



HAL
open science

Organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le bassin de Thau : opinions des médecins généralistes installés

Kenza Hamidou

► **To cite this version:**

Kenza Hamidou. Organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le bassin de Thau : opinions des médecins généralistes installés. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02973921

HAL Id: dumas-02973921

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02973921v1>

Submitted on 21 Oct 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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Kenza HAMIDOU

Le 06 Décembre 2018

**« ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES SUR LE BASSIN DE THAU : OPINIONS DES
MEDECINS GENERALISTES INSTALLES »**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Daniel CAMILLERI

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE

Monsieur le Professeur Michel DAVID

Monsieur le Docteur Daniel CAMILLERI

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Kenza HAMIDOU

Le 06 Décembre 2018

**« ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES SUR LE BASSIN DE THAU : OPINIONS DES
MEDECINS GENERALISTES INSTALLES »**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Daniel CAMILLERI

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Emmanuel DE LA COUSSAYE

Monsieur le Professeur Michel DAVID

Monsieur le Docteur Daniel CAMILLERI

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018
PERSONNEL ENSEIGNANT**

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
ALRIC Robert
ARNAUD Bernard
ASTRUC Jacques
AUSSILLOUX Charles
AVEROUS Michel
AYRAL Guy
BAILLAT Xavier
BALDET Pierre
BALDY-MOULINIER Michel
BALMES Jean-Louis
BALMES Pierre
BANSARD Nicole
BAYLET René
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
D'ATHIS Françoise
DEMAILLE Jacques
DESCOMPS Bernard

DIMEGLIO Alain
DU CAILLAR Jacques
DUBOIS Jean Bernard
DUMAS Robert
DUMAZER Romain
ECHENNE Bernard
FABRE Serge
FREREBEAU Philippe
GALIFER René Benoît
GODLEWSKI Guilhem
GRASSET Daniel
GROLLEAU-RAOUX Robert
GUILHOU Jean-Jacques
HERTAULT Jean
HUMEAU Claude
JAFFIOL Claude
JANBON Charles
JANBON François
JARRY Daniel
JOYEUX Henri
LAFFARGUE François
LALLEMANT Jean Gabriel
LAMARQUE Jean-Louis
LAPEYRIE Henri
LESBROS Daniel
LOPEZ François Michel
LORIOT Jean
LOUBATIERES Marie
Madeleine
MAGNAN DE BORNIER
Bernard
MARY Henri
MATHIEU-DAUDE Pierre

MEYNADIER Jean
MICHEL François-Bernard
MICHEL Henri
MION Charles
MION Henri
MIRO Luis
NAVARRO Maurice
NAVRATIL Henri
OTHONIEL Jacques
PAGES Michel
PEGURET Claude
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT
Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
BRINGER Jacques
CLAUSTRES Mireille
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
DEDET Jean-Pierre
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
JOURDAN Jacques
MAURY Michèle

MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
SULTAN Charles
TOUCHON 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 Éric - 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 Éric - 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
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Éric-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
VISIER 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-vénérologie)
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
BOURGIER 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-vénéréologie
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 Élodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Éric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
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

A Monsieur le Professeur Philippe Lambert, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury. Merci pour la réactivité dont vous avez fait preuve au cours de nos échanges. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Daniel Camilleri, je te remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse. Je t'en suis très reconnaissante. Merci pour ta gentillesse et la pertinence de tes conseils, tout au long de notre travail, et également au cours de mes stages au cabinet.

A Monsieur le Professeur Jean-Emmanuel De La Coussaye et Monsieur le Professeur Michel David, je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, en acceptant de le juger. Soyez assurés de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux médecins qui ont participé à ce travail, à Mme France Muraille, bibliothécaire, je vous remercie sincèrement de m'avoir accordé votre temps et votre confiance. C'est grâce à vous que j'ai pu mener à bien cette thèse.

A tous les médecins qui m'ont accompagnée au cours de mes études, je vous remercie profondément pour tout ce que vous m'avez apporté.

A mes parents et à ma sœur, merci d'être toujours là, quels que soient mes choix. Je vous aime.

Maman, merci pour ta présence, et l'enthousiasme que tu as pour tous nos projets. Je n'oublierai pas de sitôt ton aide pendant les révisions de P1, et nos voyages en duo au cours de mes années étudiantes.

Papa, merci de m'avoir donné le goût de la médecine, et de m'avoir aidée toutes ces années. J'essayerai d'être à la hauteur, et de ne pas manquer notre rendez-vous hebdomadaire. Merci tout particulièrement pour ton aide si précieuse pendant cette thèse.

Leïla, merci pour ton soutien et nos fous rires. Je ne suis pas une sœur parfaite, mais j'essayerai d'être une « tantie » parfaite. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

A Ali et Ilyes, les derniers arrivés, mais pas les moindres. Pourvu que ces moments de bonheur en famille durent encore de nombreuses années.

A mes amis nantais, Rémi, Philou, Tristan, Louise, Priscille, Bilu, Séverin, Edouard, Arthur, Jules, et les autres... merci pour toutes ces années de folie, je ne les oublierai pas ! Grâce à vous ces études ont filées à toute vitesse.

A la super team des co-internes de gériatrie, Mélanie, Chloé, Margaux, Laure, Delphine, Fanny, c'était un plaisir de passer six mois à vos côtés. Merci à celles qui ont supporté mes moments de folie dans le bureau de la tour C ! On a bien rigolé ! J'espère que l'on continuera encore longtemps nos soirées entre filles.

A mes amis de Montpellier, Sophia, Tapha, Fabrice, Cynthia, et leurs enfants, merci de contribuer depuis près de trois ans à notre épanouissement sur Montpellier. C'est génial d'avoir des amis sur lesquels on peut compter.

A Nathalie, Manel, Juliette et Baptiste, merci pour les supers moments que l'on partage tous ensemble. Vous êtes les bienvenus à Montpellier quand vous voulez. On vous aime.

A Youssouf, merci d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments de ces études, et de m'avoir toujours poussée. Notre complicité et notre amour me sont indispensables.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	9
LISTE DES ABREVIATIONS	14
I. INTRODUCTION	15
II. CONTEXTE DE L'ETUDE	16
II.I La permanence des soins	16
II.I.1 Qu'est-ce que la permanence des soins ?	16
II.I.2 L'Histoire de la permanence des soins ambulatoires	17
(A) Un besoin de la population qui s'impose aux médecins dès le XIXème siècle	17
(B) Au cours du XXème siècle : une obligation déontologique qui s'organise de façon chaotique	18
(C) Début du XXIème siècle : la colère des médecins généralistes	19
(D) Le rapport Descours du 22 Janvier 2003	20
II.I.3 Aspect légal de la permanence des soins ambulatoires : un cadre juridique évolutif	21
(A) Décret n° 2003-880 du 15/09/2003 et décret n° 2005-328 du 07/04/2005 : base réglementaire de l'organisation pratique et volontariat de la participation des médecins	21
(B) Décret n°2006-1686 du 22/12/2006 : la permanence des soins devient une mission de service public	22
(C) Loi n° 2009-879 du 21/07/2009 dite loi HPST : les agences régionales de santé au centre de l'organisation de la permanence des soins	22
II.II Organisation de la permanence des soins ambulatoires	23
II.II.1 Principes organisationnels généraux	23
(A) Le cahier des charges régional	23
(B) Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires	23
(C) Le territoire de permanence des soins ambulatoires	24
(D) Le financement de la permanence des soins ambulatoires	25
II.II.2 Modalités d'effectation de la permanence des soins ambulatoires	26
(A) Le tableau de garde	26
(B) Les horaires d'effectation	27
(C) La régulation médicale	27
(D) Les lieux de mise en œuvre	28
(E) La rémunération des effecteurs	31

II.II.3	Organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le bassin de Thau	32
(A)	Territoire de Fabrègues	32
(B)	Territoire de Sète	32
(C)	Territoire de Mèze	33
II.III	Actualités en matière de permanence des soins ambulatoires	34
II.III.1	Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins, par la commission des affaires sociales - Juin 2015	34
II.III.2	Le passage de 22 à 13 ARS au 1 ^{er} Janvier 2016	36
II.III.3	L'élaboration du nouveau cahier des charges régional en Occitanie	37
III.	OBJECTIFS DE L'ETUDE	39
IV.	MATERIEL ET METHODES	40
IV.I	La recherche bibliographique	40
IV.II	Le choix d'une recherche qualitative par le biais d'entretiens semi-dirigés	41
IV.III	Les critères d'inclusion et l'échantillonnage	42
IV.IV	Le recueil des données	44
IV.V	L'analyse thématique des données	46
V.	RESULTATS	47
V.I	Caractéristiques de la population de l'étude	47
V.II	Résultats de l'étude	49
V.II.1	Opinions générales sur la PDSA	50
(A)	Intérêt de la PDSA	50
(B)	Remise en question de la PDSA	51
(C)	Déontologie du médecin généraliste	54
(D)	Difficulté de financement de la PDSA	57
V.II.2	La réforme de 2003	59
(A)	La PDSA avant la réforme	59
(B)	Après la réforme	61
V.II.3	Le volontariat	63
(A)	Le principe du volontariat	63
(B)	Le volontariat en pratique	65
(C)	Le volontariat, source de conflits	68

V.II.4	L'effectation _____	69
(A)	La régulation _____	69
(B)	Les maisons médicales de garde _____	73
(C)	La visite à domicile _____	75
(D)	La rémunération _____	76
(E)	La difficulté des gardes _____	76
V.II.5	Les modifications envisagées par l'ARS _____	79
(A)	La politique de l'ARS _____	79
(B)	La création d'un grand bassin et la fusion des maisons médicales de garde _____	80
(C)	Le médecin effecteur mobile _____	83
(D)	Interrogations sur l'avenir de la PDSA _____	85
VI.	<i>DISCUSSION</i> _____	88
VI.I	Analyse et commentaires de nos résultats _____	88
VI.I.1	Méthodologie _____	88
(A)	Forces de l'étude _____	88
(B)	Faiblesses de l'étude _____	89
VI.I.2	Population de l'étude _____	90
VI.I.3	Résultats _____	91
(A)	Des opinions divergentes concernant le « système de PDSA » _____	91
(B)	Une remise en question du volontariat de la participation _____	91
(C)	Le plébiscite des maisons médicales de garde _____	93
(D)	Des motifs de consultation inadaptés : des lacunes en terme de régulation pointées du doigt _____	93
(E)	Le rejet des modifications envisagées par l'ARS _____	95
VI.I.4	Comparaison de nos résultats avec la littérature _____	96
VI.II	Perspectives _____	99
VII.	<i>CONCLUSION</i> _____	101
VIII.	<i>BIBLIOGRAPHIE</i> _____	102
IX.	<i>ANNEXES</i> _____	105

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CCR : Cahier des Charges Régional

CCDM : Code De Déontologie Médical

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour L'Autonomie

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

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

FIR : Fonds d'Intervention Régional

MMG : Maison Médicale de Garde

MMOB : Médecin effecteur MOBILE

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

I. INTRODUCTION

Après six années d'études de médecine, j'ignorais encore, l'existence de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA), jusqu'à mon internat et la réalisation de mon premier stage ambulatoire en médecine générale. J'ai découvert, par le biais d'échanges entre mes maîtres de stage, cette organisation mise en place par les médecins généralistes libéraux, afin d'assurer la continuité des soins, aux heures de fermeture des cabinets médicaux. J'ai eu le sentiment que chaque médecin, participant ou non, avait quelque chose à dire, sur le « système PDSA ». Ayant fait ce constat, j'ai eu le souhait de m'intéresser à cette organisation, source de débats, et faisant émerger des opinions divergentes entre confrères.

Je me suis documentée dans un premier temps sur la Permanence Des Soins (PDS) en général, et en particulier à l'historique de sa mise en place sur le territoire national. J'ai découvert les difficultés que sa mise en place avait pu engendrer, et la large mobilisation des médecins au début des années 2000.

J'ai par la suite eu connaissance qu'une réforme de la PDSA était souhaitée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), sur le bassin de Thau, pour des raisons principalement budgétaires. Cette volonté de modifier l'organisation de la PDSA sur le secteur était source de nouveaux désaccords entre l'ARS et les médecins généralistes installés.

Ainsi, notre étude est née de la volonté d'analyser, plus de quinze ans après les mouvements de grève de 2001, et à l'aube de changements organisationnels déterminants, l'opinion des médecins généralistes installés sur le bassin de Thau, concernant l'organisation de la PDSA sur leur territoire.

II. CONTEXTE DE L'ETUDE

II.1 LA PERMANENCE DES SOINS

II.1.1 Qu'est-ce que la permanence des soins ?

Selon le sénateur Descours, « *la permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant.* » (1)

Les soins non programmés sont « *entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence, et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences.* » (2)

La PDS s'organise de deux façons :

- dans les établissements de santé
- en dehors des établissements de santé, on parle alors de PDSA

(A) Un besoin de la population qui s'impose aux médecins dès le XIX^{ème} siècle

L'origine de la PDS remonte à la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, à l'initiative d'un médecin généraliste parisien, le Dr Passant, qui « bataille » pendant une dizaine d'années, pour créer le premier service médical de nuit. (3) Bien conscient de la nécessité d'un tel service, il écrit, en 1874, dans une lettre adressée au Directeur de l'Assistance Publique, que « *depuis longtemps, le public, la presse et le corps médical en signalent l'urgence et demandent que l'autorité vienne en aide à ceux qui ne peuvent la nuit se procurer les secours d'un médecin.* » (3)

Le premier service médical de nuit sera finalement fondé en 1876 à Paris, sous la forme d'une liste de médecins volontaires, affichée dans les commissariats. (3) S'ensuit alors l'organisation de la PDS dans des grandes villes telles que Marseille, Lyon ou encore Rouen, puis dans un second temps dans les villes de moyenne importance. (4)

La PDS semble donc s'être imposée aux médecins généralistes, comme une nécessité dès le XIX^{ème} siècle, « *en amont des grandes lois sociales de la fin du XIX^{ème} siècle* ». (4)

(B) **Au cours du XXème siècle : une obligation déontologique qui s'organise de façon chaotique**

Les premiers services créés et financés par les municipalités coûtent cher, et seront donc parfois fermés faute de moyens. (3) Le développement de la PDS dans la première moitié du XXème siècle sera donc « *chaotique* », et « *souvent, dans l'entre-deux-guerres, le tour de garde est mis en place à l'initiative du seul corps médical* ». (4)

Cependant, avec le développement de l'Assurance Maladie et la sensibilisation des populations aux maladies, la demande de soins urgents s'accroît. Sont alors créés les premiers services d'urgence, et en 1966, la première association « SOS médecins ». (4) Malgré cela, la demande est telle, qu'elle ne permet pas d'exclure les médecins libéraux de la PDS et le législateur va l'imposer aux médecins comme une obligation déontologique.

En effet, en 1947, le premier code de déontologie médicale prévoit aux termes de son article 3, que « *quelle que soit sa fonction ou sa spécialité, hors le seul cas de force majeure, tout médecin doit porter secours d'extrême urgence à un malade en danger, si d'autres soins médicaux ne peuvent pas lui être assurés* ». (5) **Le 6 Septembre 1995, le décret n° 95-1000, portant Code De Déontologie Médicale (CDDM), fixe dans l'article 77, que « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. »** (6)

A la fin du XXème siècle, l'organisation de la PDSA par les médecins généralistes sur le territoire français est alors, très hétérogène. Certains systèmes sont très structurés avec un centre d'appel et un médecin joignable en permanence, d'autres médecins s'organisent entre eux sur une zone géographique définie, tandis que certains sont de garde toutes les nuits et tous les week-ends ! (7)

(C) Début du XXI^{ème} siècle : la colère des médecins généralistes

« Les médecins généralistes entament, le jeudi 15 novembre 2001 dans la soirée, une grève illimitée des gardes de nuit pour exiger l'ouverture de négociations avec le gouvernement et une revalorisation immédiate de leurs honoraires ». (8) C'est le début d'un large mouvement de grève qui durera plusieurs mois et qui sera suivi par un grand nombre de médecins généralistes, partout en France.

Bien que ce mouvement était initié pour des revalorisations d'honoraires, il a été un révélateur des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'exercice de la PDS : *« Au-delà des revendications tarifaires, les mouvements de grève des médecins libéraux ont traduit le malaise de ces professionnels de santé. »* (9)

Les facteurs explicatifs de cette grève sont multiples. Il faut d'une part prendre en compte les facteurs démographiques : population médicale vieillissante, féminisation du corps médical, hétérogénéité de la démographie médicale avec une pénurie inquiétante de médecins dans certaines régions. (10)

D'autres part, des facteurs sociétaux sont à souligner (sachant qu'ils ne sont pas propres au corps médical) : développement du travail à temps partiel, envie d'avoir une vie personnelle aussi riche que sa vie professionnelle, insécurité en augmentation. (11) Enfin, les conditions d'exercice ne satisfont pas les praticiens : la demande de soins non programmés est en constante augmentation ; le médecin se sent corvéable à merci, du fait d'une consommation systématique de la visite à domicile, avec la pénibilité et l'insécurité qu'elle génère. Finalement, la rémunération pour ces actes réalisés la nuit et les week-end, est jugée insuffisante. (12)

En juin 2001, le Dr Lucas, secrétaire général du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), fait le constat, dans un rapport sur l'exercice médical face à la PDS, *« qu'à dire vrai, les*

difficultés ne sont pas récentes. Mais puisqu'elles n'ont toujours pas reçu de solutions satisfaisantes et pérennes, elles tendent à s'aggraver de plus en plus rapidement, sous la double pression des évolutions sociétales et des modifications de la structure démographique du corps médical. » Il précise « qu'il est urgent de concevoir un nouveau paradigme en matière de permanence des soins ». (12)

(D) Le rapport Descours du 22 Janvier 2003

En juillet 2002, et suite aux mouvements de grève qui se poursuivent, la ministre de la Santé demande au sénateur Descours, de lancer une réflexion collective sur la PDSA.

