

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2018

N° 2018-32

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecine Générale

par

Matthieu Lelièvre
né le 12 mars 1983 à La Roche-sur-Yon

Présentée et soutenue publiquement le 17 avril 2018

Étude des critères de motivation et de satisfaction des médecins participant
à la permanence des soins ambulatoires en Loire-Atlantique

Enquête auprès de 290 médecins généralistes

Président du jury : Monsieur le Professeur Gilles POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Clément LE CORNEC



UNIVERSITÉ DE NANTES

REMERCIEMENTS

Au Président de jury

Monsieur le Professeur Gilles Potel

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Pôle Hospitalo-Universitaire 3 de Nantes

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider mon jury de thèse.

Je garde en souvenir votre grande sympathie et bienveillance lors de mon semestre d'internat dans votre service des Urgences Adultes de Nantes.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur Eric Batard

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Chef du Service des Urgences au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

En dépit de la charge de travail qui vous incombe, vous me faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian

Professeur des Universités Associé au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nantes

Veuillez croire en l'expression de ma sincère reconnaissance pour avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur le Docteur Antoine Redor

Président de l'Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires de Loire-Atlantique

Recevez en ces lignes l'expression de ma sincère gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à mon étude, pour m'avoir permis de m'adresser aux médecins de votre association, et pour avoir fait le déplacement pour participer à ce jury.

Monsieur le Docteur Philippe Compain

Responsable de l'effectif mobile à l'Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires de Loire-Atlantique

Soyez assuré de ma profonde considération pour avoir pris le temps de me recevoir afin de discuter des questions relatives à l'effectif mobile, pour vos encouragements, et pour être présent à ce jury.

À mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Clément Le Cornec

Praticien Assistant Spécialiste au Service des Urgences au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Reçois toute ma reconnaissance pour avoir accepté de diriger mon travail, pour la confiance que tu m'a accordée, pour ta patience, ton implication, et ton accompagnement tout au long de ce travail.

À Monsieur le Docteur Antoine André

Praticien Hospitalier au Service des Urgences au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Conseiller chargé de Garde et de la permanence des soins au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance pour votre aide méthodologique, vos remarques et vos encouragements.

À Messieurs

Le Docteur Gérard Pionneau, responsable de la maison médicale de garde de Châteaubriant

Le Docteur Jean-Paul Trelohan, responsable de la maison médicale de garde de Pontchâteau

Le Docteur Gilles Reignier, responsable de la maison médicale de garde de Guérande

Le Docteur Charles Henry Mercier, responsable de la maison médicale de garde de Bouaye

Le Docteur Yves Coignac, responsable de la maison médicale de garde de Clisson

Soyez assurés de toute ma gratitude pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre amabilité à me recevoir, à discuter par téléphone ou courriel des questions relatives à l'effectif fixe en maison médicale de garde.

À Monsieur le Docteur Joël Jenvrin

Praticien Hospitalier, Responsable médical du SAMU 44

Recevez mes sincères remerciements pour votre aide et vos autorisations à promouvoir mon projet auprès des médecins régulateurs de médecine générale.

À Monsieur le Docteur Alain Boye

Responsable de la régulation de médecine générale à l'Association Départementale de l'Organisation de la Permanence des Soins Ambulatoires de Loire-Atlantique

Recevez mes remerciements pour votre temps que vous m'avez accordé pour discuter de points concernant la régulation de médecine générale.

À Monsieur le Docteur Thierry Joubaud

Médecin responsable des médecins de SOS participant à la régulation au centre 15

Veillez trouver ici mes sincères remerciements pour votre amabilité à promouvoir et diffuser mon étude auprès des régulateurs SOS Médecins.

Aux secrétaires de l'ADOPS 44

Recevez mes remerciements pour votre aide logistique que vous m'avez apportée.

Aux médecins régulateurs et effecteurs qui ont pris de leur temps pour compléter le questionnaire

Recevez ici mes sincères remerciements et soyez assurés de l'attention portée à vos réponses et à vos avis.

À mes parents et proches, merci de votre soutien au cours de ces longues années d'études.

« *Nanos gigantium humeris insidentes* »

(*Des nains assis sur les épaules de géants*)

Bernard de Chartres (XIIe siècle)

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION	8
1.1 La permanence des soins ambulatoires	9
1.2.1 Définition	9
1.2.2 Historique et encadrements législatifs	9
1.2.3 Gestion à l'échelle régionale des Pays de la Loire	12
1.2.4 Organisation à l'échelle départementale de la Loire-Atlantique	13
1.2.4.1 Réorganisation des secteurs ruraux en 2011	13
1.2.4.2 Gestion	14
1.2.4.3 Sectorisation des territoires	14
1.2.4.4 SOS Médecins	14
1.2.4.5 ADOPS 44	15
1.2.4.6 Régulation de médecine générale	15
1.2.4.7 Effectif fixe en maisons médicales de garde	16
1.2.4.8 Effectif mobile	16
1.2.4.9 Acteurs autour de la PDSA	17
1.3 Contexte	19
1.3.1 Évolution des effectifs de médecins participant à la PDSA	19
1.3.2 Évolution démographique et professionnelle des médecins généralistes	20
1.3.3 Évolution de l'activité de permanence des soins ambulatoires	23
1.3.4 Évolution démographique de la population en Loire-Atlantique	24
1.4 Problématique	25
1.5 Objectifs	25
2 MÉTHODE	26
2.1 Type d'étude	26
2.2 Population de l'étude	26
2.3 Recherche bibliographique	27
2.4 Questionnaire	27
2.5 Test de faisabilité et diffusion	27
2.6 Traitement des réponses	28
3 RÉSULTATS	29
3.1 Résultats communs	29
3.1.1 Participation à l'étude	29

3.1.2 Données démographiques et professionnelles	29
3.1.3 Formation à la PDSA	32
3.1.4 Participation au fonctionnement de la PDSA	34
3.2 Résultats concernant la régulation de médecine générale	35
3.2.1 Participation à l'étude des régulateurs de médecine générale	35
3.2.2 Données démographiques des régulateurs de médecine générale	35
3.2.3 Motivations et freins à la participation à la régulation de médecine générale	37
3.2.4 Caractéristiques de la participation à la régulation de médecine générale	39
3.2.5 Critères de satisfaction concernant la régulation de médecine générale	41
3.2.6 Avis sur des propositions concernant la régulation de médecine générale	43
3.2.7 Questions pour les non-régulateurs de médecine générale	45
3.3 Résultats concernant l'effectif en maison médicale de garde	48
3.3.1 Participation à l'étude des médecins effecteurs en maison médicale de garde	48
3.3.2 Données démographiques des effecteurs en MMG participants	49
3.3.3 Motivations et freins à la participation aux gardes en MMG	52
3.3.4 Caractéristiques de la participation à l'effectif en MMG	56
3.3.5 Critères de satisfaction concernant l'effectif en MMG	60
3.3.6 Avis sur des propositions d'évolution concernant l'effectif en MMG	70
3.3.7 Questions pour les non-effecteurs en MMG	75
3.4 Résultats concernant l'effectif mobile	77
3.4.1 Participation à l'étude des médecins effecteurs mobiles	77
3.4.2 Données démographiques des effecteurs mobiles participants	78
3.4.3 Motivations et freins à la participation aux gardes d'effectif mobile	80
3.4.4 Caractéristiques de la participation à l'effectif mobile	83
3.4.5 Critères de satisfaction concernant l'effectif mobile	86
3.4.6 Avis sur des propositions d'évolution concernant l'effectif mobile	92
3.4.7 Questions pour les non-effecteurs mobiles	94
4 DISCUSSION	97
4.1 Synthèse des résultats	97
4.1.1 Réponse à l'objectif principal	97
4.1.2 Réponse à l'objectif secondaire	101
4.2 Validité interne de l'étude	102
4.2.1 Forces de l'étude	102
4.2.2 Limites de l'étude	102
4.3 Validité externe de l'étude	103

4.3.1 Observations générales	103
4.3.2 Observations concernant la régulation de médecine générale	104
4.3.3 Observations concernant l'effecton en maison médicale de garde	105
4.3.4 Observations concernant l'effecton mobile	106
4.4 Propositions d'aménagements	107
4.4.1 Propositions pour la régulation de médecine générale	107
4.4.2 Propositions pour l'effecton en maison médicale de garde	108
4.4.3 Propositions pour l'effecton mobile	109
5 CONCLUSION	110
TABLE DES ABRÉVIATIONS	112
TABLE DES ILLUSTRATIONS	113
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	117
ANNEXES	121
RÉSUMÉ	135

1 INTRODUCTION

Les changements démographiques et professionnels des médecins généralistes ces dernières années en France ont conduit à des modifications de l'organisation de la prise en charge des soins non programmés la nuit et le week-end. En Loire-Atlantique, ces modifications ont amené au renforcement de la régulation téléphonique pour les demandes de soins de médecine générale, à la réorganisation des secteurs de garde ruraux autour de maisons médicales de garde et à la mise en place d'un groupe de médecins généralistes dédié aux visites en nuit profonde. Cette organisation reconnue comme un succès par les instances institutionnelles est reconduite jusqu'en 2020. Cependant, les changements démographiques médicaux sont toujours en cours, et l'on peut se demander si ce dispositif sera toujours adapté et attractif à l'avenir pour maintenir une participation suffisante. L'objectif de cette étude est de relever les éléments favorisant ou non la pérennité de la participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). Pour cela, nous étudierons les critères de motivation et de satisfaction des participants actuels aux différentes permanences de soins ambulatoires en Loire-Atlantique. Nous commencerons par rappeler l'organisation de la PDSA en France et son application en Loire-Atlantique. Puis nous reviendrons sur les changements démographiques et professionnels des médecins généralistes, en cours et à venir en France et en Loire-Atlantique. Nous détaillerons ensuite la conception de l'étude et les résultats obtenus pour chaque type de PDSA. Enfin, nous évaluerons la pertinence de ces résultats, avant d'avancer des hypothèses d'aménagements pouvant pérenniser la participation des médecins généralistes de Loire-Atlantique à ces permanences de soins.

1.1 La permanence des soins ambulatoires

1.2.1 Définition

La permanence des soins ambulatoires est l'organisation de l'offre libérale de soins permettant de répondre aux demandes de soins non programmés hors urgences vitales, garantissant par des moyens structurés, adaptés et régulés un accès à un médecin de garde aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et des centres de santé (la nuit, les week-ends et les jours fériés). Elle est assurée par des médecins généralistes sur la base du volontariat individuel.

1.2.2 Historique et encadrements législatifs

À la fin du XIXe siècle, les premiers services de garde médicale se développent en ville. En 1876, un service de médecins volontaires s'organise par quartier à Paris ^[1]. Il sera ensuite repris par plusieurs grandes villes (Lyon, Nantes, Marseille). Il répond aux difficultés des classes populaires à être prises en charge par les médecins la nuit et le dimanche. Toute personne peut alors demander à consulter un médecin de garde en se présentant au bureau de police. Un agent de police accompagne ensuite le patient au cabinet du médecin, ou conduit ce dernier en visite au domicile du patient. Les médecins de garde perçoivent une rémunération forfaitaire de la municipalité en plus du règlement des actes, payés par la préfecture en cas d'insolvabilité du patient. Plusieurs difficultés se présentent comme le budget parfois insuffisant des municipalités pour rémunérer les médecins, des dérangements jugés parfois abusifs et le détournement de la mission première des agents de police.

Dans les années 1950, s'organisent en campagne des tours de garde à l'initiative des médecins, d'abord pour le dimanche puis pour les nuits en semaine ^[1]. En dépit des craintes de détournement de patientèle, leur développement peut s'expliquer par plusieurs avènements. Tout d'abord, l'augmentation de la densité médicale pour 100 000 habitants passant de 97 médecins en 1958, à 197 en 1981 et 262 médecins en 1990, est corrélée à la diminution de l'éloignement et de l'isolement des médecins ruraux ^[1]. Ensuite, ces derniers sont confrontés à l'augmentation des demandes de soins non programmés favorisés d'une part par la parité dès 1948 de la protection sociale du régime agricole avec celle du régime général, par la création en 1961 de l'assurance maladie-maternité des exploitants agricoles, et par les campagnes de lutte contre les fléaux sociaux (tuberculose, cancer) incitant les patients à porter davantage attention à certains signes (toux, fièvre) et à consulter à la moindre alerte. Enfin, le délit de non-assistance à personne en danger définit par ordonnance le 25 juin 1945 et incorporé dans le Code pénal en 1954 aux articles 62 et 63, a conduit

par extension à l'obligation déontologique des médecins à assurer la permanence des soins, définie à l'article 47 du code de déontologie publié le 6 décembre 1955 par décret n° 55-1591 [1].

Dans les années 1980 et 1990, la régulation des appels médicaux et des demandes de soins se structure. La circulaire DGS/103/AS3 du 6 février 1979 définit la mise en place des centres de réception et de régulation des appels médicaux (CRRA) chargés de recevoir les appels de détresse médicale et ceux relevant de la garde de médecine générale. Le 30 novembre 1987 sont créés par décret n°87-964 les Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU) chargés de la coordination des soins d'urgence au sein du département. Le 16 décembre 1987, le décret n°87-1005 définit la participation des médecins généralistes libéraux au centre de réception et de régulation des appels médicaux, par interconnexion des associations de PDSA avec le SAMU.

Dans les années 2000, des tensions de participation à la permanence de soins apparaissent, notamment chez les médecins ruraux [1]. D'une part, le devoir pour tout médecin de participer au service de garde de jour et de nuit est maintenu par le décret n°95-100 du 6 septembre 1995 à l'article 77 du code de déontologie. D'autre part, ils sont confrontés aux aspirations sociétales de réduction du temps de travail à 35 heures hebdomadaires alors qu'ils n'ont pas les mêmes facilités que leurs confrères urbains à déléguer leurs gardes à des associations comme SOS Médecins créé dès 1966. En se mettant en grève des gardes de novembre 2001 à juillet 2002, les médecins libéraux obtiennent, par arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins, une valorisation de la rémunération des astreintes de 12 heures à 50€, et la définition des périodes de permanence la nuit de 20 heures à 8 heures et les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures. De plus, la circulaire DHOS n°2002-399 du 15 juillet 2002, propose d'améliorer l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins en leur assurant une reconnaissance en tant que mission de service public, en les listant sur la base du volontariat et en sectorisant les territoires de garde. Le 16 avril 2003, les horaires de PDS sont précisés par circulaire DHOS n°01-2003-195 comme plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi. Le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifie l'article 77 du code de déontologie médicale, en remplaçant « le devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit » par « devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». L'obligation individuelle devient une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins, avec extension de

cette mission à tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique y compris aux médecins non conventionnés (remplaçants, retraités...).

De 2003 à nos jours, les réglementations successives contribuent à structurer les dispositifs de PDSA et à soutenir la participation des médecins à cette dernière :

- La circulaire DHOS n°587-2003 du 12 décembre 2003 définit la sectorisation départementale par arrêté préfectoral après avis des CDOM et des CODAMU. Un numéro d'appel spécifique à la PDS est mis en place en interconnexion avec le Centre 15.
- L'article 4.1.3.3 de l'arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins rend possible la dispense d'avance de frais en cas de soins d'urgence non programmés et pour des patients en situation de précarité.
- L'article 109 de la loi n°2005-157 de février 2005 permet l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la PDS en zone déficitaire à hauteur de 60 jours par an.
- L'article 2 du décret n°2005-328 du 7 avril 2005 limite l'accès au médecin du secteur de garde par une régulation préalable.
- L'arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins fixe, à l'article 2, la rémunération des régulateurs libéraux à 3C de l'heure, et, à l'article 4, les majorations spécifiques pour les actes en PDS et les indemnités des astreintes à 100€ pour la période de minuit à 8H00, 50€ pour la période entre 20 heures à minuit, et 150€ pour la période de 8 heures à 20 heures les dimanches et jours fériés.
- Le décret n°2006-1640 du 22 décembre 2006 modifie l'article L6314-1 du code de santé publique en reconnaissant la participation à la permanence des soins comme mission de service public.
- Le 23 mars 2007, la circulaire DHOS n°2007-137 émet des recommandations pour l'identification des besoins des maisons médicales de garde, leur fonctionnement et leurs modalités de financement sur les bases d'un cahier des charges.
- Le 21 décembre 2007, l'arrêté portant approbation à l'avenant 27 à la convention nationale fixe la rémunération des samedis de 12h00-20h00 à 100€, celle des lundis et vendredis de 8 heures à 20 heures lorsqu'ils précèdent ou suivent un jour férié à 150€, et celle des samedis matin de 8 heures à midi lorsqu'ils suivent un jour férié à 50€.
- La Loi Hôpital Patients Santé Territoire n°2009-879 du 21 juillet 2009 à l'article 118, crée les Agences Régionales de Santé (ARS) qui unifient le pilotage du système de santé sur le plan

régional, et autorise des expérimentations locales sur les modes de rémunération de la permanence des soins des médecins libéraux.

- Les décrets n°2010-809 et n°2010-810 du 13 juillet 2010 définissent les Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires, confirment le maintien du volontariat et autorisent la prescription médicale téléphonique par le médecin régulateur.
- Le décret n°2015-75 du 27 janvier 2015 permet l'attribution de rémunérations forfaitaires aux centres de santé employant des médecins salariés qui participent à la PDSA.
- Le décret n°2015-1869 du 30 décembre 2015 étend l'attribution de ces rémunérations aux médecins salariés des hôpitaux participants occasionnellement à cette mission de service public.
- Le décret n°2016-1012 du 22 juillet 2016 définit le « 116 117 » comme numéro d'appel national pour la régulation téléphonique médicale libérale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.
- Le décret n°2017-1002 du 10 mai 2017 définit les conditions du versement d'un forfait d'un montant brut de 100€ au médecin généraliste par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de rattachement lors de l'établissement des certificats de décès en période de permanence de soins.

1.2.3 Gestion à l'échelle régionale des Pays de la Loire

L'Agence Régionale de Santé a pour mission le pilotage du dispositif, et d'établir au moins tous les 3 ans, le cahier des charges régional de la PDSA dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins. L'ARS définit annuellement le nombre et les limites géographiques des territoires de PDSA. Le cahier des charges régional de la PDSA décrit l'organisation de l'offre de soins permettant la prise en charge des demandes de soins non programmés. Il précise l'organisation de la régulation des appels et les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins propres à chaque département.

Le comité de pilotage régional de PDSA associe l'Agence Régionale de la Santé, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins, les Associations départementales de permanence des soins, les SAMU, l'Assurance Maladie, l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML), les représentants des autres professions de santé (dentistes, pharmaciens, kinésithérapeutes, infirmiers), des transporteurs sanitaires, et des usagers. Il a pour mission de suivre et d'évaluer le développement de la PDSA ainsi que les circuits de signalement de dysfonctionnement.

1.2.4 Organisation à l'échelle départementale de la Loire-Atlantique

1.2.4.1 Réorganisation des secteurs ruraux en 2011

La plateforme départementale de réception et de régulation des appels urgents à caractère médical et à numéro unique 15 est lancée en 1998 avec le concours de l'Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire (AMUEL 44). Le développement de cette régulation des demandes de soins a progressivement rationalisé le nombre d'actes réalisés en garde de secteur, rendant ces dernières moins attractives financièrement, comme cela a également pu être observé par le CNOM dans d'autres départements [2]. Des difficultés à compléter les tours de garde sont apparues notamment sur les secteurs à faible densité en médecins généralistes. En 2004, l'AMUEL 44, l'URML et le CDOM de Loire-Atlantique ont commencé à réfléchir à un dispositif de médecin mobile. Celui-ci a été présenté en 2008 dans le rapport d'information sur la permanence des soins par le député, M. Boënnec [3]. Pour essayer de lutter contre la désaffection des gardes en zone rurale et de pallier la pénibilité du travail en nuit profonde, une nouvelle organisation de la permanence des soins a été mise en place en 2011 pour les secteurs ruraux, en dehors des agglomérations nantaise et nazairienne [4]. Les secteurs de garde ruraux ont été réduits de 35 à 10 secteurs (**figure 1.1**) et regroupés autour de maisons médicales de garde assurant les consultations le soir jusqu'à minuit. Cinq secteurs d'effectif mobile ont été créés (**figure 1.2**), avec sur chaque secteur un médecin chargé d'effectuer les visites à domicile de 20 heures à 8 heures. La régulation de médecine générale a été étendue pour couvrir toute la nuit tous les jours de l'année et renforcée lors des périodes de tensions [4]. Le financement des effectifs fixes et mobiles a été permis grâce à l'expérimentation d'une enveloppe englobant les montants des actes et des forfaits d'astreinte [2]. Cette expérimentation de forfaitisation a permis une rémunération des gardes de nuit profonde calibrée sur l'activité de régulation en intégrant une compensation partielle de perte d'activité pour le lendemain de la garde [2, 5]. Cette organisation de PSDA autour de la régulation de médecine générale, de l'effectif en MMG et de l'effectif mobile assure une équité territoriale d'accès aux soins primaires y compris pour les zones médicales sous dotées [2, 4, 6]. Elle permet une permanence des soins en nuit profonde pour les hôpitaux de proximité, les EHPAD, les établissements médico-sociaux et les patients en hospitalisation à domicile [4]. Elle permet également la réalisation des actes médico-administratifs, comme les interventions dans les gendarmeries et les interventions sur la voie publique [4]. Grâce à cette organisation, les taux de carence des tableaux de garde d'effectif fixe et mobile ont été réduits à moins de 1%, sans recours à la réquisition [4].

Concernant l'effectif mobile, un travail de thèse portant sur cette permanence en Loire-Atlantique en 2013 a mis en évidence la satisfaction globale de 512 patients pris en charge par les médecins de cette effectif [7]. Une visite de médecin mobile en Loire-Atlantique est en moyenne plus économique qu'un passage aux urgences [8] et génère des économies en évitant dans plus de 75% des cas une hospitalisation, notamment lors de demandes provenant des EHPAD [4]. Le dispositif dérogatoire de financement de PDSA a été prolongé en 2017 pour durée renouvelable de trois ans [8], et a été reconnu en 2016 comme exemple pouvant être décliné dans les régions qui le souhaitent [5, 9, 10].

1.2.4.2 Gestion

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS-TS) est coprésidé par le préfet du département et les représentants de la direction territoriale de l'ARS. Il s'assure de la coopération des personnes participant au dispositif de la permanence des soins et veille à son ajustement selon les besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional.

1.2.4.3 Sectorisation des territoires

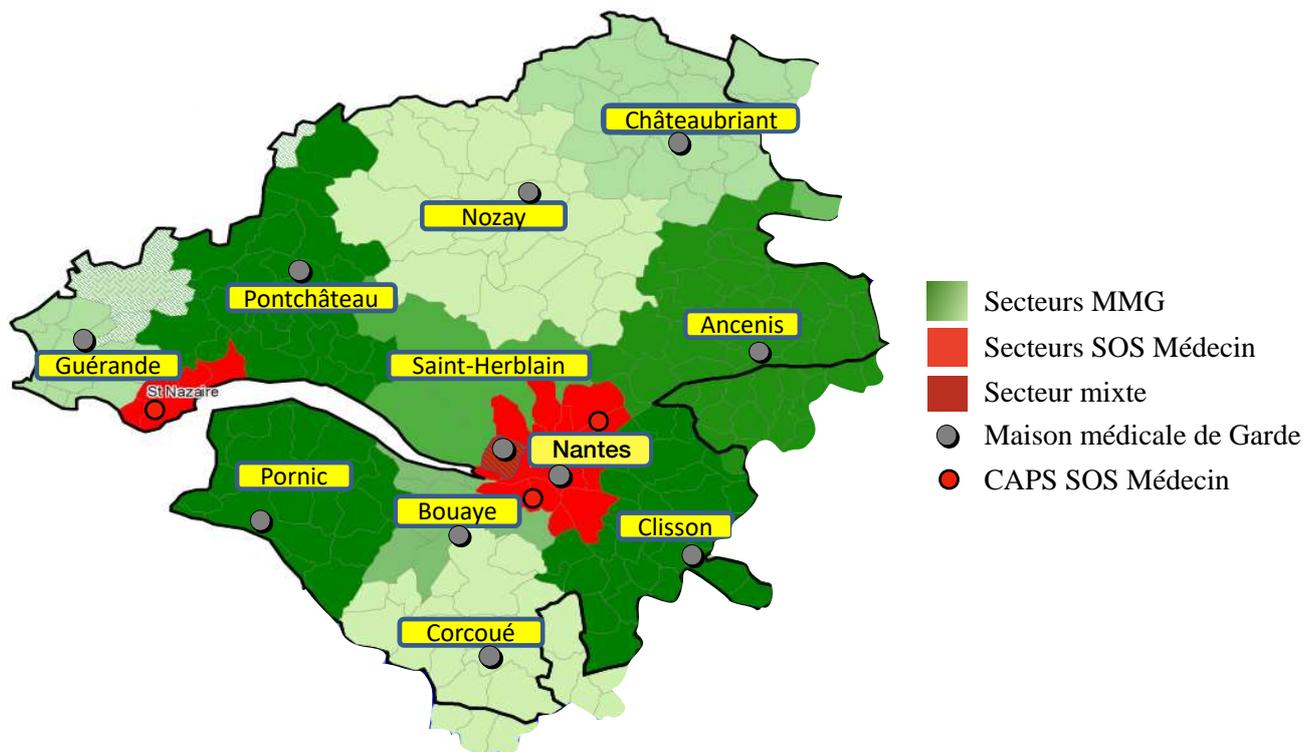
La Loire-Atlantique est divisée en douze secteurs de permanence des soins représentés sur la carte de la figure 1.1 ci-après. Les dix secteurs ruraux relèvent d'une organisation confiée à l'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de Loire-Atlantique (ADOPS 44). Les secteurs des agglomérations nantaise et nazairienne relèvent d'une organisation confiée à l'Association SOS Médecins de Nantes, à l'Association SOS Médecins Saint-Nazaire et Presqu'île, et à l'Association du Centre d'Accueil et de Permanence de Soins de Nantes [11].

1.2.4.4 SOS Médecins

Les patients des agglomérations nantaise et nazairienne peuvent recourir à SOS Médecins en appelant le numéro de téléphone 36 24. Les demandes de soins sont traitées par deux centres de réception et de régulation fonctionnant 24 heures sur 24, en interconnexion avec le centre 15. Les visites à domicile sont assurées 24 heures sur 24. Les Centre d'Accueil et de Permanence de Soins (CAPS) de l'association SOS Médecins sont ouverts tous les soirs sept jours sur sept, les samedis entre midi et 20 heures, les dimanches, jours fériés, lundis lorsqu'ils précèdent un jour férié,

vendredis et samedis lorsqu'ils suivent un jour férié, entre 8 heures et 20 heures. Les patients de l'agglomération nantaise peuvent y être reçus à Nantes ou à Rezé jusqu'à minuit. Ceux de l'agglomération nazairienne peuvent être y reçus à Saint-Nazaire jusqu'à 23 heures.

Figure 1.1. Carte des secteurs d'effection fixe en Maison Médicale de Garde en Loire-Atlantique



1.2.4.5 ADOPS 44

L'Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins de Loire-Atlantique est née en 2009 de la fusion de l'Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire et de l'Association de Médecins Régulateurs Libéraux du centre 15. Elle est conventionnée en 2011 avec l'ARS des Pays de la Loire qui lui délègue la gestion opérationnelle des dispositifs de régulation de médecine générale, d'effection en MMG (hors Nantes) et d'effection mobile.

1.2.4.6 Régulation de médecine générale

La régulation de médecine générale, dorénavant joignable via le numéro téléphonique 116 117 [8], est assurée par des médecins généralistes formés à la régulation. Ils assurent des vacations au sein des locaux du centre de réception et de régulation médicale des appels au sein du SAMU (CRRA) de l'Hôtel-Dieu à Nantes. Ils traitent les demandes de soins hors urgences vitales, en proposant des conseils médicaux, en transmettant des téléprescriptions et en orientant les patients

vers les urgences ou vers un médecin effecteur fixe ou mobile s'ils estiment un examen clinique nécessaire. Aux heures de permanence des soins, le nombre de régulateurs de médecine générale varie selon la tranche horaire. Ils sont trois pour celle de 20 heures à minuit, deux pour celle de minuit à 8 heures, deux le samedi matin, et cinq le samedi après-midi et le dimanche en journée. Leur rémunération forfaitaire horaire est de 70€, versée par l'Assurance-Maladie [2].

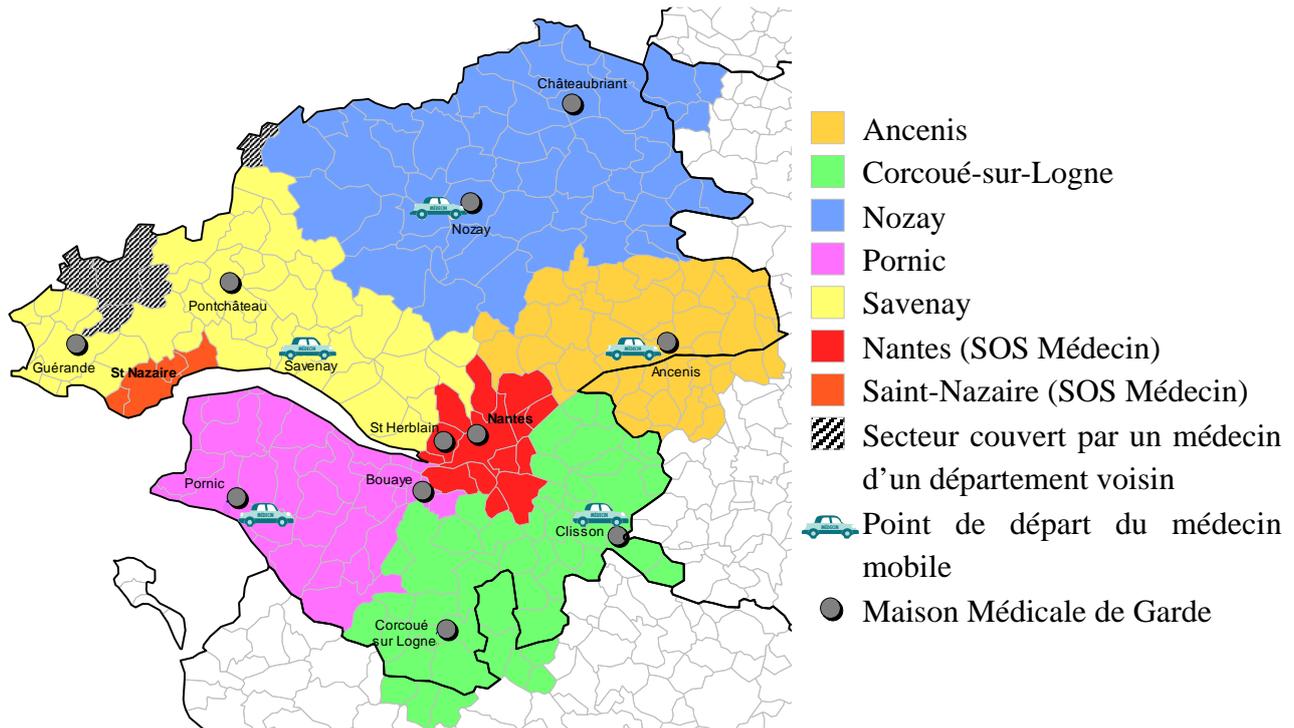
1.2.4.7 Effectation fixe en maisons médicales de garde

L'effectation fixe en maisons médicales de garde remplace le mode de fonctionnement par cabinets tournants où les médecins effectuaient tour à tour les gardes au sein de leurs propres cabinets. Les maisons médicales de garde rurales sont situées à Ancenis, Clisson, Corcoué-sur-Logne, Bouaye, Pornic, Guérande, Pontchâteau, Nozay et Châteaubriant. Celle de Nantes est située à proximité du CHU Hotel-Dieu. Le médecin de garde y reçoit en consultation les patients adressés par la régulation du centre 15 de 20 heures à minuit en semaine, de midi à minuit le samedi et de 8 heures à minuit le dimanche et jour férié. La MMG de Châteaubriant est fermée en milieu de semaine. Sur certains secteurs le médecin de garde peut être amené à effectuer les visites à domicile, et sur d'autres c'est un second médecin d'astreinte qui les assure. La rémunération des médecins effecteurs fixes en MMG comprend en plus des actes, une astreinte dont le montant est variable selon le jour de la semaine : 100€ pour le soir en semaine, 50€ pour le samedi après-midi, et 150€ pour le dimanche et jour férié de 8 heures à 20 heures. La rémunération des astreintes du CAPS de Nantes est en cours d'ajustement pour se rapprocher de celle des autres MMG [8].

1.2.4.8 Effectation mobile

Les cinq secteurs d'effectation mobile sont représentés sur la carte de la figure 1.2. Les médecins effecteurs mobiles y assurent chaque nuit de 20 heures à 8 heures les visites à domicile à la demande des médecins régulateurs du CRRA. Ils sont basés aux MMG d'Ancenis, de Clisson, de Pornic, de Nozay et à l'hôpital local de Savenay. Leur rémunération comprend pour chaque garde une astreinte de 450€, les actes avec les majorations spécifiques de permanence, et un montant compensatoire variable appelé «delta » fixé à 150€ en l'absence d'acte, et égal, en cas d'acte, à la différence entre 378€ et la somme du montant des actes [4].

Figure 1.2. Carte des secteurs d'effection mobile en Loire-Atlantique



1.2.4.9 Acteurs autour de la PDSA

Aide Médicale Urgente

L'Aide Médicale Urgente (AMU) a pour rôle d'assurer les soins d'urgence appropriés à l'état des malades et des blessés en quelque endroit qu'ils se trouvent. Les principales missions Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) sont la régulation médicale des urgences et la prise en charge médicale préhospitalière des victimes d'accidents ou d'affections soudaines nécessitant des soins médicaux urgents. Le SAMU est chargé d'organiser le transport vers les établissements publics ou privés en faisant appel, en fonction des besoins de soins ou de surveillance, au Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), aux Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV) du SDIS, ou aux services d'ambulances privées. Les SAMU et SMUR de Loire-Atlantique sont localisés au CHU de Nantes et aux Centres Hospitaliers de Saint-Nazaire, de Châteaubriant et d'Ancenis. Les services d'urgences privés sont ceux des Nouvelles Cliniques Nantaises et de la Clinique Jeanne-d'Arc à Nantes.

Service Départemental d'Incendie et de Secours

Le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS) gère l'ensemble des sapeurs-pompiers du département. Le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours est chargé de la coordination de l'activité opérationnelle sur le terrain. La majorité des interventions du SDIS concerne le secours à personne, le plus souvent en lien avec les médecins régulateurs du SAMU. Le maillage territorial des centres d'incendie et de secours permet une réponse rapide de type « prompt secours » grâce aux Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes (VSAV).

Médecins Sapeurs-Pompiers

Les Médecins Sapeurs-Pompiers, professionnels ou volontaires, sont membres du Service de Santé et de Secours Médical du SDIS et participent à l'AMU en intervenant à la demande du CRAA sur les lieux d'intervention afin de prodiguer des soins médicaux aux victimes et patients.

1.3 Contexte

1.3.1 Évolution des effectifs de médecins participant à la PDSA

Au niveau national, les rapports annuels successifs du CNOM sur la PDSA [2,9,12,13] soulignent l'érosion continue du volontariat à la PDSA depuis la disparition du tour de garde obligatoire en 2002. Le taux de participation à la PDSA est en diminution constante d'environ 5% par an depuis 2009, passant de 73% en 2012 à 63% en 2016, avec cette année là un taux plus faible chez les femmes médecins (50%) que chez les hommes (64%) [2]. Cette baisse d'implication peut s'expliquer par l'activité souvent intense en dehors des horaires de permanence des soins [12], et par le rejet de la disponibilité permanente chez les jeunes médecins, notamment chez les femmes médecins, comme cela a pu être observé dans un travail de thèse en Picardie en 2010 [14], par le CNOM dans son rapport sur la PDSA de 2015 [9] et dans le rapport d'information de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée nationale sur la PDS de 2015 [5].

L'arrêt de la garde en nuit profonde continue à s'étendre en France comme le constate le CNOM dans son rapport sur la PDSA de 2016 [2]. La proportion de départements indiquant un arrêt complet de l'effectif en PDSA à minuit est passée de 55 % en 2012 [13], 61% en 2014 [12] à 69% en 2016 [2]. Ces arrêts peuvent s'expliquer par une activité jugée insuffisante sur cette plage horaire et par la recherche d'économie des financeurs dans le versement des astreintes [12]. Le CNOM observe également dans son rapport sur la PDSA de 2016 [2], une baisse du nombre de régulateurs passé de 2763 en 2014 à 2666 en 2016, et l'absence de régulateurs médicaux libéraux en nuit profonde dans un tiers des départements.

En Loire-Atlantique, le nombre de médecins participant à la PDSA était en 2011 de 650 pour 1192 médecins non exemptés de garde par le CDOM. En se basant sur le cahier des charges pour la PDSA de l'ARS des Pays de la Loire 2017-2019 [8], le tableau 1.1 ci-après reprend les effectifs des participants inscrits à l'ADOPS 44 selon le type de permanence. L'effectif de régulateurs de médecine générale comprend une trentaine de médecins inscrits à l'ADOPS 44 auxquels il faut ajouter une dizaine de régulateurs SOS Médecins non comptabilisés dans le tableau. Le nombre d'effectifs en MMG est plutôt stable depuis 2011 avec une part croissante de médecins remplaçants. Les médecins du CAPS de Nantes (32 en 2015) ne sont pas comptabilisés dans le tableau.

Tableau 1.1. Évolution des effectifs des médecins inscrits à l'ADOPS 44 selon la permanence

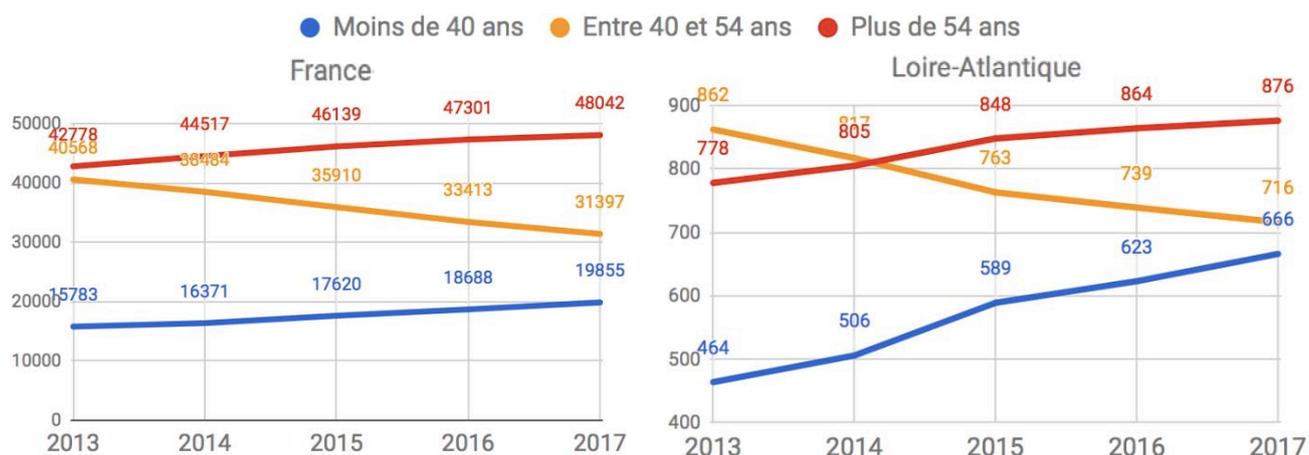
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Régulateurs de médecine générale	32	31	33	34	33	32
Effecteurs en MMG (remplaçants)	557 (111)	447 (108)	547 (130)	509 (152)	524 (167)	548 (165)
Effecteurs mobiles (remplaçants)	110 (35)	127 (44)	127 (39)	99 (34)	114 (37)	111 (43)

La participation à l'effectif en MMG (hors de Nantes) parmi les médecins généralistes non exemptés de garde en Loire-Atlantique a diminué entre 2011 et 2013, passant de 47% (557/1192) à 44% (547/1244). La participation chez ces derniers à l'effectif mobile a légèrement progressé de 9,2% à 10,2% entre 2011 et 2013, et est restée stable concernant la régulation de médecine générale à 2,6%. L'ARS des Pays de la Loire a signalé en juillet 2017 de possibles fragilités concernant le renouvellement des ressources pour l'effectif et pour la gestion du dispositif avec plusieurs départs en retraite de membres de l'ADOPS 44 [6].

1.3.2 Évolution démographique et professionnelle des médecins généralistes

À l'échelle nationale, selon les données du CNOM [15], le nombre de médecins généralistes en activité régulière a baissé de 6,5% entre 2010 et 2017 (93 314 à 87 275) alors qu'il a augmenté dans le même temps de 6,5% en Loire-Atlantique (1766 à 1882). Selon les projections du CNOM, entre 2015 et 2020, le nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes devrait continuer de baisser en France de 6,8% (58 104 à 54 179)[16] alors que celui en Loire-Atlantique devrait continuer à progresser de 0,5% (1272 à 1279)[17]. Cette progression départementale s'explique par une arrivée de jeunes médecins supérieure aux départs en retraite. Selon les données disponibles sur le site de la Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), le nombre de médecins généralistes de moins de 40 ans a augmenté plus vite en Loire-Atlantique qu'en France métropolitaine (**figure 1.3**) [18]. Entre 2013 et 2017, ils sont passés de 22% à 29,5% en Loire-Atlantique alors qu'en France ils ne sont passés que de 16% à 20%. Cette proportion peut expliquer pourquoi l'âge moyen des médecins généralistes était en 2017 en Loire-Atlantique de 48,6 ans alors qu'il était de 51,7 ans en France [18].

Figure 1.3. Évolutions comparées de la répartition des médecins généralistes selon la tranche d'âge en France et en Loire-Atlantique de 2013 à 2017 (DREES)



Cette arrivée de jeunes médecins généralistes peut en partie s'expliquer par l'attrait de Nantes comme région d'internat. Les principales raisons qui inciteraient les étudiants de deuxième cycle qui en sont originaires à y rester et les internes d'autres villes à y venir ont été décrites dans le travail de thèse de Stéphanie Sablonnière en 2016 [19]. Elles correspondent aux critères plébiscités par les jeunes générations actuelles à savoir : la qualité de vie du cadre géographique, la réputation du CHU et du DMG de Nantes, le bassin d'emplois favorisant le rapprochement du conjoint et la proximité des hôpitaux périphériques. Le choix de la région nantaise est particulièrement prisé par les jeunes femmes médecins. Elles ont pourvu plus des deux tiers (67,3%) des postes de médecine générale (n=912) à Nantes entre 2010 et 2017 [20]. Les femmes médecins généralistes sont ainsi devenues majoritaires en Loire-Atlantique en 2015 ce qui n'est pas encore le cas en France (**figure 1.4**) [18]. En 2017, selon le DREES, elles représentent 53% (1056/2258) des médecins généralistes en Loire-Atlantique, alors qu'en France elles n'en représentent que 45,5% (45 222/99 294) [18]. Au vu des postes de médecine générale pourvus en majorité par des femmes ces dernières années à Nantes, la proportion de ces dernières devrait continuer à progresser dans les années à venir en Loire-Atlantique.

En comparant les répartitions des médecins généralistes selon leur âge et leur sexe en France et en Loire-Atlantique en 2017, on peut observer à la figure 1.5 ci-après la plus grande proportion de jeunes femmes en Loire-Atlantique qu'en France [18].

