



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DU CAMBRESIS FACE
AU PROJET D'UNE MAISON MEDICALE DE GARDE A CAMBRAI**

Présentée et soutenue publiquement le 15 septembre 2016 à 14h00
au Pôle Formation
Par Labbé Valérie

JURY

Président :

Monsieur le Professeur E. WIEL

Assesseurs :

Madame le Professeur F. RICHARD

Monsieur le Professeur P. LEROUGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Y. CAREMELLE

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations utilisées :

- ADMLRM : l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ARM : Assistant de Régulation Médicale
- CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
- CH : Centre Hospitalier
- CHRU : Centre Hospitalier Régional et Universitaire
- CHC : Centre Hospitalier de Cambrai
- CISS : Collectif Inter-associatif Sur la Santé
- CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- CODAMUPS ou CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
- CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
- DG ARS : Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de soins
- HPST (loi) : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
- MMG : Maison Médicale de Garde
- MRS : Missions Régionales de Santé
- MT : Médecin Traitant
- NPDC : Nord Pas De Calais
- PDS : Permanence des Soins
- PDSA : Permanence des Soins Ambulatoires
- RDV : Rendez-Vous
- SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
- SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
La Permanence Des Soins et Maison Médicale de Garde	6
1. La Permanence des soins PDS : Définition	6
2. Cahier des charges de la PDS en France.....	7
3. La PDS en Nord-Pas-De-Calais.....	9
4. La PDS sur les secteurs du Cambrésis	13
5. Le volontariat	18
6. La Maison Médicale de Garde : Définition	19
7. La Maison Médicale de Garde : Cahier des Charges	20
7.1. La localisation de la maison médicale de garde	20
7.2. Modalités de fonctionnement de la Maison médicale de garde	21
Recueil des Patients et Méthodes	23
1. Choix de la méthode	23
2. La population étudiée	24
3. La présentation du questionnaire	25
4. Recueil des données et relances	27
Résultats	28
1. Comptabilisation des réponses	28
2. Caractéristiques de la population	30
2.1. En fonction du sexe	30
2.2. En fonction de l'âge	31
2.3. Age de départ à la retraite	32
3. La Permanence des soins au moment de l'étude	33
3.1. Participation et nombre de gardes	33
3.2. Remplacement et gardes	34
3.3. Satisfaction	35
4. Participation à une éventuelle Maison Médicale de Garde	37
Discussion	40
1. Par rapport à l'inclusion ou non des médecins	41
1.1. Inclusion des médecins.....	41
1.2. Les médecins non inclus	41
1.3. Les limites	42
2. Caractéristiques de la population	43
2.1. Féminisation de la population	43
2.2. Vieillesse des médecins des secteurs du Cambrésis.....	43
2.3. Vieillesse des médecins à l'échelle de la région	45
3. La permanence des soins pour les médecins retraités	46
4. La satisfaction de la permanence des soins actuelle	46
5. Gardes et remplaçant	48
6. La participation à la Maison Médicale de Garde.....	48
7. Les limites du volontariat	50
8. Les conditions requises pour la Maison Médicale de Garde	51

9. La réalité du désert médical dans la région : trouver une solution ...	55
9.1.La démographie médicale en Nord-Pas-De-Calais.....	55
9.2.Points clés constatés à modifier	57
9.3.Les solutions proposées	59
Conclusion.....	60
Références bibliographiques.....	64
Annexes.....	68
Annexe 1 : Logiciel ORDIGARD	68
Annexe 2 : Listing des villages composant les différents secteurs	69
Annexe 3 : questionnaire recto-verso	70
Annexe 4 : mode d'emploi analyse statistique	73

RESUME

Contexte : Le problème démographique de la médecine générale en milieu rural, retentit déjà sur la PDS dans les secteurs du Cambrésis. Cette pénurie de Médecins Généralistes n'est pas corrigée par l'installation de jeunes médecins qui semblent délaisser la médecine générale en milieu rural. Pour répondre en partie à ce problème, la mise en place d'une MMG à Cambrai pourrait être un outil utile à l'amélioration de l'image de la profession, en rendant la Permanence des Soins attractive.

Méthode: Notre étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé par courrier aux 135 médecins généralistes des 6 secteurs de garde de Cambrai et sa périphérie, tels qu'ils sont définis par l'ARS sur le tableau du CDOM. Le questionnaire s'intéressait au vécu qualitatif et quantitatif de la PDS au moment du questionnaire, puis à un éventuel volontariat pour une MMG, en recensant les conditions.

Résultats : 88 médecins m'ont répondu. Début 2015, 58,6% des médecins ont plus de 55 ans. La moitié de ces médecins partira à la retraite avant 2020 et l'autre moitié dans les 8 années suivantes. La participation à la PDS au moment de l'étude (sans MMG) est de 86% des médecins, avec une répartition inégale du nombre de garde d'un secteur à l'autre, mais avec un constat majoritaire pour 54%, d'un nombre d'actes trop faible et pour 43%, d'un secteur trop grand pour les visites. Le remplacement en garde ne concerne que 35% des médecins. 48.8% des médecins se déclarent volontaires à la PDS si une MMG était créée à Cambrai, soit 43 participants, avec des conditions particulières à définir dans le cahier des charges: entrées régulées (76%) ; une charte entre la MMG et les urgences (71%) ; absence de visites (71%) ; des locaux sécurisés (69%) ; absence de consultations de confort (renouvellement, certificats),(67%) ; définir les horaires (57%) ; gérer les

honoraires (52%) ; consulter les droits de sécurité sociale des patients (50%). Ils seraient prêts à être de garde en moyenne 2 samedis par an, 2 dimanches par an, et un soir de semaine par mois.

Conclusion : Une Maison Médicale de Garde à Cambrai serait une réponse adaptée aux attentes des médecins des secteurs du Cambrésis en terme de réorganisation de la PDS. Elle pourrait être un atout supplémentaire à ce secteur rural pour l'attractivité des futurs jeunes médecins et internes, et permettre d'éventuelles installations pour contrer cette démographie médicale en baisse.

INTRODUCTION

La santé est une préoccupation majeure des Français avec le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, engendrant l'augmentation de la consommation médicale et des coûts de santé. Face à eux, les médecins évoluent aussi avec une demande d'amélioration des conditions de travail et de leur qualité de vie personnelle. Au moins jusqu'en 2020, la décroissance de la démographie médicale compromet l'offre de soins en France, particulièrement pour l'exercice ambulatoire. [1]

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a publié en février 2014, la 11^{ème} édition de son rapport annuel sur la permanence des soins (PDS) en médecine générale [2]. Il constate une baisse du volontariat des médecins généralistes pour la participation à la PDS s'expliquant principalement par la démographie de la profession en baisse, par une pyramide des âges inversée, mais aussi par la création de territoires d'affectation trop vastes et une reconnaissance encore insuffisante de cette mission de service public. [3]

Il faut trouver une solution à ce problème en mettant en place un budget suffisant et adapté à la demande d'offre de soins, comme défini par les codes et arrêtés, tout en informant au mieux la population pour optimiser le fonctionnement de la PDS.

Pour ce qui est de la question du désert médical et du problème de la non installation suffisante des jeunes médecins en milieu rural pour pallier à la baisse de la démographie médicale, on peut se pencher sur l'origine de leur formation. En effet, les étudiants en médecine à ce jour ne sont pas orientés vers la médecine libérale en général, notamment en zone rurale [4], mais ont surtout une formation hospitalière. Seul 1/3 se voit passer en stage ambulatoire d'initiation à la médecine générale pour une durée de 8 semaines avant le choix de la spécialité à l'examen national classant. Ensuite, pendant les 3 années d'internat, les futurs généralistes doivent effectuer 2 stages de 2 semestres dans les services hospitaliers contre un seul semestre obligatoire en médecine ambulatoire auprès d'un médecin généraliste.

C'est donc dans ce contexte d'évolution de la démographie médicale vers la pénurie de médecins généralistes, et son retentissement déjà présent sur l'organisation de la Permanence des Soins, que se déroule notre étude dans le Cambrésis en région Haut de France. Le fonctionnement actuel en secteurs de garde, malgré de multiples fusions, sera difficile à maintenir. Se pose ce jour l'intérêt de la création d'une maison médicale de garde à Cambrai, pour que les médecins généralistes concernés trouvent un allègement du tour de garde et une amélioration des conditions de travail en garde, en lien direct avec les urgences.

Les médecins généralistes sont-ils d'accord avec ce mode de fonctionnement des gardes dans la Maison Médicale de Cambrai ? Quels sont leurs prérequis ?

Quel sera le nombre de médecins volontaires pour participer à une permanence de soins en Maison Médicale de Garde? Ce nombre sera-t-il suffisant ?

Quels sont les principaux obstacles ?

Une Maison Médicale de Garde pourrait-elle rendre le Cambrésis attractif pour les jeunes médecins, en faisant venir de jeunes remplaçants sur ce territoire ?

Notre étude concerne tous les médecins généralistes des secteurs du Cambrésis, questionnés sur la période de avril-mai 2015. Elle nous permet de voir, en plus du nombre de médecins susceptibles de participer au tour de garde en Maison Médicale de Garde à Cambrai, leurs exigences face à cette mise en place, et donner un aperçu de la démographie médicale du secteur des prochaines années.

Nos résultats comparés à ceux des publications existantes, pourraient être utiles à l'élaboration d'une évolution future de l'offre de soins dans le secteur du Cambrésis.

LA PERMANENCE DES SOINS ET LA MAISON MÉDICALE DE GARDE

1. La permanence des soins PDS : Définition [5]

La Permanence des Soins se définit 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 programmées exprimées par les patients. Cette notion est à distinguer de l'urgence.

C'est une mission de service public.

L'article 77 du Code de Déontologie Médicale [6] a été modifié par le décret n°2003-881 du 15 SEPTEMBRE 2003. Il édicte que « *Il est du devoir du Médecin de participer à la Permanence des Soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent.* »

Deux décrets sont parus les 15 SEPTEMBRE 2003 et 7 AVRIL 2005 relatifs aux modalités d'organisation de la Permanence des soins et aux conditions de participation de cette permanence. Ces décrets insèrent dans le Code de la Santé Publique les articles R 730 à R 736 [7] qui organisent la PDS.

Enfin, l'avenant n°3 à la Convention Nationale, conclu le 14 AVRIL 2005, a été approuvé par arrêté du 26 MAI 2005. Il fixe les modalités de rémunération. La rémunération perçue au titre de la permanence des soins exercée en application de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique [7] par les médecins ou leurs remplaçants installés dans une zone urbaine ou rurale déficitaire en offre de soins

est exonérée de l'impôt sur le revenu à hauteur de soixante jours de permanence par an. Ceci s'applique sur la rémunération de l'astreinte et les majorations spécifiques des actes

Désormais, la Permanence des Soins des Médecins Généralistes est fondée sur **le volontariat**, bénéficie d'**une régulation**. L'**amplitude** de la permanence de nuit n'est pas obligatoirement de 20 Heures à 8 heures du matin ; les secteurs de garde sont appelés à être modifiés selon les besoins de la population et le nombre de Médecins volontaires. L'organisation pratique est rappelée aux articles R 730 à R 736 du Code de la Santé Publique [7].

2. Cahier des charges de la PDS en France [8] :

Ses principes régionaux définissent des priorités d'actions, ensuite déclinées au niveau départemental.

Le cahier des charges précise **les modalités d'organisation de la PDSA** : gouvernance, régulation téléphonique des appels, description des territoires de permanence de PDSA, répartition des gardes et localisation des lieux fixes de consultation, rémunérations forfaitaires des médecins participant à la PDSA, dispositif de suivi et d'évaluation, actions de communication.

Le cahier des charges régional, opposable à tout professionnel participant au dispositif, est le résultat d'une **concertation préalable approfondie** notamment avec les partenaires représentant les médecins libéraux et les SAMU-C15.

Son adoption est réglementairement soumise à l'avis de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), à la commission spécialisée de l'organisation

des soins de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et à l'ensemble des COmités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) de la région. Les dispositions départementales du cahier des charges sont en outre soumises à la consultation des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) et de préfets des départements concernés.

- Au niveau régional,

Un comité de pilotage régional composé de tous les acteurs impliqués dans la PDSA (des représentants des usagers, des collectivités territoriales et de l'Assurance maladie) sera en charge du suivi et de l'évaluation du dispositif au niveau régional, pour l'effectif et la régulation.

- Au niveau départemental

Un comité médical territorial de la gouvernance médicale composé de façon paritaire de membres du secteur public et libéral dont le rôle est le suivi et l'évaluation du fonctionnement de la régulation médicale. Ce comité est présidé alternativement chaque année, par un représentant de l'Association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la PDSA (ADMLRM-PDSA) ou par un représentant du SAMU-C15.

L'Agence Régionale de la Santé (ARS) entend promouvoir les Centres de Réception et de Régulation des Appels : le CRRA-C15 pendant les horaires de la PDSA, en tant que « Maison commune » de la régulation médicale, assurée par les médecins libéraux et les médecins hospitaliers.

On parle de plus en plus de « territoires » de permanence des soins qui organisent le cadre de l'effectif plutôt que de « secteurs ». Ils sont définis géographiquement par une liste de communes et couvrent l'ensemble de la région. Leurs nombres et leur périmètre peuvent varier selon les plages horaires et selon les périodes de l'année.

Le cahier des charges régional de la PDSA peut indiquer pour un territoire de la PDS, l'intervention d'un ou plusieurs effecteurs et un forfait pour chacun d'entre eux. Il est désormais possible de définir le nombre d'effecteurs en fonction des besoins de soins constatés, de la taille du territoire et des modalités de permanence retenues. (La règle conventionnelle "**un secteur = un effecteur = un forfait**" n'a pas été reconduite par la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire (HPST)). Ainsi les modalités de réponse (consultations en points fixes de garde ou visites) peuvent varier ou coexister selon les territoires et les plages horaires : elles sont fixées dans les déclinaisons territoriales du cahier des charges régional.

L'accès au médecin de garde se fait **après régularisation téléphonique** médicale préalable. Elle permet d'orienter chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert.

3. La PDS en Nord-Pas-De-Calais [9]

Le cahier des charges fixe les principes de son organisation. Le contenu résulte des orientations stratégiques arrêtées suite à une concertation régionale. Ces orientations s'inscrivent dans le cadre du 4ème levier du Projet Régional de Santé [10] : « mieux organiser la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés » et fait partie de l'axe stratégique du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

(SROS): « Assurer un maillage territorial qui permet la gradation, l'efficacité et la qualité des soins » dont elles constituent l'objectif opérationnel : « Optimiser la permanence des soins ambulatoires sur chaque territoire ». Les orientations de la PDSA sont également articulées avec la thématique « Urgences » du SROS.

Chaque département est découpé en secteurs de garde, 57 dans le Pas de Calais et 96 dans le Nord. [11]

Dans chaque secteur, un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois. Chaque Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins est responsable de la mise en œuvre du tableau de garde pour tous les secteurs de son département. Ce tableau réalisé par un médecin responsable est transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre au Conseil Départemental de l'Ordre qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice. Au plus tard 10 jours avant la mise en œuvre, le tableau est transmis par le Conseil de l'Ordre des Médecins au Directeur Général de l'ARS, au Préfet de département, aux SAMU, aux médecins, aux associations concernées et aux CPAM. Pour chaque secteur de garde est identifié un médecin volontaire qui réalise son astreinte soit à son cabinet, soit au sein d'une maison médicale de garde (dans ce dernier cas, uniquement de 20 heures à 24 heures).

Pour notre région NPDC, les tableaux de garde sont établis sous l'égide des CDOM, sur le logiciel de gestion ORDIGARD (Annexe 1) selon la convention entre la CNAMTS et le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

- Les horaires

Les horaires de la permanence des soins sur les secteurs de garde dans les départements du Nord et du Pas-De-Calais : *article R 6315-1[12]* sont

- en semaine de 20h à 24h
- Le samedi de 12h à 24h
- Les dimanches et les jours fériés de 8h à 24h
- Le lundi (8h-24h) lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi (8h-24h) lorsqu'ils suivent un jour férié.