Le rapport Descours s'articule autour de 3 grands axes : la participation à la PDS, sa régulation et la sectorisation. (1)

Pour lui, il est clair que le cadre juridique se doit d'évoluer afin de permettre, entre autres, que la participation des médecins repose sur le volontariat. Cette organisation basée sur le volontariat, doit se faire selon lui, sous la responsabilité de la profession et en particulier sous celle du CNOM qui devra pallier aux éventuelles carences de volontaires.

Le groupe de travail a bien conscience de dérives dans les demandes formulées par certains patients. Il est donc souligné l'importance de réguler les demandes afin de réorienter celles qui sont non urgentes vers le médecin traitant, en consultation programmée. Cette régulation doit être le fruit d'une coopération entre les médecins libéraux et hospitaliers, par l'intermédiaire d'un centre unique, le centre 15.

Enfin, ce rapport précise la nécessité d'organiser la sectorisation géographique au sein du département. Chaque secteur doit avoir un périmètre adapté, permettant un exercice « normal » pour le praticien, et une réponse efficace pour le patient. La PDSA doit être effective sur tout le territoire national mais elle peut s'organiser de façon différente en fonction des réalités de chaque région.

II.1.3 Aspect légal de la permanence des soins ambulatoires : un cadre juridique évolutif

La base juridique de la PDSA se trouve dans le code de la santé publique, à l'article L 6314-1 (13).

Suite aux mouvements de grève de 2001, et au rapport Descours de 2003, plusieurs décrets se sont succédés pour tenter d'encadrer et d'organiser légalement la PDSA.

(A) **Décret n° 2003-880 du 15/09/2003 et décret n° 2005-328 du 07/04/2005 : base réglementaire de l'organisation pratique et volontariat de la participation des médecins**

Le décret n° 2003-880 (14) relatif aux modalités d'organisation de la PDS et aux conditions de participation des médecins pose les fondements du nouveau régime de PDS. (15) Il modifie le code de la santé publique en créant les articles R730 à R735.

Il y est stipulé que :

« Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU.

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite. »

Le décret n°2005-328 (16) en précise certaines modalités, et en particulier celles concernant la régulation.

Il autorise désormais les associations de PDS à participer à la régulation médicale, si celles-ci sont interconnectées avec le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Il est également admis que les horaires d'effectation de la PDSA peuvent être modulés selon les besoins de la population (cas de la nuit profonde, de minuit à 8 heures).

(B) Décret n°2006-1686 du 22/12/2006 : la permanence des soins devient une mission de service public

Le décret n°2006-1686 identifie comme mission de service public la PDS. Il permet également d'élargir, selon les besoins de la population, les horaires de la PDSA.

(C) Loi n° 2009-879 du 21/07/2009 dite loi HPST : les agences régionales de santé au centre de l'organisation de la permanence des soins

En juillet 2009, la loi portant réforme de l'Hôpital, et relative aux Patients, à la Santé, et aux Territoires (dite loi HPST), ainsi que son décret d'application n° 2010-809 du 13 Juillet 2010, confient l'organisation de la PDSA aux ARS. Les modalités de cette organisation doivent désormais être inscrites dans un Cahier des Charges Régional (CCR). (17)

Les ARS deviennent des acteurs centraux, et le directeur général de l'ARS se substitue au préfet pour déterminer le cadre de la PDS. (15)

II.II ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES

II.II.1 Principes organisationnels généraux

(A) Le cahier des charges régional

Le CCR, arrêté par le directeur général de l'ARS décline donc pour chaque territoire, les modalités d'organisation de la PDSA.

L'organisation décrite ici est donc celle qui est définie par le CCR de la PDS en médecine ambulatoire du Languedoc-Roussillon, en application depuis le 1^{er} Janvier 2015. (18)

Au moment de la réalisation de notre travail, un projet de modifications structurelles importantes de la PDSA est en cours, mais il n'est pas achevé (voir paragraphe « II.III.3 *L'élaboration du nouveau CCR en Occitanie* »).

(B) Le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) est une instance consultative qui existe dans chaque département. Elle est co-présidée par le préfet de département et le directeur général de l'ARS.

Le sous-comité médical, qui réunit l'ensemble des médecins siégeant au CODAMUPS-TS, a pour mission d'évaluer chaque année, l'organisation de la PDS et de proposer les modifications qu'il

juge souhaitables dans le cadre du CCR. C'est donc une instance de concertation, réputée proche des professionnels et des préoccupations du terrain. (19)

(C) Le territoire de permanence des soins ambulatoires

Le « territoire » est le niveau opérationnel de la PDSA, le cadre de l'effectif. Ce découpage territorial est arrêté par le Directeur Général de l'ARS au sein du CCR de la PDSA. (18)

Le nombre de territoires est arrêté à « 29 » sur le département de l'Hérault selon le découpage suivant :

Territoire n° 1 :	Montpellier / Saint Gély du Fesc
Territoire n° 2 :	Fabrigues
Territoire n° 3 :	Agde
Territoire n° 4 :	Lunel
Territoire n° 5 :	Sète
Territoire n° 6 :	Pézenas
Territoire n° 7 :	Lattes
Territoire n° 8 :	Béziers
Territoire n° 8 Bis	Vendres
Territoire n° 9 :	Olonzac
Territoire n° 10 :	Lodève
Territoire n° 11 :	Ganges
Territoire n° 12 :	Palavas
Territoire n° 13 :	Cœur d'Hérault
Territoire n° 14 :	Abeilhan
Territoire n° 15 :	Bédarieux/Lamalou
Territoire n° 16 :	Bousquet d'Orb
Territoire n° 17 :	Hérépian/Saint Gervais sur Mare
Territoire n° 18 :	Jacou
Territoire n° 19 :	Mauguio
Territoire n° 20 :	Saint Martin de Londres
Territoire n° 21 :	Saint Pons de Thomières
Territoire n° 22 :	La Grande Motte
Territoire n° 23 :	Bassan
Territoire n° 24 :	Mèze
Territoire n° 25 :	Saint Mathieu de Tréviers
Territoire n° 26 :	Vendargues
Territoire n° 27 :	Olargues
Territoire n° 28 :	Grabels
Territoire n° 29 :	La Salvetat sur Agout

Figure 1. Territoires de PDSA sur le département de l'Hérault en 2015 – Cahier des charges régional du Languedoc-Roussillon (source ARS)

Territoires de permanence des soins ambulatoires en 2015

HERAULT

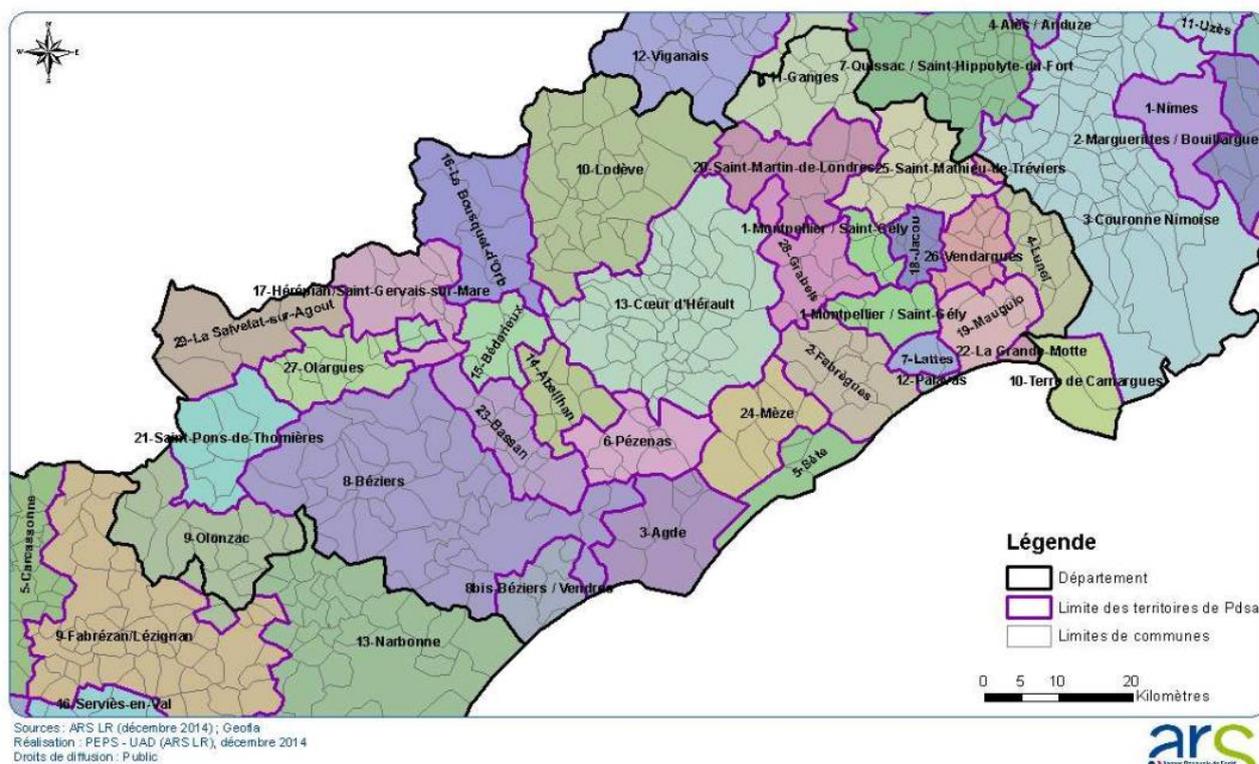


Figure 2. Territoires de PDSA sur le département de l’Hérault en 2015 – Cahier des charges régional du Languedoc-Roussillon (source ARS)

(D) Le financement de la permanence des soins ambulatoires

Le financement de la PDSA repose sur un double financement : le Fonds d’Intervention Régional (FIR) confié aux ARS d’une part, et le champ conventionnel de l’Assurance Maladie d’autre part. (19)

Les FIR, créés par l’article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, participent au financement des rémunérations forfaitaires aux médecins de la PDSA, ainsi que des actions qui concourent à l’amélioration de la PDSA, en particulier les maisons médicales de garde. Les ressources du FIR sont constituées d’une dotation

de l'état, des régimes obligatoires de base de l'Assurance Maladie et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). Les FIR ont pour objectif de donner une grande souplesse aux ARS dans la gestion et l'optimisation des dépenses. (20)

Toutefois, les enveloppes mises à la disposition des ARS ne représentent qu'environ un tiers des sommes consacrées à la PDSA, l'essentiel relevant du champ conventionnel. Ainsi, les montants des actes et des majorations applicables dans le cadre du dispositif de PDSA (*voir paragraphe II.II.2 E. « La rémunération des effecteurs »*) sont définis par la convention médicale, et sont donc financés par le champ conventionnel de l'Assurance maladie. (19)

II.II.2 Modalités d'effectation de la permanence des soins ambulatoires

(A) Le tableau de garde

Un tableau de garde nominatif et départemental, par territoire de PDSA, est établi par les médecins, pour une durée minimale de trois mois en lien avec le CDOM.

Le CDOM est destinataire de l'ensemble du tableau, 45 jours au moins avant sa mise en œuvre.

En cas d'impossibilité à remplir l'ensemble du tableau, celui-ci est transmis incomplet. Au plus tard, 30 jours avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM au représentant du Directeur Général de l'ARS en Délégation Territoriale, au Préfet de département, au SAMU, aux médecins et associations concernés, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du département. En cas d'incomplétude du tableau de garde, le CDOM entame des démarches de concertation afin de le compléter. En cas d'insuccès, le CDOM transmet un rapport au Directeur général de l'ARS ou à son représentant territorial, accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA. Ces éléments sont transmis par le Directeur Général de l'ARS au

Préfet de département en vue de procéder, le cas échéant, aux réquisitions nécessaires notamment pour la mise en œuvre de l'effectif. (18)

(B) Les horaires d'effectif

Les horaires de la PDSA sont les suivants :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures du matin. On parle de « nuit profonde » entre minuit et 8 heures du matin.
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures
- Le samedi de 12h à 20 heures
- Le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié sont considérés pour l'horaire de 8h à 20h comme un dimanche et jours fériés. Ainsi, le samedi matin qui suit un vendredi qui lui-même suit un jour férié est considéré comme un jour de PDSA.

(C) La régulation médicale

Toujours selon le CCR du Languedoc-Roussillon, la régulation des appels est la clef de voûte du système. Elle est organisée au niveau départemental.

L'accès au médecin de permanence se fait après une régulation médicale téléphonique préalable, organisée par le SAMU et accessible par le 15 sur tout le territoire. Les médecins libéraux participent à cette régulation. Elle peut être aussi assurée par les numéros des centres d'appels des associations de PDSA type SOS Médecins, à condition qu'ils soient interconnectés et sous convention avec l'établissement siège du SAMU.

La régulation libérale intervient aux horaires de PDSA, mais peut ne pas être opérationnelle à certains horaires en fonction du volume de l'activité. Elle est alors assurée par la régulation du Centre 15. Cette dérogation doit être motivée et prévue dans le CCR.

(D) Les lieux de mise en œuvre

L'effectation comprends deux modalités de réalisation :

- **La consultation sur un point fixe identifié** : Maison Médicale de Garde (MMG), cabinet du médecin, service d'urgences
- **La visite au domicile du patient** chaque fois que l'état de santé du patient le nécessite, et après entente entre le régulateur et l'effecteur.

Les MMG peuvent être définies comme des lieux d'accueil physique des patients, ouverts à la population sans discrimination, sans prise de rendez-vous aux heures de fermeture des cabinets médicaux. Les soins y sont dispensés sous forme de consultation.

La Cour des Comptes, dans un rapport de 2013 sur l'application des lois de la sécurité sociale, estime que les MMG contribuent à « *créer une dynamique de mobilisation des médecins pour la permanence des soins. Ceux -ci sont, en effet, assurés d'un tour de garde moins fréquent et d'une activité plus importante pendant la garde, dans un cadre mieux équipé et relié aux autres acteurs* ». (21)

Territoires de permanence des soins ambulatoires par type de structure d'astreinte, en 2015

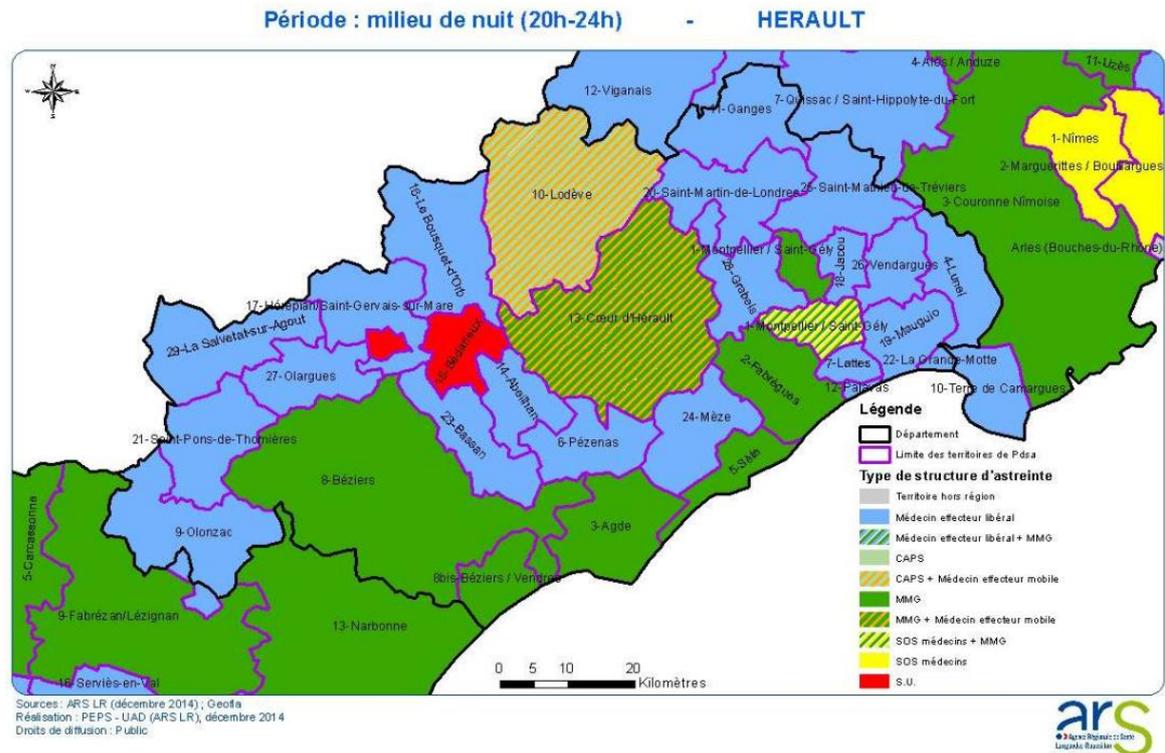


Figure 3. Territoires de PDS par type de structure d'astreinte, de 20h à 24h, sur le département de l'Hérault en 2015 – Cahier des charges régional du Languedoc-Roussillon (source ARS)

La PDSA en nuit profonde, dans les territoires situés à moins de 30 minutes d'un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ou d'un service d'urgences pourra être éventuellement supprimée sous réserve qu'une régulation médicale libérale soit mise en œuvre dans la même tranche horaire si elle n'existait pas. (18)

A contrario, dans les territoires situés à plus de 30 minutes d'un SMUR ou d'un service d'urgences, le maintien d'une effecton en nuit profonde doit être privilégié. (18)

Territoire de permanence des soins ambulatoires par type de structure d'astreinte, en 2015

Période : Nuit profonde (0 h - 8 h) - HERAULT

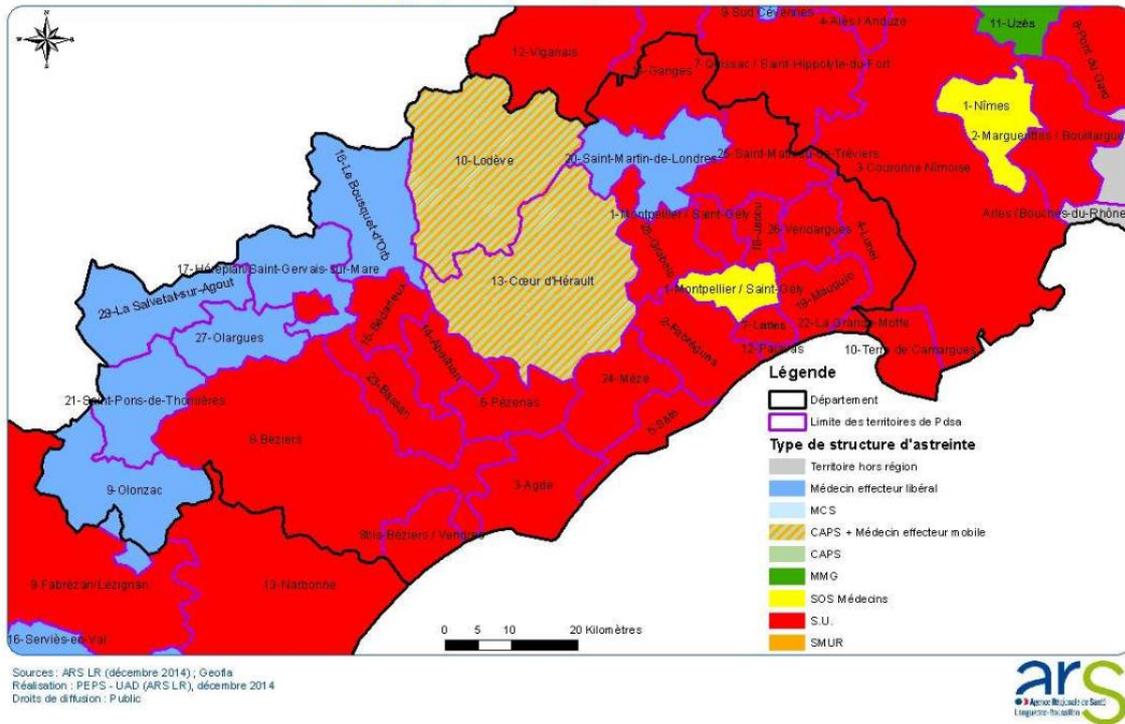


Figure 4. Territoires de PDS par type de structure d'astreinte, de 0 à 8h, sur le département de l'Hérault en 2015 – Cahier des charges régional du Languedoc-Roussillon (source ARS)

(E) La rémunération des effecteurs

La rémunération des médecins effecteurs de la PDSA se fait d'une part, par une rémunération forfaitaire d'astreinte qui est égale à 50 euros par tranche de quatre heures d'effectation, quelle qu'en soit la modalité (consultation ou visite).

