



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD – LYON 1
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAÏEUTIQUE LYON SUD –
CHARLES MERIEUX

Année 2017

N°

**Vers une nouvelle offre de soins
primaires. Le modèle organisationnel
des Médecins de Montagne répond-il
aux évolutions préconisées de l'offre de
soins en médecine générale ?**

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée

A l'université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **27 juin 2017**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

BERTRAND Charles Martin Lucas

Né le 07 juillet 1989, à Saint Etienne (42)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2016-2017

. Président de l'Université	Frédéric FLEURY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
. Directeur Général des Services	Dominique MARCHAND

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Gilles RODE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Xavier Perrot
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Isabelle DANIEL
ECOLE SUPERIEUR DU PROFESSORAT ET DE L'EDUCATION (ESPE)	Directeur Alain MOUGNIOTTE

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES
MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie
vieillessement	
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
DUBREUIL Christian	O.R.L.
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SIMON Chantal	Nutrition
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques
THOMAS Luc	Dermato -Vénérologie
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BERARD Frédéric	Immunologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
CERUSE Philippe	O.R.L
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale

JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie
LANTELME Pierre	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LINA Gérard	Bactériologie
LONG Anne	Médecine vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hémato ;transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
POUTEIL-NOBLE Claire	Néphrologie
PRACROS J. Pierre	Radiologie et Imagerie médicale
RIOUFFOL Gilles	Cardiologie
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire	Biochimie et Biologie moléculaire
RUFFION Alain	Urologie
SANLAVILLE Damien	Génétique
SAURIN Jean-Christophe	Hépto gastroentérologie
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique
TEBIB Jacques	Rhumatologie
THOBOIS Stéphane	Neurologie
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

ALLAOUCHICHE	Anesthésie-Réanimation Urgence
BARREY Cédric	Neurochirurgie
BOHE Julien	Réanimation urgence
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
BREVET-QUINZIN Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DALLE Stéphane	Dermatologie
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
FARHAT Fadi	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCO Patricia	Physiologie
GHESQUIERES Hervé	Hématologie
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cell.
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile
KASSAI KOUPAI Berhouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. santé
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique.,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie

PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale
POULET Emmanuel	Psychiatrie Adultes
REIX Philippe	Pédiatrie
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique
TAZAROURTE Karim	Thérapeutique
THAI-VAN Hung	Physiologie
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie
WALTER Thomas	Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES NON TITULAIRE

FILBET Marilène	Thérapeutique
SOUQUET Pierre-Jean	Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

DUBOIS Jean-Pierre
ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEUR ASSOCIE - MEDECINE GENERALE – NON TITULAIRE

DUPRAZ Christian

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique

BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
FLANDROIS Jean-Pierre
LLORCA Guy
MOYEN Bernard
PACHECO Yves
PERRIN Paul
SAMARUT Jacques

Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
Thérapeutique
Chirurgie Orthopédique
Pneumologie
Urologie
Biochimie et Biologie moléculaire

REMERCIEMENTS :

- Au Professeur Claire FALANDRY je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Veuillez recevoir le témoignage de ma sincère et respectueuse reconnaissance et de mon amitié.
- Au professeur Mr DUBOIS Jean Pierre veuillez trouver l'expression de mes vifs remerciements pour avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de ma considération et de ma gratitude.
- Au professeur Mr DUPRAZ Christian je vous remercie d'avoir porté attention à ce travail et d'avoir accepté de le juger. Je vous en suis infiniment reconnaissant.
- Au Dr Pierre MINIER merci d'avoir accepté la direction de ma thèse, merci d'avoir croisé mon chemin, et pour toutes ces réunions de thèse qui finissaient souvent après des heures de travail au Génépi et autres liqueurs de la Yaute 74 : ton Mogwai reconnaissant. A très vite dans nos belles montagnes.
- A tous les médecins que j'ai rencontré au fil de mes stages hospitaliers, mes mentors, mes compagnons, mes confrères : merci du temps passé à me transmettre votre si précieux savoir : Dr MILLION, Dr ROUVEURE, Dr FROMAGE, Dr AL BOURGHOL, et tant d'autres.
- A mes deux MSU : Dr SCHILLER et Dr BLUNIER : merci pour ce merveilleux semestre auprès de vous dans le cadre de mon futur métier, je vous en suis éternellement reconnaissant.
- A tout le personnel paramédical que j'ai croisé au cours de mes stages hospitaliers, merci pour vos conseils, votre aide et le boulot que l'on a fait ensemble.
- A toute l'équipe du Cabinet de Montagne de Flaine : Dr MINIER, Dr BARTHES, Dr JOUBERT, Dr DELAY, Dr CIBRARIO, Alex et Julie : merci des bons moments passés ensemble, à très vite.
- A l'association Médecin de Montagne, merci de temps que vous avez pris pour répondre à mes sollicitations.
- A mes parents, merci pour votre soutien indéfectible et d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui, je vous aime tendrement.

- A ma mère tout particulièrement : merci de l'aide apportée pour la confection de cette thèse, ton fils reconnaissant.
- A ma sœur adorée, je t'aime. Toi aussi tu soignes les gens, courage la tâche n'est pas aisée.
- A ma famille, je vous aime.
- A ma ville de cœur Saint-Etienne, « On n'est pas d'un pays mais on est d'une ville » B.LAVILLIERS.
- A la Haute Savoie, merci de m'avoir accueilli et merci de me laisser grimper sur tes superbes sommets... 74 la Yaute <3
- Au CH Alpes Lemman : quels souvenirs !!!! 😊
- A Pierre Elie, oui à toi l'ami de 15 ans d'âge, un frère spirituel, merci de me supporter et d'être là, on ira loin tous les deux.
- A Nicolas, merci d'être l'ami savoyard qu'il me manquait et merci de m'avoir apporté de l'aide quand j'en ai eu besoin.
- A Benoit Pelletier, Hadrien Huaume, Julie Gerault, Camille Baylot, Thomas Collenot, Thibault Lebreton, Delphine Raffin et tous mes autres amis co-internes, merci d'avoir été là pour moi, on aura et on va bien rigoler... 😊

LISTE DES ABREVIATIONS :

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
- DMP : Dossier Médical Patient
- DPC : Développement Professionnel Continu
- DU : Diplôme Universitaire
- ECG : Electrocardiogramme
- EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
- FIR : Fonds d'Investissement Régionaux
- FMC : Formation Médicale Continue
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HSPT : Loi Hôpitaux Santé Patients Territoire
- MCS : Médecins Correspondants Samu
- MP : Médecin Pompier
- MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire
- MSU : Maitre de Stage Universitaire
- PDSA : Permanence De Soins Ambulatoires
- PRS : Plan Régional Santé
- PTS : Pacte Territoire Santé
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et Réanimation
- SROS : Schéma Régional d'Offre de Soins
- URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS :	11
Table des matières	12
1. INTRODUCTION	16
1.1. Définition préalable des termes de l'énoncé :	16
1.1.1. Les soins de premiers recours :	16
1.2. Contexte actuel.....	16
1.3. La médecine de montagne	17
1.3.1. L'association des médecins de montagne	18
1.4. Objectif de l'étude	19
2. MATERIELS ET METHODES	20
2.1. Revue de la littérature	20
2.1.1. Critères de sélection	20
2.1.2. Recherche bibliographique	20
2.1.3. Sélection des articles	21
2.2. Enquête par questionnaire.....	22
2.2.1. Type d'enquête/étude.....	22
2.2.2. Réalisation du questionnaire	22
2.2.3. Recrutement des participants.....	23
2.2.4. Recueil et analyse des données	23
3. RESULTATS	24
3.1. Revue de la littérature.	24
3.1.1. Les Pouvoirs publics.....	24
3.1.1.1. Loi HSPT 2009.....	24
3.1.1.2. Rapport d'information sénatorial 2007	25
3.1.1.3. Rapports demandés par le Ministère de la Santé.....	25
3.1.1.3.1. Rapport DRUAIS 2015:	25
3.1.1.3.2. Rapport GRALL 2015	26
3.1.1.4. Le Pacte Territoire Santé 2012 et 2015 du Ministère de la Santé.....	27
3.1.1.5. Les Agences Régionales de Santé.....	27
3.1.1.6. La Direction générale de l'offre de soins.....	29
3.1.2. L'Académie Nationale de Médecine.....	29

3.1.3.	Le Conseil National de l'Ordre des Médecins	30
3.1.3.1.	« Construire l'avenir à partir des territoires 2017 »	30
3.1.3.2.	Rapport Legmann 2010	30
3.1.4.	Le collège national des généralistes enseignants	32
3.1.5.	Les autres études privées ou publiques.....	32
3.1.5.1.	Article B.GAY 2013	32
3.1.5.2.	Rapport Faure GEORS de l'EHESP 2015	33
3.2.	Enquête par questionnaire.....	35
3.2.1.	Organisation du cabinet médical	35
3.2.1.1.	Labellisation cabinet de montagne et financement par des fonds d'intervention régionaux	35
3.2.1.2.	Mode de pratique de la médecine de montagne	36
3.2.1.3.	Matériels disponibles dans les cabinets.....	37
3.2.1.4.	Secrétariat médical	38
3.2.1.5.	Locaux adaptés et aux normes	39
3.2.2.	Offre de soins	40
3.2.2.1.	Etes vous médecin pompier ou médecin correspondant samu ?	40
3.2.2.2.	Suivis gynécologique et pédiatrique en saison hivernale	42
3.2.2.3.	Les actes techniques pratiqués en cabinet.....	43
3.2.2.4.	Permanence locale de soins ambulatoire (PDSA).....	44
3.2.2.5.	Qualifications complémentaires personnelles ou des confrères	45
3.2.2.6.	Qualifications proposées.....	46
3.2.3.	Formation universitaire et professionnelle	47
3.2.3.1.	Maitre de stage universitaire	47
3.2.3.2.	Recherche et enseignement	48
3.2.3.3.	Formation médicale continue.....	49
3.2.4.	Informatisation.....	50
3.2.4.1.	Dossier médical informatisé	50
3.2.4.2.	Messagerie sécurisée	51
3.2.4.3.	Base pharmaceutique d'aide à la prescription	52
3.2.4.4.	Dossier médical personnel informatique agréé ASIP.....	53
3.2.5.	Organisation des consultations en saison touristique hivernale	54

3.2.5.1.	Horaires d'ouvertures du cabinet pendant la saison	54
3.2.5.2.	Plages de consultation sans rendez vous	56
3.2.5.3.	La télémédecine	57
3.2.5.4.	Temps de concertation.....	58
3.2.5.5.	Capacités d'accueil des patients en saison.....	59
4.	DISCUSSIONS.....	60
4.1.	Biais de l'étude	60
4.1.1.	Revue de la littérature :	60
4.1.2.	Enquête	61
4.2.	Résultats.....	62
4.2.1.	L'organisation du cabinet	62
4.2.1.1.	Fonds d'intervention régionaux : label médecin de montagne.....	62
4.2.1.2.	Mode de pratique	62
4.2.1.3.	Matériels médicaux.....	63
4.2.1.4.	Secrétariat	64
4.2.1.5.	Locaux adaptés	64
4.2.2.	Offre de soins	66
4.2.2.1.	Médecins correspondant Samu et Médecins pompiers.....	66
4.2.2.2.	Suivi gynécologique et pédiatrique.....	66
4.2.2.3.	Les actes pratiqués.....	67
4.2.2.4.	La permanence des soins ambulatoires	67
4.2.2.5.	Qualifications complémentaires.....	68
4.2.3.	Formation universitaire	69
4.2.3.1.	Maitre de stage	69
4.2.3.2.	Recherche et enseignement	69
4.2.3.3.	Formation médicale continue.....	70
4.2.4.	Informatisation.....	71
4.2.4.1.	Dossier médical personnel informatisé (DMP).....	71
4.2.4.2.	Messagerie sécurisée	71
4.2.4.3.	Base pharmaceutique pour l'aide à la prescription certifiée HAS	72
4.2.4.4.	Dossier Médical Personnel informatisé certifié par l'ASIP	72
4.2.5.	Organisation des consultations en période hivernale.....	74

4.2.5.1.	Horaires d'ouverture des cabinets.....	74
4.2.5.2.	Consultations sans rendez-vous	75
4.2.5.3.	La télémédecine	75
4.2.5.4.	Temps de concertation.....	76
4.2.5.5.	Capacité d'absorption des flux de patientèle	76
4.3.	Perspectives.....	78
5.	CONCLUSIONS	79
	Bibliographie :	81
	<i>Le Serment d'Hippocrate</i>	96

1. **INTRODUCTION**

1.1. **Définition préalable des termes de l'énoncé :**

1.1.1. **Les soins de premiers recours :**

La loi HSPT(1) datant de 2009 a permis de redéfinir en France les *soins de premier recours*. En effet d'après cette loi ces soins regroupent « les actions de prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi de patients, l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que les conseils pharmaceutiques, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social et pour finir l'éducation pour la santé. »

1.1.2. **Les soins primaires**

Les *soins primaires* sont quant à eux définis par l'OMS (2) comme étant : « *des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination* » (000)

1.2. **Contexte actuel**

Le contexte démographique, économique, politique et sociétal actuel nous amène à nous poser aujourd'hui une question fondamentale, comment palier à la difficulté d'accès aux soins primaires qui se fait grandissante ces dernières années et comment organiser l'offre de soins primaires dans ces zones qui malheureusement tendent à se généraliser.

Nous nous sommes donc intéressés plus particulièrement aux zones montagneuses et aux stations de sports d'hivers qui sont les premières à être isolées et loin des premiers établissements de soins et de services mobile d'urgences. Les médecins et praticiens paramédicaux s'y sont donc organisés de façon à proposer une offre de soins adaptée aux contraintes de terrain, d'afflux touristique et d'éloignement qui leur étaient imposées.

1.3.La médecine de montagne

De tout temps l'homme a voulu explorer les montagnes mais c'est principalement au XIXe siècle qu'en France va commencer à se développer les sports d'hiver. Avant la montagne en saison hivernale était considérée comme une zone hostile. Mais au début du XXe siècle apparaîtront les premières stations de ski avec les problématiques de soins d'urgence et de soins de premiers recours qu'engendreront l'afflux d'une population de touristes et de saisonniers ajoutée à la population locale. Les stations de sport d'hiver étaient nées. Des médecins assureront donc dans ces stations conjointement avec la sécurité sur piste mise en place par les collectivités locales une partie des soins de premier recours.

Le terme de médecin de montagne tel que nous le définissons dans nos travaux reprend la définition de l'association des Médecins de Montagne (3): c'est un médecin généraliste de formation qui exerce en montagne, en station de sport d'hiver. Il pratique l'art de la médecine générale avec pour spécificité première la prise en charge des patients blessés lors de la pratique des sports de montagne.

Les médecins de montagnes se sont donc organisés et adaptés pour la plupart à une demande de soins polyvalente non programmée, à des flux variables de population selon les saisons, à l'éloignement des établissements de soins et des correspondants avec lesquels ils coopèrent. Ils se retrouvent fréquemment confrontés à des pathologies relevant de la traumatologie ou de l'urgence médicale parfois vitale nécessitant des compétences spécifiques, un travail collectif, des locaux adaptés et un plateau technique minimum.

Les cabinets de montagne sont en moyenne à plus de 27,5 km des centres hospitaliers sur l'ensemble du territoire français avec un délai d'intervention du service médical d'urgence et réanimation (SMUR) de 30 à 40 minutes environ par des routes souvent enneigées et sinueuses.(3)

Mais ils sont aussi et surtout confrontés à des pathologies plus courantes embrassant les champs de compétence de la médecine générale classique et répondent à la demande de soins primaires des populations locales, saisonnières et touristiques.

1.3.1. L'association des médecins de montagne

Historiquement les praticiens de médecine spécifique de montagne se sont organisés avec une association loi 1901 créée en 1953 se nommant « Médecins de Montagne » (3) pour envisager ensemble d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale en stations de sports d'hiver.

L'association a aussi pour vocation de faire connaître et défendre la spécificité de l'exercice médical en montagne, analyser les risques d'accidents avec la création d'un observatoire de l'accidentologie des sports d'hiver, organiser l'offre de soins en stations de ski, lutter contre la désertification médicale, mener et coordonner des travaux de recherches et enfin assurer la formation des professionnels de santé via les maîtres de stages universitaires.

L'association regroupe plus de 290 médecins généralistes ou internes installés ou non en station de sport d'hiver sur l'ensemble du territoire Français.

La médecine de montagne est donc de plus en plus reconnue par les autorités au travers de la création de labels, de subventions spécifiques et qui tendent à reconnaître et favoriser la pratique de cette médecine de premiers secours. L'association médecin de montagne étant un acteur essentiel dans le dialogue avec les autorités publiques.

1.4.Objectif de l'étude

La pratique de la médecine de montagne s'est donc organisée pour s'adapter aux particularités que la montagne imposait.

L'objectif de notre travail était donc de faire un état des lieux de la pratique de la médecine de montagne en France et d'essayer de prouver que ce modèle est en accord avec les évolutions actuellement recommandées de l'offre de soins en médecine générale.

La question de recherche a donc été formulée de la façon suivante :

Vers une nouvelle offre de soins primaires. Le modèle organisationnel des Médecins de montagne répond-il aux évolutions préconisées de l'offre de soins en médecine générale ?

Dans un premier temps nous avons voulu établir méthodologiquement une synthèse des principales recommandations et études menées sur la mutation souhaitable de l'offre de soins en médecine générale ces dernières années.

Dans un second temps au vu du peu de données disponibles sur l'état des lieux précis du mode de pratique des médecins de montagne en France cette dernière décennie, nous avons réalisé une enquête auprès de ceux exerçant en France.

2. MATERIELS ET METHODES

2.1.Revue de la littérature

La recherche documentaire a été réalisée entre le 03 février 2015 et le 04 mars 2015 par nos propres moyens selon la méthode décrite ci-dessous.

2.1.1. Critères de sélection

Les articles retenus devaient :

- Dater de moins de 10 ans.
- Être écrits en Français et concerner le modèle de soins français.
- Emaner d'organismes reconnus pour leur sérieux.
- Apporter des informations sur l'évolution préconisée de la médecine générale en France.
- Faire un état des lieux des difficultés que rencontre l'offre de soins primaires.
- Proposer des solutions pour palier à ces difficultés.

2.1.2. Recherche bibliographique

Pour la réalisation de cette bibliographie plusieurs méthodes ont été utilisées permettant une recherche complète.

Dans un premier temps nous avons entrepris une recherche méthodique sur les sites PubMed, MedLine, et le Sudoc à la recherche d'articles traitant du sujet de l'évolution préconisée de la médecine générale par diverses équipes de recherche.

Puis dans un second temps sur les moteurs de recherche « Google Scholar© » et « Google© » à la recherche de documents émanant de sociétés savantes ou d'organismes publics ne pouvant être référencés sur les moteurs de recherche scientifique cités précédemment avec des mots clés faisant référence au sujet : « *médecine de montagne* », « *offre de soin primaire* », « *soins de premiers recours* ».

2.1.3. Sélection des articles

A partir de la première sélection de notre bibliographie, un tri a été effectué suivant les critères de sélection précédemment cités et les versions intégrales des articles retenus ont ensuite été récupérées.

Dans un second temps les références bibliographiques de certains de ces articles ont permis d'élaborer une nouvelle recherche bibliographique respectant les mêmes critères de sélection. Et certains de ces articles ont été intégrés ensuite dans notre bibliographie finale.

2.2. Enquête par questionnaire

2.2.1. Type d'enquête/étude

Nous avons donc mis en place une étude observationnelle descriptive réalisée via un questionnaire auto-administré via la plate-forme Google-Forms© aux praticiens installés adhérant à l'association Médecins de Montagne.

2.2.2. Réalisation du questionnaire

Après avoir réalisé notre revue de la littérature nous avons élaboré notre questionnaire en fonction des informations que nous voulions collecter pour évaluer l'efficacité du mode de pratique des Médecins de Montagne. Le questionnaire final comportait au total 23 questions (cf. Annexes).

