



*Université Lille 2  
Droit et Santé*

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Étude des difficultés rencontrées par les responsables de maison  
médicale de garde d'Île de France dans la mise en œuvre de leurs  
missions de permanence des soins ambulatoire**

Présentée et soutenue publiquement le 14 octobre 2016 à 16 heures  
au Pôle Formation  
**Par Alice Zameo**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Éric Wiel**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur François Dubos**

**Monsieur le Docteur Nassir Messaadi**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Joël Blanche**

---

## **Avertissement**

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

## Liste des abréviations

PDS Permanence Des Soins

SAU Service d'Accueil des Urgences

PDSA Permanence Des Soins Ambulatoire

MMG Maison Médicale de Garde

ARS Agence Régionale de Santé

SAMU Service d'Aide Médicale Urgente

SAMI Service d'Accueil Médical Initial

CDOM Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CPAM Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins

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

COPIL Comité de Pilotage régional de PDSA

IPA Interpretative Phenomenological Analysis

# Table des matières

<b>RÉSUMÉ.....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
I. Définitions.....	5
A. La permanence des soins ambulatoire .....	5
B. Les maisons médicales de garde.....	7
II. Historique et contexte de la permanence des soins ambulatoire .....	9
A. Un tour de garde lacunaire.....	9
B. Naissances des maisons médicales de garde.....	10
C. Données démographiques récentes .....	15
III. Fonctionnement de la permanence des soins.....	17
A. Financement de la permanence des soins .....	17
B. Organisation de la permanence des soins à l'échelle régionale.....	18
C. Organisation de la permanence des soins à l'échelle départementale.....	19
D. La permanence des soins ambulatoire en pratique.....	21
E. Le rôle du responsable de MMG.....	22
IV. Particularités de la région Île de France .....	23
A. Des spécificités démographiques.....	23
B. Démédicalisation.....	24
V. État des lieux des maisons médicales de garde en Île de France.....	25
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES.....</b>	<b>29</b>
I. Problématique.....	29
II. Objectifs.....	31
III. Présentation de la recherche.....	32
IV. Outils utilisés.....	33
A. Questionnaire à orientation descriptive.....	33
B. Questionnaire de Likert.....	33
C. Question ouverte.....	40
V. Déroulement de l'étude et recueil des données.....	41
VI. Analyse des données.....	42
A. Analyse des données quantitatives.....	42
B. Analyse des données qualitatives .....	42

<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>44</b>
I. Description des caractéristiques des responsables des MMG en IDF et des structures qu'ils coordonnent, données en vigueur en juin 2015.....	44
II. Étude des difficultés rencontrées par les responsables de MMG.....	53
A. Approche quantitative .....	53
B. Approche qualitative : analyse IPA des réponses à la question ouverte.....	65
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>70</b>
I. Discussion de la méthode.....	70
A. Points forts.....	70
B. Limites.....	72
II. Discussion des résultats.....	76
A. Discussion des données descriptives.....	76
B. Discussion des résultats obtenus au questionnaire de Likert.....	79
C. Discussion des données qualitatives.....	85
D. Perspectives.....	90
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>92</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>94</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>99</b>
Annexe 1 : Questionnaires.....	99
Annexe 2 : Verbatim.....	101

## RÉSUMÉ

**Contexte** : Fragilisée par différentes évolutions sociales et sociétales, la notion de permanence des soins ambulatoire a connu des modifications importantes au cours des vingt dernières années. Afin d'en assurer son maintien et sa pérennité, les pouvoirs publics l'ont progressivement encadrée jusqu'à la construction du système actuel, qui semble encore présenter de nombreux points de fragilité.

**Méthode** : Nous avons souhaité évaluer un aspect de la pérennité du système de permanence des soins ambulatoire en Île de France à travers l'étude des difficultés rencontrées par les responsables de maison médicale de garde dans la mise en œuvre des missions dédiées à ces structures. 37 responsables des 40 maisons médicales de garde franciliennes dénombrées en 2014 ont été contactés par téléphone, afin de leur soumettre un questionnaire en trois parties. La première visant à décrire les caractéristiques socio-démographiques des responsables et les structures qu'ils coordonnent. La deuxième explorant les difficultés ressenties dans la mise en œuvre de leurs missions au moyen d'un questionnaire de Likert. La troisième correspondant à une question ouverte, dont les réponses ont été analysées au moyen de la méthode qualitative Interpretative Phenomenological Analysis. 27 responsables ont répondu au questionnaire.

**Résultats** : Les répondants ont en moyenne 54,9 ans (intervalle de confiance (IC) à 95% entre 51 et 58,8 ans), sont installés en moyenne depuis 24,8 années (IC à 95% entre 20,4 et 29,6 ans), et sont pour 74% d'entre eux responsables de leur structure depuis son ouverture, avec une durée moyenne d'exercice de ces fonctions de 7,9 ans (IC à 95% entre 6,5 et 9,4 ans). Les structures étudiées sont

majoritairement (59,3%) adossées à un hôpital. Elles comptent entre 10 et 60 participants au tour de garde (moyenne à 29,6), sont ouvertes entre 36 et 220 heures par mois (moyenne à 124,7 heures), et totalisaient en 2013 entre 660 et 6766 actes (moyenne à 3108). L'indice de satisfaction globale des médecins interrogés est de 57,6% (IC à 95% entre 52,75 et 62,45). L'analyse du questionnaire Likert et de la question ouverte mettent en évidence un potentiel lien entre l'indice de satisfaction globale et la présence d'un administrateur, des rapports conflictuels entre les maisons médicales de garde et les services d'urgence, ainsi que des éléments d'inquiétude sur la possibilité de transmission de ces missions et structures de permanence des soins à la génération future.

## INTRODUCTION

Face au problème que rencontrent les services d'accueil des urgences en terme de saturation, souvent liée à un problème d'orientation de patients dont les cas ne relèvent pas toujours de l'urgence vitale, la permanence des soins ambulatoire est présentée comme une piste intéressante. Elle constitue en effet un mode de recours aux soins facile et rapide pour tout patient ayant besoin de consulter en dehors des horaires de disponibilité de son médecin traitant sans pouvoir attendre l'ouverture du cabinet de ce dernier.

La permanence des soins telle que nous la connaissons aujourd'hui a été instaurée depuis 2003 dans un souci de mise en adéquation des besoins croissants en soins médicaux et d'une réduction de la disponibilité des médecins généralistes en dehors des heures de consultation programmées, en lien avec diverses évolutions sociales et sociétales affectant le corps médical.

L'efficacité de ce système repose avant tout sur l'implication des médecins qui y prennent part. Parmi eux, les responsables de maisons médicales de garde occupent une place particulière au sein du système de permanence des soins, à l'intermédiaire entre les tutelles qui sont garantes du cadre de la PDSA, et les médecins généralistes assurant les gardes.

Face aux évolutions récentes que sont le vieillissement de la population médicale, sa féminisation et ses changements d'aspirations, la question de l'attrait de ce type de structure et de la pérennité du système actuel nécessite d'être explorée.

La permanence des soins en médecine générale a déjà fait l'objet de plusieurs travaux posant diverses questions telles que son utilité, sa faisabilité, sa visibilité, l'évaluation de son efficacité ou de sa pérennité ou bien encore, son impact sur la fréquentation des urgences. A l'échelle des régions où certaines études ont été menées, ressort une satisfaction globale des médecins généralistes (1, 2, 3) avec toutefois certains points à améliorer (4), ainsi qu'une satisfaction des usagers (3, 5) qui demeurent malheureusement encore trop peu informés de l'existence des structures de permanence de soins (3, 6). La nécessité de bien étudier le terrain d'implantation et le mode d'organisation de ces structures de soins de premier recours ressort comme condition indéniable de leur pérennité (1, 7). Il est également décrit que davantage de formation des médecins libéraux à ce mode d'exercice, et en particulier à la régulation serait souhaitable (4, 8). Enfin, l'enjeu financier que représente cette permanence des soins est à prendre en compte à chaque niveau organisationnel (9) car indispensable à son bon fonctionnement.

Dans l'optique d'évaluer la stabilité de ce système, il m'a paru pertinent de m'intéresser à ceux qui, parmi mes pairs, portent de tels projets et sont souvent à la fois socle et moteur de ces structures. J'ai donc choisi d'interroger les médecins responsables de maison médicale de garde en Île de France afin d'évaluer les difficultés auxquelles ils sont confrontés, la marge de perfectionnement et la pérennité de ce système à l'échelle humaine.

# I. Définitions

## A. La permanence des soins ambulatoire

Définissons tout d'abord la permanence des soins (PDS) : il s'agit du dispositif qui permet au patient d'avoir recours à des soins médicaux de manière constante sur la durée. Elle s'organise en milieu hospitalier via les services d'accueil des urgences (SAU) et en médecine ambulatoire, qu'on appelle également médecine « de ville », via diverses structures qui forment le dispositif de permanence des soins ambulatoire (PDSA).

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) est donc le pendant ambulatoire du dispositif de PDS. Elle est définie comme « une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant » (10).

La PDS est à différencier de la continuité des soins, soit l'aptitude du médecin à prendre en charge son patient dans la durée, avec la notion de suivi médical, imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale (11).

Avant 2003, la PDSA était organisée localement par les médecins généralistes qui avaient l'obligation d'y participer. Elle était alors régie par l'article 77 du code de déontologie médicale (12) dont la première édition date de 1947. Elle y est ainsi formulée : « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de

l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice ».

Il s'agit alors du devoir du médecin de rester toujours accessible pour sa patientèle en cas d'urgence y compris aux heures de fermeture de son cabinet. Puis, par la suite, la notion de volontariat à la participation du médecin sera apportée via le décret du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du code de déontologie médicale.

En médecine ambulatoire, la PDS comporte 3 types d'acteurs :

- les régulateurs qui reçoivent les appels et orientent les patients en fonction de leur demande. Ce sont des médecins urgentistes ou généralistes formés à la régulation qui assurent des vacations soit au sein des locaux du SAMU, soit au sein de plateformes d'appels interconnectées avec le centre 15. En fonction des régions, on les joint en composant le numéro d'urgence unique (le 15) ou un numéro spécial.
- les effecteurs postés au sein de structures comme les maisons médicales de garde (MMG) mais aussi les points fixes ou bien encore les cabinets médicaux tournants,
- les effecteurs mobiles qui se déplacent au domicile du patient. L'exemple le plus connu en est SOS médecins.

Il s'agit donc d'une médecine de premier recours destinée à des cas relevant d'une prise en charge ambulatoire.

## **B. Les maisons médicales de garde**

Parmi les différentes structures de PDSA au sein desquelles exercent des effecteurs postés, la maison médicale de garde (MMG) est un dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer des soins en organisant une structure de garde pour les médecins de ville.

La circulaire du ministère de la santé et des solidarités du 23 mars 2007 (13) définit ainsi les MMG: "Lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale fonctionnant uniquement aux horaires de PDS et assurant une activité de consultation médicale non programmée".

Elles sont ouvertes à la population sans discrimination, aux heures de fermeture des cabinets médicaux et les soins médicaux y sont dispensés sous forme de consultation, sans prise de rendez-vous. En principe, il s'agit d'un lieu où l'on n'effectue pas de vaccinations, de renouvellement de traitement, d'examen pédiatrique systématique non urgent, d'ordonnance de médicament de substitution aux opiacés ni de délivrance de certificats médicaux.

Cependant, ces établissements ayant une appellation commune peuvent avoir un fonctionnement et une organisation très variables. En effet, en fonction des besoins et ressources médicales du secteur, certaines d'entre elles sont de grosses structures avec un afflux de patient important et ouvrent tous les soirs de la semaine alors que d'autres ouvrent uniquement les week-ends et jours fériés, certaines sont situées aux portes d'un hôpital ou au cœur de son enceinte alors que d'autres sont localisées à distance de structures de soins, ce qui peut en modifier les modalités d'accès et de fonctionnement.

Une première structure équivalente ne portant pas le nom de MMG aurait été créée en 1984 au Havre. Le terme MMG aurait été inventé en 1998 et la première

MMG aurait été créée à Gap en 2001. En 2005, on en dénombre 98 en France dont 46 fonctionnelles et 52 en projet et l'Île de France est la région qui concentre le plus de MMG et de projets (13). Leur nombre a considérablement augmenté à partir de 2003. En 2012, on en comptabilisait 336 en France (15). Bien que ne disposant pas à ce jour de chiffres précis, la tendance actuelle est à l'augmentation globale du nombre de structures. On distingue les MMG des autres structures de PDSA que sont points fixes et cabinets médicaux tournants.

Les cabinets médicaux tournants correspondent à une organisation de plusieurs médecins effectuant tour à tour des gardes au sein de leurs propres cabinets. Les points fixes quant à eux sont des structures de consultation fixes de médecins généralistes dont le fonctionnement, le financement et l'organisation diffèrent de ceux des MMG, ce sont souvent des centres d'effectif postée assurée par des associations de type SOS Médecins.

## **II. Historique et contexte de la permanence des soins ambulatoire**

### **A. Un tour de garde lacunaire**

Dès le début des années 80, on constate des difficultés à remplir les tableaux de garde liées à plusieurs facteurs. Tout d'abord, la diminution de la densité médicale associée au vieillissement et à la féminisation de la population médicale expliquent une implication décroissante des médecins généralistes dans leur tour de garde (16, 17). Ensuite, la fin des années 90 a été marquée, par le passage aux 35 heures dans un contexte d'émergence d'une société de loisirs ayant pour conséquence une modification des aspirations personnelles de l'ensemble de la population, y compris des médecins qui ne souhaitent dorénavant plus sacrifier vie de famille et loisirs à leur activité professionnelle (9, 18). Enfin, le recours aux services d'urgences hospitaliers s'est accru considérablement au cours des années 90 et de nombreuses études expliquent ce phénomène par une modification du comportement des patients (19). Dans son mémoire de santé publique, B. Ménard évoque une attitude « consumériste » des patients, qui souhaitent obtenir une réponse immédiate efficace à un problème, parfois sans distinguer le degré d'urgence (9).

Ainsi, dans un contexte d'évolution défavorable de la démographie médicale, d'évolution sociétale du corps médical, la fin des années 90 a été marquée par une forte diminution de la participation des médecins généralistes au tour de garde, mettant parfois en difficultés les services d'urgences devant faire face à un afflux et des demandes croissantes de la population. En réponse à cette situation, des associations de médecins de garde comme SOS Médecins se sont développées. L'intervention de telles associations, en palliant aux difficultés de la PDS a pu

entretenir le retrait du tableau de garde de certains médecins libéraux (9). La notion de permanence des soins telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du code de déontologie médicale a dû subir des remaniements profonds afin de s'adapter à ces nouvelles problématiques.

## **B. Naissances des maisons médicales de garde**

En novembre 2001 débute une grève des gardes des médecins généralistes qui revendiquent une revalorisation des honoraires ainsi que de meilleures conditions de travail, notamment en ce qui concerne la PDS. Les médecins remettent en cause l'obligation d'assurer la PDS telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du code de déontologie médicale. Suite à cette grève qui dure plusieurs mois, le ministre de la santé, Jean-François Mattéi, demande la mise en place de deux groupes de travail :

- Le premier formé de représentants de l'ordre des médecins, des syndicats médicaux représentatifs des médecins de ville, de l'assurance maladie, des usagers et de l'État mené sous la responsabilité du sénateur Descours, portant sur l'organisation de la PDS,
- Le second portant sur l'organisation des urgences au sein des hôpitaux dirigé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) permettant d'élaborer la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (20).

S'appuyant sur les travaux menés par l'un des groupes de travail, la Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 propose une nouvelle organisation de la PDS en « améliorant l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les

médecins liés à la permanence des soins tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public ». Elle propose alors la mise en place d'une régulation médicale des appels relevant de la PDS, d'une liste de médecins d'astreinte faite sur la base du volontariat, d'une nouvelle sectorisation des territoires de garde et d'une rémunération des astreintes par les caisses d'assurance maladie (21).

### **1° Mesures gouvernementales**

Le rapport sur la permanence des soins du sénateur Charles Descours est rendu public le 22 janvier 2003. Les piliers de la permanence des soins sur lesquels cette dernière va être organisée y sont ainsi énoncés : « participation à la garde et volontariat, régulation et sectorisation ». La permanence des soins y est qualifiée de « mission d'intérêt général » (10). Il en résulte une profonde modification de la législation sur la PDS qui a servi de base à l'établissement de l'organisation actuelle.

L'État organise le dispositif de PDS tel que nous le connaissons actuellement. Ainsi, la circulaire ministérielle du 16 avril 2003 précise les horaires de PDS : « Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 h à 8 h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi » (20).

Dans cette continuité, l'article 77 du code de déontologie médicale, sus-cité, est modifié par le décret du 15 septembre 2003. A la formulation « devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » renvoyant au devoir du médecin de rester toujours accessible pour sa patientèle, se substitue la nouvelle formulation : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

Sur le plan local, la situation préexistante d'organisation des gardes en médecine ambulatoire est formalisée et apparaît une architecture originale permettant l'organisation de la PDS telle qu'elle se pratique de nos jours. L'obligation individuelle devient une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins. Par la suite, une extension de cette mission aux médecins non conventionnés (remplaçants, retraités...) est proposée : « Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé » (22). Puis, par la convention médicale du 15 janvier 2005 (Art 4.1.3.3) sont établis des accords locaux afin de dispenser les patients d'avance de frais en cas de soins d'urgence non programmés ou pour des patients en grande précarité leur proposant ainsi le recours au tiers payant. Le décret du 7 avril 2005 fixe l'obligation de définir les secteurs d'astreinte qui sont adaptables en fonction des horaires et des périodes de l'année et arrête les conditions de rémunération des médecins libéraux via l'avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signé le 22 avril 2005 et publié au journal officiel du 1er juin 2005. C'est le début du paiement des astreintes. Les modalités de rémunération sont récapitulées par l'avenant n°27 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Par la suite, le décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins permet une extension de la période de permanence des soins aux jours fériés et samedis à partir de 12h, aux lundis ouvrés lorsqu'ils précèdent un jour férié, ainsi qu'aux vendredis et aux samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, en fonction des besoins de la population. Enfin, la circulaire du 23 mars 2007 relative aux MMG et au dispositif de PDSA inscrit les MMG dans un cadre cohérent, simplifié, lisible et pérenne. Elle émet des recommandations pour

l'identification des besoins de MMG, leur fonctionnement et leurs modalités de financement sur les bases d'un cahier des charges (23).

## **2° Remise en cause du système**

Dans le rapport Descours paru en janvier 2003, il est clairement écrit que la PDS mise en place fera l'objet d'une réévaluation. C'est en août 2007 que le Docteur Jean-Yves GRALL, alors conseiller général des établissements de santé, remet à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, son rapport intitulé « Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins » (24).

Il se base lui-même sur 5 rapports mettant en évidence l'échec du système qualifié alors de non efficient, ne résolvant pas le problème de la fréquentation des urgences, coûteux et irrégulier. Il fait état de dépenses inadaptées. Le mode de pilotage du dispositif y est critiqué avec mise en évidence d'une dichotomie entre le pouvoir exécutif (préfet) responsable du dispositif sans aucune prise sur le financement, et l'Assurance Maladie qui répartit les ressources financières.

De plus, un désengagement de la part de certains médecins libéraux y est évoqué ainsi qu'un défaut de fréquentation des structures de PDSA en seconde partie de nuit (après minuit) posant la question du rapport utilité/coût de ces structures sur cette période. L'une des recommandations du rapport GRALL est d'établir un pilotage cohérent et opérationnel de la PDS au niveau régional en confiant à la Mission Régionale de Santé (MRS), ayant un rôle de coordinateur entre État et Assurance Maladie, le pilotage du dispositif.

### **3° Derniers ajustements**

Le 21 juillet 2009 la loi HPST (loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires) entre en vigueur. Il en résulte la création des Agences Régionales de Santé (ARS) le 1er avril 2010. La mise en place d'une supervision de l'État par le biais des ARS à des fins pratiques et économiques constitue une évolution majeure dans la gestion du système de PDS. La permanence des soins est alors reconnue comme une mission de service public.

L'organisation de la permanence des soins est confiée aux ARS, dont le directeur général a désormais en charge le pilotage du dispositif, la partie forfaitaire de son financement, et la définition des territoires de PDSA.

Par ailleurs, le décret du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins formalise les principes généraux sur lesquels se fonde l'organisation du dispositif de PDSA, ainsi que les déclinaisons opérationnelles pour chaque département. Les principes sur lesquels reposaient le dispositif de PDSA sont maintenus à savoir le volontariat des médecins y participant, l'accès médicalement régulé au médecin de permanence, la territorialisation et la rémunération forfaitaire.

