



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**QUELLES SONT LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
INSTALLÉS EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE CONCERNANT LEURS GARDES DE TERRAIN
AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ?**

THÈSE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 09 novembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Germain Bonnefoy

Né le 20 juin 1986

à Mâcon (71)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**QUELLES SONT LES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX
INSTALLÉS EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE CONCERNANT LEURS GARDES DE TERRAIN
AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ?**

THÈSE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 09 novembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Germain Bonnefoy

Né le 20 juin 1986

à Mâcon (71)

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} Septembre 2017

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M. Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M. Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M. François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M. Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M. Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M. Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M. François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M. Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M. Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M. Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
--------------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M. Didier	CANNET	Médecine Générale
M. Gilles	MOREL	Médecine Générale
M. François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M. Clément	CHARRA	Médecine Générale
M. Rémi	DURAND	Médecine Générale
M. Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres : Monsieur le Professeur Yannick BEJOT
Monsieur le Professeur Associé Gilles MOREL
Monsieur le Docteur Sébastien MOURCIA
Monsieur le Docteur Aurélien VAILLANT

REMERCIEMENTS

À mon président de Jury, Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, merci de votre bienveillance à mon envers et tous les enseignements que vous m'avez prodigués. Merci également de la confiance que vous m'avez témoignée ces dernières années. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Au membre de mon jury, Monsieur le Professeur Yannick BEJOT,

Vous avez accepté de juger mon travail malgré vos nombreuses sollicitations, c'est un honneur pour moi. Votre engagement est un exemple. Veuillez croire en mes sincères remerciements.

Au membre de mon jury, Monsieur le Professeur Gilles MOREL,

Merci pour ces années à mes côtés, vous m'avez fait découvrir ce versant humain et engagé de notre spécialité et n'êtes pas étranger à mon choix de carrière. Vous remercier uniquement pour votre participation à mon jury serait insuffisant.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Sébastien MOURCIA,

Merci pour votre soutien et votre expertise, vous m'avez accueilli dans votre demeure comme un ami et je vous en suis très reconnaissant. Soyez assuré de ma plus profonde gratitude.

À l'initiateur de ce projet et membre de mon jury, Monsieur le Docteur Aurélien VAILLANT.

Ta gentillesse et ton professionnalisme sont infinis, c'est un honneur de te compter parmi mes proches. Merci pour ta confiance, pour tout ce que tu m'as déjà apporté et enseigné, pour tout ce que tu m'apporteras encore pendant de nombreuses années. Sois assuré de ma sincère amitié.

À l'URPS-ML, Mme COLIN, Mme PACCAUX, l'ensemble des personnels ayant œuvrés pour mettre en place ce travail, leur disponibilité et leur gentillesse, aux 8 CDOM pour leur participation, à Mme JOND-DUNAND du CDOM 21 pour son expertise passionnée,

À ma compagne pour sa présence, sa patience et son aide minutieuse et bienveillante,

À ma famille, en particulier mes parents, ma sœur et ses trois merveilleux enfants, Baptiste, mon parrain Thibaut, pour leur amour inconditionnel,

À Benoit pour sa grande patience et son expertise des statistiques, pour son amitié,

À Sébastien pour son professionnalisme et les heures passées à mettre ce travail en forme,

À Maître BENEDETTI, à Maître PICHON pour leur relecture juridique et leur aide dans l'analyse des textes de lois, ainsi que pour leur bienveillance à mon envers, à Aurélie pour sa relecture attentive,

À tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin à terminer ce travail de recherche,

À tous mes amis et proches, merci de votre présence affectueuse au quotidien,

Merci à l'ensemble de mes professeurs et maîtres pour m'avoir ouvert l'esprit et donné cette envie de toujours apprendre et progresser.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque."

LISTE DES ABREVIATIONS

ACORELI : Association Comtoise de Régulation Libérale

AMLUV : Association des Médecins Libéraux pour les Urgences Vitales

AMU : Aide Médicale Urgente

ARS : Agence Régionale de Santé

BFC : Bourgogne-Franche-Comté

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FMF : Fédération des Médecins de France

MEP : Mode d'Exercice Particulier

MGF : MG France

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle (ou Pluridisciplinaire)

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMG : Syndicat de la Médecine Générale

SML : Syndicat des Médecins Libéraux

URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé - Médecins Libéraux

Les départements seront parfois cités par leur numéro : Côte-d'Or (21), Doubs (25), Jura (39), Nièvre (58), Haute-Saône (70), Saône-et-Loire (71), Yonne (89), Territoire de Belfort (90).

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	9
I) INTRODUCTION	12
1) CARACTERISTIQUES NATIONALES DE LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRES (PDSA)	12
a) Définitions, cadre législatif, gouvernance et modalités de fonctionnement.....	12
b) Financement et rémunération des effecteurs.....	13
c) État des lieux en France en 2016.....	13
2) SITUATION EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE (BFC).....	13
a) Le territoire et son réseau de soins.....	13
b) Spécificités des cahiers des charges de Bourgogne et de Franche-Comté	14
3) PDSA : EVOLUTIONS ET ATTENTES DE LA SOCIETE ET DES PROFESSIONNELS	14
a) La PDSA, un dispositif continuellement remis en question par les institutions.....	14
b) Attentes des médecins généralistes	15
4) INTRODUCTION A L'ETUDE.....	17
II) MATERIEL ET METHODES	18
III) RESULTATS.....	19
1) DESCRIPTION DE LA POPULATION.....	19
2) ATTENTES DES MEDECINS EN TERMES DE RYTHME DE GARDE	22
3) ATTENTES DES MEDECINS VIS-A-VIS DE L'EXISTENCE DES GARDES DE NUIT PROFONDE	26
4) ATTENTES DES MEDECINS VIS-A-VIS DE LEURS CONDITIONS D'EXERCICE EN GARDE	27
5) ANALYSE DES REMARQUES LIBRES	33
IV) DISCUSSION	34
1) RESUME DES ATTENTES DES PARTICIPANTS	34
2) POINTS FORTS ET LIMITES DE CETTE ETUDE	35
3) PERSPECTIVES	36
V) CONCLUSION	36
BIBLIOGRAPHIE.....	37
ANNEXES	41
ANNEXE 1 : COTATIONS LES PLUS FREQUENTES EN GARDE, MONTANT DES FORFAITS	41
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE ENVOYE AUX MEDECINS INCLUS DANS L'ETUDE	42
ANNEXE 3 : RESULTATS BRUTS OBTENUS AUX QUESTIONNAIRES	46
ANNEXE 4 : RESULTATS DES TESTS STATISTIQUES.....	48

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

Tableau I : Répartition des taux de réponse dans la population BFC et les départements	19
Figure 1 : Distribution du sexe dans la population BFC et les départements.....	19
Tableau II : Âge des répondants dans la population BFC et les départements.....	20
Figure 2 : Distribution de l'âge discrétisé en 3 catégories dans la population BFC et les départements	20
Figure 3 : Distribution du type d'installation dans la population BFC et les départements	21
Figure 4 : Distribution des différents types d'effecteur des gardes dans la population BFC et les départements	21
Figure 5 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "20h-minuit" pendant les jours de semaine ? » dans la population BFC et les départements.....	22
Figure 6 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "nuit profonde" pendant les jours de semaine ? » dans la population BFC et les départements.....	23
Figure 7 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "journée" pendant les week-ends et jours fériés ? » dans la population BFC et les départements.....	23
Figure 8 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "20h-minuit" pendant les week-ends et jours fériés ? » dans la population BFC et les départements.....	24
Figure 9 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "nuit profonde" pendant les week-ends et jours fériés ? » dans la population BFC et les départements	25
Figure 10 : Distribution des réponses aux questions portant sur les rythmes de garde selon les différents créneaux dans la population BFC	25
Figure 11 : Distribution des réponses à la question portant sur les gardes de nuit profonde dans la population BFC et les départements.....	26
Figure 12 : Distribution des réponses regroupées à la question portant sur les gardes de nuit profonde dans la population BFC et les départements	26
Figure 13 : Distribution des réponses à la proposition « La défiscalisation des rémunérations » dans la population BFC et les départements	27
Figure 14 : Distribution des réponses à la proposition « L'augmentation du forfait de garde » dans la population BFC et les départements.....	28
Figure 15 : Distribution des réponses à la proposition « L'augmentation financière des cotations » dans la population BFC et les départements	28
Figure 16 : Distribution des réponses à la proposition « Le remplacement des cotations par un revenu forfaitaire dans les zones où l'activité est faible » dans la population BFC et les départements	29
Figure 17 : Distribution des réponses à la proposition « Le regroupement des consultations sur une plage horaire restreinte pendant la garde » dans la population BFC et les départements.....	29
Figure 18 : Distribution des réponses à la proposition « Le regroupement ou le redécoupage de secteurs » dans la population BFC et les départements	30
Figure 19 : Distribution des réponses à la proposition « L'absence totale de visites » dans la population BFC et les départements.....	30
Figure 20 : Distribution des réponses à la proposition « L'absence de visites en dehors des hospitalisations sous contrainte et des certificats de décès » dans la population BFC et les départements	31
Figure 21 : Distribution des réponses à la proposition « Un lieu de consultation unique au sein des urgences de l'établissement public du secteur » dans la population BFC et les départements	31
Figure 22 : Distribution des réponses à la proposition « Un lieu de consultation unique pour tous les médecins du secteur mais en dehors des urgences (type Maison Médicale de Garde) » dans la population BFC et les départements	32
Figure 23 : Distribution des réponses aux 10 propositions portant sur les conditions d'exercice dans la population BFC	32
Tableau III : Résultats bruts obtenus aux questionnaires	46
Tableau IV : Résultats des analyses croisées pour le sexe.....	48
Tableau V : Résultats des analyses croisées pour l'âge	48
Tableau VI : Résultats des analyses croisées pour le type d'exercice	48
Tableau VII : Résultats des analyses croisées pour l'effectif des gardes.....	49
Tableau VIII : Résultats des analyses croisées pour les questions portant sur les rythmes de garde.....	50
Tableau IX : Résultats des analyses croisées pour la question portant sur les gardes de nuit profonde.....	52
Tableau X : Résultats des analyses croisées pour les dix propositions testées	53

I) Introduction

1) Caractéristiques nationales de la permanence de soins ambulatoires (PDSA)

a) Définitions, cadre législatif, gouvernance et modalités de fonctionnement

La PDSA est un dispositif sanitaire permettant de répondre aux besoins de la population en matière de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture habituels des cabinets médicaux et des centres de santé, et ce par le biais d'une régulation médicale et d'effecteurs de terrain (1).

Le code de la santé publique en définit le cadre temporel : tous les jours de 20h à 8h ; le samedi de 12h à 20h ; le dimanche, les jours fériés, le lundi s'il précède un férié, le vendredi et le samedi s'ils suivent un férié, de 8h à 20h. Toutefois les horaires et l'organisation peuvent varier localement (1). Dans les faits, il existe souvent une distinction entre le créneau de soir, de 20h à minuit, et celui dit de nuit profonde de minuit à 8h.

D'un point de vue territorial, les agences régionales de santé (ARS) ont la charge de définir des secteurs de garde prenant en compte les aspects géographiques mais également l'offre de soins et les besoins des populations (1).

Les effecteurs de ces gardes sont libéraux ou salariés. Tout médecin ayant conservé une pratique clinique peut également, à sa demande, être autorisé à en effectuer (1,2). Ils y participent sur le principe du volontariat même si le code de déontologie médicale prévoit que cela constitue un devoir et que le code de la santé publique considère la PDSA comme une mission de service public (3–5). Pour des raisons d'âge, de santé ou de spécificités d'exercice, un médecin peut demander au conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) une exemption de participation (3).

Un tableau de garde est établi pour chaque secteur parmi ces praticiens et transmis sous délai contraint au CDOM et à l'ARS puis, après validation, aux autres partenaires concernés (préfet, services d'aide médicale urgente (AMU), assurance maladie, acteurs de terrain, etc.) (6). Dans les situations de tensions concernant la complétude du tableau de garde, le préfet a la possibilité de procéder à des réquisitions afin que la PDSA continue à être assurée (3).

Toute demande de soins non programmés est régulée selon un schéma propre à chaque secteur de garde. Le plus souvent il existe un travail conjoint de l'AMU (appel du centre 15) et de la régulation libérale (numéro spécifique à chaque centre d'appel) au sein de centres interconnectés. Le 116-117 devrait être prochainement déployé afin d'uniformiser la procédure au niveau national (7). Suite à la régulation, le patient peut se voir délivrer un conseil téléphonique, être transporté vers le centre d'AMU le plus proche ou être vu par le médecin de permanence en consultation ou en visite à domicile (8).

Afin d'adapter le service rendu aux besoins et caractéristiques locales, un cahier des charges est réalisé dans chaque département et recense tous les éléments organisationnels de la PDSA (cartographie des secteurs, coordination des structures de soins, modalités de régulation, horaires d'activité, types d'interventions, objectifs et indicateurs statistiques, etc.) (9). Un CODAMUPS (cf. abréviations) veille au bon fonctionnement de la permanence des soins (PDS) notamment en articulant l'AMU et la PDSA dans le respect de ce cahier des charges. Il a un rôle d'évaluation continue et propose chaque année d'éventuelles modifications à celui-ci (10). Il est co-présidé par le préfet et le directeur général de l'ARS (11).

b) Financement et rémunération des effecteurs

Depuis le 1^{er} mars 2012 et la loi de financement de la sécurité sociale, la PDSA est financée par le fonds d'intervention régional (FIR), un des sous-objectifs de l'ONDAM (cf. abréviations) (12,13). Les rémunérations allouées à ce titre sont forfaitaires mais peuvent varier selon les secteurs de garde sur décision de l'ARS.

Non compris dans le FIR, les actes réalisés par le médecin effecteur sont pris en charge par l'assurance maladie selon la nouvelle convention en vigueur depuis le 1^{er} mai 2017 (14). Les forfaits et cotations utilisés dans ce cadre sont présentés en annexe 1.

c) État des lieux en France en 2016

Dans son état des lieux annuel sur la PDSA, le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) regrette la constante érosion du volontariat depuis 2002. Le taux de participation était de 63% en 2016 (65% en 2015 et 67% en 2014). En moyenne, les médecins effecteurs avaient 50 ans et réalisaient 35 gardes par an. Seuls 31% des moins de 40 ans avaient fait au moins une garde (et 17% des plus de 60 ans) ce qui confirme le manque d'attractivité de la PDSA auprès des jeunes médecins. Il n'y avait pas de différence de participation entre effecteurs femmes et hommes (35% versus 65% ce qui correspond au ratio des généralistes installés) (15).

Parallèlement, on observe depuis plusieurs années une tendance à la disparition des gardes de nuit profonde, qui subsistent dans 31% des secteurs en 2016 (45% en 2012). Cette tendance semble toucher également le créneau 20h-minuit. Toutefois ces résultats sont à nuancer car ils correspondent dans certains cas à des fusions de secteurs ou des regroupements sur certaines plages horaires. Par ailleurs, certains territoires ont mis en place un effecteur le samedi matin malgré l'ouverture de certains cabinets médicaux (15,16).

Sur le plan national, on dénombrait 1 611 secteurs d'effectif actifs en 2016. Ce nombre a été réduit de plus de moitié depuis 2003 (3 770 secteurs) et se stabilise à l'heure actuelle (-1% en 2015, -4,5% en 2014). De nouveaux regroupements sont prévus en 2017, souvent pour cause d'effectifs insuffisants ou de praticiens trop âgés. Il est à noter que 7% des secteurs ont été maintenus administrativement malgré l'absence d'effecteurs (15,17).

2) Situation en Bourgogne-Franche-Comté (BFC)

a) Le territoire et son réseau de soins

Seuls 40,5% des médecins généralistes de BFC ont réalisé au moins une astreinte en 2015 (37,4% en Bourgogne, 44,2% en Franche-Comté), ce qui est très inférieur à la moyenne nationale. Un praticien effectuait en moyenne un peu moins de deux gardes de soir de semaine et une de week-end (jour et soir) par mois (18). Le territoire de l'Yonne a ainsi subi une baisse de plus de 10% du volontariat entre 2014 et 2015 (17).

Les secteurs de garde ont été fortement restructurés au cours des dix dernières années : diminution majeure de leur nombre par fusions ou arrêts d'activité, expérimentations (comme le grand effecteur mobile en Côte-d'Or), regroupement des secteurs la nuit dans le Territoire de Belfort, etc. (18).

Les gardes de nuit profonde ont presque disparu en Bourgogne (exception faite des structures de type « SOS » et de l'AMLUV (cf. abréviations) dans la Nièvre) ce qui n'est pas le cas en Franche-Comté. Dans la plupart de ces gardes, le médecin effecteur réalisait moins de 0,1 acte (18).

En 2015, il existait six structures de soins de type « SOS » : deux à Dijon, une à Beaune, une à Sens, une à Auxerre et une à Besançon. Après la fermeture de celle de Chagny, douze maisons médicales de garde (MMG) étaient actives dont huit en Bourgogne et quatre en Franche-Comté (18).

Enfin, en 2015 le coût de la PDSA pour le FIR était de 18,9 millions d'euros au total (57% pour la Bourgogne et 43% pour la Franche Comté). On dénombrait 52 031 astreintes (pour un coût de 5,3 millions d'euros) et 188 892 actes, dont 35% le soir et seulement 4% en nuit profonde (18).

b) Spécificités des cahiers des charges de Bourgogne et de Franche-Comté

Le cahier des charges de Bourgogne date de 2012, celui de Franche-Comté de 2015. Ils stipulent que les visites doivent être limitées aux seules incompressibles (incapacité de se déplacer, hospitalisation sous contrainte, certificat de décès) dans un délai de 30 à 45 minutes (19).

La régulation est assurée en Bourgogne sur trois sites (Dijon, Chalon-sur-Saône et Auxerre/Nevers conjointement) et en Franche-Comté par l'ACORELI (cf. abréviations) à Besançon. Le numéro d'appel est le 15 mais il existe également un numéro spécifique à chaque régulation libérale pour la Bourgogne, le 3966 pour l'ACORELI et le 3624 pour l'association « SOS Médecins » de Besançon (2,19). Deux évolutions sont à l'étude : le passage au numéro unique 116-117 ainsi que la mutualisation des quatre régulations libérales de Bourgogne sur le modèle Franc-Comtois (2,20).

Chaque tableau de garde ne peut pas comporter moins de cinq médecins, sept dans la mesure du possible. Le montant des forfaits versés au titre des astreintes est conforme au cadre national, mais peut être doublé dans le cas des secteurs ayant été regroupés. En dehors des structures de type « SOS », les créneaux de nuit profonde sont supprimés en Bourgogne (transfert sur l'AMU) et devront être diminués en Franche-Comté (2,19,21).

3) PDSA : évolutions et attentes de la société et des professionnels

a) La PDSA, un dispositif continuellement remis en question par les institutions

Le conseil d'analyse économique, organe conseiller du Premier ministre, considère que l'engorgement croissant des services d'urgences « *est clairement identifié comme résultant pour partie des carences de la médecine de ville, où la permanence des soins n'est pas assurée (les gardes de nuit, le week-end ou pendant les vacances)* » (22).

De très nombreux travaux parlementaires et institutionnels proposent des mesures visant à améliorer l'efficacité et l'acceptabilité de la PDSA en France.

Dans un rapport rendu en août 2007 au ministre de la santé, le Dr Grall fait état de difficultés croissantes dans son organisation (« *peu fiable, fragile et coûteuse* ») et préconise une gouvernance locale ainsi qu'une meilleure information des usagers (23).

