

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MILLEREUX Maude

Née le 28/10/1985 à Bourges

Présentée et soutenue publiquement le : _____

**ETAT DES LIEUX DE LA PARTICIPATION A LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES ET DE LA REALISATION DE VISITES A DOMICILE DES
MEDECINS GENERALISTES DE PARIS**
d'après les données de l'étude DEMOMED 75

Président de thèse : **Professeur PLAISANCE Patrick**

Directeur de thèse : **Professeur FALCOFF Hector**

DES de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	8
ETAT DES LIEUX	12
I. Démographie médicale	12
A. Situation actuelle en France	12
B. Prévisions démographiques à l'échelle nationale	17
C. Etat des lieux à Paris.....	18
D. Prévisions démographiques en Ile de France.....	23
II. Permanence des soins ambulatoires (PDSA).....	24
A. Contexte	24
B. Définition	25
C. Les acteurs de la permanence de soins	27
D. La gestion de la permanence de soins	27
E. Les structures de la permanence de soins ambulatoires	31
2. Les modalités de fonctionnement	31
F. Le financement	34
G. Etat des lieux à Paris	35
H. Régulation médicale à Paris.....	37
1. Organisation générale	37
3. Modalités d'élaboration du tableau de garde pour la régulation	40

I. Effectation à Paris.....	41
1. Lieux d'effectation	41
2. Modalités d'élaboration du tableau de garde pour l'effectation	43
3. Gestion des périodes et des pics d'activité	43
J. Participation des omnipraticiens libéraux à la permanence des soins ambulatoires	44
III. Visites à domicile.....	47
A. Définition.....	47
B. Modification des pratiques.....	48
C. Contexte démographique	50
D. Conséquences sur les visites	52
OBJECTIFS	53
METHODE.....	54
I. Etude DEMOMED 75	54
II. Matériel et méthode.....	55
III. Objectif de notre travail.....	56
IV. Analyse statistique	57
V. Recherche documentaire	58
RESULTATS.....	59
I. Omnipraticiens éligibles :	59
II. Caractéristiques de l'échantillon	61
A. Caractéristiques sociodémographiques et arrondissement d'exercice	61
B. Mode d'exercice	63
C. Caractéristiques de la pratique.....	64
D. Activité clinique.....	65

E.	Accessibilité financière aux soins.....	67
F.	Prévision d'évolution de l'activité.....	68
III.	Caractéristiques associées à la réalisation de gardes (analyse univariée)	69
A.	Caractéristiques sociodémographiques et arrondissement d'exercice	69
B.	Mode d'exercice	70
C.	Caractéristiques de la pratique.....	71
D.	Activité clinique.....	72
E.	Accessibilité financière des soins	74
F.	Prévision d'évolution de l'activité.....	75
IV.	Caractéristiques associées à la réalisation de visites à domicile (analyse univariée).....	76
A.	Caractéristiques sociodémographiques et arrondissements.....	76
B.	Mode d'exercice	77
C.	Caractéristiques de la pratique.....	78
D.	Activité clinique.....	79
E.	Accessibilité financière aux soins.....	80
F.	Prévision d'évolution de l'activité.....	81
V.	Analyse multivariée.....	82
A.	Permanence des soins ambulatoires.....	82
B.	Visites à domicile.....	84
DISCUSSION	.....	85
I.	Synthèse des résultats	85
➤	<i>Permanence des soins ambulatoires</i>	86
➤	<i>Visites à domicile</i>	86
II.	Interprétation	87

➤ <i>Participation à la permanence des soins ambulatoires</i>	87
➤ <i>Réalisation de visites à domicile</i>	88
III. <i>Ce que dit la littérature</i>	88
A. Taux de participation	88
B. Caractéristiques associées dans la littérature	90
C. Motivations des médecins	90
IV. <i>Exemples européens</i>	92
V. <i>Comment envisager l'avenir de la PDSA ?</i>	96
A. Evolution de la PDSA à Paris	96
B. Des pistes pour pérenniser la PDSA ?	97
VI. <i>Que va devenir la visite à domicile à Paris ?</i>	98
A. Evolution des visites	98
B. Comment assurer la continuité des soins au domicile ?.....	98
VII. <i>Validité interne de notre étude</i>	101
Conclusion.....	101
RESUME	103
BIBLIOGRAPHIE	104

ABREVIATIONS

APS-PNE l'association de permanence des soins Paris Nord Est

CRRA centre de réception et régulation des appels

CNOM

DRESS

INSEE

IRDES

MEP

PDSA

URML

INTRODUCTION

La situation démographique des soins primaires en France est préoccupante. L'ensemble des études récentes, recensées notamment dans le dossier bibliographique de l'IRDES¹ soulignent, pour la population des médecins généralistes français :

- Une baisse globale des effectifs, qui devrait atteindre 10% à 15% entre 2010 et 2020, le niveau de 2010 ne pouvant au mieux être ré-atteint qu'en 2030.
- Une pyramide des âges très déséquilibrée, l'âge moyen des médecins en activité régulière étant actuellement de 51.4 ans, et les médecins de 55 ans et plus comptant pour 30% des effectifs (contre 14% pour les médecins de moins de 40 ans).
- Une désaffection générale pour l'exercice libéral.

A Paris, la baisse des effectifs des généralistes a déjà commencé, puisque le nombre d'omnipraticiens libéraux a diminué de 2,6% entre 2011 et 2013²

Si Paris est globalement plus médicalisé que la moyenne française, on note que la densité des omnipraticiens libéraux y est globalement à peine plus élevée que la moyenne française (11.2 pour 10.000 habitants contre 9.7 en France).

Ce chiffre global recouvre de fortes disparités par arrondissement, les arrondissements du Nord et de l'Est parisiens étant largement en dessous de la moyenne nationale. Une forte proportion des omnipraticiens libéraux parisiens

exercent en secteur 2 (36%) ou en secteur non conventionnel (7%), et une forte proportion (27%) déclare exercer tout ou partie de son activité dans le cadre d'un Mode d'Exercice Particulier (MEP), ce qui réduit d'autant l'offre effective de soins primaires à tarifs opposables.

Par ailleurs l'examen de la pyramide des âges des médecins omnipraticiens parisiens est extrêmement préoccupante : moyenne d'âge 55.6 ans, 59.5% ont plus de 55 ans, 36% ont plus de 60 ans.

Ces données brutes classent la ville de Paris parmi les zones géographiques françaises où l'offre de soins de médecine générale est plus faible que la moyenne nationale, avec des perspectives de dégradation extrêmement rapide à court terme (dans les cinq années à venir) compte tenu d'une pyramide des âges des généralistes parisiens beaucoup plus déséquilibrée que pour l'ensemble des médecins français.

Avec l'explosion du nombre de consultations aux urgences passant de 7 à 14 millions entre 1990 et 2004³, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est devenue une part importante du projet de loi HPST de 2009 avec la mise en place de cahiers des charges régionaux⁴. La régulation médicale est devenue la pierre angulaire de la PDSA afin d'orienter les patients si la situation le permet vers une structure ambulatoire : maison médicale de garde, médecins de garde, structures mobiles... Ceci afin de désengorger les urgences.

Bien évidemment les médecins généralistes libéraux sont un des piliers permettant le fonctionnement de cette organisation.

Bien que la demande soit importante, les visites au domicile ne représentent que 18% des actes des médecins généralistes d'Île de France ⁵ car considérées comme mal rémunérées, chronophages et éreintantes.

Pourtant avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes et/ou grabataires estimé à 14% en 2000 et 33% en 2010 ⁶, le nombre de personnes nécessitant des consultations à domicile ne peut qu'augmenter.

Pour résumer la situation : moins de médecins généralistes, désaffection des généralistes vis à vis des visites, urgentes ou non, augmentation des urgences ressenties avec recours aux urgences hospitalières, augmentation des besoins en visites pour les personnes âgées dépendantes.

Face à cette situation inquiétante, il est nécessaire de mieux comprendre l'offre de soins primaires libérale parisienne, car les données actuelles ne permettent pas d'évaluer précisément cette offre en termes de participation à la permanence des soins et de réalisation de visites à domicile.

Nous avons utilisé les données de l'étude DEMOMED 75 (donner une référence, la meilleure possible).

Les objectifs de notre étude sont :

- 1) évaluer la participation à la PDSA des médecins généralistes, analyser les caractéristiques des praticiens associées à cette participation.
- 2) évaluer l'activité de visites à domicile des médecins généralistes, analyser les caractéristiques des praticiens associées à cette activité.

Avant de décrire la méthode de l'étude DEMOMED 75 et nos résultats, nous avons fait un état des lieux de la démographie médicale, de la permanence des soins ambulatoires et des visites à domicile en France et à Paris.

ETAT DES LIEUX

I. Démographie médicale

A. Situation actuelle en France

1. Généralités

Au 1^{er} janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est de 271 970, dont 215 865 actifs et 56 105 retraités ⁷.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Actifs	212972	213995	215028	216017	216450	216145	216142	215865
Retraités	37433	38751	40070	42136	44928	48321	51930	56105
Total	250405	252746	255098	258153	261378	264466	268072	271970

Tableau 1 : Les actifs/retraités de 2006 à 2013

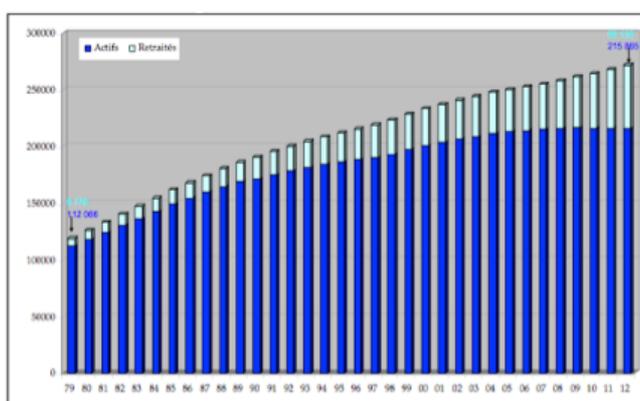


Figure 1 : Les effectifs des médecins inscrits au tableau de l'Ordre de 1979 à 2012

Bien que la France n'ait jamais recensé autant de médecins, ce sont les retraités qui augmentent les effectifs. Ils ont augmenté de +44,8% entre 2007 et 2013.

En un an, ils enregistrent une augmentation de 8% tandis que les effectifs des médecins inscrits en activité totale ont légèrement diminué (-0,13%) sur la même période.

Variation des effectifs par an											
1 ^{er} janvier	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09	09/10	10/11	11/12	12/13
Activité totale	1,4%	1,2%	1,2%	0,7%	0,5%	0,5%	0,5%	0,2%	-0,1%	0%	-0,13%
Retraité	2,7%	2,9%	1,7%	2,8%	3,5%	3,4%	5,2%	6,6%	7,6%	7,5%	8%

Tableau 2 : Variation des effectifs sur les onze dernières années

2. Médecins généralistes

Les médecins généralistes représentent 45,9% des effectifs. 59% des médecins généralistes exercent leur activité en secteur libéral exclusif.

Agés en moyenne de 52 ans, 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2018.

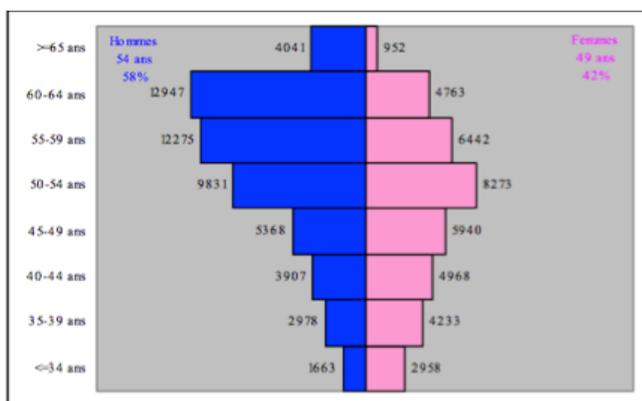


Figure 2 : Pyramide des âges des généralistes en France

Au 1^{er} janvier 2013, le tableau de l'Ordre recense 91 539 médecins généralistes inscrits en activité régulière, soit une baisse de 1% en un an.

En moyenne, la densité régionale est de 138,6 médecins généralistes, en activité régulière, pour 100 000 habitants. Tout comme en 2012, la région Centre enregistre la plus faible densité (115 MG/100 000 habitants) tandis que la région PACA conserve sa première place (162 MG/100 000 habitants).

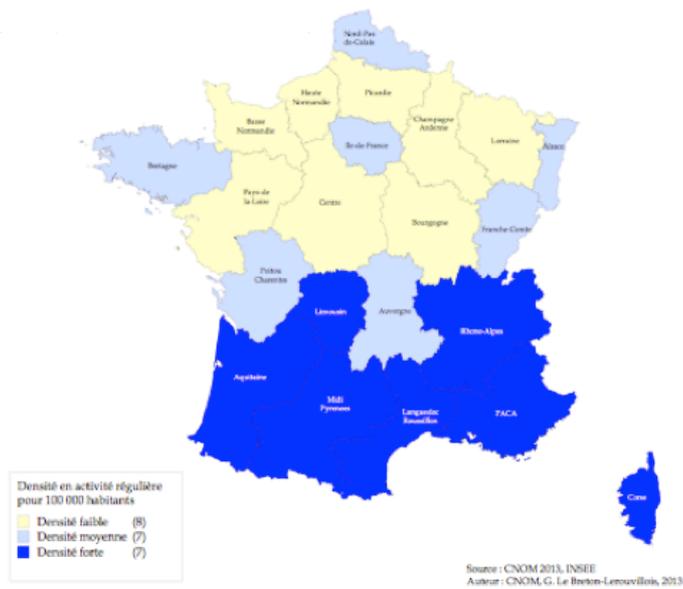


Figure 3 : Densités régionales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013

Au niveau départemental, la densité varie de 74 praticiens pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 134 pour 100 000 habitants dans les Pyrénées-Orientales. D'une manière générale, les médecins omnipraticiens sont plus nombreux dans le sud de la France.

Les densités sont supérieures à 125 dans les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, l'Hérault, les Hautes-Alpes et les Pyrénées-Orientales. *A contrario*, les départements où les densités sont les plus faibles (moins de 80) se trouvent dans le centre de la France et l'Île-de-France.

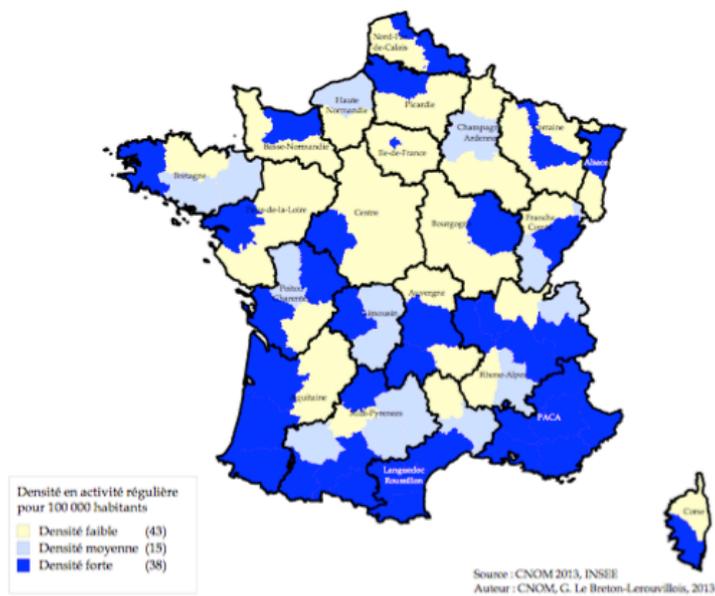


Figure 4 : Densités départementales des médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière au 1^{er} janvier 2013

B. Prévisions démographiques à l'échelle nationale

Au 1^{er} janvier 2013, le tableau de l'Ordre recense 199 419 médecins inscrits en France en activité régulière ; soit une légère hausse de 0,3% entre 2007 et 2013 ⁷.

D'après l'analyse ordinale et le calcul du taux de croissance annuel moyen (TCAM), il semble que les médecins en 2018 seront 199 852 à exercer en activité régulière à l'échelle de la France entière.

Mais les effectifs évoluent différemment selon la spécialité : - 5,52% pour les généralistes et +5,84% pour les spécialistes (modèle théorique).

