

Le 5 JUIN 2018

.....
**ETUDE DE FAISABILITE DE MISE EN PLACE DU MEDECIN MOBILE
AU SERVICE DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE DU
DEPARTEMENT DE L AUDE**
.....

Directeur de thèse : Marc Garcia

.....

JURY

Président de jury :

Pr AMOUYAL Michel

Assesseurs :

Pr DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel

Pr RAMBAUD Jacques

Dr GARCIA Marc

Membre invité

Dr MERIC Bernard

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Emérites

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

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
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
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
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
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
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
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
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
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
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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

LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
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
CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation
COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
DAIEN Vincent-Ophtalmologie
DE VOS John-Cytologie et histologie
DORANDEU Anne-Médecine légale -
DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie
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
HAYOT Maurice-Physiologie
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
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
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
MOREL Jacques -Rhumatologie
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
PRUDHOMME Michel-Anatomie
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
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
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

VISIÉ Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIÉ Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
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
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la
communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

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

LAINÉ 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

FAILLIE Jean-Luc-

Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie

HERRERO Astrid-Chirurgie générale

PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Remerciements

Un grand merci tout d'abord aux médecins ayant pris de leur temps pour me rencontrer et apporter leur expérience et leur opinion à ce travail.

Merci au Dr Marc Garcia, qui a accepté de diriger mon travail, qui m'a guidé et corrigé, qui s'est vu infliger mes fautes d'orthographe et a pris de son temps pour moi. Chacun de nos entretiens me faisait progresser à pas de géant, sincèrement merci.

Au Pr Amouyal qui me fait l'honneur de présider mon jury. Au Pr De La Coussaye qui a accepté de participer à ma Thèse, Ainsi qu'au Pr Rambaud pour sa disponibilité et sa réactivité, merci.

Un merci également au Dr Bernard Meric, qui m'a proposé ce sujet, qui m'a fourni une importante base bibliographique, qui m'a invité aux discussions de la permanence de soins avec l'ARS, et au Conseil de l'Ordre, grâce à qui j'ai pu apprendre son fonctionnement.

Je remercie également le Dr Besse chez qui j'ai effectué mon SASPAS pour sa confiance et son enseignement, ainsi que les Dr Nirde et le Dr Bullich à Gruissan pour les opportunités offertes. Une pensée particulière à tout le personnel de la maison de santé de Gruissan.

Je remercie tous les médecins qui ont su m'accompagner et me former pendant mon internat. D'Alès à Narbonne en passant par Montpellier. Ce fut une période riche et fructueuse.

Merci aux Dr Romero et aux Dr Battin pour leur enseignement, leur confiance et leur amitié. Ainsi qu'à tous les médecins qui m'ont fait confiance.

Un mot pour la Faculté Paris 7 Bichat-Lariboisière, aux professeurs et aux services qui m'ont accueilli pendant mon externat. Bien sûr, à tous ceux que j'ai

rencontré pendant mon internat, mes amis, mes futurs confrères, avec qui j'ai partagé mes doutes, mes joies, mes réussites et mes échecs.

A ma famille qui m'a soutenu pendant toutes mes études. Ma mère sans qui je ne serais rien, qui m'a supporté durant toutes ces années à la faculté. Ma tante pour son soutien sans faille.

A toi, ma fiancée, qui m'apporte la force et la confiance chaque jour. Merci pour ton amour, ton soutien, merci aussi pour avoir corrigé mes fautes d'orthographe. Tu me rends meilleur. A mon fils qui m'apporte chaque jour ma dose de bonheur et qui me donne une raison de plus d'être fier.

SOMMAIRE

1. AVANT-PROPOS	p 16
2. INTRODUCTION	p17
2.1. La permanence de soins ambulatoire (PDSa).....	p17
2.1.1 Définition.....	p17
2.1.2 Fonctionnement et organisation de la PDSa.....	p18
2.2. L'organisation de la permanence de soins sur le département de l'AUDE.....	p21
2.2.1 Les différents secteurs et leurs caractéristiques en 2017.....	p22
2.2.2 Les choix des maisons médicales de garde sur le département.....	p24
2.2.3 Les difficultés actuelles	p26
2.3 Le médecin effecteur mobile MMOB	p26
2.3.1 Son rôle.....	p26
2.3.2 Exemple du bassin de Muret et en Loire-Atlantique.....	p27
2.5 Problématique et objectif.....	p30
3. MATERIEL ET METHODE	p32
3.1 Etude de faisabilité et proposition d'un modèle de PDSa intégrant le MMOB sur le département audois.....	p32
3.2 Etude qualitative.....	p32
3.2.1 Entretiens individuels.....	p33
3.2.2 Recrutement.....	p33
3.2.3 Arrêt de l'étude.....	p34
3.2.4 Déroulement des entretiens.....	p34
3.2.5 Verbatim.....	P34
3.3 Analyse thématique.....	p34
4. RESULTATS	p35
4.1. Proposition d'un modèle de PDSa intégrant le MMOB sur le département audois.....	p35
4.2. Analyse thématique.....	p41
4.2.1. Analyse de l'échantillon	P41

4.2.2. Regroupement Thématique	p44
4.2.3. Le vécu des gardes.....	p49
4.2.4. Opinions sur le système de garde actuel.....	p53
4.2.5. Intérêt et déterminant de mise en place du médecin mobile.....	p55
4.2.6 Déterminants personnels de participation à la fonction de médecin mobile.....	p62
5. DISCUSSION	p64
5.1 Forces et faiblesses de l'étude.....	p64
5.2 Discussion des résultats.....	P67
5.3 Avenir de la PDSa sur l'Aude.....	p79
6. CONCLUSION	p81
7. BIBLIOGRAPHIE.....	p83
8. ANNEXES.....	p85
Cartographie	p85
Guide d'entretien.....	p86
Serment d'Hippocrate.....	p89
Permis d'imprimer.....	p90
..	

LISTE DES ABREVIATIONS

ADOPS : Association Départemental pour l'Organisation de la Permanence des Soins

ARS : Agence Régional de Santé

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

COPIL : Comité de Pilotage

CROM : Conseil Régional de l'Ordre des Médecins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement Pour Personne Agée Dépendante.

FIR : Fond d'Intervention Régional

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

MCS : Médecin Correspondant SAMU

MG: Médecin Généraliste.

MMG : Maison Médicale de Garde

MMOB : Médecin Mobile

PDSa : Permanence De Soins Ambulatoire

PDSes: Permanence De Soins en Etablissement de Santé

SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence.

1. Avant propos :

La permanence de soins est une « mission de service public », concernant tout médecin ayant conservé une pratique médicale.

Les Agences Régionales de Santé sont chargées de son organisation et de son financement. A l'aube de la révision du cahier des charges régional redéfinissant les secteurs de gardes et leur financement, il est intéressant de proposer des alternatives à l'organisation actuelle de la PDSa.

Une permanence de soins défaillante met en péril la continuité des soins.

Dans une première partie, nous définirons les notions de PDSa et des différents effecteurs médicaux possibles. Une rapide introduction sur la PDSa de l'Aude actuelle sera présentée.

Nous proposerons un modèle d'organisation possible intégrant le MMOB à la permanence de soins de l'Aude, s'appuyant sur l'activité recensée, sur la démographie médicale, la densité de population et la superficie. Une évaluation du coût du dispositif sera effectuée.

Dans une deuxième partie, nous analyserons les déterminants de sa faisabilité de par le regroupement de plusieurs témoignages des médecins de terrain répartis sur le département.

2. Introduction

2.1. La permanence de soins ambulatoire :

2.1.1 Définition(1,2)

La **permanence des soins** (PDS) est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux. Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés.

La **permanence de soins ambulatoire** (PDSa) est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.

Elle est assurée par les médecins du secteur volontaires, ayant conservé une pratique clinique.(3)

La loi française la reconnaît comme une « mission de service public ».(4) Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires(CODAMUPS). Selon les besoins, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

La Permanence des Soins (PDS) peut, désormais, être également assurée par les établissements de santé(PDSes), lorsque l'offre médicale et la demande de soins le

justifient, notamment en nuit profonde. Elle s'organise sur le territoire régional divisé en territoires de permanence arrêtés par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Le cahier des charges défini par l'ARS décrit l'organisation générale de la PDSa. Il fixe les forfaits d'astreintes.

2.1.2 Fonctionnement et organisation de la PDSa (5,6)

La PDSa a grandement évolué aux cours des 15 dernières années. Avant 2003, chaque médecin devait rester accessible en permanence pour ses patients. « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » selon l'article 77 du code de déontologie médicale.

A l'issue de la grève des gardes de 2001, Le rapport Descours est établi en 2003(1).

Celui-ci précise notamment que : « La garde est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager. La pratique a conduit de plus en plus le médecin de garde à se déplacer au domicile du patient, sans que cette modalité d'intervention ne constitue une obligation déontologique pour le médecin, ni toujours une nécessité médicale»

Le rapport préconise une nouvelle organisation de la PDSa :

-principe de volontariat : seul des médecins volontaires participent à la garde. Des niveaux de concertation établis par l'ordre des médecins sont mis en place en cas d'absence de volontaires.

-prise en charge de l'organisation de la PDSA par les CODAMUPS

-création de cahiers des charges régionaux et départementaux définissant l'organisation de la PDSA.

-« l'organisation d'une régulation centralisée. Soit par le centre 15, soit par une régulation indépendante interconnectée. » Élément essentiel du bon déroulement du dispositif.

Dès lors, l'organisation de la permanence de soins devient un problème étatique. L'on voit apparaître une réelle organisation pyramidale du système de permanence de soins :

- Une modification du code de santé publique : qui définit entre autre des réquisitions possibles par le préfet si le CDOM n'a pas pu compléter le tableau de garde.

-Les Agences régionales de santé (ARS) créées en 2010 en vertu de la loi HPST (5)(hôpital, patient santé et territoire) du 21 juillet 2009, se voient confier l'organisation de la PDSa dans chaque région décrite dans le cahier des charges. Ces cahiers des charges sont renégociés tous les 5 ans avec les représentants départementaux des médecins ainsi qu'un représentant des patients. Les ARS se voient également confier dans le cadre d'enveloppes régionales fermées le financement de la PDS. Les forfaits d'astreinte sont ainsi votés et les lignes de garde et les heures de PDSa prévues en amont.

Les nuits profondes sont de plus en plus abandonnées notamment en milieu urbain, les demandes sont alors gérées par les services d'urgences.

Les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre, tenant compte des éléments spécifiques comme la densité de la population, les caractéristiques géographiques, la démographie médicale, etc. L'effectivité de cette permanence des soins apparaît dans le tableau de garde de chaque secteur.

Il est bien noté également que « En cas de carence d'une auto-organisation collective, les pouvoirs publics doivent assurer ce service à la population. Ainsi, en dernier recours, l'Etat conserve son droit de réquisition. »

-Le rapport de l'enquête du CNOM sur la PDSA réalisé en 2016 fait état :(7)

- Sur la régulation :

- d'une baisse du nombre de volontaires et d'une absence de revalorisation du forfait, ainsi que d'une inégalité régionale en matière de rémunération pouvant créer des inégalités.

-d'une baisse du nombre de secteurs d'astreinte : 1616 en 2016 (contre 1631 en 2015 et 3770 en 2003)

A noter que 7% des territoires de permanence des soins est dépourvu d'effecteur.

Le rapport ajoute: « Il semble se confirmer que la fréquence des resectorisations trouve ses limites : la poursuivre poserait le problème de la capacité des médecins et des patients à se déplacer sur de trop grands territoires.»

Le rapport indique que la politique de regroupement des territoires tient autant à une faible activité constatée qu'à une recherche d'économie par l'ARS. Le souci étant d'attirer des médecins, ou de les maintenir, dans des zones fragiles sur le plan de la démographie médicale, où les obligations de garde sont importantes.

- Sur les horaires de permanence de soins :

Il est noté que « 31 conseils départementaux indiquent un arrêt complet de l'effectif en permanence des soins à minuit sur l'ensemble de leur département. 69 % des territoires d'effectif s'arrêtent de fonctionner à minuit. L'arrêt de la garde en nuit profonde est un processus qui continue de s'étendre sur les territoires». Cependant, les 31 % restant du territoire voient une PDSa assurée par d'autres effecteurs tels que les SOS médecins. A noter aussi que certains secteurs fusionnent à minuit. Cependant, l'arrêt de la permanence à minuit est parfois un choix des ARS pour des raisons budgétaires.

De nombreux départements ont également adapté les horaires de PDSa en fonction de l'activité constatée, en ouvrant le samedi matin entre 8h et 12h, ou en arrêtant à 23 h.

Avec la généralisation de l'arrêt des gardes en nuit profonde, la place importante des points fixes de garde et la présence limitée d'effecteurs mobiles, la prise en charge des résidents en EHPAD devient de plus en plus problématique.

A noter une baisse du volontariat en moyenne sur l'ensemble du territoire.

Selon le rapport, l'implication des médecins reste fragilisée par différents facteurs :

- « - une activité souvent intense en dehors des horaires de PDS
- Une démographie médicale déclinante ;
- Une pyramide des âges inversée ;

- Et, dans certains cas, l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement (citons ici, les difficultés de financement des MMG, de même que l'absence de revalorisation du montant des astreintes, ou le refus de l'Etat de mettre en place une protection juridique et financière aux dommages subis par les médecins effecteurs à l'occasion de cette mission de service public) ;
- La remise en cause de la mission de service public des médecins effecteurs »

Les propositions du CNOM quant à l'organisation de la PDSa sont les suivantes:

« -Organiser la PDSa en fonction des bassins de proximité prévus dans les 10 propositions du Conseil national de l'Ordre des médecins .

-Permettre aux médecins en journée d'alléger leurs contraintes et en conséquence se rendre disponible pour la PDSa

-Favoriser la communication grand public

-Un besoin de coordination entre l'Ordre, les médecins de terrain et des ADOPS plus important.

-Faire un stage de la régulation

-Des expérimentations existent pour les EHPAD, la mise en place des infirmiers de nuit, la télémédecine avec l'utilisation d'un chariot

-Ne plus obliger les médecins effecteurs et régulateurs non installés à s'affilier pour cette activité aux régimes de protection sociale des libéraux

-Donner aux médecins non installés une carte CPS pour la télétransmission. »

2.2. L'organisation de la PDSa sur le département de l'Aude(8)_(9)

L'Aude est un département de la région Occitanie dans le sud de la France. Sa préfecture est Carcassonne et les sous-préfectures sont Limoux et Narbonne. Avec une superficie de 6139 km² et une population de 366957 habitants en 2015, sa densité de population est de 60hab/km².

Le département est traversé par deux autoroutes que sont l'A9 traversant Narbonne et l'A61 traversant 4 des principales villes du département : Narbonne, Lézignan, Carcassonne et Castelnaudary.

2.2.1 Les différents secteurs et effecteurs sur le territoire en 2017 (annexe 1)

Le territoire de l'Aude comprend 17 secteurs très disparates en termes de couverture médicale et de densité de population. La plus grande partie de la population (>60%) est couverte par des secteurs de PDSa urbain assurant les gardes par des effecteurs fixes postés sur des maisons médicales. Mais la majorité des secteurs est située sur des zones rurales peu peuplées, parfois étendues et sur des reliefs montagneux.

- Les 17 secteurs sont :

Territoire n° 1 : Axat

Territoire n° 2 : Belcaire

Territoire n° 3 : Belpech / Salles sur l'Hers

Territoire n° 4 : Belvèze du Razès

Territoire n° 5 : Carcassonne

Territoire n° 6 : Castelnaudary / Labastide d'Anjou

Territoire n° 7 : Couiza /Espéraza/Quillan

Territoire n° 8 : Durban

Territoire n° 9 : Fabrezan / Lézignan

Territoire n° 10 : Leucate

Territoire n° 11 : Limoux

Territoire n° 12 : Montolieu

Territoire n° 13 : Narbonne

Territoire n° 14 : Saint Hilaire

Territoire n° 15 : Saint Laurent de la Cabrerisse

Territoire n° 16 : Serviès en Val

Territoire n° 17 : Tuchan

Le secteur n° 10 de Leucate est rattaché à la MMG de Perpignan de septembre à juin, et par les médecins du secteur dans leur cabinet en juillet et août.

8 secteurs se situent à plus de 30 minutes d'un SMUR et assurent des astreintes en nuit profonde que sont :

- n° 1 Axat
- n° 2 Belcaire
- n° 3 Belpech – Salles sur l'Hers
- n° 8 Durban
- n° 12 Montolieu
- n° 15 Saint Laurent de la Cabrerisse
- n° 16 Serviès en Val
- n° 17 Tuchan

228 médecins assurent les gardes aux horaires de permanence de soins sur le département.

Des médecins correspondant SAMU sont présents sur ces secteurs exceptés Saint Laurent de la Cabrerisse (n°15) et Serviès en Val (n°16).

« Ce dispositif (7) ne relève pas de la permanence des soins ambulatoires mais de l'aide médicale urgente. On peut cependant observer qu'il tend à se développer là où la permanence des soins ambulatoires n'est plus active.

Le médecin correspondant du SAMU est un médecin:

- formé à l'urgence,
- qui agit sur demande de la régulation médicale des SAMU-Centre 15,
- qui prend en charge des patients en situation d'urgence médicale, dans une zone préalablement identifiée, en priorité située à plus de 30 minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence (service des Urgences ou SMUR). »

L'intervention du MCS est déclenchée de manière systématique et simultanée à l'envoi d'un SMUR. Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU qui va adapter les moyens de transport aux besoins du patient identifiés par le MCS.

2.2.2. Le choix des maisons médicales de garde :(10)

Les maisons médicales de garde sont au nombre de 23 en Occitanie. La maison médicale de garde de Narbonne fait office de précurseur, créée en 2004. C'est une des premières à avoir été créée avec la maison médicale de garde d'Alès, sur l'ancienne région Languedoc Roussillon. Celles-ci sont de plus en plus le choix de nombreux secteurs (200 MMG en 2006, 369 MMG en 2013).

Sur le département, des maisons médicales de garde sont installées sur les 4 secteurs ayant la plus importante démographie que sont Narbonne (secteur N°13) ; Carcassonne (secteur n° 5), Lézignan (secteur n°9) et Castelnaudary (secteur n°6).

Les MMG regroupent plusieurs avantages :

- Un grand rayon d'action sur un territoire étendu, une fusion des secteurs et donc une fusion des coûts de forfait d'astreinte.
- Le besoin d'un seul ou de deux effecteurs avec une secrétaire par période de garde permettant une diminution de la fréquence des gardes pour chaque MG, une aide administrative importante et une sécurisation de l'activité nocturne.
- Un lieu fixe de consultation permet une bonne information et identification de la possibilité de soins aux heures de PDSa par le patient.
- Une répartition du financement de la structure à la fois par les ARS mais également par la collectivité (mise à disposition de locaux notamment), et la participation des MG à leur propre PDSa.
-

Ces structures comportent aussi des limites :

- humaine : bien sûr avec une raréfaction du volontariat de par le vieillissement de la profession
- financière : de par la remise en question régulièrement des financements par l'ARS de ces structures.
- géographique et organisationnelle : du fait de la forte attractivité des maisons médicales de garde. Les visites inévitables mobilisant un médecin de permanence parfois loin sur une longue période mettent à mal la réponse à la demande de soins des patients s'étant déplacés. Ces visites sont alors effectuées avec un long délai d'attente quand elles peuvent l'être, ou

transmises au SAMU lorsqu'elles le nécessitent ou qu'il y a impossibilité pour le médecin effecteur de se détacher de la maison médicale de garde dans un délai raisonnable.

Dispositif saisonnier :

Afin de tenir compte de l'afflux des populations touristiques :

- mise en place d'une astreinte supplémentaire à la MMG de Narbonne : assurant notamment les visites inévitables des dimanches et jours fériés 8H-24H et des samedi 12h-24h.
- mise en place d'une ligne supplémentaire à Port la Nouvelle le samedi de 12 h à 24 h et les dimanches et jours fériés de 8 h à 24 h.
- les médecins du territoire de Leucate assurent la permanence des soins durant la période estivale.
-

Ecarts du département

- Un tour de garde est organisé en lien avec le département de l'Ariège (zones de Mirepoix (09) et de Chalabre (11) et de Belvèze du Razès (11)).
- La zone de Quérigut (09) incluant les communes d'Artigues, Carcanières, Le Pla, Le Puch, Mijanès, Quérigut et Rouze est couverte par un tour de garde organisé dans le département de l'Aude.
- La zone de Chalabre (11) incluant les communes de Chalabre, Puivert, Rivel, Sainte Colombe sur l'Hers et Sonnac sur l'Hers est couverte par un tour de garde organisé par le département de l'Ariège
- La zone de Belvèze du Razès (11) incluant les communes de Caudeval, Corbières, Guètes et Labastide, Peyrefitte du Razès, Trézières est couverte par un tour de garde organisé par le département de l'Ariège
- Un tour de garde est organisé en lien avec le département de l'Hérault : Les communes de Homps, Pepieux et Tourouzelle sont rattachées au territoire d'Olonzac – département de l'Hérault

2.2.3. Le territoire rencontre plusieurs difficultés:

-la désertification médicale de certains secteurs pouvant rendre difficile le remplissage des tableaux de garde.

-Le financement à enveloppe fermée et la tutelle de l'ARS impose de justifier les lignes d'astreintes et une révision de certains secteurs pour le COPIL 2018 relatif à la permanence de soins.

- L'arrêt de la garde sur le secteur de Limoux au 1^{er} janvier 2014, les urgences étant assurées par les urgences de Carcassonne, difficultés rencontrées majoritairement par la régulation sur les visites dites administratives et les visites en EHPAD.

2.2. Le médecin effecteur mobile MMOB : (11)

2.3.1 Son rôle

Les médecins effecteurs sont divisés en plusieurs catégories :

- L'effecteur posté exclusif réalisant des actes sur un lieu fixe de consultation
- L'effecteur mixte
- L'effecteur mobile ou MMOB
-

Le MMOB réalise des visites inévitables sur un territoire donné aux horaires de PDSA, uniquement sur appel du médecin régulateur. Il agit en complément d'un effecteur posté exclusif. Il n'intervient pas sur les pathologies relevant du SAMU. Il décide après évaluation des soins et de l'orientation du patient.

Initialement mis en place sur le territoire en 2011 en Loire-Atlantique pour répondre aux demandes de soins sur les heures de nuit profonde, le modèle a ensuite été tenté dans plusieurs départements. De nombreux secteurs ont le projet de mettre en place le MMOB comme l'Ariège ou le Gard.

2.3.2. Exemple du bassin de Muret

Pour ce travail, je me suis intéressé à l'exemple du bassin de Muret et de l'excellent travail de thèse du Dr Berthonneau.

Le bassin de Muret a mis en place le MMOB en janvier 2014 suite à une fusion des secteurs et une démographie médicale rendant complexe l'effectif mixte. Un médecin mobile intervient sur ce bassin aux horaires de PDSa les samedis, dimanches et jours fériés de 8 h à minuit, conjointement avec des effecteurs fixes postés sur deux MMG. Le secteur compte environ 184000 habitants pour une superficie de 1384 km². Le secteur est majoritairement rural à semi rural. La PDSA en semaine est assurée par des effecteurs mixtes. La nuit profonde n'est plus assurée.

a) Protocole de visite inévitable selon le modèle du bassin de Muret

Les visites inévitables : Le médecin mobile effectue uniquement des visites régulières, sur la base d'un protocole de visites inévitables. La décision de visite est prise après contact entre le médecin régulateur et le médecin mobile. « Au-delà du protocole, le bon sens et la confraternité doivent être de règle entre médecin régulateur, et effecteur mobile ou fixe. »

-visite en EHPAD et HAD :

Il s'agit de problèmes de santé aiguë ne relevant pas d'un conseil médical simple et/ou d'une hospitalisation d'emblée et/ou d'une prise en charge aux heures ouvrables :

- Température >39°C
- douleurs abdominales (éliminer un abdomen chirurgical)
- Plaie par chute ne nécessitant pas une hospitalisation
- dyspnée inhabituelle
- douleur inhabituelle ou résistant au traitement déjà entrepris
- trouble du comportement ou signe d'appel neurologique

-visites à domicile :

Situation médicale de PDSA pour un patient qui ne peut se déplacer et dont l'hospitalisation ne semble pas indispensable :

- Algie, fin de vie
- douleur thoracique atypique (ECG avec transmission GSM)
- dyspnée (asthme laryngite sous glottique) Hors AMU
- situation allergique hors AMU

Dans les cas où il y a impossibilité pour le patient de se déplacer, en l'absence de mise en œuvre par le patient de moyens matériels pour l'amener sur un lieu de point fixe :

- Personne fragilisée, âge, handicap et isolée
- composition de la famille si elle influe sur la capacité de se déplacer au cabinet (famille monoparentale avec enfants en bas âge)
- problème médico-social en zone géographique d'accès aux soins difficile sans solution.

-visites administratives :

- certificats médicaux pour hospitalisation en soins psychiatriques dans le cadre d'un SSDT ou SSPI avec renforts (police...)
- certificats de décès légalement et éthiquement justifiés
- les gardes à vue peuvent être déplacées vers un point fixe de garde.

b) Logistique : Le MMOB est hébergé à titre gracieux sur la clinique de l'Occitanie, point central du secteur.

- Du matériel est mis à sa disposition : trousse d'urgence électrocardiographe, défibrillateur semi-automatique et saturomètre
- « Un matériel de communication et de navigation informatique embarqué comportant un téléphone portable une tablette informatique avec logiciel médical, un navigateur GPS et un boîtier de géolocalisation. »
- Chaque MMOB utilise son véhicule personnel pour effectuer les visites.

c) Financement : Les forfaits du MMOB sont de 350 euros le samedi et 450 euros le dimanche et jours fériés sur le secteur de Muret.

d) Statistiques :

- 477 visites ont été effectuées par le MMOB de janvier à juin 2014. Soit une moyenne de 9 visites par jour (entre 3 et 16 visites)
- Le MMOB effectuait en moyenne 324 km par garde, pour une médiane de 305km
- Le délai d'arrivée sur place après appel était de 1h30 environ, la plupart étaient effectués dans les 2 heures.
- Dans 84 % des cas, les visites étaient à caractère médical (en premier lieu pour douleur thoracique, dyspnée ou trouble neuropsychologique), 10 % des cas correspondait à des visites administratives (en premier lieu la rédaction d'un certificat de décès)
- Les visites avaient lieu dans 84% des cas au domicile des patients et dans 14 % des cas en EHPAD.
- Dans 86% des cas, le protocole de visite inévitable était respecté, pour les autres cas soit le patient aurait pu se déplacer ou ne justifiait pas d'un MMOB (soit justifiant d'un AMU soit ne nécessitant pas le déplacement d'un MMOB).
- Le coût d'une visite était d'environ 80 euros.
-

e) Impact :

- Il a été évalué que « L'intervention du MMOB sur le bassin de Muret durant le premier semestre 2014 a évité à 70% des patients (soit 312 patients) d'être conduit en ambulance aux urgences. » L'intérêt est donc important à la fois pour les patients et pour la société.

-Les jeunes médecins non installés et participant au MMOB ont répondu « qu'un territoire ayant un système de PDSa organisé avec un MMOB et des MMG était attrayant ».

f) Limites :

- l'étude retrace peu le ressenti après gardes des médecins participant au MMOB ni de l'impact sur leur vie privée et sur leur activité en semaine. D'autre part, après 2 ans de recul, le volontariat pour la participation au MMOB diminue.

2.3. Problématique et objectif :

Notre problématique est de savoir comment améliorer l'organisation de la PDSa de l'Aude, celle-ci ayant des points forts mais aussi des limites :

-Une difficulté pour les effecteurs mixtes postés sur les maisons médicales d'assurer les visites inévitables sur les périodes d'affluence. Cela crée notamment pour les personnes âgées dépendantes, des demandes de transport et d'évaluation souvent inappropriées par les services d'urgences, sur des pathologies relevant de la PDSa.

-Des difficultés de remplissage des tableaux de garde sur tous ces secteurs, ainsi que des secteurs ayant arrêté les gardes, provoquant ainsi des failles sur la PDSa.

- Se pose aussi le problème de la pérennité du système sur les secteurs les plus ruraux, dont l'équilibre est fragile car souvent assuré par un faible nombre de médecins. Ces secteurs risquent de voir leur continuité mis à mal par la faible démographie médicale. D'autant plus qu'un des critères motivant l'installation reste le nombre et la pénibilité des gardes.

-Enfin le financement de la permanence de soins étant fixé sur un plan régional puis départemental, et dans le contexte économique actuel, le coût de la PDSa doit être pris en considération.

Notre hypothèse est que la mise en place des médecins mobiles sur le département peut apporter une réponse aux difficultés réelles et ressenties sur ce département.

L'objectif de ce travail est d'étudier les critères de faisabilité de la mise en place de médecins mobiles sur la permanence de soins de l'Aude.

En premier lieu, l'objectif est d'étudier un modèle théorique de PDSa intégrant les données géographiques, la densité de population, la superficie, et la demande de soins, ainsi que son coût probable.

Deuxièmement, il est d'aller à la rencontre des acteurs de terrain, les seuls étant à même de se rendre compte de ce qu'impliquerait ce système sur leur territoire, afin d'en ressortir les éléments à mettre en place et les limites d'un tel système.

3. Matériel et méthode :

3.1. Etude de faisabilité technique et économique

Un modèle de PDSa intégrant le MMOB sur le département a été réalisé : cette proposition sera mise en parallèle avec l'activité des MMOB du bassin de Muret afin de contrôler que les ordres de grandeur (nombre de visites à effectuer, population, superficie) soient respectés.

- En se basant **sur les chiffres de demande de visites sur les horaires de PDSa sur chacun des secteurs fournis à la fois par la régulation libérale de l'Aude et par le service statistique de la CPAM du Languedoc Roussillon sur les années 2016 et début 2017.**

-En étudiant les secteurs afin de proposer un redécoupage et des fusions de secteurs basés sur plusieurs critères que sont : les axes de circulation, les aires urbaines, le nombre d'habitants et la superficie, ainsi que des centres hospitaliers.

-En étudiant le coût de fonctionnement de ce nouveau système comparé au coût de fonctionnement actuel de la PDSa de l'Aude. Ce coût étant évalué en tenant compte du coût des effecteurs mobiles à mettre en place notamment en se basant sur les forfaits d'astreinte des MMOB sur le secteur de Muret.

Ce nouveau modèle s'inspire des travaux également effectués par les responsables de secteurs de PDSa du département. Il a été présenté aux médecins lors des entretiens pour davantage de compréhension du projet.

3.2. Etude qualitative

L'objectif de ce travail est d'explorer l'expérience des médecins généralistes effecteurs de la PDSa de l'Aude. De recueillir leur avis sur le rôle du MMOB et lister les déterminants de leur adhésion à la fonction de MMOB.

Pour ce faire, j'ai recueilli les témoignages des médecins de terrain, à la fois leur vécu des gardes et leurs opinions et souhaits sur leur permanence de soins.

Je leur ai demandé leur avis sur le rôle du médecin mobile, comment eux se verraient dans ce rôle et la façon dont nous pourrions adapter ce rôle.

Le médecin mobile doit rester une valeur ajoutée et non une contrainte supplémentaire. La modification de la permanence de soins ne doit pas nuire à la continuité des soins.

3.2.1. Entretiens individuels :

Les entretiens ont pour objectif de recueillir les opinions et ressentis des médecins sur leur mode de garde et l'intégration du médecin mobile sur le département et leur secteur.

Des questions ouvertes sont d'abord posées sur leurs gardes, le retentissement sur leur vie personnelle et professionnelle, leur vécu, leur vision de la permanence des soins.

Le rôle du médecin mobile est alors présenté, avec le protocole de visite inévitable et également la proposition d'un Modèle de PDSA intégrant le MMOB sur le département audois.

Une question ouverte est alors posée sur leur opinion sur ce rôle et les améliorations, modifications et limites qui seraient à lui apposer.

La dernière question portait sur leur volonté d'être médecin mobile.

Les médecins étaient relancés si nécessaire, avec des questions ouvertes le plus souvent

Un court recueil informatif avec le mode d'exercice(en groupe ou seul, rural ou urbain), le sexe, l'âge, le mode de participation à la permanence de soin est réalisé.

3.2.2. Recrutement

Le recrutement n'a pas vocation à être représentatif, néanmoins la diversité la plus grande a été recherchée. Les entretiens sont effectués avec l'objectif d'avoir un médecin exerçant en rural et un médecin exerçant en ville sur chacun des 5 grands secteurs. Une liste de médecins potentiellement disponibles répartis sur le département a été fournie par le Conseil de l'Ordre. Les médecins contactés comprenaient qu'il s'agissait d'un travail de thèse, ils étaient informés que l'entretien allait durer environ 20 minutes et du titre de la recherche, à savoir « la faisabilité du

médecin mobile sur le département de l'Aude aux horaires de permanence de soins »

3.2.3. Arrêt de l'étude :

L'étude s'achève lors de l'obtention de la saturation des données, définie par l'absence de nouveaux éléments pertinents ressortant des verbatim au cours de l'analyse.

3.2.4. Déroulement des entretiens

Les rendez-vous ont été fixés par téléphone, le plus souvent à leur cabinet, parfois à leur domicile. Les entretiens ont toujours eu lieu en tête-à-tête et ont été enregistrés. Les médecins interrogés ont tous eu l'information sur l'anonymisation de l'entretien ainsi que l'utilisation de sa retranscription pour un travail de thèse.

Au cours des entretiens, j'ai pu m'apercevoir de ma difficulté à libérer la parole de mes confrères. J'ai donc du revoir mon guide d'entretien. Cela fait, les entretiens s'en sont trouvés enrichis.

3.2.5. Verbatim :

J'ai retranscrit ensuite de façon littérale les entretiens enregistrés, que j'ai ensuite relu plusieurs fois. J'ai sélectionné les passages qui faisaient ressortir une opinion ou une idée.

Les entretiens étaient retranscrits sur un logiciel de traitement de texte : Word®.

3.2.6. Analyse thématique (12)

Les données recueillies ont d'abord été lues plusieurs fois et analysées. La retranscription des premiers entretiens a permis une réorientation du questionnaire type et de visualiser les questions de relance pertinentes sur les entretiens suivants.

Puis les éléments pertinents ressortant des verbatim ont été hiérarchisés en différents thèmes et sous thèmes. Les résultats suivants sont issus de cette analyse thématique. Ils feront ensuite l'objet de la discussion et de la conclusion.

4. RESULTATS

4.1. Proposition d'un modèle de PDSa intégrant le MMOB sur le département audois(13)_(10)

Les chiffres de la régulation :

(Statistiques fournis par la régulation ADOPS11 sur la PDSa en 2016)

Secteur	Nombre de patients transmis au medecin de garde	Patients adressés aux urgences	Patients renvoyés vers la maison médicale	Transports non médicalisés	Total
AXAT	19	6	1	1	27
BELCAIRE	14	1	3	0	18
BELPECH	78	13	1	4	96
BELVEZE	72	15	7	8	102
CARCASSONNE	168	344	921	118	1551
CASTELNAUDARY	208	161	108	32	509
COUIZA /QUILLAN	234	79	21	30	364
DURBAN	42	3	2	3	50
LEZIGNAN	102	133	653	70	958
LIMOUX	31	96	139	34	300
MONTOLIEU	105	42	39	13	199
NARBONNE	278	434	1067	211	1990
St HILAIRE	115	36	18	8	177
St LAURENT	75	15	9	9	108
SERVIES EN VAL	27	9	2	5	43
TUCHAN	23	2	6	2	33
TOTAL	1591	1389	2997	548	6525

Ces chiffres, transmis par la régulation pour l'année 2016 ne tient pas compte des spécificités d'horaires des différents secteurs ni des accès direct aux maisons médicales de garde.

Sur le secteur de Limoux ce chiffre est à mettre entre parenthèse car les visites ont été effectuées par les médecins d'astreinte sur les secteurs avoisinant ayant accepté de se déplacer sur le secteur voisin. Il n'est donc pas représentatif de l'activité du secteur.

(Statistiques fournis par le service de statistique de la CPAM sur les années 2016 et 2017 sur le département)

visites	Nov. 2015 à Nov. 2016	Nov. 2016 à nov. 2017
VRD	795	658
VRM	86	75
VRN	340	275
total	1221	1008(-17%)

VRD : visites le dimanche et fériés VRM : visites en milieu de nuit (0h-6h)

VRN : visites de nuit 20h-0h et 6h-8h

A noter d'une part le faible nombre de visites aux horaires de PDSa sur le territoire, en diminution (-17% en un an), s'expliquant par une meilleure régulation et une moindre disponibilité des effecteurs mixtes.

A noter également le faible nombre d'actes en nuit profonde (86 sur l'ensemble des territoires en nuit profonde de l'Aude).

Il existe une différence entre le chiffre de la régulation et celui de la CPAM, les hypothèses sont :

- Que les chiffres de la CPAM sont donnés de novembre à novembre et non sur l'année.
- Les actes régulés ne sont pas forcément côtés (certificats de décès notamment)
- Les patients transmis aux médecins de garde ne sont pas forcément vus en visite.
- Les erreurs de cotations.

a) une nouvelle sectorisation: (annexes 3 et 4)

Le médecin mobile ne se conçoit qu'en collaboration avec des effecteurs fixes. Le département de l'Aude a fait le choix de la mise en place de maisons médicales,

lieux fixes de consultation proche de secteurs d'urgence, centrales et accessibles, déjà présents sur le territoire.

Secteur 1 : centré sur la maison médicale de Carcassonne: fusion des secteurs 5 et 12 sur une superficie de 796 km² et 89512 habitants au dernier recensement : 75 MG disponibles en décembre 2017.