Reprenant un grand nombre de ses conclusions, le rapport Boënnec de 2008 insiste sur la création de pôles de premiers recours (MMG) adossés autant que possible à des structures existantes, tout en développant un réseau parallèle d'effecteurs mobiles. Il se prononce également pour la suppression des gardes de nuit, la coopération avec les « SOS », la délégation de tâches aux effecteurs paramédicaux (notamment dans les EHPAD (cf. abréviations)) et le développement d'une réserve avec des praticiens non installés (remplaçants, jeunes retraités, internes, salariés, etc.) (24).

De nombreux travaux publiés par la suite insistent sur la nécessité de décentraliser la gestion du dispositif afin de l'adapter au mieux aux besoins de la population, de favoriser les expérimentations locales (comme le paiement forfaitaire des gardes qui sursoit au paiement à l'acte) voire de professionnaliser l'activité de médecin de garde.

Plus récemment, Catherine Lemorton et Jean-Pierre Door s'inquiètent en 2015 de la forte croissance des coûts associés à la PDS, de la confusion des usagers entre les différents services d'urgences. Ils préconisent également le développement des MMG (avec transports sanitaires dans les secteurs vastes), proposent de régler la question des actes médico-administratifs et de mieux articuler localement les offres libérales et publiques. Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère qu'implanter une MMG à proximité ou au sein d'un établissement disposant d'un service d'urgence permet d'offrir de bonnes conditions matérielles aux médecins effecteurs mais également d'accompagner l'élargissement des secteurs de garde et de sécuriser l'exercice médical (25,26).

D'un point de vue institutionnel, les attentes liées à la PDSA sont claires : un dispositif efficace dans lequel le patient est au centre des préoccupations (transparence entre l'AMU et l'offre libérale), adapté aux besoins territoriaux et fonctionnant avec une enveloppe budgétaire raisonnée.

Il est à noter qu'en BFC l'ARS semble satisfaite de l'organisation de la PDSA puisque ce sujet est absent des défis et orientations stratégiques pour 2016 et 2017 (27,28).

b) Attentes des médecins généralistes

Aucune étude française n'a été publiée sur cette question, mais la littérature grise regorge de documents recensant les doléances et attentes des médecins vis-à-vis de la PDSA. Celles-ci sont très hétéroclites (aspect financier, charge de travail, fréquences et horaires des gardes, conditions matérielles, etc.) et parfois contradictoires (maintien ou non des gardes de nuit).

Une étude de 2009 réalisée dans l'ouest de la France montrait que seuls 29% des cessations d'activité de médecine générale étaient liées à un départ en retraite. La charge de travail relative à la PDSA était citée comme cause par 65% des médecins ayant stoppé de manière anticipée leur activité libérale (2^{ème} réponse la plus citée) (18). Les gardes pourraient également limiter l'installation de jeunes médecins dans certains secteurs (29). Il semble donc exister une forte attente de baisse de la charge de travail liée à la PDSA.

L'Ordre des médecins, de par son rôle de représentation nationale, s'inquiète de la diminution du volontariat, du vieillissement des effecteurs et de la faible participation des jeunes médecins au dispositif. Cela s'explique par une démographie médicale problématique (en nombre, âge et répartition), des missions de plus en plus complexes en journée avec une surcharge de travail administratif, ainsi qu'une diminution des installations en libéral.

Dans son état des lieux annuel, l'Ordre préconise un ensemble de mesures (15) :

- Élargissement du recrutement : faciliter l'accès aux gardes pour les médecins remplaçants, jeunes retraités et salariés (exonération systématique des retraités de la cotisation CARMF (cf. abréviations), cartes professionnelles de santé) ; protéger les effecteurs en leur octroyant le statut de collaborateurs occasionnels du service public avec affiliation au régime général de la sécurité sociale ;
- Augmentation de la rémunération : défiscaliser les revenus issus de la PDSA ; revalorisation des forfaits ; clarification de la cotation des certificats de décès ;
- Amélioration des conditions de travail : limiter les visites aux seules incompressibles et uniquement après régulation libérale ; déployer des solutions alternatives pour les actes médico-administratifs (garde spécifique, maillage territorial des unités médico-judiciaires) ; renforcer la coordination avec l'AMU pour éviter les redondances ; mise en place du 116-117 harmonisée sur le territoire avec une campagne d'information aux usagers ;
- Gouvernance : associer systématiquement les CDOM à toutes concertations, pérenniser les financements notamment pour les MMG ; limiter le regroupement de secteurs aux décisions locales et concertées ;
- Expérimentation locale : horaires de PDSA flexibles (les soirs, le samedi matin) ; nouveaux modes de permanence (grands effecteurs mobiles, transports sanitaires sur la base de critères sociaux, télémédecine, professionnalisation des effecteurs) (15,17).

Pour le CNOM, le mode idéal de fonctionnement semble être un couple effecteur fixe (en MMG ou en cabinet) et effecteur mobile, associé à une régulation médicale libérale.

Du côté de la représentation syndicale, on retrouve les principales revendications suivantes (légende : cf. infra) :

- Généraliser le 116-117 sans recours au 15 pour accéder à la régulation libérale* (30) ;
- Rémunérer les astreintes de manière identique entre les différents secteurs, ouvrir la PDSA aux étudiants de 3^{ème} cycle (31), améliorer l'adéquation entre horaires de garde et besoins locaux de la population* (32) ;
- Mettre en avant l'offre de soins libérale, obtenir un financement pour des MMG sécurisées avec un accès régulé, rationaliser les visites à domicile, organiser un dispositif de transport sanitaire, mettre en place une campagne d'information des patients au bon usage de la PDS, étendre les horaires à 18h-20h et au samedi matin en cas de besoins locaux, défiscaliser les revenus dans les zones sous-dotées (maintien et extension du système existant), proposer un tiers payant intégral, améliorer la formation des professionnels et des étudiants dans ce domaine* (33) ;
- Obtenir une garantie assurantielle à la charge de l'état (responsabilité administrative) pour le praticien exerçant au titre de la PDSA (en cas d'accident de la voie publique lors d'une garde par exemple)*,** (33,34) ;
- Supprimer le recours à l'effecteur pour les actes médico-judiciaires, organiser une régulation libérale avant 20h la semaine même si l'effectif ne débute qu'à 20h, améliorer l'adéquation entre horaires de garde et besoins locaux de la population*** (35) ;
- Modérer la taille des secteurs pour assurer les visites dans un délai acceptable, rétablir les gardes de nuit même quand les appels y sont peu fréquents, organiser un dispositif de transport sanitaire sur critères sociaux**** (36) ;

- Conserver une garde d'effectif partout où la demande s'en fait ressentir « *quelle que soit l'heure* » (37), rétablir l'affiliation obligatoire en tant qu'indépendant pour les hospitaliers qui souhaitent participer à la PDSA **** (38) ;
- Maintenir systématiquement une régulation libérale indépendante du système d'AMU***** (39) ;
- Obtenir une cotation pour la réalisation du certificat de décès à 150€***** (40) ;
- Obtenir une « *revalorisation franche* » des forfaits et des cotations en particulier pour les gardes de nuit*,**,***,**** (32,35,36,41) ;
- Organiser une gouvernance par les CODAMUPS et non par l'ARS, arrêter la « *diminution excessive et technocratique du nombre de secteurs de garde* » ***** (42) ;
- Mettre en place une régulation avant accès aux urgences (par exemple par une MMG), réformer le financement des urgences pour que le nombre de consultations cesse d'être incitatif***** (43).

*Légende : * CSMF ; ** FMF ; *** MGF ; **** SMG ; ***** SML (cf. abréviations)*

Tous s'accordent sur l'importance d'une régulation libérale autonome par le 116-117, afin de ne pas dépendre de l'AMU, et sur la nécessité d'une gouvernance locale. Enfin, beaucoup souhaitent que les actes médico-judiciaires soient sortis du cadre de la PDSA, ou tout du moins organisés de manière différente (organisation de gardes dédiées, actes non imposés au médecin effecteur).

4) Introduction à l'étude

La participation des médecins généralistes à la PDSA diminue de manière régulière chaque année et semble devenir un frein à l'installation des jeunes médecins. Malgré les différents rapports parlementaires, les améliorations proposées chaque année par le CNOM et les revendications portées par les syndicats, la situation a peu changé ces dernières années.

Les problématiques de démographie médicale que connaît la France depuis plus de dix ans aggravent ce constat avec des médecins effecteurs de plus en plus âgés et des tableaux de garde difficiles à remplir, menant à des réquisitions préfectorales toujours mal vécues par les professionnels.

Par ailleurs, les principales évolutions du dispositif depuis 10 ans ont tendu vers une restriction budgétaire (rationalisation de secteurs, suppression des gardes de nuit profonde). De plus, la nouvelle convention entre les médecins et l'assurance maladie, mise en application en 2017, n'a pas revalorisé les revenus issus de cette activité (forfaits et cotations) malgré des tarifs souvent jugés insuffisants par les professionnels.

L'objectif de cette étude était de recueillir les attentes des médecins généralistes libéraux de BFC effecteurs de gardes et de comparer leurs réponses en fonction de leurs caractéristiques propres (sexe, âge, département d'exercice, type d'exercice). Le critère de jugement principal de l'étude était l'opinion des médecins généralistes libéraux installés en BFC et participant aux gardes de terrain concernant celles-ci.

II) Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale régionale par auto-questionnaire (annexe 2). Elle a été réalisée suite à la proposition des conseils départementaux et du conseil régional de l'Ordre des médecins de BFC en partenariat avec l'URPS-ML.

Étaient inclus tous les médecins généralistes libéraux installés en BFC. Afin de mieux circonscrire l'étude, seuls les médecins inscrits sur les tableaux de gardes de terrain ont été sollicités.

À ce titre, il a été extrait du contingent des 2 474 médecins de la grande région répertoriés par l'URPS-ML, la liste des 1 279 médecins inscrits sur les tableaux de gardes en juin 2016 (données fournies par les huit conseils départementaux de l'Ordre). Après anonymisation du matériel, ces médecins ont reçu un questionnaire par voie postale avec une enveloppe préaffranchie permettant le retour et comportant un numéro d'anonymat.

Les questions retenues portaient sur le sexe, l'âge et le mode d'installation des praticiens (seul, en association, dans une maison de santé pluriprofessionnelle ou pluridisciplinaire (MSP), dans une structure de type « SOS »). Il était ensuite demandé aux praticiens s'ils réalisaient tout ou partie de leurs gardes ou s'ils se faisaient systématiquement remplacer. Les praticiens pouvaient également indiquer s'ils avaient un mode d'exercice particulier (MEP) au sens de la CNAMTS (cf. abréviations). Ils étaient ensuite invités à renseigner le rythme de garde souhaité par rapport à la moyenne actuelle dans les cinq créneaux existants (soirs de semaine, nuits de semaine, jours, soirs et nuits de week-ends et fériés). Il était ensuite recueilli leurs souhaits par rapport aux gardes de nuit profonde selon si celles-ci avaient cours dans leur secteur ou non.

Enfin, une liste de propositions issues en particulier de la littérature grise, notamment des publications syndicales et ordinaires, était testée selon les modalités « favorable », « défavorable » ou « neutre ». Une zone de remarques libres était laissée aux médecins.

D'un point de vue éthique, les questionnaires étaient strictement anonymisés et seul l'URPS-ML avait accès aux données nominatives.

Les questionnaires reçus ont été saisis manuellement dans le logiciel MICROSOFT EXCEL 2013® avec un contrôle systématique de chaque entrée par un deuxième intervenant. Il a ensuite été mené des contrôles de cohérence afin de repérer d'éventuelles valeurs aberrantes. La base de données a été transférée dans le logiciel STATA V13.0® afin d'effectuer les analyses statistiques. Celles-ci ont été réalisées par M. Benoît Delemps.

Une première analyse descriptive a été prévue sur l'ensemble des réponses, puis une analyse par sous-groupes. Les variables qualitatives ont été décrites par leurs fréquences et les variables quantitatives par leurs paramètres de dispersion (moyenne, médiane, écart-type, valeurs limites). L'âge des répondants a été discrétisé en trois classes (28-39 ans, 40-54 ans, 55-72 ans).

Nous avons utilisé le test du Chi2 pour la comparaison des variables qualitatives avec un seuil de significativité fixé à 5%. Les analyses post-hoc ont été obtenues par comparaison de contingences grâce à l'utilisation d'un Z-score des résidus standardisés avec seuil de significativité à 2 (correspondant à un risque de 5%).

III) Résultats

L'ensemble des résultats (effectifs et pourcentages obtenus) sont présentés dans le tableau placé en annexe 3. Les résultats aux tests réalisés ainsi que les analyses post-hoc sont disponibles en annexe 4.

1) Description de la population

Les 1 279 questionnaires ont été envoyés le 13 juillet 2017 avec une relance le 18 août 2017. La date limite de réception du questionnaire était fixée au 22 septembre 2017. Sur la totalité des questionnaires envoyés, 690 ont été reçus. Parmi ceux-ci, 3 n'ont pas été étudiés car non remplis ou portant une mention « ne souhaite pas répondre ». L'ensemble des 687 questionnaires valides ont été analysés. Les taux de réponse et leur répartition par département se trouvent dans le tableau I.

■ Tableau I : Répartition des taux de réponse dans la population BFC et les départements

Départements	Nombre de réponses valides	Pourcentage des réponses obtenues	Taux de réponse
21	79	11,5	55,2
25	174	25,3	51,0
39	82	11,9	56,2
58	56	8,2	50,0
70	64	9,3	40,8
71	166	24,2	63,8
89	14	2,0	45,2
90	52	7,6	58,4
BFC	687	100,0	53,7

- Les caractéristiques des médecins répondants sont présentées dans les figures 1 à 4 et le tableau II.

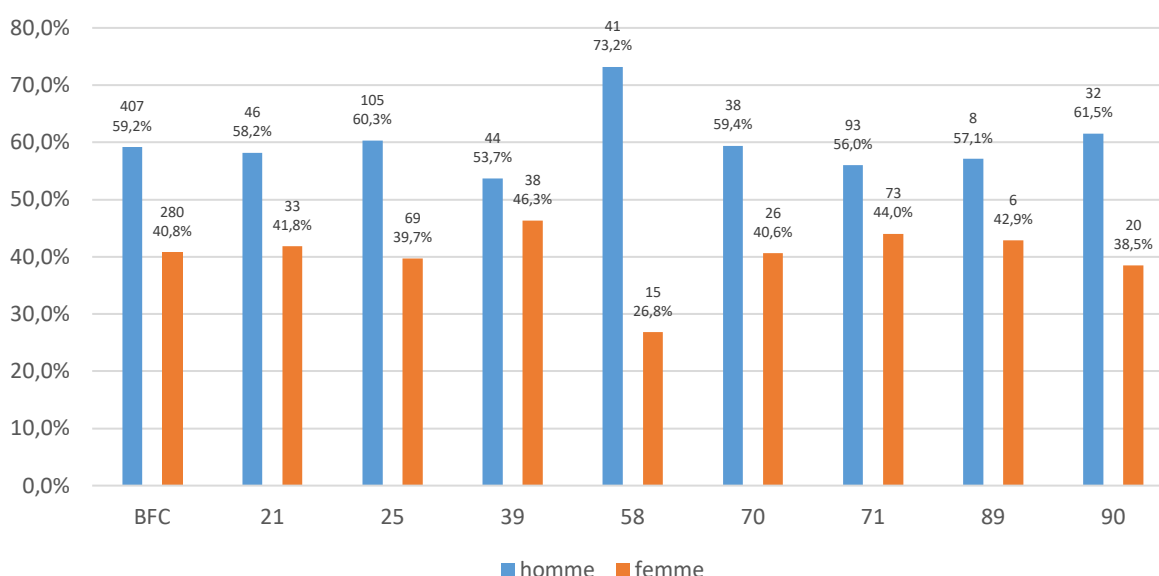


Figure 1 : Distribution du sexe dans la population BFC et les départements (n=687)

On ne retrouvait pas de différence significative du sex-ratio entre les différents départements.

■ Tableau II : Âge des répondants dans la population BFC et les départements (années)

Départements	Âge Moyen	Déviati on standard	Âge médian
21	48,5	11,3	51,0
25	47,6	11,3	47,0
39	47,1	10,8	49,5
58	53,7	10,3	57,5
70	48,1	11,1	50,0
71	48,6	10,5	51,0
89	54,4	7,9	55,0
90	50,2	10,4	51,0
BFC	48,8	10,9	51,0

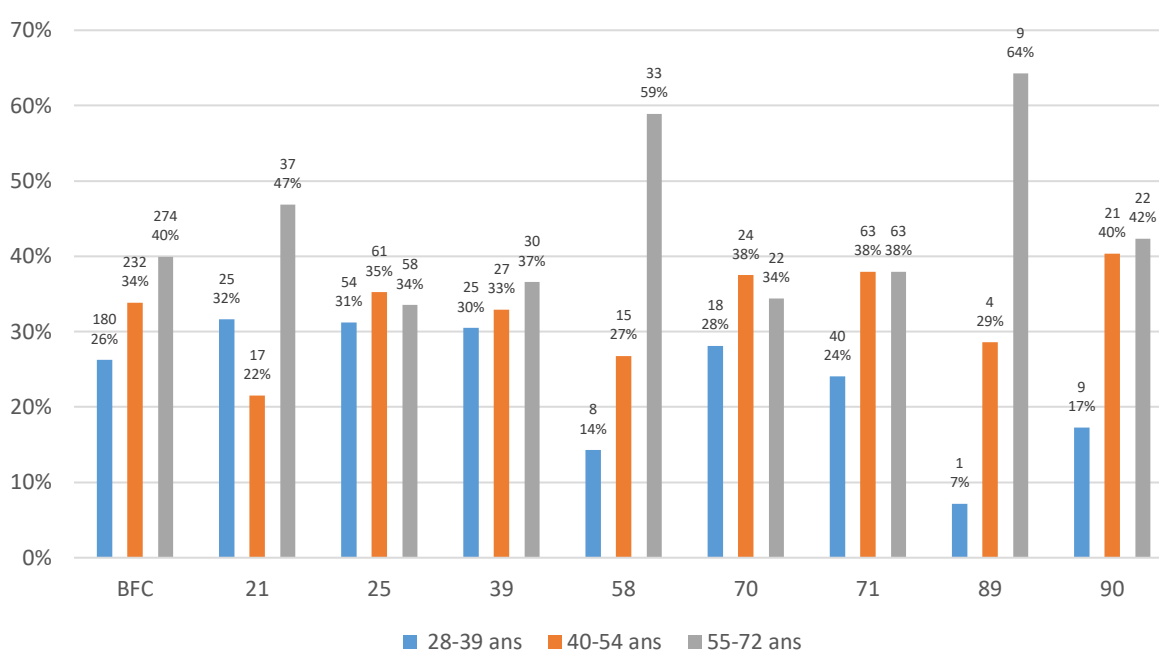


Figure 2 : Distribution de l'âge discrétisé en 3 catégories dans la population BFC et les départements (n=686)

Le médecin répondant le plus jeune avait 28 ans, le plus âgé 72 ans. Les effectifs de chacune des catégories d'âge étaient significativement différents entre les départements, avec moins de 40-54 ans en Côte-d'Or, moins de 28-39 ans et plus de 55-72 ans dans le Doubs.

Par ailleurs, les durées d'installation moyenne et médiane étaient toutes deux de 17 ans.

