UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Maison médicale de garde de Roubaix : service médical rendu à la population du point de vue des médecins y exerçant

Présentée et soutenue publiquement le 7 juillet 2026 à 18h
au Pôle Recherche
par Valentin BOUTRY

_____

JURY
Président :
Monsieur le Professeur Eric WIEL
Assesseurs :
Madame le Docteur Judith OLLIVON
Monsieur le Docteur Jérémy WALLART
Directeur de thèse :
Monsieur le Docteur Jérémy BENSAADA

AVERTISSEMENT

L’université n’entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

LIENS D'INTÉRÊTS

Le candidat déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec le travail présenté.

Le Directeur de thèse déclare être président de l’association de gestion de la maison médicale de garde de Roubaix.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

ASMR : Amélioration du Service Médical Rendu

BBR : Balance Bénéfice/Risque

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CH : Centre Hospitalier

CMSI : Centre Médical de Soins Immédiats

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CODAMU : Comité Départemental De l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires

CODAMUPS : Comité Départemental De l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires

CRRAL : Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux

CT : Commission de Transparence

DPO : Délégué à la Protection des dOnnées

HAS : Haute Autorité de Santé

MMG : Maison Médicale de Garde

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

REPSS : Rapport d'Évaluation des Politiques de Sécurité Sociale

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Française de Médecine d’Urgence

SMR : Service Médical Rendu

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : sexe des médecins interrogés

Figure 2 : tranches d'âge des médecins interrogés exprimées en années

Figure 3 : caractéristiques professionnelles des médecins interrogés exprimées en années

Figure 4 : nombre de gardes réalisées par an à la MMG de Roubaix par les médecins interrogés

Figure 5 : évaluation du SMR de la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

Figure 6 : évaluation des motifs de consultation à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

Figure 7 : fréquence des motifs de consultation non aigus à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

Figure 8 : fréquence des motifs de consultation pour suivi médical régulier à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

Figure 9 : différences des patients de la MMG de Roubaix par rapport à leur patientèle libérale selon les médecins interrogés

Figure 10 : jour de la semaine où le SMR est le plus important à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

Figure 11 : période de l'année où le SMR est le plus important à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

TABLE DES MATIÈRES

LIENS D'INTÉRÊTS..... 3
LISTE DES ABRÉVIATIONS..... 4
LISTE DES FIGURES..... 5
TABLE DES MATIÈRES..... 6
CONTEXTE..... 8
I. Définition de la permanence des soins..... 8
II. Historique de la permanence des soins ambulatoires..... 8
INTRODUCTION..... 12
I. Les maisons médicales de garde..... 12
II. La maison médicale de garde de Roubaix..... 13
III. Objectifs de l'étude..... 16
MATÉRIEL ET MÉTHODES..... 17
I. Schéma de l'étude..... 17
II. Population étudiée..... 17
III. Rédaction du questionnaire..... 17
IV. Diffusion du questionnaire et recueil des données..... 18
V. Analyse des données..... 18
VI. Éthique..... 18
RÉSULTATS..... 19
I. Diagramme de flux..... 19
II. Description de la population..... 19
III. Résultats de l'étude..... 22
DISCUSSION..... 27
I. Discussion sur l'étude..... 27
A. Les résultats de l'étude..... 27
B. Réalisation de l'étude et rédaction du questionnaire..... 29
C. Forces et faiblesses de l'étude..... 30
II. Discussion sur la notion de SMR..... 32
A. Dans cette étude..... 32
B. SMR et Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) selon la Haute Autorité de Santé (HAS)..... 32
C. Définition du SMR d'autres pratiques et extrapolation à cette étude : similitudes et différences..... 33
III. Comparaison aux autres études..... 35
A. Impact de l'installation d'une MMG sur la fréquentation du SAU de proximité..... 35
B. Utilité de la réorientation des patients du SAU vers la MMG de proximité. 36

C. Amélioration des conditions de travail et satisfaction des médecins.....37
D. Taux de reconsultation après consultation en MMG et impact sur l'offre de soins.....38
E. Adéquation du lieu de consultation des patients selon les médecins.....38
F. Taux de retour à domicile après consultation en MMG.....39
G. L'influence de la présence d'une MMG sur l'installation des jeunes médecins dans un territoire.....39
H. Nombre de consultation en fonction de la période.....39
I. Les limites exprimées sur les MMG.....40
IV. Ouverture sur l'avenir de la PDSA.....41
CONCLUSION.....44
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....45
ANNEXES.....53
Annexe 1 : Questionnaire diffusé aux médecins de la MMG de Roubaix.....53
RÉSUMÉ.....57

CONTEXTE

I. Définition de la permanence des soins

La Permanence Des Soins (PDS) en France permet d'offrir à la population une consultation médicale en dehors des horaires d'ouverture classiques : de 20h à 8h la nuit, les weekends, les jours fériés.

Ce dispositif s'organise en ambulatoire avec des soignants libéraux ou en hospitalier (Service d'Accueil des Urgences [SAU] ou centres de soins non programmés) (1).

II. Historique de la permanence des soins ambulatoires

L'origine de cette Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) remonte au XIXème siècle. Certaines municipalités, au premier rang desquelles Paris, organisent des systèmes de gardes la nuit. En 1876, les médecins et maïeuticiens parisiens volontaires sont invités à se faire connaître du poste de police du quartier, afin que les patients y soient réorientés la nuit (2).

Les limites se font vite ressentir. Étant sur la base du volontariat, tous les médecins ne participent pas à ce système. La rémunération et la sécurité sont jugées insatisfaisantes, avec des motifs jugés inappropriés (ivresse, « faux malades »). Il y a également une forte disparité entre la ville et la campagne (2).

Il n'y a que peu d'évolution durant le demi-siècle qui suit. Les villes étaient au départ les seules entités à organiser cette PDSA.

Durant les années 1930, les médecins citadins eux-mêmes s'organisent entre eux pour instaurer des « tours de garde » sur la base du volontariat. La situation est différente en campagne, où les médecins prennent en charge l'ensemble des urgences de leurs patients, 24h/24 et 7j/7 (2).

La demande médicale s'accroît durant les années 1950 sous l'influence de plusieurs facteurs : généralisation de l'Assurance Maladie, amélioration technologique avec téléphones et voitures, campagnes de prévention plus massives incitant à consulter « dès le premier symptôme », durcissement du cadre juridique avec création de la notion de « non assistance à personne en danger » par la loi du 25 octobre 1941 révisée par l'ordonnance du 25 juin 1945 (2).

La situation n'est plus tenable pour les médecins de campagne. Ils commencent alors à s'organiser en tour de garde dans plusieurs régions de France.

L'État aide progressivement à l'organisation de ce système. La loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 crée le Comité Départemental De l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires (CODAMU), qui a pour mission de « veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Il doit s'assurer en conséquence de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires » (3).

En parallèle, l'article 77 du code de déontologie médical du 6 septembre 1995 énonce « 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 » (4).

On observe les mêmes difficultés qu'au début du XXème siècle : les sollicitations sont nombreuses, avec des appels pour des motifs qualifiés de non-urgents, abusifs. La rémunération est là encore jugée insuffisante (2).

L'exaspération monte jusqu'en 2001.

Les médecins généralistes conduisent une grève des gardes à partir du 15 novembre 2001 avec 2 revendications : la revalorisation de la consultation à 20€ lors du passage à l'euro, et la suppression de l'obligation de garde (5).

Si cette revalorisation intervient le 1er juillet 2002, la problématique de la PDSA est traitée dans les mois suivants (6).

Rédigé en 2003 sur demande du ministre de la santé, le rapport du sénateur Charles DESCOURS propose une nouvelle organisation de la PDSA (1).

Celui-ci énonce 3 principes dans la PDSA : volontariat ; sectorisation ; régulation.

Il prévoit un « dialogue » en l'absence de volontaire, et laisse le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins souverain en cas de carence.

Le CODAMU est remplacé par le Comité Départemental De l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS) dont la mission s'étend désormais à la gestion de la PDSA sur son territoire. Celui-ci est sectorisé dans le but d'offrir la réponse adéquate au patient.

Enfin, la régulation peut se faire par un opérateur unique (Centre 15), ou un opérateur spécifique à la PDSA qui doit être relié au Centre 15.

Suite à la publication de ce rapport, l'article 77 du code de la déontologie médicale est ainsi modifié « Il est du devoir du médecin de participer à la

permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent » (7).

Le commentaire de l'ordre des médecins réaffirme comme indiqué dans le rapport que la PDSA est un exercice volontaire (8).

C'est dans ce contexte de bouleversements de la PDSA que se sont progressivement implantées de nouvelles structures : les Maisons Médicales de Garde (MMG).

INTRODUCTION

I. Les maisons médicales de garde

Les MMG sont des structures spécifiques à la PDSA, où des médecins libéraux se regroupent dans un établissement commun afin d'améliorer les conditions de travail en garde (9). Elles sont définies comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée » (10). Elles sont gérées par l'Agence Régionale de Santé (ARS) via le CODAMUPS (11).

Le service médical rendu (SMR) à la population selon l'ARS concerne les « soins non programmés relevant de la médecine générale et ne pouvant être différés au lendemain » et « à la réduction du volume des patients nécessitant une consultation de médecine générale ; (CCMU [Classification Clinique des Malades des Urgences] 1 et 2) ; se présentant aux urgences hospitalières » (12). Les MMG participent également à la structuration de la PDSA d'un territoire. Elles constituent un lieu fixe de consultation en horaire de PDSA et favorisent l'attractivité pour les médecins.

Si la première MMG en France est créée en 1981 (13), c'est à partir du début des années 2000 que ces structures se multiplient. Un recensement indépendant en 2003 en dénombre 98 dont 52 en projet. Elles sont « 200 » en 2007, 339 en 2018, 377 en 2024 (10 ; 14 ; 15).

