

UNIVERSITE DES ANTILLES
ET DE LA GUYANE
2015

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD

Regard du médecin généraliste sur la permanence de soin en Martinique en 2013

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 22 Juin 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

PIEL Alexandre

Né le 10 Juin 1984

A Rennes

Examineurs de la thèse :

| | |
|---|-----------------------|
| Professeur ARFI Serge | (Président du jury) |
| Professeur DUVAUFERRIER Régis | (Juge) |
| Professeur ROUVILLAIN Jean-Louis | (Juge) |
| Docteur GUITTEAUD Karine | (Juge) |
| Docteur CRIQUET-HAYOT Anne | (Directrice de Thèse) |

Regard du médecin généraliste sur la permanence de soin en Martinique en 2013

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles et de la Guyane
Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 22 Juin 2015

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

PIEL Alexandre

Né le 10 Juin 1984
A Rennes

Examineurs de la thèse :

| | |
|---|-----------------------|
| Professeur ARFI Serge | (Président du jury) |
| Professeur DUVAUFERRIER Régis | (Juge) |
| Professeur ROUVILLAIN Jean-Louis | (Juge) |
| Docteur GUITTEAUD Karine | (Juge) |
| Docteur CRIQUET-HAYOT Anne | (Directrice de Thèse) |

UNIVERSITE DES ANTILLES ET DE LA GUYANE
FACULTE DE MEDECINE HYACINTHE BASTARAUD

Liste des enseignants

GUADELOUPE

BLANCHET David

Tel : 05 90 89 13 95

PU-PH Chirurgie Urologique

pascal.blanchet@chu-guadeloupe.fr

DABADIE Philippe

Tel : 05 96 89 11 82

PU-PH Anesthésiologie

philippe.dabadie@chu-guadeloupe.fr

DAVID Thierry

0690 89 14 50

PU-PH Ophtalmologie

pr.t.david@hu-guadeloupe.fr

DUFLO Suzy

0590 93 46 16

PU-PH ORL

sduflo@yahoo.com

HELENE-PELAGE Jeannie

0590 89 15 45

PAMG Médecine Générale

jeannie.pelage@wanadoo.fr

HOEN Bruno

05 90 89 15 45

PU-PH Maladies infectieuses

brunohoen.guadeloupe@gmail.com

GANE-TROPLENT Franciane

0590 2039 37

MCA Médecine Générale

franciane.troplent@orange.fr

JANKY Eustase

0590 89 13 89

PU-PH Gynécologie

eustase.janky@chu-guadeloupe.fr

LALANNE-MISTRIH Marie-Laure

0590 89 15 45

MCU-PH Nutrition

ml.lmistrih@gmail.com

LANNUZEL Annie

0590 89 14 30

PU-PH Neurologie

annie.lannuzel@chu-guadeloupe.fr

UZEL André-Pierre

0590 89 14 66

PU-PH Orthopédie Traumatologie

maxuzel@hotmail.com

VELAYOUDOM-CEPHISE Fritz-Line

0590 89 13 00

MCU-PH Endocrinologie

fritz-line.cephise@chu-guadeloupe.fr

Enseignant en surnombre

BEUCAIRE Gilles

PU-PH Maladies Infectieuses

gilles.beucaire@gmail.com

GUYANE

AZNAR Christine

0594 39 50 54

MCU-PH Parasitologie

christine.aznar1@wanadoo.fr

CARME Bernard

0594 39 54 05

PU-PH Parasitologie

carme.bernard@wanadoo.fr

COUPPIE Pierre

0594 39 53 39

PU-PH Dermatologie

couppie.pierre@voila.fr

NACHER Mathieu

0594 93 50 24

PU-PH Epidémiologie

mathieu.nacher@ch-cayenne.fr

MARTINIQUE

CABIE André

0596 55 23 01

PU-PH Maladies Infectieuses

andre.cabie@chu-fortdefrance.fr

CESAIRE Raymond

0596 55 24 11

PU-PH Bactériologie

raymond.cesaire@chu-fortdefrance.fr

DUEYMES Maryvonne

0596 55 24 24

PU-PH Immunologie

maryvonne.dueymes@chu-fortdefrance.fr

DELIGNY Christophe

0596 55 22 55

MCU-PH Médecine Interne

christophe.deligny@chu-fortdefrance.fr

DUVAUFERRIER Régis

0596 55 21 84

PU-PH Radiologie et Imagerie Médicale

regis.duvaufferier@chu-fortdefrance.fr

INAMO Jocelyn

0596 55 23 72

MCU-PH Cardiologie

inamo.jocelyn@chu-fortdefrance.fr

JEAN-BAPTISTE Georges

0596 55 23 51

PU-PH Rhumatologie

gcd.jeanbaptiste@wanadoo.fr

JEHEL Louis

0596 55 20 44

PU-PH Psychiatrie

louis.jehel@chu-fortdefrance.fr

ROQUES François

0596 55 22 71

PU-PH Chirurgie Thoracique

chirurgie.cardiaque@chu-fortdefrance.fr

ROUDIE Jean

0596 55 21 01

PU-PH Chirurgie Digestive

jean.roudie@chu-fortdefrance.fr

ROUVILLAIN Jean-Louis

0596 55 22 28

PU-PH Orthopédie et Traumatologie

jean-louis.rouvillain@chu-fortdefrance.fr

Enseignants en surnombre

ARFI Serge

0596 55 22 55

PU-PH Médecine Interne

serge.arfi@chu-fortdefrance.fr

WARTER André

0596 55 23 50

PU-PH Anatomie

alwarter@yahoo.fr

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Serge ARFI

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse. Je vous prie d'accepter ici l'expression de ma très haute considération et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Régis DUVAUFERRIER

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis ROUVILLAIN

Veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance pour la confiance que vous m'avez fournie en acceptant de faire partie de ce jury.

A Madame le Docteur Karine GUITTEAUD

Je vous remercie pour tout le support, les conseils et la gentillesse que vous m'avez apportés lors de mon passage dans votre service. C'est un honneur pour moi que vous siégiez à ce jury de thèse.

A Madame le Docteur Anne CRIQUET-HAYOT

Je ne vous remercierais jamais assez pour la confiance, la patience et la disponibilité que vous avez fournie tout au long de ce travail. Veuillez accepter le témoignage de ma profonde reconnaissance

A ma famille qui sera loin lors de ce moment fort dans ma vie professionnelle. Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que vous m'avez fourni tout au long de ces années d'études.

Merci papa pour cet humour qui t'est si caractéristique ! Tu es et tu resteras un modèle pour moi.

Merci maman pour ton soutien, ton amour et ta gentillesse qui te caractérisent tant. Je ne saurais jamais te remercier pour tout ce que tu m'as apporté !

A mon frère Romain, je reste admiratif devant ton parcours et tes choix de vie. Tu es vraiment un chic type, et je te souhaite vraiment de réussir dans tout ce que tu entreprendras (en commençant par ce semi-marathon... Essaie de rester vivant tout de même).

A ma sœur Morgane, personnage si haut en couleur, si atypique ! Garde cette passion qui est la tienne. Garde ce goût des jolies choses.

Je remercie tout particulièrement ma compagne. Odile, tu as su m'aider dans ces moments difficiles, m'apporter tout ton amour et les petits plats qui vont avec ! Sans toi les choses aurait été plus ternes. Merci d'apporter de la couleur à ma vie ! J'ai vraiment beaucoup de chance de t'avoir auprès de moi.

1. RÉSUMÉ

Introduction : La permanence de soin ambulatoire (PDSA) est une structure en évolution, en particulier depuis l'arrivée des maisons médicales de garde (MMG). L'objectif de cette étude était de s'informer sur l'opinion des médecins généralistes concernant la PDSA en Martinique en 2013.

Méthode : Une étude qualitative semi-directive a été réalisée auprès de médecins généralistes participants ou non à la PDSA, répartis sur la Martinique, échantillonnage réalisé en variation maximale. L'analyse des résultats a été effectuée après retranscription, par deux investigateurs au moyen d'un codage thématique.

Résultats : Le seuil de saturation a été obtenu après 16 entretiens ; 19 médecins (9 participants et 10 non participants à la PDSA) ont été inclus entre Juillet 2013 et Octobre 2013. Les interviewés étaient globalement satisfaits de l'organisation de la PDSA, de la suppression de la garde en nuit profonde, et des MMG. Des problèmes persistaient en rapport avec la structure du Marin, les communes éloignées des MMG, et le rapport conflictuel des médecins avec l'ARS. La charge de travail, l'absence d'affinité pour les urgences et le sentiment d'inutilité de la garde étaient les principaux arguments contre la PDSA. Les participants étaient motivés par un devoir déontologique. Ils considéraient la PDSA utile dans sa mission de désengorger les urgences et la nécessité d'une médecine de proximité à toute heure.

Conclusion : La PDSA au travers des MMG constitue une avancée, nécessaire dans la prise en charge du patient. Le dialogue rompu avec l'ARS et la charge de travail quotidienne du médecin constituent ses principaux obstacles.

ABSTRACT

Introduction: In France, the organization of after-hours care services (AHC) is in mutation, especially since the arrival of out of hours services (OHS). The aim of this study was to inform us about what general practitioners (GP) were thinking of AHC in Martinique in 2013.

Method: We did a qualitative research based on semi-structured interviews, involving GPs, participant or not in AHC, with a purpose of maximum variation sampling. The results have been analyzed after transcription by two investigators, using a thematic coding.

Result: We reached the saturation point after 16 interviews; 19 GPs (9 participants and 10 non participants) have been included between July 2013 and October 2013. Most of them were satisfied about the AHC's organization, with OHS, and the removal of GP's permanency after midnight. There were problems related to the infrastructure of the OHS in "Le Marin", the conflict between the Regional Health Agency and GPs, and towns considered as too far from the OHS. Some GPs refused to participate at the AHC because of a heavy workload in GP's office, the lack of interest about emergencies or the feeling of worthlessness of AHC. Others were motivated by a deontological duty. They considered that AHC was useful to relieve the pressure in emergency room, and also the need of an access to local medical care for the population.