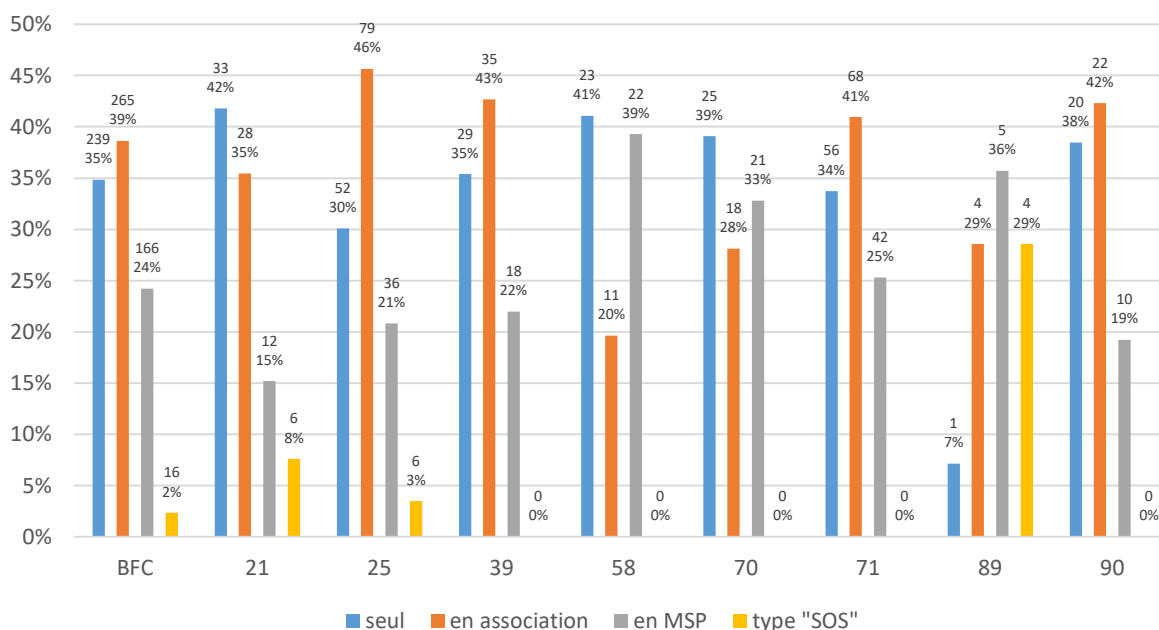


Figure 3 : Distribution du type d'installation dans la population BFC et les départements (n=686)

En ce qui concernait le type d'installation choisi par les praticiens, l'analyse croisée retrouvait :

- Sexe : les femmes exerçaient plus souvent en association et les hommes plus souvent seuls ;
- Âge : les « jeunes » médecins pratiquaient plus en association ou MSP et moins souvent seuls, à l'exact opposé des plus de 55 ans ;
- Département : les praticiens de l'Yonne exerçaient moins souvent seuls, ceux de la Nièvre plus en MSP, concernant l'activité « SOS » les différences s'expliquaient par son implantation sporadique.

Les médecins exerçant une MEP au sens de la CNAMTS étaient 6,6%.

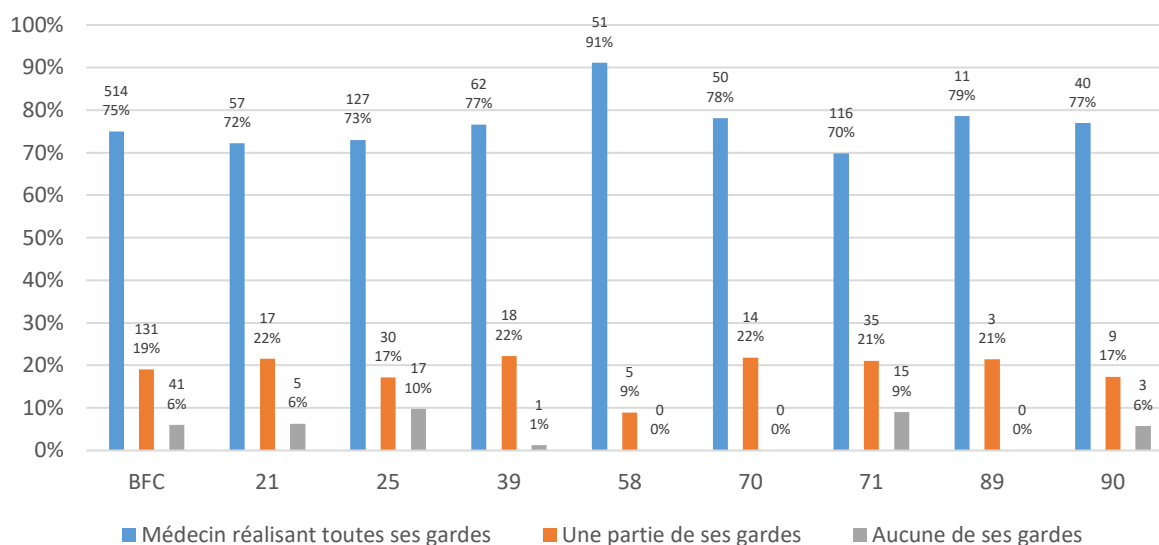


Figure 4 : Distribution des différents types d'effecteur des gardes dans la population BFC et les départements (n=686)

La grande majorité des médecins répondants déclaraient effectuer l'ensemble de leurs gardes eux-mêmes, avec néanmoins des différences dans les sous-groupes suivants :

- Sexe : les hommes réalisaient plus fréquemment l'ensemble de leurs gardes alors que les femmes déclaraient plus n'en réaliser qu'une partie ;
- Âge : les « jeunes » médecins réalisaient moins fréquemment toutes leurs gardes et plus souvent une partie de celles-ci, soit l'inverse des plus de 55 ans ;
- Département : les médecins de la Nièvre effectuaient plus fréquemment l'ensemble de leurs gardes, tandis que ceux du Doubs se faisaient plus souvent remplacer pour toutes.

2) Attentes des médecins en termes de rythme de garde

Les figures 5 à 10 présentent les souhaits des praticiens répondants au sujet de la fréquence des gardes de terrain. Les résultats ont été analysés en comparant les sous-groupes de sexe, de catégorie d'âge, de type d'installation et de département.

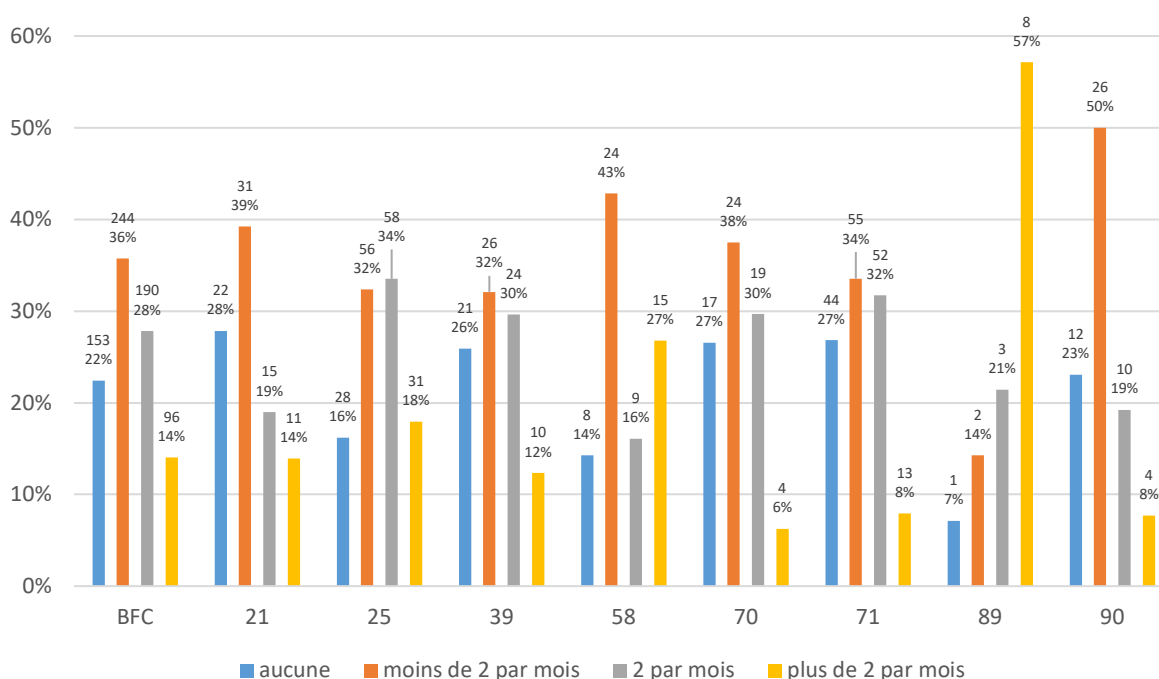


Figure 5 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "20h-minuit" pendant les jours de semaine ? » dans la population BFC et les départements (n=683)

Les desideratas des médecins concernant les gardes de 20h à minuit les soirs de semaine étaient très partagés, avec une majorité souhaitant en réaliser moins que la moyenne. Les analyses croisées montraient des différences significatives concernant les sous-groupes suivants :

- Type d'installation : plus de « plus de 2 par mois » et moins de « moins de 2 par mois » chez les médecins exerçant en « SOS » ;
- Département : moins de « aucune » dans le Doubs, plus de « plus de 2 par mois » dans la Nièvre et l'Yonne.

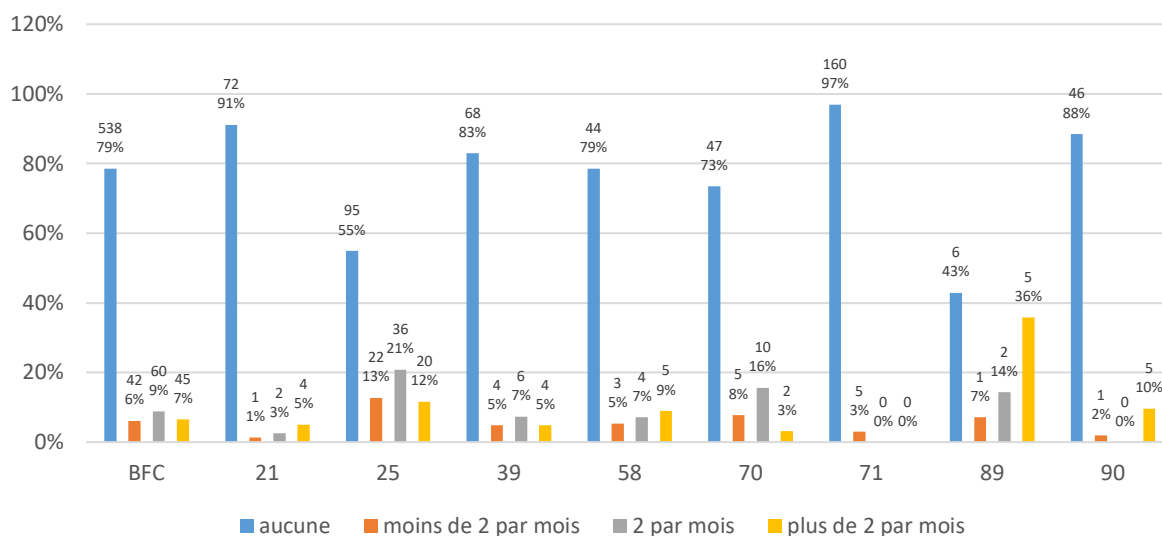


Figure 6 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "nuit profonde" (après minuit) pendant les jours de semaine ? » dans la population BFC et les départements (n=685)

Les réponses à cette question étaient plus univoques, avec une volonté exprimée de ne pas faire de garde de nuit profonde les soirs de semaine. L'analyse des sous-groupes montrait :

- Type d'installation : plus de « plus de 2 par mois » et moins de « aucune » chez les médecins exerçant en « SOS » ;
- Département : les praticiens de Côte-d'Or et de Saône-et-Loire répondaient plus souvent « aucune », contrairement à ceux du Doubs et de l'Yonne qui exprimaient moins de « aucune » et plus de « plus de 2/mois ».

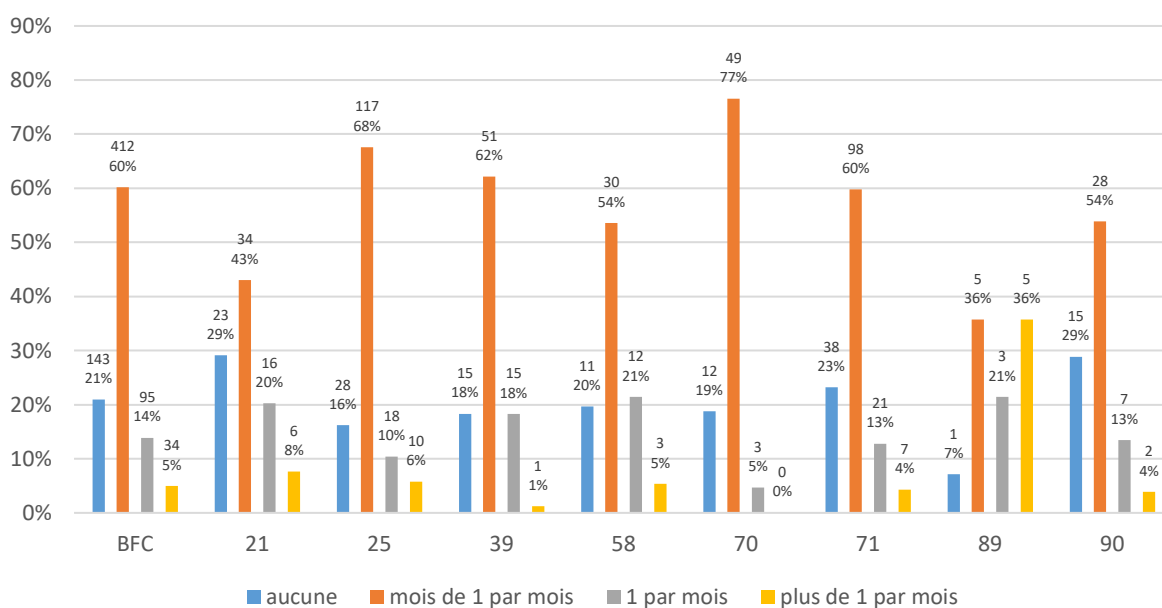


Figure 7 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "journée" (samedi de 12h à 20h, dimanche de 8h à 20h) pendant les week-ends et jours fériés ? » dans la population BFC et les départements (n=684)

La grande majorité des médecins souhaitent en réaliser moins de la moyenne voire aucune sur le créneau « journée de week-end ». Néanmoins on retrouvait des différences significatives pour chaque sous-groupe :

- Âge : plus de « aucune » chez les « jeunes » médecins, et moins chez les plus de 55 ans ;
- Type d'installation : les médecins exerçant en « SOS » se sont globalement exprimés en faveur d'une augmentation de leur fréquence, alors que ceux exerçant seuls choisissaient plus de « aucune » ;
- Département : le seul résultat pertinent était la plus grande fréquence de « plus de 1 par mois » dans l'Yonne.

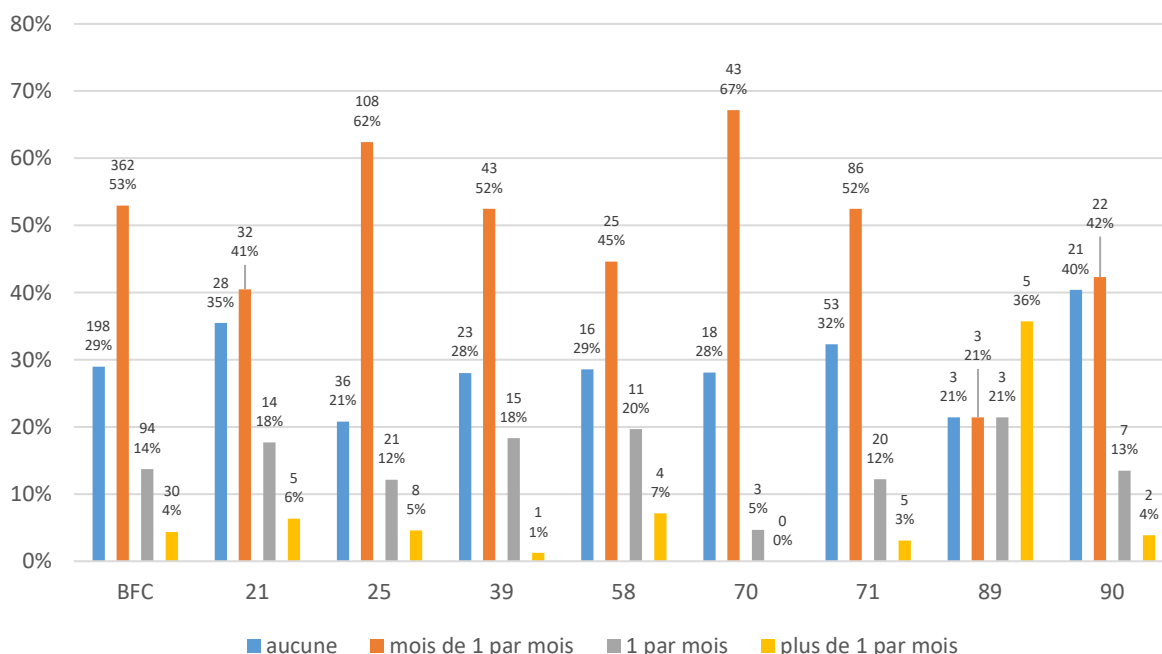


Figure 8 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "20h-minuit" pendant les week-ends et jours fériés ? » dans la population BFC et les départements (n=684)

Les réponses étaient très semblables à celles de la question précédente, avec toutefois une augmentation du nombre de praticiens ne souhaitant réaliser aucune garde sur ce créneau. On distinguait ainsi :

- Âge : les « jeunes » médecins souhaitent une diminution de leur fréquence sans pour autant les arrêter, à l'opposé de leurs confrères les plus âgés qui eux souhaitent les cesser ;
- Type d'installation : les réponses convergeaient toutes vers une fréquence plus élevée que la moyenne chez les médecins exerçant en « SOS » ; il y avait plus de « aucune » chez les médecins exerçant seuls ;
- Département : moins de « aucune » dans le Doubs, plus de « plus de 1 par mois » dans l'Yonne.

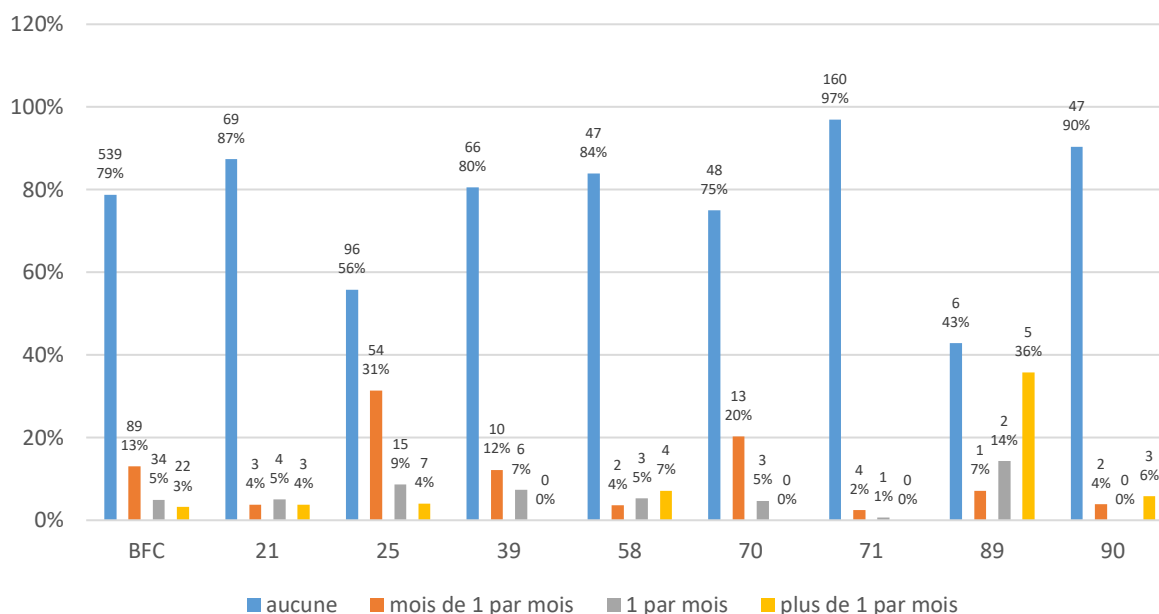


Figure 9 : Distribution des réponses à la question « À quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau "nuit profonde" (après minuit) pendant les week-ends et jours fériés ? » dans la population BFC et les départements (n=684)

Enfin, on retrouvait la volonté des praticiens de ne pas effectuer de gardes de nuit profonde le week-end, avec les différences suivantes :

- Type d'installation : les réponses des médecins exerçant en « SOS » convergeaient toutes vers une augmentation de leur fréquence ;
- Département : les praticiens de Saône-et-Loire et du Territoire de Belfort étaient les plus opposés à ces gardes, tandis que ceux du Doubs et de l'Yonne y étaient les plus favorables.

