



HAL
open science

Motivations et freins des médecins généralistes samariens à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme

Alexandre da Cruz

► **To cite this version:**

Alexandre da Cruz. Motivations et freins des médecins généralistes samariens à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04461913

HAL Id: dumas-04461913

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04461913>

Submitted on 16 Feb 2024

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 4.0 International License



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2023

Thèse N°2023 - 189

Motivations et freins des médecins généralistes samariens à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme.

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Spécialité : Médecine générale

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 Novembre 2023

Par

Monsieur DA CRUZ Alexandre

Né le 18 Juin 1993 à Beauvais

Président du jury

Membre du jury

Directeurs de thèse

Monsieur le **Pr Henri COPIN**

Madame le **Pr Christine AMMIRATI**

Madame le **Pr Amélie SELLIER-PETITPREZ**

Monsieur le **Dr Antoine FONTAINE**

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Henri COPIN

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Histologie-Embryologie-Cytogénétique
Chef du Service de Médecine et Biologie de la Reproduction et CECOS de Picardie
Pôle « Femme-Couple-Enfant »
Responsable de l'UF de Cytogénétique du Laboratoire de Génétique Constitutionnelle
Pôle « Biologie, Pharmacie et Santé des Populations »
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous étiez là au tout début, vous êtes là à la fin.
Vos enseignements ont toujours été appréciés, ils n'ont fait que confirmer la voie dans laquelle je m'étais engagé.
Vous me faites l'honneur de présider ce jury,
Veuillez recevoir ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

Madame le Professeur Christine AMMIRATI

Praticien Hospitalier, Professeur associé des Universités (Anesthésie-Réanimation, option Médecine d'Urgence)
Chef du Pôle Médecine d'Urgence, Médecine légale et sociale
Responsable du service SAMU-SMUR-CESU, service d'accueil des urgences
Officier dans l'Ordre National du Mérite
Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Je garde de très bons souvenirs de cette année de DES de médecine d'urgence.
Merci pour votre engagement sans faille dans la formation des étudiants.
Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail de thèse,
Soyez assurée de mon profond respect.*

Madame le Professeur Amélie SELLIER-PETITPREZ

Professeur associé du département de Médecine générale
Maître de stage universitaire

*Il est des rencontres qui changent une vie, et tu en fais partie.
Un immense merci pour ta gentillesse, ta disponibilité, et pour m'avoir montré une voie différente qui fait que je me lève tous les matins avec le plaisir d'aller travailler.*

Monsieur le Docteur Antoine FONTAINE

Praticien Hospitalier
Chef de service de médecine polyvalente du Centre Hospitalier d'Albert

*Nous n'avons jamais eu l'occasion de travailler ensemble, et pourtant j'ai l'impression de te connaître depuis bien longtemps.
Reçois par ces quelques mots ma reconnaissance pour ta bienveillance, ton humour, et pour m'avoir initié et soutenu dans ce travail.*

À mon père, Fanny, et mon Léo

Merci Papa pour tes enseignements depuis mon plus jeune âge, qui m'ont permis de faire mon chemin jusqu'ici. Tu es et restera mon modèle.

Merci à tous les trois de m'avoir soutenu pendant toutes ces années, d'avoir été ma bouffée d'oxygène pendant tous ces week-end.

Je vous dédie ce travail. Je vous aime.

À Angéline, Hugo, Iris et Louis

A nos bons moments en famille, qu'ils soient encore plus nombreux à l'avenir.

Je suis fier de vous.

À mes grands parents, oncles et tantes, cousins et cousines

Parce que les familles portugaises sont très grandes,

Vous me pardonnerez de ne pas vous citer un par un.

Une pensée va vers chacun d'entre vous.

À Marie-Thérèse et François

Parce que ces excellents moments en votre compagnie ont également été mes soupapes pour décompresser durant ces longues études. Merci pour votre gentillesse, et votre bonne humeur à toute épreuve.

À Corinne et Patrick

Merci de m'avoir accueilli dans votre famille, d'avoir été et d'être toujours présents.

Je vous dois beaucoup.

À Camille

Ma petite sœur adorée méritait au moins une petite dédicace à elle seule.

À nos années collocation (on est bien mieux chacun chez soi quand même !)

Je te souhaite d'être heureuse dans tes futurs projets.

À Pierre, Alexia, Paul, Lili, Juju, Marie, Caro, Maxime, Estelle, Clotilde

Même si ces belles années « lycée » sont passées et que la distance est bien présente, on se retrouve à chaque fois comme si on s'était quitté la veille.

A notre amitié qui dure, et qui a encore de belles années devant elle.

À Geoffrey et Adeline, Guillaume et Lucille, Cassandre et Tristan, Camille

Ce choix de stage de gynéco-ped à Saint Quentin a été l'une des meilleures décisions que j'ai pu prendre. Je ne me lasse pas de nos moments passés ensemble. Merci pour votre amitié.

Geoffrey, Guillaume, c'est toujours un plaisir de vous voir sortir vos belles motociclettes chromées.

À Valentin et Marie-Charlotte

Mon vieillologue et ma gynécologue-accoucheuse favoris...

Merci pour ces nombreux fous rires, ces super soirées dans cet appartement en face du CHU, j'y repense à chaque fois que je passe devant.

Vous me manquez.

À Claire et Emilie

Merci pour ces excellents moments passés en votre compagnie à Péronne, et pour vos conseils au très jeune médecin que j'étais.

À toute l'équipe des urgences de Doullens

Parce que « Doullens, c'est la maison » comme on se dit souvent avec Cassandra et Geoffrey. Je prends toujours autant de plaisir à travailler avec vous.

À Mathilde, Anne-Lise, Fabien, Justine, Marie, Sonia, et Thomas

Merci Mathilde pour ce semestre formateur en médecine. Merci de m'avoir présenté ton cher et tendre qui m'a accueilli chaleureusement avec toute la fine équipe.

À nos repas du midi qui sont des plus agréables.

À l'équipe de SOS Beauvais

Merci de me laisser les clés de la maison depuis le début de cette belle aventure.

Au Dr YVES, Fouad et Sylvain

Je vous remercie pour ce semestre à Saint Quentin, vous m'avez beaucoup apporté. J'espère que vous me pardonnerez mes lacunes à prendre ou à donner des nouvelles.

Et pour finir, à toi Sarah

J'aurais besoin d'au moins autant de pages que dans ce travail pour te déclarer tout l'amour que j'ai pour toi. Merci d'avoir été là dans les bons et les mauvais moments, merci de toujours être l'épaule sur laquelle je peux me reposer.

Cette maison, ces voyages, et ces doctorats ne sont que le début d'une vie pleine de bonheur et de surprises, j'en suis sûr.

À nos futurs projets.

Je t'aime plus que tout !

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ARS : Agences Régionales de Santé

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

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

CPP : Comité de Protection des Personnes

DGOS : Direction Générale de l'Offre des Soins

DREES : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

IAO : Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAUPA : Service d'Accueil des Urgences Polyvalentes Adultes

SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SNP : Soins Non Programmés

T2A : Tarification à l'Activité

VAD : Visites à Domicile

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
TABLE DES MATIÈRES	7
INTRODUCTION	9
1. Généralités	9
2. Évolution des urgences en France	9
3. La permanence des soins ambulatoires (PDSA)	10
3.1 Définition	10
3.2 De la genèse de la PDS à nos jours	11
3.3 La PDSA dans la Somme	12
3.4 Le Service d'Accès aux Soins (SAS)	14
3.5 Les maisons médicales de garde	14
4. Justification de l'étude	15
MATÉRIEL ET MÉTHODES	16
1. Type d'étude	16
2. Population de l'étude	17
3. Analyse statistique	18
4. Bibliographie	18
RÉSULTATS	19
1. Analyse descriptive	19
1.1 Caractéristiques des médecins répondeurs	19
1.2 Système de gardes sectorisées dans la Somme	22
1.2.1 Charge de travail	22
1.2.2 Utilité du système de gardes sectorisées	23
1.3 Le SAS	24
1.4 Adhésion à une autre activité de permanence des soins	25
1.5 La création de MMG près des services urgences	26
1.6 Commentaires libres concernant les MMG	32
1.6.1 Ouverture aux horaires de PDSA et nécessité d'une régulation	32
1.6.2 L'implication de tous les médecins généralistes nécessaire	32
1.6.3 Un obstacle hospitalier à la mise en place de MMG	33
1.6.4 Des projets futurs	33
1.6.5 Un écueil : les visites à domicile	33
1.6.6 Un service rendu nul et une augmentation des coûts pour la société	33

2. Analyse croisée	34
2.1 ... selon le sexe du médecin.....	34
2.2 ... selon la classe d'âge du médecin.....	36
2.3 ... selon le type d'exercice.....	38
2.4 ... selon le lieu d'exercice.....	40
2.5 ... selon le lieu d'habitation.....	42
2.6 ... selon la réalisation ou non de gardes de secteur.....	44
DISCUSSION	46
1. Limites de l'étude	46
1.1 Biais de sélection.....	46
1.2 Biais de recrutement.....	46
1.3 Biais de confusion.....	46
1.4 Biais lié au faible taux de réponse.....	46
2. Forces de l'étude	47
3. Discussion des résultats de l'étude	48
3.1 Motivations et réticences.....	48
3.1.1 Insécurité et féminisation de la profession.....	48
3.1.2 La rémunération.....	49
3.1.3 La surcharge de travail.....	50
3.2 MMG : Une implication plus large des médecins ?.....	51
3.3 Les MMG idéales selon les médecins généralistes de la Somme.....	52
3.4 Quels avis sur la PDSA actuelle ?.....	53
3.5 Des réticences hospitalières à la mise en place de MMG.....	56
3.5.1 Première Hypothèse: La Tarification à l'Activité (T2A).....	56
3.5.2 Deuxième hypothèse : les Visites à domicile (VAD).....	58
3.6 Avantages des MMG.....	59
3.7 Les MMG responsables d'une augmentation des dépenses de santé?.....	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE THÈSE	68
SERMENT d'HIPPOCRATE	73
RÉSUMÉ	74

INTRODUCTION

1. Généralités

Le 2 Septembre 2022, la direction du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Amiens annonçait dans un communiqué, filtrer les entrées dans le Service d'Accueil des Urgences Polyvalentes Adultes (SAUPA), suite à des difficultés de ressources humaines⁽¹⁾. Quelques mois auparavant, les urgences de la clinique Pauchet fermaient la nuit pour manque de personnel⁽²⁾.

Plus généralement en France, 57 Services d'Accueil des Urgences (SAU) adultes ou pédiatriques ont fermé leurs portes au moins partiellement en 2021 et 2022 selon le collectif santé en danger⁽³⁾.

Ces difficultés de plus en plus fréquentes dans les services d'Urgences sont le reflet d'une crise structurelle de l'ensemble du système de santé, qui peine à assumer la demande des soins non programmés (SNP).

En effet, en aval, le nombre de lit d'hospitalisation a diminué de 20% en près de 20 ans⁽⁴⁾, tandis qu'en amont, la densité des médecins généralistes libéraux n'a cessé de diminuer depuis ces 10 dernières années selon les chiffres de la DRESS entre 2012 et 2022⁽⁵⁾.

2. Évolution des urgences en France

Historiquement, il faut remonter au VI^{ème} siècle pour voir apparaître les premiers Hôtel-Dieu, notamment celui de Lyon en 549.

Ces derniers étaient gérés par l'Eglise et offraient soins et hospitalité aux malades indigents.

Bien plus tard, face à l'augmentation de la précarité, Louis XIV s'est écarté de ce système compassionnel pour créer l'hôpital général en 1656, qui avait pour but d'accueillir les enfants abandonnés, les marginaux et les pauvres.

Ce dernier avait donc davantage vocation à maintenir un ordre public, plutôt que de soigner des malades.

Selon F.DANET, docteur en sociologie, ce n'est qu'à partir de la révolution française, avec le développement de la médecine clinique, que les hôpitaux ont trouvé une fonction de lieu de soins⁽⁶⁾. En effet, ils dépendaient alors des municipalités, et non plus de l'Eglise, et accueillaient malades, blessés, ou femmes enceintes.

A la fin du XIX^{ème} siècle, la médecine s'est progressivement spécialisée, avec l'apparition de cardiologues, pneumologues, chirurgiens orthopédiques.

Les services d'urgences ont pris forme dans les années 1960, avec l'application de la circulaire du 13 août 1965⁽⁷⁾. Ils détiennent un rôle polyvalent, avec la prise en charge des urgences vitales, d'une multitude de pathologies médicales et chirurgicales, de problèmes sociaux, de patients défavorisés, ou tout simplement d'urgences ressenties.

De plus, ils constituent souvent une porte d'entrée pour accéder aux soins, compte tenu des difficultés croissantes d'accès aux soins ambulatoires.

3. La permanence des soins ambulatoires (PDSA)

3.1/Définition

Selon le code de la santé publique, la permanence des soins est une mission de service public qui vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux.

Elle est définie par le sénateur C.DESCOURS, dans son rapport du 22 Janvier 2003⁽⁸⁾, 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 ».

C'est ainsi que les médecins libéraux s'organisent les soirs, les week-ends et jours fériés, en complément des services d'accueil des urgences, pour garantir des consultations de médecine générale au sein d'un territoire défini.

3.2/De la genèse de la permanence des soins à nos jours

La notion de permanence des soins est née à Paris en 1876, sous l'initiative du Conseil de la ville, de faits divers selon lesquels des médecins refusaient d'assister de nuit des blessés ou des femmes enceintes⁽⁹⁾.

À l'époque, les praticiens volontaires, étaient inscrits sur une liste au commissariat de police, les malades pouvaient s'y présenter pour être accompagnés par un gardien de la paix au domicile du médecin.

Néanmoins, malgré le développement de ce dispositif, la création de l'Assurance Maladie le 5 Avril 1928, puis sa généralisation en 1945⁽¹⁰⁾ ont facilité l'accès mais aussi la demande de soins.

C'est ainsi que les sphères juridique et déontologique ont peu à peu fixé le cadre de la permanence des soins :

- La Loi du 25 octobre 1941 a créé le délit de non assistance à personne en péril⁽¹¹⁾.
- Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a instauré en 1950 la garde comme une obligation déontologique : le médecin est tenu « de participer à un service de garde lorsque l'organisation de ce service de garde est considérée [...] comme nécessaire et possible »⁽⁹⁾.

A la fin du XX^{ème} siècle, bien que l'essor des services d'urgences, ou encore la création de SOS médecins en 1966 par le Dr LASCAR⁽¹²⁾, aient permis de compenser l'augmentation de la consommation des soins médicaux en ville, les médecins de campagne, eux, peinaient à supporter la charge de travail continuellement croissante.

Ainsi, dans l'optique d'obtenir une revalorisation de leurs honoraires, et une amélioration de leurs conditions de travail, les médecins généralistes se sont mis en grève des gardes de nuit et de week-end en 2001 et 2002, conduisant le ministère de la santé à réexaminer le système de permanence des soins.

Dans un premier temps, la réforme dite « Mattei » de 2002 a mis fin au système de gardes reposant sur la responsabilité déontologique individuelle des médecins, pour lui substituer un système alternatif, consistant en une obligation collective, basé sur le volontariat individuel

des médecins. Cela s'est traduit en pratique par la fin de l'obligation de garde (« tour de garde ») des médecins libéraux⁽¹³⁾.

Depuis 2002, une succession de textes de lois ont été votés, tentant de trouver des compromis aussi bien pour les patients que pour les médecins. Parmi ces textes :

- La loi « Hôpital, patient, santé et territoire » du 21 Juillet 2009, a créé les Agences régionales de Santé (ARS) pour assurer la gestion de la permanence des soins et établir un cahier des charges régional⁽¹⁴⁾.
- La loi du 26 Janvier 2016 de modernisation du système de santé⁽¹⁵⁾ a introduit un numéro d'appel téléphonique national, pour contacter la régulation de la permanence des soins. En fonction des départements, ce numéro peut être le **116 117** ou bien le **15**.
- Le 9 Septembre 2019, A.BUZIN annonce dans le pacte de refondation des urgences allouer un budget de 10 millions d'euros pour installer des maisons médicales de garde (MMG) à proximité des services d'urgences totalisant plus de 50 000 passages par an⁽¹⁶⁾.

3.3/La PDSA dans la Somme

La PDSA dans la Somme s'articule selon plusieurs principes⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾ :

- La délimitation de territoires:

Elle permet au patient d'avoir accès à une consultation médicale dans les 40 minutes, et à une distance de 30 kilomètres maximum, en privilégiant le déplacement du patient vers le médecin. Les consultations sont assurées de 20h à 00h en semaine, de 12h à 00h le samedi, et de 8h à 00h les dimanches, jours fériés et ponts. Ces territoires sont déterminés par le directeur général de l'ARS des Hauts-de-France après consultation du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Somme, et du Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS).

Au final, 15 secteurs ont été mis en place, avec 3 secteurs supplémentaires en saison estivale (Fort-Mahon/Rue ; le Crotoy ; Saint-Valéry/Cayeux)



Figure 1 : Territoires de permanence des soins dans la Somme (Source : Arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges de la PDSA en Picardie)

- L'absence de garde en « nuit profonde », dans les territoires où l'activité y est insuffisante. Dans ces conditions, seule la MMG de Corbie et l'association SOS médecins Amiens réalisent des gardes de nuit profonde sur le territoire de la Somme.
- La participation renforcée des médecins généralistes à la régulation médicale, qui orientent les patients vers les médecins de garde de secteurs, et participent à la régulation en nuit profonde.
- Le développement d'alternatives à la PDSA en nuit profonde, notamment par la complémentarité des services d'urgences hospitalières à ce système, ou encore la mise en place d'effecteurs « mobiles » couvrant certains territoires pour les visites « incompressibles » (c'est le cas de SOS médecins à Amiens).
- Les MMG accolées aux structures hospitalières, restent un point non développé de la PDSA dans la Somme.

3.4/Le Service d'Accès aux Soins (SAS)

Egalement annoncé dans le pacte de refondation des urgences du 9 Septembre 2019⁽¹⁶⁾, le SAS est décrit comme un dispositif accessible 24h/24h et 7j/7, via une plateforme téléphonique de régulation.

Son objectif est de permettre à un patient qui le nécessite d'avoir accès « à toute heure et à distance, à un professionnel de santé qui lui fournira un conseil, une téléconsultation, du télésoin, une orientation vers une consultation sans rendez-vous ou lorsque cela s'avère nécessaire, un service d'urgence ».

Il repose donc sur une étroite collaboration entre les médecins généralistes libéraux et les professionnels de l'urgence hospitalière.

Il a été lancé en 2021 dans 22 départements pilotes (dont la Somme et le Nord), et se généralise progressivement en 2023 à l'ensemble des départements français.

La participation des médecins généralistes (régulateurs, et effecteurs des consultations) se fait sur la base du volontariat.

3.5/Les maisons médicales de garde

Introduites dans l'arrêté du 3 août 2012⁽¹⁷⁾, les maisons médicales de garde sont définies comme des établissements fixes, permettant des consultations de premiers recours non programmées, aux heures de permanence des soins.

Le dernier rapport de la Direction Générale de l'Offre des Soins (DGOS) de 2018 faisait état de 339 MMG sur le territoire français.

Les horaires de fonctionnement de ces structures sont généralement identiques aux gardes sectorisées actuellement en place dans la Somme (hors cas exceptionnels en fonction de la démographie, comme c'est le cas pour la maison médicale de Corbie qui est en activité également en nuit profonde).

Si les maisons médicales de garde ne constituent pas le moyen principal de permanence des soins dans le département de la Somme, elles sont davantage développées dans d'autres

départements français. Citons par exemple l'ARS de la Haute Garonne qui annonçait dans un communiqué de presse de mai 2023 la création de nouvelles MMG, avec un total de 12 MMG prévues fin 2023 sur ce seul département⁽¹⁹⁾.

4. Justification de l'étude

La saturation des urgences, voire parfois leur fermeture comme évoqué précédemment mettent en lumière la nécessité d'une réflexion concernant notre système de PDSA.

Les maisons médicales de garde pourraient-elles être une solution ?

Le Dr Jean-Yves GRALL, Conseiller Général des Établissements de Santé, indiquait dans son rapport d'août 2007, la nécessité d'organiser des consultations de médecine générale « dans des points fixes de type MMG [...] à proximité des services d'urgence ».

Si la réduction du nombre de passages aux urgences suite à la mise en place de MMG ne semble pas complètement établie, plusieurs études ont mis en évidence le bénéfice de leur présence près des services d'urgences de différents hôpitaux⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾.

C'est pourquoi, avant d'envisager l'ouverture d'une de ces structures, nous avons souhaité interroger les médecins généralistes samariens pour déterminer leurs motivations et freins à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme.

Les objectifs secondaires de notre étude étaient d'évaluer le ressenti des médecins généralistes sur les dispositifs actuels de PDSA, de quantifier le nombre de médecins généralistes prêts à effectuer des gardes en MMG, et d'apprécier les conditions souhaitées pour les réaliser.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, quantitative.

Celle-ci a été réalisée via un questionnaire anonyme comportant entre 25 et 29 questions (selon l'embranchement), auxquelles il était obligatoire de répondre.

Ce questionnaire, diffusé via la plateforme Microsoft Forms (Annexe), s'articulait autour de quatre grands axes :

1/Données démographiques des médecins interrogés.

2/Évaluation du système de PDSA actuel.

3/Évaluation des motivations et freins des médecins à la réalisation de gardes au sein de MMG près des services d'urgences.

4/Modalités souhaitées pour la réalisation de ces gardes.

Il existait également une question à réponse libre en fin de questionnaire.

Celui-ci a été retravaillé à plusieurs reprises avant sa diffusion, notamment après soumission à 3 médecins généralistes installés et 3 médecins généralistes remplaçants, pour en améliorer la qualité.

Il n'était pas nécessaire de demander l'autorisation du comité de protection des personnes (CPP), ni de faire une déclaration à la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), car notre étude était non interventionnelle et anonyme.