L'ensemble de ces vingt-trois questions était divisé en cinq groupes correspondant à cinq grandes thématiques de critères d'évaluation élaborées grâce à notre revue :

- L'organisation du cabinet médical
- L'offres de soins
- La formation universitaire et professionnelle
- L'informatisation
- L'organisation des consultations en saison hivernale.

La création de ce questionnaire a ensuite été réalisée via la plateforme web Google Forms© : les questions apparaissaient sur la page web réparties suivant ces cinq grands groupes et apparaissant de façon successive dans l'ordre énuméré précédemment.

Notre questionnaire a ensuite fait l'objet une fois sa conception terminée d'un près test auprès de 4 médecins de montagne pour savoir si les questions étaient compréhensibles et les propositions de réponses adaptées. Certaines ont donc fait l'objet de reformulation par la suite.

2.2.3. Recrutement des participants

Les questionnaires ont donc été envoyés via une mailing-list choisi conjointement avec le chargé de mission de l'association des Médecins de Montagne : Mr Joris FRERE pour la pertinence de la population qu'il représentait et qui correspondait à la cible de notre travail.

Nous avons donc opté pour la liste des Médecins de Montage actifs, installés et thésés. Ce mailing liste était composé d'un total de 233 médecins ayant adhérés à l'association. La participation était volontaire, non rémunérée et anonyme.

Concernant la périodicité des envois nous avons opté pour un envoi avec une simple relance au vu de la forte participation initiale. Le premier envoi a été réalisé le 13 janvier 2016 en début de saison hivernale (hors vacances scolaires) qui est une période propice aux réponses car moins dense au niveau des affluences touristiques, suivi d'une relance le 14 mars 2016 au milieu de la saison.

2.2.4. Recueil et analyse des données

Le recueil final des données a été décidé le 07 juillet 2016 au vue d'une absence de participation depuis un mois. Il a été réalisé sur la plateforme Google Forms© officialisant la clôture du questionnaire. Nous avons reçu 72 réponses sur l'ensemble de la période soit un taux de participation de 30,9%.

Les données ont ensuite été exportées sous la forme d'un fichier .csv et traitées via le logiciel Microsoft Excel Macintosh© pour la réalisation des différentes figures et la réalisation des statistiques.

3. RESULTATS

3.1.Revue de la littérature.

Nous avons choisi de répartir nos références de bibliographie selon cinq grands groupes :

- Les références émanant ou demandées par les pouvoirs publics.
- L'Académie Nationale de Médecine.
- Le Conseil de l'Ordre des Médecins.
- Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE).
- Les autres études privées ou publiques.

3.1.1. Les Pouvoirs publics

3.1.1.1. Loi HSPT 2009

La loi HSPT a aussi permis d'intégrer la notion de maison de santé pluridisciplinaires comme nouveau modèle reconnu d'exercice pour des praticiens médicaux et paramédicaux libéraux qui créaient un projet de santé commun avec la mise en place d'un exercice coordonné.

Elle a donc été une reconnaissance de ce mode d'exercice et a même offert des missions particulières et spécifiques à ces maisons de santé : *« les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Elles sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux »*.

La loi HSPT a permis la création du SROS (4) dont le 3^e plan Schéma d'organisation des soins. Via cette loi l'état a aussi clairement pris le parti de favoriser la mise en place, le maintien et prévoit une évolution de la pratique de la médecine générale en pôle/maison/centre de santé. Ce SROS prévoit :

- De promouvoir et favoriser l'implantation de maisons/pôles/centres de santé sur l'ensemble du territoire.

- Accompagner ces structures dans leur mise en place.
- Consolider leur viabilité économique.

3.1.1.2. Rapport d'information sénatorial 2007

Ce rapport s'intitulant : « *Quinze recommandations pour réduire la fracture territoriale en matière d'offre de soins* »(5) évoquait déjà des idées pour palier à la désertification médicale dans certaines zones sous dotées :

- En développant la télémédecine
- En octroyant aussi des aides à l'installation dans des centres de santé.

Enfin ce même rapport fait état de la nécessité de sensibiliser les jeunes médecins pendant leurs études par des stages en médecine ambulatoire dans ces zones sous dotées avec des aides apportées pour les maîtres de stage universitaire MSU pour créer de nouveaux terrains de stage à travers le maillage territorial.

3.1.1.3. Rapports demandés par le Ministère de la Santé

3.1.1.3.1. Rapport DRUAIS 2015:

Le rapport Druais de Mars 2015 réalisé à la demande de madame la ministre de la santé Marisol TOURAINE sur « *La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de soins* »(6) fait état de plusieurs données notables concernant l'évolution nécessaire de la pratique de la médecine générale :

- Il reconnaît la pertinence et la dimension novatrice des maisons pluridisciplinaires et des pôles de santé. Celles-ci favorisent une nouvelle répartition des tâches de travail et semblent permettre aux patients d'avoir une qualité de soins plus efficace si ces

structures centralisent les informations dans un dossier partagé entre professionnels de santé.

- Il existe selon lui un consensus pour favoriser l'exercice pluri-professionnel car il permet d'améliorer le maillage sur le territoire des soins primaires.
- Il faudrait améliorer l'amplitude d'ouverture des cabinets.
- Permettre de s'appuyer sur un secrétariat médical pour augmenter l'efficacité du rôle des soignants.
- Les modèles de pratiques coopératifs de maisons/pôles/réseaux de santé sont amenés à se développer et à devenir un des modèles de soins primaires de demain.

3.1.1.3.2. Rapport GRALL 2015

Ce rapport réalisé par Mr Jean Yves GRALL(7) directeur de l'agence régionale de santé du Nord Pas de Calais à la demande de Mme la Ministre de la Santé M.TOURAINE en 2015 avait pour but l'appui à l'adaptation de l'organisation des activités de médecine d'urgence dans les territoires.

Les données intéressantes que nous en avons extraites étaient les suivantes :

- Il faut réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence.
- Il existe une affluence croissante dans les services d'urgence ces dernières années pour des demandes souvent de soins non urgents : « 18 millions de passages aux urgences en 2013 soit 1 français sur 3,5 contre seulement 1 français sur 8 en 1990. »
- Il se met en place une nouvelle répartition des flux de demande de soins primaires vers les services d'urgences qui n'y sont pas dédiés mettant ces structures sous tension lors de certains pics d'affluence.
- 35 à 40% des admissions aux urgences seraient des admissions pour traumatologie.

- 75% des passages aux urgences ont lieu entre 8h et 20h qui sont les plages horaires d'ouvertures des cabinets libéraux de médecine générale hors permanence de soins.
- Recommandation de mettre en place un accès aux soins non programmés avec une régulation de médecine générale adaptée.
- Elargir les plages d'ouverture des cabinets et maisons médicales.
- Organiser au sein du réseau de territoire une filière de prise en charge de la petite traumatologie.

3.1.1.4. Le Pacte Territoire Santé 2012 et 2015 du Ministère de la Santé

Les pactes de santé(8,9) proposés par le ministre de Marisol Touraine ministre de la santé a fait état de plusieurs engagements pour essayer de s'adapter à la réalité de la démographie médicale, des souhaits des médecins et des patients. On retiendra de ce pacte de Santé :

- La nécessité de développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville.
- Favoriser le travail en équipe notamment dans les territoires ruraux et péri-urbains.
- Assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes avec le développement entre autres des Médecins Correspondants Samu MCS.
- Favoriser l'accès et le développement de la télémédecine.

3.1.1.5. Les Agences Régionales de Santé

L'agence régionale de santé Rhône-Alpes a créé un label en 2015 « *médecin et cabinet de montagne* »(10) pour clarifier et tenter de faire la promotion de ce genre de structures qui permettent de répondre aux besoins spécifiques des zones de montagne à fortes affluences

touristiques. Mais aussi d'offrir des soins primaires de qualité tout en gérant les urgences spécifiques aux stations de sports d'hiver. Ce label ouvrant le droit à un fond d'investissement régional FIR :

- Les cabinets de montagne assurent 95% des prises en charge initiales liées à la traumatologie du ski permettant la plupart du temps une prise en charge ambulatoire en différant l'hospitalisation si une chirurgie est ensuite nécessaire dans la région d'origine du patient quand cela est possible.
- La création de ce label a permis la labellisation de 32 cabinets de montagne en Rhône-Alpes à ce jour et le versement d'un million d'euros en totalité pour leur permettre d'acquérir des équipements spécifiques et de disposer ainsi de plateaux techniques.
- Permet de désengorger les hôpitaux situés dans les vallées avec la prise en charge de la traumatologie du ski.

Les ARS proposent aussi de financer via des nouveaux modes de rémunération certaines MSP qui respectent un cahier des charges bien défini(11). Ces critères d'éligibilité à respecter sont autant d'orientations souhaitées des pouvoirs publics vis-à-vis de la pratique de la médecine de premiers recours :

- S'engager à accueillir et encadrer des professionnels de santé en formation.
- Proposer de larges amplitudes d'ouverture de la structure médicale.
- Proposer des consultations non programmées.
- Le partage sécurisé d'informations médicales entre professionnels de santé.

3.1.1.6. La Direction générale de l'offre de soins

La direction générale de l'offre de soin a établi en 2015 : « *Les chiffres clés de l'offre de soins en France* »(12). Il est intéressant de noter que :

- Les maisons de santé pluri-professionnelles sont en constante progression sur le territoire avec 174 recensées en 2012, 600 en 2014 1023 selon les derniers chiffres en 2016.
- Les Médecins Correspondants Samu (MCS) étaient quant à eux 150 en 2012 permettant à 200 000 patients d'être à moins de 30 minutes d'un service d'urgence contre 434 MCS en 2014 et 1 000 000 de patients couverts par le dispositif.

3.1.2. L'Académie Nationale de Médecine

L'Académie Nationale de Médecine a publié ces dix dernières années plusieurs bulletins avec des pistes à évoquer pour essayer de renforcer ou assurer une meilleure offre de soins sur le territoire français. En voici quelques-unes en lien avec notre sujet :

- Aides à la création de maison médicales pour lutter contre l'isolement professionnel et partage des contraintes de la permanence de soins ambulatoire PDSA.(13)
- Augmenter le nombre de stage chez les médecins généralistes.(14)
- Favoriser le recours à l'informatique et à la dématérialisation des documents médicaux.(15)
- Développer le recours à la télémédecine. (15)

3.1.3. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins

3.1.3.1. « Construire l'avenir à partir des territoires 2017 »

Un texte édité en janvier 2017 par le CNOM s'intitulant : « *Construire l'avenir à partir des territoires* »(16) propose un programme pour améliorer l'égalité de l'accès aux soins à destination du prochain ministre de la santé. On trouve dans ce texte un principe de la réforme intéressant :

- « *Décentraliser en revenant aux spécificités géographiques et sociologiques de chaque bassin de vie et en construisant une organisation des soins qui part des besoins du territoire tout en s'inscrivant dans un cadre général.* » : en résumé créer des pôles/maisons de santé adaptés à la réalité du terrain ; nous concernant en montagne.

3.1.3.2. Rapport Legmann 2010

Ce rapport nommé « *Définition d'un nouveau modèle de la médecine générale* »(17) réalisé par le Dr Legmann (ancien président du CNOM 2007-2013) dégage quelques idées pour palier à l'inégalité croissante de l'accès aux soins primaires dans certaines zones sous tension :

- Prévoir deux semestres de stage pendant l'internat en milieu ambulatoire, ce qui nécessite un nombre suffisant de MSU.
- Le regroupement : les médecins ne souhaitent plus exercer seuls, ils souhaitent pouvoir bénéficier d'un avis collégial sur les situations complexes et s'inscrire collectivement dans une démarche permanente d'évaluation des pratiques professionnelles.
- Les jeunes médecins s'installeront plus volontiers s'ils ont l'impression d'être accueillis dans une dynamique collective, avec une organisation qui simplifie leurs problèmes matériels et administratifs.
- Le travail dans une structure collective libérale nécessite, pour les professionnels de santé, le partage des informations médicales individuelles mais de façon sécurisée.

- Les médecins libéraux dont la spécialité nécessite l'accès à un plateau technique doivent aussi, être incités à se regrouper pour disposer d'infrastructures nécessaires mais onéreuses.
- Après avoir défini la taille de zones géographiques pertinentes en matière de santé, il faut inciter les différents acteurs médicaux et auxiliaires médicaux à se coordonner entre structures sur ces territoires.
- Il est devenu nécessaire qu'au sein d'une ou de plusieurs des structures de santé d'une zone donnée soient créées des plateformes de services mutualisant des moyens et des ressources humaines en lien avec l'ensemble des structures ambulatoires libérales. Ces plateformes qui pourraient être implantées sur des sites divers en fonction des situations locales (maisons de santé, établissement de santé privé, hôpital local) permettraient aux professionnels libéraux de disposer de services variés tels que des équipements de télémédecine, des consultations avancées pluridisciplinaires.
- Il semble nécessaire d'intégrer l'Université dans ces regroupements de santé pour dynamiser la recherche en médecine générale.
- Développement de la télémédecine qui permettrait d'améliorer la prise en charge des patients et une amélioration de la qualité du suivi en raccourcissant les délais d'attente pour un avis ou une consultation avec un spécialiste. Dans un contexte économique sous tension elle permettrait aussi de diminuer certains coûts par la suppression de transports médicaux.

3.1.4. Le collège national des généralistes enseignants

Le collège national des enseignants de médecine générale quant à lui préconise depuis plusieurs années certaines mesures pour améliorer l'efficacité des soins en médecine générale :

- « Privilégier le développement de structures d'exercice en groupe du type maisons pluri professionnelles de soins primaires afin d'impulser une dynamique pour l'installation des plus jeunes ».(6)
- Actuellement il y aurait 8550 maîtres de stage universitaire (MSU)(18) à travers le territoire pour assurer la formation en ambulatoire des internes en médecine générale. Mais il faudrait former en tout 12 000 MSU pour garantir une offre de stage ambulatoire satisfaisante(6). Ces stages seraient un facteur incitatif essentiel pour redonner l'envie aux jeunes médecins de s'installer.
- La formation médicale continue est un temps nécessaire et essentiel à la bonne pratique médicale.(6)
- Nécessité de développer la recherche en médecine générale.(6)

3.1.5. Les autres études privées ou publiques.

3.1.5.1. Article B.GAY 2013

Cet article publié dans la revue d'épidémiologie et de santé publique a pour intitulé : « Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale »(19). De cet article nous avons extrait les pistes suivantes :

- L'exercice médical professionnel en France est encore une pratique très isolée et individuelle.
- Les maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) vont faire évoluer la situation en France selon Mr GAY. Il préconise que les réseaux de santé doivent évoluer vers des réseaux polyvalents de proximité et cette mutation devrait permettre la mise en place de

pôles de santé pluri professionnels, associant autour d'une MSP des cabinets satellites dans une dynamique de réseau.

- Le développement de la recherche en soins de santé primaires doit être une priorité.

3.1.5.2. Rapport Faure GEORS de l'EHESP 2015

Ce rapport d'étude émanant de l'école des hautes études de la santé publique intitulé « *Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes - De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales.* »(20) retient diverses pistes pour favoriser la naissance de centres de soins de premiers recours pour pallier au recours de la population locale aux services d'urgences dans les zones rurales. Les arguments que nous avons extraits sont les suivants :

- L'ARS Rhône-Alpes avait voulu lancé un appel à projet en 2015 pour développer les centres de soins de premier recours avec petit plateau technique.
- Les centres de soins de premiers recours dans les territoires où l'accès aux soins est parfois difficile pourraient apporter une réponse adéquate pour l'accès aux soins urgents. Les territoires ruraux seraient donc les premiers concernés pour le déploiement des centres de soins de premiers recours.
- Ces centres de soins de premier recours en zone rurale pourraient répondre à la prise en charge des petites urgences à la place des services d'urgences d'établissement de santé. Permet de réorienter certains flux vers les soins de premiers recours ambulatoires.
- Ces mêmes centres de soins de premier recours, par leur organisation permettraient d'offrir une réponse aux enjeux croissants de l'accès aux soins dits non-programmés.
- Selon cette étude les motifs de consultation d'un service d'urgence hospitalier plutôt que d'un cabinet de ville sont les suivants : « Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé est souvent évoqué (27%), suivi par la possibilité d'examen complémentaires (23%) et la proximité géographique (22%). »

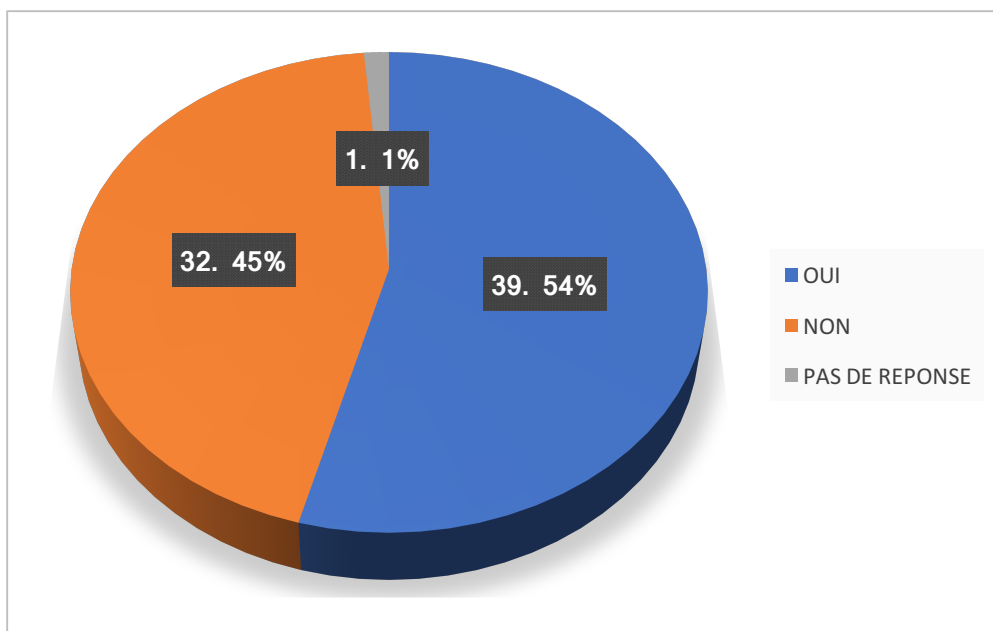
- « L'engagement 12 du Pacte territoire santé (« Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici à 2015 ») nous intéresse particulièrement. En effet, cet objectif fixé par le ministère de la santé implique une réflexion au niveau du premier recours dans les zones les plus reculées. »
- La prise en charge de la petite urgence serait moins onéreuse en centres de premiers recours qu'elle ne l'est dans un service hospitalier d'urgences.
- Les centres de soins de premier recours permettraient donc la réduction des inégalités infrarégionales en matière d'accès aux soins de premier recours.
- « En effet, les centres de soins de premier recours étant des MSP, on y trouve tous les avantages que procure ce mode d'exercice collectif largement décrit dans la littérature (travail de groupe, coordination, amélioration de la qualité des soins etc.). »
- Le fait d'y ajouter un plateau technique permet aux médecins de bénéficier d'équipements et d'exams médicaux, qui constitueraient un facteur d'attractivité supplémentaire pour ce mode d'exercice.
- Les centres de soins de premiers recours permettent donc d'englober l'ensemble des dimensions du métier de médecin généraliste et d'en diversifier la pratique. Ils apporteraient donc de surcroît une attractivité supplémentaire à la discipline. Cela permettrait aux médecins généralistes de se réappropriier des aspects de la médecine générale délaissés au profit des établissements de soins : la petite traumatologie, les urgences, les soins palliatifs.