La localisation et leur mode de fonctionnement varient selon les MMG.

Le Ministère des solidarités et de la santé précise qu'elles doivent se situer « de préférence » à proximité voire au sein d'un établissement de santé, quel qu'il soit, tant en milieu urbain que rural (10). C'est le cas de 37 des 46 MMG fonctionnelles en 2003 (9).

Le Ministère préconise comme le rapport Descours d'être accessible « de préférence » par une régulation, en priorité le 15 (10).

II. La maison médicale de garde de Roubaix

Ouverte en 2000 sous la forme d'une maison de santé, ancêtre de la structure actuelle, la MMG de Roubaix se situe à proximité immédiate du Centre Hospitalier (CH) de Roubaix, dans le département du Nord en région Hauts de France. Initialement situé en face des urgences, ses locaux sont depuis 2022 dans l'enceinte du CH (16).

La MMG de Roubaix est ouverte du lundi au vendredi de 20h à 23h, les samedis de 15h à 23h, les dimanches et jours fériés de 10h à 12h et de 15h à 23h.

Elle a pour rôle d'assurer la PDSA pour le secteur Roubaix-Wattrelos uniquement.

Les patients ne peuvent en théorie consulter à la MMG qu'après régulation médicale (17). La régulation se fait via plusieurs numéros de téléphone. Avec le 15 du SAMU, dont les régulateurs sont en lien avec ceux spécifiques à la PDSA. Avec Médi'ligne 59, numéro spécifique de la PDSA dans le département du Nord. Ou avec le 116 117, numéro national pour joindre un médecin généraliste de garde en horaire de PDSA. Le 116 117 bascule automatiquement l'appel vers le centre de régulation local (18).

Un patient peut également être orienté vers la MMG suite à une consultation au SAU du CH.

La MMG de Roubaix ne dispose pas de plateau technique. Sa proximité avec le CH permet une collaboration étroite pour un complément d'exploration et la sécurité de soins des patients.

Sa gestion est réalisée par « Noramu ». Cette association loi 1901 créée en 2008 assure la PDSA pour le secteur Roubaix-Wattrelos par la gestion de la MMG (19). L'ARS finance Noramu, qui loue les locaux au CH de Roubaix.

Les médecins exerçants à la MMG doivent être membres de l'association Noramu. Il faut être médecin généraliste installé en libéral dans le secteur Roubaix-Wattrelos pour y adhérer.

Concernant les principaux chiffres de fonctionnement de la MMG de Roubaix sur l'année 2025 :

2098 patients ont consulté à la MMG sur l'année 2025. Cela représente en moyenne 5,7 consultations par jour. On constatait une discrète majorité de femmes consultant à la MMG avec 1145 consultations soit 55%.

L'âge moyen des patients consultant à la MMG de Roubaix était de 26 ans. Le patient le plus jeune avait moins de 1 mois, le patient le plus âgé avait 95 ans. L'âge médian de consultation était de 23 ans [Q1-Q3 : 7-40 ans].

Le mois de janvier présentait l'activité la plus importante avec 218 consultations. À l'inverse, il y a eu 137 consultations au mois d'octobre. Il y a eu 372 consultations les lundis, 247 les mardis, 197 les mercredis, 255 les jeudis, 178 les vendredis, 501 les samedis et 348 les dimanches.

Concernant la commune de provenance, 1228 patients déclaraient habiter à Roubaix, et 305 à Wattrelos. Cela correspond à 73% des patients. À noter que pour 137 patients soit 6,5%, cette donnée n'était pas renseignée.

1018 soit 48,5% des patients ont été orientés vers la MMG par régulation libérale. 11,5% l'ont été par la régulation du centre 15, 14,4% par un centre d'urgence. Malgré la nécessité théorique de bénéficier d'une régulation médicale, 25% des patients se présentaient spontanément à la MMG.

Les consultations se sont conclues dans 96,5% des cas par un retour à domicile. Seuls 70 patients ont été réorientés vers un centre d'urgence ou une clinique. 98% des consultations se sont achevées sans prescription d'examen complémentaire.

Plusieurs MMG des départements du Nord et du Pas-de-Calais ont été étudiées par des thèses au sein de l'Université de Lille : Boulogne, Calais, Cambrai, Béthune, Dunkerque, Armentières, Seclin, Maubeuge. Ces études datent de plusieurs années, ont été publiées entre 2014 et 2020.

Nous avons souhaité évaluer le point de vue des médecins exerçants à la MMG de Roubaix.

III. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer le SMR à la population du point de vue des médecins exerçants dans la MMG de Roubaix.

Les objectifs secondaires sont :

- Évaluer le ressenti des médecins sur les motifs de consultation : motifs aigus ou chroniques, suivi médical régulier.
- Évaluer le ressenti des médecins sur la pertinence des motifs de consultation.
- Évaluer le regard des médecins sur la différence entre les patients de la MMG et les patients dans le cadre de leur activité libérale.
- Évaluer les jours de la semaine et les périodes de l'année où le SMR à la population est le plus important.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

I. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, prospective, unicentrique.

II. Population étudiée

Cette étude concerne les médecins généralistes effectuant des gardes à la MMG de Roubaix. Ces derniers sont tous médecins installés dans le secteur Roubaix-Wattrelos.

III. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été rédigé avec le Dr Jérémy BENSAADA (médecin généraliste installé à Wattrelos, directeur de cette thèse) et le Dr Jérémy WALLART (praticien hospitalier de médecine d'urgence au CH de Tourcoing).

Il a ensuite été modifié avec l'aide du Dr Matthieu CALAFIORE (médecin généraliste installé à Wattrelos, maître de stage, maître des conférences des universités, directeur du district de médecine générale de l'université de Lille).

Le questionnaire a été présenté à 2 internes de médecine générale et 2 médecins généralistes installés assurant la PDSA dans d'autres secteurs, afin d'évaluer sa facilité de remplissage et les risques d'incompréhension.

IV. Diffusion du questionnaire et recueil des données

Le questionnaire a été diffusé par communication interne sécurisée le 03/02/2026 sous la forme d'un lien LimeSurvey®.

Une première relance par méthode similaire a été réalisée le 11/02/2026, ainsi qu'un affichage du lien du questionnaire sur le bureau de consultation de la MMG.

Une seconde relance a été réalisée le 28/02/2026.

Les données recueillies ont été exportées vers un tableau Google Sheet®. Les données étaient anonymes.

V. Analyse des données

Les variables ont été analysées à partir du logiciel Google Sheet® en univarié.

VI. Éthique

En l'absence de traitement de données de patients, de modification thérapeutique et d'impact sur les prises charges médicales, l'avis du Délégué à la Protection des dOnnées (DPO) n'est pas nécessaire.

Suite à la consultation du questionnaire de recherche en santé et formalités réglementaires 2026 de l'Université de Strasbourg en collaboration avec l'Université de Rennes, il a été établi que cette thèse était hors loi Jardé, ne nécessitait pas l'avis d'un comité éthique, ne nécessitait pas de déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL) (20).

RÉSULTATS

I. Diagramme de flux

Le questionnaire a été envoyé aux 13 médecins généralistes réalisant des gardes à la MMG de Roubaix.

Nous avons obtenu 13 réponses (100%).

II. Description de la population

- Sexe

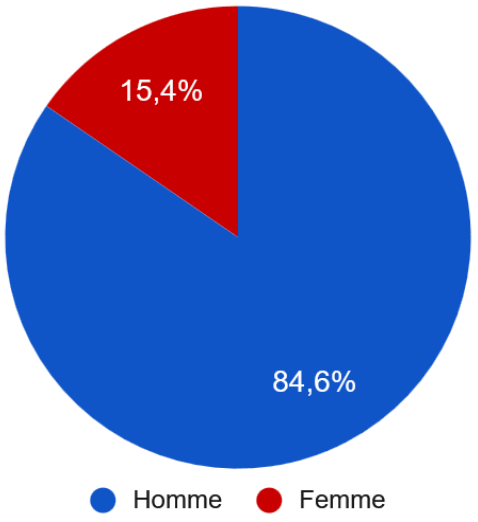


Figure 1 : sexe des médecins interrogés

La population de l'étude est composée majoritairement d'hommes (11/13) soit 84,6%.

- Âge

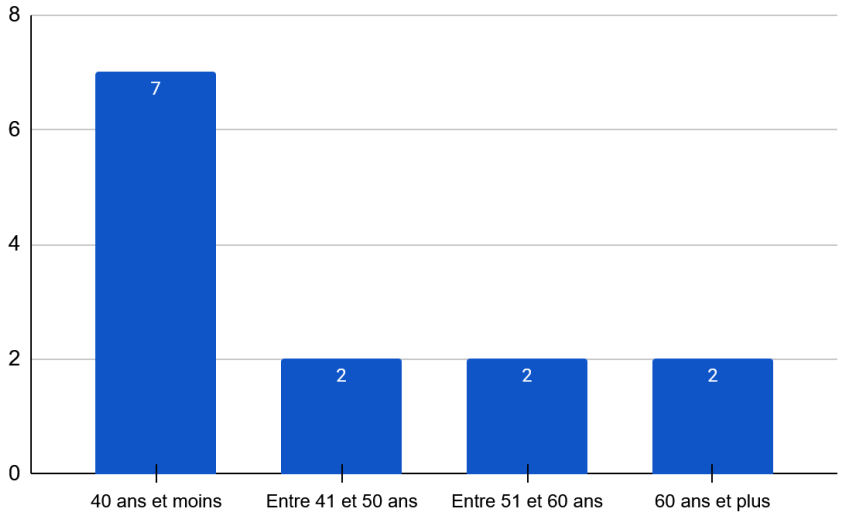


Figure 2 : tranches d'âge des médecins interrogés exprimées en années

Les médecins exerçant à la MMG de Roubaix sont majoritairement jeunes (moins de 40 ans).