En nuit profonde, c'est-à-dire entre minuit et 8h le lendemain, la demande de soins de la population est réelle et doit trouver la réponse la plus qualitative possible, mais l'organisation de la prise en charge s'avère plus complexe à mettre en œuvre.

Le nombre de médecins libéraux volontaires est faible (ils reprennent leur activité au cabinet le lendemain matin et cessent leur garde à minuit au plus tard) ; les patients sont plus réticents à se déplacer au milieu de la nuit, surtout s'ils doivent se rendre dans un secteur de garde éloigné et/ou s'ils n'ont pas de moyen de locomotion.

Par ailleurs, le nombre d'astreintes versées au regard de l'activité de chacun des médecins de garde (environ une quinzaine d'actes par nuit pour toute la région) rend cette organisation particulièrement coûteuse. Il apparaît souhaitable de transférer au secteur hospitalier l'effectif en nuit profonde en semaine. L'effectif hospitalière prendra alors le relais de l'effectif libérale. Compte tenu du nombre limité d'actes, le report de l'effectif libérale sur les services d'urgence hospitaliers sera quantitativement très limité.

- Les Modalités d'exercices

Le médecin de garde doit pouvoir être joint pendant toute la durée de l'astreinte par le médecin régulateur. (article R.4127-78) [13] Les médecins de garde doivent assurer un nombre minimum d'heures d'ouverture de leur cabinet pendant la garde, l'objectif étant de garantir l'accès à un médecin durant l'intégralité des plages horaires de la PDSA.

La réponse au patient se fait en priorité par consultation à la Maison Médicale de Garde quand il y en a une, par consultation au cabinet du médecin de garde, dans un point fixe de consultation et, si cela se justifie médicalement, par une visite à domicile.

Les examens de médecine légale sur réquisition judiciaire de rentrent pas dans le champ de la permanence des soins ambulatoires.

- La régularisation médicale

Elle est assurée dans la région par deux centres départementaux de régulation libérale situés dans les locaux des SAMU du Nord (CHRU) et du Pas-De-Calais (CH Arras). Chacun de ces centres dispose d'un numéro téléphonique dédié intitulé « **Médi'ligne** » : le 03.20.33.20.33 pour le Nord et le 03.21.71.33.33 pour le Pas-De-Calais. Lorsque une personne compose le n° de téléphone « **Médi'ligne** », une équipe composée d'Assistants de Régulation Médicale (ARM) et de Médecins régulateurs libéraux va décider de la réponse adaptée à la demande de soins, qui peut être :

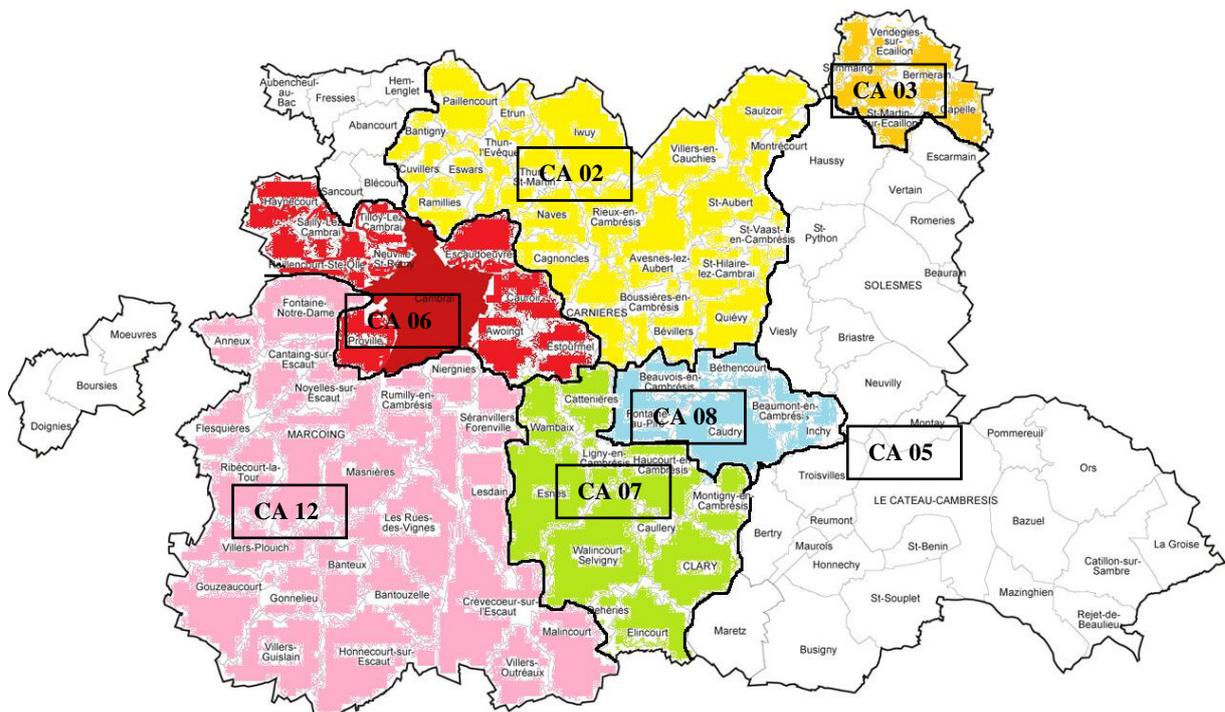
- le renvoi de l'appel vers le régulateur du centre 15,
- l'orientation du patient vers un point fixe de consultation dispensant des soins non programmés (cabinet du médecin de garde, maison

- médicale de garde, urgences de l'hôpital le plus proche),
- le déclenchement de l'intervention du médecin de garde en visite domicile,
- un conseil médical,
- une prescription téléphonique

4. La PDS sur les secteurs du Cambrésis

La démographie médicale préoccupante dans le Cambrésis, doit être prise en compte pour l'élaboration du cahier des charges. [14]. En effet, les exemptions et départs en retraite liés au vieillissement du corps médical et le faible taux d'installation tendent à raréfier à court terme le nombre de médecins volontaires pour assurer la permanence des soins.

Image 1 : Cartographie des secteurs de Cambrai



A chaque secteur est réparti un certain nombre de villages selon le listing de l'Annexe 2.

A ce jour (mai 2015), chaque secteur a son mode de fonctionnement propre :

- Pour le Secteur CA 02 : Avesnes-les-Aubert :

Le Tour de garde est basé sur l'égalité entre tous. Tous les médecins sont concernés sauf ceux qui bénéficient d'une exemption de l'ordre ou qui ont refusé de s'intégrer (un cas). Ils n'assurent pas la nuit profonde. Ils ne font pas de garde pour les ponts entre fêtes et jours fériés. La répartition des jours fériés se fait par ordre alphabétique sauf Noël et Nouvel An qui bénéficient d'une répartition différente afin que personne ne soit pénalisé. La répartition des soirs de semaine (20h - 24h) se fait selon les préférences de chacun. Chaque médecin a sa liberté d'exercice dans les horaires, les visites à domicile et les remplacements.

- Pour le Secteur CA 03 : Bermerain :

Ils organisent leur propre tour de garde entre les 6 médecins du secteur. Ils travaillent avec la régulation de Lille. Mais celle-ci leur adresse peu de patients du secteur. Ils sont souvent adressés dans les maisons médicales, principalement Valenciennes.

- Pour le secteur CA 05 : Le Cateau-Cambrésis :

Il fonctionne avec une Maison Médicale de Garde à Le Cateau-Cambrésis. Il existe une convention de mise à disposition d'un local pour le fonctionnement d'une maison médicale au sein du centre hospitalier de Le Cateau-Cambrésis qui détaille, au même titre qu'un cahier des charges, son fonctionnement et ses règles.

- Pour le secteur CA 06 : Cambrai :

Il est organisé en association Loi 1901 depuis une vingtaine d'années environ. Jusqu'à il y a quelques années, la relative abondance des médecins généralistes a permis aux plus anciens d'être dispensés de garde. La pénurie s'installant, il a fallu à grands remous arrêter ce privilège. En contrepartie, les gardes se sont simplifiées, passant de 2 tableaux de garde (un médecin en visite, l'autre en consultation à son cabinet) à un seul tableau de garde. Il a même fallu faire appel aux généralistes à activité spéciale (homéopathes, acupuncteurs, ...). Tout le monde est donc censé participer aux répartitions de gardes, pourvu qu'il soit installé dans le territoire de garde en médecine générale, et qu'il ne soit pas officiellement exempté par l'Ordre. Les médecins se répartissent par semestre les samedis, les dimanches, les jours fériés, les ponts et les jours spéciaux non fériés (exemple 25/12), en changeant l'ordre de priorité de choix d'une réunion à l'autre (Changement organisé selon un calendrier immuable pour ne pas faire de jaloux). En cas de candidats multiples pour une même date de garde, la priorité est donnée à celui qui a choisi le moins de gardes. Les éventuelles dates laissées libres sont réparties d'office et au hasard, entre les médecins (présents ou absents, représentés ou non) ayant choisi le moins de gardes. Les soirées de garde sont quant à elle réparties par ordre alphabétique des "volontaires" inscrits au tableau et non exemptés. Une fois désigné pour une garde, le médecin reste responsable de sa date de garde, sauf s'il trouve un candidat pour l'échanger ou la reprendre. A partir de là, il garde l'entière liberté de l'organisation de sa permanence de soins : ses horaires de présence, la régulation, les visites, le lieu de consultation, les modalités de paiement.

- Pour le secteur CA 07 : Clary :

Le tour de garde est régulé par le 03.20.33.20.33 pour le confort des médecins, sans réel cahier des charges, mais une demande a été faite pour une mise à disposition de la MMG d'un véhicule léger et un chauffeur pour les visites incompressibles en milieu rural (transport du médecin ou du patient).

- Pour le secteur CA 08 : Caudry :

Le tour de garde fonctionne sur le volontariat des médecins. Dans les 6 mois avant une répartition, le coordonnateur du secteur récolte les volontés des différents médecins en ce qui concerne leurs disponibilités, leurs préférences, de soir en semaine, leurs vacances. Selon ces requêtes, il répartit les gardes grâce à un outil informatique GARDIAN, et renvoie le planning aux médecins avant la répartition. Le tableau de garde a longtemps été complet jusqu'à l'année dernière où des médecins sont partis de ce tour de garde. Ils sont passés de 18 médecins à 8 pour le tableau qui s'est trouvé incomplet. Au cours de sa garde, le médecin a le choix de son mode d'exercice : en cabinet, en visite ou mixte, restant joignable par la régulation. Il n'est pas rare que des patients du secteur de Cambrai consultent le médecin de garde de ce secteur, et inversement. Vu le rapprochement géographique, certains patients, par proximité, vont directement consulter en MMG à Le Cateau-Cambrésis.

- Pour le secteur CA 12 : Gouzeaucourt :

Le secteur, tel qu'il existe aujourd'hui (2015), résulte de deux fusions. L'une en 2005 en raison de départs en retraite qui rendaient alors les gardes trop fréquentes. L'autre en 2010, en raison à nouveau de départs en retraite mais aussi d'un décès. Depuis 2005, les gardes sont régulées. La participation aux gardes se fait sur le

volontariat. En 2015, le secteur comptait 19 volontaires, 3 non volontaires et 1 exempté. Les médecins n'assurent plus la période 0h00-08h00 depuis que cette plage n'est plus indemnisée par l'ARS. Les médecins participant à la PDS sont regroupés en association loi 1901 : « Association des Médecins du Haut Escaut ». D'un commun accord entre tous les médecins, ces derniers estiment que la permanence des soins reste basée sur le volontariat, mais que plus il y aura de monde à être volontaire, moins les gardes seront pénibles pour les autres. Ils admettent aussi le principe qu'un médecin qui a atteint l'âge de la retraite ne soit plus inclus dans le tour de garde, même s'il est encore en activité. L'ensemble des 19 médecins se réunit tous les quatre à cinq mois pour établir le planning de garde des six mois à venir. Le coordinateur du tour de garde établit à l'avance le planning des semaines, en imputant à chaque médecin le même nombre de gardes. Le tableau est alors envoyé à tous les médecins une semaine à 10 jours avant la réunion de répartition. Lors de la réunion du tour de garde, les médecins choisissent, en levant la main, le week-end qu'ils souhaitent faire. Après la répartition de week-end, les médecins procèdent aux échanges des gardes de semaine qui ne conviennent pas. Lorsque les fêtes de Noël et de Nouvel An interviennent dans la répartition, ce sont ces dates qui sont réparties en premier, toujours basées sur le volontariat. Ces gardes sont toujours pourvues.

5. Le volontariat

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

La permanence des soins est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de permanence des soins.

Elle peut également être exercée par tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique, et dont la capacité a été attestée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Le CDOM peut exempter certains médecins de leur obligation déontologique de participation à la PDSA, pour tenir compte de l'âge et de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercices de ces médecins. Le Directeur Général de l'ARS et le Préfet sont destinataires de cette liste.

En cas d'incomplétude du tableau de garde, le CDOM sollicite l'avis de l'Union Régionale des Professionnels de Santé représentant les médecins, des représentants des centres de santé au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Si ses démarches ne permettent pas de compléter le tableau, le CDOM transmet un rapport au Directeur Général de l'ARS accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA. Ces éléments sont transmis par le Directeur Général de l'ARS au Préfet de département afin que celui-ci procède, le cas échéant, aux réquisitions nécessaires. Dans le cadre de la permanence des soins, la réquisition est une procédure écrite, sur injonction du

Préfet, utilisée pour contraindre les grévistes à reprendre leur travail (ce qui diffère des lois sur le service minimum). Elle est Impérative, sous peine de poursuites. [15]

6. La Maison Médicale de garde : Définition [16]

Une Maison Médicale de Garde (MMG) se définit comme un lieu fixe et déterminé pour les consultations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultations médicales non programmées. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé (MRS). La MMG s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du SROS dans ce domaine.

Il est souhaitable que l'accès à la MMG puisse être en grande partie médicalement régulé. La MMG, à l'instar des autres acteurs territoriaux de la prise en charge non programmée, pourra également participer au réseau des urgences défini à l'article R. 6123-26 [16]. La MMG devra signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respectives proposées à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures. Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) devra veiller à l'établissement de cette convention avec les acteurs du réseau d'urgence.

Il appartient à la MRS, après consultation notamment du conseil régional de l'ordre des médecins, de faire part à chacun des préfets des départements concernés de propositions concernant les lieux d'implantations souhaitables des MMG. Le préfet transmettra ces propositions au CODAMUPS-TS.

Ces propositions seront prises en compte pour le découpage de la sectorisation de la permanence des soins et permettront d'intégrer les MMG dans le cahier des charges départemental de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Les MRS ont également une fonction de veille et d'aide au montage des projets de MMG concernant la localisation, le mode de fonctionnement et le coût. Elles doivent avoir un rôle de facilitateur.

7. La Maison Médicale de garde : Cahier des charges [16 ; 17]

7.1. La localisation de la maison médicale de garde

C'est une des mentions obligatoires de la convention avec la Mission Régionale de Santé :

- Dans une enceinte hospitalière mieux intégrée ou contiguë d'une structure d'urgence ; à défaut en milieu rural de préférence au sein d'un hôpital local ou à défaut d'un EHPAD ou une maison de retraite ;

- Contiguë ou proche d'autres structures effectuant une permanence (pompiers, police, gardiennage), pour des raisons de sécurité ou située dans les centres de santé en zone urbaine isolée ;

Quelle que soit la localisation retenue, les locaux peuvent être partagés en journée avec d'autres structures ou être affectés à une autre utilisation.

Il faut s'assurer d'une continuité possible avec les pharmacies de garde dans la délivrance des médicaments éventuels.