3.2. Enquête par questionnaire

3.2.1. Organisation du cabinet médical

3.2.1.1. Labellisation cabinet de montagne et financement par des fonds d'intervention régionaux

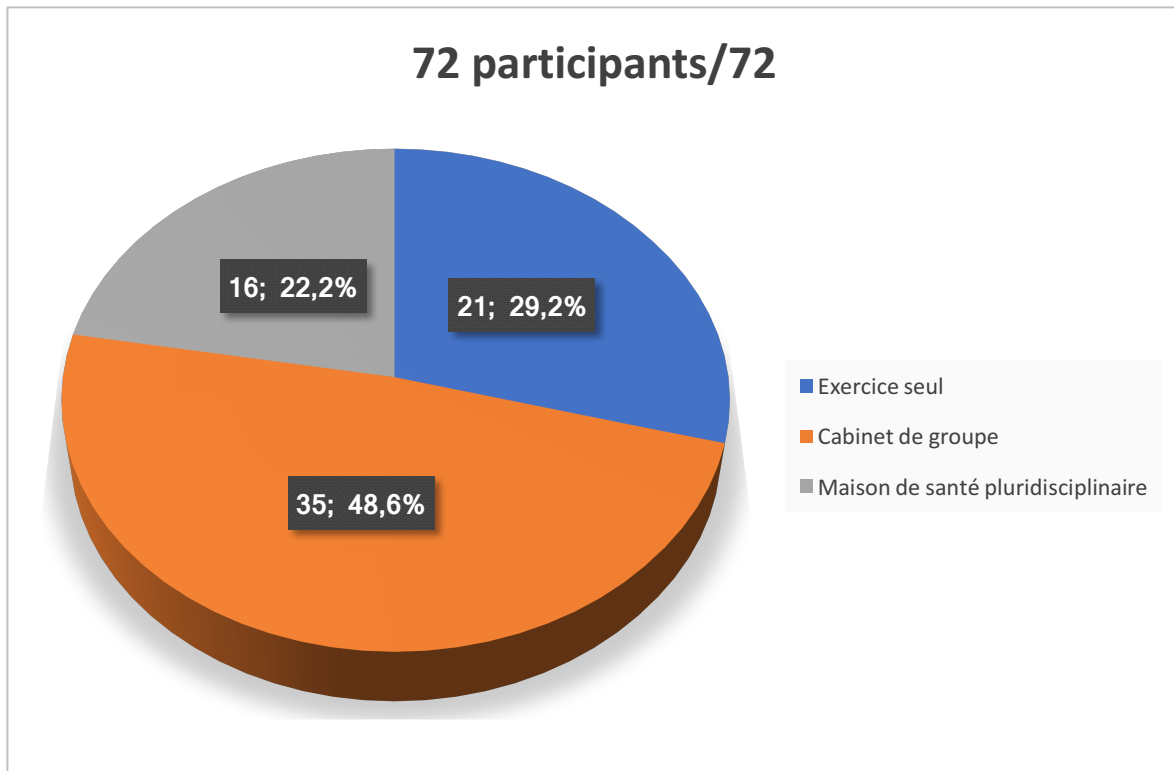
La question fermée était : « Votre centre médical a-t-il reçu de l'A.R.S. des financements F.I.R pour l'aide à l'équipement dans le cadre de la labellisation "Cabinet de montagne" ? ».



Soit 54% de réponses positives sur les réponses exprimées et 45% de réponses négatives et 1% de non répondant.

3.2.1.2. Mode de pratique de la médecine de montagne

La question était : « Pratiquez-vous seul ou en exercice groupé ? » : Sur 72 réponses :

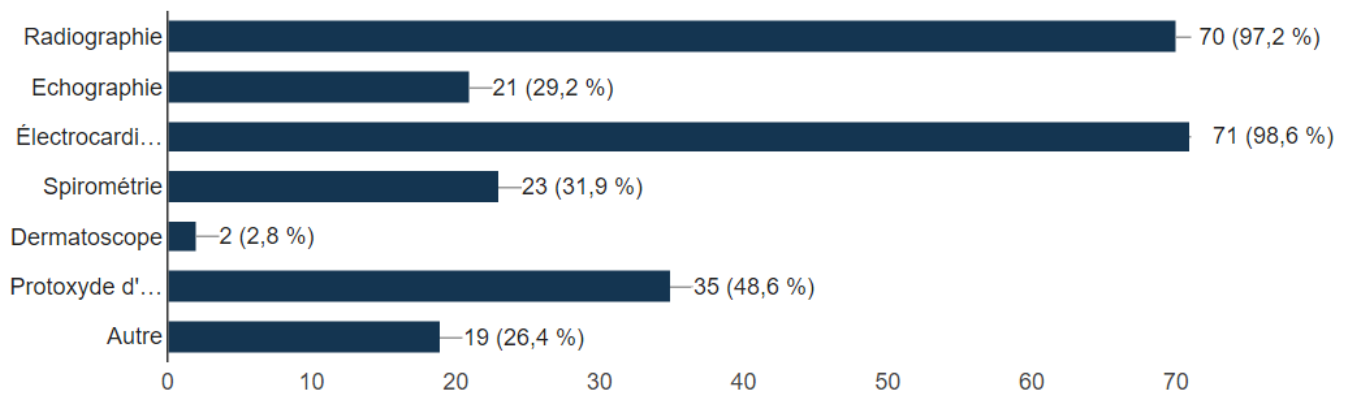


Soit au total 48,6% en cabinet de groupe, contre 22,2% en maison pluridisciplinaire et 29,2% seul.

3.2.1.3. Matériels disponibles dans les cabinets

La question était : « De quel matériel spécifique disposez-vous ? »

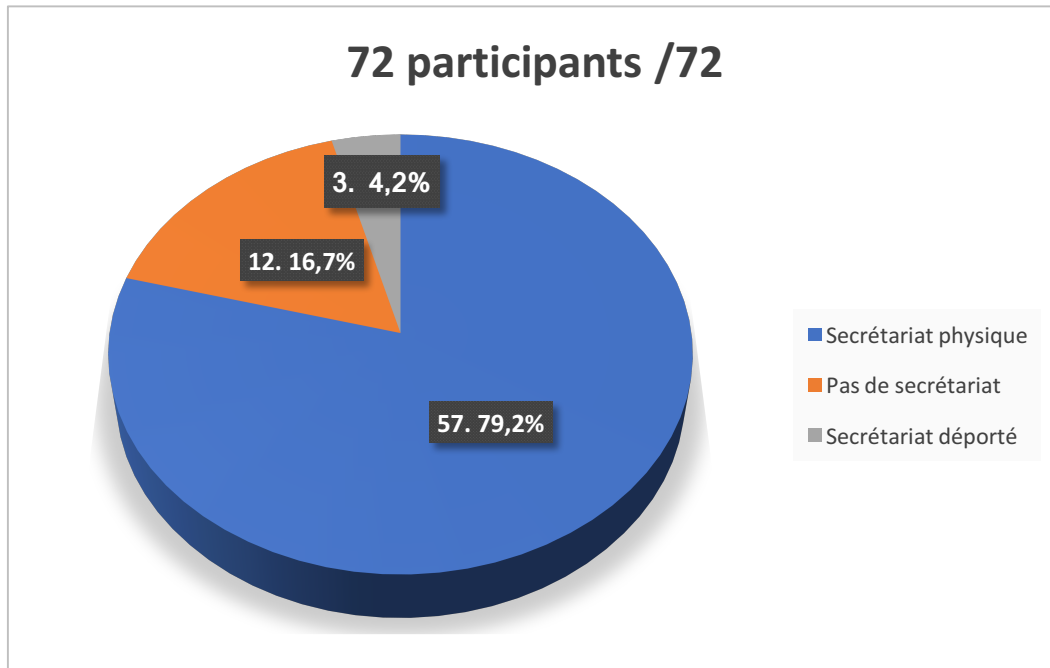
De quel matériel spécifique disposez-vous ? (72 réponses)



Les réponses « Autres » étaient une partie de réponses ouvertes et comportaient : Scope/Monitoring, test de diagnostic rapide, cryothérapie, audiométrie, ventilation non invasive, matériels MCS.

3.2.1.4. Secrétariat médical

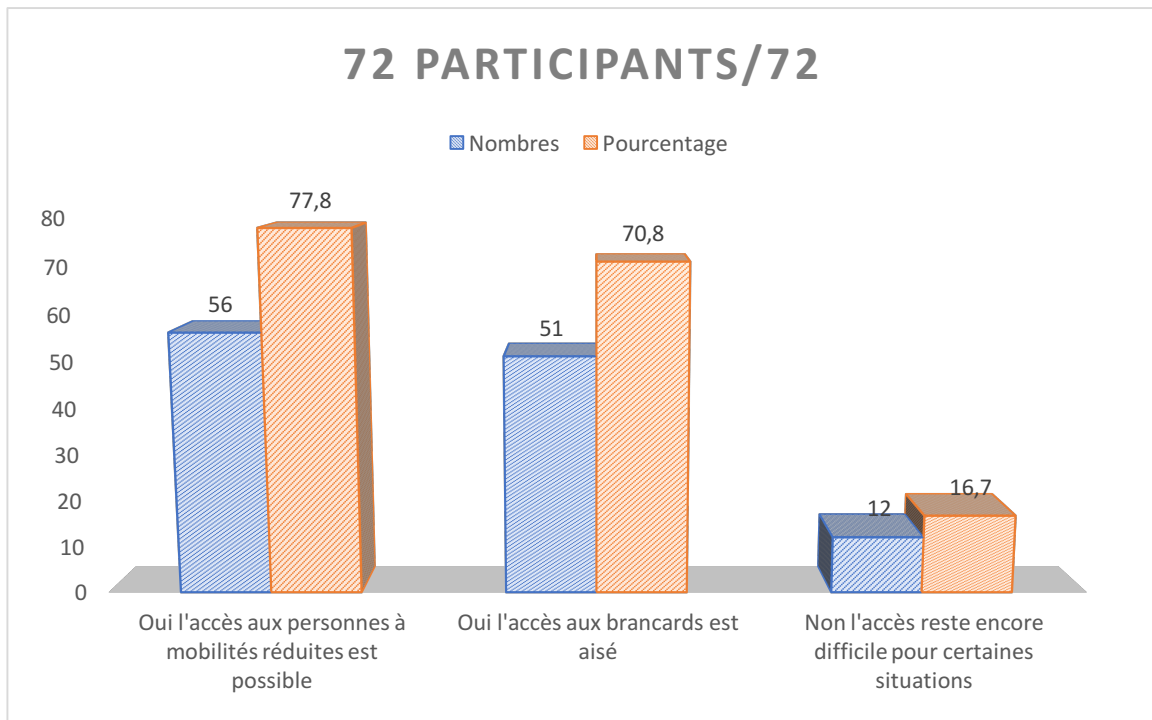
La question était : « Disposez-vous d'un secrétariat ? »



Soit 79,2% de secrétariat physique, pour 4,2% de secrétariat téléphonique déporté et 16,7% à ne pas avoir de secrétariat du tout.

3.2.1.5. Locaux adaptés et aux normes

La question était : « Les locaux de votre centre médical vous semblent-ils adaptés à votre pratique médicale spécifique en termes d'espace et d'ergonomie ? »

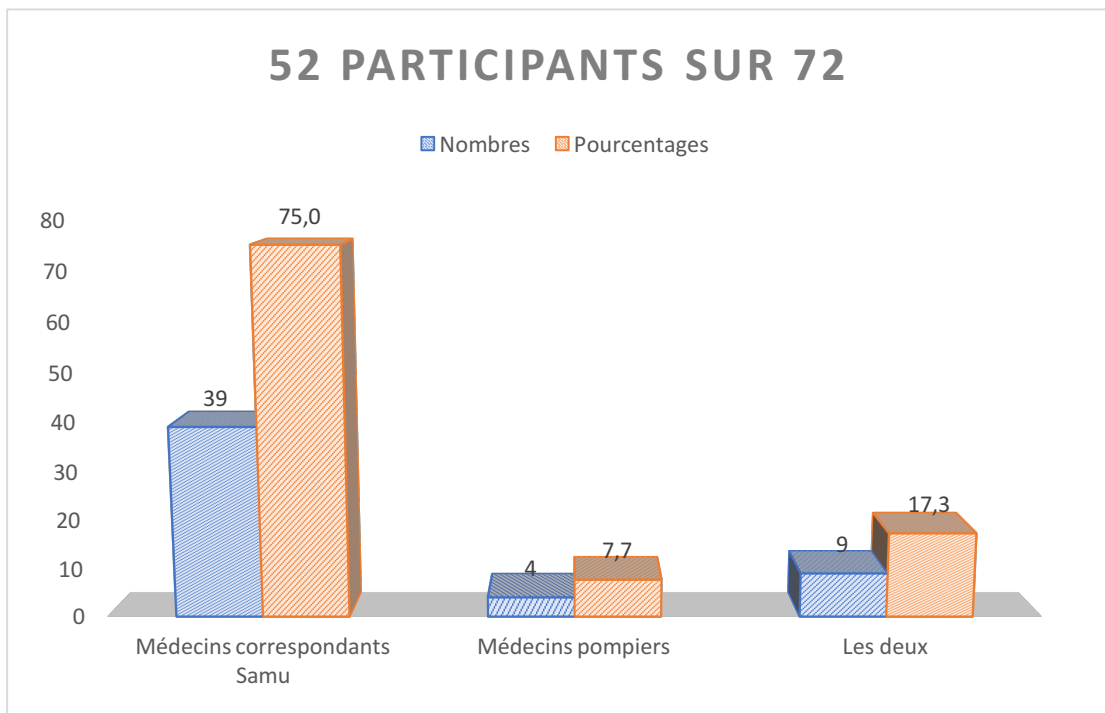


Soit 78,6% des médecins de montagne qui considèrent que l'accès aux personnes à mobilité réduite est possible dans leurs locaux, 71,8% que l'accès aux brancards est aisé et enfin 16,9% que l'accès reste difficile pour certaines situations.

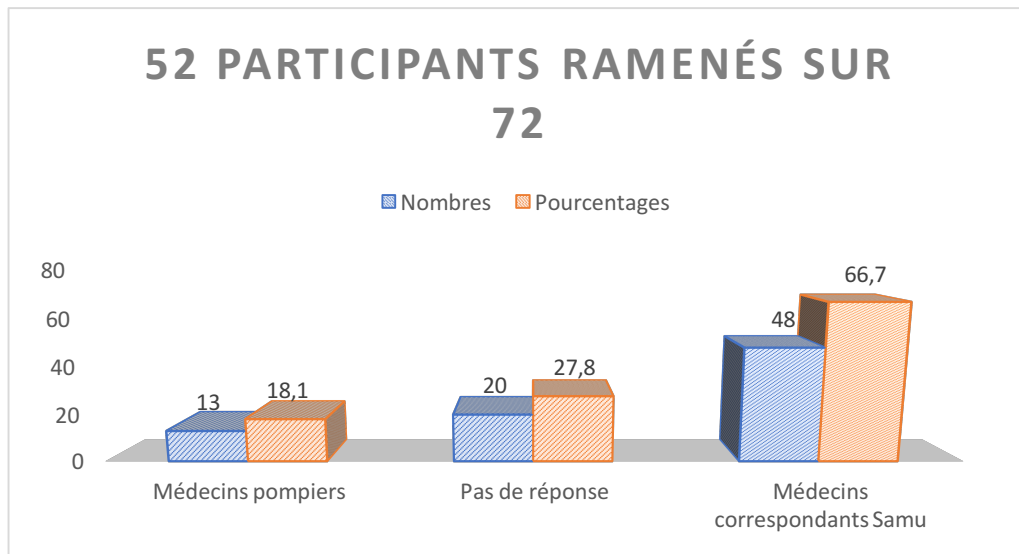
3.2.2. Offre de soins

3.2.2.1. Etes vous médecin pompier ou médecin correspondant samu ?

La question était une question à choix multiples : « Etes vous amenés à travailler en tant médecin correspondant samu ou médecin pompier ? »



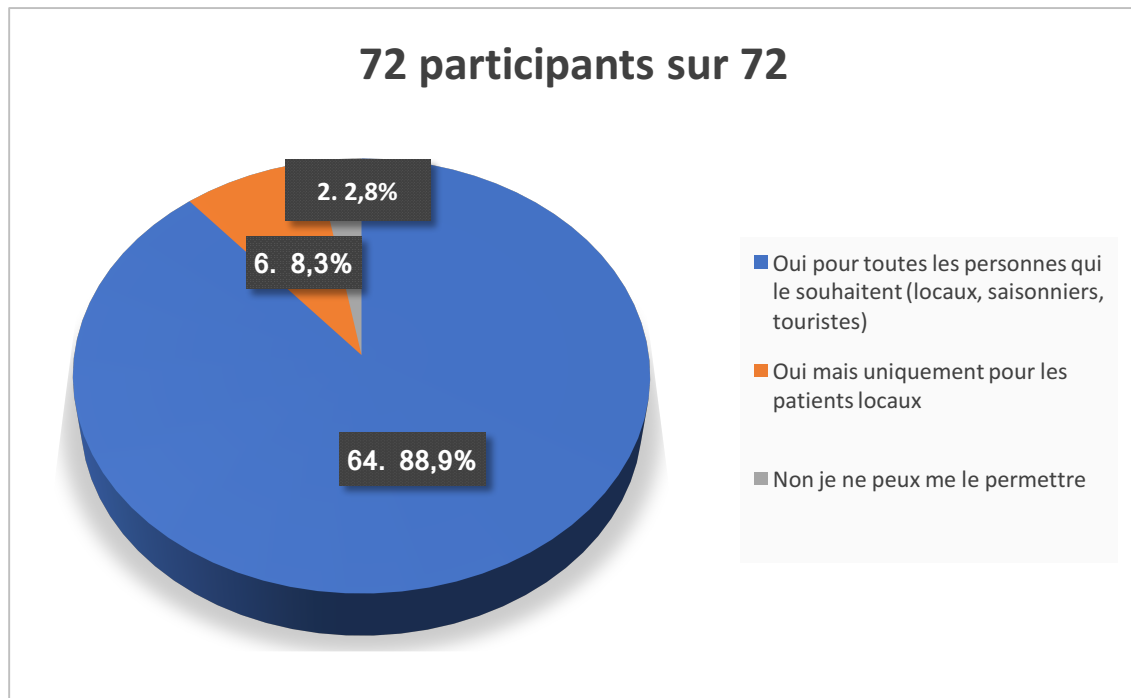
Nous avons donc 75% de médecins correspondants Samu, 7,7% de médecin pompiers et 17,3% qui sont les deux sur les 52 personnes ayant répondu à cette question sur les 72 participants à l'étude.



Soit 66,7% de médecins correspondant Samu sur l'ensemble de l'échantillon de 72 participants à l'étude, 18,1% de médecins pompiers et 27,8% de non réponses.