- Caractéristiques professionnelles

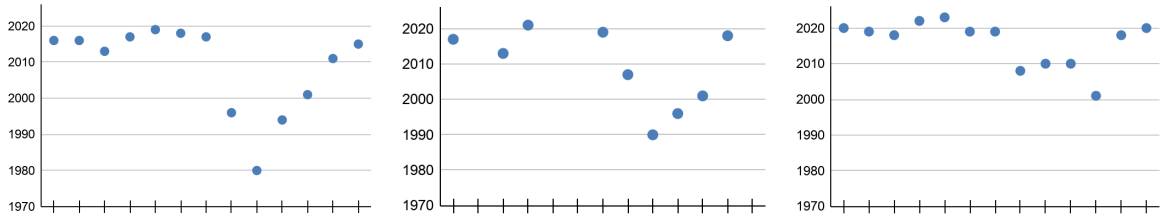


Figure 3 : caractéristiques professionnelles des médecins interrogés exprimées en années

À gauche : année de diplôme de doctorat en médecine

Au milieu : année d'installation en libéral

À droite : année de début d'exercice à la MMG de Roubaix

L'année moyenne de diplôme de doctorat en médecine est 2009 avec des valeurs comprises entre 1980 et 2019.

L'année moyenne d'installation en libéral est 2009 avec des valeurs comprises entre 1990 et 2021.

L'année moyenne de début d'exercice à la MMG de Roubaix est 2016 avec des valeurs comprises entre 2001 et 2023.

- Nombre de gardes par an

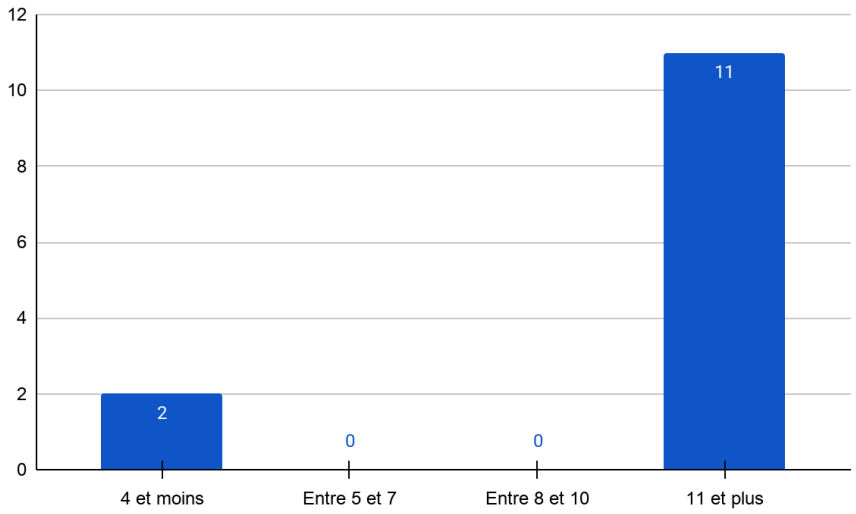


Figure 4 : nombre de gardes réalisées par an à la MMG de Roubaix par les médecins interrogés

La très grande majorité des médecins interrogés réalisent 11 gardes par an ou plus à la MMG de Roubaix.

III. Résultats de l'étude

- Évaluation du SMR à la population

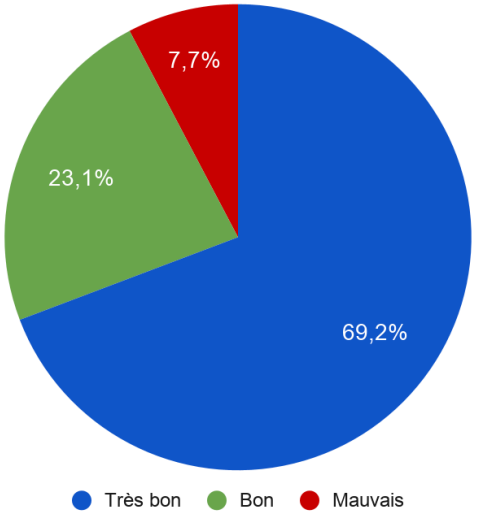


Figure 5 : évaluation du SMR de la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

69,2% des médecins interrogés estiment que le SMR à la population de la MMG de Roubaix est très bon.

- Évaluation des motifs de consultation

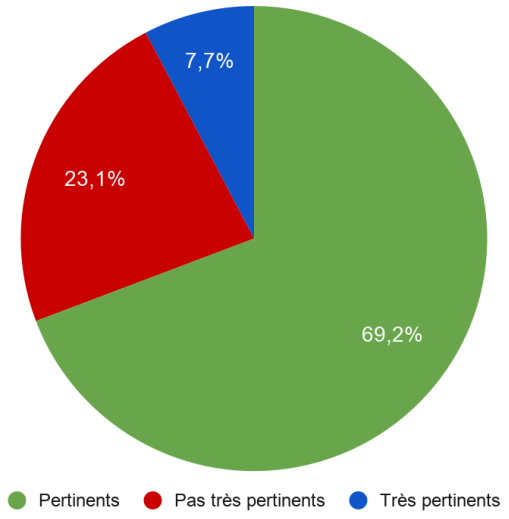


Figure 6 : évaluation des motifs de consultation à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

69,2% des médecins interrogés estiment que les motifs de consultation à la MMG de Roubaix sont, de manière globale, pertinents.

- Fréquence des motifs non aigus

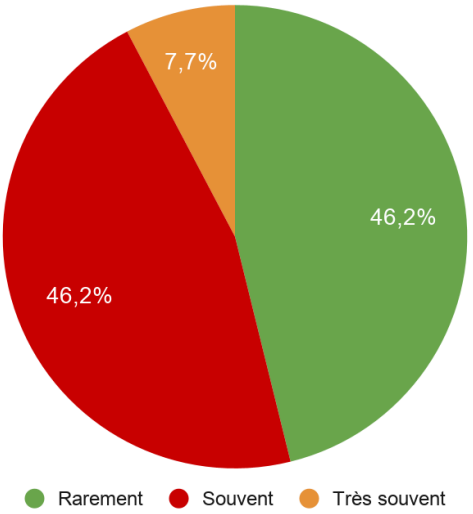


Figure 7 : fréquence des motifs de consultation non aigus à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

46,2% des médecins interrogés déclarent avoir souvent des motifs non aigus à la MMG de Roubaix, 46,2% déclarent en avoir rarement.

- Fréquence des motifs de suivi médical régulier

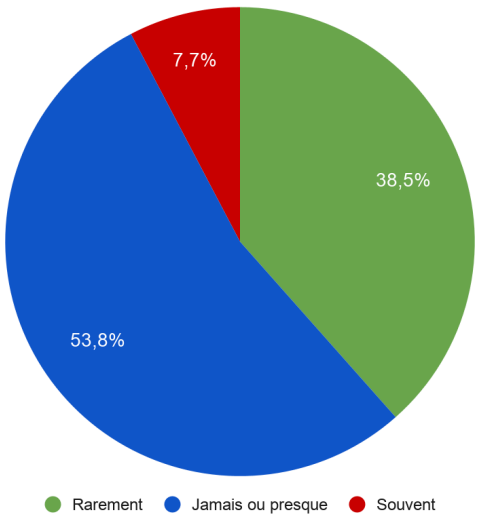


Figure 8 : fréquence des motifs de consultation pour suivi médical régulier à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

53,8% des médecins interrogés déclarent ne jamais ou presque jamais avoir des motifs de suivi médical régulier à la MMG de Roubaix.

- Différence par rapport à la patientèle libérale

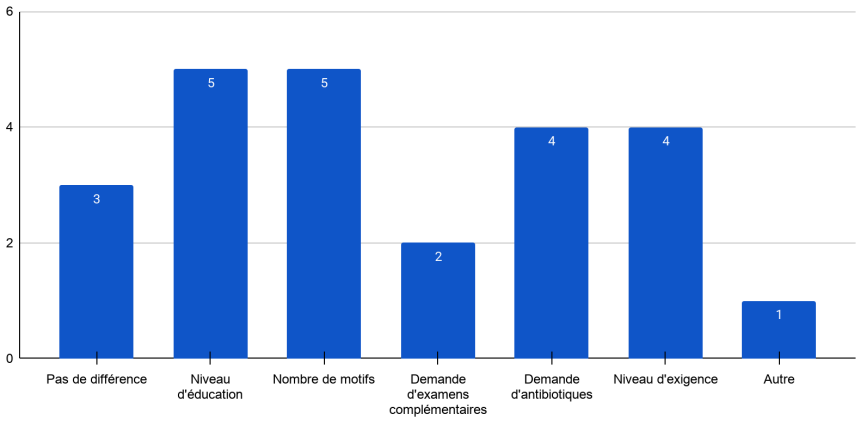


Figure 9 : différences des patients de la MMG de Roubaix par rapport à leur patientèle libérale selon les médecins interrogés

Par rapport à leur patientèle libérale, les médecins interrogés notent principalement une différence dans le niveau d'éducation et le nombre de motifs par consultation.