Avec un effecteur fixe en soirée en semaine et 2 effecteurs fixes les week-ends et fériés.

105 visites régulières de 8 heures à minuit sur secteur Montolieu et 168 sur le secteur de Castelnaudary sur les mêmes horaires en 2016 soit 273 visites sur l'ensemble des deux secteurs sur l'année hors nuit profonde.

Secteur 2 : centré sur la maison médicale de Castelnaudary : fusion des secteurs 3 et 6 sur une superficie de 789 km² et 33557 habitants au dernier recensement : 23 MG disponibles en décembre 2017.

Avec un effecteur fixe en soirée en semaine et un effecteur fixe le week-end et fériés (actuellement la maison médicale de garde ne fonctionne que le weekend et jours fériés, la permanence de soins en semaine est assurée par le service d'urgence)

78 visites régulières de 8 heures à minuit sur le secteur Belpech et 208 sur le secteur de Castelnaudary sur les mêmes horaires en 2016 soit 286 visites sur l'ensemble des deux secteurs sur l'année hors nuit profonde

Secteur3 : centré sur la maison médicale de Lézignan : fusion des secteurs 9 ,15 et 16. Sur une superficie de 1307 km² et 51043 habitants au dernier recensement : 42 MG disponibles en décembre 2017

Avec un effecteur fixe en soirée en semaine et un effecteur fixe le week-end et fériés comme déjà le cas actuellement.

102 visites régulières de 8 heures à minuit sur secteur Lézignan ,75 sur le secteur de saint Laurent de la Cabrerisse et 27 sur le secteur de Servies en Val sur les mêmes horaires en 2016 soit 204 visites sur l'ensemble des deux secteurs sur l'année hors nuit profonde

Secteur 4 : centré sur la maison médicale de Narbonne fusion des secteurs 8, 13 et 17 sur une superficie de 1283 km² et 126198 habitants au dernier recensement. 120 MG disponibles en décembre 2017

Une maison médicale de garde ayant accueilli en 2016 :13970 patients

Avec un effecteur fixe en soirée en semaine et deux effecteurs fixes le week-end et fériés comme déjà le cas actuellement.

278 visites régulées de 8 heures à minuit sur le secteur Narbonne, 23 visites sur le secteur de Tuchan, et 42 visites sur le secteur de Durban sur les mêmes horaires en 2016 soit 343 visites sur l'ensemble des deux secteurs sur l'année 2016 hors nuit profonde

Secteur 5 : centré sur la création d'une maison médicale à Limoux : ville centrale des secteurs 1, 2, 4, 7, 11, 14 sur une superficie de 1943km² et 49004 habitants au dernier recensement. 37 MG disponibles en décembre 2017

Avec un effecteur fixe en soirée en semaine et deux effecteurs fixes le week-end et fériés comme déjà le cas actuellement.

169 visites régulées de 8 heures à minuit sur les secteurs d'Axat, 14 sur le secteur de Belcaire, 72 sur le secteur de Belvèze, 234 sur le secteur Couiza/Espéraza/Quillan, 31 sur le secteur de Limoux, 115 sur le secteur de St hilaire soit 635 visites et consultations régulées sur l'ensemble des secteurs sur l'année 2016 hors nuit profonde.

b) Concernant les nuits profondes :

La proposition de suppression des astreintes en nuit profonde devant le faible nombre d'appel sur cette période : 65 visites à domicile sur le créneau 00h-6 heures en 2013 (chiffre transmis par Mme Labadie, chargé des statistique CPAM Languedoc Roussillon).

c) La mise en place du médecin mobile :

Proposition de rémunération du médecin mobile sur une base de 150 euros en semaine de 20 h à minuit, 350 euros le samedi, 450 euros dimanche et fériés. Basé sur le financement du médecin mobile sur le bassin de Muret.

Conservation des lignes de médecins correspondant SAMU sur les secteurs : - n° 1 Axat et - n° 2 Belcaire ; - n° 3 Belpech – Salles sur l'Hers ; - n° 8 Durban - n° 17 Tuchan ; - n° 12 Montolieu

Mise en place de 4 médecins mobiles :

- deux médecins mobiles basés à Narbonne assurant les visites inévitables sur les secteurs 3 et 4 (547 visites régulées aux horaires de permanence des soins hors nuit profonde sur l'ensemble des 2 secteurs en 2016)

-un médecin mobile basé à Carcassonne assurant les visites inévitables sur les secteurs 1 et 2 (soit 559 visites régulées aux horaires de permanence des soins hors nuit profonde sur l'ensemble des 2 secteurs en 2016)

-un médecin mobile basé à Limoux assurant les visites inévitables sur le secteur 5 (soit 635 visites régulées aux horaires de permanence des soins hors nuit profonde en 2016)

d) Financement : (14)_(15)

-Coût des astreintes sur les 5 secteurs effecton fixe et mobile :

- Coût d'un médecin mobile : 800 euros par weekend + 250 la semaine+ 14 fériés soit approximativement 54000 euros par MMOB sur l'année
- Coût d'une ligne d'astreinte hors nuit profonde : 250 euros par weekend et 250 euros les nuits en semaines + fériés soit approximativement 26000 euros
- Coût d'une ligne d'astreinte en nuit profonde : 120 euros par nuit soit approximativement 36000 euros
- Financement des maisons médicales de garde : coût d'une maison médicale de garde environ 120000 euros par an(15). Reprise du financement de la MMG de Castelnaudary fonctionnant exclusivement le weekend : 20000 euros. Financement d'une 5eme MMG à Limoux pour l'effecton fixe sur le 5eme secteur : basé sur le coût moyen d'une maison médicale : 120000 euros annuel.
- Conservation des 4 lignes de Médecins correspondants SAMU 12000 euros par ligne de MCS hors nuit profonde.

secteurs	Dispositif MCS	Forfait nuit profonde	Maison médicale de garde	Forfait astreinte fixe	MMOB	total
Secteur 1	12000	36000	20000	18700		89000
Secteur 2	12000	36000	120000	52000	54000	274000
Secteur 3			120000	26000	54000	200000
Secteur 4	12000	36000	120000	67000	54000	289000
Secteur 5	12000	36000	120000	26000	54000	248000
Total 5 secteurs	48000	144000	520000	189700	216000	1100000

Tableau n° 2 : évaluation du coût hypothétique du dispositif

Soit un coût total du dispositif de 1.100.000 euros annuel sur le département.

Rappel du budget de l'effection de 2017 de l'Aude : 1297649 euros

Soit un financement possible à budget constant du schéma à 5 secteurs avec maison médicale de garde et MMOB tout en conservant les médecins correspondants SAMU où ils sont nécessaires.

e) Logistique du MMOB :

Le MMOB doit donc faire de grandes distances parfois dans des villages isolés. Un maintien des communications et une traçabilité sont donc importantes :

Du matériel devrait être mis à disposition :

- matériel médical embarqué dont la trousse d'urgence (matériel de perfusion, suture, soins de premier secours, principaux médicaments d'urgence *per os* et injectables).
- À cette trousse médicale s'ajoute un électrocardiographe avec transmission GSM, un défibrillateur semi-automatique et un saturomètre.
- Le matériel de communication et de navigation informatique embarqué : téléphone portable, une tablette informatique sur laquelle le médecin régulateur transmet le dossier médical du patient, un boîtier de navigation GPS et un boîtier de géo localisation (permettant de situer le MMOB lors de

ses déplacements et au MMOB de donner l'alerte en cas de mise en danger personnelle).

4. 2. ANALYSE THEMATIQUE :

4.2.1 Analyse de l'échantillon

Les entretiens ont été effectués du 11 janvier 2018 au 29 mars 2018. Douze médecins ont été interrogés.

Les entretiens se sont tous déroulés en face-à-face au cabinet ou à domicile du médecin interrogé.

Les entretiens ont duré entre 11 et 49 minutes en fonction de la disponibilité du médecin qui me recevait.

Les entretiens ont été numérotés de médecin n°1 à médecin n°12 pour faciliter l'analyse.

➤ Caractéristiques épidémiologiques :

Sur les 12 médecins interrogés :

6 médecins étaient des femmes : médecins n°1, 2, 3, 7, 9 et 10

6 médecins étaient des hommes : médecins n°4, 5, 6, 8, 11 et 12

Le plus jeune médecin interrogé avait 33 ans et le plus âgé avait 63 ans.

➤ Mode d'exercice :

Sur les 12 médecins interrogés :

4 exerçaient en milieu rural : médecins n°2, 6, 7, 8.

2 exerçaient en semi rural : médecins n°11 et 12.

6 exerçaient en ville : médecins n°1, 3, 4, 5, 9 et 10

10 médecins exerçaient en groupe : médecins n° 1, 2, 3, 4, 6, 7 et 9 à 12

2 médecins exerçaient seuls : médecins n°5 et 8.

Caractéristiques de l'échantillon :

	<u>âge</u>	<u>sexe</u>	<u>Mode d'exercice :</u> <u>-rural/ville ;</u> <u>seul/association</u>	<u>Nombre de gardes en semaine sur une année</u>	<u>Nombre de weekends sur une année</u>	<u>Gardes en nuit profonde</u>
<u>Médecin n°1</u>	47	femme	En ville association	3 en MMG	3 en MMG	non
<u>Médecin n°2</u>	45	femme	En secteur rural En association	5 en MMG	5 en MMG	non
<u>Médecin n°3</u>	54	femme	En ville En association	0	0	non
<u>Médecin n°4</u>	59	homme	En ville En association	6 en MMG	6 en MMG	non
<u>Médecin n°5</u>	41	homme	En secteur rural seul	0	16 effecteur rural	Non Arrêt à 20h
<u>Médecin n°6</u>	58	homme	En ville En association	0	0	non
<u>Médecin n°7</u>	58	femme	En secteur rural En association	52 effecteur rural	19 effecteur rural	oui
<u>Médecin n°8</u>	63	homme	En secteur rural seul	48 effecteur rural	18 Effecteur rural	oui
<u>Médecin n°9</u>	58	femme	En ville En association	0	8 en MMG	Non Arrêt à 20h
<u>Médecin N°10</u>	58	femme	En ville/ En association	12 en MMG	6 en MMG	non
<u>Médecin n°11</u>	58	homme	En semi rural En association	12 en MMG	5 en MMG	non
<u>Médecin n°12</u>	33	homme	En semi rural En association	4 en MMG	4 en MMG	non

➤ Mode de participation à la permanence de soins :

Sur les 12 médecins interrogés :

7 effectuaient des gardes en maison médicale : médecins n° 1, 2, 4 et 9, 10, 11 et 12.

3 effectuaient des gardes en tant qu'effecteur rural mixte : médecins n°5 ,7 ,8.

2 ne participaient pas à la permanence de soins en tant qu'effecteur : 3 et 6.

2 médecins effectuaient des gardes en nuit profonde : médecins n°7 et 8.

Pour 2 Médecins, la garde s'arrêtait à 20h : médecins n°5 et 9.

4 médecins étaient aussi médecins régulateurs libéraux : médecins n°4 et 6, 10 et 11.

- **Les nombres de gardes effectuées sur l'année**, pour les médecins qui faisaient des gardes, variaient énormément dans l'échantillon allant de 52 gardes de semaine et 19 gardes de week-end et fériés pour le plus important, à 3 gardes de semaines et 3 gardes de week-end pour le moins important.

8 médecins effectuaient des gardes en semaine (médecins n°1, 2, 4, 7, 8, 10, 11 et 12) :

7 médecins en effectuaient moins de 10 : médecins n°1, 2, 4, 10, 11 et 12

2 médecins en effectuaient plus de 40 : médecins n°7 et 8.

10 médecins effectuaient des gardes les weekends et fériés (médecins n°1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12) :

7 médecins en effectuaient moins de 10 : médecins n°1, 2, 4, 9, 10, 11 et 12

3 médecins en effectuaient plus de 10 : médecins n°5, 7 et 8.

4.2.2. Regroupement Thématique :

<u>Vécu des gardes</u>	<u>Impact sur l'effecteur</u>	<u>Impact positif</u>	-Gardes plaisantes (Médecins n°2,8 et 9) -Gardes calmes (Médecins 5, 7, 8,9 et 11) -Pas de fatigue (Médecins n° 2et 5) -Pas d'impact sur la vie privée (Médecin n°4 et 7)
		<u>Impact négatif</u>	-Fatigue (Médecins n°1, 3, 4 et 9 et 10) -Gardes surchargées, flow continu (Médecins n°1, 4 et 12) -ras le bol (Médecins 3 et 4) -Stress de l'urgence Médecin n°7) -frustration (Médecin n°1)
	<u>Intérêt de la garde</u>	<u>intérêt</u>	-cas intéressant, intérêt de l'urgence, de l'aiguë (Médecins n°1, 2 et 10) -aspect valorisant de la garde (Médecins n°2 et 10) -sentiment d'être utile (Médecins n°5, 7, 8 et 10) -enrichissant médicalement et humainement (Médecin n°8)
		<u>limites</u>	-consultations injustifiées (Médecins n°1, 2, 3, 4 et 10) -consumérisme médical (Médecins n° 1, 9 et 10) -peu d'intérêt (Médecin n°12) -visites injustifiées (Médecin n°3) -difficulté des visites (Médecins n°2, 3, 7, 9)

<u>Opinion sur le système actuel</u>	<u>Equilibre du système actuel</u>	<u>Système équilibré</u>	<ul style="list-style-type: none"> -système actuel fonctionnel et bien (Médecins n° 1, 2, 7, 8, 9, 10,11 et 12) -amélioration par rapport aux systèmes antérieurs (Médecins 2, 7, 11 et 12) -avantage des MMG (Médecins n°2, 3, 9, 10, 11 et 12) -arrêt des nuits profondes (Médecin n°4)
		<u>Problématiques actuelles et à venir</u>	<ul style="list-style-type: none"> -difficulté de se rendre disponible pour les visites (Médecins n°2, 3, 7, 9) -démographie médicale défaillante (Médecin n°3, 5, 7, 9 et 10) -engorgement des consultations sur la journée avec impact sur la fréquentation de la garde (Médecin n°3) -vieillesse de la profession (Médecins n°3, 7, 10) -peu d'implication des jeunes médecins, pas de relève, problème de volontariat, difficulté à remplir le tableau de garde (Médecins n°4 et 10) -féminisation de la profession (Médecin n°7)
	<u>Améliorations à apporter</u>	<ul style="list-style-type: none"> -amélioration du maillage médical, davantage de médecins (Médecin n°3, 7 et 10) -éducation des patients (Médecins N° 1 et 12) -davantage de régulation (Médecins n°1, 4, 5 et 12) -transport des malades vers un lieu fixe de consultation: solution civique, ambulances, taxis dédiés (Médecin n°4 ,5 ,6) -premier avis infirmier pour les EHPAD et certains actes (Médecins n°3, 7 et 11). -développement de la télémédecine (Médecin n°11) -fusion des secteurs de garde (Médecin n°5, 6 et 9) -formation à l'urgence (Médecin n°7) <p>-Aucune amélioration à apporter (Médecins n°8)</p>	

<u>Intérêts et déterminants du Médecin mobile</u>	<u>intérêt</u>	<u>positif</u>	<p>-système logique:(médecin n°5 et 12) -avantage surtout pour l'effecteur fixe (Médecins n°2, 3, 5, 8) -avantage surtout pour le régulateur (Médecins n°4, 6 et 10) - pour le secteur rural (Médecin n°3 et 7) -surtout pour les EHPAD (Médecins 4, 5 et 8)</p>
	<u>intérêt</u>	<u>négatif</u>	<p>- Pas encore nécessaire tant que le système actuel fonctionne (Médecins N° 10 et 11) -Peu de visites inévitables (Médecins n°2, 6, 7 et 11) -perte d'intérêt des visites trop loin (Médecins n°3 et 5) -perte d'intérêt si visite loin, perte de chance en cas d'urgence (Médecins N°1, 7, 8) -Pas d'intérêt en semaine ni en nuit profonde (Médecin n°11) -Pas intéressant dans tous les secteurs (Médecin n°11) -Désavantage pour la population en rural (Médecin n°7) -Perte des effecteurs ruraux pour le MMOB et la PDSa (Médecin n°8 et 10)</p>
	<u>Déterminants positifs</u>		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Matériel :</u> -Véhicule à disposition (Médecins n°1, 6 et 9) Pas d'intérêt véhicule à disposition (Médecin n°12). -Mise en place d'un chauffeur (Médecin n°9 et 11) -GPS et matériel embarqué, injectables (Médecins N°3, 6,9) =>non justifié pour le médecin n°12. • <u>Logistique</u> -formation de la régulation : plus souple, plus précise, prenant en compte le temps de trajet, le temps sur la route (Médecins n°2, 6) -protocole de visite précis (Médecin n°6) -Formation des MMOB (Médecin n°7) • <u>Concernant l'effecteur :</u> -Mise en place de repos compensateur (Médecins N°3 et 10) Ménager le MMOB, garde de MMOB sur ½ journée (Médecins n°6, 10 et 12) -volontariat MMOB (Médecins 6, 9, 10 et 11) ≠MMOB obligatoire (Médecin 12) • <u>financier</u> -forfaits du médecin mobile attractifs (Médecins n°1, 4, 6 et 11) rapport forfait/pénibilité (Médecin n°6) ≠ L'argent n'est pas une motivation (Médecins

<p><u>Intérêts et déterminants du Médecin mobile</u></p>		<p>n° 10 et 12) -professionnalisation des gardes (médecins n°3, 9, 10) • <u>étude du système</u> -Nécessité de réévaluation du système et de possibilité de modification (Médecins n°5 et 6) -Nécessité de démontrer son utilité avant toute mise en place (Médecin n°12).</p>
	<p><u>Déterminants négatifs</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Contraintes dues aux trajets :</u> -temps de trajet, temps médical perdu sur la route (Médecins N° 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11) -distances (Médecins n°1, 3, 7, 8, 10) -difficulté à trouver le lieu de la visite (Médecins n°2, 5 et 6) -impact des conditions météorologiques (Médecins n°5, 6, 7 et 10) -Impact de l'état de la voirie (Médecins n°5, 7 et 9) -danger de la route (Médecins n°3, 5 et 10). • <u>Limites liées aux effecteurs :</u> -Problème du volontariat, peu de volontaires pour les MMOB (Médecins n°3, 4, 6, 8, 12). -Médecins âgés, difficilement compatible avec le MMOB (Médecins n°3, 4, 6, 8, 9, 10). -Peu de motivation des jeunes médecins à la garde (Médecin n°4) -féminisation de la profession (Médecin n°7) • <u>Limites liées à la régulation :</u> -difficulté pour la régulation (Médecins n°6 et 12) -risque d'abus (Médecins n°6 et 12) -envoi du SAMU plutôt que du MMOB sur les visites inévitables (Médecin n°8) • <u>Limites liées au système :</u> -financement ARS incertain (Médecin N°4, 9, 10 et 11) -Peur de devoir toujours faire des économies de secteur (Médecins n°10) <p>-contraintes de la médecine moderne, nécessité d'examens complémentaires (Médecins N°6)</p>

<u>Volontariat au MMOB</u>	<u>Volontaires</u> (Médecins 5, 6, 10 et 12)	<ul style="list-style-type: none"> - visites non problématiques : Médecin n°5 - pas de MMOB en semaine ni après 20h : Médecin n°5 - si pas trop de visites : Médecin n°6 - si pas trop de gardes sur l'année : Médecin n°12 - si les gardes sont partagées sur la journée : Médecin N°10
	<u>Non volontaires</u> (Médecins 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11)	<p><u>Lié au médecin :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trop de fatigue : Médecins n°1, 3, 4. - a passé l'âge : Médecins n° 3, 11 - n'aime pas conduire : Médecins n°2 et 9 <p><u>Lié au MMOB :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - trop de trajet, distances trop grandes, perte d'intérêt : Médecins n°1, 7, 8. - dangers de la route : Médecin n°11 - pas assez bien rémunéré : Médecins n°1 et 4

4.2.3. Le Vécu des gardes

La première question a permis de faire ressortir deux thèmes principaux :

- a) L'impact physique et psychologique des gardes sur les médecins.
- b) L'intérêt du médecin de garde en PDSa

a) L'impact des gardes sur les médecins :

- L'impact des gardes est variable selon les médecins. Il apparaît que cinq médecins décrivent des gardes chargées, parfois difficiles:

Médecin n°1 : Ma dernière garde [...] je n'ai pas touché terre. [...] c'est un flow ininterrompu [de patients].

Médecin n°3 : Surtout la fatigue après garde. Si vous faites une garde le dimanche soir et que vous enchaînez le lundi matin, que vous n'avez pas de chance et vous faites 2 sorties dans la nuit au fin fond de l'Aude, vous êtes crevé et vous vous retrouvez à enchaîner sur le travail du matin. Ça passe quand on est jeune mais là non. Les gardes sont fatigantes. [...] je suis fatiguée, j'ai envie de dormir la nuit, j'estime que je travaille assez dans la journée. Et puis la médecine, ce n'est pas ma vie, enfin ce n'est pas ma vie...

Médecin n°4 : Je suis de plus en plus fatigué de faire des gardes. J'approche les 60 ans et j'en ai marre, vraiment marre.

Médecin n°7 : Ça ne me plaît pas forcément, les gardes, si je pouvais ne pas en faire... Mais je le fais parce que c'est mon devoir de médecin généraliste. Ce n'est pas pareil la garde, parce que vous arrivez sur des gens que vous ne connaissez pas en général. C'est un peu plus difficile, vous arrivez sur des gens en « urgence » entre parenthèses parce que c'est rarement de grosses urgences, mais que vous ne connaissez pas donc il faut tout reprendre [...] Le stress de l'urgence, pour moi. Parce qu'on ne sait pas sur quoi on va parfois, la peur de mal faire et de passer à côté de quelque chose.

Médecin n°9 : C'est contraignant, dans le sens où quand on passe la semaine à travailler... enfin ce n'est pas le volume qui est contraignant, c'est plus que quand on risque d'être appelé de 12 h à 20h, c'est contraignant, d'ailleurs certains ne le font pas. [...] Même si on n'est pas sollicité, on est toujours sur le qui-vive du téléphone, le 'si jamais je suis appelé'. [...] Ce n'est pas désagréable. Le fait de rencontrer des gens que tu ne connais pas déjà. La seule chose, c'est que ça en rajoute encore aux contraintes de notre travail de tous les jours.

Médecin n°10 : Après on se sent fatigué, surtout quand on approche 60 ans. [...] Fatiguée, usée. Après, quand j'y suis c'est bon je le fais, mais là c'est la période, la soixantaine, où l'on commence à en avoir assez. Où on est de tous les fronts donc c'est un peu pénible.

Médecin n°12 : depuis 2 ans on voit une augmentation du nombre de passage. Je ne sais pas comment c'est d'habitude mais moi, j'ai l'impression de voir de plus en plus de monde.

- Par contre plusieurs d'entre eux décrivent un aspect positif des gardes :

Médecin n°2 : j'aime bien les gardes. Le côté répondre à une demande ponctuelle et pas avoir de suivi derrière j'aime bien. Y'a un côté valorisant où tu dépannes les gens qui sont contents. Tu peux potentiellement avoir des urgences, des cas un peu J'aime bien.

Médecin n°5 : [...] Quand même un sentiment d'être utile. [...] Un petit peu de temps le lundi matin pour prévenir les confrères et un peu de temps pour des gens qui rappellent le lundi ou mardi parce que, ou leur médecin traitant n'est pas là, où ce sont des gens en déplacement ou pas de la région, des choses comme ça. Mais après, très faible (l'impact).

Médecin n°7 : Alors, nous n'avons pas trop d'appels depuis que c'est géré par le centre 15. Il faut compter cinq/six appels par garde, pas plus. Nous faisons des gardes le week-end, du vendredi soir, le samedi et le dimanche jour et nuit complète, et c'est géré par le 15. De temps en temps, ça arrive que quelqu'un vienne directement mais c'est très rare. Donc peu d'appels en garde.[...] la vie familiale est pas très impactée parce qu'on est mari et femme médecins donc c'est peut-être un peu biaisé. Nous, je trouve qu'on a une bonne organisation et c'est assez supportable et c'est surtout un service que l'on rend à notre clientèle, notre patientèle, d'être là.

Médecin n°8 : La garde ici, c'est assez calme. Maintenant, les appels sont triés par le centre 15, donc très souvent c'est assez calme. La dernière garde ici, on a à peu près 4 appels par weekend, par garde [...] C'est un régal d'être appelé et de faire des interventions.

Médecin n°10 : mais je suis valorisée, enfin contente, quand je porte un diagnostic qui méritait vraiment que ce patient soit vu ou que je sers à quelque chose.

Médecin n°11 : Ma dernière garde était en maison médicale de Lézignan, ça devait même être le premier janvier. Ca s'est passé tranquillement [...] Je ne suis pas particulièrement stressé par les gardes.

➤ L'impact des gardes varie en fonction du type de pratique de la garde:

La notion de fatigue de la garde revient fréquemment, d'autant plus que les médecins participent aux gardes en maison médicale. Les justifications sont personnelles : sur l'âge ou la charge de travail en journée venant se rajouter à celle du soir. Mais cette fatigue est souvent due à la charge de travail en garde.

La plupart des médecins de garde en rural ont un meilleur ressenti de leurs gardes, les gardes sont souvent vécues comme valorisantes.

La plupart des médecins ayant effectué des gardes de canton seuls auparavant ont en comparaison un meilleur vécu de leurs gardes.

b) L'intérêt du médecin pour les gardes

- Certains médecins interrogés déclarent que leurs gardes sont utiles et intéressantes :

Médecin n°2 : [...] Y 'a un côté valorisant où tu dépannes les gens qui sont contents.

Médecin n°5 : [...] Quand même un sentiment d'être utile.

Médecin n°8 : C'est utile vis-à-vis de la population, c'est utile par notre présence et par notre disponibilité. Je vois sur ma dernière intervention, c'est très rare que l'on soit appelé après minuit. J'ai été appelé à 25 km d'ici pour un petit en vacances qui fait une crise d'asthme à 3h30 du matin. Bon, le medecin arrive et les grands parents sont rassurés [...] le contact avec la population, pas forcément ma patientèle. C'est tellement riche. On s'enrichit médicalement mais aussi humainement.

Médecin n°10 : Un sentiment d'utilité, avoir la conscience tranquille [...] ce qui me fait plaisir, c'est de faire de l'aiguë, ce que je ne fais pratiquement plus dans mon activité [...] la poussée d'adrénaline à un moment c'est sympa, et on la ressent encore.

- Pour la plupart des médecins, les motifs de consultation en gardes sont souvent injustifiés, provoquant un sentiment de médecine de convenance plus qu'une médecine de besoin, et faisant perdre l'intérêt du médecin de garde.

Médecin n°1 : Mais les gens à 19 heures, ce n'était pas des malades du soir. Ils n'avaient pas pris rendez-vous dans la journée où ils étaient malades depuis 48 heures, ce n'était pas des vraies urgences. Sur les 20 que j'ai vus, il y avait peut être 3 vraies urgences. [...] On a l'impression que c'est un peu la médecine de supermarché. C'est ouvert, les gens viennent et se posent pas la question. Par rapport à avant, quand on était de garde, les gens appelaient quand ils étaient malades. Maintenant c'est : comme c'est ouvert, de toute façon on va y aller. Même si ils sont malades depuis 48 h ou si ça peut attendre le lendemain ils se disent 'tiens, j'ai le temps, j'y vais. Ça a un peu perdu la vraie urgence quoi.[...] Mais ce n'est pas régulé, ils viennent parce que c'est ouvert. C'est de la consommation. Ça nous arrive de conseiller aux patients qu'on ne peut pas voir la journée d'aller à la maison médicale le soir mais le problème c'est qu'ils sont habitués

Médecin n°2 : [...] Il n'y a pas eu de visites, c'était en période épidémique et aucune ne justifiait une consultation en garde ce jour là, les gens pouvaient venir.

Médecin n°4 : N'importe quoi c'est-à-dire que la majorité des gens que l'on voit en garde ce sont des gens qui ne devraient pas venir, c'est le nez qui coule, 38°C de fièvre. Les gens ne prennent pas en charge les petits bobos de la vie quotidienne. Ils ont toujours besoin d'un avis médical alors que ce n'est pas justifié.

Médecin n°5 : Parfois de l'agacement, parce que effectivement quand on reçoit des appels, on se demande ce qu'on va faire, ça agace toujours un peu. C'est du temps et de l'argent perdu.

Médecin n°8 : Malheureusement, la population du fait des médias, quand il y a un AVC ou un accident de la route, appellent le 15. Même à coté du cabinet, ils

appellent le 15 plutôt que de vous appeler. Les informations ne sont pas toujours bien précises pour la régulation. Plusieurs fois, le SAMU fait des déplacements inutiles.

Médecin n°10 : Je suis souvent frustrée parce que la plupart des consultations ne me semblent pas motivées [...] Quelqu'un qui vient faire ses courses à la maison médicale, ce n'est pas motivé. Et parfois c'est ça, une consultation pour renouvellement d'ordonnance

Médecin n°12 : La maison médicale de garde m'apporte pas plus intellectuellement parlant.[...]. Si j'avais des consultations programmées au cabinet, je ne vois jamais d'urgence pourquoi pas, mais là ça m'apporte pas plus.

- Mais il est à noter que les médecins n°2, 7, 9 et 12 tiennent un discours différent:

Médecin n°2 : Maintenant, honnêtement, c'est beaucoup mieux. C'est régulé, les visites sont relativement justifiées, tu sais où tu vas, on va plus sur n'importe quoi.

Médecin n°7 : Ca nous semble beaucoup plus supportable depuis qu'on s'est mis à plusieurs et que l'on est surtout régulé par le 15. Avant, le numéro de téléphone passait sur le journal et les gens nous appelaient directement. La régulation par le 15 est un grand confort quand même.

Médecin n°9 : Depuis qu'on est régulé, on a la moitié triée par la régulation.

Médecin n°12 : Faire des gardes en maison médicale de garde, ça m'apporte de la qualité de vie puisqu'au final, au lieu de faire comme mon associé faisait, une semaine de garde par mois, ça m'apporte de la qualité de vie.

- Il apparaît que la pathologie vue en garde et le nombre de patients vus changent le regard du médecin sur sa garde :

-En MMG, les consultations sont vécues comme injustifiées, ce qui crée une perte d'intérêt pour la garde. Les termes consumérisme et consultations injustifiées reviennent plusieurs fois.

-Les consultations parfois nombreuses en semaine amènent certains médecins en situation d'épuisement professionnel.

-Il semblerait que la pratique des gardes en médecine rural conserve son intérêt. Même si certains médecins reconnaissent des erreurs d'orientation, la plupart des médecins exerçant leurs gardes sur des secteurs ruraux valorisent davantage leurs gardes.

4.2.4. Opinion sur le système de garde actuel

Cette question a pu être classée en deux grands thèmes :

- a) L'équilibre du système actuel
- b) Les améliorations potentielles

a) L'équilibre du système actuel

- Les médecins ont pu s'exprimer sur leur vision des gardes actuellement. Il en est ressorti que la majorité des médecins avaient trouvé un équilibre avec le système actuel de garde, et en étaient satisfaits :

Médecin n°2 : Sur la maison médicale, le secrétariat c'est bien, et puis j'aime bien les gardes [...] Non, moi ça me convient les gardes actuellement. J'ai connu les gardes d'avant donc ce système là (maison médicale) c'est très bien [...] je suis arrivée juste deux ans avant la maison médicale, rien à voir. Donc là, y'a quand même une tellement grande amélioration que je vois par trop ce qui pourrait changer.

Médecin n°3 : La maison médicale de garde c'est pas mal. A mon avis, c'est une structure qu'il faut conserver car cela désengorge un peu les urgences.

Médecin n°5 : Sur notre secteur, elles ne se passent pas trop mal.

Médecin n°7 : Actuellement, ça impacte peu parce qu'on est assez nombreux pour faire des gardes.

Médecin n°8 : Je pense qu'ici à la campagne, à mon avis tout est parfait. Avec les collègues de la régulation qui nous aident bien.

Médecin n°9 : A mon sens, actuellement, ça nous va.

Médecin n°10 : On ne travaille pas seul en maison médicale donc il y a un sentiment de faire partie d'un groupe.

Médecin N°11 : Il n'y a pas de comparaison entre les visites à domicile et travailler dans un cabinet médical quand on fait des gardes. Les maisons médicales de gardes maintenant, c'est très bien.

Médecin n°12 : Après pour la maison médicale, je trouve qu'elle est plutôt bien gérée. Il y a un pool de remplaçants présents et réactifs.

- Néanmoins, la plupart décrivaient aussi les signes de la fin du système actuel :

Médecin N°3 : Je pense que tout est à repenser. Je pense qu'il y a des choses qui pourraient être déléguées aux infirmiers, de suivi de tension, des INR. Et puis il faudrait un peu plus de médecins. Donc vraiment tout le système de santé à refaire. Développer la télé-médecine, travailler avec des correspondants aussi, on ne trouve plus de dermato, plus de gynéco, tout est compliqué donc on renvoie sur les urgences.

Médecin n°4 : Je ne suis pas sûr que les jeunes..... eux ils ne sont pas trop à la maison médicale, on ne les voit pas. Comme dans les régulations au 15, ils sont beaucoup moins présents que les personnes de notre âge. Donc le système va se casser la gueule bientôt, enfin je pense.

Médecin n°7 : Je ne sais pas si dans un an ou deux, ce sera la même chose. Dans le secteur, on est quand même plus proche de la retraite que du début. Il y a quand même 3 médecins qui sont sortis des gardes. Donc là, je pense que ça va impacter parce que ça va revenir plus souvent. Donc là, peut-être qu'on réfléchira à un autre mode de garde.[...] Quand on sait aussi que c'est 60% de femmes qui arrivent sur le marché de la médecine, ça va changer la donne, c'est évident. Moi, quand j'ai commencé à remplacer quand j'étais jeune, les médecins que je remplaçais, c'était un homme seul avec sa femme secrétaire, tous. Le fait que ce soit des femmes qui arrivent va changer énormément la donne [...] je pense que ça passe d'abord par la revalorisation de la médecine, aujourd'hui peu de médecins s'installent en libéral. A mon sens, la base est là. On aura beau étendre les secteurs si les médecins ne s'installent pas, on n'y arrivera pas.

Médecin n°8 : Toujours pareil, c'est le problème de budget. Quand j'ai commencé, on ne parlait pas de finance.

Médecin n°9 : Pour moi, actuellement ça me convient, mais ça va me convenir jusqu'à ce qu'on ne soit plus assez nombreux. Tant que c'est vivable, parce que l'on est quand même un certain nombre, ça va, mais ça va peut-être devenir difficile.

Médecin n°10 : Au final, peut-être qu'il n'y aura que des MMOB, parce que les médecins généralistes qui restent ont à peu près mon âge et ne vont pas faire des gardes jusqu'à 70 ans. Donc peut-être que le MMOB s'imposera comme solution [...] on ne voit pas trop la relève arriver.[...] Les maisons médicales, ça coûte cher et on est en train de nous dire qu'on ne pourra pas les financer. Donc débrouillez vous pour supprimer des secteurs de garde pour récupérer les forfaits et on pourra financer les maisons médicales.

➤ Les médecins interrogés sont pessimistes pour la plupart sur l'avenir de la permanence de soins :

- La **démographie médicale défailante** est souvent pointée du doigt lors des entretiens. Le système de garde est maintenu par les médecins du territoire, s'il n'y a plus assez de médecins sur un secteur donné, il convient de revoir le système de garde.
- Deux médecins évoquent un **manque de volontariat** à la garde notamment des jeunes médecins et des médecins non installés.
- Un médecin constate une **féminisation** de la profession et craint que ceci n'affecte le mode d'exercice et donc le nombre de participants aux gardes.
- Deux médecins s'inquiètent des **restrictions budgétaires** imposant de revoir les secteurs de garde.

b) Les améliorations potentielles :

- Les médecins interrogés ont souvent proposé des solutions alternatives aux difficultés du système de garde actuel :
 - Trois médecins ont proposé des délégations de tâche par un **premier avis infirmier**, protocolisé pour des situations identifiées.
 - Deux médecins ont insisté sur **l'éducation des patients** à un bon usage de la permanence de soins.
 - Trois médecins ont proposé la mise en place de **transports médicalisés** pour amener les patients ne pouvant se déplacer aux lieux fixes de consultation. Un médecin a également proposé une solution civique d'un correspondant médical pouvant amener les patients sans mode de transport jusqu'au lieu de consultation.
 - Pour trois médecins, il est nécessaire de **revoir les secteurs**, souvent de les agrandir.
 - Quatre médecins pensent qu'il faudrait **davantage de régulation**.
 - Pour trois médecins, la priorité pour la sauvegarde d'une permanence de soins de qualité est de conserver **un maillage sur le territoire** permettant d'avoir un nombre suffisant de médecins sur les secteurs de garde.
 - Un médecin s'est exprimé sur le développement de la **télé médecine** comme solution à certaines demandes.

4.2.5. Intérêt et déterminants de mise en place du médecin mobile

Dans cette partie, nous aborderons la thématique principale que sont les déterminants de la mise en place du médecin mobile sur la permanence de soins du département.

4 médecins avaient déjà entendu parler de ce dispositif et 2 d'entre eux connaissaient le fonctionnement du MMOB.

Nous aborderons cette partie selon les thèmes suivants :

- a) Intérêt de sa mise en place vu par les acteurs de terrains
- b) Les déterminants négatifs au rôle de médecin mobile
- c) Les déterminants positifs au rôle de médecin mobile

a) Intérêt de sa mise en place vu par les acteurs de terrains

- La plupart des médecins reconnaissent une utilité potentielle du médecin mobile :

Médecin n°2 : Je pense que c'est bien mais je ne suis pas sûre qu'il ait beaucoup de visites, à moins que la régulation soit un peu plus ouverte, ils auront peut-être la visite plus facile, comme là ils sont assez sévères pour les visites, peut-être le seront-ils moins s'il y a un médecin dédié à ça. Il y a beaucoup de maison de retraite ou de structures qui en auraient besoin peut-être.