3.2.2.2. Suivis gynécologique et pédiatrique en saison hivernale

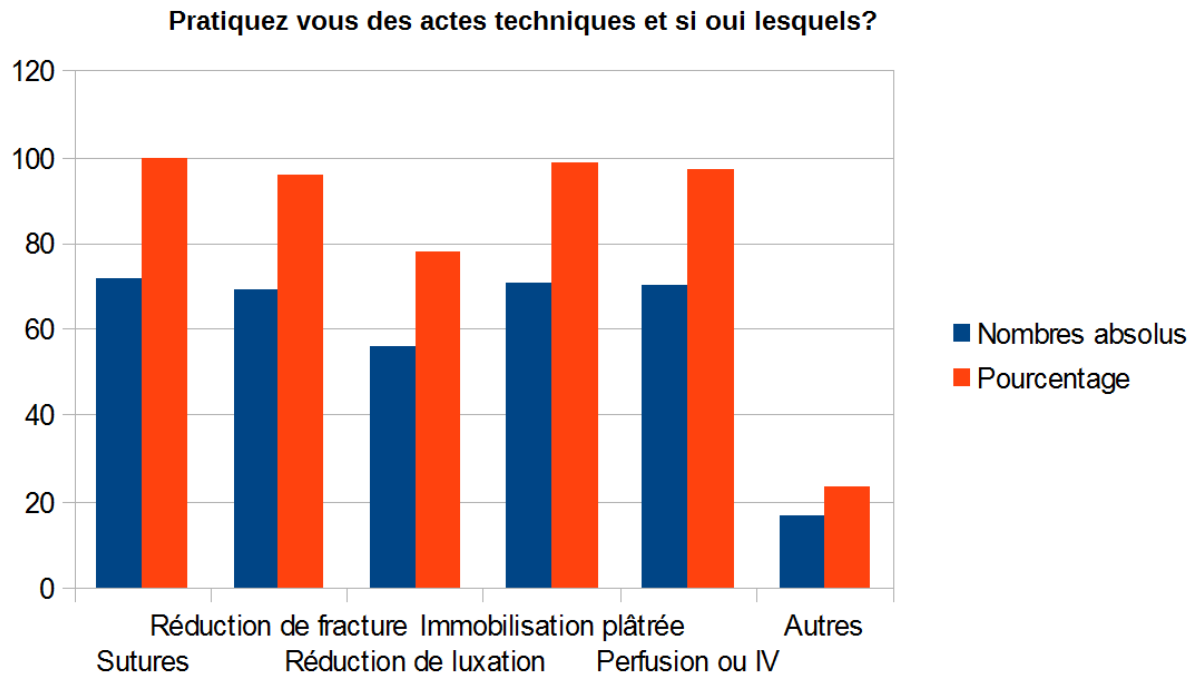
La question fermée était : « le suivi gynécologique et pédiatrique est-il assuré pendant la haute saison dans votre structure ? »



Soit 88,9% qui assurent le suivis pédiatrique et gynécologique médical chez n'importe lequel de leur patient au cabinet, contre 8,3% seulement pour les patients locaux et enfin 2,8% chez aucun de leur patient en haute saison.

3.2.2.3. Les actes techniques pratiqués en cabinet

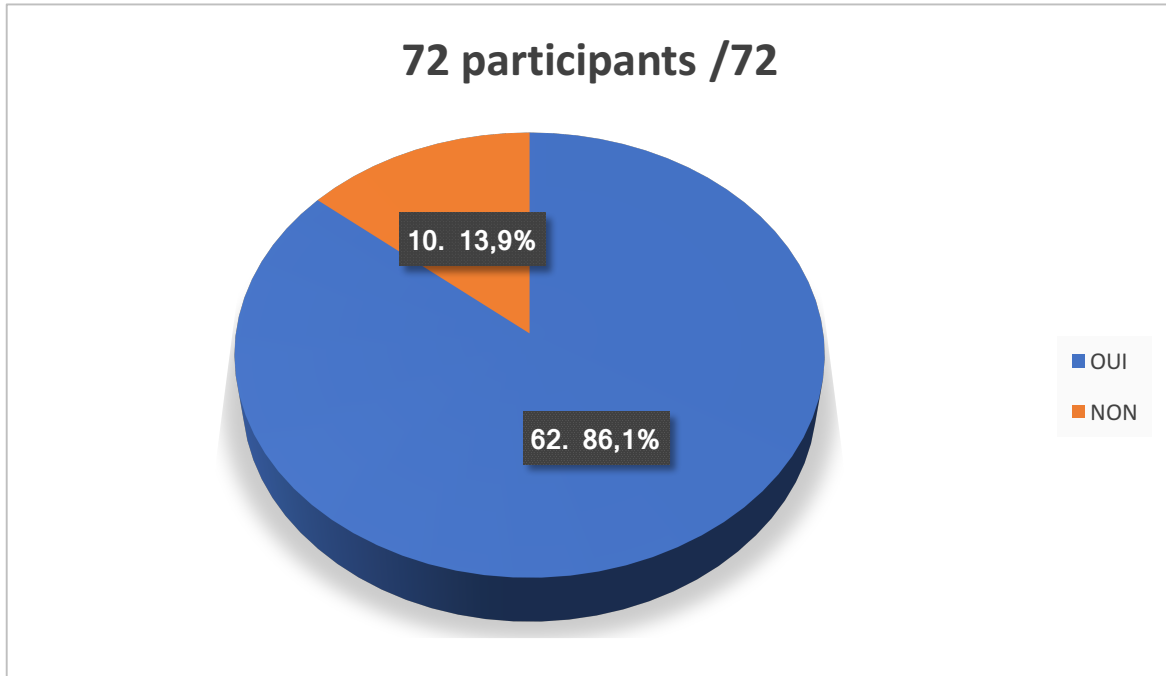
La question était à choix multiples : « Pratiquez-vous des actes techniques, si oui lesquels ? »



Soit 100% de praticants de sutures, 95,8% de réduction de luxation, 77,8% de réduction de fracture, 98,6% de confection d'immobilisations orthopédiques, 97,2% d'injections intraveineuses et pose de perfusion et enfin 23,6% pratiquant des actes non mentionnés comme : thrombolyse, intubation oraux trachéale, infiltration articulaire, petites chirurgies, pose de stérilet ou encore réalisation de bloc ilio-fémoraux par exemple.

3.2.2.4. Permanence locale de soins ambulatoire (PDSA)

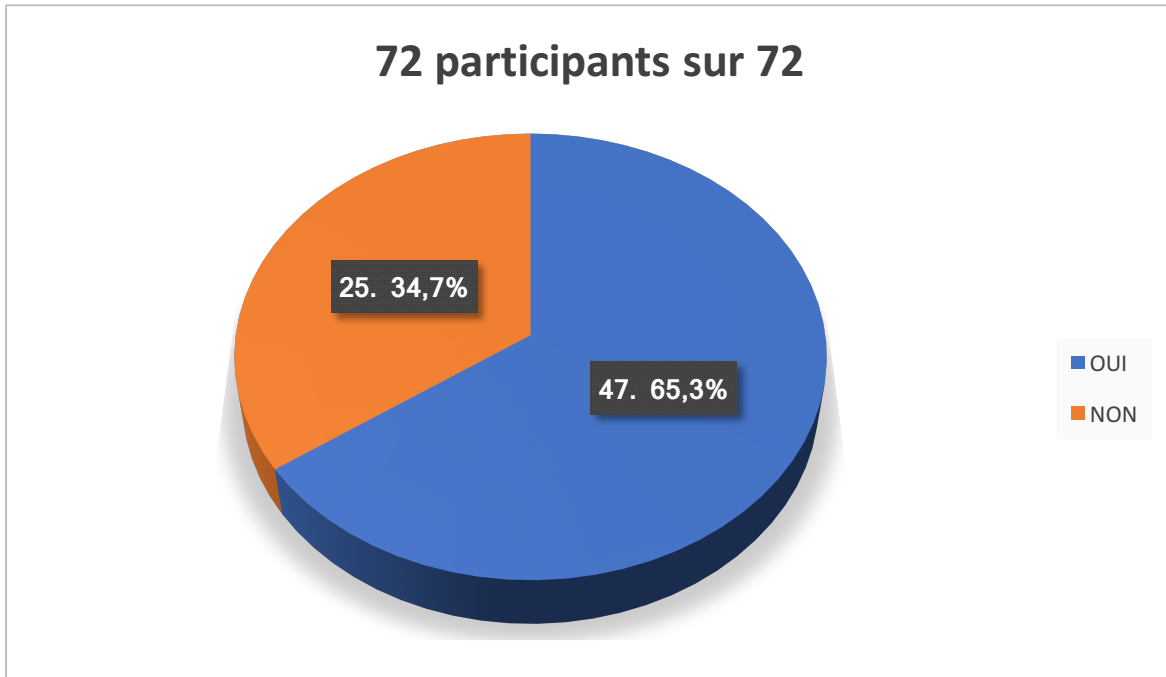
La question était : « Participez-vous à la permanence de soins locale ambulatoire ? »



Soit 86,1% des praticiens qui déclarent participer à la PDSA contre 13,9% qui n’y participeraient pas.

3.2.2.5. Qualifications complémentaires personnelles ou des confrères

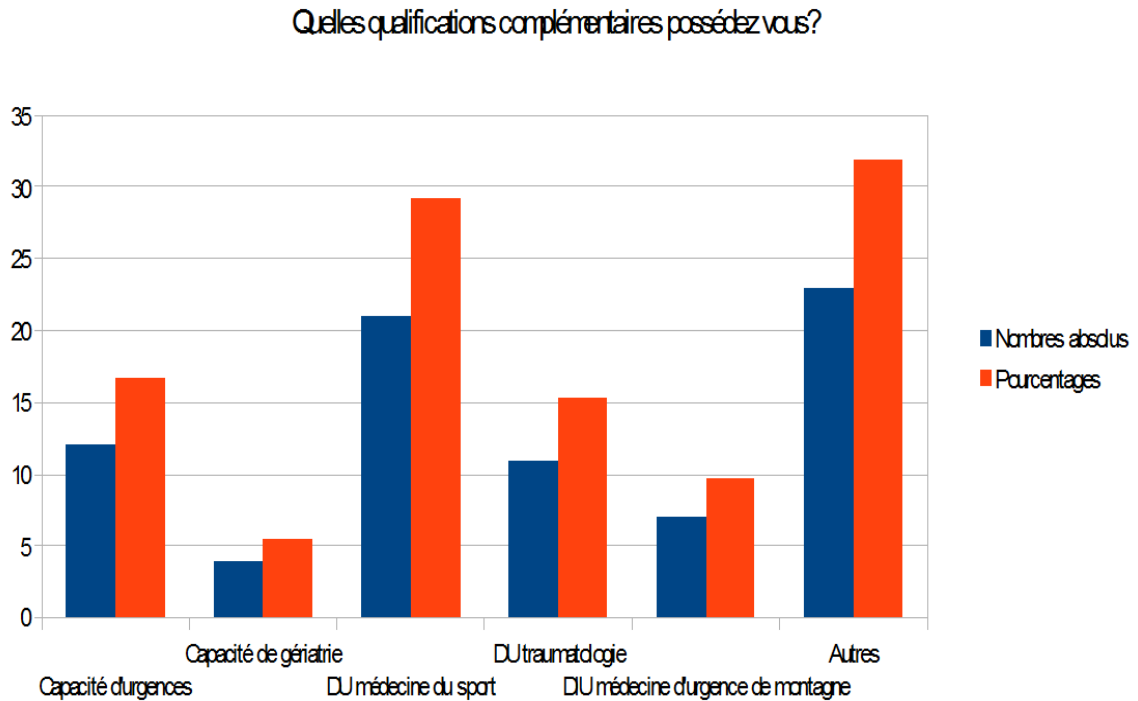
La question était : « Possédez-vous avec les confrères de votre structure des qualifications facultaires complémentaires ? »



Soit 65,3% des praticiens qui possèdent ou profitent dans leur exercice de groupe de qualifications spécifiques, contre 34,7% où aucune qualification complémentaire n'est proposée personnellement ou par la structure d'exercice.

3.2.2.6. Qualifications proposées

La question était : « Quelles qualifications proposez-vous ? »

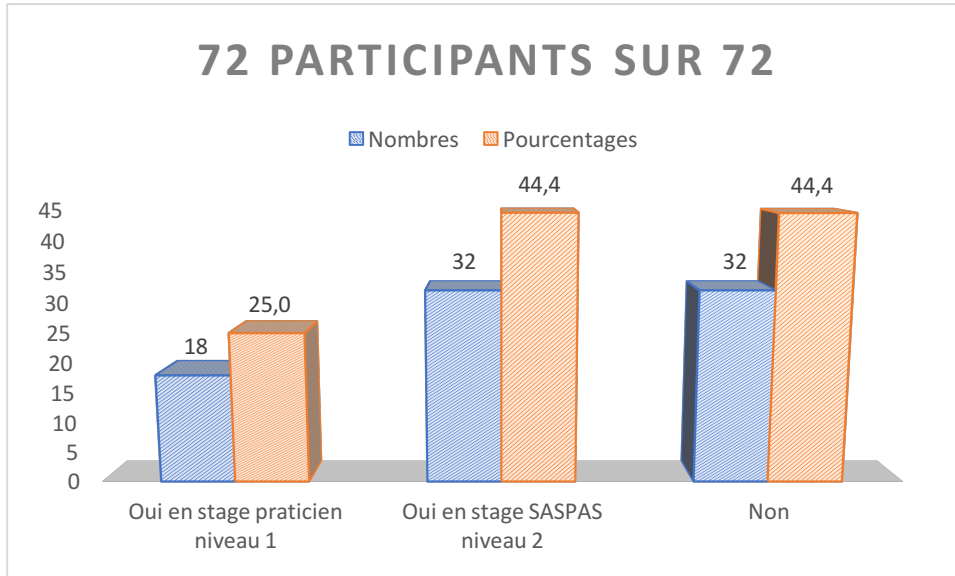


Soit 17% de capacité d'urgence, 5% de capacité de gériatrie, 29% de DU de médecine du sport, 15% de DU de traumatologie, et presque 10% de DIUMUM, avec 23 autres réponses comprenant : acupuncture, podologie, échographie d'urgence, nutrition, médecin tropicale, soins palliatifs, urgences pédiatrique, expertise médicale, gynécologie.

3.2.3. Formation universitaire et professionnelle

3.2.3.1. Maître de stage universitaire

La question était : « Accueillez-vous des internes en tant que maître de stage universitaire ? »

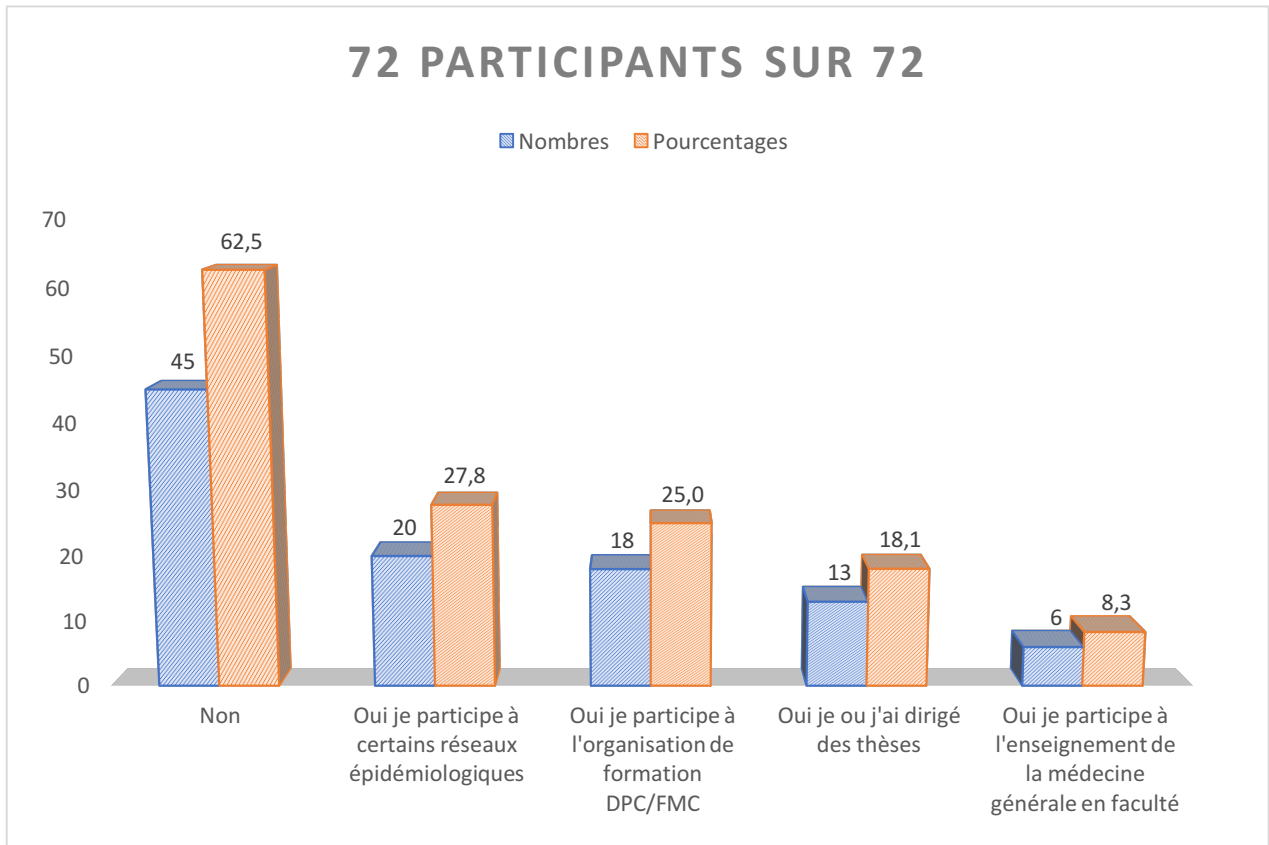


Soit 25% des praticiens qui accueillent des internes en stage niveau 1, 44,4% en stage niveau

2 (un total de 69,4% qui accueillent des internes) et 13,9% en stage praticien niveau 1 et 2 en même temps et 44,4 % qui n'accueillent aucun interne.

3.2.3.2. Recherche et enseignement

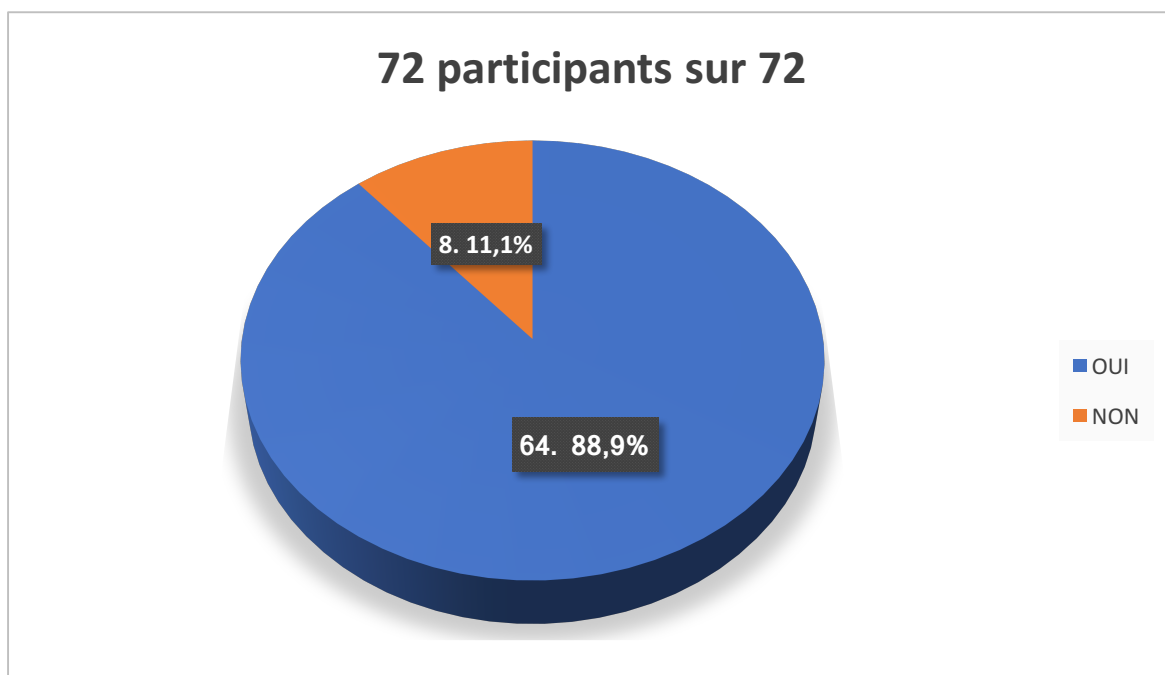
La question était : « Participez-vous à des travaux de recherche ou d'enseignement ? »



Soit 18,1% des praticiens ont dirigé ou dirigent actuellement une thèse, 27,8% participent à un réseau épidémiologique, 25% qui participent à l'organisation de formation DPC ou FMC, 8% participent à la formation au sein du DMG d'une faculté et enfin 62,5% ne participent à aucun travail de recherche.