- Jour de la semaine où le SMR est le plus important

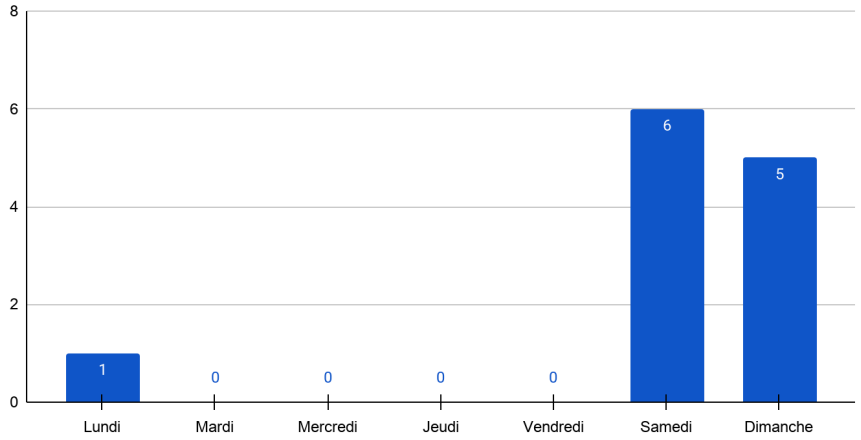


Figure 10 : jour de la semaine où le SMR est le plus important à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

L'extrême majorité des médecins interrogés estiment que le SMR à la population est le plus important les week-ends.

- Période de l'année où le SMR est le plus important

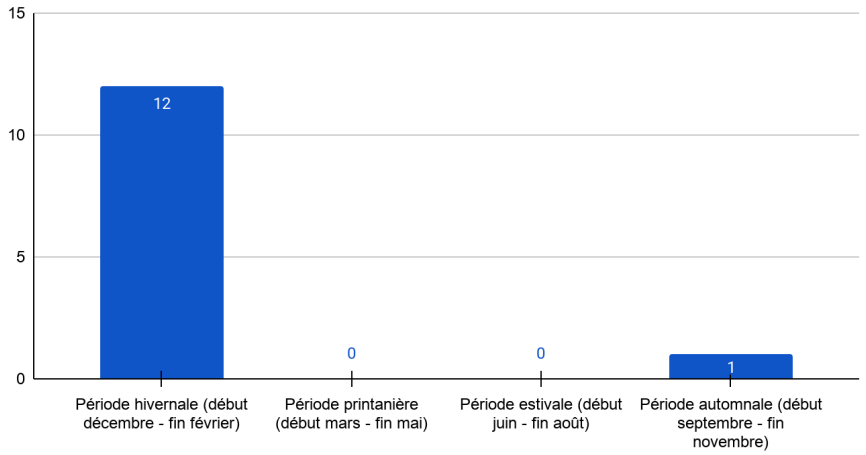


Figure 11 : période de l'année où le SMR est le plus important à la MMG de Roubaix selon les médecins interrogés

L'extrême majorité des médecins interrogés estiment que le SMR à la population est le plus important lors des périodes hivernales.

DISCUSSION

I. Discussion sur l'étude

A. Les résultats de l'étude

Concernant la description des médecins interrogés, il s'agit majoritairement de jeunes médecins avec 53,8% de médecins ayant 40 ans et moins.

Plusieurs médecins plus âgés exercent malgré tout à la MMG.

Les médecins sont expérimentés, avec une année moyenne de diplôme et d'installation en 2009, soit 17 ans. Cette expérience se retrouve dans le nombre de gardes réalisées, avec 11 gardes ou plus par an par 84,6% des médecins.

L'année moyenne d'entrée dans la MMG de Roubaix date de 2016, soit 10 ans.

Ces résultats semblent en faveur d'une satisfaction des médecins y exerçant.

Les résultats de cette étude montrent un bon à très bon SMR à la population du point de vue des médecins exerçant à la MMG de Roubaix. Seul 1 médecin sur les 13 interrogés estime que ce SMR est mauvais.

Les motifs de consultation sont jugés pertinents à très pertinents par 76,9% des médecins.

En parallèle des résultats obtenus au cours de l'étude, les statistiques de la MMG en 2025 offrent des informations complémentaires. À l'issue de la consultation, les médecins doivent mentionner s'il s'agit selon eux d'une consultation de confort ou

une consultation justifiée. 94% des consultations en 2025 étaient décrites comme justifiées par les médecins.

Ces résultats apparaissent en faveur d'une bonne utilité de la MMG de Roubaix dans la PDSA sur ce secteur.

La participation à la PDSA dans le secteur peut interroger au vu des résultats obtenus dans l'étude. Dans le département du Nord, la proportion de médecins participant à la PDSA se situe entre 25 et 50%. La moyenne nationale se situe à 40,2%. Sur le secteur de Roubaix-Wattrelos, on dénombre 138 médecins généralistes installés. Ils ne sont que 13 à participer à la PDSA via la MMG. Cette valeur est nettement inférieure à la moyenne départementale et nationale.

53,8% des médecins interrogés estiment rencontrer souvent à très souvent des motifs non aigus. 1 seul médecin estime avoir souvent des motifs de suivi médical régulier.

Un élément d'explication à ces données peut se retrouver dans les statistiques de la MMG décrites en cours d'introduction. 25% des patients consultaient en se présentant spontanément à la MMG. Par ailleurs, il est possible que les patients ayant bénéficié d'une régulation médicale décrivent différemment leurs symptômes entre la régulation et la consultation.

76,9% des médecins constatent une différence sur au moins l'un des items mentionnés par rapport à leur patientèle libérale. Tous les médecins exerçant à la MMG étant installés dans le secteur de PDSA, ces résultats traduisent une hétérogénéité dans la patientèle du secteur. Les éléments les plus mentionnés sont le niveau d'éducation et le nombre de motifs, par 38,5% des médecins interrogés.

À noter comme décrit en introduction qu'une part non négligeable des patients ne provient pas du secteur de Roubaix-Wattrelos. Cette variation peut expliquer en partie les résultats décrits.

92,3% des médecins interrogés estiment que le SMR est plus important en période hivernale. Le SMR est plus important lors des jours de weekend pour 91,7% des médecins interrogés.

Ces données sont concordantes avec les statistiques de l'année 2025. Les 4 mois avec la fréquentation la plus importante sont Janvier, Décembre, Mars et Février. Les 3 jours avec la fréquentation la plus importante sont Samedi, Lundi, et Dimanche.

B. Réalisation de l'étude et rédaction du questionnaire

Notre volonté au cours de la réalisation de l'étude était de rédiger un questionnaire court, avec pour objectif un temps de remplissage moyen inférieur à 5 minutes. Cette rapidité de remplissage a pu favoriser le nombre de réponses obtenues.

Le critère de jugement principal et les critères de jugement secondaires ont été évalués à l'aide d'une échelle de Likert à 4 propositions. Nous avons fait ce choix d'un nombre pair de réponses pour obtenir des réponses polarisées, et éviter un grand nombre de réponses « intermédiaires ».

Concernant le nombre de gardes réalisées par an, nous avons choisi un dernier cut-off à 11 gardes ou plus par an. Cette valeur correspond à la réalisation d'une garde par mois avec un mois de vacances par an. En accord avec la direction de la MMG, cette fréquence permet une aisance et efficience lors de la garde.

Du fait d'une population restreinte répondant à l'étude, nous avons souhaité présenter un nombre réduit de propositions concernant les différences entre les patients de la MMG et la patientèle libérale. Cela permet de conserver une pertinence statistique adaptée à la taille de l'échantillon. Les items retenus dans le questionnaire n'ont à notre connaissance pas été évalués dans d'autres travaux. Les précédentes études s'intéressant aux différences entre les patients de MMG et aux urgences évaluaient majoritairement des données socio-démographiques, de parcours de soin. Ce fut le cas dans la thèse du Dr DJAGBAVI à Maubeuge ou du Dr RENAUT au Havre (21 ; 22).

La question sur les périodes de l'année ne correspond pas précisément aux saisons calendaires. Nous avons fait ce choix pour inclure les premières semaines du mois de décembre dans la période hivernale. Selon les rapports du réseau Sentinelles sur les infections respiratoires aiguës, on observe une augmentation de ces infections dès les semaines 47 à 48 pour une diminution au cours des semaines 7 à 8 (23).

C. Forces et faiblesses de l'étude

À notre connaissance, cette étude est la première à se concentrer spécifiquement sur le SMR à la population du point de vue des médecins exerçants en MMG. Ce sujet novateur en fait une force de l'étude. Les données sur les différences entre patientèle libérale et de la MMG permettent également d'évaluer des informations jusqu'à présent peu décrites dans les études.

Les validités interne et externe ont été prises en compte avec différents regards.

La validité externe a été renforcée grâce à la rédaction avec le Dr BENSAADA et la relecture du Dr CALAFIORE.

La validité interne a été renforcée avec l'évaluation de la facilité de remplissage et la compréhension du questionnaire par des internes et médecins participants à la PDSA.

La faible taille de l'échantillon des répondants (13) constitue une faiblesse de l'étude. Ce chiffre correspond cependant à la totalité des médecins exerçants à la MMG de Roubaix. L'échantillon étudié est donc exhaustif, représentatif de l'avis des médecins de la structure.

Il existe un biais d’auto-satisfaction dans cette étude puisque les médecins réalisant des gardes à la MMG évaluent eux-mêmes un paramètre sur cette structure.

Une autre faiblesse réside dans le caractère monocentrique de l'étude. Les données de cette étude ne peuvent pas être extrapolées à d'autres structures dans d'autres zones du département ou de France puisque l'offre de soin disponible influe sur la patientèle de la MMG. En effet, la MMG de Roubaix se situe dans une aire urbaine dense, au sein d'une grande métropole française. Il existe plusieurs autres MMG dans l'agglomération lilloise (Tourcoing, Villeneuve-d'Ascq, Lille) ainsi que plusieurs centres de consultations non programmées ouverts en horaires de PDSA (SOS médecin à Lille, Roubaix, Tourcoing). De plus, le département du Nord fait partie des départements où la couverture de la PDSA est bonne. Il fait partie des 33 départements sur 101 à posséder un site dédié à la PDSA pour 75 à 100% de ses secteurs (24).

II. Discussion sur la notion de SMR

A. Dans cette étude

Nous avons vu dans l'introduction quels étaient les objectifs des MMG selon l'ARS. Nous avons cité ces éléments dans le questionnaire en description de la question, pour limiter le risque de biais méthodologique de formulation.