7.2. Modalités de fonctionnement de la Maison médicale de garde

- Amplitude horaire :

La MMG est **ouverte pendant les horaires de PDS**, fixés dans le cahier des charges départemental arrêté par le préfet (art. R. 6315-6 CSP). Une restriction de l'activité de la MMG peut donc s'effectuer, compte tenu des besoins constatés et en fonction de l'offre hospitalière disponible et des situations locales. La MMG est ainsi prioritairement ouverte sur la plage horaire 20 h-24 h en semaine, le dimanche et les jours fériés, ainsi que sur le samedi après-midi, lorsqu'un dispositif de permanence des soins est mis en place sur cette plage horaire par le préfet suivant les besoins locaux. Toutefois, compte tenu des besoins constatés, l'ouverture de la structure peut être circonscrite aux samedis après-midi, dimanches et jours fériés.

La référence à des afflux saisonniers ou à une crise sanitaire doit être abordée dans le cahier des charges de la MMG. Il peut conduire à modifier les horaires d'ouverture ou à renforcer la présence médicale à la MMG.

- Modalités d'accès :

L'accès de la MMG doit être de préférence **régulé** préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R. 6315-3 CSP. Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel. Un accès direct peut toutefois être accepté au vu

de la situation locale. Si la MMG dispose d'un numéro propre, une interconnexion est mise en place avec le centre 15 et un protocole d'utilisation de ce numéro spécifique est élaboré pour garantir une communication claire autour du dispositif général de la PDS.

- Les intervenants :

Un **nombre minimum de médecins** installés est nécessaire à la cohérence d'ensemble. L'effectif sur lequel fonctionne la MMG ne doit donc pas être uniquement constitué de remplaçants. Par contre, les MMG peuvent être des terrains de stage pour les étudiants en médecine. Par ailleurs, des médecins d'autres secteurs proches doivent pouvoir participer à la MMG et leur participation doit être identifiée.

- Les modalités de mise en œuvre du tiers payant :

Les modalités de paiement des usagers au sein de la MMG doivent s'effectuer selon le tiers payant lorsque l'accès à la MMG a fait l'objet d'une régulation.

Une attention particulière sur la situation existante localement est requise sur ce point. La convention médicale du 12 janvier 2005 (art.4.1.3.3) renvoie, en effet, à la conclusion d'accords locaux pour la mise en place des formes de dispense d'avance des frais non inscrites dans la convention nationale, notamment pour les actes d'urgence ou pour les cas médicaux non programmés ou pour les soins destinés aux patients en situation de précarité.

RECUEIL DES PATIENTS ET MÉTHODE

1. Choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale.

Elle passera par un questionnaire adressé à tous les médecins généralistes des secteurs du Cambrésis concernés par le tour de garde, tels qu'ils sont définis par l'ARS. Le secteur CA 05 Le Cateau-Cambrésis est exclu, puisqu'il dispose déjà d'une MMG.

Cette méthode a été discutée au cours d'une réunion des coordonnateurs de secteurs de gardes du Cambrésis, à l'hôpital de Cambrai avec un représentant de l'ordre, un représentant de la communauté d'agglomération de Cambrai, le Dr CAPON, responsable de la MMG de Le Cateau-Cambrésis, le Dr PAMART, médecin chef des urgences de Cambrai, le Dr LUCAS, médecin chef des urgences de Le Cateau-Cambrésis, le Dr CAREMELLE (mon directeur de thèse), très impliqué dans l'organisation de la Médecine Générale sur le Cambrésis, et enfin M LEGROS, directeur du CH de Cambrai.

L'objet de l'enquête porte sur la possibilité de mise en place d'une maison médicale de garde à Cambrai.

Elle a pour objectif principal de définir les freins éventuels des médecins généralistes du Cambrésis à la mise en place d'une MMG à Cambrai. L'objectif secondaire est de voir si le nombre de médecins volontaires pour participer aux gardes dans une éventuelle MMG à Cambrai est suffisant, au vu de l'évolution de la démographie médicale.

Le questionnaire a été travaillé au cours d'une réunion entre les coordonnateurs de secteur afin d'en vérifier la pertinence du contenu, l'exhaustivité et la compréhension des questions. Il contient des questions fermées qui permettent de collecter des réponses rapides, et des faits précis. Les résultats sont directement quantifiables.

2. La population étudiée

Celle-ci comprend tous les médecins généralistes des secteurs du Cambrésis (à l'exception de Le Cateau-Cambrésis) concernés par le tour de garde, tels qu'ils sont définis par l'ARS. La liste et leurs adresses ont été recueillies auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord par mon directeur de thèse en tant qu'investigateur du tour de garde. J'ai complété cette liste en me référant à mes recherches sur les pages jaunes et le listing du laboratoire d'analyses médicales de Cambrai (OXABIO) pour mettre la liste à jour.

Ce listing comprend les secteurs suivants:

- CA 02 Avesnes-les-Aubert avec 29 médecins dont 5 ne participent pas à la PDS,
- CA03 Bermerain avec 6 médecins dont 1 ne participe pas à la PDS,
- CA06 Cambrai avec 48 médecins qui participent tous à la PDS,
- CA07 Clary avec 7 médecins qui participent tous à la PDS,
- CA08 Caudry avec 18 médecins dont 1 ne participe pas à la PDS,
- CA12 Gouzeaucourt avec 27 médecins dont 2 ne participent pas à la PDS

Soit un total de 135 médecins.

Cet ensemble de secteurs correspond à un périmètre de 90 km² et un rayon moyen de 16 km.

Nous avons choisi d'exclure le secteur CA 05 Le Cateau-Cambrésis avec leurs 36 médecins, car ceux-ci fonctionnent déjà en MMG.

3. La présentation du questionnaire : (Annexe 3)

Celui-ci a été travaillé par étape.

Une première rédaction a été faite avec mon directeur de thèse.

Ensuite, nous avons programmé le 05/02/15 une réunion avec l'ensemble des coordonnateurs de secteur du Cambrésis gérant les tours de Garde. Nous l'avons relu, modifié et complété avec les requêtes identifiées des médecins généralistes participant aux gardes, pour le rendre exhaustif et compréhensible.

Enfin une rencontre avec des statisticiens m'a permis d'ajuster les questions de façon à les rendre interprétables d'un point de vue statistique.

Ce questionnaire contient le numéro de secteur, l'âge des médecins et la fin prévue de leur activité libérale pour donner une idée de l'effectif futur ; des informations sur la PDS actuelle : si les médecins y participent ou non, avec le nombre de gardes et d'actes effectués et leurs satisfactions ; ainsi que leur intention de participation à une maison médicale de garde de Cambrai avec leurs conditions d'exercice et le nombre de gardes envisagées.

La question de l'anonymat a été discutée. En effet, dans le cadre des relances de mon questionnaire et pour le planning des gardes de la MMG après le projet de thèse, les coordonnateurs de secteur auraient besoin de connaître le nom des effecteurs potentiels. Mais pour la simplicité et une meilleure fiabilité des réponses, un anonymat a été choisi. Cela compliquera juste les relances où, ne sachant pas qui a répondu, il faudra faire des relances téléphoniques globales.

L'envoi du questionnaire a été réalisé par le laboratoire d'analyses médicales OXABIO, travaillant sur le secteur. Chaque médecin a reçu par courrier une enveloppe contenant une lettre explicative, le questionnaire et l'enveloppe pré-timbrée pour le renvoi.

Le questionnaire a été envoyé le 14 avril 2015.

4. Recueil des données et relances

Les premières réponses sont arrivées le 18 avril 2015.

Une relance téléphonique générale a été réalisée le 28 avril, une seconde le 11 mai et une dernière le 27 mai 2015. Ceci nous a permis de recueillir un maximum de réponses, définissant le nombre de répondants ; ce N devant être le plus proche du nombre total de médecins du secteur N (notre population).

Le recueil des données s'est donc effectué sur une période de 3 mois.

Les réponses aux questionnaires ont été insérées au fur et à mesure dans un tableur statistique pré-établi avec une équipe de statisticiens pour être par la suite analysées.

Une analyse statistique descriptive a été réalisée. Nous avons utilisé le logiciel R (R: A language and environment for statistical computing.) version 3.1.3. Annexe 4.

RÉSULTATS

1. Comptabilisation des réponses

Notre étude a donc été réalisée auprès des 135 médecins des secteurs de garde du Cambrésis interrogés, définissant N, sur la période avril-mai 2015.

Sur les 135 questionnaires envoyés:

- 88 médecins m'ont répondu, définissant n après les 3 relances (n0=6 sans relance ; n1=73 après une relance ; n2=81 après deuxième relance ; n=88 après les trois relances), soit un taux de répondant de 65.18%.
- 14 médecins ont refusé par manque de temps ou car non intéressé (réponse exprimée lors de la relance téléphonique),
- 6 médecins n'ont pas répondu car ils sont à la retraite,
- 27 médecins n'ont pas répondu malgré 3 relances téléphoniques.

Par secteur:

- 6 médecins sur 6 (100%) ont répondu pour le CA 03 Bermerain soit 7% de l'effectif des répondants (IC à 95% [2.8-14.81]),
- 13 médecins sur les 29 (45%) ont répondu pour le CA02 Avesnes-les Aubert soit 15% de l'effectif des répondants (IC à 95% [8.41-24.3]),

- 29 médecins sur 48 (60%) ont répondu pour le CA 06 Cambrai soit 33% de l'effectif des répondants (IC à 95% [23.52-43.89]),
- 6 médecins sur 6 (100%) ont répondu pour le CA 07 Clary soit 7% de l'effectif des répondants (IC à 95% [2.8-14.81]),
- 13 médecins sur 18 (72%) ont répondu pour le CA 08 Caudry soit 15% de l'effectif des répondants (IC à 95% [8.41-24.3])
- 21 médecins sur 27 (78%) ont répondu pour le CA 12 Gouzeaucourt soit 24% de l'effectif des répondants (IC à 95% [15.7-34.35]).

Tableau 1 : Taux de répondants par secteur sur la population N et sur la population du secteur

Secteur	Effectif	Pourcentage des répondants N	IC à 95%	Pourcentage des répondants sur le secteur
CA 12 Gouzeaucourt	21	24	[15.7-34.35]	74
CA 02 Av-les-Aubert	13	15	[8.41-24.3]	44.8
CA 03 Bermerain	6	7	[2.8-14.81]	100
CA 06 Cambrai	29	33	[23.52-43.89]	60.4
CA 07 Clary	6	7	[2.8-14.81]	100
CA 08 Caudry	13	15	[8.41-24.3]	72.2
Total. Validés	88	100	-	

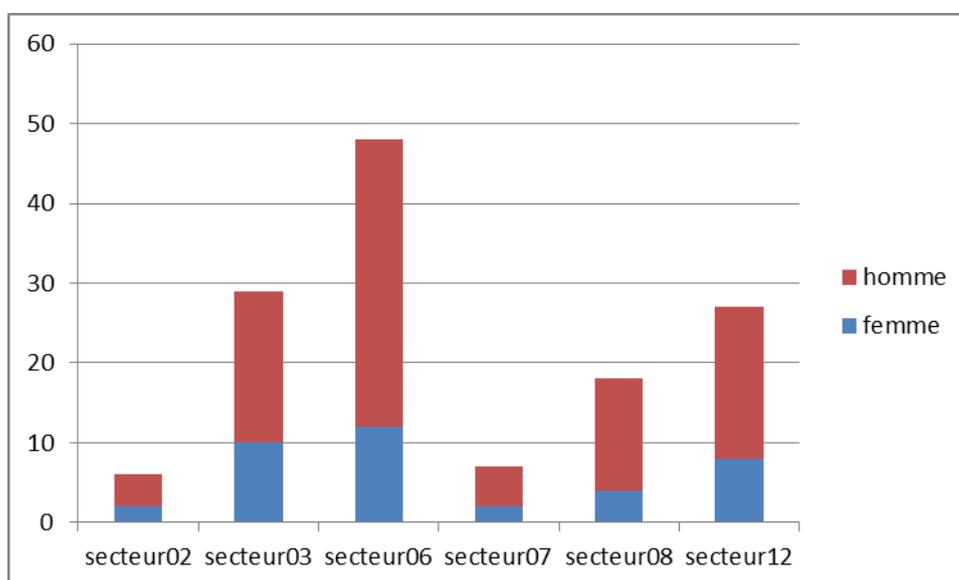
2. Caractéristiques de la population

2.1. En fonction du sexe

Le sex-ratio H/F est de 2.55 soit 38 femmes pour 97 hommes, reparti par secteur de la façon suivante :

- 2 femmes pour 4 hommes pour le CA 03 Bermerain
- 10 femmes pour 19 hommes pour le CA 02 Avesnes-les-Aubert
- 12 femmes pour 36 hommes pour le CA 06 Cambrai
- 2 femmes pour 4 hommes pour le CA 07 Clary
- 4 femmes pour 14 hommes pour le CA 08 Caudry
- 8 femmes pour 19 hommes pour le CA 12 Gouzeaucourt

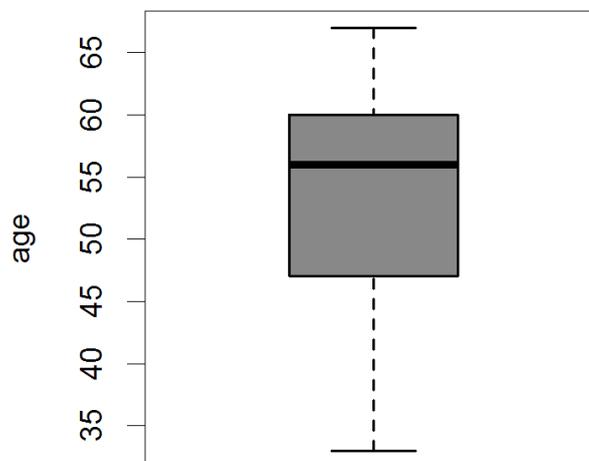
Graphique 1 : répartition de la population en fonction du sexe par secteur



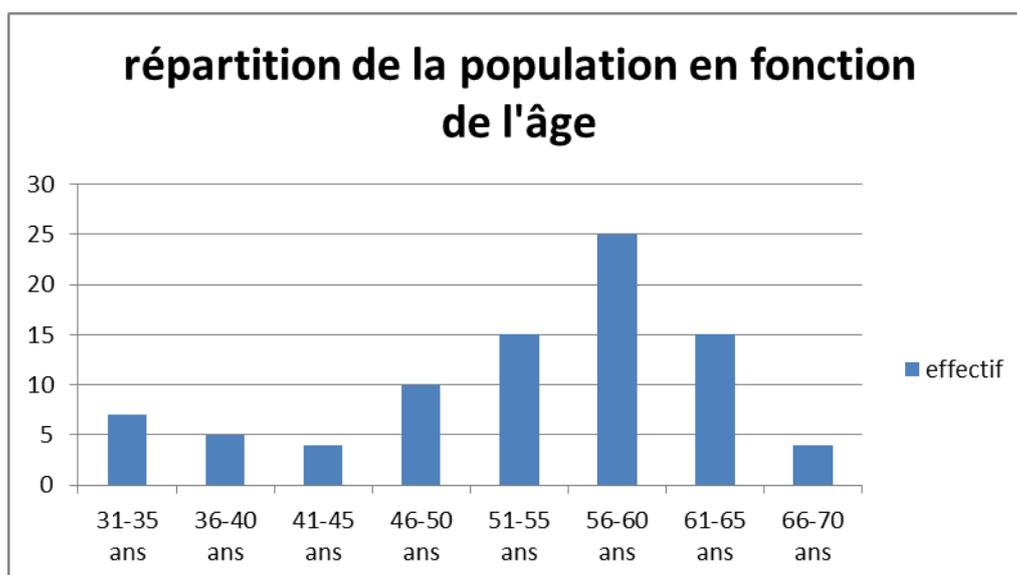
2.2. En fonction de l'âge

L'âge est réparti de 33 à 67 ans selon les représentations suivantes : La médiane de la population se retrouve à 56 ans. Plus de la moitié des médecins, 58.6%, se retrouve dans la tranche des plus de 55 ans.

Image 2 : boîte à moustache de la répartition de l'âge des médecins



Graphique 2 : Répartition des médecins en fonction de l'âge



2.3. Age de départ à la retraite

L'année moyenne de départ à la retraite se retrouvera en 2025 soit dans un peu moins de 10 ans.