- Soit pour chaque jour : 50 euros de 20h à minuit puis 100 euros de minuit à 8h
- Soit pour le Samedi : 100 euros de 12h à 20h.
- Soit pour le Dimanche et jours fériés : 150 euros de 8h à 20h

D'autre part, la rémunération des médecins effecteurs est faite par le paiement des actes qu'ils accomplissent dans le cadre de leur mission. Des majorations dites « majorations spécifiques de nuit, milieu de nuit, dimanche et jours fériés » s'appliquent.

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

(*) Les majorations spécifiques de dimanche et jours fériés (VRD et CRD) s'appliquent aux samedi après-midi, lundi veille de jours fériés, vendredi (et samedi matin) lendemain de jours fériés.

Figure 5. Les majorations spécifiques de la PDS. (19)

II.II.3 Organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le bassin de Thau

Administrativement, le bassin de Thau regroupe les huit communes héraultaises suivantes : Sète, Frontignan, Balaruc-les-Bains, Balaruc-le-Vieux, Bouzigues, Loupian, Mèze et Marseillan.

En terme de « territoires de PDSA », le bassin de Thau se situe sur les territoires n°2, n°5 et n°24, à savoir les territoires de Fabrègues, Sète et Mèze (*voir Figures 1 & 2*).

(A) Territoire de Fabrègues

La PDSA est assurée par les médecins généralistes volontaires des communes suivantes : Cournonsec, Cournonterral, Fabrègues, Lavérune, Mireval, Murviel-lès-Montpellier, Pignan, Saint Jean de Védas, Saussan, Vic-la-Gardiole, Villeneuve-lès-Maguelone.

Le médecin d'astreinte effectue les consultations à la MMG de Fabrègues, en fonctionnement depuis 2009. En nuit profonde (de minuit à 8h00), la PDS est assurée par les services des urgences des hôpitaux alentours (Sète, Montpellier).

(B) Territoire de Sète

Le territoire de Sète regroupe les communes suivantes : Balaruc-Les-Bains, Balaruc-le-Vieux, Frontignan, La Peyrade, Sète.

Les consultations sont effectuées à la MMG de Sète, en fonctionnement depuis le 1^{er} juillet 2008 et située dans l'enceinte du Centre Hospitalier Intercommunal du Bassin de Thau. En nuit profonde, la PDS est assurée par le service des urgences de l'hôpital de Sète.

(C) Territoire de Mèze

On retrouve sur le territoire de Mèze les communes suivantes : Bouzigues, Gigean, Loupian, Montbazin, Mèze, Poussan, Villeveyrac.

A la différence des territoires de Fabrègues et Sète, les consultations sont effectuées au cabinet du médecin d'astreinte, ou au domicile du patient dans le cadre de visites dites « incompressibles ». De la même façon que les autres territoires, la nuit profonde est assurée par les services des urgences des hôpitaux alentours.

II.III.1 Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins, par la commission des affaires sociales - Juin 2015

En conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la PDS, un rapport d'information a été déposé en juin 2015 par la commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale. (19)

Catherine Lemorton, alors présidente de la commission et rapporteur des travaux, fait les trois constats suivants :

- **« L'organisation de la PDSA est marquée par de multiples insuffisances :**

Le dispositif de la PDSA manque de clarté et sert trop souvent de variable d'ajustement des déficiences d'organisation des autres systèmes sanitaires.

S'il a été souvent dit que la PDSA permettrait de réduire l'afflux des patients aux urgences des hôpitaux, cette assertion n'est pas avérée. La PDSA est également marquée par l'absence d'une organisation spécifique pour les actes médico-administratifs tels que les certificats de décès et les examens médicaux durant les gardes à vue. L'intégration de ces actes dans le cadre de la PDSA a été fluctuante, et c'est plutôt l'absence de choix qui nuit à l'efficacité de la PDSA. [...]

Si la PDSA repose sur le volontariat des professionnels de santé, celui-ci se révèle son talon d'Achille. En effet, la mission déplore l'érosion continue du nombre des médecins volontaires, qui n'a pu être enrayerée par les mesures mises en place par les ARS. En 2013, le pourcentage des volontaires dans l'ensemble des effectifs de généralistes ne reste supérieur à 60 % que dans les deux tiers des départements contre 85 % en 2005.

L'organisation de la régulation téléphonique est effective dans la quasi-totalité des départements et repose, en 2014, sur le volontariat de 2 760 médecins libéraux au sein des centres 15, ainsi que sur l'action des associations de permanences de soins de type « SOS Médecins ». [...] Or, la part des actes médicaux relevant de la PDSA préalablement régulés plafonne à 60 %.

- ***Le coût de la PDSA mériterait d'être davantage maîtrisé :***

En 2013, l'enveloppe consacrée à la PDSA s'avère voisine de 380 millions d'euros, couvrant à la fois des dépenses relevant des ARS (136 millions d'euros finançant les forfaits d'astreinte de de régulation) et des sommes relevant du champ conventionnel (247 millions d'euros pour couvrir les honoraires et majorations d'actes). En 2005, cette enveloppe ne s'élevait qu'à environ 280 millions d'euros.

Paradoxalement, cette hausse des dépenses s'accompagne d'une décrue notable du nombre d'actes réalisés (7,1 millions en 2001 contre 5,4 millions en 2011). La régulation médicale préalable a produit certains effets, le conseil médical se substituant notamment à des visites à domicile. En outre, c'est à la montée en charge et en particulier au renforcement du volet consacré à la régulation médicale qu'est imputable l'augmentation constatée du coût du dispositif.

- ***L'accès à la PDSA se caractérise par la persistance d'inégalités territoriales et sociales :***

La PDSA souffre tout d'abord des écarts manifestes de la répartition des médecins généralistes sur l'ensemble du territoire national. La PDSA est aussi en butte aux inégalités sociales. Les besoins médicaux des personnes les plus modestes ou dans des situations spécifiques, déjà mal couverts aux heures d'ouverture des cabinets libéraux, ne le sont pas mieux en dehors de celles-ci. »

Promulguée le 7 août 2015, la loi portant sur la Nouvelle Organisation Territoriale de la République (NOTRe), a procédé à une refonte de la carte des régions, le nombre de celles-ci étant passé de 22 à 13 depuis le 1^{er} janvier 2016. Ainsi, 9 ARS ont été supprimées.

Cette fusion des ARS entraîne la nécessité d'harmoniser les pratiques sur l'ensemble des nouveaux territoires, y compris en matière de PDSA. Les CCR doivent donc être réécrits, et les subventions versées par les ARS « homogénéisées ».

Ainsi, le Dr Sagnes-Raffy, directrice par intérim des soins de premier recours, en charge de la PDS à l'ARS Occitanie, confie au Midi Libre, au mois de mai 2018, que « la réorganisation est nécessaire, les budgets doivent être rééquilibrés, c'est une évidence ». (22)

Cette volonté d'harmoniser les pratiques, est le point de départ d'une réorganisation de la PDSA sur le territoire national en général, et sur la nouvelle région Occitanie, née de la fusion du Languedoc-Roussillon et des Midi-Pyrénées, en particulier.

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, a prévu l'instauration d'un numéro national de la PDSA, le 116 117. Suite à cette loi, un décret relatif à la mise en place de ce numéro a été promulgué le 22 juillet 2016.

Ce décret prévoit que « *l'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide médicale urgente (15).* » (23) Il entraîne la nécessité pour chaque ARS de réécrire, au plus tard le 08 août 2018, le CCR de la PDSA incluant ce numéro national.

Entre la création de la nouvelle région Occitanie, et la nécessité d'un nouveau CCR incluant le numéro national de PDSA, une réorganisation de la PDSA était en réflexion, au moment de notre travail.

Dans l'enquête annuelle du CNOM sur l'état des lieux de la PDSA au 31 décembre 2017, il est énoncé que « *l'Occitanie est certainement la nouvelle région pour laquelle il nous a été rapporté le plus de difficultés. Les deux anciennes régions fonctionnaient très différemment. L'ARS aimerait mettre en place son cahier des charges pour août 2018. Certains secteurs ont 2, 3 ou 4 médecins effecteurs, l'ARS souhaite les regrouper en grands secteurs avec un effecteur fixe et un effecteur mobile pour les visites incompressibles. Les horaires de PDS ne devraient pas être modifiés par l'ARS que ce soit le soir en semaine ou le samedi matin.* » (24)

Concernant le bassin de Thau, une des solutions envisagées par l'ARS était la fusion des 3 secteurs en un grand bassin avec 2 médecins effecteurs. Un médecin interviendrait sur une des deux MMG, tandis que l'autre serait « Médecin effecteur MOBILE » (MMOB) et réaliserait des visites à domicile.

Au 1^{er} novembre 2018, et malgré la « dite » obligation légale, le nouveau CCR de la PDSA sur la région Occitanie n'a toujours pas été élaboré, ou tout au moins diffusé.

Le nouveau CCR n'étant pas élaboré au moment où nous avons réalisé les entretiens, il nous a semblé pertinent de recueillir l'opinion des médecins généralistes interrogés sur ces possibles modifications organisationnelles.

III. OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif principal de notre travail était d'analyser l'opinion des médecins généralistes installés sur le bassin de Thau, concernant l'organisation de la PDSA.

Notre question de recherche est la suivante : quelle est l'opinion des médecins généralistes installés sur le bassin de Thau, sur l'organisation de la PDSA ?

L'objectif secondaire consistait à recueillir leur opinion, quant aux changements organisationnels envisagés par l'ARS, dans le cadre de l'élaboration du nouveau CCR de la PDSA en Occitanie.

IV. MATERIEL ET METHODES

IV.1 LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La première étape de notre étude a consisté en la réalisation d'une recherche bibliographique autour de notre question de recherche.

Pour nous aider dans cette recherche, nous avons participé les 15 et 22 novembre 2016, à deux sessions de formation organisées par l'Université de Montpellier : la première portait sur la recherche documentaire et la seconde sur le logiciel de gestion de références bibliographiques *Zotero*.

Nous avons également rencontré en septembre 2017 et juillet 2018, Mme France Muraille, bibliothécaire à la bibliothèque universitaire de la faculté de Médecine de Montpellier.

Les recherches ont été réalisées sur le site web de la bibliothèque universitaire de Montpellier via les moteurs de recherche suivants : la Banque de Données en Santé Publique, Cairn, Google Scholar et PubMed. Les principaux mots clés utilisés ont été « permanence des soins ambulatoires », « médecine générale », et « organisation ».

Bien que les systèmes de soins dans les autres pays occidentaux soient différents du nôtre, nous avons interrogé Pubmed, en utilisant comme mot clé « out-of-hours primary care ».

IV.II LE CHOIX D'UNE RECHERCHE QUALITATIVE PAR LE BIAIS D'ENTRETIENS SEMI-DIRIGES

La recherche qualitative cherche à comprendre, analyser, explorer. Elle se focalise donc sur les comportements, les opinions, les sentiments.

Selon la définition d'Aubin-Auger et coll. (25), « *la recherche qualitative s'intéresse particulièrement aux déterminants des comportements des acteurs (comprendre) plutôt qu'aux déterminants des maladies (compter). [...] À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins.* »

Ainsi, notre étude reposant sur un paradigme compréhensif, il nous a semblé que la recherche qualitative était la plus adaptée.

Concernant le choix du mode de recueil des données, l'entretien nous a semblé être le plus pertinent pour recueillir l'opinion des médecins généralistes. En effet, l'entretien fait produire un discours, à la différence du questionnaire qui implique une connaissance de ce qui est recherché. (26)

Plutôt que l'entretien libre ou dirigé, nous avons choisi d'utiliser la technique de l'entretien semi-dirigé, permettant d'échanger avec les médecins, en les laissant s'exprimer librement.

IV.III LES CRITERES D'INCLUSION ET L'ECHANTILLONAGE

Les critères d'inclusion dans notre étude étaient les suivants :

- Etre médecin généraliste
- Etre installé dans une commune des secteurs de PDSA de Sète, Mèze ou Fabrègues

Le fait de ne pas participer à la PDSA ne constituait pas un critère d'exclusion, puisqu'au contraire, nous souhaitions interroger à la fois des médecins qui participent à la PDSA, et d'autres qui n'y participent pas.

Concernant l'échantillonnage, la méthode de l'entretien part du principe que « *le tout social serait inclus en chaque individu* ». En effet, l'hypothèse implicite réside dans le fait qu'« *un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social* ». (27) **Ainsi, ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important.** Pour les mêmes raisons, l'échantillon peut être caractéristique (et non représentatif) de la population. (27)

En pratique, la sélection des médecins généralistes exerçant sur les communes d'inclusion, a été réalisée de manière aléatoire, par l'intermédiaire de l'annuaire téléphonique « Pages Jaunes ». Les médecins généralistes ont ensuite été contactés téléphoniquement. Quand ils n'étaient pas joignables, un message expliquant l'objet de l'étude était laissé au secrétariat, avec les coordonnées (mail et téléphone portable) de l'investigateur. Quelques médecins ont été contactés directement par e-mail, quand nous disposions de leur adresse mail. Nous avons ainsi contacté cinquante-trois médecins généralistes.

Concernant la taille de l'échantillon, sa détermination repose sur le principe de la saturation des données : « *les nouvelles données n'ajoutent pas de nouveau sens à ce qui est déjà compris* ». La taille de l'échantillon n'était donc pas connue initialement et a été déterminée au fur et à mesure du recueil et de l'analyse des données, selon le principe dit de « saturation des données ». (28)

IV.IV LE RECUEIL DES DONNEES

L'entretien semi-dirigé s'appuie donc sur un guide d'entretien. Pour nous aider à élaborer ce guide, nous avons participé à un atelier organisé par le Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de Médecine de Montpellier le 29 mars 2018, dont le thème était « *Recherche qualitative : aide à l'élaboration du guide d'entretien* ».

Il nous a été conseillé de rédiger un guide d'entretien s'appuyant sur des questions ouvertes, centrées sur l'expérience et le ressenti de l'interviewé. Il avait pour objectif de structurer l'entretien sans enfermer le discours.

Le guide que nous avons rédigé était le suivant :

GUIDE D'ENTRETIEN

-
- 1- Quelle est votre pratique personnelle, actuelle ou passée, en matière de permanence des soins ?

 - 2- Qu'est-ce qui vous vient à l'esprit si je vous dis « organisation de la permanence des soins ambulatoires ? »

 - 3- Pouvez-vous me raconter une situation dont vous vous souvenez, liée à l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, qu'elle soit positive ou négative ?

 - 4- Que pensez-vous du fait que ce soit une obligation ?

 - 5- Comment jugez-vous la mise en œuvre de la permanence des soins ambulatoires ?

 - 6- Que pensez-vous des modifications organisationnelles actuellement en discussion avec l'ARS ?

Ce guide d'entretien a été validé par notre directeur de thèse.

C'est le médecin recruté qui décidait du lieu de réalisation de l'entretien. Idéalement, l'entretien devait se dérouler dans un lieu calme, en face à face, mais nous laissions la possibilité aux médecins, pour des raisons pratiques, de le réaliser par téléphone.

Avant chaque entretien, une présentation rapide de l'objectif de l'étude et de sa méthodologie était faite. L'interviewé donnait son accord pour l'enregistrement audio par dictaphone, et nous lui assurons l'anonymisation des données recueillies.

Au cours de l'entretien, qui s'appuyait sur le guide que nous avons créé, nous adoptons une attitude empathique. Ce guide n'était pas fixe, et nous avons conscience qu'il était susceptible d'évoluer en fonction du déroulement de chaque entretien. Des relances pouvait être faites pour encourager l'interviewé à poursuivre et/ou expliciter son propos.