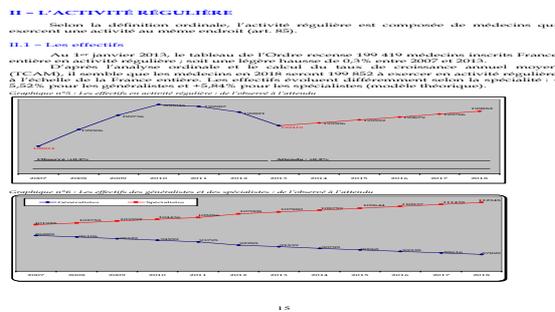


Figure 5 : Les effectifs en activité régulière, de l'observé à l'attendu



Figure 6 : Les effectifs des généralistes et des spécialistes, de l'observé à l'attendu

C. Etat des lieux à Paris

1. Situation actuelle des omnipraticiens

Début 2013, Paris compte 2 545 omnipraticiens contre 2 595 en 2012, soit une diminution de 1,9% en 1 an et une diminution de 2,6% en 2 ans ².

	2011	2012	2013	Evolution 2011 - 2013
Les prescripteurs				
Omnipraticiens	2 612	2 595	2 545	-2.6%
	<i>Evol n/n-1</i>	<i>-0.7%</i>	<i>-1.9%</i>	
Spécialistes	5 607	5 627	5 571	-0.6%
	<i>Evol n/n-1</i>	<i>0.4%</i>	<i>-1.0%</i>	
Total médecins	8 219	8 222	8 116	-1.3%
	<i>Evol n/n-1</i>	<i>0.0%</i>	<i>-1.3%</i>	

Tableau 3 : Evolution du nombre d'omnipraticiens à Paris de 2011 à 2013

L'âge moyen des omnipraticiens de Paris est de 56 ans avec une nette prédominance des praticiens de plus de 55 ans. A contrario il y a une très faible proportion de moins de 40 ans.

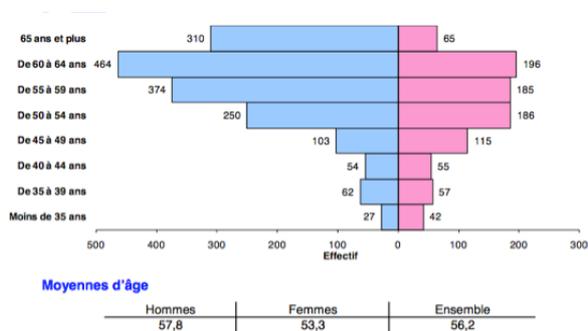


Figure 7 : Pyramide des âges des omnipraticiens parisiens et moyennes d'âge

Seuls 58% des omnipraticiens parisiens exercent en secteur 1 contre 88% en France.
72% d'entre eux exercent en libéral intégral.

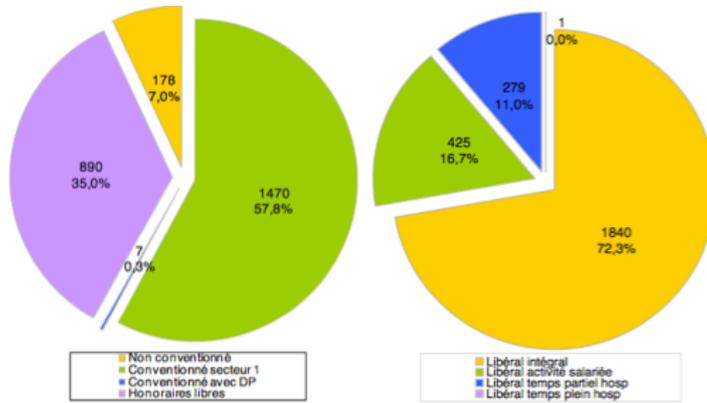


Figure 8 : Situation conventionnelle et nature d'exercice des généralistes parisiens

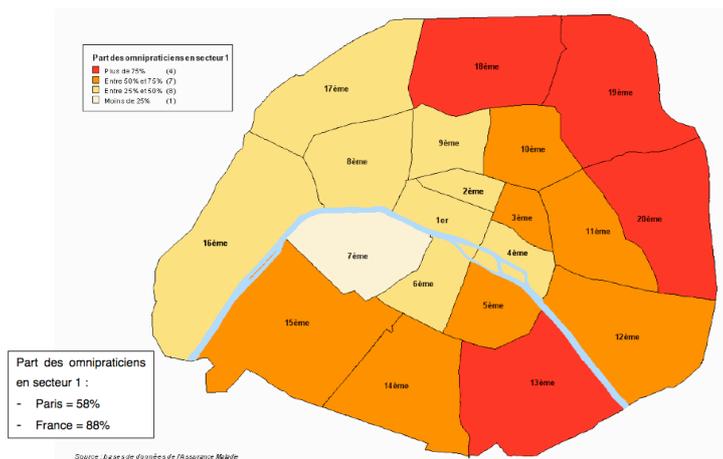


Figure 9 : Proportion d'omnipraticiens exerçant en secteur 1 par arrondissement

Il existe une nette inégalité dans la densité médicale à Paris avec un manque d'omnipraticiens surtout dans le nord est de Paris.

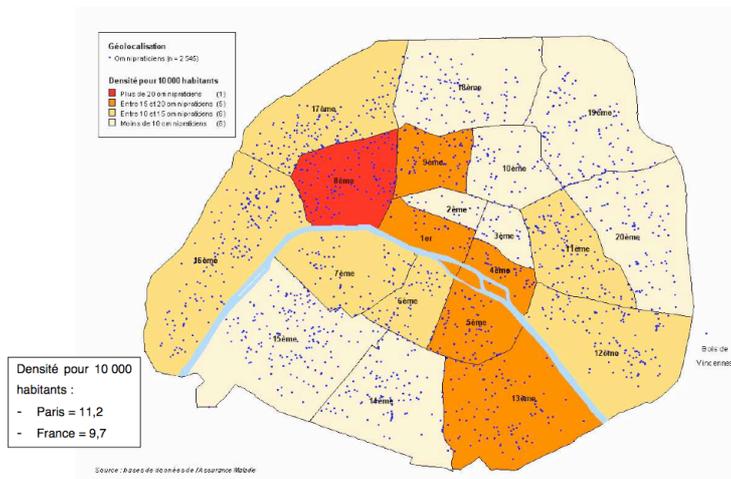


Figure 10 : Densité des omnipraticiens parisiens par arrondissement (pour 10000 habitants)

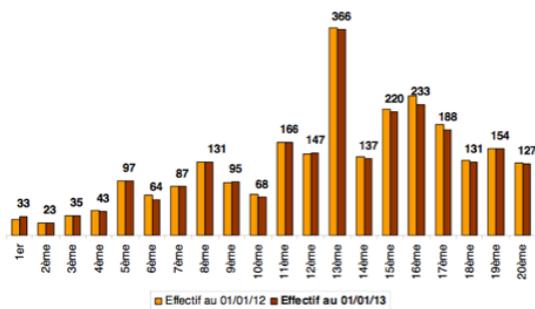


Figure 11 : répartition des omnipraticiens par arrondissement

L'implantation de SOS médecins et des urgences médicales de Paris dans le 13^{ème} explique la forte densité apparente dans cet arrondissement, qui masque la densité réelle de médecins généralistes.

Début 2013, 693 omnipraticiens parisiens (soit 27,2%) déclarent exercer en MEP.

Cette proportion élevée est une caractéristique de la ville de Paris.

Les 4 principaux MEP déclarés, regroupant près de ¾ de ces omnipraticiens, sont :

- La médecine d'urgence (30,7%)
- L'acupuncture (20,8%)
- L'homéopathie (10,8%)
- L'angiologie (9,8%)

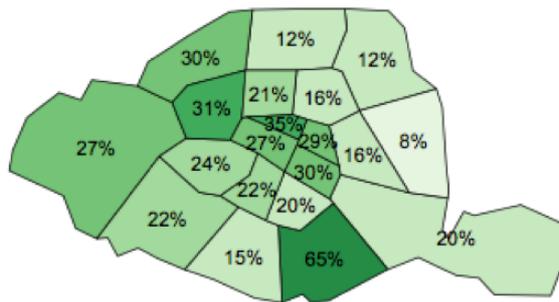


Figure 12 : Proportion de médecin déclarant un MEP par arrondissement (données CPAM)

La densité de médecins omnipraticiens libéraux hors mode d'exercice particulier (MEP) et conventionnés en secteur 1 est un **bon indicateur de l'offre de soins de premier recours pour la population.**

Selon cet indicateur, l'offre de soins de premier recours parisienne est de 53 professionnels pour 100 000 habitants, ce qui est très en dessous de la moyenne française (80 pour 100 000) ⁸. Ces résultats conduisent à relativiser "l'importante offre médicale parisienne".

D. Prévisions démographiques en Ile de France

Les différentes projections démographiques réalisées, montrent une poursuite de la baisse des omnipraticiens en Ile de France et à Paris à l'horizon 2018 et 2030^{2,9}.



Figure 13 : Projection des médecins généralistes actifs à l'échelle régionale en 2018

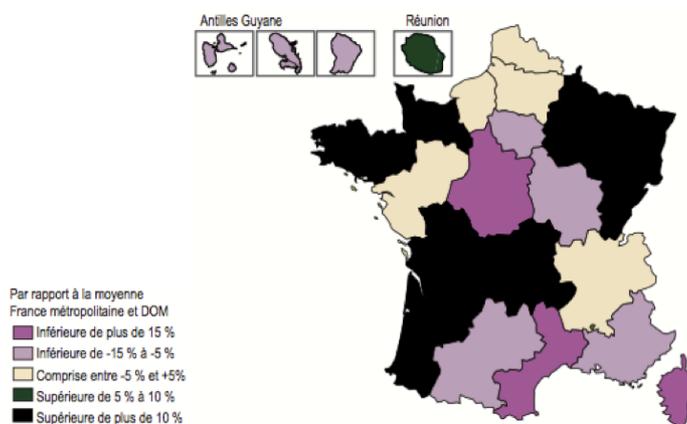


Figure 14 : Projections de la densité de médecins généralistes à l'échelle régionale en 2030

II. Permanence des soins ambulatoires (PDSA)

A. Contexte

En France, le nombre de consultations aux urgences a doublé de 1990 à 2004 passant de 7 à 14 millions par an ³.

Plus de 730 000 passages aux urgences ont été dénombrés dans les établissements parisiens en 2008, soit un taux de recours aux urgences de 336 pour 1 000 habitants. Ce taux est supérieur à ceux observés en Ile-de-France et en France métropolitaine (respectivement 293‰ et 264‰) ⁸.

Une grande partie de l'activité d'urgences est assurée par le secteur public : c'est le cas de 90% des passages aux urgences à Paris (82% en Ile-de-France et 83% en France métropolitaine).

Entre 2004 et 2008, le nombre de passages aux urgences hospitalières de Paris a progressé de 4,7% par an, soit une progression supérieure à celles observées au niveau régional (3,0%) et national (3,4%).

Les SMUR ont effectué 12 257 sorties primaires et 5 173 sorties secondaires en 2008 à Paris. Parmi les sorties primaires, 39,5% n'ont pas été suivies d'un transport médicalisé (42,4% en Ile-de-France et 29,7% en France métropolitaine). Entre 2004 et 2008, le nombre total de sorties a augmenté en moyenne de 4,6% par an, soit davantage qu'en Ile-de-France et en France.

Dans ce contexte, la PDSA a constitué une part importante du projet de loi HPST de 2009 avec la mise en place de cahiers des charges régionaux. La régulation médicale est devenue la pierre angulaire de la PDSA afin d'orienter les patients si la situation le permet vers une structure ambulatoire.

B. Définition

1. Définition législative

Jusqu'en 2002, la PDSA était dépourvue de cadre juridique et organisée par la profession elle-même.

Le 22 janvier 2003, une réforme menée par le Sénateur Descours ¹⁰ définit la permanence de soins comme « une organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmées exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ».

Le décret du 15 septembre 2003 et l'arrêté ministériel du 12 décembre 2003 ¹¹ fixent les modalités d'organisation de la permanence des soins :

- La permanence de soins couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h tous les jours ouvrés, les dimanches et jours fériés, et éventuellement le samedi après-midi.
- Une sectorisation est arrêtée, sous la responsabilité du préfet et du CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires), afin d'améliorer l'organisation de la permanence de soins. Chaque département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixées en fonction des données géographiques.

- L'accès au médecin de la permanence de soins fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le service médical d'urgence. Le besoin de consultations exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin, relève de la PDSA assuré par des médecins libéraux. Les services d'urgences ont, quant à eux, pour mission de prendre en charge les besoins immédiats, qui exigent l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins urgents qui appellent la mobilisation d'un médecin ayant les compétences d'intervention.

2. Code de déontologie et code de santé publique

Certains points particuliers étaient préalablement définis par le code de la santé publique et le code de déontologie.

L'art.L.6325-1 du code santé publique rappelle que la permanence des soins est « une mission de service public».

L'article 77 du code de déontologie médicale précise qu'il est « du devoir du médecin de participer à la PDSA dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

Révisé par le décret n°2003-81, celui-ci précise que « les médecins de ville volontaires doivent s'inscrire préalablement sur un tableau de garde. Ce tableau nominatif est établi pour une durée minimale de trois mois et vérifié par le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ». Ce même article, prévoit la possibilité de saisir le préfet afin de réquisitionner un médecin dans le secteur si la liste est incomplète.

La permanence devient dès lors une mission d'intérêt général basée sur le volontariat des médecins.

C. Les acteurs de la permanence de soins

La permanence des soins regroupe trois types acteurs :

- La régulation médicale qui se définit comme un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur de permanence, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15.
- Les effecteurs postés qui sont des médecins libéraux volontaires qui assurent des consultations de médecine générale aux horaires de la permanence de soins dans leurs propres cabinets, ou dans des lieux fixes de consultation (maison médicale de garde...).
- Les effecteurs mobiles, des médecins libéraux volontaires, qui assurent des consultations de médecine générale à domicile en journée et aux horaires d'ouverture de la permanence des soins.

D. La gestion de la permanence de soins

1. L'Agence Régionale de Santé

Le code de santé publique a été modifié en janvier 2009 par la loi « Hôpital, Patient, Santé et Territoire » avec la mise en place d'Agences Régionales de Santé (ARS).

Les ARS se définissent comme des établissements publics de l'état, chargés de définir et d'appliquer la politique régionale de santé. Elles regroupent plusieurs institutions anciennement mises en place : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Les ARS sont compétentes dans les domaines suivants :

- la promotion de la santé et de la prévention,
- la veille et de la sécurité sanitaire,
- les pratiques soignantes et les modes de recours aux soins des personnes,
- l'accompagnement médico-social,
- l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires.

Concrètement, depuis la création des ARS, la PDSA s'organise de façon régionale et non plus départementale.

L'ARS reçoit le pouvoir de déterminer la rémunération des médecins (astreintes) à l'exception de celle des actes réalisés pour lesquels l'assurance maladie reste compétente.

L'ARS définit les territoires de gardes dont les limites sont arrêtées par son directeur général selon les principes définis dans le cahier des charges régional.

2. Le CODAMUPS

Pour autant, l'échelon départemental ne disparaît pas, du fait de l'existence maintenue des CODAMUPS.

L'article L 6313-1 du code de la santé publique indique que « Dans chaque département, un Comité De l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des soins et des transports Sanitaires veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional » défini à l'article R.6315-6.

Il s'assure de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale urgente, au dispositif de la permanence des soins et aux transports sanitaires.

Ce comité est issu du décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010¹² relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (JO du 17 juillet 2010). Il est co-présidé par le Préfet de département et le Directeur Général de l'ARS.

Il se compose de deux sous-comités :

- l'un médical examinant les questions relevant de l'activité médicale, de l'aide médicale urgente ;
- l'autre des transports sanitaires chargé de donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires.

Le CODAMUPS est le lieu de discussion par excellence sur la permanence des soins et les transports sanitaires dans un département car il permet une concertation de l'ensemble des représentants des acteurs du système sanitaire : médecins libéraux, transporteurs sanitaires, délégations territoriales de l'ARS, services départementaux d'incendie et de secours, collectivités territoriales, conseil départemental de l'Ordre des médecins, médecins conseil des caisses d'assurance maladie, caisses des régimes obligatoires d'assurance maladie, médecin responsable de SAMU, directeurs d'hôpitaux, sapeurs-pompiers...

3. Le cahier des charges

Les principes généraux, le pilotage du dispositif, la territorialisation et les rémunérations forfaitaires sur lesquels se fonde l'organisation de la permanence de soins doivent être formalisés dans un cahier des charges départemental révisable au maximum tous les trois ans par l'Agence Régionale de Santé ⁴.

Le cahier des charges de la PDSA est un document d'organisation par lequel est formalisée l'organisation de la PDSA dans la région.