En reprenant notre chiffre précédent, 58,6% pour les plus de 55 ans, les départs à la retraite avant 2028 sont répartis de la manière suivante: 50% avant 2020 et 50% dans les 8 années suivantes.

Tableau 2 : Année de départ à la retraite de l'ensemble des médecins N

	valeur
Effectif répondants	73
Moyenne	2025.822
IC 95%	[2023.613 ; 2028.03]
Quartile 1	2018
Médiane	2024
Quartile 3	2031

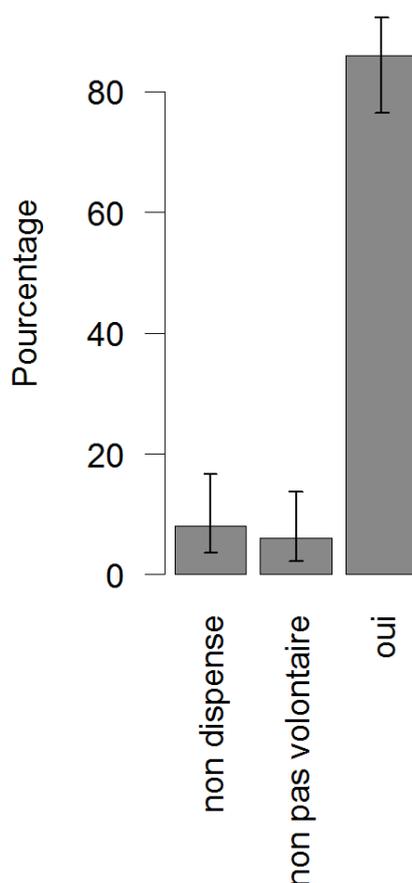
Sur les futurs retraités, nous ne pourrons compter que sur 6% d'entre eux, soit 5 médecins, pour poursuivre l'activité de garde à la retraite.

3. La Permanence des soins au moment de l'étude

3.1. Participation et nombre de gardes

Le taux de participation actuelle à la permanence des soins en général est de 86% (IC 95% [76.5-92.27]), contre 8% (IC 95% [3.61-16.58]) pour les dispensés et 6% (IC 95% [2.16-13.65]) pour les non volontaires.

Graphique 3 : taux de participation à la PDS actuelle en pourcentage



La répartition du nombre de gardes est en moyenne de :

- 1 à 2 gardes de semaine, chaque mois ;
- 4 à 5 Samedis par an ;
- 3 à 4 WE par an.

La répartition du nombre d'actes est en moyenne de :

- 1 acte et 1 visite par garde, en semaine ;
- 7 actes et 2 visites par garde, de WE.

Cependant, la répartition est très inégale par secteur, avec un nombre plus important pour les secteurs 03 Bermerain et 07 Clary qui sont en petits effectifs.

Tableau 3 : Répartition du nombre de gardes par secteur

secteur	CA 02 Av-les-Aubert	CA 03 Bermerain	CA 06 Cambrai	CA 07 Clary	CA 08 Caudry	CA 12 Gouzeaucourt
nb Gardes sem/mois	0,89	4,2	1,11	3,5	2,1	1,53
nb Gardes Samedis/an	2,89	10	2,91	8,33	4,73	4
nb Gardes Dimanches et fériés/an	2,89	10,17	1,78	8,8	5	4

3.2. Remplacements et gardes

Pour ce qui est de la question des gardes remplacées en général :

- 5% (IC 95% [2.5-7.3]) déclarent qu'elles le sont systématiquement
- 30% (IC 95% [19.95-41.64]) déclarent qu'elles le sont parfois
- 65% (IC 95% [52.82-75.36]) déclarent ne jamais se faire remplacer

3.3. Satisfaction

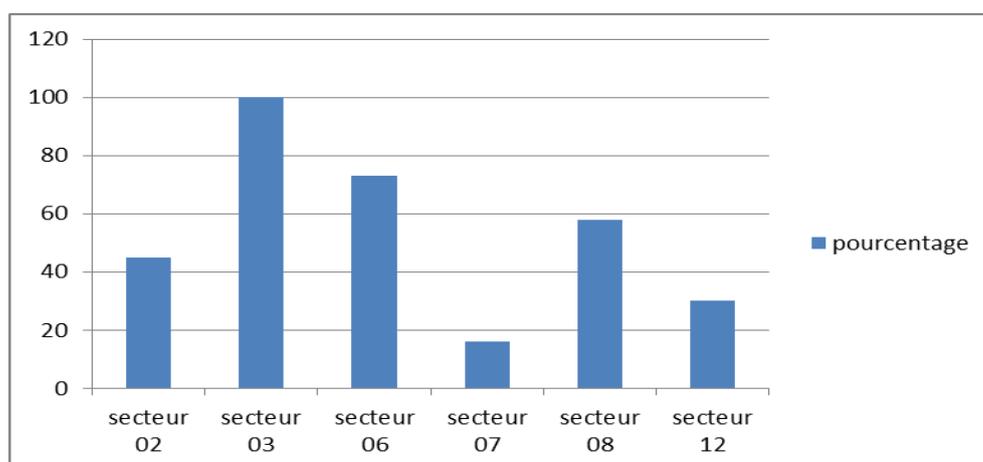
Pour ce qui est du taux de satisfaction actuelle globale, une majorité limitée des médecins est plutôt satisfaite de la PDS actuelle avec 54% (IC 95% [42.3-64.84]).

Voici une répartition selon les secteurs du taux de satisfaction.

Tableau 4 : Taux de satisfaction par secteur

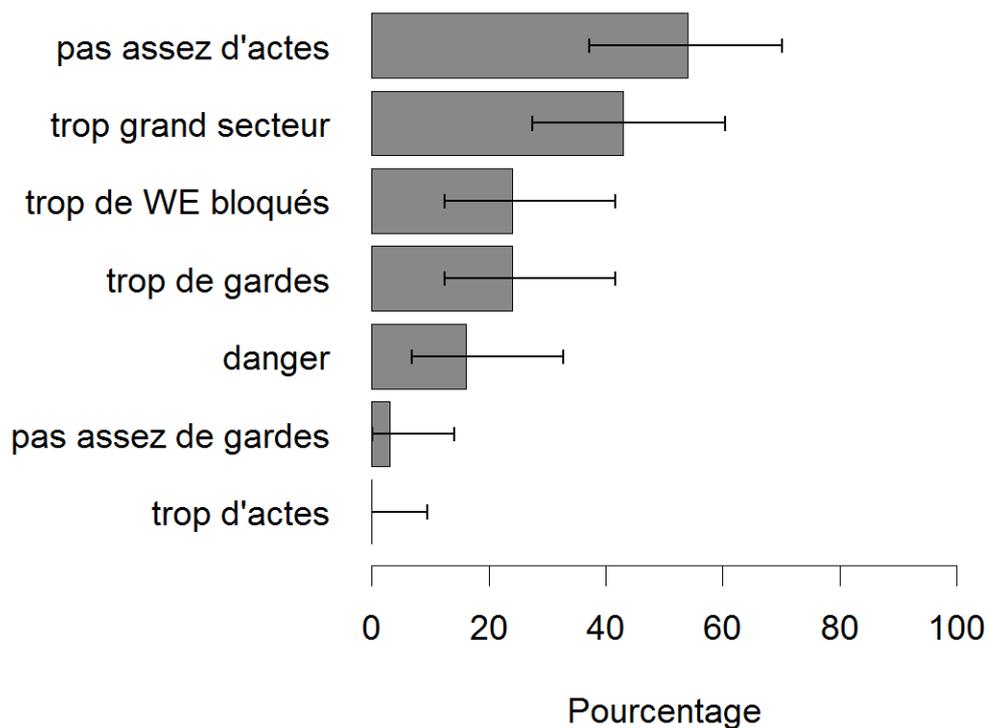
secteur	satisfaction	Nb répondants	Pourcentage %
CA 02 Av-les-Aubert	5	11	45,5
CA 03 Bermerain	6	6	100
CA 06 Cambrai	19	26	73,1
CA 07 Clary	1	6	16,7
CA 08 Caudry	7	12	58,3
CA 12 Gouzeaucourt	6	20	30
total	44	81	54,3

Graphique 4 : taux de satisfaction de la PDS actuelle par secteur



Les reproches actuels portent surtout sur la taille des secteurs qui sont trop grands, et le nombre d'actes par garde qui est trop faible face à la mobilisation que cela implique.

Graphique 5 : Raisons de la non satisfaction de la PDS actuelle



4. Participation à une éventuelle Maison Médicale de Garde

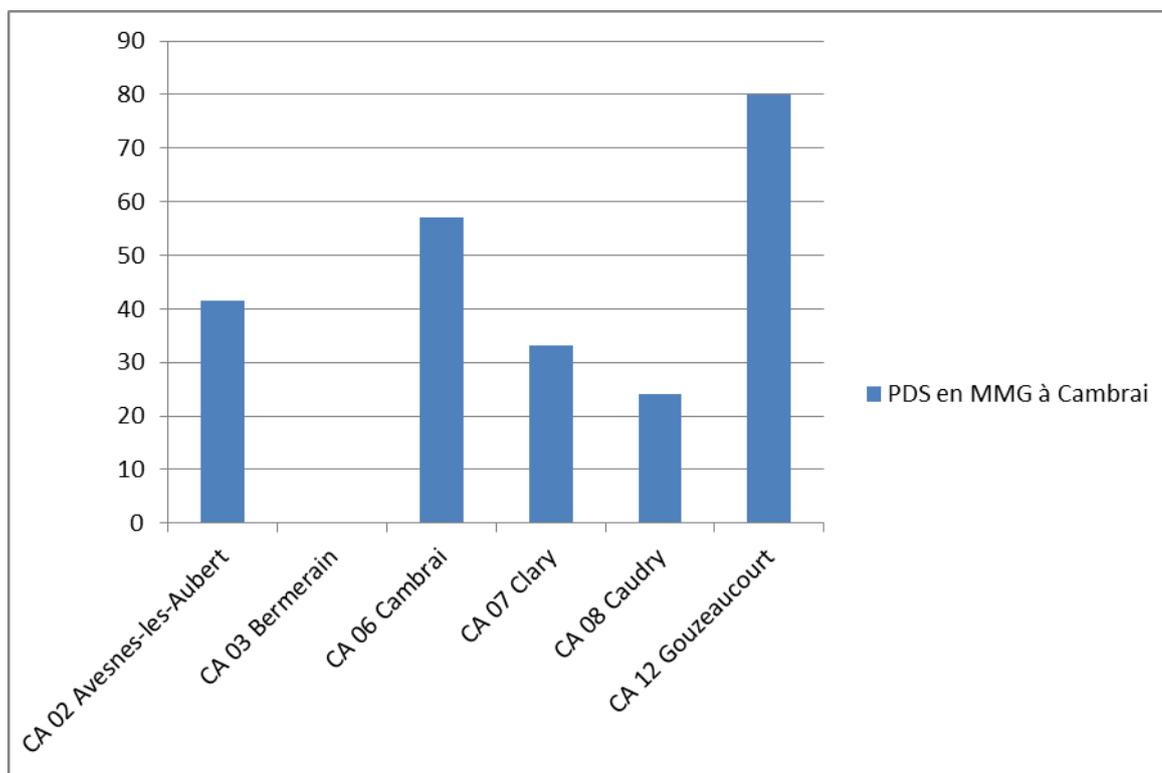
En cumulant tous les volontaires (avec et sans conditions) pour participer à la PDS en MMG à Cambrai, on arrive à un taux de 48.8% de médecins, contre 39% pour les non volontaires. 4% seraient volontaires pour une participation à la Maison Médicale de Le Cateau-Cambrésis.

Par secteur, la participation à la MMG à Cambrai que ce soit avec ou sans conditions se présente de la manière suivante :

Tableau 5 : Taux de participants à la PDS à Cambrai en MMG avec ou sans conditions par secteur

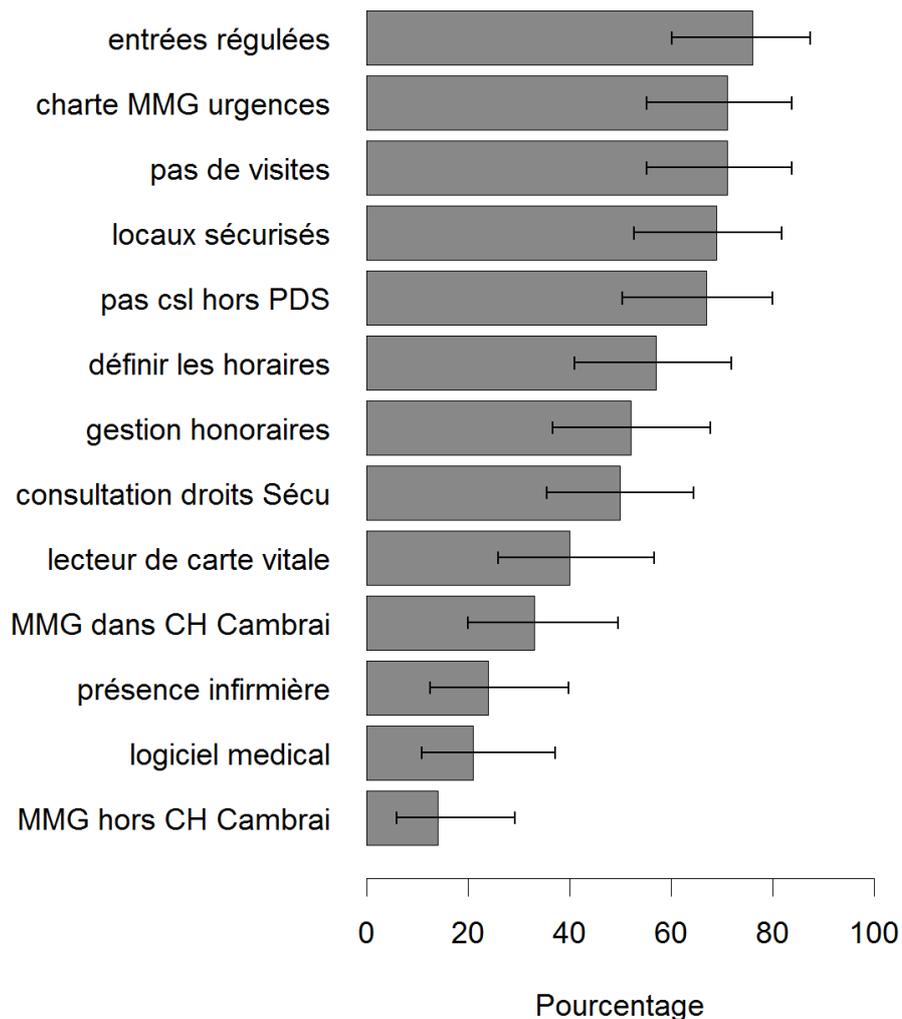
secteur	Nb répondants	Nb participants	pourcentage
CA 02 Av-les-Aubert	13	5	38,5
CA 03 Bermerain	6	0	0
CA 06 Cambrai	29	16	55,2
CA 07 Clary	6	2	33,3
CA 08 Caudry	13	3	23,0
CA 12 Gouzeaucourt	21	17	81.0
total	88	43	48.8

Graphique 6 : Taux en pourcentage de participation à MMG à Cambrai par secteur avec et sans conditions



Les exigences des médecins pour la mise en place d'une MMG au sein du CH Cambrai sont réparties de la façon suivante.

Graphique 7 : Les conditions requises par les médecins généralistes pour MMG à Cambrai



Les médecins seraient prêts à participer en moyenne, pour le tour de garde à :

- 2 samedis par an ;
- 2 dimanches par an ;
- 1 soir de semaine par mois

DISCUSSION

Ma thèse vient confirmer que la PDS actuelle dans les secteurs du Cambrésis est en danger si elle se poursuit ainsi, avec un fonctionnement en tour de garde indépendant pour chaque secteur. Elle a pour but la réorganisation de cette PDS en raison de la démographie médicale inquiétante, mais aussi des difficultés de réponses cohérentes aux demandes de soins non programmées, en particulier sur les secteurs CA 06 Cambrai et CA 07 Caudry.