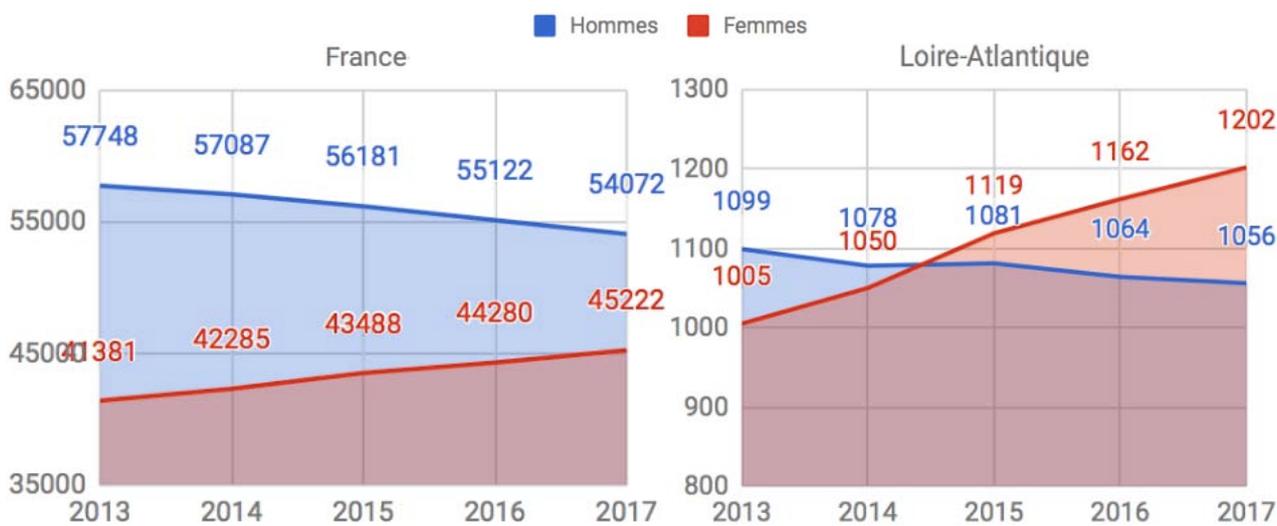
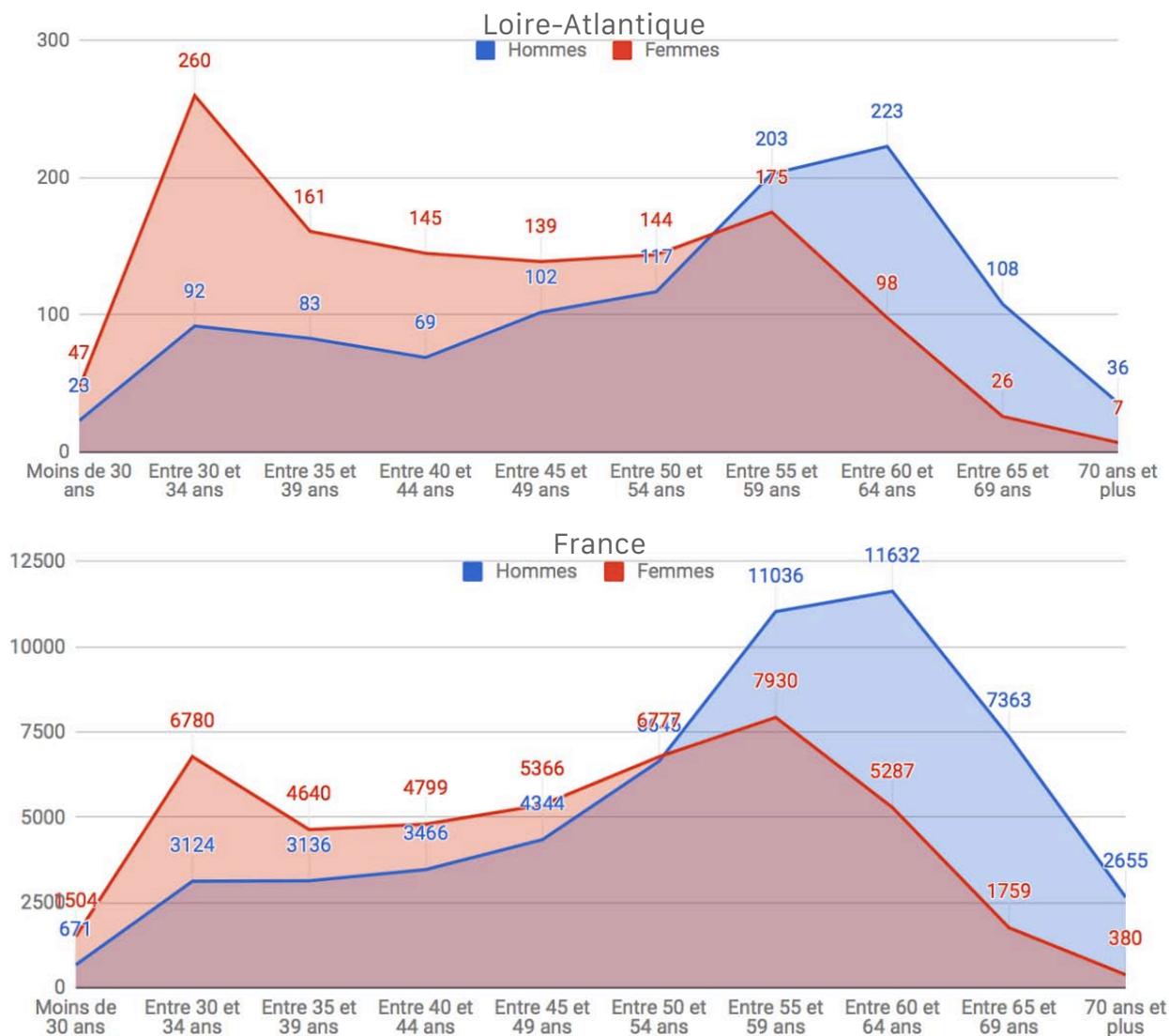
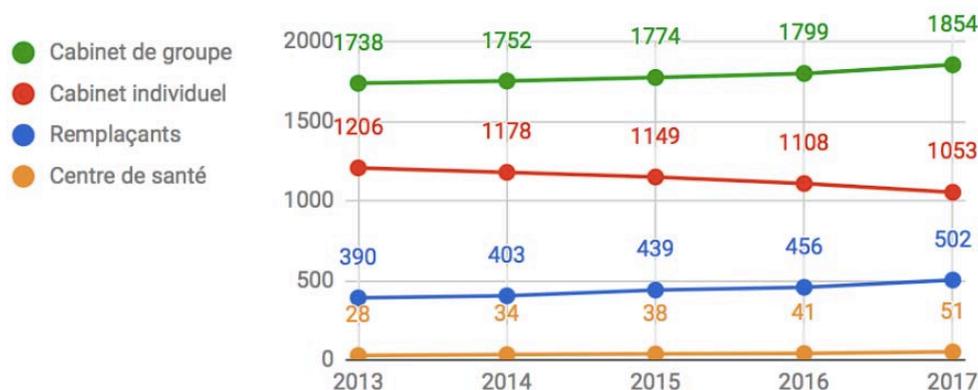


Figure 1.5. Répartitions comparées des médecins généralistes selon le sexe et l'âge en Loire-Atlantique et en France en 2017 (DREES)



Parmi les changements générationnels entre les jeunes médecins généralistes et leurs aînés, figure le souhait de rééquilibrage en faveur de la vie privée, à l'image de la société, comme cela a été observé par l'Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine en 2011 [21]. Une étude de 2013 parmi les internes de médecine générale rhônalpins à montré que les jeunes médecins souhaitent diminuer la charge de travail, en ne travaillant plus que 40 heures par semaine en moyenne au lieu de 55 heures, quitte à se contenter d'une rémunération moindre [22]. Cela est particulièrement le cas pour les femmes médecins dont le conjoint est souvent titulaire d'un diplôme du supérieur et a généralement un travail bien rémunéré [22]. Une autre évolution, observable chez les médecins généralistes en région des Pays de la Loire (**figure 1.6**), est la désaffection pour l'exercice en cabinet individuel au profit de l'exercice en cabinet de groupe, en centre de santé, ainsi qu'à l'activité de remplacement [18]. Cette préférence au remplacement sans les servitudes de gestion d'un cabinet médical a été décrite dans une étude chez les internes de médecine générale de Nantes en 2011 [23].

Figure 1.6. Évolution des effectifs de médecins généralistes selon le lieu et le mode d'exercice entre 2013 et 2017 en région Pays de la Loire (DREES)

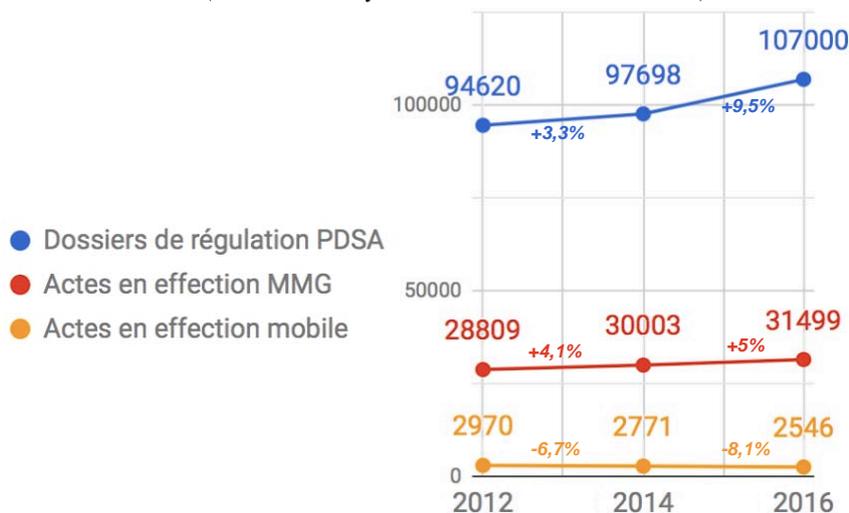


1.3.3 Évolution de l'activité de permanence des soins ambulatoires

L'activité de PDSA a progressé en Loire-Atlantique entre 2012 et 2016 d'environ 13% en volume de dossiers de régulation de médecine générale et d'environ 7% en volume d'actes en effectuations (**figure 1.7**).

Les demandes de soins en PDSA en Loire-Atlantique devraient continuer à augmenter avec le report sur les horaires de permanence des demandes provenant de la continuité des soins déstabilisée par la baisse démographique médicale en zone rurale, comme l'ont signalé l'ADOPS et SOS Médecins [6, 12].

Figure 1.7. Évolution de l'activité de PDSA en Loire-Atlantique entre 2012 et 2016 par permanence (ARS des Pays de la Loire, ADOPS 44)



1.3.4 Évolution démographique de la population en Loire-Atlantique

Les besoins médicaux y compris ceux en permanence des soins non programmés devraient continuer à progresser avec la croissance démographique et le vieillissement de la population de la Loire-Atlantique. Selon l'INSEE [24], la hausse démographique départementale entre 2010 et 2015 a été de 1,3 % en moyenne, soit 16 830 personnes de plus en moyenne chaque année. Cette croissance démographique départementale, deux fois et demie plus élevée que la croissance moyenne nationale [24] devrait se poursuivre avec un taux de croissance annuel de 0,78% entre 2013 et 2050 selon les projections du scénario central de l'INSEE [25]. Ce dynamisme démographique, notamment pour les communes de la grande couronne nantaise [24], serait expliqué à 60 % par le solde migratoire et à 40% par le solde naturel des naissances sur les décès [25].

En Loire-Atlantique, la tranche des 60-74 ans a progressé de 37% et celle des plus de 75 ans de 20% entre 2010 et 2017 [24]. L'indice de vieillissement, c'est-à-dire le rapport entre le nombre des plus de 65 ans et celui des moins de 20 ans, y est passé de 59,3 en 2010 à 66,3 en 2015. Selon les projections de l'INSEE [25], la tranche des plus de 65 ans passerait en 2050 à 25% de la population de Loire-Atlantique contre 16,2 % en 2013 et le nombre de personnes âgées dépendantes augmenterait de 26% entre 2016 et 2030 [26].

1.4 Problématique

Le dispositif de permanence des soins ambulatoires a été réorganisé en Loire-Atlantique afin de garantir sa pérennité. Cette réorganisation a réussi à maintenir une participation suffisante des médecins généralistes. Cependant, elle peut être fragilisée par une baisse de participants liée aux changements à venir chez les médecins généralistes avec une proportion croissante de jeunes médecins aux aspirations professionnelles différentes de celles de leurs aînés. Les besoins en médecins pour la permanence des soins ambulatoires vont probablement se maintenir et s'accroître avec l'augmentation probable des demandes en soins non programmés liée à la croissance et au vieillissement démographique en Loire-Atlantique. On peut se demander si les différentes permanences de soins ambulatoires seront toujours attractives pour garantir une participation suffisante à l'avenir. Recueillir le ressenti et l'opinion des médecins participant actuellement à la PDSA, en essayant de tenir compte de celui des femmes et des plus jeunes, permettrait d'anticiper d'éventuelles difficultés de participation et de complétude aux permanences de soins ambulatoires.

1.5 Objectifs

L'objectif principal de l'étude était de rechercher des indicateurs et les facteurs pouvant influencer la poursuite de la participation des médecins aux différentes permanences des soins en Loire-Atlantique. L'objectif secondaire était de recueillir leurs opinions sur des propositions d'aménagements pouvant impacter leur participation.

2 MÉTHODE

2.1 Type d'étude

L'étude menée était qualitative (réponses subjectives) et quantitative (analyse statistique), descriptive et analytique, basée sur une enquête déclarative transversale de satisfaction et d'opinion. Elle fut réalisée à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme sur Internet.

2.2 Population de l'étude

La population source était l'ensemble des médecins participant en Loire-Atlantique en 2017 aux permanences de régulation de médecine générale au centre 15, d'effectif en maison médicale de gardes et d'effectif mobile. La population cible était calculée en additionnant les 572 participants inscrits à l'ADOPS44 aux 10 SOS Médecins participant à la régulation de médecine générale, le total étant 582 médecins avec 108 remplaçants. Le nombre de régulateurs de médecine générale était de 42 médecins dont 32 inscrits à l'ADOPS44, 9 SOS Médecins et 1 inscrit aux deux associations sus-citées. Le nombre d'effecteurs en maison médicale de garde a été calculé en additionnant les chiffres transmis par les responsables des 11 MMG, soit un total de 410 médecins. Le détail pour chaque maison médicale de garde était le suivant : 32 médecins pour le secteur de la MMG d'Ancenis, 35 médecins pour le secteur de la MMG de Bouaye, 16 médecins pour le secteur de la MMG de Châteaubriant, 64 médecins pour le secteur de la MMG de Clisson, 32 médecins pour le secteur de la MMG de Corcoué-sur-Logne, 33 médecins pour le secteur de la MMG de Guérande, 40 médecins pour le secteur de la MMG de Pornic, 38 médecins pour le secteur de la MMG de Nozay, 54 médecins pour le secteur de la MMG de Pontchâteau, 30 médecins pour le secteur de la MMG de Nantes et 36 médecins pour le secteur de la MMG de Saint-Herblain. Les informations communiquées ne comptabilisaient pas les médecins remplaçants ponctuels, difficilement dénombrables, ni ceux intervenants sur plusieurs secteurs. Le nombre d'effecteurs mobiles, dénombrés sur le tableau de garde de 2017, était de 81 médecins avec 25 inscrits sur le secteur d'Ancenis, 23 inscrits sur le secteur de Clisson, 22 inscrits sur le secteur de Pornic, 20 inscrits sur le secteur de Nozay et 19 inscrits sur le secteur de Savenay.

2.3 Recherche bibliographique

La recherche bibliographique s'est déroulée des mois de mars à septembre 2017. Les ressources utilisées ont été le moteur de recherche Google, la bibliothèque en ligne de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), le Système Universitaire de Documentation (SUDOC), le Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CISMEF) et les sites institutionnels de l'ARS des Pays de la Loire et du Conseil National de l'Ordre de Médecins. Les mots-clefs étaient : permanence des soins ambulatoires, régulation médicale, effecton mobile, maison médicale de garde, out of hours care, after hours care et general practitioner.

2.4 Questionnaire

Le questionnaire, ajouté en annexe A1, était composé de 70 questions majoritairement fermées à choix multiples avec pour onze d'entre elles un sous-item à réponse ouverte et courte. Il était structuré en sept parties. La première était commune à tous les participants et comprenait huit items interrogeant sur des caractéristiques socioprofessionnelles (genre, âge, statut, zone d'exercice), sur la formation de PDSA reçue ou souhaitée, et sur la participation au fonctionnement de la PDSA. Les six parties suivantes étaient regroupées en trois groupes selon le type de permanence des soins ambulatoires : la première sur la régulation de médecine générale, la deuxième sur l'effecton en maison médicale de garde et la dernière sur l'effecton mobile. Une question filtre dichotomique interrogeait sur la participation effective à chacune des trois permanences de soins. La réponse négative envoyait vers les motifs de non-participation et le souhait éventuel à rejoindre cette permanence de soins. La réponse affirmative orientait vers une partie dédiée à cette permanence, qui comprenait une vingtaine d'items sur les motivations et freins à la participation, l'ancienneté et le niveau de participation, le degré de satisfaction sur les conditions d'exercice, la charge d'activité ressentie et les intentions de participation future.

2.5 Test de faisabilité et diffusion

Le questionnaire a été soumis à un échantillon de 5 médecins effecteurs fixes en MMG, effecteurs mobiles et régulateurs, afin d'évaluer la compréhension et de corriger les erreurs de formulation ou de syntaxe. Le temps passé à répondre au questionnaire était évalué entre 5 et 15 minutes selon le nombre de permanences de soins de chaque médecin. Le questionnaire a été transposé en ligne à l'aide de l'outil Google Form[©]. Aucune identification ne figurait dans les

champs de saisie des réponses afin de garantir l'anonymat. Le lien du questionnaire a été diffusé via la messagerie électronique du secrétariat de l'ADOPS44 et en utilisant les adresses électroniques des médecins de SOS participant à la régulation. Le premier envoi groupé de courriels a été effectué le 26 octobre 2017. Les deux relances ont été effectuées le 20 novembre et le 6 décembre 2017. Plusieurs affiches renvoyant vers le questionnaire en ligne ont été disposées dans les maisons médicales de garde, les locaux des effecteurs mobiles et au centre 15 de régulation des appels.

2.6 Traitement des réponses

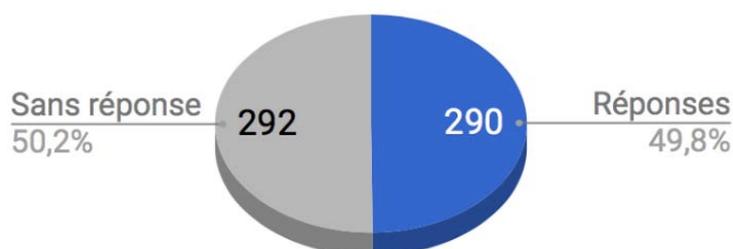
Les réponses ajoutées du 26 octobre 2017 au 31 décembre 2017 ont été incluses dans une base de données à l'aide du tableur Google Sheets[®]. Les réponses libres ont été analysées par thème et fréquence d'occurrence. Les marges d'erreur ont été calculées à l'aide d'une loi binomiale pour un intervalle de confiance à 95%. Les résultats ont été croisés avec des variables explicatives issues de la partie commune descriptive (genre, âge). Les tests d'indépendance pour les analyses croisées multivariées étaient le test exact de Fisher pour les effectifs inférieurs à 5 et le test du Chi-deux de Pearson pour des effectifs théoriques supérieurs à 5. Ces tests statistiques ont été réalisés, en utilisant le logiciel R Project[®], selon leurs conditions standard d'application, en supposant que la population suivait une loi normale. La valeur du risque alpha de première espèce a été fixée au seuil de significativité (p-value) à 0,05. Au-delà de ce seuil, toute valeur fut estimée comme non significative.

3 RÉSULTATS

3.1 Résultats communs

3.1.1 Participation à l'étude

Figure 2.1. Participation générale à l'étude (n=582)



Le taux de réponse général est de 49,8% chez la population cible de 582 médecins. La marge d'erreur des résultats communs à tous les participants est de 4,1 % pour un intervalle confiance de 95%.

3.1.2 Données démographiques et professionnelles

- Réponses aux questions n°1 et n°2 sur l'âge et le sexe

Plus de la moitié (51%) des participants ont moins de 38 ans et 51 % sont des femmes. L'âge moyen est de 42,1±6 ans. Il est plus élevé chez les hommes (47,9±6 ans) que chez les femmes (36,5±6 ans).

Figure 2.2. Répartition des participants à l'étude selon le sexe et la tranche d'âge (n=290)

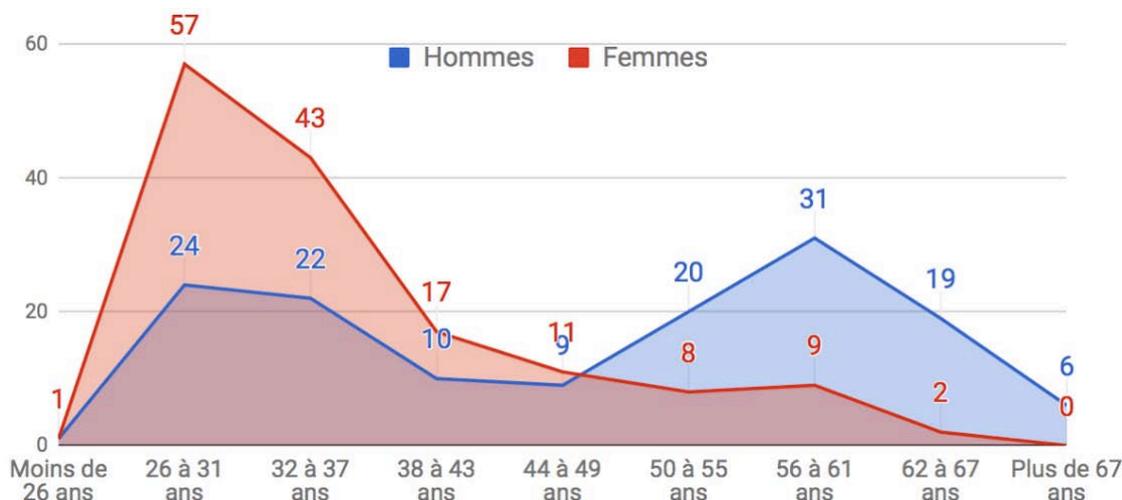


Tableau 2.1. Répartition des participants à l'étude selon le sexe et la tranche d'âge

Répartition selon la tranche d'âge et le sexe	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 26 ans	1	0,3%	1	0,3%	2	0,6%
26 à 31 ans	24	8%	57	20%	81	28%
32 à 37 ans	22	8%	43	15%	65	22%
38 à 43 ans	10	3%	17	6%	27	9%
44 à 49 ans	9	3%	11	4%	20	7%
50 à 55 ans	20	7%	8	3%	28	10%
56 à 61 ans	31	11%	9	3%	40	14%
62 à 67 ans	19	7%	2	1%	21	7%
Plus de 67 ans	6	2%	0	0%	6	2%
Total	142	49%	148	51%	290	100
Âge moyen (±6)	47,9		36,5		42,1	

Les participants à l'étude peuvent être répartis en deux groupes (**figure 2.2**), l'un des moins de 38 ans majoritairement féminins, et l'autre des plus de 55 ans majoritairement masculins.

- Réponses à la question n°3 sur les statuts professionnels des participants

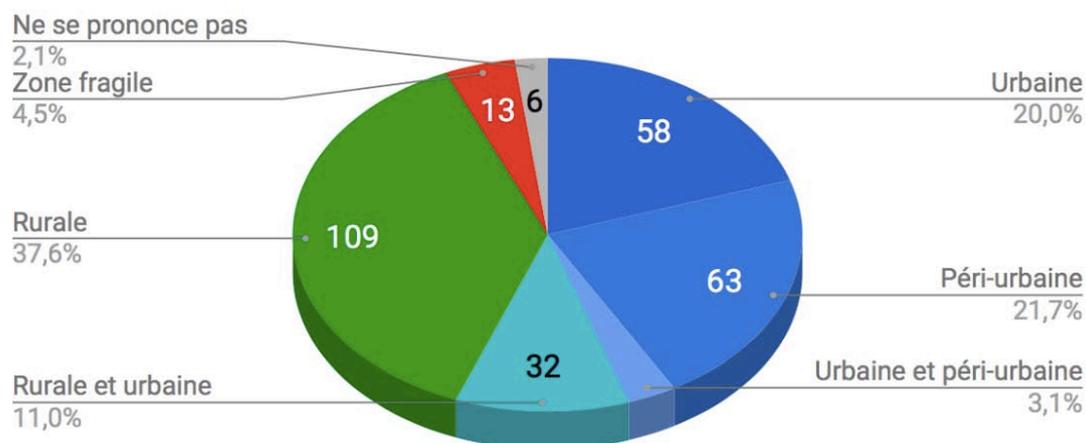
Tableau 2.2. Statuts professionnels des participants selon le sexe et l'âge moyen

	Hommes		Femmes		Total	
	N(142)	%	N(148)	%	N(290)	%
Installé(e)	97	55%	79	45%	176	61%
Remplaçant(e) thésé(e)	22	42%	31	58%	53	18%
Remplaçant(e) non thésé(e)	8	28%	21	72%	29	10%
Collaborateur, assistant ou adjoint	7	29%	17	71%	24	8%
Médecin salarié (hôpital, centre de santé)	4	44%	5	56%	9	3%
Médecin Sapeur Pompier	8	100%	0	0%	8	3%
Cumul retraite	6	100%	0	0%	6	2%
Interne	4	67%	2	33%	6	2%
SOS Médecin	3	100%	0	0%	3	1%
Médecin Correspondant SAMU					0	
Médecin à Exercice Particulier					0	

Les participants à l'étude sont principalement installés (61%) en majorité masculins (97 hommes pour 79 femmes), ou remplaçants (28%) en majorité féminins (52 femmes pour 30 hommes).

- Réponses à la question n°3 sur la zone d'exercice en journée

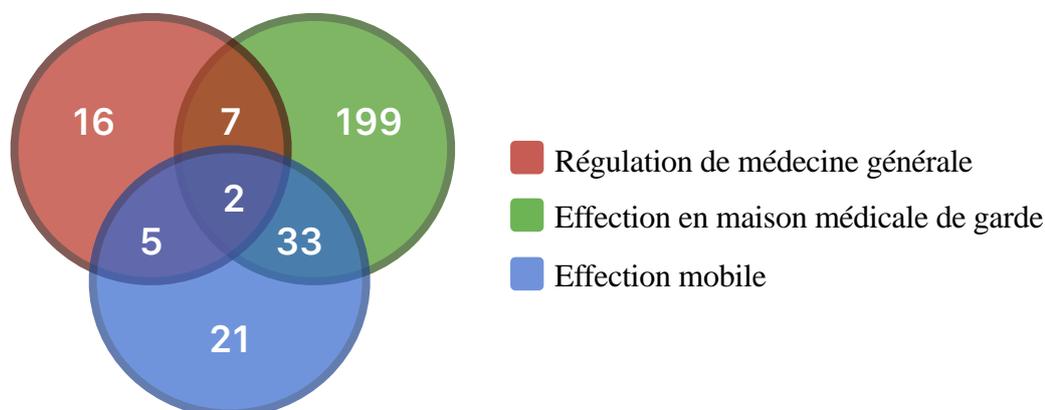
Figure 2.3. Répartition des participants selon leur zone d'exercice en journée (n=290)



Une majorité de ceux qui ont répondu à l'étude exerce en journée soit en zone urbaine ou périurbaine (45%), soit en zone rurale (38%).

- Réponses aux questions n°9, n°29 et n°51 sur les participations aux permanences de soins ambulatoires

Figure 2.4. Répartition des participants à l'étude selon la permanence de soins



Parmi les 290 participants, 30 font de la régulation en médecine générale, 241 de l'effection en MMG et 61 de l'effection mobile. Les participations croisées sont dénombrées à la figure 2.4 ci-dessus.

3.1.3 Formation à la PDSA

- Réponses à la question n°5 sur la formation reçue pour la PDSA

Près de la moitié (46%) des participants n'a pas reçu de formation à la PDSA, essentiellement chez les effecteurs en MMG (51%) et les moins de 38 ans (55%) (**tableaux 2.3 et 2.4**). La moitié des régulateurs participants en ont reçu en Formation Médicale Continue, et la majorité (59%) des effecteurs mobiles participants en ont bénéficié par l'ADOPS.

Tableau 2.3. Répartition des formations reçues à la PDSA selon les permanences de soins

Formation reçue à la PDSA selon l'effectif	Régulation MG		Effectif en MMG		Effectif mobile		Total	
	N(30)	%	N(241)	%	N(61)	%	N(290)	%
Aucune	4	13%	122	51%	9	15%	132	46%
Externat	3	10%	14	6%	4	7%	19	7%
Internat	4	13%	51	21%	8	13%	58	20%
Stage chez le praticien ou SASPAS	0	0%	16	7%	4	7%	19	7%
DU d'urgence, de régulation, DESC d'urgence ou équivalent	8	27%	18	7%	11	18%	29	10%
Formation Médicale Continue	15	50%	32	13%	12	20%	46	16%
Développement Professionnel Continu	5	17%	6	2%	2	3%	10	3%
ADOPS	5	17%	37	15%	36	59%	55	19%
SOS Médecin	3	10%	6	2%	4	7%	9	3%
Formation Sapeur Pompier	1	3%	5	2%	0	0%	6	2%

Tableau 2.4. Répartition des formations reçues à la PDSA selon l'âge des participants

Formation reçue à la PDSA selon l'âge	Moins de 38 ans		38 à 55 ans		Plus de 55 ans		Total	
	N(148)	%	N(75)	%	N(67)	%	N(290)	%
Aucune	82	55%	26	35%	24	36%	132	46%
Pendant l'externat	11	7%	3	4%	5	7%	19	7%
Pendant l'internat	36	24%	15	20%	7	10%	58	20%
Stage chez le praticien ou SASPAS	14	9%	5	7%	0	0%	19	7%
DU d'urgence ou de régulation, DESC d'urgence ou équivalent	10	7%	10	13%	8	12%	28	10%
Par l'ADOPS	16	11%	21	28%	18	27%	55	19%
Formation Médicale Continue	8	5%	17	23%	21	31%	46	16%
Développement Professionnel Continu	0	0%	3	4%	7	10%	10	3%
SOS Médecin	6	4%	2	3%	1	1%	9	3%
Formation de Sapeur Pompier	0	0%	0	0%	6	9%	6	2%

- Réponses à la question n°6 sur des sujets de formation de PDSA souhaités

Comme détaillés au tableau 2.5 ci-après, les principaux sujets de formation de PDSA souhaités par plus de la moitié des participants, quelle que soit l'effectif, sont les troubles psychiatriques aigus (agitation, menace suicidaire, sédation si opposition..) et les hospitalisations sans consentement (66% et 58%). Pour les régulateurs participants, les principaux autres sujets sont les soins palliatifs terminaux (50%) et les premiers gestes d'urgence (40%). Pour les effecteurs participants (en MMG ou mobiles), ce sont les constats de décès non attendus (60% et 54%), les examens des gardés à vue (49% et 46%), et les premiers gestes d'urgence (52% et 41%).

Tableau 2.5. Répartition de sujets de formation de PDSA souhaités selon la permanence

Sujets de formation de PDSA souhaités selon l'effectif	Régulateurs MG		Effecteurs en MMG		Effecteurs mobiles		Total	
	N(30)	%	N(241)	%	N(61)	%	N(290)	%
Troubles psychiatriques aigus	18	60%	162	67%	39	64%	192	66%
Constats de décès non attendus	11	37%	145	60%	33	54%	168	58%
Hospitalisations sans consentement	16	53%	130	54%	34	56%	156	54%
Premiers gestes d'urgence	12	40%	125	52%	25	41%	143	49%
Examens des gardés à vue	8	27%	119	49%	28	46%	136	47%
Soins palliatifs terminaux	15	50%	73	30%	20	33%	91	31%
Prélèvements post mortem	6	20%	67	28%	23	38%	83	29%
Décompensation cardio-pulmonaire en EHPAD	6	20%	59	24%	21	34%	75	26%
Urgences sociales	8	27%	50	21%	7	11%	58	20%
Maintien à domicile difficile	8	27%	39	16%	5	8%	46	16%
Chutes en EHPAD	3	10%	35	15%	8	13%	43	15%
Protocoles NRBC	3	10%	33	14%	12	20%	39	13%
Ne se prononce pas	2	7%	12	5%	3	5%	15	5%
Aucun	0	0%	6	2%	1	2%	10	3%

3.1.4 Participation au fonctionnement de la PDSA

- Réponses à la question n°7 sur la participation au fonctionnement de l'ADOPS

La grande majorité (80%) des 44 participants au fonctionnement de l'ADOPS44 souhaitent poursuivre leur implication. Seulement 3 nouvelles personnes souhaiteraient y participer parmi ceux qui ont répondu au questionnaire.

Tableau 2.6. Répartition des souhaits de participation au fonctionnement de l'ADOPS

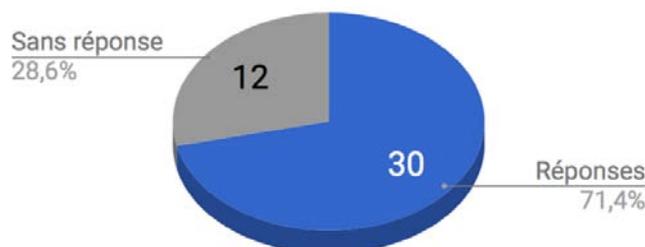
Participation au fonctionnement de l'ADOPS	Souhaite rejoindre ou continuer	Souhaite arrêter ou ne pas rejoindre	Ne se prononce pas	Total (%)
Y participe	35 (12%)	3 (1%)	6 (2%)	44 (15%)
N'y participe pas	3 (1%)	204 (70%)	38 (13%)	245 (84%)
Ne se prononce pas	0	0	1 (0,3%)	1 (0,3%)
Total (%)	38 (13%)	207 (71%)	45 (16%)	290 (100%)

3.2 Résultats concernant la régulation de médecine générale

3.2.1 Participation à l'étude des régulateurs de médecine générale

Le taux de réponse des régulateurs de médecine générale (MG) est de 71,4%. La marge d'erreur de représentativité des résultats les concernant est de 9,7 % pour un intervalle confiance de 95%.

Figure 3.1: Participation des régulateurs en médecine générale à l'étude (n=42)



3.2.2 Données démographiques des régulateurs de médecine générale

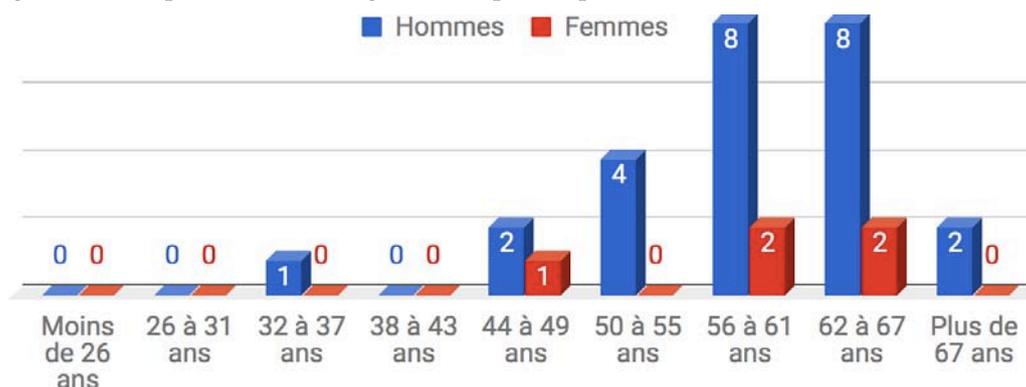
L'âge moyen des régulateurs participants est de 58,5±6 ans dont 40% ont plus de 62 ans.

On dénombre cinq hommes régulateurs pour une femme régulatrice en médecine générale.

Tableau 3.1. Répartition des régulateurs participants selon le sexe et l'âge

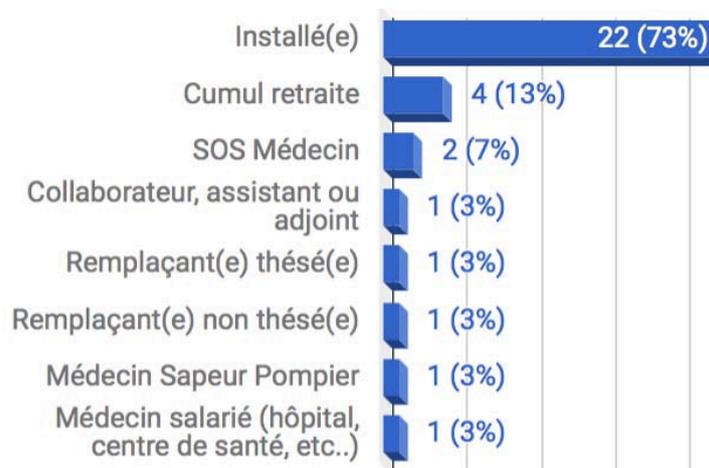
Répartition selon l'âge et le sexe des régulateurs participants	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 26 ans	0	0%	0	0%	0	0%
26 à 31 ans	0	0%	0	0%	0	0%
32 à 37 ans	1	3%	0	0%	1	3%
38 à 43 ans	0	0%	0	0%	0	0%
44 à 49 ans	2	7%	1	3%	3	10%
50 à 55 ans	4	13%	0	0%	4	13%
56 à 61 ans	8	27%	2	7%	10	33%
62 à 67 ans	8	27%	2	7%	10	33%
Plus de 67 ans	2	7%	0	0%	2	7%
Total	25	83%	5	17%	30	100%
Âge moyen (±6 ans)	58,5		58,5		58,5	

Figure 3.2. Répartition des régulateurs participants selon le sexe et la tranche d'âge



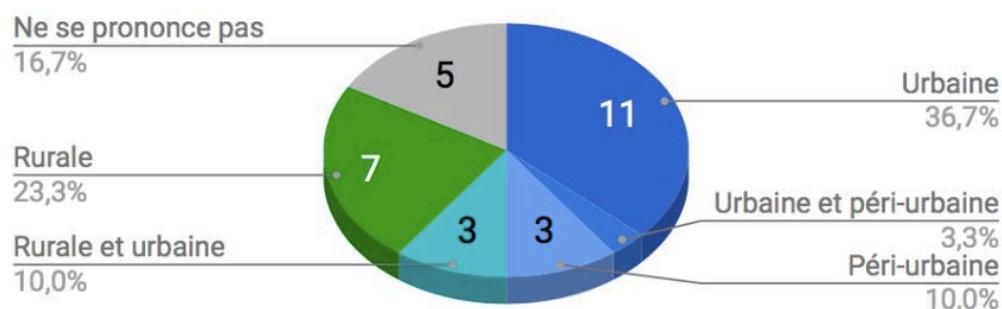
Près des trois quarts (73%) des régulateurs participants sont installés (**figure 3.3**), et 13% sont en cumul activité et retraite. Seuls 2 médecins de SOS sur les 10 participants à la régulation de médecine générale ont répondu au questionnaire.

Figure 3.3. Répartition des régulateurs participants selon le statut professionnel (n=30)



La moitié des régulateurs participants exercent en journée exclusivement en zone urbaine ou périurbaine (**figure 3.4**).

Figure 3.4. Répartition des régulateurs participants selon leur zone d'exercice en journée (n=30)



3.2.3 Motivations et freins à la participation à la régulation de médecine générale

- Réponses à la question n°18 sur les motifs de participation à la régulation de médecine générale

Les principales motivations à participer à la régulation de médecine générale sont l'expérience de travail différente de celle habituelle (70%), l'intérêt financier (67%), l'impression d'apporter un service réel et reconnu (57%) et l'exonération fiscale des zones fragiles (53%). Les réponses libres ajoutées au sous-item « Autre » sont : « le contact avec les urgentistes », « le groupe de collègues », « le moyen de participer à la PDSA malgré des soucis de santé empêchant les autres effectifs », et « le moyen de montrer aux politiques que les médecins généralistes sont capables de gérer cette régulation ».

Tableau 3.2. Motifs de participation à la régulation de médecine générale selon le sexe et l'âge

	Hommes		Femmes		Moins de 50 ans		De 50 à 61 ans		Plus de 61 ans		Total	
	N(25)	%	N(5)	%	N(4)	%	N(14)	%	N(12)	%	N(30)	%
Expérience de travail différente	17	68%	4	80%	3	75%	12	86%	6	50%	21	70%
Intérêt financier	16	64%	4	80%	2	50%	9	64%	9	75%	20	67%
Impression d'apporter un service réel et reconnu	14	56%	3	60%	2	50%	9	64%	6	50%	17	57%
Exonération fiscale (zone déficitaire)	12	48%	4	80%	2	50%	7	50%	7	58%	16	53%
Peu de tâches administratives en dehors de la garde	8	32%	4	80%	0	%	8	57%	4	33%	12	40%
Diversité des situations	8	32%	3	60%	3	75%	5	36%	3	25%	11	37%
Éthique déontologique	4	16%	4	80%	2	50%	2	14%	4	33%	8	27%
Bonnes conditions d'exercice	5	20%	1	20%	1	25%	2	14%	3	25%	6	20%

- Réponses à la question n°19 sur les motifs de participation à la régulation de médecine générale

Le principal motif pouvant freiner la participation à la régulation de médecine générale est l'augmentation de la charge d'activité de régulation présente chez plus des trois quarts (77%) des régulateurs participants (**tableau 3.3**).

Tableau 3.3. Freins à la participation à la régulation de médecine générale selon le sexe et l'âge

	Hommes		Femmes		Moins de 50 ans		De 50 à 61 ans		Plus de 61 ans		Total	
	N(25)	%	N(5)	%	N(4)	%	N(14)	%	N(12)	%	N(30)	%
L'augmentation de la charge d'activité en régulation	19	76%	4	80%	3	75%	12	86%	8	67%	21	77%
L'augmentation des contraintes réglementaires, médico-légales	13	52%	1	20%	2	50%	6	43%	6	50%	20	47%
La fatigue liée à l'âge	10	40%	3	60%	1	25%	7	50%	5	42%	17	43%
L'augmentation de la charge de votre activité de jour	8	32%	2	40%	2	50%	5	36%	3	25%	16	33%
Plus l'intérêt financier	8	32%	1	20%	1	25%	5	36%	3	25%	12	30%

- Réponses à la question n°26 sur les intentions de poursuite de la régulation de médecine générale

La grande majorité (70%) des régulateurs ont l'intention de poursuivre leur participation plus de 3 ans. Les six régulateurs participants qui ont l'intention d'arrêter dans les 3 prochaines années ont tous plus de 61 ans, et leur principal motif de désengagement est l'augmentation de la charge d'activité en régulation (67%) (**tableau 3.5**).

Tableau 3.4. Répartitions des intentions de poursuite à la régulation MG selon le sexe et l'âge

Poursuite participation à la régulation de médecine générale	Moins d'1 an		Entre 1 et 3 ans		Plus de 3 ans		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes (=25)	1	4%	5	20%	16	64%	3	12%
Femmes (=5)	0	0%	0	0%	5	100%	0	0%
32 à 37 ans (=1)	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%
44 à 49 ans (=3)	0	0%	0	0%	2	67%	1	33%
50 à 55 ans (=4)	0	0%	0	0%	3	75%	1	25%
56 à 61 ans (=10)	0	0%	0	0%	10	100%	0	0%
62 à 67 ans (=10)	0	0%	4	40%	5	50%	1	10%
Plus de 67 ans (=2)	1	50%	1	50%	0	0%	0	0%
Total (=30)	1	3%	5	17%	21	70%	3	10%

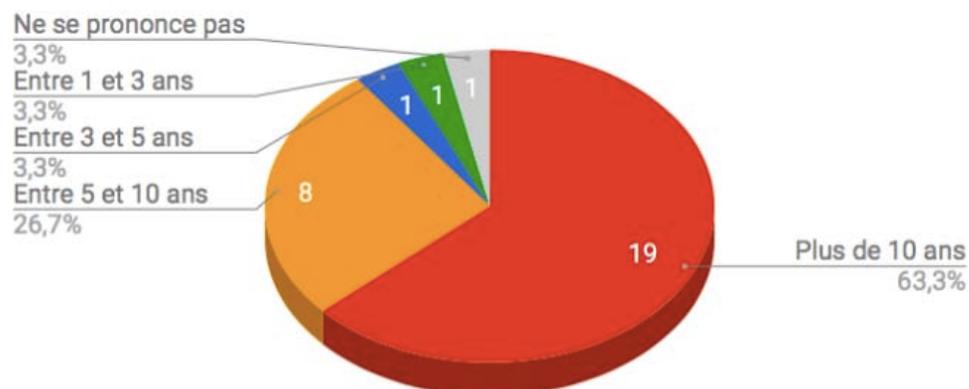
Tableau 3.5. Motifs de désengagement parmi ceux qui vont arrêter la régulation

Motifs de désengagement parmi ceux qui vont arrêter la régulation	Arrêt dans moins d'1 an		Arrêt dans 1 à 3 ans		Total	
	N(1)	%	N(5)	%	N(6)	%
Augmentation de la charge d'activité en régulation	0	0%	4	80%	4	67%
Augmentation d'actes médico-administratifs	0	0%	3	60%	3	50%
Fatigue liée à l'âge	1	100%	2	40%	3	50%
Augmentation des contraintes réglementaires, médico-légales	0	0%	3	60%	3	50%
Plus l'intérêt financier	0	0%	2	40%	2	33%
Augmentation de la charge d'activité de jour	0	0%	1	20%	1	17%

3.2.4 Caractéristiques de la participation à la régulation de médecine générale

- Réponses à la question n°10 sur l'ancienneté de la participation à la régulation de médecine générale

Figure 3.5. Anciennetés de participation à la régulation de médecine générale (n=30)

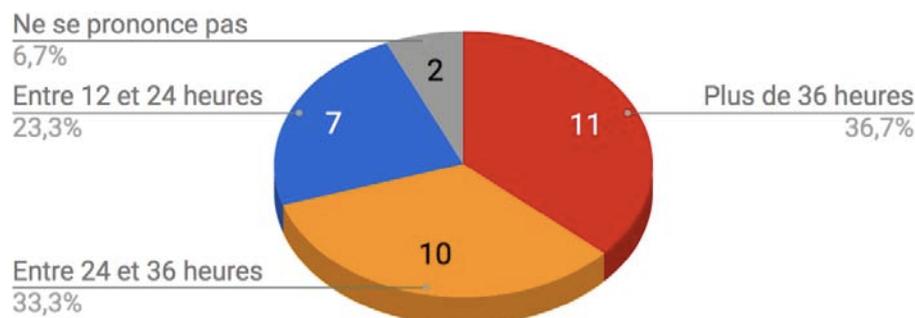


La très grande majorité (90%) des participants font des gardes de régulation depuis plus de 5 ans.