Conclusion: The OHS are an evolution for GP's after-hours work, improving the quality care for patients. The everyday workload of GPs and the lack of discussion between the Regional Health Agency and physicians are the main obstacles for AHC.

Table des matières

| | |
|---|----|
| LISTE DES ABREVIATIONS : | 11 |
| 1. INTRODUCTION | 12 |
| 2. MATERIEL - METHODE | 16 |
| 2.1. Choix de la méthode | 16 |
| 2.2. Echantillon | 16 |
| 2.3. Réalisation du canevas d'entretien | 19 |
| 2.4. Recueil des informations | 20 |
| 2.5. Méthode d'analyse | 21 |
| 3. RESULTATS | 22 |
| 3.1. Le médecin généraliste et la garde | 24 |
| 3.1.1. Exercice libéral et vie privée | 24 |
| 3.1.2. La garde au cabinet médical | 24 |
| 3.1.3. La garde dans les MMG | 25 |
| 3.1.4. La garde, un travail réservé au jeune médecin ? | 29 |
| 3.2. Les acteurs de la permanence de soin ambulatoire | 30 |
| 3.2.1. La régulation | 30 |
| 3.2.2. La médecine effectrice | 31 |
| 3.2.3. Interaction avec le SAU | 33 |
| 3.2.4. La pharmacie de garde | 33 |
| 3.2.5. Le cabinet de l'aéroport | 34 |
| 3.3. La communication avec les autorités : l'ARS et le CDOM | 34 |
| 3.4. Participation et obligations | 35 |
| 3.4.1. Une obligation persistante | 35 |
| 3.4.2. Les réquisitions, sujet de polémique | 36 |

| | |
|--|----|
| 4. DISCUSSION..... | 37 |
| 5. CONCLUSION..... | 45 |
| 6. BIBLIOGRAPHIE..... | 47 |
| ANNEXE 1 : Les secteurs de garde médicale de 2006 à 2012..... | 50 |
| ANNEXE 2 : Les secteurs de garde médicale depuis 2012..... | 51 |
| ANNEXE 3 : Canevas d’entretien (<i>avec les questions de relance en italique</i>)..... | 52 |
| ANNEXE 4 : Les secteurs de garde de pharmacie depuis 2006..... | 53 |
| ANNEXE 5 : Grilles de codage du discours..... | 54 |

LISTE DES ABREVIATIONS :

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, Permanence de Soins

MMG : Maison Médicale de Garde

PDSA : Permanence De Soins Ambulatoire

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

2. INTRODUCTION

La permanence de soin en médecine générale ambulatoire (PDSA), est une mission de service public dont l'objectif est d'assurer la continuité des soins. Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale. Elle concerne l'ensemble des médecins généralistes libéraux [1] et s'articule autour de deux axes, la régulation libérale et l'effectation selon une obligation déontologique [2].

La participation des médecins généralistes à la PDSA a évolué au fil du temps, règlementée par la convention médicale. Avant 2005 elle était non rémunérée et obligatoire ; la nouvelle convention a permis [3] :

- Une indemnisation forfaitaire de la garde (50 euros pour la période de 19h à 00h, 100 euros de 00h à 7h ; et 150 euros les samedis de 13h à 1h et les dimanches de 7h à 19h),
- Une participation des médecins basée sur le volontariat, mais laissant la possibilité au Préfet de procéder aux réquisitions pour compléter le tableau de garde [4].

La PDSA est organisée sous forme de secteurs à l'échelle départementale, avec 7 secteurs de garde médicale en 2006 (*Annexe 1*) :

- 6 secteurs de garde au cabinet du médecin généraliste,
- Le secteur de Fort-de-France avec une garde à la MMG clinique Saint-Paul.

Depuis 2006, nous constatons un retrait progressif des médecins de la PDSA, avec en parallèle une augmentation de la fréquentation des services d'accueil des urgences (SAU) [5]. En 2006, 30% des médecins martiniquais participaient à la PDSA contre 19% en 2010. A titre de comparaison, 60% des médecins assuraient leurs gardes dans 78% des départements de France métropolitaine, la même année.

L'ARS de Martinique a identifié plusieurs causes pouvant expliquer cette problématique [5]:

- Une densité élevée de population (353 habitants/km² en 2006), répartie de manière inégale sur la Martinique, avec, en 2011, 42% des martiniquais concentrés dans les communes de Fort-de-France, Lamentin, Schœlcher et Saint-Joseph,
- Le vieillissement de la population martiniquaise, avec une augmentation du nombre de personnes âgées de 60 ans et plus,
- Une densité médicale inférieure de 10% à la France métropolitaine, avec une répartition inégale délaissant en particulier le Nord de l'île,

- Une population médicale vieillissante, 32% des médecins généralistes ayant plus de 55 ans en Martinique en 2011,
- Des incohérences entre les différents secteurs de garde avec : 7 secteurs de garde médicale, 4 secteurs de permanence ambulancière, 4 territoires de proximité pour l'organisation des urgences hospitalières, et 3 secteurs de garde de pharmacie.

En 2012 une nouvelle organisation a été validée par le CODAMUPS [5], avec :

- Un redécoupage territorial des secteurs de garde médicale passant ainsi de 7 à 4 secteurs de garde avec, le Nord-Caraïbe, le Nord-Atlantique, le Centre et le Sud, (*Annexe 1 et Annexe 2*),
- La création de trois MMG :
 - A Trinité (secteur Nord-Atlantique), au Marin (secteur Sud),
 - A Fort-de France, MMG s'ajoutant à la MMG privée de la clinique Saint-Paul (secteur Centre et Nord-Caraïbe),
- La création d'un secteur mobile assuré par SOS médecins,
- L'obligation de prendre des gardes dans les MMG, et non plus au cabinet médical,
- La suppression de la nuit profonde de minuit à 7h,

- La majoration des indemnités d'astreinte :
 - De 50 à 135 euros de 19h à minuit,
 - De 150 à 210 euros de 7h à 19h les dimanches et jours fériés.

Avec cette nouvelle organisation, la prise en charge des patients orientés par le Centre 15 à travers la régulation libérale est désormais assurée :

- Soit en plusieurs lieux fixes clairement identifiés pour la population, de 19h à minuit du lundi au vendredi, de 13h à minuit le samedi et de 7h à minuit le dimanche et jours fériés,
- Soit à domicile par SOS médecins.

La participation des médecins à la PDSA dans ces MMG est hétérogène depuis leur ouverture. Le manque de médecin est particulièrement visible à la MMG du Marin, avec environ 5 jours de garde assurés par mois pendant le 1^{er} semestre de 2013. Conformément au cadre légal [4], le CDOM a fourni au Préfet une liste de médecins réquisitionnables pour le secteur Sud.

Devant ces disparités d'effectif et ce contexte de réquisition, il nous a paru pertinent d'interroger les médecins sur la PDSA en Martinique en 2013, en recueillant leur opinion par une enquête qualitative réalisée au moyen d'entretiens individuels semi-directifs.

3. MATERIEL - METHODE

3.1. Choix de la méthode

Pour répondre aux objectifs de notre travail, nous avons utilisé la méthode qualitative au moyen d'entretiens individuels semi-directifs, avec une analyse thématique des données recueillies, appropriée pour l'étude d'opinions et de comportements d'individus.

Cette technique permet le recueil de l'opinion du médecin généraliste sur un aspect particulier de son travail, de comprendre les raisons de sa participation ou non, en rentrant dans son intimité, afin de dresser un portrait unique de sa pratique et de son regard sur la PDSA [6][7].

3.2. Échantillon

Pour constituer l'échantillon nécessaire à notre étude, nous avons choisi de réaliser un échantillonnage en variation maximale. A l'inverse de l'échantillonnage homogène, il est plus adapté pour l'analyse d'opinions, de perceptions et de comportements les plus variés dans une population la plus large possible. L'objectif de l'échantillonnage dans le cadre d'une étude qualitative n'est pas la représentativité statistique [8].

Nous avons recherché les variables individuelles pouvant influencer les résultats de l'étude [5] [9].

Un échantillonnage raisonné a été effectué, en recherche de variation maximale selon les critères suivants :

- Être installé comme médecin généraliste en Martinique,
- Lieu d'installation en suivant les zones de découpage définies par l'ARS, pour obtenir la répartition géographique la plus large possible,
- Nombre équivalent de participants ou non à la PDSA (la participation à la PDSA des médecins interviewés est un critère de variabilité des opinions puisque le médecin acteur de la PDSA serait plus à même d'être favorable au système en place à l'inverse du médecin non participant),
- Sexe,
- Les tranches d'âge,
- Nombre d'années d'installation,
- Régulateur ou non.

Dans chacun des 3 secteurs, 10 médecins ont été sélectionnés : 5 choisis sur la liste de garde mise à disposition par le CDOM, et 5 non participants à partir de l'annuaire téléphonique « les pages jaunes ». Ce choix a été effectué en essayant d'avoir un échantillonnage le plus diversifié possible en fonction des critères de sélection.

Au terme de cette étape, nous avons obtenu une liste de 30 médecins divisés en deux groupes principaux, non participants et participants, répartis sur la Martinique.

À partir de cette liste, l'enquêteur a contacté par téléphone alternativement un médecin participant, un non participant à la PDSA sur chaque secteur, en commençant par le secteur Sud. Cette opération a été répétée dans les secteurs Centre – Nord-Caraïbe puis Nord-Atlantique pour revenir au secteur Sud. Si un médecin contacté refusait la participation à l'étude, un autre médecin du même groupe était appelé sur les différents secteurs. Ce schéma a été poursuivi jusqu'à la fin du recrutement. Nous avons inclus les médecins au fur et à mesure afin de contrôler la répartition des sujets selon les variables définies.