Médecin n°3 : Un médecin que pour des visites, c'est surtout très bien pour les médecins qui sont à la maison médicale de garde. Après il faudrait voir combien ils font de visites. A mon avis, ça doit pouvoir intéresser les médecins dans des endroits reculés. Eux, ils sont peut-être partants, ils doivent être fatigués, ils ne sont pas jeunes.

Médecin n°4 : En théorie c'est bien, que quelqu'un puisse aller faire une visite loin. Je serais à la régulation, j'ai un problème un peu loin et j'ai à ma disposition un médecin mobile qui puisse faire la visite, ça me va très bien.

Médecin n°5 : Avec mes confrères, on s'est dit que ce ne serait pas logique d'avoir une maison médicale qui fonctionne jusqu'à minuit. Il vaudrait mieux qu'il n'y ait pas de médecin après 20 h, mais qu'il y en ait deux à la maison médicale de garde le samedi et le dimanche. Un qui fait les consultations et un qui fait les visites [...] C'est sûr que nous sommes dans un secteur où l'on peut difficilement envisager d'avoir que des effecteurs fixes. Ou alors il faudrait que tous les malades soient transportés. Mais après on a des maisons de retraite, donc si on part sur un secteur comme il a été découpé, on peut difficilement imaginer n'avoir que des effecteurs fixes.

Médecin n°6 : Je pense que l'idée du médecin mobile est pas mal. Parce qu'elle correspond à notre géographie, à nos habitudes.

Médecin n°9 : Le médecin mobile me paraît indispensable, du fait surtout que si on agrandit les secteurs, l'important c'est qu'il n'y ait pas de visites [...] Je trouve que c'est bien. C'est ce qu'il faut faire.

Médecin n°10 : Donc des fois le MMOB nous servirait, je parle en tant que régulateur [...] Je pense que philosophiquement c'est bien.

Médecin n°12 : Je pense que oui ça peut être intéressant. A partir du moment où la partie régulation est bien gérée et que le déplacement est justifié.

- Néanmoins, quatre médecins ne trouvent pas ce système avantageux :

Médecin n°1 : Mon problème, c'est que j'ai peur que si on offre des choses, bon ce n'est pas vraiment offrir mais quand on met des visites en place, bon je comprends pour les EHPAD, mais le souci c'est qu'on déplace le problème [...] Je ne suis pas sûre qu'il y en ait forcément besoin. Actuellement on y arrive, on arrive à faire nos gardes [...] Je n'irais pas faire 1h30 de route pour aller à l'autre bout du département.

Médecin n°7 : [...] Une perte de chance pour les gens [...] Nous, on se déplace encore, alors le jour où c'est un médecin qui vient de la ville... Ca ne va pas dans le

bon sens pour les gens à mon sens [...] Je pense qu'avec ce système, il y aura plus d'hospitalisation que moins.

Médecin n°8 : Je suis un peu sceptique. C'est un bon projet mais ma peur, c'est si jamais il y a 2 à 3 appels en même temps, que ce ne soit pas bénéfique pour les malades.[...] On ne peut pas se déplacer 100 km d'un côté et 100 km de l'autre. Vous allez faire 3 visites dans la garde maximum. Donc économiquement, ce n'est pas....Nous, on se regroupe en 4 ou 5 cabinets et efficacement c'est plus bénéfique. Je pense que le patient qui est à 50 km de la ville, si on leur dit qu'on leur envoie le médecin mobile, ils vont aller directement aux urgences, ils ne vont pas attendre.

Médecin n°10 : S'il faut rajouter les MMOB, on me dit on va le récupérer sur les médecins dont on va fermer les secteurs, ça il ne faut pas y compter. Ceux-là vont mettre la clef sous le paillason et on ne les reverra plus dans aucun système de garde, ils ne viendront pas non plus sur les maisons médicales

Médecin n°11: Moi, ça me paraît difficile, peu pertinent, notamment en nuit profonde. A étudier aux horaires de permanence de soins.

- La plupart des médecins considèrent que le rôle de médecin mobile est avantageux surtout pour les autres médecins de garde :
 - Avantage pour le médecin effecteur fixe
 - Avantage pour le médecin régulateur
 - Avantage sur le secteur élargi pour les médecins
- Quatre médecins ont déclaré que ce système était une solution adaptée aux problèmes de la PDSA.
- Trois médecins ont trouvé ce système intéressant surtout pour les patients en EHPAD.
- Trois médecins ont émis des réserves concernant le bénéfice apporté aux patients, ou ont désapprouvé ce système :
 - Deux médecins ont énoncé que le **temps sur la route** était trop important pour avoir un réel bénéfice du MMOB sur la PDSa.
 - Un médecin a jugé ce système **injuste pour la population rurale** qui s'en trouverait désavantagée.
 - Deux médecins pensent que ce système va **déséquilibrer** encore plus **le maillage médical** en rural.
- Un médecin a émis des doutes sur le financement à long terme du dispositif par l'ARS.
- Deux Médecins s'interrogent sur l'utilité du MMOB dans un avenir proche, mais ne l'estiment pas encore utile aujourd'hui.

b) Les déterminants négatifs au rôle de médecin mobile

Les médecins se sont exprimés sur le **vécu théorique** du médecin affecté à effecton mobile, et ont fait des remarques sur sa mise en place en général.

- La plupart évoquent les difficultés de la visite en garde et une fatigue supplémentaire à cette fonction:

Médecin n°1 : C'est déjà hyper fatigant, je me vois mal aller prendre la route pour aller à l'autre bout du département [...] sachant qu'on a notre semaine derrière on est hyper crevé. Donc pas envie d'aller prendre la route pour faire 100km aller, 100 km retour.

Médecin n°2 : Je n'aime pas les visites, je n'ai pas envie d'aller chez les gens, ne pas savoir où je vais.

Médecin n°3 : Aucune envie de me trimballer la nuit j'ai passé l'âge, faire 40 km pour une visite en pleine nuit avec les sangliers, non c'est fini. Pour les jeunes, je veux bien, mais pour les vieux c'est non.

Médecin n°4 : En plus, on ne va pas à 60 ans aller courir le soir, on y voit moins bien

Médecin n°5 : On peut être appelé loin et ça peut poser problème, notamment en période hivernal, c'est surtout ça [...]. Ca m'est arrivé ça, d'être appelé le même matin à deux bouts différents du secteur. Il doit y avoir 60 km et ce n'est pas des km qui vont vite. Je ne sais pas si j'ai été clair. C'est-à-dire que nous sur notre secteur, on était de moins en moins nombreux donc pour pouvoir préserver la permanence des soins, on avait demandé de fusionner les secteurs [...] Les routes ne sont pas en très bon état, elles sont sinueuses. Bon, on ne fait plus de nuit mais il m'est arrivé de monter dans des patelins sous la neige. Pour monter encore ça va, mais redescendre c'est plus compliqué.

Médecins n°6 : En hiver, si le soir il vous faut monter au dessus de Chalabre, ce n'est pas facile. Ce n'est pas pareil de partir la fleur au fusil en été, que là il y a un peu de verglas, un peu de stress, on y voit moins bien, il fait nuit, on a nos âges.

Médecin n°7 : Un médecin qui fait que des visites va perdre énormément de temps sur la route. Sans penser à l'hiver avec la neige. Donc un médecin qui ne fait que des visites ne pourra pas en faire beaucoup [...] En rural avec la distance, l'hiver avec la neige, les routes difficiles.

Médecin n°9 : Avant, c'est vrai qu'on se déplaçait plus, plus facilement qu'actuellement. C'est vrai que ça nous coûte parce que c'est loin, parce qu'on est seul sur la garde aussi et que s'il faut aller à l'autre bout du département, on peut avoir..... Ici ce n'est pas plat, on n'a pas d'autoroutes, enfin si mais pour aller à Toulouse, pas dans la campagne.

Médecin n°10 : C'est sûr que si vous êtes appelé sur une visite, c'est inconfortable. Il vous faut 1 heure ,1heure 30, chez des gens que vous ne connaissez pas.[...] La fatigue et le nombre de kilomètres[...]On peut faire des visites nuit et jour sous la pluie, la neige[...]quand vous prenez votre voiture pour faire 50 km de nuit sur des petites routes que vous ne connaissez pas, on ne va pas y aller de bon gré[...]mais il arrive un moment où c'est peut-être même dangereux.

Médecin N°11 : Le souci étant si vous avez un pépin à Axat et que vous devez aller à Belvèze après, ça fait de la distance mais surtout ça fait du temps.[...] c'est le problème de la qualité du travail à domicile. Pour en avoir fait beaucoup, je sais bien comment on fait. Quand on doit pousser les verres, se trouver un coin un peu propre

pour poser ses affaires, examiner un malade chez lui, essayer de l'examiner dans la salle à manger, au milieu de tout le monde. Je trouve que niveau qualité des soins, ce n'est pas la même chose de les voir dans un cabinet de consultation qui est fait pour ça que dans une maison où le patient est chez lui et fait un peu ce qu'il veut, c'est toujours des conditions précaires de luminosité, d'installation du patient, de déshabillage etc....

➤ Les médecins ont décrit des contraintes face aux visites :

- Le temps médical perdu à conduire.
- Les dangers de la route, dangers amplifiés par plusieurs phénomènes : météorologique, état de la voirie, conduite nocturne.
- Une fatigue : liée à l'âge, liée au fait de ne pas aimer prendre la route, liée aux distances, liée au fait que la garde s'ajoute à la fatigue accumulée de la semaine.
- Un risque supplémentaire pour les femmes seules en visite a été mentionné par un médecin.

- La plupart des médecins interrogés évoquent aussi des limites liées aux effecteurs :

Médecin n°3 : Pour les jeunes je veux bien, mais pour les vieux c'est non [...] Je ne suis pas sûr qu'autour de moi il y a beaucoup de gens motivés.

Médecin N°4 : Est-ce que les jeunes sont prêts à être médecin mobile ? Donc posez la question à la fac et vous verrez, mais les vieux ne vont pas le faire. Mais vu le peu de garde qu'ils font, je ne suis pas sûr que ça les intéresse.

Médecin n°6 : Moi personnellement, je ne suis pas contre mais si vous allez voir certains de mes confrères, ils sont clairement contre.

Médecin N°7 : Si ce sont en majorité des femmes, ce sera, à mon avis, beaucoup moins de mobilité et beaucoup plus de sécurité, avec un local sécurisé. Je pense que les femmes seront beaucoup moins mobiles que les hommes

Médecin n°10 : Des gens jeunes... En plus, ce sont des secteurs que l'on ne connaît pas. On peut faire des visites nuit et jour sous la pluie, la neige... Pas de soucis sur des secteurs que l'on connaît. La plupart des médecins dans l'Aude ont plus de 55 ans

Médecin n°12 : Mais est-ce que des volontaires il y en aura beaucoup ? Je n'en suis pas sûr.

➤ Les Médecins ont décrit des difficultés au volontariat :

- L'âge des médecins de terrain est souvent pointé du doigt comme étant une limite au rôle de MMOB, pour la plupart des médecins.
- Le peu de motivation à la garde par les jeunes médecins et la féminisation de la profession est un frein pour certains médecins interrogés.

- Trois médecins évoquent des difficultés de réguler ce système :

Médecin n°6 : en régulation il faut intégrer le fait qu'il faut une heure de trajet, éventuellement une heure au chevet du patient puis une heure pour revenir [...]J'en ai fait de la régulation. C'est vrai que quand on est un peu débordé, on se dit : bon plutôt que de donner un conseil qui va être mal compris, on envoie l'effecteur de terrain.

Médecin N°8 : quand la régulation va avoir l'appel, ils ne vont pas envoyer le médecin mobile, ils vont envoyer directement les secours.

Médecin N°12 : Parce que si ça se sait, les gens demandent au final que des domiciles et que ce médecin mobile qui est censé faire que des déplacements inévitables comme le certificat de décès.

- Certains médecins décrivent une difficulté à réguler ces visites inévitables aboutissant à une sur-utilisation ou une sous-utilisation du médecin mobile.

- Quatre médecins craignent la précarité du financement du système :

Médecin n°4 : Ca devient compliqué alors aucune confiance en l'ARS, en tout cas, pas pour créer une structure comme ça. Ils sont incapables de budgétiser, ils sont à budget constant.

Médecin n°9 : Les difficultés, ce n'est pas nous, c'est l'ARS

Médecin n°10 : Le financement, c'est l'ARS. Mais ce dont on a peur, c'est que l'économie des secteurs fermés ne suffit jamais

Médecin n°11 : Maintenant, ils refusent de financer les maisons médicales alors que ça coûte rien. Le budget de l'ARS de fonctionnement est 1000 fois plus cher, donc les patients sont soignés à 200 euros aux urgences pour une rhinopharyngite.

- On note un manque de confiance de certains médecins envers les institutions censées protéger et financer le système.

c) Les déterminants positifs au rôle de médecin mobile

- Les médecins se sont exprimés sur ce dont pourrait bénéficier le médecin affecté à la fonction de médecin mobile :

Médecin n°1 : Il faudrait des forfaits plus avantageux.

Médecin n°3 : Peut-être du salariat, parce que les galères du libéral pour faire ça, je ne sais pas si vous trouverez beaucoup de monde.[...] qu'il ait un repos compensateur. C'est ce que je vous disais, si on fait des gardes comme ça le weekend, et bien le lendemain il faut assurer, donc des compensations comme ça

peut- être éventuellement [...] La création d'un poste de médecin mobile, mettre en place un médecin salarié.

Médecin n°4 : c'est une question financière. Si on bloque un médecin pour 80 euros ou 100 euros le soir entre 20 heures et minuit, le mec ne va pas le faire.

Médecin n°5 : il faudra se donner un point d'étape au bout de 2 ou 3 mois et réévaluer, voir s'il y a des problèmes. Que ce ne soit pas de l'expérimental qui devient définitif.

Médecin n°6 : il faut qu'il soit hyper bien aidé. C'est-à-dire qu'on lui donne un GPS, qu'il puisse se localiser facilement [...] Il faut réserver ce médecin mobile sur des gens qui vraiment sont alités et qui ne peuvent pas se déplacer, où il n'y a pas de famille ni d'environnement. Mais ça, c'est un problème de régulation [...] Il faut que ce soit très bien rémunéré. Mais il faut aussi que ce soit bien organisé [...] C'est le retour de terrain qui donnera la pérennité du modèle [...] il y a un véhicule à disposition ? [...] Une trousse d'urgence avec des injectables.

Médecin n°7 : Il va falloir une régulation au top.

Médecin n°9 : Après, bien sûr, on va lui fournir une bagnole quand même, il n'y va pas avec sa voiture [...] Après, évidemment, matériel, un lecteur de carte, des trucs comme ça, parce que si en plus, ils s'embêtent avec les actes [...] S'il y avait un conducteur aussi. On peut toujours le demander.

Médecin n°10 : on va avoir des mercenaires de garde qu'on appellera des MMOB [...] Est-ce qu'il y en a qu'un qui fait 24 h ? Moi, peut-être que je me sentirais de faire MMOB sur quelques heures mais pas sur une journée complète

Médecin n°11 : un chauffeur, après tout, le médecin du SAMU ne conduit pas le camion du SAMU. Le médecin généraliste doit tout faire lui-même y compris réparer les roues. Je pense qu'il faut un véhicule de fonction

Médecin n°12 : Si c'est 2-3 ou 4 gardes par an, c'est un bon compromis entre l'offre de soins et la qualité de vie pour nous médecins. Si on repasse sur un système à l'ancienne, on sera perdant nous médecins.

➤ Les médecins se sont exprimés sur quatre axes principaux, essentiels à la mise en place du médecin mobile, dont la clé de voûte est la nécessité d'une organisation à toute épreuve :

○ Matériel :

- 2 médecins ont cité le besoin de matériel embarqué, tel un GPS ou des injectables.
- 2 médecins ont cité l'éventualité d'un prêt de véhicule
- 1 médecin a cité l'intérêt d'avoir un conducteur pour la garde.
=> à noter que pour le médecin n° 12 : le véhicule de fonction et le GPS sont des dépenses inutiles, et une contrainte supplémentaire pour le médecin de garde.

○ Logistique :

- Deux médecins ont décrit le besoin d'une régulation et d'un protocole de visite très cadré.
- Un médecin a décrit la nécessité d'avoir des informations précises sur les lieux et les conditions d'intervention.

- La mise en place d'un repos compensateur semble un facteur pour deux médecins.
- Financière :
 - 3 Médecins ont cité l'intérêt d'avoir des forfaits avantageux
 - 2 Médecins ont évoqué l'intérêt de MMOB salariés.
- Concernant l'effecteur :
 - 2 Médecins ont proposé la mise en place de repos compensateur
 - 3 Médecins insistent sur le fait de ménager le MMOB, un médecin propose même des gardes partagées sur des demi-journées.

➤ 2 Médecins ont également fait part de l'intérêt d'une réévaluation, d'un retour de terrain du dispositif de MMOB.

➤ 4 Médecins insistent sur la nécessité du volontariat pour le MMOB.

A noter que le Médecin n°12 pense que le MMOB, s'il est mis en place, ne doit pas relever du volontariat.

➤ 3 Médecins parlent de professionnalisation de la garde pour la mise en place du MMOB

➤ Un Médecin demande des preuves tangibles de l'utilité de sa mise en place avant sa mise en place.

4.2.6. Déterminants personnels de participation à la fonction de médecin mobile:

En dernier point, la question portait sur le volontariat. Les médecins s'exprimaient sur leur désir personnel de participation à la fonction de médecin mobile, et leurs raisons à titre individuel.

- 8 Médecins ne souhaitent pas participer à la fonction de médecins mobiles :

Médecin n°1 : Non, moi ça ne m'irait pas. Non c'est déjà hyper fatigant, je me vois mal aller prendre la route pour aller à l'autre bout du département [...] prendre la route, non, j'en ai fais assez.

Médecin n°2 : Parce que je n'aime pas les visites, je n'ai pas envie d'aller chez les gens, ne pas savoir où je vais.

Médecin n°3 : Alors moi je ne ferais pas, je change de métier, c'est hors de question [...] Si j'avais 30 ans que je démarrais j'aurais un autre discours, mais là j'ai donné.

Médecin n°4 : Parce que je travaille déjà beaucoup dans la journée, nous faisons des gardes à la régulation et à la maison médicale, j'ai assez donné. Je n'ai pas envie d'aller courir le département la nuit à 60 ans [...] c'est surtout la fatigue, et

financièrement j'en ai pas besoin [...]

Médecin n°7 : Ca ferait trop de déplacements. Ici, on va à domicile mais on fait venir les gens aussi. Donc faire que ça, en plus, en étant basé sur Carcassonne, non moi je le ferais pas. Faire une visite avec ¾ d'heure aller et ¾ d'heure retour, c'est très loin.

Médecin n°8 : Si le secteur était moins grand, aucun problème, surtout d'aller à domicile, le contact humain j'adore ça. Mais la distance est trop grande.

Médecin n°9 : Non, mais franchement ça ne me dit rien, ce n'est pas péjoratif, mais moi je ne me sens pas d'aller me balader en bagnole [...] j'ai quand même 58 ans et franchement, ce n'est pas le fait de faire des gardes mais...

Médecin N°11 : Moi, vous me proposez ça j'irai jamais. J'ai passé l'âge et l'idée de me tuer en voiture c'est bon

- 4 Médecins se déclareraient prêts à tenter l'expérience :

Médecin n°5 : Et bien, je suis un médecin qui se déplace déjà beaucoup en semaine donc ça ne me dérange pas .J'ai une patientèle âgée, je fais déjà beaucoup de domicile, j'ai beaucoup de visites. Ca ne m'a jamais posé plus de problème que ça.

Médecin n°6 : Moi je ne suis pas contre, je le ferais.

Médecin n°10 : Alors sous certaines conditions, peut-être. Si ce n'est pas une garde totale, si ce n'est pas 24 heures. Alors par solidarité, je suis toujours pleine de bonne volonté

Médecin n°12 : Si ça reste adapté pour des visites qu'on ne peut pas faire, moi ça ne me dérange pas. Ca fera peut-être 3 gardes de plus par an mais ça reste correct au niveau de la qualité de vie et de travail

- La plupart des médecins interrogés ne souhaitent pas tenter l'expérience :
 - 3 Médecins décrivent une fatigue trop importante, le fait que cette mission se surajoute aux missions dont ils ont déjà la charge.
 - 2 Médecins décrivent un réel déplaisir aux visites ou à la conduite automobile.
 - 4 Médecins se disent trop âgés pour la fonction de médecin mobile.
 - 2 Médecins décrivent une perte d'intérêt de leurs gardes sur de grands secteurs de garde.
- Certains seraient volontaires mais sous certaines conditions :
 - Aménagement des plages horaires des gardes
 - Peu de gardes dans l'année
 - Respect du protocole de visite inévitable.

5. Discussion

5.1. Forces et faiblesses de l'étude

A. Forces de l'étude :

La méthode choisie de regroupement de données, calquée sur le modèle du bassin de Muret, permet de se donner une idée du coût d'un tel dispositif et donne un aperçu de la charge de travail sur les secteurs élargis pour les éventuels MMOB. C'est la méthode qui me paraissait la plus adaptée pour la construction d'un modèle de permanence de soins intégrant les MMOB sur le département.

La qualité d'une étude scientifique dépend de sa validité interne et externe.

- **Validité interne :**

La validité interne consiste à savoir si les données recueillies représentent la réalité.

Concernant le premier axe d'étude, les données recueillies sont celles de la régulation libérale et de la CPAM, qui sont d'ordre similaire, et donne une bonne idée de la charge des visites aux horaires de permanence de soins a priori pour un éventuel MMOB.

Concernant l'étude qualitative : l'analyse de données en cours de travail tendait vers la saturation à partir du 9ème entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés, apportant quelques nouveaux éléments sur les questions 2 et 3, mais sans thèmes majeurs ressortant de l'analyse.

- **Validité externe :**

Concernant le premier axe d'étude, l'organisation du médecin mobile selon le modèle proposé et sa charge de travail correspond aux ordres de grandeur de secteur géographique et de population à charge selon ceux déjà en place dont il existe une littérature ((11), (16), (17)).

Concernant le deuxième axe d'étude, différentes thèses ont été trouvées dans la littérature(11) (18) (19), notamment une enquête de satisfaction des médecins généralistes face à leur permanence de soins en Haute-Vienne (18), ainsi qu'une

étude sur la place des médecins généralistes dans la permanence de soins en milieu rural en Languedoc Roussillon (19) . On note une cohérence des résultats obtenus avec ces études.

- Hétérogénéité de l'échantillon :

Les médecins inclus dans l'étude participent en grande majorité à la permanence de soins en tant qu'effecteur. Deux médecins interrogés sont en charge d'une maison médicale de garde. Quatre médecins interrogés sont également médecins régulateurs. L'âge est varié ainsi que le mode et le lieu d'exercice apportant différents regards sur la permanence de soins et le médecin mobile. Les deux sexes sont représentés à part égale.

- Originalité du sujet :

Aucune étude de faisabilité d'intégration du médecin mobile n'a été trouvée dans la bibliographie.

Des études concernant le médecin mobile ont été répertoriées (11) (16) (17)

Des travaux de thèses concernant l'avis du médecin de terrain sur sa permanence de soins ont été trouvés (19) (18).

B. Faiblesses de l'étude :

Concernant le modèle de mise en place de médecin mobile

- Biais d'expérience :

N'ayant pas l'expérience des études de faisabilité, j'ai réalisé la difficulté de recouper les secteurs sans forcément de connaissances poussées des contraintes de terrain. Une analyse des temps de trajet effectif ainsi que des contraintes géographiques pourrait modifier la répartition des secteurs. Mon objectif premier étant l'analyse du coût et de la charge de travail éventuelle des médecins mobiles positionnés sur le département.

- Biais de données :

Les données obtenues sont celles de la régulation libérale et de la CPAM sur le nombre de visites en permanence de soins. Je n'ai pas de données exactes sur le nombre de visites inévitables, leur localisation ni leur répartition sur la journée.

Concernant l'étude qualitative :

- Biais d'expérience de l'informateur :

Il existe un biais d'expérience de l'informateur lors de la réalisation des entretiens. Les premiers entretiens notamment ont souffert d'une difficulté à rester sur des questions ouvertes.

- Biais d'investigation :

Le type de relance a pu constituer un biais, influençant le médecin interviewé par la perception de mes opinions personnelles. A noter, une modification du questionnaire après le deuxième entretien.

- Biais d'analyse et d'interprétation :

Le regroupement par thèmes est difficile car en partie subjectif. Le sujet étant de recueillir les impressions des médecins interviewés sur le médecin mobile intégré à la permanence de soins.

- Biais de recrutement :

Seul des médecins de terrain ont été interrogés. J'aurais pu, pour ce travail, interroger des médecins remplaçants participant à la permanence de soins pour avoir leur opinion. Malgré tout, mon opinion était qu'une permanence de soins pérenne se construit par l'initiative des médecins installés sur le secteur.

Je n'ai pas interrogé des médecins de tous les secteurs Audois, malgré une volonté d'être le plus hétéroclite possible sur la sélection des médecins interviewés. L'opinion des médecins sur d'autres secteurs peut être différente.

5.2. Discussion des résultats

A. Sur le modèle de médecin mobile proposé :

Concernant les secteurs :(11) (16)

Les secteurs proposés ont une superficie comprise entre 1307 et 2000 km². Cet ordre de grandeur est retrouvé sur le bassin de Muret (1364km²) et en Loire-Atlantique (5 médecins mobiles assurant la permanence de soins sur les 6880km² du département excepté les 2 grandes aires urbaines).

L'ordre de grandeur des populations des différents secteurs est sensiblement le même que ceux retrouvés dans la littérature. En effet, sur les 5 secteurs, le nombre d'habitants est compris entre 49000 habitants pour le secteur 5, le plus vaste, et 126000 habitants pour le secteur 4. Sur le bassin de Muret, la population est de 184000 habitants pour un médecin mobile. Sur le département de Loire-Atlantique, le nombre d'habitants par secteur varie entre 68251 et 207665 en 2011. A noter que la population estivale est très importante sur le département notamment sur les côtes (secteur 5). Cette population, le plus souvent jeune et mobile, ne justifie pas forcément d'un renforcement du médecin mobile. Une ligne de garde supplémentaire est prévue chaque été pour répondre à cette demande de soins.

Les secteurs ont été pensés en fusionnant les secteurs actuels sans redécoupage intra-secteur. Une étude plus poussée des temps de trajet effectif à partir du lieu de départ du médecin mobile pourrait être effectuée pour une harmonisation des secteurs par rapport aux temps de déplacements éventuels du MMOB.

Concernant la rémunération et le coût du dispositif :(11), (20)

Les forfaits d'astreintes sont les mêmes que ceux du bassin de Muret. Ce qui a permis une estimation du coût global du dispositif. Ce coût ne tient pas compte des ajouts éventuels d'une voiture de fonction, d'un chauffeur, ou de matériel à disposition du médecin mobile. Le système est théoriquement financé par l'ARS.

Un financement alternatif de ce dispositif est possible via une mission régionale de santé pouvant disposer de fonds spécifiques (FICQS) dans le cadre d'expérimentation de rémunération des médecins assurant la permanence de soins.

Le fond d'intervention régional (FIR) pourrait également subventionner ce dispositif du fait de sa participation à la prise en charge ambulatoire et dans le cadre de l'évolution de la permanence de soins.

Concernant le nombre de visites par MMOB:(16), (11)

Selon les données obtenues, le nombre de visites par secteur à effectuer pour les médecins mobiles seraient compris entre 547 et 635 visites par an, soit 1 à 2 visites par garde en moyenne. Ce chiffre correspond à l'activité du MMOB en Loire-Atlantique qui chiffrerait 7 à 8 actes par nuit sur le département soit 1 à 2 actes par nuit par médecin mobile, à ceci près que sur ce département, les MMOB effectuaient les nuits profondes. Sur le bassin de Muret, le médecin mobile n'est présent que le week-end et jours fériés et n'est pas présent en nuit profonde. Il effectue en moyenne 9 visites par garde. On constate une grande différence d'activité avec les médecins de Loire-Atlantique qui peut s'expliquer par le fait que le MMOB sur le bassin de Muret ne soit présent que le week-end à partir de 8h et que les MMOB de Loire-Atlantique n'exercent que les nuits à partir de 20h.

Selon le travail de thèse de Loire-Atlantique, l'activité du Médecin mobile est plus intense le week-end (52% des actes) qu'en semaine (48% des actes) aux mêmes horaires (20h-8h).

Dans notre modèle, nous proposons la présence des médecins mobiles en soirée de semaine et le week-end à partir de 8 heures. Se discute selon ces données son intérêt en semaine. La présence du médecin mobile uniquement les week-ends et fériés serait peut-être plus justifiée et acceptable. Nous manquons de données sur la répartition des visites en semaine et le week-end pour mieux cibler l'utilité de mise en place du MMOB sur le territoire.

Concernant les nuits profondes :(11), (16), (17), (22)

Le modèle proposé ici implique l'arrêt des nuits profondes pour les médecins de garde sur le département, effecteur fixe ou mobile. La nuit profonde est encore assurée par 8 secteurs sur le département. L'arrêt des nuits profondes proposé est basé sur le seul fait de la faible activité sur cet horaire selon le chiffre de la CPAM (85 visites sur l'année sur l'ensemble des 8 secteurs assurant les nuits profondes sur le département).

Le bassin de Muret a fait également le choix d'arrêt des gardes à minuit. Les MMOB de Loire-Atlantique et de Côtes d'Armor effectuent des gardes en nuit profonde. Sur le département de Loire-Atlantique, l'activité du MMOB apparaît plus importante en nuit profonde (53% des actes de minuit à 8h) que sur le créneau 20h-minuit (46% des actes).

Sur les Côtes d'Armor, les médecins mobiles effectuent des gardes de vingt quatre heures. Selon le travail de thèse effectué, les médecins mobiles effectuent leurs visites majoritairement en journée et en début de nuit (91% des actes entre 8h et minuit), et effectuent très peu d'actes en nuit profonde (9% des actes).

La différence entre ces deux études peut s'expliquer en partie par le fait que les médecins mobiles n'effectuent les gardes qu'à partir de 20h en Loire-Atlantique tandis que dans les Côtes d'Armor, les MMOB sont de garde le samedi à partir de 12h et dimanche et jours fériés à partir de 8h.

Selon une étude sur l'utilité de conserver une permanence de soins en nuit profonde (étude réalisée à Bordeaux par SOS médecin et CIRE Aquitaine (22), 2004), il a été noté une incidence de visites $>1/120000$ habitants/nuit profonde, relevant de la permanence de soins dans 70% des cas. Cette étude conclut à la nécessité du maintien d'effecteurs sur ces horaires de nuit profonde.

Selon le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins, il est noté une diminution des secteurs assurant les nuits profondes (69% des territoires d'effectif s'arrêtent de fonctionner à minuit en France en 2016). Dans les 31% restants, il est décrit de nombreux territoires urbanisés avec la présence de SOS médecins. Le plus souvent, l'arrêt des nuits profondes est décrit comme une attente des praticiens visant à pérenniser la permanence de soins ambulatoire, parfois il est décrit comme imposé par l'ARS dans un souci d'économie.

L'arrêt des nuits profondes sur le département de l'Aude entre ici dans une démarche d'économie, avec peu de visites réalisées sur ces horaires et de nombreux secteurs ne participant pas à la permanence de soins sur ces horaires. Je n'ai pas retrouvé de données évaluant la demande de soins sur ces horaires pouvant justifier d'un médecin de permanence de soins ambulatoire. Une étude sur ce sujet pourrait nous aider à répondre à cette question.

B. Sur l'analyse thématique:

Nous discuterons par grands thèmes les résultats de l'analyse des verbatims : La vision de la permanence de soins actuelle et à venir des médecins généralistes et leur vécu. L'intérêt du médecin mobile vu par les acteurs de terrain, le volontariat au rôle de médecin mobile et les déterminants à sa mise en place potentielle.

Concernant la PDSa actuelle vue par les médecins généralistes

Audois :(13), (19), (23) (24)

Les médecins généralistes interrogés décrivent des gardes pas forcément difficiles en soi mais contraignantes dans le sens **qu'elles se rajoutent à une charge de travail déjà excessive en journée**, chez des médecins ayant parfois plusieurs autres rôles (régulateurs, médecins pompiers, médecins responsables de structures...). La plupart reconnaissent le **bénéfice des maisons médicales** de gardes mais l'associent à un **consumérisme médical** croissant. Les médecins généralistes interrogés reconnaissent un **sentiment d'utilité** néanmoins durant leurs gardes, et reconnaissent pour la plupart **l'importance d'un Maintien de la permanence de soins**.

Peu d'articles ont été trouvés regroupant l'avis des médecins généralistes sur leurs gardes. Sur une thèse concernant les attentes des médecins généralistes face à leur permanence de soins en Bourgogne-Franche-comté(23) , il est décrit que : « **De nombreux praticiens mettaient en avant une fatigue importante face à des journées déjà très chargées dans leur cabinet. Le rythme actuel était jugé plus problématique encore pour les gardes de week-end. Enfin, un médecin sur quatre ne souhaitait exercer aucune garde** ». Cette conclusion va dans le sens de nos résultats.

L'aspect positif des maisons médicales de garde est décrit dans de nombreux travaux de thèse (11) et est souvent vécu comme positif pour les médecins y effectuant leurs gardes. Le problème du consumérisme y est souvent décrit du fait de l'accès direct de ces structures qui rend difficile sa régulation.

En milieu rural, il apparaît que les médecins interrogés semblent davantage préoccupés et attachés à leur permanence de soins. Celle-ci est davantage vécue comme un service rendu à leurs patients et le sentiment d'utilité et de disponibilité paraît plus fort. Ces résultats se retrouvent dans un travail de thèse (19) effectué dans le Gard : « *Les médecins s'accordaient à dire que la PDS devait faire partie des missions du médecin généraliste « C'est indissociable du fait d'être généraliste en milieu rural » « Quand tu choisis de t'installer en milieu rural, ça fait partie de ton choix d'installation »*. Les médecins ruraux interviewés ont une relation plus forte avec la permanence de soins. Ils effectuent généralement plus de gardes, et le sentiment d'utilité et de service rendu ressort davantage pendant leurs entretiens.

Concernant les limites actuelles et à venir de la PDSa de l'Aude :

La plupart des médecins interrogés décrivent un système actuel fonctionnel, mais avec des difficultés :

- problème de la **démographie médicale**
- problème du **volontariat**
- difficultés de **se rendre disponible pour les visites**
- La **féminisation** de la profession
- moins d'implication des **jeunes médecins à la garde**.

Le rapport du conseil de l'Ordre(7) fait état de ces difficultés citant : « **L'implication des médecins reste fragilisée** par des facteurs [...], comme :

- Une activité souvent intense en dehors des horaires de PDS ;
- Une démographie médicale déclinante ;
- Une pyramide des âges inversée ;

- Et, dans certains cas, l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement (citons ici, les difficultés de financement des MMG, de même que l'absence de revalorisation du montant des astreintes, ou le refus de l'Etat de mettre en place une protection juridique et financière aux dommages subis par les médecins effecteurs à l'occasion de cette mission de service public) ;
- La remise en cause de la mission de service public des médecins effecteurs »

Le problème de la **démographie médicale** (25) et du maillage médicale est national. Il impacte la continuité des soins et la permanence des soins en ville et sur les secteurs ruraux. Il impacte forcément également la permanence des soins. Selon les données fournies par le Dr Meric sur la démographie médicale Audoise en 2013 : 15 % des médecins Audois avaient plus de 50 ans et 30% avaient plus de 60 ans, avec seulement 8% de médecins de moins de 40 ans. Les perspectives étaient de 229 médecins sur le département en 2020 avec 80% des médecins ayant plus de 50 ans. Ce problème est en constante aggravation et les médecins interviewés en ont conscience.

Le problème du **volontariat** est cité dans les entretiens. Le rapport du CNOM (7) cite un volontariat supérieur à 60% dans 60 départements en 2016 contre 66 départements en 2015. Celui-ci va à mon sens de pair avec l'activité intense des cabinets et le problème de démographie médicale. Selon le travail de thèse en Bourgogne-Franche Comté(23), on peut voir que les Médecins souhaitent une diminution de leur nombre de garde quel que soit leur âge.

Selon ce même travail de thèse concernant **l'implication des jeunes médecins** à la garde : On constate un souhait de réduire le nombre de gardes chez les « jeunes » médecins et un souhait d'arrêt des gardes chez les médecins plus âgés. Selon le rapport du CNOM (7) : « l'âge moyen des médecins effecteurs est de 50 ans, celui des régulateurs est de 55 ans (contre 54 ans pour l'âge moyen des généralistes installés), et la proportion des médecins effecteurs (ayant effectué au moins une garde) est de 31 % pour les moins de 40 ans et de 17 % pour les plus de 60 ans. » : Ces données contredisent l'idée selon laquelle les jeunes médecins seraient moins impliqués dans les gardes.

Toujours selon le rapport du CNOM (7) sur **l'impact de la féminisation** de la profession sur la permanence de soins, il est écrit que : « la proportion d'effecteurs en fonction du sexe correspond à celle des médecins généralistes installés (65% d'hommes et 35% de femmes). » Ce qui contredit l'hypothèse d'une moindre implication des femmes dans la PDSa.