- Réponses à la question n°11 sur le nombre d'heures de régulation en moyenne par mois

Plus des deux tiers (70%) des participants font plus de 24 heures de régulation par mois, avec une moyenne de 32 (± 12) heures de régulation par mois (**figure 3.6**).

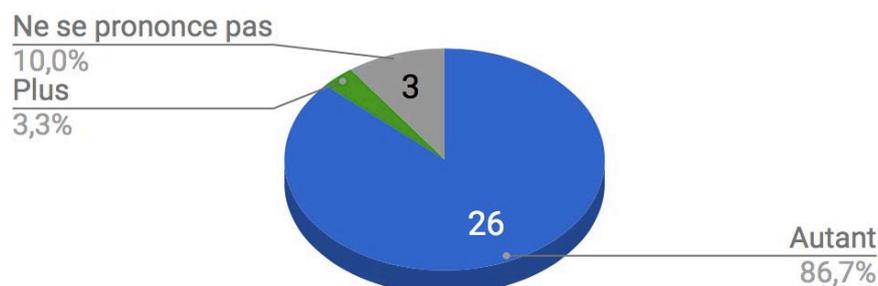
Figure 3.6. Nombre d'heures de régulation en moyenne par mois (n=30)



- Réponses à la question n°12 sur le souhait du nombre d'heures de régulation par mois

La plupart (87%) des participants ne souhaitent pas modifier leur nombre moyen d'heures de régulation par mois.

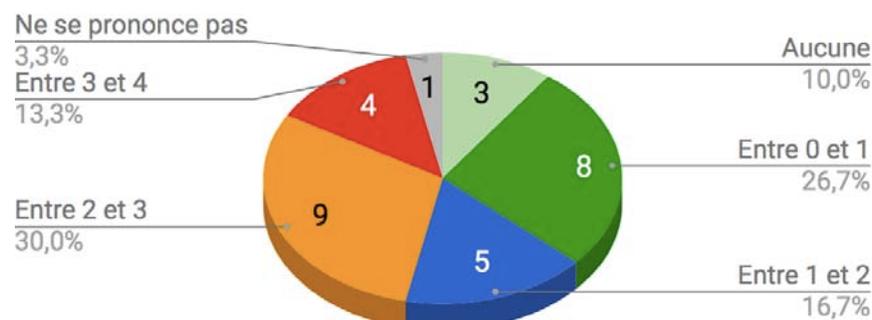
Figure 3.7. Souhaits de nombre d'heures de régulation par mois (n=30)



- Réponses à la question n°13 sur le nombre de gardes de régulation en week-end en moyenne par mois

La majorité des régulateurs participants (53%) font moins de 2 gardes en week-end par mois. La moyenne est de 1,6 (± 2) garde en week-end par mois.

Figure 3.8. Nombre de gardes de régulation en week-end en moyenne par mois (n=30)



- Réponses à la question n°14 sur la préférence du jour de garde de régulation de médecine générale.

Près des deux tiers (63%) des régulateurs participants ont une préférence pour faire leurs gardes en semaine.

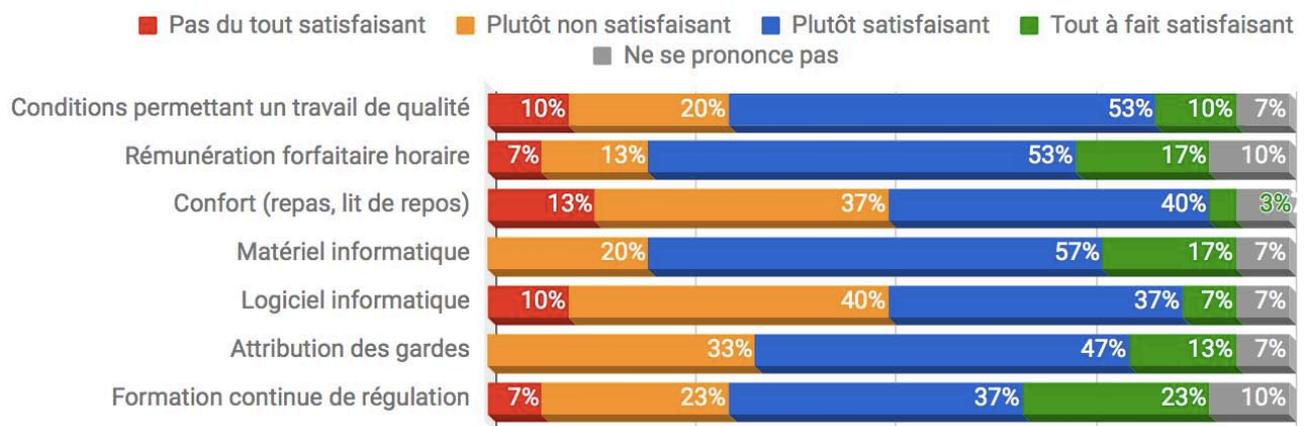
Figure 3.9. Préférences du jour de régulation en médecine générale



3.2.5 Critères de satisfaction concernant la régulation de médecine générale

- Réponses à la question n°15 sur la satisfaction concernant plusieurs aspects de la régulation de médecine générale

Figure 3.10. Satisfaction concernant plusieurs aspects de la régulation MG (n=30)

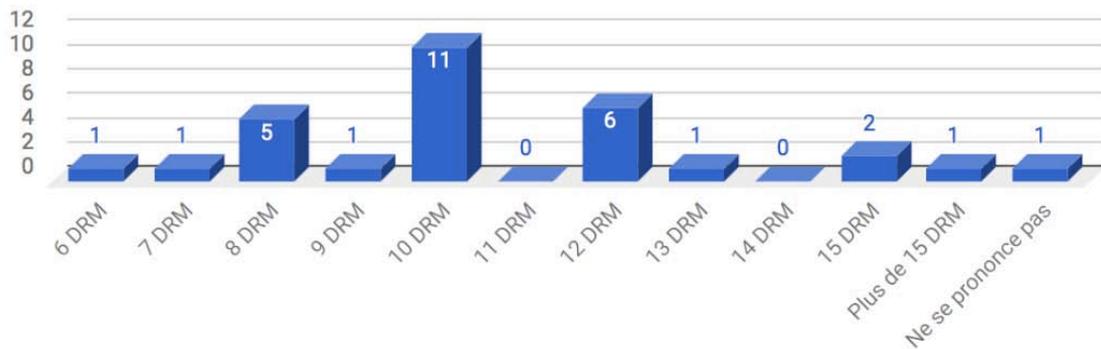


La plupart des régulateurs participants sont satisfaits des conditions générales permettant un travail de qualité (63%), de la rémunération forfaitaire horaire (70%), du matériel informatique (70%), de la formation continue de régulation (60%), et de l'attribution (mode et fréquence) des gardes (60%). Les participants insatisfaits sont plus nombreux concernant le confort (50% vs 43%) ou le logiciel utilisé en régulation (50% vs 43%).

- Réponses à la question n°17 sur le nombre de Dossier de Régulation Médicale (DRM) par heure à partir duquel le travail devient épuisant.

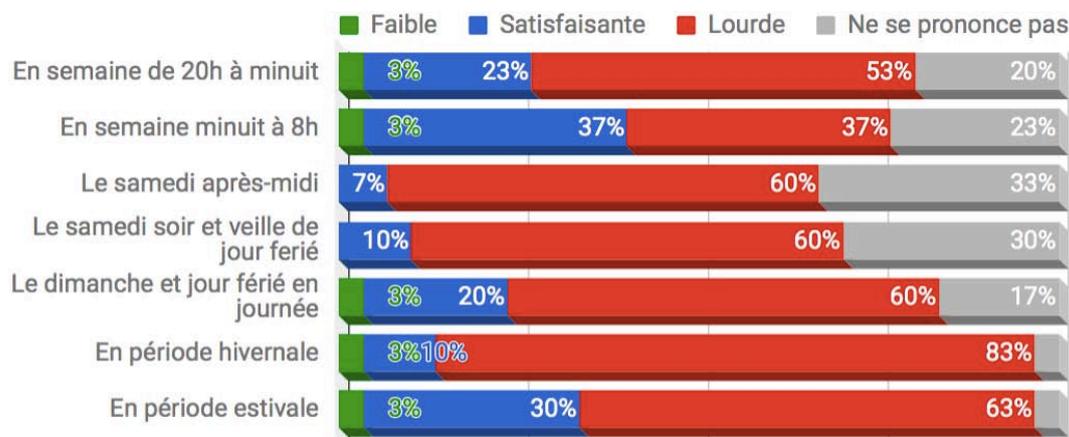
Le travail de régulation de médecine générale devient lourd à partir de 10 (± 1) dossiers de régulation médicale par heure, en moyenne chez les régulateurs participants.

Figure 3.11. Répartition des réponses concernant le nombre de DRM horaire à partir duquel le travail de régulation devient lourd



- Réponses au sous-item de la question n°16 sur la charge d'activité en régulation de médecine générale.

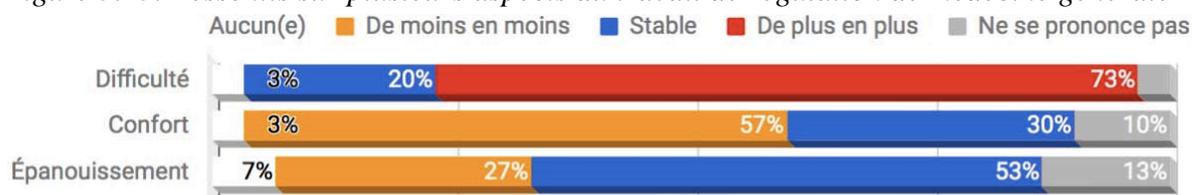
Figure 3.12. Charges d'activité ressenties en régulation MG selon la période (n=30)



Pour la majorité des participants, la charge d'activité en régulation est jugée lourde en période hivernale (83%), estivale (63%), le samedi après-midi (60%), le samedi soir (60%), le dimanche et jour férié (60%) et en semaine de 20h à minuit (53%).

- Réponses à la question n°20 sur plusieurs aspects du travail de régulation de médecine générale.

Figure 3.13. Ressentis sur plusieurs aspects du travail de régulation de médecine générale

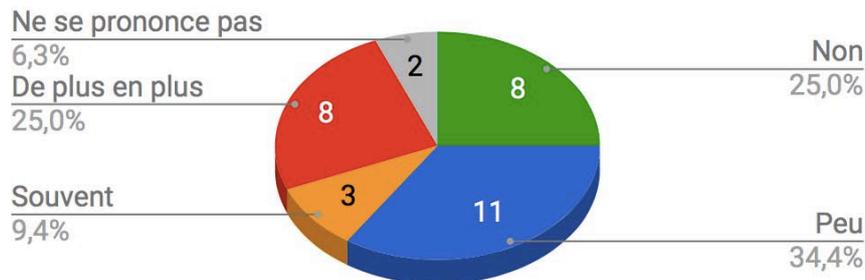


La majorité des participants trouvent le travail de régulation de plus en plus difficile (73%), de moins en moins confortable (57%), et sans évolution sur le plan de l'épanouissement (53%).

- Réponses à la question n°21 sur la difficulté à se faire remplacer en cas d'urgence

La majorité des participants n'a pas ou peu eu de difficulté à se faire remplacer en cas d'urgence (59%) pour les gardes de régulation de médecine générale.

Figure 3.14. Situations de difficulté à se faire remplacer en cas d'urgence (n=30)

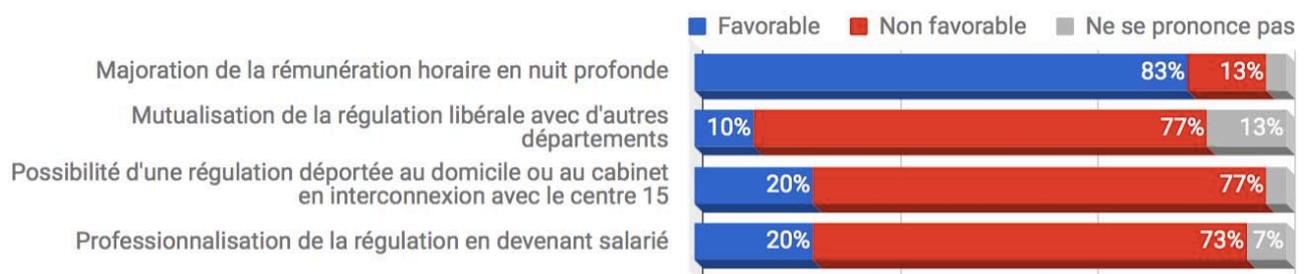


3.2.6 Avis sur des propositions concernant la régulation de médecine générale

- Réponses à la question n°22 sur des propositions concernant la régulation de médecine générale

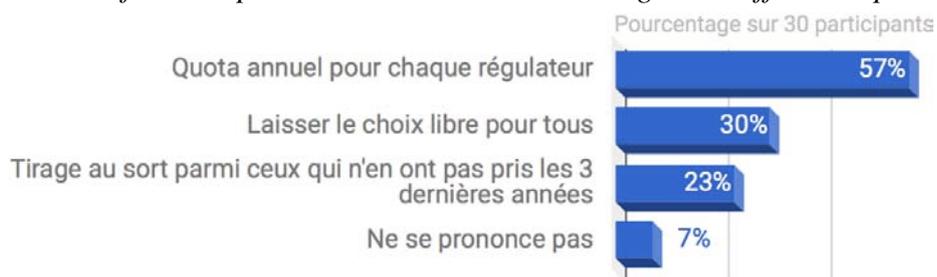
La majorité des participants est en faveur d'une majoration de la rémunération horaire en nuit profonde (83%). Près des trois quarts d'entre eux ne sont pas favorables à une mutualisation de la régulation de médecine générale avec d'autres départements, notamment sur les plages de nuit profonde (77%), ni à la possibilité d'une régulation déportée au domicile ou au cabinet en interconnexion avec le centre 15 (77%), ni à une professionnalisation de la régulation de médecine générale en devenant salarié (73%).

Figure 3.15. Répartition des avis sur plusieurs propositions concernant la régulation MG (n=30)



- Réponses à la question n°23 sur l'attribution des dates de garde difficiles à pourvoir

Figure 3.16. Préférences pour l'attribution des dates de gardes difficiles à pourvoir



La majorité (57%) des participants est favorable à un quota annuel par régulateur pour l'attribution des dates de gardes difficiles à pourvoir (Noël, 14 juillet, 15 août...).

- Réponses à la question n°24 et 25 sur l'accompagnement d'internes en régulation

Tableau 3.6. Répartition des accueils d'internes et des souhaits d'accompagnement

Accueil d'interne en régulation de médecine générale	Favorable à accueillir un interne		Ne souhaite pas accueillir d'interne		Ne se prononce pas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A déjà eu un interne	11	37%	1	3%	9	30%	21	70%
N'a pas eu d'interne	6	20%	2	7%	0	0%	8	27%
Ne se prononce pas	0	0%	0	0%	1	3%	1	3%
Total	17	57%	3	10%	10	33%	30	100%

Plus des deux tiers (70%) des participants ont déjà accueilli un interne avec eux en régulation. La majorité (6/8e) de ceux qui ne l'ont pas encore fait s'y déclare favorable.

3.2.7 Questions pour les non-régulateurs de médecine générale

- Réponses à la question n°27 sur les motifs de non-participation à la régulation de médecine générale

Les principaux motifs de non-participation à la régulation chez les autres participants à l'étude sont la difficulté à concilier avec l'activité de jour (37%), l'absence d'intérêt par ce mode d'exercice (37%), la difficulté à concilier avec la vie familiale (35%). Les motifs les plus fréquents chez les femmes et les moins de 38 ans sont la complexité de l'exercice de régulation (40% et 44%), le manque de compétence (38% et 40%), la crainte d'une activité à forte responsabilité (35% et 36%). La méconnaissance du fonctionnement est également un motif plus fréquent chez les moins de 38 ans (41%, $p < 0,01$). La fatigue liée à l'âge l'est pour les participants les plus âgés (33%, $p < 0,001$). Les réponses libres ajoutées au sous-item "Autre" sont la difficulté d'accès réglementaire (« refus des responsables de la régulation », « refus après 3 ans d'installation », « installée depuis 2 ans seulement »), la difficulté à concilier avec une autre activité de PDSA (« régulation dans un autre département », « gardes en CAPS ») et la « difficulté pour être informée des dates de formation à l'avance, afin de pouvoir trouver un remplaçant pour ces journées ».

Tableau 3.7. Répartition des motifs de non-participation à la régulation MG selon le sexe

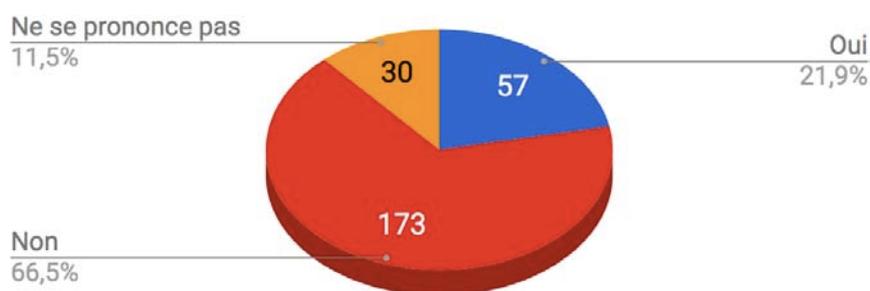
Motifs de non-participation à la régulation médicale selon le sexe	Hommes		Femmes		Total		p-value (*Chi2-test, **Fischer-test)
	N (117)	%	N (143)	%	N (260)	%	
Difficulté à concilier avec votre activité de jour	49	42%	48	34%	97	37%	0,17*
Pas intéressé par ce mode d'exercice	41	35%	55	38%	96	37%	0,57*
Difficulté à concilier avec la vie familiale	38	32%	53	37%	91	35%	0,44*
Complexité de l'exercice de régulation	31	26%	57	40%	88	34%	0,023*
Manque de compétence	25	21%	54	38%	79	30%	0,004*
Crainte d'une activité à forte responsabilité	25	21%	50	35%	75	29%	0,016*
Méconnaissance du fonctionnement	25	21%	31	22%	56	22%	0,952*
Horaires contraignants	15	13%	21	15%	36	14%	0,66*
Centre de régulation trop éloigné	24	21%	12	8%	36	14%	0,005*
Crainte d'une activité épuisante	11	9%	10	7%	21	8%	0,48*
Difficulté d'accès administratif ou réglementaire	6	5%	14	10%	20	8%	0,16*
La fatigue liée à l'âge	16	14%	0	0%	16	6%	1e-06**

Tableau 3.8. Répartition des motifs de non-participation à la régulation MG selon l'âge

Motifs de non-participation à la régulation de médecine générale selon la tranche d'âge	Moins de 38 ans		De 38 ans à 55 ans		Plus de 55 ans		p-value (Fischer -test)
	N(147)	%	N(68)	%	N(45)	%	
Difficulté à concilier avec votre activité de jour	46	31%	29	43%	21	47%	0.09
Difficulté à concilier avec la vie familiale	56	38%	25	37%	10	22%	0.14
Pas intéressé par ce mode d'exercice	58	40%	27	40%	10	22%	0.09
Complexité de l'exercice de régulation	64	44%	12	18%	12	27%	<0.001
Manque de compétence	59	40%	10	15%	10	22%	<0.001
Crainte d'une activité à forte responsabilité	53	36%	12	18%	10	22%	0.012
Méconnaissance du fonctionnement	41	28%	7	10%	8	18%	<0.01
Horaires contraignants	22	15%	9	13%	4	9%	0.64
Difficulté d'accès administratif ou réglementaire	17	12%	2	3%	1	2%	0.035
Crainte d'une activité épuisante	12	8%	7	10%	2	4%	0.55
Centre de régulation trop éloigné	6	4%	16	24%	14	31%	<0.001
La fatigue liée à l'âge	0	0%	1	2%	15	33%	<0.001

- Réponses à la question n°28 sur le souhait à participer à la régulation de médecine générale

Figure 3.17. Volontaires à participer à la régulation parmi les autres effecteurs (n=260)



Parmi les autres participants non régulateurs, 57 sont volontaires à rejoindre la régulation de médecine générale. Au sous-item libre "Autre" de la question n° 27, quatre participants ont précisé qu'ils sont en cours d'inscription ou de formation pour rejoindre la régulation de médecine générale.

Figure 3.18. Motifs de non-participation chez les volontaires prêts à rejoindre la régulation de médecine générale



Les freins les plus fréquents chez les volontaires prêts à rejoindre la régulation de médecine générale sont la méconnaissance du fonctionnement (30%), le manque de compétence (30%) et la difficulté d'accès administratif ou réglementaire (médecin salarié, jeune remplaçant...) (25%).

3.3 Résultats concernant l'effecton en maison médicale de garde

3.3.1 Participation à l'étude des médecins effecteurs en maison médicale de garde

Le taux de réponse des médecins effecteurs en maison médicale de garde (MMG) est de 58,8 %, variant selon le secteur de 46% pour Guérande à 100% pour celui de Pornic. La marge d'erreur de représentativité calculée pour un intervalle confiance de 95% est de 4% pour les résultats des questions adressées à tous les effecteurs en MMG, et de 15% à 29% pour celles spécifiques à chaque secteur.

Figure 4.1. Participation des médecins de MMG au questionnaire (n=410)

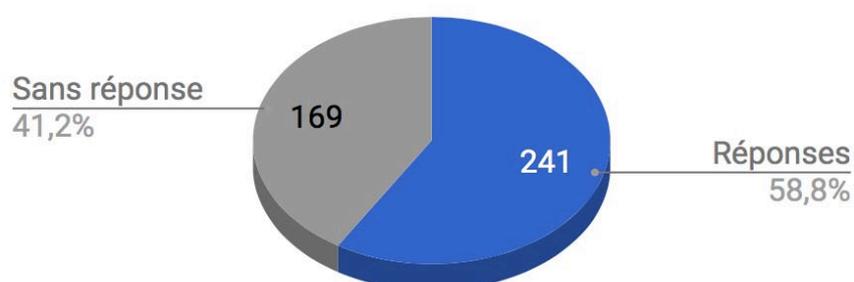
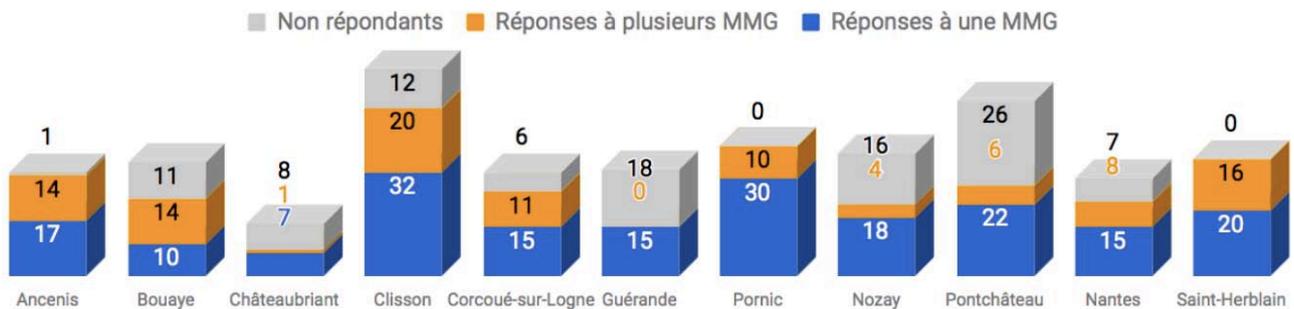


Tableau 4.1. Participation des médecins de MMG à l'étude selon le secteur

	Nombre d'inscrits	Nombre de réponses		Sans réponse		Réponses à une seule MMG		Réponses à plusieurs MMG		Marge d'erreur (IC 95%)
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Ancenis	32	31	97%	1	3%	17	53%	14	44%	16,5%
Bouaye	35	24	69%	11	31%	10	29%	14	40%	26,5%
Châteaubriant	16	8	50%	8	50%	7	44%	1	6%	28,7%
Clisson	64	52	81%	12	19%	32	50%	20	31%	12,3%
Corcoué-sur-Logne	32	26	81%	6	19%	15	47%	11	34%	18,7%
Guérande	33	15	46%	18	55%	15	46%	0	0%	18,9%
Pornic	40	40	100%	0	0%	30	75%	10	25%	9%
Nozay	38	22	58%	16	42%	18	47%	4	11%	17%
Pontchâteau	54	28	52%	26	48%	22	41%	6	11%	16,2%
Nantes	30	23	77%	7	23%	15	50%	8	27%	18,2%
Saint-Herblain	36	36	100%	0	0%	20	56%	16	44%	14,8%
Total	410	241	59%	169	41%	201	49%	40	10%	4,1%

Les secteurs avec le plus de réponses d'effecteurs intervenant sur de multiples secteurs sont ceux d'Ancenis (44%), de Saint-Herblain (44%), de Bouaye (40%), de Corcoué-sur-Logne (34%) et de Clisson (32%).

Figure 4.2. Participation des médecins de MMG à l'étude selon le secteur



3.3.2 Données démographiques des effecteurs en MMG participants

L'âge moyen des effecteurs en MMG qui ont répondu est de $40,5 \pm 6$ ans. Plus de la moitié (55%) a moins de 38 ans. Les effecteurs participants sur plusieurs secteurs ont l'âge moyen le plus jeune ($33,8 \pm 6$ ans). Les secteurs avec la moyenne d'âge la plus faible sont ceux de Nozay ($38,5 \pm 6$ ans) et de Bouaye ($38,7 \pm 6$ ans). Les secteurs avec la moyenne d'âge la plus élevée sont ceux de Châteaubriant ($49,1 \pm 6$ ans) et de Nantes ($44,9 \pm 6$ ans). Avec 136 femmes pour 105 hommes, le sexe-ratio des effecteurs qui ont répondu est de 0,77 (tableau 4.2). Les secteurs avec le sexe-ratio le plus élevé sont ceux de Châteaubriant (7:0) et de Pontchâteau (2,14). Ceux avec le sexe-ratio le plus faible sont ceux de Nozay (0,2) et d'Ancenis (0,42) (tableau 4.3).

Figure 4.3. Répartition des effecteurs en MMG participants selon le sexe et la tranche d'âge

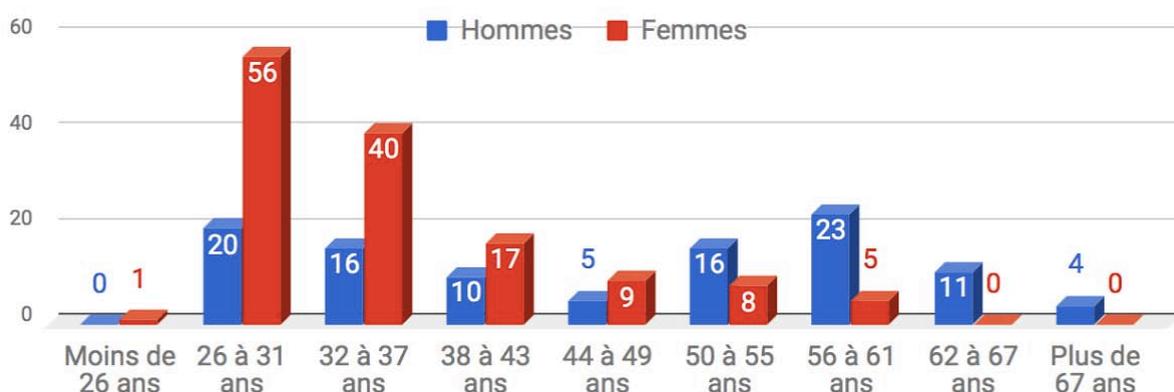


Tableau 4.2. Répartition des effecteurs en MMG participants selon le sexe et la tranche d'âge

Répartition des participants selon la tranche d'âge et le sexe	Hommes		Femmes		Total	
	N	%	N	%	N	%
Moins de 26 ans	0	0%	1	100%	1	1%
26 à 31 ans	20	26%	56	74%	76	32%
32 à 37 ans	16	29%	40	71%	56	23%
38 à 43 ans	10	37%	17	63%	27	11%
44 à 49 ans	5	36%	9	64%	14	6%
50 à 55 ans	16	67%	8	33%	24	10%
56 à 61 ans	23	82%	5	18%	28	12%
62 à 67 ans	11	100%	0	0%	11	5%
Plus de 67 ans	4	100%	0	0%	4	2%
Total	105	44%	136	56%	241	100%
Âge moyen (±6 ans)	47		35,4		40,5	

Tableau 4.3. Répartition des participants selon l'âge moyen, le sexe et le secteur d'effectif

Répartition selon l'âge, le sexe et le secteur	Hommes			Femmes			Total		Sexe ratio
	N	%	Âge moyen	N	%	Âge moyen	N	Âge moyen	
Ancenis	5	29%	50,1	12	71%	37	17	40,9	0,42
Bouaye	4	40%	39	6	60%	38,5	10	38,7	0,67
Châteaubriant	7	100%	49,1	0	0%	0	7	49,1	7:0
Clisson	12	38%	52,5	20	63%	33,3	32	40,5	0,6
Corcoué-sur-Logne	5	33%	41,7	10	67%	39,9	15	40,5	0,5
Guérande	6	40%	50,5	9	60%	38,5	15	43,3	0,67
Pornic	16	53%	46,1	14	47%	40,1	30	43,3	1,14
Nozay	3	17%	48,5	15	83%	36,5	18	38,5	0,2
Pontchâteau	15	68%	45,7	7	32%	31,1	22	41	2,14
Nantes	6	40%	59,5	9	60%	35,2	15	44,9	0,67
Saint-Herblain	8	40%	51,8	12	60%	37	20	42,9	0,67
Multiples secteurs	18	45%	39,2	22	55%	29,3	40	33,8	0,82
Total	105	44%	47	136	56%	35,4	241	40,5	0,77

Les effecteurs en MMG participants sont principalement installés (59%) ou remplaçants (32%). Ceux qui font des gardes dans plusieurs MMG sont à 83% des remplaçants.

Figure 4.4. Répartition des effecteurs participants en MMG selon le statut professionnel (n=241)

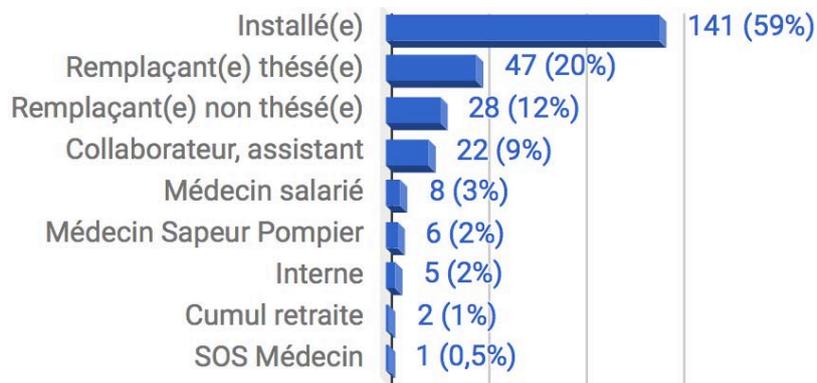
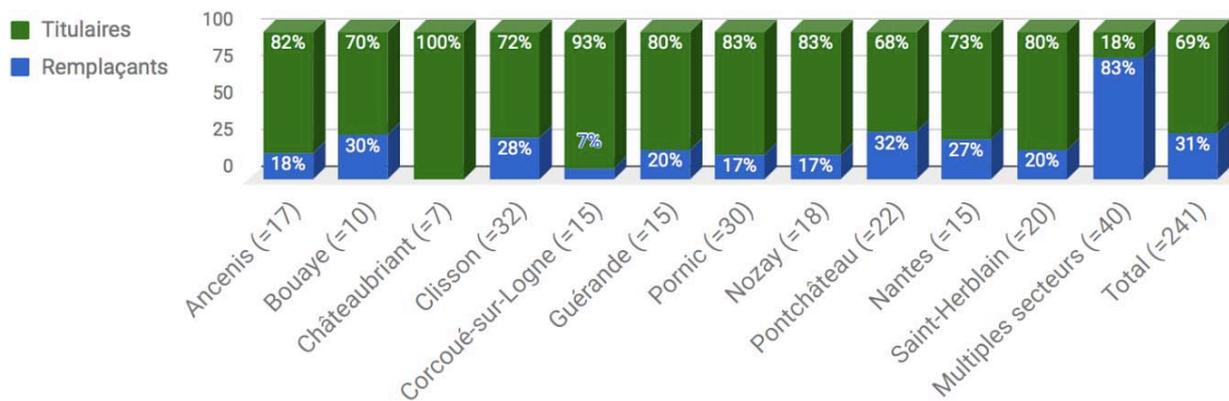
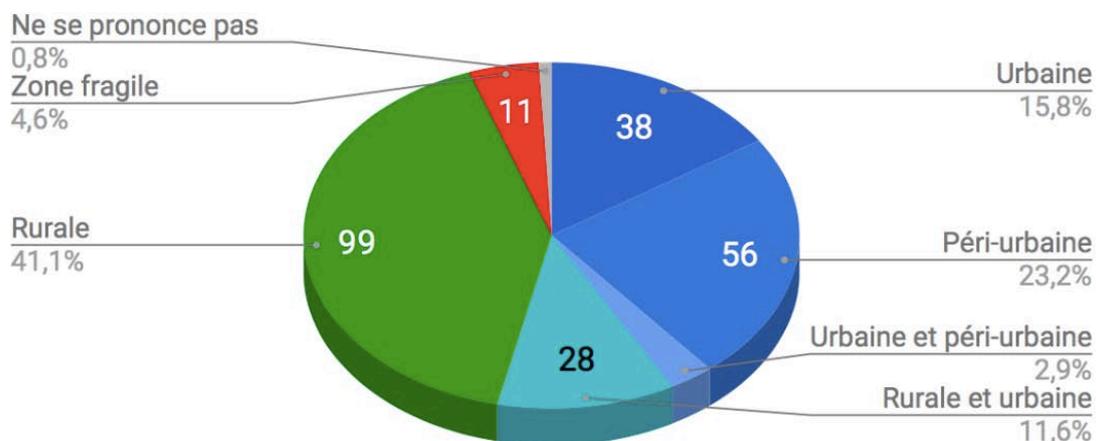


Figure 4.5. Répartition des participants selon le statut de titulaire ou de remplaçant par secteur



Près de 46% des effecteurs participants exercent en journée exclusivement en zone rurale, et 42% exclusivement en zone urbaine ou périurbaine.

Figure 4.6. Répartition des effecteurs participants (n=241) selon leur zone d'exercice en journée



3.3.3 Motivations et freins à la participation aux gardes en MMG

- Réponses à la question n°39 sur les motifs de participation aux gardes en MMG

Les principales motivations à participer à l'effectif en MMG sont l'intérêt financier (68%) principalement chez les moins de 38 ans (84%, $p < 0,001$), l'impression d'apporter un service réel et reconnu (56%), l'éthique déontologique (50%) plus fréquente chez les effecteurs plus âgés (56%, $p < 0,011$) et l'expérience de travail différente de l'activité habituelle (49%). Les réponses libres ajoutées au sous-item "Autre" sont « la solidarité », « le besoin collectif », « l'entraide confraternelle », « l'éthique, mais ne va pas durer », « la bonne ambiance au sein du collectif de médecins incitant à faire sa part », « l'obligation déguisée (faux volontariat) », « le fait de se dire qu'on est encore dans le coup », « la considération que cela fait partie du travail de médecin généraliste », et « le sentiment d'apporter un service réel, mais pas toujours reconnu ».

Tableau 4.4. Motifs de participation à l'effectif en MMG selon la tranche d'âge

Motifs de participation aux gardes en MMG	Moins de 38 ans		De 38 à 55 ans		Plus de 55 ans		Total		p-value (Fisher -test)
	N(133)	%	N(65)	%	N(43)	%	N(241)	%	
Intérêt financier	111	84%	34	52%	19	44%	164	68%	<0.001
Impression d'apporter un service réel et reconnu	74	56%	34	52%	26	61%	134	56%	0.72
Éthique déontologique	55	41%	41	63%	24	56%	120	50%	<0.011
Expérience de travail différente de votre activité habituelle	74	56%	31	48%	12	28%	117	49%	0.006
Peu de tâches administratives en dehors de la garde	55	41%	15	23%	7	16%	77	32%	<0.002
Bonnes conditions d'exercice	41	31%	13	20%	11	26%	65	27%	0.27
Diversité des motifs	22	17%	11	17%	8	19%	41	17%	0.97
Exonération fiscale (en zone déficitaire)	6	5%	7	11%	5	12%	18	8%	0.13

- Réponses à la question n°40 sur les freins à la participation aux gardes en MMG

Tableau 4.5. Freins à la participation aux gardes en MMG selon la tranche d'âge

Freins à la participation aux gardes en MMG selon l'âge	Moins de 38 ans		De 38 ans à 55 ans		Plus de 55 ans		Total		p-value
	N(133)	%	N(65)	%	N(43)	%	N(241)	%	
Augmentation d'actes médico-administratifs	79	59%	33	51%	13	30%	125	52 %	<0.004
Augmentation de la charge de travail au cabinet	73	55%	32	49%	14	33%	119	49 %	<0.04
Fatigue liée à l'âge	38	29%	43	66%	30	70%	111	46 %	<0.001
Plus l'intérêt financier	65	49%	15	23%	9	21%	89	37 %	<0.001
Répétition de gardes sans activité	49	37%	18	28%	17	40%	84	35 %	0.35
Agrandissement des secteurs de garde	42	32%	15	23%	7	16%	64	27 %	0.12
Augmentation de la charge d'activité en garde	30	23%	19	29%	5	12%	54	22 %	<0.10

Les principaux freins pouvant faire diminuer ou arrêter la participation aux gardes en MMG sont l'augmentation des actes médico-administratifs (52%), l'augmentation de la charge au cabinet (49%) et la fatigue liée à l'âge (46%). Chez les effecteurs participants de plus de 55 ans, le motif principal de diminution ou d'arrêt des gardes en MMG est la fatigue liée à l'âge (70%, $p < 0,001$). Chez les effecteurs de moins de 38 ans, ce sont l'augmentation des actes médicaux administratifs (59%, $p < 0,004$) et la baisse du besoin financier (49%, $p < 0,001$). Les réponses libres ajoutées au sous-item "Autre" peuvent être regroupées par catégories. D'une part les éléments d'ordre personnel : « la distance de mon domicile », « l'arrêt de l'activité libérale », la maladie », « la vie de famille », « la retraite »; d'autre part les éléments liés à la démographie médicale : « l'augmentation du nombre de gardes sans augmentation du nombre de médecins » citée 2 fois, « la raréfaction des volontaires » citée 2 fois; puis les éléments propres au travail en garde en MMG : « les motifs des régulateurs parfois inadaptés », « l'augmentation des consultations non justifiées qui peuvent attendre le lendemain », « recevoir des patients qui auraient dû être vus dans la journée », « les impayés »; ensuite les éléments liés au secteur : « la baisse continue des conditions matérielles et des conditions de confort de travail sur le secteur de Pornic », « l'impossibilité de choisir le nombre, le jour ou la durée de ses gardes, de choisir une demi-journée le dimanche sur le secteur de Saint-

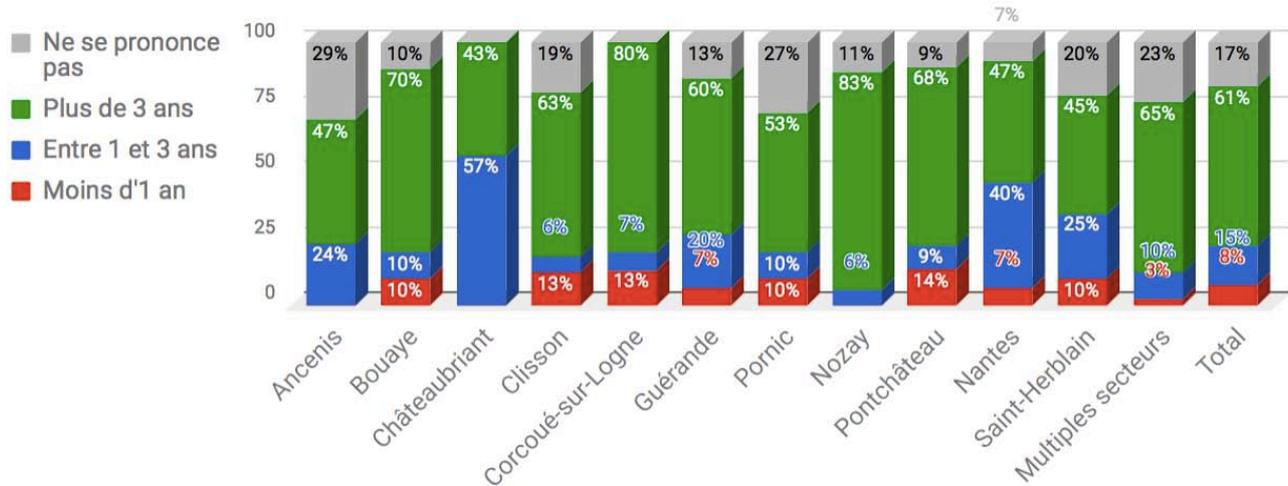
Herblain », « le nombre insuffisant d'actes le soir en semaine sur le secteur de Nantes », « l'accès libre non régulé sur le secteur de Guérande »; et enfin les réponses non classées : « l'arrêt des gardes le dimanche s'il faut rester de 8h à minuit », « l'absence de contact avec l'ADOPS » ; « rien, il faut les faire ». La fatigue liée à l'âge est un facteur de diminution ou d'arrêt des gardes en MMG pour tous ceux du secteur de Châteaubriant, pour 60% de celui de Guérande et pour 57% de celui de Pornic. La répétition de gardes sans activité est un facteur de désengagement des gardes en MMG pour 80 % des répondants du secteur de Nantes.

Tableau 4.6. Répartition des freins à la participation à l'effection en MMG selon le secteur

	Augmentation d'actes médico-administratifs	Augmentation de la charge de travail au cabinet	La fatigue liée à l'âge	Plus l'intérêt financier	Répétition de gardes sans activité	Agrandissement des secteurs de garde	Augmentation de la charge d'activité en garde
Ancenis (n=17)	47%	53%	47%	41%	35%	35%	29%
Bouaye (n=10)	30%	20%	40%	30%	20%	20%	0%
Châteaubriant (n=7)	14%	43%	100%	29%	43%	14%	14%
Clisson (n=32)	53%	56%	41%	22%	28%	28%	28%
Corcoué-sur-Logne (n=15)	60%	60%	47%	40%	7%	27%	20%
Guérande (n=15)	67%	40%	60%	27%	33%	33%	13%
Pornic (n=30)	53%	43%	57%	27%	27%	30%	20%
Nozay (n=18)	50%	67%	44%	39%	33%	22%	44%
Pontchâteau (n=22)	55%	27%	41%	32%	9%	46%	55%
Nantes (n=15)	47%	60%	40%	47%	80%	13%	20%
Saint-Herblain (n=20)	50%	60%	50%	45%	25%	15%	15%
Multiples secteurs (n=40)	58%	50%	33%	55%	63%	23%	5%
Total (n=241)	52%	49%	46%	37%	35%	27%	22%

- Réponses à la question n°48 sur les intentions de poursuite de l'effectif en MMG

Figure 4.7. Répartition des intentions de poursuite des gardes selon le secteur de MMG (n=241)



Plus de 60% des effecteurs qui ont répondu pensent continuer les gardes en MMG plus de 3 ans. Parmi ceux qui envisagent d'arrêter les gardes dans les 3 prochaines années, plus de la moitié (52%) ont plus de 55 ans (**tableau 4.7**), avec pour principaux motifs de désengagement la fatigue liée à l'âge (56%) et l'augmentation de la charge de travail au cabinet (44%) (**tableau 4.8**). Plus de la moitié (57%) des effecteurs participants de Châteaubriant et 40% de ceux de Nantes pensent arrêter les gardes dans les 3 prochaines années (**figure 4.7**).