Nous avons pu nous en assurer en remplissant le formulaire d'auto qualification des recherches prospectives disponible sur le site de la Fédération des Comités d'Éthique de la Recherche⁽²⁴⁾.

2. Population de l'étude

La population étudiée concernait les médecins généralistes de la Somme, installés, remplaçants thésés ou non thésés.

Les critères d'exclusion étaient : les médecins généralistes hospitaliers, les praticiens exerçant exclusivement en EHPAD, les médecins du sport, ainsi que les autres spécialités médicales.

Trois échantillons ont été constitués de manière concomitante afin d'obtenir une population la plus large possible :

-Un premier échantillon a été obtenu via les réseaux sociaux : PICAGJIR, groupe Facebook des internes des promotions 2020-2021 (3^{ème} année d'internat) et 2021-2022 (2^{ème} année d'internat), groupe What's App « Médecins pour demain ».

-Un deuxième échantillon fixé arbitrairement à 200 médecins, parmi la liste des omnipraticiens sur le site de l'Ordre des médecins.

Pour ce faire nous avons réalisé, via le site « dcode », deux tirages au sort qui nous ont permis de sélectionner au hasard 90 femmes (soit 45% de l'échantillon), et 110 hommes (soit 55% de l'échantillon), représentant ainsi la population des médecins généralistes de la Somme (installés et non installés)⁽²⁵⁾.

Un QR Code et lien internet menant vers le questionnaire leur ont été adressés par voie postale.

-Un troisième échantillon était composé, de la même manière, de 80 médecins, tirés au sort et ne faisant pas partie du deuxième échantillon, soit 36 femmes et 54 hommes.

Un lien menant vers le questionnaire leur a été envoyé cette fois-ci par mail, ce dernier ayant été obtenu après appel de leur secrétariat.

Le recueil de données s'est effectué du 14 février au 30 avril 2023.

3. Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel IBM SPSS 26.

Lors de l'analyse en sous-groupes, comme toutes les variables croisées étaient qualitatives, nous avons utilisé un test du Chi Deux (lorsque les effectifs théoriques étaient supérieurs ou égaux à 5) ou de Fisher si cette condition n'était pas respectée (le symbole * apparaissait alors à côté de la p value). Lorsque les tableaux croisés étaient trop grands et demandaient trop de mémoire pour effectuer un test de Fisher, nous avons utilisé des simulations de Monte Carlo.

Le risque de première espèce alpha était arbitrairement fixé à 5 %, une différence était considérée comme significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

4. Bibliographie

La bibliographie de notre travail a été constituée via des recherches réalisées à partir des bases de données disponibles sur le site de la bibliothèque universitaire d'Amiens, SUDOC, Google scholar, EM-consulte, PubMed, et LiSSa.

Les ressources étaient composées d'ouvrages, de revues, de thèses et de références en ligne.

RÉSULTATS

Le premier échantillon nous a permis d'obtenir 85 réponses, le taux de réponse étant impossible à calculer.

Le deuxième échantillon constitué de 200 médecins a permis d'obtenir 33 réponses, soit un taux de réponse de 16,5%.

Le troisième échantillon composé de 80 médecins a permis d'obtenir 19 réponses, soit un taux de réponse de 23,8%.

Au total, nous avons donc obtenu 137 réponses.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme nous avait indiqué qu'au 9 Février 2023, 621 médecins étaient éligibles à notre étude (403 médecins généralistes installés, 78 remplaçants thésés, et 140 étudiants non thésés avec licence de remplacement)

Ainsi, le taux de réponse global était estimé à 22,1%.

1. Analyse descriptive

1.1/Caractéristiques des médecins répondeurs

Notre étude portait sur 137 médecins répondeurs dont:

- 88 étaient des femmes (64 2%)
- 49 étaient des hommes (35,8%)

Leur âge variait de 26 à 70 ans, avec une moyenne d'âge de 41,34 ans et un écart-type de 11,70 ans. La répartition de l'âge des praticiens était la suivante.

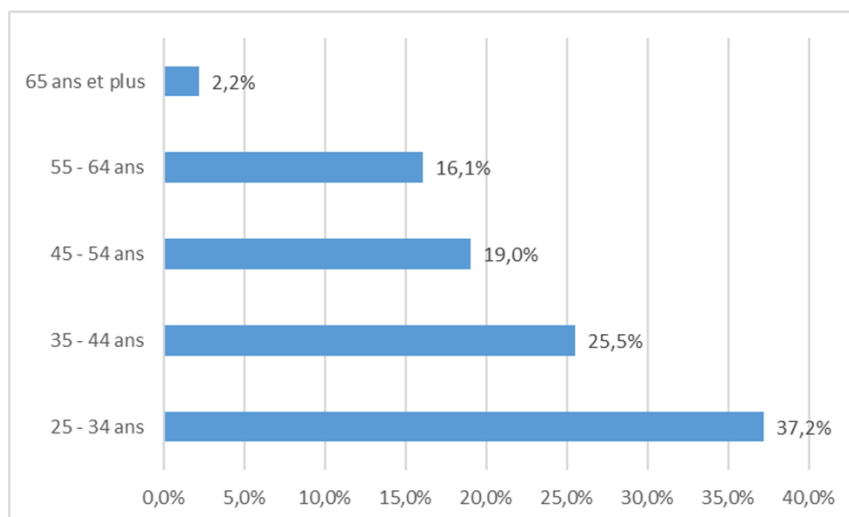


Figure 2 : Age des médecins interrogés

La majorité des praticiens interrogés exerçait en cabinet de groupe (35,0%), comme médecin remplaçant (26,3%) ou en MSP (24,8%). La répartition plus détaillée des structures est représentée ci-dessous.

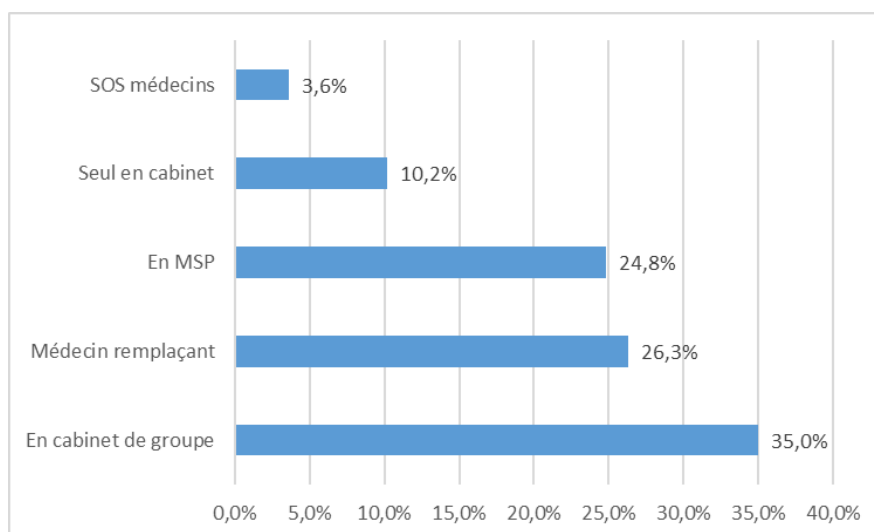


Figure 3 : Mode d'exercice des médecins interrogés

La plupart des médecins **habitaient** à proximité du CHU d'Amiens (68,6%) et **exerçaient** près du CHU d'Amiens (53,3%).

La répartition complète des Centres Hospitaliers (CH) les plus proches du domicile et du lieu d'exercice principal est présentée sur la figure suivante.

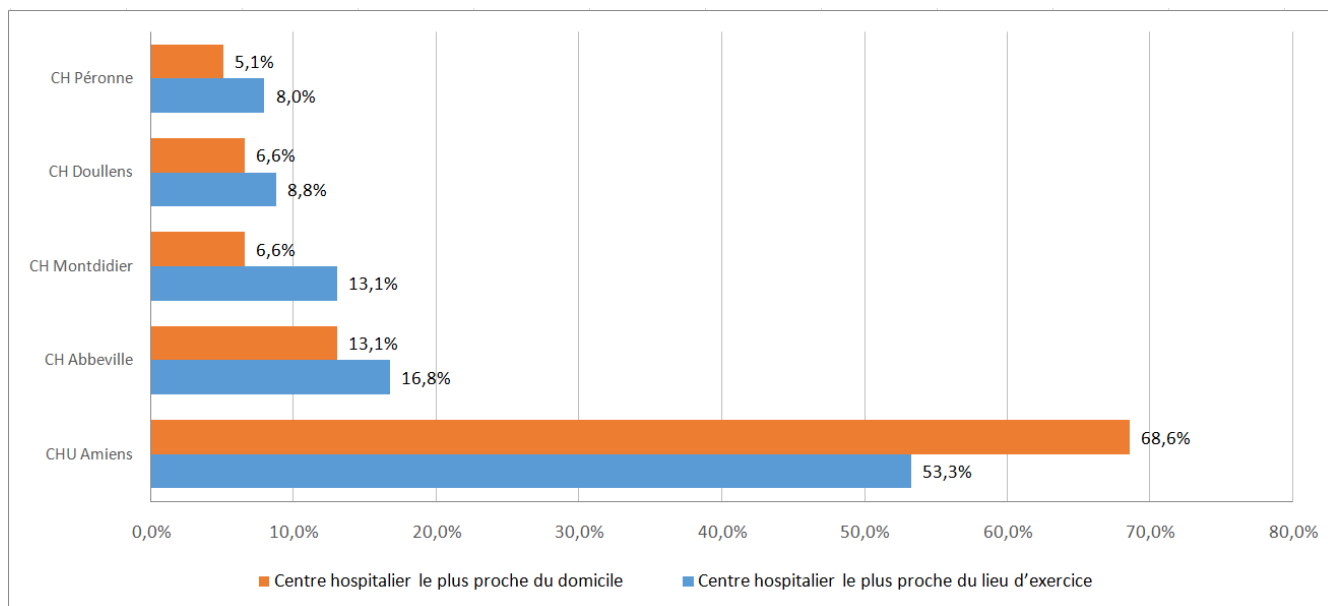


Figure 4 : Centre Hospitalier le plus proche du **domicile** et du **lieu d'exercice principal**

1.2/Système de gardes sectorisées dans la Somme

65% des médecins interrogés réalisaient des gardes de secteur de médecine générale.

1.2.1/Charge de travail

Parmi les médecins participant à ces gardes, la majorité (60,7%) en effectuait une à deux par mois.

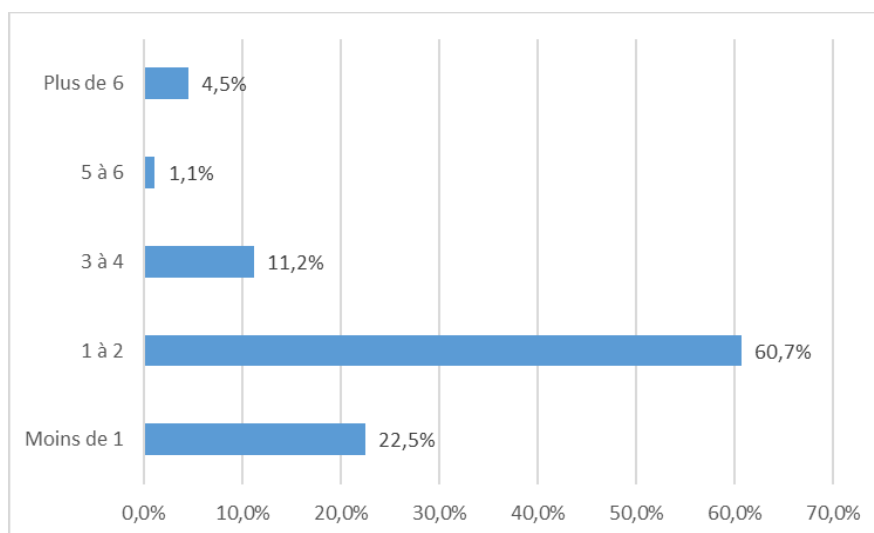


Figure 5 : Nombre de jour de gardes de secteur réalisé par mois

52,8% d'entre eux consultaient moins d'un patient par soirée de garde en semaine, tandis que 39,3% recevaient un à deux patients.

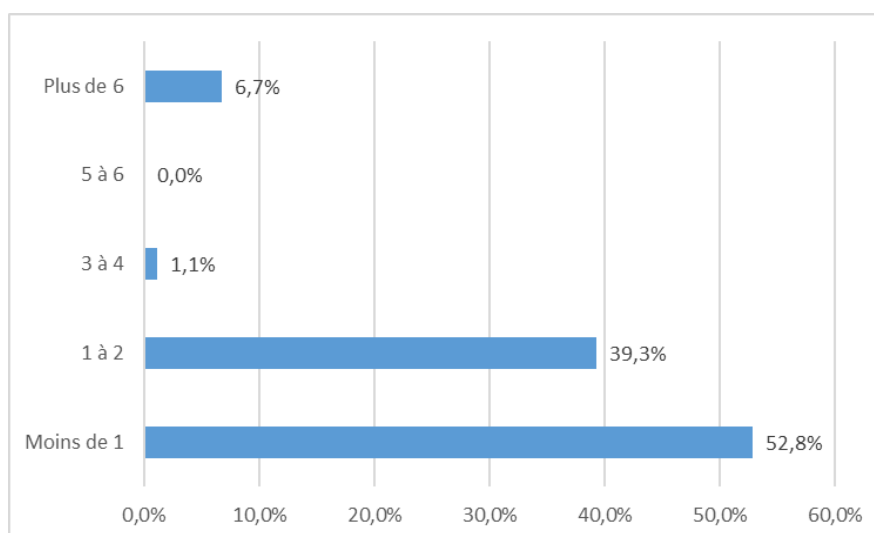


Figure 6 : Nombre moyen de patients vus par soirée de garde en semaine

Concernant les week-ends et jours fériés, les médecins voyaient pour la plupart quatre à six patients par jour de garde (57,3%).

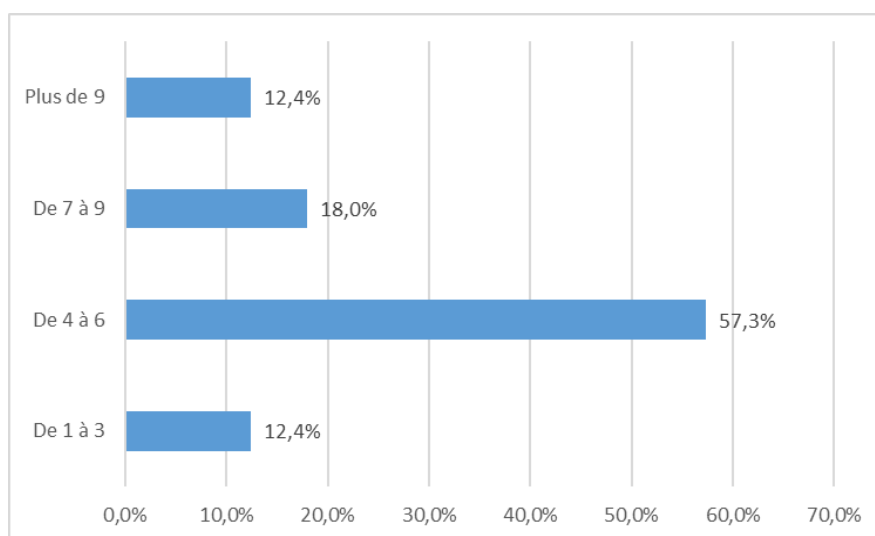


Figure 7 : Nombre moyen de patients vus par journée de garde le week-end et/ou jours fériés

La charge de travail lors de ces gardes était évaluée majoritairement comme faible voire très faible.

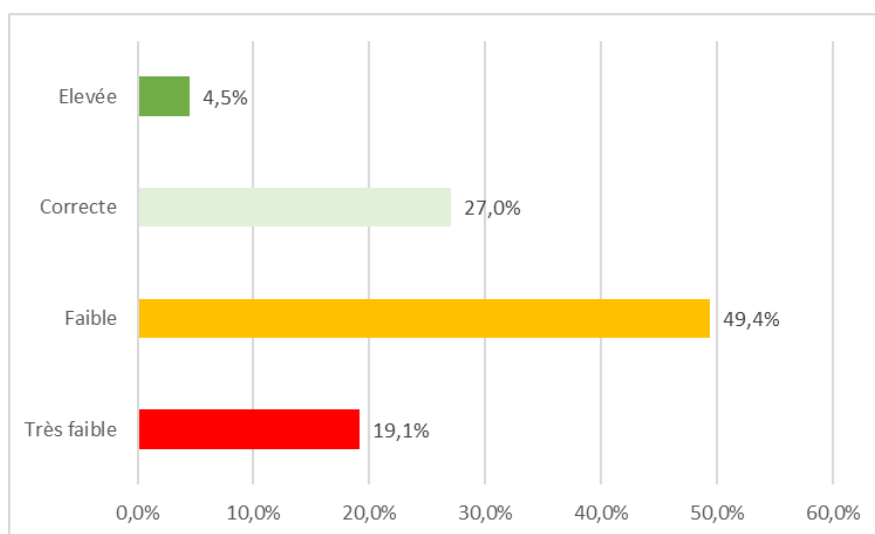


Figure 8 : Intensité de la charge de travail durant les gardes

1.2.2/Utilité du système de gardes sectorisées

Une majorité de médecins pensait que le système de gardes sectorisées de la Somme était utile (52,6%), voire très utile (6,6%), tandis que 28,5% le trouvaient peu utile, et 12,4% inutile.

1.3/Le SAS

40,9% des médecins répondeurs déclaraient ne pas adhérer au dispositif SAS, 6,6% envisageaient d'y adhérer, et 26,3% y adhéraient déjà. Enfin, 26,3% étaient médecins remplaçants, et donc non concernés par ce dispositif.

Les raisons de l'adhésion ou non à ce dispositif sont représentées ci-dessous. En rouge sont représentées les raisons des médecins n'y adhérant pas et en vert les raisons des médecins y adhérant. Plusieurs réponses étaient possibles.

83,9% des médecins n'y adhérant pas déclaraient déjà réserver des créneaux d'urgence pour leurs patients, tandis que 66,7% de ceux y adhérant indiquaient le faire pour réduire la charge de travail des urgences.

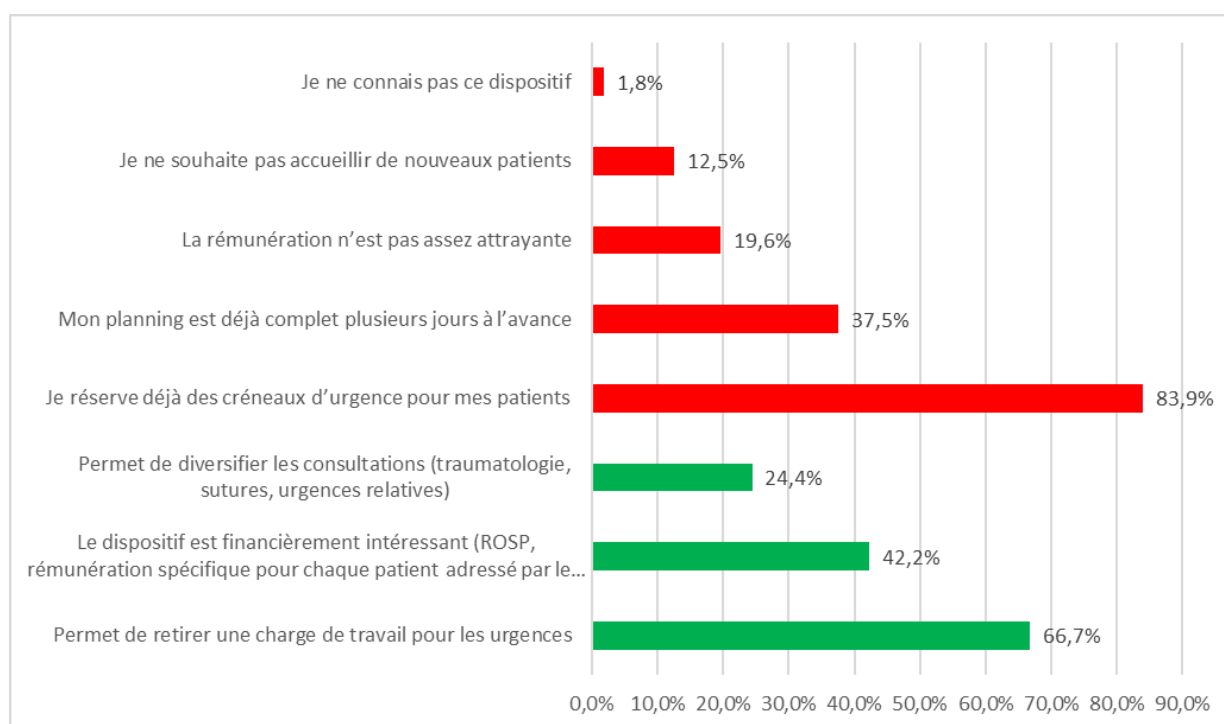


Figure 9 : Raisons évoquées par les médecins concernant leur adhésion ou non au SAS

Cette question pouvait faire l'objet d'une réponse libre. Voici les réponses :

- **« Pour quelles raisons n'y adhérez-vous pas ? » :**
 - ✓ « Erreur d'adresse mail sur santé pro Connect et inaction de la CPAM ».
 - ✓ « J'ai abandonné car nombreux dysfonctionnements ».

- **« Pour quelles raisons y adhérez-vous ? » :**
 - ✓ « Pour le principe : les créneaux libres peuvent être pris et utiles ».
 - ✓ « Le SAS c'est déjà le principe de fonctionnement de SOS médecins ».

Concernant l'utilité du SAS dans la Somme, la plupart des médecins le jugeait peu utile voire inutile.

