

Etat des lieux sur la permanence des soins en médecine libérale dans le Rhône

Perception des médecins généralistes et des élus locaux

Une étude de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes



Réalisation de l'étude :
CAREPS - Rapport N° 522 - Avril 2006

**ETAT DES LIEUX SUR LA PERMANENCE
DES SOINS EN MEDECINE LIBERALE
DANS LE RHONE**
**Perception des médecins généralistes et
des élus locaux**

**Union Régionale des Médecins Libéraux de
Rhône-Alpes**



RAPPORT N°522
Avril 2006

ETAT DES LIEUX SUR LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE LIBERALE DANS LE RHONE

Perception des médecins généralistes et des élus locaux

Une étude de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes



Comité de Pilotage :

Dr. CATON Jacques (*Président de l'URML RA*), Dr. OLAYA Emile (*Président du Collège des Généralistes URML RA*)
Dr. ATAYI Danielle (*Vice Présidente du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. BARBEDIENNE Paul (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. BARROIS Sophie (*pédiatre, élue du collège des Spécialistes URML RA*), Dr. BREMOND Marc (*chargé de missions URMLRA*), Dr. BRULET Jean François (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. CROZIER Etienne (*Vice Président URML RA*), Dr. DEGRYSE Philippe (*radiologue, élu du Collège des Médecins Spécialistes URML RA*), Dr. DUQUESNE Agnès (*pédiatre, élue du collège des Spécialistes URML RA*), Dr. FRANCOIS Marc (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. GRANET Georges (*Trésorier Adjoint URML RA*), Dr. GROSCLAUDE Gérard (*cardiologue, élu du Collège des Spécialistes URML RA*), Dr. JALON (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. LABORIER Frédéric (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*), Mme. MAZET Eliane, (*chargée de missions URML RA*), Dr. PUECH Nicole (*médecin généraliste, élue du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. ROMESTAING Patrick (*ORL, élu du Collège des Spécialistes URML RA*), Dr. ROUGIER Bernard (*Secrétaire Général URML RA*), Dr. STAGNARA Jean (*pédiatre, élu du Collège des Spécialistes URML RA*), Dr. TELMON Jean-Pierre (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*), Dr. TILL Michel (*médecin généraliste, élu du Collège des Généralistes URML RA*)

Une étude réalisée par le



Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
Sonia COURBIER, Lynda HEDREVILLE, Eric DA SILVA

Nous tenons à remercier pour leur disponibilité et leur collaboration à cette étude les
582 médecins généralistes (dont 34 responsables de secteurs de garde) et les 68
élus locaux qui ont renvoyé leur questionnaire.

URMLRA

Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes
20, rue Barrier 69006 LYON Tél : 04 72 74 02 75 Fax : 04 72 74 00 23 e-mail : urmlra@urmlra.org site : www.urmlra.org

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
20, rue Chenoise - 38000 GRENOBLE
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

**ETAT DES LIEUX SUR LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE LIBERALE
DANS LE RHONE
PERCEPTION DES MEDECINS GENERALISTES ET DES ELUS LOCAUX**

**Une étude de l'URML RA
Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes**

Comité de Pilotage :

*Dr. CATON Jacques, Dr. OLAYA Emile, Dr. ATAYI Danielle, Dr. BARBEDIENNE Paul, Dr. BARROIS
Sophie, Dr. BREMOND Marc, Dr. BRULET Jean François, Dr. CROZIER Etienne, Dr. DEGRYSE
Philippe, Dr. DUQUESNE Agnès, Dr. FRANCOIS Marc, Dr. GRANET Georges, Dr. GROSCLAUDE
Gérard, Dr. JALON Marc, Dr. LABORIER Frédéric, Mme. MAZET Eliane, Dr. PUECH Nicole,
Dr. ROMESTAING Patrick, Dr. ROUGIER Bernard, Dr. STAGNARA Jean, Dr. TELMON Jean-Pierre,
Dr. TILL Michel*

**Etude réalisée par le CAREPS
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
Sonia COURBIER, Lynda HEDREVILLE, Eric DA SILVA**

Rapport N°522 – AVRIL 2006

RESUME

Dans le Rhône, comme partout en France, le problème récurrent de la permanence des soins (PDS) en médecine libérale est posé avec une acuité de plus en plus grande. Il est aggravé (et il le sera encore davantage dans les années à venir) par les évolutions de la démographie médicale (baisse des effectifs et vieillissement de la population médicale). Il est également amplifié par les changements de comportements qui commencent à se faire jour chez les médecins libéraux, lesquels aspirent, à l'instar des autres composantes de la société, à ne plus totalement sacrifier leur vie privée aux exigences professionnelles. Le malaise des médecins généralistes face à la PDS a débouché sur la grève des gardes de l'hiver 2001-2002 qui a largement contribué à alerter les pouvoirs publics. C'est ainsi que le ministre de la Santé a été conduit à constituer un groupe de travail sur la permanence des soins des médecins généralistes. Ces travaux ont concouru à ce que plusieurs décrets voient le jour entre 2003 et 2005 afin d'organiser le nouveau dispositif de permanence des soins. Face à la prégnance du problème et à la nécessité d'imaginer assez rapidement des solutions, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a souhaité dresser un état des lieux de la permanence des soins dans certains départements de la Région, permettant de décrire l'existant, d'analyser les difficultés rencontrées par les généralistes (dont les responsables de secteur de garde), de recueillir l'opinion des élus locaux sur ce problème et de mesurer l'éventuel engagement des collectivités locales pour aider à trouver des solutions opérantes. Trois premières études ont été engagées dans l'Isère (1274 généralistes libéraux), en Savoie (460 généralistes) et dans la Loire (760 généralistes). La réalisation de ces états des lieux a été confiée au CAREPS par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. L'URML-RA a décidé d'étendre l'enquête sous une forme identique à un autre département de la région : le Rhône. La permanence de soins dans le Rhône a été marquée plus particulièrement ces dernières années par trois grands événements : l'application de récents décrets relatifs au nouveau dispositif de la PDS, la transformation du paysage sanitaire par le fleurissement de maisons médicales de garde (quatre à Lyon, une à Vénissieux, une à Villefranche et une à Belleville) et la très récente nouvelle sectorisation de la garde libérale. C'est à l'aulne de cette mouvance que les constats formulés par les généralistes et les élus locaux ainsi que les attentes respectives permettront très certainement, par le biais de cette enquête, de dégager de riches enseignements pour l'avenir de la PDS. Pour ce faire, cet état des lieux a reposé sur une enquête exhaustive auprès des 1553 médecins généralistes à laquelle ont répondu 38% d'entre eux, sur une enquête complémentaire auprès des 54 responsables de secteur de garde (63% de réponses) et sur une enquête auprès de 147 élus (Conseillers généraux, Présidents de communauté de communes et Maires), à laquelle ont répondu 46% des élus sollicités. L'enquête sur la permanence des soins dans le Rhône en 2006 a mis en exergue des situations actuelles disparates en termes d'organisation et de niveau d'activité des généralistes en la matière selon les secteurs de garde. Les avis des élus locaux corroborent certains constats généraux formulés par les médecins généralistes. Les divergences d'opinion s'expliquent pour une grande partie par le niveau d'urbanisation du territoire auquel fait référence le répondant (qu'il soit médecin généraliste ou élu local) et selon une organisation très différenciée de la PDS selon la topographie. Le département du Rhône se caractérise par la coexistence de plusieurs dispositifs de la permanence des soins dans les 49 secteurs de garde, avec des gardes "classiques" sectorisées au domicile du patient, des consultations dans les maisons médicales de garde couplées parfois avec une équipe de médecins "volants" pour les visites à domicile et ce, autant en milieu rural qu'en milieu urbain. D'autres structures ne sont présentes que dans l'agglomération lyonnaise, s'agissant de visites assurées par SOS Médecins, des gardes organisées au sein de certains établissements de santé (hors MMG) et de la pratique de la régulation médicale dans les locaux du Centre 15.

L'organisation actuelle de la PDS

Malgré la multiplicité des dispositifs de la PDS (dont l'aspect novateur de certains a été recherché et privilégié pour améliorer l'implication des médecins dans la garde, apporter une réponse aux besoins de la patientèle et désengorger les services d'urgence), son organisation est rendue d'autant plus difficile (et le sera d'autant plus à l'avenir), du fait de la démographie médicale problématique (nombre insuffisant de médecins et vieillissement). A cet égard, un certain nombre d'élus locaux manifestent leur insatisfaction quant à l'offre libérale en médecine générale (30%) et en médecine spécialisée (40%). De manière corollaire, ils portent un jugement similaire sur l'organisation de la PDS puisqu'ils sont près des deux tiers à la qualifier de problématique (notamment dans les secteurs ruraux : 92% d'entre eux versus 44% à 56% pour les secteurs urbains à mixtes ruraux) et, donc, la principale raison qu'ils pointent est celle de l'étendue du secteur de garde. Cela signifie que l'on ne peut imputer vraisemblablement pas les problèmes d'organisation récurrents à la faible implication des médecins dans la garde. En effet, on constate que près de neuf médecins sur dix sont inscrits sur le planning de garde (comme en Isère, dans la Loire et en Savoie) et ont réalisé entre 1 et 20 gardes au cours de l'année 2005. Toutefois, le nombre médian de jours de garde dans le Rhône est deux fois et demie plus faible que celui des départements de l'Isère, la Loire et la Savoie (7 contre respectivement 18). Il convient de souligner que l'investissement dans la garde libérale est clairement plus prégnant dans les secteurs ruraux et les secteurs mixtes à caractère rural ; le nombre médian de gardes y étant entre quatre et huit fois plus important que dans les secteurs urbains ainsi que la garde des deux nuits consécutives le week-end (entre 4 et 5 fois plus fréquente). Mais on ne constate pas de différences très marquées entre les médecins qui assurent par eux-mêmes les gardes selon la topographie des secteurs de garde.

Avec le fleurissement des maisons médicales de garde dans le paysage de la PDS du Rhône (au total sept structures dont les quatre lyonnaises sont gérées par une seule association), les modalités de la garde libérale se sont modifiées : un tiers des médecins l'effectuent dans le cadre des MMG et les deux tiers dans le cadre de la garde sectorisée dite "classique". Par ailleurs, près d'un tiers des élus locaux indique qu'il existe sur le territoire qu'ils représentent (en tant que Maires, Présidents de communauté de communes ou Conseillers généraux) une voire plusieurs MMG (dont plus de la moitié en zone urbaine). Même si les élus des territoires ruraux sont nombreux à juger l'organisation de la PDS comme problématique, comme on l'a souligné précédemment, ils sont aussi les deux tiers à être plutôt satisfaits du service rendu par les MMG à la population.

La gestion et la planification des gardes libérales sont assurées par un, voire plusieurs médecins responsables (au total 54) dans chaque secteur de garde dans le cadre d'une structure ayant dans la moitié des cas les modalités organisationnelles suivantes : statut associatif (Loi 1901), volontariat pour la "désignation" du responsable, volontariat pour l'attribution des dates des gardes et contact du médecin de garde par l'intermédiaire du 15 / 04.72.33.00.33. Si le volontariat semble être prééminent pour le choix des gardes, il n'en demeure pas moins qu'un tiers des responsables de secteur rencontrent des difficultés pour établir le planning des gardes.

La régulation médicale fait partie intégrante de l'ensemble des dispositifs de permanence des soins. Plus de la moitié des médecins généralistes indiquent assez mal, voire très mal connaître la régulation libérale. Peu nombreux sont les médecins participant à la régulation médicale (Centre 15) (soit 1,5%). De fait, cette faible participation à la régulation ne s'explique pas, voire très peu par la méconnaissance des conditions de participation dans la mesure où les freins premiers sont la surcharge de travail au cabinet et l'absence d'intérêt pour cette activité. Malgré leurs réticences à s'engager eux-mêmes (seuls 4% indiquent qu'ils seraient certainement prêts à devenir médecin régulateur si le centre de régulation était proche de chez eux), ils sont plus de la moitié à la juger utile.

L'évolution de l'organisation de la PDS au cours du temps

Du fait de nouveaux décrets sur la PDS, des changements très récents dans la sectorisation de la garde sont intervenus au début de l'année 2006. Toutefois, les médecins répondants sont seulement 10% à avoir indiqué des modifications récentes de leur secteur de garde (plus particulièrement rural). Quoi qu'il en soit, ils sont un quart à considérer leur secteur de garde comme incohérent et ils avancent deux principaux motifs : une activité de garde insuffisante (prédominante en milieu rural) et une incohérence géographique (prépondérante en milieu plus urbain). Quant aux élus, ils sont près de neuf sur dix à se sentir concernés par l'organisation de la PDS (approximativement, comme en Isère, dans la Loire et en Savoie) ; même si moins nombreux (cinq sur dix) relatent une dégradation de la situation au cours des dix dernières années, très nettement plus marquée dans les zones de montagne (85%) que dans les zones de plaines et collines (40%).

L'avenir de la permanence des soins

Il est à l'évidence clair que l'avenir de la PDS constitue une préoccupation majeure des médecins, des élus locaux et des responsables de secteur de garde ; ces derniers étant huit sur dix à prévoir des difficultés pour leur propre secteur inhérentes à l'âge des médecins, aux problèmes de sécurité, à la fatigabilité, aux distances à parcourir, etc.. Plusieurs alternatives aux dispositifs préexistants dans le domaine de la PDS ont été testées dans cette enquête à la fois auprès des généralistes, des responsables de secteur de garde et des élus locaux.

Actuellement, une tendance très forte se dessine pour l'organisation de la garde libérale reposant sur une inversion des pratiques antérieures : ce n'est plus le médecin de garde qui se déplace au domicile du patient mais le patient qui se déplace au cabinet ou dans une structure spécifique de garde pour une urgence relative. Si plus de la moitié des élus y voient une évolution favorable au déplacement plus fréquent des patients, d'autres sont plus inquiets pour certaines populations (sans moyen de locomotion, en difficultés socio-économiques, en situation de dépendance, confrontées à l'isolement, etc.). Pour 59% des médecins, le lieu le plus approprié pour de telles consultations sur site plutôt que des visites à domicile serait une **structure ad hoc type MMG**, un tiers privilégiant la garde en cabinet et une infime part des médecins étant indifférents. Ce souhait fort des médecins

pour la réalisation de la garde libérale dans une MMG est partagé par une grande majorité des élus puisque ces derniers sont 58% à formuler le vœu de la création d'une telle structure de la PDS sur leur territoire dont ils sont élus (notamment dans les zones urbaines). Une des solutions pour parer aux difficultés organisationnelles de la garde serait de prévoir une **nouvelle sectorisation géographique de la garde libérale en vue de restreindre l'étendue de l'intersecteur** pour les médecins qui auraient à assurer une astreinte mobile pour les patients qui ne pourraient pas se déplacer. Près d'un quart des médecins pensent effectivement qu'il serait nécessaire de modifier leur secteur de garde, parmi ceux-ci 16% seraient pour un regroupement de leur secteur avec un ou plusieurs secteurs voisins et 9% pour un fractionnement. Dans tous les cas, cela suppose préalablement de déterminer une étendue raisonnable de l'intersecteur, qu'ils estimeraient à 10 kilomètres (soit un temps médian de 18 minutes). A titre comparatif, on rappelle que la distance médiane entre les limites extrêmes du secteur indiquée par les responsables est de 18 kilomètres (soit, 23 minutes dans des conditions normales de circulation et 42 minutes dans des conditions météorologiques moins favorables). Toutefois, le découpage géographique des secteurs de garde ne constitue pas la principale raison de l'incohérence du secteur de garde selon les médecins, elle n'intervient qu'au deuxième plan ; le premier motif étant l'activité de garde insuffisante. Une des alternatives serait aussi d'organiser la PDS différemment selon l'horaire : "avant minuit" et "après minuit" (en orientant les patients vers SOS Médecins et les hôpitaux dans la mesure où les recours aux soins après cette heure sont plus faibles). Assez nombreux seraient les médecins à être particulièrement favorables à cette **double organisation de la PDS selon l'horaire** (38%), d'autres seraient plutôt dans une position attentiste (23%). Si près des deux tiers jugent au final plutôt favorablement cette nouvelle restructuration de la PDS, ce serait avant tout pour se désengager de la garde au-delà de minuit puisque environ neuf médecins sur dix ne seraient pas prêts à assurer la garde après cet horaire et les autres n'intervenant qu'à la condition qu'il s'agisse de situations d'urgence régulée (84%). Afin de soulager les médecins généralistes de garde, des **astreintes pour les spécialistes et les professionnels paramédicaux libéraux** pourraient être envisagées. Près de deux médecins généralistes sur trois pensent que cela serait souhaitable. Les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux potentiellement les plus concernés seraient : les radiologues, les cardiologues, les infirmiers, les dentistes, les psychiatres, les kinésithérapeutes, les ophtalmologistes et les pédiatres.

Il apparaît que la permanence des soins dans le Rhône, comme dans les autres départements d'ailleurs, est aujourd'hui en souffrance, comme le relatent les médecins et les élus locaux. La prise de conscience par les élus de la difficulté d'organiser et d'assurer la permanence des soins sur leur territoire est effectivement manifeste. De fait, s'ils sont relativement nombreux à proposer d'aider les médecins en appuyant leur demande auprès des tutelles (70%), à s'engager dans la création d'une structure spécifique de garde (53%) et à mettre à disposition des moyens (46%), ils ne sont cependant plus que 28% à s'engager financièrement. Quelle que soit la forme de l'aide, l'engagement le plus important émane des Conseillers généraux.

En définitive, l'enquête confirme l'urgence certaine qu'il y a à trouver des solutions aux difficultés de plus en plus grandes rencontrées par les médecins généralistes pour assurer la PDS en libéral. Globalement, les perceptions générales sur la PDS avancées par les médecins généralistes n'apparaissent pas très différentes sur certains aspects de celles rapportées en Isère, dans la Loire et en Savoie : une excellente inscription sur le planning des gardes, une majorité de gardes effectivement assurées par les médecins eux-mêmes, une certaine incohérence de la sectorisation et un souhait de modification du secteur de garde (regroupement de secteurs surtout), de création d'une structure ad hoc de garde spécifique et de la mise en place d'astreintes pour les spécialistes et paramédicaux libéraux. Seuls quelques points font la particularité du Rhône face à l'organisation mise en place dans ce département, comparativement aux trois autres départements : un nombre médian de gardes plus faible assurées quel que soit le jour de la semaine, une part plus importante d'actes effectués le samedi, une plus faible part des gardes de week-end dont les deux nuits consécutives ont été assurées, un niveau d'utilité de la régulation libérale jugé plus faible et un effectif de médecins régulateurs plus faible. Clairement, il conviendrait d'engager une réflexion afin de déboucher rapidement sur la proposition de solutions (plutôt adaptées à la réalité de chaque secteur qu'uniformisées au niveau départemental), avec une probable refonte de certains secteurs et/ou une organisation différente de l'accueil des patients venant consulter durant la garde. Si la création de structures spécifiques est certainement envisageable en milieu urbain, des consultations au cabinet du médecin de garde semblent plus adaptées au milieu rural. Cependant, cette dernière solution (consultations au cabinet du médecin de garde) peut s'appliquer également en milieu urbain, de même qu'une structure de type maison médicale de garde peut être envisagée, si ce n'est en "rural profond", du moins dans des villes de taille relativement modeste, à l'instar de ce qui existe à Belleville. Il conviendra cependant de mesurer soigneusement l'opportunité d'une telle organisation de la PDS, de se pencher sur les résultats des évaluations de structures de même type plus anciennes et de ne pas succomber indûment à un "effet de mode". De plus, le développement de la régulation libérale devrait impérativement être encouragé (y compris financièrement) car, quelle que soit l'organisation de la PDS retenue, il paraît primordial que les appels soit régulés en amont. Enfin, la question de l'intérêt du maintien d'une PDS libérale après minuit doit être posée dans les secteurs où des solutions alternatives raisonnables existent (comme c'est le cas dans l'agglomération lyonnaise). L'enquête a montré que de nombreux élus locaux, conscients du problème, étaient prêts à aider les médecins généralistes à trouver des solutions satisfaisantes même si c'est rarement sous la forme d'un soutien financier direct. Les représentants du corps médical doivent donc poursuivre leur effort de sensibilisation dans cette direction et associer le plus possible les élus locaux à leur réflexion (notamment pour des projets novateurs).

EDITORIAL

La Permanence des Soins représente depuis maintenant plusieurs années un des problèmes le plus épineux de l'organisation du système de santé.

Elle est en effet confrontée à :

- Une démographie de la Médecine Générale défavorable. La moyenne d'âge des médecins généralistes en Rhône-Alpes est de 48 ans, leur temps de travail approche les 50 heures. Ils assurent sur le terrain la permanence des soins et il est bien difficile de leur en demander plus.
- Une évolution sociologique qui fait que la motivation de recours aux différents systèmes de permanence des soins par la population a profondément changé ces dernières années.
- Une politique trop souvent confuse ou versatile des Pouvoirs Publics.
- Des interventions de personnalités, d'autant plus médiatisées qu'elles étaient théâtrales, qui loin d'apaiser le débat rendent plus difficile la coopération entre les structures.

Le Politique, soucieux de rassurer la population, s'est longtemps accommodé de cette situation, disposant sur le terrain de médecins généralistes assurant tant bien que mal cette mission de services au public au détriment de leur qualité de vie.

L'URML Rhône-Alpes a pressenti, depuis de nombreuses années, la montée des difficultés dans le domaine de la Permanence des Soins. C'est ainsi que se sont réunies en Rhône-Alpes, en juillet 2001, des assises de toutes les URML de France débouchant sur l'élaboration d'un Livre Blanc, base des réflexions actuelles.

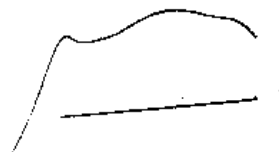
L'URML a tenu également à soutenir toutes les initiatives de terrain qu'il s'agisse des Maisons Médicales de Garde ou de l'organisation des consultations non programmées autour des hôpitaux locaux.

Depuis un an, nous avons commencé un état des lieux, département par département, de la permanence des soins, en consultant les médecins eux-mêmes, les responsables des systèmes de garde, les membres des CODAMU, les élus locaux. C'est cette étude que nous avons réalisée en collaboration avec le CAREPS, et pour votre département, le Rhône, que nous publions aujourd'hui.

Docteur Bernard ROUGIER
Coordonnateur de l'étude

A blue ink signature, appearing to read 'B. Rougier', written in a cursive style.

Docteur Jean DERRIEN
Président URML-RA

A black ink signature, appearing to read 'J. Derrien', written in a cursive style.

SOMMAIRE

POSITION DU PROBLEME ET OBJECTIFS DE L'ETUDE	1
METHODE.....	7
RESULTATS	9
A - Enquête auprès des médecins généralistes	10
I - Rappel de la méthode, taux de réponse et caractéristiques des répondants	10
II - Implication des médecins dans la permanence des soins	13
III - Opinion des médecins sur leur secteur de garde.....	22
IV - Perception, connaissances et pratiques des médecins en matière de régulation médicale.....	26
V - Opinion des médecins sur l'avenir de la permanence des soins	29
VI - Synthèse des résultats	36
B - Enquête auprès des responsables de secteur de garde	39
I - Rappel de la méthode et taux de réponse	39
II - Caractéristiques géographiques des secteurs de garde.....	40
III - Ressources médicales du secteur et adhésion à la permanence des soins	42
IV - Organisation de la permanence des soins dans les secteurs.....	43
V - Modalités de contact du médecin de garde.....	46
VI - Difficultés rencontrées dans les secteurs.....	49
VII- Synthèse des résultats	51
C - Perception de l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale par les élus locaux.....	53
I - Rappel de la méthode, taux de réponse et caractéristiques des répondants	53
II - Jugement porte sur l'offre de soins libérale locale	55
III - Proximité et implication des élus face à la problématique de la permanence des soins	62
IV - Opinion des élus sur le déplacement des patients lors de la permanence des soins	65
V - Ventilation des réponses des élus en fonction des caractéristiques du secteur et du type de mandat électif	66
VI - Synthèse des résultats	67
SYNTHESE GENERALE DES RESULTATS	69
CONCLUSION	75
INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX.....	81
ANNEXES	87
Annexe A : Enquête auprès des médecins généralistes.....	88
Annexes B : Enquête auprès des responsables de secteur de garde.....	112
Annexes C : Perception de la permanence des soins en médecine libérale par les élus locaux.....	116

POSITION DU PROBLEME ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

POSITION DU PROBLEME ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

Contexte de l'étude :

Dans le Rhône, comme partout en France, le problème récurrent de la permanence des soins (PDS) en médecine libérale est posé avec une acuité de plus en plus grande. Il est aggravé (et il le sera encore davantage dans les années à venir) par les évolutions de la démographie médicale (baisse des effectifs et vieillissement de la population médicale). Il est également amplifié par les changements de comportements qui commencent à se faire jour chez les médecins libéraux, lesquels aspirent, à l'instar des autres composantes de la société, à ne plus totalement sacrifier leur vie privée aux exigences professionnelles. Le malaise des médecins généralistes face à la PDS a débouché sur la grève des gardes de l'hiver 2001-2002 qui a largement contribué à alerter les pouvoirs publics. C'est ainsi que le ministre de la Santé a été conduit à constituer un groupe de travail sur la permanence des soins des médecins généralistes. Ces travaux ont concouru à ce que plusieurs décrets voient le jour entre 2003 et 2005 afin d'organiser le nouveau dispositif de permanence des soins.

Face à la prégnance du problème et à la nécessité d'imaginer assez rapidement des solutions, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a souhaité dresser un état des lieux de la PDS dans certains départements de la Région, permettant de décrire l'existant, d'analyser les difficultés rencontrées par les généralistes (dont les responsables de secteur de garde), de recueillir l'opinion des élus locaux sur ce problème et de mesurer l'éventuel engagement des collectivités locales pour aider à trouver des solutions opérantes.

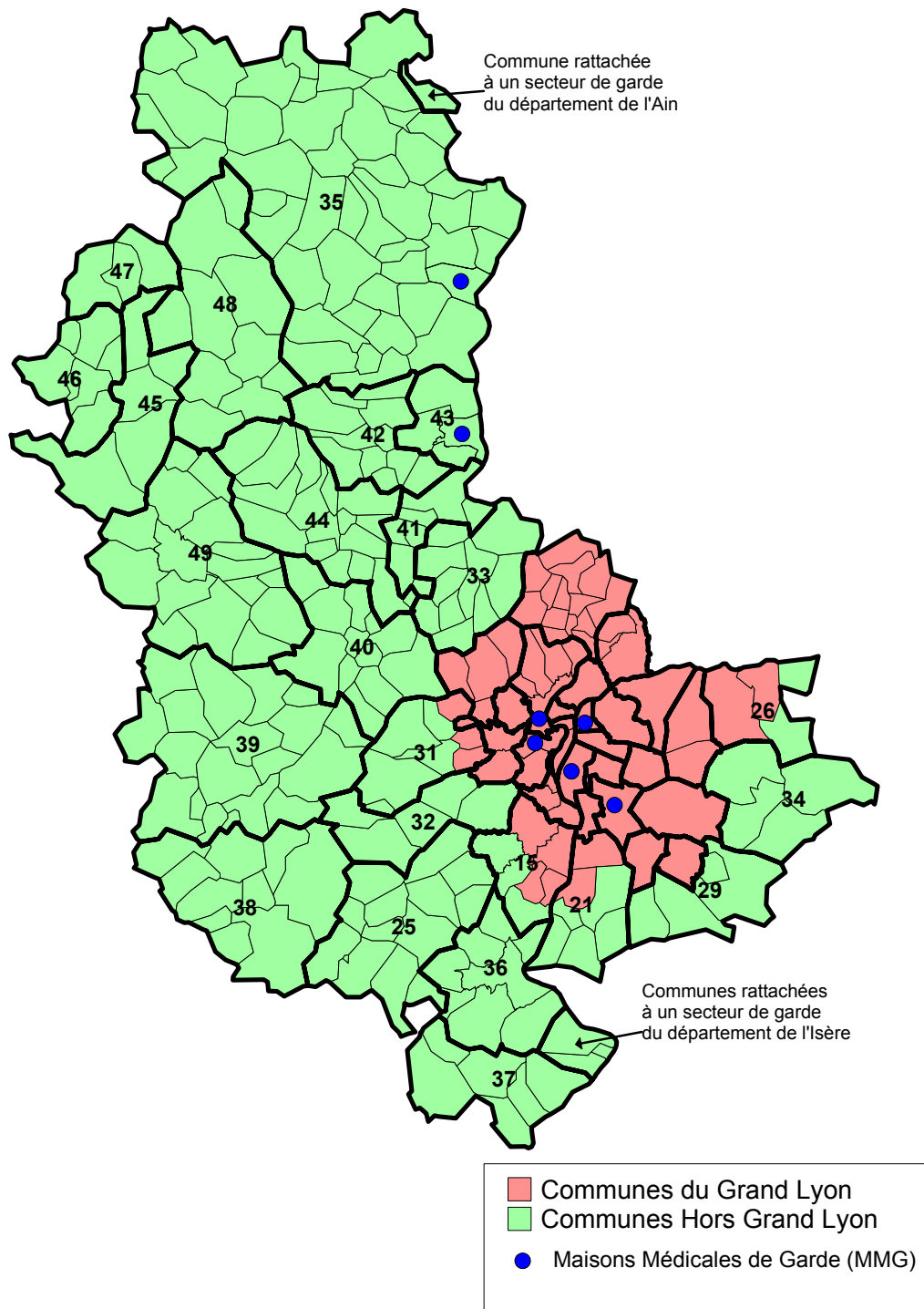
Trois premières études ont été engagées dans l'Isère (1274 généralistes libéraux), en Savoie (460 généralistes) et dans la Loire (760 généralistes). La réalisation de ces états des lieux a été confiée au CAREPS par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. L'URML RA a décidé d'étendre l'enquête sous une forme identique à un autre département de la région : le Rhône (1805 généralistes libéraux d'après le fichier ADELI de la DRASS Rhône-Alpes, mais 1553 médecins après correction de ce fichier). La PDS dans le Rhône a été marquée plus particulièrement ces dernières années, par trois grands événements : l'application de récents décrets relatifs au nouveau dispositif de la PDS, la transformation du paysage sanitaire par le fleurissement de maisons médicales de garde (quatre à Lyon, une à Vénissieux, une à Villefranche et une à Belleville) et la très récente nouvelle sectorisation de la garde libérale (arrêté préfectoral de décembre 2005). C'est à l'aulne de cette mouvance que les constats formulés par les généralistes et les élus locaux ainsi que les attentes respectives permettront très certainement, par le biais de cette enquête, de dégager de riches enseignements pour l'avenir de la PDS.

Objectifs de l'étude :

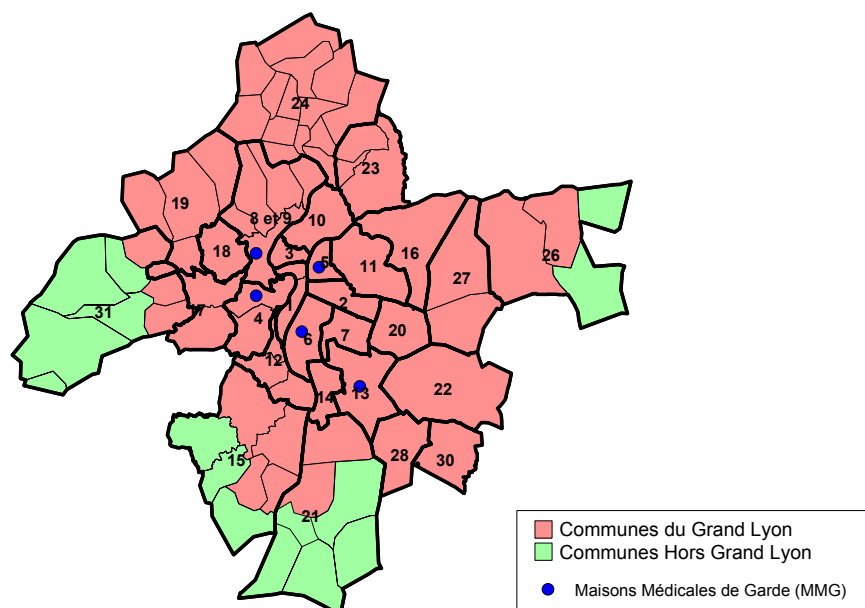
- Décrire la situation actuelle en matière d'organisation locale de la permanence des soins (PDS) en médecine libérale.
- Analyser la perception des médecins généralistes sur le fonctionnement de la PDS dans leur secteur.
- Identifier les difficultés rencontrées.
- Analyser en parallèle la perception des élus locaux de ces secteurs.
- Mesurer l'engagement possible des Collectivités locales dans l'aide à l'organisation de la PDS.
- Recueillir les souhaits des praticiens quant à certaines orientations possibles de la PDS dans le futur.

Figure 1 : Carte des secteurs de garde des médecins généralistes libéraux

SECTEURS DE GARDE LIBERALE DE JOUR (Hors Grand Lyon)



**SECTEURS DE GARDE LIBERALE DE JOUR
(Grand Lyon)**



Numéro	Nom des secteurs de garde	Numéro	Nom des secteurs de garde
1	LYON 1er - LYON 2ème	26	MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS
2	LYON 3ème	27	DECINES CHARPIEU - CHASSIEU
3	LYON 4ème	28	CORBAS
4	LYON 5ème - SAINTE FOY	29	ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY
5	LYON 6ème	30	MIONS
6	LYON 7ème	31	CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY
7	LYON 8ème	32	CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY
8-9	LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	33	CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASSELAY
10	CALUIRE ET CUIRE	34	GENAS - ST BONNET DE MURE
11	VILLEURBANNE	35	BELLEVILLE - ST GEORGES DE RENEINS - BEAUJEU
12	OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	36	GIVORS - GRIGNY
13	VENISSIEUX	37	CONDRIEU - AMPUIS
14	SAINT FONS	38	ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE
15	ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIIGNY	39	BESSENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET
16	VAULX EN VELIN	40	L'ARBRESLE - LENTILLY
17	FRANCHEVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	41	ANSE
18	ECULLY	42	POMMIERS - LIERGUES - DENICE
19	DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	43	VILLEFRANCHE SUR SAONE
20	BRON	44	CHATILLON - LE BOIS D'OINGT
21	FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	45	AMPLEPUIS - CUBLIZE
22	SAINT PRIEST	46	BOURG DE THIZY - THIZY
23	RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	47	COURS LA VILLE
24	FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	48	GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES
25	MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	49	TARARE - ANCY

METHODE

METHODE

1. Enquête exhaustive auprès des 1553 médecins généralistes libéraux du département :

- Enquête postale (fichier ADEL de l'Administration de la Santé).
- Envoi d'un questionnaire élaboré à partir des travaux réalisés en Isère, dans la Loire et en Savoie et adapté au contexte du Rhône lors d'une réunion de discussion à laquelle participaient des membres du Comité de pilotage et des intervenants du CAREPS. Il s'est accompagné d'un courrier d'information signé par la Vice Présidente et le Président du Collège des Généralistes de l'URML-RA, le Vice Président de l'URML-RA et un membre du bureau des Maisons Médicales de Garde de Lyon.
- Retour des questionnaires en direction du CAREPS (enveloppes T).
- Pointage des retours et relance postale des non répondants.

2. Enquête complémentaire auprès des 54 responsables de secteur de garde :

- Coordonnées fournies par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Rhône.
- Enquête spécifique complémentaire à celle précédente permettant aux responsables de secteurs de décrire les caractéristiques de leur secteur, les modalités d'organisation de la PDS et les difficultés rencontrées et attendues.

3. Enquête auprès de 147 élus locaux :

- Enquête postale exhaustive auprès des 54 Conseillers généraux du Rhône et des 24 Présidents de Communautés de communes et d'un échantillon de 69 Maires (sur 302),
- Echantillonnage réalisé pour les Maires par "choix raisonné" de manière à refléter la diversité des situations en termes d'habitat (urbain, semi-urbain, rural), de topographie (montagne, plaine) et de répartition géographique.
- Questionnaire accompagné d'un courrier d'information de l'URML-RA et d'une enveloppe T pour un retour direct à l'adresse postale du CAREPS.
- Pointage des retours et relance des non répondants.

RESULTATS

A - ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

I - RAPPEL DE LA METHODE, TAUX DE REPONSE ET CARACTERISTIQUES DES REpondANTS

I.1 - Rappel de la méthode

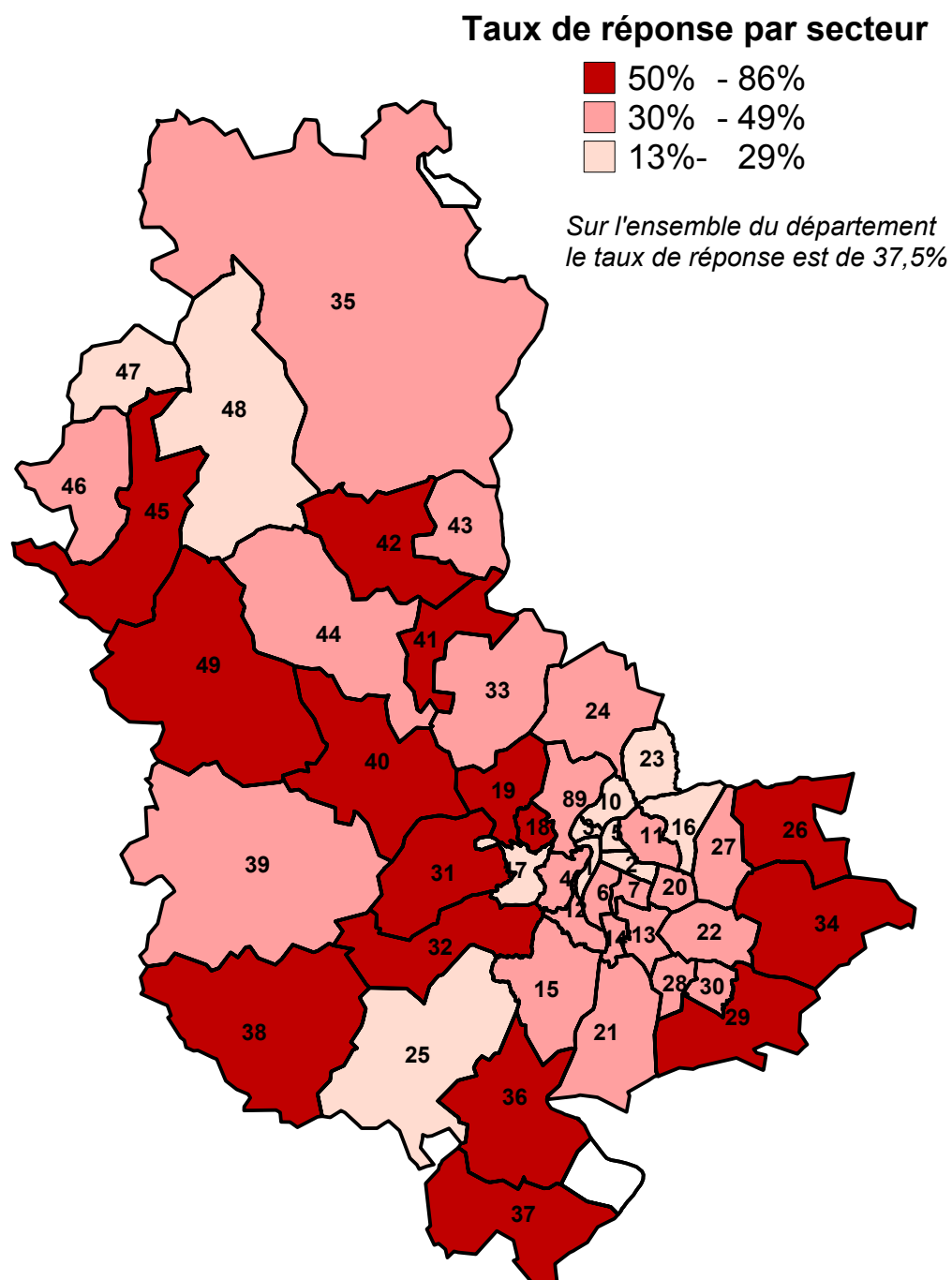
Le questionnaire utilisé était pratiquement identique à celui élaboré dans la Loire, en Savoie (URML-RA) et en Isère (FIPSEL / URML-RA) lors d'enquêtes conduites en 2004 et 2005. Il a été validé par l'ensemble des membres du Comité de pilotage de l'étude. Une enveloppe T permettait un retour direct vers le CAREPS. Le questionnaire a été adressé par voie postale en mars 2006 à l'ensemble des médecins généralistes du département. Une relance postale a été effectuée début mars 2006 auprès des non répondants, identifiés par un numéro d'anonymat. Le fichier utilisé était celui de l'administration de la santé (ADELI).

I.2 - Taux de réponse

Après correction du fichier (*médecins inconnus à l'adresse indiquée, retour du questionnaire avec mention de cessation d'activité ou d'exercice particulier : angiologie, médecine du sport...*), le nombre de médecins sollicités s'est élevé à 1553. Parmi eux, **582** ont retourné leur questionnaire, correspondant à un **taux de réponse de 37,5%** (*par comparaison, le taux de réponse était de 40% dans la Loire, 54% en Isère et 55% en Savoie*). En fait, ce taux est plus faible car il est vraisemblable que certains médecins non concernés par la PDS en raison d'une activité spécifique ou d'une exemption n'aient pas répondu à l'enquête. Egalement, il est peut être aussi la manifestation d'une certaine position des médecins dont on ne peut pleinement ni mesurer le sens, ni l'ampleur d'ailleurs.

Au final, **551** questionnaires ont été exploités. Les questionnaires non exploités correspondent : soit à des questionnaires très incomplets (4), soit à des questionnaires remplis par des remplaçants (11), soit enfin à des questionnaires reçus après qu'ait été réalisée l'analyse (16). Au moins un questionnaire médecin a été reçu pour l'ensemble des secteurs de garde du Rhône.

Figure 2 : Taux de réponse des médecins généralistes par secteur de garde



I.3 - Caractéristiques des médecins

Les principales caractéristiques des médecins répondants sont présentées dans les tableaux et figures de l'annexe A.I. :

- 48% des répondants ont 50 ans et plus, tandis que 11% seulement ont moins de 40 ans.
- 35% des répondants sont des femmes.
- 63% sont rattachés à un secteur de garde présentant des caractéristiques nettement urbaines, 32% exercent dans un secteur mixte (soit avec prédominance urbaine : 22%, soit avec prédominance rurale : 10%) ; 5% exercent en milieu franchement rural.
- 11% sont rattachés à un secteur de garde présentant des caractéristiques montagnardes : soit qu'une partie seulement de son territoire (5%), soit qu'il soit totalement situé en montagne (6%).

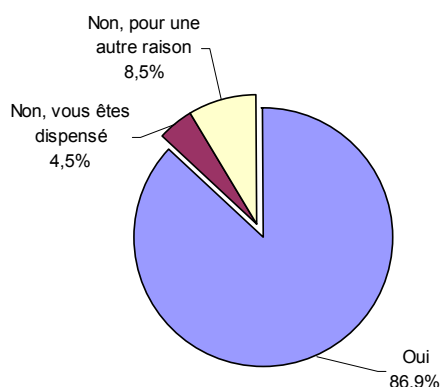
II - IMPLICATION DES MEDECINS DANS LA PERMANENCE DES SOINS

II.1 - Proportion de médecins figurant sur le planning de garde

Dans le Rhône, **87% des médecins répondants sont inscrits sur le planning de garde** (versus 77% en Isère, 81% dans la Loire et 86% en Savoie) et 5% sont dispensés (versus 6% dans la Loire, 10% en Savoie et 17% en Isère) (Cf. Figure 3). Il est cependant probable que, dans la réalité, la proportion de médecins inscrits sur le tableau de garde soit inférieure car on peut s'attendre à trouver un nombre plus important de médecins n'assurant pas la garde parmi ceux qui n'ont pas répondu à l'enquête.

On remarque par ailleurs que si près de 5% des médecins répondants du Rhône font l'objet d'une dispense "officielle" des gardes libérales, ils sont proportionnellement plus nombreux (près de 9%) à ne pas y participer pour d'autres raisons. Cette prédominance de la non participation à la garde pour d'autres motifs que la dispense (à cause de l'âge, de la maladie, etc.) est aussi observée dans la Loire (13% versus 6%) alors qu'en Isère et en Savoie, la tendance inverse est constatée (respectivement 6% et 4% versus 18% et 9%).

Figure 3 : Proportion de médecins répondants inscrits sur le planning de garde de leur secteur et raison de non inscription -%- (n=551)



Contrairement à ce qui est observé en Isère ou en Savoie, l'avancée en âge ne semble pas constituer un motif de dispense : celle-ci ne concerne en effet que 8% des 50 ans et plus (s'agissant d'une situation similaire à celle de la Loire alors qu'en Isère, 37% des médecins de cette classe d'âge sont dispensés et 15% en Savoie). La proportion de femmes inscrites sur le planning de garde est équivalente à celle des hommes (87%) (Cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Proportion de médecins répondants inscrits sur le planning de garde de leur secteur et raison de non inscription en fonction de l'âge et du sexe

	Age						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oui	55	90,2	204	91,9	217	82,2	313	86,9	166	86,9	479	86,9
Non, vous étiez dispensé	1	1,6	4	1,8	20	7,6	19	5,3	6	3,1	25	4,5
Non, pour une autre raison	5	8,2	14	6,3	27	10,2	28	7,8	19	9,9	47	8,5
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

La participation à la garde libérale dans le Rhône ne semble pas liée au contexte géographique (Cf. Annexe A.II) dans la mesure où l'inscription sur le tableau de garde est réalisée dans des proportions assez proches en milieu exclusivement rural (93%), en milieu mixte avec une prédominance urbaine (93%) et en milieu mixte avec une prédominance rurale (95%) et, de manière très peu différenciée, en milieu typiquement urbain (83%).

Quelle que soit la topographie, neuf médecins généralistes sur dix sont inscrits sur le planning des gardes, dans des secteurs de montagne (94%), dans les secteurs de plaines ou de collines (86%) et dans les secteurs mixtes (89%) *(si le même constat peut être formulé pour la Savoie, il en est différemment pour les départements de l'Isère et de la Loire, pour lesquels la proportion de médecins inscrits sur le planning exerçant dans des zones de montagne est plus élevée que celle des médecins exerçant dans des secteurs au relief beaucoup moins heurté).*

Dans la très grande majorité des secteurs de garde du Rhône, la proportion de médecins inscrits sur le planning de garde dépasse 80% (soit 41 secteurs concernés sur les 49 existants), avec une **part moyenne d'inscription de 87%** (Cf. Annexe A.II).