3.2.3.3. Formation médicale continue

La question était : « Avez-vous le sentiment de répondre à vos impératifs de formation médicale continue ? »

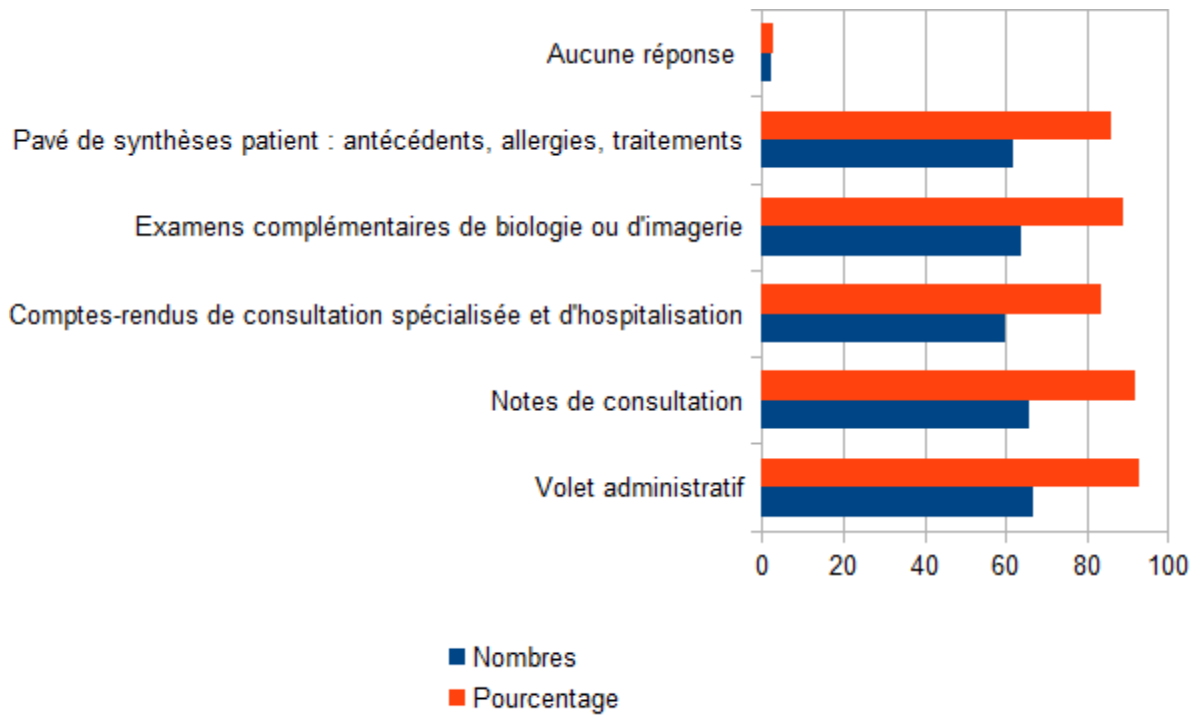


Soit 88,9% des praticiens qui pensent répondre à leurs impératifs de formation continue contre 11,1% qui ne pensent pas y satisfaire.

3.2.4. Informatisation

3.2.4.1. Dossier médical informatisé

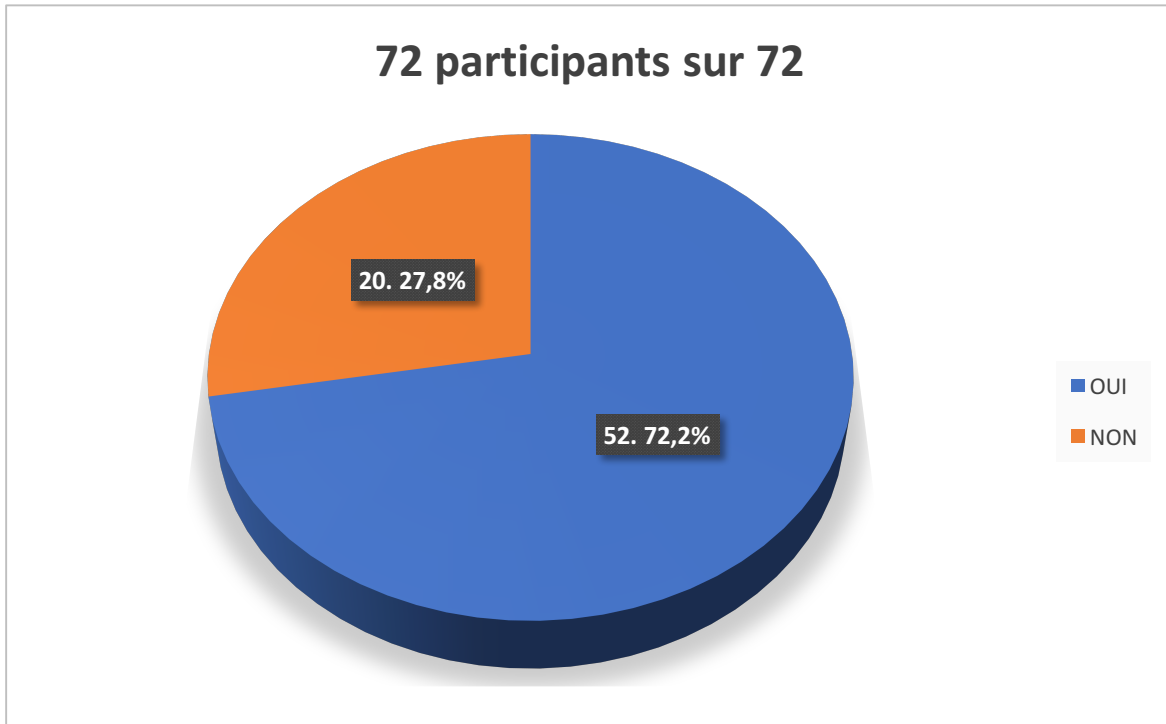
La question était : « De quoi est composé votre dossier médical informatisé ? »



Soit sur 72 participants 2,8% de non réponse, et un dossier médical informatisé qui comporte pour 93,1% un volet administratif, 91,7% les notes de consultation, 83,3% les comptes rendus, 88,9% les examens complémentaires, 86,1% un pavé de synthèse patient.

3.2.4.2. Messagerie sécurisée

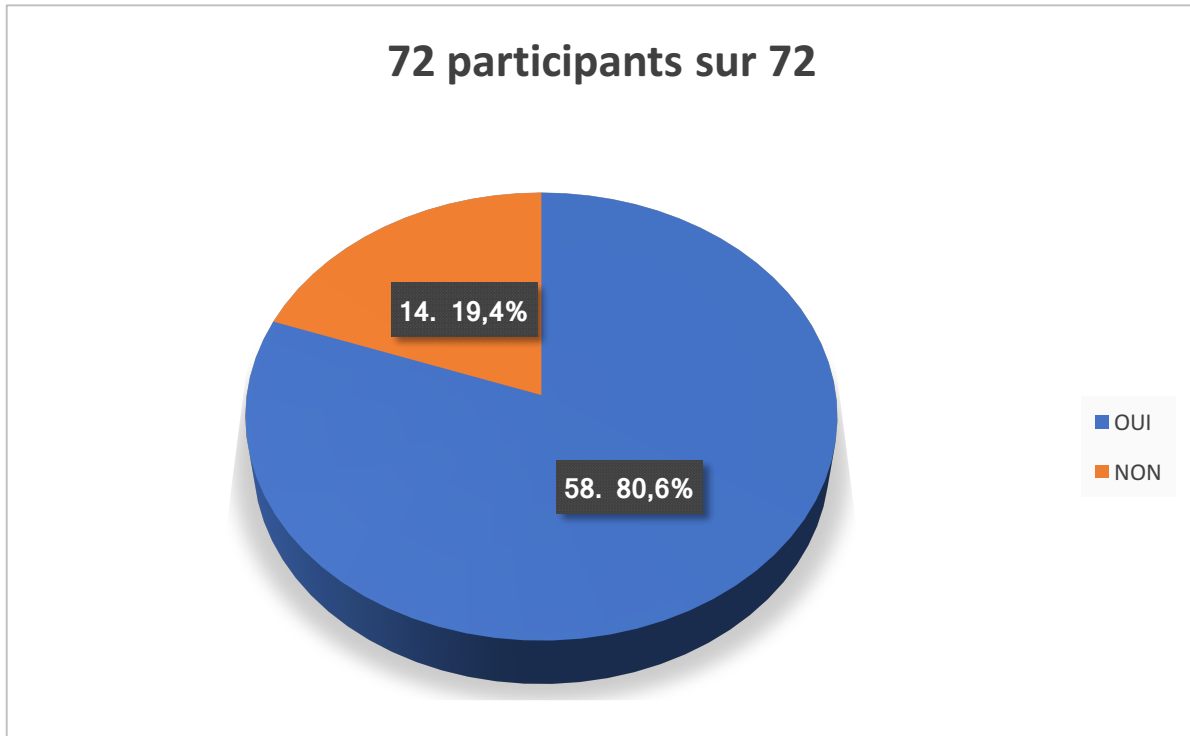
La question était : « Disposez-vous d'une messagerie sécurisée ? »



Soit 72,2 % de la totalité des praticiens qui déclarent disposer d'une messagerie sécurisée contre 27,8% qui n'en possèdent pas.

3.2.4.3. Base pharmaceutique d'aide à la prescription

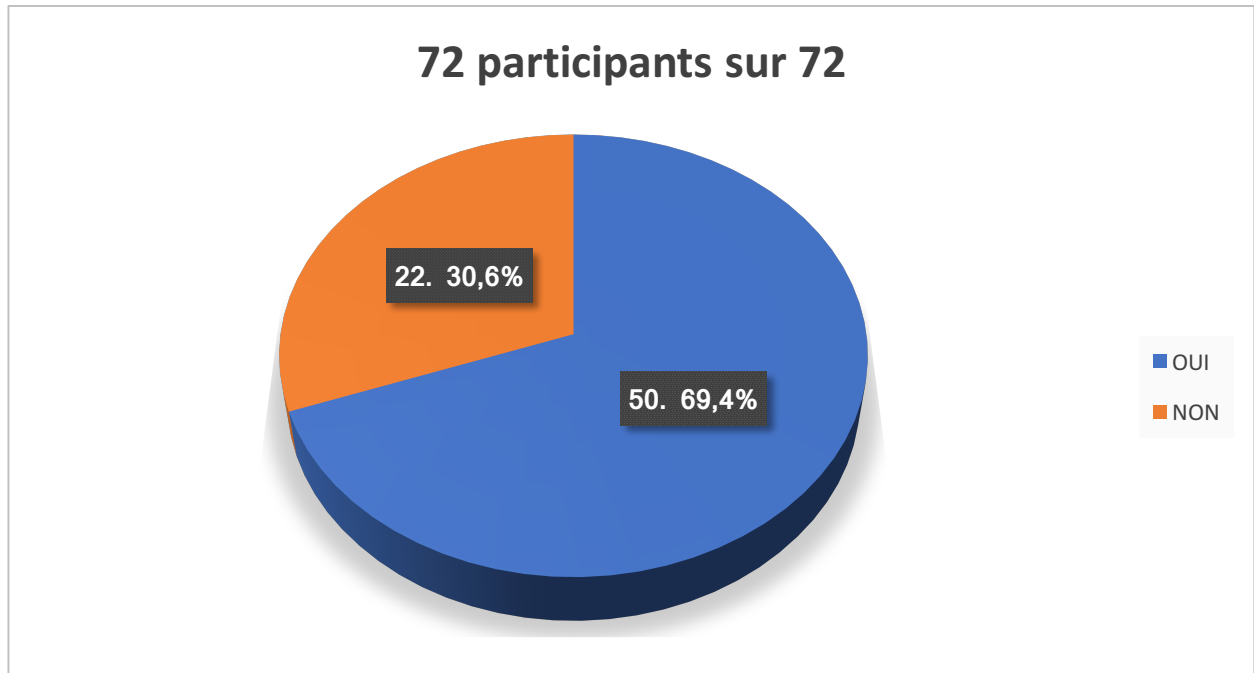
La question était : « Avez-vous une base pharmaceutique d'aide à la prescription médicale certifiée HAS ? »



Soit 80,6% des praticiens qui possèdent une base pharmaceutique certifiée HAS contre 19,4% qui n'en posséderaient pas.

3.2.4.4. Dossier médical personnel informatique agréé ASIP

La question était : « Votre logiciel est-il agréé ASIP, dossier médical personnalisé compatible ? »

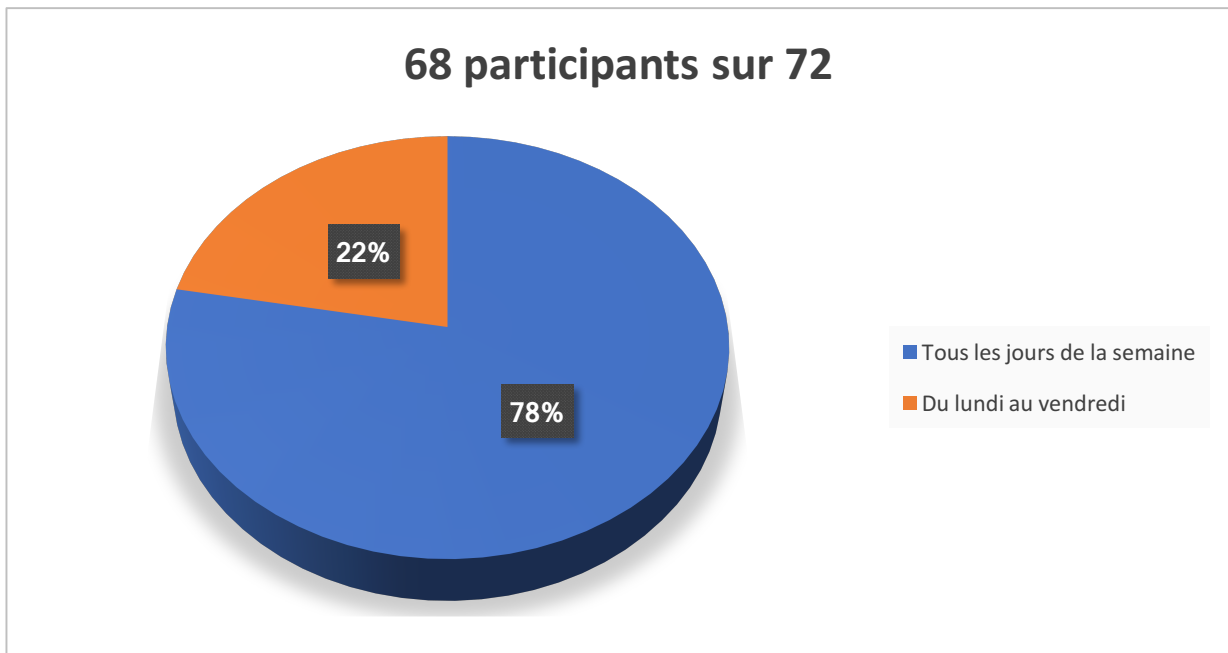


Soit 69,4% des praticiens qui déclarent que leur base de données est compatible ASIP contre 30,6% qui déclarent qu'elle ne l'est pas.

3.2.5. Organisation des consultations en saison touristique hivernale

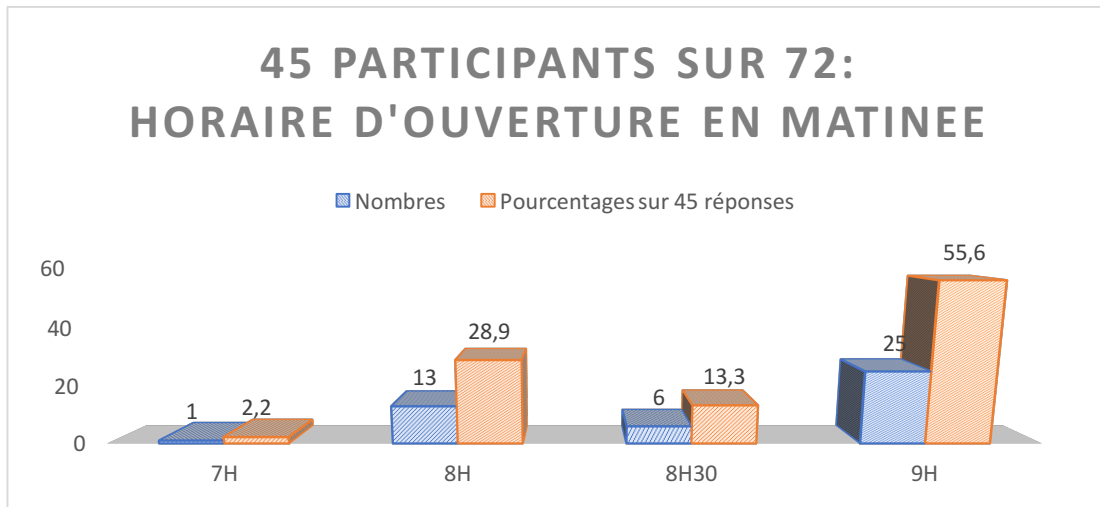
3.2.5.1. Horaires d'ouvertures du cabinet pendant la saison

La question était ouverte et s'intitulait : « Quels sont les jours d'ouverture et les horaires durant la saison d'hiver ? »



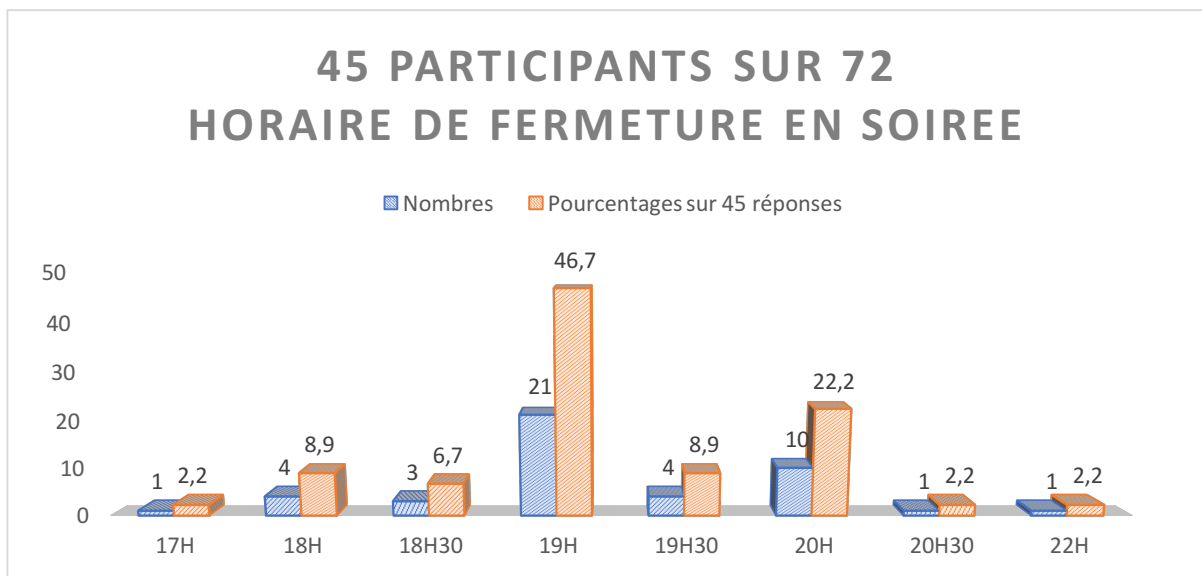
Soit 78% des praticiens qui déclarent ouvrir 7 jours sur 7, 22% du lundi au vendredi avec 4 qui ne se sont pas prononcés soit 5,5% du panel initial.

Concernant les plages d'horaires d'ouverture seulement 45 participants ont mentionné une plage horaire sur 72 :



Soit 31,1% des participants qui déclarent ouvrir pour 8h ou avant, horaire normalement convenue de la fin de la PDSA.