Enfin sur la **difficulté de se rendre disponible pour les visites** : de nombreux médecins effectuant des gardes en maisons médicales, ou des médecins également régulateurs ont décrit ce problème durant les entretiens. Toujours selon le rapport du CNOM (7), il est noté que « *Sur les territoires où la permanence des soins ambulatoire est effectuée par un effecteur fixe sur une maison médicale de garde, la gestion des visites incompressibles pose un problème de disponibilité des médecins et de l'étendue des territoires à couvrir.* ». Cette problématique risque de s'accroître dans les prochaines années du fait de regroupement toujours plus important des secteurs et de l'augmentation de la fréquentation des maisons médicales.

Concernant l'intérêt des médecins mobiles sur le département de l'Aude :(11)

Les médecins interrogés ont trouvé ce **système intéressant notamment pour l'effecteur fixe et pour les patients en EHPAD**. L'étude du bassin de Muret va dans ce sens en concluant que « *89% des médecins généralistes installés sur le bassin de Muret, ont jugé que la mise en place d'un MMOB avait un impact bénéfique sur la qualité de travail du médecin effecteur en point fixe.* ». Pour le patient en EHPAD, les résultats du bassin de Muret décrivent que : « *plus des trois quarts de ces personnes ont pu être maintenues à domicile grâce à l'intervention du MMOB (78,4%).* ».

Néanmoins, certains ont émis des doutes de **l'intérêt des visites sur de trop grands territoires**. Certains décrivent un risque de **désengagement des effecteurs ruraux** si les territoires fusionnent. Le fait que les médecins soient défavorables à

une fusion se retrouve dans le travail de Thèse de Bourgogne(17) et également sur le travail de thèse des médecins ruraux du Languedoc Roussillon(19) où il est cité : « *La taille des secteurs géographiques était un sujet sensible. Des secteurs trop importants, pourraient augmenter la pénibilité du travail. « Si on regroupe les secteurs, celui qui est de garde la nuit ... ne pourra pas faire les consultations le lendemain matin »...* Le fait que le système de médecin mobile soit une perte de chance pour les patients vivant en zone rurale n'a pas été étudié. On peut penser que la distance d'intervention peut être un frein à l'envoi du MMOB par le régulateur et le temps d'arrivée sur place une perte de chance supplémentaire s'il s'agit d'une urgence. Mais la PDSa n'a pas vocation à répondre à des demandes où le pronostic vital ou fonctionnel est engagé à court terme. Le délai d'intervention du MMOB ne devant donc pas être une limite à son efficacité, même en zone rurale.

Son intérêt **sur certains secteurs et pas sur d'autres** a été évoqué. Une étude plus poussée sur la répartition des visites inévitables et leur localisation pourrait être menée pour répondre à cette question.

Son intérêt en semaine peut être discuté, encore une fois, en fonction du nombre de visites, et de volontaires au rôle de MMOB. Sur le bassin de Muret, le MMOB n'intervient pas en semaine. Il intervient sur d'autres territoires comme en Loire-Atlantique, où son activité est plus réduite que le weekend.

L'intérêt des nuits profondes a été discuté plus haut.

Concernant les déterminants à sa mise en place :

- Sur les déterminants positifs :

La plupart des déterminants évoqués lors des entretiens me semble légitimes et sont décrits dans la mise en place des MMOB (matériel à disposition, formation des MMOB, protocole de visite adapté, forfait attractif).

La **voiture de fonction** n'est pas toujours mise en place. Son coût serait minime comparé au fonctionnement du système. Cela pourrait être un argument de plus. A noter que dans la plupart des études, le MMOB effectue ses visites avec son propre véhicule. Cela pose des questions supplémentaires d'assurance et de sécurité. **La mise en place d'un chauffeur** est à discuter, aucune donnée n'a été retrouvée en ce sens, à noter que son coût pourrait être significatif.

La mise en place **d'un repos compensateur** a été évoquée lors des entretiens. Cette demande est retrouvée ailleurs (19). Sa mise en place ne semble pas d'actualité mais constituerait à coup sûr un élément favorable à la participation à la PDSa en tant qu'effecteur fixe ou mobile.

Certains médecins évoquent la **professionnalisation de la garde de MMOB**. Aucune étude n'a été retrouvée sur ce sujet. Il est à noter que sur le bassin de Muret (11), aucun des médecins MMOB interrogés n'était favorable à un mode d'exercice futur uniquement fondé sur les gardes. A noter également que le travail de thèse de Loire-Atlantique(16) décrit que : « Le taux de médecins remplaçants participant aux gardes de médecins mobiles est de 31%, un risque de professionnalisation de la garde aurait pour conséquence que ces jeunes médecins ne s'installent pas. »

Un médecin propose **l'aménagement des gardes sur des demi-journées** afin qu'elles soient plus acceptables et moins fatigantes. Ce système n'a pas été étudié. Ce fonctionnement imposerait davantage de gardes pour les médecins volontaires et une organisation plus complexe encore pour les médecins régulateurs.

Enfin, certains médecins proposent un **retour à la garde obligatoire**, bien qu'ils soient peu nombreux, alors que la plupart sont d'accord pour dire que le MMOB doit être sur la base du volontariat. Dans les travaux de thèses retrouvés, les MMOB sont toujours volontaires, la grande majorité des médecins souhaite maintenir cette notion de volontariat. Si le MMOB venait à être imposé, cela risquerait de fragiliser la continuité des soins en journée.

- Sur les déterminants négatifs :

Les premières contraintes citées par les médecins lors des entretiens **sont celles liées aux visites** (temps de trajet, danger de la route, conditions climatiques). Concernant les risques liés à la conduite, il est à noter qu'aucun accident ne s'est produit sur le bassin de Muret en 4 ans de fonctionnement du MMOB. Le temps de trajet et le temps sur la route paraît indissociable du rôle du médecin mobile. Il est certain que le temps d'un médecin est mieux employé auprès des patients qu'au volant de sa voiture. Concernant les dangers de la route et les conditions météorologiques, les visites peuvent se discuter avec le régulateur si elles paraissent trop complexes et difficiles au médecin MMOB. Enfin, concernant le risque de se perdre, la plupart des territoires où le MMOB est en place fournissent un GPS à celui-ci pour réduire ce risque. Encore une fois, il ne s'agit pas pour le MMOB de répondre à des demandes relevant de l'urgence mais bien de la PDSa.

Les difficultés de régulation du MMOB sont évoquées par certains médecins. Le travail de thèse sur le bassin de Muret (11) évalue a posteriori que : « *L'envoi du MMOB pour les visites inévitables a été respecté dans 86,2% des cas* », et dans les 13.8% des cas, ce sont majoritairement des gens qui auraient pu se déplacer vers un point fixe de consultation. Enfin, certaines visites (11 visites sur les 492 évaluées) auraient justifié d'un transport immédiat. Le travail de Thèse en Loire Atlantique (16) note une activité moins forte des MMOB que SOS médecin aux mêmes horaires et décrit « *1.2 actes par nuit pour 100000 habitants pour le MMOB* » contre « *21 actes pour 100000habitants* » pour SOS Médecins. Il faut préciser que SOS médecin est connu de la population et la régulation se fait par un numéro direct, ce qui peut expliquer en partie cette différence. L'étude en Loire-Atlantique décrit également « *Une augmentation par 7 des visites en nuit profonde sur les secteurs d'activité du*

MMOB. L'étude menée sur les Côtes d'Armor cite ce problème : « *il n'existe pas de référentiel national ou d'indication spécifique à l'envoi d'effecteur mobile qui permettrait d'analyser si le nombre d'effecteurs engagés est conforme au référentiel. L'envoi d'un effecteur reste à l'appréciation du régulateur sur des situations qui sont souvent complexes avec des patients poly-pathologiques.* » La régulation du MMOB est complexe mais aussi nouvelle. Elle semble performante malgré tout à juger de l'envoi ou non du MMOB. On peut envisager qu'avec une formation et l'expérience des régulateurs, ce système puisse être efficient.

Le **problème de volontariat au rôle de MMOB** est cité et craint par de nombreux médecins. Dans les études sur les MMOB, on note environ 8 à 10 % de médecins de terrain volontaires au rôle de MMOB (40 médecins sur les Côtes d'Armor, 30 médecins sur le bassin de Muret et 10% en Loire-Atlantique). A noter que de nombreux médecins remplaçants intègrent les MMOB (31% en Loire-Atlantique et près de 50% sur le bassin de Muret). Le dispositif de médecin mobile semble fonctionner avec peu de médecins volontaires. Néanmoins, l'étude de Loire-Atlantique s'interroge sur sa pérennité du fait d'un essoufflement du volontariat lié au fait que « certains médecins réalisent beaucoup de gardes et exercent en semaine au sein de leur cabinet. » et évoquent un « risque de professionnalisation de la garde du fait d'un nombre important de médecins remplaçants, ayant pour conséquence que ces médecins ne s'installent pas. » Dans notre étude, sur les quatre médecins potentiellement volontaires, un seul montre un réel intérêt à effectuer médecin mobile. Un travail de thèse auprès de l'ensemble des médecins audois pour avoir une idée des volontaires potentiels pourrait être fait.

Enfin le **financement des MMOB**, certains médecins ont émis des doutes quand à la fiabilité de financement de l'ARS sur le long terme. Le système de médecin mobile est récent, il est aussi souvent bénéficiaire encore de fonds spéciaux vu plus haut (FIR, FICQS). Ce financement doit être discuté et en accord avec les ARS.

Concernant les innovations pour la PDSa (7) , (23)

Trois médecins proposent **un premier avis IDE pour les EHPAD**. Un médecin cite le besoin de développement de la télémédecine. Ces projets sont cités par le CNOM en phase d'expérimentation sur certains secteurs dans les EHPAD, ou des astreintes d'infirmiers la nuit sont organisées entre plusieurs EHPAD (Auvergne, Rhône Alpes..) avec des résultats significatifs avec seulement 18% des situations vues par l'IDE aboutissant à un appel du 15. Si elles se développent, on peut supposer qu'elles permettraient une économie de temps médical en diminuant encore davantage le nombre de visites inévitables.

Le **transport des malades** vers un lieu fixe de consultation semble poser un réel problème de financement dans certains départements. Même si certains départements allouent une enveloppe, sa mise en place est parfois compromise par le manque de transporteur. La proposition d'une solution civique de transport bénévole n'a pas été retrouvée dans la littérature.

Trois médecins évoquent le souhait **de fusion des secteurs de garde**. Les autres médecins interviewés étaient plutôt contre cette mesure. Dans le travail de thèse en Bourgogne Franche Comté, les médecins sont majoritairement contre cette mesure. Chaque année pourtant en France, des secteurs de garde fusionnent. Ces fusions sont décrites par le CNOM comme une volonté de sauvegarde de la PDSa. Pourtant, les médecins semblent préférer l'éviter autant que possible.

Durant les entretiens, le **rôle du MCS** a été discuté, ainsi que **sa participation à la PDSa**. Il était évoqué qu'il puisse assurer la PDSa sur ses secteurs d'intervention. Le rapport du CNOM nous rappelle ceci : « *Le MCS ne relève pas de la permanence des soins ambulatoires mais de l'aide médicale urgente. On peut cependant observer qu'il tend à se développer là où la permanence des soins ambulatoires n'est plus active.*

Le médecin correspondant du SAMU est : Un médecin formé à l'urgence, qui agit sur demande de la régulation médicale des SAMU-Centre 15, pour prendre en charge des patients en situation d'urgence médicale, dans une zone préalablement

identifiée, en priorité située à plus de 30 minutes d'accès d'un effecteur de médecine d'urgence (service des Urgences ou SMUR). » Ce rôle semble difficilement compatible avec celui de MMOB, ni en complément sur la PDSa.

L'éducation des patients à la bonne utilisation de la PDSa a été citée, ainsi qu'une **plus grande régulation**. Une volonté d'orientation des patients par la création d'un numéro dédié pour joindre un médecin généraliste durant les heures de PDSa est en phase de test afin d'améliorer la lisibilité du système pour les patients et d'augmenter la régulation vers l'effecteur.

5.3 Avenir de la PDSa Audoise

Actuellement en discussion avec l'ARS, le cahier des charges régional et départemental est encore en discussion et en attente de validation. Cependant, le médecin mobile ne semble pas retenu dans les discussions concernant la PDSa Audoise actuellement.

Le projet de PDSa sur l'Aude prévoirait une PDSa sur 12 secteurs avec un projet de création de maison médicale sur Limoux et des médecins ruraux sur 7 secteurs.

Le médecin mobile ne semble pas avoir été retenu sur le département. Plusieurs causes peuvent l'expliquer :

-Une méconnaissance du dispositif de MMOB: Durant les entretiens, peu de médecins avaient déjà entendu parler du médecin mobile, projet qui reste très récent. Plus de communication sur ce rôle aurait-il permis d'envisager sa mise en place. A noter qu'après discussion auprès du Dr Poinot en charge des médecins mobiles sur le bassin de Muret, la communication sur ce dispositif est pour lui le premier frein à son fonctionnement.

-Des médecins satisfaits de leur permanence de soins : La plupart des médecins ne souhaitent pas changer leur système dans l'immédiat, et pour la plupart les MMOB sont une réponse à une problématique pas encore d'actualité sur le

département : *« on aimerait qu'on nous laisse le temps de décliner et que les MMOB arrivent après. Je pense qu'il faut que ce soit un choix des médecins de terrain ».*

Le projet de MMOB ne semble pas d'actualité pour l'instant. Cependant, du fait des difficultés à venir, certains médecins admettent qu'il sera peut-être une solution si la démographie médicale continuait à faiblir.

« Peut-être que le problème n'est pas aiguë pour l'instant mais qu'il va le devenir. Que les gens n'ayant plus de médecins en semaine appellent aux heures de PDSa parce qu'ils n'ont plus personne [...] C'est-à-dire que l'accès aux soins primaires sera moins important. Si cette accessibilité est moins importante, il y aura des retards, et ça va se reporter sur les horaires de PDSa. » « Au final, peut-être qu'il n'y aura que des MMOB, parce que les médecins généralistes qui restent ont à peu près mon âge et ne vont pas faire des gardes jusqu'à 70 ans. Donc peut-être que le MMOB s'imposera comme solution. ».

Néanmoins, il apparaît pour la majorité des médecins interrogés que la mise en place du MMOB ne soit pas justifiée sur un territoire ayant un système de soins fonctionnel mais comme solution à un système de santé fragilisé.

« Pour moi, la solution, c'est garder les médecins généralistes éparpillés un peu partout en rural et ça, c'est en train de disparaître. A mon avis, c'est quand même la meilleure des solutions, garder un bon maillage ».

Il est à noter que certaines communes de l'Aude (la zone de Chalabre, incluant les communes de Chalabre, Puivert, Rivel, Sainte Colombe sur l'Hers et Sonnac sur l'Hers et La zone de Belvèze du Razès, incluant les communes de Caudeval, Corbières, Guètes et Labastide, Peyrefitte du Razès, Tréziers) sont couvertes par un tour de garde organisé par le département de l'Ariège, qui discute la mise en place d'un médecin mobile, qui assurera donc la PDSa sur ces communes Audoises.

6. CONCLUSION

Au terme de ce travail, les médecins Audois ont pu s'exprimer sur leurs visions de la permanence de soins. Il apparaît difficile de parler d'une seule permanence de soins tant elle est variée et complexe en fonction du mode et du lieu d'exercice des médecins interrogés. Chacun apporte son vécu et son opinion personnelle de ce que devrait être le rôle du médecin généraliste aux heures de permanence de soins. Même si chacun reconnaît un devoir déontologique d'y participer, la charge de travail en journée et la multiplicité des rôles pour certains érodent les volontés.

La mise en place de ce dispositif sur le département semble cohérent financièrement et statistiquement (l'activité actuelle du département en visite devrait pouvoir être effectuée par des médecins mobiles répartis sur le territoire). La question se pose de l'intérêt de médecins mobiles en semaine du fait de la faible demande sur le territoire. Pour construire un modèle d'organisation de MMOB plus pertinent sur le territoire, il serait nécessaire de réaliser une étude épidémiologique précise des appels du 15 et de adops11 afin de quantifier le nombre de visites inévitables relevant de la PDSa, de les situer et de connaître leur répartition sur la journée et la semaine.

Au vu de l'analyse actuelle, il semblerait que les médecins reconnaissent un intérêt du dispositif de médecin mobile ainsi que, pour la plupart, un avantage à sa mise en place. C'est une solution à un avenir de la permanence de soins ambulatoire, qui est souvent décrit comme incertain du fait du déclin de la démographie médicale. Néanmoins, les médecins interrogés décrivent d'importantes contraintes à cette fonction, qui se surajouteraient à une charge de travail déjà importante. Ils décrivent plusieurs conditions à sa mise en place potentielle notamment des garanties de régulation, de matériel, et financières. Néanmoins, sa faisabilité semble pour la plupart compromise devant l'absence de volontaires potentiels, sur une démographie médicale fragile et vieillissante. Un tel dispositif ne peut être mis en place sur un département sans l'accord et l'appui des médecins de terrain. Une étude sur le volontariat au rôle de médecin mobile auprès de l'ensemble des médecins audois pourrait être effectuée pour connaître le nombre de médecins mobiles potentiels sur le territoire.

En conclusion, il semble que l'introduction du médecin mobile à la permanence de soins ambulatoire du département de l'Aude soit réalisable statistiquement mais ne soit pas une volonté des médecins de terrain actuellement. Une plus grande communication sur ce dispositif et un aménagement de celui-ci pourrait modifier cette conclusion si les problématiques de la PDSa venaient à s'accroître.

7. Bibliographie :

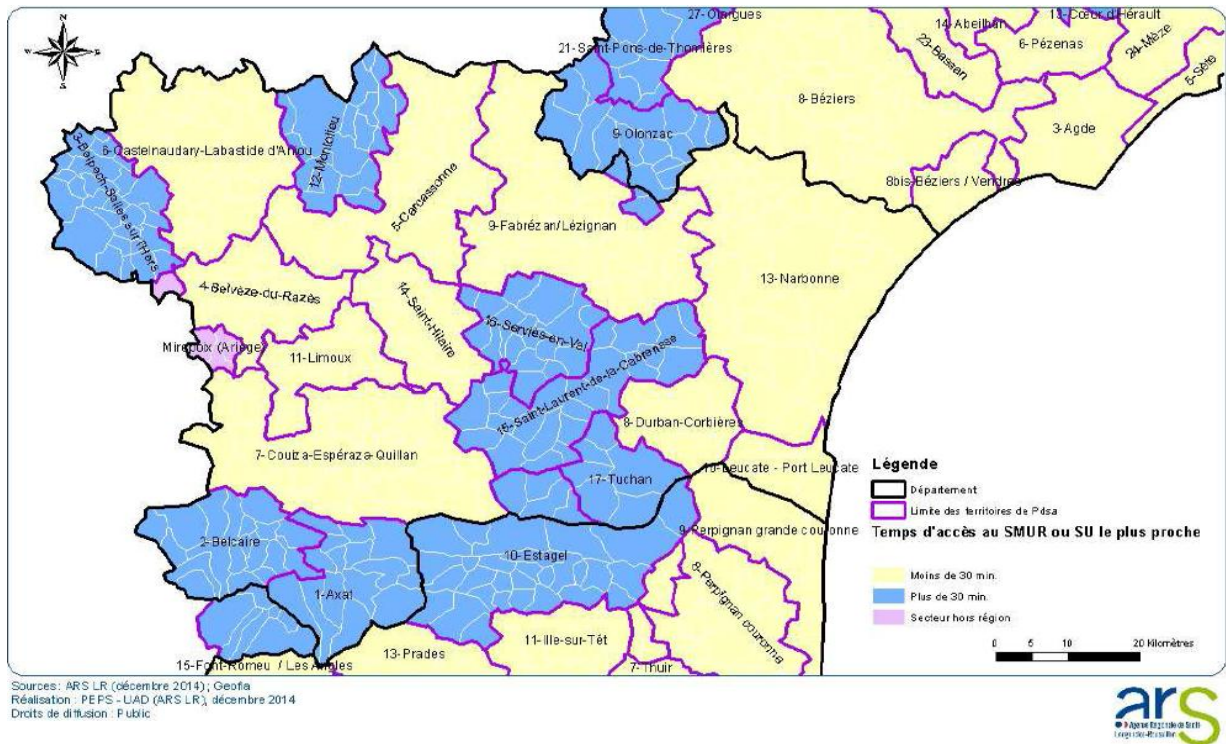
1. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris Ministère Solidar Santé Prot Soc. 2003;
2. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins | Legifrance [Internet]. [cité 9 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006687D/jo/texte>
3. 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.
4. Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides.
5. 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 juillet, 2009.
6. GRALL DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences. Juillet; 2015.
7. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecin générale au 31 décembre 2016.
8. Cahier des charges régional du département audois , source ARS , Sept 2012.
9. ARRETE Fixant le cahier des charges régional modifié de la permanence des soins en médecine ambulatoire , source ARS LR 2014-2618.
10. 2017_1018 quelle subvention pour quelle MMG PDSa DIAPORAMA Bernard Méric[3505].ppt.
11. Berthonneau C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret. Evaluation lors du premier semestre 2014. [PhD Thesis]. UNIVERSITE TOULOUSE III; 2014.
12. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-4e éd. Armand Colin; 2016.
13. Comité de pilotage de la PDSA état des lieux du 10 octobre 2016.
14. Avenir des MMG, PDSa d'Oc 181017 v4.pdf.
15. 2017_1018 quelle subvention pour quelle MMG PDSa DIAPORAMA Bernard Méric[3505].ppt.

16. Meurisse C, Compain P. Médecin mobile: un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoires, au sein d'un département pilote. France; 2012.
17. 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.
18. Marchesseau D, Magret B. La permanence des soins en Haute-Vienne: enquête auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du département. Limoges, France: S.C.D. de l'Université de Limoges; 2009.
19. Joanny S. Place des médecins généralistes dans la permanence des soins en milieu rural en Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2016.
20. DGOS. Le fonds d'intervention régional (FIR) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 14 avr 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fond-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>
21. 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.
22. L. Rouxel (1), S. Larrieu (2), F. Holmière (1), L. Filleul (2), B. Jouves (1). permanence de soins: existe-t-il des visites urgentes entre minuit et huit heures? [Internet]. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur:
23. Bonnefoy G, Mourcia S. Quelles sont les attentes des médecins généralistes libéraux installés en Bourgogne-Franche-Comté concernant leurs gardes de terrain au titre de la permanence des soins ambulatoires ? France; 2018.
24. Azy S, Lebois S. Permanence de soins ambulatoires dans l'Oise: étude de la maison médicale de garde de Compiègne. Amiens, France: Université de Picardie; 2017.
25. Dr Meric. diaporama de la situation des médecins généralistes audois en 2015 et prospection pour 2020. 2015.

8. Annexes

Annexe 1

Cartographie des secteurs Audois actuels (source ARS dernier arrêté du 15 mars 2017)



Annexe 2

1/ guide d'entretien semi dirigé à l'attention des médecins audois concernant la faisabilité des MMOB sur l'Aude

1/expérience personnelle :

Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? Comment vous sentez-vous après vos gardes le lendemain ?

2/opinion sur les améliorations potentielles :

Qu'est ce que vous aimez sur vos gardes ? Qu'est ce qu'il y aurait à modifier ?

3/opinion sur la mise en place du médecin mobile :

Avez-vous entendu parler du projet de la mise en place du médecin mobile ? Que pouvez-vous m'en dire ? qu'en pensez-vous ?

Que pensez-vous d'un modèle de permanence de soins associant un point fixe de consultation et un médecin mobile volontaire assurant uniquement les visites ?

4/motivation à participer a la fonction du médecin mobile :

Seriez-vous prêt à participer à cette organisation ?

Identification (nom prénom âge sexe)

Lieu d'exercice (adresse, rural/urbain)

Mode d'exercice (seul, en groupe, en maison de santé)

Mode de participation à la permanence de soins : (en maison médicale, en effecteur rural, participation à la nuit profonde ou non, nombre de gardes dans l'année, nombre de week-end et fériés dans l'année)

Annexe 3



Cartographie du schéma de PDSA à 5 secteurs proposé.

(Source : Conseil de l'Ordre de l'Aude, Dr Meric Bernard)

Annexe 4 :

Tableau N°1 : synthèse des secteurs après la fusion avec les effecteurs présents :

<u>Nouveaux secteurs</u>	<u>superficie</u>	<u>Nombre habitants</u>	<u>Nombre de visites régulés en 2016 sur le secteur</u>	<u>Nombre de lignes de garde</u>
Secteur 1	796km2	89512hab	273	1 effecteur fixe en semaine 2 effecteurs fixes WE et fériés 0.5 médecin mobile
Secteur 2	789km2	33557hab	286	1 effecteur fixe en semaine, WE et fériés 0.5 médecin mobile
Secteur3	1307 km2	51043hab	204	1 effecteur fixe en semaine WE et fériés
Secteur 4	1283 km2	126198hab	343	1 effecteur fixe en semaine 2 effecteurs fixes WE et fériés 2 médecins mobiles
Secteur5	1943km2	49004hab	635	1 effecteur fixe en semaine WE et fériés 1 médecin mobile

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure 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 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 et reconnaissant 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 d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Introduction : Le médecin mobile, intégré à la permanence de soins de l'Aude, peut être une réponse adaptée aux difficultés présentes et à venir sur le département.

Méthode : Pour en évaluer sa faisabilité, cette étude propose un travail sur deux axes. Un axe technique, évaluant un modèle de permanence de soins intégrant des MMOB. Un deuxième axe étudie les déterminants de l'adhésion à la fonction de médecin mobile par une analyse thématique d'entretiens réalisés auprès de 12 médecins de terrain.

Résultats : Les médecins de terrain se sont exprimés sur leurs gardes. La plupart des médecins interrogés expriment une charge de travail importante en journée impactant sur une volonté à participer aux gardes, elles-mêmes souvent chargées. L'intérêt aux gardes est plus important chez les médecins exerçant en secteur rural. Les médecins décrivent une permanence de soins actuellement fonctionnelle mais beaucoup se disent pessimistes sur l'avenir de ce système, évoquant notamment une démographie médicale défailante, un manque de volontariat ou des restrictions budgétaires. Les médecins interrogés ont reconnu des avantages à l'intégration du médecin mobile à leur système de PDSA, mais surtout pour les médecins effecteurs fixe et régulateur, décrivant par ailleurs la difficulté à l'exercice du médecin mobile. Pour la plupart des médecins interrogés, sa mise en place nécessite une organisation robuste sur le plan matériel mais aussi logistique et financière. Malgré un intérêt à la mise en place du médecin mobile exprimé par plusieurs médecins, la plupart ne se disent pas volontaires pour y participer ; cette fonction se surajoutant à leur rôle actuel, chez des médecins avec une forte activité déjà en journée, se disant trop âgés ou avec un réel déplaisir aux visites.

Conclusion : L'intégration du médecin mobile à la PDSa Audoise semble faisable techniquement mais ne semble pas être une volonté des médecins de terrain actuellement. Une plus grande communication sur les MMOB et un aménagement de ce dispositif au territoire serait déterminant pour sa faisabilité future éventuelle.

Mots clés

Médecin mobile

déterminants

Médecin généraliste

Vécu

Permanence de soins

Impact

Aude

Avenir

Verbatim médecin n°1 16min31

1) « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? Comment ça s'est passé, comment vous êtes-vous sentie ? »

-Médecin N°1: « ma dernière garde c'était en décembre, un soir. Donc de 19 h à minuit. En fait, je n'ai pas eu de visite, je suis arrivée à 19 h, y'avait déjà 10 personnes et de 19 h à 23 heures, je n'ai pas 'touché terre'. J'ai du manger à 22 h et ça s'est fini vers 23h/minuit. Après ça m'est arrivé, pour d'autres gardes, en septembre ou octobre je crois, sur un weekend end où on a eu du travail mais bien espacé, et 2-3 visites mais des décès. Mais les gens à 19 heures, ce n'était pas des malades du soir. Ils n'avaient pas pris rendez-vous dans la journée où ils étaient malades depuis 48 heures, ce n'était pas des vraies urgences. Sur les 20 que j'ai vus, il y avait peut être 3 vraies urgences. »

« On a l'impression que c'est un peu la médecine de supermarché. C'est ouvert, les gens viennent et se posent pas la question. Par rapport à avant, quand on était de garde, les gens appelaient quand ils étaient malades. Maintenant c'est : comme c'est ouvert, de toute façon on va y aller. Même si ils sont malades depuis 48 h ou si ça peut attendre le lendemain ils se disent 'tiens, j'ai le temps, j'y vais. Ça a un peu perdu la vraie urgence quoi »

« C'est un peu frustrant, j'en ai vu deux. Par exemple, la première voulait un test de grossesse...parce qu'elle avait ...pas de retard de règles. Donc soit on éduque, soit on va vite et hop au suivant. »

-moi : « donc beaucoup de frustration sur les gardes ? »

- Médecin N°1: « un peu de frustration oui, y'a pas forcément d'éducation sanitaire, les gens ne savent pas quoi faire, le petit vomit à 10h, il est amené chez le médecin à 10h30. Ils ne réfléchissent pas en disant peut être que je vais donner un traitement, surveiller.... »

-moi : « Il faudrait plus de conseils en amont, plus de régulation ? »

- Médecin N°1: « oui je pense plus de régulation, ce n'est pas nécessaire d'amener son enfant à 10h30 si il y a eu 1 vomissement à 10 h. Mais ce n'est pas régulé, ils viennent parce que c'est ouvert. C'est de la consommation. Ca nous arrive de conseiller aux patients qu'on ne peut pas voir la journée d'aller à la maison médicale le soir mais le problème c'est qu'ils sont habitués»

-moi : « D'accord, et après vos gardes comment vous sentez-vous ? »

- Médecin N°1 : « Fatiguée »

-moi : « Est-ce que vous adaptez votre consultation le lendemain ? »

- Médecin N°1 : « Non, je ne peux pas, donc non. Quand on est de garde samedi, ça va, on a le dimanche de repos. Quand on est de garde le dimanche, le lendemain on reprend à 9h, on ne peut pas dire à nos patients ‘ Bah non, j’étais de garde je ne peux pas vous voir.’ Après, on a 5 gardes par an donc ça va.....Mais bon, si on voyait que des gens malades en garde ce serait mieux. On a peut-être 5% de gens vraiment malades, enfin ils sont malades mais 5% d’urgences, à mon avis. Et paradoxalement, y’a des gens qui viennent, on leur demande : ‘ pourquoi vous avez attendu ?’.

2) « Qu’est-ce qui vous plaît dans vos gardes ? »

- Médecin N°1 : « ce qui me plaît c’est la vraie consultation de garde, le soin urgent. Quelqu’un qui a une angine, on le soigne. Les gens qui sont malades maintenant, ce que j’entends avec mes patients, ils me disent ‘ en fait j’étais malade je suis allé aux urgences ‘ je leur dis « mais j’étais là ». Ils pensent qu’ici c’est pour renouveler leur traitement et quand ils sont malades, ils vont aux urgences ou à la maison médicale. Donc du coup j’en vois plus là bas, des coliques néphrétiques... Des vraies urgences quoi. »

-moi « donc le sentiment de pouvoir aider et être utile »

- Médecin N°1: « Oui »

-moi : « Et ce qui est le plus pénible ? »

- Médecin N°1 : « Et bien, c’est que des fois, ça ne s’arrête pas. »

-moi : « Est-ce que vous avez des idées sur des solutions pour y remédier ? »

- Médecin N°1 : « Et bien je pense, enfin, ce n’est pas de notre domaine, c’est de l’éducation à la santé. Des conseils, enfin c’est plutôt des actions publiques ou de la cpam, avec des nouvelles recommandations. Par exemple « quoi faire quand un enfant a de la fièvre, quand dois-je consulter.... »

3) Je vous ai présenté le projet de médecin mobile sur le département, vous en aviez jamais entendu parler auparavant ? »

- Médecin N°1 : « Non »

-moi : « et qu’en pensez-vous ? »

- Médecin N°1: « Mon problème, c’est que j’ai peur que si on offre des choses, bon ce n’est pas vraiment offrir mais quand on met des visites en place, bon je comprends pour les EHPAD, mais le souci c’est qu’on déplace le problème. Le problème, c’est les patients qui viennent à la maison médicale pour des actes non urgents, s’ils venaient pour des actes urgents, on aurait le temps de faire les visites

urgentes. Voyez ce que je veux dire si c'était mieux régulé, on n'aurait pas ce problème d'être embêté pour aller faire des visites. »

-moi : « Après c'est le problème d'un lieu fixe en accès libre, c'est difficile de le réguler »

- Médecin N°1 : « Oui mais c'est national. Aux urgences, avant la nuit, c'était calme. Maintenant c'est en H24, c'est un flot ininterrompu, c'est de la consommation... Mais du coup, qui ferait ça ? Est-ce que c'est notre rôle ? On pourrait être appelé à faire ça ? (médecin mobile)

-moi : « Et bien, c'est l'idée. C'est de savoir si c'est faisable et accepté par les médecins de terrain. »

- Médecin N°1 « Moi je ne ferais pas ça. Je n'irais pas faire 1h30 de route pour aller à l'autre bout du département. Vu le secteur pour aller jusqu'à Tuchan ou Durban, la nuit, non je le ferais pas. »

-moi : « Même s'il n'y a pas beaucoup de visites sur la journée ? »

- Médecin N°1 : « Oui mais dans la journée on ne peut rien faire d'autre. En plus, si on est payé à l'acte. Le seul avantage, enfin quand on est de garde l'avantage c'est qu'on est payé correctement, on est bloqué, on se dit : 'c'est bon là je bosse'. »

-moi : « Donc il faudrait mettre des forfaits ... »

- Médecin N°1 : « Il faudrait des forfaits plus avantageux. »

-moi : « Pour prendre exemple sur le bassin de Muret, les forfaits sont de 350 le samedi et 450 dimanche, en plus des visites. Ils font entre 6 et 10 visites par jour, en moyenne 300 km sur la journée. »

- Médecin N°1 : « ça fait beaucoup. 6 à 10 visites, non moi ça m'irait pas. Non c'est déjà hyper fatigant, je me vois mal aller prendre la route pour aller à l'autre bout du département. »

-moi « Donc c'est les distances qui... »

- Médecin N°1 : « Les distances, et puis la fatigue, et puis les visites. »

-moi : « Même avec un forfait d'astreinte attractif ? »

- Médecin N°1 : « Non, moi je le ferais pas. Je veux dire, si j'étais en grande forme physique mais sachant qu'on a notre semaine derrière on est hyper crevé. Donc pas envie d'aller prendre la route pour faire 100km aller 100 km retour, enfin j'examine le pire hein mais... »

4) « Pour vous reprendre un peu, si les visites étaient plus proches, ce serait pas un problème ? »

- Médecin N°1: « oui plus proche, moins loin quoi. Après, encore une fois, je ne suis pas sûre qu'il y en ait forcément besoin. Actuellement on y arrive, on arrive à faire nos gardes. Le weekend on est deux médecins, l'autre va faire la visite. Après je ne sais pas comment ça se passe sur les autres secteurs mais prendre la route, non, j'en ai fais assez » « rire ».

Médecin femme, secteur urbain , 47 ans

Cabinet de groupe

Participation à la permanence de soins en maison médicale

Pas de participation à la nuit profonde,

6 gardes dans l'année dont 3 weekend et fériés.

Verbatim enregistrement médecin n°2 11min 48 sec

Introduction : « Le sujet est de savoir si l'instauration d'un médecin mobile est faisable sur l'AUDE »

-Médecin n°2:« C'est-à-dire seulement sur les weekends et fériés ? »

- Moi : « Weekends end soir et fériés »

- Médecin n°2 « Et il ferait que des visites un peu comme SOS médecin »

- Moi : « voilà sauf que ce ne serait pas privé, et sur des territoires plus grands sur tout le département »

1) « Donc petite question d'ouverture, pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

- Médecin n°2 : « C'était bien » {rire} « c'était le 3 janvier il y a eu 25 entrées, il n'y a pas eu de visites, c'était en période épidémique et aucune ne justifiait une consultation en garde ce jour là, les gens pouvaient venir ».