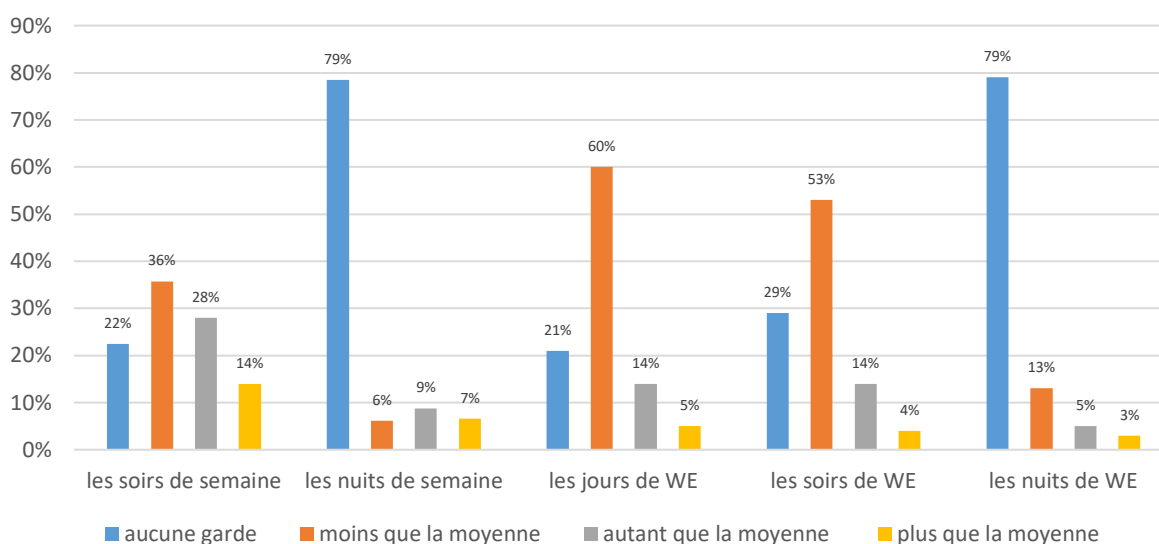


Figure 10 : Distribution des réponses aux questions portant sur les rythmes de garde selon les différents créneaux dans la population BFC

En résumé, on constatait un souhait commun de n'effectuer aucune garde de nuit profonde. Les médecins étaient très divisés vis à vis des soirs de semaine. Enfin, le rythme actuel des gardes de week-end était considéré comme trop élevé par la majorité des praticiens.

3) Attentes des médecins vis-à-vis de l'existence des gardes de nuit profonde

La figure 11 présente les souhaits des médecins concernant les gardes de nuit profonde.

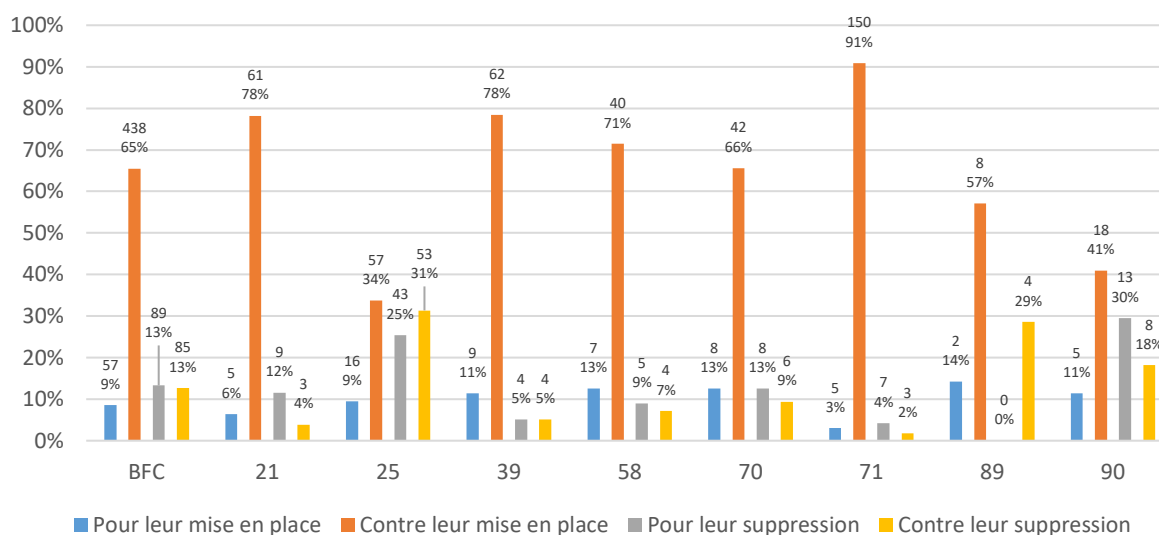


Figure 11 : Distribution des réponses à la question portant sur les gardes de nuit profonde dans la population BFC et les départements (n=669)

La grande majorité des praticiens était contre l'instauration de garde de nuit profonde, avec toutefois quelques différences en fonction du type d'installation (médecins exerçant en « SOS ») et des départements (cf. annexe 4).

La figure 12 présente ces mêmes résultats regroupés en « pour » et « contre » les gardes de nuit.

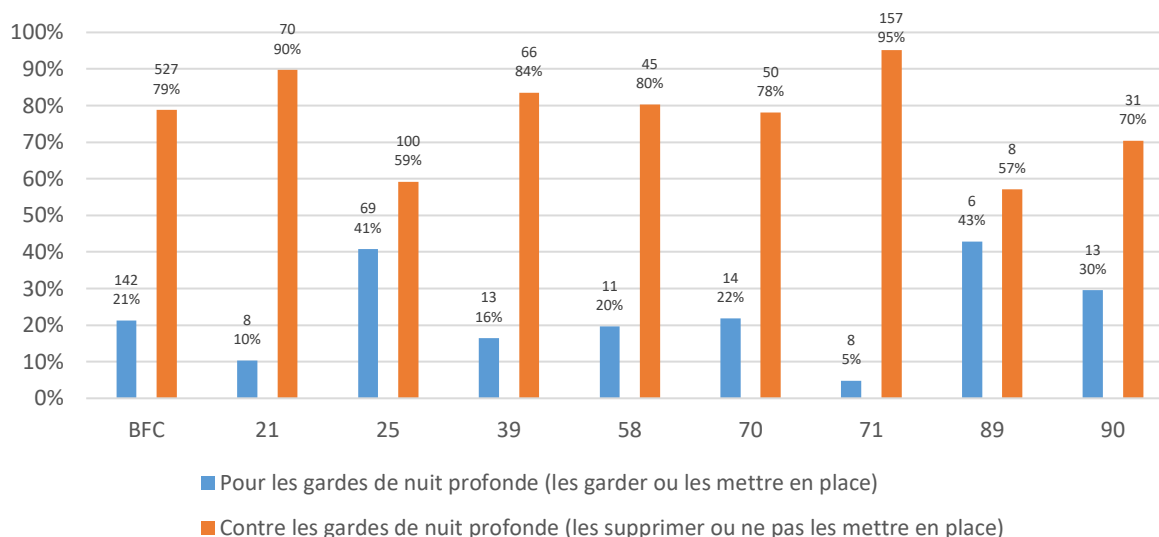


Figure 12 : Distribution des réponses regroupées à la question portant sur les gardes de nuit profonde dans la population BFC et les départements (n=669)

Les praticiens exprimaient une volonté nette de disparition des gardes de nuit profonde, à analyser en fonction des sous-groupes :

- Sexe : les femmes étaient significativement plus opposées à ces gardes ;
- Type d'installation : les médecins exerçant en « SOS » y étaient plus favorables ;
- Effecteur : les médecins effectuant toutes leurs gardes étaient plus favorables à ces gardes contrairement à ceux qui se faisaient remplacer partiellement ;
- Département : les praticiens du Doubs et de l'Yonne y étaient plus favorables, à l'inverse des praticiens de Côte-d'Or et de Saône-et-Loire.

Toutefois ces résultats ne montraient qu'une tendance au sein des sous-populations puisque tous s'exprimaient contre les gardes de nuit profonde, hormis les médecins exerçant en « SOS ».

4) Attentes des médecins vis-à-vis de leurs conditions d'exercice en garde

Les figures 13 à 22 exposent les résultats aux dix propositions qui ont été soumises aux praticiens participant à la PDSA en BFC. Les résultats ont été analysés en comparant les sous-groupes de sexe, de catégorie d'âge, de type d'installation, d'effecteur des gardes et de département.

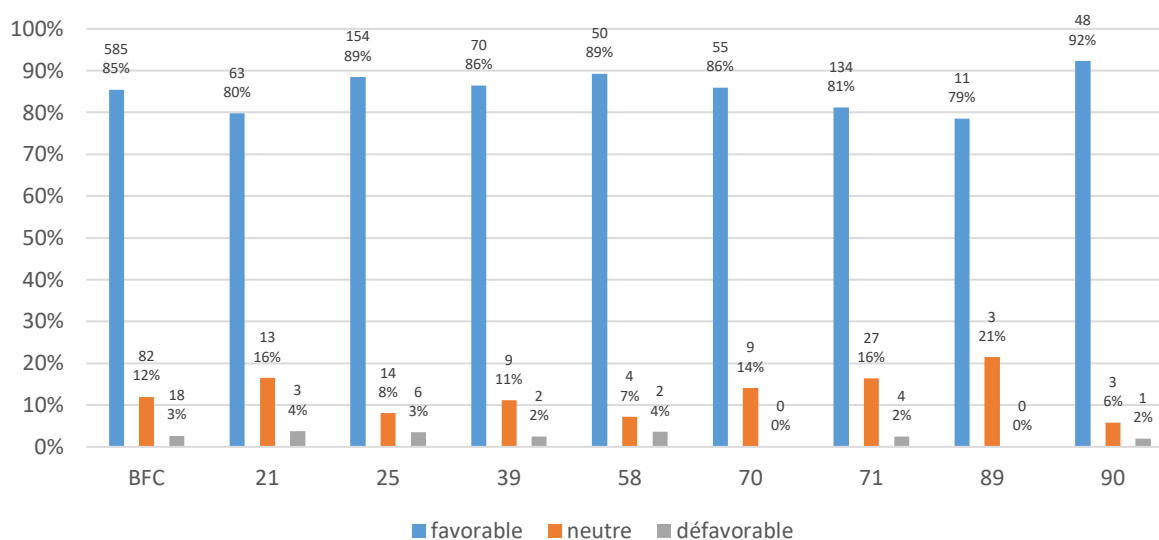


Figure 13 : Distribution des réponses à la proposition « La défiscalisation des rémunérations » dans la population BFC et les départements (n=685)

Cette proposition était celle recueillant le plus grand nombre d'avis favorables. C'était également la mesure la plus consensuelle (pas de différence significative entre les différentes sous-populations).

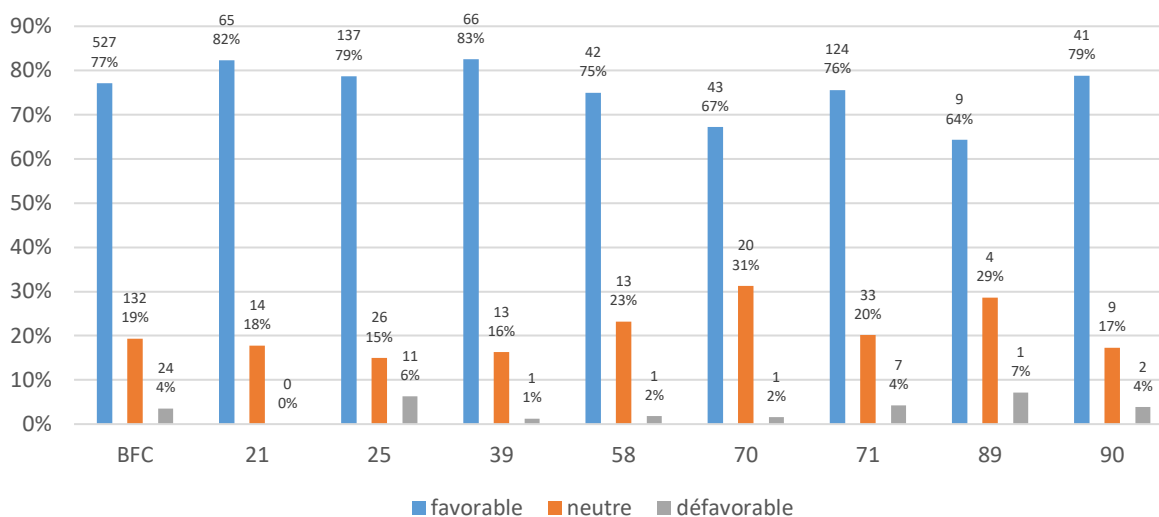


Figure 14 : Distribution des réponses à la proposition « L'augmentation du forfait de garde (actuellement 50€ de 20h à minuit, 100€ de minuit à 8h et 150€ le samedi de midi à minuit, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h) » dans la population BFC et les départements (n=683)

Cette proposition a également reçu une grande majorité d'avis favorable. L'analyse croisée montrait des différences significatives concernant les sous-groupes suivants :

- Type d'installation : les médecins exerçant en « SOS » y étaient plus défavorables ;
- Sexe : moins de favorables et plus de neutres chez les femmes.

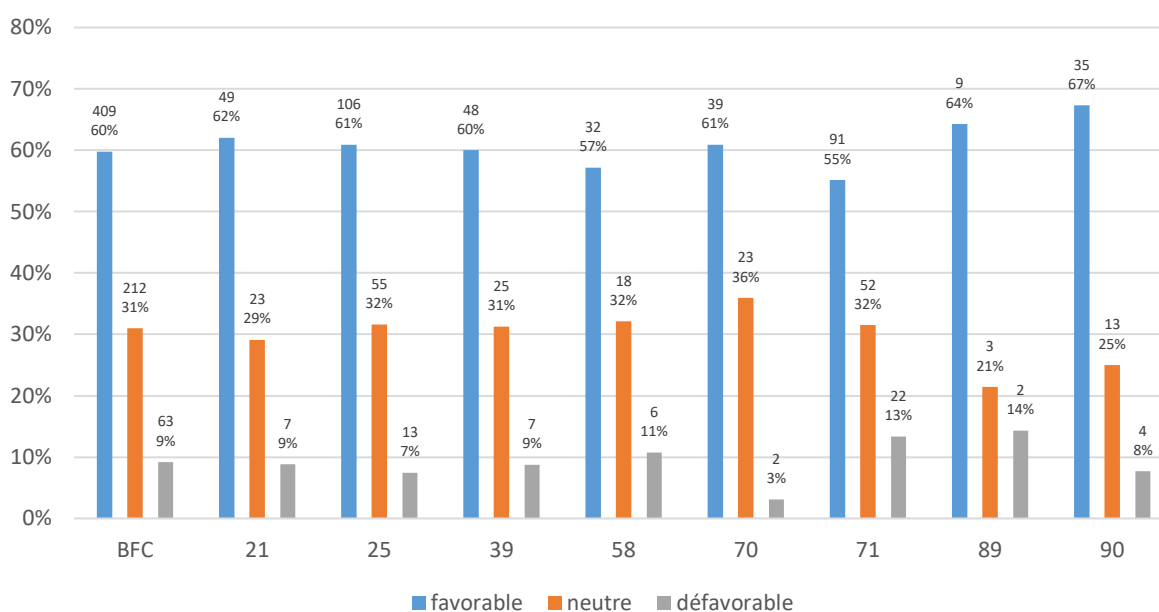


Figure 15 : Distribution des réponses à la proposition « L'augmentation financière des cotations (actuellement 51,50€ les week-ends et jours fériés jusqu'à 20h, 67,50€ le soir à partir de 20h jusqu'à minuit et 76,50€ de minuit à 6h du matin) » dans la population BFC et les départements (n=684)

Cette proposition bénéficiait également d'une opinion favorable. L'étude des sous-groupes montrait des différences significatives concernant :

- Âge : les « jeunes » médecins y étaient plus défavorables (et moins favorables), contrairement aux médecins d'âge « intermédiaire » ;
- Sexe : moins de favorables et plus de neutres chez les femmes.

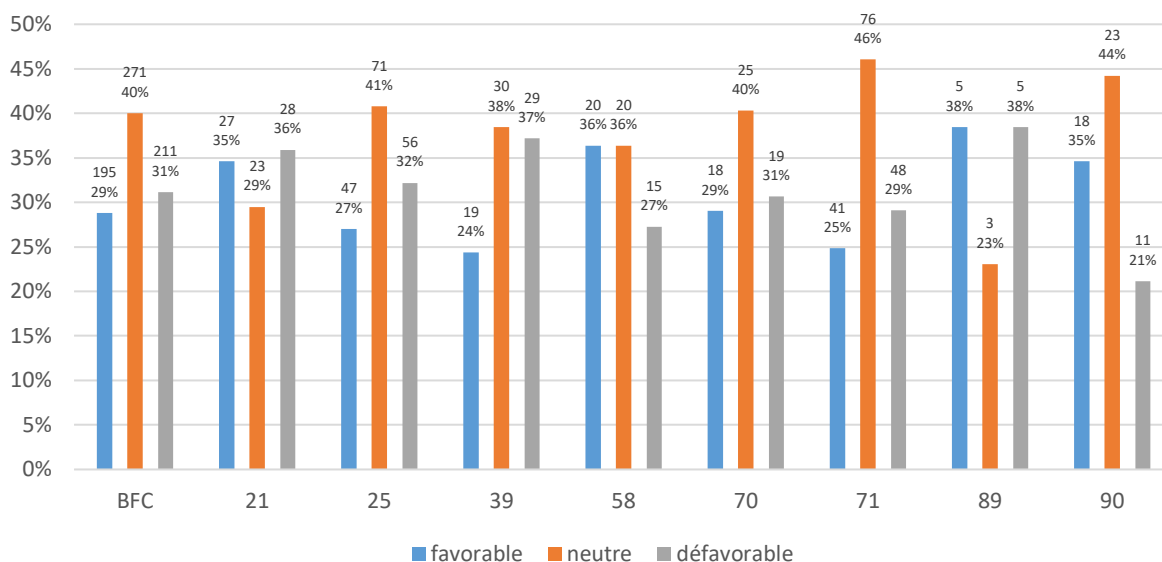


Figure 16 : Distribution des réponses à la proposition « Le remplacement des cotations par un revenu forfaitaire dans les zones où l'activité est faible » dans la population BFC et les départements (n=677)

Les praticiens interrogés semblaient assez partagés sur cette mesure avec probablement une volonté d'expérimenter ce dispositif au cas par cas. Néanmoins l'analyse croisée montrait des différences significatives dans les réponses de certaines sous-populations :

- Type d'installation : plus de défavorables chez les médecins exerçant en « SOS » ;
- Âge : les « jeunes » médecins y étaient plus défavorables et moins favorables ;
- Sexe : moins de favorables et plus de neutres chez les femmes.