Le cahier des charges régional précise ainsi :

- l'organisation générale de la PDSA (territoires de PDSA, nombre d'effecteurs, modalités d'intervention des effecteurs, points fixes de consultation, conditions de transport des patients vers les lieux de consultation, modalités de participation des établissements de santé à la PDSA si besoin),
- l'organisation de la régulation des appels, qui est confiée le plus souvent aux Centres 15 des SAMU.

C'est pourquoi ce document est soumis pour avis :

- à l'ensemble des CODAMUPS-TS de la région concernée
- à la commission spécialisée de l'organisation de l'offre de soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) représentant les médecins
- aux Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins et aux préfets de département (pour la partie concernant spécifiquement leur département).

E. Les structures de la permanence de soins ambulatoires

1. Définition

Une structure de soins de PDSA est «un lieu d'accueil physique, ouvert à la population sans discrimination par rapport à un lieu de résidence, à l'âge ou à des critères sociaux, sans prise de rendez-vous, aux heures de fermeture des cabinets médicaux, les soins y sont dispensés sous forme de consultations. »¹³

On distingue 3 types de structures :

- la maison médicale de garde définie comme « un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de permanence de soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée ».
- le cabinet médical tournant défini par le regroupement de plusieurs médecins libéraux dispensant des consultations à tour de rôle dans leurs cabinets médicaux respectifs,
- le point fixe défini comme un lieu fixe dispensant des consultations dans le cadre de la PDSA avec des horaires d'ouverture restreints.

2. Les modalités de fonctionnement

➤ Le lieu

En milieu rural, le cahier des charges régional en Ile-de-France de septembre 2012⁴ préconise que la structure de soins soit située dans un hôpital local, un EHPAD, une maison de retraite ou une maison de santé pluriprofessionnelle.

En milieu urbain, une localisation dans une enceinte hospitalière ou contiguë des urgences est préférable. Cependant, une coordination et une organisation précise entre les deux structures doivent être mises au point pour optimiser l'offre de soins.

Dans le cas où la structure de soins s'implante dans une structure non médico-sociale, celle-ci doit être proche d'une permanence de sécurité (pompiers, police, gendarmerie). Le local peut quant à lui être partagé en journée pour d'autres utilisations.

➤ *Les horaires*

La structure de PDSA doit être ouverte aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux :

- tous les jours (lundi au vendredi) de 20h00 à 24h00,
- dimanche et jours fériés de 8h00 à 20h00,
- et 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 en fonction des besoins et de l'offre existante.

Cependant en fonction des besoins constatés, l'ouverture peut être réduite aux samedis après-midi et dimanches. Les horaires peuvent être élargis en fonction de l'afflux saisonnier ou d'une crise sanitaire.

3. Les effecteurs

Un nombre minimum de médecins installés doit être requis, environ vingt à trente effecteurs afin de couvrir le tableau de garde. Ceux-ci peuvent exercer dans des cabinets médicaux libéraux, des maisons de santé, des centres de santé. Il ne peut et ne doit pas s'agir uniquement de remplaçants.

Il est préférable de solliciter la participation de tous les médecins du secteur regroupant la MMG.

Le tableau de garde de chaque structure de PDSA doit être rempli et transmis au CDOM avec trois mois d'antériorité. Si celui-ci n'est pas comblé, le CDOM en avise le préfet du département qui peut réquisitionner un médecin du secteur (en premier recours un médecin ne participant pas à la PDSA).

4. La régulation

Par principe, le recours à une MMG ou une structure de PDSA est préalablement régulé par le centre 15 qui juge de la pertinence d'adresser ce patient vers la MMG, aux urgences, une visite à domicile ou de lui préconiser des conseils médicaux. Dans certains départements, il existe un numéro dédié à la PDSA distincts du 15 qui met le patient directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs.

5. La sectorisation

La PDSA est organisée dans le cadre départemental et divisée en secteurs sur le principe de l'organisation des soins. Chaque secteur est arrêté par le représentant de l'état sur proposition du CODAMUPS, du CDOM, des syndicats et associations professionnelles.

La zone d'action de la MMG est définie :

- selon la population, avec au minimum 60 à 70 000 personnes en zone urbaine,
- selon le rayon d'action, avec en zone rurale 30 à 35 km autour de la MMG,
- selon le nombre de médecins susceptibles d'y participer.

6. La tarification des actes

Les actes pratiqués lors de la PDSA sont nomenclaturés à la CPAM :

- acte de nuit non régulé de 20h00 à 24h00 : CN soit 58 euros,
- acte non régulé en journée le samedi et dimanche : CF soit 42.06 euros,
- acte de nuit régulé de 20h00 à 24h00 : C + CRN 65.50 euros,
- acte régulé le samedi : C+CRS soit 49.50 euros,
- acte régulé le dimanche et jours fériés : C+CRD soit 49.50 euros,
- auxquels s'ajoute la majoration MNO ou MGE.

F. Le financement

Les projets d'ouverture de structures de PDSA peuvent être financés par le Fonds d'Intervention Régional (FIR), successeur du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), fusion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR).

Le FIR évalue l'enveloppe annuelle comprenant le coût d'investissement et de fonctionnement reconductible sur une période de cinq ans. Cette enveloppe est directement versée au promoteur ou à l'établissement hébergeant la structure.

Cependant d'autres acteurs peuvent être sollicités tels que les collectivités locales ou les communautés d'agglomération.

G. Etat des lieux à Paris

1. Caractéristiques géographiques

La superficie de Paris est de 105,40 km² (0,87% de la superficie régionale).

La ville comprend 1 commune et 20 arrondissements.

Arrondissements	Population	Densité (nb habitants/km ²)
1 ^{er}	17620	9628
2 ^{ème}	23102	23335
3 ^{ème}	36848	31494
4 ^{ème}	28203	17626
5 ^{ème}	61651	24272
6 ^{ème}	44790	20832
7 ^{ème}	58756	14365
8 ^{ème}	41187	10615
9 ^{ème}	60972	27968
10 ^{ème}	94926	32846
11 ^{ème}	156485	42638
12 ^{ème}	146058	22929
13 ^{ème}	185110	25889
14 ^{ème}	141664	25117
15 ^{ème}	240823	28398
16 ^{ème}	172605	21821
17 ^{ème}	171978	30331
18 ^{ème}	204546	34034
19 ^{ème}	187766	27653
20 ^{ème}	199790	33409
TOTAL	2 274 880	21583

2. Caractéristiques démographiques

La population légale de Paris est de 2 274 880 habitants ¹⁴ :

- part des moins de 20 ans : 19,5% ¹⁵
- part des plus de 75 ans : 7,4% ¹⁵
- part des familles monoparentales : 18% ¹⁶
- part de bénéficiaires de la CMUc : 7,9 %

La densité de population est de 21583 habitants au km² (976 habitants/km² en Ile de France).

Une particularité de la ville de Paris est la migration alternante avec :

- 914 000 personnes qui viennent du reste de l'Ile-de-France travailler à Paris et 335 000 parisiens qui vont travailler hors Paris, soit 579 000 personnes supplémentaires à Paris par jour.¹⁷
- Un afflux touristique permanent. En 2008, il y a eu 28 millions de touristes à Paris. Un arrêté préfectoral a déterminé sept zones touristiques à Paris.

3. L'offre de soins ambulatoire

➤ *Médecins généralistes*

- Nombre d'omnipraticiens installés : 2545 ²
- Densité : 112/100 000 habitants (85,4 en Ile de France)
- Age moyen des omnipraticiens dans le département : 56 ans, dont 60% d'hommes.

L'âge moyen de l'inscription au tableau de l'Ordre des médecins est de 33,6 ans : 33 ans pour les femmes et 35 ans pour les hommes. 3,2% des nouveaux inscrits en 2010 exercent en secteur libéral. Seuls 16,1% des médecins généralistes nouvellement inscrits exercent en milieu libéral, majoritairement en cabinet de groupe monodisciplinaire.

➤ ***Centres de santé***

On compte 94 centres de santé à Paris, dont 64 polyvalents, 24 dentaires et 6 infirmiers (source : ARS novembre 2011).

➤ ***Information et communication***

Actuellement, des informations sont accessibles au grand public via le site internet des associations de permanence des soins.

Un affichage municipal informe sur les lieux fixes de consultation accessibles aux horaires de la PDSA.

H. Régulation médicale à Paris

1. Organisation générale

➤ ***Lieu***

Les médecins généralistes libéraux participent à la régulation médicale au sein du CRRA-C15, situé dans les locaux du SAMU, à l'hôpital Necker-Enfants malades ¹⁸.

➤ ***Numéro d'accès au médecin de permanence***

Comme sur l'ensemble du territoire national, l'appel au numéro « 15 » précède l'accès au médecin de permanence.

Les associations de permanence des soins, disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le CRRA-C15 et assurant une régulation médicale des appels, peuvent également être accessibles pour cette régulation téléphonique sous réserve d'une convention passée avec l'établissement siège du SAMU-C15.

Les numéros d'appels des plates-formes des Urgences Médicales de Paris (UMP) et SOS-médecins Paris (associations de permanence des soins implantées dans le département) restent opérationnels pendant les horaires de PDSA. Celui de la Garde Médicale de Paris (GMP) bascule sur le SAMU-C15 aux horaires de la PDSA. Les plates-formes de ces associations sont interconnectées avec le SAMU-C15, par liaison téléphonique.

➤ *Organisation*

L'association des médecins libéraux pour la régulation médicale et la PDSA (ADMLR 75) organise la participation des médecins généralistes à la régulation médicale du CRRA de Paris.

Près de 32 médecins libéraux participent à l'activité de régulation médicale au CRRA-C15, uniquement aux horaires de la PDSA.

Leur participation a été renforcée depuis l'entrée en vigueur du cahier des charges régional au 1er octobre 2012.

Le schéma ci-dessous précise le nombre de régulateurs libéraux présents aux horaires de la PDSA au CRRA-C15 de Paris.

Département de Paris - 75			
Schéma de régulation au CRRA-C15 en 2013			
Nombre de médecins régulateurs libéraux par plages horaires PDSA			
Période PDSA	Lundi au vendredi	Samedi	Dimanche, jours fériés et ponts mobiles
8h 12h			1
12h 20h		2	
20h 24h	2		
0h 8h			

Tableau 5 : Nombre de médecins régulateurs libéraux par plages horaires de PDSA

2. Comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale

Ce comité est constitué dans chaque département.

Il est composé d'un nombre limité de membres, représentant à parité :

- L'ADMLR 75, association départementale des médecins libéraux pour la régulation médicale et la permanence des soins ambulatoires, respectant la diversité de tous les acteurs libéraux.
- le SAMU-C15.
- un médecin de la BSPP.
- un représentant des médecins urgentistes des établissements hospitaliers publics, un représentant des urgentistes des établissements privés à but lucratif et un représentant des établissements de santé privés d'intérêt collectif.
- Le président du conseil départemental de l'Ordre des médecins et le Directeur Général de l'ARS.

Le comité médical territorial de gouvernance de la régulation médicale a pour rôle dans le cadre de la PDSA :

- de s'assurer du bon fonctionnement de la régulation médicale au sein du CRRA-C15 et du respect des dispositions du règlement intérieur s'appliquant aux horaires de PDSA,
- de mettre en place une démarche qualité centrée sur les pratiques de régulation médicale,
- d'évaluer la neutralité et l'indépendance des décisions de régulation médicale et leur conformité aux recommandations de bonnes pratiques médicales,
- d'étudier les signalements en rapport avec d'éventuels dysfonctionnements et proposer des solutions adaptées,
- de faire évoluer les règles de collaboration entre les différents acteurs,
- de contribuer au recueil et à l'analyse des données d'activité locales,
- de proposer au comité de pilotage régional, des évolutions de l'organisation générale et du règlement intérieur.

3. Modalités d'élaboration du tableau de garde pour la régulation

Le tableau de garde prévisionnel est établi conformément à l'article R.6315-2 du code de la santé publique. L'ARS reçoit du CDOM le tableau de garde prévisionnel dix jours avant sa mise en œuvre.

Le tableau des gardes réalisées est validé par le coordonnateur de l'ADMLR 75 et transmis au CDOM.

Le tableau des gardes réalisées précise pour chaque médecin, le nom, le prénom, les numéros RPPS et d'identification pour l'Assurance maladie, le jour et la date de la garde, l'heure de début et de fin de la garde, le nombre d'heures de garde effectuées.

Les mêmes informations sont reportées dans le tableau pour les remplaçants.

L'ARS est destinataire du tableau des gardes réalisées, sous format papier, visé par le CDOM.

I. Effection à Paris

1. Lieux d'effection

Paris a la particularité de ne compter qu'un territoire de permanence des soins.

L'ensemble du territoire est couvert aux horaires de la PDSA par des associations de visites à domicile et des gardes postées¹⁸.

Il existe 6 maisons médicales de garde situées dans les 2^{ème}, 12^{ème}, 13^{ème}, 14^{ème}, 16^{ème} et 19^{ème} arrondissements :

- quatre de ces MMG sont gérées par l'association Garde Médicale de Paris (GMP) : MMG 2, MMG 12, MMG13, MMG 14.
- la MMG 16 est gérée par l'association Maison Médicale de Garde Paris Ouest.
- la MMG PNE est gérée par l'Association de Permanence des Soins Paris Nord Est (APS-PNE).

Un dispositif de garde est posté à l'Hôtel Dieu dans le 4^{ème} arrondissement, il fonctionne toutes les nuits de 20h à 8h, ainsi que le samedi après midi et le dimanche toute la journée.

HFALCOFF 27.9.14 23:52

Mis en forme: Normal

HFALCOFF 30.9.14 00:04

Commentaire [1]: Même pb que pour I

Le pôle de santé Ramey (75018), fonctionne aux horaires de la PDSA.

Il existe également un cabinet tournant dans le 9^{ème} arrondissement ouvert le samedi et le dimanche en journée.

Un point fixe SOS médecins fonctionne en période hivernale.

Localité	Dénomination	Association de PDS gestionnaire	Lundi au dimanche 20h-24h 0h-8h	Samedi 12h-20h	Dimanches, jours fériés et ponts mobiles 8h-20h	Adresse	Localisation
75002	MMG 2	GMP	-	14h-20h	9h-20h	106, rue Réaumur	Au sein du Centre de Santé Réaumur
75004	HOTEL DIEU	AP-HP	20h-24h 0h-8h	12h-20h	8h-20h	1 place du parvis Notre Dame	
75012	MMG 12	GMP	-	14h-20h	9h-20h	18, rue du Sergent Bauchat	Au sein de l'hôpital des Diaconesses
75013	MMG 13	GMP	-	14h-20h	9h-20h	5 rue Ponscarme	Au sein du Centre de santé Olympiades Croix Rouge Française
75014	MMG 14	GMP	-	14h-20h	9h-20h	19, rue Vercingétorix	Au sein de l'hôpital Léopold Bellan
75016	MMG 16	Association MMG Paris-Ouest	-	14h-20h	9h-20h	23, rue Georges Bizet	Au sein de la clinique Bizet
75018	MSP	Pôle de santé Ramey Paris 18 Nord	20h-23h	12h-18h	10h-18h	41 rue Ramey	
75019	MMG PNE	Association MMG PNE	20h-23h	14h-20h	9h-20h	9/21, sente des Dorées	Au sein de l'hôpital Jean Jaurès

Tableau 6 : Lieux de consultations aux horaires de PDSA dans Paris

80 médecins libéraux participent aux gardes dans les MMG.

L'accès des patients aux points fixes de garde est en principe régulé par le CRRA-C15.

Trois associations de médecins effectuent des visites à domicile sur l'ensemble du territoire : SOS-Médecins, UMP, GMP. Actuellement, il n'y a pas de géolocalisation des effecteurs mobiles.

2. Modalités d'élaboration du tableau de garde pour l'effectif

Pour les gardes postées, un tableau de gardes prévisionnel est établi par la GMP et adressé à la préfecture de Paris, à la Préfecture de police, au SAMU-C15, au Conseil Départemental de l'Ordre des médecins et à l'ARS.

Pour les effecteurs mobiles, le tableau de garde est actuellement interne aux associations.

3. Gestion des périodes et des pics d'activité

Le réseau Bronchiolite associe des pédiatres et des masseurs-kinésithérapeutes qui assurent une permanence durant la période hivernale.

SOS-médecins active son point fixe en période d'épidémie (en général en décembre et janvier) aux horaires de la PDSA, la semaine de 20h à minuit mais surtout le week-end jusqu'à minuit.

J. Participation des omnipraticiens libéraux à la permanence des soins ambulatoires

1. En France

D'après l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDSA en médecine générale en France en 2013 ¹⁹, le pourcentage des volontaires reste supérieur à 60 % dans 2/3 des départements alors que c'était le cas dans 73% des départements en 2012.