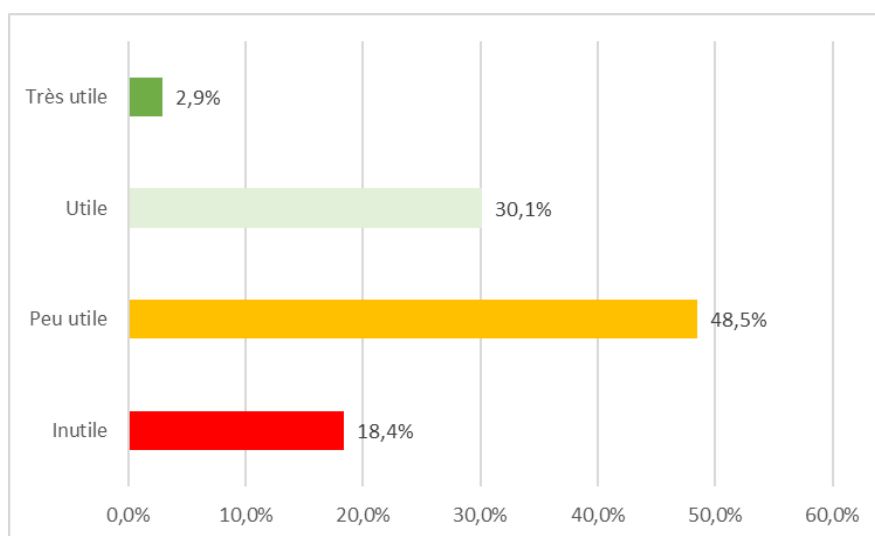


Figure 10 : Utilité du dispositif SAS dans la Somme selon les médecins interrogés

1.4/Adhésion à une autre activité de permanence des soins

La grande majorité des médecins interrogés (83,9%) ne participait d'aucune autre manière à la permanence des soins.

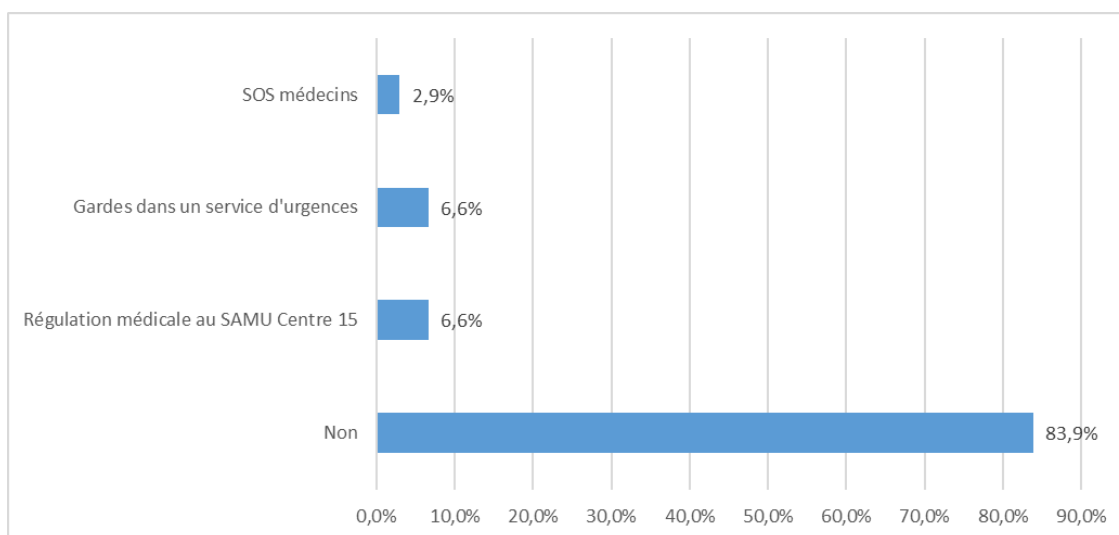


Figure 11 : Participation à une autre activité de permanence des soins

1.5/La création de MMG près des services d'urgences

78,1% étaient plutôt ou totalement pour la création de MMG, tandis que 21,9% étaient plutôt ou totalement contre.

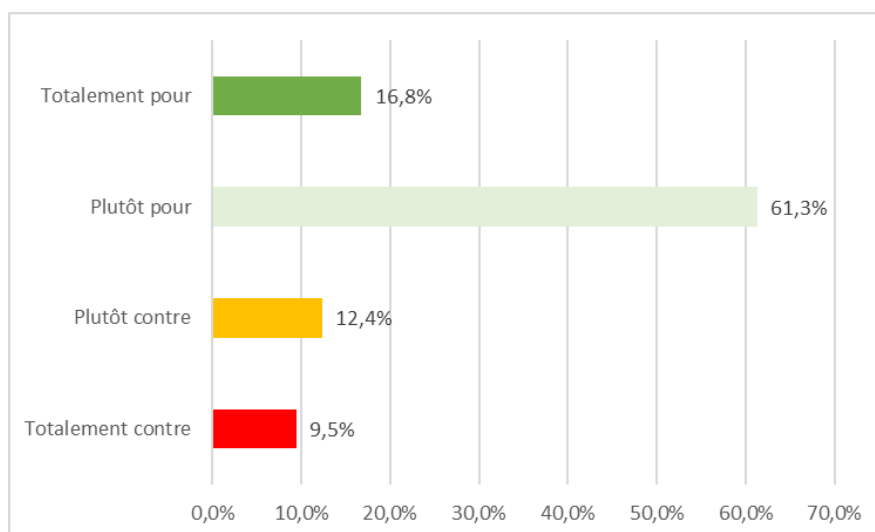


Figure 12 : *Opinion des médecins interrogés sur la création de MMG attendant aux services d'urgence dans la Somme*

A la question de savoir si le système de gardes sectorisées actuel devrait ou non disparaître au profit de la mise en place de MMG, 54% de la population était d'accord, tandis que 46% ne l'était pas.

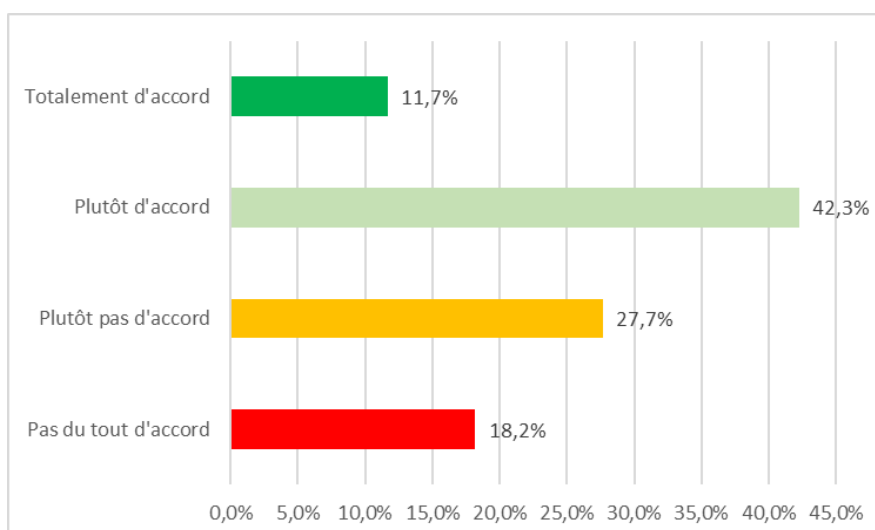


Figure 13 : *Opinion des médecins interrogés sur la disparition du système de gardes sectorisées au profit de la mise en place de la MMG*

67,9% des médecins interrogés se disaient prêts à réaliser des gardes en MMG, sous certaines conditions pour la plupart, tandis que 32,1% le refusaient.

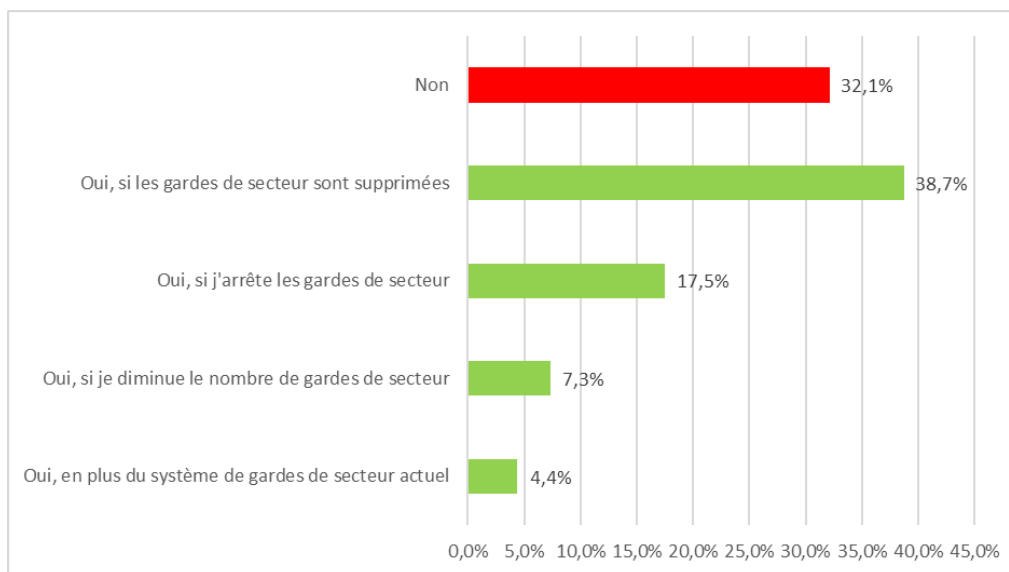


Figure 14 : Opinion des médecins interrogés sur la prise de gardes en MMG

Sont représentées ci-dessous les principaux **motifs de refus** des médecins ayant répondu non, et les **motivations principales** de ceux ayant répondu oui.

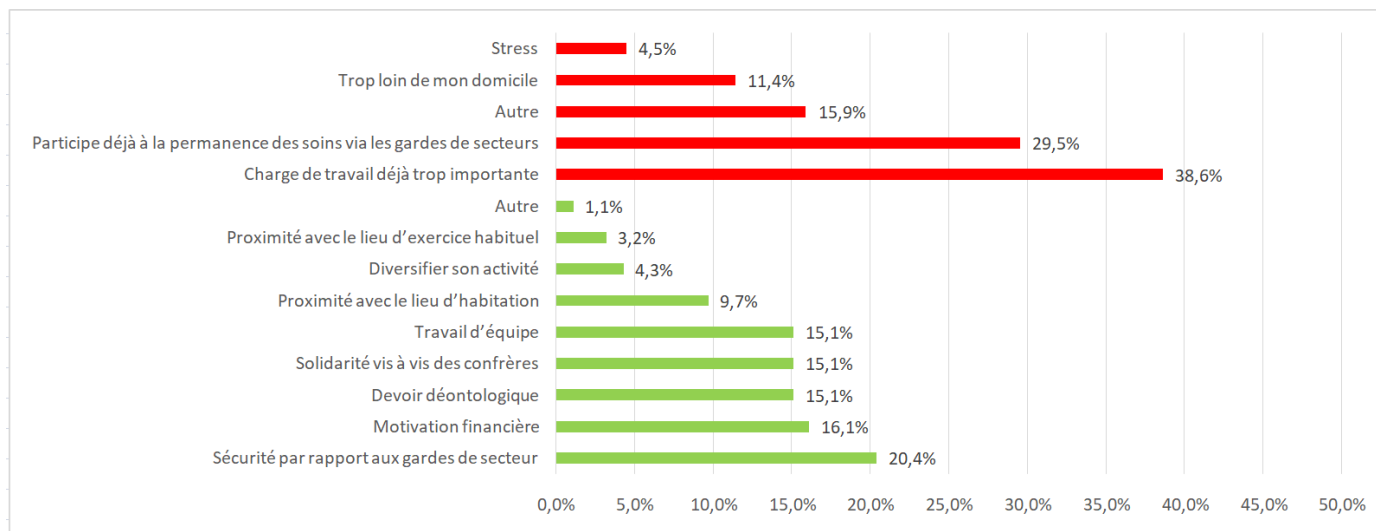


Figure 15 : Raison principale des médecins concernant leur décision de prendre ou non des gardes en MMG

Cette question pouvait faire l'objet d'une réponse libre. Voici les réponses :

« Raison principale pour laquelle vous ne prendriez pas de gardes en MMG » :

- « Cela coûte inutilement cher et prend du crédit qui pourrait être alloué à notre augmentation; cela majore la paperasserie inutile ».
- « Une MMG c'est augmenter l'aspiration, la surconsommation et c'est favoriser l'arrivée de patients hors-secteur toxicomanes... ».
- « Cela dépend des horaires (nuits complètes ..?), car la charge de travail ne sera pas la même que lors des gardes de secteur ».
- « Place aux jeunes ».
- « 64 ans cette année ! ».
- « Pas envie ».
- « Problèmes de santé ».

« Raison principale pour laquelle vous prendriez des gardes en MMG » :

- « trop peu nombreux sur notre secteur de garde, on est 10 et ça revient trop vite ».

Les autres raisons évoquées sont représentées de la même façon sur la figure ci-dessous. Nous sommes ici dans le cas de réponses multiples, chaque médecin pouvait donner plusieurs raisons.

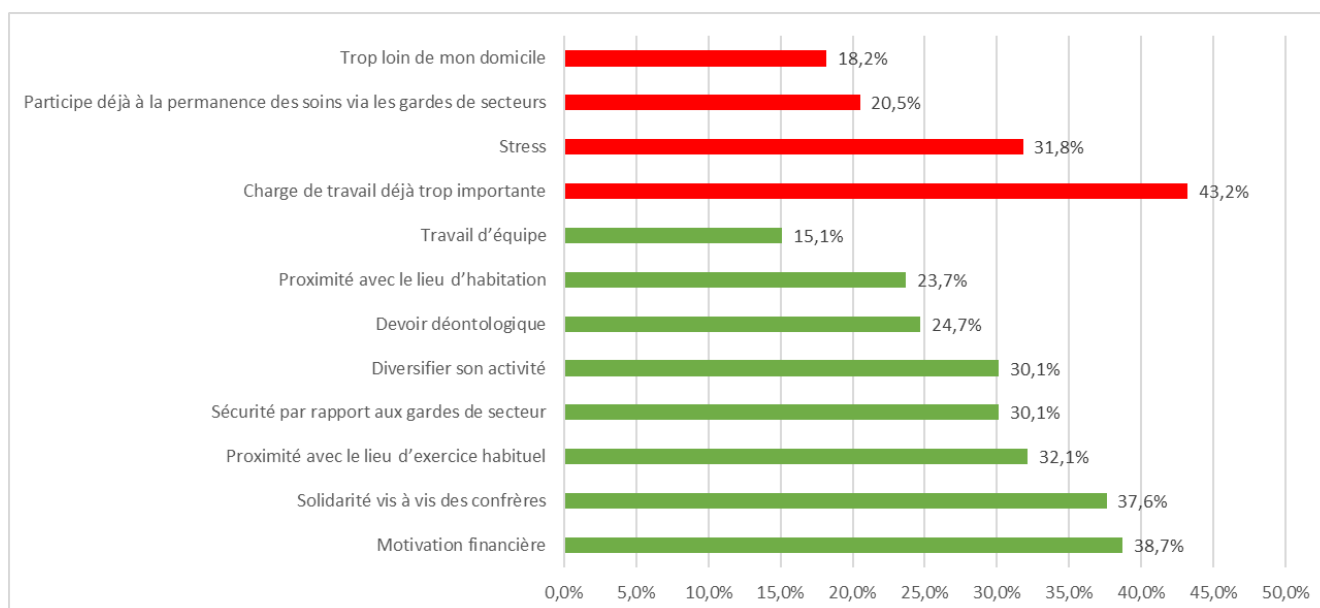


Figure 16 : *Autres raisons des médecins concernant leur décision de prendre ou non des gardes en MMG*

La répartition des centres hospitaliers dans lesquels ils accepteraient de faire des gardes en MMG est représentée sur la figure ci-dessous. Chaque médecin pouvait choisir plusieurs CH.

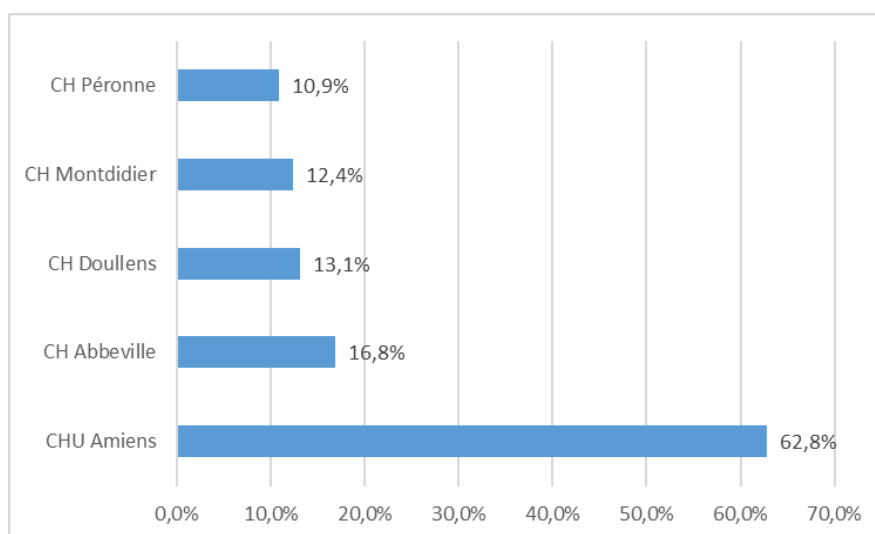


Figure 17 : CH dans lesquels les médecins accepteraient de faire des gardes en MMG

La répartition de la fréquence maximale des gardes qui paraissait acceptable aux médecins interrogés est représentée ci-dessous. La majorité a répondu une garde par mois (34,3%).

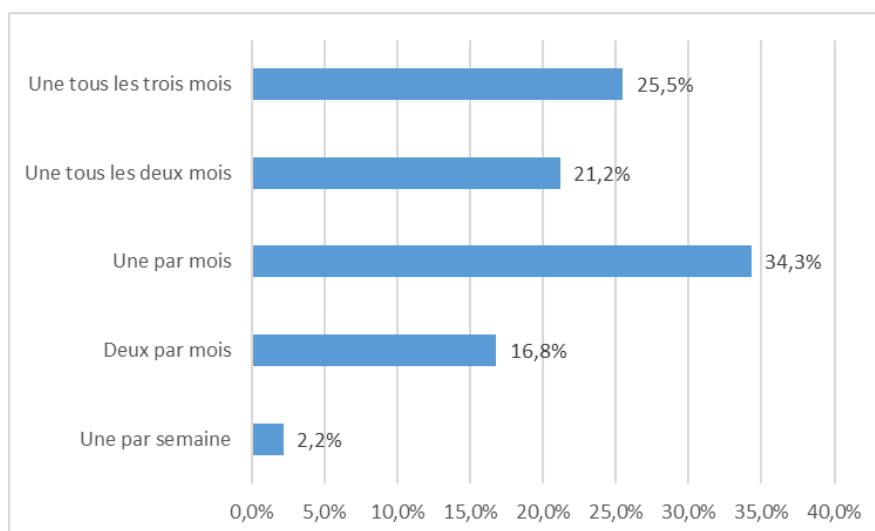


Figure 18 : Fréquence acceptable des gardes en MMG selon les médecins

Enfin, en majorité (78,1%), les praticiens souhaitaient que la MMG soit une structure indépendante accolée aux urgences.

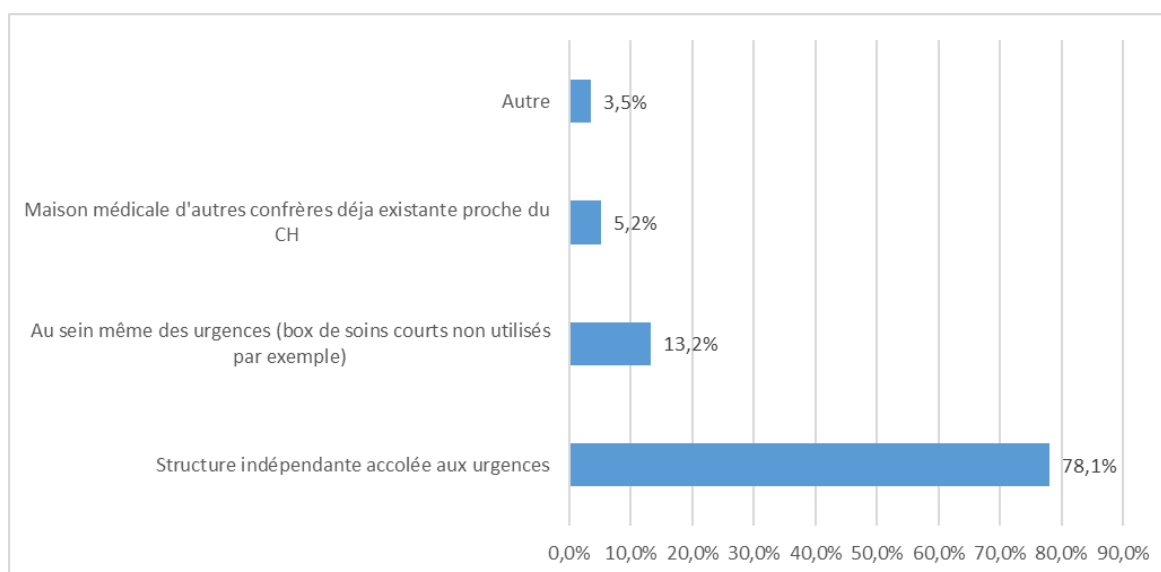


Figure 19 : Localisation idéale de la MMG

Cette question pouvait faire l'objet d'une réponse libre. Voici les réponses :

- « Chez SOS médecins ».
- « Une structure SOS en cours de réalisation à deux pas du CHU ».
- « Je suis opposé à participer personnellement aux gardes en MMG donc sans avis ».
- « Dans la MSP dans laquelle je travaille » (Amiens).
- « Peu importe, dans la ville la plus proche de mon cabinet ».