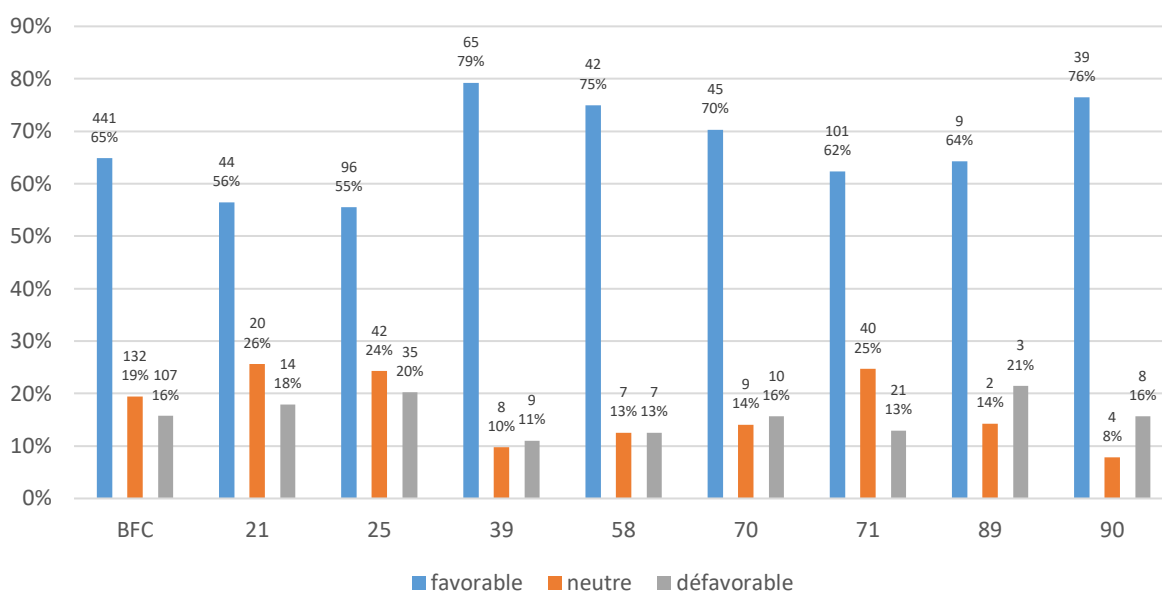


Figure 17 : Distribution des réponses à la proposition « Le regroupement des consultations sur une plage horaire restreinte pendant la garde » dans la population BFC et les départements (n=680)

Cette mesure était la troisième la plus approuvée, avec les différences suivantes :

- Âge : les médecins de 40-54 ans étaient plus favorables, contrairement aux plus de 55 ans ;
- Effecteur : les médecins réalisant toutes leurs gardes étaient plus défavorables, les médecins se faisant toujours remplacer étaient plus neutres ;
- Département : les résultats étaient difficilement interprétables avec moins de praticiens favorables dans le Doubs, plus de favorables dans le Jura.

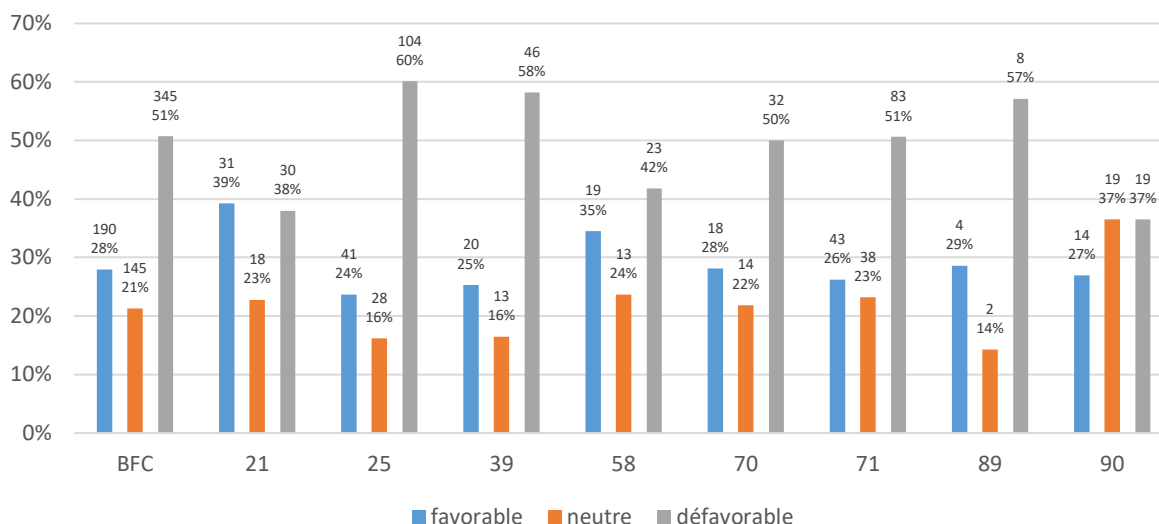


Figure 18 : Distribution des réponses à la proposition « Le regroupement ou le redécoupage de secteurs (augmenter le territoire pour augmenter le nombre d'actes par garde et diminuer le nombre de gardes par effecteur) » dans la population BFC et les départements (n=680)

La majorité des praticiens étaient opposés au regroupement des secteurs. Seule l'analyse croisée des départements montrait des différences : plus d'avis défavorables dans le Doubs, moins de défavorables en Côte-d'Or et dans le Territoire de Belfort.

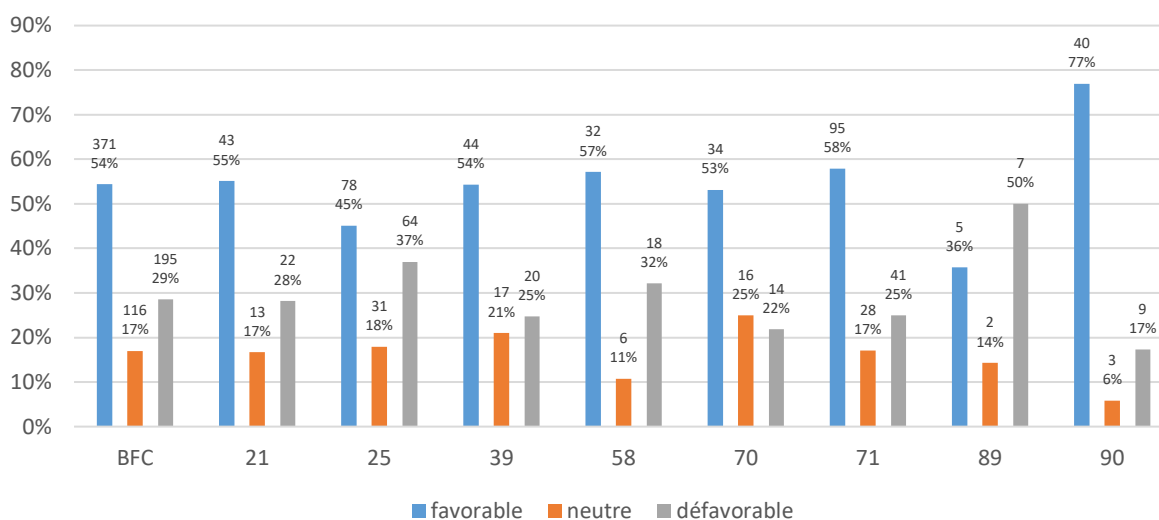


Figure 19 : Distribution des réponses à la proposition « L'absence totale de visites » dans la population BFC et les départements (n=682)

Cette mesure recueillait une majorité de réponses favorables, nonobstant une opposition non négligeable. On observait ainsi deux profils parmi les sous-groupes :

- Plus favorable et moins défavorable ou neutre : les 40-54 ans, les médecins se faisant toujours remplacés et ceux du Territoire de Belfort ;
- Plus défavorable et moins favorable : les « jeunes » médecins, ceux exerçant en « SOS », ceux réalisant toutes leurs gardes et ceux du Doubs.

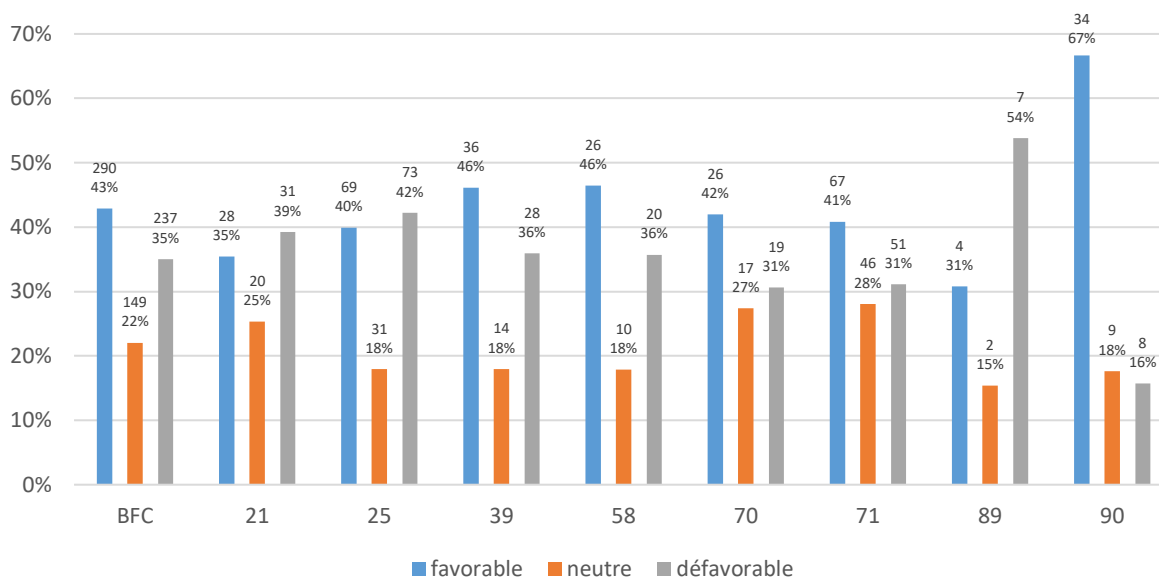


Figure 20 : Distribution des réponses à la proposition « L'absence de visites en dehors des hospitalisations sous contrainte et des certificats de décès » dans la population BFC et les départements (n=676)

Les praticiens interrogés étaient plus partagés que sur la proposition précédente, avec encore une fois des différences significatives pour chaque sous-groupe hormis le sexe. On distinguait ainsi :

- Les plus favorables : les médecins d'âge « intermédiaires » et ceux du Territoire de Belfort ;
- Les plus défavorables : les « jeunes » médecins, ceux exerçant en « SOS », ceux du Doubs.

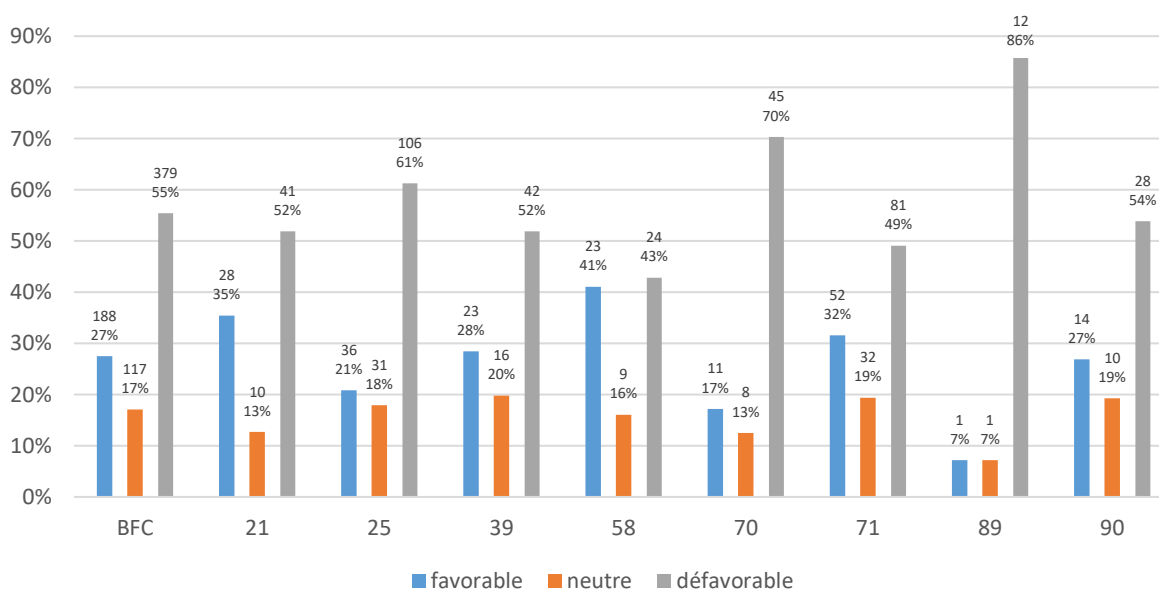


Figure 21 : Distribution des réponses à la proposition « Un lieu de consultation unique au sein des urgences de l'établissement public du secteur » dans la population BFC et les départements (n=684)

Cette proposition recueillait une majorité de réponses défavorables, avec toutefois plus du quart d'avis positifs. L'analyse croisée retrouvait des médecins :

- Plus favorables : les médecins qui sont toujours remplacés, ceux de la Nièvre ;
- Moins favorables : les médecins qui effectuent toutes leurs gardes, ceux du Doubs ;
- Plus défavorables : les médecins de plus de 55 ans, les médecins qui effectuent toutes leurs gardes, ceux exerçant en « SOS », ceux de Haute-Saône et de l'Yonne.

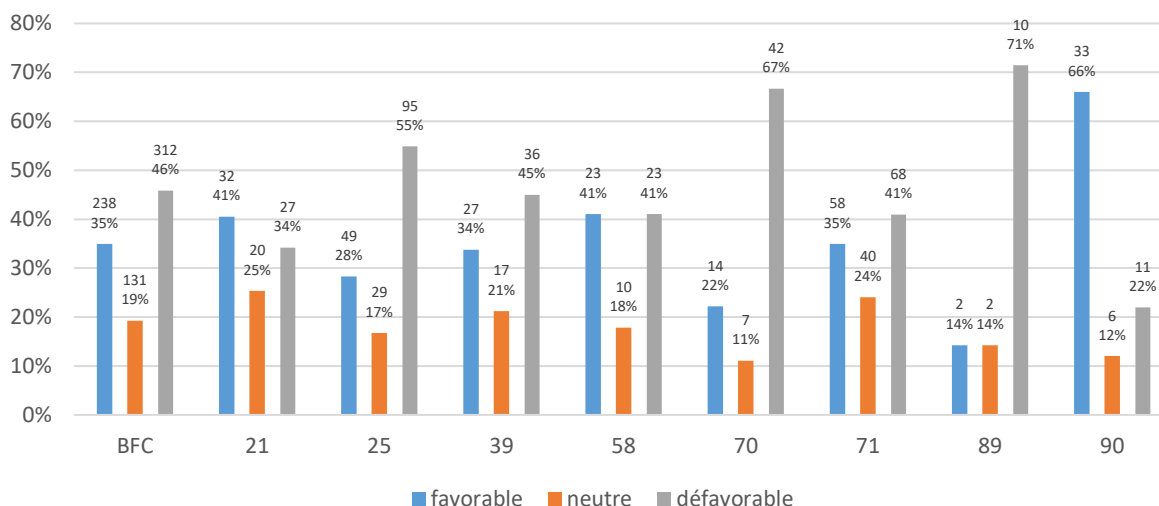


Figure 22 : Distribution des réponses à la proposition « Un lieu de consultation unique pour tous les médecins du secteur mais en dehors des urgences (type Maison Médicale de Garde) » dans la population BFC et les départements (n=681)

Les praticiens semblaient moins opposés à l'existence d'une MMG si celle-ci se trouvait en dehors des urgences, avec des réponses toutefois disparates. Il se dégagait deux profils de praticiens :

- Plus favorable et moins défavorable : les 40-54 ans, les médecins se faisant toujours remplacés et ceux du Territoire de Belfort ;
- Plus défavorable et moins favorable : les médecins réalisant toutes leurs gardes, ceux du Doubs et de Haute-Saône.

La figure 23 permet de comparer l'avis des praticiens de BFC vis-à-vis des différentes propositions qui ont été faites.

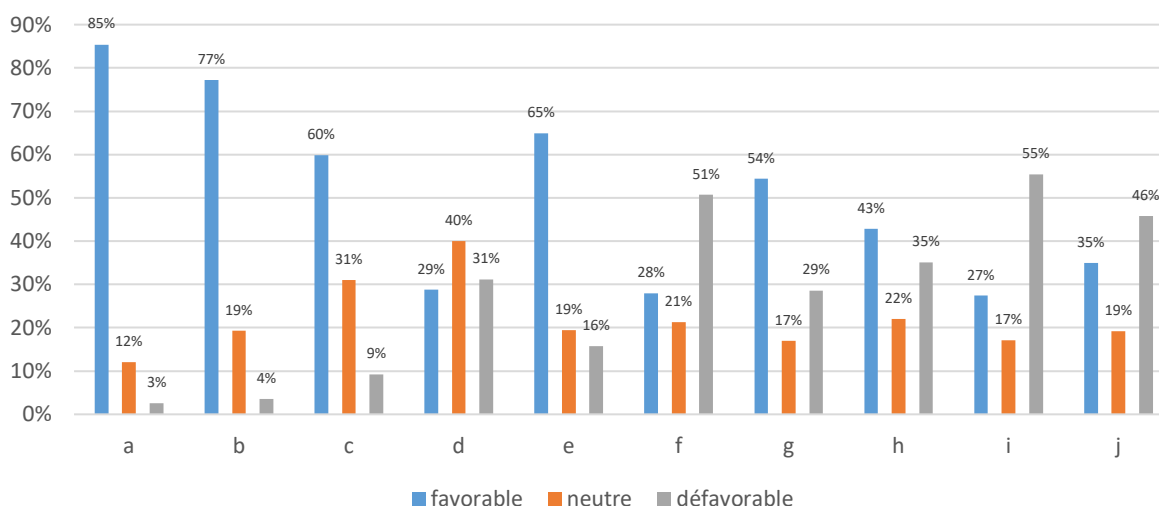


Figure 23 : Distribution des réponses aux 10 propositions portant sur les conditions d'exercice dans la population BFC

5) Analyse des remarques libres

Parmi les remarques libres, les attentes des médecins étaient variables et parfois contradictoires, témoins de situations très diverses selon les secteurs. Les remarques les plus fréquemment citées concernaient :

- La fréquentation des gardes : 16 médecins considéraient qu'elle était trop faible, 6 qu'elle était trop élevée. Une régulation trop systématique vers le service d'accueil des urgences (SAU) était en cause pour 9 praticiens, 3 souhaitaient une régulation obligatoire avant tout passage au SAU (ou consultation de « SOS ») ou encore un accès libre au médecin de PDSA sans régulation ;
- Les motifs de consultation : 16 médecins estimaient que les consultations n'étaient pas urgentes et auraient pu être différées, ou qu'elles relevaient d'une « convenance personnelle », notamment si le patient bénéficiait de la couverture médicale universelle. À ce titre, 2 proposaient une participation financière non remboursable des patients ;
- La rémunération : beaucoup insistaient sur les propositions a, b et c du questionnaire (augmentation des revenus) et certains mettaient en avant l'écart de cotation jugé insuffisant entre consultations et visites. Par ailleurs, 11 se plaignaient de la difficulté à obtenir le paiement des réquisitions judiciaires (système CHORUS) ;
- Les gardes de nuit : 11 regrettaient leur suppression, 8 insistaient sur leur refus d'en effectuer ;
- Le rythme ou les horaires : 6 souhaitaient arrêter totalement de participer aux gardes, 5 insistaient sur leur fréquence trop élevée, 3 proposaient un arrêt des gardes à 22 ou 23h et 4 proposaient d'y ajouter le samedi matin ;
- Les conditions de vie : 11 déclaraient que les gardes étaient trop fatigantes et évoquaient un épuisement professionnel, des difficultés à concilier gardes et vie familiale ou encore à se reposer après une garde ; 8 souhaitaient un arrêt des gardes pour les seniors ;
- Les conditions d'exercice : 11 insistaient sur l'arrêt total des visites y compris pour les hospitalisations sous contrainte, les certificats de décès et les actes médico-judiciaires, 5 au contraire refusaient qu'on supprime les visites pour raison déontologique ; 4 refusaient strictement d'exercer en MMG, remettant en cause leur participation si cela leur était imposé, et 6 préféraient effectuer la garde au cabinet pour réaliser des tâches administratives pendant leur temps libre ;
- Les secteurs : 4 jugeaient que le leur était devenu trop vaste, 5 avaient un avis contraire ;
- La régulation : celle-ci était souvent visée de manière parfois contradictoire (jugée trop laxiste ou au contraire orientant systématiquement vers le SAU) ;
- Autres : 6 médecins insistaient sur la responsabilité déontologique de continuer à effectuer les gardes, 7 demandaient la suppression de la condition de volontariat (voire que tous les médecins participent sans égard à leur type d'exercice ou leur spécialité). Enfin, 7 trouvaient la situation actuelle parfaite et 5 insistaient sur la nécessité d'adapter localement les conditions d'exercice.

