

Année 2024/2025

N°18

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
Diplôme d'État
par

Amélie BOURHIS

Née le 26/11/1999 à Brest (29)

et

Manon GAUVIN

Née le 07/12/1996 à Paris XIII (75)

Maisons Médicales de Garde d'Indre-et-Loire : exploration du ressenti des médecins effecteurs

Présentée et soutenue publiquement le **21 mars 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Docteur Thomas MOUMNEH, Médecine d'Urgence, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Olivier PINÇON, Médecine d'Urgence, PH, CHIC - Amboise

Docteur Jean-Michel LEMETTRE, Médecine Générale - Amboise

Directeur de thèse : Docteur Emilie HA, Médecine d'Urgence, PH, CHIC - Amboise

RÉSUMÉ

Titre : Maisons Médicales de Garde d'Indre-et-Loire : exploration du ressenti des médecins effecteurs

Introduction : La permanence des soins ambulatoires permet de répondre au besoin de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux. C'est dans ce cadre qu'a progressivement émergé le concept de maisons médicales de garde, lieux fixes d'effectation. L'Indre-et-Loire s'organise en secteur de garde et compte actuellement 3 maisons médicales de garde (MMG) sur le département depuis l'ouverture d'une nouvelle structure sur l'agglomération en 2022. Jusqu'à présent, aucune étude régionale ou départementale ne s'est intéressée à l'avis des médecins participants à ce dispositif.

Objectif : Explorer le ressenti des médecins libéraux réalisant des gardes de PDSA dans les MMG d'Indre-et-Loire.

Matériel et méthodes : Etude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens individuels semi-dirigés auprès de 22 médecins libéraux ayant réalisé au moins une garde sur l'un des trois sites d'effectation fixe que sont les MMG de Tours, Amboise ou Loches entre janvier 2023 et janvier 2024.

Résultats : Plusieurs dimensions du ressenti des médecins effecteurs en MMG ont été mises en évidence. Leur engagement repose sur des motivations variées, mêlant valeurs éthiques, territorialité et solidarité professionnelle. Les contraintes liées à l'environnement de travail influencent leur satisfaction, tout comme la gestion de l'affluence et la perception de leur utilité. Leur intégration dans le système de soins apparaît centrale dans leur expérience, avec des tensions liées à la collaboration interprofessionnelle et aux attentes sociétales. Des perspectives d'amélioration sont évoquées, notamment en matière de locaux, d'éducation des patients et de participation accrue des médecins.

Discussion : Les médecins effecteurs plébiscitent l'existence des MMG et s'engagent avec conviction dans le dispositif. Leur investissement est sous-tendu par le souhait de désengorger les SAU et d'améliorer la coordination avec ces structures afin de placer la médecine générale au cœur de la gestion des SNP.

Mots clés : Permanence de soins ambulatoires, maisons médicales de garde, médecins effecteurs, effectation fixe, ressenti, Indre-et-Loire.

ABSTRACT

Title : Out-of-hours medical centers in Indre-Et-Loire : exploring the feeling of effectors

Introduction : The Continuous Ambulatory Care addresses the population's need for unplanned medical care during times when medical practices are closed. Out-of-hours medical centers (OOH-MC) have gradually emerged as fixed locations for care delivery. Indre-Et-Loire is organized into on-call sectors and currently has three OOH-MC. To date, no regional or departmental study has explored the feelings of physicians participating in this system.

Objective : To explore the experiences and perceptions of private general practitioners conducting shifts in the OOH-MC in Indre-Et-Loire.

Materials and Methods : Qualitative study inspired by grounded theory. Semi-structured individual interviews were conducted with 22 private practitioners who had completed at least one shift at one of the three OOH-MC (Tours, Amboise or Loches) between January 2023 and January 2024.

Results : Several dimensions of the physicians' experience were identified. Their engagement is driven by various motivations, including ethical values, territorial considerations, and professional solidarity. Constraints related to their work environment influence their satisfaction, alongside the management of patient flow and their perceived utility. Integration into the healthcare system plays a central role in their experience, with tensions linked to interprofessional collaboration and societal expectations. Perspectives for improvement include enhanced facilities, better patient education, and increased physician participation.

Discussion : The physicians effectors are convinced of the importance of the OOH-MC and are committed to the system. Their investment is driven by the desire to relieve the emergency department and improve coordination with these structures, in order to place general practice at the core of managing unplanned care needs.

Keywords : Continuous ambulatory care, out-of-hours medical care, effectors practitioners, perceptions, Indre-et-Loire

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*

Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*

Pr Hélène BLASCO, *Recherche*

Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Patrice DIOT

Pr Luc FAVARD

Pr Bernard FOUQUET

Pr Yves GRUEL

Pr Frédéric PATAT

Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOULOUIS Grégoire	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
HOARAU Cyrille	Immunologie
KERVARREC Thibault	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie	Dermatologie
LEJEUNE Julien	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas	Médecine d'urgence
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BLANC Romuald	Orthophonie
EL AKIKI Carole	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
CHAMANT Christelle	Médecine Générale
ETTORI Isabelle	Médecine Générale
MOLINA Valérie	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GILLOT Philippe	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOMOT Marie	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GOUILLEUX Fabrice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie Orthophoniste || CORBINEAU Mathilde | Orthophoniste |
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie	Orthophoniste
SIZARET Eva	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.
Je donnerai mes soins gratuits aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
Admis(e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira
pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.
Respectueux(euse) et reconnaissant(e) envers mes
Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.
Que les hommes et les femmes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert(e) d'opprobre
et méprisé(e) de mes confrères et consœurs
si j'y manque.

Remerciements communs

A Monsieur le Professeur Saïd LARIBI. Pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury et de l'attention portée à notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Thomas MOUMNEH. Pour l'attention que vous nous avez témoigné en acceptant de juger ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Olivier PINÇON. Pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail depuis son commencement et d'avoir accepté de le juger. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Jean-Michel LEMETTRE. Pour votre grande disponibilité et votre bienveillance tout au long de ce projet. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et notre profond respect.

A Madame le Docteur Emilie HA. Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail et d'y avoir trouvé le même intérêt que nous. Merci pour le temps que tu nous as accordé, ta bienveillance et ta confiance. Reçois ici notre profonde gratitude et notre reconnaissance. "Bibi" !

A Monsieur le Docteur Romain MASSIN. Pour tes relectures attentives et l'œil neuf que tu as apporté dans la dernière ligne droite. Reçois ici toute notre sympathie.

A l'équipe médicale et paramédicale du service de Médecine Aiguë Gériatrique du CHU de Tours qui a vu naître notre duo. A nos co-internes et en particulier Léna, Laure, Julie, Céleste, Aymen, Pierre, Lahna et Cécile. A Stéphanie et Sophie, nos petites mamans du stage. Merci pour votre gentillesse et votre soutien. Pour la douceur apportée lors des moments de doute. Vous avez participé à notre épanouissement et nous vous en sommes reconnaissantes.

A tous les médecins qui ont accepté de participer à ce travail.

Remerciements Amélie

A **Manon**, je suis très fière du travail que l'on a accompli ensemble. Merci pour tous ces moments de rires. Tu es une personne incroyable et je te souhaite tout le bonheur du monde.

A **mes parents**, votre soutien indéfectible a été tellement important pour moi. Merci de m'avoir donné la confiance nécessaire pour poursuivre et avancer. Je vous remercie pour les valeurs que vous nous avez transmises, je suis très fière d'être votre fille.

A **mes frère et sœur**, Léa et Romain. Merci d'avoir répondu à tous mes appels, d'avoir été si présents, en particulier cette dernière année. Vous êtes mes piliers. A Baptiste également, tu es un beau-frère exceptionnel, merci.

A **Pépé**, tu as été si présent durant tout mon cursus. Merci pour ton soutien, merci pour tout.

A **grand-mère Monique, grand-père Fanch et grand-mère Madeleine** ; j'aurais tant aimé que vous soyez là pour me voir devenir médecin.

A **mes oncles et tantes, cousins et cousines**, trop nombreux pour que je puisse tous vous citer. J'ai de la chance de vous avoir. Merci de m'avoir accompagné durant ces années.

A **Anne-Lise, Claire, Elsa, Justine, Laura et Marion**. Que dire... Je crois que je ne vous remercierai jamais suffisamment pour tout ce que vous avez pu m'apporter ces 7 dernières années (au moins). Je suis très fière d'être votre amie. Merci pour tout, vous êtes des personnes extraordinaires. J'ai hâte de vivre plein d'autres aventures à vos côtés.

A **Julie et Paul**, je suis si reconnaissante de vous avoir rencontré. Merci pour votre présence sur cette dernière année, si importante pour moi.

A **Anne-So et Andréa**, merci pour tous nos footings, même quand j'avais la flemme !

A **Pauline**, à ces soirées Mario Kart et jeux de société ! Merci d'être cette amie avec qui il est possible de parler de tout, et pour ton écoute. Je te souhaite tant de réussite dans tes projets.

Au **Dr Yves Duquesne** qui a éveillé en moi l'envie d'être médecin à mon tour, par sa bienveillance et sa pédagogie à l'égard de ses patients.

Aux **médecins et équipes paramédicales** rencontrés durant mon internat : les urgences du Pôle Santé Léonard de Vinci, le service d'hospitalisation pédiatrique de Clocheville, le service d'Orthogénie de Bretonneau et le service de Médecine Aiguë Gériatrique de Bretonneau. Des remerciements particuliers à Yann, Thomas, Anne-Catherine, Laura, Nicolas, Hélène, Jean-Michel et Sophie, vous m'avez tant apporté durant mon internat.

A **mes co-internes** : Laure, Léa, Mélanie ; les filles de l'USP Agathe, Alice, Aurélie, Chloé, Coline, Emma, Jessica, Lisa, Louise, Noémie ; ma copine du CIVG Marie-Anne ; et la team de la MAG Aymen, Cécile, Céleste, Hélène, Julie, Lahna, Léna et Pierre. Merci pour tous ces moments partagés, je vous souhaite le meilleur.

Remerciements Manon

A Amélie. Merci d'avoir intégré ce projet et permis son aboutissement. Pour tous ces moments de joie partagés. Pour ton côté solaire si apaisant. Je te souhaite le meilleur.

A tous les médecins rencontrés durant mon internat. En particulier les Docteurs Romain Massin, Gilles Saffray, Timothée Vanhille, Olivier Pinçon, Emilie Ha, Clément Mialanne, Mathilde Mialanne, Johann Briand, Bruno Lemmens, Catherine Hognon, Léa Lemoine, Laura Bout, et Benoît Pernot. Merci pour votre bienveillance et votre sympathie.

A toutes les équipes paramédicales rencontrées durant mes différents stages, avec un petit clin d'œil aux urgences et à la Médecine B d'Amboise. Laure, Nathalie G, Noémie, Manue, Laetitia, Julie, Mélanie, Karine, Petro, ... Merci de votre gentillesse.

A mes co-internes, pour tous ces moments de vie partagés.

A mes amis depuis le début de ces études. Les fameux "BG" ; Marine, Emma, Salomé, Margot, Clarisse, Yohann, Lucas, Georges, Yanis, Théodore, Alex sans qui rien n'aurait été pareil durant ces longues années. Camille, Karine, Cassou pour toute votre bienveillance.

A mes amis de tous horizons. Martiche, mon double maléfique mais également la sœur d'une autre mère. Marie, Marion, Thomas, Mich, Alexis, Moana, Karine, Antoine, Pierre et Lauren. Merci pour votre réconfort sans faille.

A mes amis Laure et Quentin, mes "safe person", les amis qui méritent qu'on déplace des montagnes pour eux. Merci de faire partie de ma vie. Je vous aime indéfiniment.

A ma famille, oncle, tante, marraine et grands-parents. Merci à mamie Arlette d'être la grand-mère la plus cool de l'univers.

A ma belle-famille. Nathalie, Jean-Michel, Amélie et Arthur pour votre amour et votre soutien au quotidien.

A mon grand-père Georges. Je sais que tu es fier de moi de là-haut. Je te dédie ce travail.

A mes parents. Un paragraphe de thèse ne suffit pas pour exprimer tout l'amour que je vous porte. Merci d'être les piliers de mon existence, et de m'avoir permis de devenir une adulte équilibrée. Je vous aime.

A ma soeur, Clémence, alias Francis la zone. Merci de m'avoir expliqué que sans plan cette thèse n'aurait pas avancé ahah. Merci pour tous ces moments de vie et ce mood si solaire qui t'anime. Je t'aime et je te souhaite le meilleur dans ta vie de femme.

Et enfin à toi **Valentin.** D'avoir été mon ami d'école et de lycée puis mon conjoint. Tu es mon réconfort au quotidien. Merci pour ta patience (et il t'en a fallu je le sais). J'ai hâte de voir ce que l'avenir nous réserve. Je t'aime.

LISTE DES ABREVIATIONS

APSUM - Association pour la Permanence des Soins et des Urgences Médicales en Indre-et-Loire

ARS - Agence Régionale de Santé

CHRU - Centre Hospitalier Régional Universitaire

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS - Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins

DRESS - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

CSP - Code de Santé Publique

FIQCS - Fond d'Intervention pour la Qualité et le Coordination des Soins

FIR - Fond d'Intervention Régional

HPST - Hôpital Patient Santé Territoire

IAO - Infirmier.(e) d'Accueil et d'Orientation

INSEE - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MMG - Maison Médicale de Garde

PDSA - Permanence de Soins Ambulatoire

SAMU - Service d'Aide Médicale Urgente

SAU - Service d'Accueil des Urgences

SAS - Service d'Accès aux Soins

SNP - Soins Non Programmés

AVANT-PROPOS

La permanence de soins en ambulatoire, et plus globalement la qualité et l'étayage de l'offre de soins disponible pour la population générale, est au cœur des actualités politiques nationales et territoriales.

Cela s'inscrit dans un contexte d'hétérogénéité de répartition des médecins généralistes libéraux sur le territoire et l'accroissement de la consommation de soins de la part des patients.

Nous avons rapidement constaté lors de notre internat les efforts collectifs requis pour garantir à tous un accès médical adapté, quels que soient le moment et le lieu d'habitation, afin notamment de désengorger les services d'urgence des consultations qui n'en relèvent pas. La prise en charge des soins dits non programmés devient alors une mission déontologique pour tout praticien libéral.

Nous nous sentons concernées en tant que futures professionnelles de santé et avons eu envie de nous imprégner de cette dynamique et de nous informer plus globalement sur le fonctionnement des maisons médicales de garde.

C'est pour cela que nous avons choisi de consacrer notre travail de fin d'étude sur l'organisation actuellement déployée sur notre territoire d'apprentissage et d'explorer le vécu des médecins généralistes participant à ces dispositifs.

TABLE DES MATIÈRES

I. INTRODUCTION	17
1. Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA)	17
1.1 Définition, contexte et historique	17
1.2 Organisation de la PDSA	18
2. Maisons médicales de Garde	21
2.1 Définition et généralités	21
2.2 Maisons Médicales de Garde d'Indre-et-Loire	23
3. Contextualisation et justification de l'étude	25
II. MATERIEL ET METHODES	26
1. Type d'étude	26
2. Objectif de l'étude	26
3. Population étudiée	26
4. Recueil des données	26
5. Analyse des données	27
6. Aspects éthiques et réglementaires	27
III. RÉSULTATS	29
1. Population étudiée	29
2. Analyse des verbatims	30
2.1 Engagement des médecins effecteurs dans la PDSA	32
2.2 Accès et intégration du dispositif	33
2.3 Recherche de sens	35
2.4 Intégration multimodale de la PDSA	38
2.5 Équilibre entre cadre structurant et liberté	40
2.6 Confort et contraintes de l'environnement de travail en MMG	42
2.7 Collaboration professionnelle	43
2.8 Attractivité financière	45
2.9 Sentiment d'utilité variable	46
2.10 Croyances et attentes envers le système de santé	48
2.11 Perspectives	49
3. Synthèse des résultats et modèle explicatif	52
IV. DISCUSSION	54
1. Les forces et les limites	54
1.1 Echantillonnage	54
1.2 Recueil des données	54
1.3 Analyse	55
2. Discussion des résultats et perspectives	55
2.1 Engagement et volonté d'intégration de la PDSA dans l'exercice libéral	55
2.2 Désengorgement des SAU	57
2.3 Favoriser la coordination avec le SAU	58
2.4 Nécessité d'une organisation régulée	60

2.5 Éducation des patients	60
2.6 Réflexion sur la rémunération	61
V. CONCLUSION	62
VI. BIBLIOGRAPHIE	63
VII. ANNEXES	68
Annexe 1 : Guide d’entretien initial	68
Annexe 2 : Formulaire consentement	69

I. INTRODUCTION

1. Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA)

1.1 Définition, contexte et historique

1.1.1 Définition

La Permanence de Soins en Ambulatoire (PDSA) en France est une organisation médicale entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier (public ou privé).