- Moi : « Aucune consultation justifiée en urgence ? »

- Médecin n°2 « De ce que j'ai vu non, mais c'est biaisé peut être que les urgences ont été régulées par le 15 et des ambulances ont été envoyées, mais de ce que j'ai vu, c'était des gastro, des rhino. »

- Moi : « Donc sur une garde de semaine »

- Médecin n°2 : « Oui »

- Moi : « Habituellement les gardes sont vécues plutôt fatigantes ou pas ?, est-ce que vous allégez vos consultations le lendemain ? »

- Médecin n°2 : « Non ça va, je n'allège pas, je travaille pareil (le lendemain) »

2) « Qu'est-ce qui vous plaît dans le système de garde actuel et pendant vos gardes ? »

- Médecin n°2 : « Sur la maison médicale, le secrétariat c'est bien, et puis j'aime bien les gardes. Le côté répondre à une demande ponctuelle et pas avoir de suivi derrière j'aime bien. Y 'a un côté valorisant où tu dépannes les gens qui sont contents. Tu peux potentiellement avoir des urgences, des cas un peu J'aime bien »

- Moi : « Ok le côté urgence plaît »

- Médecin n°2 : « Oui, voilà moi je fais mes gardes et même plus »

- Moi : « Pensez-vous qu'il y a des choses à améliorer sur vos gardes ? »

- Médecin n°2 : « Ah pas faire de visites du tout, ce serait bien, parce que le seul truc chiant c'est les visites, surtout loin. Du coup, quelqu'un dédié aux visites ce serait pas mal. Mais ce ne serait pas moi du coup »

- Moi : « voyez-vous autre chose à améliorer ? »

- Médecin n°2 : « Non, moi ça me convient les gardes actuellement. J'ai connu les gardes d'avant donc ce système là (maison médicale) c'est très bien. J'ai fait les gardes de cantons sur 48 h et travailler la semaine derrière c'était affreux, et c'était que des visites par contre, c'était affreux. Tu ne savais pas où t'allais, de jour de nuit, enfin.... Ce n'était pas rentable financièrement, ce n'était pas justifié car pas régulé donc maintenant, honnêtement, c'est beaucoup mieux. C'est régulé, les visites sont relativement justifiées, tu sais où tu vas, on va plus sur n'importe quoi. Je me rappelle être partie sur un noyé sans régulation enfin c'était n'importe quoi. C'était à la mer, des touristes allemands qui parlaient pas français avec un mec mort dans la piscine et toute la famille autour. »

- Moi: « Ah ok. »

- Médecin n°2: « Du coup pour l'avoir vécu, je suis arrivée juste deux ans avant la maison médicale, rien à voir. Donc là, y'a quand même une tellement grande amélioration que je vois par trop ce qui pourrait changer.... Sauf peut être ne pas faire du tout de visites et qu'il y a un médecin que pour les visites. Surtout qu'à la maison médicale, c'est difficile de se détacher quand y a du monde et il y a tout le temps du monde. C'est un peu l'angoisse surtout le soir. Encore le week end à deux, ça va, mais tout seul, en soirée qu'il y a plein de monde et qu'il faut aller faire une garde à vue ou une visite sans trop savoir où tu vas, c'est pas top »

3) « Aviez-vous déjà entendu parler du projet de médecin mobile ? »

- Médecin n°2 : « Non »

Brève présentation du projet : Mis en place initialement en Loire atlantique, et sur le bassin de Muret, visites toute régulées dites inévitables présentation du protocole de visites inévitables, présentation des secteurs élargis, intérêt pour les patients ne pouvant pas se déplacer. Idée d'association de point fixe de consultation avec unité de médecins mobiles.

- Médecin n°2 « Et du coup entre deux visites le médecin rentre chez lui ou.. ? »

- Moi : « il sera associé à un point fixe de consultation qui pourra l'accueillir ou aura un lieu d'accueil et d'attente à disposition, central, idéalement la maison médicale de garde du secteur ou un service hospitalier. **Que pensez-vous de ce système associant un lieu fixe de consultation et un médecin mobile ?** »

- Médecin n°2: « je pense que c'est bien mais je ne suis pas sûre qu'il ait beaucoup de visite, à moins que la régulation soit un peu plus ouverte, ils auront peut être la visite plus facile, comme là ils sont assez sévères pour les visites, peut-être le seront-ils moins s'il y a un médecin dédié à ça. Il y a beaucoup de maison de retraite ou de structures qui en auraient besoin peut-être... »

4) « Donc dernière question, seriez-vous prête à participer à cette organisation et pourquoi ? »

- Médecin n°2 : « Pour moi, une permanence de soins dans une structure oui, comme à la maison médicale mais certainement pas en visites »

- Moi : « Et pourquoi ? »

- Médecin n°2 : « Parce que je n'aime pas les visites, je n'ai pas envie d'aller chez les gens, ne pas savoir où je vais... »

- Moi : « Ok, y'aurait-il des éléments de motivation qui vous feraient changer d'avis ou d'autres points négatifs à la fonction de médecin mobile ?

- Médecin n°2 : « Non c'est le fait de faire des visites qui ne me plaît pas, c'est tout. Après, en consultation à la maison médicale, ça va, j'aime bien ça, mais les visites ça ne me plaît pas. Je n'aurais par exemple jamais pu faire SOS médecin..... Mais dans l'idée c'est bien. Mais pas moi. C'est bien aussi pour celui qui est à la maison médicale et qui n'aura pas à se déplacer. Mais si y'en a qui aiment autant qu'ils le fassent ».

Médecin femme, 45 ans, exerçant en rural en groupe

Sur le secteur de permanence de soins de Narbonne

Participation à la permanence de soins sur la maison médicale de Narbonne :

5 gardes de semaines et 5 de week end/fériés sur l'année, ne participe pas à la nuit profonde.

Verbatim médecin N°3 : 34min17

1) « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

-Médecin n°3 : « Bon en fait je suis de garde officiellement mais c'est un collègue qui me prends toute mes gardes, donc la dernière ça fais longtemps, ça fais plus d'un an.»

-moi : « Plus d'un an ... pourriez vous me raconter quand même votre dernière garde ? »

-Médecin n°3 : « Je me rappelle plus du tout, non en fait ça fait encore plus longtemps... je suis quand même de garde le samedi entre guillemet, le samedi matin, ici le cabinet est ouvert. Mais ce n'est pas vraiment une garde. En fait j'ai arrêté de faire des gardes quand ils ont monté la maison médicale de garde. Mais moi j'étais à l'ancienne époque ou on faisait des gardes a partir du domicile, on était appelé et on y allait. »

-moi : « Avez-vous fais des gardes sur la maison médicale ? »

-Médecin n°3 : « Officiellement oui mais en fait »

-moi : « Et avez-vous des souvenirs de votre dernière garde ? »

-Médecin n°3 : « Je ne sais plus. Enfin j'ai des souvenirs de quelques patients. Je sais que souvent on sortait sur des âneries, ou des trucs très graves ça dépendait .Mais c'était quand même régulé par le SAMU a l'époque, mais souvent 'était des âneries »

-moi : « Et vous en faisiez souvent ? »

-Médecin n°3 : « Je pense qu'à l'époque c'était au moins une par mois »

-moi : « Comment vivez-vous vos gardes ? »

-Médecin n°3 : « Pas bien. On essayait à l'époque de faire venir les gens au cabinet, pour pas aller au fin fond des villages. Mais on était quand même obligé pour les personnes âgés, les gens qui ne pouvaient pas se déplacer, c'était galère. Il n'y avait pas de GPS, on vous disait c'est la maison bleu avec des volets bleus, et c'était soit des âneries soit des turcs vraiment très grave, on sait jamais c'est difficile pour le SAMU de réguler. Et puis on était un peu tout seul. »

-moi : « Vous revenez souvent sur le fait que les visites étaient pas adapté, quel serait une visite adapté ? »

-Médecin n°3 : « Alors une visite adapté serait une visite justifié à domicile déjà, et ici la population est très paupérisé, très inquiète. Au téléphone ils sont capables de dire qu'ils ont 40, c'est la panique à bord, ils ne peuvent pas donner un doliprane et

quand vous y allez l'enfant va très bien avec un petit 38. La population n'est pas très éduquée. Et c'est le même public à la MMG. Ca ne justifierais pas une consultation en urgence. »

-moi : « Et quel serait une consultation justifiée ? »

-Médecin n°3 : « Et bien je ne sais pas, une colique nephretique, un gamin qui a de la fièvre, des gastroentérites chez des petits, une poussée tensionnel, enfin y'en a plein. Mais après la goutte au nez non ce n'est pas justifié enfin on le voit encore beaucoup. »

-moi : « Et y'avait t'il un impact sur votre vie ? »

-Médecin n°3 : « Oui. Surtout la fatigue après garde. Si vous faites une garde le dimanche soir et que vous enchaînez le lundi matin, que vous n'avez pas de chance et vous faites 2 sorties dans la nuit au fin fond de l'Aude, vous êtes crevé et vous vous retrouvez a enchaîner sur le travail du matin. Ca passe quand on est jeune mais la non. Les gardes sont fatigantes. »

-moi : « Et vous adaptez vos journées après les gardes, comment faisiez vous ? »

-Médecin n°3 : « Théoriquement on devrait après une garde se reposer, je sais même pas si on est couvert par les assurances. Mais on n'a pas de repos compensateur comme par exemple a l'hôpital.

2) Moi : « J'entends que vous ne faites plus de garde actuellement , y'a-t-il des éléments positifs sur vos gardes et le système de garde actuel ? »

-Médecin n°3 : « Et bien la maison médicale de garde c'est pas mal. A mon avis c'est une structure qu'il faut conserver car cela désengorge un peu les urgences. Le problème c'est que nous somme en désert médical et que du coup des fois dans la journée on ne peut pas voir tout le monde donc les gens se rabattent sur la maison médicale. Ici quand y'a trop de monde le soir et bien on rabat sur la maison médicale pour pas rentrer a 22h. »

-moi : « Et y'aurait –t-il des choses à améliorer sur le système de garde actuel ? Sur vos gardes ? »

-Médecin n°3 : « Je pense que tout est à repenser. Je pense qu'il y a des choses qui pourraient être déléguées aux infirmiers, de suivi de tension, des INR. Et puis il faudrait un peu plus de médecin. Donc vraiment tout le système de santé à refaire. Développer la télémédecine, travailler avec des correspondants aussi, on ne trouve plus de dermato, plus de gynéco , tout est compliqué donc on renvoi sur les urgences. Mais vous êtes mal tombé parce que ce les gardes je n'en fais plus et je n'ai aucune envi d'en refaire. »

-moi : « Pour quelles raisons ? »

-Médecin n°3 : « Parce que la je suis fatiguée, j'ai envie de dormir la nuit, j'estime que je travaille assez dans la journée. Et puis la médecine ce n'est pas ma vie, enfin ce n'est pas ma vie... ; Je n'ai pas envie de passer tout mes weekends à attendre le coup de fil..... Et donc quel est ce système que vous présentez ? »

Brève présentation du médecin mobile et de son intégration potentielle sur l'Aude. Visites régulées, avec protocole de visite dites « inévitable » claire et établi à l' avance. Fusion des secteurs, disparition des nuits profondes.

-Médecin n°3 : « Donc c'est un médecin qui ne ferait que ça ? Il serait salarié ? »

-moi : « Non il y aurait des forfaits (explication des forfaits) »

-Médecin n°3 : « Et c'est du libéral ? »

-moi : « Oui »

-Médecin n°3 : « Je ne sais pas si vous allez trouver des tonnes de médecins. Et le but de la main-d'œuvre c'est pour qu'il y ait moins de médecin de garde ? »

-moi : « Oui c'est pour réduire le nombre d'astreinte et pouvoir continuer à assurer les astreintes sur des territoire éloignés, de maintenir une permanence de soins ».

-Médecin n°3 : « Et du coup les secteurs seront élargis aussi pour la maison médicale ? »

-moi : « Oui en effet mais la sur votre secteur, cela ne représente pas grand monde en plus finalement.

-Médecin n°3 : «Le problème c'est que quand les gens sont loin, ils vont directement à l'hôpital aussi plutôt que d'aller à la maison médicale de garde. Les gens quitte à faire 30 min de trajet irons directement à l'hôpital. »

-moi : « L'idée aussi c'est une régulation des consultations sur les horaires de permanence des soins.

3) Moi : « Je vous laisse me donner votre avis sur le médecin mobile »

-Médecin n°3 : « Et bien il faudrait que vous voyez avec mes collègues, moi je ne suis plus trop dans les gardes. J'aurais un avis surtout théorique. »

4) moi : « La question d'après étant seriez vous prêt a participer a la fonction de médecin mobile ? »

-Médecin n°3 : « Surtout pas, même si c'est 8 jours par an. Mais après ça peut intéresser d'autres médecins. Mais pas en libéral »

-moi : « J'aimerais néanmoins votre avis sur ce rôle et cette organisation que je vous ai présenté ? »

-Médecin n°3 : « Je ne sais pas. Si c'est un secteur très étendu le médecin va faire 2 à 3 visites dans la nuit très loin pour ... enfin je ne sais pas. Un médecin que pour des visites c'est surtout très bien pour les médecins qui sont a la maison médicale de garde. Après il faudrait voir combien ils font de visites. A mon avis ça doit pouvoir intéresser les médecins dans des endroits reculés. Eux ils sont peut être partant, ils doivent être fatigués, ils ne sont pas jeunes. »

-moi : « Et quels aspects de la fonction médecin mobile vous arrêteraient ? »

-Médecin n°3 : « Ah moi j'ai aucune envie de me trimballer la nuit j'ai passé l'âge, fait 40 km pour une visite en pleine nuit avec les sangliers, non c'est fini. Pour les jeunes je veux bien, mais pour les vieux c'est non.»

-moi : « Y aurait t'il des choses à mettre en place pour motiver les médecins à participer à cette fonction ? »

-Médecin n°3 : « Pour les vieux comme nous ? »

-moi : « Et pour les jeunes, enfin pour tous les médecins. »

-Médecin n°3 : « Le problème c'est que les médecins installés les $\frac{3}{4}$ sont vieux, c'est quand même le gros problème. Vous n'avez pas la même vision quand vous avez 55 ou 60 ans que quelqu'un qui a 30 ans qui peut passer une nuit blanche. Donc pour me motiver moi : rien du tout. Vous pouvez me donner 10000 euros. Ou peut être du salariat, parce que les galères du libéral pour faire ça, je ne sais pas si vous trouverez beaucoup de monde. Et ça ferait combien de garde mettons dans le mois ? »

-moi : « Et bien il en faudrait un pour chaque jour de week end et férié et un par mois. Sur chacun des 5 secteurs. Après ce serait les médecins des secteurs fusionnés qui feraient les gardes sur le secteur. Après l'idée est que ça puisse attirer les médecins non installés et interne remplaçant et qu'ils puissent participer. »

-Médecin n°3 : « Alors eux oui mais nous non. »

-moi : « Néanmoins pour la liste de garde il faut des volontaires sur les médecins installés du secteur. »

-Médecin n°3 : « Alors moi je ne ferais pas, je change de métier, c'est hors de question. Je croyais que c'était vraiment un médecin complètement à part. Une création de poste. Je n'avais pas compris je pensais que c'était un médecin en plus qui ne ferait que ça. Alors là vous pouvez rayer tout ce que j'ai dit c'est hors de question. »

-moi : « Très bien, je vous écoute, pourquoi est-ce hors de question ? »

-Médecin n°3 : « Parce que je suis fatiguée, je suis fatiguée déjà quand je rentre chez moi le soir, déjà j'ai l'impression de patiner. De faire de la médecine vétérinaire

que c'est un hall de gare, que vous voyez les gens de plus en plus vite, que c'est du grand n'importe quoi. Je ne suis pas sûr qu'autour de moi il y a beaucoup de gens motivés. Et pourquoi, si pour réduire le nombre de secteur, mais toujours avec les mêmes moyens on prend les médecins du secteur et on leur demande toujours de faire un peu plus. En plus il faut mobiliser 2 médecins au lieu d'un, un qui se balade et l'autre à la maison médicale de garde. Après il faudrait interroger tous les médecins mais vu l'âge global ici je ne suis pas sûr que vous trouviez. »

-Moi : « Et y'aurait-t'il à votre avis des choses à mettre en place pour aider le médecin mobile ? »

-Médecin n°3 : « Et bien, par exemple qu'il ait un repos compensateur. C'est ce que je vous disais, si on fait des gardes comme ça le week end, et bien le lendemain il faut assurer, donc des compensations comme ça peut être éventuellement. Mais on n'est pas là pour pallier tous les manques de la médecine en France. Ou alors ils ne sont pas au bon endroit, mais nous aussi nous sommes en désert médical. Si j'avais 30 ans que je démarrais j'aurais un autre discours, mais là j'ai donné. »

-moi : « Et y'aurait-t'il d'autres choses qui pourraient bloquer l'acceptabilité du médecin mobile hormis la fatigue ? »

-Médecin n°3 : « Et bien je crois que c'est surtout ça, après dans ces zones là souvent on n'a pas de téléphone qui passe, on n'a pas de GPS. C'est de la médecine compliquée. »

-moi : « ET que pourrait-on mettre en place ? »

-Médecin n°3 : « et bien éventuellement la création d'un poste de médecin mobile, mettre en place un médecin salarié, et pas compter sur les troupes déjà sur le terrain. Nous c'est bon on donne, je n'ai pas envie de donner plus. »

Médecin femme 54 ans

Travaillant en cabinet de groupe, en milieu urbain

Sur secteur de garde avec une maison médicale de garde, ne fais plus de garde.

Verbatim médecin n°4 21min24

1) moi : « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

-Médecin N°4 : « Alors, je pense que j'étais à la régulation au centre 15 en support le 1^{er} janvier ou le weekend d'avant ou d'après, parce que ça débordait de partout et celui qui était à la régulation s'en sortait pas, y' avait 20 ou 30 dossiers en retard et donc je suis allé l'aider. »

-moi : « D'accord et vous faites des gardes en tant qu'effecteur ? »

- Médecin N°4 : « Et je fais également des gardes à la maison médicale de garde. C'était pendant l'épidémie de grippe durant la période de Noël. C'était une catastrophe, il y a eu 30 patients entre 20 h et 24 heures. »

-moi : « Comment vous sentez-vous pendant vos gardes, et après ? »

- Médecin N°4 : « Pas bien, je suis de plus en plus fatigué de faire des gardes. J'approche les 60 ans et j'en ai marre, vraiment marre. Et surtout quand on voit ce que l'on fait en garde qui est n'importe quoi. 30 patients en 4 heures après une journée de travail, à 60 ans c'est compliqué. »

-moi : « C'est-à-dire n'importe quoi c'est ... ? »

- Médecin N°4 : « N'importe quoi c'est-à-dire que la majorité des gens que l'on voit en garde ce sont des gens qui ne devraient pas venir, c'est le nez qui coule, 38°C de fièvre. Les gens ne prennent pas en charge les petits bobos de la vie quotidienne. Ils ont toujours besoin d'un avis médical alors que ce n'est pas justifié. »

-moi : « Qu'est- ce qui serait justifié ? »

- Médecin N°4 : « Ce serait de réguler l'accès aux maisons médicales. Mais une fois que les gens savent où aller, la régulation ne marche plus. Ils y vont directement. Et une maison médicale régulée, je ne suis pas sûr que ça marche, parce qu'à partir du moment où on fait une régulation efficace, il n'y a plus personne. Juste avant qu'il n'y ait la maison médicale, j'ai un souvenir : il y avait un médecin qui était efficace à la régulation. J'ai un souvenir d'une période d'épidémie de grippe, il y a quelques années, c'était moi le médecin effecteur sur la ville et je n'ai pratiquement rien fait. J'ai fait 7 appels dans le weekend. Donc si on fait une régulation efficace les maisons médicales risquent de fermer donc je ne sais pas ce qui est le mieux.

-moi : « Et pouvez-vous me dire quel est l'impact de vos gardes sur votre activité, sur votre vie privée ? »

- Médecin N°4 : « Moi je m'en fous un peu parce que les enfants sont grands. J'ai plus personne à la maison, donc faire une garde ça me gêne pas trop, sauf que je

suis fatigué. Après je fais partie de l'ancienne génération où on bosse. Je ne suis pas sûr que les jeunes..... eux ils ne sont pas trop à la maison médicale, on ne les voit pas. Comme dans les régulations au 15, ils sont beaucoup moins présents que les personnes de notre âge. Donc le système va se casser la gueule bientôt, enfin je pense. »

-moi : « Et adaptez-vous votre activité après vos gardes ? »

- Médecin N°4 : « Non je continue, je travaille le lendemain matin après la garde du soir. Il n'y a pas de repos compensateur. »

2) -moi : « Avez-vous des idées sur la manière dont on peut améliorer vos gardes ? »

- Médecin N°4 : « C'est vrai que le problème que l'on a à la maison médicale, ce sont les visites. Parce que quand la salle d'attente est pleine, une visite ça va vous prendre une heure et sur 4 heures, on ne va pas vider la salle d'attente, donc effectivement ça pose problème. »

-moi : « Y'a t'il des choses qui vous plaisent sur vos gardes, que vous aimez ? »

- Médecin N°4 : « Alors ce qu'il y a de bien, c'est que l'on finit à minuit. Parce qu'à l'époque on était de garde toute la nuit, il n'y avait pas de régulation. On était appelé à 2h du matin pour un patient qui n'arrivait pas à dormir. C'était n'importe quoi. Donc là, déjà, à minuit au moins, on peut aller au lit. La structure maison médicale c'est bien quand même parce qu'il y a une secrétaire qui fait tout le boulot qui encaisse, qui fait les paperasses, on ne fait que de la médecine et ça c'est bien. Le seul inconvénient de la maison médicale, c'est que l'on voit un peu n'importe quoi. Ça et le problème des visites. »

-moi : « Pouvez-vous m'en dire plus sur le problème des visites ? »

- Médecin N°4 : « Le problème des visites, c'est que ça prend du temps. ½ heure, ¾ d'heure, ça peut se faire quand ce n'est pas trop loin mais comme les secteurs sont de plus en plus grands... »

-moi : « Comment pourrait-on faire pour améliorer les choses ? »

- Médecin N°4 : « La solution que l'on a actuellement, c'est d'envoyer une ambulance quand on a un problème, qui rapatrie le patient, soit aux urgences soit....même pas à la maison médicale d'ailleurs. A la régulation, on leur dit on ne peut pas y aller et on envoie une ambulance qui rapatrie aux urgences. »

-moi : « Voyez-vous d'autres solutions à mettre en place ? »

- Médecin N°4 : « Actuellement, c'est la seule solution que l'on a. Surtout que sur le département, on a tout un secteur où il n'y a même pas un médecin de garde. D'ailleurs, je ne pense pas qu'il y ait plus de morts. Sur un secteur, ça fait 3 ou 4 ans

qu'ils fonctionnent sans médecin de garde, le seul problème qu'ils ont, ce sont les certificats de décès. »

-moi : « D'accord, mais vous ne pensez pas que ces visites soient du ressort de la permanence de soins ? »

- Médecin N°4 : « Et bien le problème que l'on a c'est que l'on a de plus en plus de mal à recruter. A la régulation, la moyenne d'âge c'est 57 ou 60 ans. Les médecins qui sont là ont leurs activités, la régulation, leurs gardes en effecteur, on n'en peut plus, on ne peut plus rien faire de plus. Alors, quand on part sur l'idée du médecin mobile, ce serait une solution mais quand on en parle à la régulation, personne ne veut être médecin mobile. »

3) moi : « Vous aviez déjà entendu parler du médecin mobile ? »

- Médecin N°4 : « Oui, dans certaines régions, vers St Gaudens, ça marche pas mal je crois. Mais peut être aussi que la géographie s'y prête. »

-moi : « Que pouvez-vous me dire de plus sur le médecin mobile ? »

- Médecin N°4 : « En théorie c'est bien, que quelqu'un puisse aller faire une visite loin. Je serais à la régulation, j'ai un problème un peu loin et j'ai à ma disposition un médecin mobile qui puisse faire la visite, ça me va très bien. En pratique, qui va être médecin mobile ? Est-ce que les jeunes sont prêts à faire ça ? Combien ils vont être payés pour être bloqués tout le weekend faire 2 visites ? L'ARS qui ne va pas payer, je ne sais pas trop... Ce qui est sûr c'est que moi je ne ferais pas médecin mobile. »

Présentation du projet médecin mobile et des secteurs élargis, également du protocole des visites inévitables.

-Moi : « Que pensez-vous que l'on puisse mettre en place pour rendre le médecin mobile plus attractif ? »

- Médecin N°4 : « Et bien, on en avait déjà parlé à la régulation. Quand on pose la question si l'on souhaite être médecin mobile, personne ne veut l'être. Après si ça intéresse des médecins pourquoi pas. Le problème c'est qu'il va falloir les trouver. En plus on ne va pas à 60 ans aller courir le soir, on y voit moins bien. Donc est-ce que les jeunes sont prêts à être médecin mobile ? Donc posez la question à la fac et vous verrez, mais les vieux ne vont pas le faire. Mais vu le peu de garde qu'ils font, je ne suis pas sûr que ça les intéresse. »

-moi : « Certes, mais si ce rôle est créé, la liste de volontaires sera basé sur les médecins volontaires installés sur le secteur. »

- Médecin N°4 : « Exactement, donc il faut une liste donc ça va être compliqué. On a déjà du mal à remplir les lignes de la régulation au 15 et de la maison médicale. Donc créer une ligne en plus à remplir... Je ne sais pas, je suis un peu pessimiste.

-moi : « Pensez-vous qu'il y ait des choses à mettre en place pour motiver les médecins ? »

- Médecin N°4 : « Il ne faut pas le dire mais c'est une question financière. Si on bloque un médecin pour 80 euros ou 100 euros le soir entre 20 heures et minuit, le mec ne va pas le faire, surtout s'il travaille bien dans la journée. Et il y a peut être des gens intéressés par ce mode de fonctionnement. Je ne sais pas quelles vont être les motivations des gens, mais ma motivation, c'est de ne pas le faire. »

4)-moi : « Pouvez-vous me donner vos raisons ? »

- Médecin N°4 : « Parce que je travaille déjà beaucoup dans la journée, nous faisons des gardes à la régulation et à la maison médicale, j'ai assez donné. Je n'ai pas envie d'aller courir le département la nuit à 60 ans »

-moi : « Y aurait-il d'autres freins à ce rôle ? »

- Médecin N°4 : « Non, c'est surtout la fatigue, et financièrement j'en ai pas besoin. »

-moi : « Pensez-vous qu'il y ait des choses à mettre en place pour aider le médecin mobile ? »

- Médecin N°4 : « Avant de le créer, il faudrait faire une étude de marché pour voir si des médecins seraient volontaires. Il faudrait faire un sondage, mais vu la moyenne d'âge des médecins sur le département ça va être compliqué. Après on se demande quel serait vraiment l'intérêt. Ce serait bien pour les EHPAD, pour les patients qui sont envoyés aux urgences où ils vont attendre 4 heures c'est évident. Après il faudrait que ce soit des visites justifiées, parce que la plupart des visites ou les patients ne peuvent pas se déplacer, souvent ça se finit par une hospitalisation. Donc je suis pas sûr du grand intérêt, à part les EHPAD, les certificats de décès.. »

-moi : « Vous me parliez du côté financier, c'est-à-dire ? »

- Médecin N°4 : « Je n'en ai aucune idée. Nous, on fait de la régulation, on est payé 3C de l'heure en honoraire donc au final ça fait 35 euros de l'heure, ce qui fait qu'on gagne moins qu'au cabinet. Bon, après on le fait parce qu'il faut bien le faire. Après, si on propose ça aux jeunes médecins, 35 euros de l'heure pour aller au fin fond du département, je ne sais pas... Il faut demander aux jeunes. Mais c'est sûr que la rémunération aura son importance, si ce n'est pas bien payé, il n'y aura personne. »

-moi : « Voyez-vous des cotés négatifs au rôle de médecin mobile ? »

- Médecin N°4 : « Non, si on peut le mettre en place c'est une bonne chose, c'est sûr. Le frein ça va être de recruter des médecins. »

-moi : « A part ce coté financier, y'aurait-il d'autres cotés positifs à la fonction de médecin mobile ? »

- Médecin N°4 : « Je ne sais pas, ce qui m'inquiète c'est que déjà les jeunes ne s'investissent pas dans les gardes et la régulation. Quand nous allons partir à la retraite et y en a pas pour très longtemps, on va déjà avoir du mal à recruter pour ces structures là. Donc comment va t-on faire pour créer en plus une autre ligne avec des gardes ? On est dans une situation compliquée actuellement. En plus, avec l'ARS qui ne comprend rien, dont le seul but est de diminuer les budgets. On ne peut pas compter sur les sous de l'ARS, la première année ils vont financer et après la deuxième année ils vont commencer à diminuer les budgets et démerdez vous. C'est le cas pour les maisons médicales où chaque année, on est en train de pleurer pour avoir des sous. Ca devient compliqué alors aucune confiance en l'ARS, en tout cas, pas pour créer une structure comme ça. Ils sont incapables de budgétiser, ils sont à budget constant. Ils sont en grève à la régulation à Toulouse, on va bientôt l'être nous aussi. Les maisons médicales vont suivre bientôt... »

Médecin homme 59 ans

Travail en groupe, en ville

Gardes en maison médicale 6 de semaine et 6 de weekend et fériés

Gardes en régulation 1 par mois

Pas de nuit profonde

VERBATIM N°5 29min

1)-moi : « pourriez-vous me raconter votre dernière garde ? »

-Médecin N°5 : « Ce n'est pas difficile, c'était le weekend dernier, donc c'est frais. Ça n'a pas été spécialement agité. C'était un samedi après-midi, une dame qui avait une sinusite qui a tardé à appeler parce que ça datait du début de la semaine. Après, j'ai été appelé par la régulation pour une situation, comme ça arrive de temps en temps, quand je reçois l'appel, je me dis : « mais qu'est-ce que je vais faire ? » Parce que ça relevait manifestement de l'hôpital. C'était une dame en maison de retraite retrouvée par l'infirmière avec un trouble de la conscience, et aux dernières nouvelles, elle a une hémorragie cérébrale. Et le soir j'ai vu quelqu'un d'autre avec une douleur dans la jambe gauche suite à un arrêt de previscan et relais HBPM pour une coloscopie. C'était curieux parce qu'il n'y avait pas de signes de phlébite, par contre la jambe était un peu froide et les pouls étaient moins perçus du côté douloureux. Donc ça faisait redouter un embolie à la faveur de l'arrêt du previscan ou du relais. Donc je l'ai envoyé à l'hôpital et après j'ai eu des nouvelles, c'était bien une phlébite donc un tableau atypique. Et puis le dimanche matin, j'ai d'abord vu un gamin qui n'était pas de mon secteur, car pas de médecin sur le secteur, qui avait une pneumonie. Après, j'ai vu un gamin qui avait vomi, et puis une gamine avec une rhinopharyngite et fièvre. Et puis j'ai encore eu un appel d'une maison de retraite, l'infirmière disait que la patiente était cyanosée. En effet, elle avait les mains bleues. C'est un peu la même chose que la veille je me suis dit : « qu'est-ce que je vais faire ? » Effectivement, pas grand-chose. Je l'ai envoyé à l'hôpital, elle avait une embolie pulmonaire. Voilà, je pense que j'ai à peu près fait le tour.

-moi : « Comment vous sentez-vous sur vos gardes et après vos gardes ? »

-Médecin N°5 : « Parfois de l'agacement, parce que effectivement quand on reçoit des appels, on se demande ce qu'on va faire, ça agace toujours un peu. C'est du temps et de l'argent perdu. Et puis quand même un sentiment d'être utile. »

-moi : « Y a-t-il un impact sur votre vie privée ? »

-Médecin N°5 : « Ah oui quand même ma femme est vétérinaire, elle prend des gardes aussi, donc oui. »

-moi : « Dans quelles mesures ? »

-Médecin N°5 : « Modéré, ça n'a pas un impact retentissant. »

-moi : « Et sur votre activité en semaine ? »

-Médecin N°5 : « C'est-à-dire ? Parce que en semaine nous ne faisons plus de garde. Nous ne faisons que samedi après midi et dimanche en journée. »

-moi : « Ah très bien, et vos gardes de weekend, dans quelle mesure impactent-elles sur votre semaine ? »

-Médecin N°5 : « Pas beaucoup. Un petit peu de temps le lundi matin pour prévenir les confrères et un peu de temps pour des gens qui rappellent le lundi ou mardi parce que, ou leur médecin traitant n'est pas là, ou ce sont des gens en déplacement ou pas de la région, des choses comme ça. Mais après, très faible.

-moi : « Donc vous n'adaptez pas vos consultations le lendemain ? »

-Médecin N°5 : « Non, il n'y a pas besoin. Pourquoi il y en a qui adaptent ? Qui ne travaillent pas le lundi quand ils sont de garde le dimanche ? »

-moi : « Non, pour l'instant personne. »

-Médecin N°5 : « Oui, c'est d'ailleurs pour ça qu'il y a peu de régulation en nuit profonde sur l'Aude. Il faudrait adapter ses consultations le lendemain, ce qui n'est pas toujours évident. Après, nous, on a un problème sur notre secteur. On avait demandé des adaptations sur notre secteur, on ne les a pas eues. Ce qui fait qu'on a un secteur très grand et où on se déplace encore pas mal... Et ça pose des problèmes. Mais c'est un problème vraiment spécifique à notre secteur. Nous ça nous arrive, enfin ça ne m'est pas trop arrivé, mais on peut être appelé loin et ça peut poser problème, notamment en période hivernal, c'est surtout ça. On aurait du avoir des transports de patients pour limiter nos déplacements, on ne les a pas eus, entre autre.»

-moi : « D'accord donc surtout la pénibilité..... »

-Médecin N°5 : « Et bien le temps médical perdu à conduire sur certaines gardes, oui. Ca m'est arrivé ça, d'être appelé le même matin à deux bouts différents du secteur. Il doit y avoir 60 km et ce n'est pas des km qui vont vite. Je ne sais pas si j'ai été clair. C'est-à-dire que nous sur notre secteur, on était de moins en moins nombreux donc pour pouvoir préserver la permanence des soins, on avait demandé de fusionner les secteurs ».

-moi : « Donc là vous êtes sur le secteur Couiza Espéraza Quillan »

-Médecin N°5 : « Oui mais qui va jusqu'à Chalabre. Le secteur Quillan est la fusion de l'ancien secteur de Chalabre et du secteur de Quillan, avec lequel a ensuite fusionné le secteur Couiza Espéraza. Ce qui fait un secteur immense qui va d'Alet-les-Bains jusqu'au dessus de Puivert. Et dans l'autre sens, ça va de Chalabre jusqu'à Bugarach. »

2)-moi : « Y'a-t-il des choses qui vous plaisent dans vos gardes ? »

-Médecin N°5 : « Pas grand-chose. Enfin ce qui me plaît dans mes gardes, c'est ce qui me plaît ailleurs. C'est de soigner et discuter avec les gens etc... Mais spécifiquement aux gardes non rien. »

-moi : « Et ce qu'il y a de pénible ? »

-Médecin N°5 : « Je ne peux pas dire que ce soit pénible en même temps, il ne faut pas exagérer. Après ce qu'il y a de plus pénible, c'est parfois de devoir chercher des baraques, sinon je ne sais pas trop. »

-moi : « Quand vous êtes de garde, est-ce que vous vous dites que vous aller passer une bonne journée ? Quel est votre sentiment ce jour là ? »

-Médecin N°5 : « Et bien ni bon ni mauvais, il faut le faire. J'ai un ressenti assez neutre en fait. Je n'ai pas d'amour spécifique des gardes ni de rejet non plus. Sur notre secteur, elles ne se passent pas trop mal malgré le problème que l'on a. Et puis, j'ai toujours eu la chance depuis que j'étais interne, j'ai jamais attiré le travail en garde. Des trucs à la con dont on se souvient toute sa vie, je n'en ai pas eu beaucoup. Je ne suis pas trop chat noir. »

-moi : « Y aurait-il des choses à changer sur vos gardes ? »

-Médecin N°5 : « Et bien, sur notre secteur oui, mais on l'a déjà demandé. Sur notre secteur, il y a plusieurs choses à faire. Il faut redécouper le secteur, il faut rattacher une partie du secteur à la PDS de l'Ariège. Il faut que l'on ait les transports de patients. Déjà, quand on aura ça, ce sera beaucoup plus facile. On avait demandé trois choses, un point fixe de consultation, on l'a eu. Le transport de malade, on ne l'a pas eu et le redécoupage du secteur on ne l'a pas eu. Il manque 2 choses sur 3 pour que les gardes soient plus faciles. »

-moi : « Donc quand même des choses difficiles. »

-Médecin N°5 : « Oui, parfois le temps perdu à se déplacer pour des patients parce que pour X ou Y raison font qu'ils ne peuvent pas. Médicalement, ils pourraient mais on est quand même obligé d'y aller parce qu'il n'y a pas de voiture.....Comme ça m'est arrivé dimanche matin, le gamin que j'ai vu à domicile. En fait, le papa était pas là, la mère conduisait pas ou n'avait pas de voiture. Il y avait un petit bébé dans la maison, bref l'état du gamin n'était pas dramatique. Ils auraient pu venir consulter mais il a fallu que j'y aille. »

3)-moi : « Vous aviez déjà entendu parler du rôle de médecin mobile ? »

-Médecin N°5 : « Un peu oui. »

-moi : « Que pouvez vous m'en dire ? »

-Médecin N°5 : « Pas grand chose. Je ne sais pas à quoi il ressemble. Je sais que ça s'est fait vers Muret.

Brève présentation du médecin mobile, du protocole de visite inévitable, et du projet d'intégration sur l'Aude avec le redécoupage du département en 5 grands secteurs. Médecin mobile mis en place initialement en Loire-Atlantique.

-Médecin N°5 : « Mais les routes de Loire-Atlantique et les routes de l'Aude ne sont pas du tout les mêmes. »

-moi : « Et les routes sont un facteur limitant ? »

-Médecin N°5 : « Plutôt oui. Les routes ne sont pas en très bon état, elles sont sinueuses. Bon, on ne fait plus de nuit mais il m'est arrivé de monter dans des patelins sous la neige. Pour monter encore ça va, mais redescendre c'est plus compliqué. »

Retour sur la présentation de la fusion des secteurs avec un effecteur fixe et un effecteur mobile et création d'une maison médicale sur Limoux.