Mais on rappelle quand même que, de manière générale, les taux relevés à partir des réponses formulées par les répondants sont très certainement supérieurs à la réalité car il est logique d'attendre une plus grande proportion de non participants chez les non répondants.

On constate toutefois que dans certains secteurs de garde à très forte urbanisation (tels que la ville de Lyon), le taux d'inscription est très en deçà du taux départemental (avoisinant entre 43% pour le 3^{ème} arrondissement et 58% pour les 4^{ème} et 6^{ème} arrondissements) et dans une moindre mesure pour deux autres arrondissements de Lyon (71% pour le 1^{er} et le 2^{ème}) et aussi certaines villes périphériques (75% pour le secteur de Saint Fons et pour celui de Feyzin, Saint Symphorien et Ternay ; 70% pour celui d'Ecully). Une particularité sectorielle nécessite d'être pointée, à savoir un taux d'inscription au planning de garde de 0% pour le secteur de Vaulx-en-Velin. Cependant, ce résultat mérite d'être interprété avec prudence car les médecins répondants de ce secteur à l'enquête n'ont été qu'au nombre de 4, ce qui ne permet pas d'appliquer le principe de généralisation du résultat obtenu.

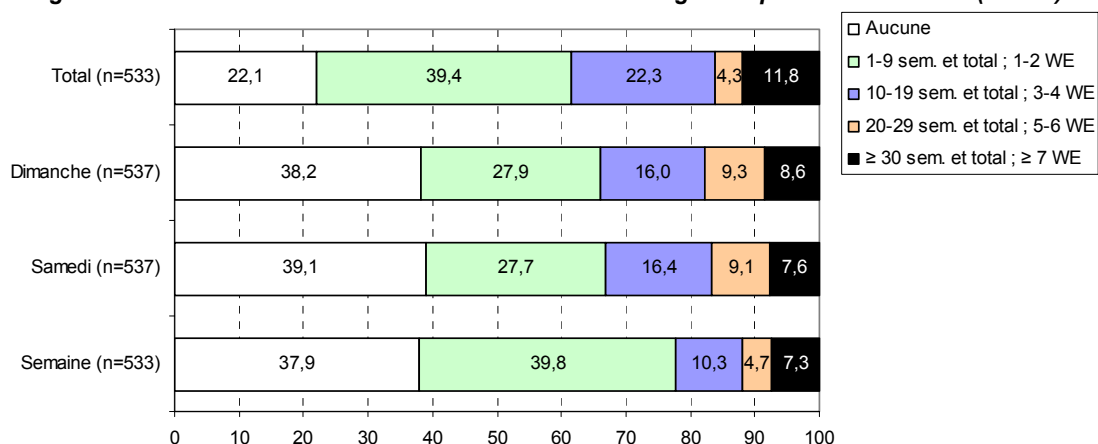
Dans ces secteurs de garde précités où la proportion de médecins inscrits au planning des gardes est plus faible que la moyenne relevée, il est intéressant de noter que la non participation des médecins s'explique : soit de manière exclusive par une "autre raison" que celle de la dispense (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} arrondissements et Saint Fons), soit majoritairement par un "autre motif" (Ecully), soit enfin exclusivement par la dispense (Feyzin, Saint Symphorien et Ternay).

II.2 - Nombre de gardes effectuées en 2005

Très nombreux ont été les médecins (84%) à réaliser moins de 20 gardes dans l'année écoulée avec une **part importante de médecins ayant réalisé moins de 10 gardes (62%)** (alors que dans la Loire, l'Isère et la Savoie, la proportion de médecins ayant pris moins de 10 gardes était sensiblement plus faible avec des taux respectivement de 38%, 39% et 41%). Ils sont **22% à ne pas avoir réalisé de garde en 2005** (contre 31% dans la Loire, 29% dans l'Isère et 17% en Savoie). Le nombre de médecins qui ont pris **plus de 30 gardes au cours de l'année écoulée** est beaucoup moins important (**12%**) que celui observé dans les autres départements déjà enquêtés (35% en Savoie et 37% à la fois dans l'Isère et la Loire). Les proportions relevées en semaine et le week-end sont assez voisines :

- **en semaine**, **22%** des généralistes participent activement à la garde libérale avec au moins 10 gardes dans l'année, 40% effectuant moins de 10 gardes. Seuls 7% y participent de manière intensive (au moins 30 gardes) (contre près de 25% en moyenne de participation intensive en Isère, dans la Loire et en Savoie),
- **le week-end**, **34%** participent à au moins 3 gardes de WE dans l'année, tandis que **9%** y participent de manière intensive (au moins 7 gardes) (avec une participation intensive plus massive dans les autres départements enquêtés : en moyenne 20% dans la Loire, 21% en Isère et 35% en Savoie).

Figure 4 : Distribution des médecins selon le nombre de gardes prises en 2005 -%- (N=533)

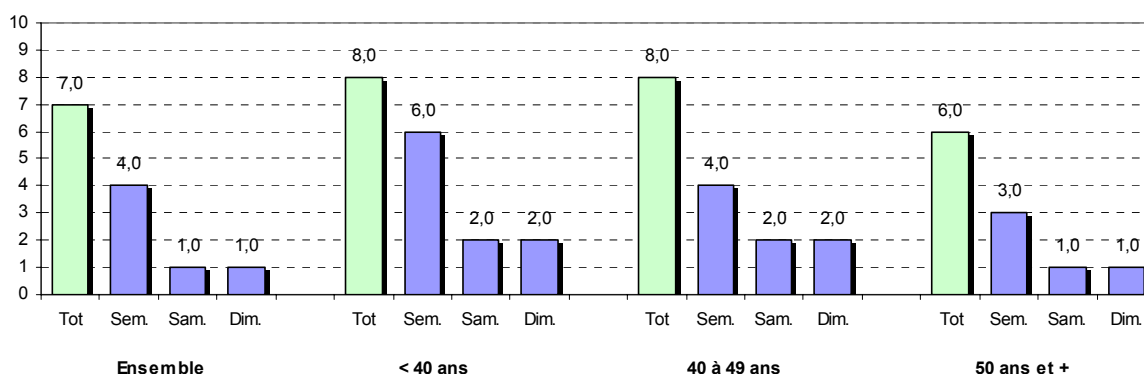


Le nombre moyen de gardes effectuées au cours de l'année 2005 est égal à 13 (Cf. Annexe A.III). Cependant, la moyenne apparaît ici un médiocre indicateur en raison de l'existence de valeurs extrêmes (certains médecins ont indiqué être de garde jusqu'à 210 jours par an). La **médiane** est donc dans ce cas un meilleur indicateur et le **nombre médian de jours de garde est de 7** (contre 18 en Isère, Loire et Savoie), avec une médiane de **4 nuits en semaine** (versus 13 dans la Loire, 10 en Isère et en Savoie), de **1 samedi** et **1 dimanche ou férié** (Cf. Figure 5) (chiffres médians plus importants en Isère, dans la Loire et en Savoie qui sont respectivement de 3)¹.

¹ Note technique : il n'est pas anormal d'observer que la somme des médianes ne corresponde pas exactement à la médiane du total.

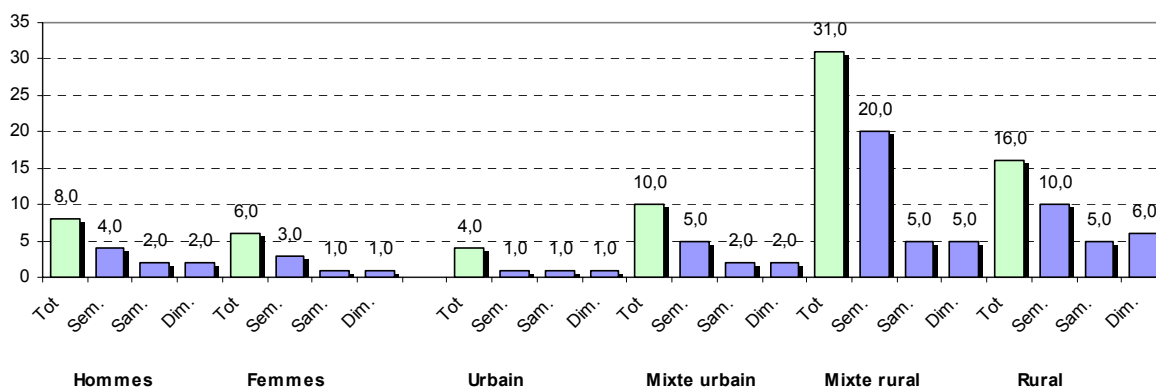
L'implication des médecins du Rhône dans la garde libérale semble s'étioler avec l'âge mais de manière moins nette qu'en Isère et dans la Loire : **le nombre médian** est de 8 gardes annuelles chez les **moins de 40 ans** (30 dans la Loire, 27 en Isère et 14 en Savoie), 8 chez les **40-49 ans** (21 en Isère, 19 en Savoie et 18 dans la Loire) et 6 chez les **50 ans et plus** (16 en Savoie, 14 dans la Loire et 8 en Isère). On pourra ainsi noter que le nombre moyen de gardes varie peu avec l'âge (Cf. Annexe A.III), ce qui s'explique par le fait que, parmi les médecins qui assurent énormément de gardes (en général au sein de secteurs ruraux), beaucoup ont plus de 40 ans, et souvent même plus de 50 ans.

Figure 5 : Nombre médian de gardes effectuées en 2005 (au total, en semaine et le week-end) selon l'âge du médecin



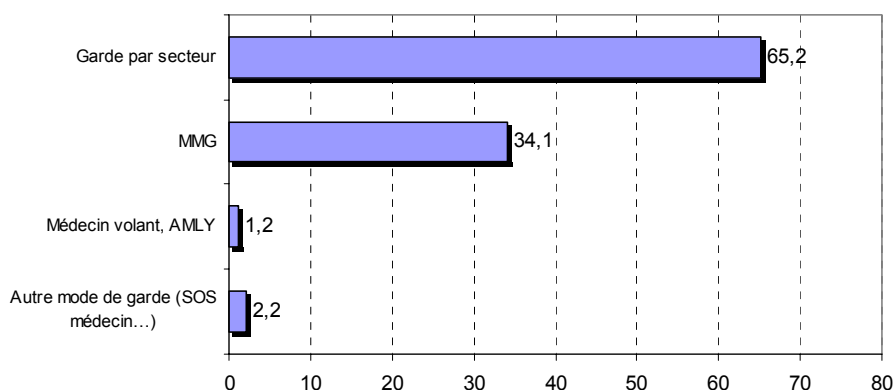
Par ailleurs, le nombre médian de gardes effectuées annuellement **varie très peu en fonction du sexe** : 8 chez les hommes et 6 chez les femmes (*contre des écarts H/F plus importants dans les autres départements : 21/13 et 21/11 respectivement dans la Loire et en Isère et un écart plus élevé encore en Savoie avec 35/4*). On note aussi que le nombre de gardes **varie sensiblement selon l'urbanisation du secteur**, évoluant de 4 en milieu urbain (*contre 0 dans la Loire, 4 en Savoie et 5 en Isère*) à 16 en milieu rural - et même 31 en milieu mixte à prédominance rurale - (*le nombre médian de gardes en milieu rural est de 42 dans la Loire, 66 en Isère et 80 en Savoie*). Ainsi, un médecin de campagne assure-t-il 10 nuits de garde de semaine (environ une toutes les 5 semaines) et 5 à 6 gardes complètes de week-end (approximativement une tous les 2 mois) (*les chiffres relevés en milieu rural en Isère, dans la Loire et en Savoie sont plus élevés*).

Figure 6 : Nombre médian de gardes effectuées en 2005 (au total, en semaine et le week-end) selon le sexe du médecin et le degré d'urbanisation du secteur



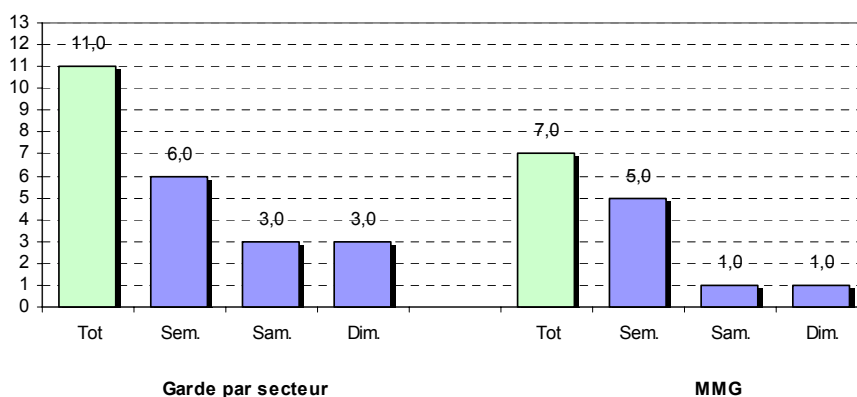
La majorité des gardes effectuées en 2005 l'ont été, soit dans le cadre d'une **garde sectorisée "classique"** (65%), soit dans le cadre des **Maisons Médicales de Garde** (34%) (Cf. Figure 7). Plus rares sont les situations où les médecins exercent leurs gardes en tant que médecin volant ou dans le cadre de l'AMLY ou encore selon un autre mode organisationnel (SOS médecins, structure hospitalière, régulation, etc.). Il est arrivé parfois que certains généralistes, même s'ils sont peu nombreux, soient impliqués dans deux voire trois dispositifs de la PDS.

Figure 7 : Cadre dans lequel ont été effectuées les gardes des médecins en 2005
- % > 100 en raison des réponses multiples -



Le nombre médian de gardes réalisées en 2005 par médecin apparaît sensiblement plus élevé dans le cadre des gardes classiques par un secteur (n=11) par rapport aux gardes réalisées dans des MMG (n=7). La différence est encore plus nette le week-end où les médecins en garde sectorisée ont réalisé trois fois plus de gardes que les médecins en MMG (Cf. Figure 8). Cette différence entre les deux principaux modes organisationnels de la garde libérale est moins marquée en semaine : 6 gardes annuelles dans le cadre de la garde sectorisée dite classique et 5 dans le cadre des MMG.

Figure 8 : Nombre médian de gardes réalisées parmi les médecins ayant effectué des gardes en 2005 en fonction du type de garde (garde "traditionnelle" ou MMG)

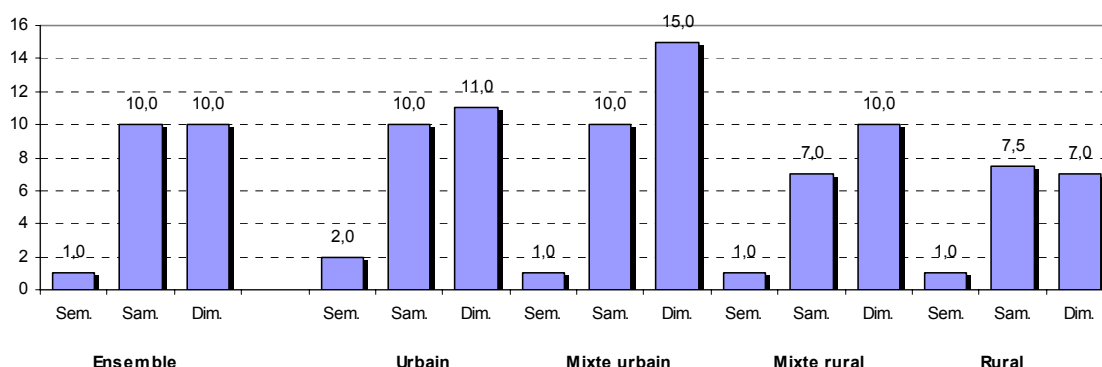


II.3 - Nombre d'actes effectués durant une garde

Le nombre médian d'actes effectués durant une garde est estimé à **1 en semaine** (max : 27) **et 10 respectivement le samedi** (max : 100) **et le dimanche ou jour férié** (max : 110). Ces données sont toutefois à considérer avec une certaine prudence car elles correspondent à une estimation approximative faite par les médecins ayant répondu à l'enquête. *En semaine, il est identique à celui de la Savoie mais plus faible que celui de la Loire et de l'Isère (respectivement 2). Pour le samedi, le nombre d'actes réalisés par garde dans le Rhône est plus élevé que dans les trois autres départements que sont la Loire (8), l'Isère (6), et la Savoie (2). Pour le dimanche, le nombre d'actes effectués par garde est similaire pour le Rhône, la Loire et l'Isère (10) et différencié pour la Savoie (4,5).*

Le nombre médian d'actes par médecin et par garde évolue parallèlement au degré d'urbanisation : il est moins élevé en milieu rural (secteurs mixtes avec une prédominance rurale et secteurs exclusivement ruraux où, on l'a vu, les gardes sont assurées par une plus faible proportion de médecins) qu'en ville, en semaine (1 contre 2), le samedi (environ 7 contre 10) et le dimanche (7-10 contre 11). *Si ce constat de la prépondérance des actes médians réalisés par garde en zone urbaine comparativement en milieu rural est aussi valable pour le département de la Loire, la situation est par contre inversée en Savoie ; quand à l'Isère, elle se démarque par la constance du nombre d'actes quel que soit le degré d'urbanisation.*

Figure 9 : Nombre médian d'actes effectués en garde en 2005, en semaine et le week-end, selon le degré d'urbanisation du secteur

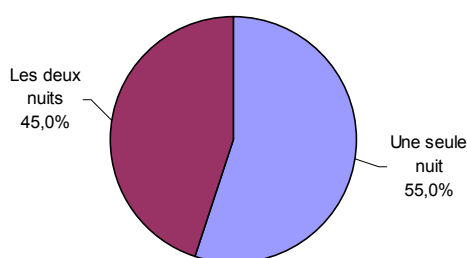


Par ailleurs, le nombre médian d'actes effectués durant une garde est peu lié au sexe du médecin. On doit cependant préciser que les femmes réalisent plus qu'actes que les hommes le dimanche (13 contre 10). Egalement, si l'âge n'apparaît pas constituer un facteur déterminant, on constate tout de même une légère différence en terme de réalisation d'actes entre les moins de 40 ans et les 50 ans et plus ; les plus âgés effectuant moins d'actes surtout le week-end (8 contre 10 le samedi et 10 contre 15 le dimanche) (Cf. Annexe A.IV).

II.4 - Organisation de la garde du week-end

Pour 45% des médecins répondants, une garde de week-end correspond à deux nuits de travail, pour les autres à une seule nuit. Cela signifie dans ce cas que le week-end est réparti entre plusieurs médecins (comme c'est le cas pour les MMG). *D'ailleurs, dans les trois départements où les MMG sont numériquement moins nombreuses (y compris les médecins associés) que dans le Rhône, la part des médecins réalisant la garde durant les deux nuits consécutives du week-end est prépondérante : 69% dans la Loire, 60% dans l'Isère et 55% en Savoie.*

Figure 10 : Organisation habituelle de la garde de week-end (%)
-Calcul réalisé sur les dossiers renseignés (n=271)-



Cette organisation de la garde de week-end apparaît étroitement liée au degré d'urbanisation du secteur de garde. La **garde fractionnée** (1 seule journée de travail) est **très répandue en milieu urbain** (84% en milieu exclusivement urbain) comme c'est aussi le cas en Isère, dans la Loire et en Savoie (mais selon des ampleurs différentes). Elle est beaucoup moins pratiquée dans les secteurs mixtes à prédominance urbaine (38%). En revanche, la garde complète (2 nuits) est plus fréquente en milieu rural, notamment dans les secteurs mixtes à prédominance rurale (89%) et dans ceux typiquement ruraux (60%).

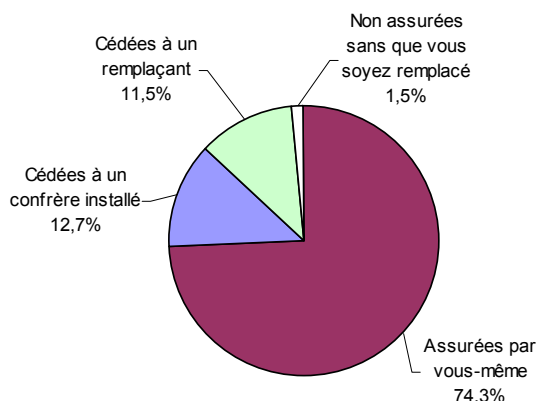
Tableau 2 : Organisation habituelle de la garde de week-end selon le degré d'urbanisation du secteur et sa topographie

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Une seule nuit	106	83,5	30	37,5	5	11,4	8	40,0	2	6,9	8	40,0	139	62,6
Les deux nuits	21	16,5	50	62,5	39	88,6	12	60,0	27	93,1	12	60,0	83	37,4
Total	127	100,0	80	100,0	44	100,0	20	100,0	29	100,0	20	100,0	222	100,0

II.5 - Gardes effectuées et gardes cédées

En moyenne, les médecins inscrits sur le planning de garde de leur secteur ont estimé que, sur la période 2004 - 2005, **74% de leurs gardes avaient effectivement été assurées par eux-mêmes** (*proportion proche de celle relevée dans les autres départements : 71% dans la Loire, 73% en Isère et 79% en Savoie*). Les autres gardes ont été cédées également, soit à un remplaçant (12%), soit à un confrère installé (ou à SOS Médecins, comme l'ont stipulé quelques médecins) (13%) (*la même observation avait été faite en Savoie où la moitié des gardes cédées l'avait été auprès d'un confrère installé, ce qui est beaucoup plus rare dans la Loire voire aussi dans l'Isère*).

Figure 11 : Estimation par les médecins inscrits sur le planning de la proportion de gardes qu'ils ont eux-mêmes effectuées ou qu'ils ont cédées sur la période 2004-2005 (%)

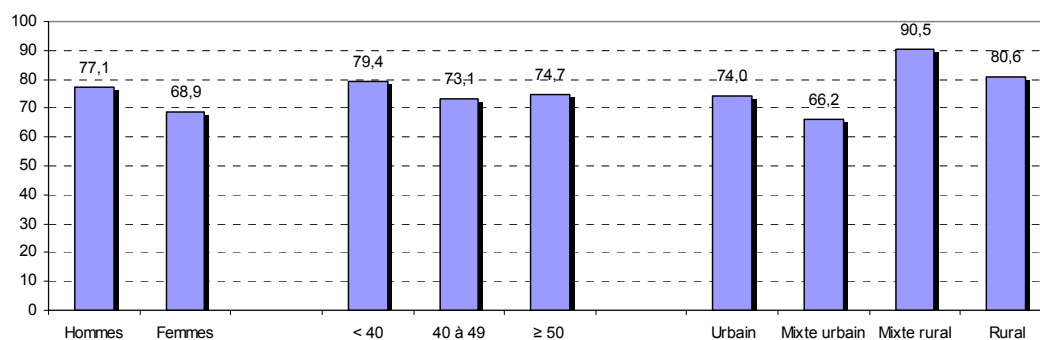


La proportion de gardes assurées par le médecin lui-même varie peu en fonction de l'âge du praticien (de 79% chez les plus jeunes à 75% chez les plus âgés), l'écart en fonction du sexe est aussi modéré (77% chez les hommes et 69% chez les femmes).

Mais cette proportion de gardes assurées par les médecins eux-mêmes est changeante selon le degré d'urbanisation du secteur de garde ; elle est plus élevée en milieu rural (91% en mixte rural et 81% en rural exclusif) et sensiblement plus faible en zone urbaine (66% en milieu mixte urbain et 74% en milieu urbain exclusif) (*comme d'ailleurs en Isère, dans la Loire et en Savoie*).

La part des gardes cédées à un confrère installé ou à un remplaçant est relativement proche, atteignant entre 25 et 30% dans les secteurs urbains, mixtes à prédominance urbaine et typiquement ruraux ; par contre en zone mixte à prédominance rurale, elle est plus faible (9%) (*cette situation est différente de celle observée en Isère, dans la Loire et en Savoie où la part des gardes cédées est la plus importante uniquement dans les zones urbaines et mixtes à dominante urbaine*) (Cf. Annexe A. VI).

Figure 12 : Proportion de gardes effectuées par le médecin lui-même selon le sexe, l'âge et le degré d'urbanisation du secteur (%)



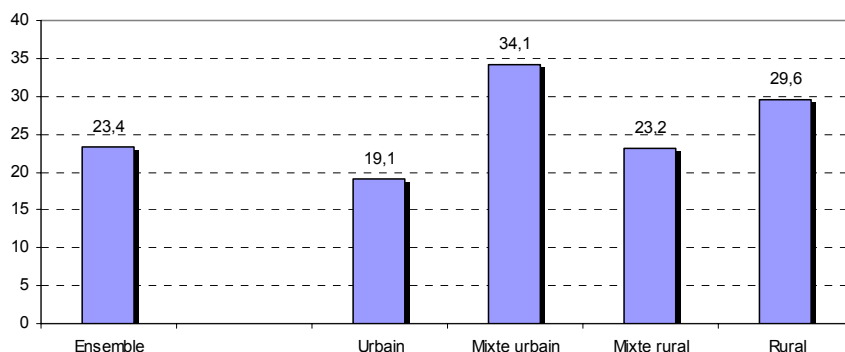
III - OPINION DES MEDECINS SUR LEUR SECTEUR DE GARDE

III.1 - Cohérence du secteur

Pour **23%** des médecins répondants, **le secteur de garde auquel ils sont rattachés n'est pas cohérent** (*cette proportion atteint 22%, 25% et 35% respectivement dans la Loire, en Savoie et en Isère*). Ce sont surtout les médecins du secteur "mixte urbain" et "typiquement rural" qui en font état (30% à 34%). Environ 19% des médecins exerçant en ville dressent ce même constat.

Il convient de rappeler que l'administration du questionnaire dans le Rhône s'est faite quelques semaines après que l'arrêté sur la répartition des secteurs de la garde libérale ait été signé par le Préfet de région en janvier 2006. Toutefois, il a été considéré dans le cadre de cette enquête que les généralistes connaissaient le découpage de leur nouveau secteur de garde (lorsque, le cas échéant, il a été modifié par rapport à l'ancien).

Figure 13 : Proportion de médecins jugeant incohérent leur secteur de garde en fonction du degré d'urbanisation (n=551)

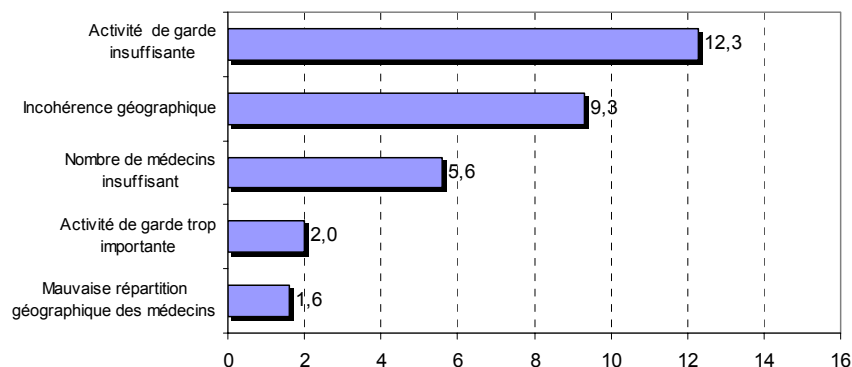


La proportion de médecins jugeant non cohérent leur secteur de garde diffère considérablement selon le secteur de garde (Cf. Annexe A.VII). A partir de la répartition des réponses pour l'ensemble des 49 secteurs de garde renseignés du département, on note que :

- une incohérence est signalée par 50% et plus des médecins répondants dans les secteurs de Saint-Fons, Vaulx-en-Velin, Francheville-Tassin La Demi Lune, Corbas, Condrieux-Ampuis, St-Martin-en-Haut, Anse et Grandis, soit près de 16% des secteurs de garde du Rhône.
- entre 33% et 49% des médecins répondants font état d'une incohérence de leur secteur de garde (soit, 31% de l'ensemble des secteurs).
- ils sont moins de 33% à relater cette situation d'incohérence sectorielle de la garde, concernant environ 37% des secteurs de garde.
- par contre, aucune incohérence n'est signalée dans le 4^{ème} arrondissement de Lyon (seul arrondissement de Lyon non rattaché à une MMG), à Caluire et Cuire, Vénissieux (où est implantée une MMG), à Saint-Pierre de Chandieu, à Moins, à Bourg de Thizy, à Cours la Ville et à Tarare (soit, 16% des 49 secteurs de garde).

Les **principaux motifs de critique** de la sectorisation de la garde libérale tient à une **activité de garde insuffisante** (12%) et une **incohérence géographique** (9%) (constituant par ailleurs les deux motifs majeurs d'insatisfaction, à côté de celui du nombre de médecins insuffisant cités dans l'Isère, la Loire et la Savoie).

Figure 14 : Principaux motifs d'incohérence des secteurs de garde relevés par les médecins (%)-(n=551)



Les opinions apparaissent assez nettement corrélées au degré d'urbanisation du secteur. En particulier :

- une activité insuffisante de garde apparaît une caractéristique des secteurs ruraux (22% des médecins citent ce motif),
- l'incohérence géographique est une caractéristique nette du secteur mixte à prédominance urbaine (24% des médecins de ce secteur s'en plaignent).

Tableau 3 : Principaux motifs d'incohérence des secteurs de garde relevés par les médecins selon le degré d'urbanisation du secteur et sa topographie (%)

	Urbanisation du secteur de garde				Topographie du secteur de garde		
	Urbain	Mixte urbain	Mixte rural	Rural	Zone de montagne	Mixte	Collines, plaines
Nombre de médecins insuffisant	3,8	7,3	10,7	11,1	17,1	,0	5,1
Activité de garde trop importante	1,2	3,3	5,4	,0	2,9	,0	2,0
Activité de garde insuffisante	13,9	8,9	5,4	22,2	17,1	10,7	12,1
Incohérence géographique	4,1	24,4	8,9	7,4	5,7	14,3	9,2
Mauvaise répartition géographique des médecins	1,2	4,1	,0	,0	,0	,0	1,8
Effectif	345	123	56	27	35	28	488

III.2 - Changements récents dans le secteur de garde

L'arrêté préfectoral n°2005-4074 relatif à la nouvelle sectorisation de la garde libérale stipule que 49 secteurs de garde opérationnels ont été définis en décembre 2005 dans le souci de la prise en compte des évolutions de la permanence des soins avec : regroupement de secteurs (Quincieux et Lucenay), rattachement à la sectorisation du Rhône des communes limitrophes d'autres départements (Montmerle, Montceaux, Lurcy et Guerens du département de l'Ain) et rattachement de certaines communes du Rhône à la sectorisation de la garde libérale d'autres départements (Julienas au département de Saône et Loire, Ste Colombe, St Romain en Gal et St Cyr sur Rhône au département de l'Isère).

Nonobstant ces quelques modifications intervenues dans le découpage géographique de la permanence des soins, peu de médecins dans l'ensemble signalent un changement récent dans leur secteur de garde (10%). Les modifications

les plus importantes sont néanmoins rapportées par les médecins rattachés à des secteurs de type rural (30% qui répondent un changement récent, contre 7% des médecins de secteurs de type urbain).

Tableau 4 : Proportion de médecins signalant un changement récent de leur secteur de garde

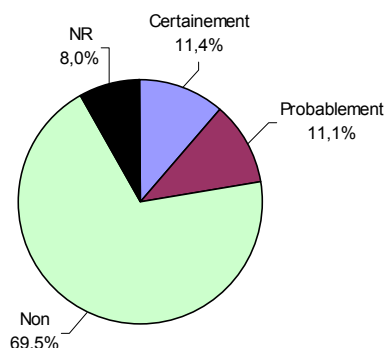
	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde						Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oui	23	6,7	10	8,1	12	21,4	8	29,6	5	14,3	6	21,4	42	8,6	53	9,6
Non	292	84,6	106	86,2	44	78,6	16	59,3	28	80,0	21	75,0	409	83,8	458	83,1
NR	30	8,7	7	5,7	0	,0	3	11,1	2	5,7	1	3,6	37	7,6	40	7,3
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0	551	100,0

III.3 -Souhaits de modification du secteur de garde

Parmi les médecins interrogés, **23% pensent qu'il conviendrait de modifier leur secteur de garde** (contre 22%, 27% et 40% respectivement en Savoie, dans la Loire et en Isère), mais seuls 11% se montrent très affirmatifs sur ce plan.

D'une manière générale, ce souhait est un peu plus manifeste chez les médecins exerçant dans les secteurs composites : mixtes à prédominance urbaine (35%) ou mixtes à prédominance rurale (27%) (Cf. Annexe A.VIII) (comme c'est aussi le cas dans la Loire et dans une certaine mesure en Isère et en Savoie).

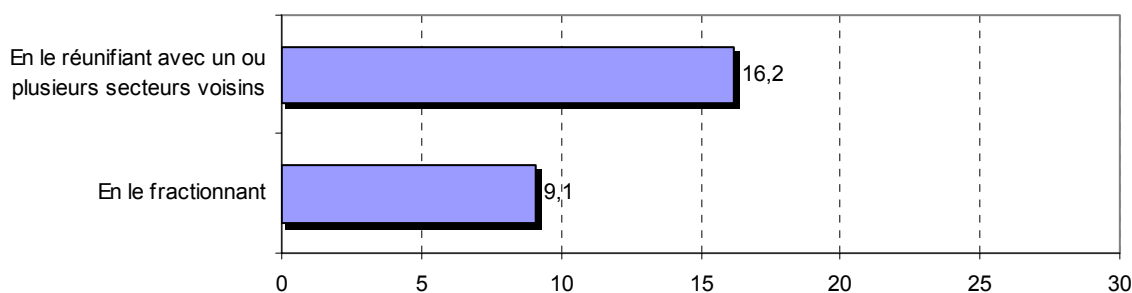
Figure 15 : Proportion de médecins estimant qu'il conviendrait de modifier leur secteur de garde (n=551)



Dans le cadre de cette enquête, plusieurs pistes de réflexion étaient suggérées en vue de restructurer les secteurs de garde pour les médecins qui les estimaient incohérents : fractionnement ou réunification ou fractionnement et réunification.

Parmi ces médecins, 16% estiment qu'il conviendrait de regrouper leur secteur avec un ou plusieurs secteur(s) voisin(s) et 9% pensent qu'il conviendrait au contraire de le fractionner. Certains généralistes ont évoqué le nécessaire couplage fractionnement-réunification (Cf. Annexe A.VIII). *C'est également le regroupement de secteurs de garde qui a été prédominant dans les départements de l'Isère, la Loire et la Savoie, comparativement aux autres alternatives proposées.*

Figure 16 : Proportion de médecins estimant qu'il conviendrait de modifier leur secteur de garde en le réunifiant ou en le fractionnant (n=551)



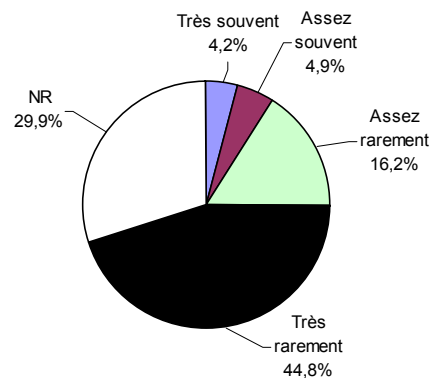
Le souhait de réunification des secteurs est évoqué avec une fréquence relativement plus élevée dans les secteurs mixtes ruraux (20%), le fractionnement étant le plus souvent suggéré par les médecins des secteurs mixtes urbains (13%). Les réponses des médecins pour chacun des 49 secteurs de garde sont renseignées dans l'annexe A.VIII.

IV - PERCEPTION, CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MEDECINS EN MATIERE DE REGULATION MEDICALE

IV.1 - Intérêt de la régulation

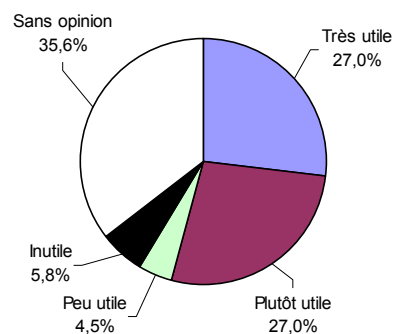
Dans le cadre de la permanence des soins, certains généralistes sont amenés à effectuer une régulation médicale et il arrive parfois qu'ils émettent une "contre régulation". Seuls **9%** des médecins, soit 13% de ceux qui se prononcent sur la régulation (*c'est moins qu'en Isère et dans la Loire avec respectivement 22% et 32%*), **effectuent régulièrement une "contre régulation"**, avec éventuellement une nouvelle décision. Les plus jeunes médecins sont les plus nombreux à effectuer régulièrement une contre régulation (15%). Aucune différence significative n'est constatée selon le sexe et selon le degré d'urbanisation (Cf. Annexe A.IX).

Figure 17 : Proportion de médecins à qui il arrive d'effectuer une "contre régulation" -%- (N=551)



Quant à l'existence d'une **régulation libérale** (dont la ligne est le 04.72.33.00.33) à côté de la régulation hospitalière (Centre 15) dans les locaux du SAMU 69, elle est jugée **utile par 54% des médecins** (*soit un taux plus faible que dans la Loire avec 74% et dans l'Isère avec 68%*). Par contre, ils sont 10% à l'estimer peu utile voire inutile. Il convient de préciser que près de 36% des médecins répondants sont sans opinion sur ce sujet ; ce constat pouvant s'expliquer, soit par une méconnaissance de l'existence de la régulation libérale, soit par une déficience partielle d'information sur ce dispositif ou encore par un refus net de s'exprimer sur cette question traduisant manifestement un certain positionnement. Aucune différence significative n'est constatée selon le degré d'urbanisation (Cf. Annexe IX).

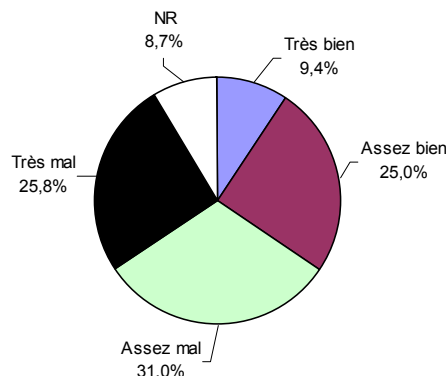
Figure 18 : Opinion des médecins sur l'utilité de la régulation libérale à côté de la régulation hospitalière - %- (N=551)



IV.2 - Connaissance de la régulation médicale

Les hypothèses formulées précédemment quant à la possible méconnaissance partielle ou totale de la régulation libérale par les médecins semblent se confirmer. En effet, la régulation libérale n'est assez bien connue que de 34% des médecins (très bien connue par 9%), tandis que **57% avouent la connaître assez mal, voire très mal**.

Figure 19 : Connaissance que les médecins ont du système de régulation libérale -%- (N=551)



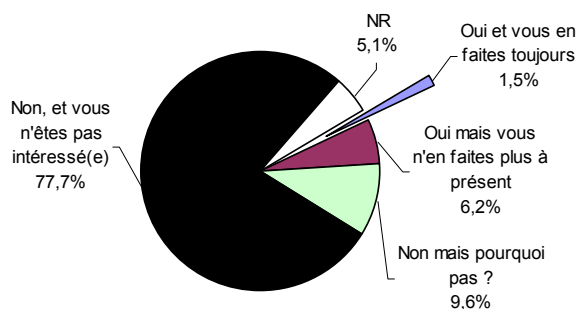
Le niveau de connaissance de la régulation libérale n'apparaît pas lié à l'âge des médecins, ni au sexe (*alors qu'il est apparu une connaissance plus nette chez les plus jeunes et chez les hommes en Isère et dans la Loire*) (Cf. Annexe A.X). Toutefois, aucune différence n'est observée selon le degré d'urbanisation (Cf. Annexe X).

IV.3 - Participation au dispositif de régulation

Seuls **1,5% des médecins répondants** (8 personnes) **participent** à ce jour au dispositif de régulation médicale (4% *en Isère* et 6% *dans la Loire*) et ce quel que soit le degré d'urbanisation (Cf. Annexe XI). On sait par d'autres sources d'information (Cf. résultats de l'évaluation des MMG de Lyon) que le nombre de médecins généralistes participant effectivement à la régulation médicale libérale est approximativement le double du chiffre obtenu dans cette enquête.

Peu nombreux également sont ceux qui ont fait de la régulation dans le passé : 6%, soit 34 personnes parmi les répondants (6% *aussi dans la Loire* et 14% *en Isère*). Par ailleurs, 10% (55 médecins) ne rejettent pas totalement l'idée d'en faire un jour (15% *en Isère* et 20% *dans la Loire*). Cependant, force est de constater que plus des trois quarts des médecins se déclarent non intéressés.

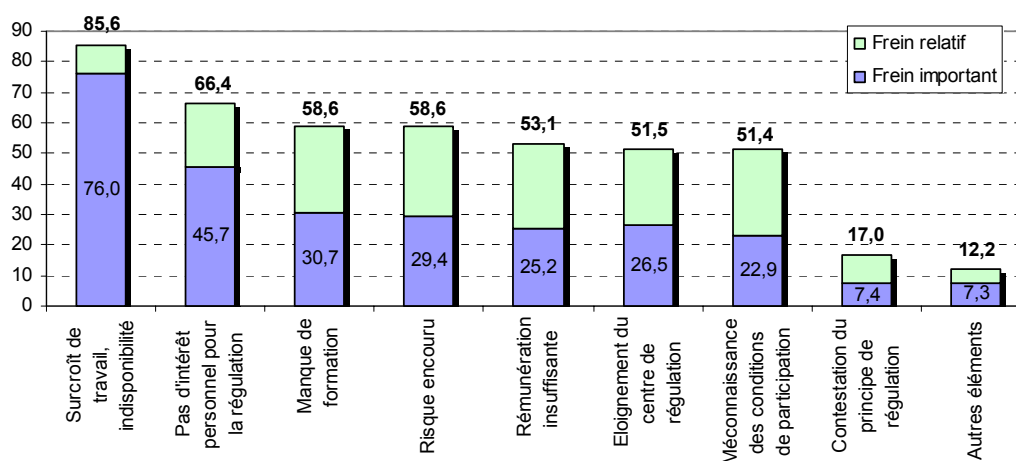
Figure 20 : Participation des médecins au dispositif de régulation -%- (N=551)



Près de 63% des médecins participant à la régulation (5 sur les 8) ont 50 ans et plus (*ils représentent 50% dans l'Isère et 70% dans la Loire*) (Cf. Annexe A.XI).

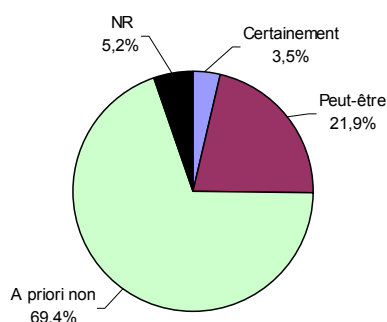
Les éléments constituant un **frein à l'adhésion au dispositif de régulation** sont essentiellement l'**indisponibilité** et le **surcroît de travail** (frein pour 86% des médecins dont 76% pour qui il est important) et, deuxièmement, le **manque d'intérêt pour la régulation** (66% dont 46% le percevant comme important). D'autres facteurs apparaissent constituer un frein pour une frange significative de médecins (de 60% à 51%) : manque de formation, risque encouru, rémunération insuffisante, éloignement du centre de régulation et méconnaissance des conditions de participation. La contestation du principe de régulation constitue plus rarement un frein (17%), sans oublier d'autres éléments cités qui n'ont pas été précisés dans cette enquête (12%).

Figure 21 : Facteurs constituant un frein à la participation au dispositif de régulation -%- (N=551)



On l'a vu, l'éloignement du centre de régulation constitue un frein à la participation des médecins (frein pour 52% dont frein important pour 27%). De fait, près de **4%** des médecins qui ne participent pas à l'heure actuelle à la régulation (19 professionnels) déclarent qu'ils **seraient certainement prêts à le faire** si le site était proche de chez eux et 22% indiquent qu'ils agiraient *peut-être* ainsi dans ce cas. Les moins de 50 ans semblent un peu plus enclins à cette perspective. Il n'est pas observé de différence significative selon le degré d'urbanisation (Cf. Annexe XI).

Figure 22 : Participation potentielle des médecins à la régulation si le site était proche de chez eux (% calculé sur 543 médecins ne participant pas actuellement à la régulation)



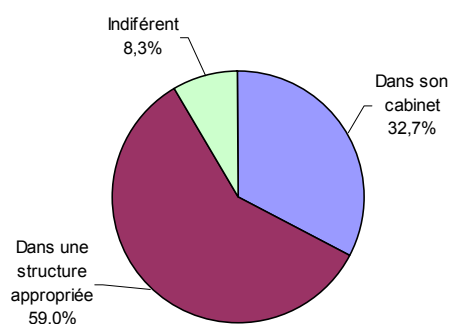
V - OPINION DES MEDECINS SUR L'AVENIR DE LA PERMANENCE DES SOINS

V.1 - Opinion sur le lieu de consultation lors de la permanence des soins

Depuis quelques années, une tendance assez nette se dessine, en rupture avec les pratiques antérieures, conduisant à ce que ce soit le patient qui se déplace durant la garde (sauf nécessité médicale ou cas particulier) plutôt que le médecin de garde n'effectue une visite à domicile.

Dans l'hypothèse où le médecin ne se déplace plus au domicile du patient, les praticiens répondants estiment que le lieu le plus approprié pour la consultation est une **structure ad hoc**, type maison médicale de garde (**59%**) ou le **cabinet du médecin de garde** (**33%**) tandis que, pour 8%, le lieu de consultation est indifférent. *La proportion de ceux qui évoquent une structure ad hoc est de 61% dans la Loire, 52% en Isère et 46% en Savoie.*

Figure 23 : Opinion des médecins sur le lieu de consultation le plus approprié pour le médecin de garde dans l'hypothèse où il ne se déplace plus -%- (N=551)



Le Tableau 5 montre que la structure appropriée de type maison médicale est un peu plus prisée dans les zones soit franchement rurales ou urbaines (respectivement 63% et 68%), par rapport aux zones mixtes à prédominance rurale ou aux secteurs mixtes à prédominance urbaine (29 à 48%) ; le cabinet médical étant plus souvent préféré par les médecins des zones mixtes rurales (59%) ou mixtes urbaines (44%). Il n'apparaît pas de différence d'opinion selon l'âge ou le sexe des médecins répondants (Cf. Annexe A.XII).