Elle est définie par l'Agence Régionale de Santé (ARS) comme une mission de service public indispensable afin de pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux (1).

Il s'agit d'un service médical rapide et de proximité, assuré en ville par les médecins généralistes.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) définit la PDSA comme “une mission de service public inscrite dans la loi” pour garantir à la population l'accès à un médecin pour les consultations de Soins Non Programmés (SNP) (2).

Ce système vise à offrir des soins adaptés et sécurisés, en tenant compte de la complexité des pathologies et de l'augmentation de la demande de soins en dehors des horaires classiques. Il s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la continuité des soins, permettant de répondre aux besoins de santé des patients tout en limitant les passages hospitaliers des SNP relevant de la médecine générale.

1.1.2 Cadre réglementaire

La permanence de soins en ambulatoire est un élément fondamental de l'exercice du médecin généraliste depuis la fin du XIX^e siècle lorsque le Docteur PASSANT a introduit la notion de soins médicaux nocturnes.

Cette notion de soins en heures non ouvrées, nécessitant l'investissement de médecins effecteurs, était initialement inscrite dans le Code de déontologie médicale (article 77) (3) comme étant une obligation de participation.

Un mouvement national de grève des médecins généralistes a été mené de novembre 2001 à juin 2002 pour revendiquer de meilleures conditions de travail, notamment concernant l'affectation des gardes de nuit.

Les instances politiques du gouvernement de Monsieur MATTEI, ministre de la santé, s'en sont saisies et ont proposé un groupe de travail mené par le sénateur Charles Descours en 2003 (4).

Son rapport souligne que les médecins doivent participer à la permanence des soins sans contrainte et dans le respect de l'intérêt des patients. L'introduction de la notion de volontariat amène alors à modifier l'article 77 du Code de Déontologie médicale et l'article R.6315-4 du Code de la Santé Publique (CSP) par les décrets 2003-880 et 2003-881 publiés en septembre 2003 (5).

Ce rapport est la source d'importantes réflexions sur l'apport des maisons médicales de garde et leur rôle dans le système de santé français. Leur organisation et leur accessibilité sont devenues un enjeu majeur afin de favoriser la coordination des soins, tout en étant attentif aux conditions de travail des médecins généralistes effecteurs.

C'est en 2009 que la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) a significativement refondu la PDSA en France, en établissant un cadre légal clair pour son organisation (6). Cette législation a encouragé la création de nouvelles structures, telles que les maisons médicales de garde, afin de garantir un accès amélioré aux soins non programmés.

Les agences régionales de santé (ARS) ont vu leurs pouvoirs renforcés. Elles ont la responsabilité d'évaluer les besoins en santé et d'organiser la couverture territoriale.

La coordination départementale est attribuée au Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS).

Enfin, la loi a introduit l'approche centrée sur les besoins de santé de la population, en mettant l'accent sur l'évaluation des dispositifs de PDSA. Cela permet d'ajuster les services en fonction des retours d'expérience et des indicateurs de performance. Cette refonte vise à garantir une réponse adaptée et efficace aux SNP, tout en préservant la qualité des soins.

1.2 Organisation de la PDSA

1.2.1 Agencement global de l'offre de soin en France

L'organisation de la PDSA est inscrite dans la loi dans l'article R6315-1 du Code de la Santé Publique (7). Elle a pour objectif d'assurer la continuité des soins en répondant aux besoins de Soins Non Programmés. Pour cela, l'organisation prévoit un fonctionnement :

- Tous les jours de 20h à 8h ;
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h;

- En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

La PDSA est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé, ainsi que par ceux exerçant dans les associations de permanence des soins. Le CNOM élabore un tableau de garde des médecins effecteurs volontaires sur une période minimale de 3 mois.

Les ARS ont un rôle clé dans le pilotage de la PDSA avec la création de cahier des charges régionaux. Elles évaluent les besoins de santé des populations et coordonnent l'offre de soins afin d'assurer une couverture adéquate des territoires en secteurs de garde.

La sectorisation repose sur l'analyse de données démographiques et l'évaluation des services existants tout en prenant en compte les spécificités locales tel que l'aspect rural ou urbain.

1.2.2 Agencement de l'offre de soins en l'Indre-et-Loire (37)

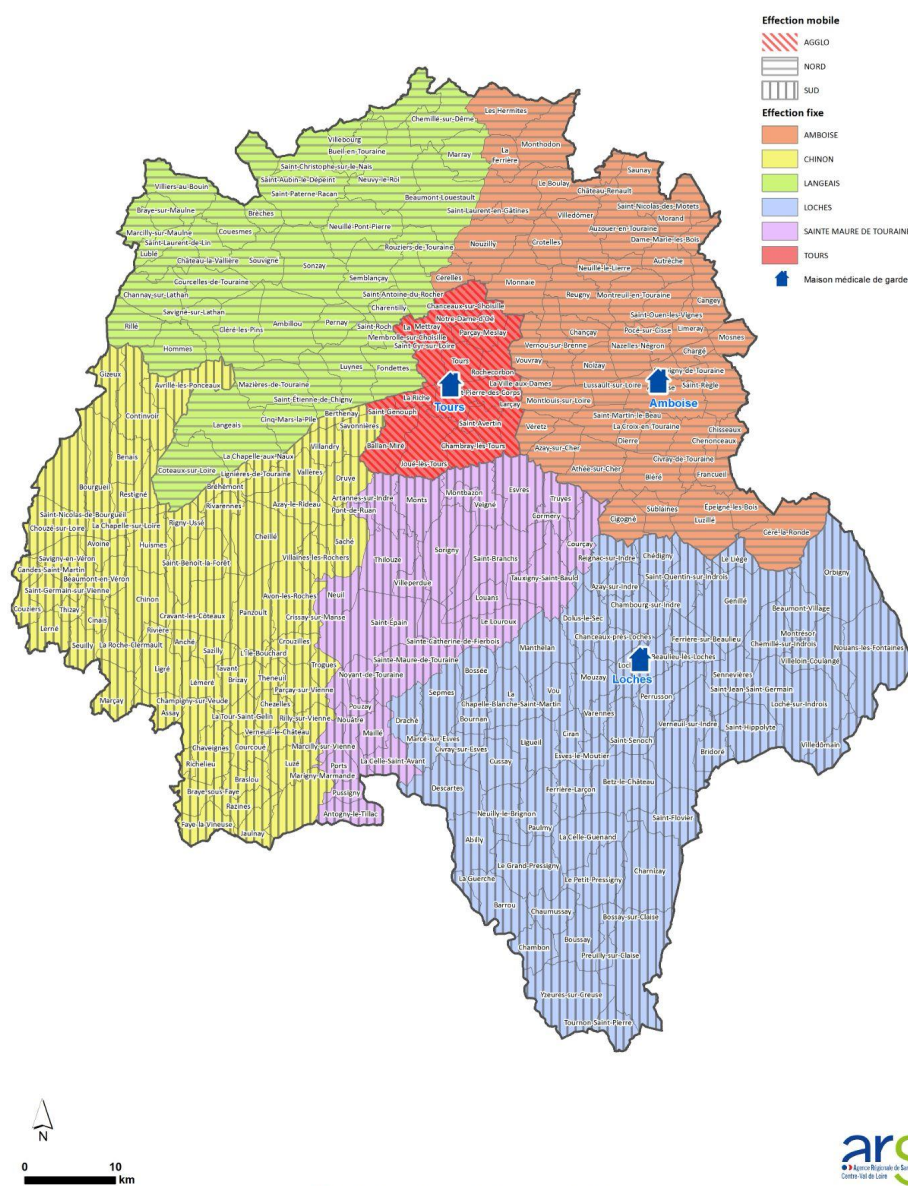
L'organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) en Indre-et-Loire est inscrite dans le cahier des charges établi par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont la première édition est parue en 2015, et réactualisée régulièrement (8).

Il prend en compte les contraintes liées à la répartition de la population et les inégalités de répartition de la démographie médicale.

Le département de l'Indre-et-Loire dénombre 612 160 habitants en 2021 (contre 604 966 en 2015) correspondant à une croissance de + 0,2 % selon les derniers rapports de l'INSEE (9). L'accroissement progressif de la population s'inscrit dans une dynamique régionale déjà marquée par une densité médicale de 101,6 médecins généralistes pour 100.000 habitants en Centre Val de Loire, plaçant la région parmi les plus faiblement dotées selon le recensement mené par l'ARS en 2023 (10). L'Indre-et-Loire reste le département le moins carencé de la région avec une densité globale de 139,4 médecins généralistes pour 100.000 habitants (11).

Dans ce contexte, le département d'Indre-et-Loire est initialement découpé en 7 secteurs. 1 secteur "urbain" concernant l'agglomération de Tours et 6 secteurs "ruraux" concernant Amboise, Château-Renault, Loches, Sainte Maure de Touraine, Chinon et Langeais. Château-Renault est intégré au fonctionnement du secteur d'Amboise en 2019.

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) dans le département d'Indre-et-Loire



Carte 1. La PDSA dans le département d'Indre-et-Loire. ARS. 2019

Dans le secteur de Tours, l'effecteur de la PDSA repose sur l'association "SOS Médipôle 37" dont les locaux se situent en centre ville, ainsi que sur la Maison Médicale de Garde Tourangelle créée en 2010.

Dans les secteurs ruraux, la PDSA est assurée les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h avec un effecteur fixe sur chaque secteur. Il existe deux Maisons Médicales de Garde (MMG) hors agglomération : une sur le secteur de Loches et une sur le secteur Amboisien, chacune adossée au Service d'Accueil des Urgences (SAU) du CH

respectif. Les secteurs de Chinon, Langeais et Sainte Maure de Touraine fonctionnent avec un roulement entre les différents cabinets des médecins de garde (12).

Pour compléter cette effecton fixe, il existe également deux médecins effecteurs mobiles hors agglomération de Tours et un médecin effecteur mobile pour l'agglomération intervenants à domicile après sollicitation par la régulation du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Centre 15.

Une participation à la PDSA sous la forme de régulation au SAMU Centre 15 est également proposée aux médecins libéraux par tranches horaires de quatre heures, du lundi au vendredi de 20h à minuit ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

Plus récemment, l'Indre-et-Loire a été un département pilote pour le développement du Service d'Accès aux Soins (SAS 37), dispositif permettant aux patients d'être orientés dans leur parcours de soins pour la gestion de leur SNP en heures ouvrées. Les appels sont régulés et les usagers peuvent se voir proposer une consultation avec un médecin participant au dispositif sur des plages de consultation dédiées (13).

Les organisations politiques actuelles modifient et agrémentent la PDSA régionale et départementale en fonction des besoins ressentis, exprimés et quantifiés de la population en matière de SNP.

2. Maisons médicales de Garde

2.1 Définition et généralités

2.1.1 Définition et concept

Une MMG est définie 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 (14).

Le territoire national en dénombrait 283 en janvier 2008 dont 62% étaient situées dans un établissement de santé, 26% isolées en milieu urbain et 12% isolées en milieu rural (15).

Une enquête du CNOM réalisée en 2023 dénombre maintenant environ 541 sites dédiés (MMG, Centre d'Accueil de Permanence de Soins et les centres de consultation SOS Médecin).

2.1.2 Concept et accessibilité

Leur implantation doit répondre à un besoin de soins constaté (par exemple à partir du nombre horaire d'actes réalisés par le médecin d'astreinte, en fonction des créneaux), de l'importance de l'offre hospitalière ou libérale organisée sur les secteurs et des caractéristiques de fonctionnement des services d'urgences, notamment leur activité et leur localisation.

La zone d'action de la MMG doit être définie (14) :

- selon la population, avec au minimum 60 à 70 000 personnes en zone urbaine pour une installation distincte d'une structure d'urgence ;
- selon le rayon d'action, avec en zone rurale 30 à 35 km autour d'une MMG au maximum et selon les voies de communication ;
- selon le nombre de médecins participants. Un minimum de 20 à 30 médecins semble être nécessaire pour garantir le bon fonctionnement de la structure.

Les différents textes de loi soulignent l'importance du choix de l'emplacement physique des MMG afin que leur fonctionnement puisse être intégré à l'organisation de l'établissement hospitalier qu'elles jouxtent afin de répondre notamment à la problématique d'engorgement des SAU, phénomène largement décrit dans le rapport de F.BRAUN en 2022 (16).

Leur accessibilité fait l'objet d'une régulation préalable, organisée par le SAMU (5). L'utilisateur contacte le SAMU via un numéro unique et est ensuite orienté vers la structure ; ou l'utilisateur se présente au SAU du centre hospitalier et l'Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation (IAO) le réoriente vers la MMG si le motif le permet tout en traçant la réorientation dans le dossier patient. L'orientation via des centres d'appel des associations de permanence des soins est possible si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU.

2.1.3 Financement et rémunération

La MMG est financée par des financements publics comme le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) et le Fond d'Intervention Régional (FIR) (14). Ces enveloppes ont été créées par les lois de financement de la sécurité sociale et sont redistribuées par les ARS de façon pluriannuelle (coûts d'installation et de fonctionnement). Une participation des collectivités territoriales est également possible.

La rémunération des médecins effecteurs repose sur le paiement des consultations par l'assurance maladie, comme une consultation classique en cabinet libéral. A cela s'ajoute une rémunération forfaitaire définie par l'ARS, dans les limites fixées par arrêté ministériel . La

rémunération minimale est basée à 150 euros pour une garde d'une durée de référence de 12 heures. Des majorations sont possibles au niveau territorial sur décision de l'ARS. En Indre-et-Loire, la convention est fixée à 60 euros par tranche de 4 heures de garde fixe en MMG (12, 14).

2.2 Maisons Médicales de Garde d'Indre-et-Loire

2.2.1 Une temporalité de création permettant de répondre au mieux aux besoins de santé

Le département de l'Indre-et-Loire recense trois MMG en 2024.

La MMG de Loches, premier lieu fixe identifié, ouverte en juin 2004. Elle est implantée dans un local du centre hospitalier Paul Martinais ; à l'entrée du SAU à côté du bureau de l'IAO. Sa gestion administrative et logistique est soutenue par l'Association de Permanence de Soins du Sud Lochois qui élit une personne pilote tous les trois ans. Elle fonctionne le samedi de 12h à 20h et le dimanche et jours fériés de 08h à 20h. La gestion du planning revient à la personne pilote qui recense les médecins volontaires, le propose annuellement à l'assemblée générale de l'association avant sa diffusion et gère les échanges et les remplacements au cours de l'année. Les médecins effecteurs sont mobilisés pour effectuer les deux jours du week-end, pour environ 2 à 3 week-ends de garde par an. Le SAMU réoriente les patients en leur communiquant le numéro du téléphone du médecin de garde, qui gère ensuite l'organisation de ses consultations. La réorientation depuis l'accueil des urgences se fait immédiatement après accord du médecin effecteur.

La MMG d'Amboise, ouverte en juin 2015. Elle fait suite aux remaniements du secteur Amboise-Château-Renault. Elle est située dans un local du centre hospitalier Robert-Debré proche de l'accueil général, pour une organisation à proximité avec le SAU. Sa gestion est confiée à un pilote sur la base du volontariat. Le pilote gère également la réalisation du planning après avoir pris connaissance des médecins volontaires. Il revient au médecin effecteur qui ne pourrait réaliser sa garde de trouver un remplaçant, modification qu'il communique ensuite au pilote. La MMG fonctionne le samedi de 12h à 20h et le dimanche et jours fériés de 08h à 20h. Les médecins effecteurs réalisent un jour de garde à la fois, pour environ 4 jours de garde par an. De la même façon qu'à la MMG Lochoise, les patients réorientés par le SAMU, contactent le médecin de garde sur la ligne téléphonique renseignée et se verront attribuer un créneau de consultation par le médecin effecteur.

Et enfin la MMG de Tours. Nous avons mentionné une MMG Tourangelle, créée en 2010 dans les suites d'une décision du Docteur Philippe CHALUMEAU, alors médecin généraliste et élu politique départemental. L'exercice, réalisé dans un local de consultation dépendant des locaux de l'organisation SOS Médecins 37, était soutenu par une participation volontaire de médecins généralistes libéraux.