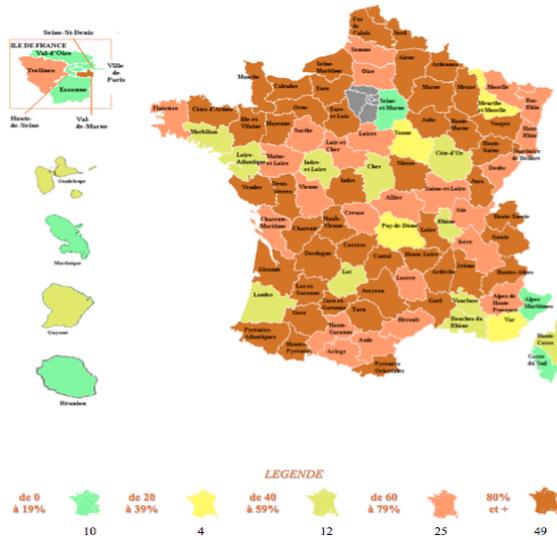
Ces chiffres démontrent l'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins mais leur baisse est inquiétante pour l'avenir.

On rencontre cette baisse aussi bien en région parisienne que dans des départements ruraux.

Mais la participation des médecins à la permanence des soins renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale. Ainsi, dans les grands centres urbains comme Paris, la permanence des soins est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins. Dans ce cas, le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. Toutefois, même dans ces secteurs, une augmentation du volontariat permettrait de créer ou de mieux faire fonctionner des maisons médicales de garde où les patients des centres urbains pourraient se rendre pendant les plages horaires de la permanence des soins.

D'après l'ARS, 11% des omnipraticiens libéraux d'île de France participent à la PDSA⁴.

**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2013**



**LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 31 DÉCEMBRE 2013**

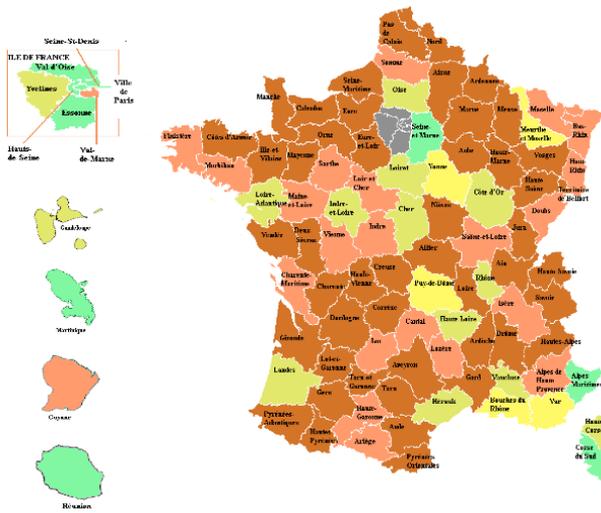


Figure 15 : Comparaison de la participation des médecins généralistes à la PDSA à l'échelle Départementale entre janvier et décembre 2013.

2. A Paris

Malgré un faible taux de participation, jusqu'ici aucune des structures de PDSA de Paris n'a eu besoin de réquisitionner des médecins pour remplir le planning de garde.²⁰

Le nombre d'effecteurs participant à la PDSA varie de quatre à trente effecteurs par structure. Pour les vacations en soirée, en fonction de la structure, les effecteurs réalisent de une à cinq vacations mensuelles. Pour les vacations en weekend, la majorité des effecteurs assure une à deux vacations par mois.

Le nombre d'heures effectuées lors d'une astreinte varie de quatre à huit heures.

Le nombre de passages annuels dans les structures varie de 1500 à 5172, avec une moyenne départementale de 2 666 actes annuels. Toutes les gardes sont postées à la structure de PDSA. Aucun des effecteurs ne réalise de visite à domicile, ni en EHPAD.

Structure Code postal	Nombre de passages annuels	Actes en novembre 2012	Types de gardes	Visite à domicile	Consultations en EHPAD
MMG 75002	NC*	NC*	Posté	Non	Non
MMG 75008	2632	186	Posté	Non	Non
HOTEL DIEU	NC*	NC*	Posté	Non	Non
MMG 75012	1957	191	Posté	Non	Non
MMG 75014	2334	195	Posté	Non	Non
MMG 75016	1500	150	Posté	Non	Non
Point fixe 75018	2400	213	Posté	Non	Non
MMG 75019	5172	576	Posté	Non	Non

*NC : non communiqué

Tableau 7 : Activité des structures de PDSA Parisiennes

III. Visites à domicile

A. Définition

La *visite à domicile* au sens strictement linguistique est l'action de se rendre au lieu où habite le patient. La *consultation* consiste à l'action de consulter, de donner son avis sur quelqu'un, sur quelque chose dans le local où exerce le médecin²¹.

Du point de vue juridique et du Code de la Sécurité Sociale, visites et consultations sont toutes deux mises sur le même plan et sont constituées des mêmes éléments fondamentaux. Aucune différence franche n'est faite en termes de contenu, de moyens et de pratiques. Seules les notions de trajets, d'urgence, et de nombre distinguent ces deux actions²².

En pratique, la visite à domicile ne peut correspondre aux mêmes réalités que la consultation au cabinet, ni offrir la même qualité de prestation. La visite apporte une connaissance sociale que le médecin ne pourra acquérir totalement lors d'une consultation. Mais, les soins en cabinet semblent apporter une meilleure garantie de qualité au patient. Le médecin y dispose de tout son matériel et de la documentation professionnelle nécessaire²³.

Cependant la visite à domicile fait partie intégrante du système de soins français et reste un acte incontournable pour la médecine générale.

B. Modification des pratiques

Dès 2002, c'est l'accumulation des déficits budgétaires des Caisses d'Assurance Maladie, notamment dans le secteur des soins de ville, qui a motivé une réforme de la visite à domicile, afin de la recentrer sur sa vocation première : soigner les patients dans l'incapacité de se déplacer au cabinet du médecin.

Proposée dans le champ conventionnel sous la forme d'Accord du Bon Usage des Soins (AcBUS), cette réforme comprenait une restriction des indications des visites remboursables totalement, et une revalorisation des tarifs pour les médecins²⁴.

L'objectif de faire diminuer les visites à domicile de 5% sur la première année d'application a pu être atteint²⁵.

En 2006, un nouvel objectif a été accepté par les syndicats, visant à réduire le nombre des visites à domicile à moins de 10% du total des actes en médecine générale, alors qu'elles en représentaient 30% en 1990²⁶.

De manière générale, cette réforme était nécessaire en raison d'un grand nombre de visites à domicile dites pour « convenance personnelle ».

L'accord national sur les visites fixe des critères médicaux de dépendance en dehors desquels le médecin est en droit de facturer une majoration de déplacement : ces critères sont médicaux et environnementaux ²⁷:

▪ Critères médico-administratifs :

- patient d'au moins 75 ans ayant une ALD 30 ou hors liste ;
- patient quel que soit son âge exonéré du ticket modérateur pour ALD : accident vasculaire cérébral (AVC) invalidant, forme grave d'une affection neuromusculaire, maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques ;
- patient bénéficiaire de l'allocation tierce personne ;
- patient bénéficiaire de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) ;
- dans les dix jours suivant une intervention chirurgicale inscrite à la CCAM d'un tarif supérieur à 313,50 euros ;
- hospitalisation à domicile.

▪ Critères cliniques avec un état de dépendance :

- incapacité concernant la locomotion par :
 - atteinte ostéo-articulaire d'origine dégénérative, inflammatoire ou traumatique ;
 - atteinte cardiovasculaire avec dyspnée d'effort, angor d'effort ou claudication intermittente ;
 - atteinte respiratoire chronique grave ;
 - atteinte neurologique avec séquelles invalidantes d'accident vasculaire cérébral ou liée à une affection neurologique caractérisée ;
- trouble de l'équilibre ;
- état de dépendance psychique avec incapacité de communication ;
- état sénile ;
- soins palliatifs ou état grabataire ;
- période post-opératoire immédiate contre indiquant le déplacement ;
- altération majeure de l'état général ;
- personne atteinte d'une maladie contagieuse et consultation au cabinet contre-indiquée.

▪ Critères sociaux

- personnes âgées de plus de 80 ans ;
- personnes dont la composition de la famille a une incidence sur la capacité à se déplacer à votre cabinet.

L'ensemble des médecins généralistes a contribué au succès de cette réforme. Même si la maîtrise médicalisée fait partie des préoccupations des médecins généralistes, 60% d'entre eux avouent un niveau de connaissance modeste en économie de la santé²⁸, et il est logique de penser que cette réforme est en fait venue répondre à un besoin sous-jacent de la profession.

La pression démographique médicale progressivement croissante et la nécessité d'optimiser le temps de soin en médecine générale, avaient rendu pour de nombreux médecins la visite à domicile difficilement compatible avec une organisation du travail efficiente. Malgré un temps de travail hebdomadaire de 52 heures par semaine²⁹, le temps consacré au soin par les généralistes est largement amputé entre autre par les tâches administratives, la coordination ou le développement professionnel continu. Dans ce contexte, la visite à domicile peut être vue par ceux qui la pratiquent comme pénible, chronophage voire délétère pour la qualité des soins^{5.30}.

C. Contexte démographique

1. Vieillesse de la population

Selon l'INSEE³¹, en 2050, 22,3 millions de personnes seraient âgées de 60 ans ou plus contre 12,6 millions en 2005, soit une hausse de 80 % en 45 ans. C'est entre 2006 et 2035 que cet accroissement serait le plus fort (de 12,8 à 20,9 millions), avec l'arrivée à ces âges des générations nombreuses issues du *baby-boom*, nées entre 1946 et 1975. Entre 2035 et 2050, la hausse serait plus modérée.

Le vieillissement de la population française s'accentuerait donc entre 2005 et 2050 : alors que 20,8 % de la population résidant en France métropolitaine avait 60 ans ou plus en 2005, cette proportion serait de 30,6 % en 2035 et de 31,9 % en 2050.

Le vieillissement est inéluctable, au sens où il est inscrit dans la pyramide des âges actuelle, puisque les personnes qui atteindront 60 ans à l'horizon 2050 sont déjà toutes nées (en 1989 ou avant). L'allongement de la durée de vie dans les années futures ne fait qu'accentuer son ampleur. En effet, même si l'espérance de vie se stabilisait à son niveau de 2005, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus augmenterait quand même de 50 % entre 2005 et 2050.

2. Dépendance

La dépendance est définie comme le besoin d'aide des personnes de 60 ans ou plus pour accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle est liée non seulement à l'état de santé de l'individu, mais aussi à son environnement matériel.

L'enquête « Handicap-Incapacités-Dépendances » réalisée en 1998 dénombre 795000 personnes dépendantes en 1999. D'après les prévisions de l'INSEE, ce nombre augmenterait de 50 % entre 2000 et 2040, pour atteindre alors 1 230 000 personnes ³².

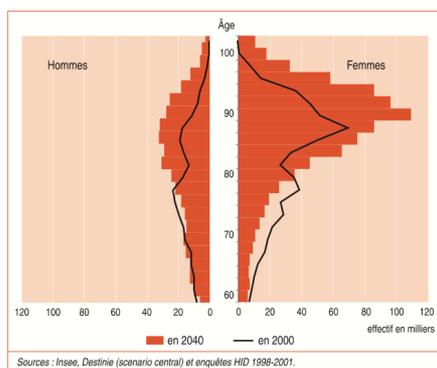


Figure 16 : Effectifs des personnes dépendantes par âge

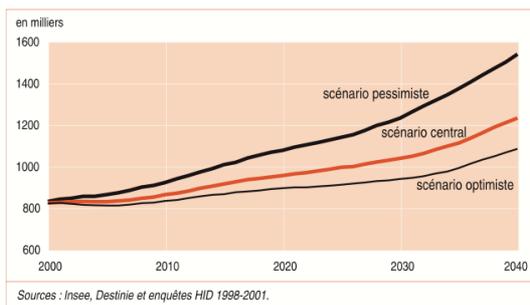


Figure 17 : Evolution du nombre de personnes âgées dépendantes

D. Conséquences sur les visites

Les 10 dernières années ont vu une diminution importante du nombre de visites à domicile en France, tout d'abord initiée par une réforme économique, puis pérennisée par une charge de travail plus contraignante pour les praticiens.

Cependant, dans les années à venir, le vieillissement et l'accroissement de la dépendance de la population, va engendrer une augmentation de visites à domicile « justifiées ».

Les médecins seront ils prêt à consacrer à nouveau plus de temps à ces visites ?

OBJECTIFS

Les objectifs de cette étude sont :

- 1) Evaluation de la participation à la permanence des soins ambulatoires des médecins généralistes de Paris et description des caractéristiques sociodémographiques et de l'activité de ces praticiens.

- 2) Evaluation de la réalisation de visites à domicile par les médecins généralistes de Paris et description des caractéristiques sociodémographiques et de l'activité de ces praticiens.

-

METHODE

I. Etude DEMOMED 75

Il s'agit d'une enquête transversale déclarative auprès des médecins généralistes, gynécologues et pédiatres de Paris réalisée de juillet à septembre 2013.

- Critères d'inclusion :
 - Médecins généralistes, pédiatres et gynécologues libéraux
 - Médecins généralistes, pédiatres et gynécologues avec activité mixte
 - Exerçants dans Paris intramuros
- Critères d'exclusion :
 - Activité salariée exclusive
 - Absence d'activité clinique
 - Retraités
 - Appartenance à SOS médecins et UMP
 - MEP exclusif

Les objectifs de l'étude DEMOMED 75 étaient d'une part, d'analyser l'offre actuelle de soins primaire libérale parisienne (définie par les généralistes, pédiatres et

gynécologues) par arrondissement et par quartier et d'autre part, d'estimer l'offre de soins prévisible de ces mêmes médecins aux échéances de 2 et 5 ans.

II. Matériel et méthode

Une liste exhaustive des omnipraticiens parisiens concernés a été construite par le recoupement des données de la CPAM et de l'Ordre des médecins.

Un questionnaire a été réalisé, recueillant les variables suivantes (cf annexes) :

- Données individuelles: sexe, âge, faculté d'origine année d'installation.
- Mode d'installation : groupe/seul, horaires du cabinet.
- Accessibilité des locaux.
- Secrétariat.
- Tiers payant.
- Informatisation.
- Part de l'activité libérale de soins primaires dans l'activité totale.
- Volume d'activité et charge de travail.
- Organisation du travail (rendez-vous ou non).
- Secteur d'activité.
- Part dans l'activité des domaines suivants: gynécologie, pédiatrie, gériatrie.
- Nombre de patients suivis comme médecin traitant.
- Mode d'exercice particulier et part de ce MEP dans l'activité.
- Accueil d'étudiants.

- Continuité des soins: gardes, visites régulières
- Evolution probable à 2 et 5 ans (retraite, activité salariée)

Chaque professionnel concerné s'est vu adressé un questionnaire pouvant être rempli sous forme papier ou électronique (lime survey).

Le questionnaire a été envoyé par la poste, avec une relance 3 semaines après. Le recueil des données dans chaque arrondissement était géré par un ou deux internes qui étaient chargés de relancer les non répondants et de recueillir les données manquantes par téléphone.

La saisie des données a été effectuée en ligne, soit directement par le médecin généraliste, soit par l'interne après réception du questionnaire papier.

Les données ont été exportées dans une base de données Excel.

III. Objectif de notre travail

Il s'agit d'après les données recueillies par l'étude DEMOMED 75, de faire l'état des lieux de la participation à la PDSA et de la réalisation de visites à domicile des médecins généralistes libéraux de Paris :

- Taux de participation
- Recherche de caractéristiques sociodémographiques et d'activité associées à la PDSA et aux visites à domicile.

IV. Analyse statistique

Nous avons procédé à une analyse statistique avec le logiciel Epi Info des données de la base Excel.

Tout d'abord, nous avons décrit notre échantillon.

Nous avons ensuite défini les variables d'intérêt correspondant au fait de faire des gardes et au fait de faire des visites :

- Pour la réalisation de gardes, nous avons choisi la réponse à la question « *participation à la permanence des soins : oui ou non* »
- Pour la réalisation des visites, nous avons choisi la question :
« *Concernant les visites à domicile*
1 - vous voyez tous les patients sans problèmes,
2 - vous voyez tous les patients mais vous travaillez plus que vous ne le voulez,
3 - vous refusez régulièrement des patients,
4 - vous ne faites pas de visites à domicile »

Nous avons considéré que les praticiens faisaient des visites si ils avaient répondu 1,2 ou 3 et qu'ils n'en faisaient pas si ils avaient répondu 4.