Dans les jours qui suivaient l'entretien, l'enregistrement audio était retranscrit mot à mot sur document Word, avec anonymisation des données. Chacune des retranscriptions constituait alors un verbatim, auquel un numéro était associé, dans l'ordre de réalisation des entretiens. **L'ensemble des verbatim constituait le matériel de notre étude.**

Nous avons choisi de réaliser une analyse thématique de l'ensemble de nos verbatim. En effet, cette analyse, dite de contenu, est particulièrement adaptée à l'étude d'opinions et de pratiques, et elle a l'avantage d'être accessible pour une première expérience en recherche qualitative.

Notre analyse est inspirée de la méthodologie décrite dans l'ouvrage « L'Analyse qualitative en sciences humaines et sociales », de Pierre Paillé et Alex Mucchielli. (29)

Les thèmes présents dans le corpus ont été relevés au fur et à mesure en suivant la démarche de thématisation en continu.

Une première lecture de l'ensemble des verbatim, a permis de s'imprégner de leur sens général, tandis que la seconde lecture, verbatim par verbatim, a permis de dégager progressivement des thèmes. Les thèmes relevés ont ensuite été étudiés afin d'en faire ressortir des ensembles thématiques saillants, progressivement organisés en un arbre thématique.

V.RESULTATS

V.I CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION DE L'ETUDE

Sur cinquante-trois médecins généralistes contactés, dix-sept médecins étaient volontaires pour participer à notre étude. Quatorze entretiens ont finalement été réalisés (*V1 à V14*), entre le 07 mai et le 06 juillet 2018 ; treize au cabinet du médecin, un par téléphone.

La durée moyenne de l'entretien était de dix-huit minutes.

La population de l'étude (*M1 à M14*) était constituée de sept femmes et sept hommes.

L'âge moyen des participants était de 50.9 ans (extrêmes : 32- 71 ans).

Deux médecins exerçaient sur une des communes du secteur de PDSA de Mèze, deux autres sur celles du secteur de Fabrègues, et dix sur les communes du secteur de Sète.

La moitié des médecins faisait partie d'un tableau de garde de PDSA, l'autre moitié ne participait pas ou plus à la PDSA.

Les caractéristiques socio-démographiques de la population sont détaillées dans le tableau 1.

	Sexe	Age	Durée d'installation	Secteur de PDSA	Participation à la PDSA	Durée de l'entretien
M1	Femme	63 ans	29 ans	Mèze	Ne participe plus depuis 15 ans	18 minutes
M2	Femme	33 ans	2 ans	Sète	Ne participe plus depuis 6 mois	16 minutes
M3	Homme	71 ans	41 ans	Sète	Ne participe plus depuis 4 ans	19 minutes
M4	Femme	34 ans	4 ans	Sète	Participe	21 minutes
M5	Homme	33 ans	1 an	Sète	Participe	19 minutes
M6	Homme	62 ans	22 ans	Sète	Ne participe plus depuis le 1 ^{er} janvier 2018	8 minutes
M7	Homme	63 ans	34 ans	Sète	Ne participe plus depuis le 1 ^{er} avril 2017	23 minutes
M8	Homme	61 ans	27 ans	Mèze	Participe	15 minutes
M9	Femme	36 ans	2 ans	Sète	Participe	35 minutes
M10	Homme	52 ans	20 ans	Fabrègues	Participe	8 minutes
M11	Femme	63 ans	26 ans	Fabrègues	Participe	32 minutes
M12	Femme	51 ans	15 ans	Sète	Ne participe pas	7 minutes
M13	Homme	59 ans	18 ans	Sète	Participe	16 minutes
M14	Femme	32 ans	3 ans	Sète	Ne participe plus depuis 2 ans	15 minutes

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et professionnelles de la population de l'étude

V.II RESULTATS DE L'ETUDE

Les cinq grands ensembles thématiques saillants que nous avons retenus sont les suivants :

- Opinions générales sur la PDSA
- La réforme de 2003
- Le volontariat
- L'effectif
- Les modifications envisagées par l'ARS

Les résultats de notre étude sont synthétisés dans le tableau 2.



Tableau 2. Arbre thématique

(MMOB = Médecin effecteur MOBILE)

(A) Intérêt de la PDSA

. Certains médecins soulignaient l'apport de la PDSA, en particulier dans la prise en charge des urgences non vitales mais ressenties, qui ne nécessitent pas un recours aux urgences, mais une évaluation rapide.

V2 : « Et elle est quand même hyper utile cette maison médicale. »

V4 : « Et puis après les situations positives c'est beaucoup de choses. C'est des gens qui ont vraiment un problème pendant les soirs et les week-ends, qui ne relèvent pas des urgences. C'est une urgence médicale, mais ce n'est pas une urgence vitale donc ça ne relève pas d'une hospitalisation aux urgences. Il n'y a pas forcément besoin d'exams complémentaires, en tout cas c'est une première évaluation, et ça on en voit beaucoup quand même. [...] Donc, voilà. Il y a quand même beaucoup moins d'abus que de consultations justifiées. »

V5 : « Ça permet d'éviter de faire des grosses boulettes pour des patients, ça permet de faire le tri. Donc je pense que c'est vraiment nécessaire et que ça a un réel apport. Que ce soit pour la maman de tout à l'heure, où c'est une urgence ressentie, mais pas du tout une urgence vitale, mais ça n'empêche qu'il fallait qu'elle voit quelqu'un, c'était indispensable. »

V13 : « Souvent c'est des laryngites chez l'enfant, des otites aiguës, des choses qui ne sont pas d'une gravité extraordinaire mais qui par contre demandent une intervention rapide. Une urgence ressentie, sans que cela soit une urgence vitale. Puisque la permanence des soins est faite pour ça. [...] Je pense qu'elle répond à une demande, et que les services d'urgences ne sont pas en capacité de les recevoir, et ce n'est pas leur boulot. »

V14 : « De mes expériences j'ai quand même aussi trouvé qu'il y avait beaucoup de pédiatrie, beaucoup de parents inquiets. Il est 20h, leur médecin n'est plus disponible, ils sont stressés d'attendre jusqu'au lendemain matin. Ce qui peut s'entendre aussi. Quand c'est des premiers enfants, ou pas. Que l'enfant a beaucoup de fièvre, qu'il n'est pas bien. Donc ça voilà ça peut se justifier quand même. [...] Bon il y avait certaines choses qui auraient largement pu attendre le lendemain matin que le médecin traitant soit disponible... mais bon après on est tous différents face aux inquiétudes... donc voilà. »

(B) Remise en question de la PDSA

. A notre question, 'qu'est-ce qui vous vient à l'esprit si l'on vous dit « organisation de la PDSA », les mots « difficile » (V3), « bordel » (V8), « panique » (V8), « bazar » (V9), et « controverse » (V9) ont été prononcés.

. Plusieurs médecins jugeaient la PDSA inadaptée et mal ordonnée.

V2 : « C'est des gens qui n'ont rien à faire, même pas chez leur généraliste, même pas à la maison médicale... et voilà. Des consultations qui n'ont aucun intérêt. Des consultations comme ça je ne vais pas dire que c'est une bonne partie mais... Des consultations qui ne servent à rien... beaucoup de gens qui auraient très bien pu être vus dans la journée par leur médecin traitant, mais qui n'y sont pas allés parce que soi-disant ils n'ont pas pu avoir de rendez-vous, mais bon... voilà. »

V4 : « Bah du négatif, ça peut être « ah bah oui je viens vous voir parce que comme je travaille, je n'ai pas pu voir mon médecin pendant les heures d'ouverture du cabinet ». Donc c'est quelque chose de non urgent mais parce qu'il ne se n'est pas organisé pour voir son médecin. Ça c'est du négatif. »

V7 : « Quand je faisais les dimanches j'avais l'impression que le matin on était dans une médecine générale de 1^{er} recours, bien classique, l'otite du nourrisson... et puis après on s'aperçoit à une certaine heure que la demande c'est tout et n'importe quoi ! On est surpris par les niveaux de demande. Je vois que rien n'est ordonné correctement. »

V9 : « Pour moi les demandes que l'on voit en maison médicale, elles sont loufoques. Elles ne sont souvent pas justifiées. Je pense que les trois-quarts de mes consultations, c'est des gens qui auraient pu faire autrement que de venir à la maison médicale. »

. Ce « désordre » était souligné par plusieurs médecins, comme un frein à leur participation.

V2 : « Voilà ça ne m'a pas poussé à... j'y allais vraiment à contre cœur, je trouvais ça vraiment inintéressant. Même si c'était très rentable, j'ai dit « voilà, j'arrête ».

V3 : « En plus pour des trucs qui étaient des urgences... disons « ressenties ». C'est là que moi je leur ai dit que j'étais trop vieux pour le faire, ce qui n'était pas tout à fait vrai... mais comme j'avais l'excuse... je suis allé comparaître devant le conseil de l'Ordre et je me suis enlevé du milieu. Et puis j'ai fait ma part quand même, faut pas exagérer ! »

V7 : « L'année dernière aussi j'ai arrêté parce que, sur notre secteur, avec la maison médicale de garde de Sète, je trouvais que c'était désordonné. On fait des soirées, on fait des dimanches, et il y a une espèce de flopée de gens qui n'ont rien à faire là sincèrement. [...] Enfin, j'ai quand même décidé d'arrêter la permanence des soins le 01/04/2017, parce que un petit peu ras le bol du désordre ambiant. »

V9 : « Je suis la première à dire que la maison médicale j'ai envie qu'elle survive, parce que je n'ai pas envie d'être emmerdée dans des gardes de secteur, et à la fois, j'y vais en traînant les pieds parce que la plupart du temps, on fait des trucs qui n'ont pas de sens quoi. [...] Franchement je préférerais me faire moins d'argent, je ne suis pas du tout cupide donc euh... Je préférerais voir moins de monde en garde, me faire moins d'argent, tant pis, mais

faire une médecine censée quoi. Voir des trucs qui sont justifiés et arrêter d'avoir de la bobologie »

. Certains médecins estimaient que la PDSA devait être modifiée.

V6 : « Dans la ville, ça ne sert à rien, il y a les urgences, les hôpitaux. Qu'on régule mieux, qu'on emploie des gens à la régulation pour éviter que les gens aillent voir un médecin la nuit pour une connerie. Et que l'on mette un médecin à l'hôpital de Sète, pour qu'un médecin généraliste voit ceux qui sont bien régulés à l'hôpital. »

V9 : « De toute façon il faudra bien trouver une solution, ça ne va pas durer éternellement. Je pense qu'il va se passer des trucs hein ! Ça fonctionne oui... ça fonctionne. Mais ça fonctionne pour qui, quoi ? »

V13 : « Je pense que l'on ne peut plus actuellement s'occuper de toutes les plages horaires. Je pense que ce n'est pas justifié d'avoir quelqu'un qui reste en permanence pour un appel hypothétique en nuit profonde. Ce n'est pas logique. Et les urgences vraies relèvent à ce moment-là des services d'urgence. »

(C) Déontologie du médecin généraliste

. Plusieurs médecins ont rappelé l'importance de la place du médecin généraliste dans la PDSA.

V2 : « *Mais sinon je trouve ça normal. Je pense que l'on devrait tous participer aux gardes. »*

V5 : « *Je pense que c'est une mission de service public, je pense que c'est important que l'on y participe. [...] Je ne vois pas pourquoi certains jouent le jeu, et d'autres n'en ont rien à faire. Ils sont médecins il y a une notion de service public, c'est leur problème aussi. »*

V7 : « *Bon, moi personnellement, ça m'a coûté de me porter non volontaire le 1^{er} avril 2017, je précise bien... Ça m'a coûté parce que ce n'est pas dans ma nature profonde. »*

V9 : « *On n'est pas postier, on n'est pas fonctionnaire, à un moment donné il faut aussi assumer le côté libéral de notre profession. Et indirectement, ça nous permet d'avoir ce style de vie là la semaine. D'avoir une garde un peu pourrie tous les mois. »*

V12 : « *Alors on est obligé moralement, et par rapport à notre métier de maintenir une permanence de soins. »*

V13 : « *C'est une obligation déontologique. Vous avez prêté serment, c'est une obligation déontologique d'assurer la continuité des soins. »*

V14 : « *Et je pense que ça fait partie quand même de nos devoirs de participer. [...] Bah oui, ça fait partie du rôle du médecin. »*

. Un parallélisme entre le rôle du médecin généraliste dans la PDS et dans la réalisation des visites à domicile a été fait par deux médecins.

V2 : « Voilà, c'est un peu comme aujourd'hui la visite... les jeunes ne veulent plus faire de visites, je ne sais pas pourquoi. C'est euh... je pense que si la personne veut plus faire de visites, il ne faut pas qu'elle soit médecin généraliste. Il faut qu'elle soit spécialiste d'autre chose. Parce que la visite, ça fait partie intégrante. »

V4 : « Et puis il faut arrêter, on est médecin ! C'est comme quelqu'un qui veut être médecin généraliste mais qui refuse de faire des visites à domicile. Il ne fallait pas être généraliste ! C'est dans le pack, ça va avec ! Dans tout métier il y a des choses qui sont moins cools que d'autres. Vous ne voulez pas faire de garde en maison médicale, il fallait choisir une spécialité. Bien que dans les spécialités, il y a des gardes et des astreintes aussi. »

. La PDSA a donc été reconnue par la plupart des médecins, comme une fonction inhérente au métier de médecin généraliste. Cependant, quelques médecins ont estimé que « la conscience déontologique » n'est plus aussi forte chez leurs jeunes confrères : « le conflit de générations ! ».

V3 : « Je pense que maintenant, les jeunes médecins on leur a expliqué qu'il fallait être volontaire. La notion d'obligation morale de la profession, elle est loin derrière ! Ça doit leur passer largement au-dessus que c'est la profession qui est globalement responsable des gardes. Je crois qu'ils s'en foutent. Ils ne le savent pas. »

V6 : « Moi je vois les jeunes confrères qui arrivent, il n'y a aucun jeune confrère qui veut faire des gardes ! Donc ce n'est plus adapté. Vous n'avez plus l'éthique que l'on avait nous par rapport à ça. Enfin je pense. »

V7 : « Et on est de moins en moins nombreux. Les jeunes, n'ont plus envie de faire ce que l'on a fait, mais qui était d'instinct naturel. »

. M13 nous confiait penser qu'il fallait « mieux inciter » les médecins à participer à la PDSA.

V13 : « Je pense que ce n'est pas incitatif à tous les niveaux. Sur le plan réglementaire, sur le plan fiscal, sur le plan... Oui, je pense qu'il faut des choses incitatives. Quand vous avez travaillé 48 heures à 50 heures dans la semaine, je pense que vous ne voudrez faire de la permanence de soins que d'abord s'il y a une régulation, s'il y a une reconnaissance du travail que vous faites ; une reconnaissance morale, sociale, mais aussi financière. Ça paraît logique. »

(D) Difficulté de financement de la PDSA

. Le problème du financement de la PDSA, et en particulier de la diminution des subventions versées par l'ARS, était soulevé par plusieurs médecins.

V2 : *« Après il y a un autre souci pour cette maison médicale là à Sète. C'est qu'elle n'est pas rentable. C'est-à-dire entre les loyers, tout ça, l'ARS ne donne pas assez de subventions. Donc ils sont déficitaires. [...] Je ne vois pas comment ça peut ne pas être rentable. Et comment l'ARS peut dire « non, on ne donnera pas plus de subventions ». Enfin il faut bien payer le salaire des secrétaires, faut bien payer le loyer. »*

V4 : *« C'est surtout un problème de financement en fait. [...] Surtout que la ça fait deux ans que l'ARS nous pose problème et diminue ses financements. »*

V5 : *« L'association est dans le négatif parce que l'ARS ne subventionne pas assez, par rapport aux frais de fonctionnement usuels. Et par exemple pour un dimanche de garde on a une astreinte de 200€, et je suis obligé de payer 100€ de ma poche [...] parce qu'ils ne sont pas foutus de subventionner ce qu'il faut. »*

V8 : *« Donc les médecins dans les maisons médicales on leur dit « il va falloir payer, parce que vous avez un local, donc il faut que vous payez. Sauf que c'est un service public, mais quand même, on va vous faire payer. » Donc au début ils râlent, et puis ils finissent par payer un peu. »*

V13 : *« Et puis le troisième problème, dans la permanence des soins c'est le financement, puisque les maisons médicales sont financées par l'ARS. Puisque l'on effectue une mission de service public depuis 2006. Et par contre, ils nous coupent les vivres, donc on a du mal à fonctionner, ou alors il faut demander à ceux qui sont déjà volontaires pour faire des gardes, doivent en plus financer le moyen de faire des gardes. »*

. Trois médecins avaient manifesté leur mécontentement de devoir participer au financement de la PDSA, mission de service public.

V2 : « Après ce n'était toujours pas rentable, donc on devait donner toutes nos indemnités de garde du week-end... [...] donc ça, j'ai commencé à trouver ça un peu moyen. »

V5 : « Après je ne trouve pas ça normal, que l'on soit obligé de payer de notre poche pour faire un système de service public, sachant que pour le coup c'est le système qui me semble le plus adapté pour le coin. [...] Même si je fais des sous pour une activité que je fais, ce n'est pas à moi d'aller financer un service public. Ce n'est pas normal, et ça pour le coup ça me choque profondément. »

V6 : « Moi je n'ai jamais cotisé à l'association là-bas. Je faisais mes gardes, j'étais volontaire. Et puis un jour, on m'a demandé de verser de l'argent pour travailler. Et là j'ai dit non, j'ai dit là on arrête tout. J'ai écrit à l'Ordre des Médecins pour expliquer mon point de vue. Et j'ai eu une réponse du Président de l'Ordre, qui m'a dit « j'aurai fait comme vous ». Je n'ai pas à payer pour travailler. A la limite que tout le monde paye... mais que les volontaires, qui font les gardes et qui en plus doivent payer ! Ça me paraît être quelque chose de... Ça c'est mon avis, voilà pourquoi j'ai arrêté. »

. A l'inverse, deux médecins estimaient normal de participer financièrement, afin de pouvoir travailler dans des conditions satisfaisantes. (A noter que M9 participait activement à la PDSA, tandis que M12 n'y participait pas.)