D'après nos interlocuteurs locaux au niveau de l'ARS et du CNOM, le planning de garde existant a été transposé pour soutenir le déploiement d'une nouvelle structure intégrée dans les locaux du CHRU. La création de cette MMG en septembre 2022 s'inscrit dans le désir de poursuivre l'évolution de l'offre de soins et répartir l'effort sur l'agglomération. Son local est actuellement implanté en rez-de-chaussée à mi-distance des urgences et du bâtiment principal. Elle fonctionne du lundi au vendredi de 20h à 00h ainsi que les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 08h à 20h. L'organisation administrative est pilotée par un médecin volontaire. La gestion du planning s'effectue en ligne. Les médecins volontaires s'inscrivent auprès du CNOM et reçoivent des codes d'accès pour se connecter à un site dédié (ORDIGARD). Ils renseignent ensuite leur desiderata de garde en s'inscrivant sur des créneaux prédéfinis, permettant la création d'un planning de consultation Doctolib, accessible et transmis au SAMU qui y renseignera les patients réorientés. Cette MMG a vu son activité suspendue en septembre 2024 du fait de difficultés de fonctionnement, dont nous parlerons dans la discussion.

2.2.2 Panorama de la démographie territoriale

L'Indre-et-Loire recense 550 médecins généralistes libéraux installés (10). Nous avons décidé de présenter les chiffres suivants selon la sectorisation en vigueur.

Le secteur d'Amboise-Château-Renault compte 98 médecins généralistes libéraux installés pouvant être concernés par la PDSA. Le planning de cette MMG est réalisé de telle sorte que le pilote intègre les médecins volontaires, actuellement 36 médecins effecteurs. Les gardes peuvent être remplacées par un autre médecin thésé ou détenant une licence de remplacement. 22 remplaçants interviennent ponctuellement sur cette MMG.

Le secteur de Loches compte 35 médecins installés dont environ une vingtaine participe au planning de la PDSA. Le principe du remplacement reste identique, par un confrère thésé ou détenant une licence de remplacement.

Et enfin le secteur de Tours compte 325 médecins installés. Le planning Doctolib effectif entre le 01/01/2023 et le 31/12/2023 recensait 27 médecins effecteurs.

3. Contextualisation et justification de l'étude

A la lumière de ces éléments bibliographiques, nous avons constaté que la PDSA est une préoccupation nationale reposant alors sur le volontariat de médecins effecteurs. Jusqu'à présent, aucun travail de recherche ne s'est intéressé à l'avis des médecins effecteurs en MMG sur notre territoire d'Indre-et-Loire ; pourtant indispensable au fonctionnement de ce dispositif de santé. En lien avec ce système d'affectation récemment réorganisé sur notre territoire, nous avons jugé pertinent d'explorer leur opinion.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée, approche la plus adaptée à notre objectif de recherche (17). L'objectif étant de construire un modèle explicatif grâce à l'analyse de phénomènes sociaux dans une population identifiée comme capable d'apporter une information pertinente.

2. Objectif de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'explorer le ressenti des médecins effecteurs participant aux gardes dans les Maisons Médicales de Garde (MMG) en Indre-et-Loire, en s'intéressant aux sites de Tours, Amboise et Loches.

3. Population étudiée

Notre étude s'est intéressée à l'avis de médecins généralistes effecteurs, ayant réalisé au minimum une garde sur l'un des trois sites d'effecton fixe entre janvier 2023 et janvier 2024, selon un échantillonnage raisonné théorique. Ce choix d'échantillonnage permet d'analyser progressivement les hypothèses émergentes intermédiaires jusqu'à atteindre la saturation des données.

Les participants ont été recrutés par mailing selon un modèle standardisé, initialement auprès des médecins effecteurs d'Amboise, de Tours et enfin de Loches, du fait de la temporalité de la mise à disposition des données. Certains médecins, notamment des médecins remplaçants n'apparaissant initialement pas sur le planning, nous ont contactés de façon spontanée après un effet de bouche à oreille. Ils ont été interrogés s'ils respectaient les critères d'inclusion.

4. Recueil des données

Le recueil de données s'est basé sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés menés entre janvier 2024 et mars 2024. Ils se sont déroulés entre le chercheur et le médecin effecteur, en présentiel ou en visioconférence.

Les entretiens ont été menés par une investigatrice, Manon GAUVIN, à l'aide d'un guide d'entretien constitué de questions ouvertes afin de maximiser le recueil d'informations, en privilégiant une attitude en écoute active (*Annexe 1*). Au total, 22 entretiens ont été réalisés.

Chacun débutait par un temps de parole permettant une prise de contact. Leur durée varie de 23 minutes à 66 minutes avec une durée moyenne de 34 minutes. Les entretiens en présentiel se sont déroulés soit dans le cabinet des médecins interrogés, soit à leur domicile.

Les entretiens ont été enregistrés à la fois sur un dictaphone dédié ainsi que sur le dictaphone du mobile de l'investigatrice dans un souci de sécurité. Ils ont ensuite été intégralement retranscrits manuellement et anonymisés sur un logiciel de traitement de texte informatisé. Les fichiers audio ont été supprimés après leur retranscription.

Nous avons mené des entretiens jusqu'à saturation des données. L'investigatrice a pris le parti d'interroger tous les médecins éligibles qui souhaitaient participer, ce qui explique le nombre total d'entretiens. La saturation des données était atteinte au 17ème entretien.

Une seconde investigatrice, Amélie BOURHIS, a intégré le projet en cours d'étude pour s'adapter au volume d'entretiens à exploiter.

5. Analyse des données

Les entretiens ont été relus puis analysés selon le principe de théorisation ancrée. L'analyse a été effectuée en comparaison constante en réalisant une analyse ouverte faisant émerger des catégories caractérisées par leurs propriétés. Ensuite l'analyse axiale a permis d'articuler les propriétés et les catégories autour d'axes plus généraux. Et enfin, nous avons abouti au modèle explicatif grâce à l'intégration des différents axes depuis une analyse intégrative.

L'ensemble des étapes analytiques de chaque entretien a été triangulé par les deux investigatrices, sans conflit d'intérêt.

La création des étiquettes expérientielles et des propriétés a été réalisée manuellement pour chaque entretien, à l'aide d'un logiciel de traitement de texte informatisé. L'analyse axiale a également été faite manuellement par les deux chercheuses à l'aide d'un tableur informatisé. Enfin, la construction du modèle explicatif a été réalisée sur le logiciel Canva.

6. Aspects éthiques et réglementaires

Nous avons sollicité un avis éthique auprès de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, qui a confirmé que cette étude sortait du champ d'application de la loi Jardé et ne nécessitait pas d'enregistrement auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté (CNIL). L'étude explorant le vécu de professionnels de santé via des entretiens,

sans implication de patients ni d'intervention menée, l'obtention d'une autorisation du Comité de Protection des Personnes (CPP) n'était pas requise.

Chaque participant a consenti librement et de façon éclairée à sa participation à l'étude par l'intermédiaire d'un formulaire d'information (*Annexe 2*). L'étude était gratuite et non obligatoire. La confidentialité a été respectée grâce à l'anonymisation des entretiens au moment de la retranscription : les noms propres, lieux et dates ont été supprimés. Le nom des participants a été remplacé par un code unique, correspondant à la lettre "E" suivie d'un chiffre.

III. RÉSULTATS

1. Population étudiée

Il a été réalisé 22 entretiens entre janvier 2024 et mars 2024 ; 12 en présentiel et 10 par visioconférence. Un entretien ne répondait pas au critère qui était d'avoir réalisé au moins une garde entre janvier 2023 et janvier 2024 et n'a donc pas été exploité (E16). Leur durée varie de 23 minutes à 66 minutes avec une durée moyenne de 34 minutes. Les entretiens en présentiel se sont déroulés soit dans le cabinet des médecins interrogés, soit à leur domicile. Aucun participant ne s'est désisté à posteriori de sa participation.

La tableau 1 décrit les principales caractéristiques des médecins effecteurs interrogés.

Entretien	Sexe	Âge	Mode d'exercice	Statut	Durée d'entretien	Mode d'entretien	MMG d'effecton
E1	Femme	35 ans	Rural	Médecin thésée installée	32'	Présentiel	Loches
E2	Femme	28 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	26'	Visioconférence	Amboise
E3	Homme	28 ans	Semi-rural	Médecin thésé installé	29'	Présentiel	Amboise
E4	Femme	35 ans	Urbain	Médecin thésée installée	36'	Présentiel	Tours
E5	Femme	36 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	25'	Présentiel	Amboise et Tours
E6	Femme	31 ans	Urbain	Médecin thésée installée	24'	Visioconférence	Tours
E7	Femme	39 ans	Urbain	Médecin thésée installée	23'	Présentiel	Tours
E8	Femme	36 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	30'	Visioconférence	Amboise et Tours
E9	Femme	31 ans	Semi-rural	Médecin avec licence de remplacement	37'	Visioconférence	Amboise
E10	Femme	36 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	37'	Visioconférence	Amboise
E11	Femme	46 ans	Rural	Médecin thésée installée	36'	Présentiel	Loches
E12	Femme	34 ans	Urbain	Médecin thésée remplaçante	44'	Visioconférence	Tours

E13	Femme	56 ans	Urbain	Médecin thésée installée	45'	Visioconférence	Tours
E14	Femme	38 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	38'	Présentiel	Loches
E15	Homme	56 ans	Urbain	Médecin thésé installé	44'	Visioconférence	Tours
E17	Femme	44 ans	Urbain	Médecin thésée installée	29'	Présentiel	Tours
E18	Homme	33 ans	Urbain	Médecin thésé installé	66'	Présentiel	Tours
E19	Femme	35 ans	Semi-rural	Médecin thésée collaboratrice	25'	Présentiel	Amboise
E20	Femme	50 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	26'	Présentiel	Amboise
E21	Homme	28 ans	Semi-rural	Médecin avec licence de remplacement	44'	Visioconférence	Amboise
E22	Femme	34 ans	Semi-rural	Médecin thésée installée	21'	Visioconférence	Amboise

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins effecteurs interrogés

2. Analyse des verbatims

Le tableau 2 présente les différentes catégories et sous-catégories évoquées par les participants lors des entretiens, en lien avec l'exploration du ressenti des médecins effecteurs.

Engagement des médecins effecteurs dans la PDSA	Volontaire
	Éthique
	Territorial
	Pour le collectif médical
Accès et intégration du dispositif	Variabilité de la découverte du dispositif
	Informations autour du dispositif
	Intégration au dispositif fluctuante
Recherche de sens	Contribution globale
	Recherche de reconnaissance
	Développement des compétences professionnelles

	Dichotomie entre les consultations de PDSA/activité libérale
Intégration multimodale de la PDSA	Différents systèmes de PDSA
	Avec l'activité libérale
	Avec la vie personnelle
Équilibre entre cadre structurant et liberté	Parcours patient et accessibilité régulée nécessaire
	Autonomie de gestion du planning de consultation
Confort et contraintes de l'environnement de travail	Matériel et équipement disponible
	Accès aux examens complémentaires
	Emplacement du local de MMG
Collaboration professionnelle	Plébiscite de la pluridisciplinarité
	Une volonté d'intégration aux urgences
	Considération du médecin effecteur libéral
Attractivité financière	Rémunération adaptée au service rendu
	Facilitation du remplacement
	Perception ambivalente du prix de la consultation
Sentiment d'utilité variable	Dépendant de l'affluence
	Dépendant du motif de consultation
Croyances et attentes envers le système de santé	Consommation de soins
	Evolution des attentes sociétales envers les médecins généralistes
	Questionnement sur le fonctionnement du système de santé
Perspectives	Education des patients
	Diffusion de l'information
	Propositions d'amélioration
	Réflexion autour des modalités de participation

Tableau 2 : Synthèse des catégories et sous-catégories

2.1 Engagement des médecins effecteurs dans la PDSA

2.1.1 Volontaire

Les médecins effecteurs en MMG s'engagent de façon volontaire dans le dispositif et valorisent l'absence d'obligation à participer :

E1 : *“C'est du volontariat”*

E8 : *“Si on ne veut pas être sur la liste de garde on peut demander à ne pas y être”*

E21 : *“Je trouve que le fait que ce soit sur le volontariat c'est pour l'instant une bonne chose”*

2.1.2 Ethique

Il existe une profonde motivation éthique à la participation à la permanence de soins pour les médecins interrogés :

E10 : *“J'ai quand même la satisfaction de me dire que je participe à la PDSA. Pour moi c'est un peu un truc euh moralement, on va dire éthiquement, ça me satisfait de participer à ce truc là”*

E18 : *“Je me suis dit direct que j'allais faire ça : pour les urg, pour le service public, pour les patients du service public” “La raison pour laquelle je voudrais que ça fonctionne, aider le service public etc... la raison c'est juste pour les patients en fait quoi”*

Pour qui cette participation fait partie du rôle du médecin généraliste de manière plus globale :

E21 : *“En tant que médecin ça fait aussi partie, je trouve, de notre mission, de notre métier”*

E8 : *“Ca fait partie du job finalement d'assurer la PDSA !”*

2.1.3 Territorial

Les médecins effecteurs trouvent un sens particulier à participer à la PDSA sur leur territoire d'installation puisqu'ils se sentent concernés par la continuité des soins à l'échelle territoriale.

E7 : *“On s'est senti concerné par le problème quoi”*

E8 : *“C'est vrai que moi c'est là où j'exerce, donc ça a du sens pour moi de faire des gardes à la MMG” “J'ai plus d'affinité (...) parce que ça fait plusieurs années, parce que je connais le secteur, parce que c'est là où j'exerce”*

E19 : *“Après en effet, sur le territoire, se dire qu'on participe tous ensemble”*

2.1.4 Pour le collectif médical

L'engagement solidaire pour l'ensemble des professionnels de santé semble être une motivation importante dans l'investissement du dispositif de MMG :

E1 : *“Voilà je dirais aussi que c'est ça qui motive, c'est soutenir un peu les collègues urgentistes”*

E11 : *“On va dire que c’est presque normal de participer aussi, que ce soit pas toujours les mêmes après derrière”*

E14 : *“On est bien content que nos patients aient un médecin le week-end donc c’est normal de participer au jeu sinon y’aurait personne”*

La plupart des médecins interrogés valorisent l’importance d’un esprit de collectif et de solidarité nécessaire à la pérennisation du système de PDSA :

E7 : *“Et qu’on ait un esprit collectif voilà qu’on est tous dans le même bateau, que la PDSA nous concerne tous, qu’on est tous en déficit numéraire et que du coup voilà toutes les barques prennent l’eau et qu’on oeuvre tous dans le même sens”*

E12 : *“Ya pas de raison que ça ne marche pas mais je pense qu’il faut qu’on y mette tous du nôtre”
"Vraiment ma réflexion c'est que vu le bazar que c'est pour tout le monde, si c'est sur le volontariat, qu'on nous l'impose pas et qu'on s'y met tous, je pense que ça pourrait le faire"*

E17 : *"On peut pas se plaindre et dire que euh y a pas d'accès aux soins et que les gens sont mal pris en charge, si on fait pas nous même l'effort de participer à l'effort de guerre j'ai envie de dire"*

E19 : *“On participe tous ensemble. Elles ne sont pas non plus très fréquentes donc voilà j’ai envie de dire que si tout le monde en fait un peu, on arrive à avoir un beau planning sans que ça surcharge ou que ce soit trop régulier”*

Certains se sentent redevables de participer à la PDSA. Leur activité libérale peut être fractionnée et nécessite alors que leurs confrères pallient à leur absence ; ils considèrent leur participation aux gardes en MMG comme un moyen de contribuer à l’équilibre du système de santé.