Tableau 5 : Lieu de consultation le plus approprié pour le médecin de garde (dans l'hypothèse où il ne se déplace plus) en fonction du degré d'urbanisation et de la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dans son cabinet	85	24,6	54	43,9	33	58,9	8	29,6	17	48,6	14	50,0	149	30,5
Dans une structure	233	67,5	59	48,0	16	28,6	17	63,0	16	45,7	11	39,3	298	61,1
Indifférent	27	7,8	10	8,1	7	12,5	2	7,4	2	5,7	3	10,7	41	8,4
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0

V.2 - Taille idéale d'un secteur de garde en cas de réorganisation de la permanence des soins

Une organisation possible de la permanence des soins (PDS) était soumise aux médecins interrogés, reposant sur une garde assurée par un médecin dans son cabinet ou dans une structure de garde tandis qu'un second médecin assurerait une astreinte "mobile" pour les patients ne pouvant vraiment pas se déplacer. Souvent, une telle organisation rendrait nécessaire le regroupement de plusieurs secteurs (et donc un accroissement des trajets). Il était donc demandé aux médecins, dans cette hypothèse, à combien ils estimaient raisonnable l'étendue d'un "intersecteur", tant pour les patients (qui, la plupart du temps, devront se déplacer) que pour le médecin "mobile".

L'étendue médiane d'un tel intersecteur est de **10 kilomètres** et le temps médian de déplacement indiqué est de **18 minutes**. *Les réponses sont proches de celles indiquées dans la Loire, en Isère et en Savoie.* Elles sont peu corrélées à l'âge et indépendantes du sexe (Cf. Annexe A.XIII). Elles varient par contre un peu selon le degré d'urbanisation du secteur et sa topographie : les médecins ruraux et ceux des zones de montagne étant prêts à faire un peu plus de kilomètres et à passer un peu plus de temps (*observation déjà faite dans les départements de la Loire et de l'Isère*).

Tableau 6 : Taille idéale d'un secteur de garde en cas de réorganisation de la PDS selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

		Urbanisation du secteur de garde				Topographie du secteur de garde			Total
		Urbain	Mixte urbain	Mixte rural	Rural	Zone de montagne	Mixte	Collines, plaines	
En kilomètres	Médiane	10,0	10,0	15,0	20,0	20,0	15,0	10,0	10,0
En temps (minutes)	Médiane	15,0	15,0	15,0	20,0	20,0	15,0	15,0	15,0

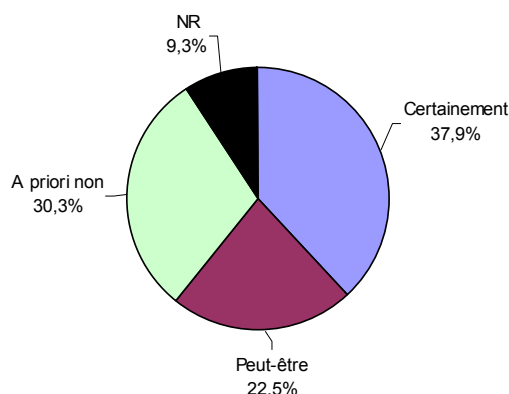
V.3 - Opinion des médecins sur une organisation différente de la garde après minuit

a) Une organisation différente de la PDS selon l'horaire

Tenant compte du fait qu'après minuit, les appels auprès des médecins de garde sont beaucoup plus rares, une organisation différente de la PDS pourrait être proposée après cette heure, par exemple en déléguant la PDS à SOS Médecins dans l'agglomération lyonnaise et en orientant vers un service hospitalier dans les autres villes ou en milieu rural (ou en procédant à un regroupement de secteurs). L'opinion des médecins vis-à-vis d'une organisation différente de la garde après minuit apparaît très partagée :

- Près de **38%** des médecins considèrent qu'une **organisation spécifique de la PDS est certainement possible après minuit** (*ils sont 61% dans la Loire, 53% en Savoie et 43% en Isère*),
- 23% n'y sont pas opposés et ils imaginent que cela pourrait éventuellement être envisagé,
- Plus de 30% des praticiens ne pensent pas envisageable cette perspective (Cf. Figure 25).

Figure 24 : Opinion des médecins sur la possibilité d'envisager deux organisations différentes de la PDS selon l'horaire (avant et après minuit) -%- (N=551)

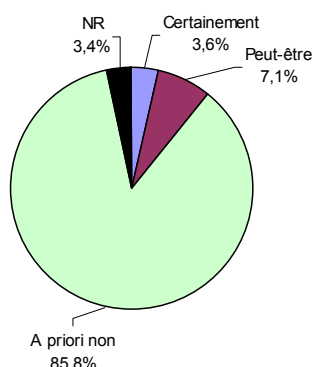


La proportion de médecins jugeant impossible une telle organisation est indépendante de l'âge et du sexe. De même, la zone d'exercice ne paraît pas influencer sur les réponses. Le détail des réponses obtenues dans les 49 secteurs de garde documentés est fourni dans l'annexe A.XIV.

b) Participation éventuelle des médecins à la PDS après minuit

Une grande majorité de médecins (**86%**) **ne sont pas favorables pour assurer une PDS** dans leur secteur **après minuit**. Seuls 4% des médecins se disent tout à fait prêts et 7% pourraient l'envisager.

Figure 25 : Participation potentielle des médecins à la PDS dans leur secteur après minuit (N=551)



Les médecins les plus favorables à une telle organisation de la PDS au-delà de minuit pour laquelle ils seraient impliqués de manière certaine sont localisés dans les secteurs ruraux (22% en zone rurale, notamment en zone de montagne, contre 1,4% et 4,1% en secteur urbain et mixte urbain) (Cf. Tableau 7). Ainsi, ce sont les médecins des secteurs urbains et mixtes urbains qui apparaissent les moins enclins à une participation à la permanence des soins après minuit.

Tableau 7 : Médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit en fonction du degré d'urbanisation ou de la topographie du secteur (N=551)

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Certainement	5	1,4	5	4,1	4	7,1	6	22,2	11	31,4	1	3,6	8	1,6
Peut-être	17	4,9	11	8,9	7	12,5	4	14,8	6	17,1	3	10,7	30	6,1
A priori non	311	90,1	104	84,6	43	76,8	15	55,6	14	40,0	23	82,1	436	89,3
NR	12	3,5	3	2,4	2	3,6	2	7,4	4	11,4	1	3,6	14	2,9
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0

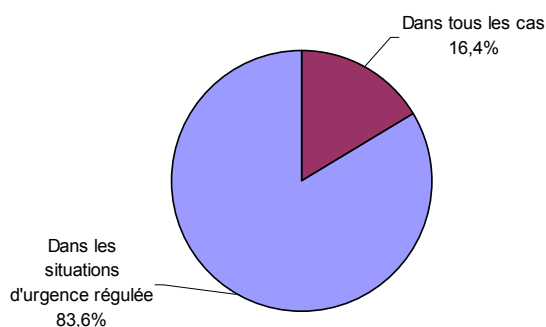
Les médecins de moins de 40 ans sont les moins favorables à une telle participation (Cf. Tableau 8). Si les femmes sont très nombreuses à ne pas souhaiter s'impliquer dans la PDS après minuit (91%), les hommes le sont également (83%).

Tableau 8 : Médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit selon l'âge (N=551)

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Certainement	2	3,3	9	4,1	9	3,4	13	3,6	7	3,7	20	3,6
Peut-être	1	1,6	16	7,2	22	8,3	34	9,4	5	2,6	39	7,1
A priori non	57	93,4	192	86,5	220	83,3	299	83,1	174	91,1	473	85,8
NR	1	1,6	5	2,3	13	4,9	14	3,9	5	2,6	19	3,4
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Parmi les **médecins partisans d'une PDS après minuit**, ils sont **84%** à répondre ne souhaiter y participer que dans les cas de **situations d'urgence régulée**. Ce positionnement est surtout le fait de médecins de plus de 40 ans quel que soit le sexe (Cf. Annexe A.XV). On relève que 16% des médecins favorables à une double organisation de la PDS ("avant" et "après" minuit) seraient prêts à une participation au-delà de minuit quelle que soit la situation d'intervention (Cf. Figure 26).

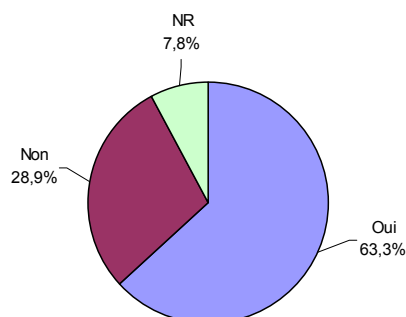
Figure 26 : Situations d'intervention pour les médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit (N=551)



V.4 - Opinion des médecins généralistes sur l'intérêt d'une astreinte assurée par les spécialistes et les paramédicaux libéraux

Dans le cadre de la permanence des soins en ambulatoire, il pourrait être envisagé que des astreintes soient assurées par des médecins spécialistes ainsi que par des paramédicaux libéraux. C'est justement cette hypothèse qui est testée auprès des généralistes dans cette enquête. Près de deux généralistes sur trois (**63%**) estiment qu'il serait **souhaitable que des spécialistes et des paramédicaux libéraux assurent une astreinte** (contre 79% en Isère, 68% dans la Loire et 61% en Savoie).

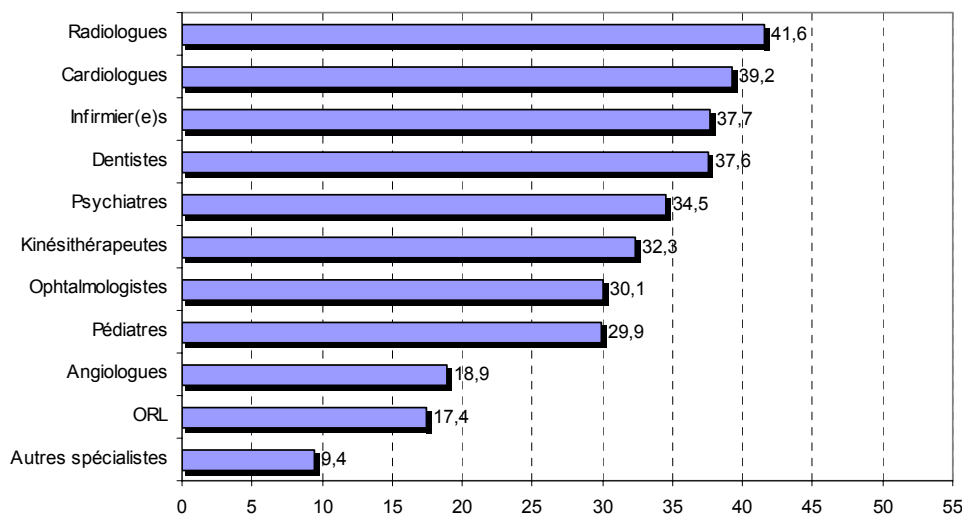
Figure 27 : Proportion de médecins généralistes estimant souhaitable une astreinte assurée par des spécialistes et des paramédicaux libéraux -%- (N=551)



Les médecins de moins de 40 ans (75%) et ceux installés dans les secteurs de type rural (74%) apparaissent les plus favorables à cette idée de planification des astreintes pour les spécialistes et les paramédicaux libéraux (Cf. Annexe A.XVI).

Les médecins répondants citent de prime abord deux catégories de spécialistes : radiologues (42%), cardiologues (39%) et deux types de professionnels non médecins tels que l'infirmier ou le dentiste (38%). Sont aussi assez fréquemment mentionnés les psychiatres (35%), les kinésithérapeutes (32%), les ophtalmologistes et les pédiatres (30%). Les catégories de professionnels les moins souvent listées sont les angiologues et les ORL (19% et 17%). Certains médecins ont souligné le fait que des professionnels de santé libéraux (outre les généralistes) assuraient déjà, de manière plus ou moins informelle, des astreintes.

Figure 28 : Catégories de professionnels libéraux que les généralistes souhaiteraient voir assurer une astreinte -%- (N=551)



V.5 - Commentaires libres rapportés par les médecins généralistes sur la permanence des soins

Les médecins généralistes répondants à cette enquête ont été nombreux (48%) à porter des commentaires libres au sujet de la permanence des soins dans le Rhône. Leurs commentaires évoquent leur intérêt ou désintérêt face à la PDS, la participation des médecins, l'organisation de la PDS, les changements qui seraient à apporter à ce sujet.

Des observations formulées par des généralistes relatent une **organisation de la PDS satisfaisante** et ce, pour plusieurs raisons :

- La satisfaction des patients quant au service rendu par les MMG,
- La satisfaction des médecins participant à la garde dans le cadre des MMG (sécurité, contraintes relatives, bonnes conditions de travail...),
- La satisfaction de l'organisation de la PDS dans le cadre de la garde classique sectorisée (en terme de jours de semaine et d'horaire), permettant notamment de rattraper le retard administratif.

Par contre, plusieurs commentaires font état de **constats négatifs, de difficultés et de dysfonctionnements relatifs à l'organisation de la PDS** :

- difficultés face au vieillissement du corps médical et au problème intrinsèque de la démographie médicale ayant des répercussions directes sur l'organisation de la permanence des soins,
- surcharge de travail du fait de la participation à la PDS, rendant la conciliation vie professionnelle-vie familiale difficile,
- désintérêt pour la PDS de la part de certains médecins, teinté de démotivation et de lassitude, l'obligation d'effectuer des gardes n'étant pas approuvée par les médecins,
- nombre inadéquat de médecins et répartition géographique hétérogène entre les différents secteurs,
- difficulté à se faire remplacer,
- manque de financement manifeste pour une organisation adéquate de la PDS, qui coûte chère (dont les MMG),
- insuffisante activité dans les MMG hors période épidémique et après 22 heures,
- prise en compte insuffisante des particularismes locaux pour l'organisation de la PDS,
- problème d'insécurité et d'agressions lors des visites à domicile,
- régulation médicale parfois qualifiée de défailante : non respect de la sectorisation, non transmission des appels, absence de régulation notamment en milieu rural (15), inutilité de la régulation libérale. (04.72.33.00.33),
- recours injustifié et abusif à la PDS (vaccination, contraception, etc.),
- etc.

Certains médecins apportent quelques **suggestions** visant à améliorer l'organisation de la PDS :

- souhaiter personnellement ne plus faire de gardes et bannir le principe d'"obligation",
- promouvoir l'"éducation des patients" pour un recours justifié à la PDS,
- développer l'information sur la PDS et l'urgence auprès de la population générale,
- accroître la sécurité lors des déplacements,
- créer des MMG, soit dans les zones éloignées des centres villes, soit à proximité des services d'urgence pour d'autres,
- reconduire certains projets novateurs en matière de PDS avec un appui financier conséquent et pérenne pour certains alors que d'autres souhaitent limiter les "usines à gaz",
- regrouper les secteurs de garde (et notamment la nuit),
- assurer la PDS par le biais des structures hospitalières et de SOS Médecins
- recourir à des médecins volontaires ou salariés ; des médecins à 35 heures par semaine en CDI pour assurer la PDS ou encore aux médecins fonctionnaires (notamment médecins conseils),
- pouvoir accéder aux MMG sans régulation préalable dans l'optique de désengorger les services d'urgence,
- organiser une garde 20H-8H assurée par un généraliste ou un spécialiste dans une structure hospitalière,
- ne pas programmer une PDS au-delà de minuit car elle est jugée inutile
- impliquer SOS médecins ou le SAMU systématiquement après 22 heures,
- promouvoir les gardes pour les spécialistes,
- etc.

Le détail des commentaires libres des médecins généralistes figure dans l'annexe A.XVII.

VI - SYNTHESE DES RESULTATS

L'enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes (URML RA) conduite dans le Rhône a été calquée sur deux études conduites en 2005 dans la Loire (URML-RA) et en Savoie (URML-RA) et en 2004 dans l'Isère (Fédération Iséroise pour la PDS en Exercice Libéral -FIPSEL- et URML-RA). Des comparaisons interdépartementales ont pu ainsi être effectuées dans le cadre de cette étude pour le Rhône.

Dans le Rhône, près de 38% des médecins généralistes ont répondu au questionnaire (contre 40% dans la Loire, 54% en Isère et 55% en Savoie). Ce taux de réponses pourrait être qualifié de correct, mais compte tenu de l'intérêt porté au thème étudié, on aurait pu escompter un meilleur taux. Il permet aussi de disposer de riches informations sur l'implication des généralistes dans la PDS, sur leur perception de l'organisation actuelle proposée et sur la manière dont ils souhaiteraient la voir évoluer. Les principaux résultats de cette enquête figurent comme suit :

L'implication dans la permanence des soins

- ✓ Près de 87% des médecins généralistes sont inscrits sur le planning de garde de leur secteur (contre 77% en Isère, 81% dans la Loire et 86% en Savoie). Il est fort probable que cette proportion soit plus basse. En effet, le fait de ne pas être concerné a pu constituer un facteur de non réponse à l'enquête. Cette proportion ne revêt pas un caractère différent selon le sexe des médecins répondants. Elle diminue légèrement avec l'âge (90% versus 82% respectivement pour les moins de 40 ans et les plus de 50 ans) (contrairement à ce qui a été relevé en Isère où 92% des médecins inscrits avaient moins de 40 ans et 58% plus de 50 ans). La proportion de médecins inscrits sur le planning de garde n'est que très peu corrélée au degré d'urbanisation du lieu d'exercice (83% en zone typiquement urbaine contre 93% en zone rurale).
- ✓ Le nombre médian de gardes effectuées annuellement, calculé sur l'ensemble des médecins, est de 7 par an (chiffre sensiblement plus faible que celui relevé en Isère dans la Loire et en Savoie, soit 18 gardes annuelles). Il diminue avec l'âge (mais moins fortement qu'en Isère, dans la Loire ou en Savoie) : 8 chez les moins de 50 ans contre 6 chez les 50 ans et plus. Dans le Rhône, il varie peu en fonction du sexe, alors qu'il a été relevé un nombre plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les autres départements (jusqu'à un écart H/F de 35/4 en Savoie). Ce nombre médian de gardes annuelles est beaucoup plus élevé en milieu rural (16 gardes par an) à mixte rural (31) qu'en ville (4). Parmi les médecins qui ont réalisé des gardes en 2005, la majorité rapporte les avoir effectuées dans le cadre des gardes sectorisées (65%) ou dans le cadre des MMG (34%). Le nombre de gardes médian est plus élevé pour les médecins en garde sectorisée qu'en MMG (11 versus 7) et il est trois fois supérieur les week-end (une garde annuelle par an dans le cadre des MMG contre trois dans le cadre des gardes sectorisées). Ainsi, dans le Rhône, trois cas de figure en matière d'implication pour la PDS se distinguent : médecins qui n'ont réalisé aucune garde dans l'année (22%), ceux qui en ont fait entre 10 et 30 (26%) et ceux qui ont effectué plus de 30 gardes (12%).
- ✓ En moyenne, une garde de semaine correspond à un acte, une garde de samedi ou dimanche à 10 actes. Le nombre médian d'actes réalisés pendant une garde

est du même ordre de grandeur que celui relevé dans la Loire mais plus élevé le week-end qu'en Savoie.

- ✓ Plus de sept gardes sur dix attribuées à un médecin sont assurées par lui-même, les autres sont cédées, soit à un remplaçant, soit à un confrère installé. Si 9% seulement des gardes sont cédées en milieu mixte à prédominance rurale, c'est le cas de près d'une garde sur trois en ville (jusqu'à 30% des gardes) (observations relativement proches faites en Isère, dans la Loire et en Savoie).

La perception de l'organisation actuelle de la permanence des soins

- ✓ Près du quart des médecins (23% contre 22% dans la Loire, 25% en Savoie et 35% en Isère) jugent non cohérent leur secteur de garde ; cette proportion dépasse 30% dans les secteurs composites (mixtes : urbain / rural). Le plus souvent, la raison évoquée est l'insuffisance de l'activité de garde (surtout en milieu rural) et une incohérence géographique (plus particulièrement en milieu mixte urbain).
- ✓ Si seulement 10% des médecins répondants signalent des changements récents dans leur secteur de garde, cette proportion atteint 30% pour les médecins des secteurs de type rural. Par ailleurs, 23% des médecins estiment que leur secteur pourrait (voire devrait certainement pour 11%) être modifié. Les médecins des secteurs géographiques mixtes sont les plus nombreux à partager cet avis (30 à 35% environ). Une réunification avec un ou plusieurs secteurs voisins est la plus souvent souhaitée (16% des médecins), quelquefois un fractionnement (9%). Certains médecins évoquent même la nécessité des deux changements.

La régulation médicale

- ✓ Il semblerait que la régulation soit appréciée des médecins puisque seulement 9% d'entre eux rapportent effectuer régulièrement une "contre-régulation" avec éventuellement une nouvelle décision (plus souvent évoquée par les jeunes médecins). Par ailleurs, si plus de la moitié des médecins (54%) jugent utile la régulation libérale existante aux côtés de celle du Centre 15, ils sont autant (57%) à répondre mal la connaître, quel que soit l'âge ou le sexe.
- ✓ Toutefois, la régulation ne fonctionne que sur un volant très restreint de volontaires (8 parmi les répondants, soit 1,5%). Outre l'indisponibilité et la surcharge de travail et le manque d'intérêt, le manque de formation, le risque encouru, la rémunération insuffisante, l'éloignement et la méconnaissance des conditions de participation constituent les freins le plus souvent mis en exergue. De fait, un médecin sur quatre n'effectuant pas de régulation actuellement déclarent que leur attitude pourrait changer si le centre était proche de chez eux (près de 4% déclarent qu'ils seraient alors *certainement* prêts à faire de la régulation et 22% prétendent qu'ils seraient *peut-être* prêts à en faire).

L'avenir de la permanence des soins

- ✓ Dans l'hypothèse où le médecin ne se déplace plus au domicile du patient, le lieu le plus approprié pour les consultations en garde est une structure ad hoc (type maison médicale de garde) pour 59% des médecins. Cet avis est surtout partagé par les médecins de zones typiquement rurales ou urbaines, comparativement aux secteurs mixtes. D'un autre côté, 33% des médecins préféreraient des

consultations au cabinet (surtout les médecins des zones mixtes rurales ou urbaines).

- ✓ Près de deux médecins sur cinq (38%) estiment certainement possible d'envisager dans leur secteur deux organisations différentes de la PDS avant et après minuit (contre 61% dans la Loire, 53% en Savoie et 43% en Isère), 23% n'y sont pas opposés et près d'un médecin sur trois (30%) juge cela impossible (quelle que soit la zone d'activité des médecins). Seuls 4% des médecins se disent tout à fait favorables à une participation à la PDS dans leur secteur après minuit. Il s'agit principalement des médecins exerçant dans des secteurs ruraux et de montagne. Près de 84% d'entre eux ne perçoivent leur participation à la PDS après minuit que pour des situations d'urgence régulée.
- ✓ Enfin, près de deux médecins généralistes sur trois (soit 63% *versus* 80% en Isère, 67% dans la Loire et 60% en Savoie) estiment qu'il serait souhaitable que des spécialistes et des paramédicaux libéraux assurent une astreinte (sont cités en premier les radiologues, les cardiologues, les infirmiers, les dentistes et les psychiatres).

B - ENQUETE AUPRES DES RESPONSABLES DE SECTEUR DE GARDE

I - RAPPEL DE LA METHODE ET TAUX DE REPONSE

I.1 - Rappel de la méthode

De manière exhaustive, les 54 responsables de secteur de garde du département du Rhône des 49 secteurs définis en décembre 2005 ont été sollicités pour répondre à une enquête spécifique complémentaire à celle adressée à l'ensemble des généralistes sur l'organisation de la permanence de soins. Ainsi, on constate qu'il subsiste plusieurs responsables pour un même secteur de garde. Par ailleurs, on précise que les secteurs 8 et 9 n'ont pas été individualisés pour l'analyse de cette enquête et on dispose donc de 48 secteurs de "jours" et de 24 secteurs de "nuit". Les renseignements sur la nouvelle sectorisation de la garde libérale et les responsables de secteurs y afférents ont été obtenus du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Un questionnaire succinct a été adressé mi-février 2006 par voie postale afin d'obtenir des informations complémentaires sur le fonctionnement de la PDS dans chaque secteur. De même que pour l'ensemble des médecins, une relance postale a été effectuée début mars 2006 auprès des non répondants.

I.2 - Taux de réponse

Après la relance, 34 médecins responsables de secteur ont retourné leur questionnaire sur les 54 sollicités (63%), correspondant à 32 secteurs sur 48 identifiés (67%). De manière logique, le taux de réponse des médecins responsables de secteur a donc été meilleur que celui de l'ensemble des médecins (38%). Pour l'analyse, 32 questionnaires ont été exploités (soit 30 secteurs de garde), deux questionnaires ayant été reçus après que l'analyse ait été réalisée.

II - CARACTERISTIQUES GEOGRAPHIQUES DES SECTEURS DE GARDE

Le découpage du département en secteurs de garde conduit à une représentation plutôt équilibrée entre les secteurs à caractère urbain (56%) et à caractère rural (44%) (Cf. Figure 29). Parmi les 56% de secteurs aux caractéristiques urbaines, 33% sont des secteurs typiquement urbains. Si les secteurs mixtes à prédominance rurale représentent 27%, les secteurs exclusivement ruraux sont plus minoritaires (17%). Par ailleurs, 37% des secteurs renseignés (11 sur 30) ont des caractéristiques au moins partiellement montagnardes, 8 (27%) étant franchement en pays de montagne (Cf. Figure 30).

Figure 29 : Répartition des secteurs répondants selon le degré d'urbanisation -%- (N=30 secteurs)

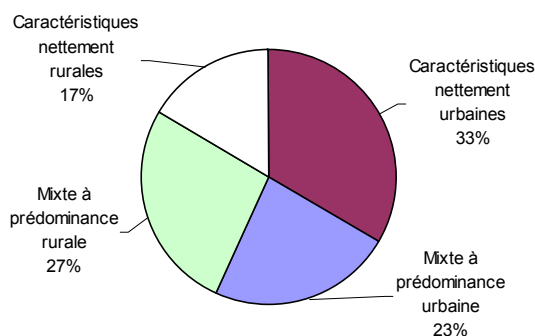
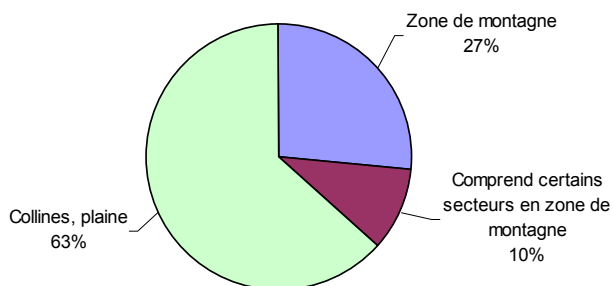


Figure 30 : Répartition des secteurs répondants selon la topographie-%- (N=30 secteurs)



L'étendue moyenne des secteurs (distance entre les limites extrêmes) est de **18 kilomètres** (contre 26 km dans la Loire et 23 km en Isère ou en Savoie). Au maximum, elle atteint 40 kilomètres (Cf. Tableau 9). Elle est près de quatre fois plus faible en milieu urbain (8 km) que dans les secteurs typiquement ruraux (31 km). Dans les zones mixtes rurales ou urbaines, cette étendue est sensiblement la même (20 km).

L'étendue du secteur peut également être estimée en temps moyen de déplacement entre les limites extrêmes. Celui-ci est de **23 minutes** dans des **conditions météorologiques normales** (24', 28' et 33' respectivement dans la Loire, en Isère et en Savoie). Au maximum, il est de 45 minutes. Par **conditions défavorables**, la durée de déplacement entre les limites extrêmes du secteur est en moyenne deux fois plus importante avec une durée de **42 minutes** (43', 48' et 58' respectivement dans la Loire, en Isère et en Savoie). Elle peut atteindre 90 minutes dans des

conditions peu favorables. Dans des conditions météorologiques normales, le temps nécessaire pour traverser le secteur est près de trois fois plus élevé dans les secteurs de type rural (37') qu'en milieu urbain (15').

Figure 31 : Etendue des secteur de garde : distance moyenne (Km) entre les limites extrêmes du secteur et durée moyenne (minutes) nécessaire à la parcourir (N=30 secteurs)

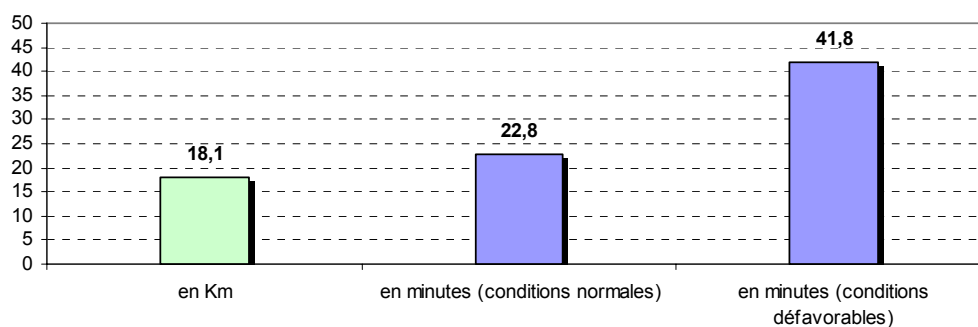


Tableau 9 : Etendue des secteurs de garde : distance (moyenne et max) et durée (moyenne et max) entre les limites extrêmes du secteur selon le degré d'urbanisation et la topographie (N=30 secteurs)

		Urbanisation du secteur de garde				Topographie du secteur de garde			Total
		Urbain	Mixte urbain	Mixte rural	Rural	Zone de montagne	Mixte	Collines, plaines	
Distance en Km	Maximum	12	30	30	40	35	40	30	40
	Moyenne	7,9	20,3	20,0	31,0	25,6	25,0	13,4	18,1
Distance en minutes (dans des conditions climatiques normales)	Maximum	30	40	30	45	45	40	40	45
	Moyenne	14,7	25,0	20,7	37,0	28,8	28,3	18,9	22,8
Distance en minutes (dans des conditions défavorables)	Maximum	90	90	60	90	90	60	90	90
	Moyenne	30,0	47,8	41,4	58,8	55,0	50,0	33,5	41,8

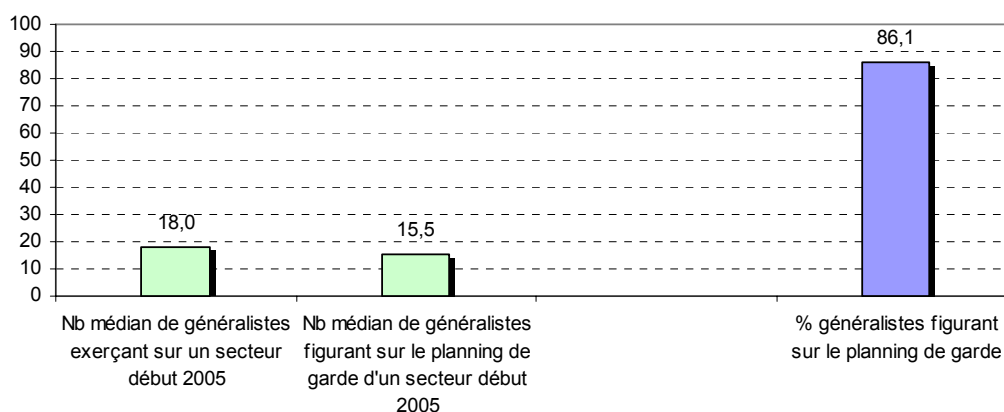
III - RESSOURCES MEDICALES DU SECTEUR ET ADHESION A LA PERMANENCE DES SOINS

Le nombre médian de médecins généralistes en exercice au début de l'année 2005 dans un secteur de garde du Rhône (calculé sur 30 secteurs documentés) est égal à **18** (*versus 11 en Isère, 10 dans la Loire et 5 en Savoie*). Il varie, selon le secteur, de 5 à 65 (Cf. Annexe B.II).

Le nombre médian de généralistes figurant sur le planning de garde du secteur est égal à **16** (*10 dans la Loire, 9 en Isère et 4 en Savoie*), variant de 5 à 65 selon le secteur (Cf. Annexe B.II).

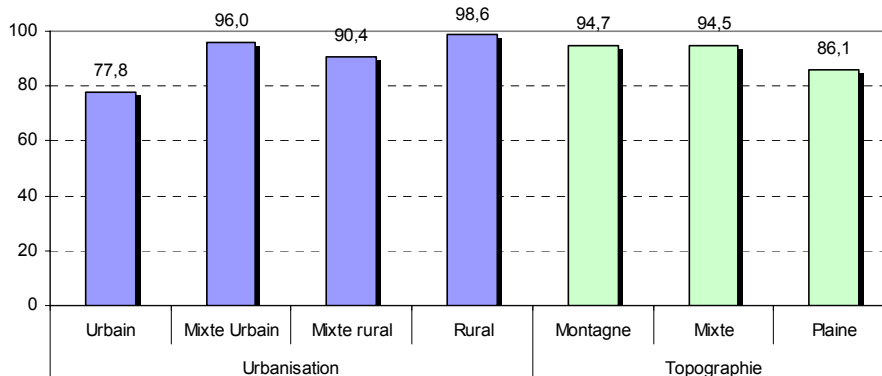
D'après les responsables des 30 secteurs documentés, la proportion de généralistes figurant sur le planning de garde début 2005 est de **86%** (*contre 95% dans la Loire, 88% en Savoie et 76% en Isère*). Cette proportion est identique à celle calculée par l'enquête auprès de l'ensemble des généralistes (Cf. Chapitre A - : 87%).

Figure 32 : Nombre médian de généralistes en exercice dans un secteur, nombre médian et proportion de médecins figurant sur le planning de garde (N=30 secteurs)



D'après les réponses des responsables de secteur, la proportion de médecins figurant sur le planning de garde apparaît plus faible en zone urbanisée et de plaine par rapport aux secteurs de type rural ou de montagne (respectivement 78% *versus* 99% et 86% *versus* 95%) (Cf. Figure 33).

Figure 33 : Proportion de médecins figurant sur le planning de garde selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur (N=30 secteurs)

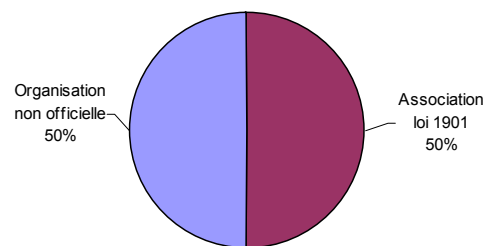


IV - ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES SECTEURS

IV.1 - Statut juridique de la garde libérale

Dans **50%** des secteurs, une structuration officielle de la PDS sous la forme d'une **association loi 1901** est retrouvée (*versus 8% des secteurs en Savoie, 26% dans La Loire et 33% en Isère*). Dans les autres cas, il s'agit d'une association "non officielle" entre praticiens ou d'une autre forme d'organisation (correspondant, la plupart du temps, à des ententes amiables non formalisées entre médecins et rejoignant donc la modalité "association non officielle").

Figure 34 : Statut juridique de la garde libérale (N=30 secteurs)

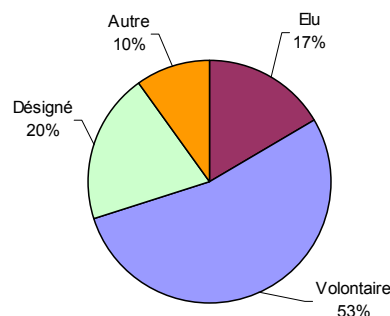


On relève que le statut juridique officiel type association Loi 1901 est prédominant dans les secteurs mixtes à caractère urbain (71%) et dans les secteurs ruraux (60%) alors que le cadre juridique non formalisé de la garde libérale prévaut dans les secteurs mixtes à caractère rural (63%) et dans les secteurs typiquement urbains (60%) (Cf. Annexe B.II).

IV.2 - Mode de désignation du responsable de secteur

Dans plus de la moitié des cas (**53%**), le responsable de secteur s'est **porté volontaire** (42%, 40% et 35%, *respectivement dans la Loire, l'Isère et la Savoie*). Un responsable sur cinq fait remarquer qu'il avait été désigné (20%). Il n'a été formellement élu que dans 5 secteurs, soit 17% des secteurs (*contre 21% des secteurs dans la Loire; 18% en Isère et 3% en Savoie*). On note que le volontariat est plus important dans les secteurs typiquement urbains (70%) et les secteurs mixtes ruraux (63%) que dans les secteurs exclusivement ruraux (40%) et les secteurs mixtes à caractère urbain (29%) (Cf. Annexe B.II).

Figure 35 : Mode de désignation du responsable de secteur -%- (N=30 secteurs)

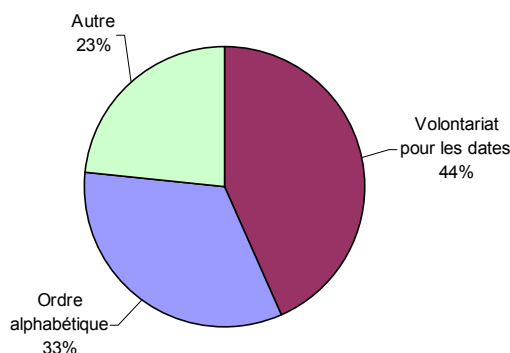


IV.3 - Modalités de choix des gardes

Pour près de deux secteurs de garde sur cinq renseignés (**44%**), la modalité habituelle de choix des gardes repose sur un **volontariat pour les dates**. (comme approximativement d'ailleurs dans l'Isère, la Loire, la Savoie ; respectivement 51%, 47% et 46%). Une fois sur trois (33%), elle repose sur une répartition par ordre alphabétique. D'autres méthodes sont employées par 23% des responsables de secteur pour la répartition des gardes, sans que l'on puisse les identifier dans cette enquête.

La pratique prééminente pour l'attribution et la planification des gardes est le volontariat pour les dates dans les secteurs exclusivement urbains (50%) et ceux mixtes à caractère rural (63%). Par contre, deux principales modalités de choix des gardes sont usitées à égalité : le volontariat pour les dates et l'ordre alphabétique en milieu rural (respectivement 40%), l'ordre alphabétique et une "autre méthode" en milieu mixte à caractère urbain (respectivement 43%) (Cf. annexe B.II).

Figure 36 : Modalités habituelles de choix des gardes-%- (N=30 secteurs)



Dans la mesure où il subsistait des dates non attribuées pour la garde, dans 43% des cas (concernant 13 secteurs sur les 30), il a été fait le choix de les répartir selon un autre mode que celui du tirage au sort (13%, 4/30) ou encore de la réquisition (10%, 3/30) (Cf. Tableau 10). Le nombre important de "non réponses" à cette question (33%) conduit à supposer, soit que le fait d'avoir des dates non attribuées pour la garde libérale est une situation exceptionnelle voire inexistante, soit que les responsables de secteur n'ont pas souhaité s'exprimer sur ce point là.

Tableau 10 : Modalité de choix des gardes pour les dates restantes non attribuées selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur (N=30 secteurs)

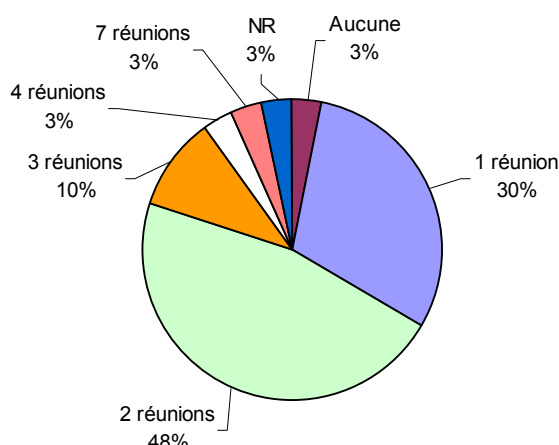
	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde						Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Tirage au sort	3	30,0	1	14,3	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	4	21,1	4	13,3
Réquisition	0	,0	3	42,9	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	3	15,8	3	10,0
Autre	4	40,0	2	28,6	4	50,0	3	60,0	4	50,0	2	66,7	7	36,8	13	43,3
NR	3	30,0	1	14,3	4	50,0	2	40,0	4	50,0	1	33,3	5	26,3	10	33,3
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0	30	100,0

IV.4 - Nombre de réunions organisées dans les secteurs et objet de ces réunions

En 2005, près de **huit secteurs de garde sur dix** ont organisé en moyenne **une à deux réunions** (78%). Seuls deux secteurs sur dix (16%) ont organisé plus de deux réunions. Un unique secteur signale n'avoir organisé aucune réunion durant l'année écoulée.

Majoritairement, ce sont deux réunions qui ont eu lieu en 2005 dans les secteurs ruraux (60%) ainsi que dans les secteurs mixtes à prédominance urbaine (57%) et à prédominance rurale (63%). Par contre, une seule réunion a été organisée en moyenne dans la majorité des secteurs urbains (50%) (Cf. annexe B.II).

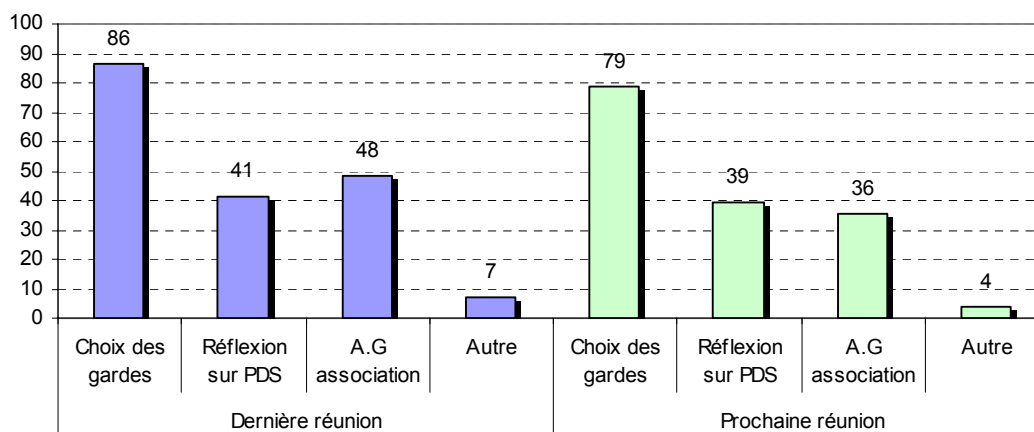
Figure 37 : Nombre de réunions organisées dans les secteurs en 2005-- (N=30 secteurs)



Les **dernières réunions** organisées dans les secteurs de garde ont essentiellement eu pour **objet le choix des gardes** (86%), assez fréquemment l'assemblée générale de l'association (48%) et une réflexion sur la PDS (41%). Assez rarement, d'autres sujets ont été traités à l'occasion de ces réunions de secteur (Cf. Figure 38).

L'ordre du jour de la prochaine réunion de secteur sera principalement le choix des gardes (79%), la réflexion sur la PDS (39%) et l'assemblée générale de l'association (36%). Ce qui veut dire que sera abordée en deuxième position la réflexion sur la PDS dans les futures réunions, alors qu'auparavant était organisée l'Assemblée générale.

Figure 38 : Objet des dernières réunions et objet des prochaines réunions organisées dans les secteurs
-- Calcul réalisé sur les dossiers renseignés--



V - MODALITES DE CONTACT DU MEDECIN DE GARDE

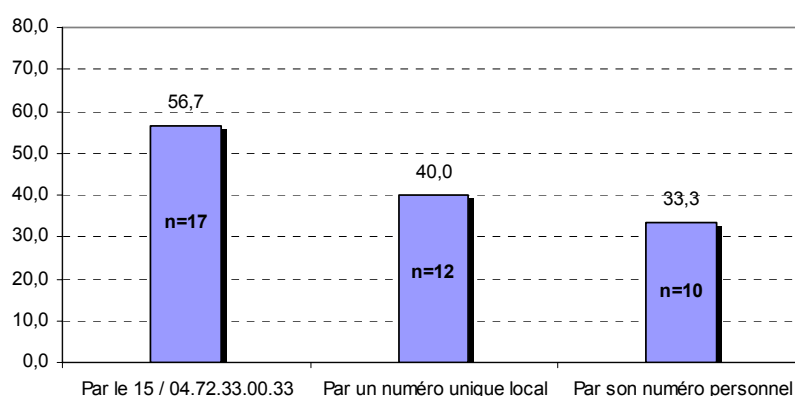
V.1 - Modalités de contact et vecteurs d'information

Pour la majorité des secteurs de garde (57%), le médecin de garde peut être joint par la population par l'intermédiaire du 15 / 04.72.33.00.33. Egalement, il est assez fréquemment appelé par le biais d'un numéro unique local (40%) ou encore par l'intermédiaire de son numéro personnel (33%).

Plusieurs cas de figure en matière de contact des médecins associés à la PDS sont observés parmi les 30 secteurs de garde répondants (Cf. Annexe B.IV) :

- un **seul et unique moyen de contact** est privilégié (22 secteurs concernés, soit 73%) : le 15 / 04.72.33.00.33 (9 secteurs) ou le numéro personnel (7 secteurs) ou le numéro local (6 secteurs),
- le recours à **deux modes de contact** (7 secteurs, soit 23%) : le 15 / 04.72.33.00.33 et le numéro local (5 secteurs), le 15 / 04.72.33.00.33 et le numéro personnel (2 secteurs),
- l'**usage de l'ensemble des modalités de contact**, à savoir le 15 / 04.72.33.00.33, le numéro local et le numéro personnel (1 secteur concerné, soit 4%).

Figure 39 : Modalité de contact du médecin de garde par la population-%(N=30 secteurs)



La situation varie en fonction du degré d'urbanisation : la part du recours au 15 est sensiblement plus importante en zone mixte rurale à rurale (près de 80% versus 40% en zone urbaine à mixte urbaine) (*dans la Loire et la Savoie, la part du 15 était peu différente entre zone urbanisée et rurale*). La part du recours au numéro de téléphone personnel du médecin est presque aussi importante dans les secteurs mixtes urbains (43%) que dans les autres secteurs typiquement urbains (40%) et enfin dans les secteurs mixtes ruraux (38%). C'est également le cas du numéro local dont l'usage est aussi important en zone urbaine (50%) qu'en zone mixte rurale (50%) (Cf. Tableau 11).