V9 : « Donc je le vois plutôt dans ce sens-là, et je me dis que ce que l'on paye, ce n'est pas qu'on paye l'état pour travailler, c'est qu'on se paye des fournitures. C'est ça en fait. On s'offre des moyens matériels de pouvoir travailler convenablement et de le faire en groupe. »

V12 : « D'un côté, le médecin qui fait des gardes il empoche l'argent pour lui, et il utilise les locaux ! Je pense que c'est comme si c'était un petit loyer pour les locaux, le secrétariat, le téléphone, les papiers... »

(A) La PDSA avant la réforme

. Etre interrogé sur l'organisation de la PDSA, a été l'occasion pour plusieurs médecins de nous raconter comment elle s'organisait, avant la réforme de 2003.

V1 : « La PDSA par le passé, avant la loi de 2001-2002, avant la réforme du sénateur Descours je crois... on était de longue 24h/24 au téléphone. C'est-à-dire qu'on pouvait nous appeler à deux heures du matin en nous demandant « ah docteur vous répondez ? C'était juste pour voir si demain vous travaillez ». Voilà, c'était ça. »

V3 : « Historiquement, pendant les vingt-sept premières années de mon installation, j'assurais tout seul la permanence des soins sur Bouzigues. C'est beau, hein ! On faisait comme ça : le samedi midi jusqu'au dimanche soir ou lundi matin, il y avait un tour de garde sur le canton. C'était un tour de garde organisé par les médecins entre nous. [...] Mais ma salle d'attente n'a jamais été fermée pendant 27 ans. J'habitais au-dessus, si des gens entraient en pleine nuit, j'entendais la sonnette j'allais voir ce qu'il se passait ! C'était rigolo ! »

V8 : « Alors, la régulation c'est quand même quelque chose d'extraordinaire parce que moi, vieux médecin, j'ai commencé mon exercice, et quand la semaine je voulais m'absenter aller au cinéma ou autre, il fallait que je téléphone à mon copain, « tu peux me garder les patients ce soir ? », donc on se débrouillait entre nous. »

. Pour M7, malgré la charge de travail, l'organisation était satisfaisante et permettait de diminuer le recours aux urgences.

V7 : « On avait des tours de garde organisés au sein des communes, où ça ne marchait pas si mal que ça. Il y avait moins d'embolisation dans les services d'urgence à l'époque. Je vous parle d'il y a trente ans en arrière. [...] Du coup avant ça marchait bien. [...] Dans les hôpitaux ce n'était pas le bazar comme ça. »_

. Aussi, deux médecins expliquaient qu'avant la mise en place du volontariat, les médecins installés ne se posaient pas la question de leur participation à la PDSA, et que leur implication était forte, sans que cela ne leur pose problème.

V3 : « En tout cas de mon temps, c'était une obligation morale. Voilà. On ne se posait pas la question ! On s'installait et on regardait comment était organisées les gardes. Et quand il n'y avait pas de système de garde, on demandait à un copain de nous remplacer le soir où on allait au cinéma. On se débrouillait. C'était vraiment... on le sentait. [...] On avait bien intégré l'obligation déontologique nous. Chacun se sentait responsable pour sa clientèle. On ne s'était pas posé la question du volontariat. »

V7 : « Pour nous, 1983 à 2003, ça faisait partie de notre culture. On se levait le jour, la nuit, on organisait les tours de garde, on prenait même des permanences avec les pompiers. [...] Se lever la nuit pour les patients, ça ne posait pas de problème. J'avais 30-35 ans, ça ne me posait pas de problème, c'était inscrit dans la mission. »

(B) Après la réforme

. Quatre des cinq médecins avec qui nous avons échangés sur la réforme de la PDSA, nous confiaient avoir apprécié les changements qu'elle a entraînés.

V1 : « Je pense que moi, depuis qu'il y a cette permanence de soins, depuis qu'il y a ce rapport Descours, ça me va très bien, je dors. Grâce à lui je dors ! Voila. C'est la seule chose que je peux dire. »

V3 : « Bah c'est vrai que c'est agréable de bien dormir hein »

V8 : « Eh oui, c'était 7 jours sur 7. Donc ça, ça a été quand même super, je veux dire... je trouve que l'on est gâtés les médecins, on est médecins gâtés, et on ne se rend pas compte que malgré ce, on ne va même pas faire l'effort de faire quelques gardes quoi. »

V10 : « C'est quand même un confort de ne plus faire de visite hein. On en a fait des années et des années de ça. C'est confortable maintenant ça c'est sûr. »

. Cependant, deux médecins évoquaient des aspects négatifs du « nouveau » système de PDS.

V1 : « Maintenant je pense qu'on est allé d'un système où c'était trop, à un système où ce n'est pas assez. Je pense quand même que l'on pouvait trouver quelque chose de... de médian... »

V7 : « Du coup pas mal de médecins de mon âge en 2003, se sont dit « ok on a bien donné, maintenant on arrête. On a plus envie de faire ça » ; Du coup, les tableaux de garde que nous faisons à l'époque se raréfiaient au niveau des candidats. [...] Et on a ouvert en grand les portes des urgences... Après on se demande, pourquoi avoir fait ça quoi ! Mise en place des centres 15, et les centres 15 n'avez pas peur si vous ne trouvez personne, on a

réponse à tout. Et bingo, on a créé des mauvais réflexes chez les concitoyens ! Voilà, c'est tout, faut pas se cacher les mots. Moi je parle avec le recul de 34 années d'expérience. [...] Quelque part voilà, on a voulu affaiblir une médecine de terrain, qui ne marchait pas si mal que ça... Au nom de quoi ? Je me pose la question ! On a sous-évalué le fait que l'on créait des réflexes conditionnés chez nos concitoyens. Et les gens voilà, ne se posent plus de questions, ne réfléchissent plus. On veut une réponse immédiate. »

(A) Le principe du volontariat

. Huit médecins interrogés étaient opposés au volontariat.

V1 : « *Après si... personnellement, moi je serai... j'enlèverai le volontariat. Ça devrait être tout le monde. Avec des raisons valables de ne pas le faire.* »

V2 : « *Bah s'il y a suffisamment de médecins sur le volontariat, d'accord. Mais si ça commence à poser problème, non il faut que tout le monde participe.* »

V3 : « *Cette histoire de volontariat ça a été mal compris par les gens. Moi je n'en avais jamais entendu parler de cette obligation collective. Peut-être qu'on leur redit pour leur thèse mais...* »

V4 : « *Ce n'est pas logique. D'un côté c'est obligatoire, mais d'un autre côté on dit aux gens « c'est obligatoire, mais si un tel il a pas envie d'en faire, il en fait pas » ... Ce n'est pas logique !* »

V5 : « *A la limite, c'est même la base du volontariat qui me gêne, ça devrait être obligatoire sauf contre-indications médicales.* »

V6 : « *Donc moi je pense qu'il faut revenir au système obligatoire. Ou alors on arrête.* »

V7 : « *De toute façon se prononcer sur le volontariat ou non, pour moi ça a été une erreur fondamentale... L'erreur qu'il ne fallait pas commettre...* »

V8 : « *Un mot qui me venait c'est... « irréalisable », au sens... on nous demande d'organiser une garde obligatoire, mais en le basant sur le volontariat. Donc euh... Ce n'est*

pas possible. [...] Et je regrette amèrement la disparition des volontaires, et je regrette aussi amèrement la disparition de l'obligation des gardes. Mais ça il ne faut pas le répéter, tant pis c'est enregistré... »

. Un médecin ignorait que la PDSA reposait sur le volontariat.

V10 : « Ah bah oui, je me sens complètement obligé. Ce n'est pas basé sur le volontariat, je ne pense pas si ? [...] D'accord. Ah bah ce n'est pas une notion que j'avais. Comme on avait un cabinet, je pensais qu'il fallait y participer. »

. Quatre médecins s'étaient toutefois exprimés en faveur du volontariat. M9 et M13 participait activement à la PDSA, M12 et M14 n'y participait plus.

V9 : « Je pense qu'on ne peut pas imposer, de toute façon en France tout ce qui est imposé fait monter au créneau, les médecins en premier, on fait les malins mais je pense que ce serait hyper mal vécu, les réquisitions... et moi y compris, sur le principe je ne serai pas fan. »

V12 : « Pour l'obligation, je ne suis pas pour, parce qu'il y a quand même des médecins qui, physiquement ou au niveau familial, ne peuvent pas assumer. [...] Mais c'est vrai que le volontariat c'est aussi normal car il y a certains qui ne peuvent pas assumer. Etre obligé de faire des gardes ce n'est pas trop faisable. [...] Physiquement, je ne me sens pas capable. Il y a aussi des soucis de santé, l'âge, la vie de famille... ce n'est pas évident ! Et puis continuer de gérer à la fois le cabinet. Pour moi ce n'est pas faisable. »

V13 : « Non, je pense qu'il ne faut pas revenir sur le volontariat, mais il faut mettre en œuvre des mesures incitatives pour que les médecins puissent assurer la permanence des soins, et la continuité des soins. Chose que l'on ne fait pas. »

V14 : « Je trouve ça bien que ce soit sur le volontariat, parce que imposer les choses ce n'est jamais bon. D'autant plus imposer des gardes pour des médecins qui ne veulent pas les faire, si c'est pour qu'ils y aillent à reculons, qu'ils ne travaillent pas bien, qu'ils ne s'investissent pas, ce n'est pas... Voilà. »

. Un médecin proposait de garder le volontariat, en créant des médecins de PDSA.

V11 : « Soit on reste sur le volontariat, et à ce moment-là on embauche des gens pour faire le travail de la permanence des soins. Donc ça devient des volontaires, des urgentistes, des médecins de la permanence de soins qui sont payés suffisamment pour ne pas travailler le lendemain. »

(B) Le volontariat en pratique

. Un des médecins participant à la PDSA sur le secteur de Sète, pointait la participation comme étant le premier problème dans l'organisation de la PDSA.

V13 : « Le premier problème c'est la participation. On est 90 à pouvoir faire des gardes, et on est 25 titulaires sur le tableau. Et 33-34 à faire des gardes avec les remplaçants réguliers. Le premier point c'est ça, c'est le désengagement des médecins pour la permanence des soins. »

. A l'inverse, un autre médecin du secteur de Sète nous confiait qu'elle ne pensait pas nécessaire de participer à la PDSA, car il y avait suffisamment de volontaires.

V2 : « Et par contre je serai prête à reprendre quand ils auront changé les logiciels, tout ça. Mais je n'ai pas l'impression qu'ils aient vraiment besoin... je pense qu'ils ont

suffisamment de remplaçant sur le secteur. [...] Je ne les fais pas parce qu'il y a la possibilité de pas le faire. Il y a suffisamment de remplaçants. »

. M4, également médecin sur le secteur de Sète, décrivait le manque de volontaires comme un problème, en particulier pour le paiement des cotisations à la MMG.

V4 : « Par contre nous sur le secteur de Sète, pff on n'est pas bons. Sur la maison médicale je crois que l'on est 25... il n'y a pas 25 médecins installés sur le secteur ! On n'est pas suffisamment nombreux. Alors ça marche parce que l'on a la chance d'avoir des remplaçants. Mais pas de médecin volontaire ça veut dire pas de cotisation à la maison médicale de garde. »

. M14 se disait prête à participer financièrement à la MMG même si elle ne participait plus activement à la PDSA. Elle était reconnaissante d'avoir la possibilité de ne pas faire de garde.

V14 : « Après s'il fallait participer différemment, en participant un minimum financièrement pour aider à sauver la maison médicale de Sète, moi ça ne me choque pas du tout et ça ne me posera pas de problème. En ne faisant pas de garde, mais en ayant justement la chance de pouvoir ne pas en faire parce que d'autres médecins en font, mais en participant juste en cotisant un peu. »

. Pour M1 et M4, le volontariat posait problème, car si tous les médecins participaient, ce serait beaucoup moins contraignant.

V1 : « C'est une obligation collective mais elle ne touche que les généralistes. Elle devrait toucher tous les médecins. Déjà, pour commencer. Parce que un cardiologue peut faire une prise en charge urgente. Hein. Donc ça devrait toucher beaucoup plus de gens, ce

serait déjà plus facile. [...] Parce que si tout le monde faisait des gardes, il n'y en aurait pas beaucoup, il y en a très peu. »

V4 : « On serait trois à faire des gardes sur le secteur, je veux bien. Mais en étant nombreux, ça ne demande pas beaucoup d'effort. »

. Un des médecins nous rapportait que sur son secteur, tous les médecins étaient volontaires, même si certains se faisaient remplacer.

V11 : « Enfin, il y a je crois 57 médecins sur le secteur de Fabrègues. Il y en a 50 qui font les gardes sur ces 57, il y en a 2-3 qui ont des exemptions. Il y a très peu de non volontaires. Même ceux qui se sont présentés comme non volontaires ont accepté d'être sur la liste des médecins qui faisait les gardes, sachant qu'ils mettent un remplaçant, qu'ils font travailler le système. »

. Aussi, un des médecins, nous décrivait la situation en terme de participation sur le secteur de Mèze.

V8 : « Il n'est pas encore complètement complet mais on est arrivé à beaucoup mieux. [...] Enfin pas complet quand même, faut pas exagérer, la semaine il n'y a quasiment personne, et les week-ends ça s'arrête à 20h quoi. Mais, c'est déjà mieux qu'avant, parce qu'avant il y avait des week-ends où il n'y avait personne. [...] Il y en a une douzaine qui sont soit exemptés soit sur un autre secteur. Donc sur les 16 qui restent, on est arrivés à être une douzaine de volontaires, il n'y a plus que 4 non volontaires. Alors qu'avant c'était moitié-moitié. »

(C) Le volontariat, source de conflits

. Plusieurs médecins étaient gênés par le fait que toute la profession ne soit pas impliquée dans la PDSA. Alors qu'eux y participaient activement, y compris pour la patientèle de ceux qui ne participaient pas.

V4 : « Ça veut dire qu'en fait ils sont contents qu'on leur fournisse ce service, que l'on s'occupe de leurs patients pendant les horaires de fermeture des cabinets. [...] Mais c'est « ah bah c'est bien vous vous débrouillez, mais gardez vos problèmes, nous on n'est pas volontaires, de toute façon on a pas besoin de nous. [...] Il y a quelqu'un à qui je pense qui me dit « non c'est bon, ça va, j'ai suffisamment de problèmes ». On a les mêmes problèmes, faut arrêter. Un cabinet, oui, du travail, mais pourquoi moi je suis dedans et je m'implique et pas toi ? Je vois tes patients. Donc bon... »

V5 : « Et je peux comprendre qu'il y en ait qui disent « moi j'en ai ras le bol, je ne veux pas le faire ». Mais ça ne me semble quand même pas normal de laisser les autres dans la galère. »

V9 : « Quelqu'un qui dit "moi je ne veux pas faire de garde à la maison médicale, mais par contre ma patientèle je la gère la nuit, il n'y a pas de souci. Mais par contre, ce que je trouve hypocrite ce sont les médecins qui ne veulent plus prendre de garde pour une raison X ou Y, et puis par contre qui ne vont pas offrir d'alternative à leurs patients, et du coup nous on est un peu les dindons de la farce ! »

V11 : « Soit on reste sur le volontariat, mais à ce moment-là il y en a qui disent « moi je veux bien être volontaire mais je ne le suis pas si lui il n'y ait pas. Et si lui il ne le fait pas je ne le fais pas ». Ça va pas, ça ne va pas...Mais je ne sais pas ce qu'il faut faire... »

(A) La régulation

. La plupart des médecins exerçant sur le secteur de Sète pointaient les lacunes en terme de régulation, responsables de consultations inappropriées.

V2 : « *Je pense qu'il y a un tiers, un tiers, un tiers. Un tiers de gens qui sont passés par les urgences, qui ne savaient pas qu'il y avait une maison médicale. Un tiers de gens qui connaissent la maison médicale. Et puis peut être un peu moins d'un tiers qui a dû appeler le 15, et le 15 leur a dit...* »

V4 : « *Déjà longtemps le 15 adressait aux urgences. Donc on a dû les rappeler pour dire « on est là et on est à côté des urgences ». [...] Tous les passages à Fabrègues sont régulés. Nous, non. C'est très peu je crois, parce que les gens savent où on est maintenant, donc ils viennent directement. Ce qui a abouti à des situations... il y a certains VIP qui pourraient avoir une carte fidélité !* »

V6 : « *Je serai mieux au cabinet à faire mes gardes tranquillement... Des gardes régulées ! [...] Nous au départ quand même la maison médicale, la charte c'était que c'était régulé. Et puis, rapidement, tout d'un coup, ça n'a plus été régulé et puis on a vu débarquer tout et n'importe quoi.* »

V7 : « *La régulation médicale au sens strict n'existe pas, donc c'est porte ouverte à n'importe quoi, à n'importe quelle heure. [...] Au départ, tout devait reposer sur une régulation de bonne qualité, et maintenant c'est la porte ouverte à n'importe quoi ! Chacun vient comme il veut.* »

V9 : « *c'est un peu insensé de la manière dont sa fonctionne, oui effectivement. Il faudrait qu'il y ait quelqu'un qui ai l'aplomb de dire... "bah non..." oui effectivement une régulation qui dise "bah non vous consulterez demain quoi".* »

V13 : « *Donc je pense que de manière générale, il faudrait que tout soit régulé. La règle, ce serait que tous les appels soient régulés, que les gens ne puissent pas aller aux urgences sans avoir été régulé et orienté. Donc je pense que ça déjà ce serait une bonne chose.* »

. M5 et M13, estimaient que l'absence de régulation est adaptée au secteur de Sète, du fait de nombreux passages, permettant ainsi d'éviter la surcharge des urgences.