A propos des motifs de consultation en MMG, la plupart des médecins se disaient prêts à prendre en charge les sutures et les patients ne nécessitant pas d'examens complémentaires. Pour ce qui est de la traumatologie et du recours à une biologie, les réponses étaient plus mitigées.

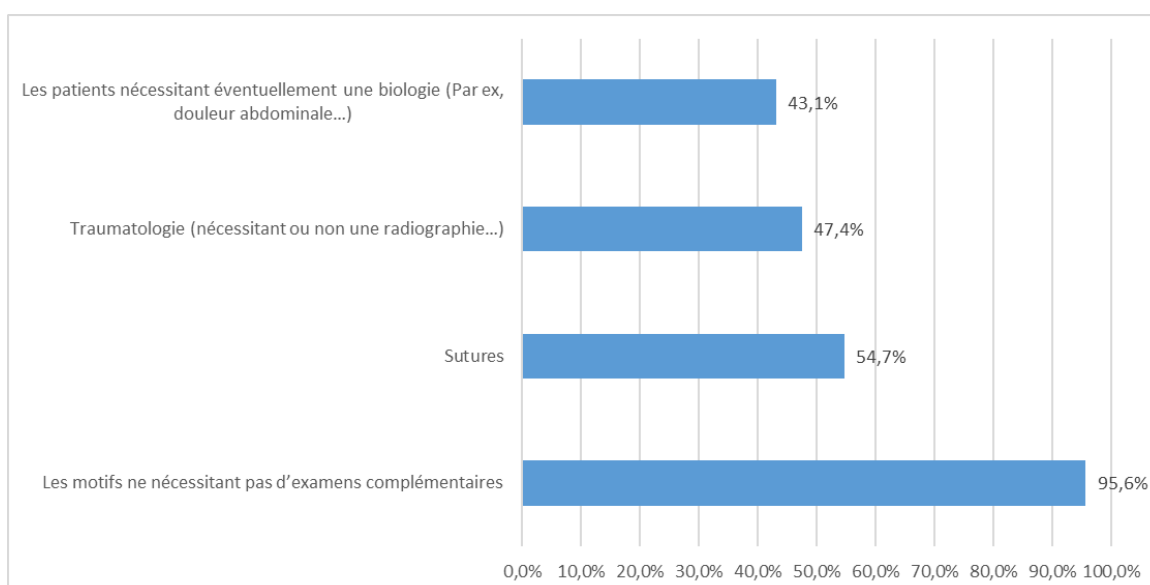


Figure 20 : Motifs de consultation que le médecin de garde pourrait prendre en charge

Les médecins s'accordaient en majorité à dire que les patients qui consulteraient la MMG devraient être orientés par le SAMU Centre 15, ou par un(e) infirmier(e)/un médecin d'Accueil et d'Orientation (IOA/MAO).

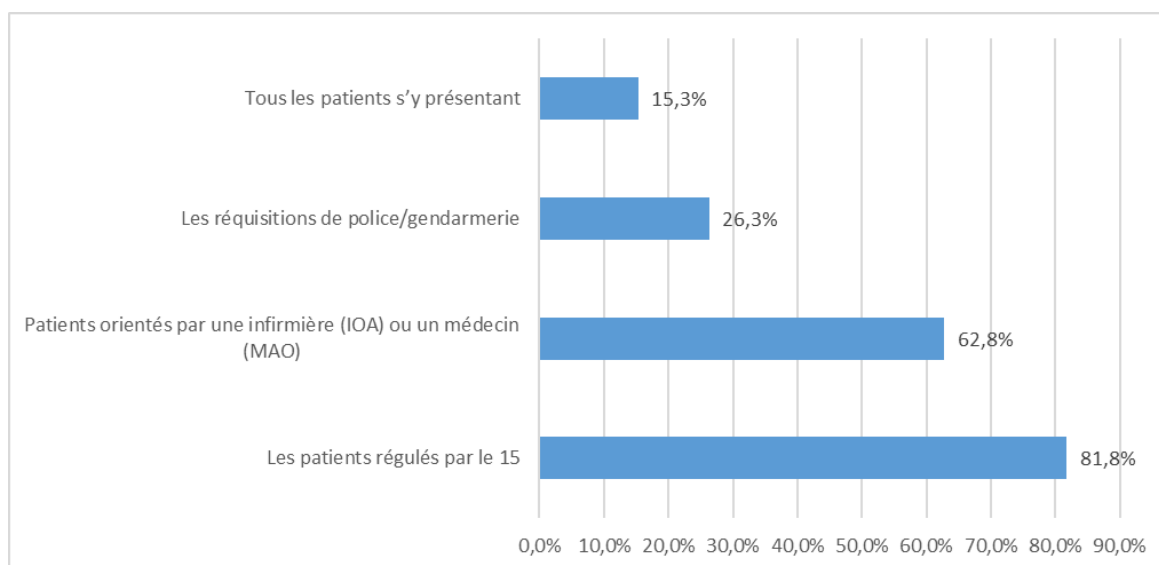


Figure 21 : Mode d'entrée dans la MMG pour les médecins répondants

Notons que 65% des omnipraticiens pensaient ne pas avoir besoin de formation pour réaliser ces gardes.

Les avis sur le mode de rémunération convergeaient vers le paiement d'une indemnité fixe de garde associé à un paiement à l'acte suivant les cotations prévues en horaires de garde (89,1%).

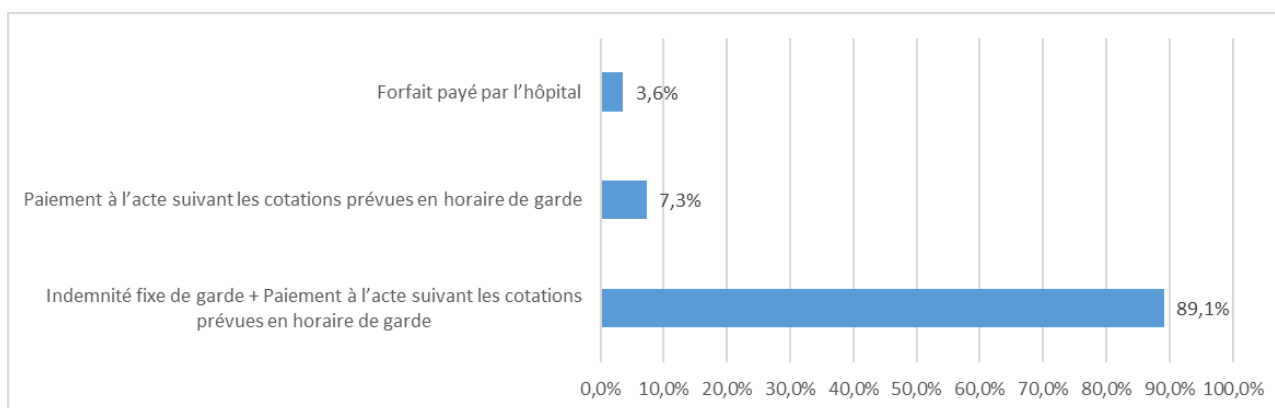


Figure 22 : Mode de rémunération le plus adapté

Concernant les horaires à appliquer, la majorité des médecins souhaiterait conserver celles du système actuel.

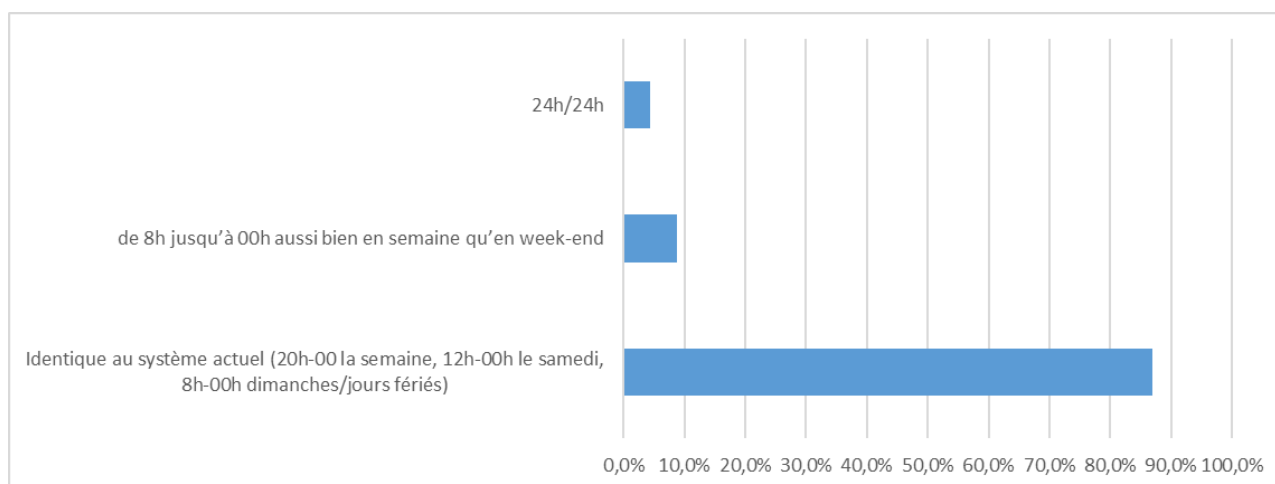


Figure 23: Horaires d'exercice à appliquer

1.6/Commentaires libres concernant les MMG

1.6.1/Ouverture aux horaires de PDSA et nécessité d'une régulation

- « Pas d'ouverture en journée, cela inciterait le patient à consulter la MMG plutôt que son médecin traitant, au détriment du suivi médical et favorisant le consumérisme médical ».
- « Que cela ne soit pas trop contraignant afin de ne pas impacter le fonctionnement habituel du cabinet perso. Par exemple, lorsque vous proposez 24h/24h ou 8h00-0h00 en semaine, je ne vois pas comment cela peut s'adresser à des MG installés ».
- « Régulation stricte car risque d'abus de consultation et risque de la part du SAU de se décharger des patients trop lourds ».
- « Le système doit être homogène sur toute la Somme, et il faut réguler l'accès au médecin ».

1.6.2/L'implication de tous les médecins généralistes nécessaire

- « Que tous les médecins libéraux y participent immanquablement puisque les astreintes de secteurs seront amenées à disparaître ».
- « Faire participer tous les médecins généralistes aux gardes (quid des med gé d'Amiens?) ».

1.6.3/Un obstacle hospitalier à la mise en place de MMG

- *« Présentées par l'ARS comme imminente, dès la création des secteurs de garde! Puis plus rien! ».*
- *« Cela avait déjà été suggéré il y a bien des années et refusé par le CHU qui a préféré développer ses urgences avec le succès (et les limites) que l'on peut voir aujourd'hui L'hospitalocentrisme reste bien vivace ».*
- *« Il y a longtemps j'avais soumis cette idée (au début des travaux du Chu sud) au chef des urgences/SAMU, lors d'une réunion entre responsables des secteurs de garde, qui n'y était pas du tout favorable. C'est pourtant le seul moyen de désengorger les urgences de la bobologie et des urgences ressenties ne nécessitant pas de plateau technique ».*
- *« L'obstacle est hospitalier ! ».*

1.6.4/Des projets futurs

- *« Nous avons déjà un projet SOS médecins en cours à proximité du CHU Sud, ouverture 2024 ».*
- *« Je suis en train d'essayer de monter ce type de projet pour l'ouest du département... ».*

1.6.5/Un écueil : les visites à domicile

- *« Difficultés à mettre en place en libéral. Difficultés pour les patients lourds voulant rester à domicile (soins palliatifs etc) ».*

1.6.6/Un service rendu nul et une augmentation des coûts pour la société

- *« Il faut regarder les créations des autres maisons médicales de garde, cela n'améliore pas le service rendu aux patients, cela alourdit et complique le travail de médecins généralistes, en les éloignant de leur domicile cela coûte cher à la société inutilement cela crée encore des structures supplémentaires qui de fait de leur existence coûtent de l'argent. On marche vraiment sur la tête avec des propositions comme celle-ci !!!! ».*

2/Analyse croisée

2.1/Analyse croisée selon le sexe du médecin

Tableau 1 : Questions relatives à la création de la MMG selon le sexe

	Sexe		p value
	Un homme n = 49 (%)	Une femme n = 88 (%)	
Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences de la Somme vous seriez :			0,689*
Totalemment contre	4 (8,2)	9 (10,2)	
Plutôt contre	8 (16,3)	9 (10,2)	
Plutôt pour	28 (57,1)	56 (63,6)	
Totalemment pour	9 (18,4)	14 (15,9)	
Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la MMG ?			0,978
Pas du tout d'accord	8 (16,3)	17 (19,3)	
Plutôt pas d'accord	14 (28,6)	24 (27,3)	
Plutôt d'accord	21 (42,9)	37 (42,0)	
Totalemment d'accord	6 (12,2)	10 (11,4)	
Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG ?			0,965*
Non	17 (34,7)	27 (30,7)	
Oui, en plus du système de gardes actuel	2 (4,1)	4 (4,5)	
Oui, si j'arrête les gardes de secteur	9 (18,4)	15 (17,0)	
Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur	4 (8,2)	6 (6,8)	
Oui, si les gardes de secteur sont supprimées	17 (34,7)	36 (40,9)	
Raison principale pour laquelle vous souhaiteriez faire des gardes en MMG			0,013*
Devoir déontologique	5 (15,6)	9 (14,8)	
Diversifier son activité	1 (3,1)	3 (4,9)	
Motivation financière	10 (31,3)	5 (8,2)	
Proximité avec le lieu d'exercice habituel	1 (3,1)	2 (3,3)	
Proximité avec le lieu d'habitation	4 (12,5)	5 (8,2)	
Sécurité par rapport aux gardes de secteur	3 (9,4)	16 (26,2)	
Solidarité vis-à-vis des collègues	1 (3,1)	13 (21,3)	
Travail d'équipe	6 (18,8)	8 (13,1)	
Autre	1 (3,1)	0 (0,0)	
Raison principale pour laquelle vous ne souhaiteriez pas faire des gardes en MMG			0,502*
Participe déjà à la permanence de soins	7 (42,1)	10 (37,0)	
Stress	0 (0,0)	3 (11,1)	
Charge de travail trop importante	7 (41,2)	10 (37,0)	
Trop loin de mon domicile	1 (5,9)	4 (15,8)	
Si cela était nécessaire, où accepteriez-vous de faire des gardes de MMG ?			0,929
CHU Amiens	31 (63,3)	55 (62,5)	
CH Abbeville	10 (20,4)	13 (14,8)	0,398
CH Doullens	7 (14,3)	11 (2,5)	0,767
CH Montdidier	6 (12,2)	11 (12,5)	1,000*
CH Péronne	4 (8,2)	11 (12,5)	0,436
Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?			0,110*
Une par semaine	2 (4,1)	1 (1,1)	
Deux par mois	10 (20,4)	13 (14,8)	
Une par mois	21 (42,9)	26 (29,5)	
Une tous les 2 mois	6 (12,2)	23 (26,1)	
Une tous les 3 mois	10 (20,4)	25 (28,4)	
Localisation idéale de la MMG			0,495*
Au sein même des urgences	6 (12,2)	12 (13,6)	
Structure indépendante accolée aux urgences	37 (75,5)	70 (79,5)	
Maison médicale d'autres confrères déjà existante	3 (6,1)	4 (4,5)	
Autre	3 (6,1)	2 (2,2)	
Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ?			0,666*
Les motifs ne nécessitant pas d'examen complémentaires	46 (93,9)	85 (96,6)	
Les patients nécessitant éventuellement une biologie	24 (49,0)	35 (39,8)	0,297
Traumatologie	29 (59,2)	36 (40,9)	0,040
Sutures	28 (57,1)	47 (53,4)	0,674
Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ?			0,084
Tous les patients s'y présentant	11 (22,4)	10 (11,4)	
Les patients régulés par le 15	39 (79,6)	73 (83,0)	0,625
Patients orientés par une infirmière ou un médecin	31 (63,3)	55 (62,5)	0,929
Les réquisitions de police / gendarmerie	16 (32,7)	20 (22,7)	0,206
Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?			0,663
Non	33 (67,3)	56 (63,6)	
Oui	16 (32,7)	32 (36,4)	
Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?			0,101*
Forfait payé par l'hôpital	3 (6,1)	2 (2,3)	
Paiement à l'acte	6 (12,2)	4 (4,5)	
Indemnité de garde fixe + paiement à l'acte	40 (81,6)	82 (93,2)	
Quels horaires d'exercice appliquer ?			0,555*
Identique au système actuel	43 (87,8)	76 (86,4)	
De 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end	3 (6,1)	9 (10,2)	
24h/24	3 (6,1)	3 (3,4)	

Concernant la raison principale pour laquelle les médecins souhaitaient faire des gardes en MMG, nous observons plusieurs différences significatives en fonction du sexe ($p=0,013$) :

- ✓ La motivation financière semblait plus importante pour les hommes (31,3%) que pour les femmes (8,2%).
- ✓ La sécurité par rapport aux gardes de secteur (26,2%) et la solidarité vis-à-vis des collègues (21,3%) étaient davantage exprimées par les femmes que par les hommes (respectivement 9,4% et 3,1%).

Quant aux motifs de consultation que le médecin de garde pourrait prendre en charge, la traumatologie ressortait en proportions significativement différentes selon les hommes ou les femmes ($p=0,040$). En effet elle était plus avancée par les hommes (59,2%) que par les femmes (40,9%).

2.2/Analyse croisée selon la classe d'âge du médecin

Tableau 2 : Questions relatives à la MMG selon l'âge du médecin

	Age					p value
	25-34 ans (%)	35-44 ans (%)	45-54 ans (%)	55-64 ans (%)	65 ans et plus (%)	
Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences de la Somme vous seriez :						
Totalement contre	1 (2,0)	4 (11,4)	4 (15,4)	4 (18,2)	2 (66,7)	0,478*
Plutôt contre	7 (13,7)	5 (14,3)	4 (15,4)	1 (4,5)	0 (0,0)	
Plutôt pour	35 (68,6)	21 (60,0)	14 (53,8)	12 (54,5)	2 (66,7)	
Totalement pour	8 (15,7)	5 (14,3)	4 (15,4)	5 (22,7)	1 (33,3)	
Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la MMG ?						
Pas du tout d'accord	2 (3,9)	9 (25,7)	9 (34,6)	4 (18,2)	1 (33,3)	0,011*
Plutôt pas d'accord	15 (29,4)	8 (22,9)	5 (19,2)	9 (40,9)	1 (33,3)	
Plutôt d'accord	30 (58,8)	12 (34,3)	10 (38,5)	6 (27,3)	0 (0,0)	
Totalement d'accord	4 (7,8)	6 (17,1)	2 (7,4)	3 (16,3)	1 (33,3)	
Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG ?						
Non	9 (17,6)	13 (37,1)	11 (42,3)	10 (45,5)	1 (33,3)	0,206*
Oui, en plus du système de gardes actuel	2 (3,9)	2 (5,7)	1 (3,8)	1 (4,5)	0 (0,0)	
Oui, si j'arrête les gardes de secteur	9 (17,6)	9 (25,7)	2 (7,7)	3 (13,6)	1 (33,3)	
Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur	7 (13,7)	2 (5,7)	0 (0,0)	1 (4,5)	0 (0,0)	
Oui, si les gardes de secteur sont supprimées	24 (47,1)	9 (25,7)	12 (46,2)	7 (31,8)	1 (33,3)	
Raison principale pour lesquelles vous souhaiteriez faire des gardes en MMG						
Devoir déontologique	6 (14,3)	0 (0,0)	3 (20,0)	5 (41,7)	0 (0,0)	0,063*
Diversifier son activité	2 (4,8)	1 (4,5)	1 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Motivation financière	9 (21,4)	4 (18,2)	1 (6,7)	1 (8,3)	0 (0,0)	
Proximité avec le lieu d'exercice habituel	1 (2,4)	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	
Proximité avec le lieu d'habitation	5 (11,9)	3 (13,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (50,0)	
Sécurité par rapport aux gardes de secteur	7 (16,7)	9 (40,9)	3 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Solidarité vis-à-vis des collègues	5 (11,9)	3 (13,6)	3 (20,0)	3 (25,0)	0 (0,0)	
Travail d'équipe	6 (14,3)	1 (4,5)	4 (26,7)	3 (25,0)	0 (0,0)	
Autre	1 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Raison principale pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas faire des gardes en MMG						
Participe déjà à la permanence de soins	3 (33,3)	3 (23,1)	4 (36,4)	3 (30,0)	0 (0,0)	0,301*
Stress	2 (22,2)	0 (0,0)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Charge de travail trop importante	4 (44,4)	5 (38,5)	4 (36,4)	4 (40,0)	0 (0,0)	
Trop loin de mon domicile	0 (0,0)	4 (30,8)	1 (9,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Autre	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (9,1)	3 (30,0)	1 (100,0)	
Si cela était nécessaire, où accepteriez vous de faire des gardes de MMG ?						
CHU Amiens	32 (62,7)	24 (68,6)	14 (53,8)	14 (63,6)	2 (66,7)	0,858*
CH Abbeville	9 (17,6)	5 (14,3)	5 (19,2)	4 (18,2)	0 (0,0)	0,972*
CH Doullens	10 (19,6)	2 (5,7)	4 (15,4)	2 (9,1)	0 (0,0)	0,389*
CH Montdidier	7 (13,7)	7 (20,0)	2 (7,7)	1 (4,5)	0 (0,0)	0,456*
CH Péronne	6 (11,8)	4 (11,4)	2 (7,7)	2 (9,1)	1 (33,3)	0,663*
Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?						
Une par semaine	1 (2,0)	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (4,5)	0 (0,0)	0,004*
Deux par mois	16 (31,4)	2 (5,7)	4 (15,4)	1 (4,5)	0 (0,0)	
Une par mois	21 (41,2)	9 (25,7)	9 (34,6)	8 (36,4)	0 (0,0)	
Une tous les 2 mois	9 (17,6)	10 (28,6)	4 (15,4)	4 (18,2)	2 (66,7)	
Une tous les 3 mois	4 (7,8)	13 (37,1)	9 (34,6)	8 (36,4)	1 (33,3)	
Localisation idéale de la MMG						
Au sein même des urgences	5 (9,8)	4 (11,4)	5 (19,2)	4 (18,2)	0 (0,0)	0,282*
Structure indépendante accolée aux urgences	45 (88,2)	27 (77,1)	18 (69,2)	15 (68,2)	3 (100,0)	
Maison médicale d'autres confrères déjà existante	1 (2,0)	3 (8,6)	2 (7,7)	1 (4,5)	0 (0,0)	
Autre	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (3,8)	2 (9,0)	0 (0,0)	
Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ?						
Les motifs ne nécessitant pas d'exams complémentaires	48 (94,1)	35 (100,0)	24 (92,3)	21 (95,5)	3 (100,0)	0,484*
Les patients nécessitant éventuellement une biologie	19 (37,3)	7 (20,0)	16 (61,5)	14 (63,6)	3 (100,0)	<0,001
Traumatologie	24 (47,1)	12 (34,3)	14 (53,8)	12 (54,5)	3 (100,0)	0,173*
Sutures	31 (60,8)	11 (31,4)	17 (65,4)	14 (63,6)	2 (66,7)	0,096*
Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ?						
Tous les patients s'y présentant	5 (9,8)	0 (0,0)	6 (23,1)	10 (45,5)	0 (0,0)	<0,105*
Les patients régulés par le 15	40 (78,4)	32 (91,4)	19 (73,1)	18 (81,8)	3 (100,0)	0,355*
Patients orientés par une infirmière ou un médecin	40 (78,4)	24 (68,6)	15 (57,7)	6 (27,3)	1 (33,3)	0,001
Les réquisitions de police / gendarmerie	23 (45,1)	7 (20,0)	2 (7,7)	4 (18,2)	0 (0,0)	0,003*
Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?						
Non	17 (33,3)	9 (25,7)	13 (50,0)	9 (40,9)	0 (0,0)	0,242*
Oui	34 (66,7)	26 (74,3)	13 (50,0)	13 (59,1)	3 (100,0)	
Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?						
Forfait payé par l'hôpital	1 (2,0)	1 (2,9)	1 (3,8)	1 (4,5)	1 (33,3)	0,574*
Paiement à l'acte	3 (5,9)	3 (8,6)	2 (7,7)	2 (9,1)	0 (0,0)	
Indemnité de garde fixe + paiement à l'acte	47 (92,2)	31 (88,6)	23 (88,5)	19 (86,4)	2 (66,7)	
Quels horaires d'exercice appliquer ?						
Identique au système actuel	45 (88,2)	33 (94,3)	21 (80,8)	18 (81,8)	2 (66,7)	0,359*
De 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end	5 (9,8)	1 (2,9)	3 (11,5)	2 (9,1)	1 (33,3)	
24h/24	1 (2,0)	1 (2,9)	2 (7,7)	2 (9,1)	0 (0,0)	

A propos de la question « *le système de garde actuel devrait-il disparaître au profit de cette MMG ?* », on note que plus on avance dans les classes d'âge, moins les médecins semblaient d'accord ($p=0,011$).