E1 : *“Ce serait très hypocrite de ne pas continuer les gardes le week-end alors que je ne travaille pas 6 jours sur 7 non plus !” “Si je veux ne pas travailler tous les samedis matins, il faut qu’il y ait des collègues qui prennent les urgences du samedi après-midi. Donc il faut participer, c’est normal”*

E10 : *“Parce que je me fais pas des soirées au cabinet jusqu’à 22h, j’ai quand même un emploi du temps que j’ai conçu pour qu’il soit agréable. Donc pour moi le jeu c’est que si on veut tous pouvoir un peu euh organiser notre semaine et séparer vie privée/vie professionnelle et avoir un minimum de vie privée, faut que tout le monde joue le jeu et justement participer à ces journées de PDSA quoi. Pour assurer quand on n’est pas là le week-end ou quoi”*

2.2 Accès et intégration du dispositif

2.2.1 Variabilité de la découverte du dispositif

Les médecins généralistes interrogés ont découvert le dispositif de MMG de différentes manières :

- Par leurs pairs sur le territoire
- Lors de leur installation
- Grâce à leur expérience d'interne
- Par opportunité de remplacement

E1 : *“J’ai été réintégré suite à mon installation”*

E2 : *“Moi le dispositif je l’ai connu quand j’étais interne” “J’ai connu le système par des maîtres de stage qui proposaient de faire des rempla de garde le week-end”*

E8 : *“Je me suis installée à Amboise et je m’étais inscrite sur la liste des remplaçants de la MMG et voilà”*

E10 : *“J’étais passée (...) en tant qu’interne donc j’en avais entendu parler à ce moment-là”*

E19 : *“En remplaçant les médecins ici, ils étaient inscrits au tableau de garde et ils m’ont proposé de faire des gardes. C’est comme ça que j’ai connu”*

Certains ont été sollicités de manière systématique à l’ouverture de la MMG :

E5 : *“Le responsable du planning nous avait envoyé un mail, à tout le monde, ‘qui veut faire des gardes’”*

E15 : *“On a reçu un mail je crois y a un an et demi du conseil de l’Ordre je crois, comme quoi ils allaient monter ça”*

2.2.2 Informations autour du dispositif

Les médecins effecteurs ressentent un manque d’information concernant l’organisation de la PDSA sur le territoire :

E4 : *“Les médecins ne savaient même pas que ça existait, ils risquaient pas de s’inscrire”*

E12 : *“La communication autour de la MMG qui n’a pas été faite. Enfin j’ai l’impression. Moi j’ai pleins de confrères qui n’étaient même pas au courant que ça existait” “Je ne sais pas qui est derrière, normalement il devait y avoir un référent mais euh... bah voilà je crois que c’est pas vraiment mis en place” “Je savais même pas que ça existait les effecteurs mobiles !”*

E21 : *“J’en avais déjà entendu un peu parler mais je savais pas comment ça se passait”*

Ce manque d’information est valable pour les patients et retentit sur le fonctionnement de la MMG :

E5 : *“Le problème, c’est que y a pleins de patients qui savent pas, qui connaissent pas l’existence de cette MMG”*

E12 : *“Bien communiquer et stipuler que c'est de la médecine générale ! Et que c'est donc du coup à rémunérer comme une consultation. Et que ce ne sont pas des urgences où on paie après ou enfin c'est la sécu en fonction de la situation” “Après des patients je pense que c'est pareil. La plupart connaissent surtout, quand on les écoute, SOS médecin”*

E20 : *“Y a plein de gens qui connaissent pas encore”*

2.2.3 Intégration au dispositif fluctuante

L'intégration du planning de garde a été facile pour certains médecins effecteurs :

E22 : *“C'est pas difficile quoi d'en faire partie”*

E18 : *“T'as besoin de que dalle. Tu vas sur Ordigard, tu te connectes avec tes codes de médecin, tu cliques sur un créneau et tu le prends”*

Pour d'autres cependant, il a fallu persévérer pour trouver les bons interlocuteurs afin d'accéder au planning et intégrer le fonctionnement de la MMG :

E5 : *“J'ai contacté (NB : le responsable du planning) quand je suis arrivée ici ouais”*

E9 : *“Je me suis débrouillée pour l'avoir quand même le planning”*

E19 : *“Je sais pas j'ai l'impression qu'il faut lui demander pour être sur cette liste ? Je ne sais pas. Comme là moi mon installation s'est faite et que la liste était déjà sortie, c'est peut-être pour ça”*

E21 : *“Faut s'accorder en amont. Trouver un médecin, lui demander s'il peut se mettre sur telle ou telle garde, et je te la fais à ta place avec la rétro et voilà. C'est juste contourner le problème mais ça se fait”*

2.3 Recherche de sens

2.3.1 Contribution globale

Les médecins effecteurs en MMG s'engagent de façon presque unanime pour contribuer de façon globale à l'amélioration de l'offre de soins sur leur territoire. Ils s'engagent en premier lieu pour désengorger les urgences :

E22 : *“Nous notre but c'est quand même de désengorger les urgences”*

E15 : *“Parce qu'au départ on est là pour les désengorger hein ! Si c'est pas pour désengorger les urgences, moi je suis pas là je m'en fous”*

E17 : *“J'étais partie pour faire des gardes pour essayer de soulager les urgences en fait”*

E2 : *“Un patient qui était venu aux urgences pour douleur de l'oreille, bah évidemment que c'est plus à moi de le voir que d'aller aux urgences !”*

Ils ressentent également que le dispositif de MMG apporte une plus-value pour les patients :

E2 : *“L’avantage que je vois c’est pour les patients ! Ça leur apporte une réponse”*

E17 : *“Le jour où on voit un patient pour lequel on était vraiment utile, ça valait le coup d’être là et ça servait à rien qu’il passe 6h aux urgences ça c’est certain”*

E14 : *“Les patients sont plutôt contents d’avoir accès à un médecin (...) et puis bah moi je me sens utile en fait !”*

Mais ils s’engagent également pour participer au désengorgement des cabinets libéraux :

E22 : *“Notre rôle c’est aussi de désengorger un petit peu euh la médecine de ville et les consultations du lundi”*

E20 : *“Ça désengorgerait peut être les lundis en cabinet”*

E6 : *“Le lendemain moi j’ai 15 appels de mes patients. Bon après c’est qu’ils ne le savent pas encore hein mais euh qui râlent car y a pas de rendez-vous disponibles et à l’inverse y a des médecins, tous les soirs, qui se tournent les pouces à la MMG”*

Ils valorisent ainsi l’importance de la médecine générale dans la prise en charge des SNP :

E3 : *“Ça prouve que la médecine générale joue son rôle dans la prise en charge des soins non programmés”*

E6 : *“On voit des choses où on se dit ‘oui il fallait qu’il soit vu ce soir’ sans passer par les urgences et on est content d’avoir été là”*

Et se sentent également utile pour la collectivité de manière plus globale :

E7 : *“L’avantage c’est pour la collectivité”*

E11 : *“Mais en même temps bah c’est utile et ça permet aux urgences de pas voir euh la rage de dent, le lumbago, enfin c’est pas leur rôle. Et puis ça coûte plus cher à la société je pense qu’il y ait un passage pour ça ! Alors qu’une consultation ça suffit quoi”*

E14 : *“L’avantage c’est que du coup ça permet de désengorger les urgences et d’avoir des consultations qui peuvent être plus rapides euh et avec moins de frais aussi pour le coût global”*

2.3.2 Volonté de reconnaissance

Derrière cet engagement, il existe une recherche de reconnaissance. Les médecins effecteurs sont satisfaits des témoignages de reconnaissance.

E3 : *“La plupart sont reconnaissant d’avoir accès à un médecin le week-end” “Ils (NB : les urgentistes) sont toujours assez reconnaissants en fait”*

E4 : *“Le point positif c’est que les gens sont reconnaissants”*

E15 : *“Heureusement que les patients sont sympas, sont contents et sont reconnaissants”*

Il peut exister une frustration face au manque de reconnaissance de certains patients ou collègues. Certains médecins effecteurs ressentent une dévalorisation de la médecine générale.

E1 : *“Ils se rendent pas compte qu'ils ont des médecins généralistes bah qui bossent le week-end quoi”*

E15 : *“Quand y a des merdes qui vous font chier vous nous les envoyez mais quand y a des patients qui n'ont rien à foutre aux urgences ; car y a des infections urinaires faut pas se leurrer, quand c'est plein, ils nous adressent aucun patient” “Quand c'est des merdes, des grosses merdes, des gens sans numéro de sécu, ils nous les adressent, pour le certificat médical du mec bourré ils nous l'adressent, pour le péril imminent en psy ils nous l'adressent. Voilà. Pour le reste ils nous adressent personne”*

E18 : *“Je trouve qu'il y a un manque de reconnaissance pour des mecs qui ont fait 10 piges d'études et qui viennent (...) pour filer un coup de main pendant 4h. Ouais ... Je suis un peu déçu.”*

2.3.3 Développement des compétences professionnelles

Les gardes en MMG permettent une formation médicale continue appréciée par les effecteurs et d'entretenir leurs compétences en soins non programmés.

E7 : *“Ça nous fait retravailler certaines choses” “On voit que de l'urgence. Ce qui ne nous arrive pas dans nos journées.”*

E3 : *“Ça permet de rester à jour de certaines choses aussi”*

E19 : *“C'est vraiment, je trouve, hyper complémentaire avec la pratique qu'on a en médecine de ville. Que je trouve même nécessaire pour continuer à se former et rester alerte” “Quand on est confronté à de l'urgence on est plus trop à même de gérer. Donc ça, ça fait un peu peur. Donc y a le côté vraiment pédagogique de ces gardes-là”*

L'exercice en MMG permet une diversification de la pratique de la médecine générale et de rompre avec le quotidien de l'activité en cabinet libéral.

E22 : *“Ça diversifie un petit peu mon activité, ça permet de voir autre chose”*

E18 : *“Moi j'aime beaucoup ce que je fais au cabinet, mes consultations, mes patients et tout mais j'ai envie de me trouver un petit truc en plus que j'aimerais bien à faire à côté”*

2.3.4 Dichotomie entre activité libérale et PDSA

Les médecins effecteurs valorisent la diversité de pratique entre leur activité libérale et la MMG. Cependant, il est noté une insatisfaction professionnelle dans la pratique médicale avec des consultations perçues comme trop simples et des motifs redondants, notamment en période épidémique.

E1 : *“Honnêtement je dirais qu'en point positif c'est à peu près tout parce que c'est pas euh... de la médecine très épanouissante.” “C'est de la médecine d'usine que moi j'aime pas trop faire donc voilà, je le fais parce que... parce qu'il faut le faire”*

E2 : *“Dans ma tête c'était un peu des choses assez simples à gérer initialement, des petites urgences, plus simple que de traiter le diabétique en médecine générale”*

E21 : *“Ça va pas être de la grande médecine ou des trucs hyper intéressants”*

E14 : *“Y a une année où j'étais de garde le 25/12 et c'était épidémie de gastro et je crois que j'avais vu 35 gastro dans la journée”*

E9 : *“C'est pas pour moi le boulot du médecin généraliste traitant de famille”*

2.4 Intégration multimodale de la PDSA

2.4.1 Différents systèmes de PDSA

La participation à la PDSA importe aux médecins effecteurs. Ils l'intègrent à leur activité sous différentes formes.

E4 : *“J'ai SAS 37, régulation libérale, effecteur mobile et MMG”*

E12 : *“Du coup je fais ça, plus les gardes et aussi de l'effecteur mobile”*

D'autres formes de PDSA sont valorisées en comparaison à la participation aux gardes en MMG.

E5 : *“Je fais des gardes effecteur mobile. Je vais plus les faire je pense les gardes ici, parce que c'est mieux rémunéré, moins fatigant...”*

E11 : *“C'est un peu le même système que pour les gardes (NB : à propos du SAS 37), c'est ça il faut que la personne ait déjà appelé le 15. Mais là vous êtes chez vous. Oui on est à domicile et on est en semaine et heures ouvrables (rires)”*

Ils assurent également la PDSA au sein de leurs cabinets libéraux via une organisation interne propre.

E3 : *“Je participe déjà à la permanence de soins ici, au cabinet” “Dans notre cabinet, on est organisé pour ça donc tous les jours y a un médecin d'urgence”*

E9 : *“Je vais bosser régulièrement dans une maison médicale (...) et je trouve que les gardes du soir sont mieux organisées (...) C'est réparti entre les médecins, ils les font dans leur cabinet et ils font les Soins Non Programmés”*

E10 : *“Les samedis matins, historiquement y a 2 médecins du cabinet qui sont là (...) Après les autres collègues c'est plus ponctuel. Ca va être si vraiment y a plus de demandes par exemple en hiver si ça déborde”*

2.4.2 Conciliation avec l'activité libérale

Pour certains médecins interrogés, l'intégration de la PDSA au sein de leur activité est aisée. La flexibilité de la prise de créneaux de garde est appréciée.

E6 : *“Disons que moi ça m'impacte pas trop ma pratique, je bloque 2/3 créneaux mais ça ne me pénalise pas trop sur ma pratique au cabinet” “Et puis c'est vrai que pour l'instant que ce soit pas imposé c'est sympa. On en fait tous régulièrement hein mais pouvoir moduler, y aller quand on veut c'est sûr que pour nous c'est une liberté qui est quand même bien pratique”*

E15 : *“Et puis le soir c'est de 20h à 0h donc c'est pas compliqué quoi” “Y avait un planning qui était ouvert. Et on se met, on met les dates qu'on veut. On choisit les jours qu'on veut”*

E21 : *“Se faire une garde par semestre ou par trimestre, le week-end ou une soirée, je trouve pas ça déconnant ou prenant. Ou rédhibitoire pour ta pratique de généraliste”*

Pour d'autres, il existe certaines difficultés pour concilier les gardes et l'activité libérale ; que les gardes soient le week-end ou en soirée en semaine. Ils ressentent parfois une tension entre la surcharge au cabinet et l'engagement en MMG.

E1 : *“Le gros inconvénient c'est qu'on n'a pas de week-end du coup et qu'il faut quand même enchaîner 2 semaines”*

E7 : *“Ça nous oblige à couper nos consultations, diminuer notre journée de travail pour faire les gardes donc c'est contraignant”*

E9 : *“Tu finis ta garde à minuit (...) moi je suis pas capable de recommencer ma journée à 9h en libéral le lendemain !”*

E13 : *“Moi je travaille 13h par jour du lundi au jeudi, le vendredi je fais 4h le matin et des visites à domicile et le vendredi soir je suis de garde”*

E17 : *“Et puis je fais presque un temps plein du lundi au vendredi et parfois même le samedi ici donc euh à un moment il faut qu'on se pose”*

2.4.2 Conciliation avec la vie personnelle

Pour la plupart des médecins interrogés, l'investissement horaire n'est pas jugé chronophage et le nombre de gardes acceptable.

E5 : *“Ça revient 4 à 6 fois par an. C’est pas énorme hein”*

E14 : *“Y’en n’a pas beaucoup. Euh à Loches, on est nombreux sur le secteur donc c’est 2 à 3 par an”*

E10 : *“Ça me convient bien ! Et puis on n’est pas euh.. encore une fois on n’est pas surchargés, on est suffisamment sur la liste pour que ce soit un rythme tout à fait vivable”*

Cependant, l’équilibre entre PDSA et vie personnelle peut être difficile à trouver pour certains.

E2 : *“Je pense que du moment où tu as des enfants, ça t’embête de travailler les week-ends”*

E11 : *“Voilà c’est du temps en moins de repos, par rapport à la vie de famille”*

E14 : *“Et puis 08-20h quand on a des petits, bah 08h ils se lèvent et 20h ils dorment donc bon... On les voit pas de la journée”*

E22 : *“Ça m’est arrivé de rentrer à 22h30 à la maison, euh ça fait un peu long quoi”*

2.5 Équilibre entre cadre structurant et liberté

2.5.1 Parcours patient et accessibilité régulée nécessaire

Les patients peuvent être orientés après avoir appelé le 15 ou être réorientés par les urgences vers la MMG.

E2 : *“Il y a une partie qui est envoyée par le SAMU via les appels et y a aussi les urgences qui nous redirigent certains patients”*

E14 : *“Y a des gardes où c’est beaucoup plus par le 15 et y a des gardes où y a 1 patient par le 15 et 10 par les urgences”*

E17 : *“C’est plutôt des patients régulés par le 15 mais on en voit quand même régulés par l’IAO. On en a quelques-uns. Mais je dirais quand même qu’en proportion, à mon avis, c’est plutôt 80% par le 15”*

Les médecins effecteurs trouvent nécessaire que les patients soient orientés vers leur consultation en MMG et qu’ils ne puissent pas s’y présenter spontanément.

E12 : *“L’adressage par le 15 c’est très bien pour nous car sinon ça serait l’orgie, ça serait le merdier hélas, on se retrouverait avec le nez qui coule et c’est pas le but de la MMG le dimanche”*

E15 : *“Ils voulaient qu’à un moment les gens viennent directement. J’ai dit ah bah non, ils viennent pas directement. Ah non non, ça va être la fête du slip si tout le monde sait qu’on peut venir n’importe quand à n’importe quelle heure euh, c’est fini”*

E21 : *“Je trouve ça plus serein qu’ils aient eu un médecin urgentiste avant, qui ai fait un premier interrogatoire et qui dise ok je l’envoie voir le médecin de la MMG”*

Cette orientation pré-consultation est valorisée par les médecins car elle permet de consulter des patients pour des motifs adaptés.