Puis nous avons procédé à une analyse univariée pour identifier les caractéristiques associées à la réalisation de gardes et de visites.

Enfin nous avons réalisé une analyse multivariée incluant les variables identifiées par l'analyse univariée, afin de tester leur indépendance.

V. Recherche documentaire

Nous avons réalisé une bibliographie à partir des ressources suivantes :

- Google/google scholar : démographie médicale, visites à domicile, permanence des soins ambulatoires
- Bibliothèque de santé ggbd.org
- Données CPAM : en libre accès (ameli.fr), fournies par la CPAM
- Données du conseil de l'ordre
- Données du gouvernement
- Pubmed : « Houses calls, out of hours care, family practice ».

RESULTATS

I. Omnipraticiens éligibles :

Au final sur les 2730 omnipraticiens identifiés ; 2273 ont été inclus et 457 ont été exclus pour les motifs suivants :

- absence d'activité clinique/retraité
- salarié
- doublon
- appartenance à SOS médecins ou aux UMP

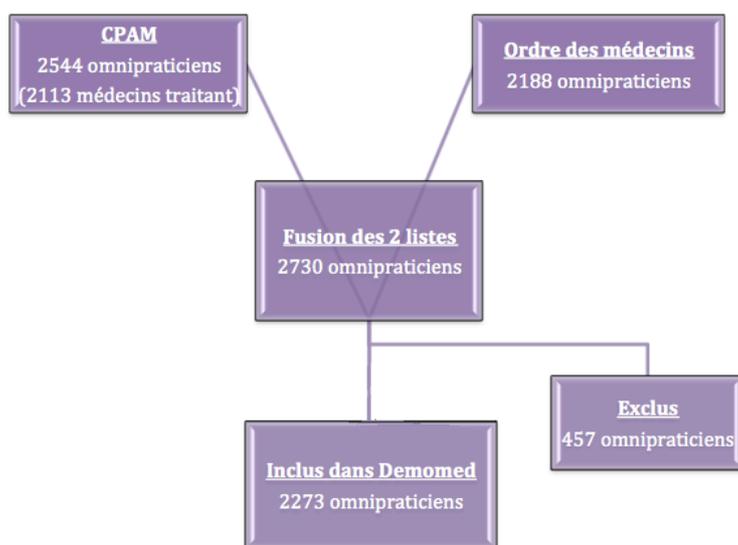


Figure 18 : flow chart de l'inclusion des patients dans l'étude

Sur les 2273 patients qui ont reçu le questionnaire, 846 ont répondu (taux de participation des omnipraticiens : 37%).

Afin d'être au plus près de l'activité de soins primaires libérale des omnipraticiens de Paris, nous avons décidé de ne pas prendre en compte les médecins ayant déclaré exercer en mode d'exercice particulier à 100% considérant qu'ils ne participaient pas aux soins primaires. Nous avons aussi exclu 135 médecins.

Les analyses suivantes concernent donc les données des 711 omnipraticiens non MEP 100%

II. Caractéristiques de l'échantillon

A. Caractéristiques sociodémographiques et arrondissement d'exercice

Les omnipraticiens parisiens sont majoritairement des hommes âgés en moyenne de 55 ans. Pour la plupart ils ont fait leurs études à Paris et sont installés depuis plus de 20ans.

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Moyenne (ET)
Sexe	F	711 (0)	266 (37)	55 (10,7)
	H		445 (63)	
Age	[20-40[711(0)	79 (11)	55 (10,7)
	[40-50[		79 (11)
	[50-60[		271 (38)
	[60-66[		145 (27)
	[66-100[		87 (12)
Université*	1	707 (4)	546 (77)	1990 (12)
	2		68 (10)	
	3		76 (11)	
	4		17 (2)	
Ancienneté installation (année)	0 - 10	667 (44)	138 (21)	1990 (12)
	11 - 20		112 (17)	
	21 - 30		210 (31)	
	31 - 60		207 (31)	
Arrondissement	1 ^{er}	771 (0)	6 (1)	
	2 ^{ème}		8 (1)	
	3 ^{ème}		13 (2)	
	4 ^{ème}		12 (2)	
	5 ^{ème}		36 (5)	
	6 ^{ème}		13 (2)	
	7 ^{ème}		33 (5)	
	8 ^{ème}		13 (2)	
	9 ^{ème}		20 (3)	
	10 ^{ème}		15 (2)	
	11 ^{ème}		56 (8)	
	12 ^{ème}		52 (7)	
	13 ^{ème}		39 (5)	
	14 ^{ème}		56 (8)	
	15 ^{ème}		76 (11)	
	16 ^{ème}		59 (8)	
	17 ^{ème}		36 (5)	
	18 ^{ème}		69 (10)	
	19 ^{ème}		44 (6)	
	20 ^{ème}		55 (8)	

1 – Paris, 2- Ile de France, 3- Province, 4-Autre

Tableau 8 : Caractéristiques sociodémographiques et arrondissements d'exercice des omnipraticiens parisiens

B. Mode d'exercice

Ces praticiens travaillent majoritairement en petits groupes, et ont une activité libérale intégrale.

Seulement 20% de ces médecins sont maîtres de stage.

Un médecin sur quatre exerce partiellement en MEP.

Un médecin sur trois participe à des réseaux de santé et un sur dix à un pôle de santé.

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Exercice	Seul	703 (8)	320 (46)
	Groupe		383 (54)
Effectif cabinet Si groupe	2	339 (44)	139 (41)
	3		73 (22)
	[4-6[		71 (21)
	≥ 6		56 (17)
Type d'activité	Libérale	709 (2)	581 (82)
	Mixte		128 (18)
Remplaçant régulier (hors congé)	Oui	608 (103)	169 (28)
	Non		439 (72)
Maître de stage	Oui	700 (11)	144 (21)
	Non		556 (79)
MEP partiel	Oui	699 (12)	159 (23)
	Non		540 (77)
Maison ou pôle de santé	Oui	705 (6)	71 (10)
	Non		634 (90)
Réseau de santé	Oui	697 (14)	250 (36)
	Non		447 (64)

Tableau 9 : Mode d'exercice des omnipraticiens parisiens

C. Caractéristiques de la pratique

La majorité des praticiens ont un secrétariat et utilisent un dossier médical informatisé.

Un médecin sur trois ne peut pas accueillir de patients en fauteuil roulant.

La durée moyenne de consultation est de 21 minutes.

En moyenne, la patientèle compte 13% de sujets de moins de 16 ans et 16% de plus de 70 ans.

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Moyenne (ET)	Médiane
Accès fauteuil roulant	En totalité	701(10)	297 (42)		
	Partiellement		180 (26)		
	Non		224 (32)		
Secrétariat	Oui	710 (1)	448 (63)		
	Non		262 (37)		
Dossier informatisé	Oui	710 (1)	528 (74)		
	Non		182 (26)		
Durée consultation (min)		674 (37)		21 (8)	20
Activité gynéco : Frottis	Oui	657 (54)	184 (28)		
	Non		473 (72)		
Suivi grossesse	Oui		273 (42)		
	Non		384 (58)		
Pose contraceptif implant	Oui		53 (8)		
	Non		604 (92)		
Pose de stérilet	Oui		45 (7)		
	Non		612 (93)		
Part de moins de 16 ans (%)		540 (171*)		13 (9)	11
Part de plus de 70 ans (%)		535 (176**)		16 (12)	13

* dont 4 valeurs aberrantes

** dont 6 valeurs aberrantes

Tableau 10 : Caractéristiques de la pratique des omnipraticiens parisiens

D. Activité clinique

En moyenne, les médecins généralistes parisiens travaillent 45 heures par semaine et font 3650 consultations et 256 visites par an (5 visites par semaines).

Un médecin sur quatre refuse des patients en consultation.

33% des médecins refusent des demandes de visites à domicile et 17% n'en font pas.

9% des omnipraticiens parisiens participent à la PDSA.

Parmi eux, 88% font des gardes en maison médicale, 22% participent à la Garde Médicale de Paris (GMP) et 39% régulent au centre 15.

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Moyenne (ET)	Médiane
Temps d'activité clinique par semaine (heures)		580 (31)		45 (14)	45
Consultation sur RDV		691 (20)			
	Sur RDV		398 (58)		
	Sans RDV		35 (5)		
	Avec et sans RDV		258 (37)		
Nombre de patients médecin traitant		592 (119*)		1026 (858)	900
Nombre de consultations par an		550 (161)		3650 (1868)	3519
Nombre de visites par an		556 (155)		256 (376)	137
Capacité d'accueil ressentie **		686 (25)			
	1		272 (40)		
	2		228 (33)		
	3		186 (27)		
Capacité de réalisation de visites à domicile ***		684 (27)			
	1		190 (28)		
	2		150 (22)		
	3		226 (33)		
	4		118 (17)		
Gardes		698 (13)			
	Oui		60 (9)		
	Non		638 (91)		
Type de gardes :					
- maison médicale	Oui	60 (4)	49 (88)		
	Non		7 (12)		
- Visites régulées (GMP)	Oui	60 (23)	8 (22)		
	Non		29 (78)		
- Régulation centre 15	Oui	60 (22)	15 (39)		
	Non		23 (61)		
Semaines de congés		672 (39)		5,9 (2,5)	6
Remplacement congés		697 (14)			
	Totalement		205 (29)		
	Partiellement		153 (22)		
	Non		339 (49)		

* dont une valeur aberrante

** 1= voit tous les patients, 2= voit tout le monde mais difficile, 3= refuse des patients.

***1= voit tous les patients, 2= voit tout le monde mais difficile, 3= refuse des patients, 4= ne fait pas de visites.

Tableau 11 : Activité clinique des omnipraticiens parisiens

E. Accessibilité financière aux soins

Deux médecins sur trois exercent en secteur 1.

9 praticiens sur 10 prennent la carte vitale et font le tiers payant aux patients bénéficiant de l'AME ou de la CMU.

Les patientèles comprennent en moyenne 9% de CMU et 4% d'AME.

Seuls deux médecins sur trois font le tiers payant aux patients en ALD ou en situation financière difficile (SFD).

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)	Moyenne (ET)	Médiane
Secteur d'activité*	1	690 (21)	453 (66)		
	2		237 (34)		
Carte vitale	Oui	708 (4)	620 (88)		
	Non		88 (12)		
Tiers Payant**	Oui	708 (4)	657 (93)		
	Non		51 (7)		
Tiers AME/CMU Payant	Oui	711 (0)	646 (91)		
	Non		65 (9)		
Tiers ALD/SFD Payant	Oui	711 (0)	479 (67)		
	Non		232 (33)		
Part de CMU (%)		538 (173****)		9 (11)	5
Part AME (%)		572 (139****)		4 (7)	1,5

* 1= Secteur 1 ; 2= Secteur 1+DP et secteur 2 et non conventionné.

** Tiers payant pour au moins un type de patients.

*** dont 9 valeurs aberrantes

**** dont 3 valeurs aberrantes

Tableau 12 : Accessibilité financière aux consultations des omnipraticiens parisiens

F. Prévision d'évolution de l'activité

Dans les 5 ans à venir, un médecin généraliste de Paris sur trois prévoit de cesser son activité.

Variable	Modalités	N (miss)	n (%)
Activité dans 2 ans*		687 (24)	
	1		60 (9)
	2		10 (1)
	3		80 (12)
	4		464 (68)
Activité dans 5 ans*		668 (43)	
	1		168 (25)
	2		42 (6)
	3		91 (14)
	4		299 (45)
	5		68 (10)

*1= Cessation totale d'activité, 2= Cessation d'activité à Paris,
3= Diminution de plus de 25%, 4= Stabilité, 5= Augmentation de plus de 25%.

Tableau 13 : Prévision d'activité des omnipraticiens parisiens

III. Caractéristiques associées à la réalisation de gardes (analyse univariée)

A. Caractéristiques sociodémographiques et arrondissement d'exercice

La seule variable sociodémographique associée à la réalisation de gardes est l'ancienneté d'installation, les plus anciens faisant moins de gardes que les plus jeunes. En terme de répartition géographique, on note qu'aucun praticien des 1^{er}, 3^{ème}, 4^{ème} et 17^{ème} arrondissements ne réalise de gardes.

Variable	Modalités	n	Gardes OUI (%)	Gardes NON (%)	p-chi2
Sexe	F	264	8	92	0,54
	H	434	9	91	
Age	[20-40[78	13	87	0,06
	[40-50[	78	14	86
	[50-60[	266	9	91
	[60-66[	192	5	95
	[66-100[	84	7	93
Université d'origine*	1	536	9	91	0,9
	2	67	8	92	
	3	74	8	92	
Ancienneté installation (années)	0 - 10	134	13	87	0,03
	11 - 20	111	9	91	
	21 - 30	209	9	91	
	31 - 60	202	5	95	
Arrondissement	1 ^{er}	6	0	100	
	2 ^{ème}	8	12	88	
	3 ^{ème}	13	0	100	
	4 ^{ème}	12	0	100	
	5 ^{ème}	34	6	94	
	6 ^{ème}	13	23	77	
	7 ^{ème}	33	6	94	
	8 ^{ème}	13	8	92	
	9 ^{ème}	20	5	95	
	10 ^{ème}	15	20	80	
	11 ^{ème}	53	11	89	
	12 ^{ème}	51	8	92	
	13 ^{ème}	39	5	95	
	14 ^{ème}	56	9	91	
	15 ^{ème}	75	7	93	
	16 ^{ème}	57	12	88	
	17 ^{ème}	35	0	100	
	18 ^{ème}	69	12	88	
	19 ^{ème}	42	19	81	
	20 ^{ème}	54	4	96	

* 1 – Paris, 2- Ile de France, 3- Province.

Tableau 14 : Caractéristiques sociodémographiques, arrondissements d'exercice et réalisation de gardes

B. Mode d'exercice

Les praticiens appartenant à un pôle de santé ou un réseau de santé participent plus à la PDSA.

On ne trouve pas de différence significative selon l'exercice seul ou en groupe ni entre les médecins ayant ou non MEP partiel.

Variable	Modalités	n	Gardes OUI (%)	Gardes NON (%)	p-chi2
Exercice	Seul	312	9	91	0,47
	Groupe	378	8	92	
Effectif cabinet Si groupe	2	137	6	94	0,26
	3	72	10	90	
	4-5	70	11	89	
	≥ 6	56	14	86	
Type d'activité	Libérale	570	8	92	0,77
	Mixte	126	9	91	
Remplaçant régulier (hors congé)	Oui	168	9	91	0,85
	Non	434	8	92	
Maître de stage	Oui	144	11	89	0,31
	Non	548	8	92	
MEP partiel	Oui	151	6	94	0,28
	Non	525	9	91	
Maison ou pôle de santé	Oui	70	36	64	< 0,01
	Non	622	6	94	
Réseau de santé	Oui	246	14	86	< 0,01
	Non	439	6	94	

Tableau 15 : Mode d'exercice des omnipraticiens et réalisation de gardes

C. Caractéristiques de la pratique

Dans notre échantillon, aucune des caractéristiques de la pratique mesurées n'est associée à la réalisation de gardes.

Variable	Modalités	n	Gardes OUI (%)	Gardes NON (%)	p-chi2
Accès fauteuil roulant	En totalité	292	7	93	0,60
	Partiellement	176	9	91	
	Non	220	10	90	
Secrétariat	Oui	439	8	92	0,71
	Non	258	9	91	
Dossier informatisé	Oui	521	10	90	0,14
	Non	177	6	94	
Activité gynéco : Frottis	Oui	183	9	91	0,95
	Non	467	9	91	
Suivi grossesse	Oui	271	9	91	0,92
	Non	379	9	91	
Pose implant contraceptif	Oui	53	13	87	0,37
	Non	597	8	92	
Pose de stérilet	Oui	45	13	87	0,20*
	Non	605	9	91	

* Selon Fisher exact test car chi2 non valide.

Tableau 16 : Caractéristiques de la pratique et réalisation de gardes (partie 1)

Variable	N	Gardes OUI (ET)	Gardes NON (ET)	p
Durée consultation (min)	664	20 (4)	22 (9)	0,42*
Part de moins de 16 ans (%)	537	15 (12)	13 (8)	0,20*
Part de plus de 70 ans (%)	532	13 (11)	16 (12)	0,052**

* selon le test de kruskal-wallis en raison d'une hétérogénéité des variables

** selon ANOVA test

Tableau 17 : Caractéristiques de la pratique et réalisation de gardes (partie2)

D. Activité clinique

Les médecins qui déclarent avoir une activité trop importante et refusent des patients font moins de gardes que ceux qui réussissent à voir tous les patients qui les sollicitent.