Ainsi, les ARS ont désormais la compétence de définir les modalités de mise en œuvre du dispositif ainsi que le montant des indemnités versées aux médecins participant à la permanence des soins ambulatoires. Les majorations spécifiques applicables durant les périodes de permanence des soins sont fixées par la convention médicale (25).

Signalons en outre, que le décret du 13 juillet 2010 autorise la prescription médicale téléphonique par le médecin régulateur. « En dehors des cas relevant de l'aide médicale urgente, le médecin régulateur peut donner des conseils médicaux,

notamment thérapeutiques, pouvant aboutir à une prescription médicamenteuse par téléphone. Il peut également procéder à une telle prescription lors de situations nécessitant en urgence l'adaptation d'une prescription antérieure. Lorsque la prescription nécessite l'établissement d'une ordonnance écrite, celle-ci est adressée à une pharmacie. La prescription, d'une durée limitée et non renouvelable, est conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles édictées par la Haute Autorité de Santé relatives à la prescription médicamenteuse par téléphone dans le cadre de la régulation médicale » (26).

La création d'un forfait pris en charge par l'assurance maladie pour l'établissement des certificats de décès est désormais codifié à l'article L.162-5-14-2 du code de la sécurité sociale : « Les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès {...} réalisé au domicile du patient aux horaires et dans les conditions fixées par décret, sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un forfait fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les médecins sont tenus de respecter ces tarifs ». Le décret implémentant les conditions d'application de cet article à la garde est en attente (27).

### **C. Données démographiques récentes**

Une baisse de 0,3% des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est attendue d'ici 2025. Au 1er janvier 2015, on dénombre 58 104 médecins généralistes en activité en France, leur nombre a diminué de 10,3% sur la période 2007-2015. Leur âge moyen est de 53 ans et 36% d'entre eux sont des femmes (28).

En 2012, le taux de participation des médecins généralistes à la PDS en France était de 60% et le nombre d'heures moyen par semaine y étant consacré était de 10

heures. Cette implication est très variable en fonction du lieu d'exercice avec un taux proche de 90% en milieu rural de 50% en milieu urbain, mais également de l'âge et du sexe des médecins puisque 72% des médecins de moins de 45 ans y participent alors que 53% des plus de 55 ans effectuent des gardes et que les taux de participation respectifs des hommes et des femmes sont de 64 et 50% (29).

D'après l'enquête annuelle du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur la PDS, en 2015 parmi les données des 85 départements utilisant le logiciel Ordigard (utilisé pour la gestion des tableaux de garde), l'âge moyen des médecins installés volontaires pour la PDS est de 51 ans contre 53 ans pour l'âge moyen des généralistes installés (30).

### **III. Fonctionnement de la permanence des soins**

L'État, en association avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), définit les modalités générales d'organisation de la PDS par voie réglementaire. La gouvernance est à la fois régionale et départementale.

#### **A. Financement de la permanence des soins**

D'une part, en ce qui concerne la création des structures de PDSA, le financement a été assuré par l'Assurance Maladie et le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) pendant 5 ans à compter de 1999, reconduit pendant un an puis relayé par le Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins (FIQCS) et la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) depuis 2007.

D'autre part, l'Assurance Maladie fixe le cadre financier conventionnel, assure le financement de la formation des médecins libéraux à la discipline de régulation ainsi que celui de la responsabilité civile professionnelle. L'enveloppe régionale est fixée annuellement.

Enfin, en ce qui concerne le fonctionnement propre des structures, les MMG ont un financement hétérogène. En Île de France l'ARS finance en partie la PDSA via le Fond d'Intervention Régional (FIR) (31). Une autre partie des frais de fonctionnement est financée en fonction des situations soit par les collectivités locales soit par les établissements de soins (dans les cas d'hébergement ou de partenariat de fonctionnement notamment). Une participation directe ou indirecte des médecins effecteurs participe également au financement via les frais d'adhésion forfaitaires

annuels à une association locale de PDSA (lorsqu'il en existe une), ou par l'intermédiaire d'une rétrocession d'une partie des honoraires générés par les soins effectués au sein de la structure (32).

## **B. Organisation de la permanence des soins à l'échelle régionale**

C'est au niveau régional que sont définis les principes généraux d'organisation du dispositif de PDSA tels que la répartition des forfaits par territoire de permanence des soins dans le respect de l'enveloppe régionale, les modalités de suivi et d'évaluation, les circuits de signalement et de traitement des dysfonctionnements.

L'ARS est chargée de transmettre des propositions d'organisations de la PDS au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police. Ces propositions sont soumises à la consultation du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM), de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), des représentants régionaux des principaux syndicats de médecins libéraux, des médecins urgentistes ainsi que des médecins participant à la PDS. Ainsi, le directeur de l'ARS arrête le cahier des charges régional dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins (SROS). La détermination du nombre et des limites des secteurs de PDS est arrêtée par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS). Si besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis des comités des départements concernés. Par ailleurs, la carte des secteurs fait l'objet d'un réexamen annuel.

Ce cahier des charges régional décrit l'organisation de l'offre de soins permettant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels. De plus, il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins propres à chaque département.

En Île de France, le pilotage du dispositif de PDSA par l'ARS est assuré au sein du Comité de Pilotage régional de PDSA (COPIL) qui associe divers partenaires tels que l'URPS-médecins (branche médicale de l'Union Régionale des Professionnels de Santé), les représentants des Ordres, des associations de permanence des soins, des SAMU et des urgentistes, les représentants des transporteurs sanitaires, des usagers, de l'Assurance maladie, un représentant des centres de santé et un représentant de l'Association des Maires d'Île de France (AMIF). Il s'agit d'un comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale dans le cadre de la PDSA dont les membres proviennent à parts égales des associations départementales de PDS de médecins libéraux et des SAMU Centres 15. Il est supervisé par le CODAMUPS-TS dont le sous-comité médical élabore le cahier des charges départemental qui définit les moyens mis à disposition.

### **C. Organisation de la permanence des soins à l'échelle départementale**

La PDS est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés en fonction des besoins évalués par le CODAMUPS. Les acteurs locaux sont sollicités pour proposer une déclinaison territoriale des principes régionaux.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires, crée en 1986 a été rénové suite au rapport Descours pour devenir le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS). Il a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins ainsi qu'à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional. De plus, son rôle est de s'assurer de la coopération des personnes participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires. Le CODAMUPS TS est co-présidé par le préfet et le directeur général de l'agence régionale de santé ou leurs représentants. Il est composé de représentants des collectivités territoriales, de partenaires de l'aide médicale, de membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent et d'un représentant des associations d'usagers. Ses membres sont nommés par arrêté conjoint du préfet et du directeur général de l'ARS (33). La sectorisation est arrêtée annuellement par le préfet.

Les associations de PDS départementales de médecins libéraux ont pour la plupart été créées avant l'apparition des MMG. En effet, la PDS était en place de manière moins formalisée avant 2003. Néanmoins, certaines se sont créées par la suite. Les médecins prenant part à la PDS sont membres de ces associations et versent une cotisation annuelle permettant de contribuer au financement de la structure. Elles prennent part au COPIL et au CODAMUPS-TS.

## **D. La permanence des soins ambulatoire en pratique**

En dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, lorsqu'un patient a besoin d'une consultation médicale ne relevant pas d'une urgence vitale, il peut soit composer le 15 et être dirigé vers la structure de PDSA par le médecin régulateur du SAMU, soit se rendre directement dans cette structure lorsque celle-ci tolère l'accès libre non régulé. Notons toutefois que l'accès à ces structures via une régulation médicale fait partie des recommandations de la Haute Autorité de Santé et que les ARS incitent à suivre ces recommandations (34).

La régulation de la PDS s'effectue via les centres 15 ou, pour les associations de PDS en disposant, via des plateformes d'appel interconnectées avec les centres 15. Des médecins régulateurs formés à cet exercice interceptent les appels et orientent les patients en fonction de leur besoin de soins (35).

En Île de France, il n'existe pas de numéro distinct du 15 pour joindre un médecin régulateur. On y dénombre 8 Centres de Réception et de Régulation des Appels – Centres 15 (CRRRA-C15) implantés au sein des SAMU départementaux. Les équipes y sont composées de médecins régulateurs hospitaliers et libéraux présents 24h sur 24h dans chaque département.

Cependant, on constate qu'en pratique, de nombreux établissements acceptent l'accès non régulé des patients ou les patients adressés par les SAU sans appel préalable au centre 15. Seuls 60% des actes réalisés en PDS font l'objet d'une régulation en amont (30).

Les horaires de PDS couvrent ainsi les soirs de semaine et week-end de 20 heures à 8 heures du matin, les samedis à partir de midi, les dimanches et jours fériés mais également les lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié et les vendredis lorsqu'ils suivent un jour férié (36). Les maisons médicales de garde sont ouvertes les soirs de

semaine à partir de 20 heures, cependant, l'enquête du CNOM sur la PDS de 2013 indique qu'après minuit, dans plus de la moitié des territoires, elle n'est plus assurée par les médecins généralistes et les établissements de santé prennent le relais (37).

Le médecin volontaire s'inscrit sur le tableau de garde de la PDS tenu par le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. A défaut de volontaire, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins complète les effectifs ou saisit le préfet afin de procéder à une réquisition (38).

### **E. Le rôle du responsable de MMG**

Le rôle du médecin responsable de MMG est de s'assurer du bon fonctionnement de la MMG. Il est garant de la tenue du tableau de garde, doit l'adresser 45 jours avant sa mise en œuvre au CDOM qui le complète si besoin, avant de le soumettre au préfet. Il est responsable de la gestion des locaux et du matériel, éventuellement du personnel de sécurité, de ménage et du secrétariat. Une fois le tableau établi pour une durée de 3 mois minimum, il a la charge d'en résoudre les absences ou désistements éventuels. Son rôle est de faire le lien entre les structures de tutelles de la PDS (ARS, CDOM) et la structure qu'il coordonne. Il a notamment la charge de rendre compte de l'activité de façon régulière et précise (nombre de passage par tranche horaire via le logiciel Ordigard) afin de justifier le paiement des astreintes et gardes. Il doit également s'assurer du financement de sa structure et gérer les éventuels problèmes de fonctionnement d'un dispositif qui peut contenir de nombreux intervenants (jusqu'à 60 effecteurs pour certaines MMG du Val de Marne par exemple). Le logiciel Ordigard est utilisé pour la gestion des tableaux de garde par 78 départements en 2014 et 85 départements en 2015 (30).

## IV. Particularités de la région Île de France

### A. Des spécificités démographiques

La région Île de France concentre 20% de la population nationale sur une superficie de 12000 km<sup>2</sup> soit 2% du territoire national. Elle est caractérisée par un centre dense, urbain avec un secteur semi-rural en grande couronne. Signalons qu'à lui seul, le département de Seine et Marne couvre la moitié de la superficie de la région. La région Île de France présente une grande disparité démographique en terme de superficie, de densité de population et de densité médicale entre les différents départements.

Malgré une situation sanitaire globalement favorable, il existe une grande disparité entre les départements en terme d'accès aux soins et de précarité.

La densité régionale de médecins généralistes libéraux y est plus faible que la moyenne nationale (73 omnipraticiens pour 100000 habitants contre une moyenne nationale à 88,7 en janvier 2015) et l'offre hospitalière y est importante en particulier en matière de services d'urgences et de centres de réception et de régulation des appels dont l'activité est très forte (25). La ville de Paris dispose à elle seule de 14 SAU adultes et 3 SAU enfants.

En 2015, parmi les 15616 médecins généralistes d'Île de France, 49,9% sont des femmes, soit 13,9% de plus que la moyenne nationale, ce qui la situe parmi les régions de France à la plus forte proportion féminine (28).

Selon l'ARS d'Île de France, seulement 11% des omnipraticiens libéraux installés participent au dispositif organisé de PDSA, ce qui est très faible par rapport au taux de participation nationale de 60% et qui s'explique en partie par l'offre

importante de soins hospitaliers (SAU) (25, 39). En effet, l'Île de France fait partie des régions où les passages aux urgences sont les plus importants (40).

Enfin, il est important de signaler le cas particulier de Paris qui ne dispose d'aucune sectorisation en matière de permanence des soins et ne compte donc qu'un seul territoire de PDS.

## **B. Démédicalisation**

La démédicalisation de la région Île de France résulte d'une part des départs en retraite et d'autre part de départs de la région. La région francilienne se démédicalise plus rapidement que les autres régions qui connaissent ce problème: selon un classement réalisé en 2013, elle arrive en tête des régions qui dénombrent la plus forte diminution des médecins inscrits au tableau de l'Ordre (toutes spécialités confondues) en activité régulière avec une baisse de -4,8% devant la région Champagne-Ardenne (-3,4%) et la région Centre (-2,9%) (17).

En 2015, elle se situe toujours au premier rang de ce classement. Entre 2007 et 2015, on a constaté une diminution de 6% du nombre des médecins inscrits au tableau de l'Ordre des 8 départements de cette région. Parmi les 1835 médecins ayant quitté la région au cours de cette même période, 36% d'entre eux sont des généralistes. La région Île de France enregistre la plus forte baisse d'effectif de France en médecine générale (diminution de 17,1% entre 2007 et 2015). On constate une évolution de densité de 88,7 médecins généralistes à activité libérale ou mixte pour 100 000 habitants en 2007 à 73 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2015 (28).

## V. État des lieux des maisons médicales de garde en Île de France

Il existe en Île de France 3 types de structures de PDSA :

- Les MMG qui ont été définies précédemment
- Les cabinets médicaux tournants consistant en un regroupement de médecins libéraux effectuant sur les plages horaires de PDSA des consultations à tour de rôle dans leurs cabinets respectifs
- Les points fixes qui sont des lieux fixes de consultations pour des associations de médecins de type SOS médecins

On dénombre 26 points fixes 4 cabinets médicaux tournants en Île de France en 2016.

En 2014, on dénombrait 40 MMG en Île de France, 41 depuis 2016. Elles sont caractérisées par une activité globalement plutôt faible en semaine et soutenue le dimanche, une situation à proximité ou dans l'enceinte d'un établissement de santé pour un quart d'entre elles. Dans les départements de l'Essonne (91) et de Seine-et-Marne (94) les structures sont portées par des associations de PDSA.

Leur répartition territoriale est très contrastée puisqu'on dénombre 2 MMG dans le Val d'Oise (95) et 12 en Seine-et-Marne (25) (39).

Il n'y a pas de MMG en Seine-et-Marne (77). En effet, la PDSA y est assurée sous forme de points fixes par SOS médecins et l'association Médecins d'Urgences MU 77.

Dans le Val de Marne, les MMG prennent l'acronyme de SAMI (Service d'Accueil Médical Initial) faisant pendant à celui de SAMU. Ce département pionnier

pour la PDS dans la région connaît dès 1998 un investissement du Conseil de l'Ordre pour cet aspect de la médecine ambulatoire. Le terme SAMI et son concept sont créés en 2000 et la première structure ouvre en 2002 suivie de onze autres ouvertures successives jusqu'en 2010. Elles connaissent un rapide succès et servent d'exemple en matière de diminution de la fréquentation des urgences. Leur fonctionnement inspire d'autres départements d'Île de France.

Tableau 1 – Caractéristiques démographiques des départements d'Île de France [sources :INSEE (41)]  
(données en vigueur au 1er janvier 2016)

		<b>Paris 75</b>	<b>Seine et Marne 77</b>	<b>Yvelines 78</b>	<b>Essonne 91</b>
<b>C A R A C T E R I S T I Q U E S</b>	<b>Superficie</b>	105,40 km <sup>2</sup> (0,87% de la superficie régionale)	5915 km <sup>2</sup> (49% de la superficie régionale)	2285 km <sup>2</sup> (19% de la superficie régionale)	1804 km <sup>2</sup> (15% de la superficie régionale)
	<b>Population légale</b>	2 229 621 habitants	1 365 200 habitants	1 418 484 habitants	1 253 931 habitants
	<b>Densité de population</b>	21 153,9 habitants par km <sup>2</sup>	230,8 habitants par km <sup>2</sup>	620,9 habitants par km <sup>2</sup>	694,9 habitants par km <sup>2</sup>
		<b>Hauts de Seine 92</b>	<b>Seine Saint Denis 93</b>	<b>Val de Marne 94</b>	<b>Val d'Oise 95</b>
<b>D E M O G R A P H I Q U E S</b>	<b>Superficie</b>	176 km <sup>2</sup> (1,5% de la superficie régionale)	236 km <sup>2</sup> (1,96% de la superficie régionale)	245 km <sup>2</sup> (2% de la superficie régionale)	1253km <sup>2</sup>
	<b>Population légale</b>	1 591 403 habitants	1 552 482 habitants	1 354 005 habitants	1 194 681 habitants
	<b>Densité de population</b>	9062,1 habitants par km <sup>2</sup>	6572,7 habitants par km <sup>2</sup>	5525,9 habitants par km <sup>2</sup>	958,9 habitants par km <sup>2</sup>

Tableau 2 – Caractéristiques de la PDSA en Île de France [sources :CNOM 2015 (30), ARS (25)]

(le nombre de médecins généralistes indiqué n'inclut pas les médecins à exercice particulier)

	<b>Paris 75</b>	<b>Seine et Marne 77</b>	<b>Yvelines 78</b>	<b>Essonne 91</b>	
<b>Offre de soins ambulatoires</b>	1839 médecins généralistes (80 pour 100 000 habitants) âge moyen 55,7 ans 38,6% de femmes	792 médecins généralistes (58 pour 100 000 habitants) âge moyen 54,6 ans 34,8% de femmes	915 médecins généralistes (65 pour 100 000 habitants) âge moyen 55 ans 36,4% de femmes	733 médecins généralistes (59 pour 100 000 habitants) âge moyen 54,7 ans 40,5% de femmes	
<b>Structures de PDSA</b>	9	6	14	7	
<b>Maisons médicales de garde</b>	6	0	4	6	
<b>Effecteurs</b>	âge moyen 46 ans 25% de femmes	non connu	âge moyen 53 ans 38% de femmes	âge moyen 48 ans 40% de femmes	
<b>Taux de participation</b>	0 à 19%	0 à 19%	68%	0 à 19%	
<b>P D S A</b>	<b>Hauts de Seine 92</b>	<b>Seine Saint Denis 93</b>	<b>Val de Marne 94</b>	<b>Val d'Oise 95</b>	
	<b>Offre de soins ambulatoires</b>	960 médecins généralistes (61 pour 100 000 habitants) âge moyen 55,5 ans 37,8% de femmes	874 médecins généralistes (62 pour 100 000 habitants) âge mmoyen 55,5 ans 30,7% de femmes	837 médecins généralistes (62 pour 100000 habitants) âge moyen 53,9 ans 33,9% de femmes	727 médecins généralistes (61 pour 100 000 habitants) âge moyen 54,9 ans 33,4% de femmes
	<b>Structures de PDSA</b>	9	7	12	4
	<b>Maisons médicales de garde</b>	6	5	12	2
	<b>Effecteurs</b>	âge moyen 50 ans 40% de femmes	âge moyen 51 ans 38% de femmes	âge moyen 52 ans 30% de femmes	âge moyen 53 ans 32% de femmes
	<b>Taux de participation</b>	0 à 19%	0 à 19%	60 à 78%	0 à 19%

## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

### **I. Problématique**

Notion d'apparition relativement récente, la PDS en médecine générale est devenue un enjeu de santé publique important à partir des années 90, dans un contexte d'évolutions sociales marquées par une diminution de la densité médicale, une féminisation de la profession de médecin généraliste, des évolutions du rapport au travail, et des modifications des modes de recours aux soins. Ces évolutions ont eu pour effet de diminuer la participation des médecins généralistes au tour de garde, et une augmentation du recours aux Services d'Accueil d'Urgence des hôpitaux.

Dans ce contexte de fragilisation, le maintien de la PDS est devenu un enjeu important. Celle-ci a donc été progressivement encadrée et structurée par les pouvoirs publics afin de garantir sa pérennité. Un des effets importants de l'inscription de la PDS dans un cadre législatif, a été de transformer l'obligation individuelle des médecins généralistes de participer à la PDS, en une obligation collective, reposant sur le volontariat individuel encouragé par une rémunération. Par ailleurs, la nouvelle organisation de la PDS s'appuie sur des structures chargées de la mise en œuvre de ces missions, parmi lesquelles les Maisons Médicales de Garde (MMG), d'apparition récente, qui ont rapidement pris une place importante.