E3 : *“C’est souvent des motifs de consultation qui sont justifiés”*

E14 : *“Je me sens utile en fait ! On n’a pas trop de bobologie. En tout cas moi j’ai pas l’impression de voir des trucs qui servent à rien”*

2.5.2 Autonomie de gestion du planning de consultation

La flexibilité dans l’organisation des soins en garde est particulièrement appréciée par les médecins effecteurs. L’autonomie et la liberté sont des valeurs importantes pour les médecins généralistes.

E1 : *“Si je veux en voir un toutes les 10/15/20 minutes, si je veux mettre une pause à tel moment voilà je gère mon planning”*

E3 : *“On organise notre journée comme on veut et ça c’est une très bonne chose” “Et ça, ça reste la liberté de notre travail libéral quotidien et c’est très bien”*

E6 : *“Moi quand j’arrive et que j’ai 2 patients, je sais que ça va se remplir un petit peu car y a le 15 qui va prendre le relai mais je bloque à 23h30 et si ça se remplit beaucoup je débloque”*

Ils organisent le planning de consultation à leur convenance, en tenant compte de la demande et des différents adressages.

E4 : *“Après on peut mettre des pauses, parce que 16 créneaux de 15 min ; ça dépend des motifs mais c’est raide quand même”*

E10 : *“Faut arriver à combiner le planning pour se dire bah voilà combien de temps je mets pour un patient, j’ai tant d’appels mais je vais garder aussi un petit créneau de temps en temps pour caler quelqu’un des urgences”*

E20 : *“Mais on donne des rendez-vous quand les gens appellent donc soit j’en donne toutes les 30 min, ou toutes les 15 min si y en a beaucoup”*

Cette autonomie de gestion est à mettre en balance avec une surcharge administrative devant laquelle certains médecins sont en difficulté.

E8 : *“Le matin ma première consultation j’ai du mettre une heure pour réussir à la boucler car en fait j’ai passé mon temps au téléphone”*

E10 : *“Cette charge d’avoir le téléphone et de programmer les rendez-vous c’est à la fois confortable parce qu’on peut organiser notre planning mais en même temps répondre au téléphone toute la journée c’est aussi épuisant quoi!”*

E20 : *“Comme c’est nous qui répondons au téléphone, quand y a vraiment beaucoup beaucoup (...) vous êtes en train d’examiner, ça appelle, puis vous entendez le double appel machin, y a les urgences entre temps”*

2.6 Confort et contraintes de l'environnement de travail en MMG

2.6.1 Matériel et équipement disponible

Le ressenti des médecins effecteurs concernant leur environnement de travail est variable. Certains sont satisfaits concernant le matériel médical disponible.

E4 : *“Je trouve qu'en termes d'équipement y a plus de choses ici que dans nos cabinets”*

E5 : *“Y a tout ce qu'il faut, tu peux même venir sans ton matos”*

E7 : *“Au niveau du matériel, c'est confortable, on a tout le matériel qu'il faut là-bas”*

Tandis que d'autres déplorent un manque de matériel et des locaux inadaptés.

E10 : *“Sinon hum la salle... je sais pas si vous voyez à quoi elle ressemble ? Un petit bureau voilà (...) Bon la table elle est pas du tout adaptée pour faire de la gynéco”*

E13 : *“C'est minus, minus, minus. Les gens quand ils ont un enfant, ils n'en ont pas qu'un, ils viennent en couple, on peut pas les loger on a que 2 chaises” “Je n'avais pas de spéculum à oreilles, pas de spéculum pour le thermomètre, j'avais rien”*

La majorité des médecins interrogés fait face à des problématiques informatiques impactant négativement l'organisation de la garde et notamment la traçabilité des consultations.

E4 : *“Le logiciel il est nul !” “Le lecteur de carte vitale il marche une fois sur euh 10. J'arrive plus à faire des ordonnances. N'en parlons pas pour faire un arrêt de travail”*

E5 : *“Le logiciel c'est de la merde. Moi je m'en sers pas. C'est compliqué, j'ai pas de temps à perdre avec ça”*

E14 : *“Ça beug ! Donc au final la dernière garde c'était l'hiver et j'avais beaucoup de monde donc je voulais pas perdre de temps avec ça donc j'avais juste tout mis sur papier”*

E17 : *“Je fais avec mon logiciel et pas celui de la garde. Je faisais avec celui de la garde mais effectivement une fois sur quatre quelque chose ne fonctionnait pas”*

2.6.2 Accès aux examens complémentaires

L'absence d'examens complémentaires est un frein pour établir certains diagnostics. Les médecins interrogés peuvent être frustrés devant l'incapacité à réaliser des examens complémentaires non urgents en MMG.

E20 : *“On ne peut pas demander d'aller faire un ECBU par exemple” “Mais l'ECBU déjà ça permettrait de pouvoir donner un antibio en attendant. Pour l'instant on le donne à l'aveugle. S'ils viennent nous voir c'est pas pour attendre lundi”*

E19 : *“Si on veut un ECBU, il faudrait qu'il soit enregistré donc en fait ça change tout. Donc quand vraiment y a besoin, en effet ils sont rebasculés. Sinon en externe”*

E17 : *“Le peu que j’ai renvoyé vers les urgences, c’est des choses qui nécessitaient des examens complémentaires que je ne pouvais pas faire tout de suite”*

La prescription d’examens complémentaires, à réaliser hors de la MMG, est l’occasion pour les médecins d’intégrer le médecin traitant aux prises en charge.

E10 : *“Ca m’est déjà arrivé d’avoir des appels où ils voulaient des infos complémentaires ou des commentaires suite aux examens. Après moi ça me gêne pas, ça fait parti du truc. Et puis de toute façon je les réadresse aussi facilement à leur médecin traitant”*

E17 : *“On se reçoit l’ECBU, on dit au patient d’aller voir son médecin traitant mais vu qu’on le reçoit on appelle quand même le patient”*

2.6.3 Emplacement du local de MMG

Les médecins, toute MMG confondue, plébiscitent la proximité des urgences. Elle permet un sentiment de sécurité pour les médecins effecteurs ainsi qu’une meilleure collaboration avec le service des urgences.

E6 : *“La salle en soit euh je suis pas très difficile, elle est petite mais à moi elle me va bien. On est à côté des urgences”*

E9 : *“Je trouve ça confortable (...) d’avoir quelqu’un juste à côté”*

E10 : *“Je trouve que l’organisation au sein de l’hôpital c’est hyper rassurant. On est juste à côté des urgences. On sait que si c’est un patient qui va relever plutôt d’une prise en charge hospitalière on peut le réadresser facilement”*

E11 : *“C’est que le fait qu’on soit vraiment dans l’enceinte des urgences euh... globalement (mime le plan des lieux avec ses mains) y a notre bureau, la salle d’attente et le bureau d’entrée donc on n’est vraiment pas isolé”*

E13 : *“Il faut qu’on jouxte les urgences pour que justement ce soit plus facile pour l’IAO de nous envoyer des gens”*

E20 : *“Le fait d’être comme ça dans une structure au sein de l’hôpital c’est sécurisant quand même”*

2.7 Collaboration professionnelle

2.7.1 Plébiscite de la pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité ainsi que l’esprit d’équipe apportés par la PDSA sont appréciés par les médecins effecteurs.

E19 : *“Ce qui est agréable c’est de bosser en équipe ! (...) c’est chouette de bosser des fois à l’hôpital. Même de discuter 5 minutes avec l’IAO, t’as l’impression vraiment d’être en équipe et ça c’est un côté de "travailler ensemble" qu’on a moins en médecine générale et qu’on peut retrouver en garde. C’est*

agréable” “On peut les appeler et ils nous envoient des gens aussi donc dès qu'il y a des doutes je les appelle et je leur dis que voilà je veux leur adresser quelqu'un”

E8 : “On est à côté des urgences donc la communication c'est hyper facile”

E18 : “On aurait envie dans un monde parfait, d'avoir une salle collée aux urgences (...), où on aurait les patients en commun et qu'on bosserait en commun”

Ils apprécient notamment la collaboration avec le service des urgences, tant sur l'adressage que sur la réorientation en cas de besoin.

E3 : “Si y a des patients qui doivent être redirigés vers les urgences c'est facile et ils les acceptent toujours”

E12 : “Mais bon après on est à côté des urgences donc ils nous le disent hein, que si on a un truc qui nécessite on renvoie vers eux”

E14 : “Ils viennent toujours nous demander quand y a un patient pour la MMG, ils viennent frapper à notre porte en disant 'j'ai un patient pour des symptômes urinaires, est ce que tu es d'accord pour le voir' on dit oui, on dit non mais voilà”

Certains médecins n'hésitent pas à prendre avis auprès de leurs confrères et valorisent le soutien professionnel que cela apporte.

E9 : “J'aime bien discuter de certains cas” “Sur le côté médical, de savoir qu'il y a les urgentistes à côté, que tu peux leur demander un avis”

E11 : “L'avantage euh... c'est qu'on n'est pas tout seul. Par rapport à la médecine générale qui peut parfois avoir un côté solitaire. C'est-à-dire que si des fois on a un souci, on peut demander au médecin des urgences”

D'autres regrettent cependant un manque de communication et de soutien de leurs collègues des urgences, impactant négativement leur expérience en MMG.

E13 : “La dernière fois je n'avais plus de papier dans l'imprimante et les urgences m'ont dit ‘bah non on est posté on peut pas’ ”

E15 : “Ah non mais l'IAO nous appelle jamais hein !” “Ils nous appellent pas, ils savent pas si on est là. Ils nous adressent personne”

E17 : “Non avec les urgentistes on n'a pas du tout de lien direct avec eux”

2.7.2 Volonté d'intégration aux urgences

Les médecins interrogés souhaiteraient que la MMG soit mieux intégrée au fonctionnement des urgences. Via des outils et espaces partagés, la collaboration entre la MMG et le service des urgences pourrait être renforcée.

E18 : *“Alors que ce que j'aimerais bien c'est juste qu'on soit l'appendice et qu'on soit fusionné aux urgences. Qu'il y ait 3 circuits en fait ! Qu'il y ait le long/le court/la MMG (...) C'est un peu dommage, c'est un peu frustrant.”*

E12 : *“Et après le logiciel n'est pas le DPP donc n'est pas celui des urgences. Donc voilà on n'a aucune notion de par exemple, est ce qu'ils sont dans le rouge aux urgences ou pas, ou est ce que c'est hyper calme. Ça on le sait pas”*

E4 : *“La régul râlait car de toute façon y avait jamais personne, les urgences râlaient parce que y'avait jamais personne et quand il y avait quelqu'un, personne n'avait l'habitude d'aller regarder donc du coup on mettait pas de consult”*

2.7.3 Considération du médecin effecteur libéral

Certains médecins effecteurs regrettent un manque de considération du fait de leur statut libéral. Ils perçoivent un malentendu concernant leurs motivations et désapprouvent la division entre médecins hospitaliers et libéraux.

E15 : *“Nous on est des libéraux en fin de compte. Je ne sais même pas quel statut on a par rapport aux urgences (...) on fait pas partie du fonctionnement”*

E18 : *“Je rejoins un peu ce que je te disais avant, on n'a pas l'impression d'être en fusion avec l'hôpital”*

E7 : *“A une FMC de pédiatrie, y a une pédiatre de Clocheville qui a dit ‘venez faire des gardes avec nous’ comme si on n'était pas euh conscients de ce qu'ils vivaient” “Je pense qu'on est vraiment tous dans la même situation et que se tirer dans les pattes c'est vraiment pas une solution quoi.”*

2.8 Attractivité financière

2.8.1 Rémunération adaptée

Les médecins interrogés trouvent une attractivité financière de la PDSA en comparaison aux consultations de ville, motivant en partie leur investissement dans la MMG.

E5 : *“C'est quand même mieux payé que la consultation de médecine générale”*

E6 : *“Ça fait la consult à 62 euros pour un adulte et 74 euros pour un enfant. Ca euh c'est quand même très intéressant quand on en voit 7 en 4h”*

E13 : *“J'en ai refait parce que d'une part y a un aspect financier parce que clairement les 15 balles ou 26,50 avec l'augmentation des charges qu'on a ça ne suffit absolument pas à garder à flot le revenu”*

La rémunération est perçue comme juste vis-à-vis de l'investissement et des soins dispensés.

E3 : *“En tout cas on n'a pas l'impression de faire du bénévolat et c'est voilà c'est du travail qui est correctement rémunéré par rapport à ce qu'on fait”*

E18 : *“Je veux que pour les médecins il y ait une reconnaissance financière pour des trucs qui nous touchent et que déontologiquement on a envie de faire.” “On veut être rémunéré à notre juste valeur, pour voir des patients, pour aider et se sentir utile”*

E22 : *“Tu finis ta journée, financièrement c'est hyper intéressant mais par contre c'est soutenu”*

2.8.2 Facilitation du remplacement

Les médecins effecteurs sont satisfaits de cette attractivité financière car le don de garde à des remplaçants est ainsi facilité.

E2 : *“C'est aussi pour ça qu'on arrive bien à se faire remplacer”*

E21 : *“Et du coup ils trouvent des remplaçants à qui ils filent 100% de rétro, qui font la garde tranquille et puis voilà”*

2.8.3 Perception ambivalente du prix de la consultation

Bien que la rémunération soit perçue par la plupart des médecins interrogés comme méritée et adaptée au service rendu, la plupart pratiquent le tiers payant pour minimiser le reste à charge pour les patients.

E6 : *“Pour le règlement les patients l'acceptent très bien d'autant qu'on fait le Tiers Payant systématique donc le reste à charge c'est 20,70 ou 22,20 euros ce qui est loin d'être aberrant pour une consultation à 22h un soir en semaine”*

E18 : *“Moi je fais jamais payer 69 balles aux patients, je trouve que ça pique un peu, je fais toujours le Tiers Payant. Mais voilà je ne ferai pas des consultations à 23h pour 25 euros”*

Certains perçoivent la rémunération comme globalement insuffisante, notamment lorsque l'affluence en garde est faible.

E6 : *“Y a un forfait par la sécu (...). On est payé en plus, si on vient au minimum on a 60 euros. C'est le forfait sécu pour être resté de 20h à 00h (...) On n'y va pas pour rien mais bon 60 euros pour 4h de nuit ça fait quand même pas lourd”*

E18 : *“Je trouve que les rémunérations le week-end sont insuffisantes et je trouve que la rémunération le soir est un peu sèche”*

2.9 Sentiment d'utilité variable

2.9.1 Dépendant de l'affluence

L'affluence à la MMG est variable, dépendant notamment du jour de garde avec une affluence plus importante le week-end mais également en fonction de la saison.

E8 : *“Bah très aléatoire ! Ça peut aller de 10 à 40 quoi”*

E11 : *“Des fois c'est tout ou rien. Des fois c'est vraiment le gros rush et après y a eu une heure de calme, soit après ça peut être très régulier et les gens viennent les uns après les autres donc bon y a pas vraiment de rythme bien établi. C'est vraiment variable”*

E13 : *“Entre 4, et euh 4 c'est souvent. Et le plus que j'ai eu c'est 16 mais une seule fois. En moyenne 6/7”*

E14 : *“En été ou au printemps quand y a pas d'épidémie, en général euh on peut en voir euh ça m'est arrivé d'en voir que 6 dans la journée et parfois d'en voir une dizaine (...) et en période d'épidémie, bah on peut en voir 30 dans la journée !”*

E20 : *“C'est rarement en dessous de 15 euh même si ça dépend des saisons”*

Cette variabilité d'affluence a un impact sur le ressenti des médecins effecteurs puisqu'ils mettent en rapport direct leur motivation et leur sentiment d'utilité avec l'affluence en garde.

E4 : *“Parfois quand on voit le planning on se dit que y avait peut-être pas besoin...” “Le médecin qui est là, il faut qu'il consulte et qu'il voit des gens. Parce que s'il voit personne, il aura pas envie de revenir”*

E6 : *“Moi je me suis déjà déplacée pour 0 patient ce qui est un petit peu très énervant” “Y aller et se sentir pas utile c'est un peu décourageant”*

E11 : *“C'est ce que je disais, c'est de trouver le juste milieu entre : on va râler parce qu'on a trop de boulot. Mais si on n'en a pas c'est une perte de temps après derrière”*

Il existe un sentiment d'inadéquation entre la surcharge globale du système de santé annoncée (service d'urgences et médecine de ville) et un planning partiellement rempli en MMG, soulevant l'incompréhension de la part des médecins effecteurs.