-Médecin N°5 : « Mais non seulement on y pense, mais avec mes confrères, on s'est dit que ce ne serait pas logique d'avoir une maison médicale qui fonctionne jusqu'à minuit. Il vaudrait mieux qu'il n'y ait pas de médecin après 20 h, mais qu'il y en ait deux à la maison médicale de garde le samedi et le dimanche. Un qui fait les consultations et un qui fait les visites. L'idée n'était pas de moi mais quand je suis venu rapporter la réunion en tant que représentant de secteur à mes confrères, ils ont dit effectivement, c'est un secteur où il y a plusieurs maisons de retraite des hôpitaux locaux etc. Donc que c'était plus logique qu'il y ait deux effecteurs, un fixe et un mobile. Mais c'est sûr que ce serait compliqué de mettre deux médecins en place la semaine le soir, et le samedi et dimanche jusqu'à minuit. Donc ce serait probablement que le samedi après-midi et le dimanche. »

-moi : « Sur des horaires donc diminués jusqu'à 20h ? »

-Médecin N°5 : « Oui, ce qu'on fait actuellement ici d'ailleurs. »

-moi : « Et le relais est pris... »

-Médecin N°5 : « Il y a le SMUR à côté ici. A Quillan. On ne prend plus de garde après 20 h en semaine. On en faisait mais avec les problèmes que l'on a eus, on a dit qu'on ne prenait plus de gardes après 20h. »

-moi : « Que pensez-vous de ce mode de fonctionnement effecteur fixe et mobile de vos collègues ? »

-Médecin N°5 : « Et bien j'ai trouvé qu'effectivement ils avaient raison. Je n'y avais pas pensé. C'est sûr que nous sommes dans un secteur où l'on peut difficilement envisager d'avoir que des effecteurs fixes. Ou alors il faudrait que tous les malades soient transportés. Mais après on a des maisons de retraite, donc si on part sur un secteur comme il a été découpé, on peut difficilement imaginer n'avoir que des effecteurs fixes. »

4)-moi : « Seriez-vous prêt à être médecin mobile ? »

-Médecin N°5 : « Oui, moi ça ne me dérangerait pas. »

-moi : « est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur vos motivations ? »

-Médecin N°5 : « Et bien, je suis un médecin qui se déplace déjà beaucoup en semaine donc ça ne me dérange pas .J'ai une patientèle âgée, je fais déjà beaucoup de domicile, j'ai beaucoup de visites. Ca ne m'a jamais posé plus de problème que ça, mis à part le temps passé à conduire lorsqu'il faut aller dans des patelins un peu loin ou à des endroits différents. Mais ça ne me pose pas de problème, au contraire si je devais rester dans un cabinet enfermé toute la journée, ça me pèserait un peu. Je sais que j'ai des confrères qui n'aiment pas se déplacer, qui préfèrent rester dans leur bureau, moi non.

-moi : « Voyez-vous des choses à mettre en place pour aider le médecin mobile ? »

-Médecin N°5 : « Je pense que si on a un secteur comme il a été découpé, ce sera à expérimenter. Mais nous, notre fusion de secteur comme il est actuellement, c'était de l'expérimental à la base, mais ça dure depuis 3 ans. Donc je pense que si on redécoupe le secteur avec un effecteur fixe et un mobile sur des horaires qui pourront difficilement être des horaires de soirée, il faudra se donner un point d'étape au bout de 2 ou 3 mois et réévaluer, voir s'il y a des problèmes. Que ce ne soit pas de l'expérimental qui devient définitif. »

-moi : « Donc avec possibilité de revenir en arrière, donc ce serait *a posteriori*. Est-ce que *a priori* vous pensez qu'il y a des choses à mettre en place pour le rôle de médecin mobile ?»

-Médecin N°5 : « Là, comme ça je ne sais pas. »

-moi : « Et l'arrêt des gardes à 20h ? »

-Médecin N°5 : « Après, à Limoux ils ont arrêté les gardes depuis 3 ans. Nous, on arrêté à 20h depuis 2 ans. Que je sache, ça n'a pas posé plus de problèmes que ça. Et puis, quand on a arrêté les gardes après 20h, pour y revenir, ce n'est pas facile. Et financièrement, je suis pas sûr que ça coûte plus cher d'avoir un effecteur fixe et un mobile jusqu'à 20h qu'un seul fixe jusqu'à minuit. Non, je pense que c'est plus logique de faire comme ça.»

Médecin homme exerçant en rural, 41 ans

Garde de secteur effecteur mixte

1 week-end sur 7 : samedi après-midi et dimanche jusqu'à 20h, pas de garde de semaine.

Verbatim médecin n°6 23min11

-moi : « Bonjour, je réalise des entretiens pour un travail de thèse sur la faisabilité du médecin mobile sur l'Aude. »

-Médecin N°6: « Moi j'estime que c'est faisable, mais il faut faire que ça et il faut qu'il soit hyper bien aidé. C'est-à-dire qu'on lui donne un GPS, qu'il puisse se localiser facilement parce que c'est compliqué de faire des visites dans des villages où on n'a jamais mis les pieds. »

3)-moi : « Donc vous en avez déjà entendu parler avant, pouvez-vous m'en dire plus sur le médecin mobile ? »

-Médecin N°6: « Ici, le problème en régulation, c'est qu'on a ce qu'on appelle les visites incompressibles. C'est-à-dire des gens âgés qui ne peuvent pas se déplacer. Il y aurait une solution civique d'avoir un correspondant médical dans les villages qui par une citoyenneté partagée, amènerait la personne à la maison médicale de garde mais ce n'est pas dans les mœurs. Donc, il faut avoir un médecin mobile. Mais un médecin mobile sur les secteurs que l'on veut nous attribuer, il faut qu'il ne fasse que ça. Il ne peut pas avoir une autre activité dans la journée que de faire des visites. Parce que si vous allez à 45 km d'ici dans un village que vous ne connaissez pas, voir un patient que vous ne connaissez pas qui est alité, cela va prendre automatiquement beaucoup de temps. Et donc en régulation il faut intégrer le fait qu'il faut une heure de trajet, éventuellement une heure au chevet du patient puis une heure pour revenir. Tout ça avec les moyens modernes de communication et de localisation, on peut le faire ce n'est pas impossible. Mais il faut que quand on envoie le médecin mobile sur une visite, il faut que ce soit précis. On ne peut pas l'envoyer sur une visite en disant : « c'est la quatrième maison du village avec les volets rouges » mais avec des adresses, des points précis, des personnes qui attendent. Il y a toute une organisation logistique qui doit être pointue. »

-moi : « Y aurait-il d'autres choses à mettre en place ? »

-Médecin N°6: « Il faut penser que le gars qui a fait une heure de trajet et une heure de visite, ne peut pas avoir 4 visites supplémentaires. Il faut réserver ce médecin mobile sur des gens qui vraiment sont alités et qui ne peuvent pas se déplacer, où il n'y a pas de famille ni d'environnement. Mais ça, c'est un problème de régulation. »

-moi : « Donc un protocole de visite, celui-ci existe déjà, c'est..... »

-Médecin N°6: « Parce que moi je peux vous en parler. J'en ai fait de la régulation. C'est vrai que quand on est un peu débordé, on se dit : bon plutôt que de donner un conseil qui va être mal compris, on envoie l'effecteur de terrain. A l'époque où les secteurs étaient beaucoup plus petits, on faisait le bilan de la régulation, on se disait : le pauvre mec je l'ai fait sortir 3 fois. Finalement, je ne suis pas sûr que ce fussent justifié les 3 fois. Après, c'est très bien de le théoriser mais c'est sur le terrain que cela se juge. Si vous me faites passer un dimanche infernal à faire 500km à

gauche et à droite du département avec la pression et tout ça, je le ferais une fois et après stop. Il y a une logistique à mettre en place et après une économie de moyens à réaliser. Il ne faut pas 'les brûler' les médecins mobiles. Pour trouver des gens pour aller en maison médicale de garde, vous trouverez car c'est rémunérateur. Mais le type qui va se promener dans un patelin paumé, ou même dans une barre HLM à Espéraza ou à Limoux, quand on ne sait pas quel escalier, l'appartement, on ne vous l'a pas expliqué, vous perdez du temps, le téléphone sonne par ailleurs.... »

-moi : « Il faudrait des motivations ? »

-Médecin N°6: « Il faut que ce soit très bien rémunéré. Mais il faut aussi que ce soit bien organisé. Dans ces conditions, moi je ne suis pas contre, je le ferais. Mais je vous dis moi, qui ai 58 ans, si vous le promenez toute une nuit à travers tout le département vous allez l'attraper une fois. Après il va vous dire, j'ai ma clientèle, je fais mes 3500 euros d'honoraire par semaine. Je ne vais pas courir après 500 euros de plus pour me pourrir le week-end. Après ça se résonne en chiffre, je vous le dis franco. »

-moi : « Et bien l'idée est de trouver un moyen d'améliorer la permanence de soins et de savoir si le médecin mobile peut l'améliorer, et si c'est faisable sur le département, logistiquement et humainement. »

-Médecin N°6: » Humainement, nous restons des médecins donc on se sent un peu responsable de la santé de la population. Mais si on se fait attraper sur une ou deux visites qui le justifiaient pas, au bout d'un moment, on va dire : non ça vaut pas le coup. C'est le retour de terrain qui donnera la pérennité du modèle »

Présentation du modèle, médecin mobile avec sur le modèle de Muret entre 6 et 10 visites sur la garde.

-Médecin N°6: « ça c'est gérable, ça peut se faire même loin. Moi j'ai connu l'époque où quand on a commencé à être régulé, dans la matinée on se faisait enchaîner 5 ou 6 visites à 10 minutes d'intervalle donc il y avait un truc qui clochait. On ne peut pas envoyer des gens, avec valeur d'expert, parce que c'est ce que l'on nous demande, d'expertiser une situation savoir si il faut hospitaliser ou gérer à la maison. On ne peut pas envoyer un expert dans la nature sans d'un autre côté lui donner des garanties d'expert, c'est-à-dire d'une précision de lieux géographiques, d'un bilan clair, des moyens de communication efficaces. Si ça marche dans l'Ariège, je ne vois pas pourquoi ça ne marcherait pas ici. Enfin moi personnellement, je ne suis pas contre mais si vous allez voir certains de mes confrères, ils sont clairement contre. »

4) Vous n'êtes pas contre, pouvez-vous me donner vos impressions sur ce que l'on doit mettre en place pour le médecin mobile ?

-Médecin N°6: « Le médecin mobile va arriver comme le sauveur. Surtout pour les gens âgés, on a fait venir le médecin c'est parfait. Or la médecine moderne c'est plus quand même pareil, il y a des examens complémentaires, des hospitalisations à

prévoir. Mais ce sera plutôt le rôle du médecin traitant d'organiser un parcours de soins, nous on va être là pour lever une angoisse ou prévoir éventuellement une hospitalisation en urgence. Je pense que le nombre de visites incompressibles sur notre bassin il n'y en a pas 36. Par contre, les gens qui vont pleurnicher parce que le gamin a 38.5°C et il faut faire venir le docteur, ça le régulateur c'est son pain quotidien. Je ne sais pas comment ils ont protocolisé ça à Pamiers, mais je pense qu'il faut faire un truc un peu serré. »

Présentation du protocole de visite incompressible.

-Médecin N°6: « Si ça suit un protocole comme ça, parfait. Mais je crains un peu la facilité de régulation en disant on envoie le mobile. Encore une fois, si c'est bien protocolisé côté médical, et organisé côté logistique, il n'y a pas de raison pour que ça ne marche pas. Maintenant, je ne pense pas que sur notre bassin, il y ait énormément de ces visites. Il y en aura beaucoup moins que sur Muret où il y a toute cette banlieue toulousaine. »

-moi : « Non en effet, mais elles seront probablement fatigantes. Que pensez-vous de l'intérêt de ce système, répond-il à une demande de soins ? »

-Médecin N°6: « Oui, parce que les gens ont leurs angoisses, la mémé n'est pas bien, personne n'est venu la voir. Donc qu'un médecin passe, dise oui ou non à une hospitalisation ou un traitement, ça se justifie. Encore une fois, je pense qu'il n'y aura pas beaucoup de visites et s'il n'y en a pas beaucoup, la rémunération compte. Je ne sais pas comment ça se passe à Pamiers »

-moi : « Alors il y a un forfait fixe de 350 euros le samedi et 450 euros le dimanche et les actes en plus. »

-Médecin N°6: « Oui, ça peut se jouer. »

1)-moi : « je vais vous poser la question d'ouverture habituellement, pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

-Médecin N°6: « la dernière garde ici, il y a longtemps qu'on en a pas fait. J'ai vu 3 cas dans le weekend dont 2 non justifiés. C'est aussi pour ça qu'on a arrêté. »

-moi : « Et que serait une visite justifiée selon vous ? »

-Médecin N°6: « Je ne sais pas, une douleur thoracique, essoufflement, non il y en a. Mais après, quand on vous dit : je me suis fait une entorse mardi dernier, je viens vous voir parce que ça me fait encore mal, et j'ai envie d'aller jouer le match de foot le samedi, non. Seulement les gens disent ça dans le bureau ici, à la régulation, ils disent : je me suis tordu le poignet j'ai très mal. On vous présente le truc pour un traumatisme du poignet. En fait, tout est cadré largement et le type veut simplement savoir s'il peut reprendre le sport. D'ailleurs, à l'époque je faisais de la régulation. Il y a 5 ou 6 ans, il y avait eu sur Limoux et les alentours à l'année 418 demandes de

visites en permanence de soins, donc environ 1,34 par jour. Ce n'est pas une activité débordante. »

2)-moi : « y'a-t-il des choses qui vous plaisaient dans vos gardes ?

-Médecin N°6: « Oui, le contact avec les gens, et puis l'impression de servir à quelque chose de temps en temps. On est le sauveur, on assure, ça, c'était agréable. Mais quand j'ai commencé à m'installer sur Limoux, quand c'était en hiver comme ça, on faisait 50 à 60 actes. Après, il y a eu la régulation et c'est tombé à une vingtaine, et chaque année ça dégringolait. Et la dernière, je vous dis, j'en ai fais 3 dont deux qui n'étaient pas justifiés. Donc stop.

-Moi : « Comment pourrait-on améliorer vos gardes ? »

-Médecin N°6: « Je pense que l'idée du médecin mobile est pas mal. Parce qu'elle correspond à notre géographie, à nos habitudes. Mais il ne faut pas la brûler avec des visites qui ne sont pas justifiées et en faisant promener le médecin. Quelqu'un qui va aller dans des patelins qu'ils ne connaissent pas au fin fond de ces secteurs en partant d'un point fixe, il faut qu'il y aille comme un missile. »

-moi : « Voyez-vous d'autres choses à améliorer autre que l'aspect régulation ? »

-Médecin N°6: « Après je ne sais pas comment ils fonctionnent à Muret, est-ce qu'il y a un véhicule à disposition ? »

-moi : « Non a priori, c'est le véhicule du médecin. Donc un véhicule à disposition vous pensez que ce serait nécessaire ? »

-Médecin N°6: « On peut toujours demander ça, c'est toujours plus agréable, avec une trousse d'urgence avec des injectables. Le problème des injectables lasilix ou vitamine k c'est qu'au bout d'un moment ça se périmé. Moi, combien de fois j'ai injecté des trucs périmés, ça a très bien marché cela dit. Mais au moins on part tranquille, on a ce qu'il faut. Peut être aussi un kit de suture. Ca, ça peut vraiment rendre service. Et le médecin n'arrive pas qu'avec son stylo. Moi ça m'est arrivé de faire une visite à presque 30 bornes de Limoux, le papy faisait un OAP, heureusement j'avais du lasilix, je lui ai fait 4 ou 5 ampoules, il est arrivé a l'hôpital, je lui avais sauvé la vie. Enfin, je ne sais pas si c'était moi mais j'ai du y contribuer quand même.

-moi : « et que pensez- vous de la pénibilité de ces visites ? »

-Médecin N°6: « Ca dépend du nombre d'appel. Si c'est 3 à 4 gros déplacements dans la journée ça se fait. Si c'est 10, le gars explose et ne revient pas. De toute façon, la pérennité de ces systèmes, c'est simple. Si le médecin y trouve son intérêt, si ce n'est pas trop fatigant et bien rémunéré, il reviendra. Sinon, il ne reviendra pas. Je vous le dis parce que moi je tenterais l'expérience, mais si vous faites le tour de mes confrères, il y en a qui ne tenteront même pas.

-moi : « Que pensez-vous des conditions de déplacement ?

-Médecin N°6: « En hiver, si le soir il vous faut monter au dessus de Chalabre, ce n'est pas facile. C'est pas pareil de partir la fleur au fusil en été, que là il y a un peu de verglas, un peu de stress, on y voit moins bien, il fait nuit, on a nos âges.

Médecin homme 58 ans, urbain

Travail en association

Ne fait plus de gardes.

Verbatim médecin N°7 41min 59

1) Moi : « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? Comment ça s'est passé ? Votre ressenti ? »

-Médecin n°7 : Alors, nous n'avons pas trop d'appels depuis que c'est géré par le centre 15. Il faut compter cinq/six appels par garde, pas plus. Nous faisons des gardes le week-end, du vendredi soir, le samedi et le dimanche jour et nuit complète, et c'est géré par le 15. De temps en temps, ça arrive que quelqu'un vienne directement mais c'est très rare. Donc peu d'appels en garde.

-Moi : « D'accord, est-ce que vous pouvez me raconter la dernière garde que vous avez fait ? »

-Médecin n°7 : « En fait, c'est surtout mon mari qui fait les gardes mais je l'aide quand il est occupé. Moi le week-end dernier, il était de garde et j'ai fait une visite à 15 km sur appel du SAMU, une garde normale. Que voulez-vous que je vous raconte ? »

-Moi : « Et bien vos gardes, votre ressenti ? »

-Médecin n°7 : « Nous, ça fait 27 ans qu'on est installé avec mon mari et 27 ans que l'on fait des gardes. Au début, avec mon mari, on était de garde jour et nuit. Maintenant, ça nous semble beaucoup plus supportable depuis qu'on s'est mis à plusieurs et que l'on est surtout régulé par le 15. Avant le numéro de téléphone passait sur le journal et les gens nous appelaient directement. La régulation par le 15 est un grand confort quand même. »

-Moi : « Quel est l'impact de vos gardes sur votre vie familiale ? »

-Médecin n°7 : « Alors, la vie familiale est pas très impactée parce qu'on est mari et femme médecins donc c'est peut-être un peu biaisé. Nous, je trouve qu'on a une bonne organisation et c'est assez supportable et c'est surtout un service que l'on rend à notre clientèle, notre patientèle, d'être là. Parce que l'on a une maison de retraite sur le village donc c'est assez important qu'il y ait des médecins de garde sur place qui puissent se déplacer. »

-Moi : « Qu'il y ait des médecins disponibles pour faire des visites, c'est important..... »

-médecin n°7 : Moi, je ne conçois pas la médecine générale sans visites. Je ne sais pas comment les autres médecins font pour ne pas faire de visites. Alors, c'est vrai qu'on a une clientèle particulièrement âgée ici. Des gens qui n'ont pas forcément de famille autour, des gens seuls, qui n'ont pas de moyens de transport. Je ne conçois pas franchement la médecine générale sans visites. Ou alors il faudra des ambulances et des taxis mais il en faudra beaucoup et ça me paraît assez difficile. »

Moi : « Et donc l'impact des gardes est assez minime. »

-Médecin n°7 : « Oui, c'est assez minime actuellement mais parce qu'on est bien organisé. »

Moi : « Ca ne l'a pas toujours été ? »

-Médecin n°7 : « Et bien, quand nous étions avec mon mari seuls, ça impactait énormément. Mais les enfants étaient jeunes, on restait dans notre village, on n'est pas sorti souvent. Actuellement, ça impacte peu parce qu'on est assez nombreux pour faire des gardes. Mais je ne sais pas si dans un an ou deux, ce sera la même chose. Dans le secteur, on est quand même plus proche de la retraite que du début. Il y a quand même 3 médecins qui sont sortis des gardes. Donc là, je pense que ça va impacter parce que ça va revenir plus souvent. Donc là, peut-être qu'on réfléchira à un autre mode de garde. »

2) Moi « Qu'est-ce qui vous plaît sur vos gardes ? »

-Médecin n°7 : « Ca ne me plaît pas forcément, moi la garde si je pouvais ne pas en faire...Mais je le fais parce que c'est mon devoir de médecin généraliste. Ce n'est pas pareil la garde, parce que vous arrivez sur des gens que vous ne connaissez pas en général. C'est un peu plus difficile, vous arrivez sur des gens en « urgence » entre parenthèses parce que c'est rarement de grosses urgences, mais que vous ne connaissez pas donc il faut tout reprendre. »

Moi : « Vous pouvez m'en dire plus sur le fait que « ce soit rarement de grosses urgences » ? »

-Médecin n°7 : « C'est variable. Avec le système du 15 c'est régulé, mais comme on est à plus de trente minutes d'un centre d'urgence, sur un infarctus on est appelé en premier, sur un AVP on peut être appelé en premier et moi j'ai été appelé sur un choc anaphylactique dont c'est bien de pouvoir être là rapidement. »

Moi : « Vous avez reçu une formation ? »

-Médecin n°7 : « Sur le tas. »

Moi : « Vous n'êtes pas médecin correspondant SAMU ? »

-Médecin n°7 : « Non, car le problème des MCS, c'est que l'on peut vous appeler n'importe quand. Et quand vous avez une salle d'attente pleine, ce n'est pas faisable. Ici, chaque médecin fait l'urgence de sa patientèle. Ce qui paraît plus logique d'ailleurs, que ce soit le médecin sur place qui gère ses propres urgences, que le correspondant SAMU. »

Moi : « Et qu'est-ce qu'il y a de plus pénible éventuellement sur vos gardes ? »

-Médecin n°7 : « Le stress de l'urgence, pour moi. Parce qu'on ne sait pas sur quoi on va parfois, la peur de mal faire et de passer à côté de quelque chose. On m'a demandé si j'avais peur de faire les gardes en forêt, il me semble que ce serait plus

embêtant en banlieue. Pour une femme seule, ce serait plus difficile que par ici. Non le plus difficile, c'est le stress de l'appel, enfin pour moi en tout cas. »

Moi : « Comment pourrait-on faire pour améliorer vos gardes ? »

-Médecin n°7 : « C'est sûr qu'une formation aux urgences, ce serait utile. Mais actuellement, on est assez satisfait. Mais c'est sûr qu'en 2018/2019, je pense que ça va changer parce que l'ARS veut regrouper les secteurs de garde. »

Moi : « Quelles sont vos craintes sur ces changements ? »

-Médecin n°7 : « L'ARS veut un regroupement des secteurs, avec des points de maisons médicales avec des médecins qui sortiraient. »

3) Moi : « Que pouvez-vous m'en dire ? »

-Médecin n°7 : « Franchement, la population rurale va être lésée par rapport à la population des villes, puisque vous n'aurez plus de médecins sur place. D'un autre côté, il est certain, avec le vieillissement des médecins et quand on ne sera plus que trois à faire des gardes, on sera bien content d'être ralliés à une ville, mais pour nous. Je pense que la patientèle va être lésée. Parce que quand on attend un SAMU ou une ambulance, il faut ½ heure pour que ça monte jusqu'ici. »

Présentation du projet de médecins mobiles avec les regroupements de secteurs, le protocole de visites inévitables.

-Médecin n°7 : « Il va falloir une régulation au top. Le problème c'est qu'on a des maisons de retraite ici, et c'est vrai qu'en garde, on est quand même assez appelé. On a aussi beaucoup de personnes âgées de 90 ans ou plus, avec 40°C de fièvre, ils ne sont pas bien. J'ai pas mal de gens de 90 ans qui sont à la maison, et seuls. Moi, je pense que ma patientèle en souffrira. Et un médecin qui fait que des visites va perdre énormément de temps sur la route. Sans penser à l'hiver avec la neige. Donc un médecin qui ne fait que des visites ne pourra pas en faire beaucoup. »

Moi : « Comment pourrait-on faire pour l'aider ? »

-Médecin n°7 : « Je ne sais pas. Il va falloir former dans les EHPAD les infirmières, mais la nuit, elles n'y sont pas. Mais mettre en place des ambulances pour venir chercher les gens, ça me paraît difficile. Je vois déjà, actuellement, pour hospitaliser les gens, on a de plus en plus de difficultés pour trouver des ambulances. Pour moi, la solution, c'est garder les médecins généralistes éparpillés un peu partout en rural et ça c'est en train de disparaître. A mon avis, c'est quand même la meilleure des solutions, garder un bon maillage. »

Moi : « Comment pourrait-on faire pour y remédier ? »

-Médecin n°7 : « Pour y remédier, il faut revaloriser la médecine générale. On m'a demandé quel était mon expérience avec les personnes âgées, j'ai répondu 27 ans

d'expérience en médecine générale en rural. On m'a répondu qu'il fallait que je pense à passer le diplôme de médecine gériatrique. Donc ça veut dire que 27 ans en médecine générale, ça n'a pas d'importance. Je ne suis pas sûr qu'il le valorise dans les facultés. »

Moi : « Comment pourrait-on faire avec le maillage actuel et à venir ? Vous aviez commencé à me dire votre avis sur le modèle présenté avec un médecin qui ne fasse que des visites et un point fixe. »

-Médecin n°7 : « Dans les grandes villes, vous avez toujours une réponse rapide. Vous avez les pompiers. En rural avec la distance, l'hiver avec la neige, les routes difficiles, c'est une perte de chance pour les gens. Mais je ne sais pas comment y répondre à ça. Je pense que la réponse c'est le maillage, mais comme il est en train de disparaître, je ne sais pas. »

Moi : « Pensez-vous que la création de médecins mobiles puisse avoir un effet valorisant, attractif, de la médecine rurale, pour les médecins ? »

-Médecin n°7 : « Je ne sais pas, c'est sûr que pour nous, si on diminue les gardes c'est mieux. Il en faudrait plusieurs des mobiles, les territoires sont tellement grands. Après, on n'a pas le choix. »

Moi : « C'est-à-dire ? »

-Médecin n°7 : « Je pense que l'ARS a déjà choisi ce qu'il voulait. Déjà de passer de 17 secteurs à 5 secteurs, c'est déjà notifié. Je ne suis pas sûre qu'on nous demande notre avis, j'en doute. »

Moi : « Et comment vous sentez-vous face à cette réorganisation ? »

-Médecin n°7 : « Je vous dis, nous personnellement, ça marchait bien actuellement. Nous, on fera moins de garde donc on va s'y retrouver, mais je pense que les gens ne s'y retrouveront pas. »

Moi : « Vous pensez qu'ils n'auront plus accès à la PDSA ? »

-Médecin n°7 : « Et bien, par exemple, ça a commencé par les pharmacies de garde. A l'époque, quand on commençait les gardes, il y avait toujours une pharmacie de garde, puis le préfet a annoncé que les pharmacies de gardes ne seront que dans les villes. Donc, quand je vois un patient et que je fais une ordonnance, il doit faire 40 km pour aller chercher ses médicaments. A l'époque, on avait des médicaments donnés par les laboratoires, on pouvait avancer un antibiotique, un antipyrétique, on le marquait et le lendemain, ils allaient le chercher à la pharmacie et nous le rendaient. Les gens maintenant ont d'avantage de choses à faire, et sur une population qui n'a pas toujours de quoi se déplacer. Mais nous, on se déplace encore, alors le jour où c'est un médecin qui vient de la ville... Ca ne va pas dans le bon sens pour les gens à mon sens. On a aussi des colonies de vacances l'été. »

Moi : « C'est-à-dire quels vont être les problèmes ? »

-Médecin n°7 : « Je pense qu'il y aura des urgences ... comme un choc anaphylactique par exemple. Après, il y aura toujours le SAMU qui montera. Ce ne sera plus géré par nous. Moi, je pense aux cas où vraiment il vous faut administrer d'emblée ce qu'il faut. Bon, pour un infarctus, ce n'est pas ce qu'on fait qui va sauver les gens, on peut perfuser, mettre un patch de trinitrine, le temps que le SAMU arrive. Mais pour un choc anaphylactique, vous arrivez, le gars a 3 de tension et si vous attendez ½ heure, ¾ d'heure que ça monte.... »

Moi : « Vous pensez que ça risque d'être fréquent ? »

-Médecin n°7 : « Il y a déjà eu un problème sur la Haute vallée de l'Aude cet été, il n'y avait pas de permanence et c'était un infarctus. »

4) Moi : « Seriez-vous prête à participer à la fonction de médecin mobile ? »

-Médecin n°7 : « Mon mari oui. Moi je fais mes gardes sur mon secteur, mais sinon non.

Moi : « qu'est-ce qui vous freinerait ? »

-Médecin n°7 : « Ca ferait trop de déplacements. Ici, on va à domicile mais on fait venir les gens aussi. Donc faire que ça, en plus, en étant basé sur Carcassonne, non moi je le ferais pas. Faire une visite avec ¾ d'heure aller et ¾ d'heure retour, c'est très loin. »

Moi : « Même si a priori il y aurait peu d'actes ? »

-Médecin n°7 : « Ca c'est à voir, je ne suis pas certaine qu'il y ait peu de visites. En plus, je ne sais pas s'ils ont fait des projections sur l'âge des médecins mais sur l'Aude, on est quand même en majorité pas loin de 60 ans. »

Moi : « Que pensez-vous de l'attractivité du médecin mobile envers les médecins non installés et remplaçants ? »

-Médecin n°7 : « Je ne sais pas. Après, il y a des médecins pour qui c'est très bien de ne faire que des gardes en maison médicale. »

Moi : « Que pourrait-on mettre en place pour rendre ce rôle plus attractif ? »

-Médecin n°7 : « Peut être dans les études de médecin généraliste, faire des études sur l'urgence. Ce serait peut être plus facile. Quand on sait aussi que c'est 60% de femmes qui arrivent sur le marché de la médecine, ça va changer la donne, c'est évident. Moi, quand j'ai commencé à remplacer quand j'étais jeune, les médecins que je remplaçais, c'était un homme seul avec sa femme secrétaire, tous. Le fait que ce soit des femmes qui arrivent va changer énormément la donne. »

Moi : « Que pensez-vous que ça change sur la permanence de soins ? »

-Médecin n°7 : « Je pense qu'elles vont moins travailler en volume horaire, qu'elles vont s'orienter vers le salariat et donc de moins en moins de libéral. Elles vont aussi moins s'installer. »

Moi : « Et sur vos gardes ? »

-Médecin n°7 : « Surtout le nombre de médecins qui vont faire les gardes. Moi, je vois, je me suis installée en rural parce que j'avais mon mari, sinon je ne me serais pas mise en rural femme seule. »

Moi : « Vous pensez que pour les médecins femmes installés, il y aura d'autres attentes face aux gardes ? »

-Médecin n°7 : « Je pense qu'elles choisiront le salariat et pas le libéral. »

Moi : « Et pour celles qui choisiront le libéral ? »

-Médecin n°7 : « Je ne sais pas »

Moi : « Que faudra-il faire ? »

-Médecin n°7 : « Je pense qu'il faudra alléger. Elles auront une moins grande mobilité, quoi qu'on en dise, c'est toujours les femmes qui font les enfants. Il me semble que c'est peut être moins rassurant pour une femme de faire une garde qu'un homme. »

Moi : « Et que pensez-vous de ce modèle du coup, aurait il sa place ? »

-Médecin n°7 : « Je ne sais pas. Si ce sont en majorité des femmes, ce sera, à mon avis, beaucoup moins de mobilité et beaucoup plus de sécurité, avec un local sécurisé. Je pense que les femmes seront beaucoup moins mobiles que les hommes. »

Moi : « Donc moins de visites vous pensez ? »

-Médecin n°7 : « Oui, moins de gardes, moins de visites. Et vous qu'en pensez vous ? »

Moi : « Je me pose la question, je pense que c'est faisable et avec des avantages, mais ça dépend des secteurs. »

-Médecin n°7 : « C'est compliqué parce que je vois en garde, on a une gendarmerie où on peut être appelé pour les gardes à vue. »

Moi : « Ca ne rentrera pas dans les missions du médecin mobile, ce ne sera pas possible. »

-Médecin n°7 : « Ils vont être contents les gendarmes. Parce que les gardes à vue, on en a fait plusieurs. Et puis, il y a les certificats de décès. Le problème, c'est la distance. Je me dis que le médecin mobile ne va pas faire grand chose. Ce que je

crains, c'est que le médecin mobile fasse beaucoup plus de temps dans sa voiture à rouler que d'actes. Après, vous me dites qu'il y a une expérience sur Muret, est-ce que les gens en sont contents de ce système là ? »

Moi : « Il y a eu, a priori, une diminution des passages aux urgences notamment chez les personnes âgées. »

-Médecin n°7 : « Ca m'étonne, moi je pense qu'avec ce système, il y aura plus d'hospitalisation que moins. Après, quand je vois ici les départs à la retraite et les jeunes qui arrivent, c'est sûr qu'il y aura des dysfonctionnements. »

Moi : « C'est peut-être aussi l'idée de la fusion de secteurs, d'avoir des secteurs avec un nombre suffisant de médecins pour fonctionner. Qu'en pensez-vous ? »

-Médecin n°7 : « Moi, je suis d'accord mais je pense que ça passe d'abord par la revalorisation de la médecine, aujourd'hui peu de médecins s'installent en libéral. A mon sens, la base est là. On aura beau étendre les secteurs si les médecins ne s'installent pas, on y arrivera pas. »

Médecin femme, 58 ans, exerce en secteur rural, associée

1 garde par semaine + 1 weekend /6 du vendredi soir au lundi matin également en nuit profonde.

Verbatim médecin n°8 39 min 35

1) Moi : « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

-Médecin n°8 : « La garde ici, c'est assez calme. Maintenant les appels sont triés par le centre 15, donc très souvent c'est assez calme. La dernière garde ici, on a à peu près 4 appels par weekend, par garde. La dernière fois, j'ai eu un OAP chez une personne âgée. »

Moi : « Comment vous sentez-vous pendant vos gardes ? »

-Médecin n°8 : « Très bien, on n'est pas très loin d'un centre hospitalier, si on a besoin d'aide, on peut appeler pour demander des conseils. Et dès que ça dépasse nos limites, on peut appeler des secours et ils arrivent assez rapidement. »

Moi : « Le lendemain de vos gardes, comment vous sentez-vous ? »

-Médecin n°8 : « Très bien, comme je vous disais, ici les gardes sont assez calmes. Les appels sont triés, c'est moins stressant qu'avant. Et on ne se sent pas seul donc on est moins angoissé. C'est un régal d'être appelé et de faire des interventions. Ce n'est pas les mêmes gardes qu'en ville, mes confrères voient des choses qui ne concernent pas la garde. C'est-à-dire des gens qui ont oublié leur renouvellement, ou de la bobologie. »

Moi : « Qu'est-ce qui relèverait de la garde selon vous ? »

-Médecin n°8 : « Ce qui relèverait de la garde, ce n'est pas comme aujourd'hui, des gens qui appellent pour une rhino, un état fébrile ou une petite lombalgie. Ce qui relèverait de la garde, c'est de la traumatologie, l'accident de la route par exemple, ou les problèmes cardiovasculaires comme la crise d'angor, la suspicion d'infarctus ou la détresse respiratoire. Ce qu'on voyait au départ quand il n'y avait pas les urgences, je vous parle il y a 25 ans, on faisait vraiment les urgences. Ce n'est pas le cas aujourd'hui. »

Moi : « Vous, quel est votre sentiment sur les gardes ? »

-Médecin n°8 : « C'est utile vis-à-vis de la population, c'est utile par notre présence et par notre disponibilité. Je vois sur ma dernière intervention, c'est très rare que l'on soit appelé après minuit. J'ai été appelé à 25 km d'ici pour un petit en vacances qui fait une crise d'asthme à 3h30 du matin. Bon, le médecin arrive et les grands parents sont rassurés. D'où l'utilité encore de la garde de médecin. Pareil pour les AVP ou les AVC ou les infarctus. Malheureusement, la population du fait des médias, quand il y a un AVC ou un accident de la route, appellent le 15. Même à côté du cabinet, ils appellent le 15 plutôt que de vous appeler. Les informations ne sont pas toujours bien précises pour la régulation. Plusieurs fois, le SAMU fait des déplacements inutiles. »

Moi : « Des déplacements qui auraient pu être faits par le médecin local ? »

-Médecin n°8 : « Par exemple, s'il y a un accident de la route à 2 ou 3 km du cabinet du médecin de garde, au lieu de l'appeler en attendant que les secours arrivent, parce que on peut encore sauver des vies, ça c'est important ; malheureusement, les gens ont tendance à téléphoner directement au 15 qui fait venir les pompiers, mais bien souvent, c'est trop tard. Je ne suis pas le seul à dire ça. Par exemple, la voisine du cabinet médical, qui présente un tableau d'AVC au lieu d'appeler le cabinet appelle le 15, et quand vous voyez les pompiers vous vous demandez ce qui se passe. »

2) moi : « Qu'est-ce qui vous plaît le plus sur vos gardes ? »

-Médecin n°8 : « C'est le contact avec la population, pas forcément ma patientèle. C'est tellement riche. On s'enrichit médicalement mais aussi humainement. On peut faire ça parce qu'on n'a pas beaucoup d'appels. Ce n'est pas la même chose en ville, parce que sur 100 consultations, je pense que la moitié d'entre elles ne sont pas vraiment utiles. »

Moi : « Autre chose qui vous plaît ? »

-Médecin n°8 : « Non, surtout le contact. Et puis les paysages, ici c'est tellement beau. »

Moi : « Que pourrait-on faire pour améliorer vos gardes ? »

-Médecin n°8 : « Je pense qu'ici à la campagne, à mon avis tout est parfait. Avec les collègues de la régulation qui nous aident bien. Après, il y a quelque chose à changer au point de vue médical. Ici, la région de garde est très étendue, on perd le bénéfice des gardes. »

Moi : « Vous perdez le bénéfice des gardes sur un secteur étendu, pouvez-vous m'expliquer ? »

-Médecin n°8 : « C'est-à-dire le temps perdu, s'ils font venir l'ambulance pour amener la personne au cabinet ou à la maison médicale, et pour la ramener ce n'est pas bon. Le secteur d'à côté voulait qu'on vienne avec eux, cela faisait un rayon de secteur de 100 km, ce n'est pas possible. »

Moi : « Pourquoi ce n'est pas possible ? »

-Médecin n°8 : « Si vous êtes seul de garde, vous ne pouvez pas faire des consultations en maison médicale et vous déplacer. Eventuellement, s'il y a un cas moyennement urgent, ne nécessitant pas l'intervention du SAMU. Tandis qu'ici, on peut faire les deux, donc c'est plus bénéfique. Il faut penser au coût de chaque appel et au côté bénéfique humain. La personne de 80 ans, c'est fatigant de se déplacer et d'être ramené chez lui. »

Moi : « Voyez-vous d'autres problèmes liés au fait que le territoire soit grand ? »

-Médecin n°8 : « Oui parce que quand le territoire n'est pas trop grand, on peut intervenir au domicile des patients. Si le territoire est trop grand, on ne peut pas abandonner la maison médicale pour faire une visite. Ce n'est pas possible tout seul, sinon il faut être deux. »

3) Moi : « Avez-vous déjà entendu parler du médecin mobile ? »

-Médecin n°8 : « Non »

Présentation du médecin mobile, sa fonction. Associé à un lieu fixe de consultation

-Médecin n°8 : « C'est vrai qu'à la dernière réunion avec l'Ordre des médecins, on en a parlé pour l'organisation des territoires de garde. »

Moi : « On vous en a parlé ? »

-Médecin n°8 : « On a parlé de fusion de secteur parce que l'ARS voulait faire le maximum d'économies. Donc, on a parlé qu'à chaque maison médicale, il y aurait 2 médecins : un fixe et un mobile. »

Suite de la présentation avec les secteurs regroupés, le protocole de visites inévitables. L'arrêt des nuits profondes.