Tableau 4.7. Répartition des intentions de poursuite des gardes en MMG selon l'âge

Poursuite participation aux gardes en MMG selon l'âge	Moins d'1 an		Entre 1 et 3 ans		Plus de 3 ans		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes (n=105)	10	10 %	24	23 %	56	53 %	15	14 %
Femmes (n=136)	8	6 %	12	9 %	91	67 %	25	18 %
Moins de 26 ans (n=1)	0	0%	0	0%	0	0%	1	3%
26 à 31 ans (n=76)	3	17%	10	28%	51	51%	12	30%
32 à 37 ans (n=56)	4	22%	4	11%	41	41%	7	18%
38 à 43 ans (n=27)	2	11%	1	3%	18	18%	6	15%
44 à 49 ans (n=14)	0	0%	0	0%	8	8%	6	15%
50 à 55 ans (n=24)	1	6%	1	3%	15	15%	7	18%
56 à 61 ans (n=28)	6	33%	11	31%	11	11%	0	0%
62 à 67 ans (n=11)	1	6%	6	17%	3	3%	1	3%
Plus de 67 ans (n=4)	1	6%	3	8%	0	0%	0	0%
Total (n=241)	18	8%	36	15%	147	61%	40	17%

Tableau 4.8. Motifs de désengagement chez ceux qui vont arrêter les gardes dans les 3 ans

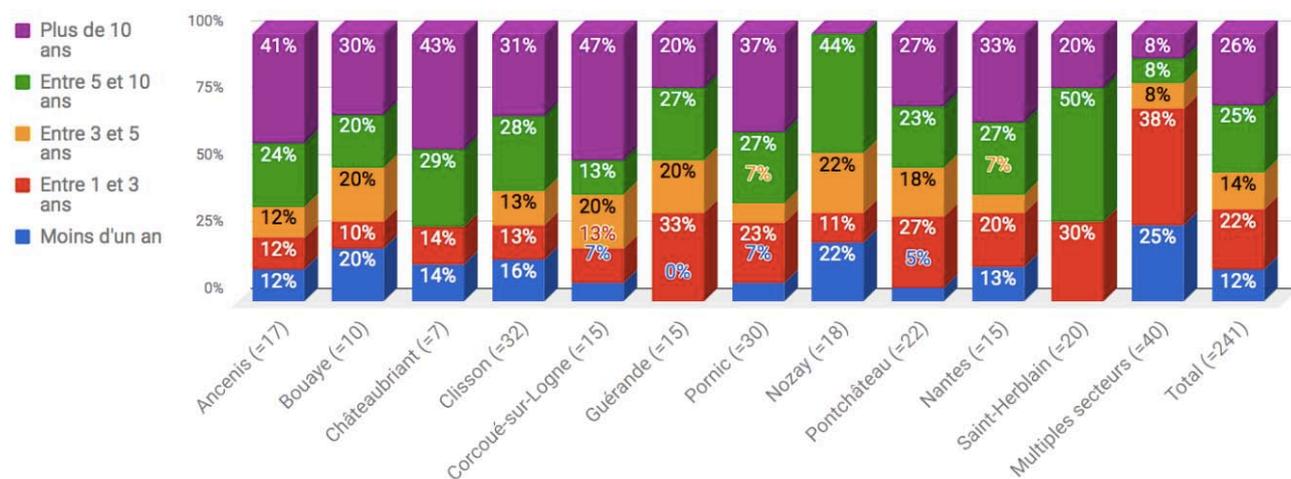
Répartition des motifs d'arrêt des gardes	Arrêt dans un an		Arrêt dans 1 à 3 ans		Total	
	N(18)	%	N(36)	%	N(54)	%
Fatigue liée à l'âge	11	61%	19	53%	30	56 %
Augmentation de la charge de travail au cabinet	10	56%	14	39%	24	44 %
Répétition de gardes sans activité	5	28%	17	47%	22	41 %
Augmentation d'actes médico-administratifs	8	44%	14	39%	22	41 %
Plus l'intérêt financier	4	22%	12	33%	16	30 %
Augmentation de la charge de travail en garde	4	22%	5	14%	9	17 %
Agrandissement des secteurs de garde	4	22%	5	14%	9	17 %

3.3.4 Caractéristiques de la participation à l'effectif en MMG

- Réponses à la question n°30 sur l'ancienneté de la participation aux gardes en MMG

Environ la moitié des participants font des gardes en MMG depuis plus de 5 ans (52%) et l'autre moitié depuis moins de 5 ans (48%). Les effecteurs intervenant sur plusieurs secteurs sont ceux à l'ancienneté de participation la plus faible (moins de 3 ans pour près des deux tiers).

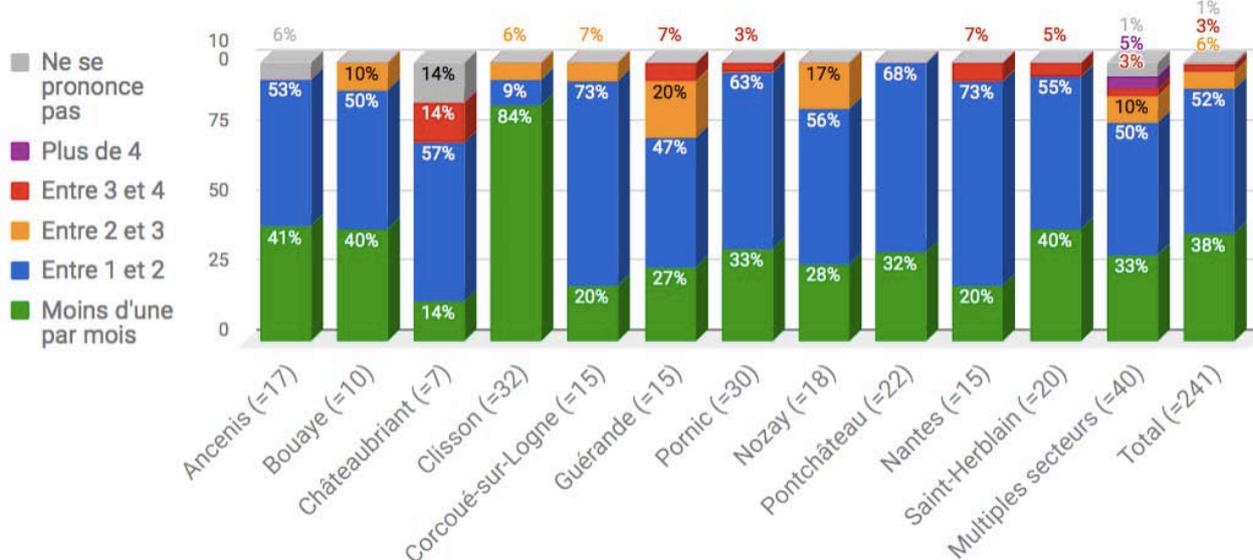
Figure 4.8. Anciennetés de la participation aux gardes selon le secteur de MMG



- Réponses à la question n°31 sur nombre de gardes en MMG en moyenne par mois

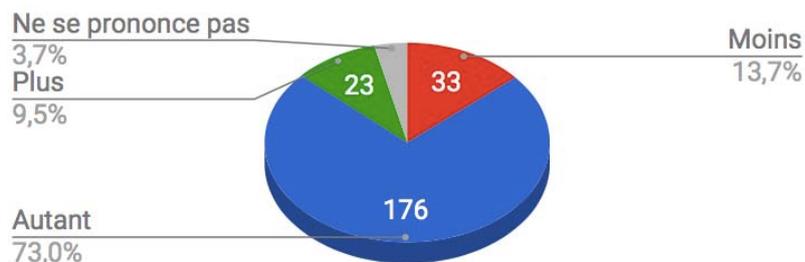
Les effecteurs participants font 1,23 (± 1) garde en MMG en moyenne par mois, et pour plus de la moitié (52%) entre 1 et 2 par mois. Les réponses par secteur indiquent que plus de 80% des participants sur le secteur de Clisson font moins d'une garde par mois en moyenne, et que plus du quart (27%) de ceux de Guérande font plus de 2 gardes par mois en moyenne.

Figure 4.9. Répartition du nombre de gardes en MMG en moyenne par mois selon le secteur



- Réponses à la question n°32 sur le souhait du nombre de gardes en MMG par mois

Figure 4.10. Répartition des souhaits du nombre de gardes en MMG par mois (n=241)

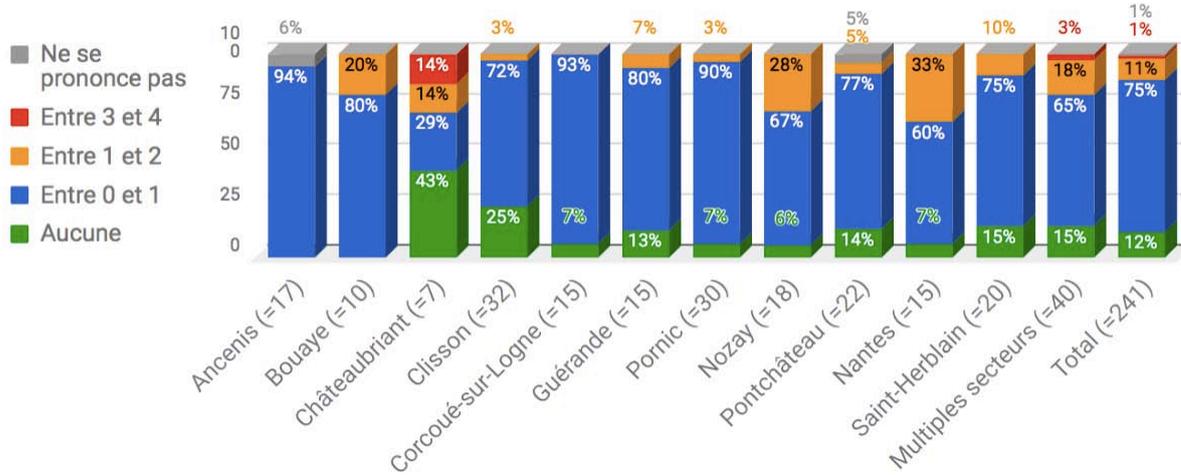


Près des trois quarts (73%) des participants ne souhaitent pas faire varier leur nombre de gardes en MMG par mois. Il n'y a pas de différence significative selon le secteur de MMG.

- Réponses à la question n°33 sur le nombre de gardes en MMG le week-end en moyenne par mois

Les trois quarts de ceux qui ont répondu font entre 0 et 1 garde le week-end par mois. La moyenne de gardes de week-end en MMG est de 0,56 (± 1) par mois.

Figure 4.11. Nombre de gardes de week-end en MMG en moyenne par mois par secteur



• Réponses à la question n°34 sur la préférence du jour de garde en MMG

Un tiers des participants n'a pas de préférence de jour de garde. Les secteurs avec le plus d'effecteurs participants ayant une préférence pour les jours de semaine sont ceux de Pontchâteau (59%), de Châteaubriant (57%) et de Clisson (56%).

Tableau 4.9. Préférences du jour de garde en MMG selon le secteur

Préférence du jour de garde en MMG	Les jours de semaine		Les samedis et veilles de jour férié		Les dimanches et jours fériés		Aucune préférence		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ancenis (n=17)	4	24%	2	12%	2	12%	8	47%	4	24%
Bouaye (n=10)	5	50%	2	20%	3	30%	4	40%	0	0%
Châteaubriant (n=7)	4	57%	1	14%	1	14%	1	14%	1	14%
Clisson (n=32)	18	56%	5	16%	5	16%	9	28%	1	3%
Corcoué-sur-Logne (n=15)	4	27%	1	7%	1	7%	10	67%	0	0%
Guérande (n=15)	7	47%	6	40%	3	20%	4	27%	0	0%
Pornic (n=30)	8	27%	4	13%	7	23%	13	43%	3	10%
Nozay (n=18)	9	50%	7	39%	4	22%	4	22%	0	0%
Pontchâteau (n=22)	13	59%	1	5%	1	5%	5	23%	3	14%
Nantes (n=15)	5	33%	6	40%	6	40%	4	27%	0	0%
Saint-Herblain (n=20)	8	40%	1	5%	9	45%	4	20%	1	5%
Multipl. secteurs (n=40)	14	35%	9	23%	14	35%	15	38%	0	0%
Total (n=241)	99	41%	45	19%	56	23%	81	34%	13	5%

- Réponses à la question n°35 sur les habitudes de remplacement pour les gardes en MMG

La majorité des effecteurs participants non-remplaçants ne se font pas ou peu remplacer pour leurs gardes de semaine (60%) ou du week-end (55%), à l'exception du secteur de Clisson (où 39% se font souvent ou toujours remplacer pour celles de semaine et celles du week-end), et du secteur de Pontchâteau (où 47% se font souvent ou toujours remplacer pour leurs gardes du week-end).

Figure 4.12. Habitudes de remplacement pour les gardes de semaine selon les secteurs (en excluant les réponses des remplaçants)

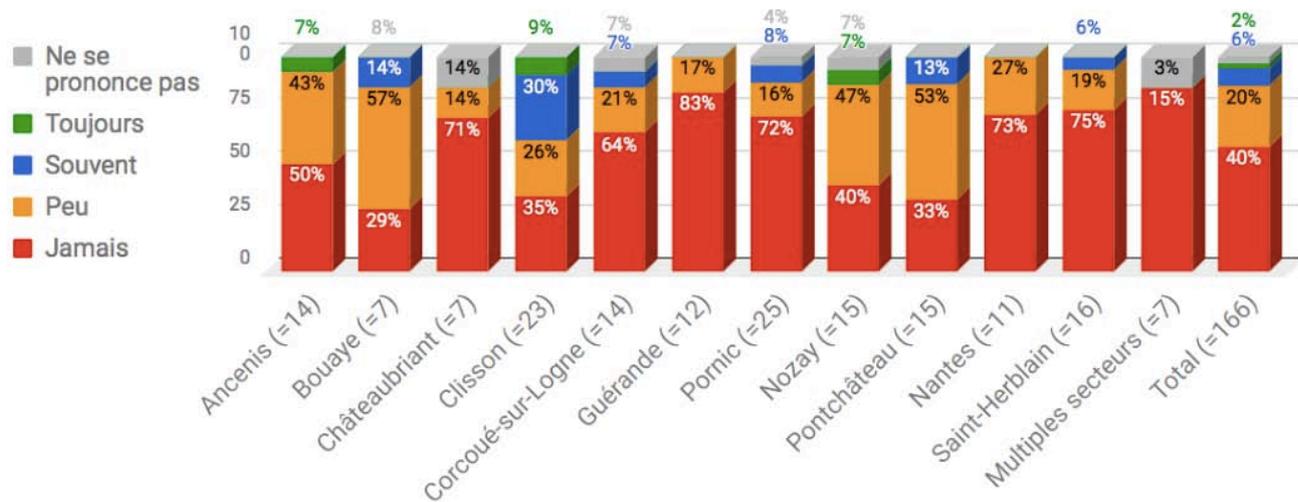
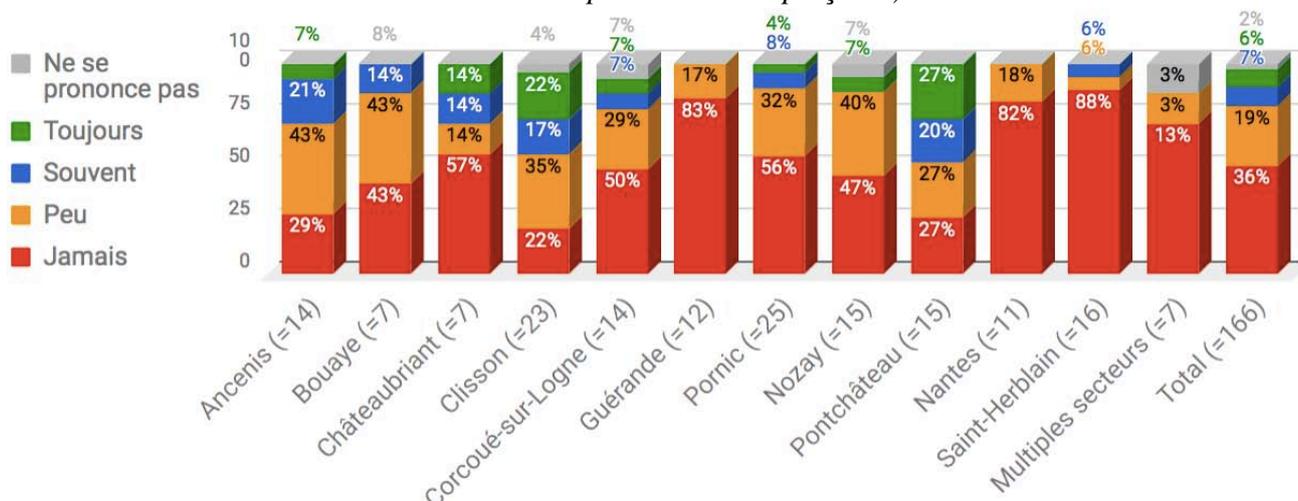


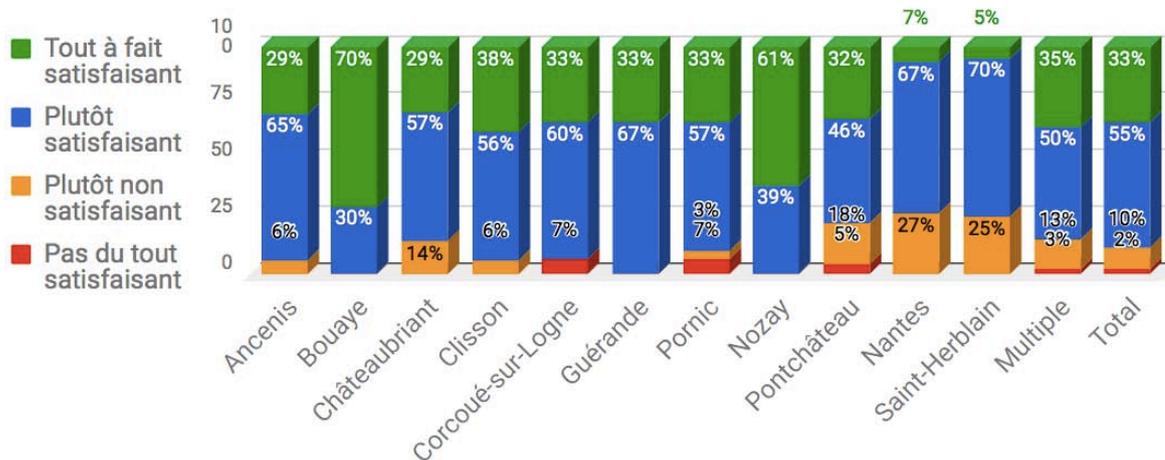
Figure 4.13. Habitudes de remplacement pour les gardes de week-end selon les secteurs (en excluant les réponses des remplaçants)



3.3.5 Critères de satisfaction concernant l'effecton en MMG

- Réponses au sous-item de la question n°37 sur les conditions générales pour un travail de qualité

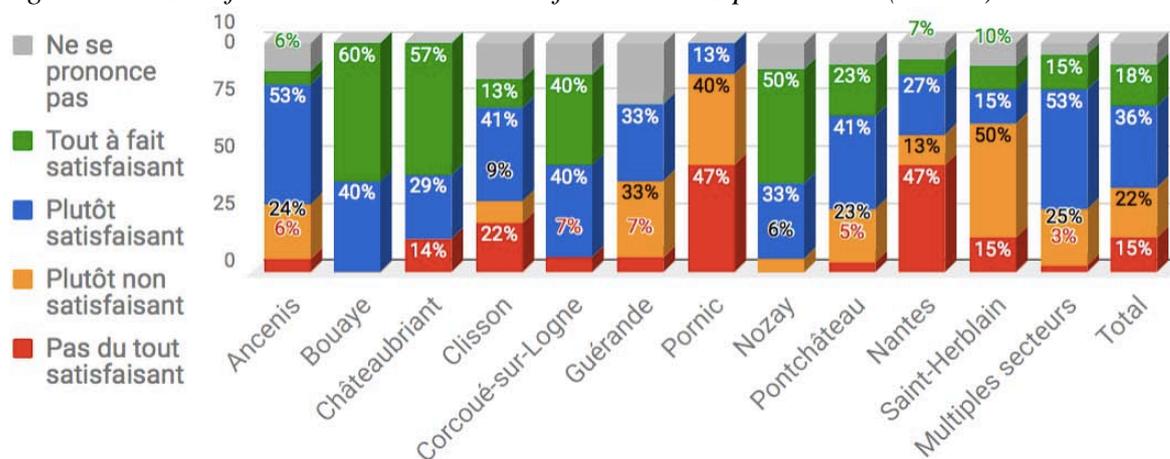
Figure 4.14. Satisfaction des conditions générales pour un travail de qualité par secteur



Pour 88% des participants, les conditions de garde en MMG sont satisfaisantes pour permettre un travail de qualité. Elles ne le sont pas pour environ un quart de ceux des MMG de Nantes (27%), de Saint-Herblain (25%) et de Pontchâteau (23%).

- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le confort en MMG

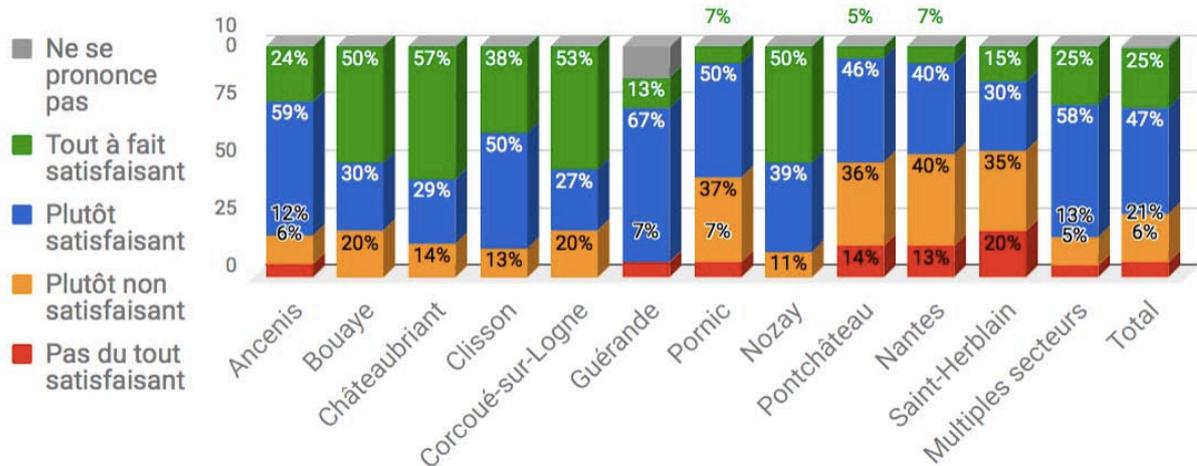
Figure 4.15. Satisfaction concernant le confort en MMG par secteur (n=241)



Le confort en MMG (repas, lit de repos) n'est satisfaisant que pour 54% des participants. Il est insatisfaisant pour 87% des réponses de la MMG de Pornic, 65% pour celle de Saint-Herblain et 60% pour celle de Nantes. Il est satisfaisant à 100% pour celle de la MMG de Bouaye, 88% pour celle de Nozay et 86% pour celle de Châteaubriant.

- Réponses au sous-item de la question n°37 sur les conditions de sécurité

Figure 4.16. Satisfaction concernant les conditions de sécurité par secteur (n=241)

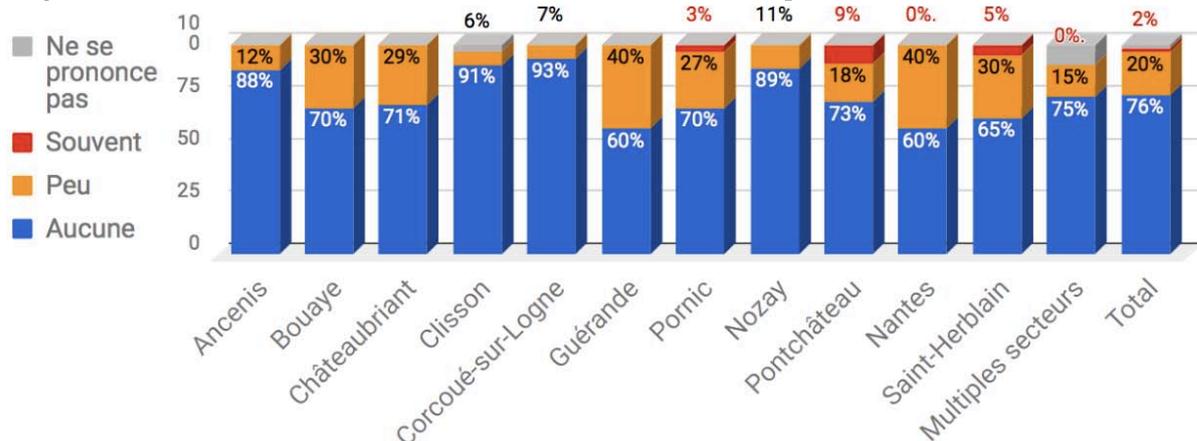


Les conditions de sécurité (locaux) sont satisfaisantes pour 72% des participants. Elles ne le sont pas pour plus de la moitié d'entre eux sur les secteurs de Saint-Herblain (55%) et de Nantes (53%).

- Réponses au sous-item de la question n°41 sur des situations d'insécurité seul(e) la nuit en MMG

Pour plus des trois quarts (76%) des participants, il n'y a pas de difficulté concernant la sécurité seul(e) la nuit. Les secteurs avec le plus de participants ayant été confrontés à des situations d'insécurité sont ceux de Nantes (40%), de Guérande (40%) et Saint-Herblain (35%).

Figure 4.17. Situations d'insécurité seul(e) la nuit en MMG par secteur (n=241)



L'analyse selon le sexe ne retrouve pas de différence significative ($p > 0,2$) entre les hommes et les femmes concernant les conditions de sécurité en MMG ou les situations d'insécurité rencontrées seul en garde en MMG (tableau 4.10)

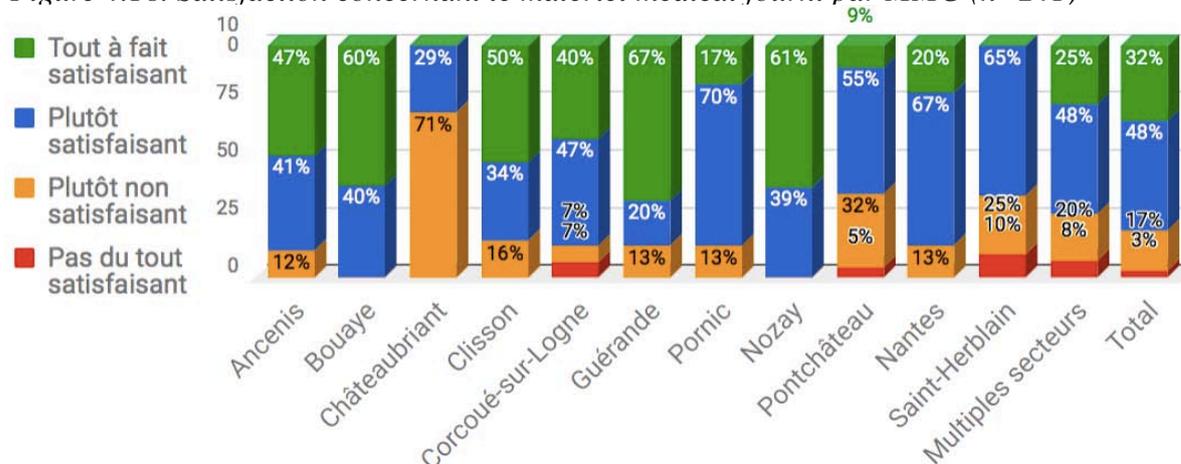
Tableau 4.10. Ressentis sur la sécurité en effection en MMG selon le sexe des effecteurs

Conditions de sécurité (locaux)	Hommes (n=105)	Femmes (n=136)	Total (n=241)	p-value (Fischer-test)
Pas du tout satisfaisant	4 (4%)	11 (8%)	15 (6%)	0.26
Plutôt non satisfaisant	20 (19%)	31 (23%)	51 (21%)	
Plutôt satisfaisant	49 (47%)	63 (46%)	112 (46%)	
Tout à fait satisfaisant	30 (29%)	31 (23%)	61 (25%)	
Ne se prononce pas	2 (2%)	0	2 (1%)	
Situations d'insécurité seul(e) la nuit	Hommes (n=105)	Femmes (n=136)	Total (n=241)	p-value (Fischer-test)
Aucune	86 (82%)	98 (72%)	184 (76%)	0.26
Rarement	15 (14%)	33 (24%)	48 (20%)	
Souvent	2 (2%)	2 (2%)	4 (2%)	
Ne se prononce pas	2 (2%)	3 (2%)	5 (2%)	

- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le matériel médical fourni

Le matériel médical fourni en MMG est satisfaisant pour 80% des participants. Il ne l'est pas pour 71% à Châteaubriant, 37% à Pontchâteau et 35% à Saint-Herblain.

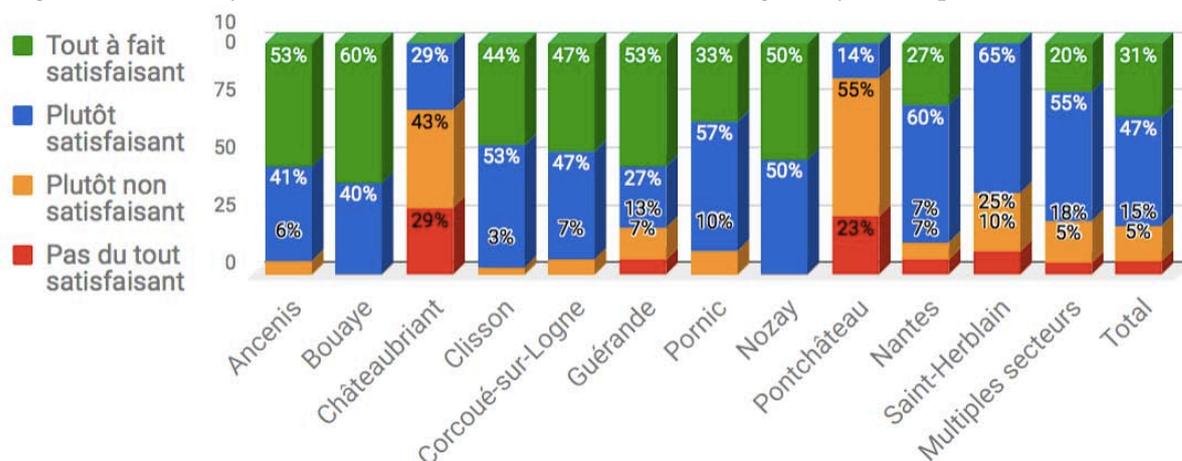
Figure 4.18. Satisfaction concernant le matériel médical fourni par MMG (n=241)



- Réponses au sous-item de la question n°37 sur les médicaments d'urgence fournis

Les médicaments d'urgence fournis en MMG sont satisfaisants pour 78% des participants. Ils ne le sont pas à 78% sur le secteur de Pontchâteau et à 72% sur le secteur de Châteaubriant.

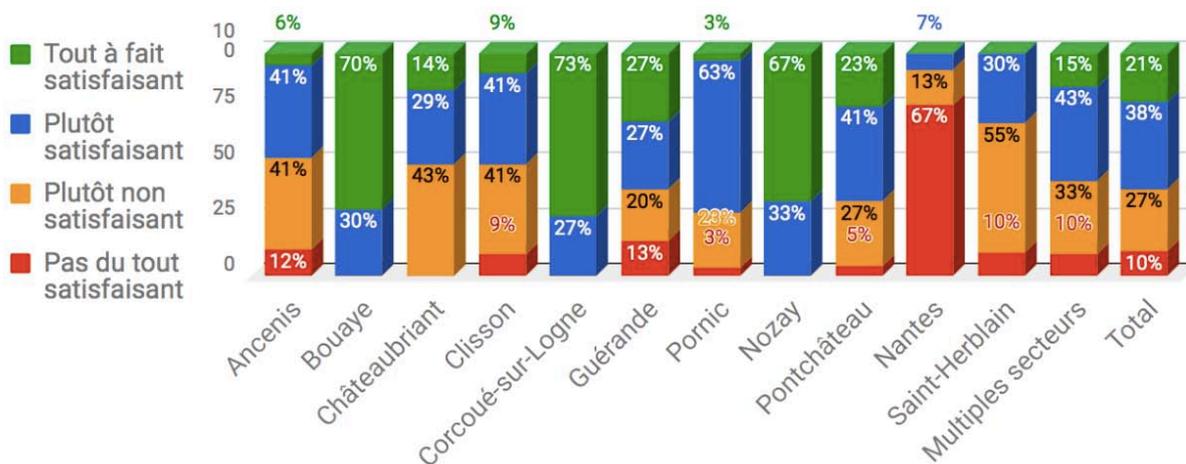
Figure 4.19. Satisfaction concernant les médicaments d'urgence fournis par MMG



- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le matériel informatique en MMG

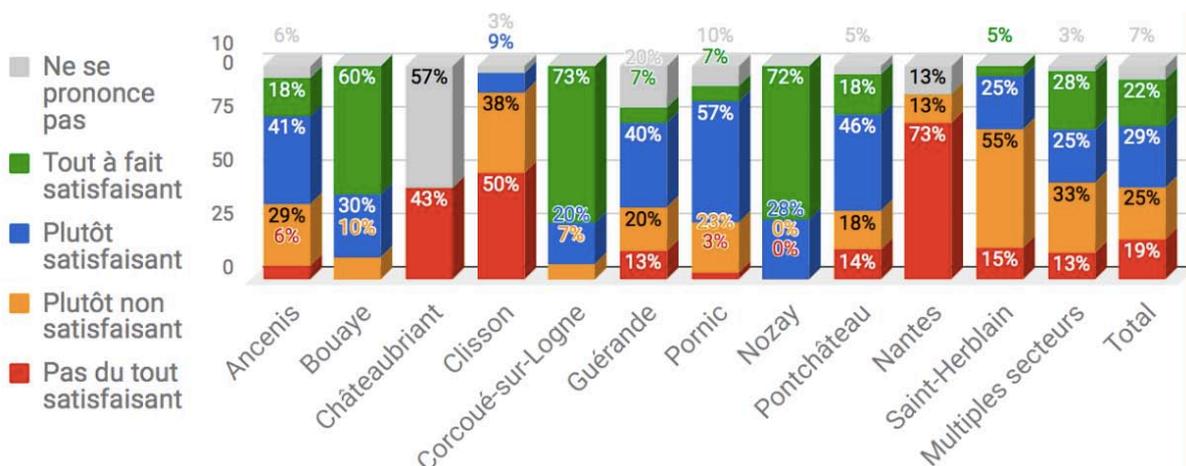
Le matériel informatique des MMG est satisfaisant pour 59% des participants. Il ne l'est pas pour 80% des réponses de la MMG de Nantes et 65% de la MMG de Saint-Herblain.

Figure 4.20. Satisfaction concernant le matériel informatique selon la MMG



- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le logiciel de saisie des consultations

Figure 4.21. Satisfaction concernant le logiciel de saisie selon la MMG

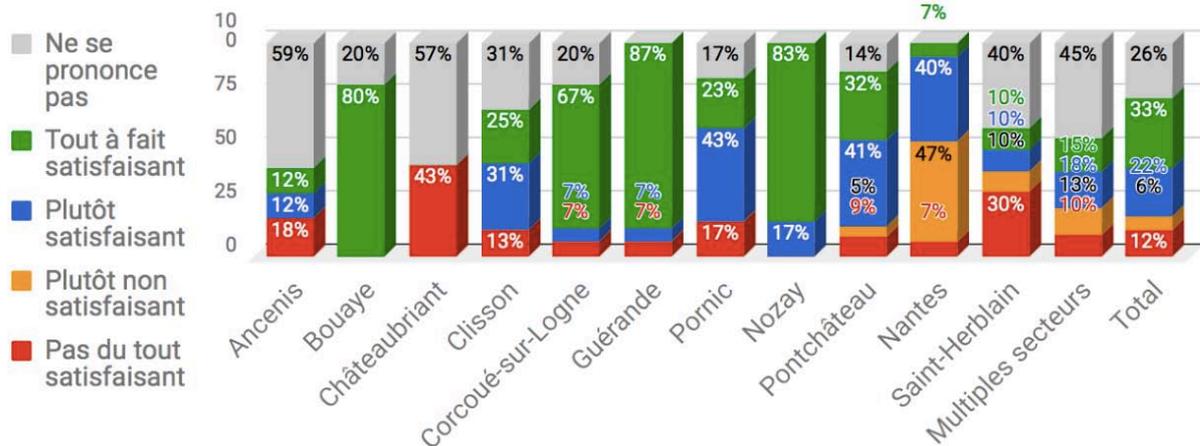


Le logiciel de saisie est satisfaisant pour à peine la moitié (51%) des réponses. Il ne l'est pas pour la majorité de celles des MMG de Nantes (86%), de Clisson (88%) et de Saint-Herblain (70%).

- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le secrétariat de la MMG

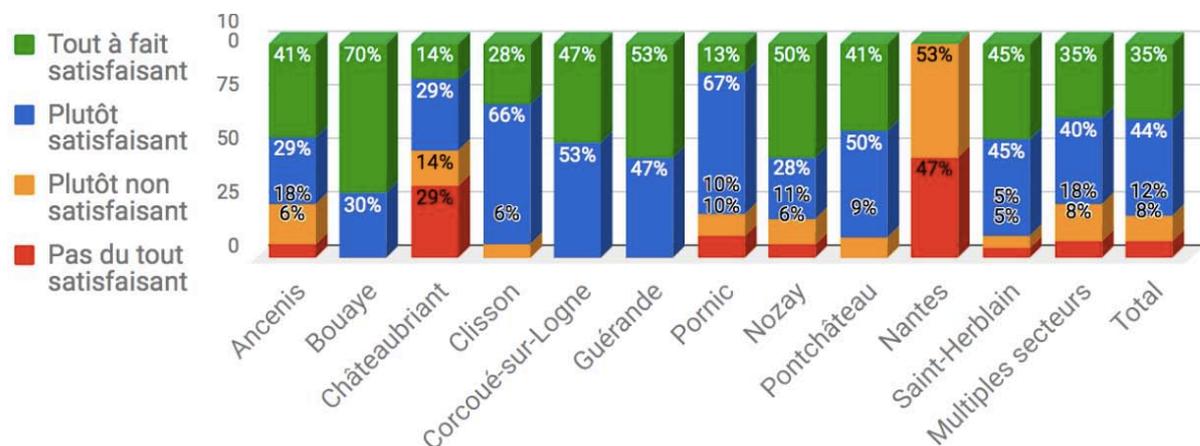
Le secrétariat des MMG est satisfaisant pour 55% des participants. Il ne l'est pas pour 54% des réponses de la MMG de Nantes.

Figure 4.22. Satisfaction concernant le secrétariat de la MMG selon le secteur



- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le montant de l'astreinte le soir en semaine

Figure 4.23. Satisfaction concernant le montant de l'astreinte le soir en semaine par MMG

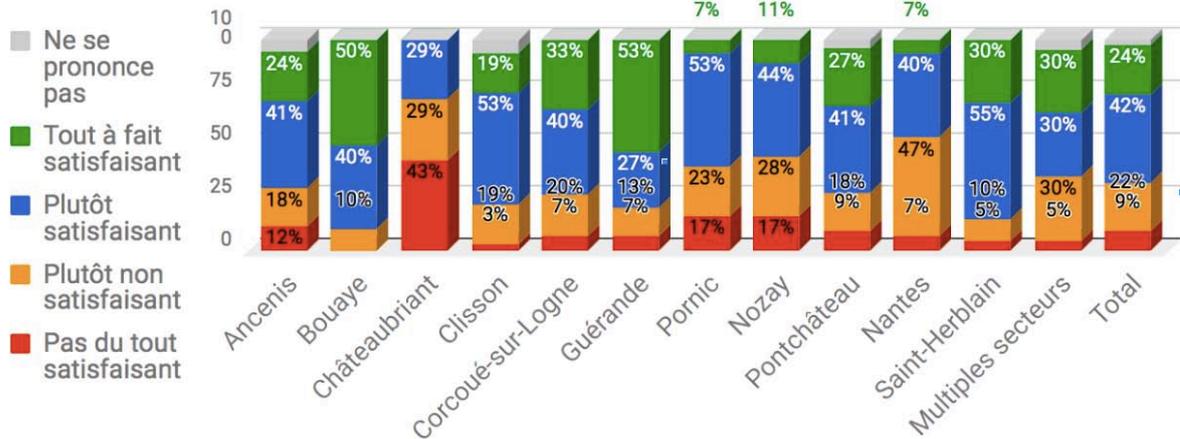


Le montant de l'astreinte en MMG le soir en semaine est satisfaisant pour 79% des participants. Il ne l'est pas pour tous ceux de la MMG de Nantes et pour 44% de celle de Châteaubriant.

- Réponses au sous-item de la question n°37 sur le montant de l'astreinte de journée le week-end

Le montant de l'astreinte de journée le week-end est satisfaisant pour 66% des participants. Elle ne l'est pas pour 72% de ceux de Châteaubriant et pour 54% de ceux de Nantes.

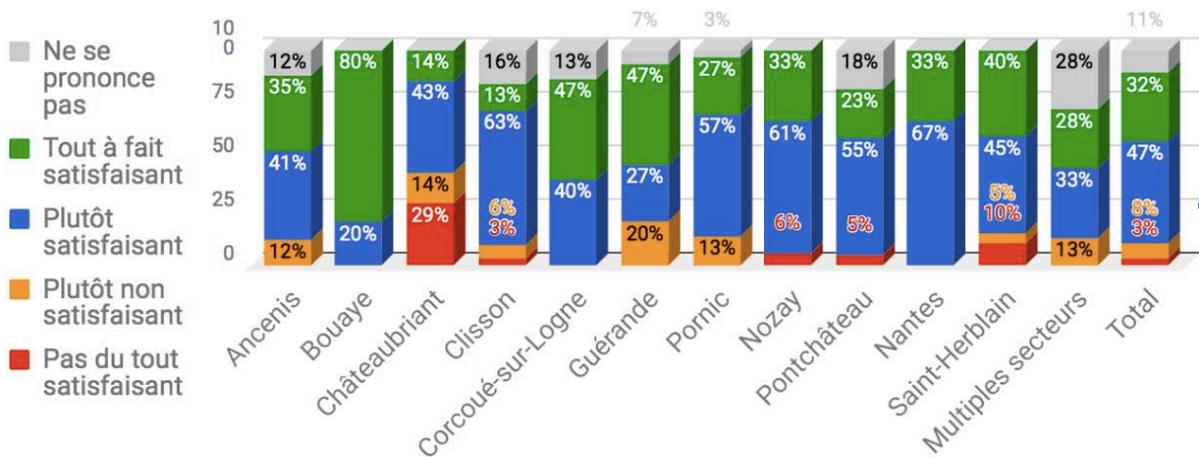
Figure 4.24. Satisfaction concernant le montant de l'astreinte de journée le week-end par MMG



- Réponses au sous-item de la question n°37 sur l'attribution des gardes

L'attribution des gardes (mode et fréquence des choix) est satisfaisante pour 79% des participants. Elle ne l'est pas pour 43% de ceux du secteur de Châteaubriant.

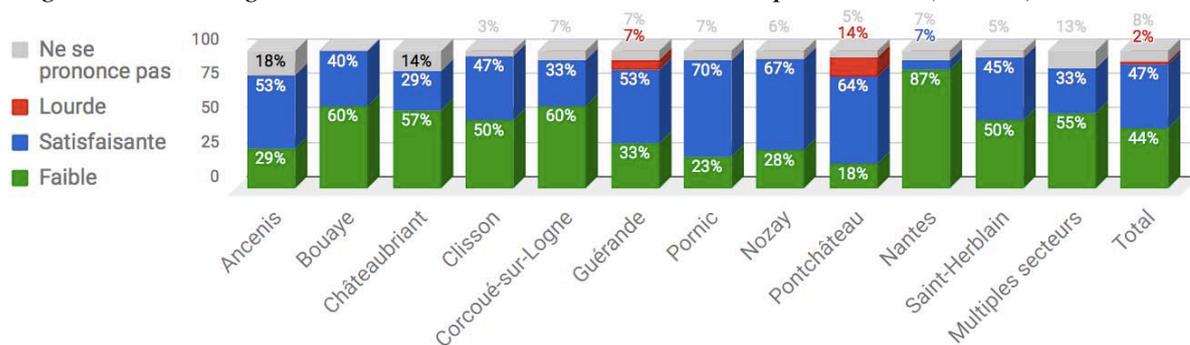
Figure 4.25. Satisfaction concernant l'attribution des gardes en MMG selon le secteur



- Réponses au sous-item de la question n°38 sur la charge d'activité ressentie le soir en semaine

Pour 47% des participants, l'activité en MMG est satisfaisante le soir en semaine, et pour 44% elle est jugée faible. Elle est ressentie comme faible principalement sur les secteurs de Nantes (87% des réponses), de Bouaye (60%), de Corcoué-sur-Logne (60%) et de Châteaubriant (57%).

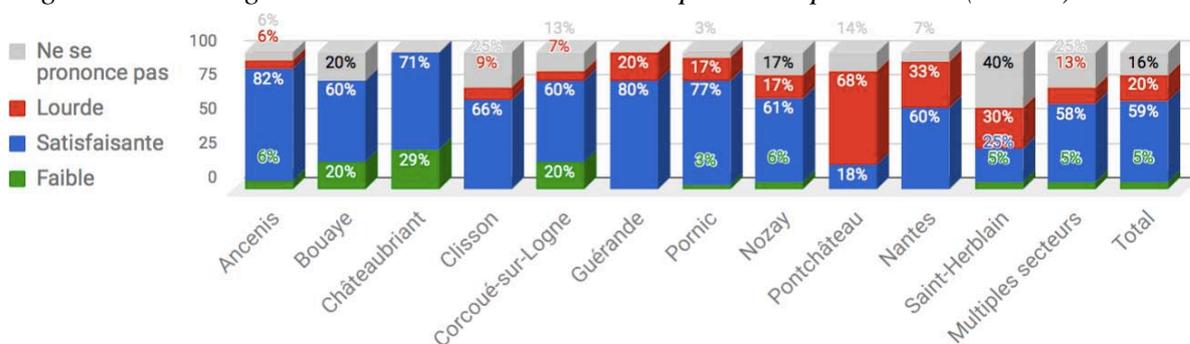
Figure 4.26. Charge d'activité ressentie le soir en semaine par secteur (n=241)



- Réponses au sous-item de la question n°38 sur la charge d'activité ressentie le samedi après-midi

L'activité en MMG le samedi après-midi est satisfaisante pour 59% des participants. Elle est jugée lourde à 68% sur le secteur de Pontchâteau, à 33% sur celui de Nantes et à 30% sur celui de Saint-Herblain.