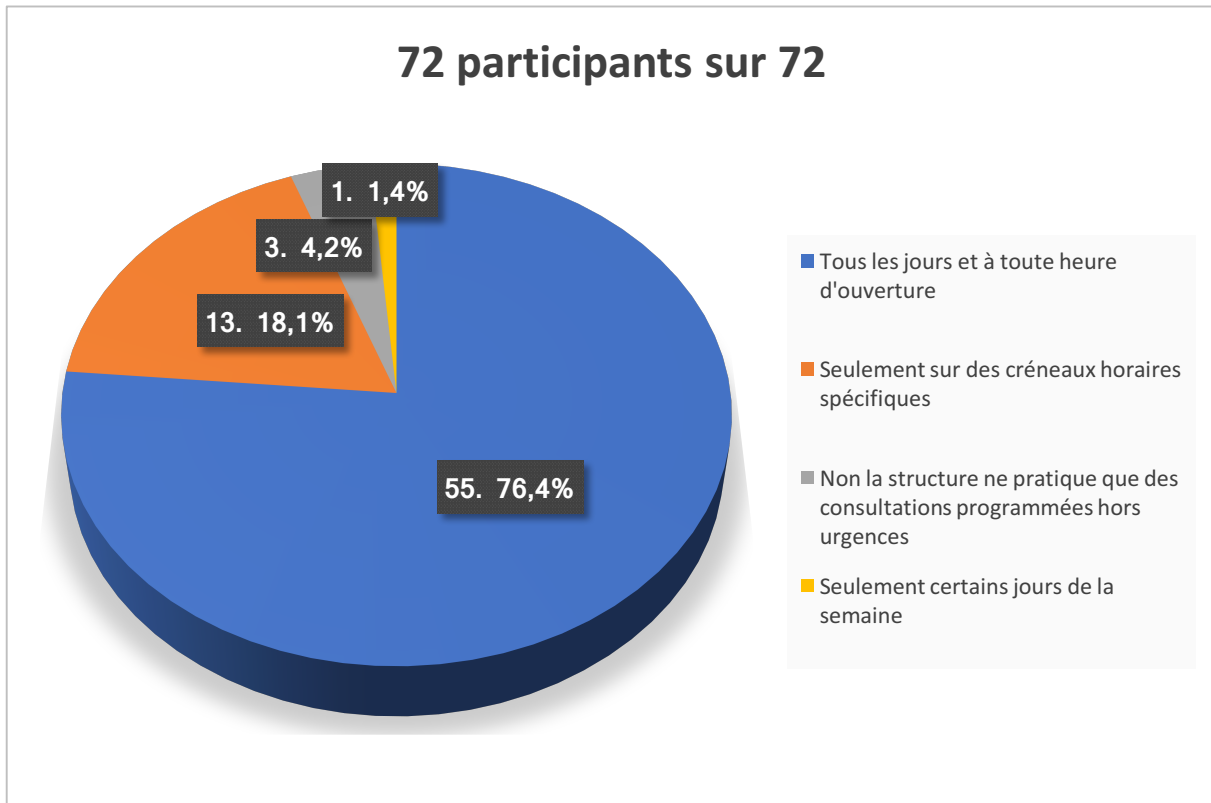
Concernant les horaires de fermetures sur 45 participants nous retrouvons :



Soit 26,6% des répondants qui déclarent que leur structure ferme à 20h ou plus tard, horaire du début de la PDSA.

3.2.5.2. Plages de consultation sans rendez vous

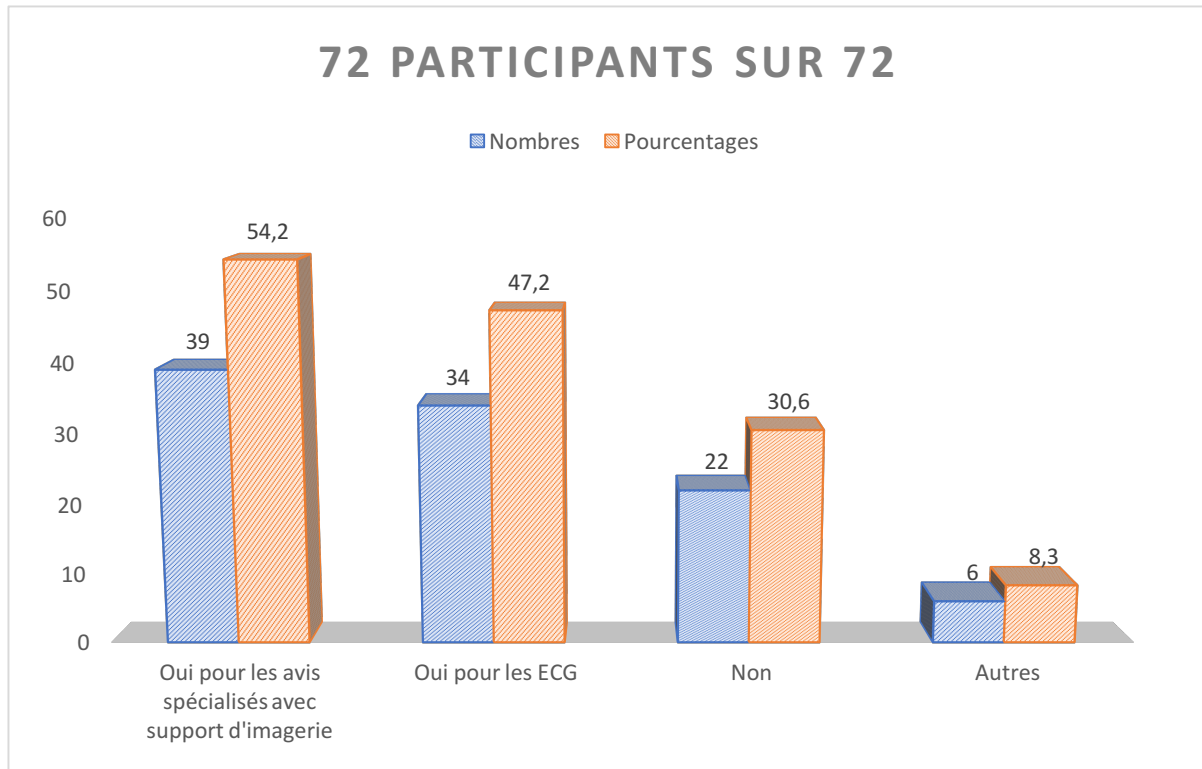
La question était : « Proposez-vous des plages de consultation sans rendez-vous ? »



Soit 76,4% déclarent travailler tous le temps sans rendez-vous, 18,1% seulement sur certains créneaux journaliers, 1,4% seulement certains jours de la semaine et 4,2% déclarent ne pas avoir de plages de consultation sans rendez-vous.

3.2.5.3. La télémédecine

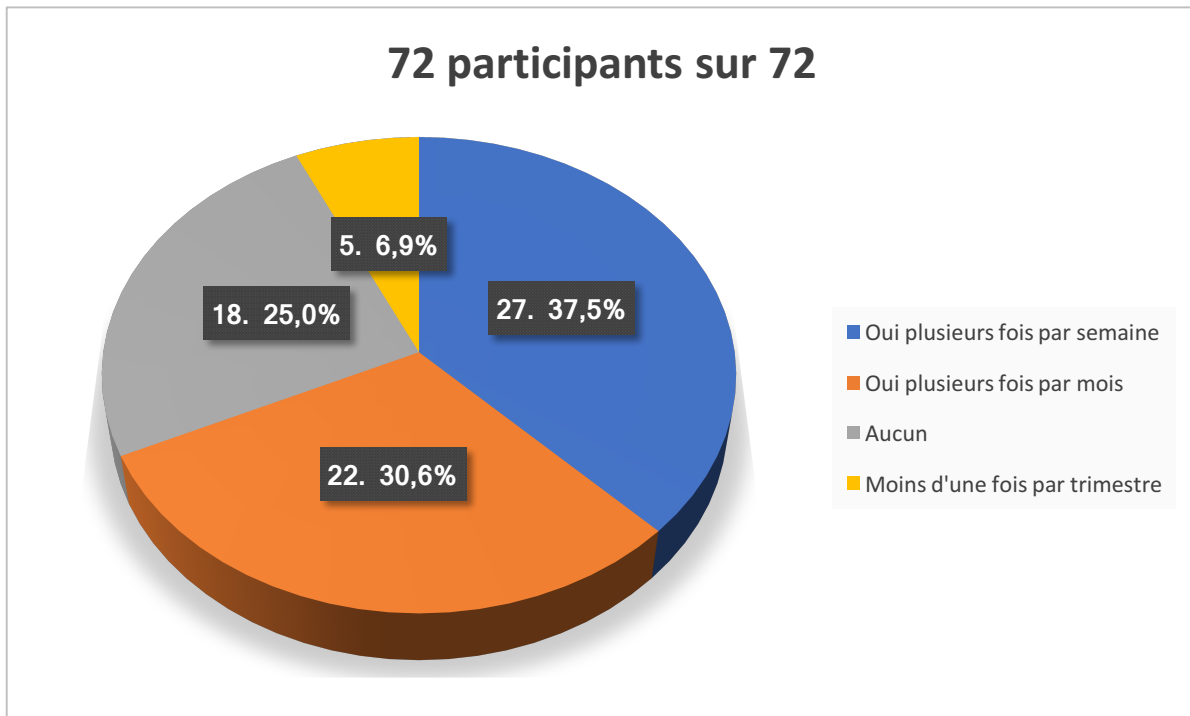
La question à choix multiples était : « Pratiquez-vous la télémédecine ? »



Soit 47,2% qui déclarent l'utiliser pour les transmissions d'ECG, 54,2% pour les avis spécialisés via un support d'imagerie, et 30,6% ne l'utilisent jamais et 8,3 % déclarent d'autres utilisations sans les mentionner.

3.2.5.4. Temps de concertation

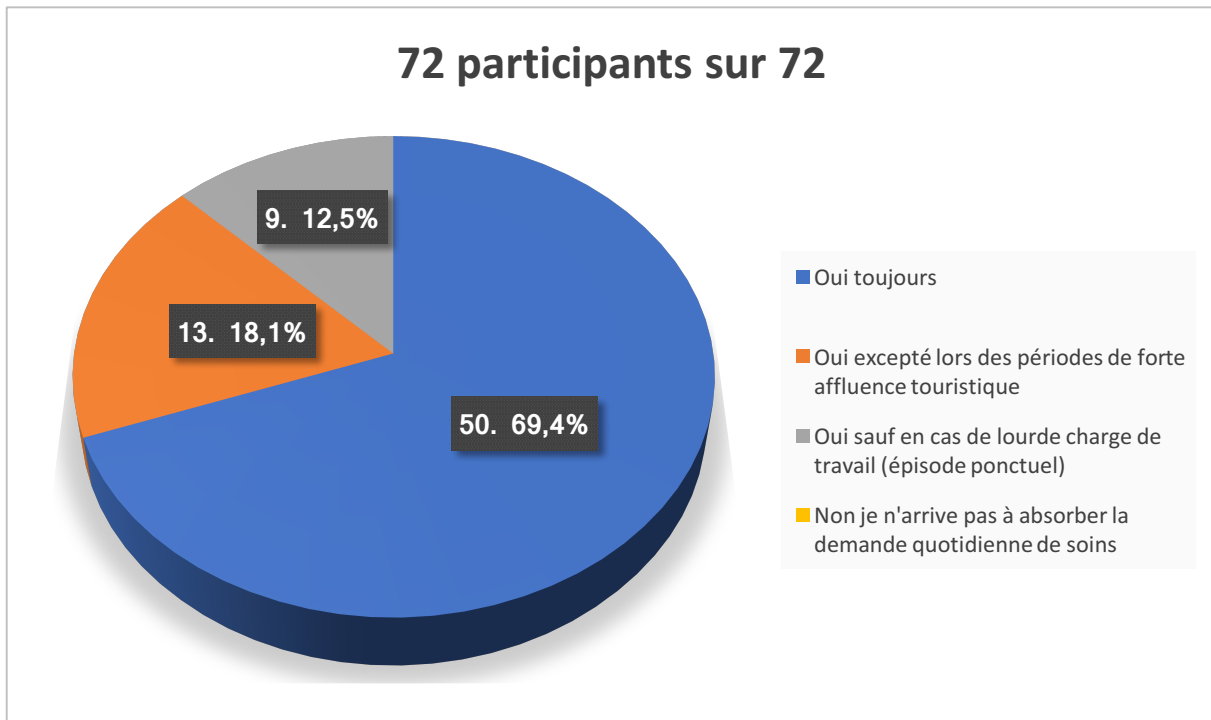
La question était : « Avez-vous des temps de concertation (formalisés ou non) entre professionnels de santé sur le prise en charge des patients au sein de votre structure ? »



Soit 37,5% des praticiens qui déclarent avoir plusieurs fois par semaine des temps de concertation contre 30,6% plusieurs fois par mois, 6,9% moins d'une fois par trimestre et enfin 25% aucun temps de concertations.

3.2.5.5. Capacités d'accueil des patients en saison

La question était : « pendant la haute saison, votre structure est-elle en mesure d'absorber toutes les demandes de soins primaires dans la journée ? »



Soit 69,4% des praticiens qui déclarent pouvoir en toutes circonstances assurer l'absorption de la demande de soins primaires, contre 18,1% seulement hors périodes de forte affluence touristique et 12,5% tout le temps sauf hors période ponctuelle de forte charge de travail. Personne n'a déclaré ne pas pouvoir absorber la demande de soins en toute période de l'année.

4. DISCUSSIONS

4.1. Biais de l'étude

4.1.1. Revue de la littérature :

Notre revue de la littérature a été élaborée en recherchant les organismes publics acteurs directs ou faisant partie de la négociation en la matière d'organisation de soins en France : l'ARS, les commissions parlementaires, les mesures et propositions gouvernementales, les rapports réalisés à la demande du gouvernement. Tous ces organismes ont donc réalisé des propositions quant à l'orientation de la politique sociale et de santé voulues pour la France. Nous gardons à l'esprit que chaque proposition n'est ou ne sera pas obligatoirement suivi de fait dans la réalité et qu'elles sont aussi amenées à changer dans les années à venir en fonction des politiques menées par les divers pouvoirs en place.

Nous avons donc eu pour principale difficulté de caractériser une vision voulue de l'évolution des soins primaires en France au moment de la réalisation de notre revue.

Il aura aussi fallu se restreindre à des textes publiés il y a moins de dix ans pour essayer de garder une vision actuelle du constat de la médecine de premier recours au vu des grandes métamorphoses que celle-ci subit depuis ces dernières années. Alors même que certains constats de l'époque sont toujours d'actualité aujourd'hui et auraient pu apporter un éclairage supplémentaire sur notre travail.

4.1.2. Enquête

Nous avons choisi d'établir à la suite de cette revue de la littérature un questionnaire qui collait aux plus près des éléments permettant de juger le modèle d'organisation des Médecins de Montagne. Cela en fonction des évolutions préconisées de soins primaires en France retrouvées dans cette même revue de littérature.

Le recrutement de l'échantillon des médecins de montagne a dont été réalisé par voie de Google Forms© envoyé à l'ensemble du mailing-liste des médecins de montagne enregistrés auprès de l'association soit 233 personnes qui ont été contactées au total. Nous avons reçu au total 72 réponses soit un taux de répondants s'élevant à 30,9% sur notre panel total.

En revanche le fait d'avoir envoyé un formulaire anonyme a pu engendrer des réponses doubles et ainsi fausser les données récoltées. Mais le fait de devoir se connecter sur une plateforme pour s'identifier aurait ralenti le processus de réponse et donc le taux de réponse final.

Nous pourrions aussi évoquer un biais de recrutement vis-à-vis des praticiens de montagne qui ont répondu à notre questionnaire. En effet ils peuvent être des praticiens plus à même de prendre part à la formation et l'enseignement par exemple s'ils prennent le temps de répondre à des travaux de thèses.

Pour finir on notera que la question sur les Médecins Correspondants Samu et les Médecins Pompiers a été mal conçue car elle ne permettait pas de répondre par la négative. Il a donc été difficile de réaliser des statistiques valables sur l'ensemble des participants à l'enquête hormis en déduisant que les non répondants ne disposaient d'aucune de ses deux qualifications.

4.2. Résultats

4.2.1. L'organisation du cabinet

Notre enquête a donc permis de faire un état des lieux de l'organisation des médecins de montagne vis-à-vis de leur mode de pratique et de l'organisation du cabinet à travers cinq questions sur les financements FIR, le mode de pratique, le matériel disponible au cabinet, la présence d'un secrétariat et enfin l'accessibilité des locaux.

4.2.1.1. Fonds d'intervention régionaux : label médecin de montagne

Concernant les fonds d'intervention régionaux plus de la moitié soit 54% de notre panel déclare avoir touché une subvention F.I.R avec la labellisation de leur projet, soit une organisation et un mode de pratique répondant à un cahier des charges précis, édité par l'ARS Rhône-Alpes(11). Ce financement FIR permettant notamment l'aide à l'acquisition ou au renouvellement du matériel médical onéreux participant à doter ces cabinets d'un plateau technique innovant et adapté.

4.2.1.2. Mode de pratique

Les médecins de montagne tendent vers un exercice de groupe avec 48,8% des praticiens qui déclarent travailler en cabinet de groupe et 22,2% en maison de santé pluridisciplinaire, soit seulement 29,2% ayant une pratique solitaire. Comparée à la moyenne nationale en 2016 la pratique en MSP était de 10%(21) soit nettement en deçà de la réalité de la pratique des médecins de montagne qui pratiquent deux fois plus dans ce type de structure.

Concernant l'exercice en cabinet de groupe les dernières données de l'INPES en 2009 (22) sur le territoire national retrouvait une pratique de 54% des médecins généralistes en

exercice groupé (dont 40,0% en cabinet de groupe et 14,3% en MSP) contre 48,8% actuellement pour les médecins de montagne ayant répondu au questionnaire.

Les médecins de montagne exerceraient donc en MSP dans des proportions supérieures à la moyenne nationale et en cabinet de groupe de façon similaire à la moyenne nationale.

4.2.1.3. Matériels médicaux

Sur le plan du matériel médical à disposition une large majorité des praticiens pratique dans une structure qui disposait pour 97,2% d'entre elles d'un appareil de radiographie, 98,6% d'un ECG et enfin 29,8% d'un échographe.

Les médecins de montagne travaillent donc dans des structures offrant pour la plupart un plateau technique permettant de répondre aux urgences traumatologiques et médicales dans une grande majorité des cas. Rappelons que 23%(20) des patients disent consulter les SAU conventionnels pensant que ce sont les seules structures leur permettant de bénéficier d'exams complémentaires qui leur sembleraient nécessaires.

Le rapport GEORS(20) préconise lui aussi la création et l'extension sur le territoire de centres de soins avec plateau technique dédié. Ces derniers permettraient de diminuer le nombre de patients directement orientés vers les établissements de soins hospitaliers en se réappropriant certains actes médicaux délaissés au profit des établissements de soins d'urgences.

Ces mêmes plateaux techniques permettraient de surcroît une attractivité supplémentaire pour les jeunes praticiens en augmentant les champs d'intervention du médecin généraliste avec les gestes techniques proposées et l'accessibilité directe à de l'imagerie médicale(20).

4.2.1.4. Secrétariat

Sur le plan du secrétariat notre enquête révèle que 79,2% des praticiens travaillent dans une structure qui bénéficie d'un secrétariat physique contre 4,2% un secrétariat déporté et seulement 16,7% ne bénéficiant d'aucun secrétariat. Les médecins de montagne sont donc dans une grande majorité des cas organisés autour d'un accueil réalisé par un secrétariat physique.

Une étude de l'URPS Rhône-Alpes(23) réalisée auprès des patients énonçait que 41% d'entre eux trouvaient nécessaire la présence d'un secrétariat physique sur place ce qui semble être un critère d'accueil de qualité notable pour le patient.

Une autre étude sur les cabinets de médecins généraliste des Pays de la Loire(24) trouvait que 86% des cabinets de groupe bénéficiaient d'un secrétariat physique contre seulement 30% des cabinets de praticiens exerçant seul.

L'URPS avait quant à elle trouvé en Rhône-Alpes(25) que 45% des praticiens avaient un secrétariat médical sur place, 24% un secrétariat déporté et 23,5% qui n'en disposaient pas.