L'inclusion a été menée entre juillet et octobre 2013, jusqu'à saturation des données, évaluée par l'absence de nouvelle information exploitable lors de l'analyse des entretiens.

Les médecins contactés étaient informés d'un travail d'étude qualitative sur leur pratique en médecine générale, sans fournir plus d'informations au médecin concernant l'enquête.

Avec leur accord, un rendez-vous était convenu avec l'enquêteur suivant les disponibilités du médecin, afin de réaliser l'entretien semi-directif.

3.3. Réalisation du canevas d'entretien

Nous avons constitué le canevas avec des questions ouvertes, afin d'obtenir le plus large champ de réponses et d'opinions sur la PDSA.

Nous avons retenu 4 questions principales accompagnées de questions de relance (*Annexe 3*).

La première question était dite « brise-glace ». Elle avait pour objectif de mettre le médecin interviewé en confiance en lui permettant de décrire son histoire personnelle et sa pratique de la médecine générale.

Les 3 questions suivantes avaient pour but de permettre aux participants de s'exprimer sur le sujet de la PDSA, et non de rendre cet entretien exhaustif.

Si le médecin interrogé n'évoquait pas un aspect du sujet, les questions de relance étaient posées. Des reformulations des questions ou des réponses émises par les médecins, étaient utilisées comme moyen de relance de la discussion, en restant aussi partial que possible.

La grille d'entretien a été retenue comme pertinente après le 4^e entretien, puisque les propos recueillis ont été jugés informatifs.

3.4. Recueil des informations

Les entretiens se sont déroulés au domicile ou sur le lieu de travail du médecin participant, amenant l'enquêteur à se déplacer sur l'ensemble du territoire martiniquais.

Ces entretiens ont été réalisés de préférence dans un lieu calme, une pièce isolée de toute distraction.

La présentation du déroulement de l'entretien et de la méthode de recueil a été réalisée de la manière suivante :

« Bonjour, je vous remercie de bien vouloir me recevoir. Je suis interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, je réalise une étude qualitative. Celle-ci se déroule selon des entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes tels que vous. Ces entretiens sont réalisés au travers de questions ouvertes afin d'obtenir votre opinion sur le sujet évoqué. Par commodité, l'ensemble de l'interview sera enregistré au moyen d'un dictaphone. Je vous rappelle que cet entretien est anonyme ».

Les entretiens ont été enregistrés après autorisation des participants sous couvert d'anonymat.

3.5. Méthode d'analyse

Le matériel audio recueilli a été retranscrit sur le logiciel Microsoft Word[®], en respectant mot pour mot ce que le médecin avait dit à l'issue de chaque entretien. Une deuxième écoute a été réalisée par la suite par l'enquêteur afin d'évaluer la qualité de la retranscription et ajouter des corrections éventuelles. Le matériel audio a ensuite été détruit.

Le contenu de chaque entretien a été analysé en utilisant le logiciel QSR NVivo10[®].

Ce travail a été réalisé par l'enquêteur et un autre investigateur, séparément, afin de limiter l'interprétation subjective des résultats. L'ensemble des textes a été analysé de manière homogène par chacun des investigateurs selon la méthode d'analyse thématique. Les thèmes étaient des affirmations sur un sujet regroupés dans des unités d'enregistrement. A l'issue de l'ensemble des entretiens, les unités d'enregistrement des investigateurs ont été confrontées. Les unités identiques étaient systématiquement retenues. En cas de divergence concernant une unité d'enregistrement, les investigateurs discutaient et choisissaient ou non de la retenir comme élément d'analyse. A l'issue de l'ensemble de ce travail, ces unités ont été réunies et catégorisées sous des titres génériques.

4. RÉSULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interviewés

| Médecin interviewé | Tranche d'âge (années) | Sexe | Période d'installation en Martinique (année) | Secteur de garde | Rôle dans la PDSA en 2013 | Durée de l'entretien |
|--------------------|------------------------|------|--|------------------|---------------------------|----------------------|
| M1 | [50-59] | F | [2000-2009] | Sud | E | 19min 4sec |
| M2 | [50-59] | F | [1980-1989] | Centre – NC | ER | 18min 13sec |
| M3 | <40 | H | ≥2010 | Nord Atlantique | E | 16min 20sec |
| M4 | [40-49] | F | [1990-1999] | Nord Atlantique | R | 24min 47sec |
| M5 | [50-59] | H | [1990-1999] | Nord Atlantique | E | 17min 50sec |
| M6 | ≥60 | H | <1980 | Centre – NC | NP | 30min 22sec |
| M7 | <40 | H | [2000-2009] | Sud | NP | 36min 41sec |
| M8 | [50-59] | H | ≥2010 | Sud | E | 18min 12sec |
| M9 | ≥60 | H | <1980 | Nord Atlantique | NP | 19min 6sec |
| M10 | ≥60 | H | [1980-1989] | Centre – NC | NP | 21min 59sec |
| M11 | ≥60 | H | [1980-1989] | Centre – NC | NP | 26min 17sec |
| M12 | <40 | F | [2000-2009] | Sud | NP | 17min 27sec |
| M13 | ≥60 | H | [1980-1989] | Centre – NC | R | 18min 56sec |
| M14 | ≥60 | F | [2000-2009] | Sud | NP | 24min 55sec |
| M15 | [40-49] | F | ≥2010 | Sud | NP | 22min 30sec |
| M16 | [50-59] | H | [1990-1999] | Centre – NC | NP | 22min 11sec |
| M17 | [50-59] | H | [2000-2009] | Centre – NC | ER | 13min 34sec |
| M18 | [50-59] | F | [2000-2009] | Centre – NC | NP | 12min 22sec |
| M19 | <40 | H | ≥2010 | Centre – NC | E | 23min 8sec |

Sexe : H : Homme, F : Femme ; Secteur : Centre-NC : Centre – Nord-Caraïbe ; Rôle dans la PDSA en Martinique en 2013 : NP : Non Participant, E : Participant effecteur, R : Participant régulateur, ER : Participant effecteur et régulateur ; Durée de l'entretien : min : minutes, sec : secondes

30 médecins ont été sélectionnés. 5 médecins ont refusé l'entretien, par manque de temps disponible.

19 entretiens ont été réalisés (figure 1). Le seuil de saturation a été obtenu après 16 entretiens. 3 entretiens complémentaires ont été réalisés par sécurité. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le tableau 1.

10 médecins non participants et 9 médecins participants ont été interrogés.

La durée moyenne des entretiens a été de 21 minutes et 17 secondes.

47,4% des médecins analysés étaient installés depuis plus de 10 ans en Martinique.

L'âge moyen des médecins interrogés était de 50,4 ans ($\pm 9,9$ ans).

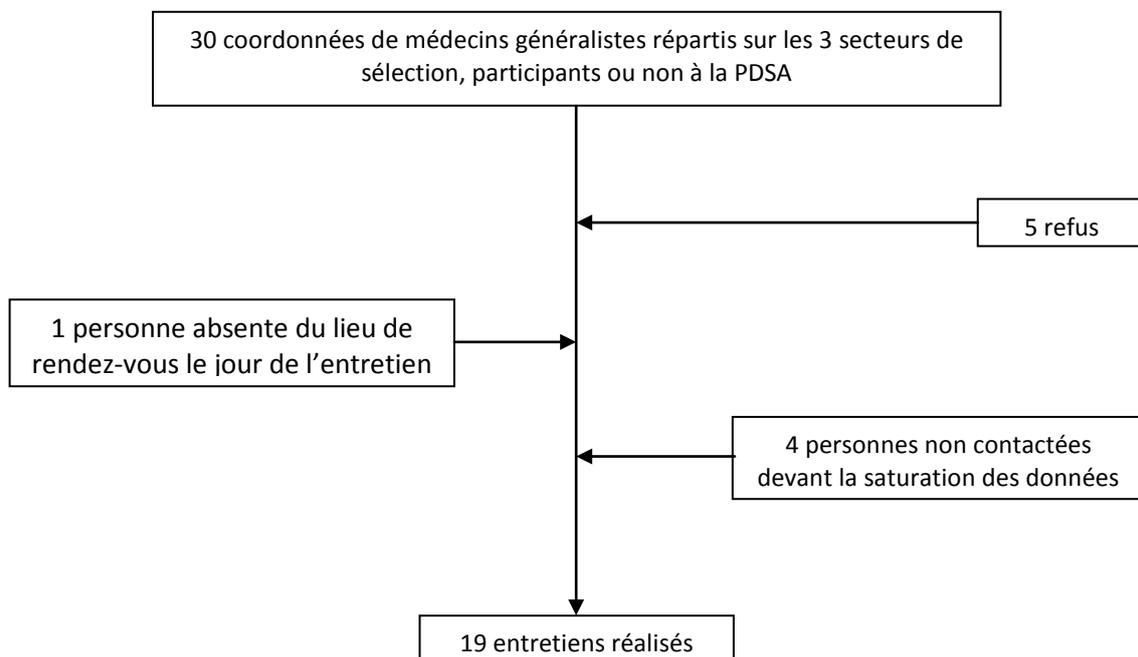


Figure 1 : Sélection des participants

4.1. Le médecin généraliste et la garde

4.1.1. Exercice libéral et vie privée

Les médecins interviewés rapportent qu'ils travaillent « *beaucoup* » dans l'ensemble, surtout dans les zones déficitaires en médecins. Certains médecins du Nord-Atlantique et du Nord-Caraïbe se plaignent d'être « *débordés* » à leur cabinet. Cette charge de travail entraîne une fatigue et la difficulté d'assurer une garde. « *Déjà, je travaille comme un âne. (...) Je n'ai pas envie de me rajouter encore des soirées* » (M16).