L'analyse des modalités de contact du médecin de garde par la population met en exergue trois situations très différenciées selon la topographie du département du Rhône :

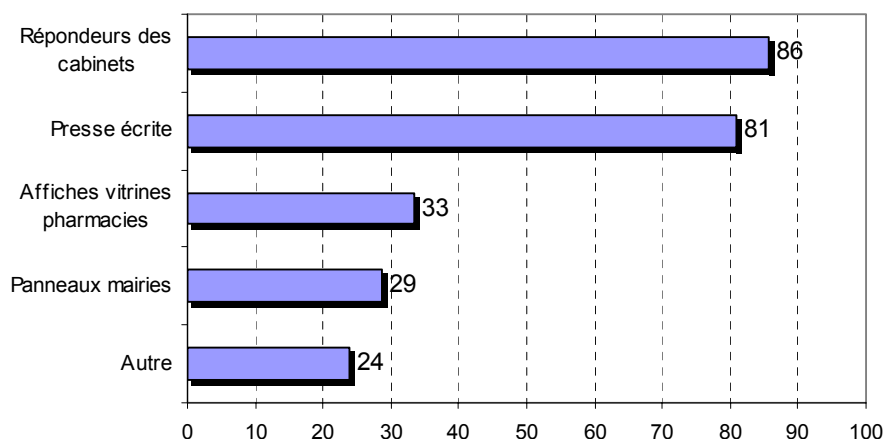
- un recours presque indifférencié aux trois modes de contacts existants dans les zones de collines et de plaines : 15 / 04.72.33.00.33 (47%), numéro unique local (47%) et numéro personnel du médecin (37%),
- un usage prédominant du 15 / 04.72.33.00.33 (63%) dans les zones de montagne et un recours plus modéré au numéro personnel (38%) et plus marginal au numéro local (13%),
- un recours systématique au 15 / 04.72.33.00.33 (100%) et fréquemment au numéro local (67%) dans les zones mixtes.

Tableau 11 : Modalités de contact du médecin de garde par la population selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain (n=10)		Mixte urbain (n=7)		Mixte rural (n=8)		Rural (n=5)		Zone de montagne (n=8)		Mixte (n=3)		Collines, plaines (n=19)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Par le 15 / 04 72 33 00 33	4	40,0	3	42,9	6	75,0	4	80,0	5	62,5	3	100,0	9	47,4
Par un numéro unique local	5	50,0	2	28,6	4	50,0	1	20,0	1	12,5	2	66,7	9	47,4
Par son numéro personnel	4	40,0	3	42,9	3	37,5	0	,0	3	37,5	0	,0	7	36,8

L'information du public sur les modalités de contact du médecin de garde se fait presque exclusivement par le biais des réponders téléphoniques des cabinets (86%) et de la presse écrite (81%). Moins fréquemment, elle est véhiculée grâce aux affiches apposées dans les vitrines des pharmacies (33%) et dans les mairies (29%) et à d'autres moyens de communications mis en œuvre (24%).

Figure 40 : Vecteurs d'information du public sur les modalités de contact du médecin de garde -%-
-Calcul réalisé sur les 21 dossiers concernés-



V.2 - Consignes particulières données au 15 / 04.72.33.00.33

Le tiers des secteurs de garde répondants ont donné au 15/04.72.33.00.33 des consignes particulières en matière de régulation ; par contre ils sont les deux tiers à n'avoir donné aucune directive. Ces consignes sont surtout renseignées dans les secteurs ruraux (Cf. Tableau 12).

Ces consignes particulières de régulation adressées au 15 sont principalement de deux ordres : confirmation de la présence du médecin de garde et non diffusion du numéro personnel (portable) du médecin de garde (Cf. Annexe B.V).

Figure 41 : Secteurs de garde où des consignes particulières de régulation ont été données au 15 / 04.72.33.00.33 -%- (N=30 secteurs)

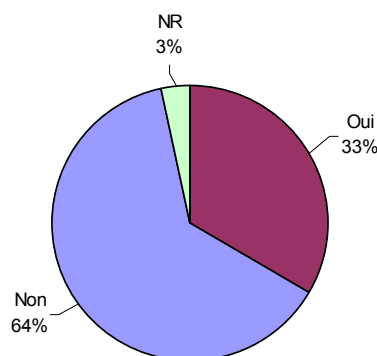


Tableau 12 : Secteurs de garde où des consignes particulières de régulation ont été données au 15 / 04.72.33.00.33 selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde							
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	2	20,0	2	28,6	4	50,0	2	40,0	2	25,0	3	100,0	5	26,3		
Non	8	80,0	5	71,4	4	50,0	2	40,0	5	62,5	0	,0	14	73,7		
NR	0	,0	0	,0	0	,0	1	20,0	1	12,5	0	,0	0	,0		
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0		

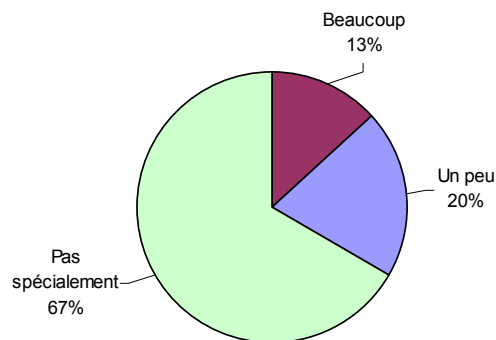
VI - DIFFICULTES RENCONTREES DANS LES SECTEURS

VI.1 - Difficultés pour établir le tableau de garde

Dans le Rhône, des **difficultés relatives voire importantes** pour établir le tableau de garde sont décrites pour près d'un tiers des secteurs (**33%**) (*versus 45% en Isère, 30% en Savoie et 21% dans la Loire*). Pour 13% d'entre eux, ces difficultés sont très importantes (*versus 20% en Isère, 3% en Savoie et 0% dans la Loire*). Les deux tiers des secteurs ne rencontrent pas spécialement de difficultés en la matière (67%).

L'ampleur des difficultés pour établir le planning de la garde libérale apparaît être corrélée au degré d'urbanisation. En effet, ce sont dans les secteurs mixtes à prédominance urbaine et à caractère rural que les difficultés précitées sont les plus prégnantes (respectivement, 57% et 38%). En revanche, les secteurs ruraux ne sont confrontés à aucune difficulté particulière dans ce domaine (Cf. Annexe B.III).

Figure 42 : Difficultés rencontrées dans les secteurs pour établir le tableau de garde -%- (N=30 secteurs)

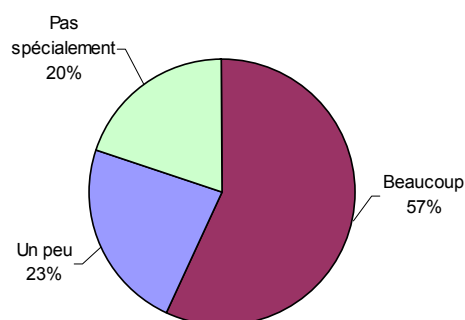


VI.2 - Difficultés prévisibles à terme pour la permanence des soins

Ce sont huit responsables de secteur de garde sur dix qui prévoient à terme des difficultés pour la permanence des soins (PDS) dans leur secteur inhérentes à l'âge des médecins, aux problèmes de sécurité, à la fatigabilité, aux distances à parcourir, etc. Ils sont même près de six secteurs sur dix (57%) à prévoir des difficultés importantes (contre 68% en Isère, 54% en Savoie et 47% dans la Loire) (Cf. Figure 43).

De manière générale, le degré d'urbanisation semble avoir une influence sur le niveau des difficultés d'organisation de la PDS à l'avenir. En effet, si les secteurs de garde mixtes géographiquement sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés pour l'organisation de la PDS, ce sont également ceux qui apparaissent les plus inquiets pour le futur : 100% des responsables répondants des secteurs mixtes à prédominance urbaine et 87% de ceux des secteurs mixtes à prédominance rurale (Cf. Annexe B. III).

Figure 43 : Difficultés attendues à terme dans les secteurs pour la PDS -%- (N=30 secteurs)



En annexe B.IV figurent certaines réponses des responsables pour chacun des secteurs documentés, en particulier les réponses relatives aux difficultés actuelles ou attendues. Enfin, en annexe B.V sont retranscrits les commentaires libres portés sur les questionnaires. Les grandes thématiques de ces commentaires ont trait :

- à l'organisation de la régulation "chaotique" entre le 15 et les médecins de garde (problèmes de coordination),
- au désinvestissement des médecins pour la permanence des soins,
- aux réticences pour assurer des gardes en semaine et après minuit,
- au vieillissement des médecins jugé problématique,
- au regroupement de secteurs de garde et suppression des gardes la nuit,
- à la méconnaissance de la ligne 04.72.33.00.33,
- aux difficultés de la régulation libérale,
- aux inquiétudes quant à la pérennisation des MMG, etc.

VII - SYNTHÈSE DES RESULTATS

L'enquête spécifique conduite auprès des 54 responsables des 49 secteurs de garde du Rhône, parallèlement à l'étude réalisée auprès de l'ensemble des généralistes du département, a été documentée par 63% d'entre eux.

Elle met en lumière l'hétérogénéité des secteurs de garde et de leur mode d'organisation ainsi que les difficultés rencontrées et attendues.

Caractéristiques des secteurs :

- ✓ Les secteurs renseignés sont pratiquement répartis pour 56% en zone urbaine et 44% en zone rurale. Les secteurs urbains ou à prédominance urbaine sont donc en légère majorité.
- ✓ Près 37% des secteurs sont en zone de montagne (intégralement ou partiellement), 63% étant en zone de plaines ou de collines.
- ✓ Leur étendue (distance entre les limites extrêmes) est en moyenne de 18 km (mais celle-ci peut aller jusqu'à 40 km), correspondant à un trajet moyen dans des conditions normales de circulation de 23 minutes (jusqu'à 45 minutes dans certains secteurs) et de 42 minutes par temps de neige (jusqu'à 90 minutes).
- ✓ Le nombre de médecins par secteur de garde varie de 5 à 65, le nombre médian étant égal à 18 (ce qui est plus élevé que dans l'Isère, la Loire, et la Savoie avec respectivement 11, 10 et 5 médecins). Parmi eux, 86% figurent sur le planning de garde en 2005. Le nombre médian de médecins apparaissant officiellement sur le planning est égal à 16 par secteur.

Mode d'organisation :

- ✓ La moitié des secteurs sont organisés sous la forme d'une association loi 1901. Les modalités de désignation du responsable de secteur sont très variées : volontariat le plus souvent, désignation d'office ou élection. Pour le choix des gardes, les pratiques les plus courantes sont celles du volontariat pour les dates (44%) et de la répartition par ordre alphabétique (33%). Des réunions ont été organisées dans tous les secteurs (sauf un), principalement axées sur le choix des gardes, mais assez souvent également sur l'assemblée générale et sur une réflexion sur la PDS. Dans près d'1/6^{ème} des secteurs, leur nombre a dépassé 2 en 2005.
- ✓ Le médecin de garde peut être joint par le public par l'intermédiaire du Centre 15 / 04.72.33.00.33 dans 57% des secteurs de garde (surtout en zones rurales), du numéro unique local (40%, avant tout dans les zones urbaines et mixtes à caractère rural) et du numéro personnel du médecin (33%, plus particulièrement dans les zones urbaines). Le public est informé des modalités de contact du médecin de garde presque exclusivement par le biais des répondants des cabinets et par la presse régionale quotidienne.
- ✓ Pour la régulation, le tiers des secteurs de garde répondants ont donné des consignes particulières au 15/04.72.33.00.33.

Difficultés vécues et attendues :

- ✓ Un tiers des responsables interrogés (33%) signalent des difficultés pour établir le tableau de garde. Parmi eux, 13% considèrent ces difficultés comme très importantes. Sur ce plan, la situation semble un peu plus problématique qu'en Savoie et dans la Loire mais bien moins qu'en Isère.
- ✓ D'un autre côté, 80% des responsables de secteurs de garde prévoient à terme des difficultés pour la PDS dans leur secteur, difficultés *importantes* pour 57% d'entre eux (68% en Isère, 54% en Savoie et 47% dans la Loire). Trois secteurs sur cinq n'attendent pas spécialement de difficultés.

C - PERCEPTION DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE LIBERALE PAR LES ELUS LOCAUX

I - RAPPEL DE LA METHODE, TAUX DE REPONSE ET CARACTERISTIQUES DES REPONDANTS

I.1 - Rappel de la méthode

Un questionnaire a été envoyé mi-février 2006 à **147 élus** locaux du département du Rhône :

- 54 Conseillers généraux (sur 54),
- 24 Présidents de communautés de communes (sur 24).
- 69 Maires (sur 302),

L'interrogation a porté sur tous les Conseillers généraux et Présidents de communauté de communes et sur un échantillon de Maires, constitué par "choix raisonné" de manière à obtenir une diversité de situation représentative du département en terme de localisation, environnement géographique et taille de la collectivité.

On précise que chaque élu a été interrogé sur la situation locale de la collectivité dont il est le représentant (canton, commune, communauté de communes). Pour les personnes ayant plusieurs mandats électifs, celui concerné par l'enquête était clairement spécifié.

I.2 - Taux de réponse

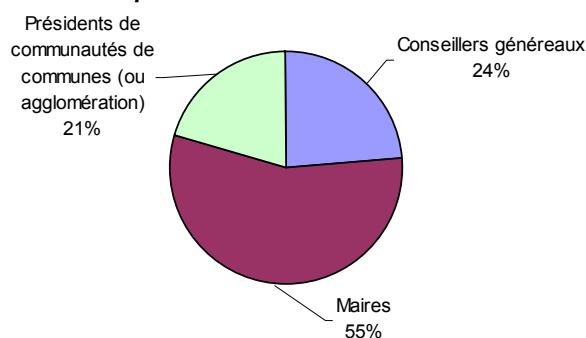
Globalement, le **taux de réponse**, après relance postale début mars 2006, a été de **46%** (68 questionnaires retournés sur 147). Ce taux est plus élevé que celui obtenu pour les médecins généralistes (38%). Il est par contre plus faible que le taux de réponse réalisé dans la Loire, l'Isère ou la Savoie (respectivement 54%, 57% et 58%). Il est apparu plus faible chez les Conseillers Généraux que dans les deux autres catégories d'élus :

- 55% chez les Maires (38 sur 69),
- 54% chez les Présidents de communautés de communes (13 sur 24),
- 32% chez les Conseillers généraux (17 sur 54).

Au final, les questionnaires émanant de Maires représentent plus de la moitié des questionnaires reçus (Cf. Figure 44).

Dans le cadre de l'étude, 63 questionnaires ont été exploités, cinq ayant été reçus après la réalisation du traitement de l'ensemble des questionnaires. La répartition des répondants en fonction de la nature du mandat électif figure comme suit : 55% de maires, 24% de conseillers généraux et 21% de présidents de communauté de communes (Cf. Figure 44).

Figure 44 : Répartition des répondants en fonction de la nature du mandat électif (n=63)



I.3 - Caractéristiques des territoires dont les répondants sont les élus

- Plus de la moitié des répondants (56%) étaient des élus de collectivités à caractéristiques plutôt urbaines (soit nettement urbaines, soit mixtes à prédominance urbaine). Les élus de collectivités à caractéristiques nettement rurales ne constituent que 21% des répondants (Cf. Figure 45).
- Plus de la majorité (54%) sont des élus de collectivités de plaines ou collines, 24% des élus de collectivités montagnardes et 22% des élus de collectivités où la topographie est mixte (Cf. Figure 46).

Figure 45 : Degré d'urbanisation du territoire dont le répondant est l' élu -%-
-calcul réalisé sur 61 dossiers renseignés : 96,8%-

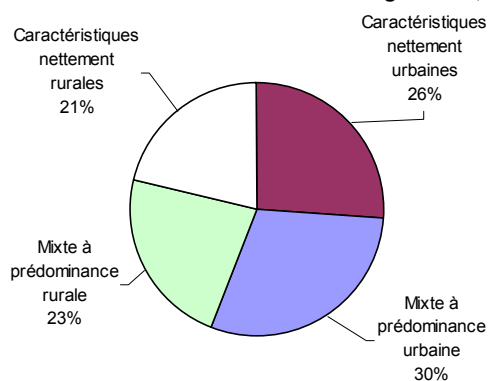
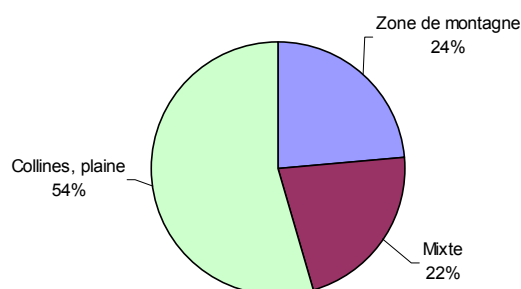


Figure 46 : Topographie du territoire dont le répondant est l' élu -%-
-calcul réalisé sur 55 dossiers renseignés : 87,3%-



II - JUGEMENT PORTE SUR L'OFFRE DE SOINS LIBERALE LOCALE

II.1 - Jugement sur l'offre libérale d'un point de vue quantitatif

a) Médecine générale

Près d'un tiers des élus interrogés (30%) dressent le constat d'une offre quantitativement insatisfaisante en médecine générale sur le territoire dont ils sont l'élu (*proportion plus élevée que celle relevée dans les autres départements [Isère : 27%, Savoie : 26%, Loire : 11%]*). Dans ce cas, c'est surtout le nombre de généralistes par rapport à la population qui est principalement mis en avant (24%) par rapport à une mauvaise répartition sur le territoire (8%) (*cette insuffisance avait aussi été pointée par les élus lors de l'enquête réalisée en Isère et en Savoie*).

Figure 47 : Jugement sur les aspects quantitatifs de l'offre en médecine générale libérale dans le territoire dont le répondant est l'élu -%- (n=63)

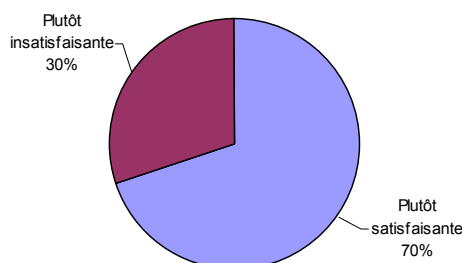
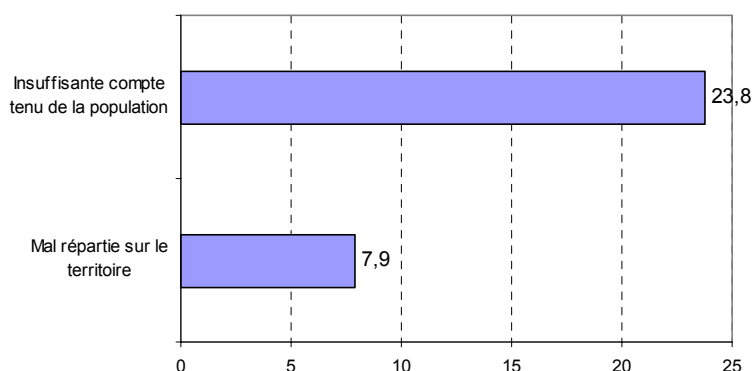


Figure 48 : Proportion d'élus estimant que, sur le territoire qu'ils représentent, l'offre en médecine générale est insuffisante ou mal répartie (%)
-% calculé sur l'ensemble des répondants (n=63)-



L'examen des réponses apportées par les élus en fonction des caractéristiques de secteur (Cf. Tableau 13) permet de faire le constat que l'insatisfaction est plutôt le fait d'élus de territoires ruraux (54% *versus* 19% en territoire urbain) ou à dominante rurale (36% *versus* 17% en territoire mixte urbain).

b) Médecine spécialisée

L'insatisfaction relative à l'offre médicale spécialisée est plus manifeste encore puisque 40% des élus s'en font l'écho (contre 33% chez les élus de la Loire, 44% chez ceux en Savoie et 50% pour ceux de l'Isère). Soulignons que certains élus ne se prononcent pas, soit parce qu'ils s'estimaient incapables de porter un jugement, soit parce qu'ils considéraient que l'offre spécialisée dans leur secteur était certes insuffisante, voire inexistante, mais sans que cela puisse être considéré comme insatisfaisant, compte tenu de la faiblesse de la population concernée et de la présence de ressources médicales spécialisées à une distance jugée raisonnable. Près du tiers des élus répondants (30%) évoquent une insuffisance quantitative en spécialistes libéraux et 11% déplorent leur mauvaise répartition sur le territoire.

Figure 49 : Jugement sur les aspects quantitatifs de l'offre en médecine libérale spécialisée dans le territoire dont le répondant est l'élus -%- (n=63)

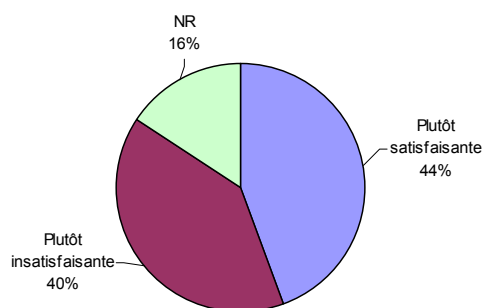
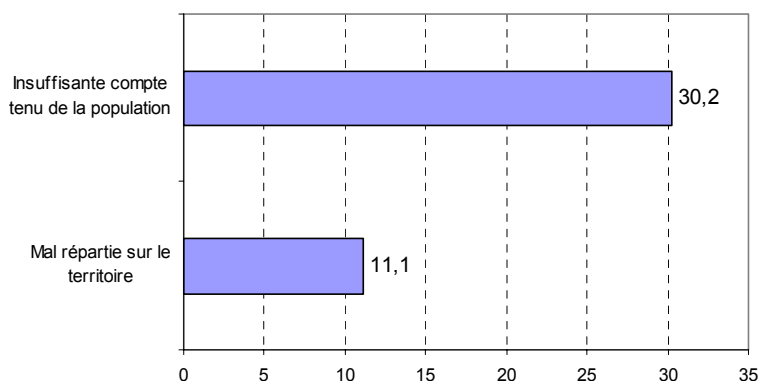


Figure 50 : Proportion d'élus estimant que, sur le territoire qu'ils représentent, l'offre en médecine libérale spécialisée est insuffisante ou mal répartie -%-
-% calculé sur l'ensemble des répondants (n=63)-



Là aussi, on peut noter que l'insatisfaction au niveau de l'offre spécialisée libérale, comme pour l'offre en médecine généraliste, est plus sensible dans le monde rural (54%) ou à dominante rurale (43%) qu'en milieu mixte urbain (31%) et urbain (28%) (Cf. Tableau 13).

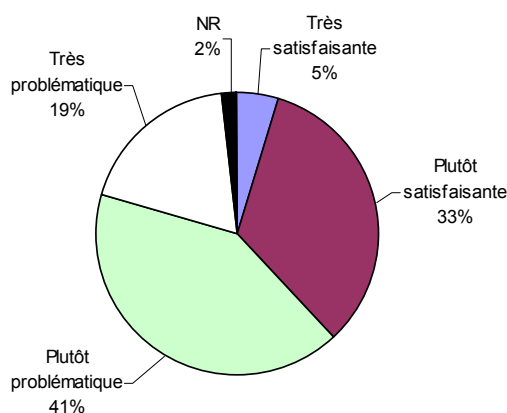
Quelques commentaires libres ont été portés au sujet de l'offre libérale (Cf. Annexe C.I). Outre des doléances sur l'absence ou l'insuffisance de l'offre spécialisée (d'une manière générale ou, plus spécifiquement sur la gériatrie, la pédiatrie, la psychiatrie ou certaines disciplines paramédicales), les difficultés d'accès à l'offre de soins et les problèmes de transport afférents, le retrait des

médecins de certains quartiers "populaires", plusieurs commentaires font part de l'inquiétude des élus pour le futur, face au vieillissement du corps médical et du non remplacement des médecins ruraux qui partiront à la retraite. D'un autre côté, certains font état de l'avantage de la position de proximité des zones très urbaines avec les zones plus retirées pour un accès plus aisé à la médecine générale et spécialisée.

II.2 - Jugement porté sur la permanence des soins au niveau local

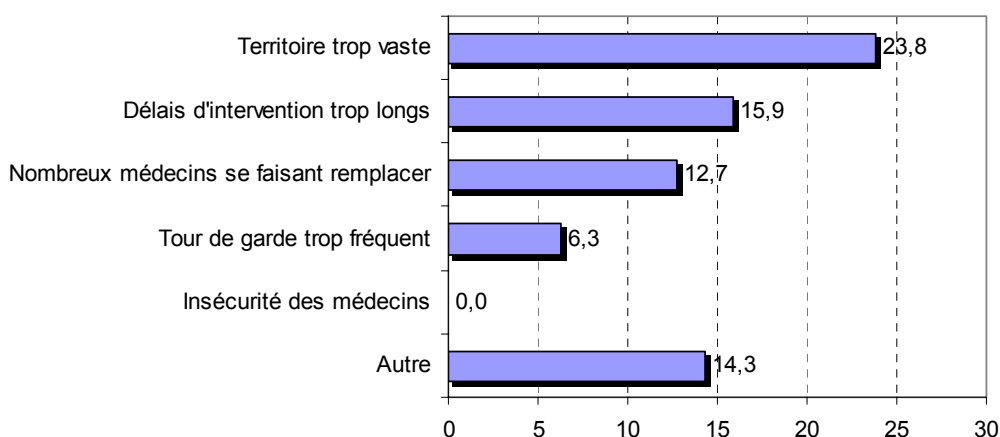
Près de 60% des élus interrogés jugent problématique (40%) voire très problématique (près de 20% d'entre eux) l'organisation de la permanence des soins (PDS) dans leur secteur (ce constat est proche de celui observé par les élus de l'Isère avec 65%, contre 32% des élus savoyards et 30% des élus de la Loire).

Figure 51 : Jugement sur l'organisation de la PDS assurée par les médecins généralistes dans le territoire dont le répondant est l' élu -%- (n=63)



Les raisons évoquées par certains élus sont essentiellement la grande **étendue du territoire** (pour 24% des élus répondants) et la longueur des **délais d'intervention** (16%).

Figure 52 : Motifs d'insatisfaction de l'organisation de la PDS dans le territoire dont le répondant est l' élu (%) -% calculé sur l'ensemble des répondants (n=63)-



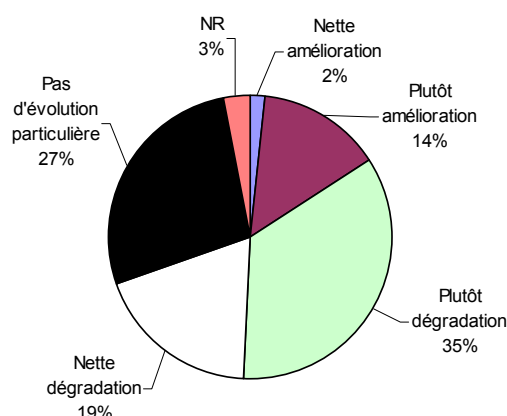
L'organisation de la **PDS** est jugée **problématique** dans des proportions comparables en milieu urbain et rural (Cf. Tableau 13) avec une prédominance pour les médecins des **secteurs typiquement ruraux** (92% versus 44% à 56% pour les

secteurs urbains à mixtes ruraux). Ainsi, les secteurs de montagne et mixte sont les plus concernés.

Notons que **54%** des élus interrogés (*contre 37% en Savoie, 42% dans la Loire et 57% en Isère*) dressent le constat d'une **dégradation** de la PDS **au cours des 10 dernières années** (dont une dégradation très nette pour près de 20%). Ils sont 27% à ne pas avoir constaté d'évolution particulière concernant l'organisation de la PDS. Seulement 16% ont vu une amélioration à ce niveau (dont 2% une nette amélioration).

La dégradation de la situation est plus marquée dans les zones typiquement rurales (69%) et les zones mixtes à prédominance rurale (57%) que dans les secteurs urbanisés (50% en zones urbaines et 39% en zones mixtes à caractère urbain). Ce constat est corroboré par l'analyse topographique : la dégradation de l'organisation de la PDS est plus nette dans les secteurs de montagne (85% *versus* 50% et 40% respectivement en zones mixtes et de plaine) (Cf. Tableau 13).

Figure 53 : Jugement sur l'évolution de l'organisation de la PDS dans le territoire dont le répondant est l' élu -% (n=63)



Dans leurs commentaires libres (Cf. Annexe C.III), certains élus ont mis en avant l'intérêt de l'implantation de structures sanitaires novatrices de la PDS telles que les Maisons Médicales de Garde, le problème du non remplacement des médecins partant à la retraite, une insuffisante activité de garde, une incohérence du secteur de garde, les changements d'attitude de certains médecins (réticence à se déplacer), les difficultés rencontrées par les familles relatives aux distances domicile-médecin-pharmacie, etc.

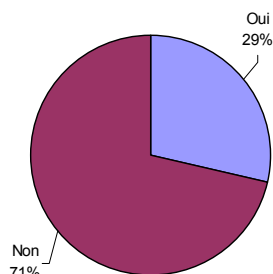
II.3 - Jugement sur une nouvelle organisation de la permanence des soins

Une nouvelle organisation de la permanence de soins s'est faite jour dans certains secteurs, en particulier, urbains autour des maisons médicales de garde (MMG), ces dernières étant au nombre de 7 : quatre à Lyon, une à Vénissieux, une à Villefranche et une à Belleville.

Près de **30%** des élus rapportent **l'existence d'une ou plusieurs MMG sur leur territoire** (Cf. Figure 54). Sur les 18 élus qui ont répondu par l'affirmative : 15 élus (83%) ont précisé l'existence d'une seule MMG ; un élu que deux MMG étaient en activité sur son territoire et un autre quatre. Un élu n'a toutefois pas renseigné cette information.

Ce sont dans les zones urbaines où les élus ont été les plus nombreux à indiquer la présence de MMG sur leur territoire (56%) ; assez souvent ils en ont fait état sur leur territoire de type mixte à prédominance rurale (27%) et rurale (23%) (Cf. Annexe C.II).

Figure 54 : Proportion d'élus rapportant l'existence d'une ou plusieurs MMG dans leur territoire (n=63)

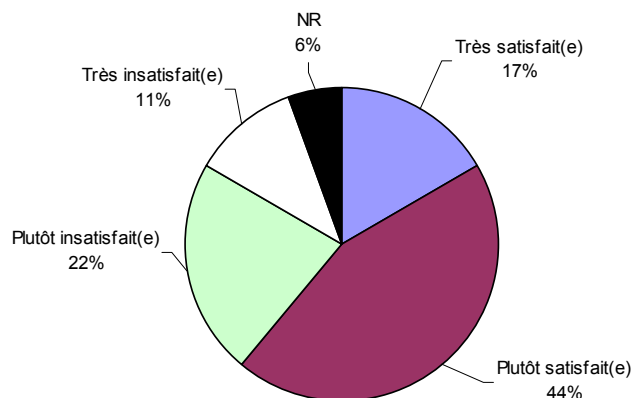


Près des **deux tiers** des élus sont **satisfaits du service que rend(ent) la ou les MMG** (implantée(s) sur le territoire des élus répondants) à la population (dont 17% très satisfaits). De ce constat ne doit pas être occulté le fait qu'un tiers des élus en sont insatisfaits (dont 11% très insatisfaits) (Cf. Figure 55).

Toutefois, il convient de noter que le niveau de satisfaction des élus locaux quant au service rendu par les MMG à la population est différencié selon le degré d'urbanisation. Trois cas de figure peuvent être relevés (Cf. Annexe C.II) :

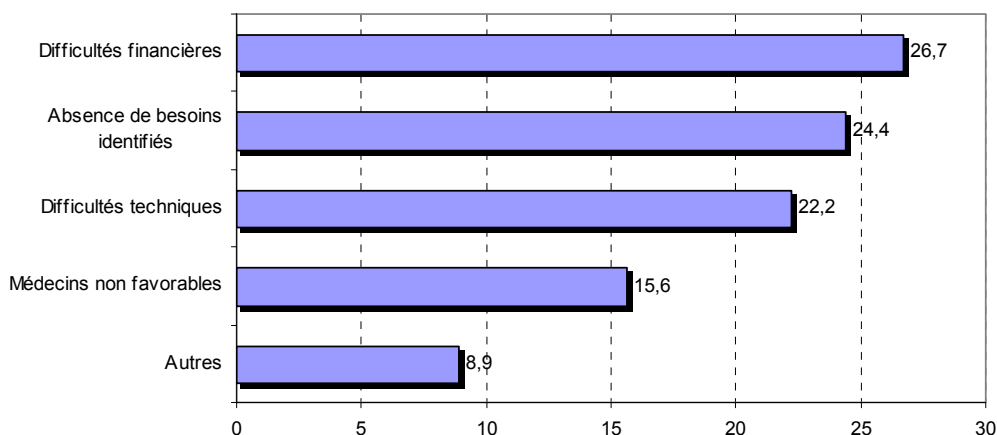
- une satisfaction quasi unanime (89%) voire totale (si on exclut les non réponses) dans les territoires urbains,
- une satisfaction partagée des élus dans les secteurs mixtes à prédominance rurale (entre des élus plutôt satisfaits et plutôt insatisfaits, respectivement 50%) et une insatisfaction prépondérante dans les territoires ruraux (un tiers plutôt satisfaits et les deux tiers plutôt insatisfaits),
- une grande insatisfaction dans les secteurs mixtes à prédominance urbaine (100%), mais cet avis ne concerne qu'un élu.

Figure 55 : Satisfaction de l'élus par rapport au service rendu par la MMG à la population (n=18)



Les élus locaux étaient interrogés sur les raisons de la non création d'une MMG sur leur territoire. Il s'est avéré que si aucune MMG n'existe dans le territoire de certains élus, cela s'explique par trois principales raisons : des difficultés financières (27%), l'absence de besoins clairement identifiés (24%) et des difficultés techniques (22%). Moins fréquemment (16%), les élus expliquent la non implantation d'une MMG sur le territoire par l'absence d'engagement des médecins généralistes dans un tel projet (Cf. Figure 56).

Figure 56 : Motifs de l'inexistence de MMG dans le territoire de l'élu (n=45)

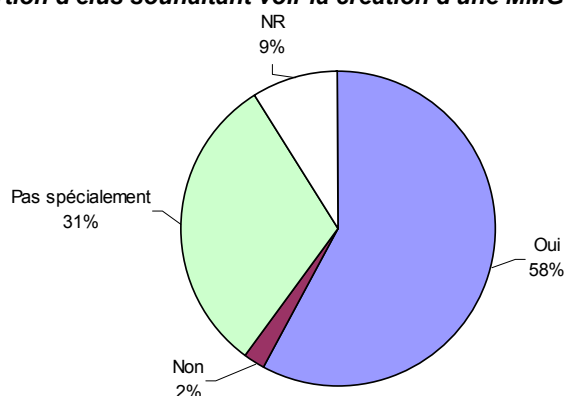


Selon le degré d'urbanisation, les principaux freins à la création de MMG ne figurent pas avec la même prédominance :

- dans les secteurs urbains : absence de besoins identifiés (43%), médecins non favorables (29%),
- dans les secteurs mixtes à caractère urbain : difficultés financières (41%), absence de besoins et difficultés techniques (respectivement 24%),
- dans les secteurs mixtes à caractère rural : difficultés techniques (30%), autres raisons, difficultés financières et absence de besoins (respectivement 20%),
- dans les secteurs ruraux : difficultés financières, difficultés techniques et médecins non favorables (respectivement 30%) et absence de besoins (20%).

Parmi les élus qui signalent l'inexistence de MMG sur leur territoire, plus de la moitié (58%) souhaiterait en disposer. Ils sont 31% à ne pas y être spécialement favorables et seulement 2% à y être clairement opposés. On note que 9% d'entre eux ne se sont pas prononcés sur ce sujet.

Figure 57 : Proportion d'élus souhaitant voir la création d'une MMG sur leur territoire (n=45)

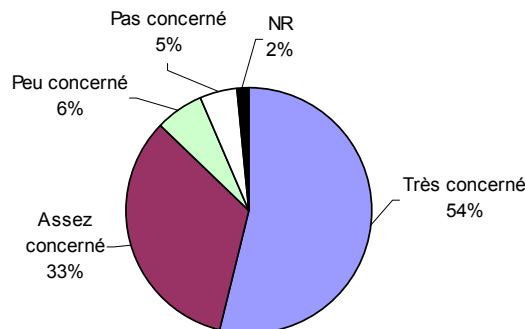


Parmi les élus locaux qui se sont prononcés favorablement pour la création de MMG sur le territoire dont ils sont les élus ; ceux des secteurs urbains sont proportionnellement les plus partisans (71%, soit 5 élus), les autres le sont sensiblement moins en milieu mixte à prédominance rurale (60%, soit 6 élus), en milieu mixte à prédominance urbaine (59%, soit 10 élus) et en milieu rural (50%, soit 5 élus) (Cf. Annexe C.II).

III - PROXIMITE ET IMPLICATION DES ELUS FACE A LA PROBLEMATIQUE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Dans leur très grande majorité (87%), les élus se sont dits **concernés par l'organisation de la permanence des soins** (versus 74% dans la Loire, 79% en Savoie et 88% en Isère). Parmi eux, **54%** se déclarent même **très concernés** (versus 39% dans la Loire, 44% en Savoie et 64% en Isère).

Figure 58 : Proximité exprimée par les élus par rapport à l'organisation de la PDS en médecine libérale dans le territoire qu'ils représentent (n=63)



Les **Conseillers Généraux** ont été **60%** à se déclarer très concernés (Cf. Tableau 14) (contre 68% en Isère, 44% dans la Loire et seulement 11% en Savoie). Egalement, ce sont **57%** des **Maires** qui se sont déclarés très concernés (c'était le cas de 31% des Maires de la Loire, 68% des Maires savoyards et 72% des Maires isérois). Enfin, **38%** des **Présidents de Communauté de Communes** ont fait cette déclaration (contre les 3 Présidents de Communauté participants dans la Loire, 47% des ceux de l'Isère et 33% de ceux de la Savoie). Il apparaît que ce sont les élus des secteurs mixtes à prédominance rurale les plus concernés (71%) ; les autres secteurs l'étant sensiblement moins (56% en secteurs urbains, 56% en secteurs mixtes à caractère urbain et 31% en secteurs ruraux) (Cf. Tableau 13).

Les réponses sur l'aide que la collectivité dont ils sont les élus pourrait apporter aux médecins libéraux pour organiser la PDS sont très variables (cf. Figure 59). Pour chaque modalité, a été notée l'importance des non réponses, témoin de l'incertitude de certains élus quant aux aides pouvant être potentiellement octroyées (les non répondants étaient aussi importants dans les autres départements enquêtés) :

- Peu nombreux (**18%**) sont ceux qui pensent que la collectivité dont ils détiennent le mandat pourrait **s'engager financièrement** (16% en Isère et 9% en Savoie ou dans la Loire). C'est le cas de 11% des Maires, de 23% des Présidents de Communauté de communes et de 27% des Conseillers Généraux (24% chez les Conseillers Généraux isérois, 19% chez ceux de la Loire et 6% chez leurs homologues savoyards).
- Plus nombreux (**46%**) sont les élus évoquant une aide sous la forme de **prises à disposition de moyens**, par exemple de locaux ou de véhicule (39% en Isère, 38% dans la Loire et 33% en Savoie). C'est le cas de 38% des Présidents de Communauté de Communes, 40% des Maires et 67% des Conseillers Généraux.

- Un peu plus nombreux encore sont les élus des 3 catégories qui pensent que la collectivité locale pourrait, voire devrait, s'engager en **créant une structure spécifique**, type maison médicale de garde (**53%**) (*versus 64% en Isère, 59% en Savoie et plus faiblement dans le Loire avec 46%*). Plus de la moitié d'entre eux (29%) font une réponse positive ferme sur ce point.
- Près des deux tiers des élus interrogés (**70%**) estiment que la collectivité locale pourrait, voire devrait, **appuyer les demandes des médecins libéraux auprès de certaines institutions** pour améliorer l'organisation de la PDS (*76% en Isère, 69% en Savoie et 63% dans la Loire*). La moitié des répondants (52%) en sont tout à fait convaincus. Les réponses des Conseillers Généraux apparaissent plus orientées dans ce sens pour 93% d'entre eux, comparativement aux Maires (66%) ou Présidents de Communautés de Communes (54%) (Cf. Figure 60).
- Enfin, certains élus pensent que d'autres types d'aide pourraient être proposés, sans que l'on puisse les identifier très clairement dans cette enquête (Cf. : Annexe C.III).

Les commentaires libres sur l'aide potentiellement apportée par les collectivités territoriales sont de natures très diverses. Certaines observations des élus répondants sont plutôt revendicatives car elles ont trait au fait que la santé ne constitue pas une compétence directe des communes et que les nombreux transferts de compétences effectués par l'état (sans financement afférent) obèrent pour partie la possibilité d'octroyer un financement dédié à la PDS. D'autres remarques sont plus conditionnelles : nécessité que chacun assume ses responsabilités respectives (notamment les médecins), mise en œuvre d'incitations fiscales à l'installation (plus particulièrement en zone de montagne), investissement dans une structure "PDS" dans la mesure où elle demeure la propriété de la collectivité. Des commentaires font état des projets en cours et futurs visant à favoriser l'installation de professionnels de santé (création de maison médicale et paramédicale ou d'un espace médical, aménagement d'un commerce en cabinet médical, etc.) (Cf. Annexe C.III).

Figure 59 : "Estimez-vous que le Conseil Général / votre communauté de communes / votre commune doit s'engager à son niveau pour aider les médecins libéraux à organiser la PDS ?" (n=64)-%

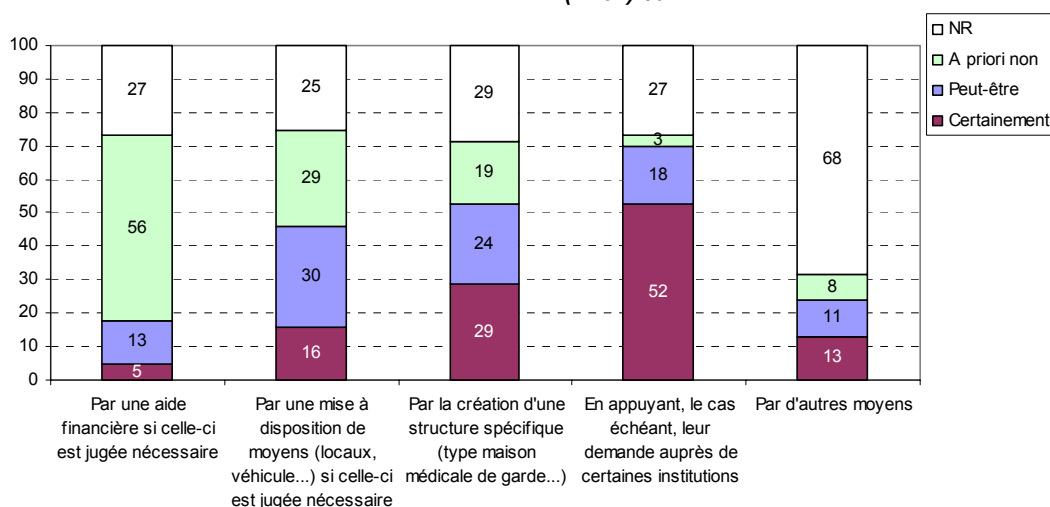
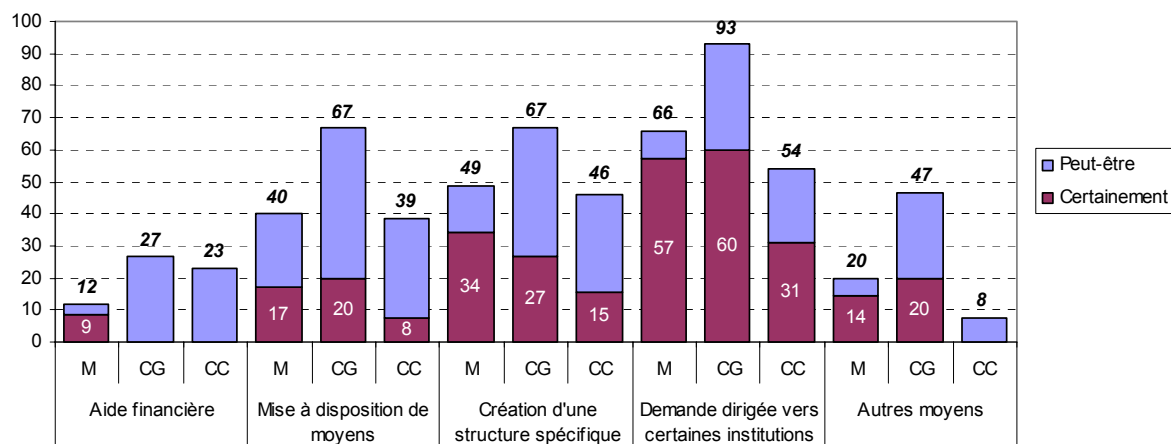


Figure 60 : Proportion d'élus pensant que la collectivité dont ils sont le représentant devrait ou pourrait s'engager en fonction du type de mandat électif (n=63)

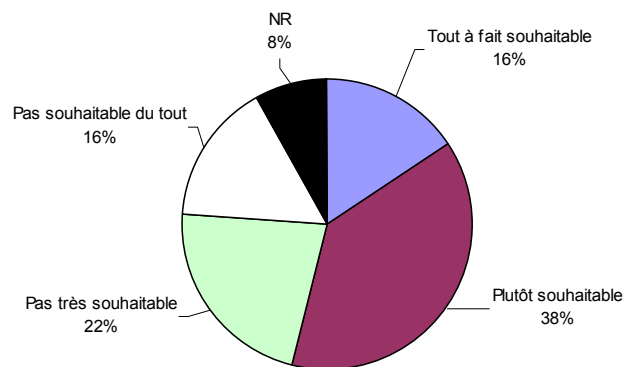
M = Maires, CG = Conseillers généraux, CC = Présidents de communautés de communes



IV - OPINION DES ELUS SUR LE DEPLACEMENT DES PATIENTS LORS DE LA PERMANENCE DES SOINS

On assiste depuis quelques années à une évolution des pratiques lors de la permanence des soins (PDS) puisque, souvent, les praticiens expriment le souhait que le patient se déplace au cabinet médical (sauf raison médicale ou empêchement) plutôt que le médecin se rende au domicile du patient. Les avis des élus apparaissent très partagés sur ce point : **54%** y voient une évolution plutôt (voire tout à fait) **souhaitable** (48% en Isère, 46% dans la Loire et 42% en Savoie), tandis que 38% sont d'un avis opposé. Près de 8% des élus ne se sont pas prononcés sur ce sujet.

Figure 61 : Opinion des élus sur le déplacement des patients durant la PDS -%- (n=63)



Contrairement à ce qui avait été rapporté dans la Loire, les élus urbains dans le Rhône sont les plus nombreux à être en accord avec une telle évolution des pratiques limitant le déplacement du médecin : 75% versus 15% des élus ruraux (Cf. Tableau 13).