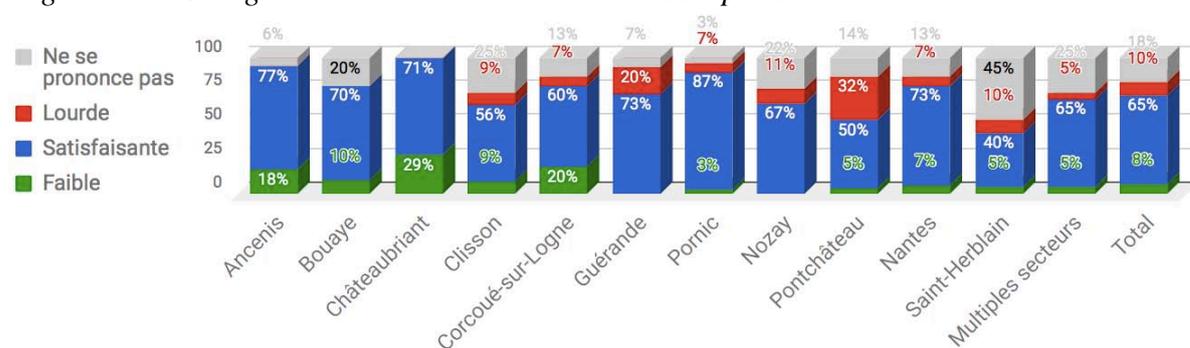
Figure 4.27. Charge d'activité ressentie le samedi après-midi par secteur (n=241)



- Réponses au sous-item de la question n°38 sur la charge d'activité ressentie le samedi soir

La charge d'activité le samedi soir et veille de jour férié est satisfaisante pour 65% des participants. Elle est ressentie comme lourde pour 73% de ceux de la MMG de Pontchâteau, 44% de ceux de Clisson et 40% de ceux de Guérande et Nozay.

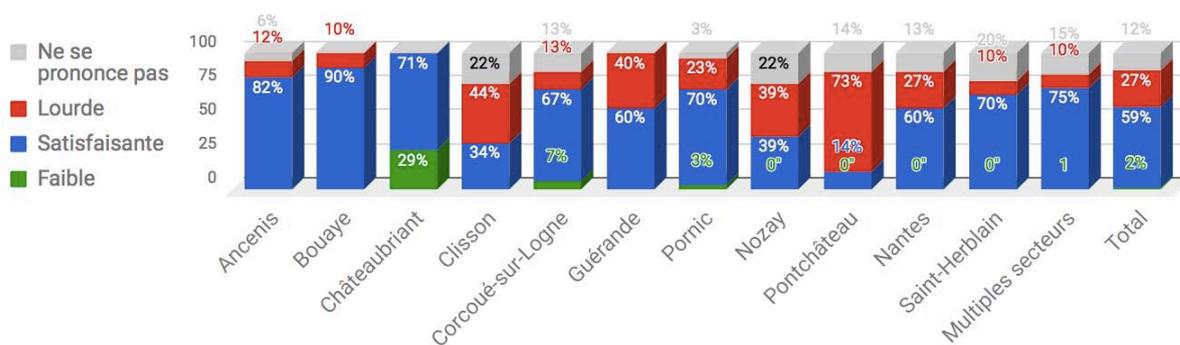
Figure 4.28. Charge d'activité ressentie le samedi soir par secteur



- Réponses au sous-item de la question n°38 sur la charge d'activité ressentie le dimanche

L'activité en MMG les dimanches et jours fériés est satisfaisante pour 59% des participants. Elle est jugée lourde pour 73% de ceux de la MMG de Pontchâteau, 44% de ceux de Clisson et 40% de ceux de Guérande et Nozay.

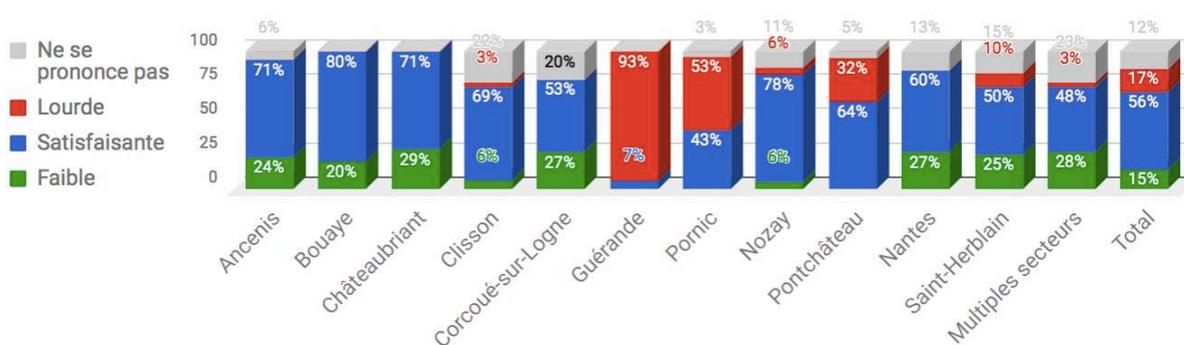
Figure 4.29. Charge d'activité ressentie le dimanche par secteur



- Réponses au sous-item de la question n°38 sur la charge d'activité ressentie en période estivale

L'activité en MMG en période estivale est satisfaisante pour 56% des participants. Elle est jugée lourde pour 93% de ceux de la MMG de Guérande et 53% de celle de Pornic.

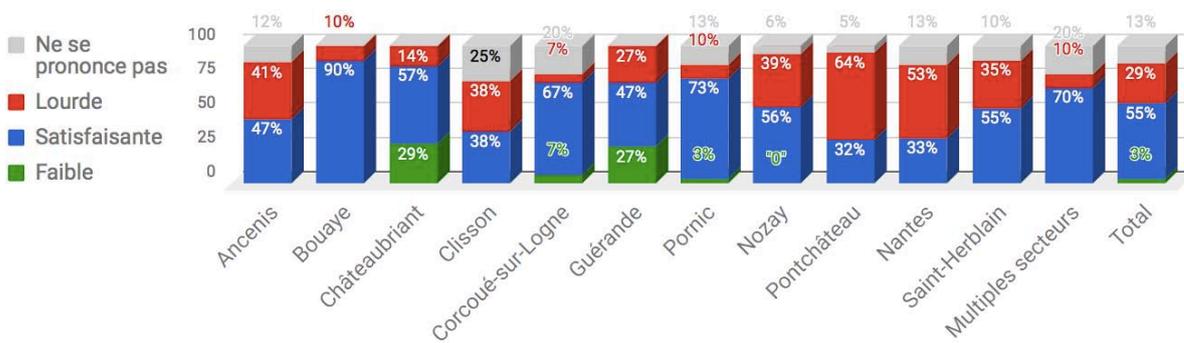
Figure 4.30. Charge d'activité ressentie en période estivale selon le secteur



- Réponses au sous-item de la question n°38 sur la charge d'activité ressentie en période hivernale

La charge d'activité en MMG en période hivernale est satisfaisante pour 55% des participants, mais lourde pour 64% de celle de Pontchâteau et 53% de celle de Nantes.

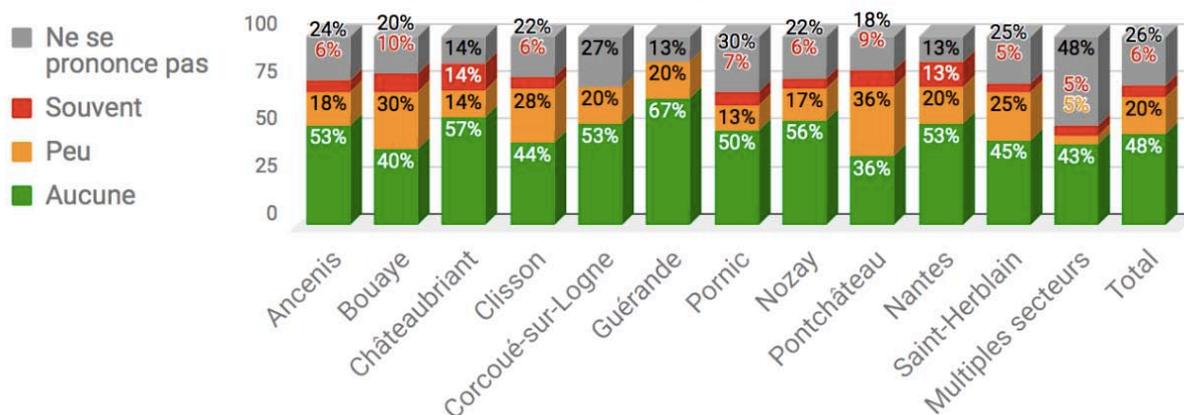
Figure 4.31. Charge d'activité ressentie en période hivernale selon le secteur



- Réponses au sous-item de la question n°41 sur les difficultés de remplacement en cas d'urgence

Pour plus des deux tiers (68%) des participants, il n'y a pas ou peu eu de difficulté pour se faire remplacer en cas d'urgence pour les gardes en MMG.

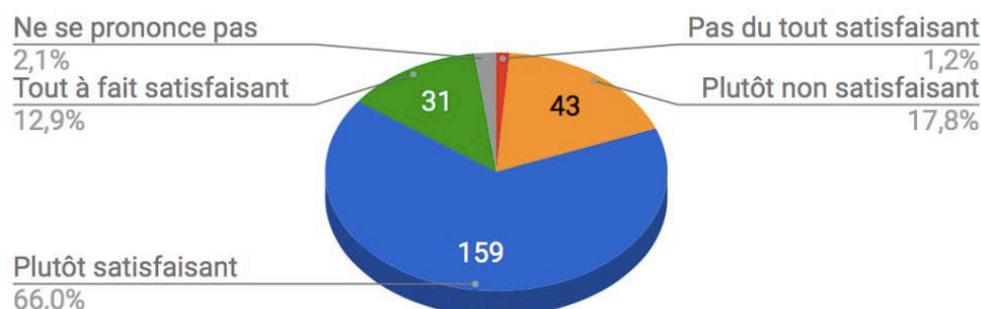
Figure 4.32. Difficultés de remplacement en cas d'urgence selon le secteur



- Réponses au sous-item de la question n°37 sur la pertinence des motifs de consultation et de visite demandées par les régulateurs

Près de 80% des effecteurs participants estiment la pertinence des motifs adressés satisfaisante.

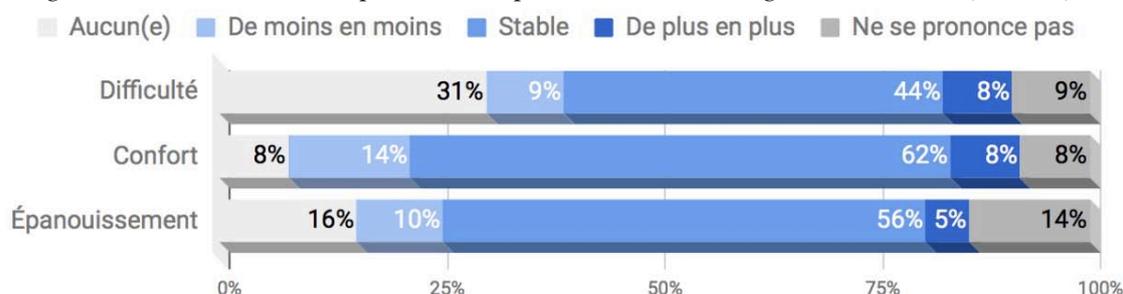
Figure 4.33. Satisfaction concernant la pertinence des motifs de consultation et de visite (n=241)



- Réponses à la question n°42 sur plusieurs aspects du travail de garde en MMG

Plus de la moitié (52%) des participants ont le sentiment que la difficulté du travail de garde en MMG est en diminution ou n'évolue pas. La majorité des participants ne ressent pas non plus d'évolution sur les plans du confort (62%) ou de l'épanouissement (56%) en garde en MMG.

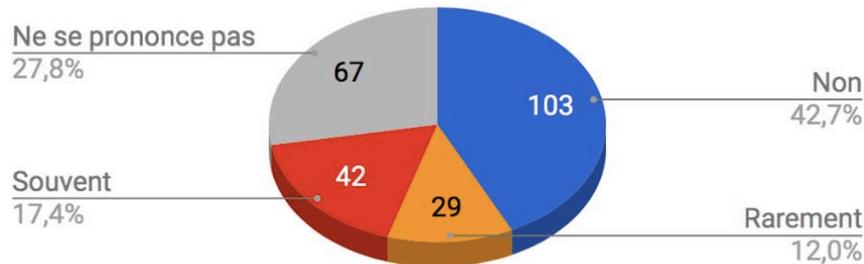
Figure 4.34. Ressentis sur plusieurs aspects du travail de garde en MMG (n=241)



- Réponses au sous-item de la question n°41 sur les difficultés de règlement pour des hospitalisations sous contrainte.

Plus de la moitié (55%) des participants n'ont pas ou peu eu de difficulté de règlement lors d'hospitalisations sous contrainte en garde en MMG.

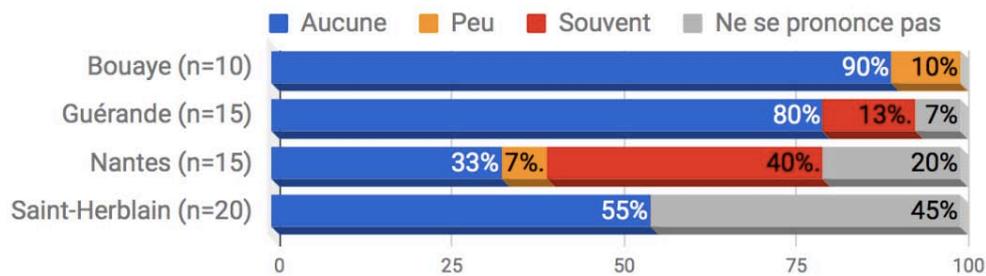
Figure 4.35. Difficultés de règlement pour des hospitalisations sous contrainte (n=241)



- Réponses au sous-item de la question n°41 sur les difficultés de concurrence avec SOS Médecins.

Des difficultés de concurrence avec SOS Médecins sont présentes pour de la moitié (47%) des participants de la MMG de Nantes.

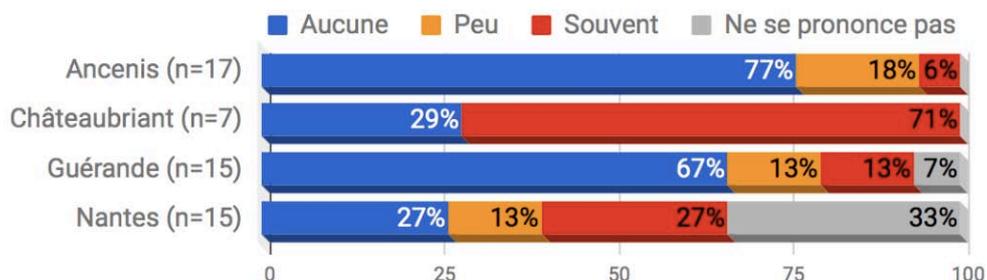
Figure 4.36. Difficultés de concurrence avec SOS Médecins



- Réponses au sous-item de la question n°41 sur les difficultés de concurrence avec le Service d'accueil des Urgences à proximité.

Des difficultés de concurrence avec le Service d'Accueil des Urgences à proximité sont fréquentes pour 71% des participants de la MMG de Châteaubriant et présentes pour 40% de celle de Nantes.

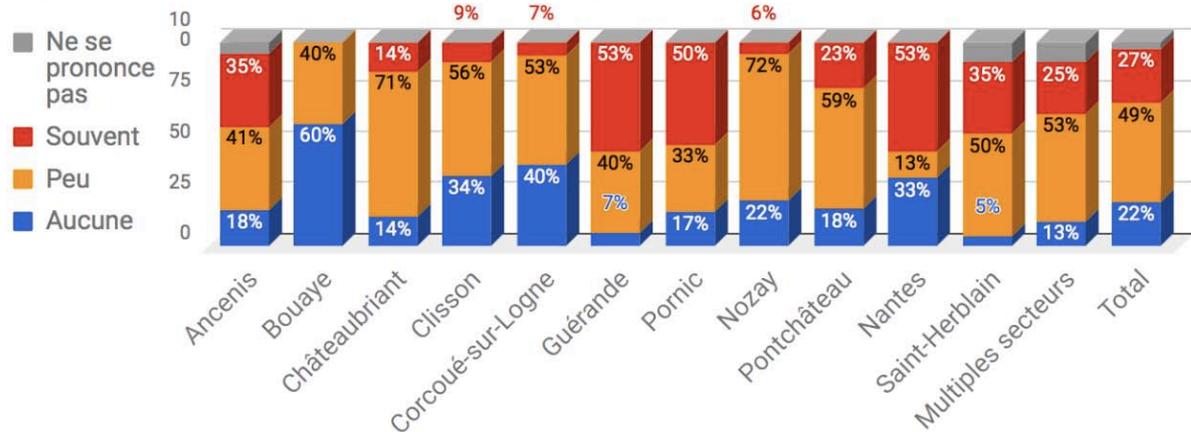
Figure 4.37. Difficultés de concurrence avec le Service d'accueil des Urgences à proximité



- Réponses au sous-item de la question n°41 sur les accès directs non régulés à la MMG

Plus des trois quarts (76%) des effecteurs participants ont eu des difficultés concernant les accès directs non régulés à la MMG, principalement sur les secteurs de Guérande et de Nantes (fréquents à 53%) et sur celui de Pornic (fréquents à 50%).

Figure 4.38. Difficultés d'accès direct non régulé selon la MMG



3.3.6 Avis sur des propositions d'évolution concernant l'effection en MMG

- Réponses au sous-item de la question n°43 sur la dispense d'avance de frais systématique en tiers payant pour les actes en garde en MMG.

La plupart (69%) des effecteurs participants ne sont pas favorables à la dispense d'avance de frais systématique en tiers payant intégral pour les actes faits en garde en MMG, à l'exception de ceux du secteur de Châteaubriant (71% favorables). La majorité (53%) n'est pas non plus favorable au tiers payant systématique sur la part obligatoire (hors Affection Longue Durée), sauf sur les secteurs de Bouaye (90% favorables) de Châteaubriant (71% favorables) et de Nantes (60% favorables).

Figure 4.39. Préférences sur le tiers payant intégral systématique en garde selon le secteur

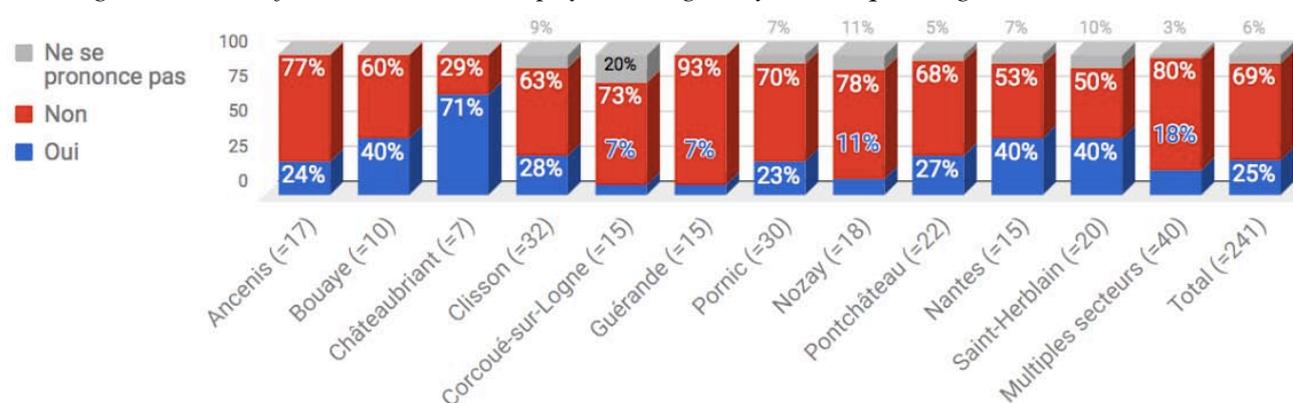
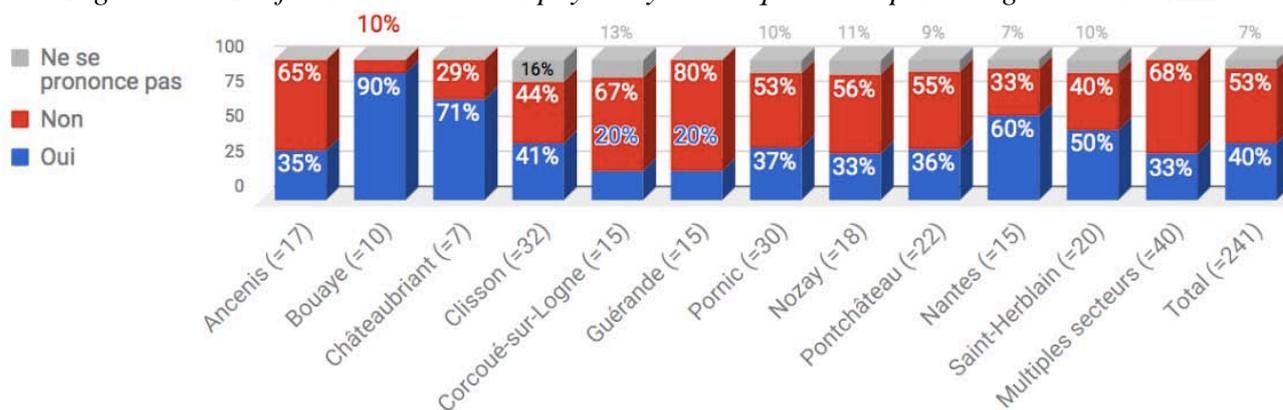


Figure 4.40. Préférences sur le tiers payant systématique sur la part obligatoire hors ALD



- Réponses aux sous-items de la question n°43 sur des propositions concernant l'effecton en MMG

Tableau 4.11. Répartition des avis sur des propositions d'évolution selon le secteur

Sous-items Question n°43	Avancer la garde en semaine			Ouvrir une plage de garde le samedi matin			Diviser en deux les gardes des dimanches et jours fériés			Accepter plus d'entrées directes non régulées		
	Oui	Non	NSPP	Oui	Non	NSPP	Oui	Non	NSPP	Oui	Non	NSPP
Ancenis (=17)	12%	82%	6%	24%	65%	12%	24%	59%	18%	6%	94%	0%
Bouaye (=10)	50%	40%	10%	60%	40%	0%	30%	60%	10%	10%	90%	0%
Châteaubriant (=7)	29%	71%	0%	57%	43%	0%	43%	57%	0%	29%	71%	0%
Clisson (=32)	19%	75%	6%	25%	75%	0%	47%	47%	6%	9%	91%	0%
Corcoué-sur-Logne (=15)	13%	73%	13%	20%	67%	13%	40%	60%	0%	7%	93%	0%
Guérande (=15)	20%	80%	0%	27%	73%	0%	27%	73%	0%	20%	67%	13%
Pornic (=30)	7%	90%	3%	17%	80%	3%	23%	60%	17%	13%	87%	0%
Nozay (=18)	11%	83%	6%	17%	83%	0%	67%	22%	11%	0%	100%	0%
Pontchâteau (=22)	9%	91%	0%	27%	73%	0%	50%	36%	14%	0%	91%	9%
Nantes (=15)	0%	100%	0%	20%	60%	20%	60%	20%	20%	60%	27%	13%
Saint-Herblain (=20)	5%	85%	10%	25%	70%	5%	65%	10%	25%	25%	70%	5%
Multipl. secteurs (=40)	25%	65%	10%	43%	50%	8%	45%	43%	13%	23%	65%	13%
Total (=241)	15%	79%	6%	28%	67%	5%	44%	44%	12%	16%	79%	5%

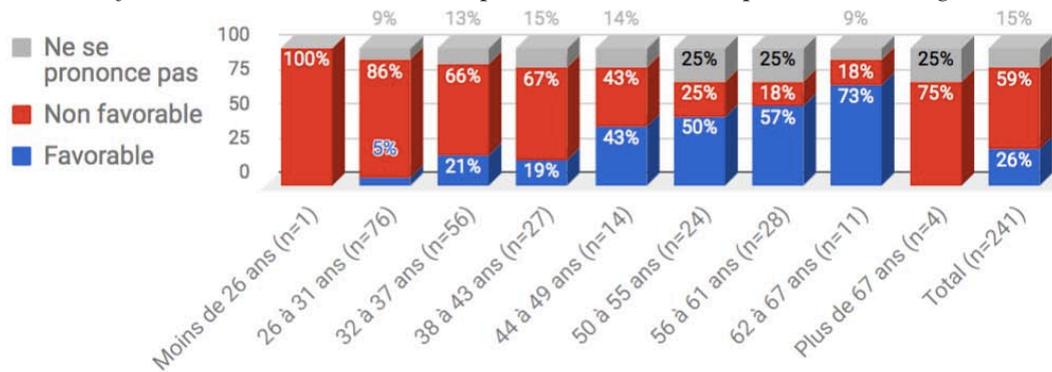
La plupart (79%) des participants n'est pas favorable à avancer le début de la garde en semaine (19h30 ou 19h00) à l'exception de Bouaye où la moitié (50%) y est favorable. Plus des deux tiers (67%) des participants ne sont pas favorables à ouvrir une plage de garde le samedi

matin, à l'exception du secteur de Bouaye et de Châteaubriant (60% et 57% favorables). La proposition de diviser en deux les gardes de journée des dimanches et jours fériés a autant de réponses en sa faveur qu'en sa défaveur. Les secteurs avec le plus de réponses favorables sont ceux de Nozay (67%), de Saint-Herblain (65%) et de Nantes (60%). Près de 80% des participants sont opposés à accepter plus d'entrées directes, à l'exception de ceux de Nantes où 60% y sont favorables.

- Réponses aux sous-items de la question n°43 sur la rétrocession partielle lors de remplacements de garde en MMG.

La majorité (59%) des participants, principalement les plus jeunes, ne sont pas favorables, lors de remplacements de garde en MMG, à une rétrocession partielle de l'astreinte au titre du travail d'encaissement et du risque d'impayé pour le médecin remplacé.

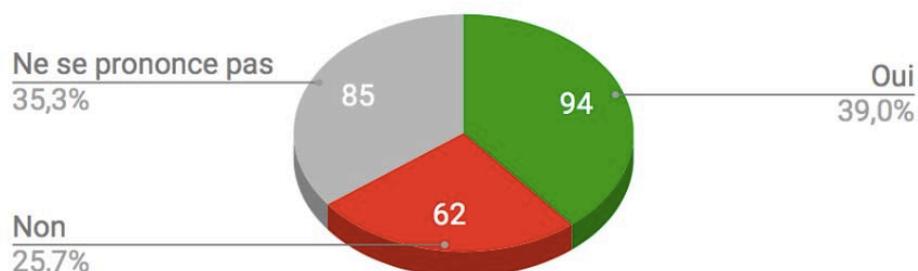
Figure 4.41. Préférences sur la rétrocession partielle lors de remplacements de garde selon l'âge



- Réponses aux sous-items de la question n°43 sur la poursuite des gardes sur les secteurs ne pouvant permettre l'exonération fiscale zone fragile.

Plus d'un tiers (39%) des participants est favorable à poursuivre les gardes en MMG sur les secteurs ne permettant pas l'exonération fiscale en zone fragile.

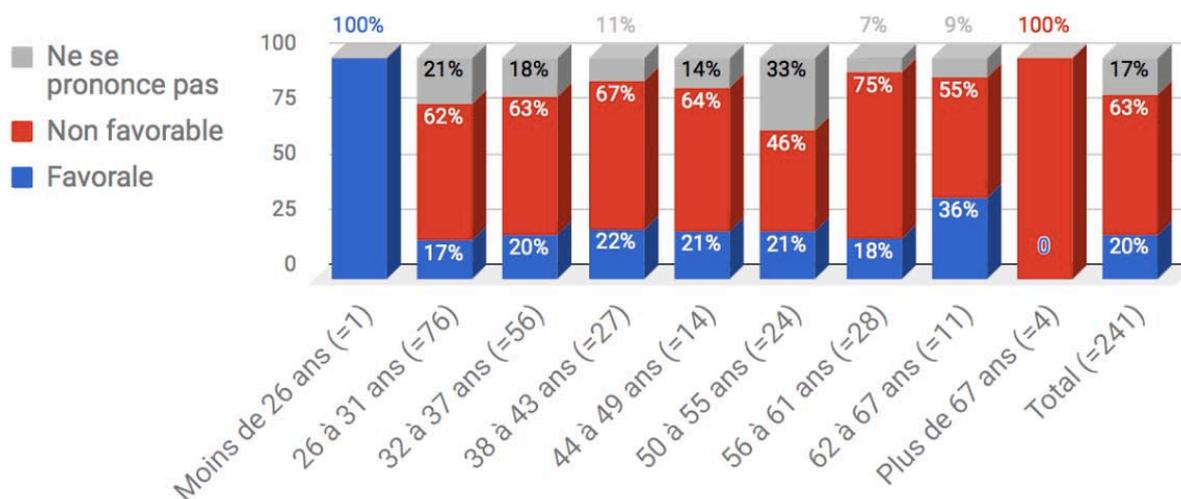
Figure 4.42. Poursuites des gardes sur les secteurs ne bénéficiant pas de l'exonération fiscale zone fragile (n=241)



- Réponses aux sous-items de la question n°43 sur la professionnalisation de l'effectif en MMG.

La majorité (63%) des participants n'est pas favorable à la professionnalisation (salariat ou type SOS médecins) pour les gardes en MMG, et ce indépendamment de l'âge.

Figure 4.43. Préférences sur la professionnalisation de l'effectif en MMG selon l'âge



- Réponses à la question n°44 sur des propositions pour les visites en journée le week-end.

Tableau 4.12. Préférences pour les visites en journée le week-end selon le secteur

Préférences pour les visites les samedis et dimanches en journée	Le médecins de garde à la MMG		Un médecin d'astreinte de visite en plus de celui de garde à la MMG		Un médecin mobile de jour		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ancenis (=17)	7	41%	6	35%	4	24%	4	24%
Bouaye (=10)	3	30%	2	20%	5	50%	1	10%
Châteaubriant (=7)	0	0%	1	14%	6	86%	0	0%
Clisson (=32)	1	3%	26	81%	10	31%	2	6%
Corcoué-sur-Logne (=15)	3	20%	10	67%	6	40%	0	0%
Guérande (=15)	2	13%	7	47%	9	60%	1	7%
Pornic (=30)	10	33%	7	23%	14	47%	3	10%
Nozay (=18)	1	6%	15	83%	5	28%	2	11%
Pontchâteau (=22)	2	9%	11	50%	15	68%	2	9%
Nantes (=15)	1	7%	8	53%	4	27%	4	27%
Saint-Herblain (=20)	2	10%	13	65%	11	55%	1	5%
Multiplés secteurs (=40)	2	5%	26	65%	24	60%	2	5%
Total (=241)	34	14%	132	55%	113	47%	22	9%

Pour les visites en journée le week-end, 55% des effecteurs participants sont favorables à un médecin d'astreinte de visite en plus de celui de garde à la MMG, principalement sur les secteurs de

Nozay (83%) et de Clisson (81%), alors que 47% sont favorables à un médecin mobile de jour avec des secteurs semblable à ceux de la nuit profonde (86% de favorables à Châteaubriant).

- Réponses à la question n°45 sur l'attribution des dates de garde difficiles à pourvoir

Tableau 4.13. Préférences pour l'attribution des dates difficiles à pourvoir selon le secteur

Préférences pour les dates de gardes difficiles à pourvoir	Laisser le choix libre pour tous		Quota annuel pour chaque effecteur		Tirage au sort parmi ceux qui n'en ont pas pris les 3 dernières années		Demander aux médecins non installés à les compléter en priorité		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ancenis (=17)	4	24%	7	41%	6	35%	5	29%	2	12%
Bouaye (=10)	2	20%	0	0%	7	70%	3	30%	1	10%
Châteaubriant (=7)	1	14%	3	43%	4	57%	4	57%	0	0%
Clisson (=32)	15	47%	8	25%	14	44%	11	34%	2	6%
Corcoué-sur-Logne (=15)	7	47%	3	20%	6	40%	2	13%	3	20%
Guérande (=15)	8	53%	3	20%	8	53%	4	27%	1	7%
Pornic (=30)	14	47%	10	33%	16	53%	7	23%	0	0%
Nozay (=18)	11	61%	6	33%	5	28%	1	6%	0	0%
Pontchâteau (=22)	5	23%	5	23%	13	59%	5	23%	1	5%
Nantes (=15)	9	60%	7	47%	6	40%	4	27%	0	0%
Saint-Herblain (=20)	13	65%	0	0%	8	40%	3	15%	2	10%
Multiples secteurs (=40)	18	45%	13	33%	14	35%	4	10%	5	13%
Total (=241)	107	44%	65	27%	107	44%	53	22%	17	7%

Pour les dates de garde difficiles à pourvoir (14 juillet, 15 août, Noël...), il y a autant (44%) de réponses pour laisser le choix libre que pour un tirage au sort parmi ceux qui n'en ont pas fait depuis les trois dernières années. Les secteurs avec le plus de réponses en faveur du choix libre sont ceux de Saint-Herblain (65%), de Nozay (61%) et de Nantes (60%). Les secteurs en faveur du tirage au sort sont ceux de Bouaye (70%), de Pontchâteau (59%) et de Châteaubriant (57%).

- Réponses à la question n°46 et 47 sur l'accompagnement d'internes en garde en MMG

Seulement 12 effecteurs ont accueilli un interne avec eux en garde en MMG. Parmi ceux qui ne l'ont pas encore fait, les deux tiers (125/190) y sont favorables.

Tableau 4.14. Répartition des accueils d'internes et des souhaits d'accompagnement chez les effecteurs participants (en excluant les 5 internes et les 28 remplaçants non thésés participants)

Accueil d'interne en MMG	Favorable pour en accueillir		Ne souhaite pas en accueillir		Ne se prononce pas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A déjà eu un interne	10	7%	0	0%	2	5%	12	6%
N'a pas eu d'interne	125	93%	25	100%	40	95%	190	94%
Total	135	67%	25	12%	42	21%	202	100%

3.3.7 Questions pour les non-effecteurs en MMG

- Réponses à la question n°49 sur les motifs de non-participation à l'effectif en MMG

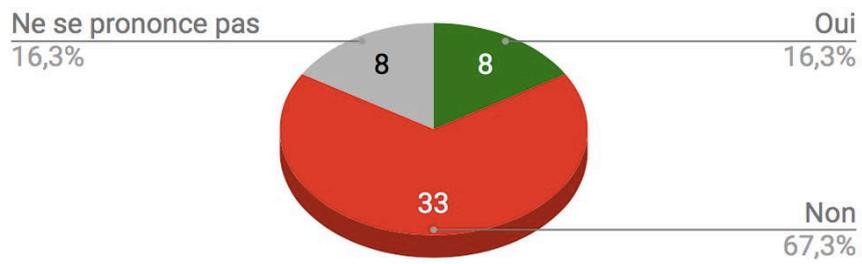
Les principaux motifs de non-participation à l'effectif en MMG chez les autres participants à la PDSA sont l'absence d'intérêt pour cet exercice (27%) et la difficulté à concilier avec l'activité de jour (25%). Les réponses libres ajoutées sont la « difficulté à concilier les gardes en MMG avec une autre activité de PDSA » (6 réponses), la « couverture du secteur par SOS Médecins » (3 réponses), l'« absence de retour des responsables des MMG aux alentours » (1 réponse), le « travail en MMG trop fatigant par rapport à la régulation » (1 réponse) et l'« obligation de faire les gardes à la MMG » (1 réponse).

Tableau 4.15. Motifs de non-participation à l'effectif en MMG selon le sexe

Motifs de non-participation aux gardes en MMG	Hommes		Femmes		Total	
	N(37)	%	N(12)	%	N(49)	%
Pas intéressé par ce mode d'exercice	11	30%	2	17%	13	27%
Difficulté à concilier avec votre activité de jour	6	16%	6	50%	12	25%
Difficulté à concilier avec la vie familiale	4	11%	3	25%	7	14%
Éloignement de la MMG	5	14%	2	17%	7	14%
Crainte pour votre sécurité seul(e) la nuit	2	5%	2	17%	4	8%
Horaires contraignants	3	8%	1	8%	4	8%
Méconnaissance du fonctionnement	3	8%	0	0%	3	6%
Crainte de gardes sans activité peu rémunératrices	2	5%	1	8%	3	6%
Fatigue liée à l'âge	2	5%	1	8%	3	6%
Secteur attribué à SOS Médecins	1	3%	1	8%	2	4%
Difficulté d'accès administratif ou réglementaire	1	3%	0	0%	1	2%
Manque de compétence	1	3%	0	0%	1	2%

- Réponses à la question n°50 sur le souhait à participer à l'effection en MMG

Figure 4.44: Volontaires à participer à l'effection en MMG



Parmi les 49 non participants aux gardes en MMG, seuls 8 (16%) souhaitent y participer.

3.4 Résultats concernant l'effecton mobile

3.4.1 Participation à l'étude des médecins effecteurs mobiles

Le taux de réponse des médecins effecteurs mobiles est de 75,3 %, allant de 58% pour ceux du secteur de Savenay à 78% pour celui de Clisson. La marge d'erreur de représentativité calculée pour un intervalle confiance de 95% est de 6,3 % pour les résultats portant sur l'ensemble des effecteurs mobiles et de 16,5% à 30,2% pour les résultats spécifiques à chaque secteur d'effecton.

Figure 5.1. Participation des médecins mobiles au questionnaire (n=81)

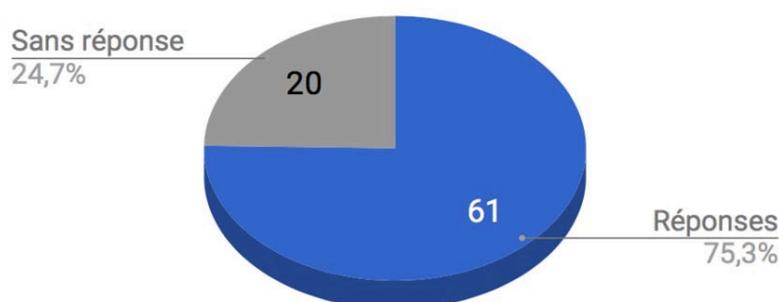


Tableau 5.1. Participation à l'étude selon le secteur d'effecton mobile

Participation à l'étude selon le secteur d'effecton mobile	Ancenis		Clisson		Pornic		Nozay		Savenay		Multiples secteurs		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre d'inscrits	25	100%	23	100%	22	100%	20	100%	19	100%	17	100%	81	100%
Nombre de réponses	18	72%	18	78%	15	68%	14	70%	11	58%	10	59%	61	75%
Sans réponse	7	28%	5	22%	7	32%	6	30%	8	42%	7	41%	20	25%
Nombre d'inscrits sur un secteur	12	48%	12	52%	14	64%	15	75%	11	58%	0	0%	64	79%
Réponses sur un seul secteur	10	40%	11	48%	10	45%	13	65%	7	37%	0	0%	51	63%
Nombre d'inscrits sur plusieurs secteurs	13	52%	11	48%	8	36%	5	25%	8	42%	17	100%	17	21%
Réponses sur plusieurs secteurs	8	32%	7	30%	5	23%	1	5%	4	21%	10	59%	10	12%
Marge d'erreur (IC 95%)	24,5%		21,8%		23,4%		16,5%		30,2%		20,5 %		6,3%	

Figure 5.2. Répartition des participants à l'étude par secteur d'effecteur mobile



3.4.2 Données démographiques des effecteurs mobiles participants

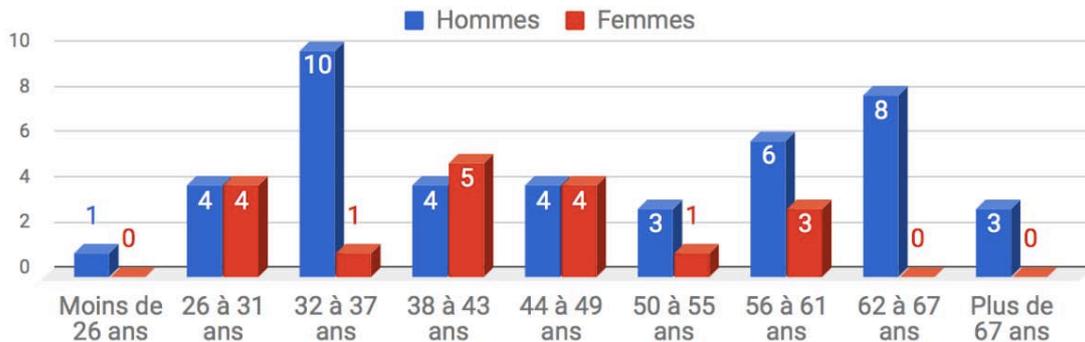
Tableau 5.2. Répartition des effecteurs participants selon l'âge, le sexe et le secteur

Répartition des effecteurs mobiles selon le secteur	Ancenis		Clisson		Pornic		Nozay		Savenay		Multiples secteurs		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes	4	40%	5	46%	9	90%	10	77%	7	100%	8	80%	43	71%
Femmes	6	60%	6	55%	1	10%	3	23%	0	0%	2	20%	18	30%
Sexe-ratio	0,7		0,8		9		3,3		1:0		4		2,4	
Moins de 26 ans	0	0%	0	0%	1	10%	0	0%	0	0%	0	0%	1	2%
26 à 31 ans	1	10%	3	27%	1	10%	0	0%	1	14%	2	20%	8	13%
32 à 37 ans	1	10%	5	46%	0	0%	1	8%	1	14%	3	30%	11	18%
38 à 43 ans	5	50%	0	0%	0	0%	2	15%	2	29%	0	0%	9	15%
44 à 49 ans	0	0%	2	18%	0	0%	4	31%	0	0%	2	20%	8	13%
50 à 55 ans	0	0%	0	0%	3	30%	0	0%	1	14%	0	0%	4	7%
56 à 61 ans	2	20%	1	9%	4	40%	2	15%	0	0%	0	0%	9	15%
62 à 67 ans	1	10%	0	0%	1	10%	3	23%	1	14%	2	20%	8	13%
Plus de 67 ans	0	0%	0	0%	0	0%	1	8%	1	14%	1	10%	3	5%
Total	10		11		10		13		7		10		61	
Âge moyen (±6ans)	44,7		37,2		50,7		52,5		47,4		45,3		46,4	

L'âge moyen des effecteurs mobiles participants est de 46 ± 6 ans. Les secteurs qui ont la plus grande proportion de participants âgés sont ceux de Nozay (moyenne d'âge de $52,5 \pm 6$ ans, 31% ont 62 ans ou plus) et de Pornic (moyenne d'âge de 50 ± 6 ans, 50 % ont 56 ans ou plus.). Le secteur de Clisson est celui où les participants sont les plus jeunes avec une moyenne d'âge de 37 ± 6 ans et

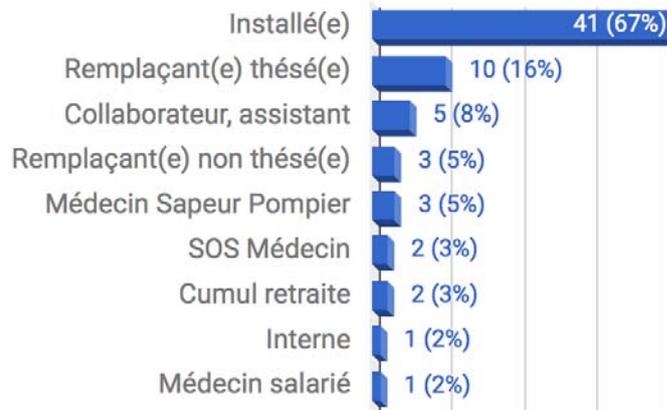
73% qui ont moins de 38 ans. Avec 43 hommes pour 18 femmes, le sexe-ratio est de 2,38. Les secteurs avec le moins de participantes sont ceux de Savenay (aucune) et de Pornic (sexe-ratio à 9). Les secteurs avec le plus de participantes sont ceux d'Ancenis (sexe-ratio à 0,7) et de Clisson (sexe-ratio à 0,8).