IV) Discussion

1) Résumé des attentes des participants

Notre étude a montré que les médecins souhaitaient globalement participer aux gardes selon un rythme inférieur ou égal à celui pratiqué à l'heure actuelle. Toutefois, on notait des différences importantes d'avis selon les créneaux. Le rythme actuel des gardes de soirs de semaine (en moyenne deux par mois) était jugé trop élevé pour plus d'un interrogé sur deux. Certains arguaient de la trop faible affluence de patients en garde sur ce créneau, rendant l'exercice peu intéressant sur le plan professionnel et financier. Par ailleurs, l'absence de compensation financière suffisante pour permettre un repos le lendemain semblait être un problème pour les gardes de semaine. De nombreux praticiens mettaient en avant une fatigue importante face à des journées déjà très chargées dans leur cabinet. Le rythme actuel était jugé plus problématique encore pour les gardes de week-end. Enfin, un médecin sur quatre ne souhaitait exercer aucune garde sur ces créneaux.

Concernant les gardes de nuit profonde, celles-ci étaient très majoritairement refusées, que ce soit en semaine ou le week-end. Ces résultats étaient toutefois moins tranchés dans les zones où celles-ci existent encore. Pourtant, certains médecins regrettaient leur suppression en insistant sur le rôle déontologique du généraliste en tant que médecin de premiers recours.

Les médecins étaient ensuite invités à donner leur avis sur dix mesures sélectionnées parmi les revendications syndicales et les recommandations ordinales.

Cinq mesures étaient majoritairement approuvées par les médecins répondants. Trois concernaient la rémunération des effecteurs avec dans l'ordre de popularité : la défiscalisation des revenus issus de la PDSA, l'augmentation des forfaits de garde, et celle des cotations. Néanmoins, plus du tiers des praticiens refusaient que les patients paient plus cher la consultation.

Le regroupement des consultations sur des plages horaires restreintes pendant la garde et l'absence totale de visite récoltaient également une majorité d'avis favorables. Toutefois, un médecin sur trois était opposé à la suppression des visites considérant qu'elles étaient indispensables déontologiquement.

On notait aussi plus de réserves concernant l'instauration d'une rémunération forfaitaire. Une analyse dans les zones qui pourraient être concernées par cette expérimentation s'avère nécessaire. La restriction des visites aux hospitalisations sous contrainte et aux certificats de décès recueillait également des avis partagés, probablement en raison du clivage entre les médecins qui souhaiteraient arrêter totalement les visites en garde et ceux qui jugent celles-ci indispensables.

Enfin, trois mesures ont recueilli un accueil défavorable de la part des praticiens. Tout d'abord, le regroupement des secteurs était refusé par un interrogé sur deux. Cela confirme la position du CNOM qui juge que les fusions, créant parfois des secteurs trop vastes, ont atteint leur limite.

Ensuite, l'effectuation de la garde au sein d'une MMG ne semblait pas convenir aux médecins interrogés, que celle-ci soit au sein des urgences ou en dehors, même si les avis étaient très partagés sur la question. Les raisons principales invoquées dans les commentaires étaient que les praticiens profitent des temps libres pendant leurs gardes pour réaliser du travail administratif au sein de leur cabinet, ou encore passer du temps à leur domicile.

Les analyses croisées ont permis de repérer quelques tendances permettant de nuancer ces avis en fonction des différentes sous-populations étudiées.

Les « jeunes » médecins (28-39 ans) souhaitent moins fréquemment arrêter les gardes de week-end, contrairement aux plus âgés. Ils étaient également plus souvent contre l'augmentation des cotations et la suppression (totale ou partielle) des visites. Ils effectuaient moins souvent l'ensemble de leurs gardes et travaillaient plus fréquemment en association ou en MSP que seuls, contrairement aux plus de 55 ans.

Les médecins exerçant en « SOS » avaient des réponses fréquemment très différentes voire opposées à celles des autres : ils souhaitent réaliser plus de gardes dans les cinq créneaux existants, étaient plus défavorables à la suppression des visites ainsi qu'à l'effectuation des gardes en MMG au sein des urgences. Leur type d'exercice, sous forme de vacations, permet d'expliquer les différences constatées.

Les réponses étaient majoritairement semblables entre les hommes et les femmes. On pouvait relever toutefois que ces dernières étaient significativement plus opposées aux gardes de nuit profonde, et moins favorables à l'augmentation des forfaits de garde et des cotations.

Les comparaisons interdépartementales étaient peu concluantes et pouvaient souvent s'expliquer par les particularités locales (maintien des gardes de nuit profonde par exemple). Il est à noter que le nombre de médecins participant aux gardes dans l'Yonne était très faible (31 selon le CDOM) avec une forte proportion exerçant en « SOS ». Cela tendait à rapprocher les réponses de ces deux sous-groupes et rendait les comparaisons aux autres départements moins pertinentes.

Enfin, les remarques libres portaient bien souvent sur la qualité de la régulation médicale, la fréquence trop élevée des gardes, la trop faible affluence et les motifs de consultation non urgents trop récurrents. Ces critiques semblaient engendrer un épuisement professionnel, imputé directement par les praticiens à la réalisation de ces gardes.

2) Points forts et limites de cette étude

Les deux principales forces de cette étude étaient le caractère exhaustif de la population sondée et son taux de réponse élevé. Elle a permis de connaître l'opinion de 53,7% des médecins effecteurs de gardes de terrain sur l'ensemble de la région. Nous disposions donc d'une puissance statistique forte pour l'analyse des résultats, y compris pour les sous-populations.

Il n'existait pas d'étude publiée en France sur ce sujet. Une étude proche avait été menée par l'URPS-ML de Franche-Comté en 2015 mais ne portait que sur les gardes de nuit profonde. Notre étude était donc la première.

La principale limite de cette étude était l'utilisation d'un questionnaire non validé. L'utilisation d'une méthode qualitative comme les entretiens semi-dirigés aurait pu permettre de connaître les attentes des médecins sans leur suggérer d'exemples de mesures prédéterminés, avec la possibilité ultérieure de tester ces éléments par une deuxième étude. Néanmoins, le choix de ce mode de sondage a permis de collecter des données pouvant être analysées à l'échelle de secteurs de garde individuels (très nombreux, avec parfois moins de dix effecteurs).

Même si cette enquête ne souffrait pas de biais de sélection, puisque l'ensemble de la population cible a reçu le questionnaire, il existait probablement un biais de non-réponse. Celui-ci peut se confirmer de manière empirique par le faible taux constaté de médecins déclarant se faire toujours remplacer pour leurs gardes. Il est possible que cette sous-population de médecins ait moins répondu. Leurs attentes sont peut-être sous-représentées dans les résultats obtenus.

Par ailleurs, certaines séries de questions étaient répétitives (rythme des gardes, opinion vis-à-vis des dix propositions) ce qui a pu être à l'origine d'un effet de contamination, les sondés ayant tendance à répondre aux questions de manière identique aux précédentes. Pourtant, les réponses aux deux séries concernées étaient très hétérogènes donc ce phénomène a probablement été mineur.

Enfin, il existait sans doute un biais interne lié au fait que les questionnaires étaient envoyés conjointement par les CDOM et l'URPS-ML. Les sondés ayant une opinion défavorable de ces organismes ont pu répondre de manière biaisée. Néanmoins, cela a probablement permis de donner du poids à cette consultation.

3) Perspectives

Il a été possible de connaître le secteur de garde pour chaque médecin ayant répondu au questionnaire grâce aux données fournies par les différents CDOM. Secondairement à cette étude, il est prévu d'effectuer une analyse plus fine par secteur de garde, afin de mieux cibler les attentes des praticiens en fonction de critères différents (maintien des gardes de nuit, effectif au sein d'une MMG, caractéristiques démographiques du bassin de population, nombre de consultations réalisées pendant les gardes, etc.). Ceci pourra faire l'objet d'un nouveau travail de recherche afin de fournir aux autorités un cahier des charges plus précis des attentes des effecteurs.

Par ailleurs, il pourrait être intéressant de mieux comprendre l'opposition des praticiens à l'effectif au sein de MMG afin de mieux guider les politiques publiques. En effet, le déploiement de ces structures a un coût non négligeable et est souvent considéré comme une mesure allant dans le sens d'une meilleure qualité de travail pour les praticiens.

Enfin, la régulation des consultations semble poser fréquemment problème aux effecteurs. Il pourrait être intéressant d'étudier les points d'insatisfaction des médecins participant à ces gardes vis-à-vis de la régulation afin d'améliorer l'articulation essentielle entre ces deux éléments de la PDSA.

V) CONCLUSION

En conclusion, ce travail a permis de mettre en lumière quelles étaient les attentes en termes de rythme et de conditions organisationnelles, matérielles et financières des praticiens de Bourgogne-Franche-Comté mais également d'appréhender leurs principaux sujets de mécontentement. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés afin de mieux cibler les mesures d'amélioration de la PDSA. Enfin la nécessité d'une gouvernance locale associant tous les professionnels concernés, par les CODAMUPS par exemple, semble primordiale.

UNIVERSITÉ DE BOURGOGNE

THÈSE SOUTENUE PAR MONSIEUR BONNEFOY GERMAIN

CONCLUSIONS

Élément crucial de la continuité des soins, la permanence des soins ambulatoires dans son mode de fonctionnement actuel est continuellement remise en question d'un point de vue institutionnel mais également au sein de la communauté médicale. Malgré les tentatives de réformes et les évolutions de ces dernières années, la participation aux gardes de terrain, basée sur le volontariat, s'érode et est source de mécontentement et d'épuisement professionnel.

Cette étude sur l'ensemble de la région Bourgogne-Franche-Comté, inédite en France, porte sur les attentes des médecins généralistes libéraux participant aux gardes de terrain. Elle a été réalisée sur proposition et grâce au soutien de l'union régionale des professionnels de santé et des Ordres départementaux. L'objectif principal était de connaître les attentes des interrogés en termes de rythme et de conditions d'exercice.

Notre étude a obtenu un taux de réponse de 53,7% sur une population exhaustive. Elle a démontré une volonté de diminuer la fréquence des gardes réalisées, notamment les soirs de semaine, les jours et soirs de weekend. Les médecins déclaraient ne vouloir faire aucune garde sur ces créneaux dans 21 à 29% des cas. Les souhaits en matière de fréquence étaient inférieurs à la moyenne actuelle (deux gardes les soirs de semaine et une de weekend par mois). Les interrogés souhaitaient en grande majorité ne pas réaliser de gardes de nuit profonde (après minuit), y compris dans les secteurs ou celles-ci n'ont pas été supprimées, même si cette position y était moins majoritaire.

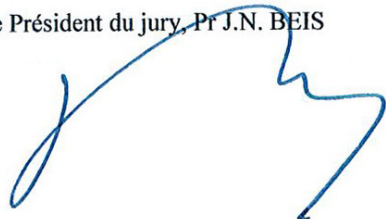
Les praticiens étaient invités à donner leur avis à propos de dix mesures sélectionnées parmi les revendications syndicales de la profession et les recommandations ordinales. Cinq mesures obtenaient une majorité d'avis favorables : la défiscalisation des revenus issus de la permanence de soins, l'augmentation du forfait de garde, l'augmentation des cotations appliquées pendant celles-ci, le regroupement des consultations sur une plage horaire restreinte et l'absence totale de visite.

Deux mesures recueillaient un avis plus partagé : le remplacement du paiement à l'acte par un forfait dans les zones où l'activité en garde est faible et la suppression des visites en dehors de celles visant à établir un certificat d'hospitalisation sous contrainte ou de décès. Trois propositions ont été refusées par les praticiens : le regroupement des secteurs afin de diminuer le nombre de gardes, l'affectation dans une maison médicale de garde au sein des urgences, ou à l'extérieur d'un établissement de santé.

Il serait intéressant de poursuivre cette étude en analysant les réponses par secteur de garde ainsi que les doléances liées à l'articulation entre la régulation médicale et les effecteurs sur le terrain.

En conclusion, les résultats de cette étude peuvent permettre de mieux cibler les actions pouvant être mises en place afin d'améliorer cet élément essentiel au bon fonctionnement du système de soins français.

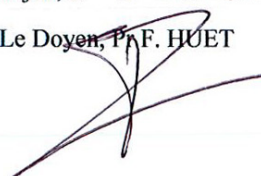
Le Président du jury, Pr J.N. BEIS



Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 5 Octobre 2017

Le Doyen, Pr F. HUET



Bibliographie

1. France. Code de la Santé Publique. Article R.6315-1 créé par Décr. n°2010-809 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240.
2. ARS de Franche-Comté. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires de la région Franche-Comté [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: http://www.franche-comte.paps.sante.fr/fileadmin/FRANCHE-COMTE/J_exerce/PDSA/Arrete_2015-297_cdc_pdsa_annexe.pdf
3. France. Code de la Santé Publique. Article R.6315-4 créé par Décr. n°2010-809 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240.
4. France. Code de la Santé Publique. Article L.6314-1 créé par L. n°2009-879 du 21 juill. 2009, art. 49-I, en vigueur le 1^{er} janv. 2010. JORF n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.
5. France. Code de la Santé Publique. Article L.4127-77 créé par Décr. n°2004-802 du 29 juill. 2004. JORF n°183 du 8 août 2004, p. 14150.
6. France. Code de la Santé Publique. Article R.6315-2 créé par Décr. n°2010-809 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240.
7. France. Code de la Santé Publique. Article R.6315-3 créé par Décr. n°2010-809 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}, modif. par Décr. N°2016-1012 du 22 Juill. 2016, art. 1^{er}-1° et 2°, en vigueur au plus tard le 15 Janv. 2018. JORF n°0171 du 24 juillet 2016.
8. France. Code de la Santé Publique. Article R.6315-5 créé par Décr. n°2010-809 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240.
9. France. Code de la Santé Publique. Article R.6315-6 créé par Décr. n°2010-809 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13240.
10. France. Code de la Santé Publique. Article R.6313-4 créé par Décr. n°2010-810 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13242.
11. France. Code de la Santé Publique. Article R.6313-1-1 créé par Décr. n°2010-810 du 13 juill. 2010, art. 1^{er}. JORF n°0163 du 17 juillet 2010, p. 13242.
12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les dépenses de santé en 2015 [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2016.pdf>
13. France. LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, art. 65. JORF n°0296 du 22 décembre 2011, p. 21682..
14. France. Arr. du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016. JORF n°0248 du 23 octobre 2016.
15. CNOM. Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2016 [Internet]. 2017 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_enquete_pds_2016.pdf
16. CNOM. Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale, au 31 décembre 2014 [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquetepds2014.pdf>

17. CNOM. Enquête du conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2015 [Internet]. 2016 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/enquete_pds_2015.pdf
18. ARS de Bourgogne-Franche-Comté. La permanence des soins ambulatoire en Bourgogne-Franche-Comté : synthèse de l'activité 2015 [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/system/files/2017-09/PDSA2015_0.pdf
19. ARS de Bourgogne. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoire de la région Bourgogne [Internet]. 2012 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: http://www.bourgogne.paps.sante.fr/fileadmin/BOURGOGNE/PAPS/Vie_professionnelle/PDS_A_/CDCPDSaregional.pdf
20. ARS de Bourgogne-Franche-Comté. Présentation de la journée PDSA du 30 Septembre 2016 [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/PDSA_presentation_de_la_journee_du_30_09_2016-1.doc
21. URPS-ML de Bourgogne. Une nouvelle organisation pour la permanence des soins. Info : le magazine d'information des médecins libéraux de Bourgogne. mars 2013;4.
22. Askenazy P, Dormont B, Geoffard P-Y, Paris V. Pour un système de santé plus efficace. Notes Conseil d'analyse économique. juillet 2013;(8):1-12.
23. Grall J-Y. Mission de médiation et propositions de la permanence des soins [Internet]. août 2007 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000534.pdf>
24. Boënnec P. Rapport d'information de M. Philippe Boënnec déposé par la délégation de l'Assemblée nationale à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins [Internet]. octobre 2008 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rap-info/i1205.pdf>
25. Lemorton C. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins et présenté par Mme Catherine LEMORTON, Rapporteuse. [Internet]. juin 2015 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2837.pdf>
26. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Avis sur la coopération entre professionnels de santé - Annexe 1 Etat des lieux des dispositifs de coopération [Internet]. 2014 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Avis-sur-la-cooperation-entre-professionnels-de-sante>
27. ARS de Bourgogne-Franche-Comté. Les défis et les réponses apportées [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/les-defis-et-les-reponses-apportees>
28. ARS de Bourgogne-Franche-Comté. Les orientations stratégiques 2016-2017 [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/les-orientations-strategiques-2016-2017>
29. Gattuso C. PDS : fatigués, les généralistes de Charente ne veulent plus faire de gardes tard le soir. Le quotidien du médecin [Internet]. avril 2016 [cité 5 oct 2017]; Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2016/04/19/pds-fatigues-les-generalistes-de-charente-ne-veulent-plus-faire-de-gardes-tard-le-soir_806556

30. Ortiz J-P. Numéro unique 116 117 : une première avancée loin d'être suffisante [Internet]. 2017 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.csmf.org/actualites/2017-04-05-000000/numero-unique-116-117-une-premiere-avancee-loin-detre-suffisante>
31. CSMF. Nos positions - La PDS [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.csmf.org/test-shortcodes-sur-nos-positions>
32. CSMF. PDS : devant l'érosion du volontariat, le dispositif doit être amélioré de toute urgence [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.csmf.org/csmf-actu-du-01-avril-2016>
33. Duquesnel L. Les propositions de l'UNOF-CSMF pour rénover la Permanence De Soins Ambulatoire (PDSA) [Internet]. 2014 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://lesgeneralistes-csmf.fr/2014/03/05/note-de-presse-les-propositions-de-lunof-csmf-pour-renover-la-permanence-de-soins-ambulatoire-pdsa/>
34. FMF. Quelle assurance pendant la PDS? Les ministres forcés à répondre [Internet]. 2011 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.fmfpro.com/quelle-assurance-pendant-la-pds-les-ministres-forces-a-repondre.html>
35. Bourdet T. La permanence des soins ambulatoires doit continuer à évoluer ! [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/services/lettre-aux-generalistes/1368-n-63-17-mai-2016>
36. SMG. Ouvrons le débat sur la permanence des soins. Quelle permanence des soins souhaitons-nous ? (mis à jour le mercredi 19 mars 2008) [Internet]. 2004 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.smg-pratiques.info/Lettre-du-SMG-aux-adherents.html>
37. SML. Permanence des soins ambulatoires libérale... Ils assurent !! [Internet]. 2015 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://admin.diffuse.info/w/LPTDr3E9mPjqa98cF4Ovw>
38. SML. PDSA : non au régime de faveur pour les médecins hospitaliers [Internet]. 2014 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=1238-pdsa-non-au-regime-de-faveur-pour-les-medecins-hospitaliers>
39. SML. Le SML réclame la reconnaissance de la permanence libérale des soins [Internet]. 2014 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=231-le-sml-reclame-la-reconnaissance-de-la-permanence-liberale-des-soins>
40. SML. Certificats de décès : ce que propose le SML [Internet]. 2017 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=3866-certificats-de-deces-ce-que-propose-le-sml>
41. SML. Plus de garde de nuit dans 31 départements. A qui la faute ? [Internet]. 2016 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=3197-plus-de-garde-de-nuit-dans-31-departements-a-qui-la-faute->
42. SML. Permanence des soins : mobilisation générale [Internet]. 2008 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/12-actualites-du-sml.php?actu=597-permanence-des-soins-mobilisation-generale>
43. SML. Le SML auditionné au sénat sur les urgences hospitalières et la permanence des soins [Internet]. 2017 [cité 5 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.lesml.org/fr/169-les-articles-du-sml.php?actu=3867-le-sml-auditionne-au-senat-sur-les-urgences-hospitalieres-et-la-permanence-des-soins>

ANNEXES

Annexe 1 : Cotations les plus fréquentes en garde, montant des forfaits

- Acte non régulé entre 20h et minuit ou entre 6h et 8h : $GS + MN = 60€$ (visite : $VGS + MDN = 63,50€$) ;
- Acte non régulé entre minuit et 6h : $GS + MM = 65€$ (visite : $VGS + MDI = 68,50€$) ;
- Acte non régulé le samedi après-midi, dimanche et jour férié entre 8h et 20h : $GS + F = 44,06€$ (visite : $VGS + MDD = 47,60€$) ;
- Acte régulé entre 20h et minuit ou entre 6h et 8h : $GS + CRN = 67,50€$ (visite : $VGS + VRN = 71,00€$) ;
- Acte régulé entre minuit et 6h : $GS + CRM = 76,50$ (visite : $VGS + VRM = 84,50€$) ;
- Acte régulé le samedi après-midi, dimanche et jour férié entre 8h et 20h : $GS + CRD = 51,50€$ (visite : $VGS + VRD 55,00€$) ;
- Ajout de la majoration « MEG » si le bénéficiaire des soins a moins de 6 ans ;
- Le forfait minimal est de 50€ pour les gardes de 4h, 100€ pour les gardes de 8h, 150€ pour les gardes de 12h. Celui-ci peut être augmenté dans des secteurs très étendus géographiquement ou peu actifs (14,21).