-Médecin n°8 : « On en a parlé la dernière fois. Sur ce secteur, il y a des distances qui font jusqu'à 100 km. On s'était posé la question de comment il va pouvoir faire. Si jamais il est appelé pour une personne qui n'est pas bien, moi ça m'est arrivé quand on était appelé assez souvent il y a 25 ans, on sortait 12 fois ou 15 fois dans la garde. »

Moi : « C'est pour ça que ce serait des visites très régulées et peu sur la garde. »

-Médecin n°8 : « De toute façon, ils veulent nous grouper, c'est pour ça qu'ils veulent créer ce système-là. »

Moi : « Qu'en pensez-vous ? »

-Médecin n°8 : « Je suis un peu sceptique. C'est un bon projet mais ma peur, c'est si jamais il y a 2 à 3 appels en même temps, que ce ne soit pas bénéfique pour les malades. »

Moi : « Que faudrait-il mettre en place selon vous pour que ce soit faisable ? »

-Médecin n°8 : (rires) « Je rigole parce que je repense à l'époque où les gardes, c'était un système où l'on s'organisait entre nous, parce que c'était notre devoir. Ce n'était pas la loi comme ça l'est aujourd'hui. Maintenant, on a une qualité de vie

meilleure qu'avant. Ici, on a regroupé les secteurs mais humainement, c'est acceptable pour nous. On a la qualité de soins et la rapidité d'intervention et je pense aussi l'économie pour l'ARS. »

Moi : « Donc pour résumer votre pensée, vous me dites que regrouper les secteurs c'est bien mais que là c'est trop, c'est ça ? »

-Médecin n°8 : « Regrouper les secteurs quand c'est trop étendu économiquement et humainement, je ne pense pas que ce soit bon. »

Moi : « Pour quelles raisons ? »

-Médecin n°8 : « On ne peut pas se déplacer 100 km d'un côté et 100 km de l'autre. Vous allez faire 3 visites dans la garde maximum. Donc économiquement, ce n'est pas... Nous, on se regroupe en 4 ou 5 cabinets et efficacement c'est plus bénéfique. Je pense que le patient qui est à 50 km de la ville, si on leur dit qu'on leur envoie le médecin mobile, ils vont aller directement aux urgences, ils ne vont pas attendre. »

Moi : « Mais s'ils peuvent se déplacer, peut-être qu'il n'y a pas d'intérêt à leur envoyer le médecin mobile ? »

-Médecin n°8 : « Mais je pense que sur vos critères de visites, quand la régulation va avoir l'appel, ils ne vont pas envoyer le médecin mobile, ils vont envoyer directement les secours. Peut-être en effet la personne qui a 39°C de température clouée au lit, en effet, c'est peut-être le médecin mobile qui va se déplacer. »

Moi : « Voyez-vous d'autres avantages ou inconvénients à cette organisation ? »

-Médecin n°8 : « C'est vrai que pour les maisons médicales, c'est vrai que ça permettrait au médecin fixe de travailler correctement, et de rendre service à la population qui ne peut pas se déplacer. Mais je répète, pour les cas vraiment urgents sur un secteur très étendu, je ne pense pas qu'il puisse assumer tout ça. »

Moi : « Que faudrait-il mettre en place pour qu'il puisse assumer son rôle ? »

-Médecin n°8 : « Il faudrait un secteur beaucoup plus petit, mais toujours pareil, c'est le problème de budget. Quand j'ai commencé, on ne parlait pas de finance. C'était notre devoir, quand la personne appelait, on y allait parfois pour rien, simplement parce qu'ils avaient besoin d'être rassurés. »

4) Moi : « Seriez-vous prêt à participer à la fonction de médecin mobile ? »

-Médecin n°8 : « C'est certain que là, nous sommes 6. Les jeunes médecins vont participer à la garde de la MMG mais nous, non, à cause de la distance. »

Moi : « Vous pensez que les médecins plus âgés vont se désengager des gardes ? »

-Médecin n°8 : « Absolument. C'est certain, à la dernière réunion du secteur, tous ont dit que non. »

Moi : « Et vous, seriez-vous prêt à être médecin mobile ? »

-Médecin n°8 : « Non »

Moi : « Pour quelle raison ? »

-Médecin n°8 : « Pour moi, le secteur est trop étendu. Pour nous, ce n'est pas bénéfique. Comme je vous disais, un appel loin n'a pas du tout la même valeur qu'un appel en maison médicale ou en ville. Si le secteur était moins grand, aucun problème, surtout d'aller à domicile, le contact humain j'adore ça. Mais la distance est trop grande. »

Moi : « Et le problème de la distance, c'est quoi pour vous ? »

-Médecin n°8 : « Je pense que ce n'est pas bénéfique pour le patient. »

Moi : « Et pour vous la fatigue, les trajets ? »

-Médecin n°8 : « Ah non, nous on est habitué. »

Médecin homme, 63 ans, exerçant seul en rural.

Participation aux gardes le soir et Weekend, avec nuit profonde sur appel du 15.

1 weekend sur 6 et 4 soirs de semaine par mois.

Verbatim medecin N°9 42min03

1) Moi : « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ?

-Médecin n°9 : « Ma dernière garde, j'ai vu beaucoup plus de monde que d'habitude. D'habitude, c'est assez calme ici. Nous, habituellement, on a 4 ou 5 interventions par demi-journée. Nous, on fait ou le samedi, ou le dimanche jusqu'à 20 heures. Bon, c'est vrai que c'était la période de grippe, j'ai vu beaucoup d'enfants. C'est vrai que janvier c'est un gros moi par rapport à ça. Après, ici, on est spéciaux à Castelnaudary, on a une maison médicale, par contre on exige une régulation, on n'est pas ouvert à-tout-va. On est appelé par le medecin régulateur qui nous explique le patient, qui nous le passe en direct, on discute et on donne rendez-vous. Il y a quand même déjà une régulation. On ne veut pas par contre faire de la garde un business. On les fait parce que c'est normal mais on n'est pas là pour faire du business. On fait nous même nos gardes, on n'a pas de remplaçants, parce que ce n'est pas du business donc ça rapporte pas, on n'est pas là pour ça. On n'est pas comme les autres maisons médicales. On est considéré comme une maison médicale 'différente' »

Moi : « Comment vous sentez-vous après vos gardes ? »

-Médecin n°9 : « C'est contraignant, dans le sens où quand on passe la semaine à travailler... enfin ce n'est pas le volume qui est contraignant, c'est plus que quand on risque d'être appelé de 12 h à 20h, c'est contraignant, d'ailleurs certains ne le font pas. »

Moi : « Et quel est l'impact sur votre vie ? »

-Médecin n°9 : « Même si on n'est pas sollicité, on est toujours sur le qui-vive du téléphone, le 'si jamais je suis appelé'. Après, il faut reconnaître qu'on n'est pas aussi dans l'urgence, on est dans la médecine générale de week-end. L'infarctus, ce n'est pas pour nous. Donc, ce que l'on fait, c'est que l'on regroupe les consultations. Le gars qui appelle à midi, je lui donne rendez-vous à 15h. Je finis mes consultations du matin, je vais manger et après je vais à la maison médicale. Ce n'est pas de l'urgence, c'est comme un cabinet médical, les gens ne sont pas vus de suite, et de moins en moins. »

2) moi : « Qu'est-ce qui vous plaît sur vos gardes ? »

-Médecin n°9 : « Ce n'est pas désagréable. Le fait de rencontrer des gens que tu ne connais pas déjà. La seule chose, c'est que ça en rajoute encore aux contraintes de notre travail de tous les jours. Si la démographie médicale continue comme ça, on ne va pas tout faire, quelque part on a besoin de souffler. »

Moi : « C'est-à-dire 'ne pas pouvoir tout faire' ? »

-Médecin n°9 : « Travailler toute la semaine et en plus faire des gardes... à la fin, on a besoin de récupérer nous aussi. »

Moi : « Comment pourrait-on améliorer vos gardes selon vous ? »

-Médecin n°9 : « A mon sens, actuellement, ça nous va. Après, ça dépend de la structure. Ici, on a un bassin de population mais qui n'est pas énorme, pas comme peuvent l'être Narbonne ou Carcassonne. C'est pour ça qu'on est souvent montré du doigt, on n'a pas un accès direct, on n'était pas la vraie maison médicale, maintenant on coûte nettement moins cher. »

Moi : « Du coup, vous n'êtes pas sur place en permanence ? »

-Médecin n°9 : « Non, on est sur l'hôpital, on a un bureau dans l'hôpital, à côté des urgences. Parce que l'idée, c'est qu'il y ait des gens autour, pour la sécurité. Au début, on faisait aussi les nuits donc on trouvait que c'était bien d'avoir un endroit avec quand même des gens autour. Actuellement, c'est bien d'avoir un endroit bien fléché pour les gens. Quelle était la question déjà ? Ah oui, comment améliorer les choses. Pour moi, actuellement ça me convient, mais ça va me convenir jusqu'à ce qu'on ne soit plus assez nombreux. Tant que c'est vivable, parce que l'on est quand même un certain nombre, ça va, mais ça va peut-être devenir difficile. Après, la régulation c'est bien, mais le problème, ce sont les gens. Depuis qu'on est régulé, on a la moitié triée par la régulation, mais après, je ne suis pas sûre que ceux qui sont refoulés par la régulation ne vont pas aux urgences en direct. Ce qui ne me convient pas, c'est qu'il y a un manque d'éducation des gens. Parce qu'on leur dit 'prenez ça et si il y a un problème vous me rappelez'. S'ils ont décidé d'aller aux urgences, c'est eux qui décident. Ils font ce qu'ils veulent comme s'ils voulaient acheter une télé, ils iraient. On est un bien de consommation. C'est ce qui me dérange le plus, parce que l'on perd un pognon fou pour des choses injustifiées. Je reconnais que la régulation ce n'est pas simple, déjà nous, mais eux, en plus ils ne voient pas les gens. »

Moi : « Et vous, vous avez des problèmes sur vos gardes ? »

-Médecin n°9 : « Non, en plus, si on a des urgences, on envoie à côté. La maison médicale a soudé une équipe. Moi, ça me convient. »

3) Moi : « Vous avez déjà entendu parler du médecin mobile, que pouvez-vous m'en dire ? »

-Médecin n°9 : « Pour moi, les visites doivent être exceptionnelles. Ca l'est quand même, je suis installée depuis 1990, les visites on en fait beaucoup moins qu'avant. Les gens cloués au lit avec de la fièvre, on leur dit qu'on ne viendra pas, c'est à eux de venir. Avant, on avait beaucoup plus de gens qui étaient grabataires, âgés, qui ne pouvaient pas se déplacer, et actuellement beaucoup moins. Je suis étonnée que la clientèle des gardes est plus jeune qu'à une certaine période. Il me semble qu'avant, on se déplaçait plus sur des fins de vies ou ce genre de choses. Actuellement, on en voit très peu pendant les gardes. Avant, c'est vrai qu'on se déplaçait plus, plus

facilement qu'actuellement. C'est vrai que ça nous coûte parce que c'est loin, parce qu'on est seul sur la garde aussi et que s'il faut aller à l'autre bout du département, on peut avoir..... Ici ce n'est pas plat, on n'a pas d'autoroutes, enfin si mais pour aller à Toulouse, pas dans la campagne. »

Moi : « Que pouvez-vous me dire d'autre sur le médecin mobile ? »

-Médecin n°9 : « Pour moi, le médecin mobile me paraît indispensable, du fait surtout que si on agrandit les secteurs, l'important c'est qu'il n'y ait pas de visites. Parce que si on agrandit les secteurs, les visites, c'est une heure pour y aller. Et encore, le temps que tu trouves, bon maintenant il y a le GPS mais c'est vrai que ce n'est pas évident. »

Présentation du projet de médecin mobile. Présentation du protocole de visites inévitables. Présentation des 5 secteurs. L'arrêt des nuits profondes. Les forfaits d'astreinte.

-Médecin n°9 : « Et vous mettriez un médecin mobile par secteur ? Parce que sur notre secteur, ça ne vaut pas le coup. »

Moi : « Et bien, sur votre secteur le médecin mobile serait commun avec le secteur de Carcassonne. »

-Médecin n°9 : « Oui, on est d'accord, parce que pour notre secteur, ça ne vaut pas le coup. »

3) moi : « Que pensez-vous de ce modèle ? »

-Médecin n°9 : « Je trouve que c'est bien. C'est ce qu'il faut faire. Quand j'ai vu votre lettre, ça m'a intéressée parce que je me suis dit, pour lui, ça va lui faire sa thèse et pour nous, ça peut être quelque chose qui va dans notre sens. »

Moi : « Que pensez-vous qu'il faille mettre en place pour aider ce médecin mobile ? »

-Médecin n°9 : « Je ne sais pas, il faut qu'il soit à Carcassonne. Après, bien sûr, on va lui fournir une bagnole quand même, il n'y va pas avec sa voiture. Non ? »

Moi : « C'est la question, sur Muret, les médecins mobiles exercent avec leur voiture. »

-Médecin n°9 : « Après, c'est un choix, soit tu sors les frais soit on te paye ta voiture. Il me semble que ça serait plus logique de fournir une voiture. Après, évidemment, matériel, un lecteur de carte, des trucs comme ça, parce que si en plus, ils s'embêtent avec les actes. Mais je ne sais pas si ça va passer partout aussi. »

Moi : « Que pensez-vous des difficultés qu'il pourrait y avoir à cette mise en place ? »

-Médecin n°9 : « Les difficultés, ce n'est pas nous, c'est l'ARS. »

Moi : « Donc vous pensez que ce sera accepté par l'ensemble des médecins. »

-Médecin n°9 : « Oui, après il faut voir dans chaque secteur, ceux qui sont intéressés pour le faire. Mais il me semble que si on veut préserver la permanence des soins tant que possible, c'est un plus. Le problème, c'est l'évolution de la démographie médicale, qui va petit à petit diminuer, et trouver des gens pour faire des gardes. A mon avis, il faudra des professionnels de la garde. Je me dis qu'à plus ou moins long terme, ici par exemple, il y en a deux qui vont s'arrêter, quand on est moins de 10, ça devient difficile. Je me dis là c'est une étape, la prochaine étape, c'est qu'il y a plus qu'un médecin à Carcassonne et un à Narbonne et c'est tout. Je suis peut-être pessimiste, je ne dis pas que c'est demain non plus, mais bon.»

Moi : « Que pensez-vous des difficultés que pourrait avoir le médecin mobile sur ses visites ? »

-Médecin n°9 : « Je ne sais pas. Moi, à mon avis, c'est l'avenir si on veut regrouper les secteurs. »

Moi : « Néanmoins, j'ai eu pas mal de retour des médecins qui ne souhaitent pas être médecin mobile. »

-Médecin n°9 : « Nous, on a discuté et on était d'accord avec le secteur d'à côté, de se rapprocher et de pas avoir de visites. Et à ce moment là, c'est la régulation qui, au lieu de nous appeler nous, appelle le mobile.»

4) Moi : « Et vous-même seriez-vous d'accord pour être médecin mobile ? »

-Médecin n°9 : « Moi, ah non. »

Moi : « Pourquoi ? »

-Médecin n°9 : « Parce que je n'aime pas conduire. Et puis franchement non, ça ne me dirait rien, déjà d'aller à Carcassonne aussi. »

Moi : « Qu'est-ce qui pourrait vous faire changer d'avis ? »

-Médecin n°9 : « Rien. (Rires), j'ai quand même 58 ans et franchement, ce n'est pas le fait de faire des gardes mais... »

Moi : « D'accord, surtout la conduite donc. »

-Médecin n°9 : « C'est surtout ça. S'il y avait un conducteur aussi. On peut toujours le demander. Mais c'est vrai que moi, ça ne me dirait rien. Bon, aller à la maison médicale, je le fais, ça va mais d'aller me balader non. »

Moi : « Et quels seraient les blocages ? »

-Médecin n°9 : « D'être obligée d'aller à Carcassonne. Et vu le secteur, quand on est de garde, on ne pourra pas rester chez soi. »

Moi : « Voyez-vous autre chose ? »

-Médecin n°9 : « Non, mais franchement ça ne me dit rien, ce n'est pas péjoratif, mais moi je ne me sens pas d'aller me balader en bagnole. On a connu les visites, on revenait et puis on ne repartait pas très loin de là où on était. Après, il y en a à qui ça peut plaire peut-être je ne sais pas. J'espère. »

Médecin femme 58 ans

Travaillant en association en ville

Participe aux gardes en maison médicale samedi de 12h à 20h et dimanche de 8h à 20h, 4 samedis et 4 dimanches et fériés par an

Verbatim Médecin N°10 39min50

1) moi : « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

Médecin n°10 : « Quand vous dites raconter une garde, c'est-à-dire ? »

Moi : « Comment ça s'est passé, comment vous-êtes vous sentie ? »

Médecin n°10 : « Une garde ça se passe toujours, enfin toujours, bien. Sauf si il se passe un énorme cafouillage ou que l'on fait une grosse bêtise. Après on se sent fatigué, surtout quand on approche 60 ans. Je suis souvent frustrée parce que la plupart des consultations ne me semblent pas motivées, mais je suis valorisée, enfin contente, quand je porte un diagnostic qui méritait vraiment que ce patient soit vu ou que je sers à quelque chose. Sur une colique néphrétique je vais servir à quelque chose, mais un patient qui me montre des boutons que je ne vois pas ça m'agace toujours un peu. La garde d'effecteur a tourné beaucoup à ça avec beaucoup de consultations qui ne sont pas motivées, c'est un peu agaçant. Aussi, le relationnel avec les gens qui est parfois moins bon qu'avec les patients de notre cabinet, et qui arrivent avec des exigences auxquels on ne peut accéder. Donc, il y a parfois des prises de bec. Mais après, on est content de soi quand on a servi ou que l'on a fait un diagnostic intéressant. Ensuite ça fait partie du métier, il faut la passer la garde donc on la passe. »

Moi : « Quel serait pour vous une consultation motivée ? »

Médecin n°10 : « Une consultation motivée, et bien une consultation où l'on va apporter un soulagement au patient, où on va le rassurer peut-être, ne serait-ce que ça, c'est une consultation motivée. Quelqu'un qui vient faire ses courses à la maison médicale, ce n'est pas motivé. Et parfois c'est ça, une consultation pour renouvellement d'ordonnance, ce n'est pas le rôle de la maison médicale. Le rôle de la maison médicale, c'est d'intervenir sur des situations qui ne peuvent pas attendre 24 à 48 heures. Pas forcément justifiées médicalement, mais où l'on apporte quelque chose au patient, un soulagement moral ou physique, où on l'a orienté vers les urgences quand ça se justifie. Parfois, on l'aura sauvé, va savoir, c'est rare, mais bon ça arrive. Donc là, on se sent utile et c'est moins pesant de faire des gardes quand on se sent utile. »

Moi : « Comment vous sentez-vous pendant et après vos gardes ? »

Médecin n°10 : « Fatiguée, usée. Après, quand j'y suis c'est bon je le fais, mais là c'est la période, la soixantaine, où l'on commence à en avoir assez. Où on est de tous les fronts donc c'est un peu pénible, comme on est de moins en moins nombreux, on a de nombreux rôles. On a l'impression de se retrouver toujours les mêmes à travailler. Il y a un sentiment de lassitude qui commence, où on ne voit pas trop la relève arriver. Moi je suis ravie de travailler avec les internes, mais sur le terrain, quand on fait grève par exemple si on réquisitionne l'effecteur et le régulateur

ce sont les mêmes. Peut-être qu'ils vont prendre conscience que le travail repose toujours sur les mêmes personnes, que beaucoup de gens ne participent pas du tout à la PDSA par choix. Moi je me fais remplacer sur certaines gardes, mais le jour où le médecin qui me les reprend me dit stop, je les fais. Je ne suis pas anti-garde. Mais il y a quand même pas mal de médecins qui ne prennent pas de garde du tout et qui ne participent pas du tout à la PDSA. On se retrouve assez peu nombreux à faire tourner le système. »

Moi : « Et que faudrait-il pour motiver les médecins ? »

Médecin n°10 : « Ceux qui ne veulent pas faire des gardes ? Il y a rien pour les motiver parce que vous ne les motiverez pas par l'argent, ce n'est pas une motivation suffisante maintenant, non pas qu'on crache sur les sous mais on a des semaines qui sont lourdes donc faire un week-end sans avoir de récupération après..... Faire un soir et enchaîner le lendemain ok, mais faire un dimanche complet et réattaquer la semaine après, je ne m'en sens plus capable. «

2) Moi : « Que faudrait-il faire à votre avis ? »

Médecin n°10 : « On a rien envisagé de mettre en place pour l'instant. Il faudrait un peu plus de médecins sur le terrain, et un peu plus de médecins qui participent aux gardes. Qu'il y ait un sentiment de solidarité. Ensuite, pour remplacer le médecin de garde, on fait des secteurs de plus en plus larges. Ensuite, si ce sont les MMOB qui viennent, on a déjà du mal avec les MCS. Le MMOB c'est un médecin mobile si j'ai bien compris qui rayonne sur un secteur ? »

Moi : « C'est ça, vous en avez déjà entendu parler ? »

Médecin n°10 : « Il y en a beaucoup dans d'autres départements et quand on parle de PDSA, on parle de MMOB. »

Moi : « Je vais vous présenter les MMOB, j'aimerais savoir avant ce qui vous plaît sur vos gardes ? »

Médecin n°10 : « Un sentiment d'utilité, avoir la conscience tranquille de participer à un système dont je fais partie dont j'ai toujours fait partie, donc de pas trop me défausser. On ne travaille pas seul en maison médicale donc il y a un sentiment de faire partie d'un groupe. Ne serait-ce qu'avec les secrétaires ou à la régulation de travailler avec les pompiers, moi j'ai toujours aimé travailler comme ça. On a parfois des contacts avec les urgences donc c'est intéressant aussi. On fait partie d'un système quand on est de garde, alors qu'ici (en consultation) on est dans notre pré carré et on a moins le sentiment de globalité et de travail ensemble. Voilà ce qui me plaît dans les gardes. Ce qui me plaît aussi, c'est que le dossier à la fin de la consultation est fini, je vois des gens nouveaux. Je fais de l'aiguë normalement, alors que bon maintenant, on a la clientèle que l'on a quand on vieillit donc j'ai beaucoup de chronique. Je fais de moins en moins d'aiguë, de pédiatrie etc. Donc ce qui me

fait plaisir, c'est de faire de l'aiguë, ce que je ne fais pratiquement plus dans mon activité. Moi j'ai participé à des expériences pilotes à l'hôpital de Narbonne où l'on a pris des généralistes pour participer aux gardes des urgences de l'hôpital. De toute manière, moi j'ai toujours été dans le système de l'urgence. Mais les urgentistes que j'ai connus, ça fait longtemps qu'ils ne sont plus urgentistes parce qu'à un moment, ça use. J'ai toujours été dans cette mouvance urgence/SAMU/régulation. Je travaille aussi à l'hôpital, donc ça fait trop de casquette, à un moment ça use. Mais la poussée d'adrénaline à un moment c'est sympa, et on la ressent encore. »

3) Moi : « Vous aviez déjà entendu parler du MMOB, que pouvez-vous m'en dire de plus? »

Médecin n°10 : « C'est un système qui peut pallier à une désertification médicale. Dans certains départements, c'a été utilisé comme ça. Il y en a, je crois, dans les hautes Pyrénées. C'a été présenté comme un médecin mobile forfaitisé. Sur le matériel, je pense que c'est plus du matériel de médecine générale et pas comme le MCS. Ce n'est pas du tout un MCS ou c'est entre les deux ? »

Moi : « Ca dépend des territoires et de ce qui est prévu. Il n'est pas censé intervenir sur de l'urgence comme le MCS, mais sur le matériel sur certains bassins, il a un défibrillateur, un ECG portatif, quelques injectables. Le médecin mobile ne fait que des visites sur les horaires de permanence de soins sur des secteurs élargis, sur des visites incontournables, en complément d'un lieu fixe de consultation. Visites toujours régulées, avec du matériel surtout GPS et téléphonie idéalement. Avec des visites potentiellement loin avec des délais longs. »

Médecin n°10 : « Avec des délais de médecine générale. »

Moi : présentation du protocole de visite inévitable.

Médecin n°10 : « De toute manière, le zéro visite est extrêmement difficile à gérer pour le régulateur. Donc, soit on envoie le médecin en visite, soit parfois on n'a pas d'autres choix quand on estime qu'il y a besoin d'un avis, de le mettre dans une ambulance et de l'envoyer aux urgences. Donc des fois le MMOB nous servirait, je parle en tant que régulateur. »

Moi : » que pensez-vous de ce système incluant un MMOB ? »

Médecin n°10 : « Je pense que philosophiquement c'est bien, après que chaque territoire a sa gestion de PDSA et il y a un maillage qui est fait. Donc le MMOB, oui, à condition qu'il y ait un besoin qui se fasse sentir. Je ne pense pas que l'on pourra imposer le MMOB à des secteurs qui ne le demandent pas. Pour des secteurs en difficulté ou en déshérence effectivement... Je pense que la demande doit venir d'un département ou d'un secteur de garde, plutôt que l'on décide des MMOB, il n'y en a peut-être pas besoin partout. On mélange la gestion politique et la gestion pratique. On a des secteurs dont on nous dit il va falloir les supprimer, ça permettra de

recupérer de l'argent pour financer des maisons médicales, c'est essentiellement ça sur l'Aude. Les maisons médicales, ça coûte cher et on est en train de nous dire qu'on ne pourra pas les financer. Donc débrouillez vous pour supprimer des secteurs de garde pour récupérer les forfaits et on pourra financer les maisons médicales. Les médecins qui sont sur ces secteurs que l'on supprime vont se sortir de la garde et du secteur. Là, on sera obligé de mettre des MMOB, mais on nous l'aura imposé. Le MMOB me paraît être une solution adaptée à un secteur avec une demande mais pas imposé partout. Il ne faudra pas nous dire : l'aménagement de votre territoire passera par des MMOB. Là, c'est tuer un système qui vivote peut-être avec des médecins engagés dans la PDSa. Et si on leur supprime leur secteur pour mettre des MMOB à la place, ce sera porteur d'économie mais ces médecins ne seront plus dans la PDSa. Donc, on va avoir des mercenaires de garde qu'on appellera des MMOB, et on perdra nos médecins généralistes. Mais au final, peut-être qu'il n'y aura que des MMOB, parce que les médecins généralistes qui restent ont à peu près mon âge et ne vont pas faire des gardes jusqu'à 70 ans. Donc peut-être que le MMOB s'imposera comme solution. Mais on aimerait qu'on nous laisse le temps de décliner et que les MMOB arrivent après. Je pense qu'il faut que ce soit un choix des médecins de terrain. »

Moi : « D'accord donc a priori pas d'actualité encore ? »

Médecin n°10 : « Là, sur les discussions du nouveau cahier des charges, les MMOB ne sont pas la priorité. Mais, par exemple, sur le plateau de Sault maintenant il n'y a plus de médecins. Il va y avoir des endroits où l'offre médicale va se raréfier, que le MMOB parte de je-ne-sais-où pour aller je-ne-sais-où, pourquoi pas. Ca se réfléchit... Je ne suis pas contre. »

Moi : « Présentation du modèle de MMOB sur 5 grands secteurs. »

Médecin n°10 : « Il faut savoir qu'initialement les secteurs n'existaient pas. On était de garde tous les soirs. Puis les secteurs ont commencé à s'organiser. On est parti d'une multitude de secteurs à actuellement et on dit qu'il faut encore faire des efforts. »

Moi : « En effet, actuellement il y a 17 secteurs et l'idée est de fusionner en 5 grands secteurs. L'idée n'est pas forcément de le mettre en place mais de savoir si c'est faisable et ce qu'en pensent les médecins de terrain. »

Médecin n°10 : « Je pense qu'ici tel que c'est perçu, le MMOB répond à une situation. On ne va pas créer la situation pour créer le MMOB. Le MMOB va s'imposer quand ces secteurs seront fusionnés. Il est évident que le médecin de la maison médicale qui est sensé aller loin et qu'on lui agrandit son secteur, il va avoir à être et poster sur la maison médicale et itinérant. Même si il n'y a que 2-3 visites sur la journée. Don, si on récupère tous ces secteurs loin, il est évident qu'il faudra une solution et que cette solution, ce sera le MMOB. C'est sûr que si vous êtes appelé sur une visite, c'est inconfortable. Il vous faut 1 heure ,1heure 30, chez des gens que

vous ne connaissez pas. Est-ce qu'on aura des volontaires pour assumer ce rôle parmi les médecins de terrain ? Je pense qu'on aura du mal à en trouver. Ou alors il faudra des jeunes médecins qui viendront faire MMOB, mais je ne pense pas que ce soit attractif pour les médecins qui sont déjà là, et qui ne trouvent déjà pas tant d'attrait dans la garde, qui la font contraint et forcé. Donc si c'est pour faire une visite la nuit 30 km aller et 30 km retour, il y aura pas beaucoup de volontaires. Mais c'est une solution qui va probablement s'imposer si les secteurs se raréfient encore. Limoux est assumé par Carcassonne, les médecins de Carcassonne refusent d'aller en visite à Limoux. Si on continue avec Limoux sans médecins de garde, la solution sera peut être un MMOB pour Limoux, Quillan ... vous voyez. Mais pour l'instant, on n'en est pas encore là. Mais je ne suis pas contre fondamentalement. »

Moi : « Dans l'hypothèse qu'il faille le mettre en place un jour, de quoi aurions-nous besoin à votre avis ? »

Médecin n°10 : « Il faudra 1) le financement, 2) le matériel et 3) un cheptel de médecins qui veuillent le faire, puis après il faut établir les règles de qui va où. »

Moi : « D'accord, donc le financement serait... »

Médecin n°10 : « Le financement, c'est l'ARS. Mais ce dont on a peur, c'est que l'économie des secteurs fermés ne suffit jamais. Au départ, on nous a dit qu'il fallait fermer des secteurs pour faire des économies et cela viendra financer le fonctionnement d'une PDSa librement consentie etc.... Maintenant, on vient nous dire que notre système coûte trop cher, alors que nous n'y sommes pour rien. On nous a dit de créer des maisons médicales, ce qu'on a fait. Maintenant, on vient nous dire qu'il n'y a pas assez d'argent pour financer les systèmes que l'on vous a aidé à mettre en place, donc il faut faire des économies. Pour ça, il faut supprimer des secteurs, donc créer des MMOB mais qui va payer les MMOB ? On a fait de nous médecins des gestionnaires, parce que l'on nous dit il faut gérer des budgets. Puis on nous dit que l'on n'est pas bon gestionnaire et qu'il faut trouver des solutions et raréfier encore des secteurs. Et on n'a pas l'impression que la solution soit là parce que chaque fois que l'on a raréfié les secteurs pour financer et faire perdurer la PDSa, cela n'a pas abouti. Je pense que les MMOB sont logiques sur les secteurs vastes isolés, ensuite est-ce que cela s'adapte à tous les secteurs ? Pas forcément. Un peu comme le MCS, ça n'a rien à voir, nous sommes d'accord. Mais par exemple, le MCS a sa place à une certaine distance d'un centre d'urgence. Peut-être qu'on pourra dire qu'un MMOB est justifié quand tant de kilomètres carrés ne sont pas couverts par une maison médicale ou un médecin chez lui. Donc voilà, il y aura de grands groupes de maisons médicales avec des MMOB, on y viendra je pense. Mais qui fera MMOB ? Je ne sais pas. Parce que les MCS c'est facile, ce sont souvent les anciens médecins pompiers. »

Moi : « Quelles seraient les contraintes pour faire MMOB selon vous ? »

Médecin n°10 : « La fatigue et le nombre de kilomètres. »

Moi : « Que pourrait-on faire pour y remédier ? »

Médecin n°10 : « Des gens jeunes... En plus, ce sont des secteurs que l'on ne connaît pas. On peut faire des visites nuit et jour sous la pluie, la neige... Pas de soucis sur des secteurs que l'on connaît. La plupart des médecins dans l'Aude ont plus de 55 ans. Il arrive un moment où quand vous prenez votre voiture pour faire 50 km de nuit sur des petites routes que vous ne connaissez pas, on ne va pas y aller de bon gré. Encore une fois, on n'a pas de repos compensateur, donc le médecin généraliste installé qui fait MMOB un dimanche, et qui recommence son travail... Qui va être assez frais pour reprendre une semaine où vous faites 7h-22h ? On ne va pas faire pleurer dans les chaumières, mais il arrive un moment où c'est peut-être même dangereux. Donc voilà, le problème du MMOB, c'est qui va le faire ? »

Moi : « Donc un côté danger de la route ? »

Médecin n°10 : « Voilà, pas danger du patient, il y en a qui le craignent. Moi je ne pense pas, ma crainte c'est que maintenant, je n'ai plus l'énergie. »

Moi : « Y aurait-il des choses à mettre en place pour aider le MMOB ? »

Médecin n°10 : « Déjà, il faut des médecins volontaires parce que si vous commencez à contraindre les gens à faire ça, alors que ce n'est pas leur volonté ... il faudrait peut-être faire un audit. Peut-être que si on fait un audit sur les médecins qui assurent la PDSa que certains ont envie de faire MMOB. En sachant qu'il faut un certain nombre de volontaires pour pouvoir faire tourner un tour de garde. Donc, si on a 3 pèlerins qui font MMOB, ce n'est pas suffisant. Peut-être qu'il va falloir s'unir avec des départements limitrophes. Des solutions, on en trouve à partir du moment où le besoin se fait sentir. Si les secteurs disparaissent, le besoin se fera sentir. A ce moment-là, il faudra le mettre en place. Est ce qu'on y arrivera ? Je ne sais pas. Parce que c'est nous qui allons les mettre en place. Donc, il faudra voir s'il y a des volontaires et sinon il faudra voir si il y a des creusets de mercenaires. Ce n'est pas péjoratif mercenaire dans ma voix.

Moi : « Donc vous m'avez dit pour le financement votre avis, sur le point matériel pouvez-vous m'en dire plus ? »

Médecin n°10 : « Soit chaque médecin a son matériel, soit on a une dotation qui sera faite par pompiers ou hôpital local peu importe. Le principal outil, c'est quand même l'effecteur. »

Moi : « Que peut-on mettre en place pour eux ? »

Médecin n°10 : « C'est qu'il en faut deux par journée. Est-ce qu'il y en a qu'un qui fait 24 h ? Moi, peut-être que je me sentirais de faire MMOB sur quelques heures mais pas sur une journée complète. On trouvera forcément des solutions à partir du moment où il faut le faire on le fera, mais si on l'impose ça fera grincer des dents. »

Moi : « Ce n'est pas l'idée, de l'imposer. »

Médecin n°10 : « Quelque part, les maisons médicales ont été imposées. Maintenant la plupart en sont content, si ce n'est que ça coûte cher. Mais au départ, on nous l'a fortement conseillé avec un financement total. Maintenant, on se retrouve à moins de 10 ans, on finance que la moitié. Et bientôt, ce sera les collectivités territoriales qui vont le financer. »

4) Moi « Seriez-vous prête à participer au rôle de médecin mobile ? »

Médecin n°10 : « Alors sous certaines conditions, peut-être. Si ce n'est pas une garde totale, si ce n'est pas 24 heures. Alors par solidarité, je suis toujours pleine de bonne volonté. Si mes collègues me disent on va tenter une nouvelle expérience, est-ce que tu en es ? C'est presque sûr que je vais dire oui. Après, peut être que je vais me lapider d'avoir dit oui. Mais si cette expérience se monte, il est évident qu'on en sera. Par contre, à force de tirer trop sur la même corde, elle peut rompre. Oui, on en serait mais peut-être sous certaines conditions d'adaptation et d'aménagement. Par exemple, d'être deux sur les maisons médicales, l'un fait MMOB sur 4 heures et on alterne les rôles. Si on partage une garde peut-être, mais ce n'est pas de gaieté de cœur parce que la charge de travail commence à peser. J'ai un cabinet secondaire, là je dois y aller, ça me pèse. Le MMOB, c'est pareil. Je pense que là, on fait notre temps et on s'attendrait pour ce genre de travail hors norme qu'il y ait une relève, hors cette relève n'arrive pas. On se retrouve les mêmes. Et on est loin des zones de faculté, donc on n'a pas tellement de remplaçants qui viennent prendre des gardes. Donc les gardes sont montées la plupart du temps par des médecins actifs, soit par des retraités, mais on commence à s'user, quand on n'arrive pas à monter un tableau complet... Il y a un souci. Donc s'il faut rajouter les MMOB, on me dit on va le récupérer sur les médecins dont on va fermer les secteurs, ça il ne faut pas y compter. Ceux-là vont mettre la clef sous le paillason et on ne les reverra plus dans aucun système de garde, ils ne viendront pas non plus sur les maisons médicales. Maintenant, il n'y a plus de scrupules à dire : mon secteur est fermé, je branche mon répondeur sur le 15. Avant, on avait des scrupules à faire ça, maintenant plus personne n'a de scrupules à partir, même s'il n'y a pas de solutions. Par exemple, le samedi matin, il n'y a pas de solutions. Vous pouvez toujours dire en cas d'urgence appelez le 15, mais le 15, il a l'urgence vitale. Mais sinon il n'y a pas de solutions. Il n'y a pas d'effecteurs le samedi matin parce que nous, les gardes commencent à midi. La plupart des médecins ne travaillent plus le samedi matin. Si vous fermez mon secteur de garde très bien, je n'ai plus mon forfait garde très bien, mais ne comptez pas sur moi pour aller faire autre chose. On va laisser pas mal de médecins, est-ce qu'ils sont nombreux ? Pas énormément. Les jeunes qui viendront feront les gardes en maison médicale, les vieux comme moi dormiront sur leurs deux oreilles.