Elle vient compléter une thèse de DESC d'urgences soutenue mi année 2015 par Marie LERAT-GOLASOWSKI [18]. Celle-ci s'intéressait aux motifs de consultations et aux parcours de soins des patients qui consultaient aux urgences du Centre Hospitalier de Cambrai. Elle concluait sur le fait qu'une MMG à Cambrai serait une des solutions possibles afin de réduire le nombre de consultants inadéquats aux urgences, car pour plus d'un quart des patients de son étude, ils auraient pu être gérés en ville par le médecin généraliste.

1. Par rapport à l'inclusion ou non des médecins

1.1. Inclusion des médecins

Pour l'inclusion des médecins, je me suis reportée à la liste du CDO, à priori non à jour. J'ai vérifié chaque médecin et complété la liste via internet et via des appels téléphoniques aux cabinets. L'exhaustivité de cette liste n'est peut-être pas tout à fait juste soit parce que le médecin est déjà à la retraite, soit parce qu'il a une activité particulière (angiologue, acuponcteur, homéopathe...). Cela aurait plutôt pour effet de renforcer mes résultats.

Quoiqu'il en soit, mon taux de répondants est de 88 sur les 135 questionnaires envoyés, soit 65%. Il reste statistiquement significatif pour permettre notre analyse.

1.2. Les médecins non inclus

J'ai exclu de mon étude les médecins du secteur CA 05 Le Cateau-Cambrésis qui fonctionnent déjà en MMG. Pourtant, certains d'entre eux seraient peut-être intéressés pour venir travailler à la MMG de Cambrai, ce qui augmenterait le nombre de volontaires. A contrario, selon le cahier des charges de la MMG Le Cateau-Cambrésis, si les médecins ne font pas partie de ce secteur, ils ne peuvent pas participer à ce tour de garde. Ils se retrouvent donc contre leur gré rattachés à Cambrai.

J'ai aussi choisi de ne pas inclure les spécialités médicales (angiologue, acuponcteur, homéopathe...), n'ayant pas su retrouver un listing exact de ces médecins concernés, alors que certains participent à la PDS actuelle. Mais le fait de ne pas les prendre en compte ne fait que renforcer le nombre de médecins potentiellement participant au tour de garde.

1.3. Les limites

Pour les relances téléphoniques, après un mois d'attente, je n'avais accès parfois qu'au secrétariat des médecins (parfois en plateforme standard externalisée) et non directement le médecin. De ce fait, je n'avais pas le moyen de vérifier directement avec eux si le questionnaire avait été bien reçu et si le secrétariat avait bien passé le message, ni même la possibilité de convaincre de l'intérêt de répondre à mon questionnaire.

Par contre, le fait que le questionnaire soit anonyme, rend plutôt la réponse au questionnaire sincère. Il a donc plus de fiabilité. En effet, un constat fait au cours des réunions au Conseil de l'Ordre montrait que mes chiffres étaient différents (plutôt en faveur de la MMG à Cambrai) des chiffres obtenus oralement par les coordonnateurs au cours de leurs réunions sectorisées. Cette remarque concerne surtout le CA 06 Cambrai que l'on croyait (oralement) plutôt réticent pour la participation à la MMG. Depuis décembre 2015, les médecins du secteur CA 06 Cambrai n'assurent plus la PDS en soir de semaine. Ce qui démontre bien une insatisfaction vis-à-vis de la PDS telle qu'elle existe au moment de l'étude.

2. Caractéristique de la population

2.1. Féminisation de la population

Dans chaque secteur, on peut remarquer qu'un tiers de la population des médecins est représenté par des femmes.

2.2. Vieillesse des médecins des secteurs du Cambrésis

Entre le début de ma thèse et sa rédaction, déjà 3 médecins sont partis à la retraite. En se basant sur l'âge des médecins à ce jour ayant 55 ans, cela peut nous donner une idée de la population médicale dans les 10 prochaines années.

Si on extrapole le nombre de 52 médecins partant à la retraite dans les 10 ans à venir, aux 135 médecins installés, il y aura le départ de 79 médecins d'ici 2028. (âge estimé de départ à la retraite : 68 ans). Ceci est réparti, par extrapolation, de la manière suivante :

- de 2015 à 2020, départ des 49 premiers médecins (36,3%),
- de 2020 à 2028, départ des 30 suivants (19,1%).

Ce chiffre doit d'emblée inciter les médecins du Cambrésis à s'organiser pour anticiper et pallier à ces départs critiques des 5 prochaines années.

Tableau 6 : Estimation des départs à la retraite des médecins par secteur :

secteur	CA 02 Av-les-Aubert	CA 03 Bermerain	CA 06 Cambrai	CA 07 Clary	CA 08 Caudry	CA 12 Gouzeaucourt	total
Nb répondant	13	6	29	7	13	20	88
Age moyen	51,33	52,32	53,34	56,5	57	50,8	
< 55ans	6	3	10	2	5	10	36
> 55 ans	7	3	19	5	8	10	52

secteur	CA 02 Av-les-Aubert	CA 03 Bermerain	CA 06 Cambrai	CA 07 Clary	CA 08 Caudry	CA 12 Gouzeaucourt	total
Retraité fin 2015	1	0	2	1	1	1	6
	7,69%	0,00%	6,90%	14,29%	7,69%	5,00%	
2015-2020	3	1	9	2	6	5	26
% par rapport aux répondants	23,1%	16,7%	31,0%	28,6%	46,2%	25,0%	
% par rapport restants	25,0%	16,7%	33,3%	33,3%	50,0%	26,3%	
2021-2025	2	1	6	0	0	3	12
% par rapport aux répondants	15,4%	16,7%	20,7%	0,0%	0,0%	15,0%	
% par rapport restants	22,2%	20,0%	33,3%	0,0%	0,0%	21,4%	
2026-2030	2	2	2	0	3	2	11
% par rapport aux répondants	15,4%	33,3%	6,9%	0,0%	23,1%	10,0%	
% par rapport restants	28,6%	50,0%	16,7%	0,0%	50,0%	18,2%	
2031-2035	2	0	1	0	0	3	6
% par rapport aux répondants	15,4%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	15,0%	
% par rapport restants	9,5%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	9,7%	
2036-2040	0	0	2	0	1	2	5
% par rapport aux répondants	0,0%	0,0%	6,9%	0,0%	7,7%	10,0%	
% par rapport restants	0,0%	0,0%	4,1%	0,0%	4,3%	5,9%	
2041-2045	0	1	3	0	0	2	6
% par rapport aux répondants	0,0%	16,7%	10,3%	0,0%	0,0%	10,0%	
% par rapport restants	0,0%	10,0%	5,9%	0,0%	0,0%	5,6%	

2.3. Vieillesse des médecins à l'échelle départementale et régionale

Mon tableau à l'échelle des secteurs du Cambrésis est comparable à celui qui pourrait être fait à l'échelle du département Nord et même de la région Nord-Pas-de-Calais. Les données proviennent de l'Atlas régional mis à jour régulièrement par le CDO : référence ici à 2013 [19] et 2015 [20] pour l'évolution.

Pour ce qui est de la description de la population dans le **Nord Pas de Calais** avec l'âge et le sexe : la moyenne d'âge est de 53 ans (52,6 ans en 2013), et les hommes représentent 72% des 3 739 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Nord-Pas-de-Calais ; 26.2 % des médecins généralistes libéraux et mixtes sont âgés de 60 ans et plus (24% en 2013) ; et 12% sont âgés de moins de 40 ans (9.4% en 2013). Parmi les jeunes générations de moins de 40 ans, les femmes représentent 47% des effectifs (43% en 2013).

Plus précisément à l'échelle départementale, le profil démographique en 2015 est décrit dans le tableau 8.

Tableau 7 : Profil démographique des médecins généralistes libéraux et mixtes à l'échelle départementale – situation en 2015

département	moyenne d'âge	% >60ans	% <40ans
Nord	52,30%	21%	12,70%
Pas-De-Calais	53,1	24,20%	10,40%

3. La Permanence des soins pour les médecins retraités

Le taux de médecins se disant poursuivre les gardes à la retraite au moment de l'étude n'est que de 6 %, soit 5 médecins généralistes. Mais ce chiffre est difficile à prendre en compte pour nous dans le nombre des participants à venir, ne sachant pas à ce jour leur âge, nous ne pouvons pas estimer dans combien de temps ils seront à la retraite et la date à partir de laquelle nous ne pourrons plus les compter sur le tableau de garde.

4. La satisfaction de la permanence des soins actuelle

54% des médecins sont satisfaits de la PDS telle qu'elle existe, mais se posent-ils la question de ce qui se passera dans 5 à 10 ans ? Se sentent-ils concernés par ce qui se passera dans 5 ou 10 ans ? (retraite dans moins de 10 ans pour plus de 50% des médecins interrogés)

Ils étaient 75 médecins à participer à la PDS telle qu'elle se déroulait sans MMG. Leur nombre de garde selon les secteurs n'est pas du tout réparti de façon uniforme, allant de 68 gardes annuelles à 15 pour d'autres.

Les principaux reproches actuels sont surtout centrés sur le peu d'actes réalisés en garde, premier argument retrouvé de mon enquête sur « les raisons de non satisfaction » pour 54% (IC95% [37.13-70.15]) des répondants ; et aussi sur les secteurs qui sont trop grands pour les visites pour 43% (IC 95% [27.5-60.36]). En réponse à cela, une MMG, dans son cahier des charges, reprend toutes ces revendications et est donc une réponse à leurs requêtes d'amélioration de leur garde :

- Le médecin de garde en MMG ne participera pas aux visites, (un tableau de garde spécifique est prévu à cet effet).
- Les consultations d'un vaste secteur sont centralisées. Ceci augmente le nombre d'actes sur la garde, évitant un « blocage du temps du médecin » pour peu d'actes.
- Les consultations sont régulées pour éviter les actes hors de la PDS (renouvellement de traitement, délivrance de certificat,...).

En regroupant les Médecins des secteurs sur un tableau de garde avec les volontaires, nous avons fait une approximation du nombre de gardes à l'année, qui serait de ce fait très réduit par rapport au tour actuel des secteurs. Si le nombre de volontaires s'élève à 50, pour l'année 2016-2017, les médecins n'auraient à assurer sur l'année qu'un samedi, un dimanche et 5 soirs en semaine.

Tableau 8 : Estimation du nombre de gardes de semaine, Samedis ou WE selon le nombre de volontaires

2016-2017	Nb de Volontaires	20	25	30	35	40	50	60	70	80	90
52	Samédis	2,6	2,1	1,7	1,5	1,3	1,0	0,9	0,7	0,7	0,6
59	Dimanches + Fériés	3,0	2,4	2,0	1,7	1,5	1,2	1,0	0,8	0,7	0,7
251	Jours ouvrés	12,6	10,0	8,4	7,2	6,3	5,0	4,2	3,6	3,1	2,8

5. Gardes et remplaçants

Les médecins jusqu'à présent, n'étaient pas remplacés en garde probablement en raison d'un nombre d'actes trop faibles. Il n'y a que 35% des médecins déclarant avoir des gardes remplacées parfois ou toujours.

Dans une MMG, le nombre d'actes sera augmenté, beaucoup plus attractif pour les remplaçants qui seront donc prêts à prendre un nombre de gardes plus important que dans les conditions de PDS sans MMG où les remplaçants se retrouvaient bloqués pour 2 actes moyens de leur soir de garde ou de leur WE avec des visites. Les rémunérations seront plus intéressantes pour eux et les inciteront à prendre des gardes. C'est le cas déjà dans les MMG existantes de la région : Maubeuge, Roubaix, Valenciennes... L'expérience à Cambrai, depuis l'ouverture de la MMG de garde à Cambrai le 01 juillet 2016, montre que les remplaçants se bousculent pour prendre des gardes avec un nombre moyen de 20 actes par WE.

6. La participation à la Maison Médicale de Garde

Pour ouvrir une MMG, selon le CDO, par rapport aux expériences de celles déjà existantes, il faut un nombre de 30 médecins volontaires.

Lors de la réunion de février 2016 au CDO, chaque coordonnateur de secteur a donné une estimation du nombre de volontaires basée sur des réponses orales qui diffèrent de mon questionnaire anonyme :

- Pour le Secteur CA 02 Avesnes-les-Aubert, on annonce oralement 14 volontaires, j'en recueille 5 ;

- Pour le Secteur CA 06 Cambrai, on annonce oralement 3 volontaires, j'en recueille 16;
- Pour le Secteur 07 Clary, on annonce oralement 4 volontaires, j'en recueille 2;
- Pour le Secteur 08 Caudry, on annonce oralement 7 volontaires, j'en recueille 3;
- Pour le Secteur CA 12 Gouzeaucourt, on annonce 18 volontaires, j'en recueille 17.

C'est ainsi que l'on retrouve un total de 46 volontaires oralement en février 2016 contre 43 avec mon questionnaire en avril 2015. A l'ouverture au 1^{er} juillet 2016, 31 médecins se sont portés volontaires.

Pour l'implantation de la MMG à Cambrai, on peut remarquer que le CA 03 Bermerain n'est pas très concerné par cette mise en place de MMG (100% de non volontaires), car ce secteur est géographiquement plus proche de Valenciennes ou de Le Cateau-Cambrésis. Cet argument est en effet revenu à plusieurs reprises sur les questionnaires et même directement au moment des relances téléphoniques. De plus, le coordonnateur du Secteur m'a confirmé qu'il ne souhaite pas être rattaché non plus à Valenciennes ou Le Cateau-Cambrésis, cette fois-ci par éloignement géographique, mais que « de toute façon, au moment des gardes, les patients régulés étaient systématiquement orientés vers ces MMG. »

Tous secteurs confondus, nous retrouvons 48.8% de volontaires « avec et sans conditions à une MMG à Cambrai ».

Nous nous sommes intéressés aux statistiques que l'on pouvait retrouver sans les médecins du secteur CA 06 Cambrai, qui sont a priori les plus réticents au projet d'une MMG et ayant un poids statistiquement fort avec $n_c = 30$ médecins. En effet, si on les exclut, on retrouve 46.5% de volontaires.

Si on exclut, en plus, ceux de Bermerain pour éloignement géographique (cf tableau 9 ci-après), on retrouve 52% de volontaires.

Ceci révèle que les médecins extérieurs à la ville de Cambrai, très en attente d'une MMG pour réorganiser leur PDS, sont, pour plus de la moitié, favorables à ce projet.

7. Les limites du volontariat [21]

Un état des lieux de janvier 2015 par le Conseil de l'Ordre des Médecins, établit le constat suivant : de moins en moins de départements enregistrent un taux de volontaires supérieur à 60%, et ce malgré les fusions de secteurs. Les causes sont multiples :

- Une démographie médicale en baisse avec une pyramide des âges inversée
- Des missions de plus en plus lourdes et complexes en journée
- Une surcharge de travail administratif
- Des territoires trop vastes ou jugés à risque
- Un déficit d'installation en libéral
- non réévaluation financière des astreintes

- Des obligations hors du champ de la PDS qui alourdissent la mission du médecin garde

8. Les conditions requises pour la Maison Médicale de Garde

Les exigences des médecins sur les conditions de mise en place de la MMG ne sont pas anodines. Elles sont importantes à prendre en compte à l'instauration du cahier des charges. Au moment des réunions au conseil de l'Ordre, nous avons pu constater que les médecins, surtout ceux du secteur CA 06 Cambrai, avaient beaucoup de craintes sur cette Maison Médicale. Tout d'abord sur l'organisation des gardes : ils veulent que les horaires soient libres, que chaque médecin puisse organiser son temps de consultation ; ils ont peur d'une surcharge de travail avec des plages de consultations prolongées en nuit profonde sans pouvoir fermer les portes ; peur qu'il y ait une surcharge de travail au moment des gardes et donc une fatigue lourde entraînant des difficultés à assurer la journée de travail du lendemain ; peur qu'il y ait des consultations hors Permanence des soins ; que les entrées soient un temps régulées, puis au fur et à mesure du temps et par bouche à oreille ,que les gens viennent spontanément sans régulation ; qu'il y ait des réquisitions pour les soirs de garde où le tableau n'est pas complet et surtout qu'il faille assurer les visites.