Cependant, il n'existe pas de différence significative selon le temps de travail hebdomadaire ni selon le nombre de consultations et de visites annuelles. Par contre faire des gardes est associé à moins de vacances et à une liste de patients médecins traitant plus petite.

Variable	Modalités	n	Gardes OUI (%)	Gardes NON (%)	p-chi2
Consultation sur RDV	Sur RDV uniquement	393	7	93	0,13
	Avec et sans RDV*	287	10	90	
Capacité d'accueil ressenti **	1	266	12	88	0,02
	2	226	8	92	
	3	183	4	96	
Capacité de réalisation de visites à domicile ***	1	184	11	89	0,22
	2	149	9	91	
	3	224	7	93	
	4	116	5	95	
Remplacement congés	Totalement	203	10	90	0,54
	Partiellement	153	10	90	
	Non	335	8	92	

* seulement sans RDV ou avec et sans RDV.

** 1= voit tous les patients, 2= voit tout le monde mais difficile, 3= refuse des patients.

*** 1= voit tous les patients, 2= voit tout le monde mais difficile, 3= refuse des patients, 4= ne fait pas de visites.

Tableau 18 : Activité clinique et réalisation de gardes (partie 1)

Variable	N	Gardes OUI (ET)	Gardes NON (ET)	p
Temps d'activité clinique par semaine (h)	575	47 (12)	45 (14)	0,50*
Nombre de patient médecin traitant	585	947 (1165)	1033 (831)	0,03**
Nombre de consultations par an	547	3410 (1668)	3681 (1880)	0,33*
Nombre de visites par an	553	306 (427)	251 (377)	0,33*
Nombre de semaines de congés par an	668	5 (2)	6 (2)	< 0,01**

* selon ANOVA test

** selon le test de kruskal-wallis en raison d'une hétérogénéité des variables

Tableau 19 : Activité clinique et réalisation de gardes (partie 2)

E. Accessibilité financière des soins

Les praticiens exerçant en secteur 1, prenant la carte vitale et pratiquant le tiers payant participent plus à la PDSA.

Variable	Modalités	n	Gardes OUI (%)	Gardes NON (%)	p-chi2
Secteur d'activité*	1	445	10	90	0,01
	2	234	5	95	
Carte vitale	Oui	610	9	91	0,04
	Non	85	2	98	
Tiers Payant**	Oui	646	9	91	0,01***
	Non	49	0	100	
Tiers Payant AME/CMU	Oui	636	9	91	0,02
	Non	62	0	100	
Tiers Payant ALD/SFD	Oui	474	10	90	0,02
	Non	224	5	95	

* 1= Secteur 1 ; 2= Secteur 1+DP et secteur 2 et non conventionné.

** Tiers payant pour au moins un type de patients.

*** Selon Fisher exact test

Tableau 20 : Accessibilité financière aux consultations et réalisation de gardes (partie 1)

Variable	N	Gardes OUI (ET)	Gardes NON (ET)	p
Part de CMU (%)	535	12 (10)	9 (10)	0,06*
Part AME (%)	569	5 (5)	4 (7)	0,17**

* selon ANOVA test

** selon le test de kruskal-wallis en raison d'une hétérogénéité des variables

Tableau 21 : Accessibilité financière aux consultations et réalisation de gardes (partie 2)

F. Prévision d'évolution de l'activité

Les médecins prévoyant une augmentation de leur activité dans les 2 ans sont plus nombreux à faire des gardes que ceux qui projettent une activité stable ou en baisse.

Variable	Modalités	n	Gardes OUI (%)	Gardes NON (%)	p-chi2
Activité dans 2 ans*	1	67	8	92	0.02
	2	79	5	95	
	3	459	8	92	
	4	73	18	82	
Activité dans 5 ans*	1	207	8	92	0.08
	2	89	3	97	
	3	296	9	91	
	4	68	15	85	

* 1= Cessation totale d'activité ou à Paris, 2 = Diminution de plus de 25%, 3 = Stabilité, 4= Augmentation de plus de 25%.

Tableau 22 : Prévision d'activité des omnipraticiens selon la réalisation de gardes

IV. Caractéristiques associées à la réalisation de visites à domicile (analyse univariée)

A. Caractéristiques sociodémographiques et arrondissements

Les médecins de plus de 65 ans font moins de visites que leurs confrères plus jeunes.

Le sexe n'a pas d'influence sur les visites à domicile.

70% des médecins du 8^{ème} ne font pas de visites à domicile contre 0 à 28% pour les autres arrondissements.

Variable	Modalités	n	Visites OUI (%)	Visites NON (%)	p-chi2
Sexe	F	256	83	17	0,94
	H	428	83	17	
Age	[20-40[77	84	16	0,02
	[40-50[	78	88	12
	[50-60[	262	84	16
	[60-66[	184	84	16
	[66-100[	83	70	30
Université*	1	524	84	16	0,14
	2	66	83	17	
	3	73	75	25	
Ancienneté installation (années)	0 - 10	132	80	20	0,33
	11 - 20	111	83	17	
	21 - 30	204	87	13	
	31 - 60	195	82	18	
Arrondissement	1 ^{er}	5	80	20	
	2 ^{ème}	7	86	14	
	3 ^{ème}	12	75	25	
	4 ^{ème}	11	91	9	
	5 ^{ème}	34	73	27	
	6 ^{ème}	13	85	15	
	7 ^{ème}	30	87	13	
	8 ^{ème}	10	30	70	
	9 ^{ème}	20	85	15	
	10 ^{ème}	14	100	0	
	11 ^{ème}	53	87	13	
	12 ^{ème}	50	88	12	
	13 ^{ème}	38	79	21	
	14 ^{ème}	54	87	13	
	15 ^{ème}	75	85	15	
	16 ^{ème}	54	74	26	
	17 ^{ème}	36	72	28	
	18 ^{ème}	69	81	19	
	19 ^{ème}	44	89	11	
	20 ^{ème}	55	89	11	

* 1 - paris, 2- Ile de France, 3- Province.

Tableau 23 : Caractéristiques sociodémographiques, arrondissement d'exercice, et réalisation de visites

B. Mode d'exercice

L'exercice en groupe et le fait d'avoir une activité libérale pure ou mixte n'influencent pas le fait de faire des visites à domicile.

Les praticiens participant à un pôle de santé ou un réseau de soins, et ceux accueillant des étudiants font plus de visites à domiciles (90% vs 80%), au contraire des médecins exerçant partiellement en MEP qui sont 40% à ne pas faire de visites.

Variable	Modalités	n	Visites OUI (%)	Visites NON (%)	p-chi2
Exercice	Seul	309	82	18	0.83
	Groupe	367	83	17	
Effectif cabinet Si groupe	2	133	89	11	0.07
	3	71	76	24	
	4-5	67	82	18	
	≥ 6	55	76	24	
Type d'activité	Libérale	562	84	16	0.32
	Mixte	120	79	21	
Remplaçant régulier (hors congé)	Oui	166	90	10	0.05
	Non	435	83	17	
Maître de stage	Oui	142	91	9	< 0,01
	Non	533	81	19	
MEP partiel	Oui	149	61	39	< 0.01
	Non	530	89	11	
Maison ou pôle de santé	Oui	69	94	6	0.01
	Non	611	81	19	
Réseau de santé	Oui	245	90	10	< 0.01
	Non	428	78	22	

Tableau 24 : Mode d'exercice des omnipraticiens et réalisation de visites

C. Caractéristiques de la pratique

La durée moyenne des consultations est de 28 minutes chez les praticiens ne faisant pas de visites versus 20 minutes chez les autres.

L'accessibilité physique du cabinet n'influence pas la pratique des visites.

Avoir un secrétariat, utiliser des dossier informatisés et suivre des grossesses, sont des caractéristiques associées fortement à la réalisation de visites à domicile.

Variable	Modalités	n	Visites OUI (%)	Visites NON (%)	p-chi2
Accès fauteuil roulant	En totalité	291	83	17	0.74
	Partiellement	174	84	16	
	Non	212	81	19	
Secrétariat	Oui	431	86	14	0.01
	Non	252	78	22	
Dossier informatisé	Oui	509	86	14	< 0.01
	Non	174	73	27	
Activité gynéco : Frottis	Oui	181	85	15	0.41
	Non	455	82	18	
Suivi grossesse	Oui	267	89	11	< 0.01
	Non	369	78	22	
Pose implant contraceptif	Oui	51	86	14	0.63
	Non	585	83	17	
Pose de stérilet	Oui	44	75	25	0.21
	Non	636	83	17	

Tableau 25 : Caractéristiques de la pratique des omnipraticiens et réalisation de visites (partie 1)

Variable	N	Visites OUI (ET)	Visites NON (ET)	p
Durée consultation (min)	668	20 (6)	28 (15)	< 0.01*
Part de moins de 16 ans (%)	526	13 (8)	14 (12)	0.12*
Part de plus de 70 ans (%)	521	16 (12)	14 (10)	0.09**

* selon le test de kruskal-wallis en raison d'une hétérogénéité des variables

** selon ANOVA test

Tableau 26 : Caractéristiques de la pratique des omnipraticiens et réalisation de visites (partie 2)

D. Activité clinique

Les médecins qui répondent à toutes les sollicitations des patients mais qui travaillent plus qu'ils ne le souhaitent sont plus nombreux à faire des visites.

Les médecins ne se faisant pas remplacer pendant leurs congés font moins de visites.

Les médecins ne faisant pas de visites ont un temps d'activité clinique d'en moyenne 37 heures par semaines versus 47 heures pour les autres, ils font également moins de consultations par an (3166 vs 3767) et ont moins de patients dont ils sont les médecins traitants.

Variable	Modalités	n	Visites OUI (%)	Visites NON (%)	p-chi2
Consultation sur RDV	Sur RDV	393	79	21	< 0.01
	Sans RDV	35	71	29	
	Avec et sans RDV	256	91	7	
Capacité d'accueil ressentie *	1	270	76	24	< 0.01
	2	228	91	9	
	3	184	83	17	
Gardes	Oui	57	90	10	0.22
	Non	616	82	18	
Remplacement congés	Totalement	198	92	8	< 0.01
	Partiellement	145	90	10	
	Non	329	75	25	

* 1= voit tous les patients, 2= voit tout le monde mais difficile, 3= refuse des patients.

Tableau 27 : Activité clinique des omnipraticiens et réalisation de visites (partie 1)

Variable	N	Visites OUI (ET)	Visites NON (ET)	p
Temps d'activité clinique par semaine (h)	570	47 (14)	37 (14)	< 0.01*
Nombre de patients médecin traitant	578	1080 (854)	743 (840)	< 0.01*
Nombre de consultations par an	539	3767 (1786)	3166 (2204)	< 0.01**
Nombre de semaines de congés par an	650	6 (2)	6 (2)	0.65*

* selon ANOVA test

**selon le test de kruskal-wallis en raison d'une hétérogénéité des variables

Tableau 28 : Activité clinique des omnipraticiens et réalisation de visites (partie 2)

E. Accessibilité financière aux soins

Plus d'un médecin sur trois ne prenant pas la carte vitale ne réalise pas de visites, et un sur deux parmi les médecins ne faisant aucun tiers payant.

La proportion de patients AME est plus élevée chez les praticiens ne faisant pas de visites (5% vs 4%).

Variable	Modalités	n	Visites OUI (%)	Visites NON (%)	p-chi2
Secteur d'activité*	1	452	85	15	0.06
	2	232	79	21	
Carte vitale	Oui	597	85	15	< 0,01
	Non	84	63	37	
Tiers Payant**	Oui	634	85	15	< 0,01
	Non	48	50	50	
Tiers Payant AME/CMU	Oui	624	85	15	< 0,01
	Non	60	55	45	
Tiers Payant ALD/SFD	Oui	460	87	13	< 0,01
	Non	224	74	26	

* 1= Secteur 1 ; 2= Secteur 1+DP et secteur 2 et non conventionné.

** Tiers payant pour au moins un type de patients.

Tableau 29 : Accessibilité financière aux consultations des omnipraticiens et réalisation de visites (partie 1)

Variable	N	Visites OUI (ET)	Visites NON (ET)	p
Part de CMU (%)	524	9 (10)	11 (15)	0.19*
Part AME (%)	559	4 (9)	5 (6)	< 0,01*

* selon le test de kruskal-wallis en raison d'une hétérogénéité des variables

Tableau 30 : Accessibilité financière aux consultations des omnipraticiens et réalisation de visites (partie 2)

F. Prévision d'évolution de l'activité

Il n'y a pas de corrélation entre les prévisions d'activités et la réalisation de visites.

Variable	Modalités	n	Visites OUI (%)	Visites NON (%)	p-chi2
Activité dans 2 ans*	1	69	77	23	0.15
	2	77	77	23	
	3	452	85	15	
	4	71	83	17	
Activité dans 5 ans*	1	205	82	18	0.56
	2	89	81	19	
	3	290	85	15	
	4	66	86	14	

* 1= Cessation totale d'activité ou d'activité à Paris, 2= Diminution de plus de 25%, 3= Stabilité, 4= Augmentation de plus de 25%.

Tableau 31 : Prévision d'activité des omnipraticiens et réalisation de visites

V. Analyse multivariée

A. Permanence des soins ambulatoires

En analyse univariée, la participation à la PDSA est associée à :

- une ancienneté d'installation de moins de 30 ans
- la participation à un pôle de santé
- la participation à un réseau de santé
- des difficultés pour recevoir les patients qui les sollicitent
- une liste de patients médecin traitant plus réduite
- moins de semaines de vacances
- l'exercice en secteur 1
- l'utilisation de la carte vitale
- la pratique du tiers payant (nous avons retenu le critère tiers payant pour les ALD et patients en situation financière difficile qui nous semble le plus pertinent et pour lequel le nombre de répondants est le plus important)

En analyse multivariée, les variables indépendantes corrélées positivement à la réalisation de gardes sont la participation aux pôles de santé et réseaux de soins.

Les variables indépendantes associées négativement à la réalisation de gardes sont des vacances supérieures à 6 semaines et une capacité d'accueil ressentie réduite.

Variable	Modalités	Odds Ratio	intervalle de confiance 95%	p
Ancienneté	> 30ans < 30ans	0,43 1	0,18 – 1,07	0,07
Maison ou pôle de santé	Oui Non	11,7 1	5,30 – 25,84	< 0,001
Réseau de soins	Oui Non	2,76 1	1,34 – 5,65	0,005
Capacité d'accueil ressentie	2 3 1	0,39 0,18 1	0,18 – 0,86 0,07 – 0,53	0,019 0,001
Médecin traitant*	≥ 900 < 900	0,71 1	0,34 – 1,47	0,36
Nombre de semaines de vacances*	≥ 6 ≤ 5	0,39 1	0,19 – 0,80	0,01
Secteur d'activité	2 1	0,49 1	0,19 – 1,28	0,15
Carte vitale	Oui Non	3,22 1	0,39 – 26,82	0,28
Tiers payant ALD SFD	Oui Non	1,07 1	0,43 – 2,65	0,89

* modalité fixée par la médiane

Tableau 32 : Analyse multivariée des variables associées à la réalisation de gardes

B. Visites à domicile

En analyse univariée, la réalisation de visites à domicile est associée à :

- un âge de moins de 65 ans
- être maître de stage
- ne pas exercer un MEP
- la participation à un pôle de santé
- la participation à un réseau de santé
- avoir un secrétariat
- utiliser un dossier médical informatisé
- suivre des grossesses
- avoir une durée de consultation plus courte
- consulter avec et sans rdv
- recevoir tout le monde en consultation en travaillant plus qu'on ne le souhaite
- se faire remplacer au moins partiellement pendant les congés
- un temps d'activité clinique hebdomadaire plus long
- avoir plus de patient dont on est médecin traitant
- un nombre de consultation par an plus élevé
- l'utilisation de la carte vitale
- la pratique du tiers payant
- avoir une part de patient ayant l'AME plus faible

En analyse multivariée, deux variables sont associées de manière indépendante à la réalisation des visites, avec une association positive pour la pratique du tiers payant (OR 2,59 IC 1,05-6,33) et négative pour l'exercice d'un MEP (OR 0,24 IC 0,10-0,61).