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux médecins inclus dans l'étude



Chère Consœur, Cher Confrère,

L'URPS de Bourgogne-Franche-Comté et les Conseils de l'Ordre des médecins de Bourgogne-Franche-Comté s'associent afin de réaliser une **enquête concernant les attentes des médecins généralistes libéraux effectuant des gardes de terrain au titre de la PDSA** (Permanence des Soins Ambulatoires).

L'objectif est d'être en mesure de **faire à l'ARS des propositions d'organisation qui répondent à vos attentes sur le terrain et adaptées à votre territoire.**

Afin d'assurer la représentativité et la qualité des résultats de cette enquête, **il est très important que nous obtenions le maximum de réponses à ce court questionnaire** (5 à 10 minutes).

Ce dernier est anonyme, seules les enveloppes sont numérotées, vos réponses seront analysées de manière indépendante de l'URPS et de l'Ordre des médecins par un étudiant de troisième cycle de Médecine générale dans le cadre de son travail de thèse.

Si vous rencontrez une quelconque difficulté, merci de contacter M. Germain BONNEFOY germain.bonnefoy@gmail.com ou Carole COLIN au 03.80.58.84.88 / carole.colin@urps-ml-bfc.org

Nous vous remercions par avance de votre collaboration

Bien confraternellement,

Germain BONNEFOY

*Etudiant de troisième cycle
en Médecine générale*

Dr Aurélien VAILLANT

*Coordonnateur du Collège
des médecins généralistes
de l'URPS Médecin Libéral BFC*

Dr Thierry LEMOINE

*Président du Conseil de l'Ordre
des Médecins de la Nièvre*

Quelles sont les attentes des médecins généralistes installés en Bourgogne-Franche-Comté concernant leurs gardes de terrain au titre de la PDSA ?

1. Êtes-vous :

- ☐ Une femme
- ☐ Un homme

2. Votre âge :..... ans.

3. Année de votre installation :

4. Avez-vous un mode d'exercice particulier ?

- ☐ Oui Préciser :
- ☐ Non

5. Dans quel type de structure exercez-vous principalement votre activité libérale ?

- ☐ Seul(e) en cabinet
- ☐ Avec un ou plusieurs associé(s) en cabinet
- ☐ En Maison de Santé Pluridisciplinaire ou Pluriprofessionnelle
- ☐ Dans une structure de type « SOS »

6. Concernant vos gardes de terrain au titre de la PDSA :

- ☐ J'effectue toutes mes gardes de terrain moi-même
- ☐ Je me fais remplacer pour certaines gardes
- ☐ Toutes mes gardes sont effectuées par un remplaçant

7. A quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau « 20h-minuit » pendant les jours de semaine ?

- ☐ Aucune garde sur ce créneau
- ☐ Moins de 2 fois par mois
- ☐ 2 fois par mois (soit en moyenne 24 gardes par an)
- ☐ Plus de 2 fois par mois

8. A quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau « nuit profonde » (après minuit) pendant les jours de semaine ?

- ☐ Aucune garde sur ce créneau
- ☐ Moins de 2 fois par mois
- ☐ 2 fois par mois (soit en moyenne 24 gardes par an)
- ☐ Plus de 2 fois par mois

9. A quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau « journée » (samedi de 12h à 20h, dimanche de 8h à 20h) pendant les weekends et jours fériés ?

- ☐ Aucune garde sur ce créneau
- ☐ Moins de 1 fois par mois
- ☐ 1 fois par mois (soit en moyenne 10 à 12 gardes par an)
- ☐ Plus de 1 fois par mois

10. A quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau « 20h-minuit » pendant les weekends et jours fériés ?

- ☐ Aucune garde sur ce créneau
- ☐ Moins de 1 fois par mois
- ☐ 1 fois par mois (soit en moyenne 10 à 12 gardes par an)
- ☐ Plus de 1 fois par mois

11. A quel rythme souhaiteriez-vous participer aux gardes de terrain sur le créneau « nuit profonde » (après minuit) pendant les weekends et jours fériés ?

- ☐ Aucune garde sur ce créneau
- ☐ Moins de 1 fois par mois
- ☐ 1 fois par mois (soit en moyenne 10 à 12 gardes par an)
- ☐ Plus de 1 fois par mois

12. Concernant les gardes de terrain en « nuit profonde » (après minuit)

- ☐ Je souhaite que celles-ci soient mises en place dans mon secteur
- ☐ Je ne souhaite pas que celles-ci soient mises en place dans mon secteur
- ☐ Je souhaite que celles-ci soient supprimées dans mon secteur
- ☐ Je ne souhaite pas que celles-ci soient supprimées dans mon secteur

13. Parmi les mesures suivantes concernant les gardes de terrain, merci d'indiquer si vous y êtes favorable, défavorable ou neutre :

a. La défiscalisation des rémunérations

- ☐ favorable
- ☐ défavorable
- ☐ neutre

b. L'augmentation du forfait de garde (actuellement 50 euros de 20h à minuit, 100 euros de minuit à 8h et 150 euros le samedi de midi à minuit, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h)

- ☐ favorable
- ☐ défavorable
- ☐ neutre

c. L'augmentation financière des cotations (actuellement 51,50 euros les weekends et jours fériés jusqu'à 20h, 67,50 euros le soir à partir de 20h jusqu'à minuit et 76,50 euros de minuit à 6h du matin)

- ☐ favorable
- ☐ défavorable
- ☐ neutre

d. Le remplacement des cotations par un revenu forfaitaire dans les zones où l'activité est faible

- ☐ favorable
- ☐ défavorable
- ☐ neutre

e. Le regroupement des consultations sur une plage horaire restreinte pendant la garde

- ☐ favorable
- ☐ défavorable
- ☐ neutre

f. Le regroupement ou le redécoupage de secteurs (augmenter le territoire pour augmenter le nombre d'actes par garde et diminuer le nombre de gardes par effecteur)

☐ favorable ☐ défavorable ☐ neutre

g. L'absence totale de visites

☐ favorable ☐ défavorable ☐ neutre

h. L'absence de visites en dehors des hospitalisations sous contrainte et des certificats de décès

☐ favorable ☐ défavorable ☐ neutre

i. Un lieu de consultation unique au sein des urgences de l'établissement public du secteur

☐ favorable ☐ défavorable ☐ neutre

j. Un lieu de consultation unique pour tous les médecins du secteur mais en dehors des urgences (type Maison Médicale de Garde)

☐ favorable ☐ défavorable ☐ neutre

14. Avez-vous d'autres remarques ou commentaires concernant ce questionnaire ou la permanence de soin ambulatoire (idées de mesures incitatives, avis sur les réquisitions...?)

Nous vous remercions pour votre participation à cette étude qui nous permettra de mieux connaître vos attentes vis-à-vis de vos gardes de terrain.

Annexe 3 : Résultats bruts obtenus aux questionnaires

■ Tableau III : Résultats bruts obtenus aux questionnaires (Eff. pour effectif, % pour pourcentages)

	BFC		21		25		39		58		70		71		89		90	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Nombre de réponses	687	100	79	11,5	174	25,3	82	11,9	56	8,2	64	9,3	166	24,2	14	2	52	7,6
Sexe																		
Hommes	407	59,2	46	58,2	105	60,3	44	53,7	41	73,2	38	59,4	93	56	8	57,1	32	61,5
Femmes	280	40,8	33	41,8	69	39,7	38	46,3	15	26,8	26	40,6	73	44	6	42,9	20	38,5
Catégories d'âge																		
28-39 ans	180	26,2	25	31,6	54	31,2	25	30,5	8	14,3	18	28,1	40	24,1	1	7,1	9	17,3
40-54 ans	232	33,8	17	21,5	61	35,3	27	32,9	15	26,8	24	37,5	63	38	4	28,6	21	40,4
55-72 ans	274	39,9	37	46,8	58	33,5	30	36,6	33	58,9	22	34,4	63	38	9	64,3	22	42,3
Type d'exercice																		
Seul	239	34,8	33	41,8	52	30,1	29	35,4	23	41,1	25	39,1	56	33,7	1	7,1	20	38,5
En association	265	38,6	28	35,4	79	45,7	35	42,7	11	19,6	18	28,1	68	41	4	28,6	22	42,3
En MSP	166	24,2	12	15,2	36	20,8	18	22	22	39,3	21	32,8	42	25,3	5	35,7	10	19,2
En "SOS"	16	2,3	6	7,6	6	3,5	0	0	0	0	0	0	0	0	4	28,6	0	0
Effection des gardes du médecin sondé																		
Toutes	514	74,9	57	72,2	127	73	62	76,5	51	91,1	50	78,1	116	69,9	11	78,6	40	76,9
Une partie	131	19,1	17	21,5	30	17,2	18	22,2	5	8,9	14	21,9	35	21,1	3	21,4	9	17,3
Remplacement systématique	41	6	5	6,3	17	9,8	1	1,2	0	0	0	0	15	9	0	0	3	5,8
Exercice d'une MEP au sens de la CNAMTS																		
Non	642	93,4	77	97,5	160	92	76	92,7	52	92,9	57	89,1	157	94,6	14	100	49	94,2
Oui	45	6,6	2	2,5	14	8	6	7,3	4	7,1	7	10,9	9	5,4	0	0	3	5,8
Souhaits exprimés - Gardes de soir la semaine																		
Aucune	153	22,4	22	27,8	28	16,2	21	25,9	8	14,3	17	26,6	44	26,8	1	7,1	12	23,1
< 2 / mois	244	35,7	31	39,2	56	32,4	26	32,1	24	42,9	24	37,5	55	33,5	2	14,3	26	50
2 / mois	190	27,8	15	19	58	33,5	24	29,6	9	16,1	19	29,7	52	31,7	3	21,4	10	19,2
> 2 / mois	96	14,1	11	13,9	31	17,9	10	12,3	15	26,8	4	6,3	13	7,9	8	57,1	4	7,7
Souhaits exprimés - Gardes de nuit profonde la semaine																		
Aucune	538	78,5	72	91,1	95	54,9	68	82,9	44	78,6	47	73,4	160	97	6	42,9	46	88,5
< 2 / mois	42	6,1	1	1,3	22	12,7	4	4,9	3	5,4	5	7,8	5	3	1	7,1	1	1,9
2 / mois	60	8,8	2	2,5	36	20,8	6	7,3	4	7,1	10	15,6	0	0	2	14,3	0	0
> 2 / mois	45	6,6	4	5,1	20	11,6	4	4,9	5	8,9	2	3,1	0	0	5	35,7	5	9,6
Souhaits exprimés - Gardes de jour le week-end																		
Aucune	143	20,9	23	29,1	28	16,2	15	18,3	11	19,6	12	18,8	38	23,2	1	7,1	15	28,8
< 1 / mois	412	60,2	34	43	117	67,6	51	62,2	30	53,6	49	76,6	98	59,8	5	35,7	28	53,8
1 / mois	95	13,9	16	20,3	18	10,4	15	18,3	12	21,4	3	4,7	21	12,8	3	21,4	7	13,5
> 1 / mois	34	5	6	7,6	10	5,8	1	1,2	3	5,4	0	0	7	4,3	5	35,7	2	3,8
Souhaits exprimés - Gardes de soir le week-end																		
Aucune	198	28,9	28	35,4	36	20,8	23	28	16	28,6	18	28,1	53	32,3	3	21,4	21	40,4
< 1 / mois	362	52,9	32	40,5	108	62,4	43	52,4	25	44,6	43	67,2	86	52,4	3	21,4	22	42,3
1 / mois	94	13,7	14	17,7	21	12,1	15	18,3	11	19,6	3	4,7	20	12,2	3	21,4	7	13,5
> 1 / mois	30	4,4	5	6,3	8	4,6	1	1,2	4	7,1	0	0	5	3	5	35,7	2	3,8
Souhaits exprimés - Gardes de nuit profonde le week-end																		
Aucune	539	78,8	69	87,3	96	55,8	66	80,5	47	83,9	48	75	160	97	6	42,9	47	90,4
< 1 / mois	89	13	3	3,8	54	31,4	10	12,2	2	3,6	13	20,3	4	2,4	1	7,1	2	3,8
1 / mois	34	5	4	5,1	15	8,7	6	7,3	3	5,4	3	4,7	1	0,6	2	14,3	0	0
> 1 / mois	22	3,2	3	3,8	7	4,1	0	0	4	7,1	0	0	0	0	5	35,7	3	5,8

	BFC		21		25		39		58		70		71		89		90	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
À propos des gardes de nuit profonde																		
Pour leur mise en place	57	8,5	5	6,4	16	9,5	9	11,4	7	12,5	8	12,5	5	3	2	14,3	5	11,4
Contre leur mise en place	438	65,5	61	78,2	57	33,7	62	78,5	40	71,4	42	65,6	150	90,9	8	57,1	18	40,9
Pour leur suppression	89	13,3	9	11,5	43	25,4	4	5,1	5	8,9	8	12,5	7	4,2	0	0	13	29,5
Contre leur suppression	85	12,7	3	3,8	53	31,4	4	5,1	4	7,1	6	9,4	3	1,8	4	28,6	8	18,2
Opinion sur la proposition a : Défisicalisation																		
Favorable	585	85,4	63	79,7	154	88,5	70	86,4	50	89,3	55	85,9	134	81,2	11	78,6	48	92,3
Neutre	82	12	13	16,5	14	8	9	11,1	4	7,1	9	14,1	27	16,4	3	21,4	3	5,8
Défavorable	18	2,6	3	3,8	6	3,4	2	2,5	2	3,6	0	0	4	2,4	0	0	1	1,9
Opinion sur la proposition b : Augmentation du forfait de garde																		
Favorable	527	77,2	65	82,3	137	78,7	66	82,5	42	75	43	67,2	124	75,6	9	64,3	41	78,8
Neutre	132	19,3	14	17,7	26	14,9	13	16,3	13	23,2	20	31,3	33	20,1	4	28,6	9	17,3
Défavorable	24	3,5	0	0	11	6,3	1	1,3	1	1,8	1	1,6	7	4,3	1	7,1	2	3,8
Opinion sur la proposition c : Augmentation des cotations																		
Favorable	409	59,8	49	62	106	60,9	48	60	32	57,1	39	60,9	91	55,2	9	64,3	35	67,3
Neutre	212	31	23	29,1	55	31,6	25	31,3	18	32,1	23	35,9	52	31,5	3	21,4	13	25
Défavorable	63	9,2	7	8,9	13	7,5	7	8,8	6	10,7	2	3,1	22	13,3	2	14,3	4	7,7
Opinion sur la proposition d : Remplacement des cotations par un revenu forfaitaire																		
Favorable	195	28,8	27	34,6	47	27	19	24,4	20	36,4	18	29	41	24,8	5	38,5	18	34,6
Neutre	271	40	23	29,5	71	40,8	30	38,5	20	36,4	25	40,3	76	46,1	3	23,1	23	44,2
Défavorable	211	31,2	28	35,9	56	32,2	29	37,2	15	27,3	19	30,6	48	29,1	5	38,5	11	21,2
Opinion sur la proposition e : Regroupement des consultations sur une plage horaire restreinte																		
Favorable	441	64,9	44	56,4	96	55,5	65	79,3	42	75	45	70,3	101	62,3	9	64,3	39	76,5
Neutre	132	19,4	20	25,6	42	24,3	8	9,8	7	12,5	9	14,1	40	24,7	2	14,3	4	7,8
Défavorable	107	15,7	14	17,9	35	20,2	9	11	7	12,5	10	15,6	21	13	3	21,4	8	15,7
Opinion sur la proposition f : Regroupement ou redécoupage de secteurs																		
Favorable	190	27,9	31	39,2	41	23,7	20	25,3	19	34,5	18	28,1	43	26,2	4	28,6	14	26,9
Neutre	145	21,3	18	22,8	28	16,2	13	16,5	13	23,6	14	21,9	38	23,2	2	14,3	19	36,5
Défavorable	345	50,7	30	38	104	60,1	46	58,2	23	41,8	32	50	83	50,6	8	57,1	19	36,5
Opinion sur la proposition g : Absence totale de visites																		
Favorable	371	54,4	43	55,1	78	45,1	44	54,3	32	57,1	34	53,1	95	57,9	5	35,7	40	76,9
Neutre	116	17	13	16,7	31	17,9	17	21	6	10,7	16	25	28	17,1	2	14,3	3	5,8
Défavorable	195	28,6	22	28,2	64	37	20	24,7	18	32,1	14	21,9	41	25	7	50	9	17,3
Opinion sur la proposition h : Absence partielle de visites (hospitalisations sous contrainte, certificat de décès)																		
Favorable	290	42,9	28	35,4	69	39,9	36	46,2	26	46,4	26	41,9	67	40,9	4	30,8	34	66,7
Neutre	149	22	20	25,3	31	17,9	14	17,9	10	17,9	17	27,4	46	28	2	15,4	9	17,6
Défavorable	237	35,1	31	39,2	73	42,2	28	35,9	20	35,7	19	30,6	51	31,1	7	53,8	8	15,7
Opinion sur la proposition i : Lieu de consultation unique au sein des urgences																		
Favorable	188	27,5	28	35,4	36	20,8	23	28,4	23	41,1	11	17,2	52	31,5	1	7,1	14	26,9
Neutre	117	17,1	10	12,7	31	17,9	16	19,8	9	16,1	8	12,5	32	19,4	1	7,1	10	19,2
Défavorable	379	55,4	41	51,9	106	61,3	42	51,9	24	42,9	45	70,3	81	49,1	12	85,7	28	53,8
Opinion sur la proposition j : Lieu de consultation unique en dehors des urgences																		
Favorable	238	34,9	32	40,5	49	28,3	27	33,8	23	41,1	14	22,2	58	34,9	2	14,3	33	66
Neutre	131	19,2	20	25,3	29	16,8	17	21,3	10	17,9	7	11,1	40	24,1	2	14,3	6	12
Défavorable	312	45,8	27	34,2	95	54,9	36	45	23	41,1	42	66,7	68	41	10	71,4	11	22

Annexe 4 : Résultats des tests statistiques

Les tableaux IV à X présentent les résultats des tests statistiques réalisés (Chi2 avec $p < 0,05$). En cas de significativité, la valeur présentée correspond au Z-score. NS signifie non significatif.