Sur le principe, la majorité des élus locaux sont favorables au fait que le médecin ne se déplace plus au domicile des patients, mais certains formulent des recommandations dont les plus récurrentes visent à promouvoir : le maintien des visites à domicile pour les situations urgentes et pour certaines populations cibles (personnes sans moyen de transport, personnes en difficulté socio-économique, personnes handicapées, personnes âgées, personnes isolées) et à prêter une attention particulière au maillage sanitaire territorial pour limiter la distance entre le domicile des patients et le cabinet médical ou la MMG (Cf. Annexe C.IV).

V - VENTILATION DES REPONSES DES ELUS EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DU SECTEUR ET DU TYPE DE MANDAT ELECTIF

Rappelons que dans le Rhône, les résultats précédents montrent que les élus ruraux et ceux des secteurs mixtes à dominante rurale sont plus nombreux à considérer que l'offre médicale libérale (généraliste et spécialiste) est insatisfaisante et que l'organisation de la PDS est problématique actuellement et qu'elle s'est dégradée au cours du temps. Paradoxalement, les élus des zones rurales se sentent moins concernés par la PDS que les élus des secteurs urbains et mixtes (à prédominance rurale et urbaine). Cependant, ils ne semblent pas pour autant fermés à certaines contributions; ils sont aussi favorables que les élus des zones urbaines et "rurbaines" pour un appui pour demander des médecins et même davantage partisans pour un soutien financier. Leurs engagements sont en revanche plus limités concernant une aide à la création des MMG et pour une mise à disposition (quelle que soit la forme).

L'insatisfaction quant à l'offre médicale libérale locale (généraliste et spécialiste) est la plus marquée chez les Maires, comparativement aux Présidents de communauté de communes et aux Conseillers généraux. Les Maires répondants sont aussi les plus nombreux à juger la PDS problématique et à se sentir très concernés par ce sujet (comme d'ailleurs les Conseillers Généraux). Toutefois, leur engagement potentiel (quelle que soit sa forme) est plus limité que celui des Présidents de communauté de communes et davantage encore par rapport aux Conseillers généraux.

Tableau 13 : Réponses apportées par les élus aux différentes questions selon les caractéristiques du territoire

	Urbanisation				Topographie		
	Urbain	Mixte "urbain"	Mixte "Rural"	Rural	Montagne	Mixte	Plaine
% insatisfaits offre méd. générale	19	17	36	54	46	33	30
% insatisfaits offre méd. spécialisée	31	28	43	54	69	67	23
% PDS problématique	44	56	50	92	85	83	47
% dégradation PDS	50	39	57	69	85	50	40
% très concernés par PDS	56	56	71	31	46	58	57
% soutien financier	19	17	14	23	23	8	13
% mise à disposition	44	44	64	38	46	42	47
% aide à création MMG	56	50	64	38	46	50	57
% appui demandes MG	56	72	79	77	62	75	73
% déplacement patient souhaitable	75	67	50	15	38	42	57
Effectifs	16	18	14	13	13	12	30

Tableau 14 : Réponses apportées par les élus aux différentes questions selon la nature du mandat électif (%)

	Conseillers généraux	Maires	Présidents de communauté de communes
% insatisfaits offre méd. générale	27	34	23
% insatisfaits offre méd. spécialisée	33	43	38
% organisation PDS problématique	40	69	62
% dégradation de la PDS	47	54	62
% très concernés par PDS	60	57	38
% soutien financier	27	11	23
% mise à disposition	67	40	38
% aide à création MMG	67	49	46
% appui des demandes des MG	93	66	54
% déplacement patient souhaitable	73	49	46
Effectifs	15	35	13

VI - SYNTHÈSE DES RESULTATS

L'enquête sur la permanence des soins a été aussi conduite auprès de 147 élus locaux du Rhône. De manière exhaustive, ont été sollicités les Conseillers généraux (54), les Présidents de communauté de communes (24). Un échantillonnage a été pratiqué pour interroger les Maires (69 sur 302). L'objet de cette enquête a été de recueillir la perception qu'ont les élus locaux de l'organisation de la permanence de soins en médecine libérale sur leur territoire respectif.

Caractéristiques des élus locaux :

Le taux de réponses à cette enquête auprès des élus locaux du Rhône (46%) peut être considéré comme correct. Il est à noter cependant que ce taux est plus faible que ceux obtenus lors des enquêtes réalisées en Savoie, en Isère et dans la Loire (respectivement 58%, 57% et 54%). Il est peut-être le témoignage d'un intérêt moins important porté par les élus dans le Rhône au problème de la PDS en médecine libérale.

Perception actuelle de l'offre de soins libérale locale :

- ✓ Par delà la PDS, c'est l'offre médicale libérale qui inquiète certains élus puisque ils sont 30% à juger l'offre généraliste insatisfaisante et 40% à être insatisfaits de l'offre spécialisée, en raison surtout de la mauvaise répartition des médecins sur le territoire ou du vieillissement du corps médical.
- ✓ Le fait que le médecin de garde a tendance à ne plus se déplacer au domicile du patient mais que ce soit le patient qui vienne au cabinet médical est perçu favorablement par plus de la moitié des élus (54%). Les plus nombreux à être partisans d'une telle évolution sont les élus urbains ; les élus des territoires ruraux sont plus inquiets, notamment pour certaines populations en difficulté (personnes âgées, handicapées, isolées et personnes sans moyen de transport).

Perception actuelle de la permanence des soins au niveau local :

- ✓ Les réponses apportées par les élus confirment le constat d'une PDS jugée problématique par une fraction non négligeable d'entre eux (60%). Si trois élus du Rhône sur cinq font ce constat, ils sont pratiquement autant en Isère (65%) mais deux fois moins nombreux en Savoie (32%) et dans la Loire (30%). Dans le Rhône, ce constat est plutôt l'apanage des élus de territoires ruraux (ce même constat avait été fait en Savoie et en Isère). Il est fort possible que l'existence de Maisons Médicales de Garde et d'une structure telle que SOS Médecins rend la situation moins alarmante dans les secteurs urbanisés du Rhône.
- ✓ Près de 29% des élus précisent qu'il existe une MMG sur le territoire dont ils sont les élus et les deux tiers sont satisfaits de leur service rendu à la population, les plus satisfaits étant les élus des zones urbaines. Parmi ceux qui ne disposent pas de MMG sur leur territoire (71%), 58% souhaiteraient fortement en avoir une et 31% n'y tiennent pas spécialement. Seuls 2% des élus ont émis un refus catégorique à la création d'une telle structure sur leur territoire.

Préoccupations des élus quant à la permanence des soins et engagement potentiel :

- ✓ Si près de la moitié des élus interrogés se sentent *très* concernés par le problème de la PDS (54%), ils sont près d'un cinquième à considérer que la collectivité locale qu'ils représentent pourrait apporter un soutien financier pour améliorer son organisation (18%). En revanche, plus nombreux sont ceux qui jugent leur engagement possible pour : l'appui de la demande des médecins auprès de certaines institutions (70%), la création d'une structure spécifique (53%), une mise à disposition de certains moyens (local, véhicule, etc.) pour aider les généralistes à organiser cette PDS (46%).

SYNTHESE GENERALE DES RESULTATS

SYNTHESE GENERALE DES RESULTATS

Enquête auprès des médecins généralistes

L'enquête de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône Alpes (URML RA) conduite dans le Rhône a été calquée sur deux études conduites en 2005 dans la Loire (URML RA) et en Savoie (URML-RA) et en 2004 dans l'Isère (Fédération Iséroise pour la PDS en Exercice Libéral -FIPSEL- et URML-RA). Des comparaisons interdépartementales ont pu ainsi être effectuées dans le cadre de cette étude pour le Rhône.

Dans le Rhône, près de 38% des médecins généralistes ont répondu au questionnaire (contre 40% dans la Loire, 54% en Isère et 55% en Savoie). Ce taux de réponse, qu'on pourra qualifier de correct mais compte tenu de l'intérêt porté au thème étudié, on aurait pu escompter un meilleur taux. Il permet aussi de disposer de riches informations sur l'implication des généralistes dans la PDS, sur leur perception de l'organisation actuelle proposée et sur la manière dont ils souhaiteraient la voir évoluer. Les principaux résultats de cette enquête figurent comme suit :

L'implication dans la permanence des soins

- ✓ Près de 87% des médecins généralistes sont inscrits sur le planning de garde de leur secteur (contre 77% en Isère, 81% dans la Loire et 86% en Savoie). Il est fort probable que cette proportion soit plus basse. En effet, le fait de ne pas être concerné a pu constituer un facteur de non réponse à l'enquête. Cette proportion ne revêt pas un caractère différent selon le sexe des médecins répondants. Elle diminue légèrement avec l'âge (90% versus 82% respectivement pour les moins de 40 ans et les plus de 50 ans) (contrairement à ce qui a été relevé en Isère où 92% des médecins inscrits avaient moins de 40 ans et 58% plus de 50 ans). La proportion de médecins inscrits sur le planning de garde n'est que très peu corrélée au degré d'urbanisation du lieu d'exercice (83% en zone typiquement urbaine contre 93% en zone rurale).
- ✓ Le nombre médian de gardes effectuées annuellement, calculé sur l'ensemble des médecins, est de 7 par an (chiffre sensiblement plus faible que celui relevé en Isère dans la Loire et en Savoie, soit 18 gardes annuelles). Il diminue avec l'âge (mais moins fortement qu'en Isère, dans la Loire ou en Savoie) : 8 chez les moins de 50 ans contre 6 chez les 50 ans et plus. Dans le Rhône, il varie peu en fonction du sexe, alors qu'il a été relevé un nombre plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans les autres départements (jusqu'à un écart H/F de 35/4 en Savoie). Ce nombre médian de gardes annuelles est beaucoup plus élevé en milieu rural (16 gardes par an) à mixte rural (31) qu'en ville (4). Parmi les médecins qui ont réalisé des gardes en 2005, la majorité rapporte les avoir effectuées dans le cadre des gardes sectorisées (65%) ou dans le cadre des MMG (34%). Le nombre de gardes médian est plus élevé pour les médecins en garde sectorisée qu'en MMG (11 *versus* 7) et il est trois fois supérieur les week-ends (une garde annuelle par an dans le cadre des MMG contre trois dans le cadre des gardes sectorisées). Ainsi, dans le Rhône, trois cas de figure en matière d'implication pour la PDS se distinguent : médecins qui n'ont réalisé aucune garde dans l'année (22%), ceux qui en ont fait entre 10 et 30 (26%) et ceux qui ont effectué plus de 30 gardes (12%).

- ✓ En moyenne, une garde de semaine correspond à un acte, une garde de samedi ou dimanche à 10 actes. Le nombre médian d'actes réalisés pendant une garde est du même ordre de grandeur que celui relevé dans la Loire mais plus élevé le week-end qu'en Savoie.
- ✓ Plus de sept gardes sur dix attribuées à un médecin sont assurées par lui-même, les autres sont cédées, soit à un remplaçant, soit à un confrère installé. Si 9% seulement des gardes sont cédées en milieu mixte à prédominance rurale, c'est le cas de près d'une garde sur trois en ville (jusqu'à 30% des gardes) (observations relativement proches faites en Isère, dans la Loire et en Savoie).

La perception de l'organisation actuelle de la permanence des soins

- ✓ Près du quart des médecins (23% contre 22% dans la Loire, 25% en Savoie et 35% en Isère) jugent non cohérent leur secteur de garde ; cette proportion dépasse 30% dans les secteurs composites (mixtes urbain / rural). Le plus souvent, la raison évoquée est l'insuffisance de l'activité de garde (surtout en milieu rural) et une incohérence géographique (plus particulièrement en milieu mixte urbain).
- ✓ Si seulement 10% des médecins répondants signalent des changements récents dans leur secteur de garde, cette proportion atteint 30% pour les médecins des secteurs de type rural. Par ailleurs, 23% des médecins estiment que leur secteur pourrait (voire devrait certainement pour 11%) être modifié. Les médecins des secteurs géographiques mixtes sont les plus nombreux à partager cet avis (30 à 35% environ). Une réunification avec un ou plusieurs secteurs voisins est la plus souvent souhaitée (16% des médecins), quelquefois un fractionnement (9%). Certains médecins évoquent même la nécessité des deux changements.

La régulation médicale

- ✓ Il semblerait que la régulation soit appréciée des médecins puisque seulement 9% d'entre eux rapportent effectuer régulièrement une "contre-régulation" avec éventuellement une nouvelle décision (plus souvent évoquée par les jeunes médecins). Par ailleurs, si plus de la moitié des médecins (54%) jugent utile la régulation libérale existante aux côtés de celle du Centre 15, ils sont autant (57%) à répondre mal la connaître, quelque soit l'âge ou le sexe.
- ✓ Toutefois, la régulation ne fonctionne que sur un volant très restreint de volontaires (8 parmi les répondants, soit 1,5%). Outre l'indisponibilité et la surcharge de travail et le manque d'intérêt, le manque de formation, le risque encouru, la rémunération insuffisante, l'éloignement et la méconnaissance des conditions de participation constituent les freins le plus souvent mis en exergue. De fait, un médecin sur quatre n'effectuant pas de régulation actuellement déclarent que leur attitude pourrait changer si le centre était proche de chez eux (près de 4% déclarent qu'ils seraient alors *certainement* prêts à faire de la régulation et 22% prétendent qu'ils seraient *peut-être* prêts à en faire).

L'avenir de la permanence des soins

- ✓ Dans l'hypothèse où le médecin ne se déplace plus au domicile du patient, le lieu le plus approprié pour les consultations en garde est une structure ad hoc (type maison médicale de garde) pour 59% des médecins. Cet avis est surtout partagé par les médecins de zones typiquement rurales ou urbaines, comparativement aux secteurs mixtes. D'un autre côté, 33% des médecins préféreraient des consultations au cabinet (surtout les médecins des zones mixtes rurales ou urbaines).

- ✓ Près de deux médecins sur cinq (38%) estiment certainement possible d'envisager dans leur secteur deux organisations différentes de la PDS avant et après minuit (contre 61% dans la Loire, 53% en Savoie et 43% en Isère), 23% n'y sont pas opposés et près d'un médecin sur trois (30%) juge cela impossible (quelle que soit la zone d'activité des médecins). Seuls 4% des médecins se disent tout à fait favorables à une participation à la PDS dans leur secteur après minuit. Il s'agit principalement des médecins exerçant dans des secteurs ruraux et de montagne. Près de 84% d'entre eux ne perçoivent leur participation à la PDS après minuit que pour des situations d'urgence régulée.
- ✓ Enfin, près de deux médecins généralistes sur trois (soit 63% *versus* 80% en Isère, 67% dans la Loire et 60% en Savoie) estiment qu'il serait souhaitable que des spécialistes et des paramédicaux libéraux assurent une astreinte (sont cités en premier les radiologues, les cardiologues, les infirmiers, les dentistes et les psychiatres).

Enquête auprès des responsables de secteurs de garde

L'enquête spécifique conduite auprès des 54 responsables des 49 secteurs de garde du Rhône, parallèlement à l'étude réalisée auprès de l'ensemble des généralistes du département, a été documentée par 63% d'entre eux.

Elle met en lumière la hétérogénéité des secteurs de garde et de leur mode d'organisation ainsi que les difficultés rencontrées et attendues.

Caractéristiques des secteurs :

- ✓ Les secteurs renseignés sont pratiquement répartis pour 56% en zone urbaine et 44% en zone rurale. Les secteurs urbains ou à prédominance urbaine sont donc en légère majorité.
- ✓ Près 37% des secteurs sont en zone de montagne (intégralement ou partiellement), 63% étant en zone de plaine ou de collines.
- ✓ Leur étendue (distance entre les limites extrêmes) est en moyenne de 18 km (mais celle-ci peut aller jusqu'à 40 km), correspondant à un trajet moyen dans des conditions normales de circulation de 23 minutes (jusqu'à 45 minutes dans certains secteurs) et de 42 minutes par temps de neige (jusqu'à 90 minutes).
- ✓ Le nombre de médecins par secteur de garde varie de 5 à 65, le nombre médian étant égal à 18 (ce qui est plus élevé que dans l'Isère, la Loire, et la Savoie avec respectivement 11, 10 et 5 médecins). Parmi eux, 86% figurent sur le planning de garde en 2005. Le nombre médian de médecins apparaissant officiellement sur le planning est égal à 16 par secteur.

Mode d'organisation :

- ✓ La moitié des secteurs sont organisés sous la forme d'une association loi 1901. Les modalités de désignation du responsable de secteur sont très variées : volontariat le plus souvent, désignation d'office ou élection. Pour le choix des gardes, les pratiques les plus courantes sont celles du volontariat pour les dates (44%) et de la répartition par ordre alphabétique (33%). Des réunions ont été organisées dans tous les secteurs (sauf un), principalement axées sur le choix des gardes, mais assez souvent également sur l'assemblée générale et sur une

réflexion sur la PDS. Dans près d'1/6^{ème} des secteurs, leur nombre a dépassé 2 en 2005.

- ✓ Le médecin de garde peut être joint par le public par l'intermédiaire du Centre 15 / 04.72.33.00.33 dans 57% des secteurs de garde (surtout en zones rurales), du numéro unique local (40%, avant tout dans les zones urbaines et mixtes à caractère rural) et du numéro personnel du médecin (33%, plus particulièrement dans les zones urbaines). Le public est informé des modalités de contact du médecin de garde presque exclusivement par le biais des répondants des cabinets et par la presse régionale quotidienne.
- ✓ Pour la régulation, le tiers des secteurs de garde répondants ont donné des consignes particulières au 15/04.72.33.00.33.

Difficultés vécues et attendues :

- ✓ Un tiers des responsables interrogés (33%) signalent des difficultés pour établir le tableau de garde. Parmi eux, 13% considèrent ces difficultés comme très importantes. Sur ce plan, la situation semble un peu plus problématique qu'en Savoie et dans la Loire mais bien moins qu'en Isère.
- ✓ D'un autre côté, 80% des responsables de secteurs de garde prévoient à terme des difficultés pour la PDS dans leur secteur, difficultés *importantes* pour 57% d'entre eux (68% en Isère, 54% en Savoie et 47% dans la Loire). Trois secteurs sur cinq n'attendent pas spécialement de difficultés.

Enquête auprès des élus locaux

L'enquête sur la permanence des soins a été aussi conduite auprès de 147 élus locaux du Rhône. De manière exhaustive, ont été sollicités les Conseillers généraux (54), les Présidents de communauté de communes (24). Un échantillonnage a été pratiqué pour interroger les Maires (69 sur 302). L'objet de cette enquête a été de recueillir la perception qu'ont les élus locaux de l'organisation de la permanence de soins en médecine libérale sur leur territoire respectif.

Caractéristiques des élus locaux :

Le taux de réponse à cette enquête auprès des élus locaux du Rhône (46%) peut être considéré comme correct. Il est à noter cependant que ce taux est plus faible que ceux obtenus lors des enquêtes réalisées en Savoie, en Isère et dans la Loire (respectivement 58%, 57% et 54%). Il est peut-être le témoignage d'un intérêt moins important porté par les élus dans le Rhône au problème de la PDS en médecine libérale.

Perception actuelle de l'offre de soins libérale locale :

- ✓ Par delà la PDS, c'est l'offre médicale libérale qui inquiète certains élus puisque ils sont 30% à juger l'offre généraliste insatisfaisante et 40% à être insatisfaits de l'offre spécialisée, en raison surtout de sa mauvaise répartition des médecins sur le territoire ou du vieillissement du corps médical.
- ✓ Le fait que le médecin de garde a tendance à ne plus se déplacer au domicile du patient mais que se soit le patient qui vienne au cabinet médical est perçu favorablement par plus de la moitié des élus (54%). Les plus nombreux à être

partisans d'une telle évolution sont les élus urbains ; les élus des territoires ruraux sont plus inquiets, notamment pour certaines populations en difficulté (personnes âgées, handicapées, isolées et personnes sans moyen de transport).

Perception actuelle de la permanence des soins au niveau local :

- ✓ Les réponses apportées par les élus confirment le constat d'une PDS jugée problématique par une fraction non négligeable d'entre eux (60%). Si trois élus du Rhône sur cinq font ce constat, ils sont pratiquement autant en Isère (65%) mais deux fois moins nombreux en Savoie (32%) et dans la Loire (30%). Dans le Rhône, ce constat est plutôt l'apanage des élus de territoires ruraux (ce même constat avait été fait en Savoie et en Isère). Il est fort possible que l'existence de Maisons Médicales de Garde et d'une structure telle que SOS Médecins rend la situation moins alarmante dans les secteurs urbanisés du Rhône.
- ✓ Près de 29% des élus précisent qu'il existe une MMG sur le territoire dont ils sont les élus et les deux tiers sont satisfaits de leur service rendu à la population, les plus satisfaits étant les élus des zones urbaines. Parmi ceux qui ne disposent pas de MMG sur leur territoire (71%), 58% souhaiteraient fortement en avoir une et 31% n'y tiennent pas spécialement. Seuls 2% des élus ont émis un refus catégorique à la création d'une telle structure sur leur territoire.

Préoccupations des élus quant à la permanence des soins et engagement potentiel :

- ✓ Si près de la moitié des élus interrogés se sentent *très* concernés par le problème de la PDS (54%), ils sont près d'un cinquième à considérer que la collectivité locale qu'ils représentent pourrait apporter un soutien financier pour améliorer son organisation (18%). En revanche, plus nombreux sont ceux qui jugent leur engagement possible pour : l'appui de la demande des médecins auprès de certaines institutions (70%), la création d'une structure spécifique (53%), une mise à disposition de certains moyens (local, véhicule, etc.) pour aider les généralistes à organiser cette PDS (46%).

CONCLUSION

CONCLUSION

Dans le département du Rhône, comme partout en France, le problème récurrent de la permanence des soins en médecine libérale est posé avec une acuité de plus en plus grande. Il est aggravé (et il le sera encore davantage dans les années à venir) par les évolutions de la démographie médicale (baisse des effectifs et vieillissement de la population médicale). Il est également amplifié par les changements de comportements qui commencent à se faire jour chez les médecins libéraux, lesquels aspirent, à l'instar des autres composantes de la société, à ne plus totalement sacrifier leur vie privée aux exigences professionnelles. Le malaise des médecins généralistes face à la PDS a conduit à la grève des gardes de 2001-2002 qui a largement contribué à alerter les pouvoirs publics.

Face à la prégnance du problème et à la nécessité d'imaginer rapidement des solutions, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (URML RA) a souhaité (de même qu'elle l'avait fait en 2004 et 2005 en Isère, Savoie et dans la Loire) dresser un état des lieux départemental, dont la réalisation a été confiée au CAREPS, décrivant l'existant, analysant les difficultés rencontrées par les généralistes, recueillant l'opinion des élus locaux sur ce problème et mesurant l'éventuel engagement des collectivités locales pour aider à trouver des solutions opérantes.

L'enquête sur la permanence des soins dans le Rhône en 2006 a mis en exergue des situations actuelles disparates en termes d'organisation et de niveau d'activité des généralistes en la matière selon les secteurs de garde. Les avis des élus locaux corroborent certains constats généraux formulés par les médecins généralistes. Les divergences d'opinion s'expliquent pour une grande partie par le niveau d'urbanisation du territoire auquel fait référence le répondant (qu'il soit médecin généraliste ou élu local) et selon une organisation très différenciée de la PDS selon la topographie. Le département du Rhône se caractérise par la coexistence de plusieurs dispositifs de la permanence des soins dans les 49 secteurs de garde, avec des gardes "classiques" sectorisées au domicile du patient, des consultations dans les maisons médicales de garde couplées parfois avec une équipe de médecins "volants » pour les visites à domicile et ce, autant en milieu rural qu'en milieu urbain. D'autres structures ne sont présentes que dans l'agglomération lyonnaise, s'agissant de visites assurées par SOS Médecins, des gardes organisées au sein de certains établissements de santé (hors MMG) et de la pratique de la régulation médicale dans les locaux du Centre 15.

L'organisation actuelle de la PDS

Malgré la multiplicité des dispositifs de la PDS (dont l'aspect novateur de certains a été recherché et privilégié pour améliorer l'implication des médecins dans la garde, apporter une réponse aux besoins de la patientèle et désengorger les services d'urgence), son organisation est rendue d'autant plus difficile (et le sera d'autant plus à l'avenir), du fait de la démographie médicale problématique (nombre insuffisant de médecins et vieillissement). A cet égard, un certain nombre d'élus locaux manifestent leur insatisfaction quant à l'offre libérale en médecine générale (30%) et en médecine

spécialisée (40%). De manière corollaire, ils portent un jugement similaire sur l'organisation de la PDS puisqu'ils sont près des deux tiers à la qualifier de problématique (notamment dans les secteurs ruraux : 92% d'entre eux versus 44% à 56% pour les secteurs urbains à mixtes ruraux) et, donc, la principale raison qu'ils pointent est celle de l'étendue du secteur de garde. Cela signifie que l'on ne peut imputer vraisemblablement pas les problèmes d'organisation récurrents à la faible implication des médecins dans la garde. En effet, on constate que près de neuf médecins sur dix sont inscrits sur le planning de garde (comme en Isère, dans la Loire et en Savoie) et ont réalisé entre 1 et 20 gardes au cours de l'année 2005. Toutefois, le nombre médian de jours de garde dans le Rhône est deux fois et demie plus faible que celui des départements de l'Isère, la Loire et la Savoie (7 contre respectivement : 18). Il convient de souligner que l'investissement dans la garde libérale est clairement plus prégnant dans les secteurs ruraux et les secteurs mixtes à caractère rural ; le nombre médian de gardes y étant entre quatre et huit fois plus important que dans les secteurs urbains ainsi que la garde des deux nuits consécutives le week-end (entre 4 et 5 fois plus fréquente). Mais on ne constate pas de différences très marquées entre les médecins qui assurent par eux-mêmes les gardes selon la topographie des secteurs de garde.

Avec le fleurissement des maisons médicales de garde dans le paysage de la PDS du Rhône (au total sept structures dont les quatre lyonnaises sont gérées par une seule association), les modalités de la garde libérale se sont modifiées : un tiers des médecins l'effectuent dans le cadre des MMG et les deux tiers dans le cadre de la garde sectorisée dite "classique". Par ailleurs, près d'un tiers des élus locaux indiquent qu'il existe sur le territoire qu'ils représentent (en tant que Maires, Présidents de communauté de communes ou Conseillers généraux) une voire plusieurs MMG (dont plus de la moitié en zone urbaine). Même si les élus des territoires ruraux sont nombreux à juger l'organisation de la PDS comme problématique, comme on l'a souligné précédemment, ils sont aussi les deux tiers à être plutôt satisfaits du service rendu par les MMG à la population.

La gestion et la planification des gardes libérales sont assurées par un voire plusieurs médecins responsables (au total 54) dans chaque secteur de garde dans le cadre d'une structure ayant dans la moitié des cas les modalités organisationnelles suivantes : statut associatif (Loi 1901), volontariat pour la "désignation" du responsable, volontariat pour l'attribution des dates des gardes et contact du médecin de garde par l'intermédiaire du 15/04.72.33.00.33. Si le volontariat semble être prééminent pour le choix des gardes, il n'en demeure pas moins qu'un tiers des responsables de secteur rencontrent des difficultés pour établir le planning des gardes.

La régulation médicale fait partie intégrante de l'ensemble des dispositifs de permanence des soins. Plus de la moitié des médecins généralistes indiquent assez mal voire très mal connaître la régulation libérale. Peu nombreux sont les médecins participants à la régulation médicale (Centre 15) (soit 1,5%). De fait, cette faible participation à la régulation ne s'explique pas voire très peu par la méconnaissance des conditions de participation dans la mesure où les freins premiers sont la surcharge de travail au cabinet et l'absence d'intérêt pour cette activité. Malgré leurs réticences à s'engager eux-mêmes (seuls 4% indiquent qu'ils seraient certainement prêts à devenir médecin régulateur si le centre de régulation était proche de chez eux), ils sont plus de la moitié à la juger utile.

L'évolution de l'organisation de la PDS au cours du temps

Du fait de nouveaux décrets sur la PDS, des changements très récents dans la sectorisation de la garde sont intervenus au début de l'année 2006. Toutefois, les médecins répondants sont seulement 10% à avoir indiqué des modifications récentes de leur secteur de garde (plus particulièrement rural). Quoi qu'il en soit, ils sont un quart à considérer leur secteur de garde comme incohérent et ils avancent deux principaux motifs : une activité de garde insuffisante (prédominante en milieu rural) et une incohérence géographique (prépondérante en milieu plus urbain). Quant aux élus locaux, ils sont près de neuf sur dix à se sentir concernés par l'organisation de la PDS (approximativement, comme en Isère, dans la Loire et en Savoie) ; même si moins nombreux (cinq sur dix) relatent une dégradation de la situation au cours des dix dernières années, très nettement plus marquée dans les zones de montagne (85%) que dans les zones de plaines et collines (40%).

L'avenir de la permanence des soins

Il est à l'évidence clair que l'avenir de la PDS constitue une préoccupation majeure des médecins, des élus locaux et des responsables de secteur de garde ; ces derniers étant huit sur dix à prévoir des difficultés pour leur propre secteur, inhérentes à l'âge des médecins, aux problèmes de sécurité, à la fatigabilité, aux distances à parcourir, etc. Plusieurs alternatives aux dispositifs préexistants dans le domaine de la PDS ont été testées dans cette enquête à la fois auprès des généralistes, des responsables de secteur de garde et des élus locaux.

Actuellement, une tendance très forte se dessine pour l'organisation de la garde libérale reposant sur une inversion des pratiques antérieures : ce n'est plus le médecin de garde qui se déplace au domicile du patient mais le patient qui se déplace au cabinet ou dans une structure spécifique de garde pour une urgence relative. Si plus de la moitié des élus y voient une évolution favorable au déplacement plus fréquent des patients, d'autres sont plus inquiets pour certaines populations (sans moyen de locomotion, en difficultés socio-économiques, en situation de dépendance, confrontées à l'isolement, etc.). Pour 59% des médecins, le lieu le plus approprié pour de telles consultations sur site plutôt que des visites à domicile serait une **structure ad hoc type MMG**, un tiers privilégiant la garde en cabinet et une infime part des médecins étant indifférents. Ce souhait fort des médecins pour la réalisation de la garde libérale dans une MMG est partagé par une grande majorité des élus puisque ces derniers sont 58% à formuler le vœu de la création d'une telle structure de la PDS sur leur territoire dont ils sont élus (notamment dans les zones urbaines).

Une des solutions pour parer aux difficultés organisationnelles de la garde serait de prévoir une **nouvelle sectorisation géographique de la garde libérale en vue de restreindre l'étendue de l'intersecteur** pour les médecins qui auraient à assurer une astreinte mobile pour les patients qui ne pourraient pas se déplacer. Près d'un quart des médecins pensent effectivement qu'il serait nécessaire de modifier leur secteur de garde, parmi ceux-ci 16% seraient pour un regroupement de leur secteur avec un ou plusieurs secteur(s) voisin(s) et 9% pour un fractionnement. Dans tous les cas, cela suppose préalablement de déterminer une étendue raisonnable de

l'intersecteur, qu'ils estimeraient à 10 kilomètres (soit un temps médian de 18 minutes). A titre comparatif, on rappelle que la distance médiane entre les limites extrêmes du secteur indiquée par les responsables est de 18 kilomètres (soit, 23 minutes dans des conditions normales de circulation et 42 minutes dans des conditions météorologiques moins favorables). Toutefois, le découpage géographique des secteurs de garde ne constitue pas la principale raison de l'incohérence du secteur de garde selon les médecins, elle n'intervient qu'au deuxième plan ; le premier motif étant l'activité de garde insuffisante.

Une des alternatives serait d'organiser la PDS différemment selon l'horaire : "avant minuit" et "après minuit" (en orientant les patients vers SOS Médecins et les hôpitaux dans la mesure où les recours aux soins après cette heure sont plus faibles). Assez nombreux seraient les médecins à être particulièrement favorables à cette **double organisation de la PDS selon l'horaire** (38%), d'autres seraient plutôt dans une position attentiste (23%). Si près des deux tiers jugent au final plutôt favorablement cette nouvelle restructuration de la PDS, ce serait avant tout pour se désengager de la garde au-delà de minuit puisque environ neuf médecins sur dix ne seraient pas prêts à assurer la garde après cet horaire là et les autres n'intervenant qu'à la condition qu'il s'agisse de situations d'urgence régulée (84%).

Afin de soulager les médecins généralistes de garde, des **astreintes pour les spécialistes et les professionnels paramédicaux libéraux** pourraient être envisagées. Près de deux médecins généralistes sur trois pensent que cela serait souhaitable. Les professionnels médicaux et paramédicaux libéraux potentiellement les plus concernés seraient : les radiologues, les cardiologues, les infirmiers, les dentistes, les psychiatres, les kinésithérapeutes, les ophtalmologistes et les pédiatres.

Il apparaît que la permanence des soins dans le Rhône, comme dans les autres départements d'ailleurs, est aujourd'hui en souffrance, comme le relatent les médecins et les élus locaux. La prise de conscience par les élus de la difficulté d'organiser et d'assurer la permanence des soins sur leur territoire est effectivement manifeste. De fait, s'ils sont relativement nombreux à proposer d'aider les médecins en appuyant leur demande auprès des tutelles (70%), à s'engager dans la création d'une structure spécifique de garde (53%) et à mettre à disposition des moyens (46%) ; ils ne sont cependant plus que 28% à s'engager financièrement. Quelle que soit la forme de l'aide, l'engagement le plus important émane des conseillers généraux.

En définitive, l'enquête confirme l'urgence certaine qu'il y a à trouver des solutions aux difficultés de plus en plus grandes rencontrées par les médecins généralistes pour assurer la PDS en libéral. Globalement, les perceptions générales sur la permanence des soins avancées par les médecins généralistes n'apparaissent pas très différentes sur certains aspects de celles rapportées en Isère, dans la Loire et en Savoie : excellente inscription sur le planning des gardes, majorité de gardes effectivement assurées par les médecins eux-mêmes, une certaine incohérence de la sectorisation et souhait de modification du secteur de garde (prédominance du regroupement de secteurs), de création d'une structure ad hoc de garde spécifique et de la mise en place d'astreintes pour les spécialistes et paramédicaux libéraux. Seuls quelques points font la particularité du Rhône, comparativement aux trois autres

départements : un nombre médian de gardes assurées quel que soit le jour de la semaine plus faible, une part plus importante d'actes effectués le samedi, une plus faible part des gardes de week-end dont les deux nuits consécutives ont été assurées, un niveau d'utilité de la régulation libérale jugé plus faible et un effectif de médecins régulateurs plus faible.

Clairement, il conviendrait d'engager une réflexion afin de déboucher rapidement sur la proposition de solutions (plutôt adaptées à la réalité de chaque secteur qu'uniformisées au niveau départemental), avec une probable refonte de certains secteurs et/ou une organisation différente de l'accueil des patients venant consulter durant la garde. Si la création de structures spécifiques est certainement envisageable en milieu urbain, des consultations au cabinet du médecin de garde semblent plus adaptées au milieu rural. Cependant, cette dernière solution (consultations au cabinet du médecin de garde) peut s'appliquer également en milieu urbain, de même qu'une structure de type maison médicale de garde peut être envisagée, si ce n'est en "rural profond", du moins dans des villes de taille relativement modeste, à l'instar de ce qui existe à Belleville. Il conviendra cependant de mesurer soigneusement l'opportunité d'une telle organisation de la PDS, de se pencher sur les résultats des évaluations de structures de même type plus anciennes et de ne pas succomber indûment à un "effet de mode". De plus, le développement de la régulation libérale devrait impérativement être encouragé (y compris financièrement) car, quelle que soit l'organisation de la PDS retenue, il paraît primordial que les appels soit régulés en amont. Enfin, la question de l'intérêt du maintien d'une PDS libérale après minuit doit être posée dans les secteurs où des solutions alternatives raisonnables existent (comme c'est le cas dans l'agglomération lyonnaise).

L'enquête a montré que de nombreux élus locaux, conscients du problème, étaient prêts à aider les médecins généralistes à trouver des solutions satisfaisantes (même si c'est rarement sous la forme d'un soutien financier direct). Les représentants du corps médical doivent donc poursuivre leur effort de sensibilisation dans cette direction et associer le plus possible les élus locaux à leur réflexion (notamment pour des projets novateurs).

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : Carte des secteurs de garde des médecins généralistes libéraux	4
Figure 2 : Taux de réponse des médecins généralistes par secteur de garde	11
Figure 3 : Proportion de médecins répondants inscrits sur le planning de garde de leur secteur et raison de non inscription -%- (n=551)	13
Figure 4 : Distribution des médecins selon le nombre de gardes prises en 2005 -%- (N=533).....	15
Figure 5 : Nombre médian de gardes effectuées en 2005.....	16
Figure 6 : Nombre médian de gardes effectuées en 2005 (au total, en semaine et le week-end)	16
Figure 7 : Cadre dans lequel ont été effectuées les gardes des médecins en 2005	17
Figure 8 : Nombre médian de gardes réalisées parmi les médecins ayant effectué des gardes en 2005	17
Figure 9 : Nombre médian d'actes effectués en garde en 2005, en semaine et le week-end,	18
Figure 10 : Organisation habituelle de la garde de week-end (%).....	19
Figure 11 : Estimation par les médecins inscrits sur le planning de la proportion de gardes qu'ils ont eux-mêmes effectuées ou qu'ils ont cédées sur la période 2004 – 2005 (%)	20
Figure 12 : Proportion de gardes effectuées par le médecin lui-même selon le sexe, l'âge et le degré d'urbanisation du secteur (%).....	21
Figure 13 : Proportion de médecins jugeant incohérent leur secteur de garde	22
Figure 14 : Principaux motifs d'incohérence des secteurs de garde relevés par les médecins (%) - (n=551)	23
Figure 15 : Proportion de médecins estimant qu'il conviendrait de modifier leur secteur de garde (n=551)	24
Figure 16 : Proportion de médecins estimant qu'il conviendrait de modifier leur secteur de garde en le réunifiant ou en le fractionnant (n=551)	25
Figure 17 : Proportion de médecins à qui il arrive d'effectuer une "contre régulation" -%- (N=551)	26
Figure 18 : Opinion des médecins sur l'utilité de la régulation libérale à côté de la régulation hospitalière -%- (N=551)	26

Figure 19 : Connaissance que les médecins ont du système de régulation libérale -%- (N=551)	27
Figure 20 : Participation des médecins au dispositif de régulation -%- (N=551)	27
Figure 21 : Facteurs constituant un frein à la participation au dispositif de régulation -%- (N=551)	28
Figure 22 : Participation potentielle des médecins à la régulation si le site était proche de chez eux	28
Figure 23 : Opinion des médecins sur le lieu de consultation le plus approprié pour le médecin de garde dans l'hypothèse où il ne se déplace plus -%- (N=551)	29
Figure 24 : Opinion des médecins sur la possibilité d'envisager deux organisations différentes de la PDS selon l'horaire (avant et après minuit) -%- (N=551)	31
Figure 25 : Participation potentielle des médecins à la PDS dans leur secteur après minuit (N=551)	31
Figure 26 : Situations d'intervention pour les médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit (N=551)	32
Figure 27 : Proportion de médecins généralistes estimant souhaitable une astreinte assurée par des spécialistes et des paramédicaux libéraux -%- (N=551)	33
Figure 28 : Catégories de professionnels libéraux que les généralistes souhaiteraient voir assurer une astreinte -%- (N=551)	33
Figure 29 : Répartition des secteurs répondants selon le degré d'urbanisation -%- (N=30 secteurs)	40
Figure 30 : Répartition des secteurs répondants selon la topographie -%- (N=30 secteurs)	40
Figure 31 : Etendue des secteur de garde : distance moyenne (Km) entre les limites extrêmes du secteur et durée moyenne (minutes) nécessaire à la parcourir (N=30 secteurs)	41
Figure 32 : Nombre médian de généralistes en exercice dans un secteur, nombre médian et proportion de médecins figurant sur le planning de garde (N=30 secteurs)	42
Figure 33 : Proportion de médecins figurant sur le planning de garde selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur (N=30 secteurs)	42
Figure 34 : Statut juridique de la garde libérale (N=30 secteurs)	43
Figure 35 : Mode de désignation du responsable de secteur -%- (N=30 secteurs)	43
Figure 36 : Modalités habituelles de choix des gardes -%- (N=30 secteurs)	44
Figure 37 : Nombre de réunions organisées dans les secteurs en 2005 -%- (N=30 secteurs)	45
Figure 38 : Objet des dernières réunions et objet des prochaines réunions organisées dans les secteurs	45
Figure 39 : Modalité de contact du médecin de garde par la population -%- (N=30 secteurs)	46
Figure 40 : Vecteurs d'information du public sur les modalités de contact du médecin de garde -%-	47
Figure 41 : Secteurs de garde où des consignes particulières de régulation ont été données au 15 / 04.72.33.00.33 -%- (N=30 secteurs)	48
Figure 42 : Difficultés rencontrées dans les secteurs pour établir le tableau de garde -%- (N=30 secteurs)	49

Figure 43 : Difficultés attendues à terme dans les secteurs pour la PDS -%- (N=30 secteurs)	50
Figure 44 : Répartition des répondants en fonction de la nature du mandat électif (n=63)	54
Figure 45 : Degré d'urbanisation du territoire dont le répondant est l' élu -%-	54
Figure 46 : Topographie du territoire dont le répondant est l' élu -%-	54
Figure 47 : Jugement sur les aspects quantitatifs de l'offre en médecine générale libérale dans le territoire dont le répondant est l' élu -%- (n=63)	55
Figure 48 : Proportion d'élus estimant que, sur le territoire qu'ils représentent, l'offre en médecine générale est insuffisante ou mal répartie (%)	55
Figure 49 : Jugement sur les aspects quantitatifs de l'offre en médecine libérale spécialisée dans le territoire dont le répondant est l' élu -%- (n=63)	56
Figure 50 : Proportion d'élus estimant que, sur le territoire qu'ils représentent, l'offre en médecine libérale spécialisée est insuffisante ou mal répartie -%-	56
Figure 51 : Jugement sur l'organisation de la PDS assurée par les médecins généralistes dans le territoire dont le répondant est l' élu -%- (n=63)	57
Figure 52 : Motifs d'insatisfaction de l'organisation de la PDS dans le territoire dont le répondant est l' élu (%)	57
Figure 53 : Jugement sur l'évolution de l'organisation de la PDS dans le territoire dont le répondant est l' élu -%- (n=63)	58
Figure 54 : Proportion d'élus rapportant l'existence d'une ou plusieurs MMG dans leur territoire (n=63)	59
Figure 55 : Satisfaction de l' élu par rapport au service rendu par la MMG à la population (n=18)	59
Figure 56 : Motifs de l'inexistence de MMG dans le territoire de l' élu (n=45)	60
Figure 57 : Proportion d'élus souhaitant voir la création d'une MMG sur leur territoire (n=45)	61
Figure 58 : Proximité exprimée par les élus par rapport à l'organisation de la PDS en médecine libérale dans le territoire qu'ils représentent (n=63)	62
Figure 59 : "Estimez-vous que le Conseil Général / votre communauté de communes / votre commune doit s'engager à son niveau pour aider les médecins libéraux à organiser la PDS ?" (n=64) -%-	63
Figure 60 : Proportion d'élus pensant que la collectivité dont ils sont le représentant devrait ou pourrait s'engager en fonction du type de mandat électif (n=63)	64
Figure 61 : Opinion des élus sur le déplacement des patients durant la PDS -%- (n=63)	65

INDEX DES TABLEAUX

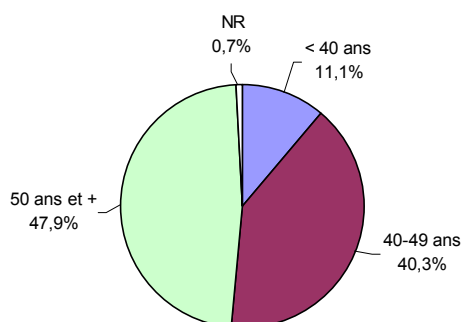
Tableau 1 : Proportion de médecins répondants inscrits sur le planning de garde de leur secteur	13
Tableau 2 : Organisation habituelle de la garde de week-end selon le degré d'urbanisation du secteur et sa topographie	19
Tableau 3 : Principaux motifs d'incohérence des secteurs de garde relevés par les médecins.....	23
Tableau 4 : Proportion de médecins signalant un changement récent de leur secteur de garde.....	24
Tableau 5 : Lieu de consultation le plus approprié pour le médecin de garde (dans l'hypothèse où il ne se déplace plus) en fonction du degré d'urbanisation et de la topographie du secteur	29
Tableau 6 : Taille idéale d'un secteur de garde en cas de réorganisation de la PDS selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur	30
Tableau 7 : Médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit en fonction du degré d'urbanisation ou de la topographie du secteur (N=551)	32
Tableau 8 : Médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit selon l'âge (N=551).....	32
Tableau 9 : Etendue des secteurs de garde : distance (moyenne et max) et durée (moyenne et max) entre les limites extrêmes du secteur selon le degré d'urbanisation et la topographie (N=30 secteurs).....	41
Tableau 10 : Modalité de choix des gardes pour les dates restantes non attribuées selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur (N=30 secteurs).....	44
Tableau 11 : Modalités de contact du médecin de garde par la population selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur	47
Tableau 12 : Secteurs de garde où des consignes particulières de régulation ont été données au 15 / 04.72.33.00.33 selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur.....	48
Tableau 13 : Réponses apportées par les élus aux différentes questions selon les caractéristiques du territoire.....	66
Tableau 14 : Réponses apportées par les élus aux différentes questions selon la nature du mandat électif (%).....	66

ANNEXES

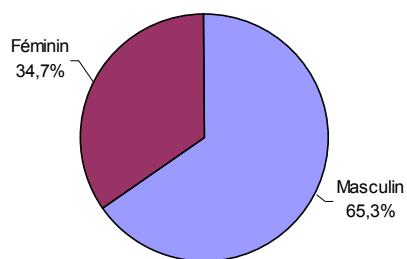
ANNEXE A : ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES

A.I. Caractéristiques des médecins répondants

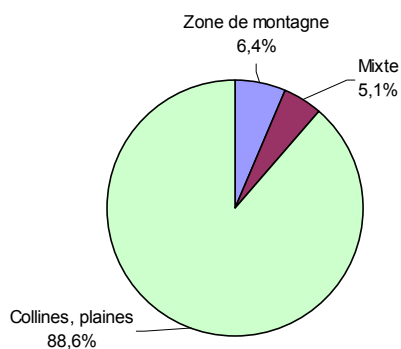
Répartition des médecins répondants par âge (n=551)