Pour beaucoup de femmes, la sphère familiale représente une charge de travail supplémentaire freinant leur participation. La raison évoquée est le plus souvent la garde de leur enfant : « *j'ai refusé d'aller faire des gardes parce que moi j'avais un bébé de 5 mois* » (M15).

4.1.2. La garde au cabinet médical

4.1.2.1. Des déplacements fréquents

Avant l'arrivée des MMG, le médecin ou le patient se déplaçait afin d'effectuer la consultation. Le patient devait se rendre dans des cabinets médicaux changeant de lieu chaque soir. Le médecin pouvait aussi se déplacer au domicile du patient dans des endroits parfois difficiles d'accès et éloignés.

Globalement les médecins expriment des sentiments d'insécurité et de pénibilité : « A l'époque, il m'est arrivé de me retrouver dans des situations de semi agressions. » (M13), « Parce que dans un champ de bananes à 1 heure du matin, ne pas savoir où on va, c'était pénible. » (M12)

4.1.2.2. Une source de fatigue

Les gardes représentaient avant l'arrivée des MMG une surcharge horaire en couvrant l'ensemble de la nuit. Les réveils nocturnes étaient fréquents, sans repos compensateurs le lendemain : « C'était plus fatiguant. » (M2). Les médecins participants étaient de moins en moins nombreux, en raison de la baisse de la démographie, augmentant la charge de travail en particulier dans les zones médicales déficitaires : « C'est-à-dire depuis 2000 en gros (...) J'étais le seul sur la feuille d'astreinte » (M9). La fréquentation des patients étaient en diminution.

4.1.3. La garde dans les MMG

4.1.3.1. Un lieu fixe de consultation

Les MMG ont permis la création d'un lieu clairement identifié par tous. Selon plusieurs interviewés, c'est une amélioration pour le médecin comme pour le patient. « A mon avis c'est mieux pour les deux » (M13).

Elle permet de centraliser le lieu de consultation et de faciliter l'accès au soin. Elle représente un problème pour les médecins et les patients éloignés de la maison médicale. En effet, elle limiterait pour certains l'accessibilité aux soins, provoquant des déplacements importants du médecin de garde. « *Il faut donc aller sur Fort-de-France ce qui est un petit peu aberrant* » (M10). Les médecins situés dans le Nord-Caraïbe ont souhaité la mise en place d'une MMG dans ce secteur, tout en comprenant que le facteur limitant était le manque d'effecteur disponible : « *on est je crois à peine 10 médecins* » (M10)

4.1.3.2. Un sentiment de sécurité accru

La création des MMG a permis une amélioration du sentiment de sécurité lors de la garde, en particulier pour les femmes interrogées : « *Je trouve tout de même ça plus confortable, on reste à la maison médicale, c'est plus sécurisé* » (M2). Il reste des craintes pour certaines femmes non participantes concernant la MMG du Marin. « *En tant que femme à 61 ans, je n'ai pas du tout envie d'aller dans une chose comme ça !* » (M14).

4.1.3.3. Une fatigue persistante

La fermeture des MMG à minuit a permis une amélioration des conditions de travail, mais les gardes restent une source de fatigue supplémentaire: « *tu ne peux vraiment pas demander à un médecin de faire une garde, et de pouvoir être efficace à son boulot le lendemain* » (M11).

4.1.3.4. Un confort nécessaire

Le confort des locaux et le matériel à disposition sont les deux points essentiels soulevés par plusieurs médecins. « *Il faut que cela soit confortable* » (M2). Ces deux éléments sont satisfaisants dans les MMG de Saint-Paul et de Trinité.

A Fort-de-France, le confort des médecins et des patients a été amélioré par un changement de local. Le matériel à disposition est satisfaisant, mais malgré ces dispositions, certains médecins regrettent leur cabinet : « *dans mon cabinet j'ai plus de trucs sympas* » (M19).

4.1.3.5. Le problème de la MMG du Marin

Pour les médecins du Sud comme pour ceux des autres secteurs, la MMG du Marin est présentée comme un cas particulier. Les critiques sont émises aussi bien par les participants que les non participants : le local n'est « *pas totalement adapté* » (M8), voire « *pas aux normes* » (M17).

Ils évoquent l'absence d'équipement nécessaire, le manque de confort pour le médecin, et la taille des locaux, même si certains constatent une amélioration depuis l'ouverture de la MMG. La taille du local reste un problème pour eux : « *il y a un truc qui ne changera jamais, c'est que l'infrastructure est trop petite* » (M7).

4.1.3.6. Une activité en hausse dans la majorité des MMG

Le nombre de patients vus est en augmentation depuis l'ouverture des MMG. Cette activité est satisfaisante pour la MMG de Saint-Paul : « *Vous voyez entre je dirais dix et vingt patients par garde. Il n'y a rien à dire* » (M17). La MMG du Marin quant à elle est considérée comme : « *désertique* » (M7). Ce manque d'activité est attribué à l'absence de régularité des médecins effecteurs, ce qui provoque un manque de fréquentation des patients et engendre un sentiment d'inutilité, de découragement chez les médecins participants : « *quand on a vu de 0 à 1 personne, c'est vrai que ça devient lassant* » (M8).

4.1.3.7. Une hétérogénéité de participation des médecins

Les plannings de garde sont complets sauf dans la MMG du Marin. Les médecins du Sud ont refusé pour beaucoup de participer à la garde, source d'irritation et de découragement de leurs confrères participants : « *ça fait un an que j'assure 5 gardes par mois, il n'y a personne d'autre qui vient, faut arrêter* » (M8).

Pour ces mêmes médecins la participation « *du plus grand nombre* » (M8) est nécessaire afin de répartir la charge de travail : « *Surtout que si on s'y met tous, c'est une garde tous les 2 mois.* » (M1)

4.1.4. La garde, un travail réservé au jeune médecin ?

La plupart des médecins de plus de 60 ans évoque un manque d'investissement de la jeune génération : « *il y a une génération qui est en train de monter, et c'est eux qui devraient s'engager là-dedans* » (M13). La garde est un travail qui devrait s'adresser aux plus jeunes : « *je l'ai fait d'une part en tant que jeune médecin* » (M19). Les arguments avancés sont leur dynamisme et l'intérêt de la garde : « *Parce que ça a un effet formateur. Et parce que ça a un effet rémunérateur* » (M11). Les médecins interviewés de plus de 60 ans éprouvent des difficultés à faire ces gardes. Ils évoquent les limitations physiques liées à l'âge. A partir de 50 ans, la plupart considère avoir effectué suffisamment de gardes, et pouvoir laisser la place aux jeunes : « *On peut dire que j'ai donné !* » (M9).

4.2. Les acteurs de la permanence de soin ambulatoire

4.2.1. La régulation

4.2.1.1. Un rôle essentiel

La régulation a été critiquée dans ses débuts avant les MMG. Plusieurs médecins évoquaient des déplacements inutiles, ainsi qu'une prise en charge variable en fonction du régulateur : « *on était appelé un peu pour tout et n'importe quoi.* » (M16).

La régulation libérale est considérée par la majeure partie des médecins comme utile et nécessaire. Ainsi, un médecin est joignable à toute heure par téléphone : « *Après il faut quand même leur donner la possibilité d'appeler quelque part pour savoir si ça nécessite d'être vu dans l'urgence !* » (M18)

Elle permet de créer un « *filtre* » de sécurité, rassurant le médecin effecteur : « *La régulation a un bon rôle, c'est sécurisant. Il y a déjà une pré analyse* » (M13).

Certains patients consultent dans les MMG sans régulation préalable par Centre 15. C'est une source d'inquiétude du médecin généraliste craignant d'être démuni face à un patient en situation de danger vital : « *Ils viennent directement. Et un médecin seul ne peut rien faire.* » (M15).

4.2.1.2. Une pratique intéressante

Pour l'ensemble des régulateurs interviewés, la régulation est « *enrichissante* » sur le plan relationnel, que cela soit avec les médecins du SAMU ou avec les patients. La démarche intellectuelle est différente de celle effectuée en cabinet de médecine générale, avec cependant une prise de risque : « *Ça demande beaucoup d'attention, de concentration pour ne pas faire d'erreur.* » (M13). L'intérêt financier est mentionné par l'un des régulateurs comme un élément moteur à sa participation : « *je le fais plus pour l'argent* » (M4).

4.2.2. La médecine effectrice

4.2.2.1. L'effectrice en MMG : une nécessité ?

Les médecins interviewés ont fréquemment abordé ce sujet. Pour la majorité des médecins non participants, la garde est inutile car crée une demande. Ces consultations sont dissociées de la « *vrai urgence* », et pour beaucoup, elles peuvent attendre le lendemain matin : « *Avoir l'œil qui gratte en sortant d'une boîte de nuit, ça ne nécessite pas une prise en charge dans la minute* » (M5). Pour la majeure partie des médecins participants, elle représente au contraire un besoin pour la population martiniquaise. Elle permet de répondre à des inquiétudes d'importance variable : « *Oui ce sont des petites choses, mais ça les inquiète* » (M2). Ainsi les patients ont une alternative aux services d'accueil des urgences (SAU), pour des consultations relevant de la médecine générale.

4.2.2.2. L'effectation mobile : SOS médecin

SOS médecin est apprécié par l'ensemble des médecins interviewés évoquant le sujet. Pour certains, ils représentent l'avenir de la PDSA en tant que structure spécialiste des urgences de médecine générale : « *J'ai toujours pensé que c'était plus intéressant de confier la garde à des structures spécialisées. Type SOS médecin.* » (M11). La principale critique à l'encontre de SOS médecin est sa couverture géographique limitée : « *La région nord c'est un problème, parce que SOS n'y va pas* » (M6), « *ils ne viennent pas aux Anses-d'Arlet.* » (M8).