La notion de SMR peut varier selon le contexte. Nous avons souhaité nous interroger sur cette notion.

B. SMR et Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) selon la Haute Autorité de Santé (HAS)

Le SMR est utilisé selon la HAS dans l'évaluation d'un médicament. Il est attribué après obtention d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) du médicament (25). Il est modifiable au cours du temps (26). Il rend compte de l'efficacité, de la sécurité, de la « place dans la stratégie thérapeutique » du médicament, en fonction de la pathologie et des alternatives, de son intérêt en santé publique (27).

La Commission de Transparence (CT) de la HAS évalue ce SMR en majeur, modéré ou insuffisant. Cette donnée conditionne le remboursement du médicament (25).

L'ASMR s'intéresse au progrès apporté par ce médicament par rapport aux alternatives. Il est classé de I à V en majeur, important, modéré, faible voire insuffisant par la CT. L'ASMR intervient pour fixer le prix du médicament, indépendamment du SMR (28).

Bien que relié au domaine des médicaments, le terme de SMR est parfois utilisé pour d'autres actions de santé. Nous avons souhaité étudier la définition de SMR dans d'autres études, et analyser l'extrapolation à notre domaine.

C. Définition du SMR d'autres pratiques et extrapolation à cette étude : similitudes et différences

Une étude sur le thermalisme englobe l'impact sur la qualité de vie et sur le plan économique dans le SMR, en parallèle de l'étude d'efficacité. L'importance de l'arsenal thérapeutique disponible est rappelé (29).

L'impact économique se fait par des analyses médico-économiques. Elles permettent de « tenir compte des dépenses évitées suite aux complications de la pathologie, [...] déterminer quelle est la diminution du recours aux soins, l'amélioration de l'activité et de l'autonomie et l'augmentation du bien-être et de la qualité de vie ». L'évaluation de l'efficacité reste cependant la première valeur à étudier selon cette étude sur le thermalisme (29).

Des études sur le SMR de la télémédecine énoncent un constat similaire. La Balance Bénéfice/Risque (BBR) doit-être « au moins égale, sinon supérieure, (à celle) de la prise en charge sans télémédecine » (30). Le SMR ne peut pas être étudié selon le gold-standard de l'évaluation d'un médicament, à savoir « les études pivots de phase III, comparatives et randomisées, en double aveugle » (31). Les analyses médico-économiques et notamment celles prenant en compte « l'évaluation par les patients eux-mêmes de l'impact des organisations médicales de télémédecine sur leur vie sociale et leur bien-être » sont préconisées (30).

Le versant économique n'est pas mentionné explicitement par l'ARS concernant les MMG contrairement à ces études.

En MMG, le coût d'une consultation est compris entre 56€50 et 77€50. Le prix de la consultation varie en fonction du jour (semaine ou weekend), de l'heure (journée/soirée) et de la majoration ou non MEG spécifique aux enfants de moins de 6 ans (32).

Le coût moyen d'une consultation aux urgences est discordant en fonction des sources. Un rapport du gouvernement énonce un coût moyen à 268€ (33). Ce coût élevé est influencé par les prises en charges médicales complexes pour les patients les plus graves. La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) décrit cependant une proportion de 2% de patients classés CCMU 4 et 5 aux urgences, contre 76% pour des motifs classés CCMU 1 et 2 (34). Il est ainsi probable que la prise en charge d'un patient consultant aux urgences pour un motif traitable en MMG ait un coût inférieur à 268€. La SFMU décrit un coût à 215€ pour de telles consultations (34). Les MMG semblent s'inscrire dans les solutions disponibles pour réduire ce surcoût.

La satisfaction des patients en MMG est rapportée très élevée dans la littérature. Les résultats provenant majoritairement de thèses d'exercice, ils sont donc à nuancer.

Le Dr MIGNARD retrouvait 90% de satisfaction des patients consultant à la MMG de Fabrègues dans l'Hérault (35). Cette valeur était de 92,1% dans la thèse du Dr VUILLIN à Libourne en Gironde, 95,6% dans la thèse du Dr AZY à Compiègne dans l'Oise, 97,8% dans la thèse du Dr DUPLAT à Béthune (36 ; 37 ; 38). À Poissy dans les Yvelines, selon la thèse du Dr WOLF, les parents des enfants consultant à la MMG pédiatrique décrivaient une bonne réponse à leurs attentes dans 98,3% des cas. Ils étaient 97,9% à exprimer un souhait de reconsulter dans cette structure si nécessaire (39).

La thèse du Dr PAPALEONIDAS s'intéressait aux patients consultant pour motif de médecine générale à Arles dans les Bouches-du-Rhône. Les patients étaient divisés en groupe « MMG » et groupe « urgence » selon le lieu de consultation. La satisfaction exprimée sur la prise en charge était statistiquement plus importante chez les patients du groupe « MMG » (40).

Lorsque l'on évalue les paramètres financiers et de satisfaction, les MMG semblent ainsi, à la lecture de ces données, avoir un bon SMR à la population. Des travaux à plus vaste échelle restent nécessaires pour préciser cette tendance positive.

III. Comparaison aux autres études

Plusieurs études se sont intéressées aux MMG en France. Nous nous sommes intéressés à celles adoptant un point de vue médical. Il s'agit cependant, comme précédemment, pour la plupart de travaux de thèses d'exercice. Les résultats provenant de ces études sont donc à nuancer.

A. Impact de l'installation d'une MMG sur la fréquentation du SAU de proximité

L'impact sur les consultations aux urgences de proximité a été étudié dans plusieurs régions de France.

La thèse du Dr WEBER s'intéressait à l'impact de la MMG sur la fréquentation du SAU à Sallanches en Haute-Savoie. La MMG s'est implantée au sein du CH de Sallanches en 2003. Les résultats retrouvaient une baisse absolue de 11% des motifs CCMU 1 et 2 entre 2003 et 2008, contre une augmentation de 14% du nombre total de consultations sur la même période (41).

La thèse du Dr CRAEYE étudiait des paramètres semblables, à Maubeuge. Les résultats sont similaires avec une diminution des motifs CCMU 1 et 2 pour les urgences adultes, diminution des motifs CCMU 1 des urgences pédiatriques, dans un contexte d'augmentation des motifs classés CCMU 3 à 5 (42).

La thèse du Dr RECCO retrouvait une diminution de 10% des consultations aux urgences en horaires de PDSA suite à l'ouverture de la MMG dans la ville de Sète dans l'Hérault, avec une prédominance sur les motifs classées CCMU 1 et 2 (43).

À Seclin, selon la thèse du Dr VERSCHUEREN, le nombre de patients consultant pour motif CCMU 1 semblait diminuer dans les suites de l'ouverture de la MMG. La diminution était plus marquée pour les patients relevant du secteur de la MMG (44).

B. Utilité de la réorientation des patients du SAU vers la MMG de proximité

La thèse du Dr GANTOIS à Dunkerque évaluait la réorientation des patients depuis le SAU du CH Dunkerque vers d'autres structures. Sur 120 959 se rendant au SAU, 3828 patients ont été réorientés sur la période d'étude soit 3,2%. Parmi les 3804 patients inclus dans l'analyse, 1372 l'ont été vers la MMG voisine soit 36,1%. Les patients étaient significativement plus réorientés vers la MMG par rapport aux autres structures dans les tranches d'âge 18-40 ans et 40-75 ans. La MMG était le lieu privilégié de réorientation les week-ends et jours fériés ou pendant les vacances scolaires. Du fait des horaires d'ouverture de la MMG de Dunkerque, similaires au moment de l'étude à ceux de la MMG de Roubaix, les patients y étaient significativement plus réorientés entre 18h et minuit (45).

Le Dr MORIN au Mans retrouvait 3% de réorientation vers la MMG. De même qu'à Dunkerque, les patients étaient significativement plus réorientés vers la MMG les week-ends et jours fériés, et entre 19 et 21h (46). À Thionville en Moselle, le Dr KAISER décrivait une valeur similaire à celle de Dunkerque avec 1% de réorientation vers la MMG sur la période étudiée (47). À noter que dans ces 2 études, seuls les patients majeurs étaient concernés. À Poissy sur une population pédiatrique, la réorientation en MMG pédiatrique était de 17% d'après le Dr WOLF (39).

Les statistiques de la MMG de Roubaix en 2025 ne décrivent pas l'impact sur le SAU du CH de Roubaix. Il y est décrit 303 patients adressés depuis les urgences vers la MMG.

C. Amélioration des conditions de travail et satisfaction des médecins

Les MMG sont vues comme un outil améliorant les conditions de travail pour la PDSA dans de nombreux territoires. La satisfaction des médecins est très bonne concernant ces structures.

68% des médecins réalisant des gardes à la MMG de Boulogne sur Mer déclaraient préférer ce système par rapport à l'ancien selon la thèse du Dr DEWILDE (48). Ils étaient 96% à avoir cette opinion dans la thèse du Dr SOUILLER à Limoges (49).

À Béthune, 88,24% des médecins interrogés ayant connu l'ancien système de garde notaient une amélioration des conditions de garde grâce à la MMG. La structure était adaptée à la réponse à la PDSA dans le secteur pour 91,67% des médecins interrogés (38).

À Langon en Gironde, 72% des médecins étaient décrits comme satisfaits à très satisfaits dans la thèse du Dr CASAMAYOU (50). À Béthune, la satisfaction globale rapportée était de 94,44%. L'opinion des médecins urgentistes était tout aussi positive, avec 100% de satisfaction globale (38).