V5 : « *Après je pense que pour Sète, c'est bien adapté aux besoin de la population, mais ça ne correspond pas à la vision première de la régulation. A savoir, que l'on a beaucoup de patients qui viennent non régulés, voire réorientés par les urgences. Ce qui n'est pas la vocation. [...] Mais pour le coup, je pense qu'un système comme ça n'est pas adapté à Sète, dans le sens, où il y a beaucoup de « bobologie », et ça sature les urgences. Et pour le coup, on ne peut pas se permettre d'avoir des urgences plus saturées qu'elles ne sont à l'heure actuelle. Donc le fait qu'il y ait un lieu fixe avec un accès direct, est je pense une bonne chose pour le secteur. Mais même si ce n'est pas l'esprit premier de la PDSA.* »

V13 : « *Dans des zones touristiques, à Sète par exemple, il y a des gens qui viennent d'un peu partout, qui ne connaissent pas forcément les règles, ils vont aller aux urgences, directement. Donc on reçoit beaucoup de gens qui ne sont pas régulés. Cela dit, non régulés, ils allaient aux urgences, donc de toute façon ils auraient consulté et on nous les aurait envoyés.* »

. M11, médecin exerçant sur le secteur de Fabrègues, nous apprenait que quasiment toutes les consultations sur la MMG étaient régulées, et que c'était une bonne chose.

V11 : « Il y a très peu d'accès direct encore, à la maison médicale, parce qu'on demande que tous les appels soient régulés par le centre 15 avant de venir. [...] Cette régulation on la souhaite, on la demande, depuis 2009 on la réclame. Au début c'était fait, et depuis 4 ans ce n'est plus fait. Mais on continue à la réclamer. »

. M10, également médecin sur Fabrègues, se plaignait au contraire de cette « excès de régulation », responsable à son avis, d'un manque d'activité pendant les gardes.

V10 : « Fabrègues, c'est terriblement mal foutu. Pourquoi ? Parce que l'on est régulé par le 15. La pauvre dame qui est venue pour sa cystite, si elle est obligée d'appeler le SAMU pour venir me consulter, bon bah déjà il y a un gros problème. Et du coup sur une garde comme mardi, j'ai vu 2 personnes en 4 heures. Donc on s'embête, on s'ennuie, ce n'est pas le but du jeu. »

. M9, médecin exerçant aujourd'hui sur Sète, mais ayant déjà réalisé des gardes à la MMG de Fabrègues, pointait, elle aussi, le problème du manque d'activité en cas de régulation de tous les actes par le 15.

V9 : « J'en faisais à une époque à Fabrègues des gardes, et à Fabrègues ils refusent des gens s'ils ne sont pas régulés par le 15. Je ne voyais personne ! Donc à un moment donné moi ça ne m'amuse pas non plus d'être 20h-minuit à la maison médicale pour voir personne ! Je voyais deux patients dans la soirée. [...] Mais avoir une structure comme ça, c'est une usine à gaz quand même, avec le prix que ça coute à Fabrègues, pour dire aux gens vous appelez le 15, et si vous n'avez pas appelé le 15 je vous refuse. Bah non, on est aussi là pour travailler. Je ne sais pas comment on pourrait trouver un compromis... »

. M9 et M11 rapportaient les difficultés rencontrées avec le « 15 » qui ne voulait pas réguler l'ensemble des consultations de la MMG. M11 soulignait les différences d'effectifs entre le « 15 » de Montpellier et celui de Toulouse.

V9 : « Le 15 appréciait pas de réguler honnêtement... Ils étaient dégoûtés hein ! Ils nous disaient que voilà ils avaient autre chose à faire, et "ce n'était pas les secrétaires de la maison médicale" dixit hein ! Donc euh... Ils avaient autre chose à faire que de réguler nos appels ! »

V11 : « Mais le 15 nous dit qu'ils ont autre chose à faire que de réguler des patients. [...] C'est leur travail ! A Toulouse ils sont 6 médecins à travailler en même temps à la régulation. Ils sont 80 médecins inscrits dans le pool des régulateurs. A Montpellier ils sont 28 médecins et ils sont 2 en même temps. Six d'un côté, deux de l'autre. Ça n'a rien à voir, ce n'est pas le même travail. »

. M8, médecin sur le secteur de Mèze, s'était lui aussi demandé si la régulation n'était pas à l'origine d'un manque d'activité, potentiellement responsable d'une diminution de la participation.

V8 : « Au niveau régulation, on est un petit peu inquiet, les dernières gardes, depuis quelques mois, il semble qu'il y ait beaucoup moins d'activité. Donc, on s'est demandé, est ce qu'ils régulent « trop » ? Bah on s'inquiète parce que s'il n'y a plus de boulot, il risque d'y avoir moins de volontaires. Si on reste là pour 3 péquins, ils vont dire « ça sert à rien, et puis on ne gagne pas assez, on ne va pas s'embêter. »

(B) Les maisons médicales de garde

. Plusieurs médecins manifestaient leur satisfaction quant à la réalisation des gardes dans les MMG. La proximité de la MMG avec les urgences de l'hôpital de Sète était soulignée à plusieurs reprises. L'aspect sécurisant de la MMG était signalé par trois médecins.

V2 : « *Moi je trouve que ce n'est pas mal fait. Je ne sais pas comment ça se passe de façon générale sur le territoire... mais je trouve que sur le secteur c'est bien d'avoir la maison médicale jusqu'à minuit, les urgences pour le reste de la nuit. [...] Ça c'est bien quand même, parce que c'est sur le même secteur, la maison médicale elle est juste à côté des urgences donc ça c'est pratique. Surtout par exemple certains mois de l'année il y a moins d'activité, du coup on peut prendre plus de choses en charge, et on peut délester un peu les urgences.* »

V3 : « *Mais moi je pense que l'histoire des maisons médicales c'est pas mal. Ça a l'air de correspondre aux besoins.* »

V7 : « *En l'occurrence celle de Sète, moi me paraît très bien. Moi je l'ai connu, je l'ai pratiqué, elle me paraît très bien. Adossée à l'hôpital elle me paraît être un bon outil de travail. Les médecins hospitaliers en étaient assez contents, il y a plusieurs milliers de passages par an, donc ça décongestionne les urgences quand même.* »

V9 : « *Moi je considère que ça me rend service. Je préfère aller faire une garde en maison médicale avec l'hôpital à côté dans un endroit neutre, qui s'arrête à minuit plutôt que de reprendre des gardes de secteur où on va se retrouver avec un secteur géographique assez étendu.* »

V10 : « *C'est confortable maintenant ça c'est sûr. Le fait d'être à poste, nous dans un cabinet, on est plus performant. On s'embête moins, il y a moins de risque, il n'y a pas d'agression. [...] On a un bel outil, on a une secrétaire, on a... L'outil est bien.* »

V11 : « *On fait de l'entraide par rapport à tous les médecins qui ont déjà un travail très solitaire, et qui en fait viennent à la maison médicale pour trouver un travail, ou les*

conditions sont plus faciles, parce qu'il y a une secrétaire qui répond au téléphone, parce qu'il y a du matériel, parce que c'est un lieu donné, les gens savent qu'ils vont à cet endroit-là. »

V13 : « Il y a la féminisation qui fait qu'on ne peut pas demander à des jeunes femmes d'aller faire des visites à droite et à gauche, d'où l'intérêt des maisons médicales. Elles permettent de regrouper dans un lieu sûr, avec un secrétariat, on est à l'entrée de l'hôpital avec des vigiles, avec du passage. Dans de bonnes conditions quand même, c'est quand même relativement confortable. »

V14 : « C'est quand même plus agréable d'être à la maison médicale, à côté de l'hôpital, s'il se passe quoi que ce soit on les envoie juste à côté. Les conditions sont quand même plutôt sympas. C'est sécurisant de savoir qu'il y a l'hôpital juste à côté. [...] C'est positif pour les patients, pour les médecins, pour tout le monde. Ça désengorge quand même un petit peu les urgences, ce qui n'est pas plus mal non plus. Donc je pense que c'est quelque chose qui est intéressant pour tout le monde. »

. M2 à l'inverse, soulignait une organisation de la MMG, qui lui semblait non optimale, et ayant entraîné son retrait du tableau de garde.

V2 : « Surtout le matériel ça me gonflait ! Utiliser le vieux logiciel qui mettait des heures, pas pouvoir utiliser la carte vitale, faire des feuilles de soin papier tout ça... [...] Voilà c'est juste des petits trucs. Si tout était sur place et que c'était un peu plus... un peu mieux optimisé, ça fatiguerait moins, on pourrait voir plus de monde. Un peu plus fluide et plus agréable de travailler. Bah c'est pour ça que moi j'ai arrêté d'y travailler. »

. M6 nous confiait qu'il n'était pas pour la création des MMG.

V6 : « Et puis après, il y a eu la maison médicale, et je ne suis pas trop pour. »

(C) La visite à domicile

. Deux médecins soulignaient le fait que les MMG posaient le problème de l'absence de réalisation des visites à domicile, et en particulier de celles dites « incompressibles ».

V3 : « Donc je pense que maintenant les maisons médicales de garde c'est bien, mais nous on est un peu loin il n'y en pas dans le canton. Et en plus le médecin qui organise, il veut à tout prix que l'on puisse aller chez les gens. Il dit que quand les gens ils sont malades la nuit, effectivement... le cancéreux qui a des douleurs réfractaires, il n'a peut-être pas envie de prendre sa bagnole. Des histoires comme ça. Ou les vieux en EHPAD, les certificats de décès, tout ça. »

V8 : « Donc nous si vous voulez on défend quand même le fait qu'on offre un service aux patients qui n'est pas remplaçable par les maisons médicales parce que les maisons médicales ne font pas de visite hein. Alors ils disent « ouais mais ça n'existe pas les visites incompressibles ». Tu parles ! Quand même ! Il y en a quand même régulièrement. Donc ça on offre quand même ce service. »

. M1 estimait, que si les choses étaient organisées en amont, il ne devait pas y avoir la nécessité de réaliser des visites à domicile.

V1 : « Lui il veut continuer les visites, il dit que si son patient l'appelle à 2h du matin parce qu'il est en phase terminale, pour faire la morphine, il veut... Mais moi je lui dis, je suis désolée, s'il y a l'HAD ou le réseau de soins palliatifs, il y a une infirmière qui se déplace et qui réalise le geste. Tout est prévu. Voilà, mais bon, c'est sa vue, ce n'est pas la mienne. »

(D) La rémunération

. Les médecins soulignaient majoritairement l'aspect rémunérateur de la PDSA :

V2 : « C'est très très rentable. »

V5 : « Alors oui ça fait des sous en plus »

V8 : « Alors que jusqu'à présent, on faisait des gardes qui étaient rentables quoi. On voyait entre 20 et 30 patients sur le week-end, sur le samedi et dimanche, donc ça restait rentable quoi. »

(E) La difficulté des gardes

. La difficulté des gardes à la MMG était soulignée par plusieurs médecins exerçant sur le secteur de Sète. Le nombre de consultations réalisées, l'absence de dossier médical, et la fatigue engendrée par l'activité de semaine au cabinet étaient les motifs généralement invoqués.

V2 : « Parce que la maison médicale, franchement l'été... moi des fois je faisais... il y a avait 60-80 patients par jour ! Quand t'es médecin tout seul la bas c'est juste de l'abattage. [...] Et l'été on n'a même pas le temps de manger quoi ! Il y a toujours 4-5 personnes dans la salle d'attente en continu... et c'est vraiment... c'est l'usine. »

V5 : « Alors oui ça fait des sous en plus, mais en attendant c'est quand même contraignant... quand on fait 8h-20h, qu'on a vu 60 patients, qu'on à la tête comme ça... et que l'on va rebosser le lendemain... »

V9 : « Parce que ce n'est pas facile moi je trouve les gardes à la maison médicale. Je ne trouve pas que ce soit ni agréable ni facile. Effectivement, on a des petites choses, on ne va pas gérer des trucs compliqués, mais on a aucun antécédent, moi j'ai toujours peur de faire une connerie ! »

V13 : « Les cabinets sont quand même surchargés, on a des activités qui sont relativement importantes. Donc faire des gardes en plus le soir ou le week-end, ça devient pénible. »

V14 : « Après le week-end, les gardes qu'on fait à Sète elles sont déjà bien costauds, on ne s'ennuie pas. »

. L'âge du médecin était cité par M1, M5 et M7 comme facteur rendant la réalisation des gardes plus difficile.

V1 : « On peut le faire quand on a 30-40 ans. On ne peut pas le faire...je me vois mal le faire à 63 ans. Oui c'est plus ça. »

V5 : « Alors oui on a fait des sous, mais à côté de ça c'est éprouvant. Ça l'ai déjà pour moi qui ai 33 ans, alors je pense que ça doit l'être encore plus pour quelqu'un qui en a 50. »

V7 : « Alors peut-être qu'à 35 ans, 40 ans, pas de souci. Moi maintenant je n'ai plus envie de faire ça. Et je pense que malheureusement il y aura beaucoup de collègues dans ma tranche d'âge qui auront le même discours. »

. M14, ayant réalisé des gardes en MMG, mais ne participant plus activement à la PDSA, estimait que la réalisation des gardes n'était pas réellement contraignante, vu le nombre de médecins participant sur le secteur de Sète.

V14 : « Alors après, au vu du nombre de médecins que l'on est, si ça fait une garde tous les deux mois ou tous les mois, ce n'est pas le bout du monde. [...] Mais bon après, il y a toujours moyen de se faire remplacer, de trouver des remplaçants qui veulent faire la garde, donc bon... Je ne trouve pas que ce soit quelque chose de très très contraignant. »

(A) La politique de l'ARS

. Plusieurs médecins manifestaient leur incompréhension concernant la politique de l'ARS, et les modifications organisationnelles qu'elle souhaitait mettre en place (création d'un grand bassin, fusion des deux MMG, intervention d'un MMOB)

V4 : « Après le souci c'est que c'est un peu schizophrène la position de l'ARS... C'est « il faut le faire, par contre, vous vous débrouillez... mais quand même il y a une obligation de structure etc. Mais on ne vous donne pas assez d'argent pour le faire. Et en plus on est derrière pour faire la police. » Ça part dans tous les sens ! Et nous on le voit bien depuis la fusion des régions, sur des critères arbitraires de réduction du budget pour certaines maisons médicales, d'augmentation du budget pour d'autres maisons médicales. [...] Et tout ça pour... on ne sait pas pourquoi ! »

V5 : « En plus, le nouveau cahier des charges c'est pour une harmonisation entre Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon, en sachant que du coup le but c'est d'avoir des subventions égales. Donc c'est changer un système qui fonctionnait pour arriver à, un côté ils ont trop d'argent, de l'autre côté ils n'en ont pas assez, donc un système qui ne fonctionne pas. Améliorer un système pour qu'il fonctionne moins bien, je trouve ça quand même débile. »

V7 : « Je vois que rien n'est ordonné correctement. Au niveau décisionnel, rien n'est fait correctement. »

V8 : « Alors c'est vrai que c'est un peu troublant parce que... Je ne sais pas si c'est un peu de perversité quand même de l'ARS qui a poussé à faire les maisons médicales. En disant « ouais ouais c'est bien, on va vous financer. » Euh... Et puis maintenant, elle dit, maintenant

qu'elles y sont, « vous avez goûté comme c'est bien, vous êtes tranquilles, c'est confortable. Mais maintenant on ne peut plus donner autant d'argent, donc il va falloir que vous mettiez la main au portefeuille [...] On « homogénéise ». « On ne diminue pas les budgets hein, on est à budget constant, on garde les mêmes budgets, mais il faut que vous fassiez la même somme partout ! Ce n'est pas normal. Regardez Fabrègues vous êtes les plus chers de la région ». On a jamais dit « ces dépenses ne sont pas justifiées ». Mais on dit « vous êtes plus chers. » C'est le délit de statistique, comme ils aiment bien faire dans les ARS. Et donc on dit « il faut que vous fassiez comme les autres, débrouillez-vous, aller chercher des sous dans les collectivités. Sauf que ce n'est pas le rôle des médecins. »

V10 : « Je veux dire ce n'est pas la peine de faire un super secteur pour faire des économies de bout de chandelle. Non. »

. M12 et M14, qui ne participaient à la PDSA, n'avaient pas connaissance des modifications organisationnelles souhaitées par l'ARS, dans le cadre de la réécriture du CCR en Occitanie.

. Tous les autres médecins interrogés en étaient informés.

(B) La création d'un grand bassin et la fusion des maisons médicales de garde

. M2, médecin exerçant sur le secteur de Sète, jugeait qu'il y avait déjà une lacune dans le nombre d'effecteurs sur le secteur.

V2 : « Après moi je pense que déjà pour les mois d'été par exemple, sur la maison médicale, il y aurait déjà fallu qu'il y ait deux médecins. Parce que pour peu qu'il y ait... je ne sais pas qu'il y ait un constat de décès à faire, que l'on soit obligé de partir pendant une demi-

heure ou une heure... C'est juste une catastrophe. Donc de base je pense qu'il devrait déjà y avoir deux médecins sur Sète. Alors deux médecins sur la totalité, ça me semble... »

. M6 estimait que créer un grand bassin pourrait être responsable d'une érosion du volontariat sur le secteur.

V6 : « Et puis un grand secteur... ce n'est ni bon pour les médecins ni bon pour les patients. Moi ça me paraît impossible. C'est encore pire et ça va dégouter encore plus de médecins de faire les gardes. »

. Les médecins s'étaient majoritairement prononcés contre la fusion des deux MMG. Ils soulignaient la proximité entre la commune de Fabrègues et Montpellier, pour soutenir le maintien de la MMG de Sète.

V3 : « Qu'il y ai une maison médicale à Sète, pourquoi pas. Mais celle de Fabrègues me semble condamnée. Autant aller à Montpellier. [...] Non, s'ils veulent vraiment supprimer quelque chose, ils suppriment Fabrègues. Et après vous vous démerdez, vous allez à Sète ou vous allez à Montpellier. »

V4 : « S'il doit y avoir une seule maison médicale on la met où ? On ne peut pas la laisser à Fabrègues ! Fabrègues c'est aux portes de Montpellier donc c'est quand même compliqué. A Sète c'est quand même pratique parce que c'est à côté des urgences mais c'est trop loin de Fabrègues... Est-ce qu'on en construit une autre au milieu ? Mais avec quel argent ? »

V7 : « Arrêter cette maison en l'occurrence je trouve que c'est dommage. On a quand même un bassin sanitaire ici, Sète, Frontignan, Balaruc, La Peyrade, l'été c'est 150 000 habitants, peut-être plus je n'en sais rien. [...] Donc je pense que le fait de faire une grande maison médicale me paraît une absurdité ! Pour le cas précis de Sète que je connais bien, supprimer la maison médicale de Sète me paraît une absurdité ! »

. M14 supposait que la fusion des deux MMG limiterait le nombre de consultations du fait de l'éloignement géographique, et que ça pourrait être une bonne chose.