Un cahier des charges a été à ce jour testé, inspiré de celui des MMG déjà en place, et reprenant les exigences des médecins retrouvées aux réunions au CDO avec notre travail. Il a été créé en accord entre le Centre Hospitalier de Cambrai et l'association des Médecins : Association Médicale de Garde du Cambrésis (AMGC) pour répondre au mieux à la mission de permanence des soins.

Il définit :

- **les horaires d'ouverture** fixes, pour simplifier le travail de la régulation et pour éviter les débordements en nuit profonde ; avec une orientation aux urgences en dehors de cette couverture de soins.
- **Une régulation préalable.** En effet, les patients doivent contacter la régulation qui les oriente au besoin vers la MMG, avec un RDV sur des plages horaires définies par le médecin de garde en fonction des souhaits de ce dernier. Il peut consulter à distance par internet le planning des consultations de sa garde.
- **Un agent d'accueil** qui reçoit les patients, qui planifie les RDV, régule les formalités administratives, informe le patient du montant des honoraires, et rédige les items statistiques nécessaires à l'ARS pour une évolution qualitative annuelle de la MMG.
- **Le mode d'activité** : Sur place le médecin est libre de son mode d'exercice, notamment pour la gestion du dossier du patient : logiciel personnel avec connexion internet prévue, ou logiciel sur place, ou même dossier papier ; gestion des ordonnances, et de la carte vital (pas de lecteur sur place). Le matériel d'examen de premier recours est mis à disposition. Une orientation directe aux urgences est possible. Au besoin, le laboratoire OXABIO est disponible pour les analyses urgentes sur appel.

- **Les locaux** : Ils sont sécurisés, collés aux urgences avec une entrée par badge, dans une salle de consultation déjà dédiée à une activité de consultation médicale en journée (structure PASS). Toutes les commodités type cuisine, parking sécurisé avec place réservée sont prévues.

Il s'est beaucoup posé la question des visites à domicile, en maison de retraite ou de la signature des certificats de décès. Pour répondre à ce problème, le conseil de l'ordre, en accord avec l'ARS, a ouvert un tableau spécifique pour les visites, différent de celui de la MMG avec un médecin efférent mobile. Celui-ci est aussi basé sur le volontariat des médecins mais n'a aucune obligation d'être complet. Cet exemple concret a été tiré de la charte mise en place récemment à la MMG de Valenciennes, où un Médecin, différent de celui de garde en MMG, est désigné pour faire les visites et EPHAD. De même, en ce qui concerne les certificats de décès et certificats de non hospitalisation, ce sont **des missions qui n'entrent pas dans le champ de la PDS**. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins demande donc que ces actes médico-administratifs soient assurés par des dispositions à créer localement, et qui ne reposeraient pas sur le médecin de la PDS. Ces visites restant régulées, un médecin reste habilité à reconnaître le degré d'urgence pour évaluer l'orientation du patient ou la nécessité de la visite.

Un médecin est nommé coordonnateur du tableau de garde. Les gardes sont assurées par des médecins libéraux volontaires ainsi que des médecins remplaçants avec licence à jour et demande faite validée par le CDO, ou des médecins retraités.

Vis-à-vis de la localisation au CH Cambrai :

- Cela reste géographiquement un point central du secteur Cambrésien.

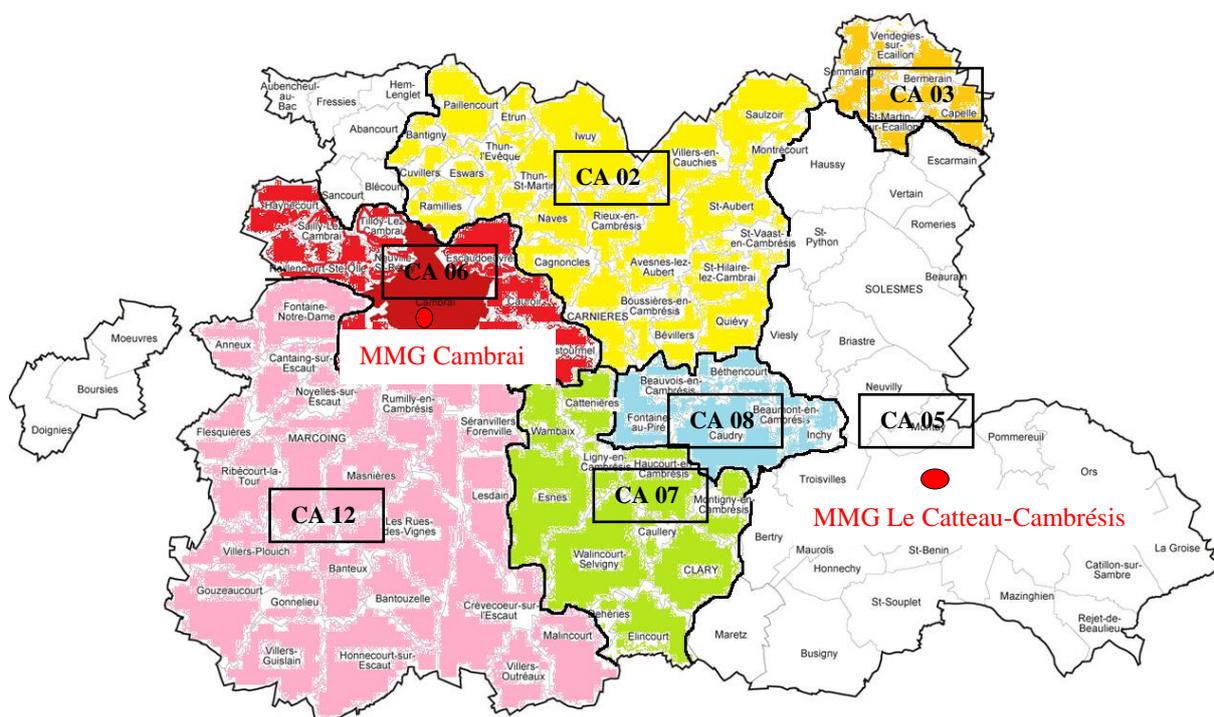
En effet, les distances en km des secteurs par rapport au CH Cambrai sont les suivantes :

Tableau 9 : Distance en Km des centres des secteurs par rapport à Cambrai

ville	Clary (CA 07)	Caudry (CA 08)	Gouzeaucourt (CA 12)	Av-les-Aubert (CA 02)	Bermerain (CA 03)	Le Cateau- Cambrésis (CA 05)
km	18	15	17	13	27	32

- Elle est assez distante de Le Cateau-Cambrésis pour permettre une offre de soins plus large aux patients et répartir les consultations aux deux Maisons Médicales de garde.
- L'éloignement géographique à 27 et 32 km justifie à nouveau la non inclusion du CA 05 Le Cateau-Cambrésis et du CA 03 Bermerain.

Image 3 : cartographie des secteurs avec les MMG



- Elle est située dans les locaux de l'hôpital de Cambrai, qui est une des conditions de mise en place pour l'ARS dans le cahier des charges de la MMG : « dans une enceinte hospitalière mieux intégrée ou contiguë d'une structure d'urgence ; à défaut en milieu rural de préférence au sein d'un hôpital local ou à défaut d'un EHPAD ou une maison de retraite » [16 ; 17].

9. La réalité du désert médical dans la région : trouver une solution

9.1. La démographie médicale en Nord-Pas-de-Calais

Le Conseil National de l'Ordre, à travers son Atlas 2013 de la région [19], recense sur les 90 bassins de vie de la région, 3846 médecins généralistes libéraux

et mixtes ; soit une baisse des effectifs de 8.3% ces six dernières années. La mise à jour en 2015 de cet atlas [20] recense 3 739 médecins généralistes libéraux et mixtes ; soit une baisse des effectifs de 12,1% ces huit dernières années.

Plus particulièrement dans **le Nord** en 2015, les bassins de vie recensent 2754 médecins généralistes libéraux et mixtes (pour 2833 en 2013). Au vu de la baisse observée, par rapport aux effectifs antérieurs, on s'attend à un effectif de 2566 médecins généralistes en 2020.

A l'échelle de nos secteurs, la cartographie interactive de la démographie médicale du conseil de l'Ordre [22], mise à jour au premier janvier 2016, retrouve une baisse rapide des effectifs des médecins généralistes allant dans le sens de mes résultats.

Tableau 10 : Effectif, Densité et variation par secteur des médecins [22]

secteur	CA 06 CAMBRAI	CA 08 CAUDRY	CA 02 Av-les- Aubert	CA 12 Gouzeaucourt (données non disponibles)	CA 07 Clary
effectif total	72	24	12		18
densité pour 10 000 hab	8.2	7.9	12.6		11,3
variation 2007-2013	-8,10%	-16,10%	-14,30%		-21,40%
Variation 2007-2016	-16.3%	-22.6%	-14.3%		-28.6%

9.2. Les points clés constatés à modifier

Il faut trouver une réponse au départ à la retraite des médecins généralistes qui ne vont pas être, à priori, remplacés ces prochaines années. Le ministère de la santé, conscient du problème, tente de proposer certaines mesures incitatives à l'installation en zone rurale aux futurs jeunes médecins dès le stade d'étudiant jusqu'à leur première installation. Pour cela, il faut prendre en compte l'évolution de leurs attentes centrées sur un confort de vie personnelle, familiale et sociale, des aides pour l'installation avec de nouvelles formes d'exercice comme un travail en équipes pluri-professionnelles ou un exercice coordonné au sein de maisons ou de centres de santé.

- La formation médicale :

Une étude auprès des étudiants au niveau 3^e cycle de médecine générale [23] montre que la discipline est délaissée à cause des conditions actuelles de la formation initiale. De plus, par expérience, au cours de l'externat, le passage en stage ambulatoire de médecine générale est un privilège. Au moment du choix de la spécialité « Médecine Générale » à l'internat, les étudiants ne sont pas sensibilisés. Au cours de l'internat, seul un des 6 semestres est obligatoire chez le praticien. Ce n'est ensuite, uniquement sur dossier pour cause de place limitée, que certains internes peuvent faire un deuxième semestre en stage ambulatoire. Le gouvernement tente de répondre à ce problème par son pacte territoire santé de 2012 qui doit encore faire ses preuves. [24]

- Les conditions de travail et qualité de vie personnelle :

Une autre thèse de Mathilde BEFVE en octobre 2014 sur les internes en Médecine Générale issus des facultés de médecine de Lille [25] reprend comme argument d'exercice en libéral le fait d'y être passé au cours de la formation. Et surtout en premier lieu, même devant l'aspect financier, c'est la disponibilité pour la vie privée, la possibilité d'avoir une activité variée. Les jeunes médecins ont évolué avec leur société où chacun désormais, homme ou femme, aspire à une certaine qualité de vie, où la famille tient une place majeure et où l'activité professionnelle n'est qu'un facteur d'épanouissement parmi d'autres.

Ce travail de thèse s'est réalisé en collaboration avec un autre travail de thèse de Diane MASSARD [26], montrant que l'installation en libéral reste rare contre une augmentation de travail mixte libéral/salarial.

La thèse de Pauline LEMOINE en octobre 2014 [27], complémentaire des deux précédentes, retrouve comme principaux freins à l'installation des jeunes médecins généralistes la baisse de la qualité de vie familiale et la sensation de perte de liberté. Les Maisons de Santé Pluridisciplinaires pourraient augmenter le nombre d'installations de même qu'une meilleure formation théorique à l'installation et davantage de stages ambulatoires. Les mesures incitatives n'avaient pas d'influence sur les installations.

En élargissant à d'autres régions, la thèse de Clémence Arnaud en novembre 2013 sur le territoire de Grenoble [28] a mis en évidence trois types de freins à l'installation des médecins généralistes en zone rurale. Les premiers étaient liés à la ruralité : problème de la définition de la ruralité, isolement global et difficultés d'emploi pour le conjoint. Venaient ensuite les freins liés à la pratique de la médecine en milieu rural : isolement professionnel, surcharge de travail et proximité de la

population. Les derniers freins étaient liés à la formation. Les internes portent cependant beaucoup d'intérêt à l'exercice de la médecine en zone rurale mais les mesures incitatives actuelles ne répondent pas aux freins mis en évidence.

On peut supposer de tous ces travaux, que toute amélioration apportée à la qualité et la quantité de travail du médecin généraliste sera favorable et propice aux installations.

9.3. Les solutions proposées

L'ARS du NPDC, dans un arrêté par son Directeur Général [14] reprend ces idées pour poser un programme qui « vise à disposer des ressources humaines adaptées, pour que chaque habitant de la région puisse avoir «les bons professionnels, aux bons endroits, au bon moment». Il parle d'un «pacte santé-territoire» composé de 3 objectifs et d'une méthode volontariste : Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins ; Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé ; Investir dans les territoires isolés.

CONCLUSION

La Permanence des Soins en France ne fait que s'adapter de jour en jour à la demande des patients, qui évolue avec le temps, et à la démographie médicale en baisse. Il faut donc que les médecins généralistes changent leur mode de travail. C'est pourquoi le conseil de l'Ordre établit régulièrement un état des lieux de la permanence des soins pour proposer des projets en adéquation avec la démographie médicale et le nombre d'habitants correspondants.

Ce travail de thèse a servi, au cours des différentes réunions au Conseil de l'Ordre des Médecins du Nord, à faire, en présence des représentants de l'ARS, un état des lieux de la PDS de ce grand territoire du Cambrésis. La démographie médicale s'avère inquiétante d'ici 5 à 10 ans, car ce territoire se verra amputé de plus de la moitié de ses médecins généralistes. Il faut donc réagir rapidement. Les médecins extra-muros de la ville de Cambrai en sont d'ailleurs conscients depuis plusieurs années et le montrent par leur volontariat majoritaire.

Ce travail de thèse avait pour finalité la mise en place d'une MMG à Cambrai. Mon travail a permis d'accélérer cette mise en place, avec une ouverture qui a eu lieu le 01 juillet 2016.

Les « à priori » sur la Maison Médicale de Garde par les potentiels effecteurs sont des facteurs limitant le nombre de participants qui se disaient satisfaits, au moment de l'étude, à la permanence des soins telle qu'elle existait pour 54% d'entre eux. 54% trouvaient pourtant le nombre d'actes insuffisant, pour 43% le secteur était trop grand et pour 24% trop de gardes étaient réalisées et trop de WE étaient bloqués. La réponse à ces contraintes pourrait être trouvée grâce à une MMG. C'est ce que pensent probablement les 43 volontaires au cours de l'étude, qui est un effectif nécessaire à son lancement effectué dès le 1^{er} juillet 2016 à côté du service des urgences. Elle prend en compte dans son cahier des charges, les critères recensés au cours de l'étude et les craintes relatées par les médecins de chaque secteur aux cours de leurs réunions pour préparer cette nouvelle structure.