Figure 5.3. Répartition des effecteurs mobiles participants selon le sexe et la tranche d'âge



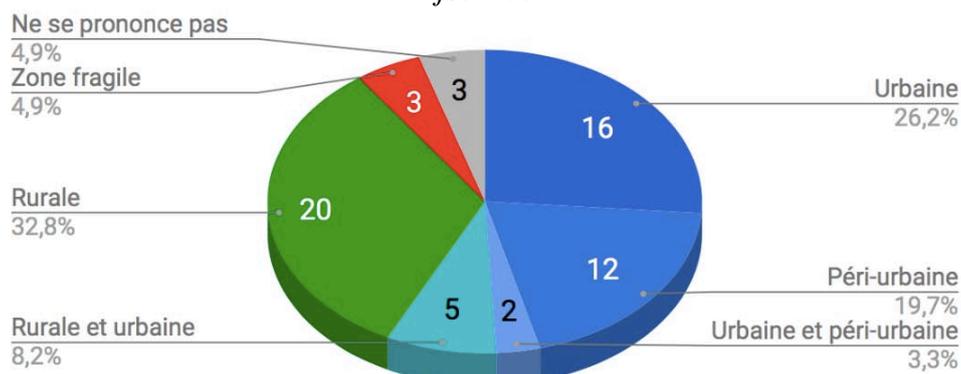
Plus des deux tiers (67%) des effecteurs mobiles participants sont installés et 21% sont des remplaçants.

Figure 5.4. Répartition des effecteurs mobiles participants (n=61) selon le statut professionnel



Près de la moitié (49%) des effecteurs mobiles participants exercent en journée exclusivement en zone urbaine ou périurbaine. Un tiers exerce exclusivement en zone rurale et 5% en zone fragile (déficit médical).

Figure 5.5. Répartition des effecteurs mobiles participants (n=61) selon le zone d'exercice en journée



3.4.3 Motivations et freins à la participation aux gardes d'effectif mobile

- Réponses à la question n°62 sur les motifs de participation aux gardes mobiles

Tableau 5.3. Motifs de participation à l'effectif mobile selon le sexe et l'âge

Motifs de participation aux gardes mobiles	Hommes		Femmes		Moins de 38 ans		38 à 55 ans		Plus de 55 ans		Total	
	N(43)	%	N(18)	%	N(20)	%	N(21)	%	N(20)	%	N(61)	%
Intérêt financier	33	77%	14	78%	18	90%	18	86%	11	55%	47	77%
Impression d'apporter un service au patient réel et reconnu	30	70%	14	78%	14	70%	16	76%	14	70%	44	72%
Expérience de travail originale et enrichissante	24	56%	12	67%	15	75%	10	48%	11	55%	36	59%
Exonération fiscale (en zone déficitaire)	20	47%	9	50%	7	35%	15	71%	7	35%	29	48%
Éthique déontologique	17	40%	8	44%	7	35%	11	52%	7	35%	25	41%
Diversité des motifs d'intervention	18	42%	6	33%	10	50%	6	29%	8	40%	24	39%
Peu de tâches administratives en dehors de la garde	15	35%	7	39%	9	45%	9	43%	4	20%	22	36%
Bonnes conditions d'exercice	15	35%	5	28%	3	15%	12	57%	5	25%	20	33%

Les principales motivations à participer à l'effectif mobile sont l'intérêt financier (77%) sauf chez les plus de 55 ans (55%), l'impression d'apporter un service au patient réel et reconnu (72%), et l'expérience de travail différente de l'activité habituelle (59%) principalement chez les moins de 38 ans (75%). L'exonération fiscale en zone déficitaire est un facteur de motivation pour 70% des participants de Nozay (**tableau 5.4**). La réponse ajoutée au sous-item libre "Autre" est le « souhait de continuer les gardes malgré le fait que son cabinet soit situé en zone couverte par SOS Médecins ».

Tableau 5.4. Deux motifs de participation à l'effectif mobile selon le secteur

Répartition de deux motifs de participation selon le secteur	Ancenis (n=10)	Clisson (n=11)	Pornic (n=10)	Nozay (n=13)	Savenay (n=7)	multiples secteurs (n=10)
Exonération fiscale (en zone déficitaire)	40%	36%	50%	69%	29%	50%
Bonnes conditions d'exercice	50%	18%	50%	15%	43%	30%

- Réponses à la question n°63 sur les motifs de diminution de la participation aux gardes mobiles

Tableau 5.5. Freins à la participation aux gardes mobiles selon le sexe et l'âge

Freins à la participation aux gardes mobiles selon l'âge et le sexe	Hommes		Femmes		Moins de 38 ans		38 à 55 ans		Plus de 55 ans		Total	
	N(43)	%	N(18)	%	N(20)	%	N(21)	%	N(20)	%	N(61)	%
Agrandissement des secteurs de garde	28	65%	14	78%	18	90%	16	76%	8	40%	42	69%
Augmentation de la charge d'activité en garde	24	56%	9	50%	13	65%	10	48%	10	50%	33	54%
Fatigue liée à l'âge	19	44%	10	56%	4	20%	11	52%	14	70%	29	48%
Plus l'intérêt financier	18	42%	9	50%	11	55%	12	57%	4	20%	27	44%
Augmentation de la charge de travail au cabinet	13	30%	9	50%	12	60%	7	33%	3	15%	22	36%
Augmentation d'actes médico-administratifs	15	35%	6	33%	11	55%	7	33%	3	15%	21	34%
Répétition de gardes sans activité	3	7%	1	6%	1	5%	2	10%	1	5%	4	7%

Tableau 5.6. Freins à la participation aux gardes mobiles par secteur d'effectif

Freins à la participation aux gardes mobiles selon le secteur	Ancenis	Clisson	Pornic	Nozay	Savenay	multiples secteurs	Total
	(n=10)	(n=11)	(n=10)	(n=13)	(n=7)	(n=7)	(n=61)
Agrandissement des secteurs de garde	70%	82%	60%	62%	71%	70%	69%
Augmentation de la charge d'activité en garde	70%	64%	30%	31%	57%	80%	54%
Fatigue liée à l'âge	50%	27%	70%	46%	71%	30%	48%
Plus l'intérêt financier	30%	73%	20%	62%	14%	50%	44%
Augmentation de la charge de travail au cabinet	60%	45%	20%	23%	43%	30%	36%
Augmentation d'actes médico-administratifs	10%	55%	50%	23%	57%	20%	34%
Répétition de gardes sans activité	10%	9%	0%	8%	14%	0%	7%

Les principaux facteurs pouvant freiner leur participation à l'effectif mobile sont chez les effecteurs participants, l'agrandissement des secteurs de garde (69%) notamment pour les moins de 38 ans (90%), l'augmentation de la charge d'activité en garde (54%) et la fatigue liée à l'âge (48%) surtout pour les plus de 55 ans (70%) et également pour les effecteurs à Pornic (70%) et à Savenay (71%) (**tableaux 5.5 et 5.6**). Les réponses ajoutées au sous-item libre "Autre" sont une « mauvaise relation avec le SAMU » et « l'arrêt des gardes suite à un rappel fiscal pour zones non déficitaires ».

- Réponses à la question n°68 sur les intentions de poursuite de l'effectif mobile

Tableau 5.7. Répartition des intentions de poursuite des gardes mobiles selon le sexe et l'âge

Poursuite participation aux gardes mobiles	Moins d'1 an		Entre 1 et 3 ans		Plus de 3 ans		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes (=43)	4	9%	10	23%	25	58%	4	9%
Femmes (=18)	2	11%	8	44%	8	44%	0	0%
Moins de 26 ans (=1)	0	0%	1	100%	0	0%	0	0%
26 à 31 ans (=8)	0	0%	3	38%	5	63%	0	0%
32 à 37 ans (=11)	3	27%	1	9%	4	36%	3	27%
38 à 43 ans (=9)	1	11%	1	11%	7	78%	0	0%
44 à 49 ans (=8)	1	13%	3	38%	3	38%	1	13%
50 à 55 ans (=4)	0	0%	0	0%	4	100%	0	0%
56 à 61 ans (=9)	0	0%	4	44%	5	56%	0	0%
62 à 67 ans (=8)	0	0%	4	50%	4	50%	0	0%
Plus de 67 ans (=3)	1	33%	1	33%	1	33%	0	0%
Total (=61)	6	10%	18	30%	33	54%	4	7%

Plus de la moitié (54%) des participants souhaitent poursuivre l'effectif mobile plus de 3 ans. Près de deux tiers (63%) de ceux du secteur de Clisson pensent l'arrêter dans les 3 prochaines années (**figure 5.6**). Parmi ceux qui pensent arrêter l'effectif mobile dans les 3 ans, la moitié a actuellement plus de 55 ans. Leurs principaux motifs de désengagement sont la crainte de l'agrandissement des secteurs de garde (67%) et la fatigue liée à l'âge (54%) (**tableau 5.8**).

Figure 5.6. Répartition des intentions de poursuite des gardes mobiles selon le secteur d'effecton

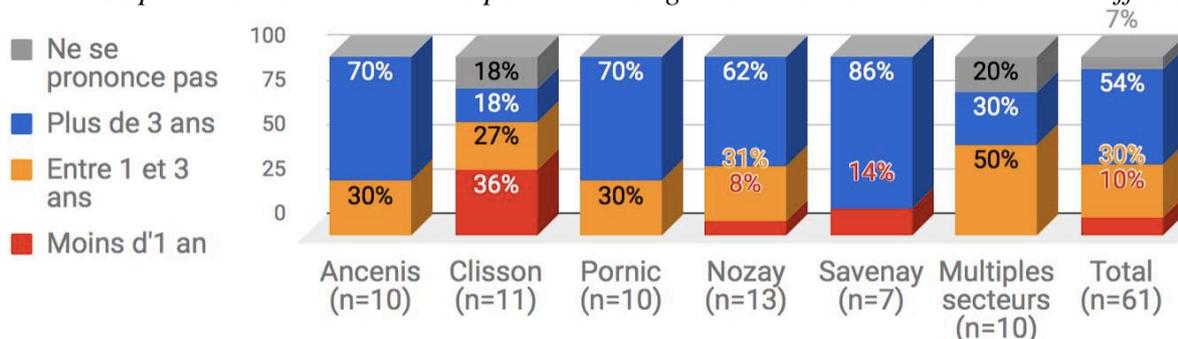


Tableau 5.8. Motifs d'arrêt de l'effecton mobile dans les 3 ans

Motifs d'arrêt des gardes mobiles selon la durée de la poursuite	Poursuite moins d'un an		Poursuite entre 1 et 3 ans		Total	
	N(6)	%	N(18)	%	N(24)	%
Agrandissement des secteurs de garde	2	33%	14	78%	16	67%
Fatigue liée à l'âge	2	33%	11	61%	13	54%
Augmentation de la charge de travail en garde	3	50%	8	44%	11	46%
Augmentation d'actes médico-administratifs	3	50%	6	33%	9	38%
Augmentation de la charge de travail au cabinet	2	33%	6	33%	8	33%
Répétition de gardes sans activité	1	17%	0	0%	1	4%
Plus l'intérêt financier	0	0%	0	0%	0	0%

3.4.4 Caractéristiques de la participation à l'effecton mobile

- Réponses à la question n°52 sur l'ancienneté de la participation à l'effecton mobile

Tableau 5.9. Anciennetés de participation à l'effecton mobile selon la tranche d'âge

Ancienneté de participation à l'effecton mobile selon l'âge	Moins d'un an		Entre 1 et 3 ans		Entre 3 et 6 ans		Ne se prononce pas	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hommes (n=43)	5	12 %	7	16 %	30	70 %	1	2 %
Femmes (n=18)	1	6 %	3	17 %	14	78 %	0	0 %
Moins de 38 ans (n=20)	6	100%	5	50%	9	21%	0	0%
38 à 55 ans (n=21)	0	0%	3	30%	17	39%	1	100%
Plus de 55 ans (n=20)	0	0%	2	20%	18	41%	0	0%
Total (n=61)	6	10%	10	16%	44	72%	1	2%

Près des trois quarts (72%) des participants font des gardes mobiles depuis plus de 3 ans. Les nouveaux participants à l'effectif mobile depuis 3 ans sont principalement des hommes (75%) de moins de 38 ans (69%).

- Réponses à la question n°54 sur nombre de gardes mobiles en moyenne par mois

Tableau 5.10. Nombre de gardes mobiles en moyenne par mois selon le sexe et l'âge

Nombre de gardes mobiles par mois selon l'âge et le sexe	Moins d'une		Entre 1 et 2		Entre 2 et 3		Entre 3 et 4		Plus de 4		Moyenne (±2)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes (n=43)	5	11%	15	34%	11	25%	7	16%	5	11%	2,31
Femmes (n=18)	4	22%	10	56%	1	6%	3	17%	0	0%	1,67
Moins de 38 ans (n=20)	4	20%	8	40%	4	20%	4	20%	0	0%	1,9
38 à 55 ans (n=21)	2	10%	11	52%	3	14%	3	14%	2	10%	2,12
Plus de 55 ans (n=20)	3	15%	6	30%	5	25%	3	15%	3	15%	2,35
Total (n=61)	9	15%	25	41%	12	20%	10	16%	5	8%	2,12

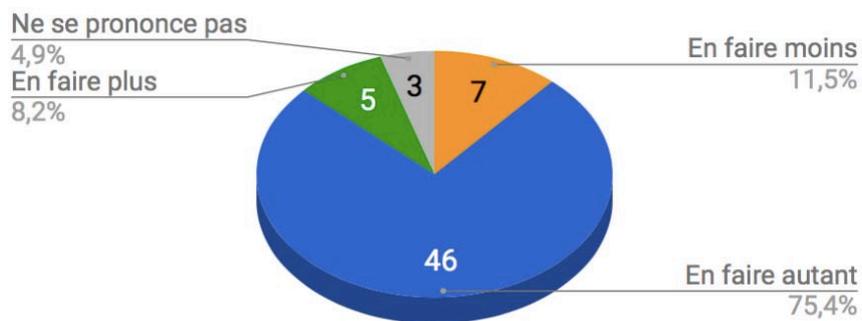
Tableau 5.11. Nombre de gardes mobiles en moyenne par mois selon le secteur

Nombre de gardes mobiles par mois selon le secteur	Ancenis		Clisson		Pornic		Nozay		Savenay		Multiples secteurs	
	N(10)	%	N(11)	%	N(10)	%	N(13)	%	N(7)	%	N(10)	%
Moins d'une	2	20%	2	18%	3	30%	1	8%	1	14%	0	0%
Entre 1 et 2	5	50%	7	64%	2	20%	9	69%	2	29%	0	0%
Entre 2 et 3	3	30%	2	18%	1	10%	3	23%	1	14%	2	20%
Entre 3 et 4	0	0%	0	0%	4	40%	0	0%	1	14%	5	50%
Plus de 4	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	29%	3	30%
Moyenne (±2)	1,6		1,5		2,1		1,7		2,6		3,6	

La moyenne chez les participants est de 2,1±2 gardes mobiles par mois. Elle est plus élevée chez les hommes (2,3±2) que chez les femmes (1,6±2) et chez les plus âgés (2,35±2 pour les plus de 55 ans et 1,9±2 pour les moins de 38 ans). Les secteurs avec les moyennes mensuelles les plus élevées sont ceux de Savenay (2,6±2) et de Pornic (2,1±2). Les effecteurs participants sur plusieurs secteurs font plus de 3 gardes par mois pour 80% d'entre eux, avec une moyenne de 3,6±2 gardes.

- Réponses à la question n°55 sur le souhait du nombre de gardes mobiles par mois

Figure 5.7. Souhaits de nombre de gardes mobiles par mois (n=61)



Les trois quarts de participants ne souhaitent pas faire varier leur nombre de gardes mobiles par mois.

- Réponses à la question n°56 sur le nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois

Tableau 5.12. Nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois selon le sexe et l'âge

Nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois	Aucune		Entre 0 et 1		Entre 1 et 2		Entre 2 et 3		Entre 3 et 4		Moyenne (±2)
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Hommes	10	23%	17	39%	13	30%	2	5%	1	2%	0,85
Femmes	5	28%	10	56%	3	17%	0	%	0	%	0,53
Moins de 38 ans	5	25%	10	50%	5	25%	0	%	0	%	0,63
38 à 55 ans	5	24%	9	43%	6	29%	1	5%	0	%	0,76
Plus de 55 ans	5	25%	8	40%	5	25%	1	5%	1	5%	0,88
Total	15	25%	27	44%	16	26%	2	3%	1	2%	0,75

Tableau 5.13. Nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois selon le secteur

Nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois	Ancenis		Clisson		Pornic		Nozay		Savenay		Multiples secteurs	
	N(10)	%	N(11)	%	N(10)	%	N(13)	%	N(7)	%	N(10)	%
0	2	20%	4	36%	4	40%	3	23%	1	14%	1	10%
Entre 0 et 1	4	40%	5	46%	2	20%	8	62%	4	57%	4	40%
Entre 1 et 2	4	40%	2	18%	4	40%	2	15%	1	14%	3	30%
Entre 2 et 3	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	14%	1	10%
Entre 3 et 4	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	1	10%
Moyenne (±2)	0,8		0,5		0,7		0,5		0,9		1,3	

Les effecteurs mobiles participants font en moyenne $0,75 \pm 2$ garde le week-end par mois. (**tableau 5.12**). Cette moyenne est plus élevée chez les hommes ($0,85 \pm 2$ vs $0,53 \pm 2$ pour les femmes) et chez les plus âgés ($0,63 \pm 2$ pour les moins de 38 ans, $0,76 \pm 2$, pour ceux entre 38 et 55 ans, et $0,88 \pm 2$ pour les plus de 55 ans). Un quart de participants n'en font pas le week-end, notamment sur les secteurs de Pornic (40%) et de Clisson (36%) (**tableau 5.13**).

- Réponses à la question n°57 sur la préférence du jour de garde mobile

Figure 5.8. Préférences du jour de garde d'effection mobile (n=61)

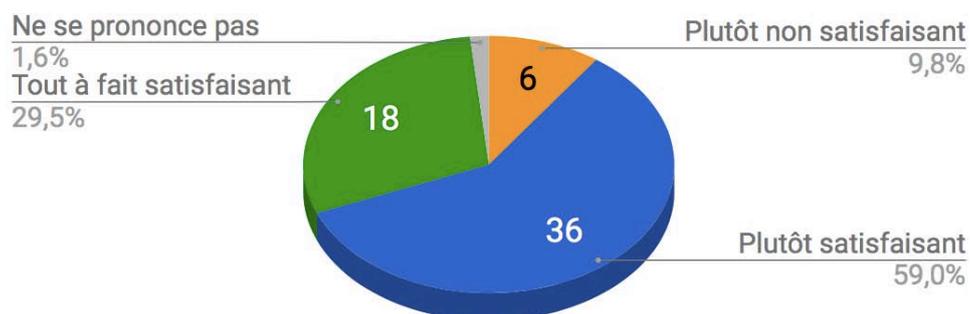


Les trois quarts des participants ont une préférence pour faire leurs gardes plutôt en semaine. Il n'y a pas de différence significative selon l'âge, le sexe ou le secteur d'effection.

3.4.5 Critères de satisfaction concernant l'effection mobile

- Réponses au sous-item de la question n°58 sur les conditions générales pour un travail de qualité

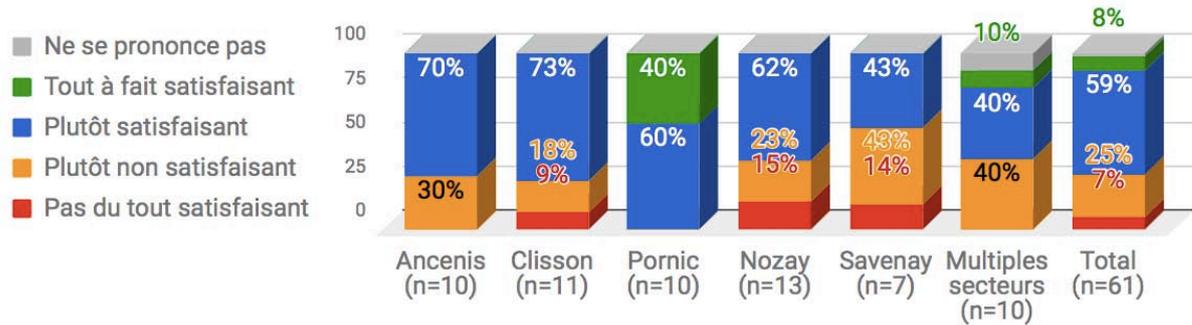
Figure 5.9. Satisfaction concernant les conditions générales pour un travail de qualité (n=61)



Les conditions générales pour un travail de qualité sont satisfaisantes pour près de 90% des effecteurs mobiles participants.

- Réponses au sous-item de la question n°58 sur le confort (repas, lit de repos)

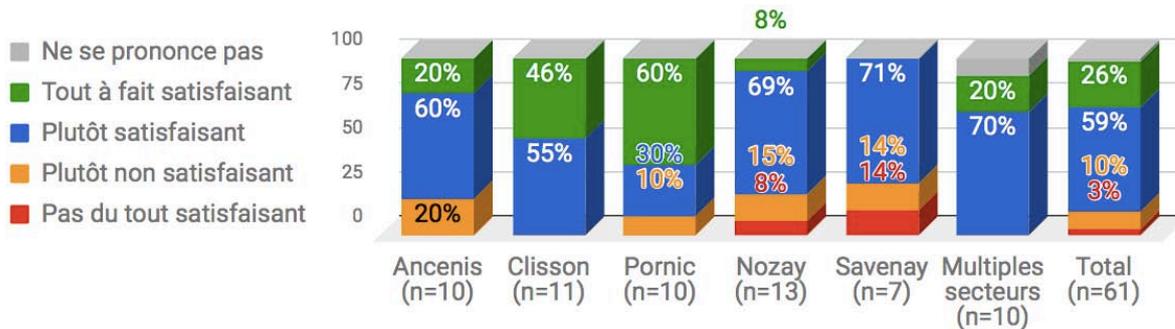
Figure 5.10. Satisfaction concernant le confort selon le secteur d'effectif



Le confort est satisfaisant pour plus des deux tiers (67%) des participants, mais ne l'est pas à 57% pour ceux du secteur de Savenay et à 38% pour celui de Nozay.

- Réponses au sous-item de la question n°58 sur les conditions de sécurité

Figure 5.11. Satisfaction concernant les conditions de sécurité selon le secteur



Les conditions de sécurité sont satisfaisantes pour 85% des participants, mais ne le sont pas à 28% pour le secteur de Savenay et à 23% pour celui de Nozay.

- Réponses au sous-item de la question n°65 sur des situations d'insécurité seul(e) la nuit

Près de la moitié (49%) des effecteurs participants n'ont pas eu de problème concernant leur sécurité seul la nuit (**figure 5.12**). Le secteur de Savenay est celui où les situations d'insécurité sont les plus fréquentes. L'analyse par genre des deux questions précédentes, présentée au tableau 5.14, montre que les hommes sont plus satisfaits que les femmes des conditions de sécurité ($p < 0,02$), et qu'il n'y a pas de différence significative selon le genre concernant les situations d'insécurité rencontrées seul en garde d'effectif mobile ($p = 0,26$).

Figure 5.12. Situations d'insécurité seul(e) la nuit en effecton mobile selon le secteur

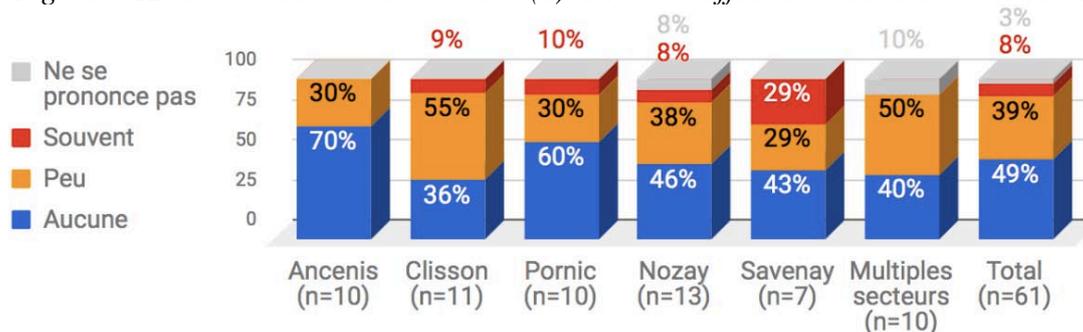
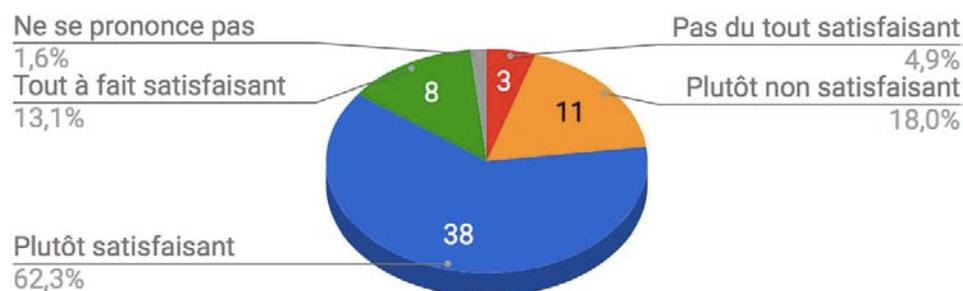


Tableau 5.14. Ressentis sur la sécurité en effecton mobile selon le genre

Conditions de sécurité (locaux)	Hommes (n=43)	Femmes (n=18)	Total (n=61)	p-value (Fischer-test)
Pas du tout satisfaisant	2 (5%)	0	2 (3%)	0.018
Plutôt non satisfaisant	2 (5%)	4 (22%)	6 (10%)	
Plutôt satisfaisant	23 (53%)	13 (72%)	36 (59%)	
Tout à fait satisfaisant	15 (35%)	1 (6%)	16 (26%)	
Ne se prononce pas	1 (2%)	0	1 (2%)	
Insécurité seul(e) la nuit	Hommes (n=43)	Femmes (n=18)	Total (n=61)	p-value (Fischer-test)
Aucune	24 (56%)	6 (33%)	30 (49%)	0.26
Peu	14 (33%)	10 (56%)	24 (39%)	
Souvent	3 (7%)	2 (11%)	5 (8%)	
Ne se prononce pas	2 (5%)	0	2 (3%)	

- Réponses au sous-item de la question n°58 sur le matériel médical fourni

Figure 5.13. Satisfaction concernant le matériel médical fourni en effecton mobile (n=61)



Le matériel médical fourni est satisfaisant pour plus des trois quarts des effecteurs mobiles participants.

- Réponses au sous-item de la question n°59 sur les souhaits de matériel ou de médicaments

Tableau 5.15. Souhaits de fourniture supplémentaire pour l'effection mobile (n=61)

Souhait de fourniture supplémentaire		Réponses	%
Non		23	38%
Ne se prononce pas		20	33%
Autre: - «Oui»		5	8 %
- Matériel :	« ECG : plus facile à utiliser, qui fonctionne »	2	3 %
	« Trousse d'urgence complète »	2	3 %
	« Petit matériel (seringue) »	1	2 %
	« Kit suture »	1	2 %
	« Doppler foetal »	1	2 %
	« Laryngoscope »	1	2 %
	« Bandelettes urinaires »	1	2 %
	« Matériel de perfusion »	1	2 %
- Médicaments :	« Médicaments d'urgence injectables »	5	8 %
	« Médicaments d'urgence oraux »	4	5 %
	« Neuroleptiques en IV (non périmés) »	2	3 %
	« Beaucoup de pertes par péremption pour chaque	2	3 %
- « À chacun d'avoir un minimum »		1	2 %

Si 38% des effecteurs participants ne souhaitent pas de fourniture supplémentaire, près d'un tiers (30%) ont complété le sous-item libre "Autre" en demandant principalement des médicaments d'urgence aux dates de péremption souvent courtes.

- Réponses aux sous-items de la question n°58 sur la satisfaction concernant plusieurs aspects de l'effection mobile

Figure 5.14. Satisfaction concernant plusieurs aspects de l'effection mobile (n=61)

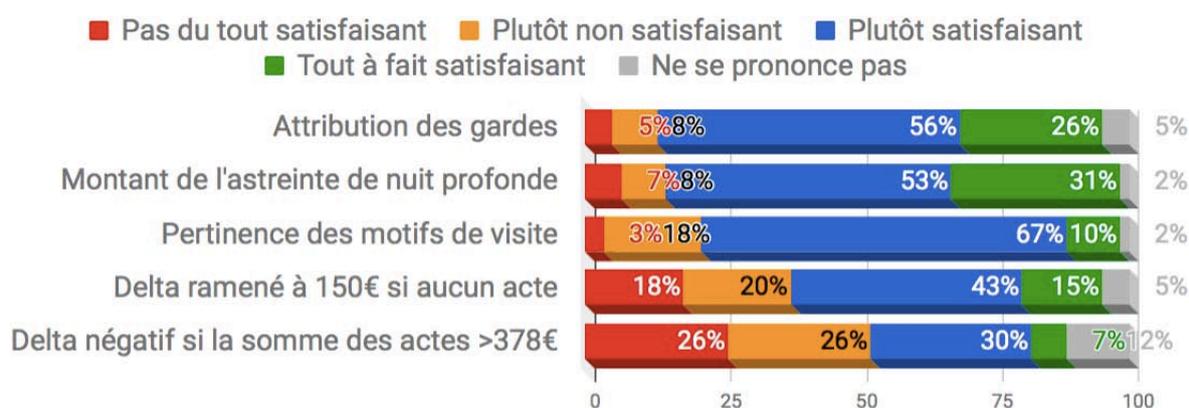
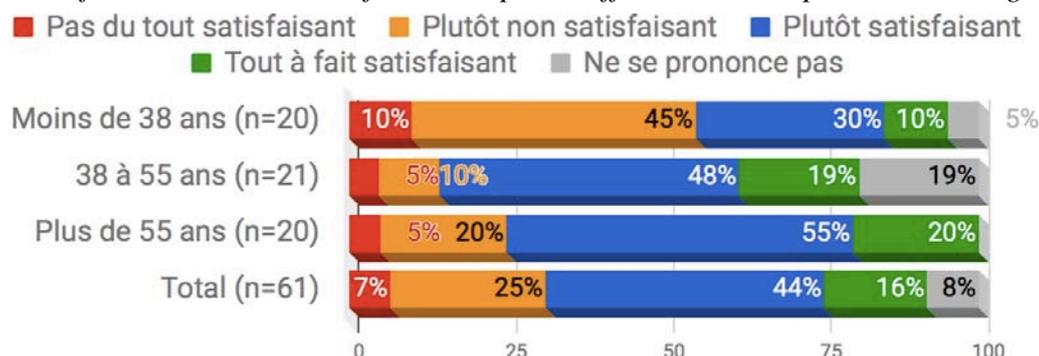


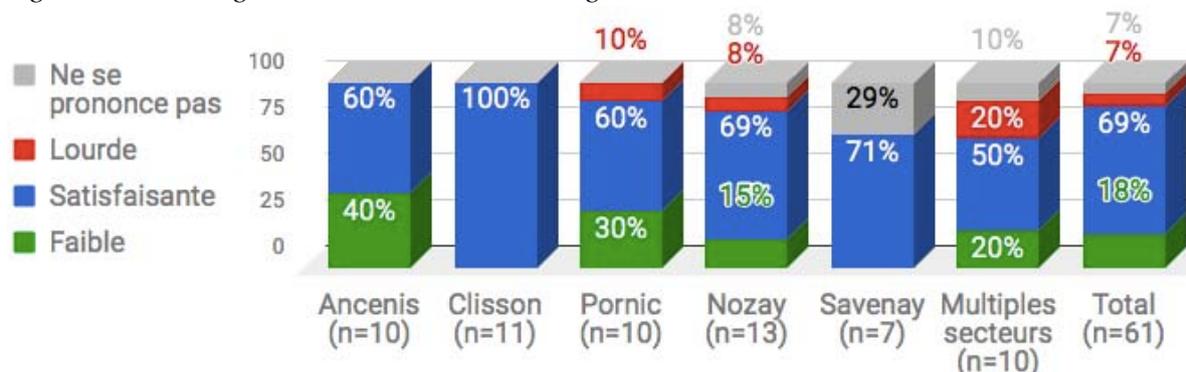
Figure 5.15. Satisfaction concernant la formation pour l'effecteur mobile par tranche d'âge



Le mode et la fréquence des attributions des gardes mobiles sont satisfaisants pour 82% des effecteurs participants (figure 5.14). Les motifs de visite adressés par la régulation en garde mobile sont pertinents pour 77% des effecteurs mobiles participants. Le montant de l'astreinte de nuit profonde est satisfaisant à 84%. Le delta ramené à 150€ en l'absence d'acte est satisfaisant à 58%. Le delta négatif si la somme des actes est supérieure à 378€ est non satisfaisant pour un peu plus de la moitié (52%) des effecteurs mobiles participants. La plupart (60%) des effecteurs participants sont satisfaits de la formation pour l'effecteur mobile. Ce n'est pas le cas pour plus de la moitié (55%) des moins de 38 ans (figure 5.15).

- Réponses au sous-item de la question n°60 sur la charge d'activité ressentie le soir en semaine

Figure 5.16. Charges d'activité ressenties en garde mobile le soir en semaine selon le secteur

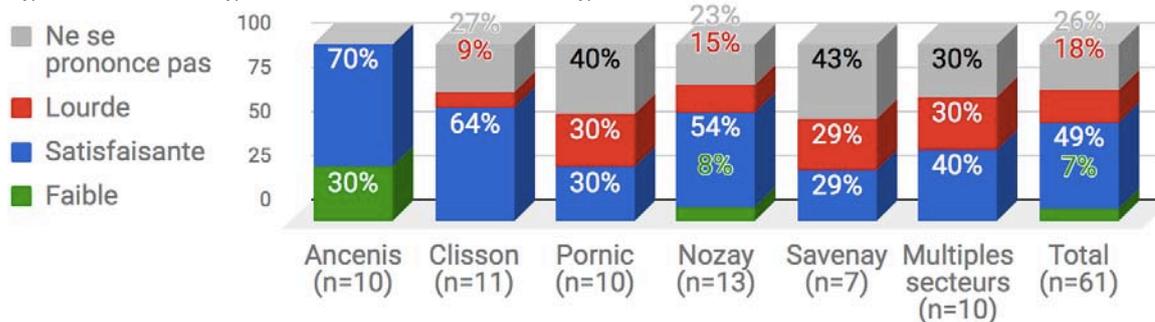


La charge d'activité en semaine est ressentie comme satisfaisante pour 69 % des participants. Elle est faible pour 40% de ceux d'Ancenis, et pour 30% de ceux de Pornic.

- Réponses au sous-item de la question n°60 sur la charge d'activité ressentie le samedi soir

La charge d'activité les samedis et veilles de jour férié est satisfaisante pour la moitié (49%) des participants et lourde pour 18% d'entre eux, notamment sur les secteurs de Pornic (30%) et de Savenay (29%).

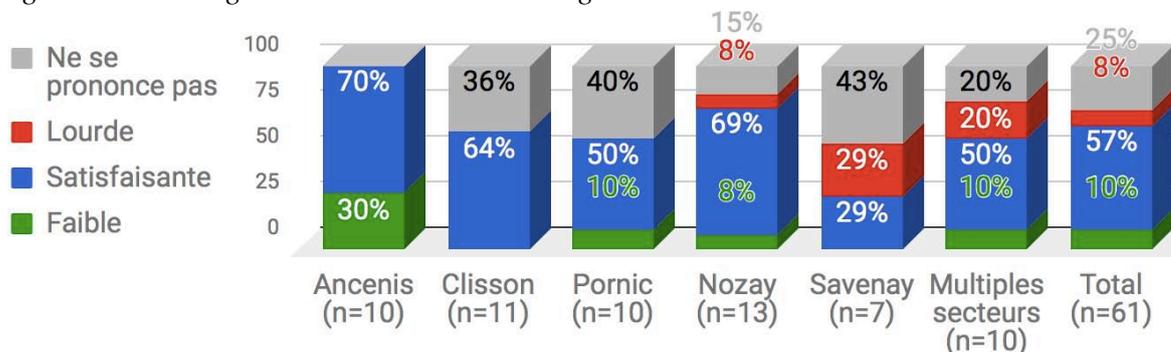
Figure 5.17. Charges d'activité ressenties en garde mobile le samedi soir selon le secteur



- Réponses au sous-item de la question n°60 sur la charge d'activité ressentie le dimanche

La charge d'activité les dimanches et jours fériés est satisfaisante pour 67% des effecteurs participants, et lourde pour 29% de ceux de Savenay.

Figure 5.18. Charges d'activité ressenties en garde mobile le dimanche selon le secteur



- Réponses à la question n°61 sur le nombre de visites à partir duquel une garde est jugée épuisante.

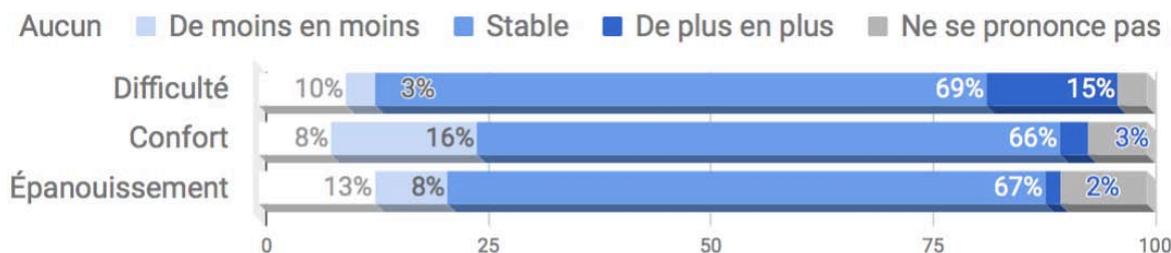
Tableau 5.16. Réponses sur le nombre de visites à partir duquel une garde mobile est jugée lourde

Nombre de visites	2	3	4	5	Plus de 5	Moyenne
Réponses (n=61)	1 (2%)	27 (44%)	26 (43%)	4 (7%)	3 (5%)	3,7

Le nombre de visites par nuit chez les participants à l'étude à partir duquel une garde d'effecteur mobile est jugée lourde est de 3,7 en moyenne.

- Réponses à la question n°64 sur plusieurs aspects du travail de garde en effecteur mobile

Figure 5.19. Ressentis sur plusieurs aspects du travail de garde en effecteur mobile

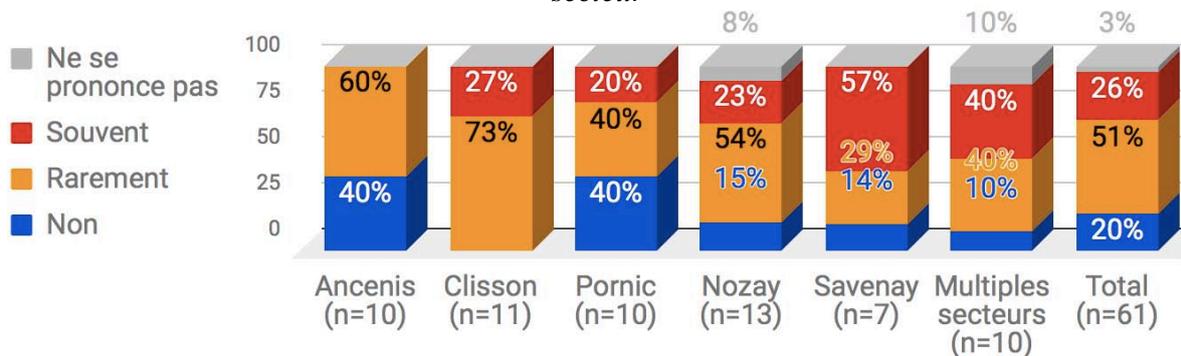


Pour la majorité des effecteurs participants, il n'y a pas d'évolution concernant le travail en effectif mobile sur le plan de la difficulté (69%), du confort (66%) ou de l'épanouissement (67%).

- Réponses au sous-item de la question n°65 sur des situations de mise en danger par fatigue due aux nombreux kilomètres

Plus des trois quarts (77%) des participants ont été confrontés à des situations de mise en danger par fatigue suite aux nombreux kilomètres la nuit, la plupart du temps rarement, mais fréquentes pour 57% de ceux du secteur de Savenay.

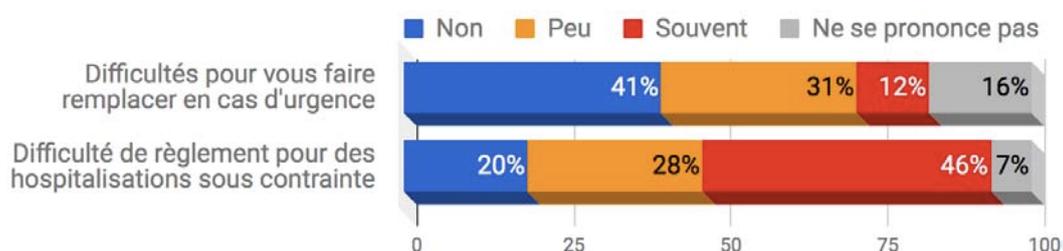
Figure 5.20. Situations de mise en danger par fatigue due aux nombreux kilomètres la nuit selon le secteur



- Réponses aux sous-items de la question n°65 sur des situations de difficultés en garde mobile

Plus de 70% des effecteurs mobiles participants n'a pas ou peu eu de difficultés pour se faire remplacer en cas d'urgence. Près de trois quarts (74%) d'entre eux ont eu des difficultés de règlement de visites pour des hospitalisations sous contrainte.

Figure 5.21. Situations de difficultés en garde d'effectif mobile (n=61)



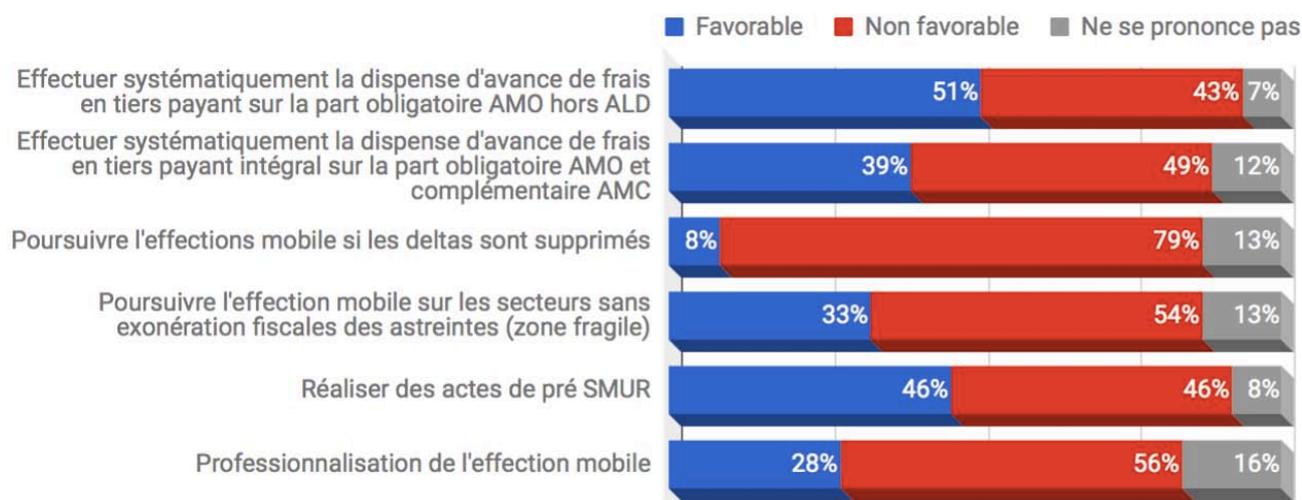
3.4.6 Avis sur des propositions d'évolution concernant l'effectif mobile

- Réponses aux sous-items de la question n°66 sur des propositions concernant l'effectif mobile

La majorité (51%) des participants est favorable à effectuer systématiquement la dispense d'avance de frais en tiers payant sur la part obligatoire AMO hors ALD (figure 5.22). Près de la

moitié (49%) ne l'est pas concernant le tiers payant intégral. La plupart (80%) des effecteurs participants n'est pas favorable à poursuivre l'effecton mobile si les deltas sont supprimés. Un peu moins (54%) l'est sur les secteurs sans exonération fiscale des astreintes en zones fragiles. Il y a autant de réponses favorables et de non favorables (46%) pour réaliser en garde mobile des actes de pré SMUR avec formation et matériel adéquat. La majorité (56%) des participants ne souhaite pas une professionnalisation de l'effecton mobile (salarariat ou du type SOS médecins).

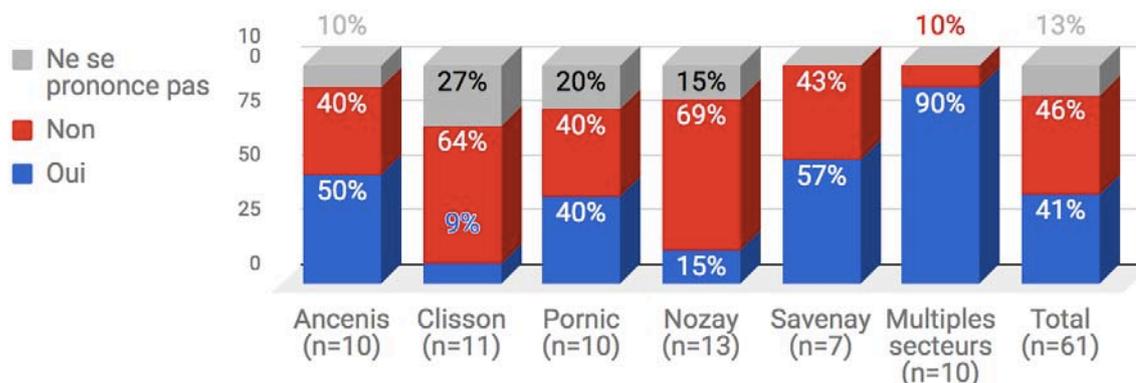
Figure 5.22. Réponses sur plusieurs propositions concernant l'effecton mobile (n=61)



- Réponses au sous-item de la question n°66 sur la proposition d'effecton mobile en journée le week-end

Un peu moins de la moitié (46%) des participants ne souhaite pas faire des gardes mobiles en journée le week-end. Ceux intervenant sur plusieurs secteurs y sont favorables à 90%.