Ces évolutions ont permis le maintien de la mise en œuvre des missions de PDS sur la majorité du territoire national au cours des années 2000. Cependant, ce

cadre a été rapidement remis en cause (2007) du fait de nombreuses fragilités persistantes, en lien avec des problématiques de pilotage (ajustées en 2009), et du fait de l'instabilité de l'un des piliers de ce nouveau système, le volontariat.

Après une dizaine d'années au cours desquelles le système actuel de PDS s'est structuré puis stabilisé, un état des lieux des structures et des pratiques actuelles relatives à la mise en œuvre de ces missions paraît indispensable. Comment les MMG fonctionnent-elles ? Quelle est leur activité ? Ces structures rencontrent-elles des difficultés dans l'exercice de leurs missions ?

En outre, compte tenu de la fragilisation du système de PDS face aux évolutions sociales, il paraît important d'étudier la pérennité du dispositif actuel. Les structures clés de la PDS que sont les MMG rencontrent-elles actuellement des difficultés de fonctionnement ? En particulier, à l'heure du bilan du nouveau système de PDS, il semblerait particulièrement intéressant d'évaluer la situation actuelle au regard de l'implication des médecins généralistes dans ces missions de PDS sur la base du volontariat, régulièrement pointé comme source de fragilité du système.

Ces questions sont particulièrement intéressantes dans la région Île de France dans la mesure où celle-ci présente à la fois des disparités territoriales et des particularités fortes au regard des enjeux actuels de la PDS, notamment une grande proportion de territoires urbains au sein desquels la participation à la PDS est décrite comme étant moindre (29), ce qui peut constituer une difficulté.

## II. Objectifs

La recherche décrite ici présente deux objectifs. Il s'agit dans un premier temps de décrire le fonctionnement actuel de certains aspects du système de PDSA en Île de France à travers la description des caractéristiques des responsables de l'ensemble des MMG de la région. Dans un second temps, l'objectif est d'évaluer la pérennité du système actuel de PDSA en Île de France à travers l'étude des difficultés rencontrées par les responsables de MMG dans la mise en œuvre des missions de PDSA.

### III. Présentation de la recherche

Cette exploration s'effectuera ici au moyen d'une recherche mixte effectuée auprès de l'ensemble des responsables de MMG d'Île de France, acteurs de la PDSA intermédiaires entre les médecins qu'ils coordonnent et les structures de tutelle de la PDS que sont le CDOM, l'ARS et la CPAM, et dont le rôle fédérateur est essentiel à la création et au maintien de telles structures.

Dans un premier temps, nous effectuerons un état des lieux détaillé de la situation des responsables de MMG interrogés ainsi que des structures qu'ils coordonnent afin de pouvoir en effectuer une analyse susceptible d'éclairer la situation actuelle de la PDS en Île de France. Puis, dans un deuxième temps, nous explorerons, à travers des thèmes issus d'une recherche bibliographique, les difficultés que les responsables de MMG peuvent ressentir dans l'accomplissement de leurs missions. En effet, la pérennité de ce système reposant en partie sur les motivations des responsables de MMG à poursuivre les missions de PDS, il m'a semblé important d'axer ma recherche sur les ressentis de ces professionnels face aux difficultés évoquées.

Enfin, nous tenterons de dégager certaines corrélations entre le taux de satisfaction des médecins interrogés et leur situation dans le but de proposer des perspectives d'évolution envisageables.

## **IV. Outils utilisés**

### **A. Questionnaire à orientation descriptive**

Un premier questionnaire à orientation descriptive (annexe 1) vise à présenter les caractéristiques socio-démographiques des médecins responsables de MMG en Île de France ainsi que les structures qu'ils coordonnent.

Ainsi, ce questionnaire nous permet de renseigner genre et âge des participants, nombre d'années d'exercice en tant que médecin, durée d'exercice en tant que responsable de MMG et implication ou non dans son processus de création. Par ailleurs, afin de tenir compte des différences pouvant exister entre les structures qu'ils coordonnent, nous leur demandons de préciser le nombre d'heures d'ouverture de leur MMG, son nombre d'effecteur, leur localisation par rapport à l'hôpital du secteur, le nombre d'habitants correspondant à leur territoire de PDS, leur localisation en terme de secteur (urbain ou semi-rural), le nombre d'acte réalisés en 2013 et la présence ou non d'un administrateur à leurs côtés.

### **B. Questionnaire de Likert**

Un second questionnaire (annexe 1) fait intervenir, grâce à l'utilisation d'une échelle de Likert, plusieurs niveaux d'adhésions à des opinions formulées à partir de la recherche bibliographique.

Une échelle de Likert est une échelle de réponse psychométrique utilisée afin d'obtenir le degré d'agrément à une déclaration de la part de la personne interrogée. On demande à la personne interrogée d'indiquer son niveau d'accord à une affirmation donnée au moyen d'une échelle ordinale.

L'échelle contient ici cinq choix de réponse qui permettent de nuancer le degré d'accord :

1. Pas du tout d'accord
2. Pas d'accord
3. Ni en désaccord ni d'accord
4. D'accord
5. Tout à fait d'accord

L'objectif de cette démarche est de pouvoir étudier et comparer les différents profils et de rechercher d'éventuelles corrélations entre leurs caractéristiques ou celles de leur structure et les réponses obtenues au questionnaire de Likert (42).

Pour chacune des questions, 5 réponses sont possibles par ordre croissant d'adhésion. J'ai donc codé de 0 à 4 chaque réponse dans l'ordre croissant de difficulté exprimée afin d'obtenir un score global allant de 0 à 40, d'en calculer la moyenne, la médiane et l'écart type.

Ne disposant pas à ce jour d'analyse descriptive des difficultés rencontrées par les responsables de MMG, le questionnaire est basé sur une recherche bibliographique élargie incluant des positions exprimées par le corps médical de manière générale afin de tester l'adhésion des responsables de MMG à ces positions. Par ailleurs, nous avons volontairement choisi de limiter le nombre de propositions testées afin de restreindre la proportion de non réponse ou de réponses partielles. Les questions ont été posées alternativement sur une formulation positive puis négative afin d'éviter d'orienter les réponses.

Justification des questions :

**Proposition 1** : Je rencontre des difficultés fréquentes à remplir un tableau de garde respecté par les médecins.

La participation des médecins généralistes au tour de garde étant basée sur le principe du volontariat, elle n'en demeure pas moins essentielle au bon fonctionnement du dispositif et constitue un élément de fiabilité de sa pérennité. Elle est cependant décrite dans les premières évaluations du dispositif comme étant très variable d'une région à l'autre avec des taux de participation pouvant aller de 5 à 15% dans les grandes agglomérations (Toulouse, Nantes) à 80 à 100% dans certaines zones plus rurales (Centre, Bretagne, Pays de Loire) (43).

Le rapport IGAS/IGA de 2006 explique en partie la non efficacité du dispositif par le caractère volontaire de la participation à la PDS. Il décrit une organisation inachevée dont la fiabilité est non assurée: la sectorisation est faite mais des difficultés d'organisation de régulation et de disponibilité des effecteurs persistent (44).

Plus récemment, le CNOM constate également ce point de fragilité qu'il corrèle au problème de démographie médicale. Selon leur enquête, « on doit s'alarmer d'une situation qui s'est globalement dégradée » et les « effets délétères de la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court » sont constatés. De plus, il est indiqué que « la complétude du tableau est de plus en plus difficile à obtenir » (37, 45).

La question de la difficulté à de remplir le tableau de garde semble donc toujours justifiée est nécessite d'être explorée ici.

**Proposition 2 :** J'entretiens un bon rapport avec les structures de tutelle de la PDS (CDOM, ARS, CPAM).

Le rapport qu'entretient le corps médical avec les structures administratives est souvent complexe et parfois conflictuel. Les difficultés de ces rapports peuvent potentiellement impacter le bon fonctionnement du système de PDSA. Ainsi, dans

son enquête annuelle sur la PDS de 2013, le CNOM appelle l'État et ses représentants régionaux (ARS) à « sortir d'une vision administrative et comptable » s'ils « souhaitent que soit assurée une activité de permanence des soins, digne de ce nom, qui ne soit pas exclusivement hospitalière » (37)

Dans son travail de thèse portant sur la motivation des omnipraticiens à participer à un projet de MMG et ayant fait appel à une analyse qualitative de propos recueillis par un échantillon de médecins généralistes de la région de Nîmes, M. Arnould Demey évoque le rapport complexe entretenu par les médecins libéraux vis à vis de l'État : « L'État apparaît aux médecins loin de la réalité du terrain. Ils attendent de l'État sa collaboration avec eux, son implication dans l'organisation de la PDS, et la revalorisation de leur profession. Néanmoins, le désir de préserver leur autonomie est exprimé catégoriquement par les médecins ce qui montre toute la complexité de leur ressenti » (46).

Nous évoquerons de manière plus récente le conflit opposant les médecins libéraux à la loi de modernisation de la santé, même si l'étude a été menée à une date antérieure à ces événements.

La question du rapport des responsables de MMG aux structures de tutelles nécessite d'être questionnée dans ce travail.

**Proposition 3** : Mon rôle de coordinateur de MMG m'occasionne un surcroît de responsabilités.

Le métier de médecin comporte d'importantes responsabilités d'ordre légales, déontologiques, et morales. A celles-ci s'ajoutent pour le médecin responsable de MMG d'autres types de responsabilités. Tout d'abord vis à vis des patients, en assurant le bon fonctionnement de la MMG qu'il coordonne et donc la permanence des soins ambulatoires dans leur secteur. Par rapport aux organismes de tutelle et

d'assurance maladie ensuite, à qui il doit rendre compte de l'activité et de la bonne mise en œuvre des missions de la MMG, éléments auxquels sont suspendus le renouvellement des autorisations de fonctionnement et des financements de la structure. A l'égard des médecins effecteurs finalement, en assurant la transmission des actes qu'ils effectuent pendant leurs gardes aux organismes chargés de leur rémunération.

Il semble donc opportun de questionner le responsable de MMG sur le vécu de cette responsabilité.

**Proposition 4 :** Je trouve l'implication dans la PDS des jeunes médecins généralistes installés satisfaisante.

Le problème de démographie médicale et le déclin du volontariat nécessitent de poser la question de la perception de l'implication dans la PDS des jeunes médecins généralistes installés. Une fois les médecins généralistes en fin de carrière impliqués dans la PDS partis à la retraite, c'est sur la jeune génération que reposera l'avenir du système (16).

Rappelons également que la région Île de France se démedicalise plus rapidement que les autres régions (17).

**Proposition 5 :** Je rencontre des difficultés dans l'articulation de mes 2 activités (gestion du cabinet ou de l'activité hospitalière, le cas échéant et de la MMG).

Selon l'enquête du CNOM sur la PDS parue en 2014, « l'implication des médecins reste fragilisée par une activité souvent intense en dehors des horaires de permanence des soins » (45).

La durée moyenne d'une semaine de travail pour un médecin généraliste est de 57 heures et passe à 59 heures pour ceux qui participent à la PDSA (29). La participation à la PDS augmente donc la charge de travail des médecins et il est logique de supposer que cette charge puisse être équivalente ou supérieure pour le médecin responsable d'une structure de PDSA.

L'interroger sur sa difficulté à articuler ses deux activités est donc ainsi justifié.

**Proposition 6** : Je dispose de suffisamment de moyens financiers pour mener à bien ma mission de PDS.

Suite aux conclusions de l'enquête annuelle du CNOM sur la PDS en 2013, dans laquelle cette même structure invite l'État et l'ARS à « déployer les moyens financiers à la hauteur des objectifs affichés », la question de la satisfaction des moyens financiers mis à disposition nécessite d'être posée. En effet, le financement des MMG constitue un élément indispensable à la pérennité de ces structures (37).

Dans son mémoire, B. Ménard indique que « l'enjeu financier est un problème aigu pour tout volontaire souhaitant mettre en place une maison médicale » (9).

Selon l'enquête annuelle du CNOM parue en 2014 « les difficultés de financement des maisons de garde {...} restent des signes inquiétants » (37).

**Proposition 7** : Je vis les demandes de l'ARS (élaboration du tableau prévisionnel d'activité mensuelle, rapport d'activité mensuelle par médecin et par tranche de 4 heures, rapport d'activité annuelle) comme une contrainte.

La tâche administrative du responsable de MMG consiste à remplir le tableau de garde mensuel prévisionnel et faire ensuite un tableau récapitulatif à posteriori indiquant qui a fait la garde et combien d'actes ont été effectués pendant la garde (ce, par tranche de 4 h ,car il y a une compensation d'astreinte dégressive en

fonction du nombre d'actes effectués par tranche de 4 heures). Le médecin généraliste libéral ayant à effectuer de nombreuses tâches administratives au sein de son cabinet (47) et s'en plaignant (48) il semble approprié de s'interroger sur le vécu de l'obligation administrative du responsable de MMG.

**Proposition 8** : Je dispose d'un pouvoir décisionnel suffisant dans la gestion de ma structure de PDS.

Les différentes éditions de l'enquête annuelle du CNOM sur la PDS, relèvent que plusieurs attentes des médecins vis-à-vis de l'État ne seraient pas suffisamment entendues : « l'implication des médecins reste fragilisée {...} par une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public qu'ils assurent et, dans certains cas, par l'absence de réponse à leurs attentes en matière d'organisation et de financement. » (37) ; « Il est regrettable que les conseils départementaux et régionaux de l'Ordre des médecins qui consacrent beaucoup de temps à la gestion de la permanence des soins, qui en connaissent les acteurs et les particularités sur chaque territoire s'estiment insuffisamment associés aux décisions modifiant l'organisation de la permanence des soins » (45).

De plus, la crainte de l'assujettissement est exprimée par les médecins « Les médecins perçoivent une évolution de l'exercice médical qui se caractérise par {...} un assujettissement de plus en plus présent aux Caisses d'Assurance Maladie faisant craindre pour certains une dérive vers le fonctionnariat » (46).

**Proposition 9** : Je me sens isolé dans mon rôle de responsable de MMG.

Le sentiment d'isolement est l'une des causes du syndrome d'épuisement au travail (49) . Il s'agit d'une difficulté potentiellement éprouvée par les médecins généralistes. La place d'intermédiaire entre les médecins qu'il coordonne et les

structures de tutelle étant susceptible de favoriser un ressenti d'isolement chez le responsable de MMG, il semble important d'explorer ici cette dimension.

**Proposition 10** : Je conseillerais à un confrère de devenir responsable d'une MMG s'il en avait l'occasion.

Cette question permet d'explorer de manière plus directe que les autres le degré de satisfaction des médecins interrogés. Elle soulève également l'idée de la transmission de la fonction de responsable.

### C. Question ouverte

Enfin, afin d'approfondir l'analyse des difficultés rencontrées par les responsables des MMG, nous avons complété ces outils par une approche qualitative analysant les réponses à une question ouverte. En effet, la liste des questions posées au cours de l'entretien téléphonique est non exhaustive et ne permettait pas d'explorer d'autres aspects, susceptibles d'avoir été moins décrits dans la bibliographie. Aussi, le recours à une démarche qualitative semblait nécessaire à l'exploration la plus complète possible du sujet.

**Question ouverte** : Voyez vous une autre difficulté de votre rôle qui n'a pas été évoquée ?

Les réponses à cette question, pour la plupart courtes, ont été retranscrites manuellement.

## V. Déroulement de l'étude et recueil des données

L'étude porte sur l'ensemble des MMG d'Île de France. Cette région comportait 40 MMG au moment de la recherche. Parmi celles-ci, 3 d'entre elles sont gérées par le même médecin qui bénéficie de l'aide d'un administrateur. Par ailleurs, le directeur de ce travail est responsable d'une MMG en Île de France. Il a été décidé de l'exclure de la recherche afin d'éviter un biais de recrutement important. En conséquence, l'étude porte sur 39 MMG à travers un questionnaire soumis à leurs 37 responsables.

La première étape du travail a consisté à identifier les 37 responsables de MMG inclus dans l'étude. Il n'existe pas à ce jour de liste centralisée comportant ces informations hormis pour Paris et le Val de Marne. Les noms des responsables ont été récupérées par appels téléphoniques ou mails aux différentes associations de PDSA dont les coordonnées ont été trouvées sur internet. Une fois les noms des médecins obtenus, leurs coordonnées étaient recherchées au moyen de l'annuaire des Pages Jaunes. Les médecins étaient ensuite contactés directement à leur cabinet afin de convenir d'un créneau pour un rendez-vous téléphonique.

J'ai effectuée seule le recueil des données par appels téléphoniques aux responsables des MMG d'Île de France entre novembre 2014 et juin 2015. 7 responsables ont refusé de répondre au questionnaire malgré plusieurs relances.

Le questionnaire a été adressé par mail à 7 médecins refusant l'entretien téléphonique et n'acceptant d'y répondre que sous cette forme. Cependant, 3 d'entre eux n'ont pas répondu au mail malgré 2 relances. Cette modalité de réponse au questionnaire, non initialement prévue, a été validée préalablement par la plateforme d'aide à la méthodologie de la maison régionale de la recherche clinique du Centre Hospitalier Régional de Lille.

## **VI. Analyse des données**

### **A. Analyse des données quantitatives**

Pour l'analyse bivariée, les données quantitatives ont été analysées selon le test de Wilcoxon. Il s'agit d'un test de rang sur échantillons appariés prenant en considération les différences d'écart entre les observations. L'évolution entre « d'accord » et « pas d'accord » n'est pas considérée comme identique à une évolution entre « pas du tout d'accord » et « tout à fait d'accord ». On utilise donc des écarts entre les modalités de réponse (supposés équidistants). Les distances varient de -5 à +5, les nuls sont éliminés de l'effectif et une moyenne de rang est affectée aux ex-aequo (par exemple 2,5 ou -2,5) (50). Le calcul des intervalles de confiance à 95% a été réalisé à l'aide d'une loi binomiale.

Pour le croisement de 2 variables quantitatives, la méthode du coefficient de corrélation de Spearman a été utilisée.

### **B. Analyse des données qualitatives**

Afin d'analyser le matériel qualitatif, la méthode Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) a été employée. Cette méthodologie d'analyse de contenu a été conçue pour des recherches exploratoires sans hypothèse forte pré-déterminée. Elle associe deux approches théoriques : une approche phénoménologique, et une approche interprétative. L'IPA postule l'existence d'un effet induit par le chercheur sur la recherche, effet dont le chercheur doit tenir compte. Cette méthode est indiquée pour de petits échantillons pour qui la question posée a du sens, sans taille

d'échantillon idéale définie par les auteurs. Dans l'analyse IPA, la signification est centrale. Le but est de comprendre le contenu et la complexité de ces significations, plutôt que de mesurer leur fréquence.

A partir du verbatim obtenu, le chercheur doit dégager des annotations, puis des thèmes qui correspondent à un degré d'abstraction supérieure. Ces thèmes doivent permettre d'autoriser des liens dans et à travers les cas, tout en restant ancrés dans la spécificité de ce qui est énoncé. Les thèmes sont ensuite reliés et regroupés en méta-thèmes, tout en conservant le lien avec le transcrit. L'analyse finale doit respecter à la fois la convergence théorique et l'idiosyncrasie individuelle à travers laquelle cette convergence se manifeste (51).

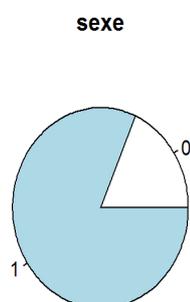
L'analyse a été effectuée par deux personnes différentes permettant ainsi une triangulation des résultats.

## RÉSULTATS

### I. Description des caractéristiques des responsables des MMG en IDF et des structures qu'ils coordonnent, données en vigueur en juin 2015

Tous les médecins que j'ai interrogés sont des médecins généralistes libéraux installés. Parmi eux, 5 (soit 18,5%) sont des femmes et 22 (soit 81,5%) sont des hommes. Notons que sur l'effectif total des médecins responsables de MMG en Île de France, 6 (15,8%) sont des femmes et 32 (84,2%) sont des hommes.