4.2.2.3. La garde : un intérêt mitigé pour le médecin généraliste

Le travail en garde diffère de la pratique en cabinet, point positif pour certains médecins généralistes : « *Ça coupe un peu la monotonie du cabinet.* » (M3). Pour les non participants, la garde est une source d'inquiétude en rapport avec leur manque de pratique des urgences. Certains expriment « *ne pas être intéressé* » par la pratique des gardes, et de la médecine d'urgence en général : « *Donc j'avoue que la médecine d'urgence pour moi c'est souvent de la bobologie donc voilà (...) Je ne m'en intéresse absolument pas en fait.* » (M18).

La question financière est secondaire dans le choix de participer ou non à la PDSA, sauf pour les médecins installés dans les zones médicales déficitaires, car elle permet d'obtenir des subventions de l'Etat : « *Après moi j'ai cet avenant 20 qui est cette très grosse carotte, sans ça je ne l'aurais pas fait !* » (M19).

4.2.3. Interaction avec le SAU

La mission des MMG est claire pour beaucoup de médecins : une collaboration avec les SAU. Les MMG soulagent les SAU des consultations de médecine générale et « *désengorgent* » les urgences. Les médecins peuvent transférer si nécessaire des patients aux SAU. Pour quelques médecins, il y a un double-emploi entre la MMG de Fort-de-France et le SAU à proximité, entraînant une faible fréquentation des patients à la MMG : « *les gens ont l'habitude d'y aller et ils n'ont même pas de tiers payant aux urgences.* » (M13).

Plusieurs médecins non participants du secteur Sud de la Martinique critiquent l'emplacement de la MMG du Marin : « *on ne désengorge rien* » (M1).

L'hôpital du Marin n'est pas considéré comme adapté pour la prise en charge des urgences : « *C'est un centre de rééducation fonctionnelle, de choses comme ça* » (M14).

Le risque est de provoquer des déplacements importants pour le patient consultant au Marin, et nécessitant un transfert dans un SAU.

4.2.4. La pharmacie de garde

Le manque de proximité entre les MMG et la pharmacie de garde est un problème soulevé par quelques médecins. Il occasionne des déplacements importants des patients qui, en sortant de la MMG, doivent se rendre à une pharmacie éloignée : « *ça oblige les gens à faire des kilomètres en voiture* » (M15).

4.2.5. Le cabinet de l'aéroport

Ce cabinet privé, situé dans l'enceinte de l'aéroport Aimé Césaire, ne fait pas partie de la PDSA. Il est régulièrement cité, et considéré comme utile dans la PDSA, par ses « *horaires particuliers* » (M8) et la proximité avec une pharmacie « *ouverte en permanence aux mêmes heures* » (M14).

Les médecins du secteur Sud critiquent ce fonctionnement en évoquant un conflit d'intérêt entre certains régulateurs qui sont aussi les médecins de ce cabinet : « *les patients étaient adressés (...) à leur cabinet de l'aéroport* » (M1).

4.3. La communication avec les autorités : l'ARS et le CDOM

Il se dégage des entretiens une tension entre l'ARS et les médecins surtout pour les médecins du Sud concernés par les réquisitions préfectorales. Les critiques sont dirigées contre l'ARS parfois le CDOM.

Il est reproché l'absence de dialogue entre les organisateurs de la PDSA et les médecins, en particulier pour la création et l'organisation des MMG : « *il n'y a jamais personne qui nous a demandé notre avis* » (M15).

Les médecins non participants répètent au cours des entretiens qu'ils ne sont pas « *au courant* » à propos des MMG et de la PDSA en général : « *Qu'est-ce que vous appelez maison médicale ?* » (M6). Ce manque d'information concerne aussi les patients, en particulier à propos du centre 15 et de son rôle de régulation : « *Il y a une asymétrie d'information vis à vis du 15* » (M17).

Selon les médecins interviewés, ce problème vient du manque de communication des instances dirigeantes et en particulier de l'ARS à ce sujet : « *l'ARS doit encore faire de la pub, des tracts, des affiches, et ce n'est toujours pas fait.* » (M4). Certains médecins participants ont pris en charge l'information du patient, considérée comme nécessaire : « *il y a une éducation de la population à faire, que je fais un petit peu* » (M2).

4.4. Participation et obligations

4.4.1. Une obligation persistante

Les gardes étaient considérées comme une contrainte lorsqu'elles étaient obligatoires, ceci pour la plupart des médecins. La participation volontaire a permis un soulagement de plusieurs des médecins concernés : « *Moi j'ai bien apprécié le moment de ne plus prendre des gardes* » (M10).

Pour plusieurs médecins effecteurs, il persiste une obligation de faire des gardes à travers : une obligation déontologique et une obligation fixée par des autorités telles que l'ARS ou le CDOM. C'est un sujet de discordance entre les médecins participants et les non participants en particulier dans le secteur Sud : « *je trouve que c'est un manque de conscience professionnelle* » (M1).

4.4.2. Les réquisitions, sujet de polémique

Le thème de la réquisition est régulièrement abordé par les participants et les non participants, en particulier ceux du Sud, car ils sont susceptibles d'être réquisitionnés.

La plupart des médecins interviewés critique cette procédure. Ils considèrent que la garde doit rester un acte volontaire, et obliger les médecins provoquerait un mécontentement inutile de la profession : « *la permanence des soins elle ne peut bien fonctionner qu'avec des volontaires.* » (M11).

Une partie des médecins non participants voient ces réquisitions comme un affront : « *ils allaient se rapprocher du préfet, pour réquisitionner les médecins d'office. (...) Ce qui me paraît une aberration.* » (M14). En signe de contestation, certains se sont regroupés en association : « *pour un petit peu discuter du problème* » (M15).

D'autres médecins se montrent résignés face aux réquisitions. Ils considèrent qu'il leur faut cette contrainte pour participer aux gardes : « *Donc à un moment on sera réquisitionné, c'est sûr, et puis voilà! J'irai!* » (M12).

5. DISCUSSION

Notre étude qualitative, a permis de connaître les opinions des médecins généralistes en Martinique en 2013 sur la PDSA, étude jamais réalisée.

Nous avons relevé dans ce travail des forces mais aussi des faiblesses. Les entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin, ou à son domicile. L'inconvénient de ce choix a été le risque d'interventions multiples extérieures (téléphone, secrétaire).

L'entretien s'est parfois déroulé entre deux consultations, induisant une contrainte de temps, limitant l'échange, précipitant parfois les réponses. En revanche, le choix par le médecin d'un endroit qui lui était familier a facilité la relation de confiance au cours de l'entretien, permettant ainsi une libération de la parole pour le recueil d'opinions.

Le fait que l'enquêteur soit un jeune médecin travaillant pour sa thèse a facilité la mise en œuvre de l'entretien. Quoiqu'il se soit attaché à bien suivre le canevas d'entretien, l'enquêteur a dû faire face à quelques difficultés, à cause d'un manque d'expérience dans l'élaboration de ce type d'exercice.

Les biais d'interprétation ont été limités par une analyse effectuée par 2 investigateurs. Ce double codage a permis de renforcer la validité de ces résultats.

Notre travail montre une impression générale d'amélioration de la PDSA. Elle est corrélée par l'étude quantitative réalisée en 2014 sur l'état des lieux et évaluation des MMG en Martinique [10]. L'évolution concerne les médecins et leur confort, mais aussi les patients. La MMG facilite un accès au soin pour la majorité de la population en établissant un lieu fixe de consultation, ouvert tous les soirs de la semaine, dans des infrastructures globalement satisfaisantes. Les consultations spontanées et l'activité en hausse dans le Centre et le Nord de la Martinique, montrent que les patients prennent l'habitude d'utiliser les MMG.

La régulation impose son rôle central dans la PDSA. Elle permet de rassurer le médecin, tout comme par ailleurs la proximité du SAU, en lui permettant de réaliser une prise en charge adaptée de son patient. Au cours des entretiens, plusieurs médecins nous ont fait la remarque d'une amélioration de la prise en charge par le 15, les médecins de plus de 50 ans, qui ont connu le système de régulation hospitalière. Le médecin généraliste semble donc efficace dans sa fonction de régulateur libéral, hypothèse évoquée mais non confirmée par une étude qualitative réalisée auprès de médecins libéraux de l'Eure [11].

La MMG du Marin constitue un cas particulier. Les médecins sont majoritairement insatisfaits du fonctionnement de la MMG et des locaux, résultats confirmés par l'étude de 2014 sur les MMG en Martinique [10]. L'ensemble des critiques à l'encontre de sa localisation, son infrastructure et de la sécurité des locaux semblent montrer que le confort de travail est au premier plan pour le médecin.

Afin de recruter des effecteurs, il serait donc nécessaire de changer l'infrastructure de cette MMG, par des locaux répondant aux attentes des médecins. Depuis le 1^{er} Janvier 2015, la MMG a été déplacée dans l'enceinte de l'hôpital du Marin. Une nouvelle enquête de satisfaction pourrait être intéressante, afin d'évaluer si ce changement améliore les conditions de travail et permet l'augmentation du nombre d'effecteur participant.

Dans le secteur du Nord-Caraïbe, l'absence de proximité géographique de la MMG pose un réel problème d'accessibilité aux soins. L'utilité d'une MMG dans le Nord-Caraïbe nous semble discutable, en raison des problèmes d'effectif reconnus par les interviewés. En effet, en 2011 il y avait 15 médecins généralistes installés dans le Nord-Caraïbe [5], dont 8 seulement de moins de 55 ans. Nous pouvons donc estimer que ces médecins seraient de garde au moins 3 fois par mois, si la majeure partie d'entre eux participait. De plus, la demande des patients est inférieure aux autres secteurs de la Martinique, en raison de la faible densité de population (23 410 habitants dans le Nord-Caraïbe, contre 162 118 habitants pour le secteur Centre en 2015 [12].). Il y aurait donc une activité peut être insuffisante pour justifier le coût d'une MMG. La nécessité d'une MMG dans le Nord-Caraïbe est donc à relativiser, même si nous pouvons comprendre la difficulté et la fatigue du médecin devant se déplacer à Fort-de-France pour assurer sa garde.