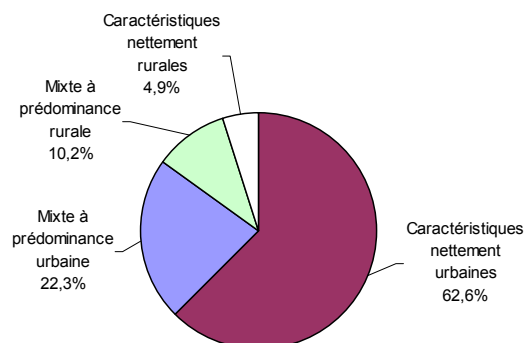
Répartition des médecins répondants par sexe (n=551)



Répartition des médecins répondants selon les caractéristiques topographiques du secteur de garde de rattachement (n=551)



Répartition des médecins répondants selon l'urbanisation du secteur de garde de rattachement (n=551)



Répartition des médecins répondants par secteur de garde (n=551)

Secteur de garde	n	%
N°01 LYON 1er - LYON 2ème	21	3,8
N°02 LYON 3ème	21	3,8
N°03 LYON 4ème	7	1,3
N°04 LYON 5ème - SAINTE FOY	31	5,6
N°05 LYON 6ème	19	3,4
N°06 LYON 7ème	19	3,4
N°07 LYON 8ème	28	5,1
N°08-09 LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	25	4,5
N°10 CALUIRE ET CUIRE	9	1,6
N°11 VILLEURBANNE	35	6,4
N°12 OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	19	3,4
N°13 VENISSIEUX	17	3,1
N°14 SAINT FONS	4	,7
N°15 ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIGNY	20	3,6
N°16 VAULX EN VELIN	4	,7
N°17 FRANCHEVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	7	1,3
N°18 ECULLY	10	1,8
N°19 DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	9	1,6
N°20 BRON	17	3,1
N°21 FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	8	1,5
N°22 SAINT PRIEST	13	2,4
N°23 RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	8	1,5
N°24 FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	19	3,4
N°25 MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	4	,7
N°26 MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS	15	2,7
N°27 DECINES CHARPIEU - CHASSIEU	13	2,4
N°28 CORBAS	2	,4
N°29 ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY	8	1,5
N°30 MIONS	1	,2
N°31 CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY	13	2,4
N°32 CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY	7	1,3
N°33 CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASELAY	9	1,6
N°34 GENAS - ST BONNET DE MURE	11	2,0
N°35 BELLEVILLE - ST GEORGES DE RENEINS - BEAUJEU	10	1,8
N°36 GIVORS - GRIGNY	12	2,2
N°37 CONDRIEU - AMPUIS	4	,7
N°38 ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE	5	,9
N°39 BESENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET	5	,9
N°40 L'ARBRESLE - LENTILLY	13	2,4
N°41 ANSE	3	,5
N°42 POMMIERS - LIERGUES - DENICE	5	,9
N°43 VILLEFRANCHE SUR SAONE	20	3,6
N°44 CHATILLON - LE BOIS D'OINGT	3	,5
N°45 AMPLEPUIS - CUBLIZE	6	1,1
N°46 BOURG DE THIZY - THIZY	3	,5
N°47 COURS LA VILLE	1	,2
N°48 GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES	1	,2
N°49 TARARE - ANCY	7	1,3
Total	551	100,0

A.II. Proportion de médecins inscrits sur le planning de garde

Proportion de médecins répondants inscrits sur le planning de garde de leur secteur et raison de non inscription en fonction de l'urbanisation et de la topographie

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	287	83,2	114	92,7	53	94,6	25	92,6	33	94,3	25	89,3	421	86,3
Non, vous étiez dispensé	16	4,6	7	5,7	2	3,6	0	,0	0	,0	2	7,1	23	4,7
Non, pour une autre raison	42	12,2	2	1,6	1	1,8	2	7,4	2	5,7	1	3,6	44	9,0
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0

Proportion de médecins répondants inscrits sur le planning de garde de leur secteur. Détail par secteur
Secteurs surlignés en foncé : % de réponses "NON" ≥ 50%, secteurs surlignés en clair : % ≥ 33%

	Oui	Total "Non"	Non, dispensé	Non, autre raison	Effectif
N°01 LYON 1er - LYON 2ème	71,4	28,6	,0	28,6	21
N°02 LYON 3ème	42,9	57,1	,0	57,1	21
N°03 LYON 4ème	57,1	42,9	,0	42,9	7
N°04 LYON 5ème - SAINT FOY	93,5	6,5	6,5	,0	31
N°05 LYON 6ème	57,9	42,1	10,5	31,6	19
N°06 LYON 7ème	89,5	10,5	5,3	5,3	19
N°07 LYON 8ème	85,7	14,3	3,6	10,7	28
N°08-09 LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	96,0	4,0	,0	4,0	25
N°10 CALUIRE ET CUIRE	100,0	,0	,0	,0	9
N°11 VILLEURBANNE	97,1	2,9	2,9	,0	35
N°12 OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	89,5	10,5	5,3	5,3	19
N°13 VENISSIEUX	88,2	11,8	5,9	5,9	17
N°14 SAINT FONTS	75,0	25,0	,0	25,0	4
N°15 ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIGNY	95,0	5,0	5,0	,0	20
N°16 VAULX EN VELIN	,0	100,0	,0	100,0	4
N°17 FRANCHVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	100,0	,0	,0	,0	7
N°18 ECULLY	70,0	30,0	10,0	20,0	10
N°19 DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	88,9	11,1	11,1	,0	9
N°20 BRON	88,2	11,8	11,8	,0	17
N°21 FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	75,0	25,0	25,0	,0	8
N°22 SAINT PRIEST	84,6	15,4	7,7	7,7	13
N°23 RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	87,5	12,5	12,5	,0	8
N°24 FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	100,0	,0	,0	,0	19
N°25 MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	100,0	,0	,0	,0	4
N°26 MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS	93,3	6,7	6,7	,0	15
N°27 DECINES CHARPIEU - CHASSIEU	92,3	7,7	7,7	,0	13
N°28 CORBAS	100,0	,0	,0	,0	2
N°29 ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY	100,0	,0	,0	,0	8
N°30 MIONS	100,0	,0	,0	,0	1
N°31 CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY	84,6	15,4	7,7	7,7	13
N°32 CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY	100,0	,0	,0	,0	7
N°33 CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASSELAY	100,0	,0	,0	,0	9
N°34 GENAS - ST BONNET DE MURE	100,0	,0	,0	,0	11
N°35 BELLEVILLE - ST GEORGES DE REINEINS - BEAUJEU	90,0	10,0	,0	10,0	10
N°36 GIVORS - GRIGNY	83,3	16,7	16,7	,0	12
N°37 CONDRIEU - AMPUIS	100,0	,0	,0	,0	4
N°38 ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE	80,0	20,0	,0	20,0	5
N°39 BESSENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET	80,0	20,0	,0	20,0	5
N°40 L'ARBRESLE - LENTILLY	84,6	15,4	15,4	,0	13
N°41 ANSE	100,0	,0	,0	,0	3
N°42 POMMIERS - LIEGUES - DENICE	100,0	,0	,0	,0	5
N°43 VILLEFRANCHE SUR SAONE	95,0	5,0	,0	5,0	20
N°44 CHATILLON - LE BOIS D'OINGT	100,0	,0	,0	,0	3
N°45 AMBLEPUIS - CUBLIZE	100,0	,0	,0	,0	6
N°46 BOURG DE THIZY - THIZY	100,0	,0	,0	,0	3
N°47 COURS LA VILLE	100,0	,0	,0	,0	1
N°48 GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES	100,0	,0	,0	,0	1
N°49 TARARE - ANCY	100,0	,0	,0	,0	7
ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU RHONE	86,9	13,1	4,5	8,5	551

A.III. Nombre de gardes effectuées en 2005

Nombre de gardes effectuées en 2005 selon l'âge et le sexe du médecin

		Âge			Sexe		Total
		< 40 ans	40 - 49 ans	50 ans et +	Masculin	Féminin	
La nuit	Maximum	40	72	200	200	52	200
	Moyenne	8,4	7,6	8,0	8,9	5,9	7,9
	Médiane	6,0	4,0	3,0	4,0	3,0	4,0
	N valide	N=58	N=215	N=256	N=351	N=182	N=533
Le samedi	Maximum	12	13	45	45	12	45
	Moyenne	2,5	2,2	2,4	2,5	1,9	2,3
	Médiane	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
	N valide	N=59	N=218	N=256	N=353	N=184	N=537
Le dimanche (ou fériés)	Maximum	12	13	31	31	12	31
	Moyenne	2,5	2,3	2,4	2,6	2,0	2,4
	Médiane	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0
	N valide	N=59	N=218	N=256	N=353	N=184	N=537
Total garde 2005	Maximum	56	98	210	210	76	210
	Moyenne	13,4	12,1	12,8	14,0	9,7	12,5
	Médiane	8,0	8,0	6,0	8,0	6,0	7,0
	N valide	N=58	N=215	N=256	N=351	N=182	N=533

		Âge						Sexe				Total	
		< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		N	%
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
La nuit	Aucune	20	34,5	73	34,0	108	42,2	124	35,3	78	42,9	202	37,9
	1 à 9	18	31,0	96	44,7	96	37,5	143	40,7	69	37,9	212	39,8
	10 à 19	11	19,0	21	9,8	22	8,6	36	10,3	19	10,4	55	10,3
	20 à 29	4	6,9	11	5,1	10	3,9	17	4,8	8	4,4	25	4,7
	30 et +	5	8,6	14	6,5	20	7,8	31	8,8	8	4,4	39	7,3
	Total	58	100,0	215	100,0	256	100,0	351	100,0	182	100,0	533	100,0
Le Samedi	Aucune	16	27,1	82	37,6	109	42,6	127	36,0	83	45,1	210	39,1
	1 à 2	18	30,5	64	29,4	66	25,8	107	30,3	42	22,8	149	27,7
	3 à 4	15	25,4	37	17,0	36	14,1	51	14,4	37	20,1	88	16,4
	5 à 6	6	10,2	22	10,1	21	8,2	35	9,9	14	7,6	49	9,1
	7 et +	4	6,8	13	6,0	24	9,4	33	9,3	8	4,3	41	7,6
	Total	59	100,0	218	100,0	256	100,0	353	100,0	184	100,0	537	100,0
Le Dimanche ou Fériés	Aucune	18	30,5	78	35,8	106	41,4	128	36,3	77	41,8	205	38,2
	1 à 2	19	32,2	65	29,8	65	25,4	103	29,2	47	25,5	150	27,9
	3 à 4	11	18,6	38	17,4	37	14,5	51	14,4	35	19,0	86	16,0
	5 à 6	7	11,9	20	9,2	23	9,0	34	9,6	16	8,7	50	9,3
	7 et +	4	6,8	17	7,8	25	9,8	37	10,5	9	4,9	46	8,6
	Total	59	100,0	218	100,0	256	100,0	353	100,0	184	100,0	537	100,0
Total garde 2005	Aucune	9	15,5	38	17,7	70	27,3	74	21,1	44	24,2	118	22,1
	1 à 9	23	39,7	89	41,4	96	37,5	128	36,5	82	45,1	210	39,4
	10 à 19	14	24,1	53	24,7	51	19,9	88	25,1	31	17,0	119	22,3
	20 à 29	3	5,2	12	5,6	8	3,1	14	4,0	9	4,9	23	4,3
	30 et +	9	15,5	23	10,7	31	12,1	47	13,4	16	8,8	63	11,8
	Total	58	100,0	215	100,0	256	100,0	351	100,0	182	100,0	533	100,0

Nombre de gardes effectuées en 2005 selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

		Urbanisation du secteur de garde				Topographie du secteur de garde		
		Urbain	Mixte urbain	Mixte rural	Rural	Zone de montagne	Mixte	Collines, plaines
La nuit	Maximum	35	40	200	70	70	200	54
	Moyenne	3,6	7,5	27,8	23,4	32,4	21,5	5,4
	Médiane	1,0	5,0	20,0	10,0	31,0	7,0	3,0
	N valide	N=335	N=119	N=54	N=25	N=33	N=26	N=474
Le samedi	Maximum	45	17	13	12	12	13	45
	Moyenne	1,5	2,3	5,8	6,1	7,3	4,4	1,8
	Médiane	1,0	2,0	5,0	5,0	7,0	3,0	1,0
	N valide	N=338	N=119	N=55	N=25	N=33	N=27	N=477
Le dimanche (ou fériés)	Maximum	31	17	13	16	16	13	31
	Moyenne	1,5	2,4	6,1	6,2	7,6	4,6	1,9
	Médiane	1,0	2,0	5,0	6,0	8,0	3,0	1,0
	N valide	N=338	N=119	N=55	N=25	N=33	N=27	N=477
Total garde 2005	Maximum	104	53	210	88	89	210	104
	Moyenne	6,5	12,2	39,8	35,7	47,2	30,7	9,1
	Médiane	4,0	10,0	31,0	16,0	46,0	12,5	6,0
	N valide	N=335	N=119	N=54	N=25	N=33	N=26	N=474

		Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
		Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
La nuit	Aucune	157	46,9	28	23,5	11	20,4	6	24,0	6	18,2	10	38,5	186	39,2
	1 à 9	141	42,1	62	52,1	3	5,6	6	24,0	2	6,1	8	30,8	202	42,6
	10 à 19	29	8,7	16	13,4	8	14,8	2	8,0	2	6,1	1	3,8	52	11,0
	20 à 29	5	1,5	6	5,0	13	24,1	1	4,0	3	9,1	2	7,7	20	4,2
	30 et +	3	,9	7	5,9	19	35,2	10	40,0	20	60,6	5	19,2	14	3,0
Total		335	100,0	119	100,0	54	100,0	25	100,0	33	100,0	26	100,0	474	100,0
Le Samedi	Aucune	166	49,1	38	31,9	4	7,3	2	8,0	2	6,1	3	11,1	205	43,0
	1 à 2	108	32,0	36	30,3	1	1,8	4	16,0	0	,0	4	14,8	145	30,4
	3 à 4	40	11,8	29	24,4	15	27,3	4	16,0	2	6,1	12	44,4	74	15,5
	5 à 6	17	5,0	11	9,2	18	32,7	3	12,0	10	30,3	3	11,1	36	7,5
	7 et +	7	2,1	5	4,2	17	30,9	12	48,0	19	57,6	5	18,5	17	3,6
Total		338	100,0	119	100,0	55	100,0	25	100,0	33	100,0	27	100,0	477	100,0
Le Dimanche ou Fériés	Aucune	162	47,9	38	31,9	3	5,5	2	8,0	2	6,1	3	11,1	200	41,9
	1 à 2	110	32,5	35	29,4	1	1,8	4	16,0	0	,0	4	14,8	146	30,6
	3 à 4	39	11,5	29	24,4	14	25,5	4	16,0	1	3,0	12	44,4	73	15,3
	5 à 6	18	5,3	10	8,4	19	34,5	3	12,0	10	30,3	3	11,1	37	7,8
	7 et +	9	2,7	7	5,9	18	32,7	12	48,0	20	60,6	5	18,5	21	4,4
Total		338	100,0	119	100,0	55	100,0	25	100,0	33	100,0	27	100,0	477	100,0
Total garde 2005	Aucune	93	27,8	20	16,8	3	5,6	2	8,0	2	6,1	3	11,5	113	23,8
	1 à 9	164	49,0	38	31,9	7	13,0	1	4,0	1	3,0	7	26,9	202	42,6
	10 à 19	65	19,4	38	31,9	6	11,1	10	40,0	4	12,1	9	34,6	106	22,4
	20 à 29	5	1,5	11	9,2	7	13,0	0	,0	2	6,1	0	,0	21	4,4
	30 et +	8	2,4	12	10,1	31	57,4	12	48,0	24	72,7	7	26,9	32	6,8
Total		335	100,0	119	100,0	54	100,0	25	100,0	33	100,0	26	100,0	474	100,0

A.IV. Nombre d'actes effectués en garde

Nombre d'actes effectués en garde

		Âge			Sexe		Total
		< 40 ans	40 - 49 ans	50 ans et +	Masculin	Féminin	
La nuit	Minimum	1,0	,0	,0	,0	,0	,0
	Maximum	10,0	15,0	27,0	27,0	10,0	27,0
	Moyenne	2,6	2,5	2,5	2,6	2,5	2,6
	Médiane	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0
	N valide	N=39	N=135	N=140	N=221	N=96	N=317
Le samedi	Minimum	1,0	,0	1,0	,0	1,0	,0
	Maximum	40,0	100,0	52,0	52,0	100,0	100,0
	Moyenne	12,9	12,0	9,7	10,5	12,4	11,1
	Médiane	10,0	10,0	8,0	10,0	10,0	10,0
	N valide	N=43	N=120	N=141	N=214	N=91	N=305
Le dimanche (ou fériés)	Minimum	5,0	,0	2,0	,0	,0	,0
	Maximum	50,0	100,0	110,0	110,0	100,0	110,0
	Moyenne	17,5	15,3	11,9	13,2	15,8	14,0
	Médiane	15,0	14,5	10,0	10,0	13,0	10,0
	N valide	N=41	N=124	N=145	N=215	N=96	N=311

		Urbanisation du secteur de garde				Topographie du secteur de garde		
		Urbain	Mixte urbain	Mixte rural	Rural	Zone de montagne	Mixte	Collines, plaines
La nuit	Minimum	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
	Maximum	27,0	7,0	5,0	4,0	3,0	5,0	27,0
	Moyenne	3,5	1,8	,9	1,4	,9	1,6	2,8
	Médiane	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0
	N valide	N=173	N=80	N=44	N=20	N=28	N=16	N=273
Le samedi	Minimum	1,0	,0	1,0	1,0	1,0	1,0	,0
	Maximum	52,0	100,0	25,0	28,0	28,0	20,0	100,0
	Moyenne	11,4	13,5	7,8	8,8	7,2	9,7	11,7
	Médiane	10,0	10,0	7,0	7,5	5,0	10,0	10,0
	N valide	N=161	N=70	N=51	N=23	N=31	N=23	N=251
Le dimanche (ou fériés)	Minimum	,0	,0	,0	2,0	2,0	,0	,0
	Maximum	110,0	100,0	20,0	30,0	30,0	27,0	110,0
	Moyenne	14,6	16,9	9,7	10,3	8,2	12,5	14,9
	Médiane	11,0	15,0	10,0	7,0	7,0	15,0	12,0
	N valide	N=165	N=71	N=52	N=23	N=31	N=23	N=257

A.V. Organisation habituelle de la garde de week-end

Etude selon l'âge et le sexe du médecin

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Une seule nuit	23	60,5	60	56,1	65	52,0	93	52,2	56	60,2	149	55,0
Les deux nuits	15	39,5	47	43,9	60	48,0	85	47,8	37	39,8	122	45,0
Total	38	100,0	107	100,0	125	100,0	178	100,0	93	100,0	271	100,0

A.VI. Pourcentage estimé du nombre de gardes assurées par le médecin lui-même ou cédées

Période de référence 2004 – 2005

Pourcentage en fonction de l'âge et du sexe

	Âge			Sexe		Total
	< 40 ans	40 - 49 ans	50 ans et +	Masculin	Féminin	
Assurés par vous-même	79,4	73,1	74,7	77,1	68,9	74,3
Cédées à un confrère installé	8,8	13,2	13,0	12,3	13,4	12,7
Cédées à un remplaçant	11,8	11,3	11,3	9,4	15,7	11,5
Non assurées (sans remplacement)	,0	2,4	1,0	1,2	2,0	1,5
N valide	N=54	N=196	N=207	N=306	N=154	N=460

Pourcentage en fonction du niveau d'urbanisation et de la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde				Topographie du secteur de garde		
	Urbain	Mixte urbain	Mixte rural	Rural	Zone de montagne	Mixte	Collines, plaines
Assurés par vous-même	74,0	66,2	90,5	80,6	94,7	78,8	72,4
Cédées à un confrère installé	13,1	18,7	2,7	,8	,2	,6	14,4
Cédées à un remplaçant	11,9	11,0	6,7	18,6	5,0	20,6	11,5
Non assurées (sans remplacement)	,9	4,0	,0	,0	,0	,0	1,7
N valide	N=276	N=109	N=50	N=25	N=32	N=24	N=404

A.VII. Opinion des médecins sur la cohérence de leur secteur de garde

En fonction du degré d'urbanisation et de la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde						Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oui	242	70,1	77	62,6	43	76,8	18	66,7	25	71,4	22	78,6	333	68,2	380	69,0
Non	66	19,1	42	34,1	13	23,2	8	29,6	10	28,6	5	17,9	114	23,4	129	23,4
NR	37	10,7	4	3,3	0	,0	1	3,7	0	,0	1	3,6	41	8,4	42	7,6
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0	551	100,0

Opinion des médecins sur la cohérence de leur secteur de garde. Détail par secteur
Secteurs surlignés en foncé : % de réponses "NON" ≥ 50%, secteurs surlignés en clair : % ≥ 33%

	Oui	Non	NR	Effectif
N°01 LYON 1er - LYON 2ème	76,2	4,8	19,0	21
N°02 LYON 3ème	61,9	19,0	19,0	21
N°03 LYON 4ème	71,4	,0	28,6	7
N°04 LYON 5ème - SAINTE FOY	58,1	35,5	6,5	31
N°05 LYON 6ème	63,2	21,1	15,8	19
N°06 LYON 7ème	78,9	5,3	15,8	19
N°07 LYON 8ème	85,7	3,6	10,7	28
N°08-09 LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	52,0	40,0	8,0	25
N°10 CALUIRE ET CUIRE	88,9	,0	11,1	9
N°11 VILLEURBANNE	82,9	14,3	2,9	35
N°12 OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	84,2	10,5	5,3	19
N°13 VENISSIEUX	94,1	,0	5,9	17
N°14 SAINT FONS	50,0	50,0	,0	4
N°15 ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIGNY	60,0	40,0	,0	20
N°16 VAULX EN VELIN	50,0	50,0	,0	4
N°17 FRANCHEVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	28,6	71,4	,0	7
N°18 ECULLY	50,0	30,0	20,0	10
N°19 DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	66,7	33,3	,0	9
N°20 BRON	64,7	29,4	5,9	17
N°21 FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	62,5	37,5	,0	8
N°22 SAINT PRIEST	53,8	23,1	23,1	13
N°23 RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	50,0	37,5	12,5	8
N°24 FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	78,9	10,5	10,5	19
N°25 MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	75,0	25,0	,0	4
N°26 MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS	53,3	40,0	6,7	15
N°27 DECINES CHARPIEU - CHASSIEU	38,5	46,2	15,4	13
N°28 CORBAS	50,0	50,0	,0	2
N°29 ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY	100,0	,0	,0	8
N°30 MIONS	100,0	,0	,0	1
N°31 CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY	69,2	23,1	7,7	13
N°32 CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY	57,1	42,9	,0	7
N°33 CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASSELAY	88,9	11,1	,0	9
N°34 GENAS - ST BONNET DE MURE	90,9	9,1	,0	11
N°35 BELLEVILLE - ST GEORGES DE RENEINS - BEAUJEU	70,0	20,0	10,0	10
N°36 GIVORS - GRIGNY	75,0	16,7	8,3	12
N°37 CONDRIEU - AMPUIS	50,0	50,0	,0	4
N°38 ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE	40,0	60,0	,0	5
N°39 BESENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET	60,0	40,0	,0	5
N°40 L'ARBRESLE - LENTILLY	92,3	7,7	,0	13
N°41 ANSE	33,3	66,7	,0	3
N°42 POMMIERS - LIERGUES - DENICE	60,0	40,0	,0	5
N°43 VILLEFRANCHE SUR SAONE	55,0	45,0	,0	20
N°44 CHATILLON - LE BOIS D'OINGT	66,7	33,3	,0	3
N°45 AMPLEPUIS - CUBLIZE	66,7	33,3	,0	6
N°46 BOURG DE THIZY - THIZY	100,0	,0	,0	3
N°47 COURS LA VILLE	100,0	,0	,0	1
N°48 GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES	,0	100,0	,0	1
N°49 TARARE - ANCY	100,0	,0	,0	7
ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU RHONE	69,0	23,4	7,6	551

A.VIII. Opinion des médecins sur la nécessité de modifier leur secteur de garde et les modifications souhaitées

Souhait de modification en fonction du degré d'urbanisation et de la topographie

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde						Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Certainement	25	7,2	27	22,0	8	14,3	3	11,1	5	14,3	2	7,1	56	11,5	63	11,4
Probablement	37	10,7	16	13,0	7	12,5	1	3,7	3	8,6	1	3,6	57	11,7	61	11,1
Non	246	71,3	75	61,0	40	71,4	22	81,5	27	77,1	24	85,7	332	68,0	383	69,5
NR	37	10,7	5	4,1	1	1,8	1	3,7	0	,0	1	3,6	43	8,8	44	8,0
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0	551	100,0

Type de modification souhaitée en fonction du degré d'urbanisation et de la topographie

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
En le fractionnant	6	1,7	16	13,0	1	1,8	2	7,4	2	5,7	1	3,6	22	4,5
En le réunifiant avec un ou plusieurs secteurs voisins	43	12,5	8	6,5	11	19,6	2	7,4	5	14,3	2	7,1	57	11,7
Les deux	9	2,6	14	11,4	2	3,6	0	,0	1	2,9	0	,0	24	4,9
Aucune (ou NR)	287	83,2	85	69,1	42	75,0	23	85,2	27	77,1	25	89,3	385	78,9
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0

Souhait de modification du secteur. Détail par secteur

Secteurs surlignés en foncé : % de réponses "OUI" ≥ 50%, secteurs surlignés en clair : % ≥ 33%

	Certainement	Probablement	Total "Oui"	Non	NR	Effectif
N°01 LYON 1er - LYON 2ème	,0	9,5	9,5	71,4	19,0	21
N°02 LYON 3ème	4,8	9,5	14,3	66,7	19,0	21
N°03 LYON 4ème	,0	,0	,0	71,4	28,6	7
N°04 LYON 5ème - SAINT FOY	12,9	16,1	29,0	58,1	12,9	31
N°05 LYON 6ème	5,3	10,5	15,8	73,7	10,5	19
N°06 LYON 7ème	,0	5,3	5,3	78,9	15,8	19
N°07 LYON 8ème	,0	,0	,0	89,3	10,7	28
N°08-09 LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	24,0	20,0	44,0	48,0	8,0	25
N°10 CALUIRE ET CUIRE	,0	11,1	11,1	77,8	11,1	9
N°11 VILLEURBANNE	2,9	,0	2,9	94,3	2,9	35
N°12 OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	5,3	5,3	10,5	84,2	5,3	19
N°13 VENISSIEUX	,0	5,9	5,9	88,2	5,9	17
N°14 SAINT FONS	25,0	,0	25,0	75,0	,0	4
N°15 ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIIGNY	30,0	10,0	40,0	60,0	,0	20
N°16 VAULX EN VELIN	25,0	25,0	50,0	50,0	,0	4
N°17 FRANCHEVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	42,9	42,9	85,7	14,3	,0	7
N°18 ECULLY	20,0	40,0	60,0	20,0	20,0	10
N°19 DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	11,1	22,2	33,3	66,7	,0	9
N°20 BRON	5,9	11,8	17,6	76,5	5,9	17
N°21 FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	12,5	12,5	25,0	62,5	12,5	8
N°22 SAINT PRIEST	,0	30,8	30,8	46,2	23,1	13
N°23 RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	,0	12,5	12,5	75,0	12,5	8
N°24 FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	15,8	5,3	21,1	68,4	10,5	19
N°25 MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	,0	25,0	25,0	75,0	,0	4
N°26 MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS	26,7	20,0	46,7	46,7	6,7	15
N°27 DECINES CHARPIEU - CHASSIEU	23,1	23,1	46,2	38,5	15,4	13
N°28 CORBAS	,0	,0	,0	100,0	,0	2
N°29 ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY	,0	12,5	12,5	87,5	,0	8
N°30 MIONS	,0	,0	,0	100,0	,0	1
N°31 CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY	15,4	15,4	30,8	61,5	7,7	13
N°32 CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY	28,6	28,6	57,1	42,9	,0	7
N°33 CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASSELAY	,0	11,1	11,1	88,9	,0	9
N°34 GENAS - ST BONNET DE MURE	,0	9,1	9,1	90,9	,0	11
N°35 BELLEVILLE - ST GEORGES DE REINEIS - BEAUJEU	,0	,0	,0	90,0	10,0	10
N°36 GIVORS - GRIGNY	,0	8,3	8,3	91,7	,0	12
N°37 CONDRIEU - AMPUIS	25,0	25,0	50,0	50,0	,0	4
N°38 ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE	20,0	40,0	60,0	40,0	,0	5
N°39 BESSENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET	20,0	,0	20,0	80,0	,0	5
N°40 L'ARBRESLE - LENTILLY	7,7	,0	7,7	92,3	,0	13
N°41 ANSE	66,7	,0	66,7	,0	33,3	3
N°42 POMMIERS - LIERGUES - DENICE	20,0	20,0	40,0	60,0	,0	5
N°43 VILLEFRANCHE SUR SAONE	45,0	5,0	50,0	50,0	,0	20
N°44 CHATILLON - LE BOIS D'INGT	33,3	,0	33,3	66,7	,0	3
N°45 AMPELPUIS - CUBLIZE	16,7	,0	16,7	83,3	,0	6
N°46 BOURG DE THIZY - THIZY	,0	,0	,0	100,0	,0	3
N°47 COURS LA VILLE	,0	,0	,0	100,0	,0	1
N°48 GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES	100,0	,0	100,0	,0	,0	1
N°49 TARARE - ANCY	,0	,0	,0	100,0	,0	7
ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU RHONE	11,4	11,1	22,5	69,5	8,0	551

Type de modification du secteur souhaitée. Détail par secteur

	En le fractionnant	En le réunifiant avec secteurs voisins	Les deux	Aucune (ou NR)	Effectif
N°01 LYON 1er - LYON 2ème	,0	4,8	,0	95,2	21
N°02 LYON 3ème	,0	9,5	4,8	85,7	21
N°03 LYON 4ème	,0	,0	,0	100,0	7
N°04 LYON 5ème - SAINTE FOY	3,2	19,4	6,5	71,0	31
N°05 LYON 6ème	,0	10,5	5,3	84,2	19
N°06 LYON 7ème	5,3	,0	,0	94,7	19
N°07 LYON 8ème	,0	,0	,0	100,0	28
N°08-09 LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	,0	36,0	8,0	56,0	25
N°10 CALUIRE ET CUIRE	,0	11,1	,0	88,9	9
N°11 VILLEURBANNE	,0	2,9	,0	97,1	35
N°12 OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	5,3	5,3	,0	89,5	19
N°13 VENISSIEUX	,0	5,9	,0	94,1	17
N°14 SAINT FONS	,0	25,0	,0	75,0	4
N°15 ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIGNY	30,0	10,0	,0	60,0	20
N°16 VAULX EN VELIN	,0	25,0	25,0	50,0	4
N°17 FRANCHEVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	14,3	42,9	28,6	14,3	7
N°18 ECULLY	,0	50,0	,0	50,0	10
N°19 DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	,0	11,1	22,2	66,7	9
N°20 BRON	,0	11,8	,0	88,2	17
N°21 FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	12,5	,0	12,5	75,0	8
N°22 SAINT PRIEST	,0	30,8	,0	69,2	13
N°23 RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	,0	12,5	,0	87,5	8
N°24 FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	10,5	5,3	,0	84,2	19
N°25 MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	,0	25,0	,0	75,0	4
N°26 MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS	13,3	6,7	6,7	73,3	15
N°27 DECINES CHARPIEU - CHASSIEU	7,7	15,4	23,1	53,8	13
N°28 CORBAS	,0	,0	,0	100,0	2
N°29 ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY	,0	,0	12,5	87,5	8
N°30 MIONS	,0	,0	,0	100,0	1
N°31 CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY	7,7	,0	23,1	69,2	13
N°32 CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY	,0	57,1	,0	42,9	7
N°33 CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASSELAY	,0	,0	,0	100,0	9
N°34 GENAS - ST BONNET DE MURE	,0	,0	9,1	90,9	11
N°35 BELLEVILLE - ST GEORGES DE RENEINS - BEAUJEU	,0	,0	,0	100,0	10
N°36 GIVORS - GRIGNY	,0	8,3	,0	91,7	12
N°37 CONDRIEU - AMPUIS	,0	25,0	25,0	50,0	4
N°38 ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE	,0	60,0	,0	40,0	5
N°39 BESSENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET	,0	20,0	,0	80,0	5
N°40 L'ARBRESLE - LENTILLY	7,7	,0	,0	92,3	13
N°41 ANSE	,0	66,7	,0	33,3	3
N°42 POMMIERS - LIERGUES - DENICE	,0	40,0	,0	60,0	5
N°43 VILLEFRANCHE SUR SAONE	25,0	5,0	10,0	60,0	20
N°44 CHATILLON - LE BOIS D'OINGT	,0	,0	33,3	66,7	3
N°45 AMPLEPUIS - CUBLIZE	16,7	,0	,0	83,3	6
N°46 BOURG DE THIZY - THIZY	,0	,0	,0	100,0	3
N°47 COURS LA VILLE	,0	,0	,0	100,0	1
N°48 GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES	100,0	,0	,0	,0	1
N°49 TARARE - ANCY	,0	,0	,0	100,0	7
ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU RHONE	4,5	11,6	4,5	79,3	551

A.IX. Opinion des médecins sur la régulation médicale

Opinion des médecins sur l'utilité de la régulation libérale à côté de la régulation hospitalière selon l'âge et le sexe

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Très utile	20	32,8	55	24,8	74	28,0	95	26,4	54	28,3	149	27,0
Plutôt utile	15	24,6	60	27,0	72	27,3	99	27,5	50	26,2	149	27,0
Peu utile	4	6,6	12	5,4	9	3,4	13	3,6	12	6,3	25	4,5
Inutile	4	6,6	14	6,3	14	5,3	27	7,5	5	2,6	32	5,8
Sans opinion	18	29,5	81	36,5	95	36,0	126	35,0	70	36,6	196	35,6
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Opinion des médecins sur l'utilité de la régulation libérale à côté de la régulation hospitalière selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du secteur de garde								Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Très utile	97	28,1	32	26,0	12	21,4	8	29,6	149	27,0
Plutôt utile	98	28,4	31	25,2	12	21,4	8	29,6	149	27,0
Peu utile	14	4,1	6	4,9	5	8,9	0	,0	25	4,5
Inutile	17	4,9	9	7,3	4	7,1	2	7,4	32	5,8
Sans opinion	119	34,5	45	36,6	23	41,1	9	33,3	196	35,6
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	551	100,0

Proportion de médecins à qui il arrive d'effectuer une "contre régulation" selon l'âge et le sexe

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Très souvent	3	4,9	14	6,3	6	2,3	19	5,3	4	2,1	23	4,2
Assez souvent	6	9,8	13	5,9	8	3,0	14	3,9	13	6,8	27	4,9
Assez rarement	11	18,0	34	15,3	42	15,9	60	16,7	29	15,2	89	16,2
Très rarement	29	47,5	105	47,3	112	42,4	166	46,1	81	42,4	247	44,8
NR	12	19,7	56	25,2	96	36,4	101	28,1	64	33,5	165	29,9
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Proportion de médecins à qui il arrive d'effectuer une "contre régulation" selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du secteur de garde								Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Très souvent	10	2,9	10	8,1	3	5,4	0	,0	23	4,2
Assez souvent	9	2,6	12	9,8	5	8,9	1	3,7	27	4,9
Assez rarement	43	12,5	27	22,0	9	16,1	10	37,0	89	16,2
Très rarement	168	48,7	42	34,1	27	48,2	10	37,0	247	44,8
NR	115	33,3	32	26,0	12	21,4	6	22,2	165	29,9
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	551	100,0

A.X. Connaissances des médecins sur la régulation médicale

Connaissance de la régulation médicale libérale selon l'âge et le sexe

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Très bien	5	8,2	13	5,9	34	12,9	32	8,9	20	10,5	52	9,4
Assez bien	14	23,0	61	27,5	62	23,5	97	26,9	41	21,5	138	25,0
Assez mal	21	34,4	82	36,9	65	24,6	103	28,6	68	35,6	171	31,0
Très mal	19	31,1	48	21,6	75	28,4	99	27,5	43	22,5	142	25,8
NR	2	3,3	18	8,1	28	10,6	29	8,1	19	9,9	48	8,7
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Connaissance de la régulation médicale libérale selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du secteur de garde								Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Très bien	38	11,0	10	8,1	3	5,4	1	3,7	52	9,4
Assez bien	95	27,5	28	22,8	10	17,9	5	18,5	138	25,0
Assez mal	99	28,7	44	35,8	18	32,1	10	37,0	171	31,0
Très mal	82	23,8	33	26,8	19	33,9	8	29,6	142	25,8
NR	31	9,0	8	6,5	6	10,7	3	11,1	48	8,7
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	551	100,0

A.XI. Participation des médecins à la régulation médicale

Participation des médecins au dispositif de régulation selon l'âge et le sexe

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oui et vous en faites toujours	1	1,6	2	,9	5	1,9	5	1,4	3	1,6	8	1,5
Oui mais vous n'en faites plus à présent	5	8,2	16	7,2	13	4,9	21	5,8	13	6,8	34	6,2
Non, mais pourquoi pas ?	6	9,8	27	12,2	20	7,6	39	10,8	14	7,3	53	9,6
Non, et vous n'êtes pas intéressé(e)	48	78,7	170	76,6	206	78,0	280	77,8	148	77,5	428	77,7
NR	1	1,6	7	3,2	20	7,6	15	4,2	13	6,8	28	5,1
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Participation des médecins au dispositif de régulation selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du secteur de garde								Total	
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oui et vous en faites toujours	6	1,7	1	,8	1	1,8	0	,0	8	1,5
Oui mais vous n'en faites plus à présent	24	7,0	6	4,9	1	1,8	3	11,1	34	6,2
Non, mais pourquoi pas ?	33	9,6	9	7,3	10	17,9	1	3,7	53	9,6
Non, et vous n'êtes pas intéressé(e)	264	76,5	99	80,5	43	76,8	22	81,5	428	77,7
NR	18	5,2	8	6,5	1	1,8	1	3,7	28	5,1
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	551	100,0

Participation potentielle à la régulation des médecins actuellement non participants si le site était plus proche selon l'âge et le sexe

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Certainement	3	5,0	10	4,5	6	2,3	9	2,5	10	5,3	19	3,5
Peut-être	21	35,0	49	22,3	49	18,9	79	22,3	40	21,3	119	21,9
A priori, non	34	56,7	154	70,0	185	71,4	252	71,0	125	66,5	377	69,4
NR	2	3,3	7	3,2	19	7,3	15	4,2	13	6,9	28	5,2
Total	60	100,0	220	100,0	259	100,0	355	100,0	188	100,0	543	100,0

Participation potentielle à la régulation des médecins actuellement non participants si le site était plus proche selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du secteur de garde								Total	
	Urbain		Rural		Mixte urbain		Mixte rural		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Certainement	9	2,6	1	3,7	8	6,5	2	3,6	20	3,6
Peut-être	71	20,6	7	25,9	26	21,1	16	28,6	120	21,8
A priori, non	238	69,0	18	66,7	86	69,9	36	64,3	378	68,6
NR	27	7,8	1	3,7	3	2,4	2	3,6	33	6,0
Total	345	100,0	27	100,0	123	100,0	56	100,0	551	100,0

A.XII. Lieu de consultation durant la garde

Lieu de consultation le plus approprié pour le médecin de garde selon l'âge et le sexe

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dans son cabinet	23	37,7	75	33,8	82	31,1	123	34,2	57	29,8	180	32,7
Dans une structure appropriée	33	54,1	137	61,7	151	57,2	212	58,9	113	59,2	325	59,0
Indifférent	5	8,2	10	4,5	31	11,7	25	6,9	21	11,0	46	8,3
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

A.XIII. Taille idéale d'un secteur de garde en cas de réorganisation de la PDS

Taille idéale d'un secteur de garde en cas de réorganisation de la PDS selon l'âge et le sexe

		Âge			Sexe		Total
		< 40 ans	40 - 49 ans	50 ans et +	Masculin	Féminin	
En kilomètres	Médiane	15,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
En temps (minutes)	Médiane	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0

A.XIV. Possibilité d'une organisation différente de la PDS selon l'horaire

Opinion des médecins sur la possibilité d'envisager deux organisations différentes de la PDS selon l'horaire (avant et après minuit) selon l'âge et le sexe du médecin

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Certainement	21	34,4	85	38,3	102	38,6	132	36,7	77	40,3	209	37,9
Peut-être	15	24,6	54	24,3	54	20,5	77	21,4	47	24,6	124	22,5
A priori non	20	32,8	67	30,2	78	29,5	117	32,5	50	26,2	167	30,3
NR	5	8,2	16	7,2	30	11,4	34	9,4	17	8,9	51	9,3
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Opinion des médecins sur la possibilité d'envisager deux organisations différentes de la PDS selon l'horaire (avant et après minuit) selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Certainement	132	38,3	44	35,8	22	39,3	11	40,7	14	40,0	10	35,7	185	37,9
Peut-être	68	19,7	40	32,5	9	16,1	7	25,9	9	25,7	6	21,4	109	22,3
A priori non	107	31,0	32	26,0	20	35,7	8	29,6	10	28,6	8	28,6	149	30,5
NR	38	11,0	7	5,7	5	8,9	1	3,7	2	5,7	4	14,3	45	9,2
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0

Opinion des médecins sur la possibilité d'envisager deux organisations différentes de la PDS selon l'horaire (avant et après minuit). Détail par secteur

Secteurs surlignés en foncé : % de réponses "OUI" ≥ 50%, secteurs surlignés en clair : % ≥ 33%

	Certainement	Peut-être	Total "Oui"	A priori non	NR	Effectif
N°01 LYON 1er - LYON 2ème	38,1	23,8	61,9	28,6	9,5	21
N°02 LYON 3ème	23,8	33,3	57,1	33,3	9,5	21
N°03 LYON 4ème	28,6	28,6	57,1	42,9	,0	7
N°04 LYON 5ème - SAINT FOY	22,6	22,6	45,2	54,8	,0	31
N°05 LYON 6ème	15,8	15,8	31,6	47,4	21,1	19
N°06 LYON 7ème	21,1	26,3	47,4	26,3	26,3	19
N°07 LYON 8ème	39,3	17,9	57,1	39,3	3,6	28
N°08-09 LYON 9ème - ST CYR - ST DIDIER - CHAMPAGNE - COLLONGES	36,0	20,0	56,0	28,0	16,0	25
N°10 CALUIRE ET CUIRE	44,4	33,3	77,8	11,1	11,1	9
N°11 VILLEURBANNE	57,1	8,6	65,7	22,9	11,4	35
N°12 OULLINS - PIERRE BENITE - LA MULATIERE	63,2	10,5	73,7	10,5	15,8	19
N°13 VENISSIEUX	23,5	29,4	52,9	29,4	17,6	17
N°14 SAINT FONS	50,0	,0	50,0	50,0	,0	4
N°15 ST GENIS LAVAL - BRIGNAIS - IRIGNY	35,0	30,0	65,0	35,0	,0	20
N°16 VAULX EN VELIN	75,0	,0	75,0	25,0	,0	4
N°17 FRANCHEVILLE - TASSIN LA DEMI LUNE	57,1	14,3	71,4	28,6	,0	7
N°18 ECULLY	40,0	,0	40,0	30,0	30,0	10
N°19 DARDILLY - CHARBONNIERES LES BAINS	22,2	22,2	44,4	55,6	,0	9
N°20 BRON	41,2	11,8	52,9	47,1	,0	17
N°21 FEYZIN - ST SYMPHORIEN - TERNAY	25,0	12,5	37,5	50,0	12,5	8
N°22 SAINT PRIEST	53,8	38,5	92,3	7,7	,0	13
N°23 RILLIEUX LA PAPE - SATHONAY	37,5	25,0	62,5	25,0	12,5	8
N°24 FONTAINES SUR SAONE - GENAY - ALBIGNY	31,6	21,1	52,7	26,3	21,1	19
N°25 MORNANT - SOUCIEU EN JARREST	50,0	50,0	100,0	,0	,0	4
N°26 MEYZIEU - JONAGE - PUSIGNAN - JONS	33,3	53,3	86,7	,0	13,3	15
N°27 DECINES CHARPIEU - CHASSIEU	46,2	38,5	84,7	7,7	7,7	13
N°28 CORBAS	50,0	,0	50,0	50,0	,0	2
N°29 ST PIERRE DE CHANDIEU - CHAPONNAY	50,0	12,5	62,5	37,5	,0	8
N°30 MIONS	,0	100,0	100,0	,0	,0	1
N°31 CRAPONNE - ST GENIS LES OLLIERES - VAUGNERAY	38,5	30,8	69,3	15,4	15,4	13
N°32 CHAPONOST - BRINDAS - MESSIMY	57,1	14,3	71,4	28,6	,0	7
N°33 CHAZAY D'AZERGUES - LISSIEU - QUINCIEUX - CHASSELAY	11,1	22,2	33,3	66,7	,0	9
N°34 GENAS - ST BONNET DE MURE	45,5	27,3	72,7	27,3	,0	11
N°35 BELLEVILLE - ST GEORGES DE RENEINS - BEAUJEU	40,0	20,0	60,0	30,0	10,0	10
N°36 GIVORS - GRIGNY	58,3	16,7	75,0	16,7	8,3	12
N°37 CONDRIEU - AMPUIS	25,0	75,0	100,0	,0	,0	4
N°38 ST MARTIN EN HAUT - ST SYMPHORIEN SUR COISE	40,0	,0	40,0	40,0	20,0	5
N°39 BESSENAY - ST LAURENT DE CHAMOUSSET	80,0	,0	80,0	20,0	,0	5
N°40 L'ARBRESLE - LENTILLY	30,8	23,1	53,9	38,5	7,7	13
N°41 ANSE	66,7	,0	66,7	,0	33,3	3
N°42 POMMIERS - LIERGUES - DENICE	40,0	20,0	60,0	,0	40,0	5
N°43 VILLEFRANCHE SUR SAONE	40,0	20,0	60,0	40,0	,0	20
N°44 CHATILLON - LE BOIS D'INGT	66,7	33,3	100,0	,0	,0	3
N°45 AMPLEPUIS - CUBLIZE	,0	33,3	33,3	66,7	,0	6
N°46 BOURG DE THIZY - THIZY	33,3	,0	33,3	66,7	,0	3
N°47 COURS LA VILLE	,0	100,0	100,0	,0	,0	1
N°48 GRANDIS - LAMURE SUR AZERGUES	100,0	,0	100,0	,0	,0	1
N°49 TARARE - ANCY	28,6	42,9	71,5	14,3	14,3	7
ENSEMBLE DU DEPARTEMENT DU RHONE	37,9	22,5	60,4	30,3	9,3	551

A.XV. Participation à la PDS après minuit

Situations d'intervention pour les médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit selon l'âge et le sexe (N=551)

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dans tous les cas	1	33,3	1	4,2	7	25,0	8	17,8	1	10,0	9	16,4
Dans les situations d'urgence régulée	2	66,7	23	95,8	21	75,0	37	82,2	9	90,0	46	83,6
Total	3	100,0	24	100,0	28	100,0	45	100,0	10	100,0	55	100,0

Situations d'intervention pour les médecins qui seraient prêts à assurer la PDS dans leur secteur après minuit en fonction du degré d'urbanisation ou de la topographie du secteur (N=551)

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dans tous les cas	5	22,7	1	7,7	2	18,2	1	11,1	1	6,7	1	25,0	7	19,4
Dans les situations d'urgence régulée	17	77,3	12	92,3	9	81,8	8	88,9	14	93,3	3	75,0	29	80,6
Total	22	100,0	13	100,0	11	100,0	9	100,0	15	100,0	4	100,0	36	100,0

A.XVI. Opinion des médecins sur l'intérêt d'une astreinte assurée par les spécialistes et les paramédicaux

Proportion de médecins généralistes estimant souhaitable une astreinte assurée par des spécialistes et des paramédicaux libéraux en fonction selon l'âge (N=551)

	Âge						Sexe				Total	
	< 40 ans		40 - 49 ans		50 ans et +		Masculin		Féminin		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Oui	46	75,4	136	61,3	165	62,5	221	61,4	128	67,0	349	63,3
Non	11	18,0	71	32,0	75	28,4	113	31,4	46	24,1	159	28,9
NR	4	6,6	15	6,8	24	9,1	26	7,2	17	8,9	43	7,8
Total	61	100,0	222	100,0	264	100,0	360	100,0	191	100,0	551	100,0

Proportion de médecins généralistes estimant souhaitable une astreinte assurée par des spécialistes et des paramédicaux libéraux en fonction du degré d'urbanisation ou de la topographie du secteur (N=551)

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	219	63,5	74	60,2	36	64,3	20	74,1	22	62,9	19	67,9	308	63,1
Non	100	29,0	36	29,3	16	28,6	7	25,9	13	37,1	6	21,4	140	28,7
NR	26	7,5	13	10,6	4	7,1	0	,0	0	,0	3	10,7	40	8,2
Total	345	100,0	123	100,0	56	100,0	27	100,0	35	100,0	28	100,0	488	100,0

A.XVII. Commentaires libres des médecins généralistes

" - 20 h à 24 h : MMG ou régulation par le 15. - 24 h à 8 h : Hôpital ou régulation par le 15 (attente ouverture des cabinets)" (Villefranche-sur-Saône)

" Il est consternant que la régulation du centre 15 nous envoie la nuit pour une rhinopharyngite chez des patients qui bénéficient de la CMU et qui nous prend pour des livreurs de pizza" (Sarrai 3e)

"1 Désir : Une MMG regroupant 2 à 3 secteurs ruraux avec des médecins "volants" à définir" (Sud-Ouest Lyonnais)

"1/ La permanence des soins telle quelle est ingérée par les pouvoirs publics est incompatible avec l'exercice en cabinet libéral (et ses exigences de sécurité) : c'est une mission de service public. Il appartient à l'Etat de se doter de services dignes d'assurer cette mission. 2/ Les menaces de réquisitions préfectorales évoquent un travail forcé d'un autre âge ... car elles interviennent la plupart du temps en l'absence de tout péril pour la population" (Tassin - Francheville)

"1/ Les médecins libéraux assurent en semaine une permanence les soirs > un minimum à 56 heures par semaine. Il ne devrait pas faire de garde. 2/ Des gardes et services urgences. Cela doit dépendre du service public +++ SROS, etc.. (Pourquoi les services urgences ferment à 20h !?). 3/ Les Maisons Médicales de Gardes ça coûte un fric fou ! 4/ Si selon l'art.77 du Code Déontologie, tous les médecins devraient faire des gardes (surtout les spécialistes). 5/ Il est dangereux d'obliger des médecins à exercer particulièrement faire des gardes (homéopathes). C'est dangereux pour les urgences etc.. Réf à Q.17 Un médecin de garde doit pouvoir être en capacité de se déplacer. On ne peut pas faire autrement. Les médecins libéraux qui dépassent le quota d'heures de travail reconnu pas les juridictions européennes ne devrait pas faire de gardes comme dans les autres pays européens. Réf à Q.20 Et toute spécialité selon le Code Déontologie, puisque la nuit et le week-end les médecins généralistes y sont obligés et deviennent compétents en cardio, ORL, rhumato, etc." (?)