V14 : « Bon après peut-être que ça limitera aussi les consultations. Si on dit aux gens qu'ils doivent consulter à la maison médicale de Sète et qu'ils ont une demi-heure de route, peut-être qu'ils se diront que ça peut attendre le lendemain leur médecin traitant ! Et à l'inverse s'il y a vraiment quelque chose qui ne va pas, t'es capable de les faire les 30 minutes de route. Donc pourquoi pas. [...] C'est malheureux à dire mais si c'est trop facile d'accès... »

. Certains considéraient que la suppression d'une des deux MMG entrainerait une surcharge des services d'urgences :

V2 : « Pour le coup pour les urgences de Sète ça va beaucoup les surcharger. Si la maison médicale s'en va. »

V3 : « Après ça va déboucher sur les urgences ou sur la clinique cette histoire. »

V5 : « Ça va réorienter à nouveau vers les services d'urgences. C'est un non-sens, c'est stupide. »

V7 : « Donc voilà, pourquoi enlever cet outil de travail ? Pour emboliser encore un peu plus les urgences ? »

. M9 était le seul à se prononcer en faveur de la fusion des deux MMG, en particulier pour des raisons budgétaires.

V9 : « Bah moi je pense qu'avoir une seule maison médicale, je ne trouve pas ça idiot en terme d'économie... De toute façon il faut faire des économies, faut arrêter de se voiler la face il n'y a plus d'argent il faut trouver un moyen ! On ne peut pas continuer de vivre au-dessus... au-dessus

de nos moyens ! Et puis d'expérience, pour les gardes que je faisais à Fabrègues... honnêtement on peut la fusionner avec Sète je ne pense pas qu'il y aura une surcharge de travail si importante. »

(C) Le médecin effecteur mobile

. Les médecins interrogés, s'étaient, dans leur majorité, prononcés contre la mise en place d'un MMOB sur le secteur.

V6 : « C'est encore pire ! On va revenir comme avant, à faire du domicile. Faut arrêter ! [...] Le domicile moi c'est impossible, c'est hors de question. »

V7 : « Moi je n'ai pas vraiment envie de Balaruc, d'aller me prendre ou faire des visites à Fabrègues ou je ne sais pas où je ne sais pas quoi... On arrête le délire ! »

. M14 ne comprenait pas la justification de la création du MMOB.

V14 : « Oui, mais alors du coup ce que je ne comprends pas trop... Soit il y a vraiment une urgence, et dans ces cas-là pourquoi ce n'est pas le 15 ou les pompiers qui vont voir la personne qui est appelée, soit il n'y a pas d'urgence et pourquoi se déplacer le soir et ne pas attendre le lendemain ? Ça c'est toujours la même question qui se discute, et c'est vrai que s'est un peu compliqué... La justification du déplacement du médecin le soir, régulé par le 15... Je pense que ça va être compliqué quand même. »

. Le problème de la sécurité du médecin dans la réalisation des visites à domicile était soulevé par plusieurs médecins.

V1 : « Après il y a aussi la sécurité du médecin maintenant. Il est là le problème dans l'effectif... Si on est effecteur, peut être faudrait y aller avec un garde du corps hein, ou avec quelqu'un. »

V4 : « Moi à la limite je veux bien, mais j'ai un pompier avec moi ou j'ai quelqu'un avec moi. Je suis d'accord que c'est embêtant qu'il n'y ait pas de médecin qui puisse être mobile, mais moi toute seule, lâchée, personne ne sait où elle est, je ne veux plus le faire. [...] Bon, voilà. Dans le fond oui, mais dans la forme... Je ne peux pas être toute seule à perpète, voilà. Des agressions il y en a. »

V5 : « Alors l'effecteur mobile, clairement non ! Globalement moi il y a des secteurs où je ne veux pas me déplacer tout seul. »

. Deux médecins craignaient des abus dans le motif de recours à la visite à domicile :

V5 : « Deuxième chose c'est « ah mais c'est loin, c'est plein, j'habite loin, je veux que le médecin se déplace ». Non, soit c'est une urgence réelle, et du coup c'est le 15. Soit ce n'est pas une urgence et du coup soit il peut se déplacer, soit ça peut attendre. Donc l'effecteur mobile je ne comprends pas. »

V13 : « Il ne faut pas réhabituer les gens aux visites, et puis ne pas se substituer au SAMU. On n'est pas là pour ça. »

. M4 notait qu'il était probablement moins cher de transporter les patients à la maison médicale, que de faire une visite à domicile.

V4 : « Ou alors on n'avait calculé que ça coûtait moins cher de faire transporter les patients à la maison médicale, parce que ce n'est pas de la nuit profonde. On transporte bien aux urgences, on peut les transporter à la maison médicale. »

. M9 et M13 étaient les seuls à ne pas rejeter l'idée du MMOB :

V9 : « Je ne serais pas forcément très rassurée d'aller prendre ma voiture, moi toute seule au fin fond de nulle part pour aller faire une visite... Maintenant je l'ai fait et je le ferai. [...] Donc je pense que je le ferai si on me dit qu'il y a un médecin mobile à la maison médicale de garde et qu'il faut y aller. Je jouerai le jeu par conscience professionnelle et parce que ça rend service à tout le monde ! Moi la première. »

V13 : « Après l'effecteur mobile si on a les moyens pourquoi pas. Voilà, pourquoi pas. Dans l'absolu, la bonne organisation c'est celle-là. Des grands secteurs, avec des points fixes, et un effecteur qui se promène. »

(D) Interrogations sur l'avenir de la PDSA

. M4, M11 et M13 rapportaient que les négociations avaient déjà été menées entre l'ARS et les médecins, et que les changements souhaités par l'ARS n'auraient à priori pas lieu. Si tel était le cas, ce serait un motif de retrait de la PDSA pour certains médecins.

V4 : « On a dit « non », et donc on a voté non parce que l'on a fait des assemblées générales. [...] Et moi je ne veux surtout pas me retirer de la permanence des soins mais au

bout d'un moment, ne serait-ce que pour marquer les choses, peut-être que l'on va devoir faire une action comme ça. »

V11 : « Enfin à mon avis ils vont continuer ce qui marche. Pour financer ce qui marche. Peut-être baisser un peu les subventions mais à peine. »

V13 : « Sur le plan pratique sur Sète, ce sont des négociations qui ont déjà été menées, les médecins des différents secteurs autour ne veulent pas changer. Il y a une maison médicale à Fabrègues, il y a le secteur de Mèze. Ils veulent pas changer, c'est réglé, il n'y aura pas de changements. Si l'ARS impose ces changements, à Mèze ils ne prendront plus de gardes, ils se déclareront non volontaires, et à Fabrègues, je ne suis pas sûr que les médecins aient envie de venir sur Sète. »

. Pour M11, le nouveau CCR ne serait sans doute élaboré que pour quelques mois, avant une nouvelle modification de l'organisation de la PDSA en 2019.

V11 : « Mais en sachant que l'article du député Mesnier, c'est ce qu'on aura à faire d'ici 1 an et demi... Enfin voilà c'est ce qui est en train de sortir. [...] Alors le nouveau cahier des charges il est là pour un an et demi, jusqu'à fin 2019. Il est là pour dire... »

. Deux médecins s'étaient interrogés quant à l'évolution de la PDSA, et aux futures décisions politiques qui seraient prises.

V7 : « Il y a cette consultation par le député médecin urgentiste qui a remis un rapport, donc on entrevoit quelques éléments, mais tout ça reste encore dans le flou. Je pense que tout ça va être précisé par la ministre de la Santé ou le Président, je ne sais pas ce qu'il est dit exactement... Donc on verra sur quoi ça repose. Si j'ai bien compris on risque peut-être de faire un retour en arrière pour ré impliquer les médecins généralistes. »

V11 : « Et c'est vrai que là on est exactement dans une période d'instabilité, puisque, qui est-ce qui va diriger tout ça ? Est-ce que c'est l'ARS qui va donner des sous pour développer

quoi ? Est-ce que c'est le ministre ou le président qui va orienter la permanence de soins d'une certaine façon, et donc débloquer des finances pour développer ça. Est-ce que c'est plutôt nous qui allons-nous mettre en grève pour dire « c'est intolérable la façon dont on le fait, on n'est pas assez payés, on n'est pas assez reconnus, c'est pas les bonnes conditions... Ça ne va pas ! » Mais quel sens ça a ? Est-ce que c'est à nous à nous affirmer face au ministre, face à la présidente de l'ARS régionale, en disant « voilà ce qu'on est prêts à faire ». Mais est-ce que 4000 médecins sont d'accord pour aller faire... quoi ? Est-ce que c'est à nous à dire « et bah nous on monte ça ».

. M11 avait clôturé son entretien en nous disant que « pour l'instant les médecins ils sont trop fatigués, il n'y en a pas assez, ils ont déjà trop de travail dans la journée... La permanence de soins c'est du plus. »

VI. DISCUSSION

Nous avons souhaité, dans le premier temps de la discussion, analyser et commenter nos résultats, afin de faire ressortir les idées les plus structurantes de notre étude. Nous les comparerons ensuite à ce que nous avons pu observer dans la littérature, pour finalement montrer les perspectives qu'ils ouvrent.

VI.I ANALYSE ET COMMENTAIRES DE NOS RESULTATS

VI.I.1 Méthodologie

(A) Forces de l'étude

Originalité du sujet

Au cours de notre revue de la littérature, nous nous sommes aperçus que peu d'études s'étaient intéressées à l'opinion des médecins généralistes concernant l'organisation de la PDSA. Nous avons toutefois trouvé de nombreux rapports qui traitent de la PDS. Aussi, le CNOM publie chaque année une enquête sur l'état des lieux de la PDSA, avec comme principaux axes d'étude, la régulation, l'effectif et la participation. **Notre sujet est donc original, puisque peu traité dans la littérature et qu'il s'intéresse à un aspect souvent peu analysé : l'opinion des médecins généralistes.**

La méthodologie qualitative

L'utilisation d'une méthodologie qualitative, avec la réalisation d'entretiens semi-dirigés, nous semble avoir permis de recueillir le plus fidèlement possible, l'opinion des médecins généralistes, leurs divergences et leurs nuances. Ainsi, nous avons volontairement laissé une grande place à leurs propos, dans la rédaction de nos résultats. Ce témoignage de la « vraie vie et du terrain » a été une expérience personnelle, des plus enrichissantes.

(B) Faiblesses de l'étude

Concernant l'échantillon

Nous regrettons de n'avoir pu interroger plus de médecins non volontaires. En effet, nos résultats sont influencés par le fait que la quasi-totalité des médecins interrogés étaient des médecins participant ou ayant participé à la PDSA.

Concernant l'analyse des données

Par manque de temps et en raison des difficultés d'organisation, l'analyse par triangulation des données n'a pu être réalisée. Seul l'investigateur principal a lu et réalisé l'analyse thématique des verbatim, ce qui peut possiblement entraîner un biais d'interprétation, dans l'analyse des résultats.

La moitié des participants de notre étude étaient des médecins exerçant sur le secteur de PDSA de Sète. Cela influence nécessairement nos résultats, puisque c'est un secteur de PDSA qui fonctionne avec la MMG située dans l'enceinte de l'hôpital, à proximité des urgences, à la différence des secteurs de Mèze et Fabrègues.

Treize des quatorze médecins interrogés faisaient ou avaient fait partie d'un tableau de garde. Trois médecins avaient arrêté leur participation à la PDSA dans les 18 mois précédents l'étude. Un médecin n'avait jamais participé à la PDSA. A l'échelle nationale, il existe de fortes disparités en terme de participation. D'après le CNOM, le pourcentage moyen de médecins participants était de plus de 60% en 2017. (24) **Le fait de participer à la PDSA suppose un intérêt pour notre recherche et influence donc les opinions que nous avons pu recueillir.**

L'âge moyen des participants est de 50.9 ans. **Le CNOM observait en 2017, dans son état des lieux annuel de la PDSA, que l'âge moyen des effecteurs était de 50 ans, contre 54 ans pour l'âge moyen des généralistes installés.** (24)

La répartition femmes/hommes dans notre étude est de 50%, tandis qu'elle est de 37% pour les femmes et 63% pour les hommes dans la population des médecins généralistes installés et dans celle des effecteurs.

(A) Des opinions divergentes concernant le « système de PDSA »

Concernant l'existence de la PDSA, certains ont souligné son importance, pour la prise en charge des urgences « ressenties » et pour limiter la surcharge des services d'urgence. D'autres à l'inverse, ont exprimé le fait que le « système PDSA » est très mal organisé et peu utile, en particulier en agglomération, où il pourrait être supprimé.

(B) Une remise en question du volontariat de la participation

Des disparités importantes concernant le volontariat, sont présentes entre les trois secteurs de PDSA du bassin de Thau. D'après les médecins interrogés :

- Sur le secteur de Fabrègues, 50 médecins sont volontaires sur les 57 médecins installés.
- Sur le secteur de Sète, 25 médecins sont volontaires sur les 90 médecins installés
- Sur le secteur de Mèze, 16 médecins sont inscrits sur le tableau de garde du secteur, sur les 28 médecins installés. Il est important de préciser que le tableau de garde est régulièrement incomplet, et que la garde s'arrête à 20 heures les week-ends et jour fériés, alors qu'elle devrait normalement être prolongée jusqu'à minuit.

Au cours de nos entretiens, plus de la moitié des médecins (huit pour être exact), se sont exprimés contre ce principe. Ils ont souligné le fait qu'il est à l'origine de carences en terme de participation, rendant l'organisation du tour de garde plus compliquée, car demandant une plus grande implication des volontaires. De plus, nous avons observé que le volontariat peut être mal

vécu par certains médecins, faisant naître un sentiment de rancœur envers leurs confrères non volontaires. Ils leurs reprochent de ne s'impliquer en aucune façon dans la PDSA, même financièrement quand on leur a demandé de participer à l'association de la MMG de Sète.

De plus, certains médecins, ayant connu « l'avant réforme » ont estimé que le volontariat n'est plus viable aujourd'hui, car la conscience déontologique et donc la participation, n'est plus aussi forte chez les « jeunes » médecins. C'est un fait que nous n'avons pas observé puisque la quasi-totalité des médecins interrogés, quel que soit leur âge, ont témoigné du fait que la PDSA fait, pour eux, partie intégrante du métier de médecin généraliste. Il aurait cependant été intéressant de pouvoir interroger des médecins non volontaires pour échanger avec eux à ce propos.

Ce rejet du volontariat chez plus de la moitié des médecins interrogés est un élément, auquel nous ne nous attendions pas. En effet, préalablement à nos entretiens et suite à l'étude de l'histoire de la mise en place du système actuel de PDSA, nous pensions que c'était un principe auquel les médecins étaient attachés, car obtenu suite à de larges mouvements de grève. Ce résultat est toutefois à nuancer par le fait que nous avons principalement interviewé des médecins participants, ou ayant participé au système de PDSA.

De façon opposée, quatre médecins se sont exprimés en faveur du volontariat, qu'ils voient comme quelque chose de positif, permettant de pallier à d'éventuelles difficultés d'ordre personnelles, familiales ou physiques par exemple. Il faut toutefois rappeler que le CDOM peut accorder des exemptions, « *en tenant compte de l'âge, de l'état de santé, et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins* ». (30) Ils ont également souligné le fait qu'imposer quelque chose est souvent mal vécu, et n'est pas la meilleure façon de l'obtenir.

(C) Le plébiscite des maisons médicales de garde

La quasi-totalité des médecins interrogés, ont souligné le confort de l'exercice en MMG et l'aspect sécuritaire qu'il apporte. Pour le secteur de Sète, la situation de la MMG dans l'enceinte de l'hôpital et sa proximité avec les urgences sont fortement appréciées. Cela permet à la fois de leur adresser si nécessaire rapidement des patients, et également de les soulager de cas qui ne relèvent pas de leur compétence.

Nous étions surpris d'observer que seuls deux médecins ont souligné le fait que l'exercice en MMG ne permettait pas la réalisation des visites dites « incompressibles », ce qui pose parfois problème pour la prise en charge optimale des patients.

Malgré la satisfaction exprimée par plusieurs médecins, certains se sont dit gênés de devoir participer financièrement pour pallier aux difficultés financières des MMG, liées à la diminution des subventions de l'ARS. Pour eux, ils n'ont pas à payer pour réaliser une mission de service public. De plus, le fait que seuls les volontaires participent financièrement est quelque chose qui leur semble illogique, et entretient le sentiment de rancœur envers les non volontaires, dont nous avons parlé précédemment.

(D) Des motifs de consultation inadaptés : des lacunes en terme de régulation pointées du doigt

Concernant la régulation, des disparités sont une nouvelle fois à signaler entre les différents secteurs. Les plus marquantes concernent les secteurs de Sète et Fabrègues, qui fonctionnent pourtant tous les deux avec une MMG.

Sur le secteur de Sète, la majorité des patients se présentent directement à la MMG, certains sont adressés par les urgences, d'autres viennent suite à l'avis du médecin régulateur. Les médecins ont été nombreux à témoigner de motifs de consultation inadaptés, ne relevant pas de la PDSA. Ces accès directs entraînent une activité très importante sur la MMG de Sète, rendant les gardes difficiles pour les médecins.

Certains médecins ne sont pas gênés par la prise en charge de ces « urgences ressenties », qui représentent pour eux, un des aspects utiles de la PDSA ;

D'autres y voient l'échec de la régulation telle quelle était initialement prévue, une mauvaise appréciation du degré d'urgence par les patients, et le comblement, dans certains cas de l'absence ou de la surcharge d'activité du médecin traitant.

Ces consultations font naître chez certains médecins le sentiment de ne pas faire une médecine censée, les poussant parfois à arrêter leur participation à la PDSA.