Figure 1 – Sexe des médecins



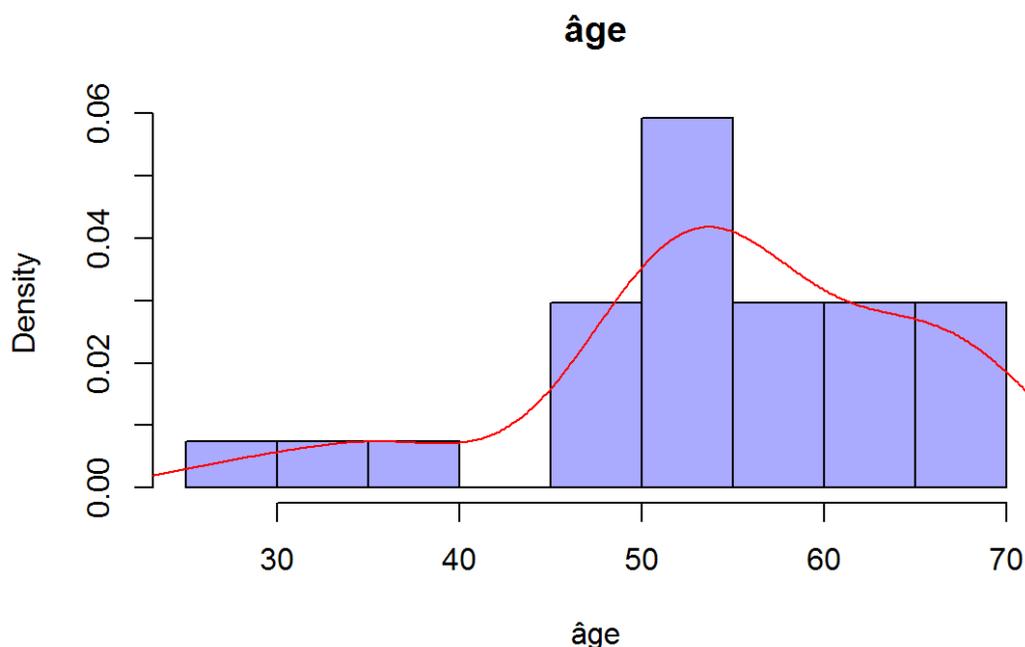
Femmes : Modalité 0, Effectif 5,  
Proportion 18.52%, IC95% [ 6.3% ;  
38.08% ]

Hommes : Modalité 1, Effectif 22,  
Proportion 81.48%, IC95% [ 61.92% ;  
93.7% ]

(calcul des IC95% à l'aide d'une loi  
binomiale)

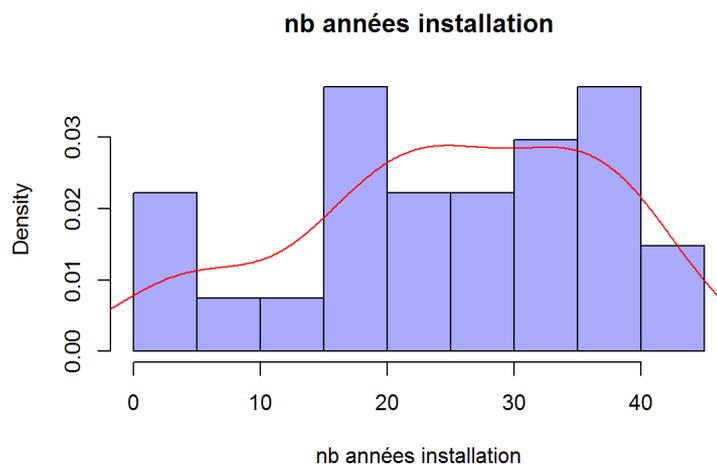
L'âge moyen des médecins interrogés est de 54,9 ans avec un intervalle de confiance à 95% située entre 51 et 58,8 ans et une médiane à 54 ans. Le plus jeune ayant 28 ans et le plus âgé 70 ans (moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 54.93 [ 51.03 ; 58.82 ], calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

Figure 2 – Age des médecins participant à l'étude



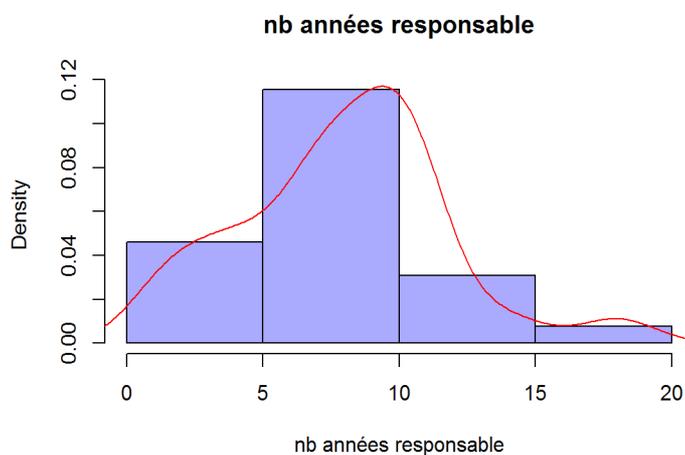
Les médecins responsables de MMG en Île de France sont installés depuis 24,8 années en moyenne avec un intervalle de confiance à 95% située entre 20,4 et 29,6 ans et une médiane à 26 ans. Le plus jeune installé l'est depuis 1 an et le plus ancien depuis 41 ans (moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 24.85 [ 20.44 ; 29.26 ] ; calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

Figure 3 – Nombre d'années d'installation des médecins répondants



En 2015, les répondants occupent le rôle de responsable de leur structure depuis une durée allant de 1 à 18 ans, avec une moyenne de 7,9 années (intervalle de confiance à 95% située entre 6,5 et 9,4 ans). 50% d'entre eux étant responsables de MMG depuis plus de 8 ans (valeur médiane de la durée d'exercice de cette fonction) ; (valeurs manquantes : n= 1 soit 3.703704 %, moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 7.96 [ 6.49 ; 9.43 ], calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

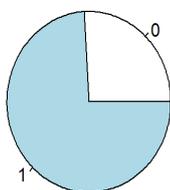
Figure 4 – Nombre d'années dans la fonction de responsable de MMG



Parmi les 27 médecins interrogés, 20 (soit 74%) sont responsables de leur structure depuis son ouverture de leur MMG alors que 7 (soit 26%) ont pris leur fonction de responsable après la création de la structure.

Figure 5 – Premier responsable de la structure

premier responsable



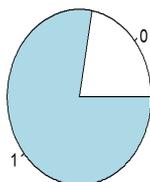
Pas premier responsable : Modalité 0 ;  
Effectif 7 ; Proportion 26% ; IC95%  
[ 11.11% ; 46.28% ]

Premier responsable : Modalité 1 ; Effectif  
20 ; Proportion 74,07% ; IC95%  
[ 53.72% ; 88.89% ] (calcul des IC95% à  
l'aide d'une loi binomiale).

Parmi ces mêmes médecins, 21 d'entre eux (soit 77,8% de l'effectif global) sont initiateurs du projet de MMG qu'ils coordonnent tandis que les 6 autres (22,2%) n'ont pas été responsables dès l'ouverture de la structure.

Figure 6 – Médecin à l'origine du projet de MMG

origine projet



Médecin non à l'origine du projet : Modalité 0 ;  
Effectif 6 ; Proportion 22,22% ; IC95%  
[ 8.62% ; 42.26% ]

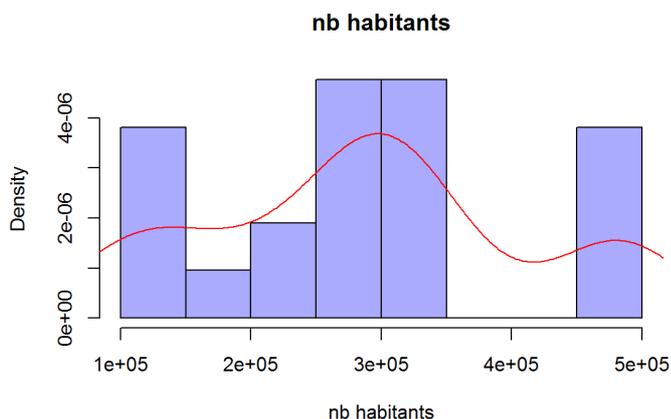
Médecin à l'origine du projet : Modalité 1 ;  
Effectif 21 ; Proportion 77,78% ; IC95%  
[ 57.74% ; 91.38% ] ; (calcul des IC95% à  
l'aide d'une loi binomiale).

En croisant ces deux dernières données, on constate que parmi les 27 médecins interrogés, 17 (soit 63% des participants) sont à la fois responsables de leur structure et initiateurs du projet de MMG alors que 3 d'entre eux (soit 11,1%) ne sont ni à l'origine du projet, ni les premiers occupants de ce poste. 4 responsables (14,8%) font partie des initiateurs de leur structure mais n'en ont pas eu la responsabilité depuis sa création tandis que 3 d'entre eux (11,1%) n'étaient pas initiateurs du projet mais en ont tout de même obtenu la responsabilité dès sa création.

Le nombre d'habitant par secteur de PDS en Île de France varie de 106 000 à 482 000 selon les secteurs, avec une moyenne de 289 188 habitants par secteur (intervalle de confiance à 95% située entre 236 672 et 341 703 habitants) et une médiane à 288 100 habitants.

La ville de Paris n'est pas incluse dans ces données car il n'existe pas de sectorisation pour ce territoire ; (valeurs manquantes :  $n=6$  soit 22.22222 % ; moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 289187.8 [ 236672.2 ; 341703.4 ] ; calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

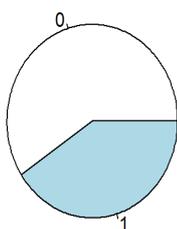
Figure 7 - Nombre d'habitants par secteur



Une majorité des MMG étudiées sont adossées à une structure hospitalière puisque 16 (soit 59,3%) d'entre elles sont hébergées par un hôpital alors que 11 (soit 40,7%) sont indépendantes.

Figure 8 – Hébergement par un hôpital

relation établissement santé

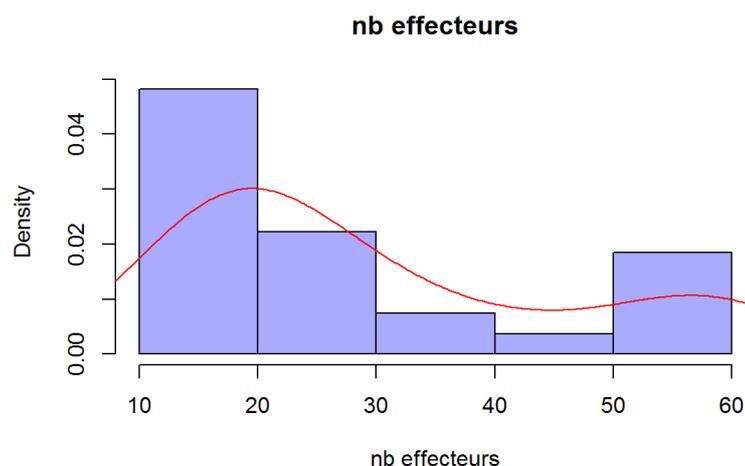


Hébergement par un hôpital : Modalité 0 ; Effectif 16 ; Proportion 59,26% ; IC95% [ 38.8% ; 77.61% ]

Pas d'hébergement par un hôpital : Modalité 1 ; Effectif 11 ; Proportion 40,74% ; IC95% [ 22.39% ; 61.2% ] ; (calcul des IC95% à l'aide d'une loi binomiale).

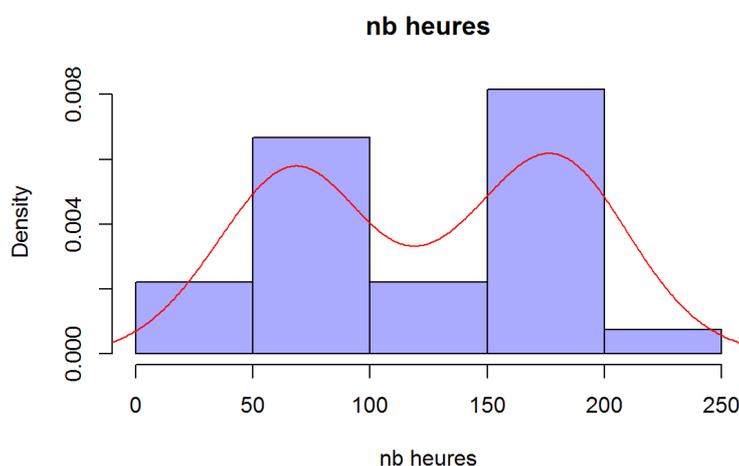
Sur les 27 MMG étudiées, on constate une grande disparité de taille de structure puisque le nombre le plus faible de participants au tour de garde est de 10 médecins et le plus important de 60. La moyenne se situe à 29,6 participants et la médiane à 22. (moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 29.59 [ 23.45 ; 35.73 ] ; calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

Figure 9 – Nombre d'effecteurs de la MMG



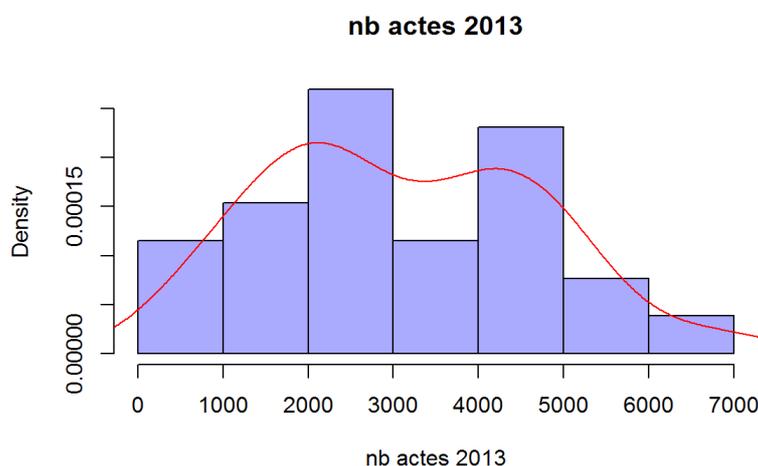
Cette disparité est observable également sur les amplitudes horaires d'ouverture des différentes MMG puisque la structure ayant l'amplitude horaire la moins importante n'ouvre que 36 heures par mois contre 220 pour celle qui présente l'amplitude horaire la plus importante. La moyenne est de 124,7 heures par mois avec une répartition non homogène de la courbe ; (moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 124.67 [ 102.63 ; 146.7 ] ; calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

Figure 10 – Nombre d'heures d'ouverture par mois de la MMG



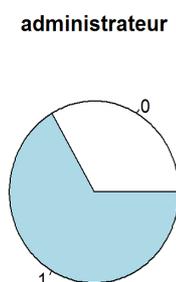
En 2013, les MMG d'Île de France ont réalisé en moyenne 3108 actes. Les écarts d'activité d'une MMG à l'autre sont importants, allant de 660 actes à 6766 actes sur l'année 2013. Rappelons que ces chiffres datent de 2013 car le recueil des données ayant été débuté fin 2014, il s'agissait de la dernière année achevée pour laquelle nous pouvions disposer de ces données. (valeurs manquantes :  $n= 1$  soit 3.703704 % ; moyenne et intervalle de confiance à 95 % : 3108.31 [ 2497.76 ; 3718.86 ] ; calcul des IC 95 % à partir du théorème central limite).

Figure 11 - Nombre d'actes effectués en 2013



Pour la gestion de leur structure, 18 responsables (66,7%) bénéficient de l'aide d'un administrateur (majoritairement les MMG de Paris et du val de Marne) alors que 9 (33,3%) n'en bénéficient pas.

Figure 12 - Présence d'un administrateur



Administrateur : Modalité 1 ; Effectif 18 ; Proportion 66,67% ; IC95% [ 16.52% ; 53.96% ]

Pas d'administrateur : Modalité 1 ; Effectif 9 ; Proportion 33,33% ; IC95% [ 46.04% ; 83.48% ] ; (calcul des IC95% à l'aide d'une loi binomiale).

Concernant le secteur d'activité (urbain ou semi-rural), 3 des MMG incluses dans l'étude (11,1%) se trouvent en secteur semi-rural tandis que les autres (88,8%) sont situées en secteur urbain.

## II. Étude des difficultés rencontrées par les responsables de MMG

### A. Approche quantitative

#### 1 Réponses au questionnaire de Likert

**Proposition 1** : Je rencontre des difficultés fréquentes à remplir un tableau de garde respecté par les médecins

Parmi les responsables interrogés, 70,4% estiment ne pas rencontrer de difficulté pour remplir leur tableau de garde. Néanmoins, cette difficulté est exprimée par 22,2% d'entre eux.

Figure 13 - Réponses à la proposition 1

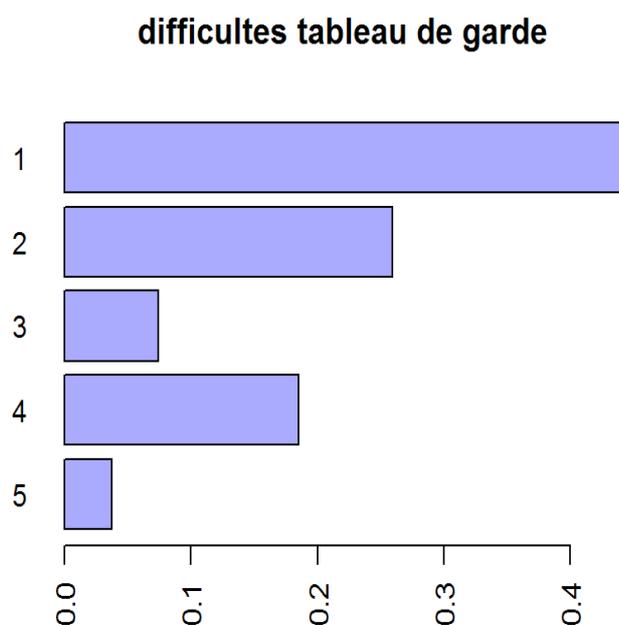


Tableau 3 – Réponses à la proposition 1

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	12	44,44	[ 25.48% ; 64.67% ]
2	7	25,93	[ 11.11% ; 46.28% ]
3	2	7,41	[ 0.91% ; 24.29% ]
4	5	18,52	[ 6.3% ; 38.08% ]
5	1	3,7	[ 0.09% ; 18.97% ]

**Proposition 2** : J'entretiens un bon rapport avec les structures de tutelle de la PDS (CDOM, ARS, CPAM)

85,2% des responsables interrogés estiment entretenir un bon rapport avec les structures de tutelles de la PDS, 37% d'entre eux sont d'accord avec la proposition et 48,2% sont tout à fait d'accord. Un seul responsable rejette cette proposition.

Figure 14 - Réponses à la proposition 2

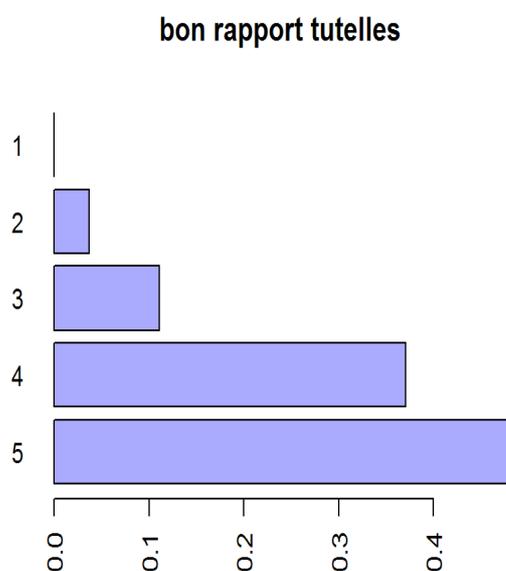


Tableau 4 - Réponses à la proposition 2

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	0	0%	[ 0% ; 12.77% ]
2	1	3,70%	0.09% ; 18.97% ]
3	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
4	10	37,04%	[28.67% ; 68.05% ]
5	13	48,15%	[ 0.09% ; 18.97% ]

**Proposition 3** : Mon rôle de coordinateur de MMG m'occasionne un surcroît de responsabilités

L'ensemble des médecins interrogés confirment que leur rôle de responsable de MMG leur occasionne un surcroît de responsabilité (les réponses se répartissent de manière équivalente entre les médecins tout à fait d'accord et d'accord avec la proposition énoncée), seul 1 d'entre eux estime le contraire. Aucun responsable n'a de positionnement neutre par rapport à la proposition.