Les médecins de montagne profiteraient donc pleinement des possibilités qu'offre la mutualisation des moyens par un exercice groupé évoquée à travers le rapport Legmann(17).

4.2.1.5. Locaux adaptés

Concernant l'adaptation des locaux au brancardage et à l'accès des personnes à mobilité réduite notre enquête retrouve que 78,6% des praticiens de montagne évoluent dans un centre de soins ou cabinet qu'ils considèrent adaptés, avec seulement 16,9% d'entre eux qui disent l'accès difficile seulement dans certaines situations.

Les locaux des médecins de montagne sont donc pour la plupart dit accessibles par le panel ayant répondu à notre enquête. Mais il faut distinguer d'un côté l'adaptation via le plan PMR (personnes à mobilité réduite) qui est une obligation de mise en conformité des locaux

d'accès public et de l'autre l'accessibilité spécifique aux médecins de montagne via le brancardage que l'activité impose.

Un travail de Thèse de Me Marion CHAUVET(27) intitulé « *Vers quelles structures de proximité orienter les blessés évacués par les services des pistes : définition d'un centre de soins approprié* » propose d'établir ce que doit être une organisation structurelle adaptée des cabinets de montagne et met en évidence l'absence de recommandation spécifique à ces derniers.

Une étude de thèse de Me El Maqdade Nemmaoui(26) retrouvait que 97,6% des cabinets de Picardie n'étaient pas aux normes en 2016 contrairement à ce que la loi du 11/02/2005 impose. En effet l'application du plan PMR impliquait une mise aux normes des espaces publics et notamment des cabinets au plus tard en janvier 2015 mais avec un régime dérogatoire pour des échéances prolongées.

4.2.2. Offre de soins

4.2.2.1. Médecins correspondant Samu et Médecins pompiers

Notre panel de médecins de montagne nous a donc déclarés pour 48 d'entre eux être des médecins correspondants Samu et pour 13 d'entre eux être des médecins pompiers sur le panel de 72, avec pour certains la double qualification. On constate donc l'importance du secours et de la formation à l'urgence de ces praticiens exerçant souvent à distance des établissements de soins hospitaliers.

Il est à noter que les pactes territoire santé(8,9) de Mme la ministre M.Touraine avait pour but de promouvoir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire nationale et les MCS et MP participent grandement à essayer d'atteindre ces objectifs.

Ils étaient 150 MCS en 2012 couvrant ainsi 200.000 personnes normalement situées à plus de 30 minutes d'un service d'urgence. Ils étaient 434 en 2014 couvrant 1.000.000 personnes pour des soins d'urgences et ils sont estimés à 600 actuellement à travers la France. (12)

Les médecins de montagne permettraient d'offrir à la population locale des soins rapides d'aide médicale d'urgence pour palier à l'intervention rapide des SMUR souvent éloignés.

4.2.2.2. Suivi gynécologique et pédiatrique

Les cabinets de médecins de montagne proposent pour 88,9% des soins médicaux et des suivis gynécologiques et pédiatriques à n'importe lesquels des patients se présentant au cabinet en période de forte affluence touristique. C'est-à-dire aux touristes, à la population saisonnière et aux locaux. Seulement 8,3% ne le proposent qu'à la population locale.

C'est donc une avec une grande capacité d'adaptation que les médecins de montagne proposent un suivi pédiatrique et gynécologique en médecine générale à la population locale et

touristique, démontrant une certaine efficacité de leur organisation pour faire face aux flux touristiques.

4.2.2.3. Les actes pratiqués

Notre enquête révèle que plus de trois quarts des médecins de montagne disent pratiquer régulièrement des réductions de luxation, des réductions de fracture, des immobilisations orthopédiques ou même la pose de voies veineuses périphériques.

Le rapport GRALL(7) l'expose très clairement, 35 à 40% des urgences prises en charge en hospitalier sont d'origine traumatologique. Les plateaux techniques et les actes réalisés dans les cabinets de médecine de montagne permettent donc très clairement de prendre en charge une grande partie de ces urgences traumatologiques dans la première phase de soins. Ils participent à une meilleure répartition des flux entre les structures de soins de premiers recours et les établissements de santé d'urgences. Permettant même de différer certaines chirurgies qui pourront être traitées secondairement en ambulatoire avec ces établissements.

Le maillage territorial d'accès aux soins d'urgence s'en trouve donc préservé et l'offre de soins améliorée dans les zones de montagne.

4.2.2.4. La permanence des soins ambulatoires

Sur l'ensemble de notre panel 86,1% des médecins de montagne déclarent participer à la PDSA, ce qui semble nettement supérieur à la moyenne nationale où l'on retrouve une participation volontaire de 63% selon le CNOM(28).

Les médecins de montagne par les contraintes géographiques et l'affluence touristique des stations de sport d'hiver sont donc impliqués dans la PDSA participant encore une fois à une offre de soins primaires élargies avec le souci d'assurer une continuité des soins.

4.2.2.5. Qualifications complémentaires

L'offre de soins proposée dans chaque cabinet de médecin de montagne est diversifiée. En effet 65,3% des médecins de montagne ayant répondu à notre étude déclarent pratiquer dans une structure qui propose une expertise médicale spécifique.

Pour exemple 17% des répondants proposent ou ont un associé qui dispose d'une capacité de médecine d'urgence, 29% un diplôme universitaire DU de médecine du sport ou encore 15% un DU de traumatologie.

Les médecins de montagne proposent donc une médecine qui tend à devenir plus polyvalente pour s'adapter au mieux aux réalités locales quant à la prise en charge des pathologies rencontrées.

A noter toutefois que des compétences facultaires complémentaires englobant d'autres aspects de la médecine générale sont aussi proposées comme des DU de pédiatrie, de soins palliatifs, de nutrition ou encore la capacité de gériatrie permettant au sein de ces structures des prises en charge globales et transversales des soins de premiers recours.

4.2.3. Formation universitaire

4.2.3.1. Maître de stage

Sur le plan de la formation des professionnels de santé les médecins de montagne ont répondu à 25% qu'ils accueilleraient dans leur structure des internes dans le cadre d'un stage praticien niveau 1 en semi autonomie et 44,4% dans le cadre d'un stage de niveau 2 dit SASPAS en autonomie. Ils sont 69,4% à accueillir des internes sur l'ensemble des répondants prouvant de fait l'implication dans la formation dont font preuve les médecins de montagne.

D'après le CNGE il y aurait 8550 MSU(18) sur l'ensemble du territoire français pour 88.886 médecins généralistes en France en 2016 soit moins de 1 médecin sur dix en moyenne à l'échelle nationale qui serait impliqué dans la formation des jeunes professionnels de santé.

A noter que l'Académie de Médecine(13,15) mais aussi le Plan Territorial de Santé(8,9) misent sur la formation en ambulatoire et dans des structures adaptées pour favoriser l'installation en libéral et donner envie aux jeunes médecins de s'installer dans des structures qu'ils connaissent avec un exercice médical qui leur correspond.

C'est aussi un des critères de financement des MSP imposé par les ARS(11) ce qui prouve la volonté de développer la formation en ambulatoire pour essayer de palier au déficit de médecins dans certaines zones du territoire.

4.2.3.2. Recherche et enseignement

L'implication des médecins de montagne dans la recherche en soins primaires et dans l'enseignement de leur discipline s'est avérée importante. En effet, 18,1% disent avoir ou être en train de diriger une thèse, 25% participent à l'organisation de DPC ou FMC et enfin 8% officient au sein d'un département de médecine générale facultaire.

Tous ces chiffres montrent donc le dynamisme des médecins de montagne pour faire avancer l'enseignement et la recherche en soins primaires ces dernières années. Comme le

relatent le rapport GAY(19) et le CNGE(18) c'est par un processus de recherche en médecine de premier recours qu'on pourra faire évoluer les pratiques et renforcer la place centrale de la médecine générale dans le système de soins français.

4.2.3.3. Formation médicale continue

L'évaluation personnelle de la satisfaction aux impératifs de formation médicale continue des médecins de montagne s'élève à 88,9% sur l'ensemble des répondants.

Il est difficile à partir de ce chiffre de tirer des conclusions sur la qualité de la formation médicale personnelle de notre panel de médecins de montagne car la satisfaction est une notion subjective et propre à chaque individu. Notre question n'incluant pas de donnée chiffrée concernant la fréquence et la qualité des FMC réalisées.

Nous pouvons donc seulement en déduire une globale satisfaction de la formation médicale continue réalisée par notre panel de répondants.

4.2.4. Informatisation

4.2.4.1. Dossier médical personnel informatisé (DMP)

Le dossier médical informatisé des médecins de montagne présente pour plus de 80% les cinq volets étudiés dans notre enquête et qui regroupe les volets recommandés par l'ANAES (organisme ayant été intégré depuis à la HAS): un volet administratif, un volet compte rendu médical et d'hospitalisation, un pavé de synthèses antécédents/allergies/traitements, les notes de consultations et les examens complémentaires.

C'est un critère d'efficience de plus en plus important comme semble le notifier le rapport Druais(6) ou encore Legmann(17) car le partage d'informations est une nécessité au sein des structures de soins de groupe pour permettre une coordination des soins. Ceci en veillant à ce que le patient reste au cœur de la prise en charge multidisciplinaire qui lui est proposé. L'ARS encourage aussi fortement la composition d'un dossier médical complet que l'on puisse partager entre professionnels de santé, en faisant un critère essentiel de ses projets de financement en matière de MSP(11).

4.2.4.2. Messagerie sécurisée

72,2% des médecins de montagne de notre panel disent posséder une messagerie sécurisée contre 27,8% qui n'en disposeraient pas.

C'est là aussi un critère des ARS pour le financement des MSP(11) permettant le partage de données de santé confidentielles entre professionnels de santé sur autorisation préalable du patient concerné.

Ces messageries sécurisées permettent donc de garantir aux patients le secret médical par l'envoi chiffré et sécurisé de données médicales qui les concernent lors de la demande d'un avis spécialisé ou de l'envoi de résultats de biologies.

4.2.4.3. Base pharmaceutique pour l'aide à la prescription certifiée HAS

Posséder une base pharmaceutique d'aide à la prescription est normalement une obligation quand on possède un logiciel de prescription depuis la loi du 29 septembre 2011 avec une mise en conformité au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

Notre enquête révèle que 80,6% des praticiens se disent équipés d'un logiciel d'aide à la prescription en conformité avec les certifications HAS. L'assurance maladie a même mis en place par sa convention médicale du 26 juillet 2011 des incitations financières à la détention d'un logiciel d'aide à la prescription certifié HAS(30).

Ces bases de données d'aide à la prescription permettent aux praticiens de prescrire avec des propositions de posologies adaptées en fonction des autorisations de mise sur le marché des différentes molécules. Ces logiciels détectent aussi les interactions médicamenteuses ou encore les allergies possibles en recroisant les informations avec le volet allergies du dossier informatisé. Ils augmentent donc la sécurité de la prescription et donc la qualité des soins.

4.2.4.4. Dossier Médical Personnel informatisé certifié par l'ASIP

Le DMP compatible ASIP est une certification de l'agence française de la santé numérique qui permet d'améliorer la coordination des prises en charges avec la mise en place d'un label dit « e-Label Logiciel Maisons et Centres de Santé »(31). Il existe deux niveaux de labélisation proposant des fonctionnalités standards ou avancées(31). Ces logiciels DMP compatibles permettent par exemple d'alimenter le dossier médical partagé mise en place en 2004 initialement par la loi de l'assurance maladie mais peu utilisé aujourd'hui par les professionnels de santé.

69,4% des médecins de montagne interrogés possèdent déjà un logiciel certifié par l'ASIP. Contre 60% des MSP à l'échelle nationale équipée d'un système informatique fin 2016 (21).

La possession d'un tel logiciel certifié par l'ASIP s'inscrit dans la démarche de création d'un projet de soins d'exercice coordonné dans les structures de groupe voulu notamment par les ARS. En effet celles-ci proposent de soutenir la mise en place d'un système d'information labélisé par des financements FIR. (11)

4.2.5. Organisation des consultations en période hivernale

4.2.5.1. Horaires d'ouverture des cabinets

Les plages d'ouverture d'une structure de premier recours sont une donnée importante de la qualité de l'offre de soins. En effet les amplitudes horaires larges permettent d'améliorer l'accès aux soins de premiers recours.

Nous avons pu grâce à notre questionnaire établir que 78% déclaraient ouvrir 7 jours sur 7 contre 22% du lundi au vendredi (avec un taux de 5,6% de non répondants sur les 72).

Notons aussi que 31,1% déclaraient ouvrir avant ou pour 8h du matin et 26,6% qu'ils fermaient pour ou après 20h correspondant aux horaires de fin et de début de la PDSA organisée.

A noter que selon le rapport GRALL(7) la majorité des consultations aux urgences hospitalières se présentaient entre 8h et 20h à hauteur de 70%, ce qui montre l'importance d'avoir des amplitudes horaires de consultation assez larges pour satisfaire aux besoins de la population en soins de premiers recours.

Les ARS incitent donc les MSP à proposer de larges amplitudes horaires en dehors des phases de PDSA pour bénéficier d'un soutien financier(11). Il existe donc une véritable volonté politique de développer les amplitudes horaires de consultations de soins de premiers recours gage d'un accès aux soins le plus efficient possible.

Ce modèle de consultation possible dans la plupart des cabinets de montagne weekend inclus est une adaptation aux réalités locales, les blessures sur piste se produisant tout au long de la semaine. Transposée dans un contexte hors station de ski, l'on pourrait penser que cette accessibilité aux soins sept jours sur sept pourrait amener à améliorer la continuité des soins dans d'autres territoires.

4.2.5.2. Consultations sans rendez-vous

En plus des amplitudes d'horaires, le fait de pouvoir proposer des plages de consultations sans rendez-vous sont un deuxième gage de facilité d'accès aux soins primaires de manière efficace.

Les médecins de montagne sollicités nous ont répondu à hauteur de 76,4% que l'ensemble de leurs consultations se déroulaient sans rendez-vous, contre 18,1% seulement à certains horaires de la journée et 2,8% seulement certains jours de la semaine. Avec au total seulement 4,2% qui ne fonctionnaient que sur rendez-vous.

Cela montre bien que les médecins de montagne ont principalement basé leur mode de fonctionnement sur des consultations non programmées pour faciliter l'accès aux soins. Conformément au cahier des charge des financements des ARS par exemple qui recommande pour faciliter la continuité des soins de proposer des consultations non programmées. Le rapport d'étude GEORS(20) lui constate que les MSP à travers des consultations non programmées répondent aussi à de véritables enjeux de qualité et d'efficacité des soins primaires.

A noter toutefois que le non programmé ne doit pas faire oublier pour autant les consultations programmées. En effet proposer des rendez-vous permet aussi aux patients fragiles comme les personnes âgées ou encore les enfants d'avoir accès à des soins en limitant l'attente et l'exposition infectieuse par exemple.

4.2.5.3. La télémédecine

La modernisation de l'informatisation des données et de la qualité des réseaux internet semble pouvoir à l'avenir répondre à des problématiques d'efficacité des soins de premiers recours en facilitant la sollicitation d'avis spécialisés, et en raccourcissant les délais d'obtention de ces derniers.

Notre enquête révèle que 47,2% des médecins de montagne ont recours à la télémédecine pour demander des avis spécialisés concernant les ECG et 54,2% pour la demande d'avis spécialisés avec un support d'imagerie télétransmis.

L'Académie de Médecine(15) ou encore le projet territoire et santé(8,9) plébiscitent la mise en œuvre de ce genre de projet pensant ainsi grandement améliorer l'efficacité de la médecine générale et palier dans certaines situations au déficit médical et à l'accès aux médecins spécialistes.

4.2.5.4. Temps de concertation

Les temps de concertation au sein des structures de groupe consistent à réaliser des réunions pluri-professionnelles pour discuter de la prise en charge des patients complexes.

Notre enquête révèle donc que 37,5% des répondants ont plusieurs temps de concertation dédiés dans la semaine, 30,6% plusieurs temps dans le mois, 6,9% moins d'une fois dans le trimestre et enfin 25% n'en ont aucun. Soit un total de 75% qui prennent des temps de concertation dédiés.

Ils sont fortement encouragés notamment par les projets de financement des ARS (11) en faisant partie intégrante des critères à remplir dans le cadre de l'amélioration de la coordination et de la prise en charge pluri-professionnelle des patients. Le fait de travailler en exercice groupé facilite les échanges interprofessionnels et permettent d'améliorer la prise en charge des patients et la satisfaction des praticiens quant à leur pratique.

4.2.5.5. Capacité d'absorption des flux de patientèle

La médecine de montagne fait donc l'objet d'une particularité qui est l'accroissement soudain et imprévisible (condition météorologique : enneigement par exemple) pendant les périodes de sport d'hiver de son bassin de population. C'est donc un des aspects de l'efficacité

de l'offre de soins primaires que de savoir si les médecins de montagne sont en mesure de proposer des soins de premier recours à tout le monde durant ces périodes.

Notre enquête met donc en évidence que 69,4% des médecins de montagne disent pouvoir absorber tous les jours le flux de demande de soins. 12,5% disent le pouvoir tout le temps sauf lors d'épisodes très ponctuels de forte affluence à un moment de la journée. Enfin 18,1% ne peuvent satisfaire la demande qu'en période extra-touristique seulement.

Nous avons donc à faire à des structures qui pour la plupart ont un mode de fonctionnement qui permettraient de s'adapter aux variations de flux touristiques et donc de patientèle car elles permettraient malgré la forte variation de population de proposer des soins de premiers recours à la majorité de la population selon notre enquête.

4.3.Perspectives

Plusieurs perspectives de recherche découlent de ce premier travail : évaluer si le modèle organisationnel des Médecins de Montagne serait efficient et attractif pour de jeunes médecins généralistes dans des zones où la démographie médicale se dégrade ou dans des zones où l'accès aux soins primaires se fait difficile, indépendamment de la démographie médicale.

Mais aussi l'évaluation quantitative de la gestion des urgences par les cabinets de médecine de montagne au travers du nombre de patients qui éviteraient ainsi de se rendre dans les services hospitaliers d'urgence.

L'on pourrait évaluer si l'exercice de la médecine générale dans des structures dotées d'un plateau technique augmenterait ou non l'attractivité du métier et faciliterait la décision d'installation des jeunes praticiens dans les déserts médicaux.

Enfin il serait intéressant d'évaluer si la réappropriation de certains actes de médecine générale abandonnés aux établissements de santé publics ou privés comme la « petite » traumatologie, la « petite » chirurgie, les soins palliatifs ou encore certaines urgences intéresserait les jeunes médecins généralistes.

5. CONCLUSIONS

Les évolutions préconisées de la médecine générale sont un ensemble de rapports, de propositions, d'incitations financières et de lois émanant d'organismes acteurs dans l'organisation de l'offre de soins en France. Ces dispositifs mis en place et les propositions étudiées dans notre travail nous ont permis de réaliser une synthèse de l'orientation voulue des soins en médecine générale.

Les conclusions de notre enquête tendent à montrer que les médecins de montagne ont su s'organiser selon un modèle qui leur permet de faire face aux spécificités et contraintes des stations de ski : des contraintes d'éloignement des établissements de soins, de fortes variations de populations et d'équipements spécialisés onéreux.

Par la mise en place d'une part de structures d'exercice groupées avec une mutualisation des moyens (matériels, secrétariat, ...) permettant ainsi de proposer une offre de soins primaires disposant de surcroît d'un plateau technique renforcé.

En faisant face en première ligne aux urgences traumatiques et médicales parfois vitales dans des zones souvent éloignées à plus de trente minutes d'un établissement de soins d'urgence par voie terrestre dans le cadre de leur mission d'aide médicale d'urgence via le réseau des MCS par exemple.

Ils proposent aussi des plages d'ouverture élargies tout au long de la saison hivernale avec une grande participation à la PDSA, se rendant le plus disponible possible pour les populations locales et touristiques pour dispenser les soins primaires de médecine générale au plus grand nombre.