* modalité définie par la médiane	Variable	Modalités	Odds Ratio	intervalle de confiance 95%	p	
Age		> 65ans	0,62	0,19 – 1,97	0,42	
		≤ 65ans	1			
Maître de stage		Oui	0,67	0,20 – 2,17	0,50	
		Non	1			
MEP		Oui	0,24	0,10 – 0,61	0,002	
		Non	1			
Maison ou pôle de santé		Oui	0,91	0,17 – 4,99	0,91	
		Non	1			
Réseau de soins		Oui	2,04	0,72 – 5,76	0,18	
		Non	1			
Secrétariat		Oui	0,72	0,29 – 1,83	0,50	
		Non	1			
Dossier médical informatisé		Oui	1,63	0,60 – 4,40	0,34	
		Non	1			
Suivi de grossesse		Oui	1,08	0,44 – 2,65	0,87	
		Non	1			
Durée de consultation (min)		≥ 20	2,40	0,91 – 6,36	0,07	
		< 20	1			
Consultation sur RDV		Avec et sans RDV	0,39	0,06 – 2,47	0,31	
		Sans RDV	2,50			0,78 – 8,07
		Sur RDV uniquement	1			
Capacité d'accueil ressentie		2	3,27	0,94 – 11,44	0,06	
		3	0,69			0,27 - 1,75
		1	1			
Remplacement pendant congés		Partiellement	1,63	0,46 – 5,88	0,49	
		Non	0,79			0,28 – 2,23
		Totalement	1			
Nombres d'heures par semaine*		≥ 45h	2,15	0,91 – 5,07	0,08	
		< 45h	1			
Patientèle médecin traitant *		≥ 900	0,96	0,38 – 2,41	0,92	
		< 900	1			
Nombre de consultation par an*		> 5000	0,87	0,25 – 3,10	0,84	
		≤ 5000	1			
Carte vitale		Oui	1,33	0,36 – 4,90	0,68	
		Non	1			
Tiers payant ALD/SFD		Oui	2,59	1,05 – 6,33	0,04	
		Non	1			
Part d'AME*		> 1	1,29	0,51 – 3,31	0,58	
		≤ 1	1			

HFALCOFF 28.9.14 11:21

Commentaire [2]: Je ne comprends pas, il faut donner qq part la définition des modalités >1 et ≤ 1 pour cette variable, je ne les vois nulle part ?

➤ *Permanence des soins ambulatoires*

Un médecin sur dix participe à la PDSA, principalement dans des maisons médicales de gardes.

HFALCOFF 28.9.14 11:22

Supprimé: permanence des soins ambulatoires

Les médecins réalisant des gardes sont plutôt des jeunes praticiens. Ils exercent principalement en secteur 1, prennent la carte vitale et pratiquent le tiers payant.

Leur participation à un pôle de santé ou un réseau de soins est très fréquente.

Ils semblent avoir une patientèle moins développée avec la possibilité de recevoir tous les patients qui les sollicitent sans problème et ont une « liste de patient médecin traitant » plus petite.

Ils prennent par ailleurs moins de vacances que leurs confrères ne réalisant pas de gardes.

Ces caractéristiques sont partiellement liées. En analyse multivariée, il persiste une association positive entre la participation aux réseaux ou pôles de santé et la réalisation de gardes, alors qu'avoir une charge de travail jugée comme trop importante et prendre plus de 6 semaines de vacances restent des facteurs prédictifs de ne pas réaliser de garde.

➤ *Visites à domicile*

Deux médecins sur dix ne font pas de visites à domicile. Comparativement aux médecins qui ne réalisent pas de visites, ceux qui en font sont plutôt des jeunes

praticiens. Ils sont maîtres de stage et participent à des réseaux ou pôles de santé et ne pratiquent pas de MEP.

Ils ont plus souvent un secrétariat, utilisent un dossier médical informatisé, prennent la carte vitale et pratiquent le tiers payant.

Ils ont une patientèle plus développée avec des difficultés à recevoir tout le monde, une liste de patient médecin traitant plus développée ainsi qu'un temps de travail clinique hebdomadaire et un nombre de consultations annuel plus important. La durée de leurs consultations est plus courte, ils reçoivent leurs patients sans rendez-vous en cas d'urgence et se font remplacer pendant leurs vacances.

Ces caractéristiques sont liées et en analyse multivariée, pratiquer le tiers payant reste associé positivement à la réalisation de visites, alors que l'exercice en MEP l'est négativement.

II. Interprétation

➤ *Participation à la permanence des soins ambulatoires*

Nos résultats suggèrent que les médecins faisant des gardes sont globalement impliqués dans l'amélioration de l'offre de soins (pôles de santé, réseaux) et l'accessibilité des soins (tiers payant, carte vitale et secteur 1). Le fait qu'ils prennent moins de vacances peut aller dans le même sens et traduire leur volonté d'assurer la continuité des soins de leurs patients. Cependant il est possible qu'une motivation financière les incite également à faire des gardes : en effet ces médecins ont également une patientèle plus réduite. Le fait que, au contraire, les médecins qui se sentent débordés ne prennent pas de gardes va dans le même sens.

➤ *Réalisation de visites à domicile*

Une grande majorité des praticiens pratiquent encore les visites à domicile.

Nos résultats suggèrent que les praticiens réalisant des visites sont impliqués dans la prise en charge de leurs patients avec la volonté d'amélioration de la qualité, de la continuité et de l'accessibilité aux soins en participant à des réseaux, en augmentant leur temps de travail et facilitant l'accessibilité financière.

Les praticiens ne réalisant pas de visites semblent plutôt vouloir exercer la médecine différemment, en s'orientant vers des suivis ne nécessitant pas de prise en charge en urgence et au domicile, en favorisant les MEP.

III. Ce que dit la littérature

A. Taux de participation

➤ *Permanence des soins ambulatoires*

Notre étude montre un faible taux de participation à la PDSA de 9%.

Ce résultat est en adéquation avec les résultats d'autres enquêtes puisque l'ARS ⁴ estime à 11% le taux de participation à la PDSA en Ile de France et le CNOM dans son état des lieux annuels de la permanence des soins en médecin générale ¹⁹, place Paris dans les départements où le taux de participation est entre 0 et 19%.

➤ *Visites à domicile*

Nos résultats montrent que 17% des médecins généralistes parisiens ne réalisent pas de visites à domicile. Selon une enquête de 2005 de l'URML Ile de France sur les visites à domicile en Ile de France ⁵, le taux de participants aux visites à domicile est plus important puisque seuls 12% des médecins franciliens ne pratiquaient pas les visites à domicile, alors qu'ils incluaient les pédiatres et les MEP exclusifs. Cette différence peut s'expliquer d'une part par la prise en compte de l'ensemble des médecins d'Ile de France qui, dans certains secteurs doivent faire face à des difficultés plus importantes de déplacement de leurs patients avec des distances plus longues et des réseaux de transport en communs moins développés, ce qui rend plus difficile l'accès aux soins des patients non motorisés. D'ailleurs l'analyse par département montre bien la proportion plus importante de praticiens ne réalisant pas de visites à domicile par rapport aux autres départements (32% à Paris vs 5 à 16% en périphérie).

D'autre part cette étude date de 2005 et depuis la réforme des visites à domicile de 2002, la part de visites à domicile dans l'activité de médecins ne cesse de diminuer.

B. Caractéristiques associées dans la littérature

➤ *Permanence des soins ambulatoires*

Il existe peu de données sur les caractéristiques associées à la participation à la PDSA. Une analyse de novembre 2005 du North Toronto Primary Care network basée sur une enquête de 2001 du National Family Physician Workforce ³³, concernant les soins de santé en dehors des heures normales au Canada, montrait que les médecins salariés d'une structure de soins participaient plus à la PDSA que les médecins rémunérés à l'acte. L'exercice rural ou urbain, l'effectif du cabinet, l'âge du médecin, n'avaient pas d'influence sur la participation à la PDSA.

➤ *Visites à domicile*

Nous n'avons pas trouvé d'étude analysant les caractéristiques des médecins généralistes associées à la réalisation de visites à domicile.

C. Motivations des médecins

➤ *Permanence des soins ambulatoires*

Selon une enquête de 2007 de l'URML Ile de France³⁴, le principal facteur mis en avant par les praticiens pour la non réalisation de gardes est le souci de préserver leur qualité vie familiale.

Dans différents travaux de thèse, notamment Bruno Morel en 2003 ³⁵, Charles Boucher en 2012 ³⁶ et Alix Letourneur en 2014³⁷, les médecins rapportent comme facteur motivant la participation à la PDSA, l'obligation déontologique avec le

« devoir de continuité des soins ». Ils voient également les gardes comme un bon moyen de pouvoir augmenter leurs revenus et leur patientèle.

Les médecins ne se portant pas volontaires, le justifient par une surcharge de travail leur laissant peu de temps libre, d'autant plus s'ils ont des enfants en bas âge. Ils rapportent également les problèmes de rentabilité, de consultations injustifiées faites aux horaires de PDSA et le risque d'erreur médicale lié à des journées de travail trop longues. Enfin le dernier argument est le sentiment d'insécurité avec d'une part le risque d'agression dans des conditions d'exercice isolé (le praticien est seul dans les locaux) et d'autre part la crainte de se retrouver face à une situation d'urgence qu'ils ne sauraient pas gérer.

➤ *Visites à domicile*

Dans l'enquête de 2005 de l'URML Ile de France ⁵, comme dans différents travaux de thèse ^{30,38}, si la plupart des médecins généralistes reconnaissent la visite comme un devoir et une nécessité, elle devient rapidement une contrainte. D'abord, les conditions matérielles de la visite sont mauvaises avec entre autres, domiciles sales, absence de lieu adéquat pour l'examen clinique et absence de dossier médical. Ensuite, l'organisation du médecin est perturbée par les visites avec une augmentation de la charge de travail se répercutant sur son activité de consultation.

Enfin hormis les consultations des personnes âgées et/ou dépendantes, les consultations pour convenance sociale sont pointées du doigt par les médecins, même si la réforme de 2002 a permis de bien diminuer ces visites injustifiées. Tout cela est majoré par une rémunération jugée insuffisante par les praticiens.

En Allemagne ³⁹, une étude réalisée en 2011 explorait la faisabilité, la contrainte et les perspectives du maintien des visites à domicile. Les généralistes allemands pratiquaient la visite à domicile, mais peu lui trouvaient un réel bénéfice. Beaucoup la faisaient parce qu'ils s'y sentaient obligés. Ils rapportaient des désagréments associés à la visite qui rejoignaient ceux des études réalisées en France: inconfort pour l'exercice, manque de rémunération. Ils avaient conscience que cette partie de leur travail était importante pour les patients, particulièrement pour les soins aux moins autonomes. Ils devaient faire face au dilemme de soulager leur charge de travail tout en souhaitant assurer des soins au domicile de qualité.

IV. Exemples européens

➤ *Permanence des soins ambulatoires*

En Espagne, la PDSA est garantie par une organisation spécifique à chaque Région autonome partagée en zones de santé de base de 5 000 à 25 000 habitants. Chaque zone doit comprendre un centre de soins primaires, en principe pouvant être atteint en moins de trente minutes. Il existe également un centre d'appel unique. Dans le cas général, le médecin assurant ses fonctions dans le service public (la quasi-totalité des médecins) s'est engagé par contrat à assurer 50 heures de garde par mois, dont 12 durant le week-end. Les gardes sont obligatoires. Il existe des associations publiques de PDSA pour lesquelles des médecins travaillent à temps plein ⁴⁰.

En Allemagne, le système est assez similaire à celui de la France. Il existe un centre d'appel unique. Il n'existe pas de système unique de PDSA, les adaptations

régionales tenant compte des besoins locaux, de la configuration géographique et des lignes politiques définies par chaque État.

Il existe plusieurs modèles :

- un système traditionnel de tours de garde obligatoires, le roulement étant fixé par un zonage concernant l'ensemble des médecins ambulatoires ;

- le « système urbain » allemand : équivalent des MMG françaises, où des soins sont proposés dans certains points de première urgence en ville. Les services sont offerts par des médecins libéraux dans le cadre de leur tour de garde. Des médecins hospitaliers en contrepartie de forfaits et des médecins employés exclusivement dans ces services peuvent également y participer.

Comme en France, il existe des associations privées de PDSA pour lesquelles des médecins travaillent à temps plein. L'indemnisation de cette PDSA est complexe et régulée par chaque région.

En Italie, l'autorité locale de santé garantit un accès permanent à des soins de médecine générale et fournit également des cabinets et des voitures de service. La PDSA est organisée dans chaque région par l'administration et les effecteurs. Elle est assurée par des médecins spécifiques de PDSA, en complément des services des urgences et d'un numéro d'urgence unique (mais ne régulant pas la PDSA). Les médecins généralistes peuvent également être impliqués dans la PDSA s'ils le souhaitent. Le médecin de PDSA, payé sous la forme d'un forfait horaire, Par un revenu annuel plus bas que les médecins généralistes. Il s'agit souvent d'une activité de transition pendant 5 à 8 ans avant de s'installer. Le médecin de garde suit des protocoles et remet un feuillet qui devra être transmis au médecin traitant. Ses

prescriptions nécessitent une confirmation auprès du médecin généraliste traitant dans les 48h.

En Grande-Bretagne, il s'agit d'une gestion entièrement publique. Les médecins généralistes ont le droit de choisir s'ils veulent faire partie du système de PDSA. S'ils ne veulent pas participer, les autorités de santé engagent des médecins salariés saisonniers. S'ils participent, les médecins sont rémunérés entre 72 et 118 euros de l'heure. Les médecins salariés assurant uniquement la PDS sont très bien rémunérés : revenu annuel supérieur de 25% à celui d'un médecin généraliste. Des études ont montré que les usagers ne sont pas satisfaits par ce système, qui de plus entraîne un surcoût.

En Europe, actuellement, les systèmes ne donnent pas entière satisfaction et sont souvent responsables d'un surcoût. La tendance est à la réorganisation et à la centralisation vers un modèle unique. Les usagers et les effecteurs ne sont pas satisfaits, les mesures incitatives financières sont peu efficaces : mésusage du système quand les soins sont gratuits, médecine à deux vitesses quand les soins sont chers.

Partout en Europe, la tendance est la création d'un système associant une PDSA et un numéro unique de régulation des appels d'urgences.

Les associations de PDSA doivent avoir un rôle central : organiser la PDSA au sein d'une structure (MMG) et faire le lien avec les cabinets privés de médecins, les centres de santé et l'hôpital. Ces structures d'urgences se développent de plus en plus chez nos voisins européens et permettent de désengorger les urgences d'autant plus s'ils sont à proximité d'un SAU, ce qui permet la réorientation rapide du patient d'une

structure à l'autre si nécessaire, mais qui peut porter confusion auprès des usagers quand la MMG est adossée au SAU (incompréhension de la nécessité de deux structures).

➤ *Visites à domicile*

Dans les pays dont le système de santé est organisé selon un modèle hiérarchisé, qu'il soit normatif ou professionnel, les soins primaires sont largement assimilés à la médecine générale. Le médecin généraliste y exerce le plus souvent en groupe ou en centre de santé, avec d'autres professionnels paramédicaux. Il y est le pivot de l'organisation des soins, en collaboration avec des infirmiers ou des assistants médicaux. On voit apparaître depuis quelques années une diversification des services de soins infirmiers, voire parfois une délégation de tâches médicales ⁴¹. Les médecins des services publics de santé n'interviennent que peu, voire pas du tout au domicile des patients. Traditionnellement, ce sont des infirmières qualifiées qui vont au domicile des malades, soit pour délivrer des soins, soit pour évaluer la situation d'un patient. Ainsi au Royaume-Uni le droit de prescription a été donné aux infirmières qualifiées, et il existe des services de garde téléphonique 24h/24 où des infirmières assistées par un logiciel d'aide au diagnostic orientent le patient (*NHS direct*).

Il y existe également des centres d'accès aux soins primaires ouverts sept jours sur sept dans des endroits fréquentés, qui proposent un bilan réalisé par une infirmière (*NHS walk-in center, NHS drop-in center*). Les patients peuvent faire appels aux ambulances du NHS (publiques) pour se rendre dans leur centre de santé. Dans la plupart de ces pays, à l'exception peut-être de la Finlande, il persiste une médecine libérale autonome privée, minoritaire (7% des médecins généraliste en Suède ⁴² et 8%

HFALCOFF 28.9.14 11:49

Commentaire [3]: Dire de quels pays il s'agit : citer les principaux

au Royaume-Uni⁴³), qui prodigue des soins à domicile, mais avec un coût direct pour le patient nettement supérieur.

V. Comment envisager l'avenir de la PDSA ?

A. Evolution de la PDSA à Paris

Si le taux de participation à la PDSA à Paris est très faible, jusqu'à présent ce pool de médecins a réussi à assurer le roulement des gardes dans les maisons médicales sans recours à des réquisitions²⁰. Les gardes en maison médicale sont les plus facilement pourvues avec beaucoup de jeunes praticiens remplaçants ou qui viennent de s'installer, contrairement aux gardes de régulation qui tournent avec un petit nombre de praticiens plutôt anciens.