En image aux Maisons Médicales de Garde déjà existantes, celle de Cambrai pourrait être un atout supplémentaire pour le territoire rural du Cambrésis en vue de le rendre attractif pour les futurs jeunes médecins et internes. Ce pourrait être un moyen de lutte contre la démographie médicale en baisse. La MMG de Cambrai répond, par ailleurs, à toutes les inquiétudes et attentes :

- Localisation à proximité des urgences, sans réorientation systématique des patients
- Un fonctionnement par plage horaires
- Une augmentation du nombre d'actes en garde
- Une diminution du nombre de gardes
- Une équité du nombre de gardes par médecins sur l'ensemble du territoire
- Optimisation du temps de garde
- Attractivité pour les remplaçants

- Revalorisation des indemnités pour les visites
- Défiscalisation des honoraires
- Optimisation des locaux

Il reste la question de l'éducation des patients et de leur information sur un fonctionnement nouveau de la Permanence des soins. Une étude sur Boulogne-Sur-Mer [29] et Calais [30], où un point a été réalisé 10 ans après mise en place de la MMG, montre que trop peu de patients connaissent le fonctionnement de la permanence des soins et consultent directement les urgences sans contact médical préalable. De même, en ce qui concerne nos secteurs, la Thèse de Marie LERAT-GOLASOWSKI [18] révèle que 77% des patients consultent d'eux-mêmes aux urgences sans tenter de joindre le médecin traitant et surtout que près de 65% des consultants aux urgences ne connaissent pas l'existence d'un médecin généraliste de garde. Par contre 47% d'entre eux seraient prêts à se rendre au cabinet du médecin de garde en cas de besoin. En étant averti du problème, il sera plus facile d'anticiper les choses afin d'optimiser le fonctionnement de la MMG à Cambrai. Ceci peut être facilement fait lors des consultations, par des affiches dans la salle d'attente, ou des campagnes de prévention par l'ARS, par affiche publique, brochure, site internet, télévision....

Il n'y a pas de fonctionnement unique à la Permanence des Soins. A chaque secteur de trouver le plus adapté aux demandes locales qu'elles viennent des usagers des soins ou des médecins. Des analyses régulières des institutions nationales revoient régulièrement ces derniers temps l'offre de soins en France et tentent de mettre à jour sa définition [31] « cette définition met au cœur de sa problématique les problèmes environnementaux et invite l'ensemble de la société à

s'en saisir » définition universelle, à chacun de s'adapter à l'environnement de la population. Elles tentent aussi de redéfinir la place du médecin généraliste dans la PDS qui a le sentiment d'être à ce jour dévalorisé et donc un frein à l'installation des jeunes médecins

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1) Schéma régional d'organisation des soins : volet ambulatoire annexe zonages. Projet Régional Santé Nord Pas De Calais : juillet 2013. Consultable via : http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Programmes/maj_juil2013/SROS_annexe_zonage_V6_Juillet_2013a.pdf (page consultée le 14/04/2015)
- 2) Etat des lieux de la permanence des soins au 01/01/2014 : Conseil National de l'Ordre des médecins, 05 février 2014. Consultable via : <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1393> (page consultée le 14/04/2015)
- 3) Rapport annuel de la permanence des soins : Ordre National des Médecins, communiqué de presse, le 5 février 2014. Consultable via : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cp_pds_5_fevrier_2014.pdf (page consultée le 20/05/2015)
- 4) Nicolas BAUDE, Alexandre Flacher, Jean-Luc Bosson, Olivier Marchand . Soins primaires : crise et dynamique d'avenir, les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale : revue Médecine : volume 4 article 3. Mars 2008. consultable via : http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/soins_primaires_crise_et_dynamique_davenir_les_attentes_des_internes_de_troisieme_cycle_de_medecine_generale__277420/article.phtml?tab=texte (page consultée le 10/09/2015)
- 5) Permanence des soins : Fiche 1, Dossier de Presse, Agence Régionale de Santé site ars.sante.fr. 2012. consultable via : http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/SOS_Medecins/Dossier_de_presse_permanence_des_soins_ambulatoires.pdf (page consultée le 05/05/2015)
- 6) Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 du Code de déontologie médical
- 7) Articles R 730 à R 736, le 15 SEPTEMBRE 2003 modifié le 7 AVRIL 2005 et article L. 6314-1 du Code de Santé Publique
- 8) CISS Nord-Pas-De-Calais prend a nouveau position sur la Permanence Des Soins Ambulatoire en région. Le CISS Nord-Pas-De-Calais, Mars 2013. consultable via : <http://docplayer.fr/14043254-Le-ciss-nord-pas-de-calais-prend-a.html> (page consultée le 05/05/2015)

- 9) Organisation de la permanence des soins Ambulatoires. point de presse. ARS Nord Pas De Calais. 12/01/2012. consultable via : http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/Actualites/DP_PDSA_mep.pdf (page consultée le 05/05/2015)
- 10)Projet Régional de Santé en Nord-Pas-De-Calais, point de presse, Agence Régionale de Santé Nord Pas-De-Calais : 12/01/2012. Consultable via http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/PRS_13Janv/PSRS_ARS_NPDC_jv02.pdf (page consultée le 10/05/2015)
- 11)Instruction DGOS/R2/DSS no2012-07 du 4 janvier 2012 relative à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du Code de la santé publique
- 12)Article R6315-1 Modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 JORF 28 décembre 2006 du code de santé publique
- 13)Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. - Article R. 4127-78 du code de santé publique
- 14)Programme régional démographie des professions de santé: les bons professionnels, aux bons endroits, au bon moment. Communiqué de presse. ARS. le 17janvier 2013. A Lille. consultable via : http://ars.sante.fr/fileadmin/NORD-PAS-DE-CALAIS/PRS/Consultation/PacteTerritoireSante/Dossier_de_presse_ARS_17-01-2013.pdf (page consulté le 20/05/2015)
- 15)Article L3131-8, Modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 du Code de la santé publique
- 16)Circulaire : relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire ; DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007. Consultable via : <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm> (page consultée le 05/05/2015)
- 17)Qu'est-ce qu'une maison médicale ? Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Poster revue Prescrire. 2011. consultable via : http://www.prescrire.org/Docu/PostersAngers/20a_FMM_1_MaisonMedicale.pdf (page consulté le 05/05/2015)
- 18)Marie LERAT-GOLASOWSKI Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai. Thèse doctorat médecine, Lille .2015

- 19) Gaëlle LEBRETON-LAOUVILLOIS et Dr Jean-François RAULT. La démographie médicale en région Nord Pas-de-Calais. Conseil De l'Ordre des Médecins Situation en 2013. . consultable via : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf (page consultée le 14/04/2016)
- 20) La démographie médicale en région Nord Pas-de-Calais, Situation en 2015 : Conseil De l'Ordre des Médecins : Gaëlle LEBRETON-LAOUVILLOIS et Dr Jean-François RAULT consultable via : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_nord-pas_de_calais_2015.pdf (page consultée le 07/07/2016)
- 21) Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2015, Conseil National de l'Ordre, 31/12/2015
- 22) Cartographie interactive de la démographie médicale du conseil National de des Médecins. Consultable via : demographie.medecin.fr (page consultée le 14/04/2016 puis 07/07/2016)
- 23) Nicolas Baude, Alexandre Flacher, Jean-Luc Bosson, Olivier Marchand. Soins primaires : crise et dynamique d'avenir, Les attentes des internes de troisième cycle de médecine générale. Revue John Libbey. mars 2008. consultable via : http://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/soins_primaires_crise_et_dynamique_davenir_les_attentes_des_internes_de_troisieme_cycle_de_medecine_generale__277420/article.phtml?tab=texte (page consultée le 05/05/2015)
- 24) La lutte contre les déserts médicaux. Projet porté par Marisol Touraine, le 12 mai 2016. consultable via : <http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux> (page consultée le 16/06/2016)
- 25) Mathilde BEFVRE : Facteurs déterminants le mode d'exercice de la médecine générale. Thèse doctorat de médecine. Lille .2014
- 26) Diane MASSARD .Devenir socioprofessionnel des jeunes diplômés de médecine générale Thèse doctorat médecine, Lille. 2014
- 27) Pauline Lemoine. Facteurs déterminant le lieu d'installation des jeunes médecins généralistes et opinions sur les mesures incitatives. Thèse doctorat médecine. Lille. 2014
- 28) Clémence ARNAUD et Pierre THIRON. Médecine générale en milieu rural : freins à l'installation, Etude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés. Thèse doctorat médecine, Grenoble. 2013

- 29) Charles-Elie Dewilde. Appropriation de la maison médicale de garde de Boulogne-sur-Mer par les patients, par les médecins : voies d'amélioration. Thèse doctorat médecine. Lille. 2014
- 30) Feutrie, Gaspard. Place de la maison médicale de garde de Calais dans le parcours de soins : le point de vue des patients : Thèse doctorat médecine. Lille. 2014
- 31) Thomas CARTER, Alain MERCIER, Nathalie de POUVOURVILLE, Caroline HUAS. constats sur l'organisation des soins primaires en France. Revue exercer 2012 ; n°101 consultable via : www.exercer.fr/numero/101/page/65/pdf/ page consultée le 10/06/2016

ANNEXES

Annexe 1 : logiciel ORDIGARD et tableau de garde



Note concernant les régulateurs :
Nous mettons à votre disposition un site de secours en cas d'indisponibilité du site principal d'Ordigard([Site Ordigard backup](#)).
Ce site est destiné uniquement aux régulateurs (SAMU, association de régulation...),
Les login et mot de passe sont les mêmes que pour le site principal d'Ordigard.
Il permet de voir la liste des gardes du jour et des 5 jours suivants. Les listes sont générées une fois par jour vers 17h00.
Tout changement survenu après n'est pas visible.

Note concernant les médecins :
Votre login est votre adresse email ou votre nom d'utilisateur saisi lors de l'enregistrement sur le site du [Conseil National de l'Ordre des Médecins](#).
Votre mot de passe est le mot de passe utilisé pour l'authentification sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins.
En cas d'oubli du mot de passe aller sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins et cliquer sur "Mon espace personnel" et ensuite sur le lien "j'ai oublié mon mot de passe" (accès direct ici : [oubli du mot de passe](#)).
En cas de changement d'adresse email la changer sur votre profil du site du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Login :

Mot de passe :

Annexe 2 : Listing des villages composant les différents secteurs

Secteur CA 02-VA15-VA10 :	Secteur CA 03	Secteur CA 06	Secteur CA 07	Secteur ca 08	Secteur CA 12-14-15
AVESNES LES AUBERT	VENDREGIES SUR ESCAILLON	CAMBRAI	CATTENIERES	CAUDRY	MARCOING
CARNIERES	SAINTE MARTIN SUR ESCAILLON	ESCAUDOEUVRES	LIGNY EN CAMBRESIS	INCHY	MASNIERES
BEVILLERS	BERMERAIN	AWOINGT	HAUCOURT EN CAMBRESIS	BEAUMONT EN CAMBRESIS	ANNEUX
BOUSSIERES EN CAMBRESIS	QUERENAING	ESTOURMEL	ESNES	BETHENCOURT	CANTAING SUR ESCAUT
SAINTE AUBERT	RUESNES	PROVILLE	CAULLERY	BEAUVOIS EN CAMBRESIS	CREVECOEUR SUR ESCAUT
SAINTE HILAIRE LEZ CAMBRAI	SOMMAING	MORENCHIES	CLARY	AUDENCOURT	FLESQUIERES
SAINTE VAAST EN CAMBRESIS	CAPELLE SUR ESCAILLON	CAUROI	DEHERIES	FONTAINE AU PIRE	FONTAINE NOTRE DAME
VILLERS EN CAUCHIES	SEPMERIES	HAYNECOURT	ELINCOURT		FORENVILLE
AVESNES LE SEC	VERCHAIN MAUGRE	NEUVILLE SAINT REMY	MONTIGNY EN CAMBRESIS		LES RUES DES VIGNES
HASPRES		RAILLENCOURT SAINTE OLLE	SELVIGNY		LESDAIN
MONTRECOURT		SAILLY LEZ CAMBRAI	WAMBAIX		NIERGNIES
IWUY		TILLOY LEZ CAMBRAI			NOYELLES SUR ESCAUT
PAILLEN COURT					RIBECOURT LA TOUR
BANTIGNY					RUMILLY EN CAMBRESIS
BLECOURT					SERANVILLERS FORENVILLE
CAGNONCLES					VILLERS GUISLAIN
CUVILLIERS					GOUZEACOURT
ESWARS					HONNECOURT SUR ESCAUT
ETRUN					BANTEUX
NAVES					BANTOUZELLE
RAMILLIES					GONNELIEU
THUN L'EVEQUE					MALINCOURT
THUN SAINT MARTIN					VILLERS OUTREAU
SAULZOIR					VILLERS PLOUICH

Annexe 3 : Questionnaire recto- verso :**Questionnaire en vue d'un travail de thèse.**

Attentes des Médecins Généralistes du cambrésis face au projet d'une maison médicale de garde (MMG) à CAMBRAI.

Votre secteur de Garde est le secteur CA...

1- Quel âge avez-vous ? /__/__/ans

2 - Quelle est la date prévue de votre fin d'activité libérale /__/__/__/__(année)

Pour quelle raison (Une seule réponse possible URP)

- Retraite
- Autre orientation professionnelle
- Déménagement
- Choix ou obligations personnelles

En retraite, souhaiteriez-vous participer à la Permanence Des Soins ?

- Oui Non

Permanence des soins (PDS) _

3 - Actuellement, participez-vous à la PDS sur votre secteur ? (URP)

- Non je ne suis pas volontaire
- Non je suis dispensé(e) par le CDO
- Oui

Si oui,

Combien de gardes de semaine faites-vous en moyenne par mois ? /__/__/

Combien de gardes de Samedi faites-vous en moyenne par an ? /__/__/

Combien de gardes de Dimanche faites-vous en moyenne par an ? /__/__/

Combien de consultations réalisez-vous en moyenne les soirs de garde ? /__/__/

Combien de visites réalisez-vous en moyenne les soirs de garde ? /__/__/

Combien de consultations réalisez-vous en moyenne les WE de garde (S+D) ? /__/__/ Combien de visites réalisez-vous en moyenne les WE de garde (S+D) /__/__/

Est-ce un remplaçant qui fait vos gardes ?

- Oui toujours non jamais parfois

4 - La PDS telle qu'elle existe aujourd'hui vous satisfait-elle ?

- Oui Non

Si non, pourquoi ? (Plusieurs réponses possible)

<input type="checkbox"/> car trop de gardes	<input type="checkbox"/> car trop de WE bloqués	<input type="checkbox"/> car pas assez d'actes
<input type="checkbox"/> car pas assez de gardes	<input type="checkbox"/> car trop d'actes	<input type="checkbox"/> danger / sécurité
<input type="checkbox"/> car trop grand secteur pour les visites		

Maison Médicale de Garde

5 - Une MMG existe déjà à Le Cateau-Cambrésis.

Si une MMG se mettait en place Cambrai, participeriez-vous à la PDS en MMG ?

- Non je ne serais pas volontaire pour une PDS en MMG
- Non je serais exempté(e) par le CDO
- Oui sans condition particulière en MMG à Cambrai
- Oui sans condition particulière en MMG à Le Cateau-Cambrésis
- Oui avec certaines conditions en MMG à Cambrai (listing ci-après)
- Oui avec certaines conditions en MMG à Le Cateau-Cambrésis

Quelle(s) serai(en)t vos conditions : (Plusieurs réponses possible)

- A condition qu'il n'y ait pas de visites
- A condition que les entrées à la MMG soient régulières
- A condition que les locaux soient sécurisés
- A condition que je puisse définir mes horaires de garde à Cambrai
- A condition que je gère directement mes honoraires
- A condition que je puisse consulter facilement les droits Sécu du patient
- A condition qu'il n'y ait pas de consultations n'entrant pas dans la P DS (renouvellement, certificat)
- A condition que la MMG soit en dehors de l'hôpital de Cambrai
- A condition que la MMG soit dans l'enceinte de l'hôpital de Cambrai
- A condition qu'il y ait une infirmière dans la MMG
- A condition qu'il y ait un lecteur de carte vitale sur place
- A condition qu'il y ait un logiciel médical sur place
- A condition qu'une charte définisse les conditions de passage des patients des urgences vers la MMG ainsi que de la MMG vers les urgences

6 - Si une MMG se mettait en place à Cambrai, quel nombre de gardes seriez-vous prêt à faire en MMG (selon l'effectif) ?