La fréquence acceptable des gardes dépendait, elle aussi, de l'âge ($p=0,004$). En effet, plus les médecins étaient âgés et plus la fréquence souhaitée des gardes diminuait :

- ✓ Les 25-34 ans aspiraient à réaliser 1 à 2 gardes par mois (72,6%).
- ✓ Les 35-44, 45-54, et 55-64 ans, souhaitaient réaliser une garde tous les mois à tous les trois mois.
- ✓ Les 65 ans et plus préféraient une garde tous les deux ou trois mois.

Concernant les motifs de consultation potentiellement pris en charge dans les MMG, les « *patients nécessitant une biologie* » apparaissaient dépendants de l'âge. Ainsi, excepté pour les 35-44 ans, plus on avance dans les classes d'âge plus les médecins étaient favorables à recevoir ces patients ($p<0,001$).

Pour terminer, au sujet des « *patients que le médecin devrait prendre en charge* » :

- ✓ Les médecins de moins de 55 ans essentiellement désiraient recevoir des patients orientés par une IAO ou un MAO ($p=0,001$).
- ✓ Les jeunes médecins se sentaient plus à même d'effectuer les réquisitions de police et de gendarmerie ($p=0,003$) : 45,1% des 25-34 ans, puis 20,0% des 35-44 ans, puis 18,2% des 55-64 ans.

2.3/Analyse croisée selon le type d'exercice

Tableau 3 : Questions relatives à la MMG selon le type d'exercice

	Structure					p value
	Cabinet de groupe (%)	En MSP (%)	Remplaçant (%)	Seul en cabinet (%)	SOS médecins (%)	
Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences de la Somme vous seriez :						0,117*
Totalement contre	6 (12,5)	5 (14,7)	7 (19,4)	4 (28,6)	1 (20,0)	
Plutôt contre	9 (18,8)	3 (8,8)	3 (8,8)	0 (0,0)	2 (40,0)	
Plutôt pour	26 (54,2)	24 (70,6)	25 (69,4)	8 (57,1)	1 (20,0)	
Totalement pour	7 (14,6)	2 (5,9)	1 (2,8)	2 (14,3)	1 (20,0)	
Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la MMG ?						0,127*
Pas du tout d'accord	12 (25,0)	5 (14,7)	2 (5,6)	4 (28,6)	2 (40,0)	
Plutôt pas d'accord	13 (27,1)	7 (20,6)	12 (33,3)	4 (28,6)	2 (40,0)	
Plutôt d'accord	16 (33,3)	19 (55,9)	19 (52,8)	3 (21,4)	1 (20,0)	
Totalement d'accord	7 (14,6)	3 (8,8)	3 (8,3)	3 (21,4)	0 (0,0)	
Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG ?						0,179*
Non	21 (43,8)	9 (26,5)	6 (16,7)	5 (35,7)	3 (60,0)	
Oui, en plus du système de gardes actuel	2 (4,2)	1 (2,9)	2 (5,6)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Oui, si j'arrête les gardes de secteur	4 (8,3)	8 (23,5)	8 (22,2)	4 (28,6)	0 (0,0)	
Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur	4 (8,3)	1 (2,9)	5 (13,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Oui, si les gardes de secteur sont supprimées	17 (35,4)	15 (44,1)	15 (41,7)	5 (35,7)	1 (20,0)	
Raison principale pour lesquelles vous souhaiteriez faire des gardes en MMG						0,813*
Devoir déontologique	5 (18,5)	3 (12,0)	4 (13,3)	2 (22,2)	0 (0,0)	
Diversifier son activité	1 (3,7)	0 (0,0)	2 (6,7)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Motivation financière	3 (11,1)	3 (12,0)	8 (26,7)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Proximité avec le lieu d'exercice habituel	1 (3,7)	1 (4,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Proximité avec le lieu d'habitation	2 (7,4)	2 (8,0)	4 (13,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Sécurité par rapport aux gardes de secteur	6 (22,2)	8 (32,0)	4 (13,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Solidarité vis-à-vis des collègues	6 (22,2)	3 (12,0)	4 (13,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	
Travail d'équipe	3 (11,1)	4 (16,0)	4 (13,3)	1 (11,1)	2 (100,0)	
Autre	0 (0,0)	1 (4,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Raison principale pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas faire des gardes en MMG						0,135*
Participe déjà à la permanence de soins	5 (23,8)	4 (44,4)	1 (16,7)	0 (0,0)	3 (100,0)	
Stress	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (16,7)	1 (20,0)	0 (0,0)	
Charge de travail trop importante	7 (33,3)	3 (33,3)	3 (50,0)	4 (80,0)	0 (0,0)	
Trop loin de mon domicile	4 (19,0)	0 (0,0)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Autre	5 (23,8)	1 (11,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Si cela était nécessaire, où accepteriez vous de faire des gardes de MMG ?						0,622*
CHU Amiens	26 (54,2)	22 (64,7)	25 (69,4)	9 (64,3)	4 (80,0)	
CH Abbeville	8 (16,7)	5 (14,7)	7 (19,4)	3 (21,4)	0 (0,0)	0,917*
CH Doullens	8 (16,7)	1 (2,9)	7 (19,4)	1 (7,1)	1 (20,0)	0,153*
CH Montdidier	8 (16,7)	2 (5,9)	7 (19,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,203*
CH Péronne	3 (6,3)	6 (17,6)	4 (11,1)	2 (14,3)	0 (0,0)	0,469*
Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?						0,072*
Une par semaine	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (20,0)	
Deux par mois	5 (10,4)	2 (5,9)	14 (38,9)	1 (7,1)	1 (20,0)	
Une par mois	13 (27,1)	14 (41,2)	15 (41,7)	5 (35,7)	0 (0,0)	
Une tous les 2 mois	12 (25,0)	8 (23,5)	5 (13,9)	(28,6)	0 (0,0)	
Une tous les 3 mois	18 (37,5)	9 (26,5)	1 (2,8)	4 (28,6)	3 (60,0)	
Localisation idéale de la MMG						0,447*
Au sein même des urgences	11 (22,9)	3 (8,8)	2 (5,6)	2 (14,3)	0 (0,0)	
Structure indépendante accolée aux urgences	36 (75,0)	27 (79,4)	33 (91,7)	9 (64,3)	2 (40,0)	0,113*
Maison médicale d'autres confrères déjà existante	0 (0,0)	3 (8,8)	1 (2,8)	2 (14,3)	1 (20,0)	0,284*
Autre	1 (2,1)	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (7,1)	2 (40,0)	<0,001*
Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ?						0,544*
Les motifs ne nécessitant pas d'examen complémentaires	47 (97,9)	31 (91,2)	35 (97,2)	13 (92,2)	5 (100,0)	
Les patients nécessitant éventuellement une biologie	21 (43,8)	14 (41,2)	12 (33,3)	10 (71,4)	2 (40,0)	0,194*
Traumatologie	21 (43,8)	13 (38,2)	17 (42,2)	10 (71,4)	4 (80,0)	0,164*
Sutures	23 (47,9)	17 (50,0)	22 (61,1)	9 (64,3)	4 (80,0)	0,498*
Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ?						0,010*
Tous les patients s'y présentant	7 (14,6)	3 (8,8)	3 (8,3)	5 (35,7)	3 (60,0)	
Les patients régulés par le 15	40 (83,3)	29 (85,3)	27 (75,0)	12 (85,7)	4 (80,0)	0,817*
Patients orientés par une infirmière ou un médecin	29 (60,4)	23 (67,6)	27 (75,0)	6 (42,9)	1 (20,0)	0,064*
Les réquisitions de police / gendarmerie	3 (6,3)	8 (23,5)	18 (50,0)	3 (21,4)	4 (80,0)	<0,001*
Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?						0,657*
Non	32 (66,7)	25 (73,5)	21 (58,3)	8 (57,1)	3 (60,0)	
Oui	16 (33,3)	9 (26,5)	15 (41,7)	6 (42,9)	2 (40,0)	
Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?						0,922*
Forfait payé par l'hôpital	2 (4,2)	2 (5,9)	1 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Paiement à l'acte	3 (6,3)	2 (5,9)	3 (8,3)	1 (7,1)	1 (20,0)	
Indemnité de garde fixe + paiement à l'acte	43 (89,6)	30 (88,2)	32 (88,9)	13 (92,9)	4 (80,0)	
Quels horaires d'exercice appliquer ?						0,106*
Identique au système actuel	44 (91,7)	28 (82,4)	31 (86,1)	12 (85,7)	4 (80,0)	
De 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end	1 (2,1)	6 (17,6)	4 (11,1)	1 (7,1)	0 (0,0)	
24h/24	3 (6,3)	0 (0,0)	1 (2,8)	1 (7,1)	1 (20,0)	

Nous observons des différences chez les médecins selon la structure d'exercice :

Concernant la « *localisation idéale de la MMG* » ($p < 0,001$) : la majorité des médecins voyait la MMG comme une structure indépendante accolée aux urgences (91,7% des médecins remplaçants ; 79,4% des médecins en MSP ; 75% de médecins en cabinet de groupe; 64,3% des médecins seuls en cabinet). En revanche 40% des praticiens de SOS médecins envisageaient une « Autre » alternative à la localisation de cette MMG.

A propos des « *motifs de consultation que le médecin de garde devrait prendre en charge* », nous observons deux différences significatives selon la structure d'exercice :

- ✓ 60,0% des praticiens de SOS Médecins souhaitaient accueillir l'ensemble des patients s'y présentant ($p=0,010$), contre 35,7% des médecins en cabinet seul, 8,8% des médecins en MSP et 8,3% des médecins remplaçants.
- ✓ Aussi, il existe une différence significative ($p < 0,001$) au sujet des réquisitions de Police et Gendarmerie : 80,0% des médecins de SOS étaient prêts à les prendre en charge, contre 50,0% des médecins remplaçants, 23,5% des médecins en cabinet de groupe et 21,4% des médecins en cabinet seul.

2.4/Analyse croisée selon le lieu d'exercice

Tableau 4 : Questions relatives à la MMG selon le lieu d'exercice

	Service d'urgence le plus proche du lieu d'exercice					p value
	CH Abbeville	CH Doullens	CH Montdidier	CH Péronne	CHU Amiens	
Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences de la Somme vous seriez :						0,354*
Totalement contre	3 (13,0)	2 (16,7)	3 (16,7)	2 (18,2)	3 (4,1)	
Plutôt contre	2 (8,7)	3 (25,0)	3 (16,7)	1 (9,1)	8 (11,0)	
Plutôt pour	14 (60,9)	6 (50,0)	9 (50,0)	8 (72,7)	47 (64,4)	
Totalement pour	4 (17,4)	1 (8,3)	3 (16,7)	0 (0,0)	15 (20,5)	
Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la MMG ?						0,425*
Pas du tout d'accord	3 (13,0)	3 (25,0)	6 (33,3)	3 (27,3)	10 (13,7)	
Plutôt pas d'accord	4 (17,4)	4 (33,3)	5 (27,8)	2 (18,2)	23 (31,5)	
Plutôt d'accord	10 (43,5)	4 (33,3)	5 (27,8)	5 (45,5)	34 (46,6)	
Totalement d'accord	6 (26,1)	1 (8,3)	2 (11,1)	1 (9,1)	6 (8,2)	
Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG ?						0,172*
Non	6 (26,1)	6 (50,0)	7 (38,9)	2 (18,2)	23 (31,5)	
Oui, en plus du système de gardes actuel	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	0 (0,0)	5 (6,8)	
Oui, si j'arrête les gardes de secteur	5 (21,7)	2 (16,7)	6 (33,3)	4 (36,4)	7 (9,6)	
Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur	1 (4,3)	0 (0,0)	2 (11,1)	0 (0,0)	7 (9,6)	
Oui, si les gardes de secteur sont supprimées	11 (47,8)	4 (33,3)	2 (11,1)	5 (45,5)	31 (42,5)	
Raison principale pour lesquelles vous souhaiteriez faire des gardes en MMG						0,312*
Devoir déontologique	3 (17,6)	1 (16,7)	2 (18,2)	2 (22,2)	6 (12,0)	
Diversifier son activité	1 (5,9)	1 (16,7)	1 (9,1)	0 (0,0)	1 (2,0)	
Motivation financière	2 (11,8)	0 (0,0)	4 (36,4)	0 (0,0)	9 (18,0)	
Proximité avec le lieu d'exercice habituel	1 (5,9)	1 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,0)	
Proximité avec le lieu d'habitation	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (22,2)	7 (14,0)	
Sécurité par rapport aux gardes de secteur	5 (29,4)	1 (16,7)	2 (18,2)	3 (33,3)	8 (16,0)	
Solidarité vis-à-vis des collègues	3 (17,6)	1 (16,7)	2 (18,2)	0 (0,0)	8 (16,0)	
Travail d'équipe	1 (5,9)	1 (16,7)	0 (0,0)	2 (22,2)	10 (20,0)	
Autre	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Raison principale pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas faire des gardes en MMG						0,004*
Participe déjà à la permanence de soins	4 (66,7)	2 (33,3)	2 (28,6)	0 (0,0)	5 (21,7)	
Stress	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	2 (8,7)	
Charge de travail trop importante	0 (0,0)	2 (33,3)	1 (14,3)	0 (0,0)	14 (60,9)	
Trop loin de mon domicile	2 (33,3)	1 (16,7)	2 (28,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Autre	0 (0,0)	1 (16,7)	1 (14,3)	2 (100,0)	2 (8,7)	
Si cela était nécessaire, où accepteriez vous de faire des gardes de MMG ?						
CHU Amiens	3 (13,0)	3 (25,0)	8 (44,4)	1 (9,1)	71 (97,3)	<0,001*
CH Abbeville	22 (95,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,4)	<0,001*
CH Doullens	1 (4,3)	9 (75,0)	1 (5,6)	2 (18,2)	5 (6,8)	<0,001*
CH Montdidier	0 (0,0)	0 (0,0)	14 (77,8)	1 (9,1)	2 (2,7)	<0,001*
CH Péronne	0 (0,0)	1 (8,3)	2 (11,1)	10 (90,9)	2 (2,7)	<0,001*
Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?						0,628*
Une par semaine	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,1)	
Deux par mois	1 (4,3)	2 (16,7)	3 (16,7)	1 (9,1)	16 (21,9)	
Une par mois	11 (47,8)	5 (41,7)	9 (50,0)	4 (36,4)	18 (24,7)	
Une tous les 2 mois	7 (30,4)	2 (16,7)	2 (11,1)	2 (18,2)	16 (21,9)	
Une tous les 3 mois	4 (17,4)	3 (25,0)	4 (22,2)	4 (36,4)	20 (27,4)	
Localisation idéale de la MMG						0,612*
Au sein même des urgences	4 (17,4)	1 (8,3)	1 (5,6)	1 (9,1)	11 (15,1)	
Structure indépendante accolée aux urgences	19 (82,6)	9 (75,0)	17 (94,4)	9 (81,8)	53 (72,6)	
Maison médicale d'autres confrères déjà existante	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (8,2)	
Autre	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (1,4)	
Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ?						
Les motifs ne nécessitant pas d'examen complémentaires	18 (100,0)	6 (85,7)	8 (88,9)	8 (88,9)	91 (96,8)	0,128*
Les patients nécessitant éventuellement une biologie	9 (39,1)	4 (33,3)	5 (27,8)	5 (45,5)	36 (49,3)	0,495*
Traumatologie	9 (39,1)	5 (41,7)	9 (50,0)	5 (45,5)	37 (50,7)	0,888*
Sutures	10 (43,5)	4 (33,3)	11 (61,1)	8 (72,7)	42 (57,5)	0,274*
Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ?						
Tous les patients s'y présentant	3 (13,0)	3 (25,0)	1 (5,6)	2 (18,2)	12 (16,4)	0,656*
Les patients régulés par le 15	16 (69,6)	8 (66,7)	16 (88,9)	10 (90,9)	62 (84,9)	0,222*
Patients orientés par une infirmière ou un médecin	17 (73,9)	7 (58,3)	14 (77,8)	6 (54,5)	42 (57,5)	0,383*
Les réquisitions de police / gendarmerie	5 (21,7)	2 (16,7)	3 (16,7)	4 (36,4)	22 (30,1)	0,638*
Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?						0,385*
Non	17 (73,9)	8 (66,7)	14 (77,8)	5 (45,5)	45 (61,6)	
Oui	6 (26,1)	4 (33,3)	4 (22,2)	6 (54,5)	28 (38,4)	
Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?						0,810*
Forfait payé par l'hôpital	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (5,6)	1 (9,1)	3 (4,1)	
Paiement à l'acte	3 (13,0)	1 (8,3)	1 (5,6)	0 (0,0)	5 (6,5)	
Indemnité de garde fixe + paiement à l'acte	20 (87,0)	11 (91,7)	16 (88,9)	10 (90,9)	65 (89,0)	
Quels horaires d'exercice appliquer ?						0,709*
Identique au système actuel	22 (95,7)	12 (100,0)	16 (88,9)	10 (90,9)	59 (80,8)	
De 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end	1 (4,3)	0 (0,0)	2 (11,1)	1 (9,1)	8 (11,0)	
24h/24	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (8,2)	

La raison principale pour laquelle les praticiens ne souhaitaient pas faire des gardes en MMG, était significativement différente selon le lieu d'exercice ($p=0,004$) :

- ✓ Le fait de déjà participer à la permanence des soins via les gardes de secteurs était évoqué par 66,7% des médecins travaillant près du CH d'Abbeville, contre 33,3% des médecins exerçant près du CH de Doullens, 28,6% exerçant à proximité du CH de Montdidier, et 21,7% des médecins exerçant près du CHU d'Amiens.
- ✓ Une charge de travail trop importante était avancée par 60,9% des médecins exerçant près du CHU d'Amiens, contre 33,3% des praticiens exerçant près du CH de Doullens et 14,3% des praticiens exerçant près du CH de Montdidier.

A la question « *si cela était nécessaire dans quel CH ou CHU accepteriez vous de faire des gardes* », on observe de manière statistiquement significative ($p<0,001$) qu'une grande majorité de médecins choisissait le CH à proximité de leur lieu d'exercice, et délaissait les autres.