D. Taux de reconsultation après consultation en MMG et impact sur l'offre de soins

La thèse du Dr BREAU était en faveur d'une bonne réponse à la demande des patients dans le secteur de Janzé en Ille-et-Vilaine. Il était décrit un taux de reconsultation d'un autre médecin de seulement 19% dans les 15 jours suivant la consultation à la MMG (51). Ce chiffre baissait à respectivement 4,1% et 7,1% pour le taux de reconsultation dans un SAU à 72h chez des patients adultes réorientés du SAU du Mans et de Thionville vers la MMG voisine (46 ; 47).

La thèse du Dr WILLART réalisée sur le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux (CRRAL) dans le département du Nord décrivait que la présence d'une MMG augmentait les chances de répondre favorablement au besoin d'un médecin généraliste, par rapport à un secteur dépourvu de MMG (52).

E. Adéquation du lieu de consultation des patients selon les médecins

Le Dr HALMEL évaluait l'adéquation du lieu de consultation entre la MMG et le SAU de Saintes en Charentes-Maritimes, selon les médecins. La MMG était le lieu de consultation adéquat pour 87,4% des patients selon les médecins interrogés dans cette étude, contre 53% aux urgences (53). À Limoges, seules 7% des consultations étaient jugées non justifiées dans la MMG (49).

Une étude à l'échelle nationale a été réalisée en 2013 sur l'ensemble des SAU de France pour évaluer le nombre de consultations inappropriées. Cette étude, basée sur l'avis des médecins urgentistes, décrivait que 27,4% auraient pu consulter un médecin généraliste plutôt que les urgences. 28,8% de ces patients consultaient en horaire de PDSA (entre 20h et 8h). Cela représente 2321 patients sur les 29 407 étudiés dans cet article. Les MMG, notamment accolées aux SAU, s'inscrivent dans les solutions adaptées pour réduire cette valeur (54).

F. Taux de retour à domicile après consultation en MMG

Le taux de retour à domicile des patients peut être utilisé pour évaluer la réponse à la PDSA. Ce taux était estimé à 96,5% à la MMG de Aulnay-sous-Bois selon le Dr SKURNIK-CORNU, 93% à Limoges (55 ; 49).

La valeur décrite en 2025 à la MMG de Roubaix est très similaire avec 96,5%.

G. L'influence de la présence d'une MMG sur l'installation des jeunes médecins dans un territoire

La présence d'une MMG peut être un facteur d'installation dans le territoire. Certains praticiens dans la thèse du Dr CASAMAYOU ou dans la thèse du Dr DUPLAT expliquaient que la présence d'une MMG a été l'un des arguments pour déterminer le lieu d'installation (50 ; 38). Cette opinion était partagée par 72% des médecins exerçants à la MMG de Libourne dans une autre thèse sur cette MMG par le Dr FLACASSIER (56).

H. Nombre de consultation en fonction de la période

Notre étude est en faveur d'un SMR plus important le weekend selon les médecins interrogés à Roubaix, ce qui était concordant avec les statistiques de la MMG.

La thèse du Dr SOUILLER décrivait que 79% des consultations de la MMG se déroulaient les week-ends et jours fériés (49). La thèse du Dr CASAMAYOU retrouvait une valeur similaire à 76,5% (50). Celle du Dr QUEVAL à Calais retrouvait 58% de consultations les samedis et dimanches (57).

I. Les limites exprimées sur les MMG

Des limites sont cependant évoquées dans certaines études.

Les médecins de la MMG de Fréjus-Saint-Raphaël dans le Var estimaient à 25% les patients qui auraient pu attendre le lendemain pour consulter. Cela ne constituait cependant pas une « dérive consumériste » selon ces médecins interrogés par le Dr PICATTO (58).

Le mode d'accès à la MMG est discuté. L'ensemble des patients consultant à la MMG de Roubaix sont censés avoir bénéficié d'un avis de la régulation médicale au préalable, ils sont cependant 25% à s'y présenter spontanément. Un Rapport d'Évaluation des Politiques de Sécurité Sociale (REPSS) mentionnait 69% d'actes régulés en horaire de PDSA en 2023 à l'échelle nationale (59). À la MMG de Eaubonne dans le Val d'Oise, 75% des médecins interrogés par le Dr JOUIDA étaient en faveur d'une régulation par le 15, sans que cela ne soit le seul mode de régulation utilisé (SAU, autres professionnels de santé…) (60). Les patients pouvaient également se rendre librement à cette MMG. Des tensions étaient décrites dans cette étude, du fait d'une priorisation des patients ayant bénéficié d'une régulation médicale par rapport aux autres. Ce sujet a été mentionné au Sénat (15).

Une MMG regroupe parfois plusieurs secteurs de PDSA, notamment en zone rurale. Certains médecins peuvent être amenés à devoir exercer à distance de leur cabinet habituel pour participer à la PDSA. 47% des médecins interrogés par le Dr AZY ne réalisant pas de gardes à la MMG avançaient ce motif (37).

53,8% des médecins interrogés dans notre étude rencontraient souvent à très souvent des motifs de consultation non aigus. On retrouve une variabilité sur ce paramètre en fonction des régions et des structures. Une autre thèse sur la MMG du Mans par le Dr LE PECHOUX décrivait que 71% des patients consultaient pour un motif évoluant depuis 3 jours ou moins (61).

IV. Ouverture sur l'avenir de la PDSA

Les études citées précédemment sont en faveur d'une bonne intégration des MMG dans la PDSA. En 2017, soit environ 15 ans après l'essor de ces structures, un rapport du Sénat sur les urgences hospitalières réaffirmait leur intérêt. La réorientation vers les structures de ville était encouragée avec des mesures financières. L'intégration des MMG à proximité des SAU avec protocole de réorientation était plébiscitée (62).

Malgré de nombreux avantages et une bonne réponse à la PDSA pour la plupart des MMG existantes, elles ne sont pas les seules solutions existantes pour répondre aux besoins de la population.

On constate une volonté de traiter un certain nombre des consultations de soins non programmés en horaires « classiques », soit en dehors des heures de PDSA. Progressivement déployé depuis 2020 sur le territoire (en 2021 dans le département du Nord), le Service d'Accès aux Soins (SAS) permet à des patients n'ayant pas de médecin traitant ou dont celui-ci n'est pas disponible d'avoir une

consultation dans les 48h. Les médecins généralistes y participant attribuent des créneaux de consultation spécifiques au SAS dans leur emploi du temps. Les patients contactant la régulation médicale pourront être orientés vers un médecin disponible si nécessaire (63).

D'autres structures telles que les Centres Médicaux de Soins Immédiats (CMSI) consistent en des cabinets médicaux consultables sans rendez-vous, et avec un plateau technique de radiologie et de traumatologie légère (64 ?).

Ces évolutions dans la démographie et l'offre de soin conduisent à une évolution constante du nombre de MMG en France. Dans la région Hauts-de-France, on constate 2 ouvertures pour 1 fermeture de MMG en 2023, et 1 ouverture pour 2 fermetures en 2024 ainsi qu'en 2025 (65 ; 66 ; 24).

Bien que la régulation médicale pour chaque patient fasse partie du cahier des charges de la MMG de Roubaix, cette mesure a provoqué une diminution du nombre de consultations entre 2024 et 2025.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. En période hivernale, avec les épidémies de maladies infectieuses, la demande de soins de la population est importante. Selon la DREES, le temps moyen de réponse à un appel auprès du centre 15 est d'environ 3 à 4 minutes, contre une durée préconisée inférieure à 1 minute (67). Un long délai d'attente peut conduire les patients à ne pas mener à terme leur demande de soin. Il y a ainsi le risque que ces patients ne consultent pas, ou se tournent vers d'autres solutions : une consultation aux urgences où il n'y a pas de nécessité d'appeler la régulation, ou l'utilisation de nouvelles technologies telles que l'intelligence artificielle.

Avec la diminution du nombre de consultations, le bénéfice financier d'une garde à la MMG diminue pour les médecins. L'attractivité de la structure peut en être impactée, avec une moindre volonté des praticiens à réaliser des gardes où ils verront un faible nombre de patients.

La régulation systématique en MMG a pour objectif d'adapter la consommation de soins, en ne se limitant qu'aux consultations médicalement justifiées. Le coût pour la société est ainsi réduit. Nous avons cependant vu précédemment que le coût d'une consultation en MMG semblait moindre par rapport à une consultation aux urgences. Il est possible de s'interroger sur l'absence de régulation médicale obligatoire avant consultation dans un SAU. Il y aurait cependant là aussi des risques de voir les patients ne pas consulter pour un problème de santé potentiellement grave.

Les discussions des instances de santé sur ces problématiques doivent se poursuivre. Afin de garantir la meilleure offre de soin pour la population tout en assurant sa viabilité sur le plan financier.

CONCLUSION

Les MMG sont des structures qui semblent adaptées à la PDSA et permettent une bonne réponse à la demande de soins des patients.

Notre étude est en faveur d'un bon SMR à la population selon les médecins généralistes exerçants à la MMG de Roubaix. Les réponses sont consensuelles et décrivent un SMR semblant plus important les week-ends, et en période hivernale. Les données de comparaison restent faibles sur ce sujet peu étudié.

Certaines problématiques émergent néanmoins concernant la MMG, telles que l'impact de la régulation médicale systématique avant consultation. Elle ne permet pas de régler le nombre de consultations pour motifs non aigus, et semble provoquer une diminution du nombre de consultations dans la structure.