"1/ Mes gardes sont imposées par tirage au sort. 2/ Par convenance personnelle : je cesse entre 20h /22h mes gardes. Je ne fais pas de domicile. Je renvoie sur SOS Médecins. 3/ Compte tenu de la proximité de HEH / Desgenettes les patients vont aux urgences et non au cabinet (car il faut payer la consultation !)" (Bron)

"1/ Souhait le plus dur, arrêt de la garde à minuit, après cet horaire la demande de soin peut-être assurée par le centre hospitalier le plus proche moyennant transport des patients via ambulance de garde. 2/ Je souhaiterais avoir connaissance des résultats de cette enquête" (Vienne et environs (Isère-Rhône)

"30 ans d'installation. Toutes les gardes effectuées en début d'activité... Les jeunes ne veulent plus travailler, et on ne trouve plus de remplaçant..." (Meyzieu - Décines)

"7h45 à 11h15 et 13h45 à 19h tous les jours + 7h45 à 12h00 tous les samedis = 47 heures Samedi après-midi à faire des papiers. Certains à mon âge sont déjà à la retraite ; je suis très fatigué d'être médecin..." (Ecully)

"A 53 ans, aux 75 heures environ de travail par semaine, SANS jamais pouvoir ni arrêter entre 12h et 14h et en rentrant environ entre 22h et 23h le SOIR, JE N'EN PEUX PLUS comme un grand nombre de médecins généralistes. Que les POUVOIRS PUBLICS prennent leurs responsabilités !!! Il est facile de dire que tous les maux de la Médecine ou de la Santé viennent : des médecins généralistes, du nombre de médicaments prescrits, du nombre d'arrêts de travail et que nous sommes toujours en vacances à Méribel !!! Pourquoi n' y a t-il pas assez de médecins ; Pourquoi les jeunes ne veulent plus ???" (Villeurbanne)

"A l'heure des 35 heures il est inadmissible de demander à un médecin de compléter sa journée assez remplie comme cela, par des astreintes ou des gardes et cela même également au vu de la violence, l'insécurité ! Et pourquoi alors que des généralistes ?! Les spécialistes devraient être à ce moment là à même d'en faire !!! Il devrait y avoir un développement plus important d'organismes tel que : SOS Médecins, pour assurer justement la continuité des soirées après une journée de travail..." (Oullins - Pierre-Bénite - La Mulatière)

"A Lyon, nous bénéficions jusqu'au 31 mai d'une excellente organisation qui risque de disparaître par la volonté de l'URCAM. Il faut s'attendre alors à ce que les médecins effectueurs (dont moi-même) attendent d'être tirés au sort par le Préfet pour refaire les gardes. Le public est mis au courant de cet état et ne manque pas de manifester son impatience à l'URCAM et la Sécurité Sociale, si les MMG doivent fermer leurs portes, il sera alors difficile d'expliquer qu'elles coûtent chères, alors que votre étude avait chiffré l'économie qu'elles représentent à plusieurs 10 aine de milliers d'euros par an" (Lyon 1er et 2e)

"A Lyon, SOS Médecins est la structure la mieux adaptée à la garde libérale : Sérénité de la structure depuis longtemps, disponibilité permanente, locaux appropriés à l'activité de MMG + équipe mobile bien habituée à l'urgence ; indépendance financière. Pourquoi les médecins installés volontaires pour la garde ne participeraient-ils pas à une permanence encadrée par SOS ?" (MMG Sarrai)

"A mon avis, la permanence des soins doit être prise en charge par le service public" (Villefranche-sur-Saône)

"A mon sens ; il n' y a plus que des urgences et la permanence de soins des libéraux doit se réaliser dans les services d'urgence (sur le mode de volontariat ou de déclinaison par liste de tous les médecins du secteur)" (Villefranche-sur-Saône)

"A mon sens, il est nécessaire, à partir du moment où un secteur "tourne" correctement, de le laisser fonctionner naturellement, sans vouloir à toutes forces vérifier les différents modes de fonctionnement (lourdeurs administratives, démotivation des intervenants)" (Brignais et communes associées)

"A priori si on fait de la médecine générale : ça fait partie du travail" (L'Arbresle)

"ABANDON progressif des gardes depuis la création du 15/régulation, dépersonnalisant complètement le système relationnel avec des appels aberrants (genre : rage de dent, pas d'aspirine sous la main) qui ne se voyaient pas avant. Pendant 18 ans, appelable du lundi 8h au samedi 12h (plus gardes de week-end sur secteur de 20 km), actuellement je redonne tout à SOS Médecins" (Corbas)

"Activité à déléguer à des médecins volontaires et motivés" (Oullins - Pierre-Bénite - La Mulatière)

"Actuellement, et le questionnaire ne permet pas de le mentionner, il n' y a aucune régulation du 15 du Rhône sur le secteur 37. Le chapitre IV question 11 et 12, tient compte de ce fait dans ma réponse" (Condrieu)

"Actuellement, la régulation par le 15 (seule comme ici) est très inégale et je continue à répondre directement et je suis peu appelée. Un secteur étendu nécessite une bonne régulation, par les médecins de garde, ou le 15 si mieux géré" (St-Symphorien-sur-Coise)

"Améliorer la permanence des soins éviterait de sursaturer les services d'urgence mais une éducation de la population est indispensable" (St-Genis - Craponne - Vaugneray)

"Après minuit, il n'est plus question d'assurer autre chose que la régulation : soit rassurer et reporter la consultation à demain avec le médecin traitant ou urgence utile - 15 Samu. Y'en a marre de répondre à n'importe quoi. EDUQUER LES GENS +++" (Brignais - Irigny - Vourle - Millery)

"Arrêtons de faire croire au public que nous sommes disponibles de 0 à 24 heures !! La demande de soins doit se hiérarchiser : sur rendez-vous, urgence de jour, urgence de nuit" (?)

"Arrêtons finalement la permanence des soins libérale, comme dans beaucoup de pays européens. C'est un problème de santé publique donc le secteur public doit s'en occuper. Arrêtons les visites à domicile (cf. Allemagne, Angleterre)" (Givors)

"Assez satisfait de la situation actuelle. Gardes du samedi et dimanche assurées à mon cabinet, nuits par SOS Médecins. Très peu de visites" (Val-de-Saône)

"Au bout de 30 ans d'exercice, le problème de la permanence des soins est un problème majeur, décourageant les jeunes confrères, à juste titre, à s'engager dans la profession de médecin généraliste" (Condrieu)

"Aucune motivation dans le contexte actuel pour effectuer des gardes de nuit ou de fin de semaine. Il existe un mépris historique du médecin généraliste alors que dans la réalité, il effectue un travail remarquable et essentiel au niveau santé publique tant au niveau compétence que disponibilité" (St-Pierre-de-Chandieu - Toussieu - Chaponnay)

"Aucune rémunération des astreintes prises par les caisses !! C'est mal parti" (Irigny)

"Augmenter le nombre de structures type SOS Médecins. Augmenter la sécurité lors des déplacements - visites" (?)

"Augmenter le nombre des secteurs de Lyon intra-muros pour permettre une mise en commun des forfaits correspondants et ainsi assurer le financement du secrétariat et des gardes sans actes. 12 à 16 secteurs x 27 000 € soit : 18 400 + week-end = 9 000 total = 27 000 = 330 000 à 450 000 €. Secrétariat = 250 000 € pour 4 maisons médicales au lieu des 9 actuelles = 243 000 € = Rien pour les gardes sans acte. Autre solution : Faire voter la pérennisation du financement des MMG : Base 1 à 2 € / habitant sur fond risque, frais de structure. Rémunérer les médecins au forfait dans ces MMG comme à la régulation = 3 consultations par heure + les actes non majorés en MMG + les actes majorés en visites régulières. Toute visite doit être au préalable régulée. Les actes en MMG n'ont pas besoin d'être toutes régulés si les actes sont à 20 (sans majoration) situation du jour. Supprimer la majoration sans les actes de nuit et dimanche un projet de forfait doit être appliqué aussi aux hôpitaux, SAU, Upatou mais aussi les autres + SOS Médecins" (7e arrondissement Lyon)

"Avant d'effectuer ce travail il faudrait à mon avis "rééduquer" la population et lui apprendre la différence entre "urgence" et "permanence de soins" !" (L'arbresle)

"Avant minuit - MG, après minuit - Hôpital" (Le Bois-d'Oingt)

"Avec la charge quotidienne de travail, le nombre d'heures, en horaire quotidien, comment peut-on en plus assurer des gardes dans des conditions de sécurité concevables ? Je souhaite la spécialisation des gardes" (Genas - St-Laurent-de-Mure - St-Bonnet-de-Mure - Colombier)

"Beaucoup de médecins tentent semble-t-il de se soustraire à leurs obligations (refus de prise en charge de malades lourds à domicile, gardes...) sous des prétextes divers : femmes, charge de famille, âge, besoin de temps personnel... et il y a de moins en moins d'installations : où allons nous ?" (Villeurbanne)

"Bien car regroupement récent à un tour de garde. Les réponses portent sur un tour de garde qui n'existe plus (Quincieux, Chasselay, St Gueran). Les horaires de minuit à 8h sont de l'urgence non de la permanence de soins. Depuis 3-4 consultations peu d'appels par le 15 si ce n'est des cas "douteux" (Chasselay - Chazay - Quincieux - Lissieu - La-Tour-de-Salvagny)

"Bosses sur le volontariat, tous les volontaires diminuent surtout les jeunes installés. Il faudra donc une obligation peut être en forme de pénalité financière sur les gardes qui ne sont pas faites" (Villeurbanne)

"Caractère obligatoire ? A peut-être remettre en cause du fait d'une surcharge de travail par ailleurs ?" (St-Fons)

"Ce questionnaire ne semble pas prendre en compte le "découpage horaire" actuel : période de 20 h à 24 h puis période de 0 h à 8 h. Il ne faut pas non plus de destruction entre la notion de garde et la notion d'astreinte (à domicile)" (Secteur 42)

"Cela fait plus de 2 ans que nous réclamons une maison médicale de garde à St-Priest où tous les médecins seraient prêts à effectuer leur garde de 20h à 23h ou minuit. On ne nous en donne pas les moyens - RAS LE BOL !" (St-Priest)

"C'est très bien. Reste plus qu'à éduquer les patients" (Sarrai)

"C'est une contrainte dictatoriale imposée à tout médecin sans distinction d'âge, de sexe, de pratique ou de convenance et non rémunérée. Essayez donc, n'importe qu'elle autre branche professionnelle d'avoir une telle attitude et c'est la grève générale illimitée" (Rhône-Alpes)

"Cette organisation doit être assurée par les médecins du secteur, localement" (Sarrai)

"Chaque médecin assure la permanence de soins de sa propre clientèle (toutes spécialités confondues) le reste demeure une réponse à la demande sans cesse croissante de la population - une demande de confort : Qui ne rentre plus dans le cadre de la "médecine", mais celui du "commerce", au détriment du "Bien être" du médecin, indispensable à la qualité de ses soins. L'avenir de la médecine est "sombre", croyez-moi les tergiversations et les erreurs accumulées, le manque de décision, pour le sauvetage, seront vite remis en cause dans son existence même..." (St-Genis-Laval - Irigny)

"Comment demander à un médecin d'assurer des journées de plus de 10 heures par jour et être opérationnel la nuit pour refaire une journée correcte le lendemain. La médecine libérale de nuit devrait être assurée par des médecins non installés ne faisant que cela et formés aux urgences vitales" (Genas - St-Bonnet-de-Mure et St-Laurent-de-Mure)

"Création de postes de médecins payés pour cet exercice de garde libérant les médecins installés déjà surchargés" (Villeurbanne)

"Dans des MMG certainement. Par contre les MMG devraient être situées à proximité des services accueillant les urgences et travailler en amont de ceux-ci. Ceci éviterait l'engorgement des services d'urgence et la proximité des spécialités serait plus rationnelle" (Sarrai)

"Dans la mesure où des organismes privés (SOS Médecins...) assurent une permanence de nuit sur mon secteur (Courly), je ne vois pas l'intérêt d'organiser une garde de nuit en semaine (que j'assure personnellement depuis 26 ans sans avoir mis une seule fois mon répondant...)" (Dardilly - La Tour - Charbonnières - Limonest)

"Dans les cantons plutôt "ruraux" ou à proximité du service d'urgence (ex : le notre) le petit nombre d'actes semble favoriser l'idée d'une "astreinte" plutôt que d'une "garde" (et l'on se demande s'il n'est pas tôt de cesser les astreintes à minuit ...ce qui permet à tout le monde d'être efficace de 8 h à 22 h (ouverture cabinet)" (St-Laurent-Chamousset)

"Dans notre secteur, la permanence des soins s'arrête à minuit. Si cela change je ne serai plus volontaire, ni pour le jour, ni pour la nuit. Je n'ai pas vocation à soigner les angines à 3h du matin" (Secteur 35)

"Dans notre secteur, on est peu dérangé le soir. La permanence jusqu'à 23 heures suffisant amplement (puis relais SOS Médecins ou Samu)" (Médecin remplaçant)

"Dans notre secteur, qui est très peu étendu en kilomètre, se trouve un hôpital local avec un service d'urgence très actif et très connu de la population, donc le médecin de garde pourrait presque disparaître sans que ça pénalise beaucoup la population. C'est une caractéristique tout à fait locale" (Givors)

"De garde en cabinet jusqu'à 22 h = OK. Après 22 h = Non, inutile, environ jamais personne !" (Villeurbanne)

"De plus en plus de médecin sont exemptés de garde pour > 60 ans, sachant que sur notre secteur, il existe bon nombre de médecins de la tranche d'âge 55 - 62 ans, que compte tenu de la disparition du MICA, ces médecins poursuivent leur activité - 65 ans - donc pas de successeurs (en admettant qu'ils en aient même après 65 ans) ; le tour de garde se fait sur un nombre de médecins qui diminue - augmentation des charges pour les médecins restants - ?? Ceci ne veut pas dire que les médecins de

garde ont souvent reporté leur garde car il est tout à fait légitime de pouvoir alléger son activité à partir de 60 ans. L'INTERET de la GARDE de secteur urbanisé (avec hôpital) n'est pas justifié. Compte tenu de la présence d'hôpital de proximité, la garde ne me paraît pas utile pour les très rares cas de personnes ne pouvant se déplacer. Mieux vaudrait utiliser un transport pour se rendre à l'hôpital, où est l'intérêt de laisser un médecin de permanence, qui a travaillé 12h à 14h par jour, pour nous 1 personne par nuit, 8 personnes le samedi ???" (Givors -Grigny)

"De quelle régulation parlez-vous ? Si c'est de la régulation systématique des MMG : elle est inutile. La régulation "Globale" libérale à côté et la régulation du Samu est par contre, nécessaire. Le numéro d'appel ne fonctionne pas. Il est la plupart du temps injoignable. Les services d'urgence des cliniques privées et des hôpitaux sont-ils régulés ??" (Lyon MMG Bourgogne)

"Depuis 2002 j'ai lâché prise... sur ce sujet !" (St-Priest)

"Depuis longtemps la garde cantonale fonctionne sans problème (garde de nuit et travail complété de 20h à 8h) En juillet 2005 : Nouvelle sectorisation !!! Regroupant 4 cantons et 5 hôpitaux locaux. Très grande réticence de la part de la caisse et du 15 pour reprendre la sectorisation antérieure. Depuis janvier 2006, rétablissement de l'ancienne sectorisation, compte tenu du BON SENS. Actuellement : le 15 reste peu sensible à l'existence d'une zone départementale non citadine !!! Réponse très souvent incorrecte (pas de médecin de garde sur le secteur) Mais inapproprié de moyen..." (Canton d'Amplepuis)

"Depuis que le 15 a été crée, c'est la pagaille... Pas de garde officielle = Tranquillité. Le mieux étant la garde officieuse car N° de garde officiel = service public - ESCLAVE" (L'Arbresle)

"Depuis quelques temps (1 an environ) l'impression d'assurer une garde pour rien ...manque total d'info des malades sur le numéro de téléphone à appeler si "besoin de soins" sans forcément urgence. Par contre, le 15 a souvent répondu : qu'il n'y avait pas de médecin de garde sur Décines alors que j'étais là, enfermé dans mon cabinet. D'où un refus d'Intermédiaire. Je sais moi aussi juger si on peut se contenter d'un avis téléphonique ou offrir une consultation, rôle de la permanence de soins. L'urgence véritable n'a pas vraiment besoin de nos cabinets. Ce qu'en tant que médecin, je souhaite que mes patients ne souffrent pas pendant 48 heures sans savoir quoi faire ou quel médicament prendre. Notre rôle c'est le diagnostic qui nécessite un examen clinique sinon vive Internet" (Décines - Meyzieu)

"Devant cesser mon activité à la fin de l'année, je ne peux participer à l'élaboration d'un service de garde, mais je saurais pour cette initiative qui me semble aller dans le sens de la survie de la médecine libérale à visage humain. Merci pour votre travail" (?)

"Devant la charge de travail de plus en plus insupportable, j'assure les gardes par devoir civique et humain MAIS la condition est de les assurer dans une MMG dont les financements doivent être pérennisés par la Sécurité Sociale. Dans notre secteur de Vénissieux où la dangerosité ne cesse de s'accroître (agression récente de 3 personnels de santé (1 médecin, 1 adulte, 1 kiné) avec prises d'otages de patients) effectuer des visites la nuit dans certains quartiers (comme les Minguettes et leurs tours sordides) n'est absolument pas envisageable pour aucun d'entre nous. Ainsi, nous entendons poursuivre notre investissement personnel dans la permanence de soins (aux détriments de notre vie de famille, de notre santé, à l'heure des 35 heures etc.). A l'unique condition qu'au moins ses conditions d'exercice soient acceptables (sécurité, 1 secrétaire pour répondre aux appels, 1 possibilité de faire intervenir rapidement les services de police...) Dans le cas contraire, j'abandonnerai DEFINITIVEMENT les gardes et me rangerai aux comportements des jeunes générations de médecins (ouverture réduite du cabinet, pas d'astreinte, pas ou peu de gardes, transfert SOS Médecins ou le 15 !!!) Le désarroi, le "burn-out" et l'impression de n'être plus reconnu ne nous guette pas car nous y sommes déjà. Agissez, sinon nous désertons !!!" (Vénissieux)

"Devant la diminution du nombre de médecins surtout dans la campagne, l'impossibilité de se faire remplacer donc de prendre normalement des temps de repos, la longueur d'une journée de travail (12 à 14h), l'augmentation et obligation administrative et de la pression des caisses d'assurance maladie, la permanence des soins est devenue une affaire publique, devant être assurée par une structure publique et non privée. A la campagne, toutes les permanences ont toujours été assurées normalement de jour comme de nuit par tous les confrères du canton, les conditions d'exercice ont tellement changé que l'on ne peut plus charger la mule un peu plus. Quant à moi, je reste disponible pour mes patients (ils ont mon numéro de portable, ils me respectent et ne me dérangent pas pour rien)" (Le Bois-d'Oingt)

"Développer les MMG, sans que la Sécurité Sociale ne mette des entraves comme c'est le cas actuellement (ou que les médecins conseils participeraient à la garde)" (Vénissieux)

"Dimension "sécurité" non abordée dans ce questionnaire, décisive en ce qui concerne : protection contre l'agression physique travaillant en zone urbaine sensible. Impossible désormais pour moi (vision nocturne + fatigue). Il me semble que les visites faites dernièrement relevaient d'une compétence en urgentisme et d'une technicité qu'un médecin généraliste ne peut plus et ne doit plus assumer seul" (Villefranche-sur-Saône)

"Dispense de garde après 55 ans. Garde assurée dans MMG uniquement le week-end : samedi midi, minuit, dimanche 8h minuit" (Belleville)

"Dispensé, âgé de 55 ans, j'ai été victime du "Burn out" touchant les généralistes et responsable d'un arrêt cardiaque avec infarctus, reprenant avec difficulté mes 12 h de travail quotidien, je juge difficile, d'aller encore assumer nuit et week-end dans une garde où on travaille 35 heures !!!" (Givors)

"Elle devrait être assurée par des médecins volontaires seulement pour qui l'activité en "maison médicale" pourrait être la seule activité ou l'activité prépondérante" (Lyon - Ste-Foy)

"Elle est "agent régulateur dépendante" !! Certains travaillent correctement, d'autres semblent se contenter de transférer les appels ! Et surtout les médecins n'ont pas de "retour" sur ce qui a été fait dans leur secteur (nombre d'appels, appels transmis etc.)" (Médecin remplaçant)

"En dehors des périodes d'épidémie, il n'y a pas assez de patients à la MMG, alors que l'attente dans les urgences des hôpitaux peut durer 4 heures. Il faut généraliser le Tiers payant à la MMG. L'astreinte des spécialistes libéraux n'est pas nécessaire à Lyon" (Lyon 7e et 8e)

"En périphérie de Lyon (Courly), il y a déjà redondance d'office médicale. Avec des MMG qui sont ouvertes tous les soirs sans patients à soigner. Pourquoi alors multiplier les tours de garde ? Sur notre secteur (UPATOU = sauvegarde 2 MMG (9e x 5e) SOS Médecins... Quel intérêt sinon celui de susciter les demandes inutiles de nos patients ?" (Tassin - Francheville)

"Encore trop peu de confrères participent ..." (?)

"Esclaves de la Sécurité Sociale. Honoraire de merde. Activité parallèle non conventionnée après un grave accident. Pendant 25 ans, jour et nuit, esclave des conneries d'un système débile. Instaurez un tarif syndical décent. Cessez d'être les esclaves, ces connards de la Sécurité Sociale et des politiques. Avec des honoraires respectables, les médecins assureront les gardes. Les collectivités (Communauté de Communes, communes) n'ont pas à payer car ce n'est pas leur compétence. Elus patronaux pas de couilles, détestent les médecins" (Belleville-St-Georges)

"Etant donné les risques, une Maison Médicale de Garde serait totalement appropriée pour assurer week-end, soirées et fériés. Cela dépannerait très utilement les services des urgences, des cliniques, des hôpitaux... Qu'est-ce qu'on attend ??? Il n'y a qu'à prendre un appartement de la Zup en rez-de-chaussée. Comme pour les CMP. Dans la zone rurale de Bron c'est INDISPENSABLE. Les gens vont aux urgences pour des angines !!! et des injections. Nous le savons car ils nous le disent le

lundi et en plus ils ne sont pas contents des soins de l'hôpital. Et pour cause, pas de suivi et surtout beaucoup d'attente. Pas de traitement adapté à leur pathologie. J'ai fait des gardes pendant 10 ans... Il y avait beaucoup plus de médecins à l'époque et on était déjà beaucoup appelé sur une commune de 45 000 habitants, on avait 40 appels parfois sur un week-end, alors qu'on était concurrencé par SOS Médecins + les médecins du centre 15. Pourquoi ne pas salarier les centres villes ??? Et même dans les campagnes ?? On fait 50h /semaine même en ville. Comment peut-on en plus faire des gardes ?? Il faut se dépêcher de trouver une solution" (Lyon Est)

"Etonné de voir le petit nombre de personnes ayant recours au médecin de garde en cabinet le week-end" (Bron)

"Evoluer vers un Service Médical Rendu efficace - vers hôpital local et vers spécialiste accessible" (Tarare)

"Excellentes conditions de travail grâce à la maison médicale de garde" (Villefranche)

"Gain en qualité de soin (sécurité), qualité de vie incontestable de la création des MMG. Le manque d'information initiale des patients sur la permanence des soins en MMG la nuit a sûrement été préjudiciable pour tous" (Lyon 5e - MMG Barthélemy - Buyer)

"Garde de 20h à minuit : aucun appel dans mon secteur !! Je suis contre toute permanence de soins, je le fais par obligation, contrainte par tirage au sort pour "boucher le trou" du planning de la part du Conseil de l'Ordre !" (St-Genis-Laval)

"Heureusement nous pouvons mettre "exigence" dans nos horaires car souvent le motif de consultation n'est pas justifié pour le week-end (j'ai déjà eu une famille qui vient plus d'une fois quand je suis de garde)" (Rillieux)

"Horaire du soir 20h - 23h serait bien suffisant, 99% des appels ayant lieu avant 22h. En semaine comme le week-end et il n'y a pas de journée de récupération indemnisée" (Barthélemy - Buyer)

"Hors de question que je travaille après minuit sans compensation importante" (Chaponost)

"Il a été créé une spécialité d'urgentiste car les médecins généralistes n'étaient pas considérés comme capables de faire de l'urgence. Pourquoi ces médecins incapables de faire des urgences doivent-ils assurer des gardes pour des actes non urgents ? Il faut éduquer les patients à ne pas utiliser les services d'urgence simplement parce qu'ils sont pressés. Pourquoi questionnaire anonyme ?" (Rillieux - Sathonay)

"Il devient difficile d'assurer des journées harassantes et des nuits qui peuvent l'être, sachant que la clientèle habituelle poursuit ses exigences dès le lendemain matin !... Le repos est autant indispensable aux médecins qu'aux autres" (Monts-du-Lyonnais)

"Il est absolument ridicule, débile et aussi honteux de nous obliger à être de garde en cabinet jusqu'à minuit alors que l'activité est de 0 à 1 appel avant 22 h et 0 consultation après 22 h !!? Incroyable et totalement repoussant pour un jeune médecin généraliste" (Villeurbanne)

"Il est inadmissible que le volontariat soit un mensonge car nous sommes en fait obligés de faire des gardes de nuit, après de dures journées de travail... Dans ce cas tous les acteurs de santé doivent partir après à la permanence de soins, et pas uniquement les généralistes... Nous ne sommes pas les larbins de la société... Payés à un prix dérisoire après 8 ans d'étude. Il ne faudra pas s'étonner que l'on ne trouve plus que des médecins étrangers en France pour soigner les gens dans quelques années... Avec des formations plus mauvaises qu'en France. Tant pis ! Personnellement je cherche à m'expatrier..." (L'Arbresle)

"Il est indispensable que les secteurs de garde entre minuit et 6 heures soient humains" (Amplepuis)

"Il existe 2 secteurs : L'un le 42 jusqu'à minuit, qui semble cohérent et qui fonctionne. L'autre le 11, après minuit, incohérent (trop grand) et qui ne fonctionne pas" (Tarare)

"Il faudrait regrouper les secteurs pour les gardes de nuit (pratiquement aucun acte fait...) (Lyon)

"Il faut agir pour la pérennisation des MMG tant pour l'accès aux soins des patients que pour la qualité d'exercice des Médecins sans le problème de l'insécurité des gardes aux domiciles" (MMG Lyon 8e Berthelot)

"Il faut des équipes de médecins qui travaillent la journée et d'autres qui travaillent la nuit. Pas les mêmes qui font jour et nuit" (Lozanne - Chazay)

"Il faut développer la structure de SOS Médecins pour la permanence de soins sur le Grand Lyon (meilleurs effectifs et standard plus adapté)" (Limonest - Dardilly - Charbonnière - La-Tour-de-Salvagny)

"Il faut garder des secteurs de petite taille par exemple : concernant le secteur de Villeurbanne au complet est correct" (Villeurbanne)

"Il faut impérativement défendre le système des M.M.G sinon c'est la fin des gardes libérales..." (Villefranche)

"Il me paraît étonnant, à l'heure où le maintien de la permanence des soins en médecine générale s'avère difficile, d'envisager d'étendre cette permanence des soins à d'autres acteurs ??" (Villeurbanne)

"Il me semble important de maintenir la différence entre la notion de permanence de soins de médecine générale qui peut à la rigueur, se justifier jusqu'à minuit, et la notion de l'appel d'urgence auquel la réponse ne peut pas être la médecine générale, entre 0h et 8h. "L'insouciance du public" ne me semble pas rentrer dans notre mission médicale" (Lyon 1er)

"Il nous est demandé d'organiser une garde de semaine de 20 h à minuit, alors que notre secteur étant en Courly, SOS Médecins assure fort bien la permanence (et le 15 pour les ...) Je ne suis pas du tout contente !" (Limonest - Dardilly - La Tour)

"Il paraît important d'utiliser correctement ce qui existe déjà sans faire d'autre "usine à gaz" " (Sarrail)

"Il serait plus logique de prévoir dans un centre hospitalier (HEH et Lyon Sud), une garde assurée de 20 h à 8 h par un généraliste ou spécialiste qui travaillerait en toute sécurité !! Le problème de l'encombrement des hôpitaux est un faux problème car le délai d'attente est de 6 à 8 h en journée alors que les cabinets des généralistes sont ouverts ! Une MMG le samedi après-midi, les dimanches fermés Oui et le soir Non. Car les "urgences" ne sont pas des urgences ? Une garde de 8 h à 24 h le dimanche est farfelue !" (Barthélemy - Buyer)

"Il y a 25 ans, activité plus importante. Les hôpitaux n'accueillaient pas les malades gratuitement. Pour les gardes la "retraite" devrait être systématique à 60 ans" (Bron)

"Il y a la permanence des soins des villes et la permanence des soins des champs... Le problème est que ce sont les "citadins" qui pensent pour les "campagnards" (voire considérés comme "plouc")" (Amplepuis)

"Il y avait sur le Rhône une organisation efficace appelée APMR avec un standard "commun" avec le "15" ... et les gardes qui fonctionnaient bien ! Disparition des gardes, le jour de "l'expulsion" du standard de l'APMR : si les gardes ne sont pas d'utilité publique : laissez nous tranquilles ! Si les gardes sont d'utilité publique : rétablissez ce standard de l'APMR ! ..." (Lyon Est)

"Impératif absolu : reconduire les projets de Maison Médicale" (Oullins - Pierre-Bénite - La Mulatière)

"Inactivité totale de la permanence de nuit" (Monts-du-Lyonnais)

"Intérêt de nous maintenir pour rien (0 consultation à la dernière garde de 20 h à 24 h) alors qu'il existe des maisons médicales de garde à Lyon" (Villeurbanne)

"Isolement. Difficulté de communication entre médecins. Absence de maison médicale de garde. Mon manque d'implication du groupement des communes" (Lamure - Azergues)

"J'ai 55 ans. Si les contraintes liées aux gardes ajoutées aux contraintes liées à l'exercice libéral de généraliste se majorent, je me "désinstalle" via les remplacements" (?)

"J'ai cessé mon activité libérale en juin 2005. Le refus de la caisse de me régler la "SUBVENTION" grossière de 50 € ("honoraires") / 12h à l'occasion de ma dernière garde de week-end samedi 12h 24h dimanche 10h 24h (consigne horaires du

Conseil de l'Ordre) donc 2X12h, 2X50 € au motif de ne pas avoir fait des horaires de la "Sécu" (12h 24h samedi à lundi 8h) !!!

"no comment" du Conseil de l'Ordre qui deal les gardes, la survenue alors du "Contrat de soins" version Sécu à échéance de juin m'avait préparé à ce choix. On n'a plus rien aujourd'hui sauf "obligation" " (Médecin en cessation d'activité)

"J'ai du mal à organiser ma charge de travail professionnel avec ma vie privée, en l'absence de gardes. Cela devient pour moi impossible de rajouter des gardes" (Corbas)

"J'ai répondu plusieurs fois à ce questionnaire. 57 ans, veuve et usée, je participe encore aux permanences de la MMG que tous mes confrères et consœurs du secteur en fassent autant (ils sont bien plus jeunes et ont une vie autrement plus agréable que la mienne !) Ils ne répondent même pas ! Comme si l'Education Nationale demandait à ses enseignants : vous voulez enseigner où et quand et pour qui ? ... L'organisation actuelle des soins de ville a vécu, elle est "out" ..." (2e arrondissement)

"J'ai repris les gardes depuis la création de MMG et je ne ferais pas de gardes de nuit, ni de visites" (Lyon 9e)

"J'annonce régulièrement le début de ma prise de garde au centre 15. Depuis 2 ans, le centre 15 ne m'envoie plus ou presque plus d'appel pour la garde de nuit. Je juge cette situation totalement hypocrite. Je pense que le service de garde de jour comme de nuit doit être assuré par des professionnels, de l'urgence et non par des médecins de famille il s'agit là d'un archaïsme. La demande des gens fait que la médecine évolue vers une médecine lente, pas une médecine rapide. L'absence "pour urgence" est devenue très difficile à gérer dans un cabinet" (Meyzieu - Décines - Jons - Jonage -...)

"J'apprécie l'existence de structures telles que SOS Médecins ! Et je les remercie" (Val-de-Saône)

"J'assure mes gardes à la MMG de Vénissieux dans un certain confort. Il est hors de question que je me déplace la nuit ou que je travaille dans un endroit qui ne soit pas sécurisé. Si les conditions d'exercice devaient changer lors de nos gardes, il faudrait me réquisitionner pour que je continue à les faire. Notre profession est devenue dangereuse. Je ne veux pas prendre le risque d'être blessée ou agressée pendant mon travail" (St-Fons - Vénissieux)

"Je fais mes gardes de secteur, nuit complète et week-end complet. Je ne souhaite pas d'extension de secteur pour une unité mobile" (St-Priest)

"Je me marre ! L'APMR remplissait toutes vos missions. Elle a été sciemment détruite par des gouvernements qui sont maintenant dans la M... Pas question à 53 ans de reprendre des gardes de nuit en 24h à la régulation MMG, elle ne sert à rien, sauf à assurer des revenus à des remplaçants, ou à modifier les diktats de la Sécurité Sociale" (Sarrai - Lyon 3e)

"Je ne désire pas faire de gardes. Il pourrait exister un système de médecins prêts à ne faire que des gardes (nuit-jour week-end à domicile ou en cabinet)" (Berthelot)

"Je ne désire plus faire de garde, je suis épuisé" (Bron)

"Je ne participe à aucune garde en raison de mon ALD" (?)

"Je ne participe plus aux gardes par suite de problèmes médicaux et je ne souhaite pas faire des gardes pour être en arrêt de travail dans les jours ou semaines qui suivent ! (Décines)

"Je ne sais pas si vous pouvez utiliser mes réponses... mes confrères se chargent des gardes car mon activité est particulière ; j'ai fait au début de mon installation des gardes ce qui m'a permis de répondre à certaines Q. (il n'y avait pas alors de régulation...) Je n'arrive pas à envisager de faire comme eux. 1 nuit de garde par semaine et 1 week-end (avec 2 nuits) toutes les 6 semaines... en plus du travail quotidien..." (St-Symphorien-Coise)

"Je ne suis pas volontaire pour participer à la permanence des soins, car je ne suis plus compétente. Je n'exerce plus la médecine générale depuis 23 ans, et j'ai orienté mon activité professionnelle vers d'autres créneaux, dont la pratique me contraint provisoirement à l'exercice libéral" (Médecin en cessation d'activité)

"Je ne vois pas d'inconvénient à faire la garde à mon cabinet. En effet en période calme cela permet de rattraper le retard "administratif" " (Lyon 5e Ste Foy)

"Je participe par obligation à la permanence des soins. Si le volontariat était possible, je ne serais pas volontaire pour les gardes, j'en ai fait pendant 26 ans" (Mornant)

"Je pense et depuis longtemps, que les communes appartenant à la Courly doivent être rattachées aux autres communes de la Courly : sur mon secteur : St-Genis-les-Ollières et Craponne, rattachées à Tassin. Francheville, Marcy l'Etoile, rattachées à Charbonnières. Les autres communes se rattachant à Chaponost - Brindas. Proposition que j'avais déjà faite lors d'un questionnaire de 2002" (Monts-du-Lyonnais)

"Je pense personnellement qu'un système de garde de médecins ayant un cabinet n'est pas utile dans une agglomération comme Lyon, où la plupart des urgences n'en sont pas, et où il existe des systèmes type SOS Médecins et portes des hôpitaux. Pour les grandes urgences, le SAMU est utile et là, petit bémol pour quelques crises d'asthme ou de coliques néphrétiques...et encore !" (Oullins - Lamure - Pierre-Bénite)

"Je reste persuadé que la garde devrait être effectuée par des médecins qui ne fassent que cela (type SOS Médecins par exemple) En tout cas après minuit" (APMML Vaugneray)

"Je serais partisan d'un service de garde assuré par des médecins urgentistes style SOS Médecins" (St-Laurent-de-Chamousset)

"Je souhaite que les MMG ouvrent et que leur accès soit possible sans régulation préalable grâce à une publicité généralisée (adresse-horaires d'ouverture) pour désengorger les services d'urgence hospitaliers" (Lyon 1er et 2e)

"Je suis amenée à voir les patients pour des consultations de médecine générale à l'Upatou de la Sauvegarde (avant minuit) par carence des médecins de garde de secteur sur l'ouest Lyonnais" (Lyon 2e)

"Je suis angiologue et j'assure 1 jour sur 3 et 1 week-end sur 3 mes urgences au sein d'une clinique" (Clinique de la Sauvegarde)

"Je suis contre le maintien de l'obligation de garde. Service Public - organisation publique mise en place par l'Etat avec des médecins volontaires ou salariés. (Autres pays : Italie je crois...). La charge de travail en semaine n'est pas compatible avec la permanence de soins ou alors c'est pour le fric ! Défisaliser les revenus de garde me paraît une des solutions si la permanence de soins est laissée de "manière obligatoire" aux libéraux !" (Neuville-sur-Saône)

"Je suis contre l'esclavage. Le système de garde médicale de ville devrait être supprimé (inutile)" (Décines- Chassieu)

"Je suis dans un secteur où les médecins assurent leur garde de 20h à 8h. La régulation dans le 69 peut être considérée comme inexistant : les patients étant orientés vers les urgences alors que nous pouvons les voir, nos numéros privés sont communiqués aux patients, directement sans régulation... Aucun respect du médecin de garde qui est sur le terrain, par certains médecins régulateurs du 69. Sur la partie de notre secteur dépendant du 38, la régulation est correcte" (Condrieu et sa région)

"Je suis favorable à une permanence des soins assurée en MMG, sans déplacement à domicile et jusqu'à minuit. Le reste doit être effectué par des médecins urgentistes" (St-Priest)

"Je suis trop débordé par mon travail incompatible avec (vie familiale en 2006). Je travaille 45 heures en cabinet et 10 heures à l'hôpital. C'est suffisant. Je laisse la place aux autres bien volontiers. A mon avis, les urgences doivent être effectivement (être) assurées par l'hôpital / la ville dans les structures médicales avec des médecins volontaires et rompus à l'urgence et que cela intéresse avec une rémunération conséquente qui ne les oblige pas ensuite à encore travailler toujours plus" (Lyon 2e)

"Je travaille 10h/j et vous trouvez normal que je travaille aussi la nuit ?" (Meyzieu)

"Je travaille environ 70 heures par semaine et je trouve anormal et dangereux pour la santé des patients et la mienne à 55 ans d'avoir cette obligation" (Villeurbanne)

"Je trouve illogique que l'on demande aux médecins généralistes libéraux qui travaillent environ 60 heures par semaine, de travailler en plus la nuit et le week-end..." (St-Symphorien-d'Ozon)

"Je trouve l'organisation très bonne sur Villeurbanne par contre, le soir de 19 heures à minuit il n'y a pratiquement aucune consultation" (Villeurbanne)

"Jusqu'à minuit, les consultations non programmées sont de la médecine générale tout venant. Après minuit, les appels concernent plus de "vraies urgences" que les "médecins urgentistes" mieux formés savent bien mieux gérer et sont mieux outillés. On ne fait bien que ce que l'on fait tous les jours !" Participant à une MMG, je ne concevrai pas un retour à l'ancien système de gardes à passer les nuits à faire des visites et assurer mon cabinet le lendemain" (Vénissieux)

"La garde devrait être assurée par SOS Médecins ou d'autres médecins sans cabinet" (St-Priest)

"La mise en place de la MMG équivaut à une permanence de soins et non à une garde. C'est inutile, coûteux, et non éducatif... Il serait bien que l'accès à la MMG ne soit possible qu'après une régulation" (Ste-Foy-les-Lyon - Lyon 5e)

"La MMG de Villefranche a un fonctionnement très intéressant pour les médecins et pour les patients. Les gardes sous cette forme OK" (Villefranche)

"La MMG est une avancée remarquable. Il ne faut surtout pas revenir en arrière" (Sarrai - Lyon 6e)

"La participation à la permanence reste obligatoire me semble t-il. Or, entre un confrère qui assure sa garde et celui qui ne l'assure pas il n'y a aucune sanction" (Rillieux)

"La permanence de soins coûte très chère pour soigner ce qui peut être soigné dans les cabinets, en augmentant le temps de travail déjà important des médecins, réfléchir +++ à l'éducation des patients et non à leur offrir encore plus d'horaires pour rien" (Lyon 7e et 8e)

"La permanence de soins devrait être basée sur le volontariat" (Chaponost)

"La permanence de soins est un problème de santé publique et pas un problème de médecins libéraux qui ont leur propre "patientèle" à gérer la journée. Dans notre secteur, l'hôpital public suffirait largement à assurer cette permanence pour les "vraies" urgences et non pas pour assurer le confort à des électeurs potentiels" (St-Genis-Laval)

"La permanence de soins est un problème de santé publique. Le médecin généraliste n'a jamais été rémunéré dans le cadre d'action de santé publique. On voit aujourd'hui que ni l'Etat, ni les collectivités publiques ne font des efforts nécessaires pour assurer la permanence de soins : organisation rationnelle, rémunération, etc. Une nouvelle fois, le médecin généraliste est corvéable à merci" (St-Symphorien-d'Ozon)

"La permanence de soins est une médecine chère et sans notion d'urgence pour la nuit. Il faudrait déjà définir l'urgence médicale de médecine générale. Les urgences dépendent des Smur. Le reste peut attendre le lendemain matin. Pour améliorer le désengorgement des urgences. Il faut mettre les permanences de soins à l'entrée des hôpitaux et que toutes personnes se présentant passent par ses médecins présents (libéraux)" (Vaugneray)

"La permanence de soins est-elle un problème médical ou politique ? Si c'est un problème politique, je n'ai pas la réponse. Si pour vous c'est un problème médical, c'est qu'il y a longtemps que vous ne faites plus de gardes. Les appels pour visite à 20h ou 21h sont à 99% des cas médicaux banals qui auraient pu être traités dans la journée. Mais c'est tellement plus simple, attendre 21h tranquillement chez soi et de "claquer" dans ses doigts pour qu'un "couillon" de médecin généraliste arrive sur le champ...et vive la CMU. La vraie urgence la nuit, c'est le Samu pour un problème cardiaque" (Val-de-Saône)

"La permanence des soins concerne t-elle tous les soins ? Vaccination, contraception... A mon sens non. Mais pour un nombre de patients, c'est le cas... et cela coûte très cher à la collectivité !" (Lyon Sarrai 4e arrondissement)

"La permanence des soins des spécialités est faite par l'hôpital. Avant 40 ans : mes obligations familiales (4 enfants) m'empêchaient de consacrer plus de temps à mon travail (soins aux patients + "papiers" divers + ménage des cabinets). Après 50 ans, ma forme physique et psychologique nécessite des temps de récupération plus longs et je ne peux pas faire plus (60 heures environ actuellement) sans risque pour les patients ou pour moi-même" (L'Arbresle)

"La permanence des soins devrait s'accompagner d'une éducation de la population afin de limiter la consultation pouvant être différée" (Lyon 8e)

"La permanence des soins en milieu urbain et périphérique ne relève pas des médecins libéraux mais de l'hôpital. Nous travaillons plus de 70h par semaine pour des gens qui n'en font que 35h" (L'Arbresle)

"La permanence des soins est condamnée si on ne met pas sur le tapis le choix politique suivant : Faut-il emmener le patient (malade, blessé...) au médecin ou l'inverse ? Amener le médecin sur place va devenir impossible (coût, baisse des effectifs...). Comment faire évoluer les paramédicaux pour qu'ils soient en mesure de transporter dans de bonnes conditions les patients, comme dans les pays Anglo-saxons ? Les médecins libéraux ne pourront plus assumer les permanences de soins à leur cabinet quand leur nombre et la féminisation de la profession va dépasser les 50%. Qui s'en préoccupe ?" (Médecin secteur hors Rhône)

"La permanence des soins est une utopie vu la diminution du nombre des généralistes et que nous ne trouvons plus de remplaçant pour partir en congé..." (St-Priest)

"La permanence des soins n'a plus lieu d'être et finira par disparaître car inutile et trop coûteuse. Seule la réponse à l'urgence reste nécessaire et ne relève déjà plus du médecin généraliste (formation, techniques sophistiquées, problèmes médico-légaux, sécurité...) mais de structures mobiles dédiées. Tant que les pouvoirs publics n'auront pas compris que les médecins généralistes ne veulent (peuvent) plus diagnostiquer et traiter des rhinos, otites etc.. à 22h30, la permanence de soins restera un problème ingérable" (Région de Mornant)

"La permanence des soins n'est pas de la médecine libérale. C'est un service public, on devient donc fonctionnaire et on doit avoir en retour les conséquences que cela implique : volontariat, repos compensateur rémunéré, matériel et conditions de travail adéquat, protection sociale, ..." (Mornant)

"La permanence des soins par les médecins libéraux ne devrait être assurée que strictement sur leur secteur géographique habituel et qu'avant minuit (entre minuit et 6h du matin - urgence régulée par le 15)" (Meyzieu - Décines)

"La pharmacie de garde n'est pas souvent dans notre secteur. Les patients pourraient donc aller consulter à la MMG de Villefranche s/Saône et passer à la pharmacie ensuite. Il pourrait y avoir seulement un médecin "volant" pour les visites très peu nombreuses d'ailleurs ..." (Anse)

"La régulation (15, MMG) est souvent perçue comme soit ayant des connivences avec SOS Médecins (le 15) soit comme un frein à l'accès des malades aux MMG" (Lyon)

"La régulation ne régule rien du tout - nombre d'actes sont totalement injustifiés et relèvent du confort - consumérisme +++. Convaincue de l'utilité des MMG à condition d'être correctement équipées (problème du financement des structures et du fonctionnement). Pas d'accès direct. Renforcer et former la régulation. Autoriser le conseil et la prescription par téléphone.