2.5/Analyse croisée selon le lieu d'habitation

Tableau 5 : Questions relatives à la MMG selon le lieu d'habitation

	Service d'urgence le plus proche du domicile					p value
	CH Abbeville	CH Doullens	CH Montdidier	CH Péronne	CHU Amiens	
Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences de la Somme vous seriez :						0,711*
Totalement contre	1 (5,6)	1 (14,3)	2 (22,2)	2 (22,2)	7 (7,4)	
Plutôt contre	2 (11,1)	1 (14,3)	1 (11,1)	1 (11,1)	12 (12,8)	
Plutôt pour	12 (66,7)	4 (57,1)	6 (66,7)	6 (66,7)	56 (59,6)	
Totalement pour	3 (16,7)	3 (16,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (20,2)	
Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la MMG ?						0,145*
Pas du tout d'accord	1 (5,6)	2 (28,6)	4 (44,4)	3 (33,3)	15 (16,0)	
Plutôt pas d'accord	3 (16,7)	1 (14,3)	1 (11,1)	1 (11,1)	32 (34,0)	
Plutôt d'accord	9 (50,0)	3 (42,9)	4 (44,4)	4 (44,4)	38 (40,4)	
Totalement d'accord	5 (27,8)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (11,1)	9 (9,6)	
Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG ?						0,489*
Non	4 (22,2)	3 (42,9)	5 (55,6)	2 (22,2)	30 (31,9)	
Oui, en plus du système de gardes actuel	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (6,4)	
Oui, si j'arrête les gardes de secteur	5 (27,8)	0 (0,0)	2 (22,2)	4 (44,4)	13 (13,8)	
Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (10,6)	
Oui, si les gardes de secteur sont supprimées	9 (50,0)	4 (57,1)	2 (22,2)	3 (33,3)	35 (37,2)	
Raison principale pour lesquelles vous souhaiteriez faire des gardes en MMG						0,179*
Devoir déontologique	3 (21,4)	0 (0,0)	2 (50,0)	1 (14,3)	8 (12,5)	
Diversifier son activité	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,7)	
Motivation financière	2 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13 (20,3)	
Proximité avec le lieu d'exercice habituel	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	
Proximité avec le lieu d'habitation	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	1 (14,3)	7 (10,9)	
Sécurité par rapport aux gardes de secteur	3 (21,4)	1 (25,0)	1 (25,0)	4 (57,1)	11 (17,2)	
Solidarité vis-à-vis des collègues	3 (21,4)	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (15,6)	
Travail d'équipe	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (14,3)	10 (15,6)	
Autre	1 (7,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,6)	
Raison principale pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas faire des gardes en MMG						0,009*
Participe déjà à la permanence de soins	3 (75,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	9 (30,0)	
Stress	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)	2 (6,7)	
Charge de travail trop importante	0 (0,0)	1 (33,3)	1 (20,0)	0 (0,0)	15 (50,0)	
Trop loin de mon domicile	1 (25,0)	1 (33,3)	2 (40,0)	0 (0,0)	1 (3,3)	
Autre	0 (0,0)	1 (33,3)	0 (0,0)	2 (100,0)	3 (10,0)	
Si cela était nécessaire, où accepteriez vous de faire des gardes de MMG ?						
CHU Amiens	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (11,1)	84 (89,4)	<0,001*
CH Abbeville	18 (100,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (4,3)	<0,001*
CH Doullens	0 (0,0)	6 (85,7)	1 (11,1)	1 (11,1)	10 (10,6)	<0,001*
CH Montdidier	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (88,9)	0 (0,0)	9 (9,6)	<0,001*
CH Péronne	0 (0,0)	1 (14,3)	2 (22,2)	8 (88,9)	4 (4,3)	<0,001*
Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?						0,794*
Une par semaine	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,2)	
Deux par mois	1 (5,6)	1 (14,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	20 (21,3)	
Une par mois	6 (33,3)	2 (28,6)	4 (44,4)	3 (33,3)	32 (34,0)	
Une tous les 2 mois	7 (38,9)	1 (14,3)	1 (11,1)	3 (33,3)	17 (18,1)	
Une tous les 3 mois	4 (22,2)	3 (42,9)	3 (33,3)	3 (33,3)	22 (23,4)	
Localisation idéale de la MMG						0,450*
Au sein même des urgences	3 (16,7)	2 (28,6)	1 (11,1)	1 (11,1)	11 (11,7)	
Structure indépendante accolée aux urgences	15 (83,3)	4 (57,1)	8 (88,9)	7 (77,8)	73 (77,7)	
Maison médicale d'autres confrères déjà existante	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7 (7,4)	
Autres	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (11,1)	3 (3,2)	
Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ?						
Les motifs ne nécessitant pas d'examen complémentaires	23 (100,0)	11 (91,7)	18 (100,0)	9 (81,8)	70 (95,9)	0,121*
Les patients nécessitant éventuellement une biologie	7 (38,9)	2 (28,6)	5 (55,6)	3 (33,3)	42 (44,7)	0,798*
Traumatologie	8 (44,4)	2 (28,6)	6 (66,7)	4 (44,4)	45 (47,9)	0,685*
Sutures	8 (44,4)	4 (57,1)	7 (77,8)	6 (66,7)	50 (53,2)	0,515*
Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ?						
Tous les patients s'y présentant	3 (16,7)	3 (42,9)	1 (11,1)	2 (22,2)	12 (12,8)	0,223*
Les patients régulés par le 15	13 (72,2)	3 (42,9)	8 (88,9)	8 (88,9)	80 (85,1)	0,065*
Patients orientés par une infirmière ou un médecin	13 (72,2)	3 (42,9)	6 (66,7)	5 (55,6)	59 (62,8)	0,727*
Les réquisitions de police / gendarmerie	5 (28,7)	0 (0,0)	3 (33,3)	2 (22,2)	26 (27,7)	0,597*
Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?						0,685*
Non	13 (72,2)	3 (42,9)	6 (66,7)	5 (55,6)	62 (66,0)	
Oui	5 (27,8)	4 (57,1)	3 (33,3)	44 (44,4)	32 (34,0)	
Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?						0,334*
Forfait payé par l'hôpital	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (11,1)	1 (11,1)	3 (3,2)	
Paiement à l'acte	3 (16,7)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	6 (6,4)	
Indemnité de garde fixe + paiement à l'acte	15 (83,3)	7 (100,0)	7 (77,8)	8 (88,9)	85 (90,4)	
Quels horaires d'exercice appliquer ?						0,716*
Identique au système actuel	18 (100,0)	6 (85,7)	9 (100,0)	8 (88,9)	78 (83,0)	
De 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	1 (11,1)	10 (10,6)	
24h/24	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (6,4)	

Tout comme dans le paragraphe précédent, la raison principale pour laquelle les praticiens ne souhaitaient pas faire des gardes en MMG, était significativement différente selon le lieu d'habitation ($p=0,004$) :

- ✓ Le fait de déjà participer à la permanence des soins via les gardes de secteurs était évoqué par 75% des médecins habitant près du CH d'Abbeville, contre 30% des médecins habitant près du CHU d'Amiens, et 20% des médecins exerçant à proximité du CH de Montdidier.
- ✓ Une charge de travail trop importante était avancée par 50% des médecins exerçant près du CHU d'Amiens, contre 33,3% des praticiens exerçant près du CH de Doullens et 20% des praticiens exerçant près du CH de Montdidier.

Également, on observe de manière significative ($p<0,001$) qu'une grande majorité de médecins choisissait le CH à proximité de leur lieu d'habitation.

2.6/Analyse croisée selon la réalisation ou non de gardes de secteur

Tableau 6 : Questions relatives à la MMG selon si le médecin effectue des gardes de secteur ou est inscrit sur le registre de gardes

	Réalisez vous des gardes de secteur ou êtes vous inscrit sur le registre de garde ?		p value
	Non (%)	Oui (%)	
Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences de la Somme vous seriez :			0,111*
Totalement contre	2 (4,2)	11 (12,4)	
Plutôt contre	4 (8,3)	13 (14,6)	
Plutôt pour	30 (62,5)	54 (60,7)	
Totalement pour	12 (25,0)	11 (12,4)	
Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la MMG ?			0,055
Pas du tout d'accord	3 (6,3)	22 (24,7)	
Plutôt pas d'accord	14 (29,2)	24 (27,0)	
Plutôt d'accord	25 (52,1)	33 (37,1)	
Totalement d'accord	6 (12,5)	10 (11,2)	
Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG ?			0,113*
Non	17 (35,4)	27 (30,3)	
Oui, en plus du système de gardes actuel	2 (4,2)	4 (4,5)	
Oui, si j'arrête les gardes de secteur	3 (6,3)	21 (23,6)	
Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur	4 (8,3)	6 (6,7)	
Oui, si les gardes de secteur sont supprimées	22 (45,8)	31 (34,8)	
Raison principale pour lesquelles vous souhaiteriez faire des gardes en MMG			0,435*
Devoir déontologique	4 (12,9)	10 (16,1)	
Diversifier son activité	1 (3,2)	3 (4,8)	
Motivation financière	4 (12,9)	11 (17,7)	
Proximité avec le lieu d'exercice habituel	0 (0,0)	3 (4,8)	
Proximité avec le lieu d'habitation	4 (12,9)	5 (8,1)	
Sécurité par rapport aux gardes de secteur	4 (12,9)	15 (24,2)	
Solidarité vis-à-vis des collègues	6 (19,4)	8 (12,9)	
Travail d'équipe	8 (25,8)	6 (9,7)	
Autre	0 (0,0)	1 (1,6)	
Raison principale pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas faire des gardes en MMG			0,064*
Participe déjà à la permanence de soins	1 (5,9)	12 (44,4)	
Stress	3 (17,6)	0 (0,0)	
Charge de travail trop importante	10 (58,8)	7 (25,9)	
Trop loin de mon domicile	1 (5,9)	4 (14,8)	
Autre	2 (11,8)	4 (14,8)	
Si cela était nécessaire, où accepteriez vous de faire des gardes de MMG ?			<0,001
CHU Amiens	41 (85,4)	45 (50,6)	
CH Abbeville	4 (8,3)	19 (21,3)	0,052
CH Doullens	4 (8,3)	14 (15,7)	0,221
CH Montdidier	2 (4,2)	15 (16,9)	0,059
CH Péronne	2 (4,2)	13 (14,6)	0,062
Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?			0,253*
Une par semaine	1 (2,1)	2 (2,2)	
Deux par mois	12 (25,0)	11 (12,4)	
Une par mois	13 (27,1)	34 (38,2)	
Une tous les 2 mois	8 (16,7)	21 (23,6)	
Une tous les 3 mois	14 (29,2)	21 (23,6)	
Localisation idéale de la MMG			0,961*
Au sein même des urgences	8 (16,7)	10 (11,2)	
Structure indépendante accolée aux urgences	37 (77,1)	70 (78,7)	
Maison médicale d'autres confrères déjà existante	3 (6,3)	4 (4,5)	
Autre	0 (0,0)	5 (5,6)	
Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ?			0,422*
Les motifs ne nécessitant pas d'examen complémentaires	45 (93,8)	86 (96,6)	
Les patients nécessitant éventuellement une biologie	26 (54,2)	33 (37,1)	0,054
Traumatologie	27 (56,3)	38 (42,7)	0,130
Sutures	31 (64,6)	44 (49,4)	0,089
Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ?			0,414
Tous les patients s'y présentant	9 (18,8)	12 (13,5)	
Les patients régulés par le 15	36 (75,0)	76 (85,4)	0,165
Patients orientés par une infirmière ou un médecin	28 (58,3)	58 (65,2)	0,430
Les réquisitions de police / gendarmerie	11 (22,9)	25 (28,1)	0,512
Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?			0,413
Non	29 (60,4)	60 (67,4)	
Oui	19 (39,6)	23 (32,6)	
Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?			0,072*
Forfait payé par l'hôpital	4 (8,3)	1 (1,1)	
Paiement à l'acte	2 (4,2)	8 (9,0)	
Indemnité de garde fixe + paiement à l'acte	42 (87,5)	80 (89,9)	
Quels horaires d'exercice appliquer ?			0,038*
Identique au système actuel	37 (77,1)	82 (92,1)	
De 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end	7 (14,6)	5 (5,6)	
24h/24	4 (8,3)	2 (2,2)	

On observe également que si cela était nécessaire, 85,4% des praticiens ne participant pas aux gardes sectorisées accepteraient de réaliser des gardes en MMG proche du CHU d'Amiens, contre 50,6% des médecins pratiquant déjà des gardes ($p < 0,001$).

Enfin, même si la majorité des médecins souhaitait conserver les horaires de PDSA actuelles en cas d'ouverture d'une MMG, il existe une différence significative ($p = 0,038$) en fonction de la participation (92,1%) ou non (77,1%) aux gardes sectorisées. Les médecins ne participant pas aux gardes sectorisées évoquaient de manière plus fréquente le fait d'ouvrir une potentielle MMG de 8h jusqu'à 00h tous les jours.

DISCUSSION

1. Limites de l'étude

1.1/Biais de sélection

Notre travail ne permet pas d'extrapoler les résultats à l'ensemble des médecins généralistes de la Somme en raison de plusieurs biais, le premier étant le biais de sélection.

En effet, les femmes sont surreprésentées par rapport à la démographie médicale de la Somme selon les chiffres de la DRESS au 1^{er} Janvier 2023. La population féminine éligible à notre étude était de 46,1%, alors qu'elle représente 64,2% des répondeurs.

Aussi, la moyenne d'âge des répondeurs à notre étude est de 41,3 ans, tandis que l'âge moyen des médecins éligibles à notre étude était, selon la DRESS, de 48,0 ans.

1.2/Biais de recrutement

Une partie du recrutement était réalisée via les réseaux sociaux, il n'était donc pas possible de contrôler si tous les médecins répondeurs travaillaient dans la Somme, même si les critères d'exclusion étaient présentés dans l'introduction du questionnaire.

1.3/Biais de confusion

A posteriori, nous nous sommes rendu compte que nous aurions pu définir brièvement le concept de MMG, qui correspond à un cahier des charges bien précis, et qui pouvait être confondu avec les centres de soins non programmés dont le fonctionnement est différent.

1.4/Biais lié au faible taux de réponse

Compte tenu du faible taux de réponse de certains sous groupes (notamment des médecins travaillant à SOS médecins), nous nous sommes exposés au risque de mettre en évidence des différences alors qu'il n'en existait pas, et inversement, ne pas en retrouver alors qu'il en existait.

2. Forces de l'étude

Notre travail est tout d'abord un sujet **d'actualité**. En effet, plusieurs propositions de loi ont été signées en 2023 en vue de renforcer la PDSA. Le retour d'une obligation des gardes pour les médecins généralistes a ainsi été évoqué par la députée Stéphanie RIST dans sa proposition de Loi le 19 janvier 2023, modifiée quelques mois plus tard pour introduire le principe de responsabilité collective des professionnels de santé à la permanence des soins⁽²⁶⁾.

Aussi notre sujet se démarque par son **originalité**.

Effectivement, les principaux travaux que nous avons trouvés sur le même thème, traitaient généralement de MMG déjà implantées, que ce soit pour étudier la satisfaction des usagers, l'impact de la présence d'une MMG sur la vie professionnelle et personnelle des médecins généralistes, ou encore l'impact sur une structure d'urgence à proximité d'une MMG.

Nous avons fait en sorte de respecter **l'anonymat** dans notre étude, ce qui permettait aux répondants de nous fournir des informations sans avoir la crainte d'être jugé sur leurs avis et leurs pratiques.

Finalement, **le temps de passation court**, estimé à environ 6 minutes, permettait de limiter l'interruption du questionnaire.

3. Discussion des résultats de l'étude

3.1/Motivations et réticences

3.1.1/Insécurité et féminisation de la profession

Dans notre étude, le premier facteur évoqué en faveur de la mise en place des MMG est la **sécurité par rapport aux gardes de secteurs**. Cet argument est avancé en premier lieu par les femmes.

Ce résultat vient corroborer l'enquête menée par le CNOM en 2022⁽²⁷⁾ selon laquelle, le deuxième facteur de désengagement des médecins envers la PDSA dans 62 départements, concerne « des problèmes d'insécurité des médecins de garde dans certaines zones (48%) ».

D'une part, la féminisation de la profession peut expliquer ce sentiment d'insécurité. Effectivement, selon le CNOM, au 1^{er} janvier 2020, 65% des médecins généralistes de moins de 40 ans étaient des femmes⁽²⁸⁾.

D'autre part, selon l'observatoire de la sécurité des médecins⁽²⁹⁾, le nombre d'agression n'a jamais été aussi élevé qu'en 2022 avec près de 1244 déclarations relevées. D'autant plus que les Hauts-de-France, 5^{ème} région en termes de population, constitue la région ayant enregistré le plus grand nombre d'agressions en 2022, avec 233 incidents déclarés.

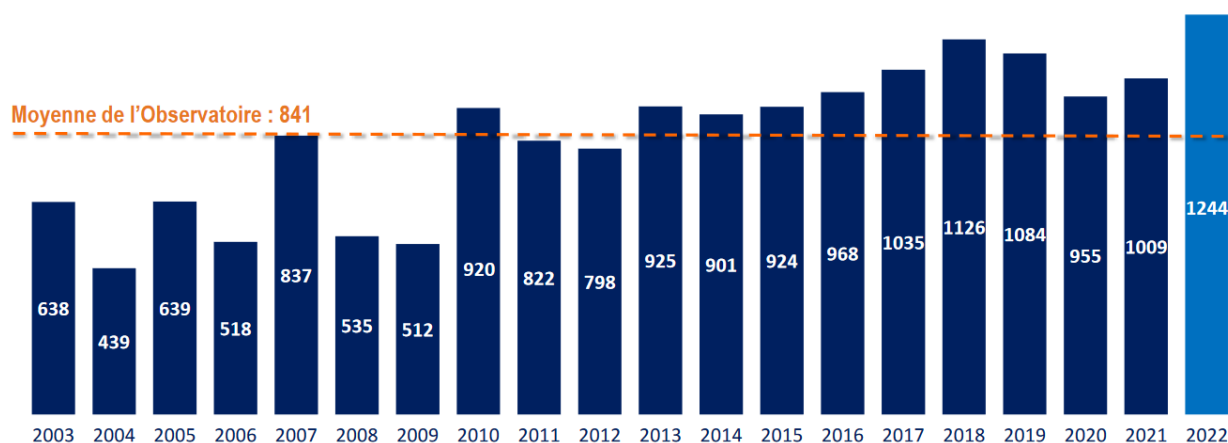


Figure 24 : Nombre d'incidents annuels déclarés auprès de l'observatoire de la sécurité des médecins (source CNOM)

3.1.2/La rémunération

La motivation financière représente le deuxième critère de motivation pour la création de MMG. Elle est avancée majoritairement par les hommes ($p = 0,013$).

Les femmes seraient elles moins intéressées par l'aspect financier?

Ce résultat semble concorder avec les chiffres de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), qui indique dans son rapport de 2022⁽³⁰⁾, que les médecins masculins perçoivent des revenus en moyenne 36% supérieurs aux praticiennes féminines. En effet, ces dernières prendraient davantage de temps avec les patients que leurs confrères⁽³¹⁾.

Quoi qu'il en soit, dans plusieurs travaux de thèse^(32,33), outre le fait que les médecins interrogés soient globalement satisfaits de la mise en place de MMG, l'attrait financier semble bien présent.

S'il est difficile de comparer ce point sur des territoires où les densités de patients et de médecins diffèrent les uns des autres, on peut supposer que le fait d'être à proximité d'un service d'urgences permettrait d'assurer un nombre de consultation qui serait supérieur à celui rencontré lors des gardes sectorisées. En effet, dans son rapport « *assurer le premier accès aux soins* » le député de Charente, Thomas MESNIER, affirme en s'appuyant sur les chiffres de la DRESS que 43% des passages aux urgences pourraient être pris en charge en médecine ambulatoire⁽³⁴⁾.

De plus, la motivation financière semble être particulièrement évoquée par les jeunes médecins (25-34 ans) bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif.

Ceci pourrait s'expliquer par l'activité professionnelle potentiellement plus faible de cette tranche d'âge, compte tenu d'une probabilité plus forte d'être encore remplaçant.

Dès lors, la MMG semble être un **point attrayant** pour les médecins remplaçants, comparativement aux gardes de secteurs.

C'est en tout cas ce qui ressort du travail de thèse de CASAMAYOU Laure, au sujet du fonctionnement de la MMG de Langon, dans laquelle 17% des gardes étaient réalisées par des médecins remplaçants.

Aussi, FLACASSIER Claire, dans son travail de thèse étudiant l'impact de la MMG de Libourne sur la pratique des médecins généralistes du secteur, avait adressé 202 questionnaires aux praticiens apparaissant sur la liste de garde de la MMG, dont 88 étaient des médecins remplaçants (soit 43,6%).

3.1.3/La surcharge de travail

La surcharge de travail est la première cause de refus de prendre des gardes en MMG.

Elle est évoquée principalement par les médecins exerçant près du CHU d'Amiens ($p=0,004$).

Egalement, elle semble être exprimée de façon plus importante par les praticiens ne réalisant pas de gardes sectorisées, mais de manière non significative.

On peut donc supposer que la majeure partie de ces médecins travaille à Amiens, ville dans laquelle les médecins généralistes installés n'ont pas de gardes à réaliser (hors SOS médecins).

Les omnipraticiens exerçant à Amiens auraient-ils une charge de travail plus importante que dans d'autres villes du département ? Ou ne souhaiteraient-ils pas participer aux gardes ?

La deuxième hypothèse apparaît plus probable quand on sait qu'en 2015, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a classé la ville d'Amiens comme un bassin de vie favorisé en termes de densité de médecins généralistes⁽³⁵⁾.