Figure 15 - Réponses à la proposition 3

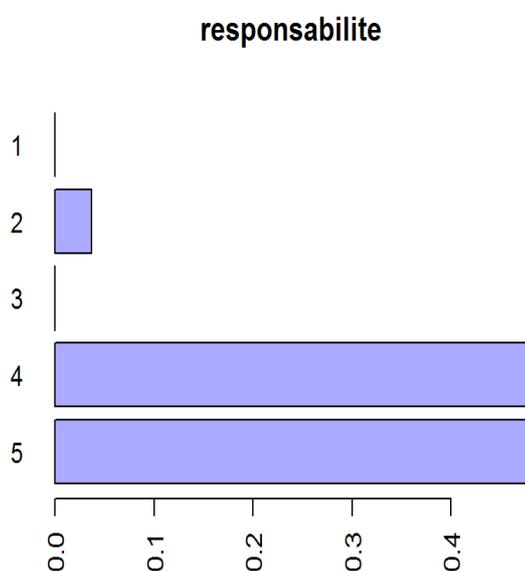


Tableau 5 - Réponses à la proposition 3

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	0	0%	[ 0% ; 12.77% ]
2	1	3,70%	[ 0.09% ; 18.97% ]
3	0	0%	[ 0% ; 12.77% ]
4	13	48,15%	[ 28.67% ; 68.05% ]
5	13	48,15%	[ 28.67% ; 68.05% ]

**Proposition 4** : Je trouve l'implication dans la PDS des jeunes médecins généralistes installés satisfaisante

Les avis sont très partagés au sujet de l'implication des jeunes médecins généralistes installés dans la PDS. En effet, 40,7% d'entre eux la jugent satisfaisante (18,5% d'entre eux sont tout à fait d'accord et 22,2% sont d'accord avec la proposition) alors que 29,6% la jugent non satisfaisante (avec une répartition égale entre les réponses « pas du tout d'accord » et « pas d'accord »). Cette proposition est l'une des deux ayant reçu le taux de réponses neutres le plus important du questionnaire (29,6%).

Figure 16 - Réponses à la proposition 4

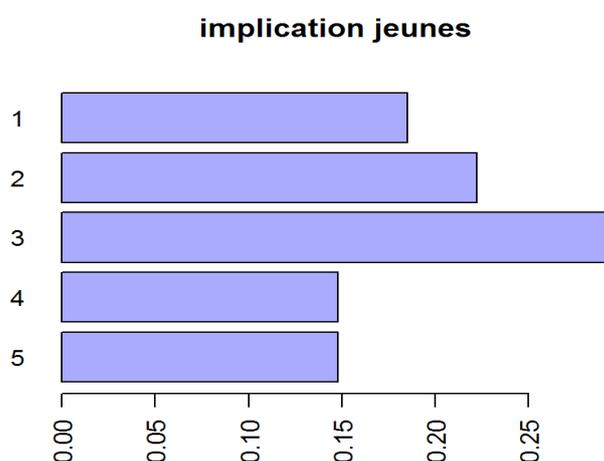


Tableau 6 - Réponses à la proposition 4

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	5	18,52%	[ 6.3% ; 38.08% ]
2	6	22,22%	[ 8.62% ; 42.26% ]
3	8	29,63%	[ 13.75% ; 50.18% ]
4	4	14,81%	[ 4.19% ; 33.73% ]
5	4	14,81%	[ 4.19% ; 33.73% ]

**Proposition 5** : Je rencontre des difficultés dans l'articulation de mes 2 activités (gestion du cabinet ou de l'activité hospitalière, le cas échéant et de la MMG)

La grande majorité (74,1%) des répondants estime que l'articulation de leurs deux activités de médecin libéral en cabinet et de responsable de MMG ne leur pose pas de difficulté, en effet 44,44% d'entre eux ne sont pas du tout d'accord avec la proposition et 29,63% pas d'accord. Seul 4 (14,8%) d'entre eux adhèrent à la proposition.

Figure 17 - Réponses à la proposition 5

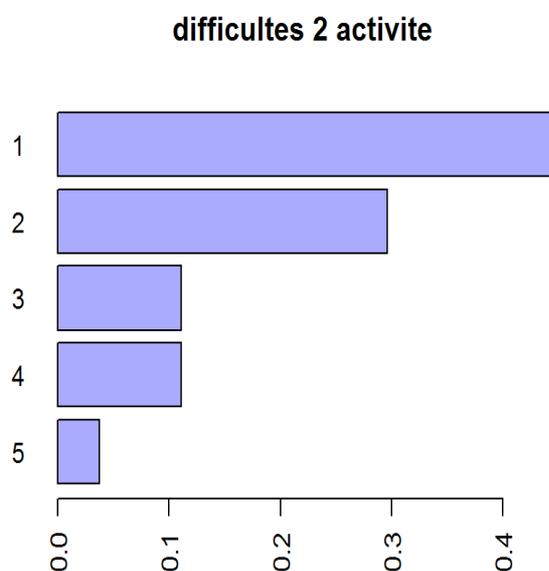


Tableau 7 - Réponses à la proposition 5

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	12	44,44%	[ 25.48% ; 64.67% ]
2	8	29,63%	[ 13.75% ; 50.18% ]
3	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
4	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
5	1	3,70%	[ 0.09% ; 18.97% ]

**Proposition 6** : Je dispose de suffisamment de moyens financiers pour mener à bien ma mission de PDS

77,8% des responsables de MMG interrogés estiment disposer de moyens financiers suffisants pour mener à bien leur mission de PDS, cependant, le niveau d'accord à cette proposition est relatif dans la mesure où seuls 18,5% d'entre eux sont tout à fait d'accord avec la proposition alors que 59,3% sont seulement d'accord. 6 responsables (22,2%) sont en désaccord avec la proposition (parmi eux, un seul responsable n'est pas du tout d'accord) exprimant ainsi un manque de moyens financiers. Il est à noter que cette proposition est l'une des deux seules du questionnaire à n'avoir fait l'objet d'aucune réponse neutre.

Figure 18 - Réponses à la proposition 6

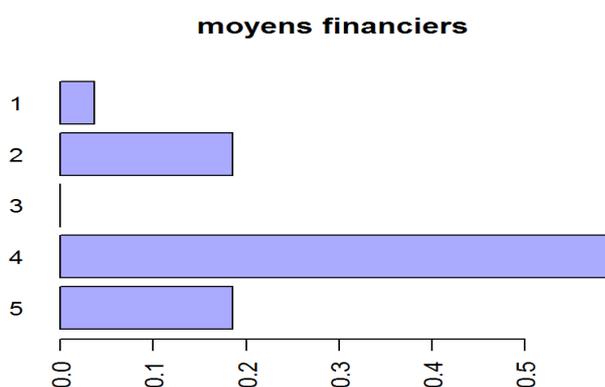


Tableau 8 - Réponses à la proposition 6

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	1	3,70%	[ 0.09% ; 18.97% ]
2	5	18,52%	[ 6.3% ; 38.08% ]
3	0	0,00%	[ 0% ; 12.77% ]
4	16	59,26%	[ 38.8% ; 77.61% ]
5	3	18,52%	[ 6.3% ; 38.08% ]

**Proposition 7 :** Je vis les demandes de l'ARS (élaboration du tableau prévisionnel d'activité mensuelle, rapport d'activité mensuelle par médecin et par tranche de 4 heures, rapport d'activité annuelle) comme une contrainte.

Lorsqu'on les questionne sur la manière dont ils vivent les demandes administratives de l'ARS, 55,55% des répondants les considèrent contraignantes (22,22% sont tout à fait d'accord avec la proposition et 33,33% sont d'accord) alors que 33,3% ne vivent pas ces demandes comme une contrainte (18,52% des répondants ne sont pas du tout d'accord avec la proposition et 14,81% ne sont pas d'accord).

A noter toutefois la nuance apportée oralement dans la réponse pour 3 d'entre eux qui les jugent contraignantes mais néanmoins indispensables au bon fonctionnement de la PDSA.

Figure 19 - Réponses à la proposition 7

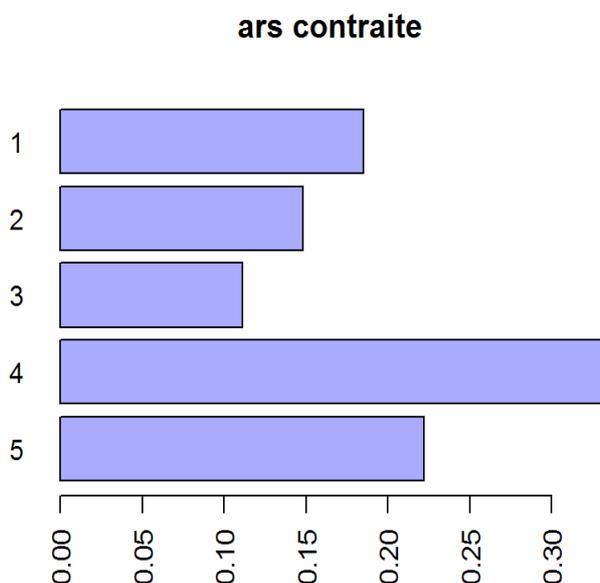


Tableau 9 - Réponses à la proposition 7

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	5	18,52%	[ 6.3% ; 38.08% ]
2	4	14,81%	[ 4.19% ; 33.73% ]
3	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
4	9	33,33%	[ 16.52% ; 53.96% ]
5	6	22,22%	[ 8.62% ; 42.26% ]

**Proposition 8** : Je dispose d'un pouvoir décisionnel suffisant dans la gestion de ma structure de PDS

Le sentiment de disposer d'un pouvoir décisionnel suffisant est ressenti par 59,3% des médecins interrogés alors que 29,6% d'entre eux déplorent le contraire. Ici aussi, les réponses sont nuancées dans la mesure où les degrés d'accord et de désaccord extrêmes ont été choisis respectivement par seulement 3 et 2 répondants.

Figure 20 - Réponses à la proposition 8

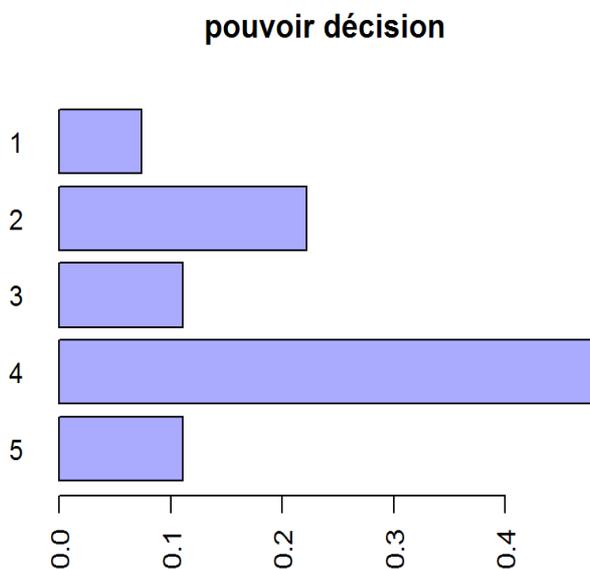


Tableau 10 - Réponses à la proposition 8

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	2	7,41%	[ 0.91% ; 24.29% ]
2	6	22,22%	[ 8.62% ; 42.26% ]
3	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
4	13	48,15%	[ 28.67% ; 68.05% ]
5	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]

**Proposition 9** : Je me sens isolé dans mon rôle de responsable de MMG

Lorsqu'on les questionne sur leur sentiment d'isolement dans leur rôle de responsable de MMG, les résultats sont très disparates. 29,6% d'entre eux adhèrent à la proposition, 51,85% la rejettent, 18,5% n'ont pas d'avis tranché sur cet aspect.

Figure 21 - Réponses à la proposition 9

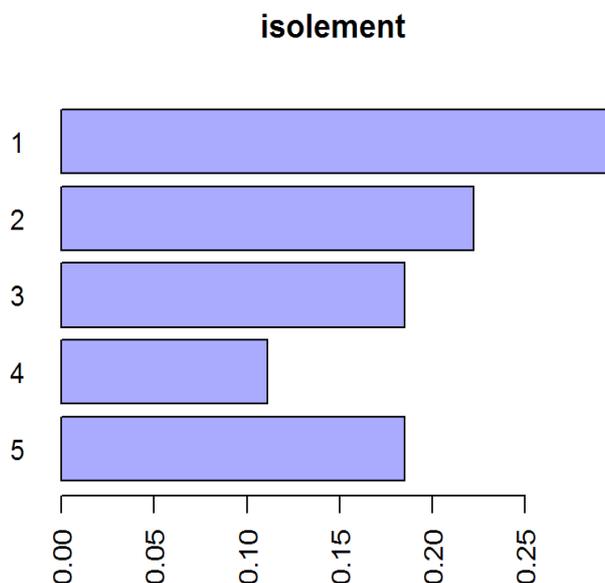


Tableau 11 - Réponses à la proposition 9

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	8	29,63%	[ 13.75% ; 50.18% ]
2	6	22,22%	[ 8.62% ; 42.26% ]
3	5	18,52%	[ 6.3% ; 38.08% ]
4	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
5	5	18,52%	[ 6.3% ; 38.08% ]

**Proposition 10** : Je conseillerais à un confrère de devenir responsable d'une MMG s'il en avait l'occasion

Lorsqu'on leur demande s'ils conseilleraient à un confrère d'occuper le même rôle qu'eux, le niveau d'adhésion obtenant le nombre de réponses le plus important est l'accord (33,3%). Cependant les responsables adhérant globalement à cette proposition ne sont pas majoritaires (48,1%), et le taux de réponses neutres est très élevé (29,6%). Seuls 6 responsables affirment ne pas conseiller ce poste (nombre de

réponses équivalentes aux propositions « pas du tout d'accord » et « pas d'accord »).

Figure 22 - Réponses à la proposition 10

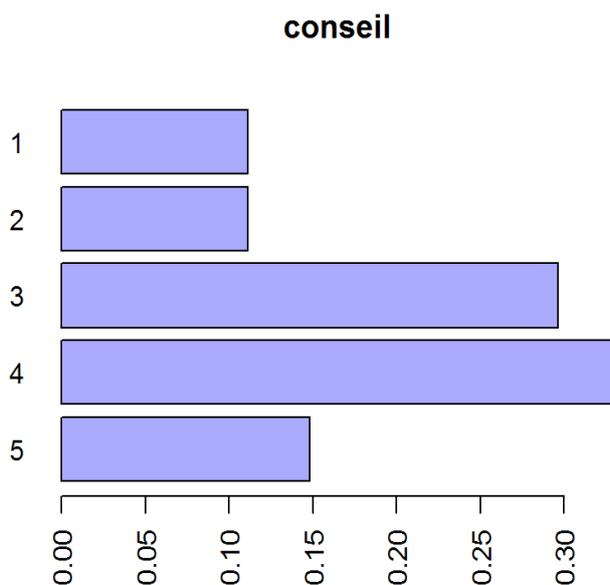
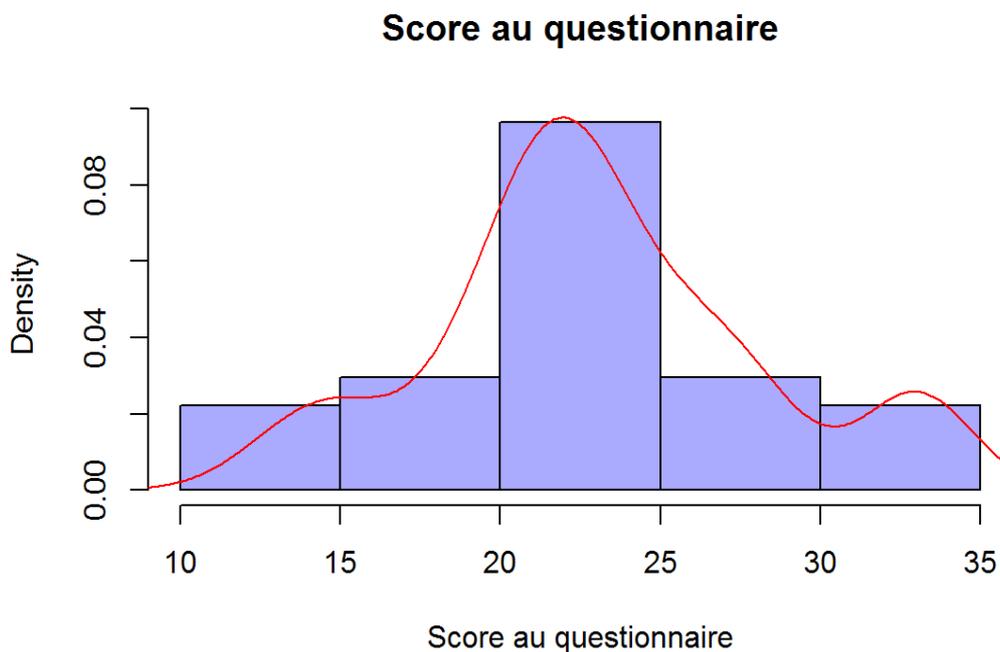


Tableau 12- Réponses à la proposition 10

Modalité	Effectif	Proportion	IC 95%
1	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
2	3	11,11%	[ 2.35% ; 29.16% ]
3	8	29,63%	[ 13.75% ; 50.18% ]
4	9	33,33%	[ 16.52% ; 53.96% ]
5	4	14,81%	[ 4.19% ; 33.73% ]

Le score global de satisfaction des médecins interrogés se situe entre 13 et 33 sur 40, avec une moyenne à 23,04 (intervalle de confiance à 95% compris entre 21,1 et 24,98) soit un indice de satisfaction moyen à 57,6% (intervalle de confiance à 95% compris entre 52,75 et 62,45).

Figure 23 – Score total au questionnaire



## 2 Analyse bivariée

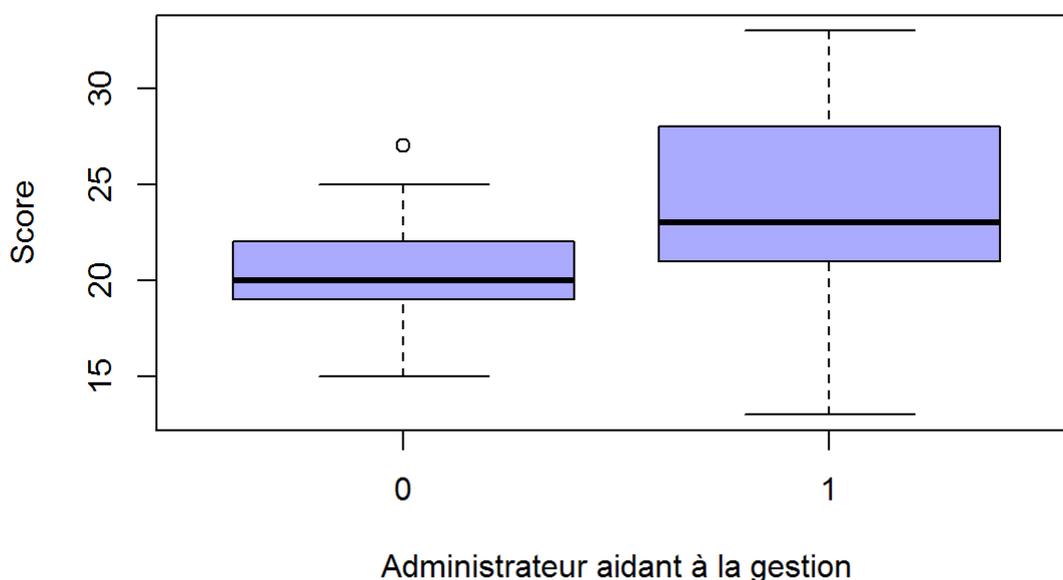
L'ensemble des analyses croisant les données issues du questionnaire descriptif avec l'indice de satisfaction global obtenu au questionnaire de Likert ne permet pas de dégager de corrélation significative.

Toutefois, l'analyse bivariée indique une corrélation proche de la significativité ( $p=0.06$ ) entre l'indice de satisfaction global et la présence d'un administrateur aidant le responsable à la gestion de sa structure. Nous attribuons ce défaut de significativité à une puissance de l'étude insuffisante, en lien avec les choix méthodologiques décrits plus haut, dont résulte un faible effectif de l'échantillon étudié. Il serait donc intéressant de chercher à analyser ces corrélations (et cette dernière en particulier) au moyen d'une étude plus puissante.

Score en fonction de l'administrateur aidant à la gestion

Analyse bivariée : Test de Wilcoxon d'une variable qualitative avec une variable quantitative. ( $W = 44.5$ ,  $p\text{-value} = 0.06302$  ; moyennes avec IC95% pour chaque modalité de la variable qualitative)

Figure 24 – Corrélation du score avec la présence d'un administrateur



## B. Approche qualitative : analyse IPA des réponses à la question ouverte

Les responsables de MMG expriment spontanément des questionnements sur la pérennité du système de PDSA dans leur réponse à la question ouverte. Ils présentent leur inquiétude comme étant liée à différents aspects. Le caractère chronophage des tâches administratives est tout d'abord évoqué (« ça prend quand même énormément de temps au niveau administratif mais bon, pour l'instant ça reste

encore faisable... moi je m'inquiète de ce que ça va devenir »), ensuite, la nécessité de s'en occuper (« je me questionne sur la pérennité des MMG et de leur coordination liée à la nécessité pesante de toujours s'en occuper ») et finalement, le problème de démographie médicale (« je m'inquiète de ce que ça va devenir, surtout vu l'état de la démographie médicale »).