Cette MMG était initialement prévue pour « l'horizon 2013 »[5], mais à ce jour aucune avancée n'a été constatée.

Actuellement la pharmacie de garde reste difficile d'accès puisque le découpage des territoires de garde de pharmacie n'a pas évolué et reste sous la forme de 3 secteurs (*Annexe 4*). Les patients consultant dans les MMG sont donc amenés à effectuer des déplacements parfois importants, ce qui peut constituer un frein dans leur prise en charge. Une étude qualitative réalisée auprès de participants à une MMG dans la région de Bordeaux avait évoqué la même problématique [13]. Ce travail mettait en avant que beaucoup de patients étaient amenés à récupérer leurs traitements prescrits, le lendemain de la consultation.

Cette difficulté est aussi mentionnée par l'ARS de Martinique en 2012[5] proposant entre autre « la prise de garde pharmaceutique sur le site même des MMG. ». Cette dernière option nous semble la plus intéressante pour faciliter la prise en charge du patient, mais représente probablement une difficulté d'organisation et de coût dans sa mise en place.

Les contraintes du métier de généraliste en libéral sont sources de difficultés. En effet la charge de travail quotidienne, la vie privée, le manque d'intérêt envers les urgences ou parfois de compétence sont des limites à leur participation à la PDSA.

La notion de pénibilité est au centre des préoccupations de beaucoup de médecins. La suppression de l'effectif en nuit profonde a permis d'améliorer les conditions de travail, mais la garde reste une source de fatigue surtout pour les médecins de plus de 60 ans. Effectivement l'âge de certains médecins est plusieurs fois mentionné comme un facteur limitant leur participation à la PDSA.

Le vieillissement de la population médicale Martiniquaise est un véritable problème. En 2013, la moyenne d'âge des médecins était de 53 ans. De plus, la population médicale comprenait 47 médecins de moins de 40 ans pour 100 médecins de plus de 60 ans. Ces éléments nous montrent qu'il y a un mauvais renouvellement de la population médicale martiniquaise avec une augmentation des médecins de plus de 60 ans.

Par ailleurs, nous constatons que les médecins effecteurs dans les MMG ont une moyenne d'âge proche de 50 ans [10] en 2014. Cette dernière donnée combinée à une démographie médicale en déclin, nous laisse présager des difficultés à venir pour la médecine effectrice.

Une solution évoquée au cours des entretiens pourrait être la création de structures dédiées, avec des praticiens travaillant exclusivement dans la PDSA. Certains évoquaient des cabinets privés existant comme le cabinet médical de l'aéroport. D'autres ont proposé d'élargir les fonctions de SOS médecins dans ce but. En effet cette structure est revenue fréquemment dans les entretiens, comme un acteur majeur de la PDSA, connu du grand public.

Par ailleurs, L'INSEE estime qu'il y aura 4 fois plus de personnes de plus de 80 ans en 2040 en Martinique [14]. Il semble donc nécessaire de développer des structures mobiles de PDSA telle que SOS médecins, qui offrent une meilleure réponse aux personnes à mobilité réduite. L'objectif serait de décharger le généraliste, de limiter les problèmes d'effectif, tout en continuant d'assurer une médecine de proximité les soirs et week-ends.

Dans notre étude certains non participants remettent en cause l'utilité même de la PDSA. En effet, si les consultations relèvent de la médecine générale, elles peuvent selon eux attendre le lendemain.

Malheureusement, même si les pathologie rencontrées en MMG peuvent être de l'ordre de la « bobologie », la population a tendance à consulter aux urgences en l'absence de médecine de proximité le soir [5], créant des difficultés pour les hôpitaux. De plus il a été observé que 96,6% des patients consultants les MMG en Martinique retournent à leur domicile après la consultation [10]. Nous pouvons donc penser que la PDSA à travers les MMG est une nécessité dans sa mission de désengorger les urgences. Par ailleurs, comme nous l'avait signifié l'un des médecins interviewés, « *ce sont peut-être des petites choses, mais ça les inquiètent* ». Une médecine de proximité est importante pour la population, et en ce sens, le rôle du médecin généraliste dans la PDSA est primordial.

De nombreux reproches sur la communication ont été mis en évidence dans notre travail, entre les décideurs, ARS, CDOM et les médecins généralistes. Le médecin se sent contraint sans avoir été consulté pour la mise en place des MMG. Il est en effet probable que ce manque de dialogue soit un frein pour beaucoup de médecins, expliquant le taux de participation aux gardes si faible dans notre département.

Les patients ont été aussi concernés par ce manque d'informations, ne sachant pas utiliser le 15, consultant spontanément en MMG. Plusieurs travaux relèvent ce problème localement [10], et en France métropolitaine [13] avec en particulier dans une étude réalisée au Havre en 2012, un chiffre de 93% de patients ayant consulté aux urgences sans être passé par le 15, sur 350 questionnaires étudiés [15]. Selon la Direction de la sécurité sociale en 2007 [16], il faut : « mettre en place une large information sur l'utilisation de la permanence des soins à destination du grand public pour responsabiliser et sécuriser la population ». Il semble donc nécessaire de réaliser un travail de communication afin d'optimiser l'efficacité de la prise en charge des patients dans le cadre de la PDSA.

Au cours de notre étude, le volontariat, l'obligation de participation et les réquisitions ont été sources de discussion, remettant en question l'idée de la médecine libérale et de sa liberté. Depuis la convention de 2005, la participation à la PDSA est basée sur le volontariat des médecins.

Selon le code de déontologie médicale [2] « *il est du devoir du médecin de participer à la permanence de soin dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ». Le médecin est donc volontaire, mais il est obligé déontologiquement de participer à la PDSA, cette obligation devenant légale s'il est réquisitionné. En l'absence de présentation à sa garde, le médecin encourt en effet une sanction administrative voire pénale au travers d'une amende [17][18].

Le Préfet de région peut procéder à des réquisitions « en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires » [4]. Ces réquisitions concernent les médecins de la MMG du Marin depuis le mois de Novembre 2013, les tableaux de gardes étant insuffisamment remplis. La question de la réquisition est complexe : même si elle permet de remplir les tableaux de gardes, doit-on pour autant obliger un médecin à participer à la PDSA ? Une étude quantitative réalisée en métropole en 2014 constatait que plus des $\frac{3}{4}$ des médecins interrogés, participant ou non à la PDSA étaient contre les réquisitions dans ce cadre [19] : le médecin libéral montre ce sentiment d'être indépendant. Pour plusieurs des interviewés, remettre en question cette liberté aboutirait simplement à une réaction d'opposition.

6. CONCLUSION

La PDSA est en pleine mutation depuis 3 ans. Notre étude a mis en évidence une amélioration significative vis-à-vis de l'ancien système de garde. Les médecins effecteurs sont globalement satisfaits des MMG, de leurs fonctionnements et de l'organisation des soins, résultats similaires à l'étude quantitative concernant la PDSA en Martinique [10].

Malgré ces évolutions, des difficultés persistent, liées à la faible démographie médicale et à une population de médecins vieillissante dans le département de Martinique.

La garde reste une source de pénibilité, d'autant plus pour les médecins de plus de 60 ans. Le CDOM de Martinique a d'ailleurs exempté de façon systématique tout médecin de plus de 60 ans des gardes. Les listes de médecins réquisitionnables proposées par le CDOM à l'ARS, ne concernent donc que les médecins de moins de 60 ans. Seuls les médecins volontaires de plus de 60 ans peuvent participer à la garde.

Nous constatons aussi un manque d'information des médecins sur la PDSA à l'origine de relations conflictuelles avec l'ARS. Depuis le 11 novembre 2013, des réquisitions sont effectuées par le Préfet sur la MMG du Marin, n'améliorant pas les relations avec les professionnels de santé.

Il nous semble que le médecin généraliste associé libéral et libéré, rejetant en particulier la contrainte et l'autorité de l'état lorsque celui-ci intervient dans sa pratique.

Cette contestation ne concerne pas seulement la PDSA puisque, depuis début décembre 2014, de nombreuses grèves du corps médical sont à constater en France, car les médecins réagissent au projet de loi sur la santé considéré comme liberticide pour la profession [20].

Le manque de dialogue entre l'état et les médecins persiste à ce jour, puisque le projet de loi a été voté à l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015, malgré les critiques unanimes de tous les syndicats médicaux représentatifs de la profession.

Il nous paraît primordial de prendre en compte l'avis des médecins généralistes, moteur essentiel de cette permanence. Il faut chercher avec eux des solutions pour palier la chute de la démographie médicale libérale, et aux faibles installations des jeunes médecins [21].