12 gardes de semaines et 6 gardes de week end par an

Verbatim Médecin N°11 : 48min16

Moi : « Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

Médecin n°11 : « Ma dernière garde était en maison médicale de Lézignan, ça devait même être le premier janvier. Ca s'est passé tranquillement avec quelques consultations jusqu'à minuit, ça s'est passé tranquillement. J'ai dû faire une dizaine d'actes. Ca allait de la plaie aux pathologies infectieuses inquiétantes pour les parents mais pas plus graves que ça. Il n'y a pas eu de visites à domicile en particulier. »

Moi : « Comment vous êtes-vous senti pendant votre garde ? »

Médecin n°11 : « En maison médicale de garde on se sent bien, on est bien accueilli, on est dans de bonnes conditions. On ne fait pas la partie financière qui est toujours pénible à la fin de l'acte. On a un endroit pour se reposer et se restaurer si jamais il n'y a pas de travail. Je ne suis pas particulièrement stressé par les gardes. »

2) Moi : « Qu'est-ce qui vous plaît sur vos gardes ? »

Médecin n°11 : « Moi qui ai connu les deux systèmes, c'est-à-dire l'ancien système. Moi qui ai 58 ans, j'ai connu le système où il n'y avait pas de régulation, où elle était assurée par nos épouses. C'est le conjoint qui assurait la régulation et on était de garde assez souvent. On était de garde 1 fois sur 3 ici au début puis une fois sur 6. On ne faisait que des visites à domicile. Et il n'y a pas de comparaisons entre les visites à domicile et travailler dans un cabinet médical quand on fait des gardes. Les maisons médicales de gardes maintenant, c'est très bien. »

Moi : « Y'a t-il des choses à changer sur ce système selon vous ? »

Médecin n°11 : « Moi, je trouve que le système des maisons médicales de garde est très bien. Après, il y a des systèmes de répartition parce que l'ARS voulant faire des économies de forfait, ont fait des secteurs extrêmement grands. Ici, on est plus proche de la maison médicale de Carcassonne donc les gens vont à Carcassonne. Par contre, nous on va faire nos gardes à Lézignan car il n'y a pas assez de monde pour faire tourner la maison médicale, donc par solidarité avec les confrères, on va là-bas. Le système est bien. Moi, je le vois aussi comme régulateur. A Narbonne, parfois, quand il n'y a qu'un seul médecin en semaine, quand il était en visite c'était l'affolement. Parce que parfois, il y avait des vraies urgences qui arrivaient alors que l'effecteur était sur le terrain. On disait aux gens d'aller à la maison médicale, mais que le médecin ne serait pas là tout de suite, qu'il fallait attendre. C'était compliqué à réguler quand le médecin de la maison médicale de garde s'en aille en visite. Ou une fois il est parti loin, le régulateur n'avait pas fait attention à la distance qu'il lui avait demandé de parcourir. »

Moi : « Les visites sont parfois un souci selon vous? »

Médecin n°11 : « Oui, par exemple il y a les éternels problèmes des EHPAD, encore que maintenant, on a un acte de télé-intervention dans les EHPAD donc on peut composer avec le dossier sans se déplacer. Il y a le problème des quelques visites incompressibles qui restent mais il y en a très peu en fait. »

Moi : « Comment pourrait-on faire sur ce problème? »

Médecin n°11 : « Le système actuel est pas si mal. Je ne sais pas si ça vaut le coup, en fin je ne suis pas pour dire qu'il faille un medecin qui ne fasse que des visites, parce que c'est le problème de la qualité du travail à domicile. Pour en avoir fait beaucoup, je sais bien comment on fait. Quand on doit pousser les verres, se trouver un coin un peu propre pour poser ses affaires, examiner un malade chez lui, essayer de l'examiner dans la salle à manger, au milieu de tout le monde. Je trouve que niveau qualité des soins, ce n'est pas la même chose de les voir dans un cabinet de consultation qui est fait pour ça que dans une maison où le patient est chez lui et fait un peu ce qu'il veut, c'est toujours des conditions précaires de luminosité, d'installation du patient, de déshabillage etc.... »

Moi : « Et vous parliez des visites incompressibles... »

Médecin n°11 : « Oui, il reste les visites incompressibles, mais il y en a très peu finalement. »

Moi : « Ce ne serait pas justifié de prévoir un système que pour ces visites selon vous ? »

Médecin n°11 : « Moi je ne crois pas, parce que quand on régule bien on le voit, les gens viennent au cabinet. On parle de permanence de soins de médecine générale. Les urgences nécessitent un avis ou des soins spécialisés donc les gens sont pris en charge par les pompiers ou le SAMU et vont à l'hôpital. Le problème, ce sont ces quelques visites incompressibles qui restent. »

Moi : « Que pourrait-on faire pour ces visites là ? »

Médecin n°11 : « Je crois que pour ces visites si jamais il y a 2 médecins à la maison médicale de garde, un médecin peut l'assumer. Si le médecin de la maison médicale de garde est tout seul, effectivement, ça peut poser problème. Une fois, ça m'est arrivé, on a eu une série de 3 urgences qu'il fallait voir, l'hôpital était embouteillé, il y avait une colique néphrétique, une douleur atypique, et une troisième, et le médecin était en visite en train de chercher désespérément quelqu'un dans la nuit sur le littoral. Donc ça avait été un peu compliqué à réguler. »

3) moi : Avez-vous déjà entendu parler du médecin mobile ? »

Médecin n°11 : « Non. »

Présentation du médecin mobile. visites inévitables régulées, protocole de visites inévitables présenté. Visites sur de grands territoires, élargissement des territoires, présentation des 5 secteurs élargis.

Médecin n°11 : « Si vous faites de trop grands secteurs, ça va vous prendre 2 heures pour une visite. »

Moi : « Eventuellement oui. L'idée étant de créer une 5ème maison médicale à Limoux et d'organiser les secteurs centrés sur ces maisons médicales. »

Médecin n°11 : « Si les médecins généralistes sont d'accord, je suis tout à fait pour la création d'une 5ème maison médicale de garde à Limoux. Le souci étant si vous avez un pépin à Axat et que vous devez aller à Belvèze après, ça fait de la distance mais surtout ça fait du temps. Parce que autant sur la dorsale Lézignan Carcassonne ça se fait vite, autant Axat – Belvèze...Ce qui serait bien à faire, ce serait de pas calquer, mais là il faut de la plasticité, de ne pas calquer les secteurs de garde sur les secteurs actuels. On pourrait concevoir que le médecin mobile n'a pas tout à fait le même secteur de garde que le secteur de la maison médicale. Par exemple, que celui de Castelnaudary puisse aller à Belvèze. Il faudrait regarder surtout en temps, pas seulement en distance ni en terme de secteur. L'idée serait de découpler le secteur de médecin mobile du secteur de la maison médicale de garde. Ce serait mieux en termes d'efficacité. »

Moi : « Que penseriez-vous de cette mise en place avec des secteurs adaptés ? »

Médecin n°11 : « Je ne sais pas, il faudrait compter le nombre de visites incompressibles qu'il y a sur une étude. Il faudrait voir par maison médicale combien ils font de visites incompressibles. »

Moi : Présentation des chiffres de visites fournis par la régulation et le service statistique de la CPAM. Présentation du nombre de visites potentielles en se basant sur ces données par secteurs.

Médecin n°11 : « Sur ces chiffres, le secteur où ça me paraît justifié, serait en effet le secteur 5, sachant que c'est là où il y en a deux fois plus qu'ailleurs. C'est aussi le secteur le plus étendu. Il faudrait voir comment sont réparties ces visites si c'est sur le week-end ou en semaine. Et il faudrait voir aussi comment sont répartis les médecins dans les maisons médicales de garde. A Narbonne, quand ils sont deux l'un des deux peut partir. Quand le médecin est seul comme à Lézignan, ça paraît plus intéressant. Il faudrait éventuellement le faire là où le médecin est seul, pourquoi pas. Je ne suis pas sûr que l'on sauve beaucoup de vie comme ça mais on rassurera la population. »

Moi : « Que faudrait-il à votre avis pour que ça puisse fonctionner ? »

Médecin n°11 : « Il faudrait un nombre suffisant de visites dans le secteur. En différenciant le secteur de la MMG du secteur du MMOB. Et s'il y a 2 médecins sur le

site, je ne vois pas l'intérêt car l'un des deux peut se déplacer y compris un peu loin. Il faudrait aussi affiner quand est ce que l'on en a besoin, peut-être que le weekend ça vaut le coup et pas en semaine. »

Moi : « Le souci étant que sur le Secteur 5, la permanence de soins n'est présente que sur le week-end a beaucoup d'endroit. »

Médecin n°11 : « Je pense que lors des pics de week-end ça se justifierait, surtout sur le secteur 5. Sur les autres secteurs s'il y a 2 médecins, je ne vois pas trop l'intérêt. D'autant plus que maintenant on a un acte de télé-médecine. ET si on a une bonne infirmière dans une EHPAD, on peut apprécier pas mal de situations. Le problème c'est il n'y a plus d'infirmière la nuit dans les EHPAD. »

Moi : « Que faudrait-il pour que le médecin mobile soit accepté et acceptable par les médecins de terrain à votre avis ? »

Médecin n°11 : « Est-ce qu'on peut considérer que le médecin peut aller tout seul en visite ou est-ce qu'il faut qu'il soit accompagné ? »

Moi : « Accompagné par ? »

Médecin n°11 : « Par un chauffeur, après tout, le médecin du SAMU ne conduit pas le camion du SAMU. Le médecin généraliste doit tout faire lui-même y compris réparer les roues. Je pense qu'il faut un véhicule de fonction. Parce que utiliser son véhicule personnel pour faire tous ces kilomètres tout seul en pleine nuit, un jour où il neige... »

Moi : « Les conditions météorologiques auraient un impact... »

Médecin n°11 : « Non, mais je ne sais pas si le MMOB doit y aller seul ou pas. Je ne suis pas sûr. Peut-être qu'il pourrait avoir quelqu'un avec lui. Après il faudrait peut-être découpler les secteurs pour avoir un périmètre en temps de trajet....Aux heures de permanence de soins, on admet qu'après minuit, c'est soit un conseil soit une urgence. Pourquoi ne pas considérer la même chose pour les visites? Pour les EHPAD, tant qu'il n'y a pas de personnel la nuit dans les EHPAD, le médecin généraliste ne peut pas se substituer aux infirmières la nuit. On ne peut pas considérer le médecin généraliste compétent pour tout quand les autres dorment, et compétent pour rien le jour. On peut peut-être faire un juste milieu. »

Moi : « Simplement sur les nuits, sur les chiffres de la CPAM, 85 actes et 78 actes ont été côtés par an ces deux dernières années sur le département sur l'horaire minuit-6h. L'idée serait également d'arrêter les nuits profondes. »

Médecin n°11 : « Je pense que l'offre appelle la demande. Il faudrait faire une étude pour savoir si les visites en nuit profondes sont réellement justifiées. Parce que si c'est un patient qui appelle parce qu'il a mal à la tête parce qu'il sort de boîte, ce n'est pas justifié. Sur ces visites la nuit, il y en a combien de réellement

justifiées ? J'aimerais bien savoir le degré d'urgence effectif de ça. Je pense qu'il y a des études à faire mais le problème c'est que nous ne sommes pas bons en épidémiologie. C'est quand même dommage, avec la belle ARS que nous avons, que nous sommes incapables de savoir sur ces visites combien sont réellement urgentes. Je trouve que ce n'est pas normal. Mais il y a des thèses à faire. Si c'est 60 justifiées ok, mais je ne suis pas sûr. »

Moi : « Y'a t-il autre chose à mettre en place selon vous pour le médecin effectuant la fonction de médecin mobile ? »

Médecin n°11 : « Je pense que l'on ne peut pas forcer un médecin à faire ça, c'est clair et net. Moi, vous me proposez ça j'irai jamais. J'ai passé l'âge et l'idée de me tuer en voiture c'est bon. Si ça peut intéresser quelques personnes pourquoi pas, mais après, le problème c'est qu'il vous faut du monde. Il vous faut du monde sur des amplitudes horaires importantes, et sur une fatigabilité importante. Parce que le médecin malgré tout, il va se les faire les 2 heures de trajet. Moi, l'acceptabilité me paraît difficile et s'il vous en faut tous les weekends sur chaque secteur, ça fait quand même beaucoup de médecins et ça me paraît difficilement réalisable. Moi, ça me paraît difficile, peu pertinent, notamment en nuit profonde. A étudier aux horaires de permanence de soins en fonction des pics de demande, de la fréquence et du secteur. Franchement, je ne sais pas quoi penser parce qu'en nuit profonde, on n'y va pas et on n'a pas l'impression quand même d'abandonner la population à leur triste sort. Ils ont quand même un transport qui les emmène directement à l'hôpital. Et je ne pense pas que ce soit tellement différent en début de nuit qu'en nuit profonde. Seulement, on a une habitude de consumérisme médicale. On a mal à la tête à 20 heures on appelle, comme on sait qu'après minuit il n'y a personne et bien on n'a plus mal à la tête. Et si on a vraiment mal à la tête à 1 heure du matin, effectivement, ça vaut peut-être le coup d'aller voir ce qui se passe pour soigner la personne qui a un réel problème de santé. Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question. »

Moi : « Oui ... »

Médecin n°11 : « C'est compliqué votre histoire, parce que c'est une idée quoi. Ça vaut peut-être le coup sur le secteur 5. Parce que 600 actes, ça fait beaucoup, mais encore il faudrait savoir qualitativement si c'est des actes justifiés ou des habitudes. Il y a probablement un peu des 2. Il faudrait savoir qualitativement si c'était justifié. C'est difficile aussi parce que là, on parle de représentation. L'étude de faisabilité, il faudrait non seulement le nombre mais aussi la qualité des visites. Après, sur le secteur 5 si sur 600 visites, 500 sont justifiées, le concept est valable. Mais après pourquoi ne pas dire 2 médecins de garde à Limoux le week-end et le 2ème va faire des visites. Peut-être aussi que les vieux médecins qui ne veulent pas bouger, qui sont corvéables à merci, qui vont faire une visite dès qu'un enfant tousse, peut-être que c'est un modèle qu'il faut changer. La question est faut-il s'adapter à des pratiques ou faut-il évoluer. »

Moi : « Ma problématique, c'est les déterminants de sa faisabilité et donc de son acceptabilité par les médecins de terrain. »

Médecin n°11 : « A Limoux ce sera acceptable, mais est-ce que ce sera acceptable par les jeunes, dans dix ans, quand tous les vieux médecins seront partis ? »

Moi : « Sa pérennité, c'est aussi une bonne question. »

Médecin n°11 : « Parce que les jeunes ne feront jamais ça, vous rigolez. Ils arrêtent à 17 h parce qu'ils ont les enfants, et ils ont raison. »

Moi : « Si on se fie aux études et aux secteurs en France où le MMOB est mis en place, le MMOB est le plus souvent un médecin remplaçant ou nouvellement installé. »

Médecin n°11 : « C'est sûr aussi que le médecin qui fera ça, il gagnera moins d'argent qu'à la maison médicale. Donc, on en revient à la faisabilité du système, il y aura aussi la rémunération. De toute façon, moi je suis pour la forfaitisation de la rémunération du médecin de garde, il faut arrêter la course à l'acte. Sinon personne ne voudra le faire. Je veux dire, si je suis payé à l'acte à la maison médicale de garde ou payé à l'acte comme médecin mobile, mon choix est fait. »

Moi : « Il faudrait des forfaits pour les médecins... »

Médecin n°11 : « Bien sûr, et même pour tout le monde. Ce n'est pas normal de gagner 3000 euros sur une garde. Et ce n'est pas normal de quitter sa famille pour attendre le client et gagner 50 euros. Il faut gagner plus dans un cas et moins dans l'autre. Donc il faut forfaitiser tout. Avec des forfaits à l'heure. S'il y a une trop grande différence de rémunération, personne ne fera MMOB.... Après il faudrait calculer les distances d'un point à un autre et combien de temps ça prend. Pour Axat, d'aller à Belvèze par exemple. »

Moi : « Il y a aussi des médecins correspondant SAMU sur Axat. »

Médecin n°11 : « Ca aussi ça peut être intéressant, est-ce que le MCS peut être ce médecin là. »

Moi : « Il faudrait redéfinir le rôle du MCS. Son rôle n'est pas celui là. Il est censé être aussi à plus de 30 minutes d'un secteur d'urgence, ce qui ne correspondrait pas au MMOB. »

Médecin n°11 : « Non, mais on peut toujours le discuter, même si c'est non. Après, vous me direz le médecin mobile dans dix ans... Peut-être que ce n'est pas pour maintenant. C'est pas facile.»

Moi : « Tout à fait, c'est pourquoi je me concentre sur la question de sa faisabilité et de son acceptabilité pour les médecins de terrain. »

Médecin n°11 : « Moi, franchement, pour adhérer à un projet comme ça, la première est que vous me montriez que ça peut servir à quelque chose. Si vous me dites, c'est une impression je m'en fous. Si vous me dites que sur tel secteur il y a 600 visites dont 500 incompressibles, à voir. »

Moi : « Il y a également certaines visites pour lesquelles il n'y a pas de médecins pour y aller et qui sont transférées aux urgences. Des certificats de décès qui attendent le lendemain. »

Médecin n°11 : « Attendez, le certificat de décès qui attend ce n'est pas la fin du monde. Il n'y a plus d'urgence médicale. Ca peut attendre le lendemain. On peut déléguer aussi à l'infirmière de l'EHPAD qui peut très bien le faire. »

Moi : « Un autre souci est le fait qu'il y ait un passage de plus en plus important dans les MMG, et les médecins ont du mal à se rendre disponibles pour les visites. »

Médecin n°11 : « La question c'est est ce que ça porte préjudice à la santé de la population, je ne suis pas sûr. Ca porte préjudice au mythe de l'accès aux soins en France. La disponibilité c'est formidable, mais est-ce qu'elle sauve des vies ? La réponse est non, prenez exemple de l'Angleterre. Ca pose problème cette idée de la disponibilité permanente. »

Moi : « La problématique est aussi que sur certains secteurs, il y ait des difficultés à remplir le tableau de garde. »

Médecin n°11 : « Oui, il n'y aura plus personne. »

Moi : « L'idée est d'agrandir le secteur et sur ces secteurs élargis, des difficultés à répondre à la demande de soins. »

Médecin n°11 : « Peut-être que le problème n'est pas aiguë pour l'instant mais qu'il va le devenir. Que les gens n'ayant plus de médecins en semaine appellent aux heures de PDSa parce qu'ils n'ont plus personne. C'est possible que vous soyez dans le sens de l'Histoire. Il va y avoir une acutisation de ces problèmes là. C'est-à-dire que l'accès aux soins primaires sera moins important. Si cette accessibilité est moins importante, il y aura des retards, et ça va se reporter sur les horaires de PDSa. »

Moi : « L'idée également c'est que certains secteurs ont une activité très importante en PDSa, avec des médecins qui font beaucoup de gardes. L'idée étant que réduire le nombre de gardes serait éventuellement attractif pour les jeunes médecins. Une permanence de soins différemment gérée pourrait avoir un impact sur la continuité des soins. »

Médecin n°11 : « C'est possible. Mais la médecine générale ne pourra pas régler toute seule les problèmes de la médecine générale. Ca fait 30 ans qu'on leur dit qu'on va manquer de médecins, maintenant on en manque, vous vous démerdez.

Après ce système en l'état actuel des visites incompressibles, je ne suis pas sûr que ce soit une bonne idée, en dehors du secteur 5 peut-être. Mais peut-être que demain, ce sera une bonne idée. En effet, vous prenez Carcassonne, les patients ne trouvent plus de médecins acceptant de nouveaux patients. »

Moi : « La dernière chose étant le budget avec les économies de secteurs demandé par l'ARS. »

Médecin n°11 : « Que voulez-vous que je vous dise ? Maintenant, ils refusent de financer les maisons médicales alors que ça coûte rien. Le budget de l'ARS de fonctionnement est 1000 fois plus cher, donc les patients sont soignés à 200 euros aux urgences pour une rhinopharyngite. »

Médecin homme 58 ans, Semi-rural

Travail en groupe

Gardes en maison médicale, garde également à la régulation.

12 gardes de semaine et 5 weekends par an en tant qu'effecteur.

Verbatim Médecin N°12 : 29min52

1) Moi : Pouvez-vous me raconter votre dernière garde ? »

Médecin n°12 : C'était, je crois en janvier. Garde de semaine à la maison médicale de garde. Plus importante que d'habitude mais ça, depuis 2 ans on voit une augmentation du nombre de passage. Je ne sais pas comment c'est d'habitude mais moi, j'ai l'impression de voir de plus en plus de monde. Après, est-ce que c'est de l'urgence ? Des vraies urgences, non. Je pense qu'il y a beaucoup de personnes que l'on voit en garde et qui pourraient être simplement, par de l'éducation thérapeutique de la part du médecin traitant, permettre aux parents, pour leurs enfants, à passer la nuit avec du doliprane et des anti-inflammatoires et attendre le lendemain matin pour voir le médecin traitant. Je pense qu'il y a beaucoup de personnes que l'on voit en garde pour lequel ce n'est pas justifié. Avec une éducation thérapeutique, on pourrait faire cette économie de santé. Après, non je comprends pourquoi ils viennent. Le système de garde me va très bien, moi je n'ai pas envie de travailler comme les anciens médecins qui étaient de garde toute une semaine. Ca ne me dérange pas de faire des gardes car malgré tout, c'est quand même un meilleur système au niveau de la qualité de vie pour nous médecins qu'avant. Je pense qu'en offre de soins, on est tout aussi efficace et on offre la même qualité de soins qu'avant. »

Moi : « Quel serait une consultation justifiée selon vous ? »

Médecin n°12 : « Les nouveaux nés parce que je considère que même si il n'y a pas d'urgence, si c'est un premier enfant, de savoir si c'est grave ou pas, c'est compliqué pour des nouveaux parents. Même si ce n'est pas de la vraie urgence, je comprends pour rassurer les parents. Les infections urinaires, ce n'est pas grave mais il faut quand même la traiter, le risque c'est la pyélonéphrite. La rhinopharyngite, la laryngite, ça peut attendre le lendemain. Après, en vraie urgence, il y a par exemple la douleur abdominale, les douleurs thoraciques, savoir s'il doit aller aux urgences ou si c'est autre chose. Mais il y a de l'éducation thérapeutique de la part du médecin traitant. C'est-à-dire 'si vous avez ça et ça, vous prenez ça et vous revenez me voir lundi, à par si tel ou tel symptôme vous reconsultez avant. »

Moi : « A par l'éducation thérapeutique, y'a t-il autre chose à faire pour ces consultations ? »

Médecin n°12 : « Eventuellement, mettre un médecin en amont de la consultation pour faire un tri, un peu comme aux urgences. Mais il faudrait un médecin pour faire que ça et est-ce que ça serait accepté par les patients ? Sachant que malgré tout, l'interrogatoire ne suffit pas. »

Moi : « Ce serait une régulation en amont ? »

Médecin n°12 : « Oui, une régulation mais malgré tout, le risque c'est de passer à côté d'une vraie urgence qu'on aurait pu voir à l'examen clinique. Oui, après on voit des patients dont les motifs ne sont pas justifiés mais, c'est comme ça. Mais

autrement, je ne vois pas comment on pourrait, autrement que par l'éducation et la régulation, diminuer le nombre de consultations ne relevant pas de la maison médicale de garde. »

2) Moi : « Qu'est-ce qui vous plaît sur vos gardes ? »

Médecin n°12 : « La maison médicale de garde m'apporte pas plus intellectuellement parlant. Parce qu'au cabinet, malgré que l'on bosse que sur rendez-vous, je me réserve des créneaux entre guillemet de l'urgence donc je vais faire des points de suture, je vais voir des cystites entre deux. Je ne vois pas plus de consultations différentes qu'à la maison médicale de garde. Si j'avais des consultations programmées au cabinet, je ne vois jamais d'urgence pourquoi pas, mais là ça m'apporte pas plus. Après de faire des gardes en maison médicale de garde, ça m'apporte de la qualité de vie puisqu'au final, au lieu de faire comme mon associé faisait, une semaine de garde par mois, ça m'apporte de la qualité de vie. Après, humainement oui, parce qu'à la maison médicale de garde, il y a une bonne ambiance et on s'entend très bien et le système marche très bien, mais la consultation en elle-même m'apporte pas grand-chose. »

Moi : « Est-ce qu'il y aurait des choses à changer sur vos gardes ? »

Médecin n°12 : « L'éducation thérapeutique pour limiter le nombre de consultations, ce serait déjà bien. Parce que, pour la sécurité sociale, ça fait un coût, surtout le week-end où les consultations sont à 50 ou la nuit à 70 euros. On en voit 10 non justifiées, ça fait quand même 700 euros. Après pour la maison médicale, je trouve qu'elle est plutôt bien gérée. Il y a un pool de remplaçants présents et réactifs. Je ne vois pas ce qu'on pourrait changer d'autre. Je pense que tous les gens sont vus à la maison médicale de garde. Même le week-end où il y a du monde, l'attente est quand même correct. Non, je ne vois pas ce qu'on pourrait améliorer. Moi, là, il n'y a rien qui me choque où je me dis : là, il faudrait faire comme ça parce qu'a priori ce n'est pas bien. »

3) Moi : « Aviez-vous déjà entendu parler du médecin mobile ? »

Médecin n°12 : « Non. »

Présentation de la fonction de médecin mobile, sur des territoires élargis, associé à un lieu fixe de consultation. Présentation du protocole de visite inévitable. Présentation du modèle de fusion des secteurs.

Moi : « Qu'en pensez-vous ? »

Médecin n°12 : « Je pense que oui ça peut être intéressant. A partir du moment où la partie régulation est bien gérée et que le déplacement est justifié. Parce que si ça se sait, les gens demandent au final que des domiciles et que ce médecin mobile qui est censé faire que des déplacements inévitables comme le certificat de décès... Si ça reste adapté pour des visites qu'on ne peut pas faire, moi ça ne me dérange pas.

Ca fera peut-être 3 gardes de plus par an mais ça reste correct au niveau de la qualité de vie et de travail. Donc moi pour ça au niveau du concept, j'approuve. Le seul bémol, c'est de savoir avec le temps quand ça va commencer à se savoir, est-ce qu'il y aura pas des abus. Si après, l'abus est géré par la régulation et qu'on évite ces abus, moi ça ne me dérange pas. Ça permet de conserver une offre de soins, et pour nous médecins, ça permet de maintenir une certaine qualité de vie. Que l'on ne devienne pas des otages de cette offre de soins. »

Moi : « A votre avis, que faudrait-il pour mettre en place ce médecin mobile ? »

Médecin n°12 : « Je pense que le plus simple ce serait ...Parce que ce serait les mêmes que la maison médicale ? »

Moi : « Et bien ce serait des volontaires pour être médecin mobile. »

Médecin n°12 : « Oui, mais est-ce que des volontaires il y en aura beaucoup ? J'en suis pas sûr. Après, on peut faire le même principe que la maison médicale de garde, à savoir que l'on considère que la semaine, on reste un médecin à la maison médicale de garde et un mobile, et le week-end il faille deux médecins à la maison médicale et un médecin mobile. Et après, chaque médecin reçoit en début d'année : 'voilà vous avez tant de gardes à la MMG et tant de gardes en tant que MMOB'. Après, ceux qui ne veulent pas essayer de les faire, faire par un remplaçant et on voit comment ça se passe. Si après, ça se passe bien c'est-à-dire que les gardes sont prises par les remplaçants et que ça se passe bien. Après, si ça reste exceptionnel avec pas beaucoup de visites, peut-être les remplaçants ne seront pas d'accord pour les faire, car peu intéressant financièrement pour eux. Si c'est 2-3 ou 4 gardes par an, c'est un bon compromis entre l'offre de soins et la qualité de vie pour nous médecins. Si on repasse sur un système à l'ancienne, on sera perdant nous médecins. »

Moi : « Combien de gardes il faudrait sur l'année pour que ce soit acceptable ? »

Médecin n°12 : « Je ne sais pas, mais à la maison médicale, on fait entre 6 et 8 gardes par an. Si le médecin mobile, ce serait un médecin par soir, il faudrait regarder combien de médecins on est et combien de gardes il y aurait. Mais ça nous en ferait environ 6. Même si ça m'emballe pas, je préfère ce système là où je fais une garde, je suis peut être détaché ou je suis chez moi, disponible. Quand on m'appelle pour me dire voilà, il y a une visite là, je prends ma voiture. Je préfère ce système où je suis un peu libre chez moi et de pouvoir profiter un peu de ma famille, en sachant comme un médecin de l'hôpital qu'à tout moment je pourrais être appelé pour une visite. »

Moi : « Vous disiez ne pas être emballé, pour quelles raisons ? »

Médecin n°12 : « Parce que moi les gardes de principeJe fais suffisamment d'heures. Les gardes, je les fais parce qu'il faut les faire. Après, à choisir entre faire comme avant être de garde toute la semaine, 1 semaine par mois et avoir 12 gardes

par an, je préfère 1 garde par mois au lieu d'une semaine par an. Après, je ne suis pas un fanatique des gardes. Comme je disais, intellectuellement, ça ne m'intéresse pas. Oui, c'est lucratif mais actuellement sans gardes, ça m'irait très bien. Même sans la partie financière, si je pouvais ne pas en faire, ça m'irait très bien. Mais pour l'offre de soins et la qualité de vie, ça ne me dérange pas si on devait augmenter le nombre de gardes. »

Moi : « Pour ce médecin mobile, qui ne ferait que des visites que faudrait-il mettre en place pour que ce soit le plus acceptable possible pour les médecins ? »

Médecin n°12 : « Et bien, je ne sais pas les autres, mais moi ça me va de dire voilà, vous êtes tant de médecins et on divise par le nombre de gardes à faire. Soit ça passe par la secrétaire de la MMG qui nous appelle qui nous dit : 'salut j'ai une visite à tel endroit, on y va et au retour on passe par la MMG et on fait un petit mot de traçabilité et on donne la feuille de soins'. Ca me paraît pas plus mal que rester à la MMG 16 heures le week-end ou le soir sans rien faire avec les autres médecins à côté qui travaillent, j'aurais peut-être envie de les aider. »

Moi : « Que faudrait-il pour égaliser un peu ... »

Médecin n°12 : « Il faudrait que le médecin mobile soit d'astreinte, chez lui. Il peut faire ce qu'il veut, la seule contrainte est d'être joignable au téléphone et de faire la visite. Comme un médecin hospitalier qui est chez lui et quand le service a besoin de lui, comme un orthopédiste si on a besoin de lui, il est disponible. Il vient sur place et fait son travail. C'est le même système, avec un médecin mobile d'astreinte, il peut être appelé à n'importe quel moment pour faire une visite. »

Moi : « Quels seraient les freins potentiels à cette fonction de médecin mobile ? »

Médecin n°12 : « Et bien, ça fait de grands territoires et de longues distances à faire. Je vois le côté fatigant, si je dois aller à l'autre bout du territoire... Ca me fait peut être 2 heures de voiture. A part le côté contraignant où on se dit pour 20 minutes de consultation, on fait 1h30 aller et 1h30 retour de visite. Type certificat de décès où on est obligé d'y aller pour qu'il y ait une levée de corps. Ce n'est pas le meilleur moment de notre vie mais bon, après on est médecin avec les avantages et les inconvénients. Ca fait partie des inconvénients, je pense qu'il faut qu'on l'accepte. Je pense que le côté contrainte de la voiture, je pense que c'est surtout cette contrainte là, mais je pense que c'est nécessaire si c'est une demande. »

Moi : « Comment on pourrait faire concernant cette contrainte selon vous ? »

Médecin n°12 : « Je ne sais pas, est-ce que avoir une voiture de fonction, je ne suis pas sûr que concrètement ce soit un avantage. Il suffit que le médecin d'avant oublie de mettre le plein d'essence. Ça fait aussi un coût supplémentaire à la maison médicale de garde. Après, pour le médecin, je ne vois pas ce qu'on pourrait améliorer sachant qu'il y aura la visite et les indemnités kilométriques. Donc obligatoirement il y a quand même une compensation financière. Après, c'est vrai

que l'on fait quand même 1 heure et demi de route. Je ne vois pas ce qu'on pourrait donner comme avantage au médecin pour l'inciter à les faire. Est-ce qu'il faudrait donner de l'argent supplémentaire ? Je pense qu'on a un système de santé, et on en est conscient, qui est déficitaire donc je ne pense pas que ce soit une bonne chose. Je ne pense pas que nous médecin, malgré tout, même si en prenant en compte le niveau d'étude, on pourrait être mieux rémunéré, mais par rapport au système actuel de la population, on vit quand même correctement, je n'aurais pas trouvé ça justifié. J'aurais tendance à dire que la rémunération serait la visite plus les indemnités kilométriques point. C'est sûr que ce serait pas beaucoup mais ça ne me dérange pas, tant que c'est des cas particuliers et éphémère. Mais c'est sûr que si on me dit les gardes de médecin mobile, il y en a une par mois, là, ça commencerait à faire beaucoup. S'il y en a une tous les 2 ou 3 mois je le ferais, parce que c'est un devoir et que c'est toujours pareil, je choisis le moins pire. »

Moi : « Voyez-vous d'autres freins ? »

Médecin n°12 : « Je ne vois pas d'autres freins, c'est surtout les grosses distances. Moi, je pense qu'il faut garder le contexte obligatoire. Je vois mon collègue, il donne ses gardes mais s'il ne trouve personne, il doit les faire. Sinon y'aurait personne. Je pense que les titulaires déjà, à la maison médicale de garde, il y en aurait pas beaucoup si c'était facultatif. Moi, je vois, il faut les faire j'y vais, mais si c'était facultatif je n'irais pas. Moi j'y vais, je ne suis pas le plus emballé, mais je fais mon travail. Il y a le côté quand à la fin de la journée tu vois le chiffre d'affaires que t'as fait, t'es content. C'est vrai que j'aurais préféré rester avec ma femme et mes enfants, mais la compensation financière n'est pas négligeable. »

Moi : « Pensez-vous qu'il faille cette compensation financière pour le médecin mobile ? »

Médecin n°12 : « A partir du moment où t'as les 50 ou 150 ou 200 euros de forfait de la garde. Après c'est sûr que si t'es médecin mobile et que tu n'a pas été appelé, tu as eu les 50 euros d'astreinte qui sont négligeables mais t'as passé ta journée avec tes enfants. Après, si tu fais un déplacement, même si tu vas à l'autre bout de ta zone, ça te fais 2 heures de visite, mais le reste du temps, t'as été tranquille le reste de la journée. Bon, après oui, t'auras toujours des gardes où t'aura passé ta journée dans ta voiture. Je suis d'accord que ce n'est pas très intéressant mais si c'est nécessaire. Soit on montre à l'ARS qu'on met un peu d'eau dans notre vin soit non et un jour ou l'autre, on nous l'obligera. Je préfère leur montrer qu'on est volontaire jusqu'à un certain point. Après, on n'a pas parlé du GPS mais bon, maintenant on a tous un portable avec GPS inclus. Après c'est un coût en plus, et ça veut dire quoi, qu'il faut aller le chercher à la maison médicale de garde, il faut le ramener le soir à minuit, que le médecin qui est chez lui, il faut aller chercher le GPS, revenir chez lui puis le ramener le soir. Ça fait beaucoup de contrainte pour un médecin. Alors que maintenant, on a tous un GPS intégré. Alors peut-être que des fois, le GPS sera pas adapté et on aura une demi-heure de battement, mais après on n'est pas à 30

minutes près. Pour moi, ce sont des contraintes inévitables. On a notre matériel, on y va, si c'est une urgence, ça veut dire qu'il y a eu un problème de régulation, qu'il fallait envoyer SAMU ou pompiers, sinon on a suffisamment de matériel pour régler le problème. Je ne vois pas ce qu'on pourrait donner à part un forfait plus important sur la journée, mais après c'est toujours pareil, l'ARS n'a pas d'argent donc je pense que ce sera non. »

Médecin homme 33 ans, exerce en association

Semi rural

Gardes en maison médicale de garde

6 à 8 gardes par an