Une piste proposée par les responsables de MMG pour renforcer le système est d'atténuer la charge administrative qui est associée à cette fonction par le recours à l'aide d'un administrateur présenté comme un atout (« on a quand même la chance d'avoir un administrateur efficace ») ; (« je conseille ce rôle, oui, mais à condition d'avoir, comme moi, un administrateur »).

L'analyse qualitative de la réponse à la question ouverte permet de dégager trois grands thèmes structurant les difficultés exprimées par les responsables de MMG : le recrutement des médecins, les difficultés d'ordre relationnel, et celles d'ordre financier.

### **1 Le recrutement des médecins**

Une baisse des effectifs est constatée par les responsables de MMG: « on a une baisse de l'effectif des médecins sur le terrain mais également à la régulation »

Le problème posé par le recrutement, selon les responsables interrogés, concerne surtout les jeunes médecins (« il y a un problème dans le recrutement des jeunes médecins remplaçants ») ; (« il y a un manque d'implication des jeunes médecins remplaçants ») ; (« on a un sérieux problème de recrutement des jeunes médecins ») ; (« on aurait besoin de promouvoir la PDS dès l'internat »).

Les causes évoquées pour tenter d'expliquer ce problème sont multiples. Tout d'abord, le manque de motivation des médecins est mis en avant (« il y a un

manque de motivation »). Ensuite, les médecins interrogés évoquent le manque d'implication de la part de leurs confrères (« le refus d'implication de la part des médecins du secteur »); (« on manque de participation de la part des autres confrères »); (« la non implication des autres médecins »). Enfin, un problème lié à la conception de la profession est évoqué à travers les notions de mission («se sentir investi d'une mission »); de déontologie et de choix militant (« il y a un manque {...} de déontologie, c'est à se demander si la PDS n'est pas un choix militant »), et d'idéologie (« un problème d'idéologie... On n'a pas tous la même conception de l'engagement »).

Les pistes proposées par les répondants pour tenter de résoudre ce problème vont essentiellement dans le sens de favoriser l'accès le plus précoce possible des médecins à la PDS soit en renforçant l'implication des remplaçants (« on dispose d'un effectif motivé présent mais pas de médecin pour leur prêter les ordonnances et feuilles de soin »), soit en rendant possible l'implication des internes (« ça serait bien que des internes en formation puissent exercer au sein des MMG »).

## **2 Les difficultés relationnelles**

A propos des problèmes relationnels évoqués, ils sont rencontrés par les médecins à différents niveaux.

En premier lieu, des rapports conflictuels surviennent dans les relations avec d'autres structures, notamment avec l'hôpital (« une certaine rivalité avec l'hôpital »); (« on rencontre des problèmes relationnels avec l'hôpital »), et plus précisément avec les SAU (« mauvaises relations avec le service d'urgences (...) jusqu'à la défiance »); (« un problème de rivalité avec les urgences adultes »), les rivalités entre structures étant régulièrement évoquées. Le passage à la tarification à l'acte

(TAA) est mis en cause avec l'idée que les MMG peuvent faire de la concurrence au service d'urgences du secteur (« un problème de compétition avec les urgences qui refusent parfois de nous d'adresser des patients par exemple »); (« depuis le passage de la tarification à l'acte, c'est comme si nous étions en concurrence »).

En deuxième lieu, les responsables de MMG évoquent également des conflits liés à la mutualisation de moyens. Le partage des locaux est présenté comme problématique (« il y a un problème relationnel avec le maire et le personnel de jour, ce qui rend parfois l'ambiance un peu tendue »); (« la relation est parfois délicate avec le CMS dont on partage les locaux »). La question du partage du matériel pose également problème (« les gens n'en prennent pas autant soin que si c'était à eux de réparer les choses »); (« le laisser-aller des remplaçants est insupportable »).

Enfin, des problèmes relationnels sont mis en avant au sein même de la structure notamment avec les confrères (« il y a parfois certains problèmes relationnels avec les médecins »); (« la difficulté de la tâche réside dans le rapport de gestion avec les confrères, notamment lorsqu'il s'agit de gérer les oublis de garde »), mais également avec les patients (« je déplore les problèmes relationnels avec les patients »). La recherche met en avant quelques soucis d'incivilité, de défaut de paiement et de motifs de recours abusifs de la part de certains patients.

### **3 Les difficultés financières**

Les difficultés financières sont également évoquées (« la principale difficulté est financière ») à travers plusieurs aspects.

Tout d'abord, la préoccupation pour le renouvellement des subventions apparaît comme une source de stress lié à la nécessité de relances multiples (« il existe un stress lié au doute permanent sur le renouvellement des subventions »); (« je n'irais

pas jusqu'à dire que nous avons des soucis financiers... enfin, disons qu'on a l'argent mais à condition de relancer les demandes ») ; (« on a toujours besoin de relancer pour obtenir des moyens qu'on finit quand même toujours par obtenir »).

Ensuite, les responsables de MMG relèvent un problème de valorisation financière avec une absence de prise en compte du travail administratif (« les structures de tutelle ne réalisent pas toujours que le travail administratif est non rémunéré pour un libéral »).

Enfin, sont mis en avant les effets pervers de la tarification forfaitaire dégressive : « les médecins gagnent parfois plus en voyant 2 patients qu'en en voyant 3 par tranche de 4 heures ».

Une piste est proposée par un responsable pour tenter de résoudre en partie ces problèmes : salarier les responsables de MMG « je suis favorable à davantage de professionnalisation, un genre de salariat pour ce type de tâche ».

Pour finir, le problème d'un « cadre juridique flou » inhérent à la pluralité des sites d'intervention est évoqué, notamment avec l'exemple d'un accident de trajet entre cabinet médical personnel et MMG.

## DISCUSSION

### I. Discussion de la méthode

#### A. Points forts

##### *1 Une recherche originale*

La recherche présentée dans ce travail est une recherche à la fois inédite et originale permettant un état des lieux détaillé de la condition de responsable de MMG en Île de France. L'état des lieux de la recherche sur la PDS ambulatoire en Île de France mettait en évidence des travaux plutôt récents proposant une description du fonctionnement et de l'implantation des structures (32). Notre choix a été de compléter ces approches par une recherche centrée sur les responsables de MMG de manière à explorer le ressenti d'un des acteurs central des missions de PDS, situé à l'interface entre les effecteurs et les tutelles. L'idée était de pouvoir confronter les données de la littérature aux ressentis exprimés sur le terrain par ces acteurs, et d'explorer leur perception de la mise en œuvre des missions de PDS, afin d'enrichir et de complexifier l'état des lieux par la perceptions d'acteurs de terrain.

##### *2 L'utilisation d'une méthode mixte*

Explorer la situation et le ressenti des responsables de MMG au moyen d'une méthode mixte a permis à la fois :

- De tester l'adhésion des responsables de MMG à diverses propositions issues d'une revue de la littérature sur les difficultés qu'ils rencontrent et les points de fragilité de la PDS (questionnaire de Likert)
- D'explorer de manière plus riche le vécu qu'ils ont de leur rôle (méthode qualitative) afin de complexifier leur position par rapport aux propositions du questionnaire de Likert et de faire potentiellement émerger des données et des thématiques nouvelles.

### **3 Un taux de réponse élevé**

Le recours à un questionnaire de Likert présente l'avantage de produire une échelle très fiable, présentant à la fois une facilité de lecture et de réponse pour le participant à l'étude (42). De telles propriétés ont permis d'obtenir un taux de réponse élevé aux questions (73%), autorisant un état des lieux assez exhaustif de la situation des responsables de MMG en IDF.

### **4 Une étude centrée sur une région présentant une situation « emblématique » des difficultés de la PDSA**

En effet, l'Île de France condense différents aspects des problématiques actuelles de la PDSA, à savoir : une baisse de densité médicale, une féminisation de la profession, une évolution du rapport au travail, et une modification des modes de recours au soin. Un tel terrain d'étude présentant à la fois la cohérence d'un territoire régional (tutelles communes) et une diversité de situations (réalités départementales différentes, milieux urbains et semi-ruraux, ...) permettait d'étudier l'influence potentielle de certains facteurs sur les difficultés exprimées.

## **B. Limites**

### ***1 Un effectif global faible***

La raison pour laquelle j'ai choisi de limiter mon étude à la région Île de France est la suivante : je supposais de grandes disparités de fonctionnement d'une région à l'autre et craignais ainsi ne pas pouvoir comparer les données quantitatives recueillies en raison de cadres d'exercice et de contextes trop différents (ARS différentes, écarts de démographie médicale, ... ) susceptibles d'agir comme facteurs de confusion dans l'analyse des résultats. Compte tenu de l'aspect restreint du terrain de l'étude, l'échantillon étudié était de petite taille. Les 10 refus auxquels j'ai été confrontée n'ont fait que majorer ce point faible. En conséquence, cet effectif générerait une puissance insuffisante pour produire des corrélations significatives entre les données. J'ai donc dû faire le choix entre une étude sur un échantillon plus large susceptible de produire des corrélations plus significatives (analyse bivariée) mais dont les données auraient été plus difficilement interprétables, et m'attacher à décrire de manière précise et aussi complexe que possible un échantillon réduit. Mon choix s'est tourné vers la deuxième option compte tenu de la nature exploratoire de cette recherche.

### ***2 Date du recueil des données***

Le recueil de données ayant été effectué de novembre 2014 à juin 2015, les chiffres dont nous disposons sont antérieurs à cette dernière date avec un chiffre correspondant à l'activité de la MMG étudiée datant de 2013 pour toutes celles ayant fait l'objet de mon travail. Il s'agit d'un état des lieux à un instant donné.

### **3 Les limites du questionnaire de Likert**

La formulation des propositions du questionnaire de Likert peut laisser transparaître l'idée préalable du chercheur (issue de la recherche bibliographique) et générer un biais de désirabilité, le répondant étant susceptible d'orienter ses réponses en fonction d'une attente perçue. Il y a donc ici un effet produit par le chercheur sur la recherche. Ayant conscience de ce biais, j'ai cherché à le minorer en alternant les questions à suggestibilité positive ou négative

Le recours à une échelle de Likert présente par ailleurs d'autres inconvénients. En effet, il est nécessaire de signaler différents biais inhérents à cette échelle :

- le biais de tendance à la neutralité soit l'éviction des réponses extrêmes par le participant,
- Le biais de conformité soit la tendance du participant à être en accord avec les déclarations afin de satisfaire le chercheur.
- Le biais de désirabilité sociale, cette propension du participant à se présenter sous un jour socialement plus valorisé

Enfin, il est important de noter le manque de reproductibilité de la méthode et la difficulté à démontrer la validité des mesures, c'est-à-dire à s'assurer que l'on mesure bien ce que l'on souhaite (42).

### **4 Limites de l'indice de satisfaction globale**

J'ai choisi de calculer un indice de satisfaction globale à partir de la somme des scores de satisfaction correspondant à chaque question. L'intérêt de ce score est de permettre de situer, par rapport aux thématiques explorées, le niveau de satisfaction

(ou de difficultés) global exprimé par les responsables de MMG. Cet indice permet ainsi de proposer un indicateur synthétisant les réponses à l'ensemble des questions. Cependant, un tel indicateur présente des limites et son interprétation nécessite d'être prudente. En effet, baser l'indice de satisfaction sur un ensemble de réponses à des questions pré établies, mêmes si l'intérêt de les poser a été documenté, expose au risque d'omettre certains aspects pouvant influencer sur le sentiment de satisfaction global des sujets interrogés. Cette remarque nécessite d'être prise en compte dans l'interprétation des résultats.

Par ailleurs, l'exploration de ces aspects éventuellement omis, a été réalisée au moyen de la question ouverte et de son analyse qualitative. L'interprétation de cet indice doit donc être enrichie par les résultats de l'analyse qualitative.

### ***5 Limites de la méthodologie qualitative utilisée dans la recherche***

La méthodologie qualitative employée dans ma recherche reposait sur une question unique, sans relance envisagée et sans exploration de déclinaisons du thème exploré (difficultés rencontrées...). La question était donc à la fois unique et très ouverte.

Ce type de méthodologie a pour avantage de limiter l'influence exercée par le chercheur sur les réponses, mais génère le plus souvent un matériel moins riche. On constate en effet que plusieurs réponses de responsable de MMG étaient très courtes, voir liminaires. Il est ainsi difficile de faire la part des choses entre une réponse courte liée à l'absence de difficulté ressentie ou à différents obstacles à l'énonciation de ces difficultés, qu'un questionnement plus soutenu aurait éventuellement pu faire apparaître. En d'autres termes, se pose la question de

l'équilibre entre le risque d'influencer le matériel recueilli et celui d'une richesse exploratoire moindre.

Ainsi, même si le matériel recueilli est loin d'être pauvre, faisant émerger différents thèmes, pour certains non retrouvés dans la revue de littérature, le nombre d'entretiens réalisés et le contenu de ces entretiens n'a pas permis d'obtenir une saturation des données qualitatives.

Par ailleurs, il est important de noter que la question ouverte était réalisée à la fin de l'entretien de recherche, et donc après le questionnaire Likert. Il est donc important de pouvoir relever une influence potentielle de ce questionnaire et des propositions qui y ont été testées, sur la réponse à la question ouverte.

## II. Discussion des résultats

### A. Discussion des données descriptives

On constate parmi les responsables de MMG d'Île de France une large prédominance masculine avec une différence très importante de sex-ratio par rapport à la population des médecins généralistes du territoire national. En effet, 84,2% des responsables de MMG de la région sont des hommes alors que le taux d'omnipraticiens de sexe masculin est de 60,1% en France au 1er janvier 2015. Par ailleurs, la région francilienne compte parmi celles dont la proportion de femmes est la plus importante (49,9%) (28). On pourrait supposer qu'il y a un effet générationnel expliquant ces chiffres puisqu'au moment de l'apparition de la PDS, la proportion féminine était moindre, cependant, la plus jeune femme responsable interrogée dans l'étude est âgée de 47 ans en 2015, ce qui indique que cet effet générationnel n'est pas en cause. En revanche, on peut se demander si les femmes sont moins attirées par ce type de rôle ou si un poste à responsabilité leur est moins accessible pour des raisons sociales. Enfin, on peut supposer que cette inégalité de genre par rapport à l'accès à un poste à responsabilité est superposable à une tendance constatée dans d'autres types de profession.

On peut néanmoins se demander si avec la féminisation de la profession, le sex-ratio évoluera selon les évolutions démographiques ou si ce type de rôle à responsabilité sera toujours occupé davantage par les médecins de sexe masculin.

L'étude indique que l'âge moyen des responsables de MMG d'Île de France est relativement élevé par rapport à l'âge moyen des médecins généralistes en France en 2015 (54,9 ans pour une moyenne nationale à 53 ans) et que la moitié des

responsables interrogés est âgée de plus de 54 ans, ce qui soulève certaines questions. Tout d'abord, on peut se demander si une expérience importante est nécessaire pour accéder à ce type de poste (plus de la moitié des médecins interrogés sont installés depuis 25 ans et les deux tiers d'entre eux ont débuté leur carrière de responsable de MMG après l'âge de 45 ans). Ensuite, on peut rapprocher cette donnée à l'âge tardif d'installation des médecins généralistes (47). Enfin, on peut s'interroger sur l'existence d'un lien avec l'âge dans le rapport que les médecins entretiennent avec la PDS. En effet, la plupart des médecins responsables a commencé à exercer à une date antérieure aux évolutions sociétales du corps médical et l'on peut supposer qu'il y a un effet générationnel du rapport au travail et à l'engagement.

Dans un souci de pérennité de ces structures, envisager la transmission de ce rôle au moment du départ en retraite des médecins concernés sera un enjeu important au cours des prochaines années. En effet, il s'agira alors du premier passage de relais entre la génération des fondateurs et la nouvelle génération de médecins mettant en jeu d'un côté la capacité et la volonté de transmettre et de l'autre, celles de recevoir cette responsabilité.

Près des trois quarts des médecins responsables sont en fonction depuis l'ouverture de leur structure. Cela prouve qu'il ne s'agit pas d'un poste sur lequel il y a beaucoup de turn over et que les médecins s'engagent souvent sur la durée pour ce type de responsabilité.

Plus des trois quarts des médecins en fonction sont initiateurs du projet de MMG dont ils ont la responsabilité, ce qui indique la motivation de ces médecins et leur implication importante dans leur mission de PDSA. Cela soulève également des

questions concernant la relève à envisager une fois l'âge de la retraite atteint par ces médecins.

On constate une grande disparité de population comptabilisée par territoire de PDSA entre les différentes localisations de MMG qui est à prendre en considération dans la réception des données de l'étude. Il est à noter cependant que notre étude ne porte que sur un type de structure de PDSA que sont les MMG et que certains territoires sont dotés d'autres structures (cabinets médicaux tournants, points fixes) dont le détail est précisé dans la thèse portant sur l'état des lieux de la PDSA en Île de France (32).

Les structures étudiées ici présentent des différences d'activité importante. Rappelons que les horaires d'ouverture, le nombre de médecins volontaires nécessaire et le nombre d'actes effectués dépendent des besoins du territoire. Aussi, en fonction de la démographie locale, de la présence d'autre structure de PDS, en somme des besoins en soins de la population locale, mais également de la quantité de médecins volontaires, et de l'information faite à propos de la PDSA, l'activité des structures peut varier considérablement. Dans les enquêtes annuelles du CNOM réalisées sur la PDSA (30, 45) le manque de visibilité des structures est évoqué. En effet, les MMG souffrent du manque d'information de leur existence de la part des patients, ce qui peut influencer le niveau d'activité de ces structures.

Le recours à l'aide d'un administrateur est fréquent en Île de France. Il s'agit le plus souvent d'un même administrateur pour plusieurs MMG regroupées soit au sein du département (SAMI du Val de Marne) soit au sein d'une association (l'association GMP à Paris par exemple).

## **B. Discussion des résultats obtenus au questionnaire de Likert**

Plus des deux tiers des responsables interrogés rejettent la proposition 1 et expriment ainsi ne pas présenter de difficulté fréquente à remplir un tableau de garde respecté par les médecins. Compte tenu du faible taux de participation des médecins à la PDSA en Île de France, on aurait pu s'attendre à une adhésion plus forte à la proposition. Cependant, on note quand même qu'un cinquième des personnes interrogées déplore être fréquemment confronté à ce problème, ce qui représente une proportion non négligeable. Les écarts importants rencontrés dans les réponses à cette proposition amènent à s'interroger sur les caractéristiques des structures que coordonnent les médecins confrontés à ce problème et la raison pour laquelle ils y sont confrontés.

Par ailleurs, on constate que bien que la région détienne un des plus faibles taux de participation à la PDS, le volontariat y est stable. En effet, l'enquête annuelle sur la PDS réalisée par le CNOM en 2015 ne met en évidence aucune baisse de volontariat constaté sur la région Île de France, alors qu'une telle baisse est enregistrée dans 25% des départements nationaux. Cette enquête indique même une hausse de 10% de la part du volontariat dans le Val d'Oise sur cette même année (30). En conséquence, malgré un taux de participation faible, le volontariat en Île de France semble plus stable qu'ailleurs et ne paraît pas constituer, du point de vue de la majorité des responsables de MMG, un point de fragilité du système actuel de PDS.

Alors qu'à l'issue de notre revue de littérature, comme la couverture médiatique de différentes actualités nationales avaient pu le laisser imaginer, nous pensions que les rapports entretenus par les responsables de MMG avec les structures de tutelle pouvaient être tendus. Les réponses des responsables interrogés infirment cette proposition. Les réponses à cette question indiquent même que les rapports avec ces structures sont plutôt bons, ce qui constitue un élément favorable à leur pérennité. En effet, cette proposition remporte une adhésion massive. Ceci amène à formuler plusieurs hypothèses. On peut tout d'abord se demander si les responsables de MMG présentent à cet égard une perception des rapports avec les tutelles différentes de leurs confrères ayant une activité purement libérale, du fait de lien plus directs avec celles-ci. Ensuite, on peut également supposer qu'il y aurait une distinction à réaliser entre deux niveaux de rapports avec les tutelles : un niveau national plutôt conflictuel, et un niveau local plus apaisé. Dans ce cas, la qualité des rapports avec les tutelles pourrait être favorisée par un dialogue plus direct avec les interlocuteurs. Enfin, on peut également se demander si le moment auquel les responsables ont été soumis au questionnaire correspond à une période d'accalmie de tensions éventuellement entretenues avec ces structures, ou si cette contradiction apparente n'est pas liée à un enjeu de médiatisation des conflits entre les médecins et les tutelles au niveau national, médiatisation qui pourrait viser à influencer les décisions politiques.