Il convient de rappeler que ces praticiens sont aidés dans leur mission de PDSA par les associations d'urgentistes qui gèrent une bonne partie des demandes de soins aux horaires de PDSA.

D'après les derniers chiffres de l'état des lieux de la PDSA du CNOM, il existe une baisse du volontariat même si cette tendance globale semble ralentir puisqu'elle est passée de 3 % en 2012 à 1% en 2013¹⁹.

Avec la diminution du nombre d'omnipraticiens en exercice dans les prochaines années (départ en retraite et diminution du nombre d'installations), conjuguée à la baisse du volontariat et à des services d'accueil des urgences saturés, il est indispensable de trouver des solutions pour augmenter le nombre de médecins participants et optimiser la permanence des soins ambulatoires.

B. Des pistes pour pérenniser la PDSA ?

➤ *La rentabilité*

Améliorer la rentabilité des gardes semble le moyen le plus efficace pour augmenter le volontariat. Il peut s'agir d'augmenter l'activité des astreintes par exemple en améliorant l'information aux patients ou d'assurer une part fixe indépendante du nombre de consultations.

➤ *La perception des médecins*

Alors que les pathologies vues en consultation aux horaires de PDSA sont finalement semblables à celles vu quotidiennement par les médecins généralistes, la crainte de se retrouver face à une situation difficile qu'ils ne sauraient pas gérer est un frein important à la réalisation de gardes. Afin de rassurer les médecins, on peut tout d'abord réaliser des réunions d'information voire organiser des formations de remise à niveau sur les urgences vitales.

De plus on pourrait envisager des « contrats » avec le service d'urgences de proximité et le 15 afin de pouvoir facilement demander un avis et obtenir une aide d'urgence le cas échéant.

➤ *La sécurité*

Il n'est pas rare actuellement, d'entendre des faits divers concernant des médecins ayant été agressés par des patients mécontents des soins ou du temps d'attente. Dans ce contexte d'insécurité ambiante, la crainte de devoir travailler seul, tard le soir peut être un frein à la participation à la PDSA. Pour y pallier, organiser des astreintes à 2 praticiens, avoir un agent de sécurité ou encore utiliser un local commun à d'autres activités peuvent être des solutions.

VI. Que va devenir la visite à domicile à Paris ?

A. Evolution des visites

A l'instar de la permanence des soins ambulatoire, la pérennisation des visites à domicile à Paris semble compliquée.

Tout d'abord, avec le départ en retraite de nombreux médecins généralistes et dans le même temps la diminution du nombre d'installations, le nombre de praticien réalisant des visites à domicile va diminuer.

De plus les omnipraticiens restants, se détournent des visites qu'ils jugent non rentables et inconfortables.

Par ailleurs, avec une population vieillissante et de plus en plus dépendante, les visites vont être de plus en plus chronophages, avec la nécessité d'une prise en charge globale de patients polypathologiques et potentiellement instables.

B. Comment assurer la continuité des soins au domicile ?

➤ *L'inconfort*

Bien que rapporté par les médecins comme facteur motivant la non réalisation de visite, l'inconfort ne semble pas vraiment un problème, certes l'espace dédié n'est pas optimal mais les informations acquises par l'observation du lieu de vie du patient sont importantes et valent bien le sacrifice, d'autant plus qu'avec les technologies actuelles il devrait être facile d'avoir le dossier informatique du patient avec soi et donc d'être quasiment comme dans son cabinet.

➤ *La rentabilité*

Revaloriser la tarification des visites inciterait probablement les médecins à assurer le suivi à domicile de leurs patients. On pourrait par exemple envisager une tarification plus importante pour les personnes âgées ou en ALD pour compenser le temps de consultation qui va être plus important.

➤ *Les réseaux*

Les premiers réseaux de soins sont nés il y a plus de trente ans et permettent la coordination des soins pour la prise en charge des pathologies chroniques.

Ces réseaux permettent au médecin généraliste d'assurer un rôle de coordination et de faire face à la pression démographique en mutualisant certaines tâches. Parmi les motivations fréquemment évoquées par les médecins en faveur de leur adhésion à un

réseau de soin, on retrouve la gestion des personnes dépendantes à domicile, l'amélioration de la coordination, et le respect du choix du patient ⁴⁴.

Les réseaux de soins sont souvent axés autour de la prise en charge d'une pathologie ou d'une population, c'est le cas des réseaux dédiés aux patients diabétiques qui se multiplient à l'échelle des régions et départements et c'est le cas également du Réseau Ensemble à Paris, qui coordonne la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile et organise une garde spécifique pour assurer la continuité des soins la nuit et les week-ends.

Dans la continuité des réseaux de soins, le pôle de santé Paris 13^e sud-est, a envisagé la mise en place d'un dispositif dédié à la continuité des soins des patients fragiles ³⁸. Le principe est la mutualisation des visites à domicile non programmées des patients fragiles au sein d'un dispositif de soins lors de créneaux horaires prédéfinis, et réalisées par des effecteurs d'astreinte, basés dans le secteur concerné. Ces effecteurs devraient être mobiles, et avoir accès aux informations relatives aux projets de soins des patients.

➤ *La délégation des tâches*

A l'instar des pratiques au Royaume Uni, confier les visites régulières des personnes âgées ou dépendantes à des infirmières formées à cet effet, permettrait d'alléger les contraintes du médecin. Il aurait un rapport détaillé sur l'état actuel de la personne et n'aurait à se déplacer qu'en cas de pathologie aigue, de complication ou de difficulté de contrôle d'une pathologie chronique, selon des critères clairement

prédéfinis. De temps en temps une réunion pluridisciplinaire au domicile du patient avec l'ensemble de ses soignants permettrait de faire le point sur la situation afin de recadrer la prise en charge, ce qui serait bénéfique à la fois pour les patients et les soignants.

VII. Validité interne de notre étude

Malgré la méthode de notre étude (appuyée par plusieurs instances, avec plusieurs relances par médecin), nous avons un taux de réponse de seulement 37%.

Cependant la comparaison de notre population d'omnipraticiens participants aux données de la CPAM montre des populations similaires en termes d'âge, de sexe et de secteur d'activité. Il y a plus de variations en terme de modes d'exercices particuliers (MEP) car les médecins ne les déclarent pas toujours à la CPAM.

Par ailleurs les taux de participation à la PDSA et aux visites à domicile de notre étude sont proches de ceux des différentes études concernant la PDSA (ARS ⁴ et CNOM ¹⁹) et les visites à domicile (URML 2005 ⁵) en Ile de France.

Ces éléments suggèrent que malgré un taux de participation faible nos résultats ne souffrent pas d'un biais de sélection majeur.

Conclusion

Dans un contexte de démographie médicale déficitaire, la participation à la PDSA et la réalisation de visites à domicile ne sont pas des priorités pour les omnipraticiens libéraux parisiens.

Les contraintes liées à ces deux pratiques semblent plus importantes que d'assurer la permanence et la continuité des soins.

Des réformes pour rendre plus attractives la permanence des soins et les visites semblent indispensables afin de pérenniser ces deux pratiques faisant partie intégrante de l'activité du médecin généraliste.

Cependant selon certains membres des organisations de PDSA, le problème serait plus compliqué qu'il n'y paraît. Pour eux le problème n'est pas la rentabilité ou l'organisation, mais le fait que les praticiens, notamment les jeunes générations, ne se sentent pas concernées par la permanence et la continuité des soins, et donc l'amélioration des conditions ne règlera pas le problème.

Afin de palier aux carences des soins primaires libéraux, la solution se trouvera-t-elle dans un projet de service public territorial de santé ⁴⁵ ?

RESUME

HFALCOFF 28.9.14 12:07

Commentaire [4]: Le résumé doit être structuré avec des petits titres en début de paragraphe comme dans les abstracts :
Contexte
Objectifs
Méthode
Résultats
Conclusions

Contexte

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est devenue une part essentielle de la loi HPST avec au cœur du système les médecins généralistes afin de désengorger les urgences.

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de personnes dépendantes, la demande de visites à domicile ne peut qu'augmenter.

Objectif

Le but de notre étude est d'évaluer la participation à la PDSA et la réalisation de visites à domicile des médecins généralistes parisiens, et de décrire leurs caractéristiques sociodémographiques et leur activité.

Méthode

Il s'agit d'une enquête déclarative auprès des médecins généralistes libéraux de Paris réalisée de juillet à septembre 2013.

Résultats

Nous avons inclus 711 praticiens. 9% des omnipraticiens parisiens participent à la PDSA. Appartenir à un pôle ou à un réseau de santé est associé au fait de faire des gardes, a contrario prendre plus de 6 semaines de vacances et avoir une charge de travail jugée trop importante, au fait de ne pas faire de garde. 17% des généralistes ne font pas de visites à domicile. Exercer en mode d'exercice particulier est associé au fait de ne pas faire de visites alors que pratiquer le tiers payant au fait d'en faire.

Conclusion

Les omnipraticiens parisiens se sentent peu concernés par la PDSA. Le fait d'avoir une charge de travail trop importante semble être un facteur déterminant dans ce choix. Les visites à domicile sont encore pratiquées par une grande majorité de médecins, mais l'exercice en MEP très fréquent à Paris est un facteur limitant important.

Avec une prévision de cession d'activité d'un tiers des omnipraticiens parisiens dans les 5 ans, des réformes semblent inéluctables.

Mots clés : Médecine générale, Démographie médicale, Offre de soins libérale, Permanence des soins ambulatoires, Visites à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ « Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger », octobre 2012, p26-56, consultable sur internet : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/PratProfessionnelles.pdf>
- ² « Démographie médicale parisienne » CPAM, janvier 2013, p 6-25, consultable sur internet : http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-paris/vous-informer/la-demographie-medicale-a-paris_paris.php
- ³ « Rapport annuel de la cour des comptes : les urgences médicales, constats et évolutions récentes », 08/02/2007, p 313-347, consultable sur internet : <http://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Rapport-public-annuel-2007>
- ⁴ « Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins ambulatoires : région Ile de France » ARS IDF, 29/03/2013, consultable sur internet : http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/PDSA/CCR/CCR_version_modifiee_soumise_avis_DGARS_20122013-def.pdf
- ⁵ « Enquête visite à domicile : la visite à domicile chez les médecins francilien » URML, 2005, consultable sur internet : http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf
- ⁶ Pla Anne, Beaumel Catherine, « Bilan démographique 2010 » INSEE PREMIERE, n°1332, janvier 2011. Consultable sur internet : <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf>
- ⁷ « Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2013 » CNOM, 2013, p9-30. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf
- ⁸ Pépin P., Praznoczy C. et Laurent P., « La santé observée à Paris Tableau de bord départemental » Observatoire régional de santé d'île de France, Juin 2011. Consultable sur internet : http://www.ors-idf.org/dmdocuments/Tableau%20de_bord_Paris_2011.pdf
- ⁹ Attal-Toubert K., Vanderschelden M., « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées ». Dossier solidarité et santé, DREES, Dossiers solidarité et santé, 2009, n°12. Consultable sur internet : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-demographie-medicale-a-l-horizon-2030-de-nouvelles-projections-nationales-et-regionales-detaillees.5488.html>
- ¹⁰ Descours C. « Rapport du groupe de travail opérationnel du 22 janvier 2003 relatif à la permanence des soins » remis à Mr Jean-François Mattei, Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées.
- ¹¹ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003, relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et des conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de santé publique.

¹² « Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins » Journal Officiel de la république française, 17/07/2010. Consultable sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484932&dateTexte&categorieLien=id>

¹³ Spaeth JM, président du FAQSV « Guide national pour le développement des maisons médicales de garde, du 25 juin 2003 ».

¹⁴ « Recensement de la population : Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2014 à Paris ». INSEE, décembre 2013. Consultable sur internet : <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2013/pdf/dep75.pdf>

¹⁵ « Évolution et structure de la population en 2010, département de Paris ». INSEE, source RP 2010, mis en ligne en juin 2013 : http://www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=evo2010&nivgeo=DEP&codgeo=75

¹⁶ « Couples - Familles - Ménages en 2010, département de Paris ». INSEE, source RP 2010, mis en ligne en juin 2013 : http://www.insee.fr/fr/themes/donnees-locales.asp?ref_id=fam2010&nivgeo=DEP&codgeo=75

¹⁷ « Population, logement, emploi – Résultats de l'exploitation globale 2009 et chiffres de population 2010. APUR, mars 2013. Disponible en ligne : http://www.apur.org/sites/default/files/documents/population_logement_emploi_2013_o.pdf

¹⁸ « Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires : déclinaison territoriale de Paris » ARS IDF, 29/03/2013, consultable sur internet : http://www.iledefrance.paps.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/PAPS/PDSA/CCR/75_Paris.pdf

¹⁹ « L'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2013 » CNOM, janvier 2014. Disponible en ligne : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds_cnom2014.pdf

²⁰ Fernandes Lopes Sandra, « Etats des lieux de la permanence de soins ambulatoires en Ile-de-France » Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, université Paris 7, soutenue en 2013.

²¹ *Le petit Larousse illustré* ; Dictionnaire, Ed. Larousse ; 1995.

²² *Code de la Sécurité Sociale*, mise à jour n°2-97, 1ere partie « Dispositions Générales » ; art.13, 15, 16, 17.

²³ « Les avantages de la consultation au cabinet généralistes » Communiqué de presse du 17 septembre 2002, CNAMTS.

²⁴ République française. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins. JORF du 30 août 2002 page 14424 texte n°23.

²⁵ République française. Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. JORF n°230 du 2 octobre 2002 page 16264 texte n° 16.

²⁶ République française. Arrêté du 27 Octobre 2006 portant approbation des avenants n° 14 et n° 15 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. JORF n°258 du 7 novembre 2006 page 16 708.

-
- ²⁷ « Les visites à domiciles », CNAM, 01/08/12. Consultable en ligne : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/les-visites-a-domicile.php?page=print>
- ²⁸ Benamouzig D, Carrère M.O, Martinez L, Rochaix L. « Perception par les médecins généralistes français du rôle de l'évaluation économique dans les décisions de santé. » Enquête SFMG 2009.
- ²⁹ Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. « Le temps de travail des médecins généralistes – Une synthèse des données disponibles. » IRDES, Questions d'économie de la santé, numéro 144, juillet 2009.
- ³⁰ Michaux H. « La Visite à domicile: opinion des médecins généralistes du Rhône et de leurs patients 3 ans après la réforme d'octobre 2002. » Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, université Lyon I, soutenue en 2006.
- ³¹ « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 » Insee Première N° 1089 - juillet 2006. Consultable en ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1089
- ³² Michel Duée, Cyril Rebillard. « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040. » Données sociales : La société française - Édition 2006 Consultable en ligne : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/donsoc06zp.pdf
- ³³ Edwards PJ et al. « Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. » Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No MR000008.
- ³⁴ « La permanence des soins aujourd'hui et demain en Ile de France » enquête de l'URML Ile de France auprès des médecins généralistes, colloque du 14 juin 2007.
- ³⁵ Morel B. « La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain : le volontariat des médecins généralistes un pari risqué ? » Mémoire de l'Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes, 2003.
- ³⁶ Boucher C. « la régulation libérale de la permanence des soins : Enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure » Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, université de Rouen, soutenue en 2012.
- ³⁷ 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 pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, université Paris-Est Créteil, soutenue en 2014.
- ³⁸ Fisher R. « Continuité des soins aux personnes fragiles : étude d'acceptabilité d'un dispositif pour répondre aux demandes de visites non programmées. » Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, université Paris 5, soutenue en 2013.
- ³⁹ Theile et al. « Home visits - central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. » BMC Family Practice 2011, 12:24, consultable en ligne : <http://www.biomedcentral.com>
- ⁴⁰ Hartmann L, al. "Régulation de la demande de soins non programmés en Europe" Comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Revue française des affaires sociales. 2006 février: p. 91-119.
- ⁴¹ Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Soins primaires : vers une coopération entre médecins et infirmières. L'apport d'expériences européennes et canadiennes. IRDES; 2006. Report No.: 532.
- ⁴² Chambaretaud S LSD. les systèmes de santé dans les pays nordiques de l'union européenne. Suède, un système géré librement par les comtés. ADSP. 2004 mars.
- ⁴³ Bourgueil Y MAMJ. Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? IRDES. Questions d'économie de la Santé. Novembre 2007.

⁴⁴ Berthod-Kamta H O. : La coordination des soins dans un réseau de santé territorial : quelle acceptabilité par les médecins généralistes. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine, Université Joseph Fourier de Grenoble, soutenue en 2011.

⁴⁵ Devictor B. « le service public territorial de sante -Le service public hospitalier : Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé » Rapport de mars 2014.