E9 : *“J'avais vu 5 patients donc pareil j'aurais préféré faire autre chose de mon dimanche”*

E8 : *“A chaque fois on nous dit que y a des heures et des heures d'attente et moi j'étais à côté à rien faire” “Surtout quand on sait comment les urgences sont surchargées à côté et qu'on n'arrête pas de nous le reprocher”*

E13 : *“Surtout quand on voit qu'il y a 7 heures d'attente aux urgences !”*

E15 : *“On voit 6 patients de 20h à 00H alors qu'on entend que les urgences sont débordées”*

E4 : *“Soit y a un vrai manque de médecin, on blinde et super au moins ce jour là on est aidé. Soit y a pas tellement besoin et du coup ils gèrent tout seuls”*

2.9.2 Dépendant du motif de consultation

Certains médecins effecteurs remettent en question leur utilité en fonction des motifs de consultation. Ils questionnent la pertinence et la légitimité de consulter certains motifs d'urgence ressentie sur ce type de créneau.

E17 : *“Après voilà... tout dépend ce qui est régulé. Parfois on a l'impression de servir à pas grand chose. Non après les avantages c'est que le jour où on voit un patient pour lequel on était vraiment utile, ça valait le coup d'être là” “Moi vraiment mon interrogation c'est est-ce qu'on est vraiment si utile”*

E11 : *“Après je dirais que ça dépend du motif. Si c'est pour quelque chose qui entre guillemets vient d'arriver ou si c'est pour « j'ai mal depuis une semaine mais là j'en peux plus » on va dire que notre patience dans ces moments là est un peu différente...”*

2.10 Croyances et attentes envers le système de santé

2.10.1 Consommation de soins

Ces consultations pour des besoins jugés non urgents mettent en lumière une certaine consommation du soin par les patients, critiquée par les médecins interrogés.

E3 : *“Donc y a une demande des gens qui devient un peu excessive”*

E13 : *“J'en pense que 80% des gens qui viennent n'ont rien à y faire !”*

E17 : *“On s'aperçoit qu'on a beaucoup beaucoup beaucoup de rendez-vous qui ne nécessitent ni les urgences, ni d'être vu par un médecin généraliste à 22h ou 23h” “C'est vraiment l'écueil principal et du coup j'ai vraiment l'impression qu'on répond à une demande qui n'est pas justifiée et qu'on auto-entretient cette demande par nos gardes”*

E22 : *“L'intérêt de voir une varicelle qui va bien un dimanche sur une garde, euh...”*

Ainsi, certains médecins questionnent l'intérêt profond des consultations de médecine générale en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux.

E1 : *“Et puis on peut aussi se poser la question du besoin de soin en soirée finalement” “On estime en plus que en médecine générale c'est pas utile quoi”*

E11 : *“On fait pas mal de bobologie malheureusement. Après derrière, le contexte d'urgence est pas tout à fait adapté car y a beaucoup de choses qui pourraient attendre notamment le lundi matin” “Après est-ce que dans la semaine y a vraiment un intérêt ? Je ne suis pas sûre. Car globalement si c'est plutôt de la médecine générale ça peut normalement attendre le lendemain, par exemple si c'est quelqu'un qui a de la fièvre. Si par contre c'est vraiment quelque chose où la personne est instable, ça veut dire que nous notre rôle de médecin généraliste sera pas forcément utile et qu'il faudra plus réorienter la personne vers les urgences. Donc je ne sais pas si ce créneau là a vraiment une utilité.”*

2.10.2 Evolution des attentes sociétales envers les médecins généralistes

Tandis que les médecins effecteurs s'engagent et s'investissent dans la PDSA de façon volontaire et altruiste, ils ressentent que les patients sont moins reconnaissants et qu'ils normalisent le fait d'avoir accès à un médecin généraliste en permanence.

E1 : *“Ils se rendent pas compte qu'ils ont des médecins généralistes bah qui bossent le week-end quoi”*

E3 : *“Les prendre un jour de Noël, ça leur paraît normal” “Consumérisme de soins qui continue d'augmenter et la normalisation pour les gens, qu'il puisse y avoir des médecins tous les jours tout le temps”*

E13 : *“Maintenant on dit aux électeurs "vous aurez accès à un médecin où que vous soyez, jour, nuit, week-end". C'est ça qu'on leur dit. Personne ne se dit est ce que par exemple j'ai un kilo de courgettes à n'importe quelle heure du jour et de la nuit ou le week-end”*

2.10.3 Questionnement sur le fonctionnement du système de santé

Le fonctionnement du système de santé de manière globale est questionné par les médecins interrogés. Les médecins effecteurs notent l'importance des MMG notamment du fait de la désertification médicale.

E4 : *“Y aurait pas une erreur de prise en charge que d'attendre le lendemain. Mais après faut être honnête, on ne sait pas si le lendemain ils auraient pu voir un médecin”*

E14 : *“Bon y a sans doute des trucs qui pourraient attendre le lundi mais on sait aussi que sur le territoire c'est pas si facile que ça d'avoir un médecin. Donc je me dis bah qu'ils ont raison ! Autant bénéficier d'un médecin qu'on sait qu'on pourra avoir, plutôt que de pas être sûr de pouvoir voir un médecin le lundi si on n'est pas bien quoi”*

E17 : *“Y a un autre phénomène aussi hein, c'est qu'il y a certaines personnes qui n'ont pas de médecin traitant donc on se retrouve à les voir”*

Cependant, certains médecins questionnent l'impact économique des consultations en MMG du fait de leur caractère jugé parfois non urgent.

E13 : *“Est ce qu'une varicelle doit être vue si les gens sont éduqués ? Je sais pas. Est ce que ça doit coûter 70 balles ?” “Parce que payer 70 balles ; que la société paye 70 balles pour un gamin qui a une rhino fébrile depuis quelques heures, voilà” “Est ce qu'il est normal qu'une rhinopharyngite qui n'a besoin de personne ça coûte 120 euros parce que ça se fait la nuit ?”*

E15 : *“J'ai envie de dire euh niveau financier c'est un coût à la sécu ! Nous on prend je crois 65 ou 66 euros la consult le soir, il est passé aux urgences donc ça a un coût à la sécu !”*

2.11 Perspectives

2.11.1 Education des patients

En lien avec le sentiment de consommation du système de santé par la population, les médecins effecteurs ressentent un besoin d'éducation des patients ; tant sur les motifs urgents que sur les délais de consultation.

E5 : *“Parce que 98% des gens qu'on voit en garde n'auraient pas eu besoin d'être vus !”*

E11 : *“Le but c’est d’éviter que les gens consultent pour un oui ou pour un non donc après ça serait plutôt de l’éducation”*

E13 : *“La PDSA (...) elle passe par un truc qu’un politique ne parle jamais (...), c’est la formation du public !” “La piste d’amélioration la plus importante elle est sur l’éducation des patients”*

2.11.2 Diffusion de l’information

Les médecins interrogés pensent également que le développement du dispositif passera par une promotion de la participation à la PDSA. Ils participent eux-mêmes à la diffusion de l’information, auprès de leurs patients et de leurs confrères.

E21 : *“J’étais même plutôt pour le fait que voilà ça se démocratise, généralise un petit peu. Que les médecins ambulatoires participent à la permanence de soins”*

E6 : *“Que les médecins installés disent qu’il y a une MMG ça serait bien car y a vraiment plein plein de patients, à moins d’appeler le 15, qui ne le savent pas” “Mais vraiment qu’ils fassent des invitations à faire des gardes ou je sais pas mais je pense que y a des choses à faire là dessus”*

E9 : *“Je dis aux patients ‘Ecoutez si y a toujours de la fièvre dans 48h vous faites le 15 et y aura un médecin de garde’ ”*

E20 : *“Moi je leur dis aux patients ‘si ça va pas mieux ce week-end, sachez que le samedi et le dimanche y a des médecins de garde sur appel du 15”*

E22 : *“On a fait des affiches dans la MSP qu’on a placardé dans la salle d’attente ! On a été jusque là”*

2.11.3 Propositions d’amélioration

De nombreuses pistes d’amélioration sont proposées par les médecins effecteurs, désireux de s’investir et de travailler dans un dispositif plus fonctionnel :

- Délégation des tâches administratives, uniformisation des moyens de paiement
- Développement d’un planning en ligne pour faciliter la gestion des rendez-vous et des échanges de garde
- Réfléchir sur l’amplitude horaire de la PDSA

E12 : *“Je pense que les conditions ne sont pas optimales et que y a moyen de faire mieux avec ⅔ petites choses”*

E10 : *“Les pistes d’amélioration ... je ne sais pas dans quelle mesure ça serait possible de mettre un secrétariat”*

E14 : *“Et puis là on réfléchit ; on avait un logiciel mais qui marchait pas très très bien, donc ça fait un moment je pense qu’on est plein à ne plus s’en servir. Et on fait tout sur papier parce que c’est un peu galère. Et du coup là, on attend un devis (...) pour avoir un logiciel en ligne”*

E22 : *“Ça pourrait être intéressant d’avoir une plateforme euh où apparaissent toutes les gardes qui peuvent être potentiellement échangées”*

E7 : *“Et puis après si on me demande d’en faire plus, j’essaierai d’être davantage disponible”*

E2 : *“Je pense que ce qu’il serait intéressant à l’avenir, ça j’en suis persuadée, c’est d’ouvrir le samedi matin donc faire une journée de garde”*

L’implication des médecins effecteurs eux-mêmes dans le fonctionnement est une piste évoquée par les médecins interrogés pour améliorer le dispositif.

E17 : *“La PDSA est importante. Autant la faire comme on a envie de la faire et pas qu’on impose des choses venues d’en haut qui ne seront pas du tout ce qu’on a pensé nous...”* *“Avant de se retrouver avec quelque chose d’obligatoire et d’imposé. Qu’on n’aurait pas choisi et qu’on n’aurait pas créé nous-même et qu’on n’aurait pas réfléchi nous-même”*

La revalorisation économique de la garde a également été évoquée par les participants. Les MMG pourraient être plus attractives en revoyant le financement, en comparaison à d’autres dispositifs actuellement plus avantageux.

E12 : *“Mais du coup le forfait de base serait un petit peu diminué sur les effecteurs mobiles et peut-être un peu réaugmenté, bah je pense que les médecins iraient un peu plus (NB : en MMG)”*

2.11.4 Réflexions autour des modalités de participation

La participation au planning de garde a été questionnée par plusieurs médecins interrogés. Ils regrettent de ne pas voir plus de médecins du territoire engagés dans le dispositif.

E12 : *“Quand j’ai su à la réunion d’accueil qu’on était potentiellement 300 médecins à pouvoir être éligible au planning et qu’en fait y avait genre 10 sur le planning euh... ça fait pas beaucoup de motivés !”*

E11 : *“Franchement je dirais qu’on doit être une quinzaine (regarde sur le planning et compte) 24 car après on revient au même nom. Ça fait pas beaucoup...”*

Un planning incomplet est décrit comme délétère pour le fonctionnement du dispositif.

E9 : *“C’est vraiment le problème de ce planning à trou et que les urgentistes et IAO aient l’habitude d’envoyer des gens”*

E11 : *“C’est vrai que le fait qu’il n’y ait pas toujours quelqu’un... Ça veut dire qu’elles n’ont pas eu l’habitude (NB : les IAO) ou alors euh qu’il faut regarder si y a quelqu’un et si y a quelqu’un faut aller le contacter...”*

Certains médecins effecteurs remettent en question le volontariat et l’intérêt de rendre ces gardes obligatoires.

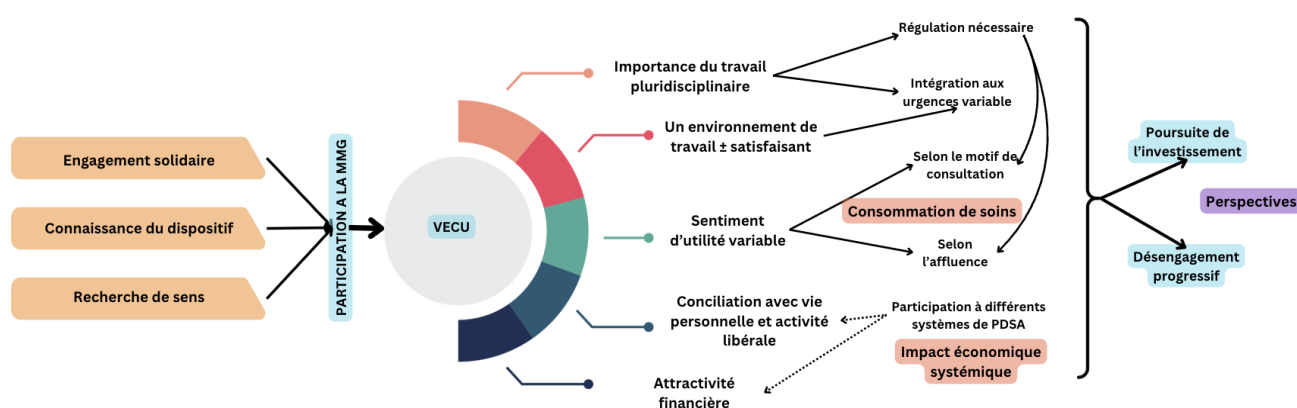
E7 : *“Je suis pour même le retour des gardes pour les médecins généralistes”*

E9 : “Après elle fonctionne bien aussi parce que c'est un planning qui n'est pas sur la base du volontariat”

E21 : “Je trouve que si tu as envie de les faire et que tu puisses les faire, c'est chouette. Euh de manière obligatoire c'est toujours le point de discorde. Mais pas que les médecins ; les français dès que tu obliges à faire quelque chose bah c'est compliqué”

E1 : “Je pense qu'il vaut mieux être tous solidaires et se porter volontaire plutôt que d'avoir des choses imposées”

3. Synthèse des résultats et modèle explicatif



Le ressenti des médecins effecteurs participant aux gardes en Maison Médicale de Garde en Indre-et-Loire est influencé par différents facteurs qui s’articulent autour des modalités d’intégration du dispositif, puis du vécu des gardes elles-mêmes.

L’intégration du dispositif est d’abord motivée par différents éléments. Les médecins participent en raison de valeurs d’entraide et de solidarité professionnelle. L’éthique médicale est au centre de leurs préoccupations. Ils cherchent et donnent du sens à leur implication à travers leur contribution globale au système de santé, le développement de leurs compétences et la reconnaissance perçue. Par ailleurs, l’accès et l’intégration dans le dispositif dépendent de leur familiarité avec son fonctionnement, de la façon dont ils ont été intégrés et de la fluidité des informations reçues.

Le travail pluridisciplinaire est largement plébiscité par les médecins effecteurs, bien que les modalités d’intégration avec les urgences varient d’un centre à l’autre. Cette intégration est en lien direct avec l’emplacement géographique de la MMG et donc de l’environnement de travail des médecins effecteurs de manière plus globale, facilitant ou non la collaboration avec

les urgences. L'adressage régulé est valorisé, il en découle cependant qu'un manque de collaboration peut parfois entraîner un manque d'affluence et des consultations pour des motifs jugés peu pertinents. Le sentiment d'utilité des médecins effecteurs se voit donc modifié, plaçant la question de la consommation de soins par la population au centre du ressenti des médecins effecteurs.

Le travail en MMG est perçu comme attractif financièrement par les médecins effecteurs, mais ayant pour corollaire un impact systémique sur le coût global du système de santé. La gestion de leur planning personnel et professionnel est un défi majeur pour les médecins effecteurs, nécessitant de nombreux ajustements, influençant également leur ressenti. Les perceptions autour de la rémunération influencent leur satisfaction et la durabilité de leur engagement.

Toutes ces dimensions influencent directement le vécu et le ressenti des médecins effecteurs et donc leur volonté de poursuivre les gardes ou de se désengager du dispositif. Certains médecins expriment leur insatisfaction par un désengagement progressif, lié à des contraintes persistantes et à un manque de reconnaissance ; valorisant parfois d'autres systèmes de PDSA moins contraignants et plus rémunérateurs. D'autres soulignent l'importance de renforcer le dispositif par des améliorations structurelles, une meilleure éducation des patients et diffusion de l'information pour inciter d'autres médecins à participer.

IV. DISCUSSION

1. Les forces et les limites

1.1 Echantillonnage

Notre travail de recherche est inspiré de la méthode par théorisation ancrée. Nous avons cherché à effectuer un échantillonnage théorique. Cependant, le nombre conséquent d'entretiens réalisés dans un intervalle de temps court a rendu difficile l'exploitation complète des données entre chaque entretien. Certains entretiens ont été menés avant l'exploitation des données du précédent.