Les réponses à la troisième question confirment que le rôle que les responsables endossent au sein de leur MMG leur occasionne un surcroît de responsabilité. Une adhésion massive à cette proposition indique que les responsables de MMG sont sensibles à la notion de responsabilité, qu'ils identifient et reconnaissent. Il serait intéressant de savoir si cette responsabilité est vécue

comme valorisante ou comme une charge supplémentaire source de difficultés. La formulation de la question ne permet pas de conclure sur ce point.

La perception de l'implication des jeunes médecins et par conséquent du relais potentiel envisagé est très variable en fonction des responsables de MMG. La proposition n'est ni réellement validée, ni réellement invalidée, ce qui dénote une importante différence de point de vue vis-à-vis de cette proposition. Ce constat amène à se demander si cette différence est liée à la position des jeunes médecins ou bien à la perception que les responsables de MMG ont de leur implication. Par ailleurs, il nous semble que, dans la mesure où l'âge moyen des responsables de MMG interrogés est de 54.9 ans, cette proposition questionne la dimension générationnelle du rapport à la PDS ainsi que la possibilité de transmission.

Cependant, ces résultats sont à mettre en perspectives de la situation nationale, le CNOM reconnaissant une fragilisation de l'implication des médecins en 2015 (30). Ainsi, à l'heure où l'on déplore un manque d'implication des médecins au niveau national, le taux de réponse favorable à cette proposition, peut laisser supposer que la région francilienne demeure attractive pour de jeunes médecins libéraux prêts à s'impliquer dans la PDSA.

De plus, compte tenu du faible taux d'installation des jeunes médecins (47), on peut se demander si le ressenti exprimé vise réellement leur implication ou n'est que le constat d'un manque d'effectif.

Les réponses à la question 5 montrent que, bien que les médecins participant à la PDSA ont une durée moyenne de travail par semaine supérieure aux autres médecins, les responsables interrogés ne se plaignent pas de difficulté d'organisation. Ce résultat peut être le reflet à la fois d'un niveau d'implication

important de leur part et de bonnes capacités d'organisation. Le niveau d'expérience et d'ancienneté de ces responsables est susceptible de favoriser cette gestion non problématique d'activités cumulées. Ces résultats laissent même supposer une certaine satisfaction à conjuguer deux types d'activité. Ainsi, la multiplicité des activités n'apparaît pas comme un élément de fragilité du rôle de responsable de MMG. Cela cela pourrait même constituer un élément favorable à l'attrait pour ce type de de poste.

La question des moyens financiers à disposition des MMG amène des positionnements tranchés avec très peu d'opinion neutre. Dans la majorité des cas, les moyens financiers semblent être globalement à la hauteur des objectifs affichés. Néanmoins, le fait que l'accord à la proposition soit relatif indique que ces moyens sont suffisants mais pourraient satisfaire davantage les responsables s'ils étaient supérieurs. Le fait qu'un cinquième d'entre eux soit en désaccord indique que certains responsables ressentent un manque de moyens, cette proportion étant importante et non négligeable. Une nuance est apportée par oral par 2 médecins interrogés qui reconnaissent une satisfaction mais à condition de relancer plusieurs fois les demandes avant que les moyens ne leurs soient accordés. Signalons ici que le CNOM établit un lien entre la diminution de l'implication des médecins et l'absence de réponse à leurs attentes en matière de financement qui présente certaines difficultés (30).

Les demandes administratives de l'ARS sont vécues de manière contraignante par une majorité de médecins interrogés. Cette adhésion massive peut amener à se demander si un assouplissement de ces contraintes allégerait le ressenti des responsables tout en maintenant un bon fonctionnement de leur structure. Toutefois,

certains d'entre eux précisent spontanément qu'ils les jugent contraignantes mais indispensables au bon fonctionnement de la PDSA. La présence d'un administrateur gérant cette partie de l'activité pourrait être une solution à ce ressenti négatif d'une part de leur rôle. En effet, à travers les résultats de sa « Grande Consultation » de 2015 à laquelle 35000 médecins ont répondu, le CNOM met en évidence le souhait des praticiens de pouvoir se centrer davantage sur leur exercice médical, les tâches administratives étant estimées à 30% de leur temps de travail (30).

Les réponses à la question 8 montrent que les médecins interrogés ressentent dans l'ensemble le sentiment de disposer d'un pouvoir décisionnel suffisant. Ils semblent donc se sentir suffisamment associés à la gouvernance du système. Néanmoins, leurs réponses sont ici aussi nuancées, ce qui pourrait laisser entendre qu'ils ont des avis partagés sur la question, ou que cette question ne fait pas partie de leurs principales préoccupations. Il est important de noter que ces résultats sont discordants avec l'enquête du CNOM. Ce qui est ressenti dans l'exercice médical général ne semble donc pas être retrouvé au sein du rôle de responsable de MMG. On peut ainsi supposer que les médecins déplorant l'assujettissement à l'État peuvent être attirés par ce type de fonction, ce qui est de nature à renforcer et à stabiliser la PDS.

Les résultats montrent par ailleurs que les médecins interrogés ne se sentent pas particulièrement isolés dans leur rôle de responsable de MMG puisqu'ils rejettent globalement la proposition de la question 9. Signalons ici que la proportion de médecins répondants est importante au sein du département du Val de Marne comportant le nombre maximal de MMG de la région. Au sein de ce département pionnier en matière de PDS l'association est ancienne et bénéficie d'une bonne

organisation. On peut supposer que le fait de travailler au sein d'une équipe ancienne et épaulée par un administrateur joue en faveur d'une réponse négative à la question de l'isolement. Cependant, pour près d'un tiers d'entre eux, cet élément de fragilité est mis en évidence, ce qui laisse penser qu'une partie des responsables de MMG ne perçoivent pas de soutien potentiel au sein de leur territoire.

Pour finir, les médecins interrogés ne conseillent majoritairement pas leur rôle de responsable de MMG. Peu d'entre eux sont en désaccord franc avec la proposition mais un taux élevé de réponses neutres ou de niveau d'accord faible montre une certaine ambivalence par rapport au fait de conseiller ce rôle.

Ces résultats semblent en légère contradiction avec l'indice de satisfaction global calculé à partir des réponses obtenues au questionnaire de Likert, qui est supérieur à 50%.

Les responsables de MMG d'Île de France sont donc globalement satisfaits du rôle qu'ils occupent, ce qui représente un atout si l'on envisage la pérennité de ces structures. Cependant, ils ne conseilleraient pas majoritairement ce rôle. La question de la transmission est donc à nouveau soulevée ici. Par ailleurs, on peut se demander si ces résultats ne sont pas influencés par un biais de désirabilité, avec l'idée qu'il est probablement plus aisé pour le répondant de faire part de la satisfaction d'un rôle qu'il a choisi d'endosser que de le dénigrer.

Par ailleurs, on peut noter que les résultats de l'analyse bivariée montrent une corrélation proche de la significativité ( $p=0,06$ ) entre l'indice de satisfaction global et la présence d'un administrateur aidant le responsable à la gestion de sa structure. Il semblerait donc que la présence d'un administrateur puisse jouer un rôle dans la satisfaction des médecins interrogés. Néanmoins, cette hypothèse serait à confirmer par la réalisation d'une étude plus puissante sur le sujet.

Ainsi, les réponses au questionnaire de Likert indiquent que les responsables de MMG d'Île de France identifient différents aspects du système actuel de PDSA qui ne génèrent pas, de leur point de vue, de difficulté particulière, et qui constitueraient de fait des points forts du système actuel. Parmi ces points, le remplissage du tableau de garde sur la base du volontariat, le rapport avec les structures de tutelle, la capacité à articuler deux activités, et le pouvoir décisionnel sont jugés satisfaisants. La question des moyens financiers ne semble pas majoritairement problématique mais paraît à nuancer. A contrario, le résultat du questionnaire met en évidence deux points de fragilité particuliers que sont la possibilité de transmission de leur rôle (notamment à travers des enjeux intergénérationnels et une difficulté à conseiller ce rôle), ainsi qu'une problématique potentielle d'isolement.

A partir de ces constats, il est important de se pencher sur l'analyse qualitative des réponses à la question ouverte afin de voir dans quelle mesure celle-ci va corroborer ces précédents résultats ou dégager des points de contradiction, et afin d'affiner l'interprétation et la compréhension de ces données quantitatives.

## **C. Discussion des données qualitatives**

### ***1 Les difficultés liées aux charges administratives et aux financements***

La charge administrative est jugée pesante par les médecins généralistes en général et les médecins responsables interrogés l'invoquent comme cause potentielle de difficulté pour les générations futures de médecins, susceptible de mettre en péril la pérennité du système de PDS. Le fait que la plainte administrative soit spontanément de nouveau évoquée par plusieurs responsables de MMG, alors

que ceux-ci ont déjà été questionné à ce sujet indique qu'il s'agit d'une préoccupation importante pour les personnes interrogées.

Dans son enquête annuelle, le CNOM fait régulièrement part de ses doléances dans le but de les faire remonter aux instances décisionnelles afin d'y apporter des solutions ou au mieux d'en tenir compte. En 2015, la « Grande Consultation » a mis en avant cette charge et la volonté des médecins qu'elle puisse être reconnue et prise en compte au niveau étatique (30).

A travers les réponses des médecins interrogés on constate que la présence à leur côté d'un administrateur permet de diminuer cette charge. Il serait donc intéressant de proposer cette solution aux MMG qui n'en bénéficient pas. Les frais de coordination seraient alors à prendre en considération. Une solution afin de réduire ces coûts serait de mutualiser les services de l'administrateur par département comme c'est déjà le cas dans le Val de Marne.

Nous rapprochons de ces difficultés administratives les difficultés financières évoquées par les responsables de MMG, car elles nous semblent présenter des points de convergence. En particulier, ces plaintes semblent relever d'un épuisement impliqué par des démarches itératives et peu fluides, plus que d'un réel manque de moyens. Ceci génère de l'inquiétude et des doutes quant à l'obtention des moyens nécessaires à la mission de PDSA. On note aussi le caractère pesant de l'attente des subventions mettant les responsables dans une position d'incertitude inconfortable et potentiellement angoissante.

Ces difficultés sont importantes à relever car, selon le CNOM, elles représentent un élément de fragilisation dans l'implication des médecins dans la PDS au niveau national (30).

Il est à noter que le médecin évoquant une absence de valorisation financière de son rôle de responsable de MMG ne fait pas partie de ceux qui bénéficient de

l'aide d'un administrateur. Le développement de ces postes pourraient là aussi, être une piste envisagée pour minorer ces difficultés.

En réponse au problème du cadre juridique flou qu'évoque l'un des responsables interrogés, on peut signaler que le CNOM a réclamé une couverture assurantielle personnelle des médecins effecteurs de PDSA qui n'a pas été retenue en 2015. Par ailleurs, cette même organisation a déposé un amendement au projet de loi santé afin que les effecteurs puissent bénéficier de la protection de l'État pour les dommages causés ou subis au cours de leur activité de PDS (30).

## **2 Les difficultés d'ordre relationnel**

Lorsqu'on demande aux médecins s'ils sont satisfaits de l'implication des jeunes médecins généralistes installés, ils répondent majoritairement de manière positive, bien que nuancée, au questionnaire de Likert. En revanche, lorsqu'on les questionne ouvertement sur les éventuelles difficultés auxquelles ils sont confrontés, le manque d'implication des jeunes médecins est spontanément pointé du doigt. La nuance perçue dans leur réponse au questionnaire est ainsi éclairée. Il serait intéressant par la suite d'explorer plus précisément ce point, car il semble que cela représente un point de tension particulière.

Nous voyons ici l'intérêt d'une méthode mixte permettant de nuancer et de préciser certaines positions.

A travers les constats que font les médecins à ce sujet, apparaît l'idée d'un conflit générationnel potentiel entre des médecins plus âgés dont la conception du métier relève de la « mission » conformément à la définition de la PDS du code de

déontologie médicale antérieure à 2003, et ceux qui, influencés par l'état d'esprit de la société au sein de laquelle ils évoluent aspirent à davantage de liberté et de loisirs.

Les médecins se plaignent tout d'abord de ne pas partager les mêmes valeurs que leurs confrères. Ils sont nombreux à déplorer un manque d'implication, d'engagement et de motivation de la part de la jeune génération de médecins mais également de leurs confrères du même âge ne prenant pas part à la PDSA. Certains d'entre eux considèrent la permanence des soins comme une mission déontologique et déplorent un manque de sens du devoir de la part de leurs confrères. Ils constatent une différence de mentalité entre leur génération et la suivante. L'un des responsables interrogés insiste sur la nécessité de réfléchir à un système de rémunération salariée au risque de subir un désinvestissement prochain des jeunes générations. Cela met en avant la thématique générationnelle.

Notons toutefois ici le cas d'un responsable qui dispose d'un effectif de jeunes médecins remplaçants motivés mais qui se plaint de ne pas trouver de « prête nom » afin de pouvoir les faire travailler au sein de sa structure faute d'engagement de la part des médecins installés. En effet, les médecins remplaçants ne disposent pas d'ordonnances ni de feuilles de soins à leur nom.

Face à ce constat d'une implication moindre de la jeune génération, des mesures incitatives sont mises en place dans le but de dynamiser le volontariat, ainsi que des perspectives de modernisation du système. Ainsi, le CNOM a obtenu de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) la mise à disposition de feuilles de soins pour les médecins non installés (remplaçants, salariés). Par ailleurs, un décret du 27 janvier 2015 permet au Fond d'Intervention Régional (FIR) de rémunérer les centres de santé afin que les médecins salariés de ces structures puissent y effectuer des gardes sans avoir à déclarer de revenus libéraux, ce qui pouvait constituer un frein à leur participation.

Par ailleurs, parmi les axes de réflexion proposés par l'enquête du CNOM de 2014 sur la PDS, la professionnalisation des effecteurs est évoquée (45).

Parmi les autres résultats de l'analyse qualitative, on relève une rivalité avec les urgences qui est massivement exprimée par les médecins interrogés. Outre le fait qu'il puisse s'agir d'une source de stress potentielle, cette « concurrence » peut avoir un impact négatif sur leur activité, en cas de refus d'adresser des patients par exemple.

Un rapport récent de l'assemblée nationale rendu public en juin 2015 recommande que la structuration de l'offre en PDS inclue le développement des MMG dans une logique partenariale avec les Urgences (30).

Les conflits liés au partage des locaux et du matériel semblent davantage être liées à des questions de civisme. On peut se demander si, compte tenu de l'apparition récente des MMG par rapport aux structures qui les hébergent (mairies, centres de santé, hôpitaux...), leur place non encore bien établie rend leur relation instable avec les structures d'hébergement. En effet, lorsque les MMG sont installées au sein de locaux partagés, cela nécessite certains ajustements. Par exemple, lorsqu'il y a un pont, la PDSA se poursuit après le jour férié lorsqu'il précède un week-end et avant lorsqu'il le suit. Or, si la structure hébergeante ne fait pas le pont, la cohabitation s'impose ce qui peut créer certains conflits.

Néanmoins, on peut supposer qu'avec des moyens supplémentaires (locaux propres à chaque structure, personnel de maintenance dédié à la MMG) ces soucis seraient moins présents.

Enfin, les problèmes relationnels entre confrères interrogent le vécu du travail en groupe pour des médecins libéraux plutôt habitués à un mode d'exercice assez

solitaire. Quant aux difficultés évoquées au sujet des rapports avec les patients, il est à noter qu'elles n'ont été exprimées par un seul médecin interrogé. En effet, le fait d'être amené à soigner des patients qui ne sont pas les siens et ne sont donc pas habitués au mode de fonctionnement du médecin peut poser problème à certains praticiens. La recherche met en avant quelques soucis d'incivilité, de défaut de paiement et de motifs de recours abusifs de la part de certains patients.

## **D. Perspectives**

La proposition d'avoir recours aux services d'un administrateur aidant à la gestion de la MMG pour les responsables éprouvant des difficultés dans l'accomplissement de leur tâche semble être une piste intéressante, évoquée spontanément par plusieurs responsables, et susceptibles de répondre à plusieurs types de difficultés, tant du côté des moyens alloués, que des tâches administratives et de l'isolement perçu.

Une difficulté est évoquée spontanément par les médecins : celle de la relation avec les services d'urgences qui peut avoir une incidence non négligeable sur l'efficacité de la PDS et pourrait être une piste à explorer afin de préciser les différents aspects qu'elle regroupe et de penser des modalités d'amélioration.

Afin de renforcer l'implication des jeunes médecins, la possibilité pour les internes en formation d'effectuer des gardes en MMG avec supervision d'un médecin installé pourrait permettre de sensibiliser les médecins généralistes en formation à un autre aspect de leur spécialité future, de les sensibiliser à la PDSA, et d'augmenter le pool de garde.

La sensibilisation des futurs médecins généralistes à l'exercice de la garde en ambulatoire est souhaitable si l'on veut maintenir ce système qui présente certains éléments de fragilité, en particulier le volontariat. Il pourrait être intéressant d'explorer la motivation et les attentes des jeunes médecins généralistes au sujet de la PDSA

D'après le cahier des charges 2016 de la PDSA en Île de France, un projet de dématérialisation complète du circuit de planification et de paiement des gardes est en cours de réalisation. Il pourrait alors permettre un allègement significatif de la charge administrative liée à l'élaboration des tableaux de garde ainsi qu'une diminution des délais de paiement (52).

A propos des responsables qui se sentent isolés, il serait intéressant de questionner les causes de ce sentiment d'isolement ainsi que leurs attentes afin de percevoir les voies d'amélioration potentielles du système.

Enfin, au terme de cette étude, il semblerait nécessaire de creuser la question de la transmission de la mission de PDS à la nouvelle génération de médecins généralistes.

## CONCLUSION

Dans une perspective d'évolution constante de la profession médicale, le devenir de patients confrontés à un besoin médical quel qu'en soit le degré d'urgence demeure une préoccupation importante des pouvoirs publics et du corps médical qui continuent à travailler dans le sens de l'amélioration des conditions de prise en charge des malades. La conception de la médecine du point de vue des patients a évolué ainsi que la manière qu'a le corps médical et soignant en général de s'y adapter en fonction de ses propres ressources et aspirations de vie.

Dans ce contexte, la permanence des soins ambulatoire a beaucoup évolué. Malgré des inquiétudes régulières soulevées par différents rapports et par les représentant du corps médical, l'étude des difficultés rencontrées par les responsables de maisons médicales en Île de France pour mener à bien leurs missions de permanence des soins indique un niveau de satisfaction plutôt élevé. Ces responsables ont en commun d'être des médecins généralistes disposant d'une expérience de terrain assez longue, le plus souvent fondateurs des structures qu'ils coordonnent et qui présentent, en Île de France, des caractéristiques de taille, d'activité et d'implantation assez hétérogènes.

Ces responsables sont effectivement confrontés à certaines difficultés dans l'exercice de leur fonction. Cependant, la manière qu'ils ont d'y faire face indique qu'ils ont acquis une certaine expérience du système et de ses particularités de fonctionnement. Ils soulignent cependant que bien que les structures qu'ils coordonnent existent en moyenne depuis une décennie, elles semblent encore présenter des assises fragiles, tant dans l'insécurité ressentie en lien avec les

demandes de financement, que dans les rapports entretenus avec les structures qui les hébergent et les services d'accueil des urgences. Le rapport avec les tutelles fait quant à lui l'objet d'un ressenti positif.

L'analyse des difficultés ressenties par les responsables interrogés fait ressortir la charge administrative comme l'une des principales contraintes à laquelle ils sont confrontés. Le recours davantage systématique aux services d'administrateurs semblerait être une piste intéressante dans la pérennisation du système dans la mesure où cela permettrait à la fois de restreindre le temps dédié à ces tâches administratives et d'atténuer le ressenti d'isolement exprimé par certains responsables. Par ailleurs, le renforcement des partenariats et de la coordination entre les aspects ambulatoires et hospitaliers de la PDS paraît également indispensable afin de limiter les effets de rivalité et de clivages potentiels assez ouvertement exprimés.