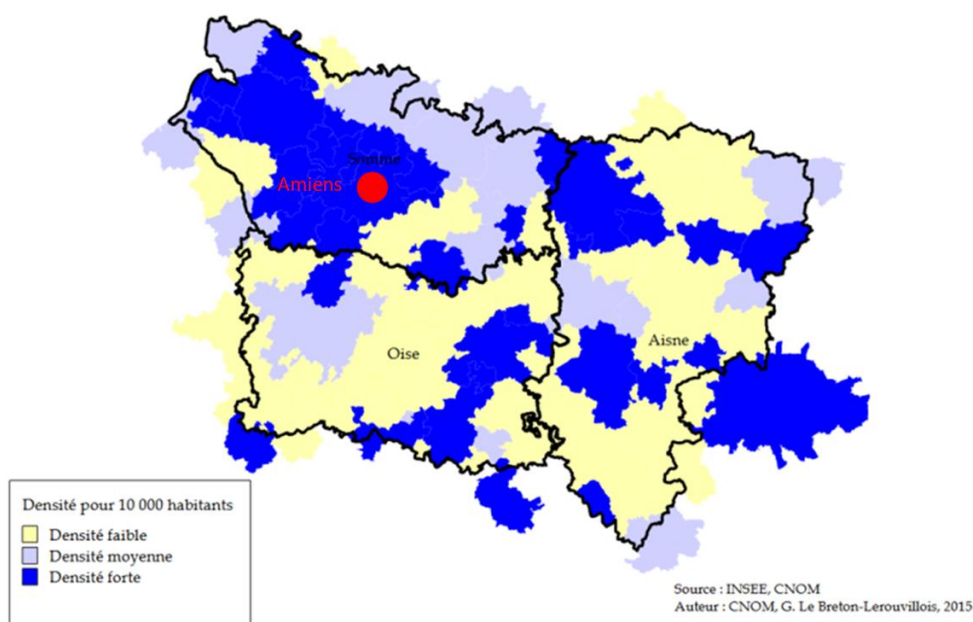


Figure 25 : Densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants en 2015 (source CNOM)

3.2/MMG : Une implication plus large des médecins ?

La faible implication des médecins généralistes exerçant à Amiens concernant les gardes reflète la fragilisation de la PDSA de manière nationale⁽³⁶⁾.

D'une part, les effectifs des médecins généralistes libéraux ne cessent de diminuer, dû au vieillissement des praticiens.

D'autre part, le taux de participation des médecins généralistes à la PDSA diminue de manière quasi constante depuis 2005. En 2022, seuls 38,48% des généralistes étaient volontaires pour réaliser des gardes.

La recherche d'un compromis entre vie privée et vie professionnelle poussant les jeunes médecins à revoir leur mode d'exercice, pourrait en partie expliquer cette érosion.

Effectivement, le CNOM indiquait dans son bulletin de mars-avril 2023, que l'activité salariée détrônait l'activité libérale, en passant de 41,9% en 2010 à 48,2% en 2023⁽³⁷⁾

Aussi une autre étude du CNOM de 2019 révélait que, 62% des nouveaux médecins inscrits à l'ordre en 2014 s'installaient en salariat, 23% restaient remplaçants, tandis que seuls 12% des médecins s'installaient en libéral. A 5 ans, seuls 35% exerçaient en libéral⁽³⁸⁾.

Pourtant, notre étude montre que parmi les médecins ne participant pas aux gardes sectorisées, 85,4% des praticiens seraient prêts à réaliser des gardes en MMG proche du CHU d'Amiens **si cela s'avérait nécessaire**, et au moins **50% de ces médecins seraient même volontaires**.

Ainsi, ces MMG permettraient une **hausse du volontariat des médecins installés** qui ne sont pas encore impliqués dans la PDSA.

Elles pourraient également constituer un **point fixe**, facilement **accessible** pour les **remplaçants**, qui ne peuvent actuellement réaliser des gardes de secteurs uniquement dans des cabinets de confrères installés, par le biais de remplacements.

3.3/Les MMG idéales selon les médecins généralistes de la Somme

Dans notre étude les médecins généralistes samariens désireraient en majorité l'ouverture de MMG en lieu et place du système de gardes sectorisées. Celles-ci seraient dans l'idéal situées dans des locaux à proximité des urgences. On y recevrait les patients régulés par le 15 ou orientés par l'IAO/MAO, pour réaliser des sutures ou traiter de motifs ne nécessitant a priori pas d'exams complémentaires. Les consultations seraient rémunérées de la même manière qu'actuellement, et les horaires seraient inchangés par rapport au système actuel.

Plusieurs commentaires libres renforcent cette idée de n'ouvrir la MMG qu'aux horaires de PDSA pour plusieurs raisons :

- le risque de surconsommation de soins.
- le risque que le patient délaisse le cabinet du médecin traitant avec un suivi potentiellement plus précaire.
- le fait de ne pas impacter le fonctionnement du cabinet des praticiens installés.

Aussi, la localisation d'une MMG au sein d'un service d'Urgences pose question. En effet, Laure CASAMAYOU dans sa thèse relève plusieurs critiques au sujet de la MMG de Langon⁽³²⁾, située au sein du service des urgences du centre hospitalier SUD GIRONDE, d'accès libre par les patients, aux horaires de PDSA.

Effectivement, elle décrit une confusion entre la MMG et les urgences, avec des frictions concernant l'ordre de passage des patients, ou le fait de régler la consultation en MMG.

Finalement, un des médecins de notre étude indique dans un commentaire libre « [qu'il est] *en train d'essayer de monter ce type de projet pour l'ouest du département...* », sans que nous n'ayons pu avoir d'informations sur ce projet.

Un autre fait mention d'« *une structure SOS médecins en cours de réalisation à deux pas du CHU, [ouverture 2024]* ». Après contact avec SOS médecins Amiens, il s'agirait d'une structure qui serait située à proximité immédiate du CHU d'Amiens, et dont l'ouverture serait prévue pour le 4^{ème} trimestre 2024. Elle serait ouverte du lundi au vendredi de 8h à 20h, uniquement sur rendez-vous via un standard téléphonique ou la prise de rendez-vous en ligne en collaboration avec le CHU d'Amiens. Un des objectifs serait de « *développer l'accès à cette structure par l'intermédiaire du SAS* ». Ce projet semble donc plutôt s'apparenter à une structure de soins non programmés (SNP) plutôt que de PDSA.

3.4/Quels avis sur la PDSA actuelle ?

Selon l'étude du CNOM de 2022 citée précédemment, le 1^{er} facteur pouvant expliquer le désengagement des médecins vis-à-vis de la PDSA est « une **activité trop faible dans certains secteurs** (69%) ».

En effet, dans notre travail, près de 70% des médecins interrogés recevaient en consultation au maximum 6 patients par jour les week-ends de garde (12 à 16h d'astreinte), et 92% des praticiens ne voyaient pas plus de 2 patients les soirs de garde en semaine (4h d'astreinte). Ceci représente donc 1 patient consulté toutes les 2 heures.

Or d'après le ministère de la santé, en 2019, le temps moyen d'une consultation de médecine générale était estimé à 18 minutes ⁽³¹⁾. La disponibilité des médecins généralistes en gardes sectorisées semble donc peu exploitée. Ainsi, une MMG pourrait regrouper plusieurs secteurs de garde actuels ce qui permettrait de réduire le nombre de gardes par praticien, tout en tirant profit de manière optimale de celui-ci en lui faisant consulter un plus grand nombre de patients.

En effet, ces chiffres contrastent avec l'évolution du nombre de passages annuels aux urgences, qui a pratiquement été multiplié par trois, passant de 7,2 millions en 1990, à plus de 22 millions en 2019^(39,40).

Aussi, dans son rapport de 2014, la cour des comptes indique que cette augmentation concerne majoritairement les consultations **qui ne sont pas suivies** d'une hospitalisation.

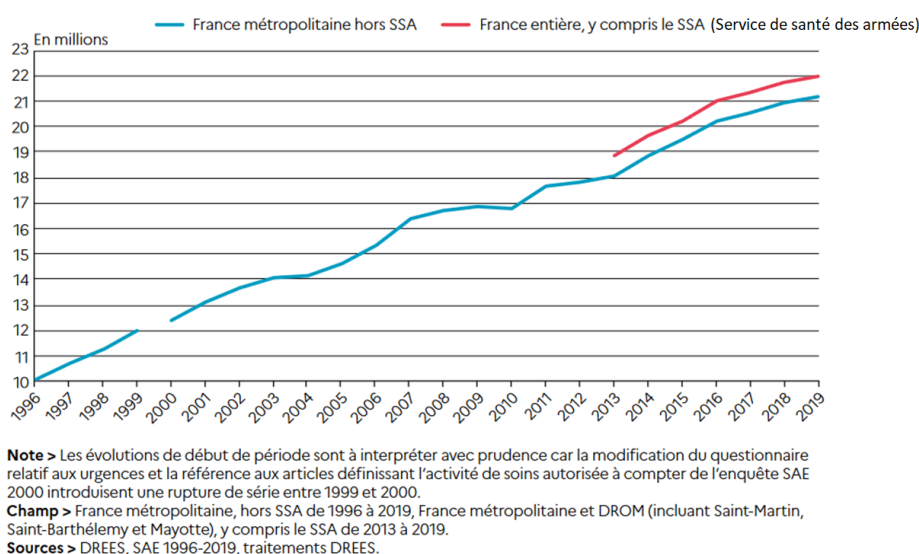


Figure 26 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences de 1996 à 2019

(source DRESS)

Plusieurs explications sont possibles :

- De nombreux travaux de thèses rendent les mêmes conclusions : le **système de permanence des soins est globalement méconnu des patients.**

Citons par exemple le mémoire de médecine générale de 2014 de MERINI Marie Claude, qui a évalué la connaissance du Système de Permanence Des Soins par la population de l'Ain⁽⁴¹⁾. Son travail démontre que la plupart des patients interrogés n'étaient pas informés de l'existence des MMG, et que l'immense majorité, y compris ceux ayant connaissance de celles-ci, ne savaient pas quel numéro appeler pour y avoir accès.

Aussi, en 2019, LACASSAGNE Audrey, dans son travail de thèse concernant les connaissances de la PDSA par les usagers des urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end⁽⁴²⁾, met en évidence que près de 79% des patients consultant aux urgences de manière « inappropriée » ignoraient la présence d'un médecin généraliste de garde.

Une information renforcée et répétée de la population concernant la PDSA paraît donc nécessaire pour permettre son utilisation de manière optimale et pérenne. Elle pourrait passer par des messages sur les répondeurs téléphoniques des médecins injoignables indiquant le numéro à joindre pour obtenir un avis médical ou le médecin de garde et non pas seulement le numéro à joindre en cas d'urgence. Des affiches dans les cabinets des médecins généralistes pourraient également être apposées, de même que des spots publicitaires à la télévision, comme cela a été le cas en période de confinement lié au COVID-19.

- Les **habitudes de consommation des patients ont évolué.**

D'après SOUKTANI Hatim, ophtalmologiste et écrivain marocain⁽⁴³⁾, « *la demande du malade n'est plus celle de la guérison, mais plutôt l'exigence d'une bonne santé. La relation médecin/malade s'est entièrement modifiée, considérant de plus en plus le médecin comme prestataire de services avec tout ce que peut comporter cette tâche comme obligations de résultat et d'exigences* ».

Le travail de thèse de Charles GUERRIOT en 2018 sur le recours direct aux urgences hospitalières, pour des actes relevant de la médecine générale libérale, dans l'Oise⁽⁴⁴⁾, va également dans ce sens. Plus de 50 % des patients autoréférés aux urgences n'avaient pas cherché à joindre un médecin généraliste libéral. Les principaux facteurs retrouvés ne semblaient pas modifiables, comme la sensation d'avoir besoin d'un examen paraclinique ou d'un avis spécialisé, ou encore l'échec d'une prise en charge antérieure en médecine de ville.

Concernant le dispositif SAS, peu de travaux ont étudié la satisfaction des effecteurs, et dans notre étude la majorité des médecins n'y participait pas. Ceci peut s'expliquer par plusieurs raisons :

- La **très récente généralisation** de ce dispositif.
- -Les médecins interrogés soulignaient le fait de **déjà réserver des créneaux d'urgence pour leurs propres patients**. Peut-être existe-t-il une peur de perdre la main sur leur propre agenda ? Peut être que la majorité des médecins s'organise déjà pour prendre en charge les demandes de SNP ?
C'est cette deuxième hypothèse que semble corroborer l'étude de la DRESS de 2020⁽⁴⁵⁾ qui indique que « *plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés* ».
La seconde raison évoquée était le fait d'avoir un **planning complet plusieurs jours à l'avance** pour plus d'un médecin sur trois n'adhérant pas au SAS. On se demande alors comment peut être assurée la demande des SNP chez ces médecins, si des créneaux d'urgences ne sont pas anticipés. Le SAS pourrait ainsi constituer une réorganisation du mode d'exercice avec libération de rendez-vous dits « du jour » pour des patients orientés par la régulation mais également pour les patients de ces médecins.
- Deux commentaires libres faisaient état de **dysfonctionnement techniques** lors de la mise en place du SAS, expliquant la non participation de ces répondants.
- Le SAS étant basé sur le volontariat, certains praticiens ne souhaiteraient peut être **pas recevoir des patients d'autres médecins** ne participant pas au SAS.

3.5/Des réticences hospitalières à la mise en place de MMG

Plusieurs commentaires libres nous font état de réticences hospitalières à l'ouverture d'une MMG proche du CHU d'Amiens.

3.5.1/Première Hypothèse: La Tarification à l'Activité (T2A)

De manière générale, on peut se demander si la Tarification à l'Activité (T2A), en place depuis 2004⁽⁴⁶⁾, pourrait constituer un frein pour les hôpitaux.

En effet, plusieurs études ont montré que les MMG avaient une incidence sur le nombre de passages aux urgences :

- MENARD B, dans son mémoire de santé publique de 2004 met en évidence une réduction de 3,3% du nombre de passage aux urgences du CH de Narbonne sur les six premiers mois de fonctionnement de la MMG, en comparaison avec l'année précédente⁽⁴⁷⁾.
- Le Dr GRALL mentionne dans son rapport de 2006 plusieurs hôpitaux où la pente d'augmentation des passages s'est atténuée et cite même six hôpitaux dans lesquels le nombre de passage aux urgences a diminué⁽⁴⁸⁾.

Or, avec la T2A, plus un établissement de santé réalise d'actes, plus il obtient de financement. La MMG pourrait donc potentiellement diminuer la rémunération d'un établissement de santé avec lequel il collabore.

Néanmoins depuis 2019, de nouveaux indicateurs sont entrés en jeu dans le financement des hôpitaux, qui ne repose plus seulement sur la T2A, mais sur un modèle dit « combiné »⁽⁴⁹⁾ :

- Le suivi du patient, en particulier pour les maladies chroniques (diabète, maladies rénales, etc.).
- La qualité et la pertinence des soins.
- La structuration de services pour favoriser l'accès aux soins (notamment la psychiatrie).
- Le paiement groupé à la séquence de soins pour favoriser la coopération des acteurs, inspiré du modèle anglo-saxons « bundled payment ». Cela se traduit en pratique par un financement conjoint pour une séquence de soins (par exemple intervention puis rééducation), pour s'accorder sur une meilleure répartition des financements.

De plus, le projet de Loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) de 2024 prévoit d'accélérer la diversification du financement des établissements. Concrètement, les services d'urgences devraient être financés par un modèle mixte, via des dotations spécifiques à la prise en charge des soins non programmés, en plus de la T2A⁽⁵⁰⁾.

Financement à l'activité	Dotations relative à des objectifs de santé publique	Dotations relative à des missions spécifiques
<p><i>Tarifs</i></p> <p>Financement au séjour, à la séance ou à la consultation</p>	<p><i>Dotations annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention - Qualité et pertinence de soins - Coordination des parcours de soins - Objectifs nationaux ou régionaux de santé publique (exemples : santé de la femme et de l'enfant, addictions, douleurs chroniques). 	<p><i>Dotations annuelles forfaitaires</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Missions d'enseignement, de recherche et d'innovation - Activités de recours et d'expertise - Prise en charge de certaines maladies chroniques - Dotations forfaitaires complémentaires au financement par les activités : soins critiques, soins non programmables, établissements isolés.

Figure 27 : Nouvelles modalités de financement des établissements de santé selon le PLFSS de 2024

Dès lors, le mode de financement des établissements ne devrait pas être un frein à la mise en place de MMG.

3.5.2/Deuxième hypothèse : les Visites à domicile (VAD)

Un commentaire libre fait état de difficultés pour les prises en charges complexes de patients « *voulant rester à domicile* » tel que les patients en soins palliatifs. La rédaction de certificats de décès, ou la prise en charge de patients âgés n'ayant pas de moyen de transport pourraient également s'avérer problématique.

On peut donc comprendre les réticences des services d'urgences possédant des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), qui pourraient être directement impactés par ces visites « incompressibles », alors qu'elles ont pour vocation première de prendre en charge des patients en détresse vitale.

Plusieurs travaux évoquent les bénéfices des visites à domicile (VAD) par les médecins généralistes aux horaires de PDSA^(38,51,52,53) : la majorité des visites étaient justifiées, concernaient des personnes de plus de 60 ans, permettaient le maintien au domicile des personnes âgées évitant des transports ambulanciers et consultations non justifiées aux urgences. Le maintien de ces VAD semble donc un point indispensable de la PDSA.

Le rapport d'état des lieux de la PDSA en 2020 du CDOM⁽⁵⁴⁾ précise les différentes modalités d'effectif mobile par ordre de fréquence en France :

- Par une association de type SOS Médecins sur une partie du territoire (52 départements).
- De manière informelle (sans forfait d'astreinte dédié), au bon vouloir des médecins de garde (40 départements).
- Par des effecteurs mobiles exclusifs organisés selon le cahier des charges de la PDSA (40 départements).
- Par des médecins assurant le rôle mixte d'effecteur fixe et mobile (33 départements), c'est notamment le cas de la Somme.

S'il paraît compliqué de maintenir le système de gardes sectorisées associé à la mise en place des MMG dans la Somme, pour des raisons économiques et de démographie médicale, plusieurs pistes de réflexion sont à envisager.

La réalisation de VAD en début ou en fin de garde est une des possibilités, tout comme la mise en place d'effecteurs mobiles selon un nouveau découpage géographique à définir.

3.6/Avantages des MMG

Ces VAD ne devraient donc pas constituer un frein à la mise en place de MMG. D'autant que les avantages en faveur des MMG sont nombreux⁽²⁰⁾⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾.

- Pour les patients et leurs familles : Réduction des délais de prise en charge et donc de la mortalité pour certains patients, majoration du temps dédié aux explications.
- Pour le personnel hospitalier : Diminution de la charge de travail, diminution de la frustration et de l'agressivité liées à l'attente des patients, recentrage sur le cœur de métier que sont les urgences.
- Pour les médecins généralistes : Diminution du nombre de gardes en regroupant des secteurs et en impliquant davantage les jeunes médecins, valeur ajoutée financière du fait d'une augmentation du nombre de patients consultés par garde, renforcement du lien ville-hôpital permettant de faciliter les contacts futurs, meilleures connaissances des médecins généralistes des possibilités diagnostiques et thérapeutiques d'une structure hospitalière.
- Pour la société : Possible diminution des dépenses de santé.

3.7/Les MMG responsables d'une augmentation des dépenses de santé?

Les questions du financement de la création, et du coût de fonctionnement des MMG se posent, à l'heure où le gouvernement cherche à réaliser des économies sur les dépenses d'assurance maladie.

Une personne nous a répondu que les MMG « *[coutaient] cher à la société inutilement, [que] cela [créait] encore des structures supplémentaires qui de fait de leur existence [coûtaient] de l'argent* ».

Pourtant, Le Douarin YM, et Chicoye A ont étudié l'efficacité économique des MMG par rapport au SAU du Val de Marne⁽⁵⁵⁾. Ils mettent en évidence, en 2011, en horaires de PDSA, que le coût moyen de passage en MMG est de 92,1 euros tandis qu'il est estimé à 144,9 euros pour les services d'urgences. Ce constat est renforcé par le mode d'organisation choisi pour ces MMG, qui comportent des locaux indépendants des CH avec un investissement de matériel propre aux locaux, ainsi que la présence d'un vigile.

Cette idée semble renforcée par les études de la DGOS, qui estiment que la réorientation des consultations non justifiées aux urgences vers les médecins libéraux permettrait une économie de l'ordre de 50 millions d'euros⁽³⁴⁾.

Ces résultats sont néanmoins discutables devant l'absence de données solides et généralisables.

CONCLUSION

Le but de notre étude était de déterminer les motivations et freins à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme.

Si certains praticiens y sont réticents compte tenu d'emplois du temps déjà surchargés, la majorité y voit une sécurité par rapport aux gardes sectorisées ainsi qu'un attrait financier.

Notre étude montre que 78,1% des médecins interrogés sont pour la création de MMG. On retiendra également que parmi les praticiens ne participant pas aux gardes de secteurs, au moins 50% seraient volontaires pour participer à des gardes dans ces structures, alors que la tendance nationale est à la baisse du volontariat.

Elles permettraient également une meilleure implication des jeunes médecins.

La MMG de garde idéale pour les médecins Samariens conserverait des horaires d'ouverture et une rémunération identiques au système de PDSA actuel. Elle serait située dans des locaux à proximité des urgences, et recevrait des patients régulés par le 15 ou orientés par un(e) infirmier(e) ou médecin d'accueil et d'orientation, pour prendre en charge des sutures ou traiter des motifs ne nécessitant pas d'examen complémentaires.

Sa mise en place devrait donc se faire en étroite collaboration avec le centre hospitalier concerné pour établir une relation collégiale et non de concurrence.

Toutefois, l'association d'effecteurs mobiles en cas de généralisation de ce système à l'ensemble du département apparaît indispensable. En effet, les certificats de décès, ou le maintien de patients âgés au domicile sont des enjeux tout aussi importants pour assurer une prise en charge de qualité, et éviter une charge de travail supplémentaire aux services d'urgences et aux SMUR.

Pour terminer, la communication auprès de la population est un point essentiel à améliorer sur le plan national pour que les différents moyens de PDSA soient efficaces.

En complément de cette promotion, les MMG pourraient ainsi contribuer à optimiser un système de garde sous-utilisé. Les objectifs à terme seraient de limiter l'augmentation des consultations non justifiées aux urgences, d'améliorer les conditions de travail du personnel hospitalier et des médecins généralistes, tout en réduisant les dépenses de santé.