Néanmoins, le nombre important de participants a permis à l'échantillonnage d'être représentatif de la population étudiée. Nous avons essayé d'interroger des médecins répondants à des catégories d'âge, de sexe et de mode d'exercice différents, tout en effectuant un recrutement aléatoire sur chaque site d'effectation.

Dans l'échantillonnage il est à noter une majorité de femmes ; ce qui semble cohérent avec la tendance de féminisation du métier identifiée à l'échelle nationale (18). De plus, l'âge moyen des répondants est de 37,5 ans. Il existe une tendance de rajeunissement des médecins en activité. L'âge moyen en France des médecins libéraux est à 50,3 ans en 2024. Il était à 49,2 ans en Indre-et-Loire en 2010 et est à 47,9 ans en Indre-et-Loire en 2024. Par extrapolation, il semblerait que la PDSA concerne les jeunes installés, faisant écho à la volonté des plus âgés de voir s'engager la nouvelle génération. Cela concorde avec l'enquête du CNOM concernant la PDSA où l'âge moyen des médecins effecteurs de PDSA en France était de 45,2 ans et c'est en Indre-et-Loire qu'était observé l'âge moyen minimum de 40,1 ans (19). Notre échantillon semble donc représentatif de la population étudiée.

Le critère d'inclusion correspondant à la réalisation d'une garde sur l'année écoulée, nous a privé du témoignage de médecins effecteurs qui auraient cessé l'activité ou qui n'auraient jamais participé, ce qui aurait pu apporter une vision différente à ce travail de recherche. Nous avons pris le parti d'axer notre échantillonnage sur des participations récentes afin de rendre compte d'un usage actuel des MMG.

1.2 Recueil des données

Les entretiens semi-dirigés ont été réalisés grâce à un guide d'entretien comprenant une majorité des questions ouvertes. Les premiers entretiens ont pu être impactés de relances avec des questions fermées car l'investigatrice MG était novice en recherche qualitative. La qualité

des entretiens s'est progressivement améliorée ; fait souvent souligné par les médecins interrogés qui rapportaient être à l'aise pour laisser libre-court à l'expression de leur ressenti.

1.3 Analyse

La saturation des données a été atteinte au 17^{ème} entretien. La chercheuse MG a souhaité poursuivre les cinq entretiens programmés afin d'augmenter la puissance de l'étude. L'intégration d'une seconde chercheuse a permis de poursuivre cette lancée de recherche de puissance. Chaque chercheuse (AB et MG) a repris et exploité chaque entretien de façon personnelle. Les résultats ont ensuite été triangulés par chacune, réalisant un double codage intégral, puis discutés de façon conjointe afin d'accroître la validité interne et restreindre au maximum le biais d'interprétation.

Finalement, notre étude était la première à s'intéresser à l'avis de médecins effecteurs participant actuellement aux gardes en MMG sur le territoire d'Indre-et-Loire.

2. Discussion des résultats et perspectives

2.1 Engagement et volonté d'intégration de la PDSA dans l'exercice libéral

On note une volonté d'information concernant les modalités de participation à la PDSA sur le territoire de la part des médecins libéraux. Lorsque les médecins ont été formés en Indre-et-Loire, ils tendent à poursuivre la même forme de PDSA dans leur activité que celle qu'ils ont réalisé durant leur internat ou leurs remplacements ; en sachant qu'en 2023, 2 616 médecins généralistes étaient recensés sur la région Centre dont 52,5% ont obtenu leur diplôme dans la région (20).

Déployer l'information concernant l'activité en MMG aux internes de la région pourrait être une piste simple de démocratiser leur existence. Une thèse de médecine publiée en 2024 s'intéresse aux freins de la participation à la PDSA perçus par les internes. Il était rapporté un manque de légitimité et une appréhension globale à s'investir, en lien avec l'inquiétude d'un isolement professionnel et la remise en cause de la sécurité des patients (21). Depuis 2023, les internes de médecine générale doivent effectuer une quatrième année de pratique ambulatoire. De notre point de vue, intégrer la participation à la PDSA durant leur cursus pourrait permettre une professionnalisation progressive, tout en bénéficiant de la pluridisciplinarité et de la réassurance que cette effecton fixe permet.

Plus récemment, le territoire d'Indre-et-Loire a été pilote pour le déploiement d'une nouvelle organisation de PDSA, le SAS 37. C.BERTHOUX s'est intéressée à l'avis des médecins effecteurs afin de connaître leur ressenti et leur motivation à intégrer ce système naissant (22). Il est retrouvé le souhait d'optimiser la gestion des SNP et d'intégrer centralement la médecine générale dans le parcours patient. Tout comme dans notre étude, l'attractivité du dispositif réside dans le fait de placer la médecine générale en premier recours des SNP et de désengorger les urgences des motifs qui n'en relèvent pas. Le fait de pouvoir réaliser cette forme de PDSA au sein de leur cabinet respectif, en l'intégrant à leur planning de consultation de façon aisée était un élément important. Ceci peut être mis en comparaison à certaines réponses obtenues dans notre travail, où les médecins tendent à articuler leur organisation libérale en intégrant la PDSA de façon la moins chronophage. Le SAS est un dispositif récent, dont l'existence tend à se démocratiser. Peut-être à l'avenir verrons-nous des médecins effecteurs en MMG quitter le système pour intégrer préférentiellement ce dispositif.

Parallèlement, il existe une sensation de manque de médecin effecteur rapportée lors de certains entretiens, avec une disparité des réponses obtenues selon le site d'effectation. Les médecins s'engagent facilement dans les planning de la MMG d'Amboise et Loches, sous-tendu par un sentiment de devoir déontologique et de soutien collectif souvent exprimé. De plus, le principe d'une gestion de planning centralisée permet de proposer un planning complet ; puis de laisser la possibilité aux médecins de trouver un remplaçant s'ils sont indisponibles.

L'organisation est fondamentalement différente pour la MMG de Tours. Cette structure déployée dans l'agglomération, secteur comptant alors le plus de médecins libéraux installés, est pourtant celle qui rencontre les plus fortes difficultés d'attractivité, allant jusqu'à devoir suspendre son fonctionnement en septembre 2024.

Son ouverture fait suite au rapport BRAUN paru en 2022 (16), qui avait pour mission de proposer un pacte de refondation des urgences et des SNP, à la suite des travaux réalisés en amont par A.BUZYEN en 2019 (23). Il y est proposé l'ouverture de MMG proche des centres d'urgence avec une activité de plus de 50 000 passages annuels, en notant que cela intervient après le financement alloué par les ARS en 2019 et que cet objectif d'ouverture n'est pas consensuel si le principe de régulation est bien implanté sur le territoire.

Depuis 2022, l'agglomération Tourangelle a vu éclore un panel de remaniements concernant l'organisation de ses SNP : la création du SAS 37, la restructuration de SOS Médipole et l'arrêt de ce service de minuit à sept heures (24) ainsi que l'ouverture de la MMG.

La mise en place d'un système nouveau tel que la MMG peut être perçue comme un facteur limitant ; où la prudence d'adhésion des médecins effecteurs a pu demander à ceux en place un investissement horaire conséquent.

Néanmoins, le principe du planning en ligne à la MMG de Tours est apprécié. Les médecins se placent sur les créneaux de consultation selon leur convenance. L'ambivalence entre les deux gestions administratives met en balance le respect de la notion de volontariat et l'acceptation d'un planning carencé par manque d'attractivité et de fidélisation.

Ainsi, l'engagement dans la PDSA est impacté par un manque ressenti d'informations sur les modalités d'effectuation ainsi que de médecins mobilisés. Ces éléments influencent directement la capacité des MMG à remplir leur rôle dans le désengorgement des services d'urgence, objectif central de la permanence des soins ambulatoires.

2.2 Désengorgement des SAU

L'engagement en MMG est motivé par la recherche d'un sentiment d'utilité à différentes échelles ; notamment vis-à-vis des confrères urgentistes. La motivation unanime étant le souhait de désengorger les urgences des motifs de SNP de médecine générale.

Effectivement, selon le rapport de la DRESS publié en décembre 2024 (25), le nombre de passages dans les services d'urgence a reculé entre 2020 et 2022 en lien avec la pandémie mondiale de COVID19, pour réaugmenter en 2022 et 2023 juste en dessous des chiffres constatés avant la crise sanitaire. En 2022 à l'échelle nationale, la moyenne journalière du nombre de passages était de 58 852. A l'échelle du territoire, les urgences de Loches en comptait 15 982 (26), les urgences de Tours 49 111 (27) et les urgences d'Amboise en comptait 17 341 (28) (pour des chiffres de 2023).

Cependant, depuis la création de ces structures, il semblerait que leur participation à ce désengorgement soit partiel et mal objectivé. A la MMG de Tours, les médecins effecteurs dénoncent une activité de consultation insuffisante en soirée, qu'ils mettent en lien avec un défaut de réorientation.

Il faut souligner que le système hospitalier Français fonctionne avec la tarification à l'acte, ce qui peut influencer le choix de réorienter des patients depuis les services d'urgence (15, 29).

Depuis 2021, une expérimentation nationale conduite par le Ministère de la Santé sur 15 régions analyse l'applicabilité d'un forfait de réorientation des urgences (FRU) fixé à 60 euros par patient réorienté, rémunéré aux SAU. L'objectif serait d'atteindre 5% à 10% de

réorientation des patients dont le passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation vers les structures de médecine de ville et ainsi stopper l'inflation des consultations dans les services d'urgence. (30, 31) Cette incitation financière pourrait permettre une meilleure coordination ville-hôpital.

Il pourrait être intéressant d'évaluer l'activité des 3 MMG par la traçabilité de l'exercice et des profils patients consultés, actuellement limitée par un usage aléatoire de l'outil informatique. Ceci pourrait alors permettre de travailler en interne sur la réalisation d'un protocole de réorientation conventionné des patients CCMU 1 et 2 depuis les SAU, en intégrant les IAO à la réflexion. Il pourrait également être intéressant d'observer le rapport entre les patients adressés depuis la régulation et ceux réorientés depuis les SAU.

Ce projet pourrait s'appuyer sur les bases de réflexion proposées par la Société Française de Médecine d'Urgence en avril 2024, notamment sur la liste indicative des motifs de recours pouvant faire l'objet d'une réorientation par l'IAO ou le MAO (32). Les modalités d'accès aux examens complémentaires tels que les ECBU pourraient être clarifiées au sein de chaque MMG.

Ces différentes propositions pourraient permettre une meilleure collaboration et coordination avec le service des urgences, largement plébiscitées par les médecins effecteurs en MMG.

2.3 Favoriser la coordination avec le SAU

Les médecins répondants expriment un sentiment de manque d'intégration de la MMG dans le système de soins et dans le fonctionnement habituel de la PDSA, notamment en agglomération. La pierre angulaire de la coordination semble être l'emplacement du lieu de consultation.

Un local trop éloigné des urgences comme à la MMG de Tours complique les relations déjà fragiles avec le SAU, restreint les échanges et la réorientation des patients. Cet argument a été largement avancé par les médecins effecteurs, allant parfois jusqu'à remettre en question l'intérêt de leur participation. Ce besoin était déjà retrouvé dans la thèse de L.CASAMAYOU en 2014 (33) et de K. HAMIDOU en 2018 (34), à l'époque de l'essor de ces structures de soins. A contrario, un local trop proche des urgences, comme à Loches, peut être rapporté comme un facteur confondant pour les patients, participant à renforcer le sentiment du "tout acquis" et à ne pas différencier l'exercice en MMG effectué par des médecins libéraux du circuit des urgences.

A Tours, les répondants expriment des difficultés dans le partage de l'information et dans la définition des rôles de chaque acteur. Ces aspects sont à mettre en lien avec une MMG plus récente, jugée moins fonctionnelle et mal intégrée à l'échelle du centre hospitalier, de la régulation ainsi qu'au niveau du département ayant conduit à un désengagement progressif des médecins. Une étude qualitative qui s'intéresserait à l'avis de médecins effecteurs ayant cessé leur activité, à une échelle départementale ou régionale pourrait corroborer certains éléments retrouvés dans notre étude et apporter de nouvelles pistes d'amélioration.

Les médecins libéraux sont dans l'attente d'une meilleure reconnaissance de leur investissement de la part de leurs collègues urgentistes et des institutions administratives. Pour eux, cela passe par l'amélioration du fonctionnement conjoint MMG/SAU, notamment pour ne pas se déplacer en soirée et consulter peu de patients.

Une thèse de 2019 s'intéressait aux nouveaux outils à développer en MMG pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes libéraux et les urgences (35). Elle mettait en évidence que l'accès au dossier hospitalier du patient et une vision partagée de l'affluence des patients pouvaient être des pistes pour une meilleure collaboration ; corroborant nos résultats.

Un travail réalisé en 2004 s'intéressait déjà à l'impact du développement des MMG sur l'activité hospitalière du CH de Narbonne (36). Sur un semestre, la MMG avait recensé 3 347 actes, période durant laquelle la fréquentation du service des urgences avait seulement diminué de 1,6% (représentant 253 passages en moins au SAU). Aux horaires d'ouverture de la MMG, il était soulevé un manque de volonté de collaboration et l'absence de convention qui aurait permis de lier les deux systèmes.

Le CHU de Tours entreprend actuellement la construction d'un nouvel hôpital pour 2026 (37). L'emplacement de la MMG pourrait être réfléchi en présence des médecins libéraux, afin de prendre en compte les différentes pistes d'amélioration soulevées et faciliter son intégration dans le circuit du service des urgences. L'accessibilité à cette future MMG serait également facilitée par la réorganisation de l'offre des transports en commun.

Finalement, la satisfaction des médecins effecteurs à participer à la PDSA est en lien direct avec une collaboration efficace avec les autres professionnels impliqués. Cette collaboration influence l'activité en MMG car elle est étroitement liée au processus de régulation.

2.4 Nécessité d'une organisation régulée

L'accessibilité régulée vers les MMG est un argument positif largement rapporté. Elle est jugée importante pour coordonner le parcours du patient, permettant ainsi de limiter un mésusage des MMG et modérer les consultations dans les SAU. Effectivement, l'utilisateur doit contacter le SAMU Centre 15 au numéro unique afin d'entrer dans le système de soins et être adressé à la structure jugée la plus adéquate. Ce numéro est régulièrement assimilé aux consultations d'urgence. La méconnaissance des MMG et la sensation de l'urgence ressentie des patients peut donc impacter l'utilisation de la régulation et les pousser à consulter préférentiellement dans les SAU (38).

Il pourrait être intéressant de réfléchir à une meilleure différenciation du Service Médical Urgent de la régulation ambulatoire des SNP en poursuivant par exemple, le déploiement du numéro 116-117. Expérimenté depuis 2016, il permet de joindre un médecin généraliste de garde sans utiliser la ligne du SAMU au numéro 15. Il semble parfois sous-utilisé par la population malgré des campagnes d'information (39).

Bien que l'orientation régulée soit nécessaire au bon fonctionnement des MMG, elle ne semble pas être seule suffisante. Se discute ainsi l'importance de l'éducation des patients pour une utilisation appropriée des structures de soins.

2.5 Éducation des patients

Les MMG apparaissent comme un outil de PDSA adapté et nécessaire à la population. Les médecins effecteurs évoquent l'importance de ces dispositifs, convaincus par la nécessité de proposer une réponse médicale adaptée aux patients dont la demande de soins progresse, dans un système où la communication au grand public est jugée insuffisante (40). Nos résultats mettent en évidence une sensation de consommation des soins qui questionne les médecins sur la qualité de l'éducation des patients.

Nous pouvons alors discuter de deux versants de l'éducation des patients :

- La connaissance et information des patients concernant les dispositifs de PDSA s'offrant à eux pour la gestion de leurs SNP
- L'éducation des patients sur la notion d'urgence ressentie

Dans les deux cas, les médecins interrogés y œuvrent personnellement, en informant sur l'existence de la MMG lorsqu'il reçoivent des patients à leur cabinet pour des soins aigus notamment en fin de semaine. Ils éduquent sur les motifs et signes de gravité devant pousser à

consulter en heures non ouvrées, sensibilisant alors sur l'urgence ressentie bien qu'elle reste subjective et personnelle. Ce besoin de réassurance pousse parfois les patients à consulter dans diverses structures d'urgence, malgré le travail d'éducation thérapeutique réalisé par les médecins généralistes (41).