■ Tableau IV : Résultats des analyses croisées pour le sexe

	Femme	Homme
EFFECTION :	$p = 0,006$	
Toutes	-3,19	3,19
En partie	2,87	-2,87
Remplacement systématique	NS	NS
DEPARTEMENT :	$p = 0,476$	

■ Tableau V : Résultats des analyses croisées pour l'âge

	28-39 ans	40-54 ans	55-72 ans
EFFECTION :	$p < 10^{-3}$		
Toutes	-3,96	NS	2,44
En partie	4,98	NS	-3,42
Remplacement systématique	NS	NS	NS
DEPARTEMENT :	$p = 0,018$		
Côte-d'Or (21)	NS	-2,46	NS
Doubs (25)	NS	NS	NS
Jura (39)	NS	NS	NS
Nièvre (58)	-2,12	NS	3,03
Haute-Saône (70)	NS	NS	NS
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS
Yonne (89)	NS	NS	NS
Territoire de Belfort (90)	NS	NS	NS

■ Tableau VI : Résultats des analyses croisées pour le type d'exercice

	Seul	En association	En MSP	En "SOS"
SEXE :	$p < 10^{-3}$			
Femme	-2,97	3,87	NS	-2,32
Homme	2,97	-3,87	NS	2,32
AGE :	$p < 10^{-3}$			
28-39 ans	-6,66	3,63	2,91	NS
40-54 ans	NS	NS	NS	NS
55-72 ans	7,73	-4,59	-2,58	-2,26
DEPARTEMENT :	$p < 10^{-3}$			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS	3,30
Doubs (25)	NS	2,20	NS	NS
Jura (39)	NS	NS	NS	NS
Nièvre (58)	NS	-3,05	NS	NS
Haute-Saône (70)	NS	NS	2,75	NS
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	-2,29
Yonne (89)	-2,20	NS	NS	6,57
Territoire de Belfort (90)	NS	NS	NS	NS

▪ Tableau VII : Résultats des analyses croisées pour l'effecton des gardes

	Toutes	En partie	Remplacement systématique
SEXE :	p = 0,006		
Femme	-3,19	2,87	NS
Homme	3,19	-2,87	NS
AGE :	p < 10⁻³		
28-39 ans	-3,96	4,98	NS
40-54 ans	NS	NS	NS
55-72 ans	2,44	-3,42	NS
DEPARTEMENT :	p = 0,030		
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS
Doubs (25)	NS	NS	2,44
Jura (39)	NS	NS	NS
Nièvre (58)	2,91	-2,02	NS
Haute-Saône (70)	NS	NS	-2,12
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS
Yonne (89)	NS	NS	NS
Territoire de Belfort (90)	NS	NS	NS

▪ Tableau VIII : Résultats des analyses croisées pour les questions portant sur les rythmes de garde

	Aucune garde	Inférieur à la moyenne	La moyenne	Supérieur à la moyenne
7. Souhaits exprimés - Gardes de soir la semaine (moyenne : 2 par mois)				
SEXE :	p = 0,202			
AGE :	p = 0,274			
STRUCTURE :	p < 10 ⁻³			
Seul	NS	NS	NS	NS
En association	NS	NS	NS	-3,42
En MSP	NS	NS	NS	NS
En "SOS"	NS	-3,02	NS	7,83
DEPARTEMENT :	p < 10 ⁻³			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS	NS
Doubs (25)	-2,27	NS	NS	NS
Jura (39)	NS	NS	NS	NS
Nièvre (58)	NS	NS	-2,05	2,86
Haute-Saône (70)	NS	NS	NS	NS
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	-2,59
Yonne (89)	NS	NS	NS	4,69
Territoire de Belfort (90)	NS	2,24	NS	NS
8. Souhaits exprimés - Gardes de nuit profonde la semaine (moyenne : 2 par mois)				
SEXE :	p = 0,192			
AGE :	p = 0,628			
STRUCTURE :	p < 10 ⁻³			
Seul	NS	NS	NS	NS
En association	NS	NS	NS	-2,98
En MSP	NS	NS	NS	NS
En "SOS"	-6,51	NS	NS	10,16
DEPARTEMENT :	p < 10 ⁻³			
Côte-d'Or (21)	2,90	NS	-2,08	NS
Doubs (25)	-8,76	4,18	6,49	3,07
Jura (39)	NS	NS	NS	NS
Nièvre (58)	NS	NS	NS	NS
Haute-Saône (70)	NS	NS	2,04	NS
Saône-et-Loire (71)	6,62	NS	-4,57	-3,91
Yonne (89)	-3,29	NS	NS	4,45
Territoire de Belfort (90)	NS	NS	-2,32	NS

		Aucune garde	Inférieur à la moyenne	La moyenne	Supérieur à la moyenne
9. Souhaits exprimés - Gardes de jour le week-end (moyenne : 1 par mois)					
SEXE :	p = 0,043				
Femme		NS	2,69	NS	NS
Homme		NS	-2,69	NS	NS
AGE :	p = 0,005				
28-39 ans		-3,35	NS	NS	NS
40-54 ans		NS	NS	NS	NS
55-72 ans		3,66	-2,02	NS	NS
STRUCTURE :	p < 10⁻³				
Seul		2,86	NS	NS	NS
En association		NS	NS	NS	-2,59
En MSP		NS	NS	NS	NS
En "SOS"		-2,08	-4,98	NS	14,21
DEPARTEMENT :	p < 10⁻³				
Côte-d'Or (21)		NS	-3,32	NS	NS
Doubs (25)		NS	2,30	NS	NS
Jura (39)		NS	NS	NS	NS
Nièvre (58)		NS	NS	NS	NS
Haute-Saône (70)		NS	2,80	-2,24	NS
Saône-et-Loire (71)		NS	NS	NS	NS
Yonne (89)		NS	NS	NS	5,35
Territoire de Belfort (90)		NS	NS	NS	NS
10. Souhaits exprimés - Gardes de soir le week-end (moyenne : 1 par mois)					
SEXE :	p = 0,192				
AGE :	p = 0,028				
28-39 ans		-3,29	2,24	NS	NS
40-54 ans		NS	NS	NS	NS
55-72 ans		2,95	-2,16	NS	NS
STRUCTURE :	p < 10⁻³				
Seul		2,02	NS	NS	NS
En association		NS	2,01	NS	NS
En MSP		NS	NS	NS	NS
En "SOS"		-2,03	-4,29	2,06	11,49
DEPARTEMENT :	p < 10⁻³				
Côte-d'Or (21)		NS	-2,35	NS	NS
Doubs (25)		-2,73	2,90	NS	NS
Jura (39)		NS	NS	NS	NS
Nièvre (58)		NS	NS	NS	NS
Haute-Saône (70)		NS	2,40	-2,21	NS
Saône-et-Loire (71)		NS	NS	NS	NS
Yonne (89)		NS	-2,39	NS	5,78
Territoire de Belfort (90)		NS	NS	NS	NS

		Aucune garde	Inférieur à la moyenne	La moyenne	Supérieur à la moyenne
11. Souhaits exprimés - Gardes de nuit profonde le week-end (moyenne : 1 par mois)					
SEXE :		p = 0,088			
AGE :		p = 0,841			
STRUCTURE :		p < 10 ⁻³			
Seul		NS	NS	NS	-2,57
En association		NS	NS	-2,57	-2,44
En MSP		NS	NS	NS	NS
En "SOS"		-6,57	NS	3,73	13,60
DEPARTEMENT :		p < 10 ⁻³			
Côte-d'Or (21)		NS	-2,59	NS	NS
Doubs (25)		-8,53	8,28	2,62	NS
Jura (39)		NS	NS	NS	NS
Nièvre (58)		NS	-2,19	NS	NS
Haute-Saône (70)		NS	NS	NS	NS
Saône-et-Loire (71)		6,56	-4,64	-2,96	-2,69
Yonne (89)		-3,33	NS	NS	6,96
Territoire de Belfort (90)		2,13	-2,04	NS	NS

▪ Tableau IX : Résultats des analyses croisées pour la question portant sur les gardes de nuit profonde

		Pour leur mise en place	Contre leur mise en place	Pour leur suppression	Contre leur suppression
12. À propos des gardes de nuit profonde					
SEXE :		p = 0,242			
AGE :		p = 0,591			
STRUCTURE :		p < 10 ⁻³			
Seul		NS	NS	NS	NS
En association		NS	NS	NS	NS
En MSP		NS	NS	NS	NS
En "SOS"		NS	-3,97	NS	8,33
EFFECTION :		p = 0,193			
DEPARTEMENT :		p < 10 ⁻³			
Côte-d'Or (21)		NS	2,52	NS	-2,50
Doubs (25)		NS	-10,04	5,38	8,42
Jura (39)		NS	2,59	-2,30	-2,17
Nièvre (58)		NS	NS	NS	NS
Haute-Saône (70)		NS	NS	NS	NS
Saône-et-Loire (71)		-2,91	7,92	-3,95	-4,84
Yonne (89)		NS	NS	NS	NS
Territoire de Belfort (90)		NS	-3,55	3,28	NS

■ Tableau X : Résultats des analyses croisées pour les dix propositions testées

		Favorable	Neutre	Défavorable
Opinion sur la proposition a : Défiscalisation				
	SEXE :	p = 0,391		
	AGE :	p = 0,844		
	STRUCTURE :	p = 0,341		
	EFFECTION :	p = 0,055		
	DEPARTEMENT :	p = 0,388		
Opinion sur la proposition b : Augmentation du forfait de garde				
	SEXE :	p = 0,001		
	Femme	-3,76	3,56	NS
	Homme	3,76	-3,56	NS
	AGE :	p = 0,321		
	STRUCTURE :	p = 0,048		
	Seul	NS	NS	NS
	En association	NS	NS	NS
	En MSP	NS	NS	NS
	En "SOS"	NS	NS	3,35
	EFFECTION :	p = 0,165		
	DEPARTEMENT :	p = 0,136		
Opinion sur la proposition c : Augmentation des cotations				
	SEXE :	p < 10 ⁻³		
	Femme	-4,73	4,13	NS
	Homme	4,73	-4,13	NS
	AGE :	p = 0,001		
	28-39 ans	-3,46	NS	2,82
	40-54 ans	2,81	-2,40	NS
	55-72 ans	NS	NS	NS
	STRUCTURE :	p = 0,101		
	EFFECTION :	p = 0,306		
	DEPARTEMENT :	p = 0,772		
Opinion sur la proposition d : Remplacement des cotations par un revenu forfaitaire				
	SEXE :	p = 0,009		
	Femme	-2,46	2,86	NS
	Homme	2,46	-2,86	NS
	AGE :	p = 0,010		
	28-39 ans	-2,77	NS	2,66
	40-54 ans	NS	NS	-2,26
	55-72 ans	NS	NS	NS
	STRUCTURE :	p = 0,013		
	Seul	NS	NS	NS
	En association	NS	2,54	NS
	En MSP	NS	-2,27	2,73
	En "SOS"	NS	NS	NS
	EFFECTION :	p = 0,244		
	DEPARTEMENT :	p = 0,475		

		Favorable	Neutre	Défavorable
Opinion sur la proposition e : Regroupement des consultations sur une plage horaire				
SEXE :	p = 0,159			
AGE :	p = 0,001			
28-39 ans	NS	-2,20	NS	
40-54 ans	2,14	-2,36	NS	
55-72 ans	-3,28	4,26	NS	
STRUCTURE :	p = 0,189			
EFFECTION :	p = 0,006			
Toutes	NS	NS	2,69	
Une partie	NS	NS	NS	
Remplacement systématique	NS	2,86	NS	
DEPARTEMENT :	p = 0,010			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS	
Doubs (25)	-2,99	NS	NS	
Jura (39)	2,92	-2,36	NS	
Nièvre (58)	NS	NS	NS	
Haute-Saône (70)	NS	NS	NS	
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	
Yonne (89)	NS	NS	NS	
Territoire de Belfort (90)	NS	-2,17	NS	
Opinion sur la proposition f : Regroupement ou redécoupage de secteurs				
SEXE :	p = 0,710			
AGE :	p = 0,603			
STRUCTURE :	p = 0,063			
EFFECTION :	p = 0,060			
DEPARTEMENT :	p = 0,035			
Côte-d'Or (21)	2,38	NS	-2,41	
Doubs (25)	NS	NS	2,86	
Jura (39)	NS	NS	NS	
Nièvre (58)	NS	NS	NS	
Haute-Saône (70)	NS	NS	NS	
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	
Yonne (89)	NS	NS	NS	
Territoire de Belfort (90)	NS	2,79	-2,13	

		Favorable	Neutre	Défavorable
Opinion sur la proposition g : Absence totale de visites				
SEXE :	p = 0,417			
AGE :	p = 0,001			
28-39 ans	-3,72	NS	2,84	
40-54 ans	2,86	NS	-2,97	
55-72 ans	NS	NS	NS	
STRUCTURE :	p < 10 ⁻³			
Seul	NS	NS	NS	
En association	NS	NS	NS	
En MSP	NS	NS	NS	
En "SOS"	-4,43	NS	6,41	
EFFECTION :	p = 0,001			
Toutes	-2,60	NS	3,07	
Une partie	NS	NS	NS	
Remplacement systématique	3,79	NS	-3,83	
DEPARTEMENT :	p = 0,011			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS	
Doubs (25)	-2,85	NS	2,83	
Jura (39)	NS	NS	NS	
Nièvre (58)	NS	NS	NS	
Haute-Saône (70)	NS	NS	NS	
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	
Yonne (89)	NS	NS	NS	
Territoire de Belfort (90)	3,39	-2,25	NS	
Opinion sur la proposition h : Absence partielle de visites (hospitalisations sous contraintes, certificat de décès)				
SEXE :	p = 0,353			
AGE :	p = 0,029			
28-39 ans	-2,76	NS	2,22	
40-54 ans	2,69	NS	NS	
55-72 ans	NS	NS	NS	
STRUCTURE :	p < 10 ⁻³			
Seul	NS	NS	NS	
En association	NS	NS	NS	
En MSP	NS	2,93	NS	
En "SOS"	-3,51	-2,16	5,52	
EFFECTION :	p = 0,072			
DEPARTEMENT :	p = 0,020			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS	
Doubs (25)	NS	NS	2,28	
Jura (39)	NS	NS	NS	
Nièvre (58)	NS	NS	NS	
Haute-Saône (70)	NS	NS	NS	
Saône-et-Loire (71)	NS	2,13	NS	
Yonne (89)	NS	NS	NS	
Territoire de Belfort (90)	3,57	NS	-3,02	

		Favorable	Neutre	Défavorable
Opinion sur la proposition i : Lieu de consultation unique au sein des urgences				
SEXE :	p = 0,053			
AGE :	p = 0,050			
28-39 ans	NS	NS	NS	
40-54 ans	NS	NS	-2,72	
55-72 ans	NS	NS	2,60	
STRUCTURE :	p = 0,029			
Seul	NS	NS	NS	
En association	NS	NS	NS	
En MSP	NS	NS	NS	
En "SOS"	NS	NS	3,13	
EFFECTION :	p < 10 ⁻³			
Toutes	-2,87	NS	2,37	
Une partie	NS	NS	NS	
Remplacement systématique	2,45	2,56	-4,13	
DEPARTEMENT :	p = 0,021			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	NS	
Doubs (25)	-2,28	NS	NS	
Jura (39)	NS	NS	NS	
Nièvre (58)	2,38	NS	NS	
Haute-Saône (70)	NS	NS	2,52	
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	
Yonne (89)	NS	NS	2,31	
Territoire de Belfort (90)	NS	NS	NS	
Opinion sur la proposition j : Lieu de consultation unique en dehors des urgences				
SEXE :	p = 0,097			
AGE :	p = 0,033			
28-39 ans	NS	NS	NS	
40-54 ans	2,35	NS	-3,17	
55-72 ans	NS	NS	NS	
STRUCTURE :	p = 0,084			
EFFECTION :	p < 10 ⁻³			
Toutes	-3,49	NS	3,73	
Une partie	2,06	NS	NS	
Remplacement systématique	2,95	NS	-4,14	
DEPARTEMENT :	p < 10 ⁻³			
Côte-d'Or (21)	NS	NS	-2,21	
Doubs (25)	-2,17	NS	2,78	
Jura (39)	NS	NS	NS	
Nièvre (58)	NS	NS	NS	
Haute-Saône (70)	-2,22	NS	3,49	
Saône-et-Loire (71)	NS	NS	NS	
Yonne (89)	NS	NS	NS	
Territoire de Belfort (90)	4,78	NS	-3,51	

TITRE DE LA THÈSE :

**QUELLES SONT LES ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX
INSTALLÉS EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ CONCERNANT LEURS GARDES DE
TERRAIN AU TITRE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ?**

AUTEUR : M. GERMAIN BONNEFOY

RÉSUMÉ :

Introduction : Malgré les tentatives de réformes, la participation aux gardes de terrain, basée sur le volontariat, s'érode et est source de mécontentement et d'épuisement professionnel.

Méthode : Enquête descriptive et transversale par questionnaire sur les attentes des médecins généralistes libéraux participant aux gardes de terrain sur la région Bourgogne-Franche-Comté en termes de rythme et de conditions d'exercice.

Résultats : Notre étude a obtenu un taux de réponse de 53,7% avec 687 questionnaires valides sur une population exhaustive. Les praticiens souhaitent diminuer la fréquence des gardes réalisées par rapport à la moyenne actuelle les soirs de semaine, les jours et soirs de week-end. De plus 21 à 29% déclaraient ne vouloir faire aucune garde sur ces créneaux. La majorité (79%) était contre les gardes de nuit. Cinq mesures obtenaient une majorité d'avis favorables : la défiscalisation des revenus issus de ces gardes, l'augmentation du forfait, le regroupement des consultations, l'augmentation des cotations appliquées et l'absence totale de visite. Deux mesures recueillaient un avis plus partagé : le remplacement du paiement à l'acte par un forfait et la suppression des visites hors certificat d'hospitalisation sous contrainte ou de décès. Trois propositions étaient refusées : le regroupement des secteurs, l'effectif dans une maison médicale de garde au sein des urgences, ou à l'extérieur d'un établissement de santé.

Conclusion : Les résultats de cette étude ciblent les actions pouvant être mises en place afin d'améliorer cet élément essentiel au bon fonctionnement du système de soins français.

**MOTS-CLÉS : MÉDECINE GÉNÉRALE ; PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES ;
GARDE DE TERRAIN ; ATTENTES DES MÉDECINS ; MAISON MÉDICALE DE GARDE ;
GARDE DE NUIT ; BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ.**