A l'inverse, sur le secteur de Fabrègues, la quasi-totalité des consultations sont régulées par le 15 et sont organisées sur rendez-vous. L'accès direct n'est pas refusé mais il est fortement conseillé aux patients d'appeler le 15. **Cette régulation de tous les actes a été pointée du doigt par certains, comme à l'origine d'un manque d'activité qui les dérange et qui peut potentiellement entraîner une diminution de la participation.** De plus, la difficulté pour le 15 de réguler tous les actes a aussi été soulignée, bien qu'elle soit normalement prévue dans le CCR de la PDSA. Elle serait potentiellement liée à un manque d'effectif au 15 sur le Languedoc-Roussillon.

Au vu des résultats obtenus (surcharge d'activité en cas d'accès direct, manque d'activité en cas de régulation de tous les actes), la mise en place d'une organisation idéale, qui puisse satisfaire tout le monde, ne semble pas évidente.

(E) Le rejet des modifications envisagées par l'ARS

Il a semblé assez net, au cours de nos entretiens, qu'il existe chez les médecins interrogés, une incompréhension de la politique de l'ARS, à la fois concernant les diminutions de financement des MMG, qu'elle a pourtant poussé à créer, et aussi concernant les modifications d'organisation envisagées dans le cadre de la réécriture du CCR de la PDSA.

Concernant les modifications organisationnelles discutées, à savoir la création d'un grand bassin, avec la fusion des deux MMG, et l'intervention d'un MMob, la quasi-totalité des médecins, les ont rejetées. Pour eux, demander au médecin de recommencer les visites à domicile dans le cadre de la PDSA serait un retour en arrière. Bien que certains reconnaissent que cela pourrait être positif dans quelques situations, la pénibilité et l'insécurité engendrées par ces visites sur un secteur agrandi, ne leur semblent pas envisageables et pourraient être à l'origine de leur retrait des tableaux de garde.

Si une MMG devait être supprimée, les médecins se sont plutôt prononcés pour la fermeture de la MMG de Fabrègues, du fait de son éloignement d'un service d'urgences, et de la proximité des communes du secteur avec Montpellier. Il faut toutefois rappeler que dix des quatorze médecins interrogés, exercent sur une des communes du secteur de PDSA de Sète.

Plusieurs médecins ont témoigné du fait que les négociations avec l'ARS ont déjà été menées. Les médecins n'étant pas d'accord, ces modifications n'auront pas lieu. Ils ont laissé entendre que des modifications plus importantes dans l'organisation de la PDSA sont à venir courant 2019, suite au rapport du député Thomas Mesnier du mois de mai 2018. (2)

Comme nous l'avons indiqué précédemment, il existe dans la littérature peu d'études ayant analysé l'opinion des médecins généralistes concernant l'organisation de la PDSA. **Il est donc assez difficile de comparer nos résultats avec des données existantes.** Nous avons toutefois tenté de les rapprocher des rapports d'évaluation de la PDSA, qui nous ont semblé les plus pertinents.

La commission des affaires sociales, dans un rapport sur les urgences hospitalières en 2017, décrit la PDS comme « *une organisation confuse contribuant au report des patients sur les urgences hospitalières* ». Selon elle, « *l'érosion continue du volontariat des médecins libéraux, le faible succès du modèle des maisons médicales de garde (MMG) comme et surtout la méconnaissance persistante du dispositif par le public, qui se tourne de ce fait vers les urgences, traduisent l'impasse dans laquelle semble aujourd'hui se trouver l'organisation de la PDSA.* »

En ce qui concerne le principe du volontariat, largement remis en cause dans notre étude, elle estime qu' « *il paraît à la fois difficile et non souhaitable de bâtir une politique publique sur l'aléa que constitue le volontariat individuel des médecins. Il ne paraît pour autant ni possible ni souhaitable de rétablir l'obligation de garde.* » (30)

Le président du CDOM du Val de Marne, dans un article de mars 2018, confiait lui aussi avoir des interrogations sur les notions contradictoires de volontariat et d'obligation déontologique. Il reconnaissait que la participation de chacun serait plus facile, si tout le monde participait. Il estimait que « *nous sommes tous concernés.* » (31)

Un rapport de mai 2018, par le député Thomas Mesnier, concernant l'organisation des soins non programmés dans les territoires, expliquait que « *la France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans, de 3,5% en moyenne annuelle de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences. Le nombre de passages dans ces services s'établit aujourd'hui*

à 20,3 millions par an. Si une partie de cette hausse trouve sa source dans le vieillissement de la population et la croissance de la prévalence des maladies chroniques, une part non négligeable des passages aux urgences – que la dernière enquête disponible de la direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé évaluait à 43% – pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire. » (2)

Il pointait l'insuffisante régulation, l'insuffisante appréhension du degré relatif d'urgence par la population et l'impossibilité de trouver une réponse en médecine de ville, comme facteurs susceptibles d'expliquer le recours excessif aux urgences. Ce sont les mêmes éléments qui ont été cités par les médecins de notre étude comme pouvant expliquer les nombreuses consultations ne relevant pas de la PDSA, qu'ils réalisent.

Tout comme nous avons pu l'observer, le CNOM estime, dans son état des lieux annuel de la PDSA qu'« au niveau national, 72% des actes de permanence des soins sont régulés. Les entorses au principe de régulation médicale préalable ne sont donc pas rares. En effet, les lieux fixes de consultations, s'ils offrent certaines facilités aux médecins, permettent dans certains cas aux patients de se rendre sans régulation à ces lieux pour y consulter un médecin. » (24) Il a toutefois noté qu'une faible fréquentation des lieux fixes d'effectif pouvait affaiblir la volonté de participation des médecins, et qu'il fallait être vigilant concernant l'implantation de ces lieux fixes. (24)

Concernant l'insuffisante appréhension du degré relatif d'urgence par la population, le CNOM rappelle la nécessité de réalisation d'actions de communication auprès du public sur le bon usage de la PDSA et l'importance de la régulation médicale préalable à tout acte d'effectif en horaire de PDSA, pour permettre de mieux prendre en charge les patients et favoriser la participation des médecins. Le député Mesnier estime que « des actions d'éducation à la santé, [...] doivent être menées auprès de la population, pour lui rappeler les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, et les réflexes de recours à la médecine de

proximité en cas de plus grande difficulté ». Il propose de faire du recours à la régulation téléphonique, un élément clé, voire de l'inciter financièrement.

De la même façon que ce que nous ont confiés les médecins exerçant sur la MMG de Sète, la commission des affaires sociales estime que *« la formule qui apparaît comme la plus efficace et la plus pertinente est sans conteste celle dans laquelle la MMG se trouve adossée à l'hôpital et fonctionne, dans les faits, comme un circuit court. La proximité des structures permet en effet, dans le cadre d'un protocole prédéfini, à la fois un réadressage de la part du service d'urgences, et un transfert vers les urgences dans le cas où les ressources de la MMG ne suffiraient pas à régler la situation. »* (30) Elle nuance toutefois le côté positif des MMG à l'échelle nationale, qu'elle voit comme une formule qui n'offre pas pour l'heure, de réponse alternative satisfaisante aux services d'urgences, et qui ne parvient pas à se développer largement.

A l'étranger, de nombreuses publications, émanant principalement des pays d'Europe du Nord, ont rapporté les expériences selon les pays, des systèmes de santé « en garde » (out-of-hours primary care). Elles insistent sur la culture partagée entre professionnels, de la sécurité du patient et de l'importance de l'infirmière de « triage »

En Allemagne, Leutgeb R et al. ont listé les principaux éléments de la charge de travail et de la satisfaction professionnelle lors de la PDSA, chez 131 médecins généralistes exerçant en milieu rural. De manière intéressante, on y retrouve les mêmes interrogations que chez nos généralistes du bassin de Thau, à savoir la difficulté des gardes, la fatigue qu'elles engendrent, le problème des visites à domicile et de la sécurité. (32)

Un réseau européen de recherche sur la permanence des soins (« European research network for out-of-hours primary health care ou EurOOHnet ») s'est constitué en 2010, sous l'impulsion de Linda Huibers (Pays-Bas et Danemark). Il comprend des experts de Belgique, du Danemark, d'Allemagne, d'Italie, des Pays-Bas, de Norvège, de Pologne, d'Espagne, de Slovénie, de Suisse et du Royaume Uni. Il a pour but de comparer les différentes organisations selon les pays, de réfléchir à une homogénéisation des pratiques, et d'initier des travaux collaboratifs de recherche sur la PDSA. (33)

Il est à priori question de réformer prochainement l'organisation de la PDSA, et il nous semble, sur le bassin de Thau, mais également à l'échelle nationale, que les décideurs ne doivent pas se passer de l'opinion des médecins généralistes, premiers concernés par cette organisation. **Comme ce que nous avons fait dans ce travail, il serait intéressant de mener une étude à plus grande échelle, pour recueillir l'opinion des généralistes, afin qu'ils participent à la construction de la PDSA de « demain ». Des réformes prises sans tenir compte de leurs opinions, risqueraient d'entraîner des désistements, et de creuser encore un peu plus le problème du nombre de volontaires sur certains secteurs.**

Notre étude ébauche quelques pistes, mais tous ces résultats doivent être validés sur d'autres territoires et à plus grande échelle. L'utilisation d'un travail utilisant une méthodologie quantitative serait évidemment intéressante.

Le plébiscite des MMG dans notre étude, et en particulier le modèle de la MMG de Sète, située dans l'enceinte de l'hôpital, semble être la solution la plus satisfaisante pour les médecins généralistes. Ce résultat est évidemment à confirmer sur d'autres secteurs, mais si tel était le cas, il apparaîtrait évident que l'Etat devrait encourager par des mesures incitatives, et faciliter le développement des MMG, particulièrement celles situées à proximité d'un service d'urgence.

Notre étude a également soulevé le problème des motifs de consultations, ne relevant pas de la PDSA. En plus du coût que ces consultations entraînent, elles représentent une source d'agacement pour les médecins généralistes, rendant l'activité très importante au cours des gardes. Cela montre donc l'importance que les décideurs doivent accorder à l'information et l'éducation de la population, et au renforcement des effectifs dans les centres 15.

Les médecins interrogés se sont largement opposés à la réalisation de visites à domicile sur les horaires de PDSA, principalement pour des raisons de sécurité. Il semble également assez évident sur ce sujet, qu'il faut tenir compte de leur opinion, sous peine d'entraîner le retrait de la PDSA d'un grand nombre d'entre eux.

Le développement de la télémédecine, dont l'Assurance Maladie a impulsé le développement, par son remboursement depuis le 15 Septembre 2018, pourrait peut-être apporter une réponse à certains problèmes, actuellement rencontrés dans l'exercice de la PDSA.

Enfin, notre étude pose la question suivante : le volontariat de la participation est-il toujours le plus approprié à l'heure actuelle ? Supprimer ce volontariat semble néanmoins une décision compliquée, et peu populaire auprès de la majorité des médecins généralistes. **Il serait très intéressant de poser cette question à un grand nombre de médecins généralistes, volontaires, et non volontaires, afin de pouvoir y répondre.**

VII. CONCLUSION

En conclusion, bien que la PDSA ait largement été modifiée depuis les mouvements de grève de 2001, notre étude montre que l'organisation actuelle ne satisfait pas complètement les médecins généralistes qui la pratiquent.

Les médecins de notre étude, constitués essentiellement de volontaires, ont souligné le fait que la PDSA est une fonction importante du métier de généraliste, et qu'ils apprécient le confort de l'exercice en MMG.

Cependant, le manque de volontaires, le désengagement total des non volontaires, les problèmes de financement, les lacunes en terme de régulation, ainsi que la difficulté des gardes, les découragent dans l'exercice de la PDSA.

Ce témoignage issu du terrain et de la vraie vie, bien loin des cabinets ministériels, illustre à travers les générations, les engagements, les difficultés et les interrogations, que soulève l'organisation de la PDS.

Néanmoins, malgré les divergences d'opinions des acteurs de terrain, il nous apparaît crucial au vu de ce travail, que l'avis des médecins généralistes à travers leurs organisations représentatives, soit pris en compte pour la construction et l'optimisation de la PDSA de « demain ».

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. DESCOURS C, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Paris: MSSPS; 2003 janv p. 18p.
2. MESNIER T. Rapport « Assurer le premier accès aux soins » - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018.
3. LE QUELLEC S. Histoire des urgences à Paris de 1770 à nos jours [Thèse d'exercice]. [France]; 2000.
4. LOUVEL K, FILLAUT T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin XIXème siècle-2001). Ann Bretagne Pays L'Ouest Anjou Maine Poitou-Charente Touraine. 30 juin 2009;(116-2):217-29.
5. Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale. 47-1169 juin 27, 1947.
6. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.
7. LOUVEL K, FILLAUT T. Prémices de la permanence des soins en France (1870-1950). 15 Juin 2008. 58.
8. Le Monde. Les médecins généralistes font grève. Le Monde.fr [Internet]. 15 nov 2001; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/archives/article/2001/11/15/les-medecins-generalistes-font-greve_244117_1819218.html
9. DEL SOL M. Médecine libérale et permanence des soins de ville. RDSS. 2004;p.261.
10. BERLAND Y, Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Mission Démographie des Professions de Santé. Paris. FRA. La démographie des professions de santé. Paris: MSSPS; 2002 nov p. 113p.
11. COSTARGENT G, VERNEREY M, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. Rapport sur les violences subies au travail par les professionnels de santé. Paris: IGAS; 2001 oct p. 71p.
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. L'exercice libéral face à la permanence des soins. Paris: CNOM; 2001 oct p. 41p.
13. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.

14. 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.
15. VIOUJAS V. La réforme de la permanence des soins : un seul pilote pour davantage d'efficacité ? RDSS. 2012;p.692.
16. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2005-328 avr 7, 2005.
17. Bulletin Officiel Santé - Protection sociale - Solidarité. Instruction DSS/SD1B n° 2012-60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoires.
18. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon. Arrêté fixant le cahier des charges régional modifié de la permanence des soins en médecine ambulatoire. 2014 déc.
19. LEMORTON C, Assemblée Nationale. Paris. FRA. Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins. Paris: Assemblée Nationale; 2015 juin p. 179p.
20. Le fonds d'intervention régional [Internet]. [cité 25 août 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional>
21. Cour des Comptes. Paris. FRA. Sécurité sociale : Rapport 2013 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale. Paris: Cour des Comptes; 2013 sept p. 631p.
22. GUIRAUD S. Les maisons médicales de garde s'inquiètent pour leur avenir. Midi Libre. 11 mai 2018;
23. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires. 2016-1012 juill 22, 2016.
24. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la Permanence des Soins Ambulatoires en Médecine Générale au 31 Décembre 2017. :98.
25. AUBIN-AUGER I, MERCIER A, BAUMANN L, LEHR-DRYLEWICZ A-M, IMBERT P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19:4.
26. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Singly F de, éditeur. Paris, France: Armand Colin; 2015. 126 p.
27. PASQUIER E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Mémoire de médecine générale]. Lyon Nord; 2004.

28. Lorraine Savoie, Zajc, . Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? RECHERCHES QUALITATIVES. Hors série n°5:99-111.
29. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Malakoff, France: Armand Colin; 2016. 430 p.
30. COHEN L, GENISSON C, SAVARY RP, Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Evaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017 p. 109p.
31. Ordre des Medecins Val de Marne. Permanence des soins : volontariat et réquisition [Internet]. Conseil Départemental du Val de marne de l'Ordre des médecins. 2018 [cité 23 oct 2018]. Disponible sur: <https://ordredesmedecinsvaldemarne.blog/2018/03/17/permanence-des-soins-volontariat-et-requisition/>
32. Leutgeb R, Frankenhauser-Mannuß J, Scheuer M, Szecsenyi J, Goetz K. Job satisfaction and stressors for working in out-of-hours care - a pilot study with general practitioners in a rural area of Germany. BMC Fam Pract. 22 juin 2018;19(1):95.
33. Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R, Christensen MB, Bondevik GT. EurOOHnet-the European research network for out-of-hours primary health care. Eur J Gen Pract. sept 2014;20(3):229-32.

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est une organisation mise en place par les médecins généralistes libéraux, afin d'assurer la continuité des soins, aux heures de fermeture des cabinets médicaux. L'objectif principal de notre travail était d'analyser l'opinion des médecins généralistes installés sur le bassin de Thau, concernant l'organisation de la PDSA sur le territoire. L'objectif secondaire consistait à recueillir leur opinion, quant aux changements organisationnels envisagés par l'ARS, dans le cadre de l'élaboration du nouveau cahier des charges régional (CCR) de la PDSA en Occitanie.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative, par le biais d'entretiens semi-dirigés. Des médecins généralistes installés sur une des communes des secteurs de PDSA de Sète, Mèze ou Fabrègues ont été sélectionnés de manière aléatoire. Une analyse thématique des données, selon la démarche de thématisation en continue, a été réalisée.

Résultats : Quatorze entretiens ont été menés, entre Mai et Juillet 2018. Certains médecins ont remis en cause l'utilité de la PDSA, tandis que d'autres ont souligné son intérêt, en particulier pour la prise en charge des urgences ressenties. Le principe du volontariat de la participation a été contesté, car il rendrait plus compliqué l'organisation de la PDSA. L'exercice en maison médicale de garde (MMG) a été largement plébiscité, pour le confort et la sécurité qu'il apporte, en particulier le modèle de la MMG de Sète située dans l'enceinte de l'hôpital. Des motifs de consultation inappropriés et des lacunes dans la régulation ont été pointés du doigt. Enfin, les modifications organisationnelles envisagées par l'ARS ont été rejetées par la quasi-totalité des médecins de l'étude.

Conclusion : Cette étude nous semble originale car elle fait un état des lieux, à travers le témoignage des médecins généralistes, acteurs de terrain de la PDSA. Elle montre, malgré le faible effectif et les disparités locales, que l'organisation actuelle sur le bassin de Thau ne les satisfait pas complètement, et que les modifications à venir, les inquiètent. Construire « la PDSA de demain » sans l'avis des acteurs locaux, expose à une démotivation, potentiellement délétère pour le parcours de soins non programmés.

Mots clés : organisation de la permanence des soins ambulatoires, opinions des médecins généralistes, volontariat de la participation, maison médicale de garde, out-of-hours primary care, médecine générale, étude qualitative, analyse thématique