Il semble y avoir une volonté de voir apparaître une diffusion élargie, à l'échelle nationale, qui pourrait prendre la forme d'affiches ou de spots publicitaires. Un travail portant sur le parcours de soin des patients dans l'Oise montrait qu'ils étaient sensibles aux affichages des salles d'attente de leur médecin généraliste (38, 42).

2.6 Réflexion sur la rémunération

L'apport pécunier des gardes n'est pas la source de motivation principale de la participation des médecins mais il représente un des avantages le plus souvent rapporté. Au forfait d'astreinte s'ajoutent les consultations rémunérées par la sécurité sociale, 56,50 euros le samedi, le dimanche et les jours fériés et 72,50 euros pour les consultations de nuit de 20 heures à minuit (43).

La plupart des médecins répondants expriment que la rémunération leur semble adaptée au service rendu, sous réserve que l'activité de la garde soit satisfaisante. Ce sentiment est corrélé aux résultats de la littérature (44). Ceci illustre que leurs sentiments d'utilité et de rentabilité sont modifiés lorsqu'ils ne consultent que peu de patients. Notamment lorsque l'on sait qu'un médecin participant à la PDSA en soirée doit adapter son organisation libérale.

Certains répondants proposent des pistes d'amélioration qui porteraient sur une homogénéisation des rémunérations entre les différents systèmes de PDSA, notamment avec le forfait de l'astreinte de l'effectif mobile rémunéré jusqu'à 100 euros par heure. Certains répondants avec une activité mixte la juge plus rentable pour un investissement personnel moins contraignant et moins chronophage, ce qui risque là aussi de dissuader les médecins effecteurs d'intégrer durablement le système de MMG.

V. CONCLUSION

Notre étude a permis d'explorer le ressenti et le vécu des médecins généralistes effecteurs en maisons médicales de garde (MMG) d'Indre-et-Loire. Elle montre que ce dispositif de permanence de soins correspond aux valeurs défendues par la médecine générale, notamment de dévouement, d'autonomie et de volontariat. La participation aux gardes en MMG répond aux attentes des médecins qui valorisent l'apport de ce dispositif tant pour les patients, que pour leurs confrères, médecins généralistes ou urgentistes. Elle permet en effet de répondre aux besoins en termes de soins non programmés et participe au désengorgement des urgences. Les médecins interrogés sont globalement satisfaits du fonctionnement des MMG, ils rapportent néanmoins des contraintes matérielles, organisationnelles et relationnelles, impactant leur satisfaction et leur sentiment d'utilité, ce qui parfois amène à leur désinvestissement du système de MMG.

Toutefois, des perspectives d'amélioration permettraient une pérennisation du dispositif, telles que la diffusion de l'information auprès des professionnels de santé du territoire et des patients, l'amélioration de la collaboration entre les différents acteurs ou l'éducation accrue des patients. Ainsi, la conciliation de l'autonomie des médecins avec la coordination interprofessionnelle tout en tenant compte de l'évolution du système de santé contribuerait à rendre le dispositif de MMG attractif et durable.

VI. **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) Agence Régionale de Santé. L'organisation de la permanence et la continuité des soins. [En ligne] 27 février 2023 [Consulté le 20/10/2024]. Disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>.
- (2) Conseil National de l'Ordre des Médecins. La Permanence de Soins. État des lieux au 1er janvier 2015. [En ligne] 01/2015 [Consulté le 20/10/2024]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
- (3) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Article 77 - Permanence de soins - obligations. [En ligne] 14 mars 2019 [Consulté le 20/10/2024]. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>.
- (4) Descours.C. Rapport du groupe opérationnel de travail sur la permanence des soins [En ligne]. 22/01/2003 [consulté le 20/10/2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
- (5) Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)
- (6) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1).
- (7) Code de la Santé Publique - Articles R6315-1 à R6315-6-. Section 1 : Permanence des soins en médecine générale. Mai 2019.
- (8) Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire. Cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en médecine générale en région Centre-Val de Loire [En ligne]. Consulté le 26/11/2024. Disponible sur : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Cahier_charges_PDS_MG_07_2016.pdf
- (9) Institut national de la statistique et des études économiques. Dossier complet du département d'Indre-et-Loire [En ligne]. Janvier 2025. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-37#tableau-POP_G2
- (10) Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire. Ensemble des médecins généralistes de la région Centre Val de Loire [En ligne]. 2023 [Consulté le 26/11/2024]. Disponible sur :

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2024-07/ProfSante2023-Generalistes.pdf>

(11) Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire. L'ARS a actualisé le zonage médecin en Centre-Val de Loire [En ligne]. 9 mars 2023 [Consulté le 26/11/2024]. Disponible sur :

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/lars-actualise-le-zonage-medecin-en-centre-val-de-loire>

(12) Agence Régionale de Santé Centre Val de Loire. Cahier des charges. Permanence des soins en médecine générale en région Centre-Val de Loire [En ligne]. 2019 [Consulté le 26/11/2024]. Disponible sur :

<https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Cahier%20des%20charges%2C%20Permanence%20des%20Soins%20Ambulatoires%2C%20Centre%20Val%20de%20Loire.pdf>

(13) Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Service d'Accès aux Soins. Retour d'expérience des 20 premiers SAS lancés [En ligne]. Janvier 2024 [Consulté le 07/11/2024]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/retex_sas_janvier_2024.pdf

(14) 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 N°2007-4: Annonce N°68 » [En ligne]. Consulté le 07/11/2024. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>.

(15) Boënnec.P. N° 1205 - Rapport d'information de M. Philippe Boënnec déposé par la délégation de l'Assemblée nationale à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins [En ligne]. Octobre 2008 [Consulté le 17/11/2024]. Disponible sur : https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp#P375_124435.

(16) Braun F. Mission flash sur les urgences et les soins non programmés [En ligne]. Juin 2022 [Consulté le 17/11/2024]. Disponible sur :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf

(17) Barney G.Glaser and Anselm A.Strauss. The Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research. Aldine Transaction. 1967. 271 pages.

(18) Arnault. F. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2024 [En ligne]. [Consulté le 24/01/2025]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf

- (19) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence de soins ambulatoire en médecine générale au 31 décembre 2023 [En ligne]. [Consulté le 24/01/2025]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hmd61x/cnom_rapport_pdsa_2023.pdf
- (20) Agence Régionale de Santé. Démographie des professionnels de santé. Ensemble des médecins généralistes de la région Centre Val de Loire [En ligne]. 2023 [Consulté le 12/01/2025]. Disponible sur : <https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2024-07/ProfSante2023-Generalistes.pdf>
- (21) Clément.S et Charbonneaux.A. Freins et leviers pour la participation à la permanence des soins ambulatoires perçus par les internes en médecine générale du DMG de Nantes [Thèse d'exercice]. Nantes : Université de Nantes ; 2024.
- (22) Berthoux.C. Perception des médecins généralistes effecteurs au sujet du SAS37 [Thèse d'exercice]. Tours : Université de Tours. 2022.
- (23) Ministère du travail, de la santé et des solidarités. Communiqué de presse de Agnès Buzyn. Pacte de refondation des urgences [En ligne] 20 septembre 2019 [Consulté le 12/01/2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/pacte-de-refondation-des-urgences-20-septembre-2019>
- (24) Ordre Médecins. SOS Médecin Tours : services et horaires [En ligne]. [Consulté le 12/01/2025]. Disponible sur : <https://www.ordre-medecins.org/sos-medecin-tours-services-et-horaires-detailles/>
- (25) DRESS. Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. n°1320. Publié le 13/12/2024. 8 pages.
- (26) Haute Autorité de Santé. Centre Hospitalier Paul Martinais, rapport de certification [En ligne]. Octobre 2022 [Consulté le 14/01/2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/rapport_de_certification_court_-_32229.pdf
- (27) CHRU Hôpitaux de Tours. Chiffres clés édition 2023 [En ligne]. [Consulté le 26/11/2024]. Disponible sur : <https://www.chu-tours.fr/wp-content/uploads/2023/09/CHRU-ChiffresCles-2022.pdf>

- (28) Centre Hospitalier Amboise Château-Renault. Services médicaux - Urgences [En ligne]. [Consulté le 14/01/2025]. Disponible sur : . <https://ch-amboise-chateaurenault.fr/urgences/>
- (29) Arrêté du 31 mars 2023 fixant les modalités de facturation des soins dispensés dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale (s. d.)
- (30) Bouchet.A, Fouchard.A and all. Forfait de réorientation des patients des structures d'urgence. Rapport final. 15/03/2022. 75 pages.
- (31) Arrêté du 26 avril 2023 modifiant l'arrêté du 23 février 2021 relatif à l'expérimentation du forfait de réorientation des patients dans les services d'urgence et fixant la liste des établissements de santé expérimentateurs. JORF n°0107 du 7 mai 2023.
- (32) Yordanov.Y, Penverne.Y and all. Préconisations SFMU-SUDF-CMG-GFRUP pour la réorientation des patients à partir des services d'urgences. 08/04/2024.
- (33) L.Casamayou. 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 d'exercice]. Bordeaux : Université de Bordeaux. 2014.
- (34) Hamidou, K. Organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le bassin de Thau : opinions des médecins généralistes installés. [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier. 2018.
- (35) Inserra.Y. État des lieux des outils mis à disposition par la maison médicale de garde pour faciliter les échanges entre les médecins généralistes libéraux et les urgences ; cas de la maison médicale de Béziers [Thèse d'exercice]. Montpellier : Université de Montpellier. 2019.
- (36) Menard.B. L'émergence des maisons médicales de garde dans la permanence de soins et leur incidence sur l'activité hospitalière. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 2004.
- (37) CHRU de Tours. Le NHT. Présentation du projet. Horizon 2026, le nouvel hôpital Trousseau [En ligne]. [Consulté le 15/01/2025]. Disponible sur : <https://www.chu-tours.fr/le-chru-et-ses-partenaires/le-nht/presentation-du-projet/>
- (38) Cense. A. Parcours de soin des patients en permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Oise : évaluation de la consultation en maison médicale de garde et aux urgences dans le secteur de Beauvais [Thèse d'exercice]. Amiens : Université de Picardie. 2018.

- (39) Sénat. « Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé » [En ligne]. 3 avril 2023 [Consulté le 22/01/2025]. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>.
- (40) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Dépenses de santé. Novembre 2023.
- (41) Coffinier.C. Déterminants de l'urgence ressentie par le patient en médecine ambulatoire [Thèse d'exercice]. Lille : Université de Lille. 2022.
- (42) Gignon, M., Idris, H., Manaouil, C. et al. The waiting room: vector for health education? the general practitioner's point of view [En ligne]. BMC Res Notes 5, 511 (2012). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-511>
- (43) MG France. « Je code un acte clinique (NGAP) » [En ligne]. [Consulté le 24 janvier 2025]. Disponible sur : <https://www.mgfrance.org/cotation/je-code-un-acte-clinique-ngap>.
- (44) Azy.S. Permanence de soins ambulatoires dans l'Oise : étude de la maison médicale de garde de Compiègne [Thèse d'exercice]. Amiens : Université d'Amiens. 2016.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien initial

Guide d'entretien pour l'exploration du ressenti des médecins effecteurs de garde dans les Maisons Médicales de Garde d'Indre et Loire.

Bonjour,

Je vous remercie de m'accorder de votre temps.

Je suis Manon GAUVIN, étudiante en 9^{ème} année de médecine à la faculté de Tours (37). Mon sujet de thèse s'intéresse à la permanence de soins en Indre et Loire.

La permanence de soin est un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, hors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux. Dans ce cadre là a été crée les maisons médicales de garde.

Vous êtes médecins effecteurs dans ce dispositif, je m'intéresse à votre opinion.

Cet entretien durera une trentaine de minutes. N'hésitez pas à rebondir sur les questions pour faire avancer la réflexion.

Question brise-glace :

Vous souvenez-vous de votre dernière garde à la maison médicale de garde ?

Vous êtes : () médecin libéral installé () médecin thésé remplaçant () médecin non thésé avec licence de remplacement

Parlez-moi de votre expérience comme médecin effecteur ?

Comment avez-vous eu connaissance de ce dispositif sur votre territoire ?

Comment et/ou par qui y avez-vous été intégré ?

Pouvez-vous me parler de l'intégration de ces gardes dans l'organisation de votre exercice libéral ?

Racontez-moi l'opinion que vous tirez de cet exercice ?

Quels avantages y trouvez-vous ?

Quels inconvénients y trouvez-vous ?

Pensez-vous qu'il y ai des pistes d'amélioration concernant ce dispositif ?

Vous avez déjà effectué une ou plusieurs gardes, pensez-vous poursuivre ?

Avez-vous des choses à rajouter en lien avec le sujet d'étude ?

Annexe 2 : Formulaire consentement



Lettre de consentement

à renvoyer avant l'entretien à manon.gauvin37@gmail.com

Je certifie donner mon accord pour participer au projet de recherche en santé :

« Maisons médicales de garde d'Indre et Loire : enquête d'opinion auprès des médecins effecteurs. »

De l'investigatrice : Manon GAUVIN

Et de la coordinatrice de recherche : Docteur Emilie HA

J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette étude. J'ai été prévenue que ma participation à l'étude se fait sur la base du volontariat.

Je certifie avoir été informé des objectifs de l'étude.

J'ai conscience que je peux décider à tout moment de quitter l'étude sans avoir à me justifier.

Au cours de cette étude, j'accepte que soit réalisés des enregistrements audios. Ces enregistrements sont destinés uniquement à l'étude. Ces données sont anonymisées. Les enregistrements seront détruits à l'échéance de la soutenance de thèse. Mon identité n'apparaîtra donc dans aucun document résultant de cette étude.

Mon consentement n'exonère pas les organisateurs de leurs responsabilités légales. Je conserve tous mes droits qui me sont garantis par la loi.

Nom

Lieu et date

Signature

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Hs

A stylized handwritten signature consisting of a large, horizontal oval loop with a vertical line intersecting it, and a horizontal line extending to the right from the top of the loop.

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

BOURHIS Amélie

GAUVIN Manon

72 pages – 2 tableaux – 2 figures

Résumé : Maisons Médicales de Garde d'Indre-et-Loire : exploration du ressenti des médecins effecteurs

Introduction : La permanence des soins ambulatoires permet de répondre au besoin de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux. C'est dans ce cadre qu'à progressivement émergé le concept de maisons médicales de garde, lieux fixes d'effectation. L'Indre-et-Loire s'organise en secteur de garde et compte actuellement 3 maisons médicales de garde (MMG) sur le département depuis l'ouverture d'une nouvelle structure sur l'agglomération en 2022. Jusqu'à présent, aucune étude régionale ou départementale ne s'est intéressée à l'avis des médecins participants à ce dispositif.

Objectif : Explorer le ressenti des médecins libéraux réalisant des gardes de PDSA dans les MMG d'Indre-et-Loire.

Matériel et méthodes : Étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Entretiens individuels semi-dirigés auprès de 22 médecins libéraux ayant réalisé au moins une garde sur l'un des trois sites d'effectation fixe que sont les MMG de Tours, Amboise ou Loches entre janvier 2023 et janvier 2024.

Résultats : Plusieurs dimensions du ressenti des médecins effecteurs en MMG ont été mises en évidence. Leur engagement repose sur des motivations variées, mêlant valeurs éthiques, territorialité et solidarité professionnelle. Les contraintes liées à l'environnement de travail influencent leur satisfaction, tout comme la gestion de l'affluence et la perception de leur utilité. Leur intégration dans le système de soins apparaît centrale dans leur expérience, avec des tensions liées à la collaboration interprofessionnelle et aux attentes sociétales. Des perspectives d'amélioration sont évoquées, notamment en matière de locaux, d'éducation des patients et de participation accrue des médecins.

Discussion : Les médecins effecteurs plébiscitent l'existence des MMG et s'engagent avec conviction dans le dispositif. Leur investissement est sous-tendu par le souhait de désengorger les SAU et d'améliorer la coordination avec ces structures afin de placer la médecine générale au cœur de la gestion des SNP.

Mots clés : Permanence de soins ambulatoires, maisons médicales de garde, médecins effecteurs, effectation fixe, ressenti, Indre-et-Loire.

Jury :

Président du Jury :	Professeur Saïd LARIBI
Directeur de thèse :	Docteur Émilie HA
Membres du Jury :	Docteur Thomas MOUMNEH
	Docteur Olivier PINÇON
	Docteur Jean-Michel LEMETTRE

Date de soutenance : 21 mars 2025