Figure 5.23. Réponses sur la proposition d'effectons mobiles en journée le week-end



- Réponses à la question n°67 sur l'attribution des dates de garde difficiles à pourvoir

Figure 5.24. Préférences pour l'attribution des dates de garde mobile difficiles à pourvoir



Près de la moitié (49%) est favorable à laisser le choix libre pour les dates de gardes difficiles à pourvoir (Noël, 14 juillet, 15 août...). Un tiers est favorable à un quota annuel pour chaque effecteur, et un autre tiers l'est pour un tirage au sort parmi ceux qui n'en ont pas pris les 3 dernières années.

3.4.7 Questions pour les non-effecteurs mobiles

- Réponses à la question n°69 sur les motifs de non-participation à l'effectif mobile

Tableau 5.17. Répartition des motifs de non-participation aux gardes mobiles selon le sexe

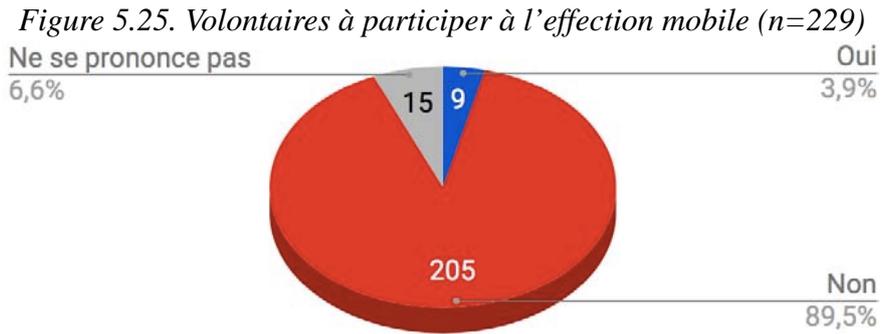
Motifs de non-participation aux gardes mobiles selon le sexe	Hommes		Femmes		Total		p-value (*Chi2-test, **Fischer-test)
	N (99)	%	N (130)	%	N (229)	%	
Pas intéressé par ce mode d'exercice	50	51%	70	54%	120	52%	0,616*
Difficulté à concilier avec l'activité de jour	52	53%	63	49%	115	50%	0,542*
Difficulté à concilier avec la vie familiale	40	40%	65	50%	105	46%	0,149*
Horaires contraignants	41	41%	55	42%	96	42%	0,892*
Crainte pour votre sécurité seul(e) la nuit	15	15%	76	59%	91	40%	<0,01*
Manque de compétence	19	19%	43	33%	62	27%	0,019*
Crainte de conduire la nuit	13	13%	37	29%	50	22%	<0,01*
Méconnaissance du fonctionnement, du périmètre d'action	17	17%	25	19%	42	18%	0,69*
Fatigue liée à l'âge	24	24%	8	6%	32	14%	<0,01*
Éloignement de la chambre de garde	8	8%	8	6%	16	7%	0,571*
Votre secteur est attribué à SOS Médecin	3	3%	6	5%	9	4%	0.735**
Difficulté d'accès administratif ou réglementaire (médecin salarié,..)	4	4%	4	3%	8	4%	0.729**

Les principaux motifs de non-participation à l'effecton mobile chez les autres participants à l'étude sont l'absence d'intérêt (52%), la difficulté à concilier avec l'activité de jour (50%) et la difficulté à concilier avec l'activité familiale (46%) (**tableau 5.17**). Les motifs plus fréquents chez les femmes sont la crainte pour la sécurité seule la nuit (59%, $p<0,001$), le manque de compétence (33%, $p<0,02$), et la crainte de conduire seule la nuit (29%, $p<0,005$). Les motifs les plus fréquents chez les moins de 38 ans sont la difficulté à concilier avec l'activité familiale (54%, $p=0,023$), la crainte pour la sécurité seul la nuit (57%, $p<0,01$), le manque de compétence (51%, $p<0,01$), la méconnaissance du fonctionnement (26%, $p<0,01$) et la crainte de conduire la nuit (31%, $p<0,01$) (**tableau 5.18**). La fatigue liée à l'âge est le motif le plus fréquent chez les hommes (24%, $p<0,01$) et les plus de 55 ans (53%, $p<0,01$). Les réponses libres ajoutées au sous-item « Autre » sont « aucune proposition de l'ADOPS », « je ne sais pas ce que c'est », « je n'aime pas conduire », « bientôt 71 ans », « je travaille à SOS Médecins », et « j'ai déjà fait de l'effecton mobile ».

Tableau 5.18. Répartition des motifs de non-participation aux gardes mobiles selon l'âge

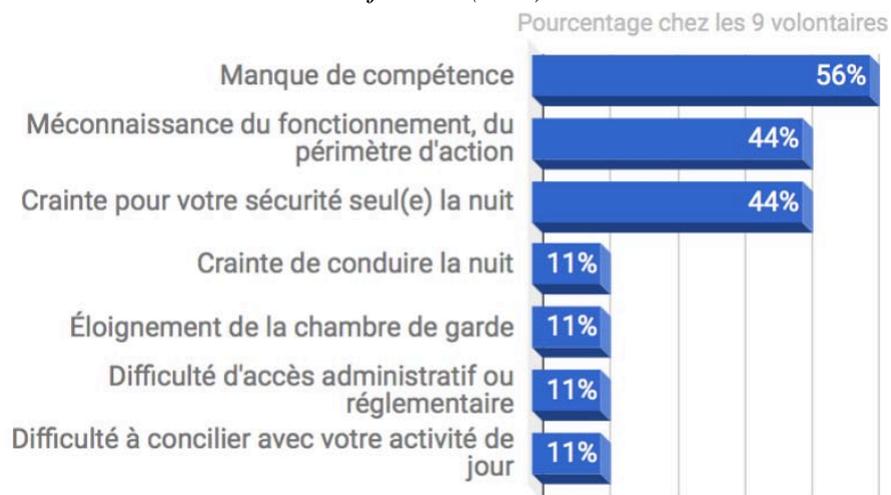
Motifs de non-participation aux gardes mobiles selon la tranche d'âge	Moins de 38 ans		De 38 ans à 55 ans		Plus de 55 ans		p-value (Fischer -test)
	N(128)	%	N(54)	%	N(47)	%	
Pas intéressé par ce mode d'exercice	67	52%	35	65%	18	38%	0.03
Difficulté à concilier avec l'activité de jour	60	47%	27	50%	28	60%	0.342
Difficulté à concilier avec la vie familiale	69	54%	20	37%	16	34%	0.023
Horaires contraignants	59	46%	17	32%	20	43%	0.191
Crainte pour votre sécurité seul(e) la nuit	73	57%	12	22%	6	13%	<0,01
Manque de compétence	51	40%	6	11%	5	11%	<0,01
Crainte de conduire la nuit	39	31%	4	7%	7	15%	<0,01
Méconnaissance du fonctionnement, du périmètre d'action	33	26%	4	7%	5	11%	<0,01
Fatigue liée à l'âge	0	0%	7	13%	25	53%	<0,01
Éloignement de la chambre de garde	8	6%	4	7%	4	9%	0.829
Votre secteur est attribué à SOS Médecin	4	3%	2	4%	3	6%	0.586
Difficulté d'accès administratif ou réglementaire	6	5%	1	2%	1	2%	0.699

- Réponses à la question n°70 sur le souhait à participer à l'effecton mobile



Seuls 9 autres effecteurs de PDSA sont volontaires à rejoindre l'effecton mobile. Leurs principaux freins (**figure 5.26**) sont le manque de compétence (56%), la méconnaissance du fonctionnement et du périmètre d'action (44%), et la crainte pour leur sécurité seul la nuit (44%).

Figure 5.26. Motifs de non-participation aux gardes mobiles chez les volontaires prêts à la rejoindre (n=9)



4 DISCUSSION

4.1 Synthèse des résultats

4.1.1 Réponse à l'objectif principal

Les principaux résultats en faveur de la pérennité de la participation aux permanences de soins ambulatoires en Loire-Atlantique sont les suivants :

- La volonté de poursuivre leur participation plus de 3 ans pour la majorité des régulateurs de médecine générale (70±10%), des effecteurs en MMG (60±4%) et des effecteurs mobiles (54±6%)
- L'absence de volonté à faire varier le nombre de gardes par mois pour 87±10% des régulateurs, 73±4% des effecteurs en MMG et 80±6% des effecteurs mobiles
- L'âge moyen jeune des effecteurs en MMG (40±6 ans) avec une majorité de moins de 38 ans (55±4%) et de femmes (56±4%)
- La proportion élevée (48±4%) de nouveaux effecteurs en MMG depuis moins de 5 ans
- La volonté partagée à 80±4% de ceux qui participent au fonctionnement de l'ADOPS d'y poursuivre

Les principaux résultats pouvant refléter des difficultés ou des risques de participation aux permanences de soins en Loire-Atlantique sont les suivants :

- L'âge moyen élevé des régulateurs de médecine générale (58,5±6 ans), avec 40±10% qui auraient plus de 62 ans, la faible proportion de femmes régulatrices (sexe-ratio à 5) et la faible proportion (7±10%) de nouveaux régulateurs depuis 5 ans
- La désaffection pour les gardes en week-end chez la majorité des effecteurs mobiles (75±6%) et des régulateurs de médecine générale (63±10%).
- Le faible nombre de volontaires (1%) parmi les participants à la PDSA prêts à rejoindre le fonctionnement de l'ADOPS.

Les principaux facteurs pouvant favoriser la participation aux permanences de soins ambulatoires sont les suivants :

- La rémunération à la fois motivante (67±10%) et satisfaisante (70±10%) pour les régulateurs de médecine générale, motivante (68±4%) pour les effecteurs en MMG (satisfaits à 69±4% du

montant de l'astreinte de semaine et à 66±4% pour celle du week-end), et motivante (77±6%) pour les effecteurs mobiles, satisfaits à 84±6% du montant de l'astreinte de nuit profonde.

- Le sentiment d'apporter un service réel et reconnu aux patients, motivation pour 72±6% des effecteurs mobiles, 57±10% des régulateurs de médecine générale et 56±4% des effecteurs en MMG.
- L'expérience de travail différente de celle habituelle, motivante pour 70±10% des régulateurs de médecine générale, 59±6% des effecteurs mobiles (75±6% chez ceux de moins de 38 ans), et 56±4% des effecteurs en MMG de moins de 38 ans.
- Les conditions générales d'exercice satisfaisantes à 89±10% pour l'effectif mobile, à 88±4% pour l'effectif en MMG, et à 63±10% pour la régulation de médecine générale.
- La charge d'activité en garde satisfaisante pour l'effectif en MMG (à 59±4% le samedi après midi, à 65±4% le samedi soir, à 59±4% le dimanche, à 56±4% en période estivale et à 55±4% en période hivernale), et également satisfaisante pour l'effectif mobile (à 69±6% en semaine et à 57±6% le dimanche).
- La formation à la PDSA satisfaisante pour 60±10% des régulateurs de médecine générale, dont la moitié l'auraient eu en Formation Médicale Continue. Elle serait également satisfaisante pour 60±6% des effecteurs mobiles (à l'exception des effecteurs de moins de 38 ans insatisfaits à 55±6%), dont 59±6% en auraient bénéficié par l'ADOPS.
- La pertinence des motifs de consultation ou de visite adressés par les régulateurs, satisfaisante pour 80±4% des effecteurs en MMG et 77±6% des effecteurs mobiles.
- L'absence ou le peu de difficulté pour se faire remplacer en garde en cas d'urgence (59±10% en régulation de médecine générale, 68±4% en effectif en MMG, 72±6% en effectif mobile).
- L'attribution des gardes satisfaisante pour 60±10% des régulateurs de médecine générale, 79±4% des effecteurs en MMG et 82±6% des effecteurs mobiles.
- Les conditions de sécurité satisfaisantes à 72±4% en MMG et à 85±6% pour l'effectif mobile, avec l'absence ou le peu de problèmes de sécurité rencontrés seul la nuit pour 76±4% des effecteurs en MMG et 88±6% des effecteurs mobiles (y compris chez 89±6% des effectrices mobiles), alors que la crainte pour la sécurité seul la nuit serait le principal critère de non-participation chez les femmes non mobiles (59%), chez les non-effecteurs mobiles de moins de 38 ans (57%) et le deuxième frein (44%) chez les volontaires à rejoindre l'effectif mobile.

- L'accueil d'internes, fréquent parmi les régulateurs de médecine générale (70±10%), avec une majorité qui y serait favorable pour ceux qui ne l'auraient pas encore fait (75±10%). Ce serait également le cas pour 61±4% des effecteurs en MMG qui n'auraient pas encore accueilli d'interne en garde avec eux.
- Le confort en garde satisfaisant à 54±4% pour l'effectif en MMG comme à Bouaye (100±27%) et à Nozay (88±17%), et également satisfaisant à 67±6% pour l'effectif mobile
- Le matériel médical fourni en garde satisfaisant à 62±6% pour l'effectif mobile et à 80±4% pour l'effectif en MMG
- Le matériel informatique fourni en régulation satisfaisant à 70±10% et celui en MMG satisfaisant à 59±4%, à l'exception de celui de Nantes jugé très insatisfaisant à 67±18%.

Les deux autres facteurs de satisfaction notables concernant l'effectif en MMG seraient les médicaments fournis en MMG, satisfaisants à 78±4% (sauf à Pontchâteau où ils seraient insatisfaisants à 78±16%), et les secrétariats des MMG satisfaisants à 55±4%.

Un autre élément pouvant favoriser la participation à l'effectif mobile serait l'exonération fiscale en zone déficitaire, motivante pour 69±16% des effecteurs mobiles de Nozay.

Les principaux facteurs pouvant fragiliser la participation aux permanences seraient les suivants :

- L'augmentation de la charge d'activité en garde, frein à la participation pour 54±6% des effecteurs mobiles, frein principal pour 77±10% des régulateurs, et motif principal de désengagement pour ceux qui vont arrêter la régulation dans les 3 prochaines années (67%). La charge d'activité serait lourde en régulation en période hivernale (83±10%), en période estivale (63±10%), le samedi après-midi (60±10%), le samedi soir (60±10%) et le dimanche (60±10%). Pour les effecteurs en MMG, elle serait également lourde sur le secteur de Pontchâteau le samedi après-midi (68±16%), le dimanche (73±16%), et sur le secteur de Guérande en période estivale (93±19%).
- La fatigue liée à l'âge, principal motif de désengagement pour les effecteurs qui arrêteraient les gardes en MMG dans les 3 prochaines années (56±4%), en particulier pour les effecteurs de la MMG de Châteaubriant (100±29%). Elle serait le principal motif de désengagement pour des effecteurs mobiles de plus de 55 ans (70±6%), pour 70±23% de ceux de Pornic, 71±30% de ceux de Savenay. Elle serait le deuxième motif de ceux qui arrêteraient les gardes mobiles dans les 3 prochaines années (54±6%), et également motif de non-participation pour 53% des participants non mobiles de plus de 55 ans.

- Le confort en garde, insatisfaisant à $50\pm 10\%$ et se dégradant à $57\pm 10\%$ en régulation de médecine, insatisfaisant pour $87\pm 9\%$ des effecteurs de la MMG de Pornic, et pour $65\pm 15\%$ de ceux de la MMG de Saint-Herblain.

Un autre facteur pouvant fragiliser la participation à la régulation de médecine générale serait la difficulté du travail de régulation, croissante pour $73\pm 10\%$ des régulateurs, et principal motif de non-participation pour les effecteurs non régulateurs de moins de 38 ans (44%).

Les autres facteurs pouvant fragiliser la participation à l'effectif mobile seraient les suivants :

- Les situations de mise en danger par fatigue suite aux nombreux kilomètres la nuit, présentes chez plus du trois quarts ($77\pm 6\%$) des effecteurs mobiles (comme sur les secteurs de Clisson ($100\pm 21\%$), de Nozay ($77\pm 16\%$), et fréquentes à $57\pm 6\%$ sur Savenay), avec comme 2^e motif de non-participation à l'effectif mobile chez les volontaires prêts à rejoindre, la crainte de conduire la nuit.
- La taille des secteurs d'effectif mobile avec la crainte de leur agrandissement, motif principal de désengagement pour $69\pm 6\%$ des médecins mobiles, notamment pour ceux de Clisson ($82\pm 21\%$), et première appréhension pour ceux qui se désengageraient dans les 3 prochaines années ($67\pm 6\%$).
- Les difficultés plutôt fréquentes ($74\pm 6\%$) en effectif mobile pour le règlement des visites pour des hospitalisations sous contrainte
- Le calcul du delta négatif lorsque la somme des actes est supérieure à 378€, insatisfaisant pour $52\pm 6\%$ des effecteurs mobiles
- La formation à la PDSA, insatisfaisante chez plus de la moitié ($55\pm 6\%$) des effecteurs mobiles de moins de 38 ans, alors que le manque de compétence serait le principal motif de non-participation chez 56% des volontaires à rejoindre l'effectif mobile.

Les autres facteurs pouvant fragiliser la participation à l'effectif en MMG seraient les suivants :

- L'augmentation des actes médico-administratifs en garde en MMG, principal facteur de diminution ou d'arrêt des gardes ($52\pm 4\%$ des effecteurs)
- Les accès directs non régulés des patients à la MMG, auxquels $76\pm 4\%$ des effecteurs auraient été confrontés, fréquents sur les secteurs de Guérande ($53\pm 19\%$), de Nantes ($53\pm 18\%$) et de Pornic ($50\pm 9\%$), alors que $79\pm 4\%$ des effecteurs ne souhaiteraient pas en accepter davantage (à l'exception de Nantes où $60\pm 18\%$ y seraient favorables).

- La répétition de gardes sans activité, motif de désengagement pour $80\pm 18\%$ des effecteurs de la MMG de Nantes, en sachant que $87\pm 18\%$ d'entre eux y jugeraient l'activité faible en semaine.
- Le montant de l'astreinte en MMG le soir en semaine insatisfaisant pour $100\pm 18\%$ des effecteurs de Nantes, et celui de l'astreinte le week-end, insatisfaisant pour $72\pm 29\%$ de ceux de Châteaubriant.
- Les difficultés fréquentes de concurrence avec le SAU pour $71\pm 29\%$ des effecteurs de la MMG de Châteaubriant
- Le logiciel de saisie des consultations très insatisfaisant pour $73\pm 18\%$ des effecteurs de la MMG de Nantes, et insatisfaisant pour ceux de Clisson ($88\pm 12\%$), et ceux de Saint-Herblain ($70\pm 15\%$).
- L'absence de formation à la PDSA pour la moitié ($51\pm 4\%$) des effecteurs en MMG alors qu'une majorité souhaite une formation entre autres sur les troubles psychiatriques aigus ($67\pm 4\%$) ou les constats de décès non attendus ($60\pm 4\%$).

4.1.2 Réponse à l'objectif secondaire

Les propositions d'aménagement des dispositifs actuels pouvant renforcer la participation aux permanences de soins ambulatoires seraient les suivantes :

- Une majoration de la rémunération horaire en nuit profonde qui serait souhaitée par $83\pm 10\%$ des régulateurs de médecine générale
- La mise en place d'un médecin mobile en journée les week-ends sur le secteur de Savenay où la majorité des effecteurs mobiles ($57\pm 30\%$) et des effecteurs des MMG de Saint-Herblain ($55\pm 15\%$), de Pontchâteau ($68\pm 16\%$) et de Guérande ($60\pm 19\%$) seraient favorables.
- Diviser en deux (8h-14h et 14h-20h) les gardes en MMG en journée les dimanches et jours fériés sur les secteurs avec le plus d'effecteurs favorables, comme à Nozay ($67\pm 17\%$), à Saint-Herblain ($65\pm 15\%$) ou à Nantes ($60\pm 18\%$).
- Pour l'attribution des dates de garde difficiles à pourvoir (Noël, 14 juillet, 15 août...), la mise en place pour d'un quota annuel (1 jour par an par exemple) souhaité par $57\pm 10\%$ des régulateurs, et de laisser le choix libre pour près de la moitié ($49\pm 6\%$) des effecteurs mobiles.

4.2 Validité interne de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

Le taux de réponse assez élevé pour les régulateurs de médecine générale et les effecteurs mobiles permet une représentativité plus significative des résultats chez ces derniers.

L'anonymat des réponses a probablement permis une plus grande spontanéité des réponses en reflétant les véritables avis des participants. Il a également pu majorer la participation de ceux qui ont souhaité exposer des critiques négatives.

L'obligation sur le questionnaire en ligne à sélectionner une réponse pour chaque question a permis d'éviter les questions sans réponse.

4.2.2 Limites de l'étude

Biais liés à la méthode

Les membres de SOS Médecins participant à la PDSA en Loire-Atlantique n'ont pas été inclus dans l'étude, en dehors de ceux participants à la régulation de médecine générale à Nantes. Selon les données de l'ARS [8], ils représentaient en 2016 une soixantaine de médecins, dont 43 inscrits à Nantes et 15 à Saint-Nazaire. Cette non-inclusion brouille les possibilités d'une vision globale de la PDSA sur le département et passe à côté de possibles difficultés sur les secteurs urbains de Nantes et de Saint-Nazaire.

Les questions portant sur la non-participation à chaque effectif n'ont été posées qu'aux participants des autres permanences de soins ambulatoires. Les résultats de ces questions sont peu représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes. Par exemple, le motif de difficulté à concilier avec une permanence de soins avec une deuxième est probablement surreprésenté dans cette étude.

Les résultats concernant l'effectif en MMG sont biaisés par la sous-participation probable des médecins remplaçants ponctuels non inscrits à l'ADOPS 44. Ils n'ont pas pu être contactés par courriel et probablement une faible proportion a vu les affiches disposées dans les MMG pendant deux mois.

Biais liés au questionnaire

La longueur du questionnaire qui comportait 70 questions et jusqu'à 140 réponses, a pu freiner la participation et diminuer la qualité des réponses.

Le choix de questions majoritairement fermées a restreint l'expression de points de vue plus nuancés.

L'impossibilité pour les effecteurs intervenants sur plusieurs secteurs de détailler leurs réponses pour chaque secteur a diminué la puissance statistique des analyses sectorielles.

L'absence de questions sur la satisfaction des effecteurs vis-à-vis des majorations spécifiques des actes réalisés en PDSA, fait défaut à l'analyse de l'attrait financier des deux effecteurs.

Biais liés aux participants

Inhérents à toute enquête par questionnaire, les résultats ont pu être perturbés par les biais de désirabilité, de consentement, de tendance à la neutralité, de revendication, et de déclaration d'intention ou de pratique.

Biais lié à l'enquêteur

L'élaboration des questions et des résultats a pu être influencée par des constructions idéologiques de l'enquêteur.

4.3 Validité externe de l'étude

4.3.1 Observations générales

L'âge moyen des participants dans cette étude (42 ans) est inférieur à celui des médecins généralistes de Loire-Atlantique (48,6 ans) en 2017 [18] et à celui des participants à la PDSA en France (46 ans) en 2016 [2]. Cette différence peut s'expliquer par la proportion élevée dans cette étude d'effecteurs en MMG qui ont une moyenne d'âge de 40,5 ans.

La rémunération, principale motivation à participer à la PDSA dans cette étude (première chez les effecteurs et deuxième chez les régulateurs), l'est également dans une étude chez les médecins participant à la PDSA en Picardie en 2010 [14].

L'expérience de travail différente de celle habituelle et le sentiment d'apporter un service réel et reconnu aux patients, motivations partagées par près de la moitié des régulateurs dans cette étude (**tableaux 3.2**), le sont également pour les médecins régulateurs libéraux interrogés en 2012 dans l'Eure [27].

Le devoir déontologique est une motivation secondaire dans cette étude (3e pour les effecteurs en MMG, 5e pour les effecteurs mobiles et 7e pour les régulateurs de médecine générale),

à la différence des enquêtes menées en Picardie où il était le 3^e motif de participation en 2010 [14], et le premier en 2015 [28].

Les résultats concernant les motifs de non-participation aux permanences de soins ne reflètent pas l'ensemble des médecins généralistes, mais uniquement ceux participant déjà à une permanence. Néanmoins, des similitudes peuvent être observées avec d'autres études menées en Île de France en 2013 [29, 30] et en Rhône Alpes en 2014 [31], comme la difficulté à concilier avec l'activité de jour et la difficulté à concilier avec la vie familiale.

La proposition de professionnalisation de l'exercice de PDSA a été rejetée par la plupart des médecins dans cette étude, quelle que soit la permanence de soins. Cette idée provenait de la préférence des internes de médecine générale de Lorraine en 2013 [32] à intégrer l'exercice de PDSA en tant que salarié dans une structure hospitalière, à l'image des médecins de permanence de soins anglais qui sont salariés hospitaliers [33].

La satisfaction partagée par la plupart des effecteurs concernant la pertinence des demandes régulées de consultation ou de visite peut se rapprocher de celle observée dans les études menées en Haute-Garonne en 2014 [34] et en Picardie en 2016 [28].

4.3.2 Observations concernant la régulation de médecine générale

Les régulateurs dans cette étude ont un âge moyen (58,5 ans) supérieur à celui des régulateurs en France (55 ans) en 2016 [2] et à celui des médecins généralistes de Loire-Atlantique (48,6 ans) en 2017 [18].

Le taux de 17% de régulatrices en médecine générale dans cette étude est inférieur à celui de 30% de régulatrices en France en 2016 [2], et très inférieur à celui de 54% de femmes généralistes en Loire-Atlantique en 2016 [15].

L'augmentation de la charge d'activité est le premier motif de désengagement des régulateurs de médecine générale dans cette étude, ce qui peut faire craindre des difficultés de complétude pour les plages déjà considérées lourdes comme celles du week-end (**figure 3.12**). De plus, selon l'étude menée début 2017 au centre de régulation de Nantes l'instauration du numéro 116 117 aurait accru l'activité de régulation de médecine générale sur des tranches horaires déjà très chargées notamment du week-end [35].

Une des explications à la difficulté croissante de l'exercice de régulation observée dans cette étude pourrait être l'augmentation de l'activité de filtration ou de «gate keeper» face aux demandes

de prises en charge jugées peu urgentes ou non justifiées, à l'image de plusieurs observations faites en Europe [36, 37, 38].

Le risque de désengagement avec l'âge serait plus faible en régulation qu'en effecton. La fatigue liée à l'âge dans cette étude n'est que le 3e motif de renoncement pour les régulateurs les plus âgés alors qu'il est le principal pour les effecteurs les plus âgés.

Les régulateurs de médecine générale se sont majoritairement exprimés contre la possibilité d'une régulation déportée au domicile ou au cabinet en interconnexion avec le centre 15. L'hypothèse de cette proposition était de favoriser le recrutement de médecins régulateurs excentrés de Nantes à l'image des départements [44] où elle a été mise en place comme en Deux-Sèvres, en Mayenne [45], en Alsace, et dans l'Eure [27]. Ce rejet concorde avec l'organisation du service qui préconise « l'unité de lieu » comme gage de qualité et de sécurité de la régulation.

4.3.3 Observations concernant l'effecton en maison médicale de garde

L'âge moyen des effecteurs en MMG (40,5 ans) dans cette étude est inférieur à celui des effecteurs en France (50 ans) en 2016 [2] et à celui des médecins généralistes en Loire-Atlantique (48,6 ans) en 2017 [18]. Cela peut refléter un attrait de cette effecton chez les plus jeunes médecins généralistes de Loire-Atlantique, comme le supposent les fortes proportions d'effecteurs en MMG de moins de 38 ans (55%) et de nouveaux participants depuis 5 ans (48%) observées dans cette étude.

Le taux de 56% d'effectrices en MMG dans cette étude est supérieur à celui de 35% d'effectrices en PDSA en France en 2016 [2], et se rapproche du taux de 54% de femmes généralistes en Loire-Atlantique en 2016 [15], ce qui peut refléter l'absence de difficultés pour ces dernières à participer à l'effecton en MMG en Loire-Atlantique.

La moyenne de garde par mois dans cette étude est de 1,23 garde par effecteur, ce qui est inférieur à la moyenne nationale de 3 gardes par mois en 2016 [2]. Les effecteurs remplaçants feraient plus de gardes par mois dans cette étude (1,26) que ceux en France en 2016 (0,6) en se basant sur l'enquête nationale Remplact 3 [39].

Le principal facteur démotivant les effecteurs en MMG serait une augmentation des actes médico-administratifs, ce qui peut paraître paradoxal au regard de leur faible proportion, 0,5% (178 / 33 064) en 2015 [8]. Cette aversion peut se retrouver dans l'étude faite en Picardie en 2014 où

les actes médico-administratifs étaient pour les 417 médecins interrogés le deuxième facteur entravant la pérennité de la PDSA [28].

À l'image de ce qui a été observé dans les travaux de thèse menés en Martinique en 2013 [40] et en Gironde en 2014 [41], l'exercice de permanence de soins en maison médicale de garde apporte un sentiment de plus grande sécurité pour les effecteurs et les effectrices dans cette étude (**tableaux 4.16 et 4.17**).

La grande majorité des effecteurs en MMG ne serait pas favorable à avancer le début de la garde en semaine (19h30 ou 19h00). Cette proposition était issue d'une part de la proposition d'élargir les plages d'ouverture des MMG préconisée dans le rapport du Dr Grall de 2015 [42], et d'autre part du souhait exprimé par plusieurs départements (Finistère, Haute-Garonne, Gers) d'adapter les horaires en fonction de l'activité en débutant par exemple la garde en semaine à 19H00 [2].

Les effecteurs intervenants sur plusieurs secteurs, essentiellement des remplaçants (**figure 4.5**), seraient peu freinés par une augmentation de la charge d'activité (**tableau 4.6**). Sur les secteurs où ils seraient le plus nombreux, comme Ancenis ou Saint-Herblain, les médecins auraient une plus grande facilité à se décharger de leurs gardes, ce qui limiterait les risques d'incomplétude des tableaux de garde.

L'intégration de la MMG de Nantes dans le cahier des charges de 2017-2019 [8] devrait permettre le rapprochement du montant des astreintes en semaine avec celui des autres MMG, et ainsi atténuer l'insatisfaction unanimement partagée des effecteurs de ce secteur sur ce point (**figure 4.23**).

Un des risques de l'installation dans le temps de points fixes de permanences de soins serait de favoriser à terme des consultations d'appoint comme cela commencerait à être observé sur les secteurs de Guérande ou de Nantes où une majorité d'effecteurs ont signalé de fréquents accès directs non régulés (**figure 4.38**).

4.3.4 Observations concernant l'effectif mobile

L'âge moyen des effecteurs mobiles (46 ans) dans cette étude est légèrement inférieur à celui des médecins généralistes en Loire-Atlantique (48,6 ans) en 2017 [18], ce qui peut refléter l'absence ou le peu de difficulté de ces derniers à participer à l'effectif mobile, quel que soit leur âge.

Le taux de 30% d'effectrices mobiles dans cette étude, inférieur à celui de 54% de femmes généralistes en Loire-Atlantique en 2016 [15], peut refléter une difficulté pour ces dernières à y participer. Cela pourrait être lié à une crainte plus importante pour leur sécurité en effecton mobile (1er motif de renoncement) qu'en maison médicale de garde (3e motif de renoncement).

La nouvelle cartographie des secteurs de zone d'intervention prioritaire [43] correspondant à la mise à jour de la carte des zones fragiles déficitaires en médecin, devrait permettre l'extension à tous les secteurs d'effecton mobile de l'exonération fiscale d'une partie des revenus de la permanence de soins. Cette extension devrait satisfaire l'ensemble des effecteurs mobiles, à l'image de la satisfaction des effecteurs de Nozay qui étaient jusqu'alors les seuls à pouvoir en bénéficier.

Une marge d'augmentation du nombre d'actes par nuit en effecton mobile serait envisageable. En Loire-Atlantique en 2015, le nombre moyen d'actes par nuit et par secteur était de 1,43 acte [8]. Dans cette étude, le nombre d'actes à partir duquel une garde devient épuisante est de 3,7 actes. Néanmoins, une augmentation de la charge d'activité en effecton serait un motif de désengagement pour la majorité des effecteurs mobiles (**tableau 5.5**) et plus d'un quart auraient déjà été confrontés à des situations de mise en danger par fatigue due aux nombreux kilomètres la nuit, en particulier sur le secteur de Savenay.

4.4 Propositions d'aménagements

4.4.1 Propositions pour la régulation de médecine générale

Une majoration de la rémunération horaire en nuit profonde serait souhaitée par la majorité des régulateurs. Cette majoration spécifique est en place dans les régions d'Aquitaine, de Rhône-Alpes, de Provence Côte d'Azur, d'Alsace et de Languedoc-Roussillon avec une moyenne de 90€ par heure au lieu des 70€ actuels en Loire-Atlantique [8].

Lever les limitations financières ou réglementaires à l'ouverture de nouveaux postes de régulation libérale pourrait permettre la venue de nouveaux régulateurs. Ces limitations seraient l'une des principales raisons de non-participation des effecteurs prêts à rejoindre la régulation de médecine générale (**figure 3.18**).

Une enquête plus détaillée sur les conditions d'exercice en régulation permettrait de préciser les raisons de l'insatisfaction de la majorité des régulateurs concernant le confort en garde, qui de plus se dégraderait pour une majorité d'entre eux (**figure 3.10 et 3.13**).

4.4.2 Propositions pour l'effectation en maison médicale de garde

La facilitation du tiers payant souhaitée par les effecteurs de la MMG de Châteaubriant (**figure 4.39**) est prévue dans le cahier des charges de la PDSA de 2017-2019 [8]. Elle pourrait également être entreprise pour les MMG de Bouaye et de Nantes où la majorité des effecteurs seraient favorables à la dispense d'avance systématique de la part obligatoire hors ALD (**figure 4.40**). Cela permettrait d'atténuer la concurrence ressentie par la majorité des effecteurs de Châteaubriant et de Nantes avec le service d'accueil des urgences à proximité (**figure 4.37**). Sur le secteur de Nantes, cela pourrait également favoriser une augmentation de l'activité en semaine, jugée faible par la plupart des effecteurs (**figure 4.26**). Cette augmentation d'activité permettrait d'éviter le désengagement des médecins de ce secteur dont le principal motif de suspension de l'effectation serait la répétition de gardes sans activité (**tableau 4.6**).

Mener des enquêtes plus détaillées, comme celle entreprise en 2017 par Mlle Guimbretière dans son travail de thèse pour les MMG de Corcoué-sur-Logne, de Bouaye et d'Ancenis, permettrait de préciser les causes d'insatisfactions observées dans cette étude sur certains secteurs. Elles pourraient par exemple porter sur le confort à Pornic, à Nantes ou à Saint-Herblain, sur le matériel médical fourni à Châteaubriant, sur les médicaments d'urgence fournis à Châteaubriant et à Pontchâteau, et sur le logiciel et le matériel informatique à Nantes et à Clisson.

Expérimenter une plage de garde le samedi matin sur les secteurs de Bouaye et de Châteaubriant, où une majorité d'effecteurs y seraient favorables (**tableau 4.11**), pourrait s'accorder avec la proposition d'élargissement des plages d'ouverture des maisons médicales de garde avancée par le ministère de la Santé [46] pour éviter le recours aux urgences hospitalières lorsque de nombreux cabinets médicaux sont fermés. Cette extension de permanence au samedi matin est actuellement expérimentée en Indre où les médecins effecteurs perçoivent une astreinte de 50 € et une majoration de 26,50 € par acte régulé [47].

Diviser en deux les gardes des dimanches et jours fériés pourrait être proposé sur le secteur de Pontchâteau, où la plupart des effecteurs les trouveraient lourdes (**tableau 4.9, figure 4.11**). Les effecteurs des secteurs de Nozay, de Saint-Herblain et de Nantes seraient également favorables à diviser en deux les gardes des dimanches et jours fériés.

Au regard de la proportion conséquente (51%) d'effecteurs en MMG qui n'auraient reçu aucune formation à la PDSA, leur proposer des enseignements comme pour les effecteurs mobiles serait à considérer, d'autant plus que la majorité de ces effecteurs participants ont sélectionné plusieurs sujets qui les intéresseraient (**tableau 2.5**).

Un renforcement des possibilités d'accueil d'internes en garde en MMG serait à envisager. Un faible nombre de médecins dans cette étude ont accueilli un interne en garde avec eux, alors qu'une forte proportion y serait favorable (**tableau 4.14**). Une réflexion pourrait par exemple être menée sur l'amélioration des possibilités d'hébergement, sur le financement de demi-journées de stage le week-end sur le modèle des demi-journées de stage en régulation financées en Mayenne [45], ou sur un rapprochement entre l'ADOPS et les maîtres de stage, à l'image de la convention entre SOS Médecins de Meurthe-et-Moselle et la Faculté de Nancy [32].

4.4.3 Propositions pour l'effectif mobile

Le déplafonnement de la part compensatoire variable lorsque la somme des actes dépasse 378€ pourrait être envisagé. Ce plafonnement est insatisfaisant pour une majorité d'effecteurs mobiles (**figure 5.14**), et pourrait être un élément démotivant à participer aux gardes les plus à risque de forte activité comme le samedi sur les secteurs de Pornic ou de Savenay (**figure 5.17**).

L'expérimentation d'une effectif mobile en journée le week-end avec un secteur comparable à celui de la nuit serait à discuter. La majorité des effecteurs fixes et mobiles sur secteur de Savenay y seraient favorables (**tableau 4.12, figure 5.23**). Les départements qui ont mis en place cette effectif, sont celui des Yvelines avec une rémunération de 100€ par tranche de 4 heures [48] et ceux d'Indre et du Cher où l'astreinte est de 200€ par tranche de 4 heures [47].

Au regard des difficultés de règlement a priori fréquentes pour les visites d'effectif mobile ayant conduit à l'hospitalisation sous contrainte en soins psychiatriques (**figure 5.21**), une étude sur les causes et les solutions serait à envisager, notamment lorsqu'il s'agit d'une demande d'un tiers.

Proposer plus d'enseignements, en particulier pour les plus jeunes effecteurs mobiles, majoritairement insatisfaits de la formation actuelle (**figure 5.15**). Cela permettrait de rassurer les volontaires prêts à la rejoindre cette effectif, principalement freinés par la crainte d'un manque de compétence (**figure 5.26**).

Pour recruter de nouveaux effecteurs mobiles, un des axes de communication pourrait porter sur le sentiment de sécurité partagé chez les effecteurs et effectrices actuels. Ces derniers et dernières seraient globalement satisfaits des conditions de sécurité (**tableau 5.14**) et auraient été en général peu confrontés à des problèmes d'insécurité seuls la nuit (**figure 5.12**). Cela pourrait rassurer les femmes généralistes dont un des principaux motifs de renoncement aux visites la nuit serait la crainte pour leur sécurité, comme observé dans cette étude (**tableau 5.17**) et dans celles menées en Picardie en 2010 [14], et en Alsace en 2014 [49].

5 CONCLUSION

L'organisation actuelle de la permanence des soins ambulatoires en Loire-Atlantique attire suffisamment de médecins généralistes pour assurer la complétude des tableaux de garde. Cependant, la proportion croissante en Loire-Atlantique de femmes et jeunes médecins aux aspirations professionnelles différentes de celles de leurs aînés risque de perturber la pérennité de cette participation. Recueillir le ressenti et l'opinion des médecins participant actuellement à la PDSA, en essayant de tenir compte de celui des femmes et des plus jeunes, peut permettre d'anticiper d'éventuelles difficultés de participation. D'autant plus que les besoins en médecins participants vont non seulement se maintenir, mais probablement s'accroître avec l'augmentation des demandes de soins non programmés liées à la croissance et au vieillissement démographique en Loire-Atlantique, ainsi qu'au report de la continuité des soins sur la PDSA.

Cette étude avait comme objectif principal la recherche des facteurs pouvant influencer la poursuite de la participation des médecins aux différentes permanences des soins en Loire-Atlantique. L'objectif secondaire était de recueillir leur opinion sur des propositions d'aménagements pouvant pérenniser leur participation.

L'enquête a été réalisée auprès des omnipraticiens participants à la PDSA en Loire-Atlantique à l'exception des effecteurs de SOS Médecins. Un questionnaire anonyme en ligne leur a été adressé en octobre 2017. Il portait sur les motivations, les freins et la satisfaction à participer aux différentes permanences de soins ambulatoires. Les réponses ont été incluses jusqu'à fin décembre 2017 et ont été analysées en tenant le plus souvent compte de l'âge et du sexe, ainsi que du secteur d'effectif. Avec 290 réponses incluses, le taux de participation était proche de 50%.

Les résultats suggèrent que la plupart des médecins participant à la PDSA en Loire-Atlantique vont maintenir leur implication dans les trois prochaines années. Les motivations à ce maintien correspondent à celles observées dans la littérature, comme la rémunération, le sentiment d'apporter un service réel et reconnu aux patients et l'expérience de travail différente de celle habituelle. À l'inverse, le devoir déontologique à participer à la PDSA est moins présent chez les participants en Loire-Atlantique par rapport à d'autres départements. Les effectifs, en particulier celle mobile, sont plus fatigantes avec l'âge que la régulation de médecine générale. Une augmentation de la charge d'activité en garde, en particulier le week-end, peut entraîner un risque de désengagement des effecteurs mobiles et des régulateurs de médecine générale.

Les propositions d'aménagements pouvant favoriser la participation peuvent être une majoration de la rémunération horaire en nuit profonde pour la régulation de médecine générale, la division en deux des gardes de dimanche dans certaines maisons médicales de garde ou l'extension à plusieurs maisons médicales du tiers payant systématique en raison de la concurrence ressentie avec les SAU à proximité.

Une des forces de cette étude est la participation élevée des régulateurs de médecine générale et des médecins effecteurs mobiles permettant une meilleure représentativité de leurs réponses. Les limites fragilisant l'interprétation des résultats, au-delà de celles inhérentes à chaque enquête, sont l'inclusion incomplète et peu représentative des médecins de SOS et l'intégration imparfaite des effecteurs intervenant sur plusieurs secteurs diminuant la puissance des analyses sectorielles.

La comparaison des résultats à la littérature suggère que l'effectif en maison médicale de garde ne présente pas de difficulté de recrutement à la différence de l'effectif mobile pour les femmes, et de la régulation pour les jeunes médecins. Plusieurs raisons à ces difficultés peuvent être avancées. Les femmes médecins ont plus d'appréhension pour leur sécurité lors de visites nocturnes, ce qui est démenti par le vécu des effectrices mobiles. Les jeunes médecins redoutent la complexité de l'exercice de régulation, ce qui est corroboré par le sentiment de difficulté croissante éprouvé par les régulateurs actuels.

Des enquêtes plus détaillées pourraient préciser les causes d'insatisfactions observées dans cette étude comme le confort en régulation ou le matériel et les médicaments fournis dans certaines maisons médicales de garde. Une autre piste de réflexion serait le renforcement des aides atténuant la difficulté du travail de régulation en médecine générale.