La perception qu'ont les responsables interrogés de l'implication des jeunes médecins généralistes est ambivalente, ce qui soulève la question d'un effet générationnel potentiellement problématique à prendre en compte. La possibilité de transmission des compétences et des fonctions de cette génération de responsables à la jeune génération de médecins semble représenter un enjeu important pour les années à venir. Cette thématique nécessiterait selon nous de faire l'objet de travaux de recherches ultérieurs afin d'explorer plus précisément ces aspects, essentiels dans la prise en compte de la pérennité du système actuel de PDSA.

On ne peut donc qu'encourager les dialogues entre tous les acteurs précédemment évoqués, dialogues susceptibles de permettre de faire perdurer ce système en tentant de satisfaire à la fois ses acteurs et ses bénéficiaires.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hatte C. Évaluation de la maison médicale de garde de Saint Denis [Thèse de médecine générale]. Université Paris Est Créteil Val de Marne, Créteil; 2010
2. Belline J. Impact des maisons médicales de garde sur la qualité de vie des médecins généralistes [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de médecine Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand ; 2012
3. Dewilde CE. Appropriation de la maison médicale de garde de Boulogne-sur-Mer par les patients, par les médecins : voies d'amélioration [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille ; 2014
4. Faure D. Maisons médicales de garde : état des lieux et point de vue des praticiens [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris 6 ; 2010
5. Skrunik C. La maison médicale d'Aulnay-Sous-Bois : bilan d'activité après deux années d'existence. Une solution locale à la problématique de la permanence des soins en Seine-Saint-Denis [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université Paris 13, Bobigny; 2009
6. Baquet F. Places des MMG dans le choix des patients, pour une consultation durant la permanence des soins [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université Paris Dascartes, Paris 5 ; 2010
7. Thomas S. Pérennité financière des maisons médicales de garde [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de médecine Henri Warembourg, Lille ; 2006
8. Boettcher Weiss S. La réforme du système de garde en médecine générale : point de vue des médecins généralistes du Bas Rhin [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université de Strasbourg, Strasbourg; 2007
9. Ménard B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence des soins et leur incidence sur l'activité hospitalière [Mémoire] Ecole nationale de santé publique, Rennes ; 2004
10. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins Remis à Monsieur J.F. MATTEI, ministre de la santé le 22 janvier 2003
11. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 18/08/16). Article 47 du code de déontologie médicale (article R4127-47 du code de santé publique), [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le ). Article 77 du code de déontologie médicale (article R4127-77 du code de santé publique), [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
13. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (page consultée le ). Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
14. Gentile S. Devictor B. Amadeï E. et al. Les maisons médicales de garde en France, Santé publique, vol. 17, 233-240, février 2005
15. Le quotidien du médecin. (page consultée le 14/05/15). Maisons médicales de garde en France, [en ligne]. <http://www.lequotidiendumedecin.fr/information/video-336-maisons-medicales-de-garde-mm-g-en-france>
16. Attal-Toubert K, Vanderschelden M, La démographie médicale à l'horizon de 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées Drees, dossiers solidarité et santé n°12, 2009
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 18/07/16). Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er janvier 2013, [en ligne]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_2013.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_2013.pdf)
18. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 10/06/16). Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisationsociologie.pdf>
19. Baubeau D, Annie D, Marc J, et al. Les passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés Dress, Études et résultats n°72, juillet 2000
20. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (page consultée le 12/04/16). Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, [en ligne]. <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
21. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (page consultée le 12/04/16). Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville, [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-30/a0302632.htm>
22. Code de Santé Publique. (page consultée le 18/07/16). Article L6314-1, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006691326&dateTexte=&categorieLien=cid>
23. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (page consultée le 18/07/16). Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins

en médecine ambulatoire, [en ligne]. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>

24. Grall JY. (page consultée le 18/07/16). Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins Remis à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports Par le Docteur Jean-Yves GRALL Conseiller Général des Établissements de Santé Août 2007, [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534.pdf>

25. Agence Régionale de la Santé Île de France. (page consultée le 19/07/16). Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoire, [en ligne]. [http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/PDSA/CCR/CCR\\_version\\_modifiee\\_soumise\\_avis\\_DGARS\\_2012\\_013-def.pdf](http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/PDSA/CCR/CCR_version_modifiee_soumise_avis_DGARS_2012_013-def.pdf)

26. Journal officiel de la République française. (page consultée le 19/07/16). Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006687D/jo>

27. Assemblée nationale. (page consultée le 19/07/16). Amendement, [en ligne]. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/amendements/3106/AN/851.pdf>

28. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 19/07/16). Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er janvier 2015, [en ligne]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_national\\_de\\_la\\_demographie\\_medicale\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf)

29. Jakoubovitch S. Bournot MC. Cercier E. Tuffréau F. Les emplois du temps des médecins généralistes, Dress, Études et résultats n°797, mars 2012

30. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 20/07/16). 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, [en ligne]. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete\\_pds\\_2015.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf)

31. Code de santé publique. (page consultée le 20/07/16). Article L1435-8, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000025012731&dateTexte=&categorieLien=cid>

32. Fernandes Lopes S. États des lieux de la permanence des soins ambulatoire en Île de France [Thèse de doctorat en médecine générale]. Université Paris Diderot, Paris 7; 2013

33. Journal officiel de la République française. (page consultée le 20/07/16). Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2010/7/13/SASH1006696D/jo>

34. Haute Autorité de Santé. (lien consulté le 20/07/16). Prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, [en ligne]. [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/regulation\\_medicale\\_note\\_de\\_cadrage\\_2011-11-17\\_10-54-6\\_932.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/regulation_medicale_note_de_cadrage_2011-11-17_10-54-6_932.pdf)
35. Code de santé publique. (page consultée le 21/07/16 ) Article R6315-3 modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 JORF 28 décembre 2006), [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919305&dateTexte=&categorieLien=cid>
36. Code de santé publique. (page consultée le 21/07/16 ). Article R6315-1 du code de la santé publique Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 214, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006919301&dateTexte=&categorieLien=cid>
37. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 21/07/16). Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale en 2013, [en ligne]. [http://urpsmed-  
pc.fr/images/publications\\_hors\\_urps/2013/enquete\\_CNOM\\_PDS\\_2013.pdf](http://urpsmed-pc.fr/images/publications_hors_urps/2013/enquete_CNOM_PDS_2013.pdf)
38. Code de santé publique. (page consultée le 21/07/16). Article R 6315-4, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006919307&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090730&oldAction=rechCodeArticle>
39. Agence Régionale de la Santé Île de France. (page consultée le 21/07/16). Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoire, [en ligne]. [http://sante-iledefrance.fr/PDSA/2016/PDSA-  
Cahier-des-charges-2016.pdf](http://sante-iledefrance.fr/PDSA/2016/PDSA-Cahier-des-charges-2016.pdf)
40. Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. (page consultée le 22/07/16). Passages aux urgences de 1990 à 1998: une demande croissante de soins non programmés [en ligne]. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf>
41. Source INSEE, Recensement de la population en France, 2013 [en ligne]. <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=recensements.htm>
42. Bertram D. (page consultée le 22/07/16 ). Likert scales... are the meaning of life, [en ligne]. <http://my.ilstu.edu/~eostewa/497/Likert%20topic-dane-likert.pdf>
43. Grall JY. (page consultée le 22/07/16). Les maisons médicales de garde Rapport remis à Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités par le Docteur Jean-Yves Grall, juillet 2006, [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000564.pdf>
44. Inspection Générale des Affaires Sociales Inspection Générale de l'Administration. (page consultée le 20/07/16). Évaluation du nouveau dispositif de

permanence des soins en médecine ambulatoire, [en ligne]. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000321.pdf>

45. Conseil National de l'Ordre des Médecins. (page consultée le 22/07/16). 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 2014, [en ligne]. <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>

46. Arnould Demey M. Facteurs influençant les médecins généralistes dans leur souhait de participation au projet de maison médicale de garde à Nîmes [Thèse de doctorat en médecine générale]. Faculté de médecine Montpellier Nîmes, Montpellier ; 2011, p77

47. Lortholary C, Chiaverini P, Devaux B, François D, Être médecin généraliste aujourd'hui , Laennec 3/2010 (Tome 58) , p. 28-43

48. Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine. (page consultée le 10/05/16). Motivation et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux synthèse de la littérature, [en ligne]. [file:///C:/Users/alice/Downloads/Synthese\\_medecins\\_2011.pdf](file:///C:/Users/alice/Downloads/Synthese_medecins_2011.pdf)

49. Delbrouck M. Burn-out et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel, Cahiers de psychologie clinique 1/2007 (no 28) , p. 121-132

50. Baudot JY. (page consultée le 22/06/16). Le test de Wilcoxon, [en ligne]. <http://www.jybaudot.fr/Inferentielle/wilcoxon.html>

51. Smith JA, Osborn M. Interpretative Phenomenological Analysis. In : Qualitative Psychology. A practical guide to Research Methods Second Edition. University of London, Birkbeck Colege, UK : SAGE publication Ltd ; 2007 p. 53-80

52. Agence Régionale de la Santé Île de France. (page consultée le 15/07/16). Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoire, [en ligne]. <http://sante-iledefrance.fr/PDSA/2016/PDSA-Cahier-des-charges-2016.pdf>

## ANNEXES

### Annexe 1 : Questionnaires

#### CARACTERISTIQUES DES RESPONSABLES DE MMG

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) En quelle année vous êtes vous installé en tant que médecin ?
- 3) Depuis quelle année occupez-vous le poste de responsable de MMG ?
- 4) Êtes- vous chronologiquement le premier responsable de la structure ?
- 5) Êtes-vous à l'origine de la structure ?

#### DESCRIPTION DE LA STRUCTURE

- 6) Combien d'habitants comporte votre secteur de PDSA?
- 7) Dans quel type de secteur se situe votre MMG (urbain / semi-rural) ?
- 8) Pouvez-vous préciser son lieu d'implantation par rapport à un établissement de soin (au sein d'un établissement de santé, autonome) ?
- 9) Combien de médecins participent au tour de garde (nombre d'effecteurs) ?
- 10) Pouvez-vous préciser les horaires et jours d'ouverture ?
- 11) Bénéficiez-vous d'une aide dans vos tâches administratives (secrétaire, administrateur)?
- 12) Combien d'actes ont été réalisés en 2013 ?

## QUESTIONNAIRE DE LIKERT

1/ Je rencontre des difficultés fréquentes à remplir un tableau de garde respecté par les médecins

2/ J'entretiens un bon rapport avec les structures de tutelle de la PDS (CDOM, ARS, CPAM)

3/ Mon rôle de coordinateur de MMG m'occasionne un surcroît de responsabilités

4/ Je trouve l'implication dans la PDS des jeunes médecins généralistes installés satisfaisante

5/ Je rencontre des difficultés dans l'articulation de mes 2 activités (gestion du cabinet ou de l'activité hospitalière, le cas échéant et de la MMG)

6 / Je dispose de suffisamment de moyens financiers pour mener à bien ma mission de PDS

7/ Je vis les demandes de l'ARS (élaboration du tableau prévisionnel d'activité mensuelle, rapport d'activité mensuelle par médecin et par tranche de 4 heures, rapport d'activité annuelle) comme une contrainte

8/ Je dispose d'un pouvoir décisionnel suffisant dans la gestion de ma structure de PDS

9/ Je me sens isolé dans mon rôle de responsable de MMG

10/ Je conseillerais à un confrère de devenir responsable d'une MMG s'il en avait l'occasion

Question ouverte pour conclure :

Voyez-vous une autre difficulté de votre rôle qui n'a pas été évoquée ?

## Annexe 2 : Verbatim

**Responsable n°1** : « Non, je ne vois pas d'autre difficulté particulière ».

**Responsable n°2** : « Pas vraiment, mais je dirais que pour se lancer dans la PDS, il est nécessaire d'avoir une certaine conception de la profession, se sentir investi d'une mission ».

**Responsable n°3** : « Il existe un stress lié au doute permanent sur le renouvellement des subventions, je me questionne sur la pérennité des MMG et de leur coordination liée à la nécessité pesante de toujours s'en occuper. Je dis ça mais on a quand même la chance d'avoir un administrateur efficace. Sinon, je déplore de mauvaises relations avec le service d'urgences qui s'apparente à une écoute polie allant parfois, si j'ose dire jusqu'à la défiance ».

**Responsable n°4** : « Je trouve qu'il y a un problème de rivalité avec urgences adulte néanmoins très chef dépendant ».

**Responsable n°5** : « Nous avons un problème de compétition avec les urgences qui refusent parfois de nous d'adresser des patients par exemple... Et je n'irais pas jusqu'à dire que nous avons des soucis financiers... Enfin, disons qu'on a l'argent mais à condition de relancer les demandes. Sinon, je conseille ce rôle, oui, mais à condition d'avoir, comme moi, un administrateur ».

**Responsable n°6** : « Il y a un problème dans le recrutement des jeunes médecins remplaçants : on dispose d'un effectif motivé présent mais pas de médecin pour leur prêter les ordonnances et feuilles de soin... ».

**Responsable n°7** : « Le problème porte sur le recrutement de nouveaux médecins, il y a un manque de motivation, voire de déontologie, c'est à se demander si la PDS n'est pas un choix militant. La motivation maintenant et purement financière

car les libéraux rencontrent des difficultés à remplir leurs cabinets, du coup, ils ne veulent même plus s'installer... ».

**Responsable n°8** : « Il y a un manque d'implication des jeunes médecins remplaçants ».

**Responsable n°9** : « Je déplore les problèmes relationnels avec les patients, problèmes de paiement, incivilité, consultations abusives avec une patientèle qui n'est pas forcément la nôtre et qu'il est compliqué voire impossible d'éduquer ».

**Responsable n°10** : « C'est difficile de travailler avec des structures de salariés : les structures de tutelles ne réalisent pas toujours que le travail administratif est non rémunéré pour un libéral. Sinon, on a toujours besoin de relancer pour obtenir des moyens qu'on finit quand même toujours par obtenir. Je signalerais aussi une certaine rivalité avec l'hôpital ».

**Responsable n°11** : « La difficulté de la tâche réside dans le rapport de gestion avec les confrères, notamment lorsqu'il s'agit de gérer les oublis de garde. Il est important d'avoir une bonne relation avec tous et sur le long terme, sinon, nous entretenons une bonne relation avec les urgences ».

**Responsable n°12** : « On a un sérieux problème de recrutement des jeunes médecins mais sinon, une bonne relation avec les urgences nous rend le travail aisé ».

**Responsable n°13** : « Je trouve qu'on a dans l'ensemble une bonne cohésion, la principale difficulté est financière ».

**Responsable n°14** : « Il y a un problème relationnel avec le maire et le personnel de jour ce qui rend parfois l'ambiance un peu tendue » (locaux partagés prêtés par la mairie).

**Responsable n°15** : « Oui, le refus d'implication de la part des médecins du secteur ».

**Responsable n°16** : «La principale difficulté est financière ».

**Responsable n°17** : «On manque de participation de la part des autres confrères, je trouve qu'il y a un manque de dynamisme global, un problème d'idéologie... on n'a pas tous la même approche de l'engagement ».

**Responsable n°18** : «Je pense que ce rôle tend à devenir salarié au risque de voir un désinvestissement s'installer. Moi je suis favorable à davantage de professionnalisation, un genre de salariat pour ce type de tâche. Sinon, j'évoquerais un flou juridique au niveau de la responsabilité, il y a quelques temps, je ne sais plus trop dans quelle commune, un médecin a eu un accident de trajet entre son cabinet et la MMG, en terme de responsabilité du coup, ce n'était pas très clair ».

**Responsable n°19** : «Non, si ce n'est qu'on aurait besoin de promouvoir la PDS dès l'internat. Ça serait bien que des internes en formation puissent exercer au sein des MMG. Le CDOM l'autorise mais pour l'instant l'ARS l'interdit, il faudrait avancer là dessus ».

**Responsable n°20** : « « Pour ma part, j'assure l'intendance à savoir la mise à disposition d'un minimum de matériel pour les consultations et surtout le fonctionnement du matériel informatique : ordinateur, logiciel, lecteur de cartes, télétransmissions, imprimantes. Ce matériel étant à la fois à tout le monde et à personne, les gens n'en prennent pas autant soin que si c'était à eux de réparer les choses ».

**Responsable n°21** : «La non implication des autres médecins , et le laisser-aller des remplaçants est insupportable ».

**Responsable n°22** : « La relation est parfois délicate avec le CMS dont on partage les locaux et dont le fonctionnement ne correspond pas toujours au nôtre

(permanence entre jours fériés et dimanche notamment -lundi ou vendredi- car le CMS est ouvert et on nous demande d'ouvrir) ».

**Responsable n°23** : « Non, c'est très complet et synthétique ».

**Responsable n°24** : « Oui, il y a parfois certains problèmes relationnels avec les médecins. Et puis ça prend quand même énormément de temps au niveau administratif mais bon, pour l'instant ça reste encore faisable... moi je m'inquiète de ce que ça va devenir, surtout vu l'état de la démographie médicale ».

**Responsable n°25** : « Non, pas de difficulté particulière ».

**Responsable n°26** : « Chez nous on rencontre des problèmes relationnels avec l'hôpital, les objectifs ne sont pas coordonnés. Depuis le passage de la tarification à l'acte, c'est comme si nous étions en concurrence, c'est dommage ! Et aussi la baisse d'effectif. On a une baisse de l'effectif des médecins sur le terrain mais également à la régulation ».

**Responsable n°27** : « Motiver les médecins par une tarification forfaitaire dégressive en fonction du nombre d'actes est à revoir, les médecins gagnent parfois plus en voyant 2 patients qu'en en voyant 3 par tranche de 4 heures ».

**AUTEUR : Nom : Zameo**

**Prénom : Alice**

**Date de Soutenance : 14 octobre 2016**

**Titre de la Thèse : Étude des difficultés rencontrées par les médecins responsables de maison médicale de garde d'Île de France dans la réalisation de leurs missions de permanence des soins ambulatoire**

**Thèse - Médecine - Lille 2016**

**Cadre de classement : Médecine Générale**

**DES + spécialité : Médecine générale**

**Mots-clés : permanence des soins, maison médicale de garde, Île de France, Likert**

**Contexte** : Fragilisée par différentes évolutions sociales et sociétales, la notion de permanence des soins ambulatoires a connu des modifications importantes au cours des vingt dernières années. Afin d'en assurer son maintien et sa pérennité, les pouvoirs publics l'ont progressivement encadrée jusqu'à la construction du système actuel, qui semble encore présenter de nombreux points de fragilité.

**Méthode** : Nous avons souhaité évaluer un aspect de la pérennité du système de permanence des soins ambulatoire en Île de France à travers l'étude des difficultés rencontrées par les responsables de maison médicale de garde dans la mise en œuvre des missions dédiées à ces structures. 37 responsables des 40 maisons médicales de garde franciliennes dénombrées en 2014 ont été contactés par téléphone, afin de leur soumettre un questionnaire en trois parties. La première visant à décrire les caractéristiques socio-démographiques des responsables et les structures qu'ils coordonnent. La deuxième explorant les difficultés ressenties dans la mise en œuvre de leurs missions au moyen d'un questionnaire de Likert. La troisième correspondant à une question ouverte, dont les réponses ont été analysées au moyen de la méthode qualitative Interpretative Phenomenological Analysis. 27 responsables ont répondu au questionnaire.

**Résultats** : Les répondants ont en moyenne 54,9 ans (intervalle de confiance (IC) à 95% entre 51 et 58,8 ans), sont installés en moyenne depuis 24,8 années (IC à 95% entre 20,4 et 29,6 ans), et sont pour 74% d'entre eux responsables de leur structure depuis son ouverture, avec une durée moyenne d'exercice de ces fonctions de 7,9 ans (IC à 95% entre 6,5 et 9,4 ans). Les structures étudiées sont majoritairement (59,3%) adossées à un hôpital. Elles comptent entre 10 et 60 participants au tour de garde (moyenne à 29,6), sont ouvertes entre 36 et 220 heures par mois (moyenne à 124,7 heures), et totalisaient en 2013 entre 660 et 6766 actes (moyenne à 3108). L'indice de satisfaction globale des médecins interrogés est de 57,6% (IC à 95% entre 52,75 et 62,45). L'analyse du questionnaire de Likert et de la question ouverte mettent en évidence un potentiel lien entre l'indice de satisfaction globale et la présence d'un administrateur, des rapports conflictuels entre les maisons médicales de garde et les services d'urgence, ainsi que des éléments d'inquiétude sur la possibilité de transmission de ces missions et structures de permanence des soins à la génération future.

**Composition du Jury :**

**Président : Professeur Eric Wiel**

**Asseseurs : Professeur François Dubos, Docteur Nassir Messaadi**