Il pourrait être intéressant pour de futurs travaux d'évaluer, après la création d'une MMG « test », la satisfaction du personnel hospitalier ainsi que des usagers, et d'évaluer ses répercussions sur l'activité des urgences concernées. On pourrait également, imaginer le développement de protocoles d'orientation des patients des urgences vers cette MMG via l'intelligence artificielle pour compléter le projet 3P-U (**P**rédiction du **P**arcours **P**atient aux **U**rgences) mis en place par le Dr ARNAUD au CHU d'Amiens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Courrier picard. Un filtrage pour accéder aux urgences du CHU Amiens-Picardie va être mis en place [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2023].
Disponible sur: <https://www.courrier-picard.fr/id338448/article/2022-09-02/un-filtrage-pour-acceder-aux-urgences-du-chu-amiens-picardie-va-etre-mis-en>
2. Courrier picard. Amiens: le service des urgences de la clinique de l'Europe est fermé la nuit à partir de ce mercredi 2 mars [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2023].
Disponible sur: <https://www.courrier-picard.fr/id283896/article/2022-03-02/amiens-le-service-des-urgences-de-la-clinique-cardiologie-est-ferme-la-nuit>
3. Collectif santé en danger. Communiqué de presse. Fermeture urgences adultes, urgences pédiatriques et lignes SMUR. [Internet]. 2022 [cité 22 mai 2023].
Disponible sur: <https://collectif-sed.org/wp-content/uploads/2022/08/FERMETURES-URGENCES-ADULTES-PEDIATRIQUES-PLANS-BLANCS-AVRIL-2022.pdf>
4. Bauduin N. Franceinfo. Comment la France a perdu près de 80 000 lits d'hospitalisation publics en vingt ans [Internet]. 2021 [cité 26 mai 2023].
Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/infographies-comment-la-france-a-perdu-pres-de-80-000-lits-d-hospitalisation-publics-en-vingt-ans_4833931.html
5. Qi Y. Ouest-France.fr. Médecins libéraux : quatre graphiques pour comprendre la baisse du nombre de praticiens en France [Internet]. 2023 [cité 26 mai 2023].
Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/medecins-liberaux-quatre-graphiques-qui-montrent-la-diminution-du-nombre-de-praticiens-en-france-0d4f3ec0-8b3e-11ed-8cd4-3e0a8eec1c0a>
6. Danet F, Bremont M, Robert D. Les Urgences : questions au système de santé. Études. 2004; 5(400):599-610.
7. Organisation des secours médicaux d'urgence. Circulaire du 13 Août 1965.
8. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins [Internet]. Janvier 2003 [cité 29 mai 2023].
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
9. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin du XIXème siècle - 2001). Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest. 2009;116-2 : 217-229.
10. La sécurité sociale : les grandes dates [Internet].
Disponible sur : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>
11. Lois et décrets n°0293 du 26/10/1941. Journal officiel de l'Etat français.
Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000572824>
12. SOS médecins France : histoire et valeurs.
Disponible sur : <https://sosmedecins-france.fr/sos-medecins/histoire-et-valeurs/>

13. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Rapport d'information du Sénat n° 685. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. 2017 [cité 4 Juin 2023].
Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6855.html>
14. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF du 22 juillet 2009.
15. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 75. JORF du 27 janvier 2016.
16. Buzin A. Pacte de refondation des urgences [Internet]. 2019 [cité 4 juill 2023].
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/_urgences_dp_septembre_2019.pdf
17. Agence régionale de santé Picardie. Arrêté DREOS N°2012-192 du 3 Aout 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire [Internet]. 2012 [cité 4 Juillet 2023].
Disponible sur :
https://www.somme.gouv.fr/contenu/telechargement/4471/26465/file/ann1_50.pdf
18. Agence régionale de santé Picardie. Arrêté D-PRPS-MS-GDR N°D.PRPS-MS-GDR-2015.526 du 30 Novembre 2015 portant modification de l'arrêté DREOS N°2012-192 du 3 Aout 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire [Internet]. 2015 [cité 4 juill 2023].
Disponible sur:
https://www.aisne.gouv.fr/contenu/telechargement/14700/103566/file/ARS_MODIF+n+2015-526CCR+PDSA_CA.pdf
19. Agence régionale de santé Occitanie. Communiqué de presse sur le renforcement des dispositifs de permanence des soins en Haute-Garonne [Internet]. 2023 [cité 4 juillet 2023].
Disponible sur:
https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2023-05/2023_05_25_CP_Permanence%20accesauxsoins31docx.pdf
20. Gentile S, Durand AC, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. Elsevier masson. Février 2009; 51(1):3-9
21. Papeleonidas T. Maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Aix-Marseille, France. 2019.
22. Schoenmakers B, Van Criekinghe J, Boeve T, Wilms J, Van Der Mullen C, Sabbe M. Co-location of out of hours primary care and emergency department in Belgium: patients' and physicians' view. *BMC Health Serv Res*. 26 mars 2021;21(1):282.
23. Labarbe V. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ? Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Bordeaux, France. 2014.

24. Université de Reims. Formulaire d'Auto Qualification des Recherches Prospectives. Disponible sur : <https://enquete.univ-reims.fr/limesurvey/index.php/786859?lang=fr>
25. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Démographie des professionnels de santé. [Internet]. [cité 17 juillet 2023]. Disponible sur : <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
26. Loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé - Article 7. JORF du 20 mai 2023.
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2022 [Internet]. [cité 03 Aout 2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf
28. Bouet P, Gerard-Varet JF. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} Janvier 2020 [Internet]. [cité 03 Aout 2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1grhel2/cnom_atlas_demographie_medicale_2020_tome1.pdf
29. Federico V. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Observatoire de la sécurité des médecins en 2022 [Internet]. [cité 03 Aout 2023]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1dxm17k/cnom_observatoire_securite_2022.pdf
30. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Bulletin d'informations n°70 [Internet]. Décembre 2022 [cité 07 Aout 2023]. Disponible sur : <http://www.carmf.fr/page.php?page=doc/publications/infocarmf/70-2022/infocarmf.php?tete=stat06>
31. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études & résultats. Mai 2019 ; 1113.
32. Casamayou L. La Maison Médicale de Garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Bordeaux, France. 2014.
33. Flacassier C. Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Bordeaux, France. 2017.
34. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins, organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. Mai 2018 [cité 07 Aout 2023]. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
35. Le breton-lerouvillois G, Rault JF. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Picardie, situation en 2015. p49-55.

36. Heidet M. Effecteurs mobiles de la permanence des soins ambulatoires missionnés par le SAMU-Centre 15 : intérêt d'un modèle numérique des trajets. Application dans le Val-de-Marne. Thèse de doctorat. Ecole doctorale sciences de la vie et de la santé. Paris, France. 2019
37. Mourgues JM. Le bulletin de l'ordre national des médecins. Mars-Avril 2023 ; 84 : p.8-9
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Étude sur l'installation des jeunes médecins. Avril 2019.
39. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé. [Internet]. 2021 [cité 07 Aout 2023]. p.139-142
Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>
40. Cours des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser [Internet]. 2014 [cité 07 Aout 2023].
Disponible sur : https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
41. Merini MC. Evaluation de la connaissance du système de Permanence Des Soins par la population de l'Ain. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Lyon, France. Université Claude-Bernard. 2014.
42. Lacassagne A. Evaluation de la connaissance de la permanence des soins ambulatoires par les usagers des urgences du Puy-de-Dôme les soirs et week-end. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Clermont-Auvergne, France. 2019.
43. Souktani H. Consumérisme médical : une conception moderne du contrat médical [Internet]. Novembre 2011 [cité 14 Aout 2023]
Disponible sur : <https://www.doctinews.com/index.php/archives/46-alternative/1104-consumerisme-medical-une-conception-moderne-du-contrat-medical>
44. Gueriot C. Étude sur le recours direct aux urgences hospitalières, pour des actes relevant de la médecine générale libérale, sur trois principaux hôpitaux de l'Oise. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Amiens, France. Université Picardie Jules Verne. 2018.
45. Lenglard F, Douangdara S, Boulanger S, Castaing E, Jeandet S, Hiet J et al. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Études & résultats. Janvier 2020 ; 1138.
46. Entre T2A et Ondam, quel financement pour l'hôpital ? Vie-publique.fr [Internet]. Novembre 2022 [cité 14 Octobre 2023].
Disponible sur : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/272716-entre-t2a-et-ondam-quel-financement-pour-lhopital#vers-un-nouveau-mode-de-financement-des-h%C3%B4pitaux>
47. Menard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. Mémoire de l'école Nationale de la Santé Publique. Rennes, France. 2004.

48. Grall JY. Les maisons médicales de garde [Internet]. Juillet 2006 [cité 14 Octobre 2023].
Disponible sur : https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/064000564.pdf
49. Loi ma santé 2022 [Internet]. JORF 26 Juillet 2022 [cité 15 Octobre 2023].
Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_financement_ma_sante_2022_synthese_vdef.pdf
50. Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2024 [Internet]. 27 Septembre 2023 [cité 15 Octobre 2023].
Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/contenu/Media/files/autour-de-la-loi/legislatif-et-reglementaire/actualite-legislative/2023/plfss_ecox2320994l_cm_27.09.2023.pdf?v=1697114298
51. Jouhanny A. L'effecteur mobile en Ille-et-Vilaine : quelle population en bénéficie et quel devenir pour les patients pris en charge ? Analyse descriptive sur l'année 2016. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Rennes, France. 2018.
52. Fiard A. Médecin effecteur mobile : analyse descriptive des appels de 2015 au centre de réception et de régulation des appels du SAMU 22. Thèse de doctorat. Faculté de médecine. Rennes, France. 2017.
53. Berthonneau C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret. Evaluation lors du premier semestre 2014. Thèse de doctorat. Faculté de médecine Paul Sabatier. Toulouse, France. 2015.
54. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2020 [Internet]. [cité 20 septembre 2023].
Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/9xjbf/cnom_rapport_pdsa_2020.pdf
55. Le Douarin YM, Chicoye A. Efficience économique des maisons médicales de garde : l'exemple du Val de Marne. Médecine. 2014. vol 10, num 3, 134-9

ANNEXE : QUESTIONNAIRE DE THÈSE

Dans la Somme, la majeure partie de la permanence des soins ambulatoires est assurée par le système de gardes sectorisées.

Cependant, d'autres départements (par exemple l'Oise, en Picardie) ont fait le choix d'utiliser les maisons médicales de garde (MMG), qui sont des structures assurant la continuité des soins lors de la fermeture des cabinets des médecins de ville.

Le cahier des charges de ces MMG est fixé par arrêté du directeur général de l'ARS, et n'est pas le même dans chaque département.

Mon travail de thèse, sous la direction du Pr Amélie SELLIER-PETITPREZ et du Dr Antoine FONTAINE, vise à déterminer les motivations et les freins des médecins généralistes samariens à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme.

Ce questionnaire comprend au maximum 29 questions, et y répondre vous prendra environ 6 minutes.

Merci pour votre participation, et pour le temps que vous m'aurez consacré.

1. Données démographiques

1/Vous êtes

- a. Une femme
- b. Un homme

2/Votre âge :

3/Dans quel type de structure exercez-vous ?

- a. Seul en cabine
- b. En cabinet de groupe
- c. En MSP
- d. SOS médecins
- e. Médecin remplaçant (thésé ou avec licence de remplacement)
- f. Autre (précisez)

4/Service d'urgence le plus proche de votre lieu principal d'exercice :

- a. CHU Amiens
- b. CH Abbeville
- c. CH Doullens
- d. CH Montdidier
- e. CH Péronne

5/Service d'urgence le plus proche de votre **habitation principale** :

- a. CHU Amiens
- b. CH Abbeville
- c. CH Doullens
- d. CH Montdidier
- e. CH Péronne

2. Ressenti sur les dispositifs actuels de permanence des soins

6/ Réalisez-vous des gardes de secteur de médecine générale **OU** êtes vous inscrit sur le tableau de garde?

- a. Oui
- b. Non

7/Nombre de gardes de secteur par mois que vous réalisez vous-même (comptez 2 gardes pour les week-ends) :

- a. Moins de 1
- b. 1 à 2
- c. 3 à 4
- d. 5 à 6
- f. Plus de 6

8/Nombre **moyen** de patients vus lors d'une soirée de garde en semaine :

- a. Moins de 1
- b. 1 à 2
- c. 3 à 4
- d. 5 à 6
- e. Plus de 6

9/Nombre **moyen** de patients vus lors d'une journée de garde le Week-end (samedi **OU** dimanche **OU** jour férié) :

- a. Moins de 1
- b. 1 à 3
- c. 4 à 6
- d. 7 à 9
- e. Plus de 9

10/Charge de travail lors de ces gardes :

- a. Très faible
- b. Faible
- c. Correcte
- d. Elevée

11/Que pensez-vous du système de garde sectorisé actuel dans la Somme?

- a. Inutile
- b. Peu utile
- c. Utile
- d. Très utile

12/Adhérez-vous au dispositif SAS, qui permet au SAMU centre 15 de vous adresser des patients en journée ?

- a. Je ne suis pas concerné (médecin remplaçant)
- b. Oui
- c. Non mais j'envisage d'y adhérer
- d. Non

<u>13/Si oui, quelle est la raison principale ?</u>	<u>13/Si non, quelle est la raison principale ?</u>
a. Le dispositif est financièrement intéressant (ROSP, rémunération spécifique pour chaque patient adressé par le SAMU...) b. Permet de retirer une charge de travail pour les urgences c. Permet de diversifier les consultations (traumatologie, sutures, urgences relatives) d. Autre (précisez) :	a. Mon planning est déjà complet plusieurs jours à l'avance b. Je réserve déjà des créneaux d'urgence pour mes patients c. Je ne souhaite pas accueillir de nouveaux patients d. La rémunération n'est pas assez attrayante e. Je ne connais pas ce dispositif f. Autre (précisez) :

14/Que pensez-vous du SAS dans la Somme?

- a. Inutile
- b. Peu utile
- c. Utile
- d. Très utile

15/Participez-vous d'une autre manière à la permanence des soins (Plusieurs réponses possibles) :

- a. Non
- b. Régulation médicale au SAMU Centre 15
- c. Gardes dans un service d'urgences
- d. SOS médecins
- e. Autre (précisez)

3. Motivations et freins à la réalisation de gardes dans une MMG près des services d'urgences

16/Concernant la création de MMG attendant aux services d'urgences dans la Somme, vous seriez :

- a. Totalemment contre
- b. Plutôt contre
- c. Plutôt pour
- d. Totalemment pour

17/ Le système de garde sectorisé actuel devrait-il disparaître au profit de la mise en place de MMG ?

- a. Pas du tout d'accord
- b. Plutôt pas d'accord
- c. Plutôt d'accord
- d. Totalemment d'accord

18/Accepteriez-vous de prendre des gardes en MMG :

- a. Non
- b. Oui, en plus du système de gardes de secteur actuel
- c. Oui, si je diminue le nombre de garde de secteur
- d. Oui, si j'arrête les gardes de secteur
- e. Oui, si les gardes de secteur sont supprimées

Si réponse OUI :	Si réponse NON
<p><u>19/Raison PRINCIPALE pour laquelle vous souhaiteriez faire des gardes en MMG :</u></p> <ul style="list-style-type: none">a. Proximité avec le lieu d'habitationb. Proximité avec le lieu d'exercice habituelc. Devoir déontologiqued. Solidarité vis à vis des confrèrese. Sécurité par rapport aux gardes de secteurf. Travail d'équipeg. Motivation financièreh. Diversifier son activitéi. Autre (précisez) <p><u>20/AUTRES raisons qui vous pousseraient à faire des gardes en MMG (maximum 3 réponses):</u></p> <ul style="list-style-type: none">a. Proximité avec le lieu d'habitationb. Proximité avec le lieu d'exercice habituelc. Devoir déontologiqued. Solidarité vis à vis des confrèrese. Sécurité par rapport aux gardes de secteurf. Travail d'équipeg. Motivation financièreh. Diversifier son activitéi. Autre (précisez)	<p><u>19/Raison PRINCIPALE pour laquelle vous ne souhaiteriez pas prendre de gardes en MMG</u></p> <ul style="list-style-type: none">a. Participe déjà à la permanence des soins via les gardes de secteursb. Stressc. Charge de travail déjà trop importanted. Trop loin de mon domicilee. Autre (précisez) <p><u>20/AUTRES raisons pour lesquelles vous ne souhaiteriez pas prendre de gardes en MMG (maximum 2 réponses):</u></p> <ul style="list-style-type: none">a. Participe déjà à la permanence des soins via les gardes de secteursb. Stressc. Charge de travail déjà trop importanted. Trop loin de mon domicilee. Autre (précisez)

21/Si cela était nécessaire, où accepteriez-vous de faire des gardes en MMG (Plusieurs réponses possibles)

- a. CHU Amiens
- b. CH Abbeville
- c. CH Doullens
- d. CH Montdidier
- e. CH Péronne

22/Quelle fréquence maximale des gardes vous paraîtrait acceptable ?

- a. Une par semaine
- b. Deux par mois
- c. Une par mois
- d. Une tous les 2 mois
- e. Une tous les 3 mois

4. Modalités de réalisation

23/Localisation idéale de la MMG

- a. Au sein même des urgences (box de soins courts non utilisés par exemple)
- b. Structure indépendante accolée aux urgences
- c. Maison médicale d'autres confrères déjà existante proche du centre hospitalier
- d. Autre (précisez)

24/Quels motifs de consultation le médecin de garde pourrait-il prendre en charge ? (Plusieurs réponses possibles)

- a. Les motifs ne nécessitant pas d'examens complémentaires
- b. Les patients nécessitant éventuellement une biologie (Par ex, douleur abdominale...)
- c. Traumatologie (nécessitant ou non une radiographie...)
- d. Sutures
- e. Autres (précisez) :

25/Quels patients le médecin de garde devrait-il prendre en charge ? (Plusieurs réponses possibles)

- a. Tous les patients s'y présentant
- b. Les patients régulés par le 15
- c. Patients orientés par une infirmière (IOA) ou un médecin (MAO)
- d. Les réquisitions de police/gendarmerie
- e. Autres (précisez) :

26/Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire pour y travailler ?

- a. Oui
- b. Non

27/Quel mode de rémunération serait le plus adapté ?

- a/Forfait payé par l'hôpital
- b/Paiement à l'acte suivant les cotations prévues en horaire de garde
- c/Indemnité fixe de garde + Paiement à l'acte suivant les cotations prévues en horaire de garde

28/Quelles horaires d'exercice appliquer ?

- a. Identique au système actuel (20h-00 la semaine, 12h-00h le samedi, 8h-00h dimanches/jours fériés)
- b. de 8h jusqu'à 00h aussi bien en semaine qu'en week-end
- c. 24h/24h

29/Avez-vous des suggestions concernant la création de maisons médicales de garde ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Motivations et freins des médecins généralistes samariens à la mise en place de maisons médicales de garde près des services d'urgences des Centres Hospitaliers de la Somme

RÉSUMÉ :

Introduction : 57 SAU ont fermé leurs portes au moins partiellement en 2021 et 2022. Ces éléments mettent en lumière la nécessité d'une réflexion concernant notre système de PDSA.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer les motivations et freins des médecins généralistes samariens à la mise en place de MMG près des services d'urgences des CH de la Somme.

Matériels et méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle, descriptive, quantitative, par envoi de questionnaires aux médecins généralistes de la Somme.

Résultats : Au total, 137 questionnaires ont été analysés. 78,1% des médecins interrogés étaient pour la création de MMG. La sécurité et la motivation financière étaient principalement évoquées, tandis que la surcharge de travail était avancée par les médecins réticents.

Discussion : Le souhait d'une sécurité accrue des gardes s'explique par une hausse des agressions et une féminisation de la profession, tandis que la motivation financière s'explique par un système plus optimisé que les gardes sectorisées, méconnues et sous utilisées par les patients. Les médecins y participant sont par exemple 70% à voir au maximum 2 patients pendant les 4 heures de gardes les soirs en semaine.

La surcharge de travail est évoquée principalement par des médecins ne participant pas aux gardes sectorisées.

Conclusion : Les MMG constituent une alternative aux gardes sectorisées intéressante à développer. Sous réserve d'une promotion de celles-ci, la hausse du volontariat des médecins, une amélioration des conditions de travail des professionnels de santé, ainsi que le maintien d'une permanence des soins robustes sont des avantages attendus de leur mise en place.

Mots-clés : médecin généraliste, gardes sectorisées, maison médicale de garde, effecteurs mobiles, permanence des soins ambulatoires, service d'accès aux soins

Motivations and reluctances of samariens's general practitioners to the establishment of after-hours care near the emergency departments in the Somme's hospitals

ABSTRACT:

Objectives: 57 emergency departments units partially closed their doors in 2021 and 2022. These events highlight the need for reflection regarding our out-of-hours primary care system.

The goal of our study was to determine the motivations and reluctances of samariens's general practitioners to the establishment of after-hours care near the emergency departments of Somme's hospitals.

Methods: We conducted an observational, descriptive, quantitative study by sending surveys to general practitioners in the Somme region.

Results: In total, 137 surveys were analyzed. 78.1% of the surveyed doctors were in favor of creating after-hours care. Safety and financial motivation were mainly mentioned, while workload overload was mentioned by the reluctant physicians.

Discussion: The desire for increased safety can be explained by an increase in aggression and a feminization of the profession, while financial motivation is attributed to a more optimized system than the current, less-known and underutilized sectorial guards, as witnessed by patients. For example, 70% of the physicians participating in sectorial guards see a maximum of two patients during the 4-hour on call on weekday evenings. Workload overload is primarily mentioned by physicians who do not participate in sectorial guards.

Conclusion: After-hours cares represent an interesting alternative to sectorial guards that should be developed. Provided they are promoted, increased physician engagement, improved working conditions for healthcare professionals, and the maintenance of robust out-of-hours primary care are expected advantages of their implementation.

Keywords : general practitioner, sectorial guards, after-hours care, mobile effectors, out-of-hours primary care, acces to care services