TABLE DES ABRÉVIATIONS

ADOPS 44	Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins en Loire-Atlantique
AMUEL 44	Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire de la Loire
AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMU	Aide Médicale Urgente
ALD	Affection de Longue Durée
ARM	Auxiliaire de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence de Soins
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DRM	Dossier de Régulation Médicale
EHPAD	Etablissements d'Hébergement des Personnes Agées et Dépendantes
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MG	Médecine Générale
MMG	Maison Médicale de Garde
NSPP	Ne Se Prononce Pas
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
URML	Unions Régionales des Médecins Libéraux
VSAV	Véhicules de Secours et d'Assistance aux Victimes

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Index des figures

Figure 1.1. Carte des secteurs d'effectif fixe en Maison Médicale de Garde en Loire-Atlantique	15
Figure 1.2. Carte des secteurs d'effectif mobile en Loire-Atlantique	17
Figure 1.3. Évolutions comparées de la répartition des médecins généralistes selon la tranche d'âge en France et en Loire-Atlantique de 2013 à 2017 (DREES)	21
Figure 1.5. Répartitions comparées des médecins généralistes selon le sexe et l'âge en Loire-Atlantique et en France en 2017 (DREES)	22
Figure 1.6. Évolution des effectifs de médecins généralistes selon le lieu et le mode d'exercice entre 2013 et 2017 en région Pays de la Loire (DREES)	23
Figure 1.7. Évolution de l'activité de PDSA en Loire-Atlantique entre 2012 et 2016 par permanence (ARS des Pays de la Loire, ADOPS 44)	24
Figure 2.1. Participation générale à l'étude (n=582)	29
Figure 2.2. Répartition des participants à l'étude selon le sexe et la tranche d'âge (n=290)	29
Figure 2.3. Répartition des participants selon leur zone d'exercice en journée (n=290)	31
Figure 2.4. Répartition des participants à l'étude selon la permanence de soins	31
Figure 3.1: Participation des régulateurs en médecine générale à l'étude (n=42)	35
Figure 3.2. Répartition des régulateurs participants selon le sexe et la tranche d'âge	36
Figure 3.3. Répartition des régulateurs participants selon le statut professionnel (n=30)	36
Figure 3.4. Répartition des régulateurs participants selon leur zone d'exercice en journée (n=30)	36
Figure 3.6. Nombre d'heures de régulation en moyenne par mois (n=30)	40
Figure 3.7. Souhaits de nombre d'heures de régulation par mois (n=30)	40
Figure 3.8. Nombre de gardes de régulation en week-end en moyenne par mois (n=30)	40
Figure 3.9. Préférences du jour de régulation en médecine générale	41
Figure 3.10. Satisfaction concernant plusieurs aspects de la régulation MG (n=30)	41
Figure 3.11. Répartition des réponses concernant le nombre de DRM horaire à partir duquel le travail de régulation devient lourd	42
Figure 3.12. Charges d'activité ressenties en régulation MG selon la période (n=30)	42
Figure 3.13. Ressentis sur plusieurs aspects du travail de régulation de médecine générale	42
Figure 3.14. Situations de difficulté à se faire remplacer en cas d'urgence (n=30)	43
Figure 3.15. Répartition des avis sur plusieurs propositions concernant la régulation MG (n=30)	43
Figure 3.16. Préférences pour l'attribution des dates de gardes difficiles à pourvoir	44
Figure 3.17. Volontaires à participer à la régulation parmi les autres effecteurs (n=260)	46
Figure 3.18. Motifs de non-participation chez les volontaires prêts à rejoindre la régulation de médecine générale	47
Figure 4.1. Participation des médecins de MMG au questionnaire (n=410)	48
Figure 4.2. Participation des médecins de MMG à l'étude selon le secteur	49
Figure 4.3. Répartition des effecteurs en MMG participants selon le sexe et la tranche d'âge	49
Figure 4.4. Répartition des effecteurs participants en MMG selon le statut professionnel (n=241)	51
Figure 4.5. Répartition des participants selon le statut de titulaire ou de remplaçant par secteur	51
Figure 4.6. Répartition des effecteurs participants (n=241) selon leur zone d'exercice en journée	51

Figure 4.7. Répartition des intentions de poursuite des gardes selon le secteur de MMG (n=241)	55
Figure 4.8. Anciennetés de la participation aux gardes selon le secteur de MMG	56
Figure 4.9. Répartition du nombre de gardes en MMG en moyenne par mois selon le secteur	57
Figure 4.10. Répartition des souhaits du nombre de gardes en MMG par mois (n=241)	57
Figure 4.11. Nombre de gardes de week-end en MMG en moyenne par mois par secteur	58
Figure 4.12. Habitudes de remplacement pour les gardes de semaine selon les secteurs (en excluant les réponses des remplaçants)	59
Figure 4.13. Habitudes de remplacement pour les gardes de week-end selon les secteurs (en excluant les réponses des remplaçants)	59
Figure 4.14. Satisfaction des conditions générales pour un travail de qualité par secteur	60
Figure 4.15. Satisfaction concernant le confort en MMG par secteur (n=241)	60
Figure 4.16. Satisfaction concernant les conditions de sécurité par secteur (n=241)	61
Figure 4.17. Situations d'insécurité seul(e) la nuit en MMG par secteur (n=241)	61
Figure 4.18. Satisfaction concernant le matériel médical fourni par MMG (n=241)	62
Figure 4.19. Satisfaction concernant les médicaments d'urgence fournis par MMG	63
Figure 4.20. Satisfaction concernant le matériel informatique selon la MMG	63
Figure 4.21. Satisfaction concernant le logiciel de saisie selon la MMG	63
Figure 4.22. Satisfaction concernant le secrétariat de la MMG selon le secteur	64
Figure 4.23. Satisfaction concernant le montant de l'astreinte le soir en semaine par MMG	64
Figure 4.24. Satisfaction concernant le montant de l'astreinte de journée le week-end par MMG	65
Figure 4.25. Satisfaction concernant l'attribution des gardes en MMG selon le secteur	65
Figure 4.26. Charge d'activité ressentie le soir en semaine par secteur (n=241)	66
Figure 4.27. Charge d'activité ressentie le samedi après-midi par secteur (n=241)	66
Figure 4.28. Charge d'activité ressentie le samedi soir par secteur	66
Figure 4.29. Charge d'activité ressentie le dimanche par secteur	67
Figure 4.30. Charge d'activité ressentie en période estivale selon le secteur	67
Figure 4.31. Charge d'activité ressentie en période hivernale selon le secteur	67
Figure 4.32. Difficultés de remplacement en cas d'urgence selon le secteur	68
Figure 4.33. Satisfaction concernant la pertinence des motifs de consultation et de visite (n=241)	68
Figure 4.34. Ressentis sur plusieurs aspects du travail de garde en MMG (n=241)	68
Figure 4.35. Difficultés de règlement pour des hospitalisations sous contrainte (n=241)	69
Figure 4.36. Difficultés de concurrence avec SOS Médecins	69
Figure 4.37. Difficultés de concurrence avec le Service d'accueil des Urgences à proximité	69
Figure 4.38. Difficultés d'accès direct non régulé selon la MMG	70
Figure 4.39. Préférences sur le tiers payant intégral systématique en garde selon le secteur	70
Figure 4.40. Préférences sur le tiers payant systématique sur la part obligatoire hors ALD	71
Figure 4.41. Préférences sur la rétrocession partielle lors de remplacements de garde selon l'âge	72
Figure 4.42. Poursuites des gardes sur les secteurs ne bénéficiant pas de l'exonération fiscale zone fragile (n=241)	72
Figure 4.43. Préférences sur la professionnalisation de l'effectif en MMG selon l'âge	73
Figure 4.44. Volontaires à participer à l'effectif en MMG	76
Figure 5.1. Participation des médecins mobiles au questionnaire (n=81)	77
Figure 5.2. Répartition des participants à l'étude par secteur d'effectif mobile	78

Figure 5.3. Répartition des effecteurs mobiles participants selon le sexe et la tranche d'âge	79
Figure 5.4. Répartition des effecteurs mobiles participants (n=61) selon le statut professionnel	79
Figure 5.5. Répartition des effecteurs mobiles participants (n=61) selon le zone d'exercice en journée	79
Figure 5.6. Répartition des intentions de poursuite des gardes mobiles selon le secteur d'effectation	83
Figure 5.7. Souhaits de nombre de gardes mobiles par mois (n=61)	85
Figure 5.8. Préférences du jour de garde d'effectation mobile (n=61)	86
Figure 5.9. Satisfaction concernant les conditions générales pour un travail de qualité (n=61)	86
Figure 5.10. Satisfaction concernant le confort selon le secteur d'effectation	87
Figure 5.11. Satisfaction concernant les conditions de sécurité selon le secteur	87
Figure 5.12. Situations d'insécurité seul(e) la nuit en effectation mobile selon le secteur	88
Figure 5.14. Satisfaction concernant plusieurs aspects de l'effectation mobile (n=61)	89
Figure 5.15. Satisfaction concernant la formation pour l'effectation mobile par tranche d'âge	90
Figure 5.16. Charges d'activité ressenties en garde mobile le soir en semaine selon le secteur	90
Figure 5.17. Charges d'activité ressenties en garde mobile le samedi soir selon le secteur	91
Figure 5.18. Charges d'activité ressenties en garde mobile le dimanche selon le secteur	91
Figure 5.19. Ressentis sur plusieurs aspects du travail de garde en effectation mobile	91
Figure 5.20. Situations de mise en danger par fatigue due aux nombreux kilomètres la nuit selon le secteur	92
Figure 5.21. Situations de difficultés en garde d'effectation mobile (n=61)	92
Figure 5.22. Réponses sur plusieurs propositions concernant l'effectation mobile (n=61)	93
Figure 5.23. Réponses sur la proposition d'effectations mobiles en journée le week-end	93
Figure 5.24. Préférences pour l'attribution des dates de garde mobile difficiles à pourvoir	94
Figure 5.25. Volontaires à participer à l'effectation mobile (n=229)	96
Figure 5.26. Motifs de non-participation aux gardes mobiles chez les volontaires prêts à la rejoindre (n=9)	96

Index des tableaux

Tableau 1.1. Évolution des effectifs des médecins inscrits à l'ADOPS 44 selon la permanence	20
Tableau 2.1. Répartition des participants à l'étude selon le sexe et la tranche d'âge	30
Tableau 2.2. Statuts professionnels des participants selon le sexe et l'âge moyen	30
Tableau 2.3. Répartition des formations reçues à la PDSA selon les permanences de soins	32
Tableau 2.4. Répartition des formations reçues à la PDSA selon l'âge des participants	33
Tableau 2.5. Répartition de sujets de formation de PDSA souhaités selon la permanence	34
Tableau 2.6. Répartition des souhaits de participation au fonctionnement de l'ADOPS	34
Tableau 3.1. Répartition des régulateurs participants selon le sexe et l'âge	35
Tableau 3.2. Motifs de participation à la régulation de médecine générale selon le sexe et l'âge	37
Tableau 3.3. Freins à la participation à la régulation de médecine générale selon le sexe et l'âge	38
Tableau 3.4. Répartitions des intentions de poursuite à la régulation MG selon le sexe et l'âge	38
Tableau 3.5. Motifs de désengagement parmi ceux qui vont arrêter la régulation	39
Tableau 3.6. Répartition des accueils d'internes et des souhaits d'accompagnement	44
Tableau 3.7. Répartition des motifs de non-participation à la régulation MG selon le sexe	45

Tableau 3.8. Répartition des motifs de non-participation à la régulation MG selon l'âge	46
Tableau 4.1. Participation des médecins de MMG à l'étude selon le secteur	48
Tableau 4.2. Répartition des effecteurs en MMG participants selon le sexe et la tranche d'âge	50
Tableau 4.3. Répartition des participants selon l'âge moyen, le sexe et le secteur d'effectif	50
Tableau 4.4. Motifs de participation à l'effectif en MMG selon la tranche d'âge	52
Tableau 4.5. Freins à la participation aux gardes en MMG selon la tranche d'âge	53
Tableau 4.6. Répartition des freins à la participation à l'effectif en MMG selon le secteur	54
Tableau 4.7. Répartition des intentions de poursuite des gardes en MMG selon l'âge	55
Tableau 4.8. Motifs de désengagement chez ceux qui vont arrêter les gardes dans les 3 ans	56
Tableau 4.9. Préférences du jour de garde en MMG selon le secteur	58
Tableau 4.10. Ressentis sur la sécurité en effectif en MMG selon le sexe des effecteurs	62
Tableau 4.11. Répartition des avis sur des propositions d'évolution selon le secteur	71
Tableau 4.12. Préférences pour les visites en journée le week-end selon le secteur	73
Tableau 4.13. Préférences pour l'attribution des dates difficiles à pourvoir selon le secteur	74
Tableau 4.14. Répartition des accueils d'internes et des souhaits d'accompagnement chez les effecteurs participants (en excluant les 5 internes et les 28 remplaçants non thésés participants)	75
Tableau 4.15. Motifs de non-participation à l'effectif en MMG selon le sexe	75
Tableau 5.1. Participation à l'étude selon le secteur d'effectif mobile	77
Tableau 5.2. Répartition des effecteurs participants selon l'âge, le sexe et le secteur	78
Tableau 5.3. Motifs de participation à l'effectif mobile selon le sexe et l'âge	80
Tableau 5.4. Deux motifs de participation à l'effectif mobile selon le secteur	80
Tableau 5.5. Freins à la participation aux gardes mobiles selon le sexe et l'âge	81
Tableau 5.6. Freins à la participation aux gardes mobiles par secteur d'effectif	81
Tableau 5.7. Répartition des intentions de poursuite des gardes mobiles selon le sexe et l'âge	82
Tableau 5.8. Motifs d'arrêt de l'effectif mobile dans les 3 ans	83
Tableau 5.9. Anciennetés de participation à l'effectif mobile selon la tranche d'âge	83
Tableau 5.10. Nombre de gardes mobiles en moyenne par mois selon le sexe et l'âge	84
Tableau 5.11. Nombre de gardes mobiles en moyenne par mois selon le secteur	84
Tableau 5.12. Nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois selon le sexe et l'âge	85
Tableau 5.13. Nombre de gardes mobiles le week-end en moyenne par mois selon le secteur	85
Tableau 5.14. Ressentis sur la sécurité en effectif mobile selon le genre	88
Tableau 5.15. Souhaits de fourniture supplémentaire pour l'effectif mobile (n=61)	89
Tableau 5.16. Réponses sur le nombre de visites à partir duquel une garde mobile est jugée lourde	91
Tableau 5.17. Répartition des motifs de non-participation aux gardes mobiles selon le sexe	94
Tableau 5.18. Répartition des motifs de non-participation aux gardes mobiles selon l'âge	95

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Louvel K. et Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin XIXe siècle-2001). *Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest* [Internet]. 2009;116(2):217-229 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://journals.openedition.org/abpo/120>
2. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2016 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_enquete_pds_2016.pdf
3. Boënnec P. Rapport d'information pour l'Assemblée Nationale sur la permanence des soins [Internet]. 2008 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp#P383_129064
4. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Evaluation de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunérations menée dans le cadre de la Permanence des Soins Ambulatoires dans la région des Pays de la Loire [Internet]. 2015 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_accompagnement_soins/Permanence_des_soins/Rapport_final_-_Evaluation_experimentation_PDSA_2011-2014_vf.pdf
5. Lemorton C. Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale. Rapport d'information sur l'organisation de la permanence des soins [Internet]. 2015 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp>
6. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Feuille de Route 2017 [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-07/Feuille_de_route_2016_Territoire_44_ars_pdl_0.pdf
7. Chon P-E. Devenir à 48 heures des patients vus par les médecins mobiles, du 15 janvier 2013 au 15 juillet 2013 en Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013. 66 p.
8. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires 2017-2019 [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/pays-de-la-loire/content/download/34079/231057/file/%20RAA%20n°50%20du%2029%20mai%202017%20-%20Spécial.pdf>
9. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2015 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf
10. Sécurité Sociale. Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale. Annexe 3 [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_3a.pdf
11. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. 2015 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_accompagnement_soins/Permanence_des_soins/cahier_des_charges_regional_pdsa_2015_ars_pdl.pdf
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2014 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>

13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale [Internet]. 2013 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2013.pdf>
14. Martein C. Quel avenir pour la permanence des soins ambulatoires en Picardie ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Amiens. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2011. 54 p
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2015 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale En Région Pays-de-la-Loire. Situation en 2015. [Internet]. 2015 [cité le 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_pays_de_la_loire_2015.pdf
18. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
19. Sablonnière S. Étude des déterminants influençant le choix de la médecine générale à Nantes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2016. 190 p.
20. MedShake. Données statistiques et outils d'analyse des postes d'ECN [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques>
21. Observatoire Régional de la Santé d'Aquitaine. Motivations et freins à l'installation des médecins généralistes libéraux : synthèse de la littérature [Internet]. 2011 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.ors-aquitaine.org/index.php/publications-orsa/item/motivations-et-freins-a-linstallation-des-medecins-generalistes-liberaux%C2%A0-synthese-de-la-litterature>
22. Perrotin S. Modes et niveaux de rémunération souhaités par les internes de médecine générale Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013. 92 p.
23. Baril N. Les freins à l'installation rapide des internes de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2012. 136 p.
24. Institut national de la statistique et des études économiques. Une forte croissance démographique tirée par la Loire-Atlantique et la Vendée [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3290108>
25. Institut national de la statistique et des études économiques. À l'horizon 2050, plus d'un quart de personnes âgées de 65 ans ou plus dans les Pays de la Loire [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2868681>

26. Agence Régionale de Santé des Pays-de-la-Loire. La santé des habitants des Pays de la Loire, situation actuelle et éléments de prospective [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2017-11/synthese_etat_sante_regional_prs2_3.pdf
27. Boucher C. La régulation libérale de la permanence des soins. Enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2012. 118 p.
28. Cagnon M. La permanence des soins ambulatoires en Picardie : enquête de satisfaction réalisée en 2014-2015 auprès des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Amiens. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015. 82 p.
29. Letourneux A. Participation à la permanence des soins : Attitude des médecins généralistes du sud-est de Paris et des internes franciliens en DES de médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris Créteil. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2014. 56 p.
30. Millereux M. État des lieux de la participation à la permanence des soins ambulatoires et de la réalisation de visites à domicile des médecins généralistes de Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris 7. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2014. 107 p.
31. Cagni L. Ressenti des médecins généralistes sur la double permanence des soins dans les zones fragiles et de vigilance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lyon 1. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015. 114 p.
32. Gaaliche A. Permanence des soins ambulatoires : Ressenti des internes de médecine générale de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013. 239 p.
33. Hartmann L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2006;2:91-119 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-91.htm>
34. Berthonneau C. Expérimentation d'un médecin mobile de permanence des soins en médecine générale ambulatoire sur le bassin de Muret. Evaluation lors du premier semestre 2014 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Toulouse III. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015. 91 p.
35. De Carvalho H. Impact de la mise en place du numéro d'appel national de la permanence des soins ambulatoires au centre 15 de Loire-Atlantique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2017. 83 p.
36. Huibers L, Philips H, Giesen P, Remmen R. EurOOHnet—The European research network for out-of-hours primary health care. [Internet] European Journal of General Practice. 2014;20(3): 229-232 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://dx.doi.org/10.3109/13814788.2013.846320>
37. Marleen S, Keizer E, Huibers L & Giesen P. GPs' experiences with out-of-hours GP cooperatives: A survey study from the Netherlands. [Internet] European Journal of General Practice. 2014;20(3): 196-201 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://doi.org/10.3109/13814788.2013.839652>

38. Keizer E, Maassen I, Smits M, Wensing M & Giesen P. Reducing the use of out-of-hours primary care services: A survey among Dutch general practitioners. [Internet] *European Journal of General Practice*. 2016;22(3):189-195 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1178718>
39. Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. Enquête nationale Remplact 3 [Internet]. 2016 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <https://www.reagjir.fr/2016/10/10/remplact-3-enquete-nationale-resultats-complets>
40. Piel A. Regard du médecin généraliste sur la permanence des soins en Martinique en 2013 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Pointe-à-Pitre. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2015. 59p.
41. Casamayou L. La maison médicale de garde de Langon : son fonctionnement et ses participants, une réponse à la permanence des soins. Autour de deux enquêtes : quantitative observationnelle et qualitative à partir d'entretiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux 2. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2014. 101 p.
42. Grall J-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences [Internet]. 2015 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2015-07-06_Rapport-Territorialisation_des_Urgences.pdf
43. Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire. Arrêté définissant le nouveau zonage [Internet]. 2017 [cité 30 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-01/ARS-28-12-2017-arrete-zonage-medecin.pdf>
44. Union Régionale des Professionnels de Santé d'Alsace. Recueil de données : PDSA [Internet]. 2014 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: https://www.urml-alsace.fr/phocadownload/Public/permanence-des-soins/2014-06-06_pdsa_synthese_2014.pdf
45. Alain S. La permanence des soins ambulatoires en Mayenne. Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes à propos de la régulation médicale libérale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2012. 150 p.
46. Ministère des Solidarités et de la Santé. Renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. 2017 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf
47. Agence Régionale de Santé du Centre Val de Loire. Cahier des Charges de la PDSA [Internet]. 2016 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.prefectures-regions.gouv.fr/centre-val-de-loire/content/download/23947/165574/file/recueil-r24-2016-103-recueil-des-actes-administratifs-special.pdf>
48. Agence Régionale de Santé des Yvelines. Cahier des Charges de la PDSA [Internet]. 2013 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: <http://www.arps78.fr/uploads/8/media/documents/Yt2Nik7tWwbnP/originals/524d7a66b6674.pdf>
49. Observatoire régional de la santé d'Alsace. Les attentes professionnelles et le devenir des internes de médecine générale [Internet]. 2014 [cité 10 décembre 2017]. Disponible sur: http://www.orsal.org/activites/etudes/pdf/Devenir%20internes_2014_v2014%2005%2022.pdf

ANNEXES

A1 Questionnaire

Enquête de satisfaction et d'opinion sur la Permanence des Soins Ambulatoire chez les médecins qui y participent en Loire Atlantique

*Obligatoire

Questionnaire anonyme de 5 à 15 minutes

1. **Votre âge :** *

Une seule réponse possible.

- Moins de 26 ans
 26 à 31 ans
 32 à 37 ans
 38 à 43 ans
 44 à 49 ans
 50 à 55 ans
 56 à 61 ans
 62 à 67 ans
 Plus de 67 ans
 Ne se prononce pas

2. **Sexe :** *

Une seule réponse possible.

- Homme
 Femme
 Ne se prononce pas

3. **Votre (vos) statut(s) actuel(s) :** *

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

- Installé(e)
 Interne
 Remplaçant(e) non thésé(e)
 Remplaçant(e) thésé(e)
 Collaborateur, assistant ou adjoint
 Médecin salarié (hôpital, centre de santé, etc.)
 SOS Médecins
 Médecin Sapeur Pompier
 Médecin Correspondant SAMU
 Médecin à Exercice Particulier (acuponcteur, homéopathe, ...)
 Cumul retraite
 Ne se prononce pas
 Autre : _____

4. **Votre (vos) zone(s) d'exercice en journée :** *

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

- Urbaine
 Péri-urbaine
 Rurale
 Commune fragile (déficit médical)
 Ne se prononce pas

5. **Avez vous bénéficié d'une formation à la PDSA (théorique ou pratique) ?** *

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

- Aucune
 Pendant l'externat
 Pendant l'internat
 Pendant le stage chez le praticien ou SASPAS
 DU d'urgence, DESC d'urgence ou équivalent
 Chez SOS Médecins
 Par l'ADOPS
 En Formation Médicale Continue
 En Développement Professionnel Continu
 Ne se prononce pas
 Autre : _____

6. **Quels sujets de formation de PDSA vous intéresseraient-ils ? ***

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- Aucun
- Examens des gardés à vue
- Hospitalisations sans consentement
- Troubles psychiatriques aigus (agitation, menace suicidaire, sédation si opposition..)
- Constats de décès non attendus (obstacles médico-légaux)
- Prélèvements post mortem (ponction intracardiaque, etc..)
- Soins palliatifs terminaux
- Premiers gestes d'urgence
- Protocoles NRBC (nucléaire, radiologique, biologique et chimique)
- Urgences sociales (précarité, accompagnement)
- Maintien à domicile difficile
- Décompensation cardio-pulmonaire en EHPAD
- Chutes en EHPAD
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

7. **Participez-vous au fonctionnement de l'ADOPS (conseil administration, responsable de MMG...)? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

8. **Voulez-vous y participer (ou continuer si vous le faite déjà) ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

9. **Faites-vous de la régulation de médecine générale ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui *Passez à la question 10.*
- Non *Passez à la question 27.*

10. **Depuis combien de temps faites vous de la régulation de médecine générale ? ***

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans
- Ne se prononce pas

11. **Combien d'heure de régulation faites-vous en moyenne par mois ? ***

Une seule réponse possible.

- Entre 6 et 12 heures (environ 1 à 2 gardes)
- Entre 12 et 24 heures (environ 1 à 4 gardes)
- Entre 24 et 36 heures (environ 2 à 6 gardes)
- Plus de 36 heures
- Ne se prononce pas

12. **Voudriez-vous en faire ? ***

Une seule réponse possible.

- Moins
- Autant
- Plus
- Ne se prononce pas

13. **Combien de gardes en week-end faites vous en moyenne par mois ? ***

Une seule réponse possible.

- 0
- Entre 0 et 1
- Entre 1 et 2
- Entre 2 et 3
- Entre 3 et 4
- Ne se prononce pas

14. **Vous préférez faire des gardes de régulation : ***

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- En semaine
- Le samedi et veilles de jour férié
- Le dimanche et jours fériés
- Aucune préférence
- Ne se prononce pas

Régulation de médecine générale

15. **Concernant la régulation de médecine générale, comment trouvez-vous :** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout satisfaisant	Plutôt non satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Tout à fait satisfaisant	Ne se prononce pas
Les conditions permettant un travail de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La rémunération forfaitaire horaire de repos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le confort (repas, lit de repos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matériel informatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le logiciel informatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attribution des gardes (mode, fréquence des choix)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La formation continue de régulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. **Comment estimez-vous la charge d'activité :** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Faible	Satisfaisante	Lourde	Ne se prononce pas
En semaine de 20h à minuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En semaine de minuit à 8h	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le samedi après-midi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le samedi soir et veille de jour férié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dimanche et jours fériés en journée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En période hivernale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En période estivale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. **À partir de combien de dossiers par heure en moyenne estimez-vous le travail de régulation trop fatigant ?** *
Une seule réponse possible.

- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- Plus de 15
- Ne se prononce pas

18. **Qu'est-ce qui vous motive à participer à la régulation de médecine générale ?** *
*(plusieurs réponses possibles)
 Plusieurs réponses possibles.*

- Les bonnes conditions d'exercice
- Le peu de tâches administratives en dehors de la garde
- L'intérêt financier
- L'exonération fiscale (en zone déficitaire)
- L'expérience de travail différente de votre activité habituelle
- La diversité des situations
- L'éthique déontologique
- L'impression d'apporter un service réel et reconnu
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

19. **Qu'est-ce qui pourrait vous faire diminuer ou arrêter la régulation de médecine générale ?** *
*(plusieurs réponses possibles)
 Plusieurs réponses possibles.*

- L'augmentation de la charge d'activité en régulation
- L'augmentation des contraintes réglementaires, médico-légales
- La fatigue liée à l'âge
- Plus l'intérêt financier
- L'augmentation de la charge de votre activité de jour
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

20. **Pour vous, le travail de régulation de médecine générale est : ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Non	De moins en moins	De plus en plus	Stable	Ne se prononce pas
Difficile	<input type="radio"/>				
Confortable	<input type="radio"/>				
Épanouissant	<input type="radio"/>				

21. **Avez-vous eu des difficultés pour vous faire remplacer en cas d'urgence ? ***

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

Non
 Peu
 Souvent
 De plus en plus
 Ne se prononce pas

22. **Êtes-vous favorable à : ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Une majoration de la rémunération horaire en nuit profonde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La possibilité de mutualisation de la régulation libérale avec d'autres départements (sur les plages de nuit profonde par exemple)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La possibilité d'une régulation déportée au domicile ou au cabinet en interconnexion avec le centre '15	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La professionnalisation de la régulation en devenant salarié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. **Pour les dates difficiles à pourvoir (par exemple 14 juillet, 15 août, Noël...), êtes vous favorable : ***

Plusieurs réponses possibles.

À laisser le choix libre pour tous
 À un quota annuel pour chaque régulateur (1 jour par an par exemple)
 Au tirage au sort parmi ceux qui n'en ont pas pris les 3 dernières années
 Ne se prononce pas

24. **Avez-vous déjà eu un interne en régulation avec vous ? ***

Une seule réponse possible.

Oui
 Non
 Ne se prononce pas

25. **Si non, y êtes-vous favorable ?**

Une seule réponse possible.

Oui
 Non
 Ne se prononce

26. **Combien de temps souhaitez-vous continuer la régulation de médecine générale ? ***

Une seule réponse possible.

Moins d'1 an
 Entre 1 et 3 ans
 Plus de 3 ans
 Ne se prononce pas

Passez à la question 29.

27. **Pour quelles raisons ne faites vous pas ou plus de régulation de médecine générale ? ***

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

Pas intéressé par ce mode d'exercice
 Méconnaissance du fonctionnement
 Manque de compétence
 Complexité de l'exercice de régulation
 Crainte d'une activité à forte responsabilité
 Crainte d'une activité épuisante
 Horaires contraignants
 Difficulté à concilier avec votre activité de jour
 Difficulté à concilier avec la vie familiale
 Difficulté d'accès administratif ou réglementaire (médecin salarié, jeune remplaçant...)
 Centre de régulation trop éloigné
 La fatigue liée à l'âge
 Ne se prononce pas
 Autre : _____

28. **Êtes-vous volontaire pour (re)faire des gardes de régulation de médecine générale ? ***

Une seule réponse possible.

Oui
 Non
 Ne se prononce pas

29. Faites-vous des gardes en Maisons Médicales de Garde (MMG) ou CAPS ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Passez à la question 49.

Garde en Maison Médicale de Garde (MMG)

30. Depuis combien de temps faites vous des gardes en MMG ou CAPS ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
 Entre 1 et 3 ans
 Entre 3 et 5 ans
 Entre 5 et 10 ans
 Plus de 10 ans
 Ne se prononce pas

31. Combien de gardes en MMG faites-vous par mois en moyenne ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'une par mois
 Entre 1 et 2
 Entre 2 et 3
 Entre 3 et 4
 Plus de 4
 Ne se prononce pas

32. Voudriez-vous en faire ? *

Une seule réponse possible.

- Moins
 Autant
 Plus
 Ne se prononce pas

33. Combien de gardes en week-end faites vous en moyenne par mois ? *

Une seule réponse possible.

- 0
 Entre 0 et 1
 Entre 1 et 2
 Entre 2 et 3
 Entre 3 et 4
 Ne se prononce pas

34. Vous préférez faire des gardes en MMG : *

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

- En semaine
 Le samedi et veille de jour férié
 Le dimanche et jours fériés
 Aucune préférence
 Ne se prononce pas

35. Vous faites-vous remplacer pour vos gardes en MMG ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Jamais	Peu	Souvent	Toujours	Ne se prononce pas
De semaine	<input type="radio"/>				
De week-end	<input type="radio"/>				

36. Dans quelle(s) MMG ou CAPS faites vous vos gardes ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Ancenis
 Bouaye
 Châteaubriant
 Clisson
 Corcoué-sur-Logne (Sud Loire Vendée)
 Guérande
 Pomic (Pays de Retz)
 Nantes
 Nozay
 Pontchâteau
 Saint Herblain
 Ne se prononce pas

37. **Concernant l'exercice en MMG, comment estimez-vous : ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout satisfaisant	Plutôt non satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Tout à fait satisfaisant	Ne se prononce pas
Les conditions permettant un travail de qualité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le confort (repas, lit de repos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les conditions de sécurité (locaux)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matériel médical fourni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les médicaments d'urgence fournis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le matériel informatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le logiciel de saisie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le secrétariat de la MMG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le montant de l'astreinte le soir en semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le montant de l'astreinte de journée le week-end	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'attribution des gardes (mode, fréquence des choix)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La pertinence des motifs de consultation et de visite demandées par les régulateurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

38. **Comment estimez-vous la charge d'activité : ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Faible	Satisfaisante	Lourde	Ne se prononce pas
Le soir en semaine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le samedi après-midi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le samedi soir et veille de jour férié	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le dimanches et jours fériés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En période estivale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En période hivernale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39. **Qu'est-ce qui vous motive à faire des gardes en MMG ? ***

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

- Les bonnes conditions d'exercice
- L'expérience de travail différente de votre activité habituelle
- Le peu de tâches administratives en dehors de la garde
- L'intérêt financier
- L'exonération fiscale (en zone déficitaire)
- La diversité des motifs
- L'éthique déontologique
- L'impression d'apporter un service réel et reconnu
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

40. **Qu'est-ce qui pourrait vous faire diminuer ou arrêter les gardes en MMG ? ***

*(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.*

- L'augmentation de la charge d'activité en garde
- L'augmentation de la charge de travail au cabinet
- L'agrandissement des secteurs de garde
- L'augmentation d'actes médico-administratifs
- La répétition de gardes sans activité
- La fatigue avec l'âge
- Plus l'intérêt financier
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

41. **Avez-vous été confronté cette année à des difficultés : ***

Une seule réponse possible par ligne.

	Non	Rarement	Souvent	Ne se prononce pas
Pour votre sécurité seul(e) la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour vous faire remplacer en cas d'urgence :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De règlement pour des hospitalisations sous contrainte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De concurrence avec SOS Médecins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De concurrence avec le SAU à proximité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D'accès directs non réguliers à la MMG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Pour vous, le travail en garde en MMG est : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Non	De moins en moins	De plus en plus	Stable	Ne se prononce pas
Difficile	<input type="radio"/>				
Confortable	<input type="radio"/>				
Épanouissant	<input type="radio"/>				

43. Êtes-vous favorable à : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Faire pour tous la dispense d'avance de frais en tiers payant sur l'AMO et l'AMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire pour tous la dispense d'avance de frais en tiers payant sur la part obligatoire AMO hors ALD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Avancer la garde en semaine (à 19h30 ou à 19h00)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvrir une plage de garde le samedi matin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diviser en deux les gardes des dimanches et jours fériés (8h-14h et 14h-20h)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Accepter plus d'entrées directes non régulées	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une rétrocession partielle en cas de remplacement (travail d'encassement et risque d'impayés pour le médecin remplacé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poursuivre les gardes sur les secteurs sans exonération fiscales des astreintes (zone fragile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une professionnalisation de la garde en MMG (type SOS médecins ou salarés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

44. Pour les visites les samedis et dimanches en journée, vous préférez qu'elles soient faites par : *

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

Le médecin en garde à la MMG
 Un médecin d'astreinte de visite en plus de celui de garde de consultation à la MMG
 Un médecin mobile de jour (avec les mêmes secteurs que la nuit profonde)
 Ne se prononce pas

45. Pour les dates difficiles à pourvoir (14 juillet, 15 août, Noël...), êtes vous favorable : *

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

À laisser le choix libre pour tous
 À un quota annuel pour chaque effecteur (1 jour par an par exemple)
 Au tirage au sort parmi ceux qui n'en ont pas pris les 3 dernières années
 À demander aux médecins non installés (remplaçants, etc..) à les compléter en priorité
 Ne se prononce pas

46. Avez-vous déjà eu un interne en garde avec vous en MMG ? *

Une seule réponse possible.

Oui
 Non
 Ne se prononce pas

47. Si non, y êtes-vous favorable ?

Une seule réponse possible.

Oui
 Non
 Ne se prononce pas

48. Combien de temps souhaitez-vous continuer les gardes en MMG ? *

Une seule réponse possible.

Moins d'1 an
 Entre 1 et 3 ans
 Plus de 3 ans
 Ne se prononce pas

Passer à la question 51.

49. Pour quelles raisons ne faites-vous pas ou plus de garde en MMG ? *

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- Pas intéressé par ce mode d'exercice
- Méconnaissance du fonctionnement
- Crainte pour votre sécurité seul(e) la nuit
- Horaires contraignants
- Difficulté à concilier avec la vie familiale
- Difficulté à concilier avec votre activité de jour
- Difficulté d'accès administratif ou réglementaire (médecin salarié,...)
- Manque de compétence
- Éloignement de la MMG
- Crainte de gardes sans activité peu rémunératrices
- Vous préférez laisser à SOS Médecins
- La fatigue liée à l'âge
- Vous vous faites remplacer systématiquement
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

50. Êtes-vous volontaire pour (re)faire des gardes en MMG ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

51. Faites-vous de l'effectif mobile ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 - Non
- Passez à la question 69.

Garde d'effectif mobile

52. Depuis combien de temps faites-vous des gardes mobiles ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'un an
- Entre 1 et 3 ans
- Entre 3 et 6 ans
- Ne se prononce pas

53. Sur quel(s) secteur(s) faites-vous vos gardes d'effectif mobile ? *

Plusieurs réponses possibles.

- Ancenis
- Pornic
- Savenay
- Nozay
- Clisson
- Ne se prononce pas

54. Combien de gardes mobiles faites-vous en moyenne par mois ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'une par mois
- Entre 1 et 2
- Entre 2 et 3
- Entre 3 et 4
- Plus de 4
- Ne se prononce pas

55. Vous voudriez-vous en faire ? *

Une seule réponse possible.

- Moins
- Autant
- Plus
- Ne se prononce pas

56. Combien de gardes en week-end faites-vous en moyenne par mois ? *

Une seule réponse possible.

- 0
- Entre 0 et 1
- Entre 1 et 2
- Entre 2 et 3
- Entre 3 et 4
- Ne se prononce pas

57. **Vous préférez faire des gardes mobiles :** *

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- En semaine
 Le samedi et veilles de jour férié
 Le dimanche et jours fériés
 Aucune préférence
 Ne se prononce pas

58. **Concernant l'exercice d'effectif mobile, comment estimez-vous :** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Pas du tout satisfaisant	Plutôt satisfaisant	Plutôt non satisfaisant	Tout à fait satisfaisant	Ne se prononce pas
Les conditions permettant un travail de qualité	<input type="checkbox"/>				
Le confort (repas, lit de repos)	<input type="checkbox"/>				
Les conditions de sécurité (locaux)	<input type="checkbox"/>				
Le matériel médical fourni	<input type="checkbox"/>				
L'attribution des gardes (mode, fréquence des choix)	<input type="checkbox"/>				
Le montant de l'astreinte de nuit profonde (450€)	<input type="checkbox"/>				
Le delta ramené à 150€ si aucun acte	<input type="checkbox"/>				
Le delta négatif si la somme des actes > 378€	<input type="checkbox"/>				
La formation pour l'effectif mobile	<input type="checkbox"/>				
La pertinence des motifs de visites	<input type="checkbox"/>				

59. **Souhaitez-vous que vous soit fourni d'autre(s) matériel(s) ou médicament(s) ?** *

Une seule réponse possible.

- Ne se prononce pas
 Non
 Autre : _____

60. **Comment estimez-vous la charge d'activité en effectif mobile sur votre secteur :** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Faible	Satisfaisante	Lourde	Ne se prononce pas
Le soir en semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les samedis soir et veilles de jour férié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les dimanches et jours fériés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. **À partir de combien de sorties par nuit estimez-vous une garde lourde ?** *

Une seule réponse possible.

- 2
 3
 4
 5
 Plus de 5
 Ne se prononce pas

62. **Qu'est-ce qui vous motive à faire des gardes mobiles ?** *

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Les bonnes conditions d'exercice
 L'intérêt financier
 L'exonération fiscale (en zone déficitaire)
 Le peu de tâches administratives en dehors de la garde
 L'expérience de travail originale et enrichissante
 La diversité des motifs d'intervention
 L'impression d'apporter un service au patient réel et reconnu
 L'éthique déontologique
 Ne se prononce pas
 Autre : _____

63. Qu'est-ce qui pourrait vous faire diminuer ou arrêter les gardes mobiles ? *

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- L'augmentation de la charge de travail au cabinet
- L'augmentation de la charge d'activité en garde
- L'augmentation d'actes médico-administratifs
- L'agrandissement des secteurs de garde
- La répétition de gardes sans activité
- La fatigue avec l'âge
- Plus l'intérêt financier
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

64. Pour vous, le travail d'effectif mobile est : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Non	De plus en plus	De moins en moins	Stable	Ne se prononce pas
Difficile	<input type="radio"/>				
Confortable	<input type="radio"/>				
Épanouissant	<input type="radio"/>				

65. Avez-vous été confronté à des difficultés : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Non	Peu	Souvent	Ne se prononce pas
De mise en danger par fatigue due aux nombreux kilomètres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour votre sécurité seul(e) la nuit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pour vous faire remplacer en cas d'urgence ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De règlement pour des hospitalisations sous contrainte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66. Seriez-vous favorable à : *

Une seule réponse possible par ligne.

	Oui	Non	Ne se prononce pas
Faire pour tous la dispense d'avance de frais (tiers payant) sur la part obligatoire AMO hors ALD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire pour tous la dispense d'avance de frais (tiers payant) sur l'AMO et l'AMC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poursuivre les effectifs mobiles si les deltas sont supprimés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poursuivre les effectifs mobiles sur les secteurs sans exonération fiscales des astreintes (zone fragile)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faire des gardes mobiles en journée le week-end	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réaliser des actes de pré SMUR si vous bénéficiez de la formation et du matériel adéquat ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Une professionnalisation de l'effectif mobile (comme SOS médecins ou en devenant salarié)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. Pour les dates difficiles à pourvoir (14 juillet, 15 août, Noël...), êtes vous favorable : *

(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- À laisser le choix libre pour tous
- À un quota annuel pour chaque effecteur (1 jour par an par exemple)
- Au tirage au sort parmi ceux qui n'en ont pas pris les 3 dernières années
- À demander aux médecins non installés (remplaçants, etc...) à les compléter en priorité
- Ne se prononce pas

68. Combien de temps souhaitez-vous continuer les gardes mobiles ? *

Une seule réponse possible.

- Moins d'1 an
- Entre 1 et 3 ans
- Plus de 3 ans
- Ne se prononce pas

Passer à "Merci pour votre temps et vos réponses".

69. Pour quelles raisons ne faites vous pas ou plus de garde d'effecton mobile ? *

(plusieurs réponses possibles)
Plusieurs réponses possibles.

- Pas intéressé par ce mode d'exercice
- Méconnaissance du fonctionnement, du périmètre d'action (hôpital local, HAD, médico-judiciaire, médico-légal)
- Manque de compétence
- Crainte de conduire la nuit
- Crainte pour votre sécurité seul(e) la nuit
- Horaires contraignants
- Difficulté à concilier avec la vie familiale
- Difficulté à concilier avec votre activité de jour
- Difficulté d'accès administratif ou réglementaire (médecin salarié..)
- Éloignement de la chambre de garde
- Votre secteur est attribué à SOS Médecins
- Vous vous faites remplacer systématiquement
- Fatigue liée à l'âge
- Ne se prononce pas
- Autre : _____

70. Êtes-vous volontaire pour (re)faire des gardes mobiles ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Merci pour votre temps et vos réponses

A2 Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Vu, le Président du Jury,

Professeur Gilles Potel

Vu, le Directeur de Thèse,

Docteur Clément Le Cornec

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale Jolliet

ABSTRACT

Background : Demographic and occupational changes may alter General Practitioners (GP) participation rate in the after-hours care (AHC) system in Loire-Atlantique's territory. The objective of this study was to look for the factors that could influence the continued participation of GP in the AHC in Loire-Atlantique's territory as well as gathering their opinion on ways to improve a system that could make their services sustainable.

Methods : A study was conducted among GP attending the AHC within Loire-Atlantique and excluding SOS Médecins's GPs in medical care centers. An anonymous online questionnaire was shared with them in October 2017.

Results : 290 responses have been integrated in this study. Most of the GP attending the AHC within Loire-Atlantique should be maintaining their involvement and services within the next three years. The main motivations triggers are the attractive remuneration's policy, the feeling of providing a recognized service to patients as well as an unusual working experience. Most of the improvement proposals are linked to an increase of remuneration's rate for the medical telephone triage in the middle of the night, the split of Sunday's guard hours into two time slots for medical care centers, or the extension of systematic third-party payment. The AHC in medical care centres would not present a difficulty to hire unlike mobile AHC for women, or medical telephone triage for young doctors.

Conclusion : The GP attendance to the after-hours care (AHC) system in Loire-Atlantique seems sustainable for medical care centers and for the mobile AHC and in a more uncertain way concerning the medical telephone triage in AHC. Nonetheless, several adjustments could be considered to maintain or even increase GP's attendance to these AHC.

Key words : After-hours care, Out of hours care, general practitioner, telephone triage

RÉSUMÉ

NOM : LELIEVRE

PRÉNOM : Matthieu

Titre de Thèse : Étude des critères de motivation et de satisfaction des médecins participant à la permanence des soins ambulatoires en Loire-Atlantique.

Introduction : Les changements démographiques et professionnels des médecins généralistes en Loire-Atlantique risquent de modifier leur participation à la permanence des soins ambulatoires (PDSA). L'objectif de cette étude était la recherche des facteurs pouvant influencer la poursuite de la participation des médecins à cette permanence en Loire-Atlantique, et de recueillir leur opinion sur des propositions d'aménagements pouvant pérenniser leur participation.

Méthode : Une étude a été réalisée auprès des omnipraticiens participant à la PDSA en Loire-Atlantique à l'exception des effecteurs de SOS Médecins. Un questionnaire anonyme en ligne leur a été adressé en octobre 2017.

Résultats : 290 réponses ont été incluses. La plupart des médecins participant à la PDSA en Loire-Atlantique devraient maintenir leur implication dans les trois prochaines années. Les principales motivations à ce maintien sont la rémunération, le sentiment d'apporter un service reconnu aux patients et l'expérience de travail originale. Les propositions d'aménagements pourraient être une majoration de la rémunération de la régulation en nuit profonde, la division en deux des gardes de dimanche en maisons médicales de garde ou l'extension du tiers payant systématique. L'effectif en maison médicale de garde ne présenterait pas de difficulté de recrutement à la différence de l'effectif mobile pour les femmes, ou de la régulation pour les jeunes médecins.

Conclusion : La pérennité de la participation des omnipraticiens de Loire-Atlantique semble assurée pour les effectifs de permanence des soins ambulatoires, et de façon plus incertaine concernant la régulation de médecine générale. Plusieurs aménagements pourraient être envisagés pour maintenir et accroître les participations à ces différentes permanences de soins.

Mots clés : Permanence des soins ambulatoires, régulation médicale, effectif mobile, maison médicale de garde.