Enfin, notre étude qualitative ne s'est intéressée qu'au point de vue du médecin, et une étude similaire chez les patients pour évaluer leur ressenti sur la PDSA serait peut-être judicieuse en recherchant les solutions d'avenir pour leur prise en charge.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Code de la santé publique - Article L6314-1.
2. Code de la santé publique - Article R4127-77.
3. République Française. Ministère des solidarités, de la santé et de la famille
Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
J O Lois et décrets 2005, n°35, 2275
4. Code de la santé publique - Article R6315-4.
5. ARS Martinique
Diagnostic et cahier des charges de la PDSA - Schéma d'organisation des soins de Martinique ; 2012 [consulté le 6/05/2015].
Disponible à partir de l'URL:
http://www.ars.martinique.sante.fr/fileadmin/MARTINIQUE/Votre_ARS/Contexte_regional/PRS_2012-2015/Annexe_6_SROS_-_Diagnostic_et_cahier_des_charges_de_la_PDSA_.pdf
6. BLANCHET A, GOTMAN A.
L'enquête et ses méthodes : l'entretien.
Paris: Armand Colin; 2005.
7. KAUFMANN J-C.
L'entretien compréhensif - L'enquête et ses méthodes. 3e édition.
Paris: Armand Colin; 2011.
8. FRAPPE P.
Initiation à la recherche. Édition 2011.
Neuilly-sur-Seine; Paris: Global Média Santé; 2011.
9. CNOM
La Démographie Médicale en Région DOM-TOM - Situation en 2013. 2013 [consulté le 3/12/2014].
Disponible à partir de l'URL:
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/dom_tom_2013.pdf

10. ZAVISIC N.
Etat des lieux et évaluations des 4 maisons médicales de garde en Martinique en 2014.
Thèse : Méd. : Université des Antilles et de la Guyane: 2014 ; 2014AGUY0795
11. BOUCHER C.
La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure.
Thèse : Méd. : Université de Rouen : 2012
12. INSEE.
Recensement de la population Martiniquaise - Populations légales en vigueur à compter du 1er Janvier 2015. [Consulté le 4 mai 2015]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2014/pdf/dep972.pdf>
13. CASAMAYOU L.
La maison médicale de garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens.
Thèse : Méd. : Université Bordeaux 2 : 2014
14. INSEE.
Projections de population à l'horizon 2040: faible croissance de la population martiniquaise et vieillissement accéléré. 2011. [consulté le 12/05/2015].
Disponible à partir de l'URL:
<https://www.epsilon.insee.fr/jspui/handle/1/5315>
15. GRIFFIN EF.
Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre.
Thèse : Méd. : Université de Rouen : 2012
16. Circulaire n°DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Ministère de la Santé
B O Minist Solidarité Santé Protection Sociale, 2007.
17. Code de la santé publique - Article L4163-7.
18. Code pénal - Article R642-1.

19. LETOURNEUR A.
Participation à la permanence des soins : attitude des médecins généralistes du sud-est de Paris et des internes franciliens en DES de médecine générale.
Thèse : Méd. : Université Paris Est Créteil : 2014

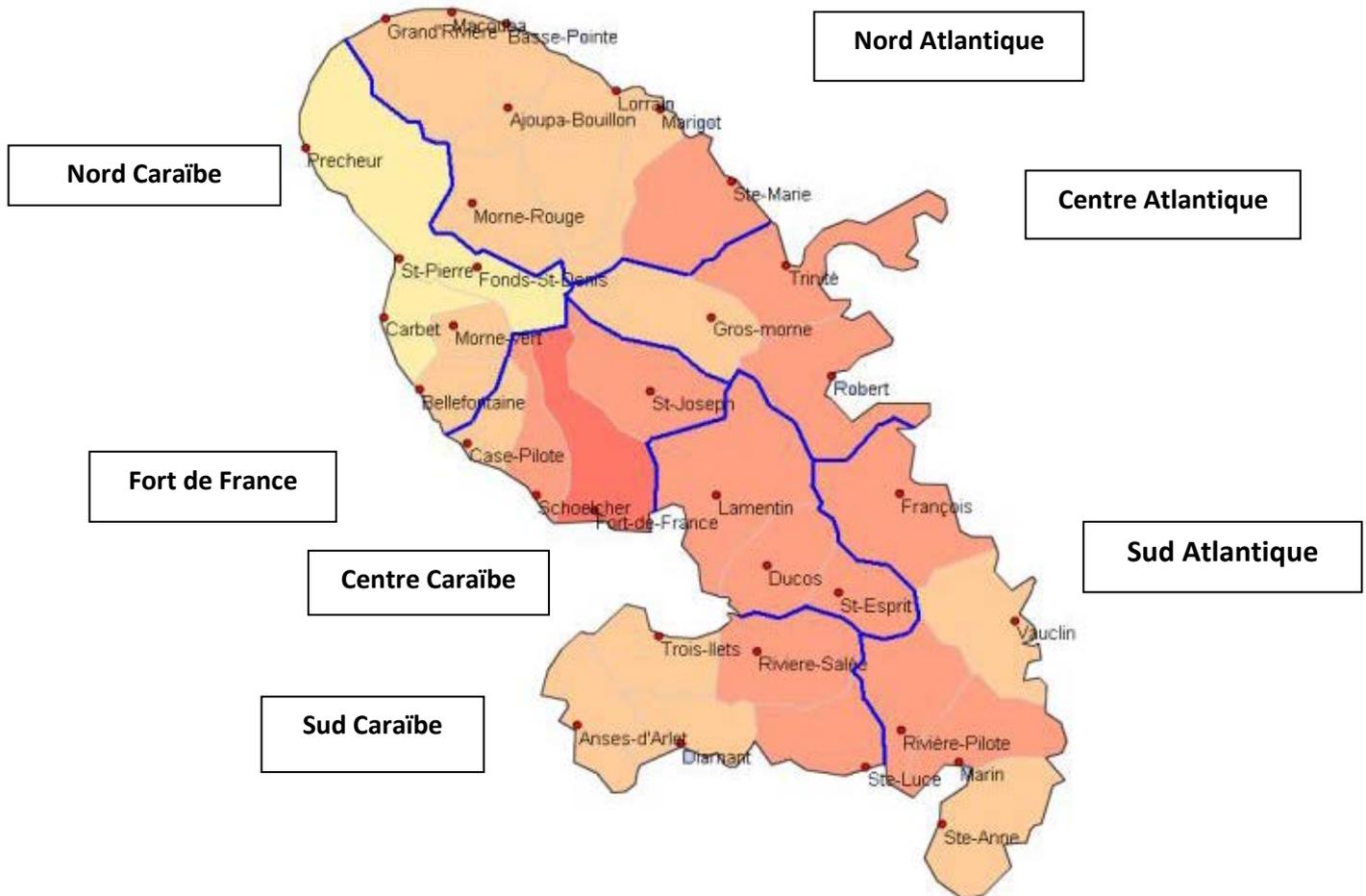
20. République Française. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.
Projet de loi NOR AFSX1418355L relatif à la santé. [Consulté le 09/05/2015].
Disponible à partir de l'URL :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=80E827DE8EF432B58573CE8023CFECD7.tpdila17v_2?idDocument=JORFDOLE00029589477&type=contenu&id=2&typeLoi=proj&legislature=14.

21. CNOM
Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2014 [consulté le 14/05/2015].
Disponible à partir de l'URL :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf

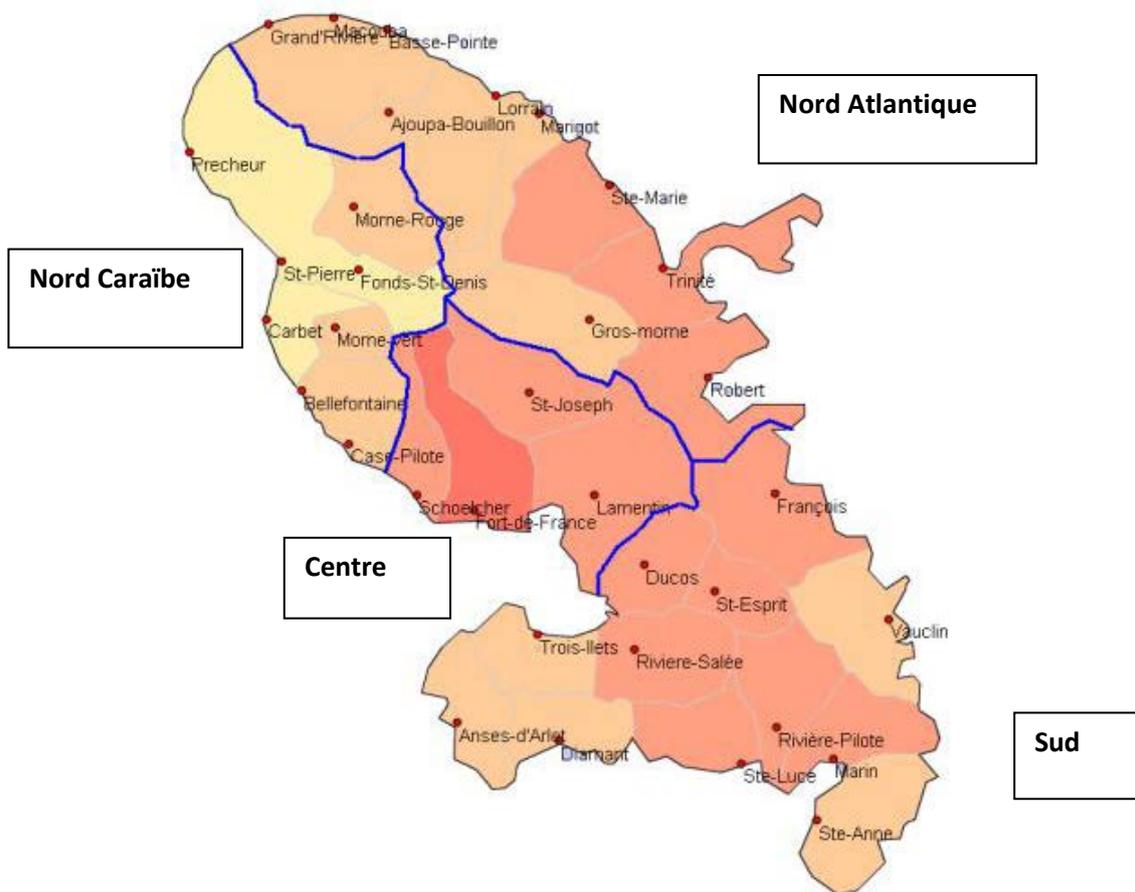
ANNEXES

ANNEXE 1 : Les secteurs de garde médicale de 2006 à 2012

Source : ADELI / INSEE – Exploitation SESAG



ANNEXE 2 : Les secteurs de garde médicale depuis 2012



Source : ADELI chiffres au 1^{er} janvier 2010 / INSEE RP 2008

ANNEXE 3 : Canevas d'entretien *(avec les questions de relance en italique)*

1/ Pour commencer, j'aimerais que vous me parliez de vous et de votre pratique de la médecine générale en Martinique en 2013 ?