Des études de plus grande ampleur sur les MMG peuvent être intéressantes pour perpétuer le bon fonctionnement de ces structures et répondre aux besoins de la population.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Descours C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins : remis à Monsieur Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes âgées, le 22 janvier 2003. Document administratif, rapport officiel. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes âgées ; 2003. Disponible sur :

   https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/CNOM-RAPPORT-PDSA-2025.pdf

2. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin du XIXème siècle – 2001). Ann de Bretagne et des Pays de l'Ouest. 2009 ; 116-2 : 217-229

3. France. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires [loi]. Journal officiel de la République française. 7 janvier 1986. Disponible sur :

   https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000512206

4. France. Code de la santé publique, article 77 L. 6325-1, version en vigueur au 7 septembre 1995. Journal officiel de la République française. Disponible sur :

   https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680586/1995-09-08

5. Marques A. Grève des gardes, assaut de la caisse, déconventionnements... Cette extraordinaire mobilisation des généralistes qui a tout changé [Internet]. Egora; 2022. Disponible sur :

   https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-dexercice/greve-des-gardes-assaut-de-la-caisse-deconventionnements-cette

6. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes. JORF n°152 du 2 juillet 2002, texte n°18. Disponible sur:

   https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000591500

7. France. Code de la santé publique, article 77 R. 4127, version en vigueur au 8 août 2004. Journal officiel de la République française. Disponible sur :

   https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912949

8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale et ses commentaires. Paris : CNOM; juin 2022. Disponible sur :

   https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-9

9. Gentile, S., Devictor, B., Amadeï, E., Bouvenot, J., Durand, A.-C. et Sambuc, R. (2005). Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique, . 17(2), 233-240. https://doi.org/10.3917/spub.052.0233

10. Ministère de la santé et des solidarités, Union nationale des caisses d'assurance-maladie. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Bulletin officiel [Internet]. 2007 avr ;(07-04):A0040068. Disponible sur:

    https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm

11. Ministère des Solidarités et de la Santé. La permanence et continuité des soins [Internet]. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé; 2025. Disponible sur :

    https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins

12. Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes. Les maisons médicales de garde (MMG) en Auvergne-Rhône-Alpes [Internet]. Lyon : ARS Auvergne-Rhône-Alpes ;. Disponible sur :

    https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-maisons-medicales-de-garde-mmg-en-auvergne-rhone-alpes

13. URML Rhône-Alpes. Premier séminaire sur les Maisons Médicales de Garde – Lyon – 3 avril 2004 : synthèse. Lyon: Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes; Septembre 2004. Disponible sur :

    https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/seminaire_maisonsmedicales.pdf

14. DGOS. DGOS (Direction générale de l'offre de soins) [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019. Disponible sur:

    https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins

15. Brossel C. Conditions d'accès aux maisons médicales de garde [Internet]. Sénat; 17 avril 2025. Disponible à l'adresse :

    https://www.senat.fr/questions/base/2025/qSEQ250404248.html

16. Grosclaude M. Roubaix : outil indispensable pour la permanence des soins, la maison médicale va déménager [Internet]. La Voix du Nord; 2022 Apr 21. Disponible sur :

https://www.lavoixdunord.fr/1169448/article/2022-04-21/roubaix-outil-indispensable-pour-la-permanence-des-soins-la-maison-medicale-va

17. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. JORF n°0161 du 14 juillet 2010, texte n° 20. Disponible sur: Legifrance. URL:

https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022484932

18. Agence régionale de santé Hauts-de-France. Les permanences des soins ambulatoires : dispositifs régionaux [Internet]. Hauts-de-France: ARS. Disponible sur:

https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-permanences-des-soins-ambulatoires-dispositifs-regionaux

19. NOR Assistance Médicale Urgente Roubaix [Internet]. Annuaire des Entreprises. Disponible sur :

https://annuaire-entreprises.data.gouv.fr/entreprise/nor-assistance-medicale-urgente-roubaix-noramu-roubaix-789289709.

20. Lorenzo M, Jouannin A. Formalités réglementaires 2026 en recherche en santé [Internet]. Strasbourg : Faculté de médecine ; 2026. Disponible sur :

https://sondages.unistra.fr/index.php/922888?lang=fr

21. Djagbavi K. Les patients de la maison médicale de garde et ceux des urgences pédiatriques : deux populations différentes ? Une étude prospective et comparative des patients en maison médicale de garde et aux urgences pédiatriques du Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois à Maubeuge [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille ; 2016

22. Renaut C. Caractéristiques démographiques et connaissances de la permanence des soins des usagers de la maison médicale de garde du Havre : Comparaison avec les caractéristiques des usagers des services des urgences du Havre [thèse de doctorat]. Rouen (France) : Université de Rouen ; 2012

23. Réseau Sentinelles. Hauts-de-France – Accès aux données, indicateur 25 [Internet]. Paris: INSERM, Sorbonne Université; c2026. Disponible sur:

https://www.sentiweb.fr/hauts-de-france/fr/?page=table&maladie=25

24. Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2025 [Internet]. Paris : CNOM ; 2026. Disponible à l'adresse :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2025.pdf

25. Body C, Chassagnol F, Berdaï D, Bergmann JF, Borget I, Doré C, et al. Comment discriminer les médicaments d'ASMR V : quelles implications et quel parcours d'accès ? Therapies. 2026;81(1):107-16. doi: 10.1016/j.therap.2025.10.011

26. Haute Autorité de Santé. Le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR) [Internet]. Saint-Denis : HAS ; 2013 avr 15. Disponible sur :

https://www.has-sante.fr/jcms/r_1506267/fr/le-service-medical-rendu-smr-et-l-amelioration-du-service-medical-rendu-asmr

27. Ministère de la Santé et de la Prévention. SMR (service médical rendu) [Internet]. Paris : Ministère de la Santé ; 13 juin 2016. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/smr-service-medical-rendu

28. Ministère de la Santé et de la Prévention. ASMR (amélioration du service médical rendu) [Internet]. Paris : Ministère de la Santé ; 13 juin 2016. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/glossaire/article/asmr

29. Feix R. Thermalisme et maladie asthmatique : stations thermales, techniques de soins et service médical rendu [thèse de doctorat]. Limoges (France) : Faculté de pharmacie, Université de Limoges ; 2014

30. Simon P, Williatte-Pellitteri L, Lucas J. L'analyse du service médical rendu aux patients doit-il compléter l'approche réglementaire de l'exercice de la télémédecine ? Eur Res Telemed. 2017 Jul;6(2):93-101

31. Haute Autorité de Santé. Doctrine de la commission de la transparence (CT) : principes d'évaluation de la CT relatifs aux médicaments en vue de leur accès au remboursement. Adopté par la CT le 15 février 2023. Paris: HAS; 2023. Disponible à :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-03/doctrine_ct.pdf

32. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. Tarifs conventionnels des médecins généralistes et spécialistes [Internet]. Paris : Ameli; 2026 mars 17 [cité 2026 mai 27]. Disponible sur :

https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-conventionnels-medecins-generalistes-specialistes

33. Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. Comment sont utilisés mes impôts ? [Internet]. Paris : economie.gouv.fr; [cité 2026 mai 27]. Disponible sur :

https://www.economie.gouv.fr/aqsmi/comment-sont-utilises-mes-impots

34. APMnews. Près de 800 M€ de surcoût annuel pour les passages évitables aux urgences (Cnam) [Internet]. Actualités de l'Urgence - Société Française de Médecine d'Urgence; 2025 juin 25. Disponible sur :

https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/pres-de-800-m-de-surcout-annuel-pour-les-passages-evitables-aux-urgences-cnam-/new_id/70526

35. Mignard JL. Enquête de satisfaction des usagers de la maison médicale de garde de Fabrègues [thèse de doctorat]. Montpellier (France) : Université de Montpellier ; 2010

36. Vuillin M. Maison médicale de garde de Libourne : évaluation de la satisfaction des patients ayant accès à ce dispositif [thèse de doctorat]. Bordeaux (France) : Université de Bordeaux ; 2020

37. Azy S. Permanence de soins ambulatoires dans l'Oise : étude de la maison médicale de garde de Compiègne [thèse de doctorat]. Amiens (France) : Université de Picardie Jules Verne ; 2017

38. Duplat M. Évaluation de l'implantation de la maison médicale de garde du secteur de Béthune : enquête d'opinion auprès des médecins généralistes, des urgentistes et des patients [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille – Faculté de médecine ; 2019

39. Wolf P. Adaptation de l'organisation des urgences pédiatriques par une coopération Ville-Hôpital durant la permanence des soins. Enquête de satisfaction auprès des usagers de la Maison Médicale de Garde Pédiatrique du CHIPS [thèse de doctorat]. Kremlin-Bicêtre (France) : Université Paris-Sud ; 2016

40. Papaleonidas T. Maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers [thèse de doctorat]. Marseille (France) : Aix-Marseille Université ; 2019

41. Weber A. La Maison Médicale de Garde de Sallanches : l'implantation au sein du service des urgences hospitalières comme réponse possible à la permanence de soins en zone de montagne. Évaluation de son fonctionnement et devenir [thèse de doctorat]. Grenoble (France) : Université Joseph Fourier – Faculté de médecine de Grenoble ; 2009

42. Craeye J. Impact du rapprochement géographique de la maison médicale de garde de Maubeuge sur les services d'urgences du centre hospitalier local [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille ; 2020

43. Recco L. Impact de l'ouverture de la maison médicale de garde de Sète sur les urgences de cette ville [thèse de doctorat]. Montpellier (France) : Université de Montpellier ; 2011

44. Verschueren S. Étude de l'impact de l'ouverture de la maison médicale de garde de Seclin sur le flux des urgences du GHSC, perspectives d'amélioration [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille ; 2020

45. Gantois P. Caractéristiques des patients consultant aux urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque et réorientés vers d'autres filières de soins [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille ; 2019

46. Morin C. Évaluation d'une procédure de réorientation des patients vers la maison médicale de garde dès l'accueil des urgences [thèse de doctorat]. Angers (France) : Université d'Angers ; 2017

47. Kaiser B. La réorientation comme outil de désengorgement des urgences : étude d'une filière de réorientation du service d'urgence de l'hôpital Bel Air vers une maison médicale de garde située à proximité [thèse de doctorat]. Nancy (France) : Université de Lorraine ; 2022

48. 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]. Lille (France) : Université de Lille ; 2014

49. Soullier J. Place de la maison médicale de garde de Limoges dans la permanence des soins [thèse de doctorat]. Limoges (France) : Université de Limoges ; 2007

50. Casamayou L. La maison médicale de garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins : autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens [thèse de doctorat]. Bordeaux (France) : Université de Bordeaux ; 2014

51. Breau J. Suivi à quinze jours des patients vus en maison médicale de garde : étude quantitative auprès d'un échantillon de patients consultant en horaire

de permanence des soins à la maison médicale de garde de Janzé (35150) [thèse de doctorat]. Paris (France) : Sorbonne Université ; 2024

52. Willart H. Les Maisons Médicales de Garde dans le Nord et leur impact sur le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux (CRRAL) en 2017 [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille ; 2018

53. Halmel MC. Facteurs déterminant le choix de consulter à la Maison médicale de garde ou aux Urgences de Saintes pendant la fermeture des cabinets de médecine générale [thèse de doctorat]. Poitiers (France) : Université de Poitiers ; 2014

54. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y; French Society of Emergency Medicine. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. 2020 Jun;29(6):449-464. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009396. Epub 2019 Oct 30. PMID: 31666304; PMCID: PMC7323738.