Le Soir semaine : /__/_/ par mois

Le Samedi : /__/_/ par an

Le Dimanche : /__/_/ par an

Annexe 4 : Mode d'emploi analyse statistique :

Plateforme d'aide méthodologique : Analyse descriptive univariée

jeudi 17 juillet 2014

Contenu de la notice :

Variables quantitatives	1
1. Continue	1
2. Discrète.....	2
Variables qualitatives.....	3
1. Qualitative (monovaluée).....	3
2. Qualitative binaire.....	4
3. Qualitative ordonnée	4
4. Qualitative multivaluée	5
Echantillonnage et Intervalle de confiance.....	6

Variables quantitatives

Ce sont des variables numériques que l'on peut mesurer et pour lesquelles cela a du sens d'additionner les valeurs pour par exemple calculer une moyenne. Exemple : âge, tension artérielle.

1. Continue

Elle prend un grand nombre de valeurs distinctes (i.e. aucun ex-aequo). Les variables quantitatives continues sont représentées par un histogramme et une boîte à moustache (« box-plot »).

A. Paramètres

Paramètres de position

Moyenne : habituelle moyenne arithmétique, celle-ci est affectée par les valeurs extravagantes (tableau 1).

Médiane : valeur « du milieu » ; 50% des mesures se situent de chaque côté de cette valeur. Elle est peu sensible aux valeurs extravagantes (tableau 1).

Quartile : chacune des 3 valeurs qui divisent les données triées en 4 parts égales. Le second quartile est la médiane.

Paramètres de dispersion

Ecart-type : il évalue la dispersion des données autour de la moyenne (en utilisant le carré des écarts à la moyenne). Il est donc aussi influencé par les valeurs extravagantes (tableau 1).

Valeurs manquantes

Leur nombre est systématiquement spécifié, et les calculs sont effectués en les excluant.

taille : taille du patient

	taille
Effectif	1852
Moyenne	176.937
Ecart type	6.993
IC 95%	[176.618 ; 177.256]
Minimum	150
Quartile 1	172
Mediane	177
Quartile 3	182
Maximum	200
Manquante	173

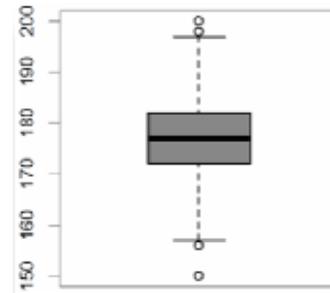
B. Représentation graphique

Boîte à moustache

Bornes de la boîte : les bornes inférieure et supérieure de la boîte sont respectivement le 1er et le 3e quartile. Le trait séparant la boîte en deux est la médiane.

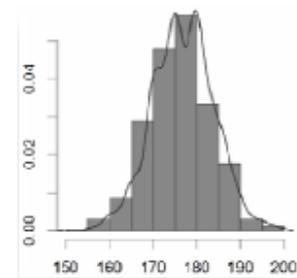
Moustaches : valeur la plus élevée, au maximum 1,5 fois l'écart interquartile (Q3-Q1). *Calcul spécifique dépendant du logiciel de statistiques.*

Outliers : il s'agit des valeurs extrêmes représentées par des points au delà des moustaches¹.



Histogramme²

Graphique permettant de représenter la répartition d'une variable continue. Le nombre de classes (et donc de barres) est calculé selon une méthode propre à chaque logiciel de statistique. Il est important de remarquer que les barres sont accolées. La courbe de densité est un lissage de l'histogramme (il faut imaginer l'aspect de l'histogramme lorsque la largeur des barres tend vers 0). Elle est d'interprétation difficile³, mais retourne une information quant à « l'allure » de la distribution.



								Moyenne	Médiane	Ecart type
Notes	15	13	11	14	10	12	16	13	13	
Ecart à la moyenne	+2	+0	-2	+1	-3	-1	+3			2.2
Notes	150	13	11	14	10	12	16	32	13	
Ecart à la moyenne	+118	-19	-21	-18	-21	-20	-16			51.9
Valeur éloignée	0	13	11	14	11	12	16	11	12	

Tableau 1 : Influence des valeurs extravagantes sur les paramètres mesurés.

2. Discrète

Elle prend un petit nombre (fini ou dénombrable) de valeurs distinctes. L'intervalle entre deux valeurs est constant (ex : on ne peut avoir 1,5 enfant).

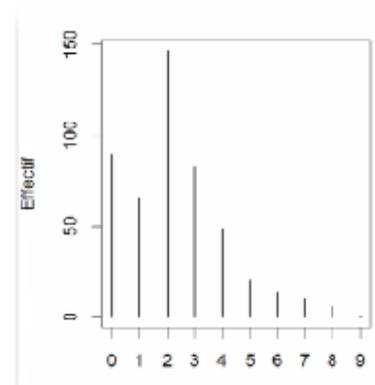
A. Paramètres : cf. Continue

B. Représentation graphique

Diagramme en bâtons

La variable est représentée en abscisse.

L'effectif pour chaque valeur est représenté en ordonnée.



Variables qualitatives

Une variable qualitative (= catégorielle) est une variable pour laquelle la valeur mesurée sur chaque individu ne représente pas une quantité. Les différentes valeurs que peut prendre cette variables sont appelées les catégories, modalités ou classes. Exemple : couleur des yeux, groupe sanguin.

1. Qualitative (monovaluée)

Dans ce cas, la variable qualitative présente des modalités exclusives (par exemple, on ne peut avoir à la fois les yeux verts et les yeux marrons). Dans le cas particulier où il n'y a que deux modalités, la variable qualitative peut être considérée comme une variable binaire (étant égale à 1 ou à 0).

A. Paramètres

Effectifs

C'est le nombre d'observations par modalité.

Pourcentage

C'est la fréquence d'observation de la modalité concernée dans l'échantillon.

Valeurs manquantes

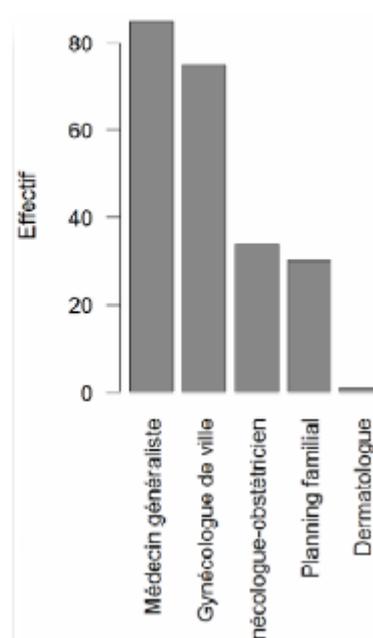
Leur nombre est systématiquement spécifié, les calculs sont effectués en les excluant. Le dénominateur utilisé pour le calcul des pourcentages n'inclut pas les valeurs manquantes (total des observations valides).

B. Représentation graphique

Diagramme en barres

Il se distingue de l'histogramme par le caractère disjoint et, ici, interchangeable de ses barres. Les modalités prises par la variable sont en abscisse. L'axe des ordonnées représente l'effectif pour chacune des modalités mais on pourrait également représenter leur fréquence.

	Effectif	Pourcentage	IC à 95%
Médecin généraliste	85	38	[31.49-44.49]
Gynécologue de ville	75	33	[27.29-39.96]
Gynécologue-obstétricien	34	15	[10.83-20.62]
Planning familial	30	13	[9.31-18.64]
Dermatologue	1	0	[0.01-2.45]
Total.valides	225	100	-
Manquante	264	-	-



2. Qualitative binaire

Elle possède exactement 2 modalités (Oui = 1 ou Non = 0) exclusives (sinon multivaluée).

A. Paramètres : cf. Qualitative

B. Représentation graphique

Diagramme circulaire ou "pie chart"

On utilisera le diagramme contenant les valeurs manquantes s'il s'agit de personnes dont la donnée n'est pas connue.

A l'inverse, il ne sera pas présenté si les manquantes sont des réponses "sans objet", par exemple des personnes ne devant pas répondre à la question (cas des questions conditionnelles, i.e. un homme est codé NA à la question « avez-vous présenté une ménopause précoce ? »).



3. Qualitative ordonnée

Elle possède des modalités admettant un ordre ou une hiérarchie.

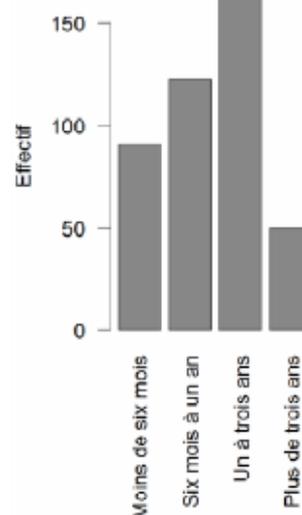
A. Paramètres :cf. Qualitative

B. Représentation graphique

Diagramme en barres

Il se distingue de l'histogramme par le caractère disjoint de ses barres.

Les modalités prises par la variable sont en abscisse et respectent un ordre hiérarchique.



4. Qualitative multivaluée

Dans ce cas, la variable qualitative présente des modalités non exclusives (exemple, questions à plusieurs réponses possible).

A. Paramètres : cf. Qualitative

Chaque modalité possède son propre total de valides et de manquantes. Le pourcentage cumulé peut être supérieur à 100 car un même sujet peut se trouver dans plusieurs modalités simultanément.

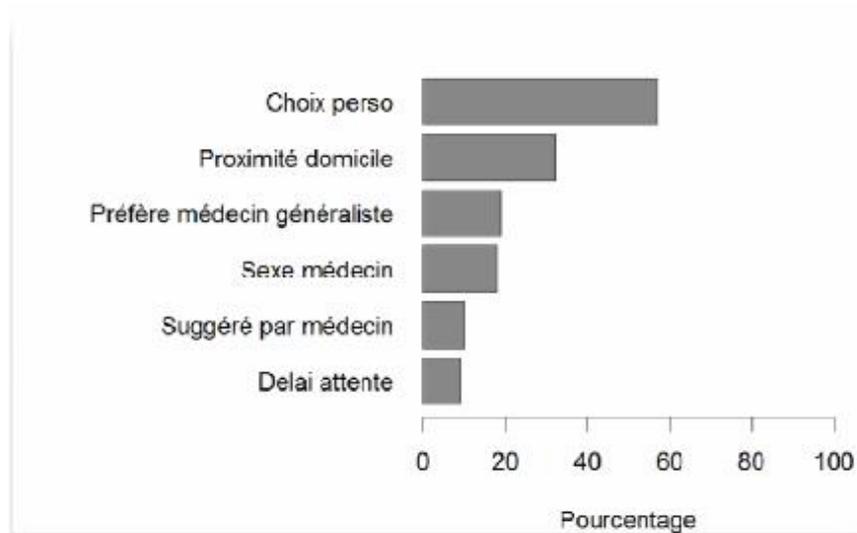
B. Représentation graphique

Diagramme en barres

Il se distingue de l'histogramme par le caractère disjoint et, ici, interchangeable de ses barres.

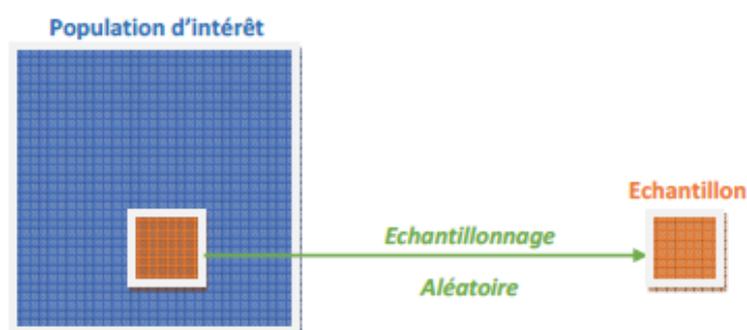
Les modalités prises par la variable sont en ordonnée dans cet exemple.

L'effectif pour chaque modalité est représenté en abscisse.



Echantillonnage et Intervalle de confiance

Lorsqu'on souhaite étudier les caractéristiques d'une population P, on peut rarement étudier *l'ensemble* des individus qui la composent. On étudiera donc **un échantillon** de ces individus, puis on généralisera les résultats à P.



L'objectif de l'échantillonnage est d'obtenir un échantillon **représentatif** de la population d'intérêt.

En pratique, il est impossible d'obtenir un échantillon réellement représentatif : il faudrait tenir compte d'un ensemble de caractéristiques afin que leur répartition soit identique dans l'échantillon et dans la population.

Le **tirage au sort** ne permet pas de construire à coup sûr un échantillon représentatif mais c'est la seule méthode qui permette de calculer la probabilité d'obtenir **par hasard** des caractéristiques différentes entre l'échantillon et la population d'intérêt.

Ainsi, **l'intervalle de confiance** d'un pourcentage ou d'une moyenne est l'intervalle dans lequel la vraie valeur à 95% de chance de se situer.

Exemple : on souhaite étudier la population des médecins généralistes de la métropole Lilloise. Si le pourcentage de femmes dans l'échantillon = 56% [50-62], on sait qu'il y a 95% de chance que le pourcentage de femmes dans la population des médecins généralistes de la métropole Lilloise se situe entre 50% et 56%.

L'intervalle de confiance permet d'extrapoler les résultats à une population d'intérêt, uniquement lorsque l'échantillon étudié a été tiré au sort au sein de cette population.

Attention : plus la taille de l'échantillon est petite, plus l'intervalle de confiance large ; pour une analyse descriptive, il faut un minimum de 50 sujets, et, idéalement autour de 80.

AUTEUR : Nom : LABBE

Prénom : Valérie

Date de Soutenance : 15 septembre 2016 à 14h00

Titre de la Thèse : ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES DU CAMBRESIS FACE AU PROJET D'UNE MAISON MEDICALE DE GARDE A CAMBRAI

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

Mots-clés : Maison Médicale de Garde, Médecine rurale, Permanence des soins ambulatoires

Résumé :

Contexte :

Le problème démographique de la médecine générale en milieu rural, retentit déjà sur la PDS dans les secteurs du Cambrésis. Cette pénurie de Médecins généralistes n'est pas corrigée par l'installation de jeunes médecins qui semblent délaisser la médecine générale en milieu rural. Pour répondre en partie à ce problème, la mise en place d'une MMG à Cambrai pourrait être un outil utile à l'amélioration de l'image de la profession en rendant la Permanence des Soins attractive.

Méthode:

Notre étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé par courrier aux 135 médecins généralistes des 6 secteurs de garde de Cambrai et sa périphérie, tels qu'ils sont définis par l'ARS sur le tableau du CDOM. Le questionnaire s'intéressait au vécu qualitatif et quantitatif de la PDS au moment du questionnaire, puis à un éventuel volontariat pour une MMG, en résumant les conditions.

Résultats :

88 médecins m'ont répondu. Début 2015, 58,6% des médecins début 2015 ont plus de 55ans. La moitié de ces médecins partent à la retraite avant 2020 et l'autre moitié dans les 8 années suivantes. La participation à la PDS au moment de l'étude (sans MMG) est de 86% des médecins, avec une répartition inégale du nombre de garde entre les secteurs, mais avec un constat majoritaire pour 54%, d'un nombre d'acte trop faible et pour 43%, d'un secteur trop grand pour les visites. Les gardes remplacées ne concernent que 35% des médecins. 48.8% des médecins se déclarent volontaires à la PDS si une MMG était créé à Cambrai, soit 43 participants, avec des conditions particulières à définir dans le cahier des charges: entrées régulées (76%) ; une charte entre la MMG et les urgences (71%) ; absence de visites (71%) ; des locaux sécurisés (69%) ; absence de consultations de confort (renouvellement, certificats),(67%) ; définir les horaires (57%) ; gérer les honoraires (52%) ; consulter les droits de sécurité sociale des patients (50%). Ils seraient prêts à être de garde en moyenne 2 samedis par an, 2 dimanches par ans, et un soir de semaine par mois.

Conclusion :

Une Maison Médicale de Garde à Cambrai serait une réponse adaptée aux attentes des médecins des secteurs en terme de réorganisation de la PDS. Elle pourrait être un atout supplémentaire à ce secteur en milieu rural pour l'attractivité des futurs jeunes médecins et internes, et permettre d'éventuelles installations pour contrer cette démographie médicale en baisse.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur E. WIEL

Assesseurs : Madame le Professeur F. RICHARD

Monsieur le Professeur P. LEROUGE

Directeur : Monsieur le Docteur Y. CAREMELLE