Ils accueillent ces patients dans des cabinets optimisés sur le plan de l'informatisation par un partage des données médicales patients entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux pour augmenter l'efficacité et la coordination des prises en charge et assurer une continuité des soins efficiente.

Et enfin ils participent grandement à la formation de la nouvelle génération de médecins en accueillant pour la plupart d'entre eux des professionnels de santé en formation lors de stages conventionnés avec les Universités et en participant à des travaux de recherche en médecine de premiers recours.

Les médecins de montagne présentent donc un modèle de pratique des soins primaires complet, adaptatif et permettant de former la nouvelle génération. Ce modèle est dans son ensemble en cohérence avec les recommandations d'évolution préconisées en médecine générale. Il pourrait peut-être apporter une réponse quant aux grands enjeux auxquels la France devra faire face pour palier à la carence et à l'inadaptation parfois de l'offre de soins primaires que certaines régions commencent à rencontrer et qui s'accroissent chaque année.

Bibliographie :

1. Loi HSPT Hôpital, Patients, Santé, Territoire. Code de santé publique, 2009-879 juillet, 2009.
2. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé ; 1978 sept. Disponible sur : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
3. Médecins de Montagne association créée en 1953 [Internet]. Disponible sur : <http://www.mdem.org>
4. Schéma d'organisation des Soins : le volet ambulatoire [Internet]. ARS ; Disponible sur : <http://www.sante-iledefrance.fr/PRS/2013-2017/ars-idf-prs-schema-orga-soins-ambulatoire.pdf>
5. Sénat. Quinze recommandations pour réduire la fracture territoriale en matière d'offre de soins [Internet]. Sénat ; 2007 oct. Report No : 14. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0140.html>
6. DRUAIS P-L. La place et le rôle de la Médecine générale dans le système de santé [Internet]. 2015 mars. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Druais_Mars_2015.pdf
7. GRALL JY. RAPPORT SUR LA TERRITORIALISATION DES ACTIVITES D'URGENCES [Internet]. Directeur de l'ARS du Nord Pas de Calais ; 2015 Juillet. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
8. Ministère de la Santé. PACTE TERRITOIRE SANTE 1 : « Lutter contre les déserts médicaux et les inégalités d'accès aux soins : bilan 2013 et perspectives 2014 » [Internet]. 2014. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2012-pacte-territoire-sante-1>
9. Ministère de la Santé. PACTE TERRITOIRE SANTE 2 : « DES MESURES CONCRÈTES POUR LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX » [Internet]. 2015. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2>
10. ARS Rhône Alpes. LABELLISATION CABINET DE MONTAGNE : un dispositif créé par l'ARS Rhône-Alpes pour répondre aux besoins sanitaires spécifiques dans les zones montagneuses. 2015.
11. Lancement d'un plan d'équipement en maisons de santé en milieu rural [Internet]. Paris : Ministère de la Santé ; Report No : Circulaire NOR N°EATV1018866C. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
12. Les chiffres clés de l'offre de soins édition 2015 [Internet]. Direction générale de l'offre de soins ; 2015. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Chiffres_cles_offre_soins_2015.pdf

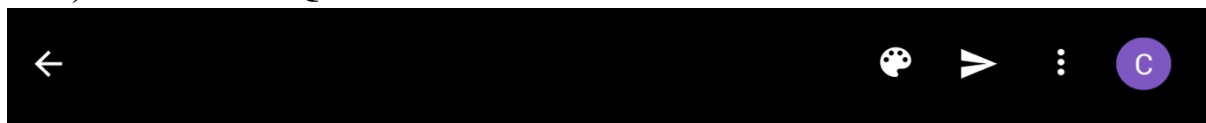
sante.gouv.fr/ministere/organisation/directions/article/dgos-direction-generale-de-l-offre-de-soins

13. La démographie médicale. Prévoir et maîtriser son évolution. Assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire national. [Internet]. Académie Nationale de Médecine ; 2009 février. Report No : 193 n°2 405-413. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/publication100035964/>
14. AMBROISE-THOMAS P. Comment corriger l'inégalité de l'offre de soins en médecine générale sur le territoire national. [Internet]. Académie Nationale de Médecine ; 2007 mars. Disponible sur : <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/358189/>
15. AMBROISE-THOMAS P. La situation de la médecine générale en France. Réflexions et propositions de l'Académie nationale de médecine. [Internet]. Académie Nationale de Médecine ; 2011 mai. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/publication100036335/>
16. Construire l'avenir à partir des territoires : la réforme voulue par les médecins [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2017 janv. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/reformeveuueparlesmedecins.pdf>
17. Legmann M. DÉFINITION D'UN NOUVEAU MODÈLE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE [Internet]. 2010 Avril. Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Rapport%20Mission%20Legmann%20Version%20finale%2009%2004%2010.pdf>
18. Maître de stage des universités et stages de médecine générale : Poursuite de la progression de l'offre. [Internet]. Collège National des Généraliste Enseignants ; 2016 mai. Disponible sur : https://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cngesnemg_mai_2016_maitre_de_stage_des_universi/
19. GAY B. Repenser la place des soins de santé primaires en France – Le rôle de la médecine générale. 3. Juin 2013 ;61 :193-8.
20. FAURE-GEORS H. Les centres de soins de premier recours en Rhône-Alpes : De la modélisation d'une alternative aux services d'urgences aux conditions de déploiement en zones rurales. [Internet]. Rennes : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.) ; 2015 juin. Report No : 494390. Disponible sur : http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/iass/2015/faure_geors.pdf
21. Etat des lieux des Pôles et Maisons de Santé 2016 [Internet]. Disponible sur : <http://solutionsmedicales.fr/gerer-un-cabinet/etat-des-lieux-des-poles-et-maisons-de-sante-2016>
22. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009 [Internet]. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé ; 2009. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/Barometre-sante-medecins-generalistes-2009/pdf/exercice-de-groupe-et-pratiques-de-prevention.pdf>

23. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes ; 2005 Juillet p. 79.
24. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. [Internet]. Pays de la Loire : Observatoire régional de la santé, Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux ; 2013 février. Disponible sur : http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/publications/2013/2013_4_exercicegroupe_Panel2MGpdl.pdf
25. Vos pratiques et besoins en matière de secrétariat médical [Internet]. UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECINS LIBÉRAUX AUVERGNE-RHÔNE-ALPES ; 2014 Juillet. Disponible sur : <http://urps.preprod-mcifrance.com/medias/content/files/publications/2014-07-10-urps-med-ra-syntheseenqueteseCRETARIAT-medical-1439450771.pdf>
26. El Maqdade Nemmaoui S. L'accessibilité des cabinets des médecins généralistes picards pour la personne handicapée au regard des normes règlementaires : état des lieux, attitude des médecins. [AMIENS] : UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS ; 2016.
27. CHAUVET M. VERS QUELLES STRUCTURES DE PROXIMITÉ ORIENTER LES BLESSÉS ÉVACUÉS PAR LES SERVICES DES PISTES ? Définition d'un « centre de soins approprié ». FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE ; 2010.
28. ENQUÊTE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS SUR L'ÉTAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN MÉDECINE GÉNÉRALE [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2016 décembre p. 64. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_enquete_pds_2016.pdf
29. DOSSIER DU PATIENT : AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA TENUE ET DU CONTENU RÉGLEMENTATION ET RECOMMANDATIONS [Internet]. ANAES ; 2003 juin. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier_du_patient_amelioration_de_la_qualite_de_la_tenue_et_du_contenu_-_reglementation_et_recommandations_-_2003.pdf
30. Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 [Internet]. Code la sécurité sociale oct. 20, 2016. Disponible sur : www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Arrete_du_20-10-16__JO_23-10-16_-convention_medicale.pdf
31. Label « Logiciels maisons et centres de santé » [Internet]. ASIP Santé ; 2015 oct. Disponible sur : esante.gouv.fr/sites/default/files/asset/document/recommandations_accompagnateurs_msp_cds_v0.1.0.pdf
32. Les solutions labellisées [Internet]. Agence Française de la Santé Numérique ; 2017 avril. Disponible sur : <http://esante.gouv.fr/services/labellisation/les-solutions-labellisees>

Annexes :

1) Annexe 1 : Questionnaire de thèse



QUESTIONS

RÉPONSES 72

Rubrique 1 sur 7

"Vers une nouvelle offre de soins primaires. Le modèle organisationnel des Médecins de Montagne correspond-il aux évolutions préconisées de la médecine générale ?"

Bonjour,

Je suis Charles BERTRAND actuellement étudiant en dernière année d'internat de médecine générale.

Je réalise une thèse sur l'efficience de l'offre de soins en m'intéressant au modèle organisationnel des Médecins de Montagne.

La question de thèse est la suivante : "Vers une nouvelle offre de soins primaires. Le modèle organisationnel des Médecins de Montagne correspond-il aux évolutions préconisées de la médecine générale ?"

Je souhaite donc faire un état des lieux de vos pratiques au travers du questionnaire anonyme à suivre.

L'objectif de mon travail est :

- d'analyser l'organisation mise en oeuvre par les Médecins de Montagne pour assurer un accès efficace aux soins primaires à la population locale, touristique et saisonnière en période hivernale.

- de savoir si ce modèle d'accès aux soins primaires est en accord avec les préconisations actuelles formulées par les pouvoirs publics, différentes commissions scientifiques et de récentes études économiques.

Après la section 1 Passer à la section suivante

Rubrique 2 sur 7

ORGANISATION DU CABINET MEDICAL

Description (facultative)

Votre centre médical a-t-il reçu de l'A.R.S. des financements F.I.R (Fonds d'Intervention Régional) pour l'aide à l'équipement dans le cadre de la labellisation "Cabinet de montagne" ?

OUI

NON

Pratiquez-vous seul ou en exercice de groupe ?

Seul

Cabinet de groupe

Maison de santé pluridisciplinaire

De quel matériel spécifique disposez-vous ?

Radiographie

Echographie

Électrocardiogramme

- Spirométrie
- Dermatoscope
- Protoxyde d'azote
- Autre...

Disposez-vous d'un secrétariat ?

- Oui, un secrétariat physique
- Oui, un secrétariat téléphonique déporté
- Non, je ne possède pas de secrétariat

Les locaux de votre centre médical vous semblent-ils adaptés à votre pratique médicale spécifique en termes d'espace et d'ergonomie ?

- Oui, l'accès aux personnes à mobilités est possible
- Oui, l'accès au brancard est aisé
- Non, l'accès reste encore difficile pour certaines situations

Après la section 2 **Passer à la section suivante** ▼

Rubrique 3 sur 7



OFFRE DE SOINS

Description (facultative)

Êtes-vous amené(e) à travailler en tant que :

Médecin correspondant SAMU

Médecin pompier

Le suivi spécifique gynécologique et pédiatrique est-il réalisé pendant la haute saison dans votre structure ?

Oui, le suivi pédiatrique et gynécologique est possible dans la structure, mais uniquement pour les pati

Oui, pour toutes personnes le souhaitant (locaux, saisonniers, touristes)

Non, je ne peux me le permettre pendant la haute saison

Pratiquez-vous des actes techniques, si oui lesquels ?

Sutures

Réduction de luxation

Réduction des fractures

Immobilisation orthopédique

Perfusions et injections intraveineuses

Autre...

Participez-vous à la Permanence De Soins locale Ambulatoire (PDSA) ?

Oui

Non

Possédez-vous avec les confrères de votre structure des qualifications facultaires complémentaires (DESC, DU, Capacité) ?

Oui

Non

Après la section 3 **Passer à la section suivante** ▼

Rubrique 4 sur 7



DESC, DU, Capacités

Description (facultative)

Quelles qualifications proposez-vous ?

Réponse courte

Après la section 4 **Passer à la section suivante**

Rubrique 5 sur 7

FORMATION UNIVERSITAIRE ET PROFESSIONNELLE

Description (facultative)

Accueillez-vous des internes en tant que maître de stage universitaire ?

- Oui, en stage praticien niveau 1
- Oui, en stage SASPAS niveau 2
- Non

Participez-vous à des travaux de recherche ou d'enseignement ?

- Oui, je ou j'ai dirigé des thèses
- Oui, je participe à certains réseaux épidémiologiques (Réseau Sentinelle, Accidentologie MdeM,...)
- Oui, je participe à l'organisation de formations DPC ou FMC
- Oui, je participe à l'enseignement en médecine générale dans une faculté
- Non, je ne participe à aucun travail de recherche ou d'enseignement

Avez-vous le sentiment de répondre à vos impératifs de formation médicale continue ?

- Oui
- Non

Après la section 5 **Passer à la section suivante** ▼

Rubrique 6 sur 7



INFORMATISATION

Description (facultative)

De quoi est composé votre dossier médical patient informatisé ?

- Volet administratif (au minimum : adresse postale et téléphone)
 - Notes de consultation
 - Compte-rendus de consultations spécialisées et d'hospitalisation
 - Examens complémentaires de biologie ou d'imagerie
 - Pavé de synthèse patient : antécédents médicaux, allergies, traitements
-

Disposez-vous d'une messagerie sécurisée ?

- Oui
 - Non
-

Avez-vous une base pharmaceutique d'aide à la prescription médicale certifiée HAS ?

- Oui
 - Non
-

Votre logiciel est-il agréé ASIP, dossier médical personnalisé compatible?

- Oui
- Non

ORGANISATIONS DES CONSULTATIONS EN SAISON TOURISTIQUE HIVERNALE

Description (facultative)

Quels sont les jours d'ouverture et les horaires de votre structure pendant la saison hivernale ?

Réponse courte

Proposez-vous des plages de consultations sans rendez-vous (non programmées) ?

- Tous les jours et à toute heure d'ouverture
- Seulement certains jours de la semaine
- Seulement sur des créneaux horaires spécifiques
- Non. la structure ne pratique que des consultations programmées hors cadre des urgences traumatiques

Pratiquez-vous de la télé-médecine ?

- Oui, pour la transmission d'E.C.G
- Oui, pour des avis spécialisés avec support d'imagerie
- Non
- Autre...

Avez-vous des temps de concertation (formalisés ou non) entre professionnels de santé sur la prise en charge des patients au sein de votre structure ?

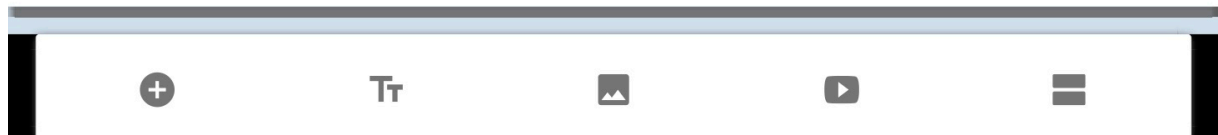
- Oui, plusieurs fois par semaine
- Oui, plusieurs fois par mois
- Moins d'une fois par trimestre
- Aucun

Pendant la haute saison, votre structure est-elle en mesure d'absorber toutes les demandes de soins primaires dans la journée ?

- Oui, toujours
- Oui, excepté lors des périodes de très forte affluence touristique
- Oui, sauf en cas de lourde charge de travail (épisode ponctuel)
- Non, je n'arrive pas à absorber la demande de soins quotidienne

Avez-vous des remarques ou suggestions concernant la problématique de mon travail de thèse ?

Réponse longue



2) Annexe 2 : les réponses libres exprimées en fin de questionnaire à la question « Avez-vous des remarques ou suggestions concernant la problématique de mon travail de thèse ? »

non

non

Le modèle médecin de montagne permet d'apporter un plateau technique et une organisation de la gestion des urgences qui n'est peut être pas assez développé dans les structures de groupes libérales. Donc très intéressant pour les zones éloignées des centres urbains. Super sujet, je suis convaincu de l'utilité du modèle, il faut le renforcer en permettant aux médecins d'embaucher plus facilement des secrétaires et paramédicaux. Dr Colin CHAUMONT - 38114 ALLEMOND

non; nous travaillons de la sorte depuis 20 ans;on se fiche des directives du ministere

La synthèse est dans cet excellent rapport et dans l'étude du cabinet d'audit ACSANTIS qui n'ont pas été rendus publics et traitant de l'offre de soins primaires, des MSP avec plateaux technique et de l'évolution vers les centres de premiers recours et du financement qui accompagne :

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ehesp/Memoires/iass/2015/faure_geors.pdf - Bises Mogwai !!

Le sujet est très intéressant serait il possible d'avoir les conclusions via les médecins de montagne ?

Bon courage !!

Le Cabinet de type MDM est un très bon exemple de soins de 1° recours qui devrait être diffusé pour redonner de la valeur à la MG (j'ai connu les deux situations)

je suis un épiphénomène car je ne travaille pas comme médecin de montagne mais à la limite d'une zone de montagne en pleine désertification médicale...

Pertinent

Non

JE PENSE QUE CE TRAVAIL EST TRÈS INTÉRESSANT , MAIS LA FAC DE NICE AURAIT REFUSE CE SUJET , POUR CELLE CI SEULE LA MÉDECINE DE VILLE EST DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE . LA MÉDECINE RURALE ET ENCORE PLUS LA MÉDECINE DE MONTAGNE EST POUR EUX ASSIMILE A DE LA MÉDECINE D'URGENCE

Je crois que ce type de structure devrait être généralisé en France : valorisation des MG, retrouver la notion de premier recours auprès des patients, et donc décharger les services d'urgence, faire de vraies économies (il n'y a qu'à comparer le prix des actes au cabinet et ceux effectués aux Urgences); mais cela suppose de requalifier l'enseignement et surtout la sélection des futurs médecins en particuliers généralistes (cf "Medecine Scientifique, Medecine Soignante" de Froment)
Bon courage

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

BERTRAND Charles Martin Lucas 07/07/1989

Vers une nouvelle offre de soins primaires. Le modèle organisationnel des Médecins de Montagne répond-il aux évolutions préconisées de l'offre de soins en médecine générale ? 98 pages ; Thèse de médecine ; Lyon 2017

RESUME :

Les médecins de montagnes se sont organisés et adaptés à une demande de soins polyvalente non programmée, à des flux variables de population selon les saisons et à l'éloignement des établissements de soins et des correspondants avec lesquels ils coopèrent. Dans un contexte démographique, économique, politique et sociétal actuel qui nous amène à nous poser aujourd'hui une question fondamentale, comment palier à la difficulté d'accès aux soins primaires qui se fait grandissante ces dernières années et comment organiser l'offre de soins primaires dans ces zones qui malheureusement tendent à se généraliser il nous est paru intéressant de faire un état des lieux de la pratique de la médecine de montagne en France et d'essayer de prouver que ce modèle est en accord avec les évolutions actuellement recommandées de l'offre de soins en médecine générale. Nous avons donc établi méthodologiquement une synthèse des principales recommandations et études menées sur la mutation souhaitable de l'offre de soins en médecine générale ces dernières années. Et Dans un second temps au vu du peu de données disponibles sur l'état des lieux précis du mode de pratique des médecins de montagne en France cette dernière décennie, nous avons réalisé une enquête auprès de ceux exerçant en France via une étude observationnelle descriptive réalisée via un questionnaire auto-administré. Les conclusions de notre enquête tendent à montrer que les médecins de montagne ont su s'organiser selon un modèle qui leur permet de faire face aux spécificités et contraintes des stations de ski : des contraintes d'éloignement des établissements de soins, de fortes variations de populations et d'équipements spécialisés onéreux.

MOTS CLES :

- Offre de soins primaires.
 - Médecins de Montagne.
 - Evolutions préconisées médecine générale.
-

JURY :

Présidente : - Madame le Professeur LEGER FALANDRY Claire

Membres : - Monsieur le Professeur DUBOIS Jean Pierre

- Monsieur le Professeur DUPRAZ Christian

- Monsieur le Docteur MINIER Pierre (directeur de thèse)

Date de soutenance : 27 juin 2017

Adresse postale :

BERTRAND Charles

6 rue de la Vialle 43240 Saint Just Malmont

Mail : cml.bertrand@gmail.com