(Depuis combien de temps êtes-vous installé en Martinique ? Est-ce que vous avez une pratique exclusivement libérale ? Travaillez-vous seul dans ce cabinet ?)

2/ Est-ce que vous pourriez me parler de votre expérience personnelle dans la permanence de soin, jusqu'à l'année dernière, à savoir avant la création des maisons médicales de garde ?

(Est-ce que vous avez participé à la permanence de soin ? Pourriez-vous me parler de votre expérience en tant que régulateur ? En tant qu'effecteur ?)

3/ Est-ce que vous pourriez me parler de votre expérience personnelle dans la permanence de soin depuis 2013, à savoir depuis la création des maisons médicales de garde ?

(Est-ce que vous participez actuellement à la permanence de soin ? Pourriez-vous me parler de votre expérience en tant que régulateur ? En tant qu'effecteur ?)

4/ Est-ce que vous pourriez me parler de l'organisation de la permanence de soin en Martinique en 2013 ?

(Est-ce que vous pourriez me parler de la régulation ? Est-ce que vous pourriez me parler de la médecine d'effection et des maisons médicales de garde ?)

ANNEXE 4 : Les secteurs de garde de pharmacie depuis 2006



Source : ADELI chiffres au 1^{er} janvier 2010 / INSEE RP 2008

ANNEXE 5 : Grilles de codage du discours

| Catégorie | Codage | Description du code | Médecins codés |
|--------------------|----------------------------|--|--|
| Garde dans les MMG | Local | Description de la MMG : local, matériel et confort | M1 M2 M3 M4 M7 M8 M12 M14 M17 M19 |
| | Sécurité | Sentiment de sécurité en garde depuis les MMG | M2 M4 M7 M8 M12 M13 M14 |
| | Lieu fixe - Patients | Emplacement de la MMG – accessibilité aux soins – | M2 M8 M10 M13 M14 M15 M19 |
| | Lieu fixe - Médecins | Déplacements de médecins en MMG– confort du lieu fixe | M1 M2 M4 M7 M8 M10 M11 M13 M14 M16 M17 M19 |
| | Horaire | Vision de la charge horaire – fatigue du médecin depuis les MMG | M2 M5 M9 M10 M11 M12 M14 M15 M16 |
| | Charge de travail | Description de la charge de travail supplémentaire depuis les MMG | M2 M5 M6 M8 M12 M14 M15 M16 M19 |
| | Effection | Description de la participation des médecins – Démotivation des participants | M1 M2 M3 M4 M7 M8 M16 |
| | Fréquentation des patients | Vision de l'activité en MMG | M1 M3 M4 M7 M8 M9 M11 à M13 M17 M18 M19 |
| | Jeunes médecins et PDSA | Vision des médecins sur la notion du jeune médecin et de sa participation dans la PDSA | M6 M11 M13 M14 M19 |
| | Fatigue liée à l'âge | Description des difficultés de faire une garde pour les participants âgés | M9 M10 M11 M13 M14 M15 |
| Jeune - Ancien | Devoir accompli | Sentiment des médecins d'avoir participé suffisamment à la PDSA | M3 M9 M14 M16 M18 |

| Catégorie | Codage | Description du code | Médecins codés | |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|--|--------------------------|
| Garde au cabinet médical | Sécurité | Sentiment de sécurité en garde avant les MMG | M4 M13 M18 | |
| | Déplacement des patients | Déplacement des patients au cabinet | M1 M2 M5 M6 M7 M8 M9 M10 M11 M12 M13 M14 M16 | |
| | Déplacement des médecins | Vision des déplacements du médecin pendant la garde | M1 M2 M5 M6 M7 M8 M9 M10 M11 M12 M13 M14 M16 | |
| | Horaire | Vision de la charge horaire – fatigue du médecin, avant les MMG | M2 M7 M11 M16 M18 | |
| | Charge de travail | Description de la charge de travail supplémentaire et du retentissement avant les MMG | M2 M6 M9 M10 M11 M15 M18 | |
| | Effectif | Participation des médecins à la PDSA avant les MMG | M3 M4 M7 M8 M9 M10 M11 M12 M13 M16 | |
| | Fréquentation des patients | Vision de l'activité avant les MMG | M1 M4 M8 M11 | |
| | Médecin généraliste en Martinique | Charge de travail en cabinet | Description de l'activité en cabinet médical | M1 M3 M9 M10 M11 M16 M19 |
| | | Vie privée | Description de l'impact de la vie privée sur l'activité en PDSA | M4 M6 M11 M14 M15 M18 |
| | | Obligation | Vision de l'obligation du médecin concernant la PDSA : légale et déontologique | M1 M3 M6 M8 M13 |
| Participation et Obligation | Volontariat | Vision de la garde volontaire, de la volonté de participer à la PDSA, | M1 M2 M3 M7 M8 M9 M10 M12 M17 | |
| | Réquisitions | Vision de la réquisition | M1 M6 M7 M11 M12 M14 M15 M17 | |

| Catégorie | Codage | | Description du code | Médecins codés |
|--|--|--|---|--|
| Acteurs de la PDSA | Effection | Intérêt | Vision de l'intérêt financier dans la prise de gardes | M3 M4 M6 M7 M1a M11 M12 M19 |
| | | Intellectuel | Vision de l'aspect intellectuel dans la pratique de gardes | M2 M3 M5 M7 M8 M11 M12 M14 M16 M18 |
| | Régulation | Utilité-Nécessité | Vision de l'utilité/nécessité pour le patient | M1 M2 M5 M6 M7 M8 M9 M12 M14 M15 M16 M18 |
| | | SOS médecins | Descriptions de la pratique de SOS médecins | M2 M6 M8 M11 M13 M14 M15 M16 M17 |
| | | Intérêt | Vision de l'intérêt financier d'être régulateur | M4 |
| | Régulation | Intellectuel | Vision de l'aspect intellectuel d'être régulateur | M2 M4 M13 |
| | | Avant | Vision de l'utilité/nécessité de la régulation pour le patient avant | M2 M3 M4 M6 M7 M10 M12 M16 |
| | | Actuellement | Vision de l'utilité/nécessité de la régulation pour le patient actuellement | M1 M2 M5 M7 M7 M12 M13 M16 M17 M18 |
| | | Interaction avec le SAU | Description de l'interaction avec les SAU | M1 M5 M7 M12 M13 M14 M15 M16 M18 |
| | Communication | Pharmacie de garde | Description du problème des pharmacies de garde éloignées | M4 M7 M8 M9 M14 M15 |
| Cabinet de l'aéroport | | Vision du cabinet de l'aéroport comme outil ou comme contrainte dans la PDSA | M1 M7 M8 M14 M15 M17 | |
| Communication médecin- Organisateur de la PDSA | | Communication entre l'ARS, le CDOM et les médecins | M1 M2 M3 M4 M5 M6 M7 M8 M10 M11' M15 M16 M19 | |
| Information médecins sur la PDSA | | Description/critique de l'information des médecins sur la PDSA | M2 M3 M4 M6 M8 M11 M12 M14 M15 M16 | |
| Information patient sur la PDSA | Description/critique de l'information des patients sur la PDSA | M1 M2 M3 M4 M12 M13 M16 M17 | | |

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.

Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.

Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,

Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM ET PRENOM : PIEL Alexandre

SUJET DE LA THÈSE : Regard du médecin généraliste sur la permanence de soin en Martinique en 2013

THÈSE : MÉDECINE

Qualification : Médecine Générale

ANNEE : 2015

NUMERO D'IDENTIFICATION :

MOTS CLEFS : Permanence de soin ambulatoire, Maison médicale de garde, Régulation, Martinique

RÉSUMÉ :

Introduction : La permanence de soin ambulatoire (PDSA) est une structure en évolution, en particulier depuis l'arrivée des maisons médicales de garde (MMG). L'objectif de cette étude était de s'informer sur l'opinion des médecins généralistes concernant la PDSA en Martinique en 2013. Méthode : Une étude qualitative semi-directive a été réalisée auprès de médecins généralistes participants ou non à la PDSA, répartis sur la Martinique, échantillonnage réalisé en variation maximale. L'analyse des résultats a été effectuée après retranscription, par deux investigateurs au moyen d'un codage thématique. Résultats : Le seuil de saturation a été obtenu après 16 entretiens ; 19 médecins (9 participants et 10 non participants à la PDSA) ont été inclus entre Juillet 2013 et Octobre 2013. Les interviewés étaient globalement satisfaits de l'organisation de la PDSA, de la suppression de la garde en nuit profonde, et des MMG. Des problèmes persistaient en rapport avec la structure du Marin, les communes éloignées des MMG, et le rapport conflictuel des médecins avec l'ARS. La charge de travail, l'absence d'affinité pour les urgences et le sentiment d'inutilité de la garde étaient les principaux arguments contre la PDSA. Les participants étaient motivés par un devoir déontologique. Ils considéraient la PDSA utile dans sa mission de désengorger les urgences et la nécessité d'une médecine de proximité à toute heure. Conclusion : La PDSA au travers des MMG constitue une avancée, nécessaire dans la prise en charge du patient. Le dialogue rompu avec l'ARS et la charge de travail quotidienne du médecin constituent ses principaux obstacles.

JURY : Président : Professeur ARFI Serge

Juges : Professeur DUVAUFERRIER Régis

: Professeur ROUVILLAIN Jean-Louis

: Docteur CRIQUET-HAYOT Anne

: Docteur GUITTEAUD Karine

ADRESSE DU CANDIDAT : Quartier Bonneau 97231 Le Robert MARTINIQUE