55. Skurnik-Cornu A. La maison médicale de garde 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]. Paris 13 (France) : Université Paris 13 ; 2009

56. Flacassier C. Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais [thèse de doctorat]. Bordeaux (France) : Université de Bordeaux ; 2017

57. Queval CH. Accès au système de garde en médecine générale : analyse épidémiologique et sociologique rétrospective d'un an de consultations à la maison médicale de garde de Calais [thèse de doctorat]. Lille (France) : Université de Lille ; 2014

58. Picatto G. Évaluation de l'activité de la Maison Médicale de Garde de Fréjus-Saint-Raphaël [thèse de doctorat]. Nice (France) : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2005

59. Direction de la Sécurité sociale. Objectif n°4 : améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins. 2.9.1. Régulation médicale de l'accès à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) [Internet]. Paris : Evaluation de la Sécurité sociale; Disponible sur :

    https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/2-9-1-regulation-medicale-de-l-acces-a-la-permanence-des-soins-ambulatoires-pdsa.html

60. Jouida S. Évaluation de la satisfaction des médecins généralistes exerçant à la Maison Médicale de Garde d'Eaubonne : analyse des enjeux

organisationnels et perspectives d'amélioration [thèse de doctorat]. Paris (France) : Sorbonne Université ; 2025

61. Le Péchoux M. Consultations dans les maisons médicales de garde du Mans : état des lieux à l'aide de la classification CISP-2 [thèse de doctorat]. Angers (France) : Université d'Angers ; 2024

62. Cohen L, Génisson C, Savary RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé : rapport d'information n° 685 (2016-2017) fait au nom de la commission des affaires sociales. Sénat; 2017 Jul 26. Disponible sur :

https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf

63. Ministère de la Santé et de l'Accès aux soins. Le service d'accès aux soins (SAS) [Internet]. Paris : sante.gouv.fr; 2026 janv 28. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/

64. CMSI France. Centre médical de soins immédiats : le bon soin, au bon endroit [Internet]. CMSI France; 2026. Disponible sur :

https://cmsifrance.fr

65. Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2023 [Internet]. Paris : CNOM ; 2024. Disponible à l'adresse :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2023.pdf

66. Conseil national de l'Ordre des médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2024 [Internet]. Paris : CNOM ; 2025. Disponible à l'adresse :

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2024.pdf

67. Delort L, Delage S. Samu : un taux de recours en hausse à la suite de la crise sanitaire et des mesures de régulation des urgences. Études et Résultats. 2025 janv 21;1325. DREES. Disponible sur :

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250121_ER_samu-taux-de-recours

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire diffusé aux médecins de la MMG de Roubaix

Bonjour,
Interne en 5ème semestre de médecine générale à la faculté de médecine de Lille, je réalise une thèse sur la Maison Médicale de Garde (MMG) Roubaix. Cette thèse est dirigée par le Dr Jérémy BENSAADA.
Ce questionnaire est à destination des médecins exerçant dans la MMG de Roubaix.

Notre travail vise à recueillir la vision des médecins exerçant dans la MMG de Roubaix, et notamment leur ressenti sur le service médical rendu à la population.
D'autres éléments sont explorés, tels que la pertinence des motifs de consultation ou la différence par rapport aux patients que vous rencontrez dans le cadre de votre activité libérale.

Ce questionnaire est anonyme, comprend 13 questions courtes et nécessite entre 3 et 5 minutes pour y répondre.

Merci par avance pour votre participation.

Valentin BOUTRY, interne de médecine générale

1 : Combien réalisez-vous de gardes par an à la MMG de Roubaix ?

Une seule réponse attendue

4 et moins
Entre 5 et 7
Entre 8 et 10
11 et plus
Aucune réponse

---

2 : Comment jugez-vous, de manière globale, les motifs de consultation à la MMG de Roubaix ?

Une seule réponse attendue

Très pertinents
Pertinents
Pas très pertinents
Pas pertinents du tout
Aucune réponse

---

3 : Comment estimez-vous le service médical rendu à la population lors des gardes à la MMG de Roubaix ?

Une seule réponse attendue

Service médical rendu d'une MMG définit selon l'ARS comme "assurer la prise en charge des soins urgents sans gravité lorsque les cabinets médicaux sont fermés". D'autres notions telles que "structuration du territoire en offre de soins aux horaires de PDSA", "attraction des MG installés dans le secteur pour participer à la PDSA", "réduction du volume des patients nécessitant une consultation de médecine générale (CCMU 1 et 2) se présentant aux urgences hospitalières" rentrent également dans cette définition.

Très bon
Bon
Mauvais
Très mauvais
Aucune réponse

---

4 : Avez-vous des consultations pour des motifs non aigus à la MMG ? Exemple "douleur depuis plusieurs mois ne s'étant pas modifiée ou majorée"

Une seule réponse attendue

Très souvent
Souvent
Rarement
Jamais ou presque
Aucune réponse

---

5 : Avez-vous des consultations pour des motifs du suivi médical régulier à la MMG ? Exemple "renouvellement de traitement, dépistage, vaccination"

Une seule réponse attendue

Très souvent
Souvent
Rarement
Jamais ou presque
Aucune réponse

---

6 : Comment jugez-vous la patientèle de la MMG par rapport à votre patientèle en libéral ?

Plusieurs réponses possibles

Pas de différence
Différence dans le niveau d'éducation
Différence dans le nombre de motifs au cours de la consultation
Différence dans la demande d'examens complémentaires
Différence dans la demande d'antibiotiques
Différence dans le niveau d'exigence
Autre

---

7 : Quel est le jour de la semaine où le service médical rendu à la population est, selon vous, le plus important ?

Une seule réponse attendue

Lundi
Mardi
Mercredi
Jeudi
Vendredi
Samedi
Dimanche
Aucune réponse

---

8 : Quelle est la période de l'année où le service médical rendu à la population est, selon vous, le plus important ?

Une seule réponse attendue

Période hivernale (début décembre - fin février)
Période printanière (début mars - fin mai)
Période estivale (début juin - fin août)
Période automnale (début septembre - fin novembre)
Aucune réponse

---

9 : Vous êtes :

Une seule réponse attendue

Un homme
Une femme
Ne souhaite pas répondre
Aucune réponse

---

10 : Quel est votre âge ?

Une seule réponse attendue

40 ans et moins
Entre 41 et 50 ans
Entre 51 et 60 ans
60 ans et plus
Aucune réponse

---

11 : En quelle année avez-vous été diplômé de la faculté de médecine ?

Répondre par un nombre à 4 chiffres

---

12 : En quelle année vous-êtes vous installé en libéral ?

Répondre par un nombre à 4 chiffres

---

13 : En quelle année avez-vous commencé à exercer dans la MMG de Roubaix ?

Répondre par un nombre à 4 chiffres

RÉSUMÉ

AUTEUR : Nom : BOUTRY **Prénom :** Valentin
Date de soutenance : 7 juillet 2026, 18h
Titre de la thèse : Maison médicale de garde de Roubaix : service médical rendu à la population du point de vue des médecins y exerçant

Thèse - Médecine - Lille 2026
Cadre de classement : Médecine générale
DES : Médecine générale
Mots-clés : Maison Médicale de Garde, Permanence Des Soins Ambulatoires, Service Médical Rendu

Résumé :

Contexte et introduction : La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) permet d'offrir à la population une consultation médicale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. La PDSA a été bouleversée avec la grève des gardes des médecins généralistes en 2001. On assiste alors à l'essor des Maisons Médicales de Garde (MMG) : des lieux fixes dédiés à la PDSA.

Objectif : Nous souhaitons nous intéresser au Service Médical Rendu (SMR) à la population de la MMG de Roubaix, du point de vue des médecins y exerçant.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, descriptive, prospective, unicentrique. Un questionnaire a été transmis à l'ensemble des médecins exerçant à la MMG de Roubaix.

Résultats : Nous avons obtenu 13 réponses (100%). Le SMR à la population est jugé bon à très bon par 92,3% des médecins répondant. Le SMR est très majoritairement jugé le plus important les week-ends et en période hivernale. 46,2% des médecins répondant déclarent avoir souvent des motifs non aigus.

Conclusion : La MMG de Roubaix semble proposer un bon SMR à la population du point de vue des médecins y exerçant. Les MMG semblent être des structures adaptées à la PDSA. La question de la régulation médicale systématique reste déterminante pour l'avenir des MMG et de l'offre des soins à la population.

Composition du Jury :
Président : Pr Eric WIEL
Assesseurs : Dr Judith OLLIVON, Dr Jérémy WALLART
Directeur de thèse : Dr Jérémy BENSAADA