Inutilité d'une permanence de soins après minuit = urgence vitale = 15 = Smur, pompiers... (Sinon nous n'en sommes pas à 8h près). Inutile de monter une usine à gaz pour de rares actes plus ou moins justifiés. Plusieurs années que ça fonctionne comme ça (arrêt permanence de soins à minuit) et pas plus de morts que je sache...!! Problème : certificats de décès - astreinte des médico-légaux = acte médical et pourquoi pas les médecins salariés... Pourquoi toujours les généralistes..." (Belleville - Beaujeu - Monsols)

"La régulation par le 15 est une catastrophe dans les campagnes par méconnaissance du terrain par les régulateurs et par le frein que cela donne aux patients" (Macon Sud)

"La suppression du financement des MMG serait une grande erreur. Le retour aux visites à domicile le soir ou la nuit démobiliserait la plupart des médecins participant aux gardes en MMG" (Vénissieux)

"La visite à domicile devant être pour des soins lourds : elle doit être assurée par le Samu. Les autres soins : un taxi ou ambulance doit amener le patient au lieu de garde (cabinet ou maison médicale de garde). Jons et Pusignan sont hors Courly et l'on ne peut compter sur l'activité de SOS Médecins" (Meyzieu)

"L'activité lors des astreintes consiste surtout à donner les conseils d'utilisation de traitement d'attente que la régulation pourrait bien faire. Les urgences vraies relèvent du Samu et les médias ne se privent pas de le répéter. Pour le reste, c'est de la consommation de soins par "non résistance" à la frustration. Est-il normal que déplacer le médecin coûte moins cher que de mettre le patient dans un taxi ou un VSL ?" (Mions)

"Laisser aux jeunes médecins nouvellement installés le soin d'assurer les gardes s'ils le désirent. Il faudrait arrêter d'utiliser la contrainte. Certains médecins ne désirant pas s'installer peuvent faire que des gardes" (Villeurbanne)

"L'astreinte après minuit paraît inutile, compte tenu du très faible nombre d'actes et la gravité potentielle de ces actes. Mon secteur impose de très / trop nombreuses astreintes et gardes parce qu'il est trop petit. La Sécurité Sociale ne veut plus qu'on se déplace ! Visite supprimée - pourquoi se déplacerait-on en garde ? !" (Secteur 41)

"L'avenir est sans doute dans la possibilité d'une garde distincte dans des CHU, avec une régulation à l'accueil" (MMG Lyon 5e)

"Le Centre de Régulation semble être un vrai "souc" dans sa gestion des appels" (Secteur 40)

"Le fait de ne plus assurer les gardes après minuit transforme la fatigabilité de la garde de week-end en particulier car elle devrait être faite nettement plus légère et maintenant que nous en avons pris l'habitude, il me paraît difficile de revenir en arrière" (Meyzieu - Décines)

"Le libéral c'est le libéral ! Si on nous donne des missions de service public que l'on nous donne les nombreux avantages qui vont avec..." (Sarrai 2e)

"Le peu de demandes de consultations au cabinet ne justifie pas la présence d'un médecin libéral à partir de minuit" (Villeurbanne)

"Le principe de la MMG semble poser des problèmes pour les visites à domicile. (Refus etc...délai...). On ne voit pratiquement plus d'urgence dans ce mode de fonctionnement et cela risque d'être à long terme un manque dans la pratique du médecin généraliste..." (Lyon 5e Ste Foy)

"Le secteur de garde de Saint Priest est actuellement dans une démarche de création d'une MMG" (St-Priest)

"Le système de la MMG est en train de démontrer la pertinence et son efficacité. Est-il possible de coupler les MMG aux services d'accueil des urgences, pour que la permanence des soins soit coordonnée avec les vraies urgences" (Vénissieux)

"L'envoi des patients par le 15 la régulation ou les services d'urgence ne respecte pas la sectorisation en fonction de l'adresse des patients. Ce qui pénalise les médecins du lieu d'habitation des patients" (Lyon 7e)

"Les appels la nuit sont exceptionnels = intérêt d'un généraliste de garde ? Depuis que notre secteur a triplé : refus d'assurer de minuit à 8h00. Il serait intéressant d'enquêter sur ce qui s'est passé depuis qu'aucun généraliste n'assure cette tranche horaire sur notre secteur... Le secteur n° 42 et les 2 autres associés (Villefranche) (Pommiers - Liergues - Cogny)

"Les gardes de mon secteur sont assurées par SOS Médecins sur la demande des médecins libéraux qui le souhaitent" (Val-de-Saône)

"Les gardes devraient toujours s'arrêter à 22 heures. Pourquoi les généralistes qui font déjà des journées très lourdes devraient-ils travailler le week-end et la nuit ? Nous sommes des généralistes et pas des urgentistes ou réanimateurs. Nous sommes bien loin des 35 heures ! Et pas de congés récupérateurs !!! Qu'on ne s'étonne pas si les jeunes médecins refusent de devenir généraliste. Il est beaucoup plus confortable et rémunérateur de choisir une spécialité. Nous finirons par prendre des retraites anticipées car usés par ce travail ou nous prendrons un travail salarié" (Oullins - Pierre-Bénite - La Mulatière)

"Les gens qui travaillent 6 jours sur 7 + 1 personne pour le secrétariat n'ont pas à travailler en plus la nuit et le week-end. Je pense qu'il faut créer un organisme du genre SOS Médecins qui doit s'occuper de la permanence des soins privée ou publique et ne pas infliger aux gens déjà surchargés de travail, une tâche qui ne leur incombe pas. Système de garde à mettre en place par les autorités avec des médecins intéressés et payés. Encore une fois je pense que les libéraux n'ont pas à assurer un service public, qui doit être mis en place par les pouvoirs publics" (Meyzieu - Décines)

"Les journées de travail sont très longues (souvent 6 jours sur 7) C'est pour cette raison que je les rétrocède à mon remplaçant. Devant la féminisation, la réduction du temps de travail en général, la charge demandée aux médecins est trop lourde, surtout que le vieillissement du corps médical libéral est une vraie réalité" (Genas - St-Laurent-de-Mure - St-Bonnet-de-Mure)

"Les maisons médicales de garde sont une très bonne initiative" (Bron)

"Les maisons médicales devraient être dans ou à côté d'un lieu connu pour l'urgence : Hôpital, Clinique" (MMG Lyon 9e)

"Les médecins libéraux ne devraient pas être commis d'office aux gardes de nuit, gardes qui devraient être effectuées d'office par des urgentistes "spécialisés" (Caluire)

"Les MMG le soir ou le week-end suffisent largement. Pour les autres urgences (Minuit - 6h ou 7h) - Hôpital" (Lyon 7e et 8e)

"Les MMG paraissent maintenant indispensables à la permanence des soins, les gardes y sont "agréables" bien que peu de travail pendant les périodes hors épidémie. Il faut tout faire pour les conserver !" (MMG Sarrai 6e arrondissement)

"Les problèmes posés sont de deux ordres : 1/ Si la PDS est un devoir pour chaque médecin, comment envisager la disponibilité effective de chacun ? 2/ La PDS relève de l'intérêt général et du Service Public. L'Etat doit faire ce qu'il faut pour la mettre en oeuvre" (Lyon 8e)

"L'existence des MMG est certainement utile et efficace mais je trouve inadmissible de forcer des médecins à faire des gardes (celles-ci sont soit disant faites par volontariat, mais si le tableau n'est pas plein - imposées - Pourquoi ne pas salarier des médecins pour ne faire que ça. Les remplaçants sont prêts à faire de nombreuses gardes et l'on impose un maximum pour quelles raisons ?" (Ouest Lyonnais - Rue de Bourgogne)

"L'insécurité est un frein très important pour les visites à domicile. La prise en charge psychiatrique en garde est extrêmement difficile" (St-Priest)

"L'organisation du secteur Villeurbanne me convient. C'est la rémunération de l'astreinte d'après les plages d'horaire que je souhaite une révision" (Villeurbanne)

"Maison médicale de Gardes" (?)

"Maison médicalisée regroupant les consultations par secteur géographique : 8h à 24h. Unité mobile type SOS Médecins pour les visites ou Samu d'urgence" (St-Priest)

"Meilleure interaction entre tous les intervenants de la permanence de soins afin de savoir qui fait quoi, et afin que le patient le sache. Il n'est plus tolérable d'assigner un médecin en week-end à son cabinet, pour voir quelques patients car la population n'est pas ou mal informée de la présence de ce médecin" (Rillieux-Sathonay)

"Menaces insupportables sur la pérennisation du financement des MMG : reconnaissance publique du rôle d'acteur de santé publique du médecin libéral en garde" (Lyon 7e et 8e)

"Mission d'intérêt public assurée par les particuliers sans protection juridique, sans rémunération suffisante, au mépris des règles de sécurité aussi bien pour le médecin (temps de repos) que pour les patients (efficacité intellectuelle du médecin). Problème beaucoup plus aigu "à la campagne" où les gardes peuvent s'enchaîner tous les jours de la semaine, week-end en plus (cas vécu en Ardèche où j'ai fait des remplacements pendant 3 ans de 1996 à 1998)" (Val-de-Saône)

"MMG de Bourgogne peu d'actes, rétribution minime. Regroupement souhaitable avec la MMG de Buyer. Après minuit, orientation vers un système d'urgences "classique". Les urgences hospitalières ne "ferment pas le soir" ou prennent beaucoup de pathologies non urgentes. Education des patients" (Monts-d'Or)

"MMG indispensable et à pérenniser. Les patients sont très satisfaits" (Vénissieux)

"MMG sur Belleville en interdépartement, beaucoup de projets pas de moyens" (Nord département Rhône)

"MMG Villefranche rien changer, bien" (Villefranche)

"Ne pas agrandir les secteurs de garde. Ne pas nous solliciter après minuit. LA CONDITION HUMAINE MEDICALE a des limites, que les préfets dépassent allégrement (la fonction publique n'en fait pas autant que nous) JUDICIARISATION" (Genas - St-Bonnet-de-Mure - St-Laurent-de-Mure - Colombier)

"NE PAS METTRE LA CHARRUE AVANT LES BOEUFs !! Il est illusoire d'enquêter sur la permanence des soins pour un travail non rémunéré de 12h, 44h voire 68 heures souvent la nuit qui représente une activité à part entière et qu'on voudrait inclure à peu de frais dans le travail du médecin libéral rural qui assure déjà plus de 60 heures par semaine (un administratif ou un fonctionnaire fait 24 heures par semaine en moyenne sur une année !) 50 à 100 € par heure de garde pour un canton versés à l'association médicale de garde qui possède 1 numéro de téléphone unique en relation avec Urgence le 15. Plus un tarif de consultation ou de visite libérale clair et net. Pour tout médecin qui assure un acte chez un patient, la nuit ou le week-end. Il faut retrouver la dignité que la convention nous fait perdre" (Médecin non répondant - Le Bois-d'Oingt)

"Non à l'obligation de garde. Charge à assumer par un organisme chargé uniquement des gardes (par exemple : SOS Médecins), laissons les médecins qui ont assuré leur cabinet se reposer la nuit et le dimanche ! Le repos est physiologique et vital pour tout le monde. Trop de contraintes administratives à gérer" (Vaise)

"Notre secteur est suffisant, l'entente entre nous est bonne (pas de régulation par contre, sauf centre 15) (Chute spectaculaire des appels en 2005)" (Genas - St-Laurent-de-Mure - St-Bonnet-de-Mure - Colombier - Saugnieu)

"Nous assurerons la garde dans le canton pour l'hôpital local comme tous les cantons du Haut Beaujolais : d'où appels de nuit mais fréquents - Secteur déjà grand et montagneux d'où impossibilité humaine et climatique d'agrandir le secteur" (Canton d'Amplepuis)

"Nous avons réussi sur le secteur à remobiliser les praticiens pour la permanence de 19h à minuit. Si la permanence s'étendait au delà de minuit, les défections seraient majoritaires. Tout arrêter à minuit" (St-Genis-Laval)

"Nous fonctionnons depuis un peu plus de 2 ans avec une MMG où nous assurons la régulation des appels jusqu'à minuit. Une astreinte à domicile double la garde le dimanche. Ce fonctionnement est très satisfaisant" (Villefranche-sur-Saône)

"Pas de garde pour les médecins libéraux après minuit" (Lyon 7e et 8e)

"Pas vraiment de demande en semaine entre 24h à 8h, système autre suffisant SOS Médecins sauvegarde..." (Dardilly)

"Permanence des soins après minuit apparemment inutile. (MMG déjà peu fréquentée le soir avant minuit)" (Barthélemy - Buyer)

"Permanence jusqu'à 24h, puis régulation +++ et visites très occasionnellement" (Décines - Chassieu)

"Peut-on envisager un repos compensateur d'une garde. La garde par elle-même n'est pas improbable mais la fatigue oui combien d'heures de travail un être humain médecin a-t-il le droit de faire ???" (Genas)

"Plus de gardes pour les médecins généralistes déjà surchargés de travail (+ de 7500 actes / an - + de 60 heures de travail hebdomadaire). La permanence de soins doit être assurée par l'hôpital et SOS Médecins et c'est tout " (Val-de-Saône - canton de Meville)

"Plutôt Bonne (MMG)" (Ste-Foy - Lyon 5e)

"Pour les gardes de nuit, en ville et périphérie. 1/ Les gardes "obligatoires" ne devraient pas se faire au delà de 22 heures (zéro patient et zéro téléphone après 22h) 2/ Après 22 heures jusqu'à 8h, ne devrait fonctionner qu'un type de permanence de soins type SOS secteur en lien avec le 15 (Samu) mais sur le volontariat non obligatoire de médecins qui aiment le faire (et qui seraient mieux indemnisés pour leur labeur)" (Villeurbanne)

"Pour nous, nous assurons la garde de samedi 12 h au lundi matin 7h y compris les nuits. Très peu appelés par le 15. Pour info, je participerai d'avantage aux gardes s'il n'y avait pas les 2 nuits, qui pèsent lourd avec les années !" (Secteur 49)

"Pourquoi les gardes et MMG sont-elles limitées à 4 fois par mois. Certains médecins seraient prêts à assumer plus. Les gardes de jours fériés devraient être mises à part (70 médecins dans le 7e arr 11 jours fériés par an - 1 garde de jour fériés tous les 5 ans !!! Et certaines pourraient être attribuées de préférence à des médecins non concernés par les fêtes ex : Noël, Jour de l'an, Pâques, Laid, etc." (Berthelot)

"Pourquoi ne pas utiliser des médecins "fonctionnaires" (public) pour les gardes, payés au mois" (Villeurbanne)

"Pourquoi ne pas utiliser les locaux hospitaliers (publics ou privés) pour les urgences ? Ceci permettrait de disposer de locaux adaptés, d'un plateau technique inexploité et du personnel formé, permettant ainsi d'agir plus rapidement et plus efficacement" (Caluire-et-Cuire)

"Pourquoi obliger les médecins libéraux à s'astreindre un planning de garde ? Il serait certainement plus utile de développer SOS Médecins" (Bron)

"Prise des gardes à mon cabinet jusqu'à 24h depuis 3 mois, pour souvent ne voir personne... ! Fatigue physique importante, le lendemain" (Villeurbanne)

"Problème de l'insécurité (banlieue à risque) - quelles mesures ? Permanence des pharmacies aux heures de permanence des médecins (la nuit il faut aller à Lyon pour les traitements !!!)" (Rillieux - Sathonay)

"Quel est l'intérêt d'assurer des gardes jusqu'à minuit pour faire entre 0 et 1 acte ? (La plupart du temps non urgent !) Forfait indigne (50 €) d'une profession qualifiée > Bac +8" (Villeurbanne)

"Question 13, la régulation libérale n'est pas le 15 ? Nécessité d'une budgétisation des MMG. Indemnisation des gardes nécessaires samedi inclus sinon plus de garde" (Belleville)

"Ras le bol de l'obligation de garde pour une activité libérale !!! Ras le bol d'assister les gens sur le plan de la santé !!! La garde devient une médecine de confort pour ceux qui n'ont pas eu le temps de voir le médecin dans les créneaux horaires habituels. Aucune réelle urgence durant les gardes. On nous demande d'être ouvert 10h à 12h / jour et de retravailler le soir, la nuit et le week-end !!! Vivement les 35 h ou le salariat de la Sécurité Sociale avec récupération de la garde !! Responsabilisons nos patients ! mais la ... un problème politique ! Merci pour votre enquête !" (Oullins - Pierre-Bénite - La Mulatière)

"Régulation 15 actuelle curieuse : alors que nous sommes de garde, le patient est dirigé directement vers l'hôpital. La régulation n'est pas assurée systématiquement par un médecin semble-t-il !" (Monts-du-Lyonnais)

"Rémunération à la hauteur de la perturbation, des compétences, des semaines très longues 50 à 70 h ..." (Ecully)

"Respect indispensable du volontariat !" (Décines - Meyzieu)

"Salarié à mi-temps à Pierre Bénite, je fais beaucoup de gardes pour 4 raisons : 1/ Horaires sympathiques (pas de nuit, samedi 12h à 24h - dimanche 8h à 22h). 2/ Revenu complémentaire. 3/ Soulagement de mes confrères qui "n'en peuvent plus". 4/ Permanence au cabinet ce qui est une souplesse divine : on fait venir les gens à des heures précises. Avec le portable, en voiture, on peut aller voir sa famille etc. alors qu'en MMG c'est assommant de rester quelquefois des heures à attendre le patient" (Oullins - La Mulatière - Pierre-Bénite)

"Salarier des médecins à 35 heures par semaine en CDI pour assurer la permanence des soins à un salaire correct (nombre d'années d'études, responsabilité). Il est impossible, en assurant un cabinet en médecine générale à temps complet, de faire en plus des gardes : on ne peut pas arriver à l'âge de la retraite à moitié mort, ni tout à fait mort. Laissez nous profiter un peu de la vie et de notre famille" (Lyon 3e)

"Secteur actuel = insupportable. - Ne tient pas compte du volontariat. - Inscription d'office sur tableau annuel à charge pour chacun en se débrouillant d'assurer la garde ou non ! Idéale = Maison Médicale ou volontariat pour la garde" (Oullins)

"Si c'est de la médecine générale, pourquoi "offrir" ce service jusqu'à minuit ? L'idée serait de mieux éduquer les gens, par le biais de la santé publique, campagne d'info... Côté travail, innover dans des autorisations officielles d'aller consulter pendant les heures de travail (la moitié des gens veulent des consultations entre 12 h et 14 h et besoin après 19 h - 20h...) Si ce sont des vraies urgences, je ne me sens plus capable et les services d'urgence devraient suffire en théorie..." (Médecin remplaçant)

"Si les médecins assureraient seuls le suivi sans secrétaire, ils ne pourraient plus abonder à tout : répondre au téléphone, recevoir les patients, les examiner, faire les papiers et ils auraient un sentiment d'insécurité et ils se détourneraient de la permanence de soins volontaire une nouvelle fois" (Lyon 5e - Ste-Foy-les-Lyon)

"Si une amélioration des conditions de garde n'est pas décidée, je ne serai plus volontaire" (St-Symphorien-sur-Coise)

"S'il y a un problème de remplissage des plannings de permanence de soins, il vaudrait mieux mettre d'office tous les médecins valides (obligation de permanence de soins) si les dits-planning, à eux de se faire remplacer par la suite s'ils ne veulent pas faire leur garde. Il n'y aurait alors plus de problème de "tranches de fonds" laissées vacantes, et ça coûterait beaucoup moins cher que les MMG. (Cela se fait déjà avec succès dans certains secteurs)" (Lyon 4e)

"Sur la Courly, il y a trop de médecins de garde" (Maison Francheville Champvert)

"Sur un secteur comme Ecully, entre les maisons de garde et SOS Médecins, je ne vois pas l'intérêt (à part "politique") d'un secteur de garde supplémentaire" (Ecully)

"Toujours pas plus de monde la semaine 1 à 2 patients pour 4 heures de mobilisation d'un médecin le soir après son travail déjà lourd et loin de sa famille. Donc, repos diminué entre 2 journées de 12 heures ! Pareil pour la maison médicale de Lyon 5e qui est proche de la nôtre ! On pourrait les réunir au moins la semaine ?" (Bourgogne)

"Tous les acteurs de la distribution de soins devraient assurer les gardes... Surtout les spécialistes" (Givors)

"Tout à fait satisfait de la MMG, système sécurisé assurant une permanence avec contrainte relative pour nous" (MMG Sarraill - Lyon 3e)

"Tout devient de plus en plus compliqué et coûteux pour la société et un service "de base" de plus en plus nul" (Francheville - Tassin)

"Tout le monde mange du pain, mais les boulangeries sont fermées le soir... Pourquoi devons-nous rester ouvert pour si peu d'urgences véritables ? Les structures de garde médicale sont redondantes et souvent inutiles : SOS Médecins + poste à l'hôpital + poste des cliniques privées + Samu + maison médicale de garde + garde libérale + pompiers ! A vouloir laver "plus blanc que blanc", on encourage à renouveler des ordonnances de pilule le soir après 22 heures... Ce ne sont pas des urgences !!!" (Caluire)

"Travaille sur le secteur concerné. A priori inutilité de permanence de soins étant donné la proximité des structures adaptée pour les réelles urgences" (Décines - Meyzieu)

"Une permanence de soins assurée au cabinet médical est un coût moindre pour la société mais nécessite en amont une bonne régulation d'une part pour limiter le nombre d'appels inutiles (le généraliste de garde n'a pas de secrétaire et ne peut gérer facilement l'examen clinique d'un patient et le téléphone) et d'autre part pour la sécurité du médecin (je suis une femme seule dans mon cabinet à 23h pour recevoir des inconnus...). Nécessité de développer une structure telle que SOS Médecins sans les visites à domicile réellement justifiées" (Villeurbanne)

"V/17 : Lorsque le médecin effectue sa garde au cabinet (enfin, tente de le faire) : refus quasi systématique des personnes de se déplacer !... alors qu'ils se déplacent s'il y a une MMG..." (Brignais)

"Gardes de "patients qui ne veulent pas attendre le lundi", médecine de "riche" (Villeurbanne)

"Je n'accepterai en aucun cas de reprendre l'ancien système de garde avec déplacement au domicile des patients" (Lyon 7e)

"On en demande toujours trop aux généralistes qui sont les O.S. de la médecine et les spécialistes s'en foutent de notre sort" (Bourgogne Lyon 9e)

"Vu le très petit nombre de consultations depuis la régulation, l'environnement proche avec 4 services d'urgences à moins de 1/4 d'heure et les études montrant qu'à partir de minuit il n'y a que de "vraies urgences" pourquoi inventer une permanence de soins incohérente avec un médecin et un chauffeur devant aller à parfois 60 km. Que de dépenses, de temps perdu et d'épuisement pour les praticiens. Par ailleurs, la "maison de garde" semble de la même façon vraiment coûteuse... pour une petite quinzaine d'actes par week-end (secteur de + 30 médecins) alors qu'un peu de temps à notre cabinet est toujours utile pour terminer notre paperasserie croissante" (St-Symphorien)

ANNEXES B : ENQUETE AUPRES DES RESPONSABLES DE SECTEURS DE GARDE

B.I. Ressources médicales et adhésion à la permanence des soins

Nombre de généralistes exerçant dans le secteur et nombre de généralistes figurant sur le planning de garde du secteur début 2005 (N=30 secteurs)

	Ensemble des secteurs
Nombre de médecins généralistes exerçant dans le secteur début 2005	Minimum
	Maximum
	Moyenne
	Médiane
	N valide
Nombre de médecins généralistes figurant dans le planning de garde début 2005	Minimum
	Maximum
	Moyenne
	Médiane
	N valide

B.II. Organisation de la permanence des soins dans les secteurs

Statut juridique de la garde libérale selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Association loi 1901	4	40,0	5	71,4	3	37,5	3	60,0	4	50,0	2	66,7	9	47,4
Organisation non officielle	6	60,0	2	28,6	5	62,5	2	40,0	4	50,0	1	33,3	10	52,6
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0

Mode de désignation du responsable de secteur selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Elu	0	,0	3	42,9	1	12,5	1	20,0	1	12,5	1	33,3	3	15,8
Volontaire	7	70,0	2	28,6	5	62,5	2	40,0	4	50,0	2	66,7	10	52,6
Désigné	2	20,0	0	,0	2	25,0	2	40,0	3	37,5	0	,0	3	15,8
Autre	1	10,0	2	28,6	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	3	15,8
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0

Modalité habituelle de choix des gardes selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Volontariat pour les dates	5	50,0	1	14,3	5	62,5	2	40,0	4	50,0	2	66,7	7	36,8
Ordre alphabétique	3	30,0	3	42,9	2	25,0	2	40,0	1	12,5	1	33,3	8	42,1
Autre	2	20,0	3	42,9	1	12,5	1	20,0	3	37,5	0	,0	4	21,1
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0

Nombre de réunions organisées dans les secteurs en 2005 selon le degré d'urbanisation et la topographie du secteur

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucune	0	,0	1	14,3	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	5,3
Une	5	50,0	1	14,3	2	25,0	1	20,0	1	12,5	1	33,3	7	36,8
Deux	2	20,0	4	57,1	5	62,5	3	60,0	6	75,0	1	33,3	7	36,8
Trois	1	10,0	1	14,3	1	12,5	0	,0	1	12,5	0	,0	2	10,5
Quatre	1	10,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	5,3
Sept	0	,0	0	,0	0	,0	1	20,0	0	,0	1	33,3	0	,0
NR	1	10,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	0	,0	1	5,3
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0

B.III. Difficultés rencontrées et attendues

Difficultés rencontrées dans les secteurs pour établir le tableau de garde selon le degré d'urbanisation et la topographie

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Beaucoup	1	10,0	2	28,6	1	12,5	0	,0	0	,0	1	33,3	3	15,8
Un peu	2	20,0	2	28,6	2	25,0	0	,0	1	12,5	0	,0	5	26,3
Pas spécialement	7	70,0	3	42,9	5	62,5	5	100,0	7	87,5	2	66,7	11	57,9
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0

Difficultés attendues à terme dans les secteurs pour la PDS selon l'urbanisation et la topographie

	Urbanisation du secteur de garde								Topographie du secteur de garde					
	Urbain		Mixte urbain		Mixte rural		Rural		Zone de montagne		Mixte		Collines, plaines	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Beaucoup	4	40,0	5	71,4	5	62,5	3	60,0	4	50,0	2	66,7	11	57,9
Un peu	2	20,0	2	28,6	2	25,0	1	20,0	3	37,5	1	33,3	3	15,8
Pas spécialement	4	40,0	0	,0	1	12,5	1	20,0	1	12,5	0	,0	5	26,3
Total	10	100,0	7	100,0	8	100,0	5	100,0	8	100,0	3	100,0	19	100,0

B.IV. Numéro des secteurs de garde de jour	<i>Avez-vous des difficultés pour faire votre tableau de garde ?</i>			<i>Prévoyez-vous à terme des difficultés pour la PDS dans votre secteur ?</i>			<i>Comment le médecin de garde du secteur est-il joint par la population ?</i>			<i>Existe-t-il sur votre secteur des consignes particulières données au 15</i>	
	Beaucoup	Un peu	Pas spécial ¹ .	Beaucoup	Un peu	Pas spécial ¹ .	Par le 15 04.72.33.00.33	Par 1 N° unique	Par son N° personnel	Oui	Non
N°3			☐			☐			☐	☒	
N°4	☒				☒			☒			☐
N°6			☐			☐	☒				☐
N°8-N°9			☐		☒		☒				☐
N°10			☐	☒			☒	☒			☐
N°12			☐	☒			☒	☒	☐		☐
N°15		☒		☒				☒		☒	
N°18		☒		☒				☒			☐
N°20			☐			☐			☐	☒	
N°21			☐	☒			☒			☒	
N°23		☒		☒					☐		☐
N°24			☐			☐		☒			☐
N°25			☐	☒				☒			
N°27	☒			☒					☐		☐
N°29			☐	☒			☒		☐	☒	
N°31		☒		☒			☒	☒			☐
N°32		☒		☒				☒			☐
N°34			☐		☒				☐		☐
N°35			☐	☒			☒			☒	
N°37	☒			☒			☒				☐
N°38		☒		☒			☒		☐		☐
N°39			☐		☒		☒				☐
N°40	☒			☒			☒	☒		☒	
N°41			☐			☐	☒	☒			☐
N°42			☐		☒		☒	☒		☒	
N°44			☐	☒					☐		☐
N°45			☐	☒			☒			☒	
N°46			☐		☒		☒			☒	
N°47			☐			☐	☒				☐
N°49			☐		☒				☐		☐

B.V. Commentaires libres portés par les responsables de secteur de garde

"1 médecin en droit de travail. 1 médecin refusant dans l'avenir de faire des gardes. 4 médecins > 56 ans bientôt dispensés. Volontariat des 5 autres dépendant de la participation de tous !"

"A quand les M.M.G regroupant 3 secteurs ?"

"Certaines questions sont peu précises : exemple question n°10 - Qu'est-ce que ça veut dire : Des difficultés à terme ? Sur Lyon les Maisons Médicales de Garde de l'APMMGLL fonctionnent très bien mais, le financement est incertain y compris pour finir l'année : si les MMG perdurent : pas de problèmes, si elles ferment : difficultés certaines !"

"Cf. mes commentaires sur questionnaire MG personnel. D'après le retour que nous en avons, la régulation (04 76 33 00 33) semble être plus un "aiguilleur" vers le médecin de garde du secteur qu'une véritable réponse régulée téléphonique, et c'est pourquoi, nous ne l'utilisons pas"

"Désinvestissement profond des médecins pour la PDS "assumée" tant bien que mal. Nécessité d'une réorganisation complète et globale"

"Garde pragmatique : on ne fait que des horaires limités et pour ceux là la participation est bonne."

"Il faut obtenir le numéro 3333 national permettant aux patients un accès gratuit aussi aisé que le 15 (et ceci avant que France Télécom ne puisse plus offrir gratuitement un numéro d'intérêt général. Ce numéro doit avoir le même statut que le 15 et être gratuit depuis le portable (ce qui exclut les 112 ou 118 0800 etc.)"

"La Samu 69 communique directement nos numéros de téléphone privés à la population SANS AUCUNE REGULATION"

"La garde sur le 4e arrondissement de Lyon permet chaque année d'économiser 60.000 € par rapport aux Maisons Médicales. Par ailleurs, nous assurons visites et consultations"

"La participation à la PDS est-elle obligatoire ? Oui = Il faut se donner les moyens d'une participation effective des médecins. Non = Autant confier cette activité à des médecins urgentistes, plus efficace"

"Le "15" nous ignore souvent et nous envisageons un retour à un numéro unique localement comme avant 2003. Quel est ce 04 76 33 00 33 ?"

"Le 15 est moins bien informé des secteurs de garde et de leur fonctionnement"

"L'enchaînement : semaine de travail (environ 60h) + week-end de garde + semaine de travail n'est plus tolérable. La survie des gardes passe par la suppression de l'astreinte de nuit"

"Les MMG ne vont plus être subventionnées. On s'efforce de mettre une structure en place, que d'énergie perdue. Beaucoup de médecins referont des gardes"

"Nous avons presque réussi à éduquer les patients pour venir aux cabinets pour la PDS (sauf, un confrère qui persiste à faire que des visites à domicile !!! Récalcitrant). Ceci est vraiment un point positif : le tableau est déséquilibré car beaucoup de confrères qui en font très peu"

"Pas de problème dans l'organisation de la PDS dans le secteur de Thizy-Bourg de Thizy. Problème de coordination avec le centre 15 (le régulateur ne trouve pas toujours le médecin de garde)."

"Pas de problème pour les gardes du Week-end mais l'ensemble des médecins se refusent à faire les gardes de semaines depuis la création d'un grand secteur de garde de minuit à 6H. Problème de vieillissement de la population médicale."

"Pas trop de difficultés pour les gardes de week-end. Grosses réticences pour les gardes de semaine de 20h à 24h"

"Plus on est en zone déficitaire moins les moyens attribués sont importants et inversement. Volonté de vider les zones en difficulté des médecins encore en exercice et par la même de rendre difficile pour la population de joindre un médecin"

"Problème de l'interdépartementalité (Isère - Rhône)"

"Problème spécifique de notre secteur partagé entre Courly et hors Courly. Les médecins du secteur acceptent les gardes au cabinet. Problème des déplacements et problème pour les gardes après minuit"

Les consignes particulières données au 15 / 04.72.00.33 sont précisées ci-dessous :

"Ne pas donner le n° de téléphone du médecin de garde"

"Calendrier des gardes, chaque changement, nos horaires"

"Le médecin de garde du WE ou JF, téléphone au régulateur du 15 pour confirmer sa présence."

"Nous préférons faire notre régulation nous-même"

"Seulement le samedi 12-20h et dimanche 8h-20h"

"Filtrage des appels"

"Nous rebasculons les appels ce qui n'est pas toujours fait par ignorance de notre secteur et de notre fonctionnement"

"Garde de nuit de 20h à 24h"

"Pas de visite à domicile"

ANNEXES C : PERCEPTION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE LIBERALE PAR LES ELUS LOCAUX

C.I. Commentaires libres des élus sur l'offre libérale locale

- 1 seul gériatre, 1 seul pédiatre. Tous les deux, proches de la retraite seront-ils remplacés
- 1/ Garde sur maison médicale Belleville S/S 40 km inutile et inefficace. 2/ Pour les spécialistes 50km au minimum sont nécessaires
- 3 médecins en 2004 + que 2 en 2006. En 2004 les 3 étaient déjà débordés de surcroît, la population ne cesse d'augmenter + 22% sur St Didier / - Beaujeu, reste également 1 population âgée en difficulté lorsqu'il s'agit de transport
- A Chaponost : pas de spécialité "stricte sensu" (mais une bonne représentation de la médecine Générale, avec parfois des qualifications particulières.
- Compte tenu de la proximité de Villefranche.
- Déplacement 25 km
- Grandes difficultés pour tout le secteur "psy"
- La proximité de l'agglomération nous permet de bénéficier largement d'une offre médicale spécialisée
- La proximité de la ville de Vienne nous offre l'accès à une médecine générale et spécialisée satisfaisante
- Les médecins généralistes actuels ont un âge proche de la retraite. Leur renouvellement sera t-il assuré ?
- Les quartiers populaires se vident en médecins
- Médecine spécialisée inexistante à la campagne.
- Pas de spécialiste sur le territoire de la commune

C.II. Perception de l'organisation de la permanence des soins

Proportion d'élus rapportant l'existence d'une ou plusieurs MMG dans son territoire selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du territoire							
	Urbain		Mixte "urbain"		Mixte "rural"		Rural	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	9	56,3	1	5,6	4	28,6	3	23,1
Non	7	43,8	17	94,4	10	71,4	10	76,9
Total	16	100,0	18	100,0	14	100,0	13	100,0

Satisfaction de l' élu par rapport au service rendu par la MMG à la population selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du territoire							
	Urbain		Mixte "urbain"		Mixte "rural"		Rural	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Très satisfait(e)	3	33,3	0	,0	0	,0	0	,0
Plutôt satisfait(e)	5	55,6	0	,0	2	50,0	1	33,3
Plutôt insatisfait(e)	0	,0	0	,0	2	50,0	2	66,7
Très insatisfait(e)	0	,0	1	100,0	0	,0	0	,0
NR	1	11,1	0	,0	0	,0	0	,0
Total	9	100,0	1	100,0	4	100,0	3	100,0

Motifs de l'inexistence de MMG dans le territoire de l'élu selon le degré d'urbanisation

		Urbanisation du territoire							
		Urbain		Mixte "urbain"		Mixte "rural"		Rural	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Absence de besoins identifiés	Non	4	57,1	13	76,5	8	80,0	8	80,0
	Oui	3	42,9	4	23,5	2	20,0	2	20,0
Total		7	100,0	17	100,0	10	100,0	10	100,0
Difficultés financières	Non	7	100,0	10	58,8	8	80,0	7	70,0
	Oui	0	,0	7	41,2	2	20,0	3	30,0
Total		7	100,0	17	100,0	10	100,0	10	100,0
Difficultés techniques	Non	7	100,0	13	76,5	7	70,0	7	70,0
	Oui	0	,0	4	23,5	3	30,0	3	30,0
Total		7	100,0	17	100,0	10	100,0	10	100,0
Autres raisons	Non	7	100,0	15	88,2	8	80,0	10	100,0
	Oui	0	,0	2	11,8	2	20,0	0	,0
Total		7	100,0	17	100,0	10	100,0	10	100,0
Médecins non favorables	Non	5	71,4	16	94,1	9	90,0	7	70,0
	Oui	2	28,6	1	5,9	1	10,0	3	30,0
Total		7	100,0	17	100,0	10	100,0	10	100,0

Proportion d'élus souhaitant voir la création d'une MMG sur leur territoire selon le degré d'urbanisation

	Urbanisation du territoire							
	Urbain		Mixte "urbain"		Mixte "rural"		Rural	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	5	71,4	10	58,8	6	60,0	5	50,0
Non	0	,0	0	,0	0	,0	1	10,0
Pas spécialement	2	28,6	4	23,5	4	40,0	4	40,0
NR	0	,0	3	17,6	0	,0	0	,0
Total	7	100,0	17	100,0	10	100,0	10	100,0

C.III. Commentaires sur l'organisation de la permanence des soins

- 1 Généraliste pour 2000 habitants. Pas de permanence le week-end
- Avant la création de la maison médicale de garde à Belleville
- Avec mise en place en 2004 d'une Maison Médicale de Garde
- Cabinet médical groupé
- Délai d'attente aux urgences allongé
- Depuis la création de la maison médicale de garde (Belleville)
- En raison des 4 MMG de Lyon
- En réalité il y a très souvent rupture des permanences des soins. Il faut alors appeler le Samu ou les pompiers en cas de problèmes
- Existence éventuelle d'une maison médicale où se rendre pendant les week-ends...
- Gardes de we en + de nuit il est arrivé que certains patients fassent 30kms pour consulter et 20 Kms en + pour trouver 1 pharmacie de garde. Pb important pour ces déplacements surtout pour les familles seules en difficultés
- Il ne faut pas avoir d'un médecin le week-end
- Je pense qu'il y a un problème mais n'ai pas de véritables remontées du terrain
- La création d'1 MMG à Belleville est intéressante et rassurante, néanmoins elle mériterait d'être mieux comprise par les familles et devrait "couvrir" un territoire moins vaste et + un lieu avec un pharmacien
- Le tour de garde dilué sous visites à domicile est très problématique le week-end.
- Les médecins généralistes n'assurent plus la PDS, fautifs : Etat et Sécurité Sociale
- Les médecins s'organisent entre eux pour effectuer un tour de garde
- Médecin est un métier difficile que les jeunes ne font plus par vocation. Beaucoup d'heures pour une rémunération convenable
- Mise en place de gardes pour les week-ends
- Pratiquement peu de médecins prennent les permanences de garde. La solution passe peut-être par une Maison Médicale de Garde
- Problèmes d'intervention sur les internats (peut-être liés à des problèmes de paiement d'ailleurs...)
- Revoir le périmètre d'organisation des gardes avec la bordure Saône et Loire, un rayon de 15 km ne doit pas être dépassé tant pour les malades s'ils se déplacent que pour le médecin (opération en cours d'étude)

C.IV. Commentaires libres sur l'aide potentiellement apportée par la collectivité locale

- 1/ L'Etat transfère de plus en plus de compétences aux collectivités locales. Les communes ne peuvent faire face à des transferts sans les financements y afférant
- 1/ La santé n'est pas 1 compétence directe des communes. 2/ Malgré cela, la ville de Lyon a largement participé à la mise en place des MMG par la mise à disposition de moyens ...et de financement
- A chacun ses responsabilités !
- A condition que chacun reste dans son rôle et respecte ses engagements
- Actuellement aucun financement n'est assuré pour le moyen et long terme (FAQSV) plus qu'incertain sur ce sujet
- Bien qu'on ne sait pas son rôle, on peut penser qu'1 commune puisse s'engager financièrement pour faire avoir 1 médecin de la même façon qu'elle peut le faire pour sa boulangerie ou son dernier commerce de proximité
- Cette organisation doit rester de la responsabilité première du médecin
- Et sûrement pas financiers, comme il nous est demandé actuellement en prenant les élus en "OTAGE" car s'ils disent NON (on est en libéral organisé) la population est approchée par presse pour souligner le non intérêt des élus pour leurs administrations.
- Honoraires correctes (après 18h, la nuit, le dimanche) - Il y aura des volontaires
- Incitations fiscales lors de l'installation en zone de montagne.
- L'organisation doit rester strictement libérale
- La collectivité ne pourrait aider que quelque chose qui resterait propriété de la collectivité (matériels, locaux...)
- Nécessité ouverture 20h / 6h
- Notre secteur est particulièrement "riche" en médecins, et rencontre peu de problèmes
- Nous le faisons déjà pour les maisons médicales
- Nous ne sommes pas dans un régime collectiviste où l'on attend tout de la collectivité
- Par tous moyens légalement acceptables en tenant compte de l'intérêt du praticien en place
- Projet en cours pour création d'1 Maison des Services Médicaux et paramédical sur St Martin en Août afin de favoriser l'accueil des professionnels de la santé
- Que reste-t-il du caractère libéral ?
- La commune travaille sur 2 axes rotatifs à l'accueil des professions médicales. A/ A fait aménager un ancien commerce en cabinet médical, pour un propriétaire dans l'attente de la venue d'un généraliste supplémentaire. B/ Nous avons 1 projet de construction d'un Espace Médical, susceptible d'accueillir 12 à 15 professionnels de la santé (par le biais d'une mise à disposition sous forme de loyers)

C.V. Commentaires libres des élus sur le déplacement des patients durant la permanence des soins

- "9 patients sur 10 acceptent cette évolution : les visites à domicile doivent être maintenues pour les cas graves et les gens sans véhicules ou en difficulté sociale économique ou les personnes handicapées bien évidemment"
- "A condition que la distance soit cohérente (10 à 15 Kms MAXI)"
- "A condition que l'urgence soit véritablement prise en charge. Toute une éducation des populations doit être faite et une prise de conscience de tous. Je crois que je suis trop optimiste pour penser que la population est consciente du sujet"
- "C'est plutôt souhaitable pour l'Assurance Maladie ! Pour les malades ?? Pour les médecins c'est plutôt mieux !"
- "Dans la mesure où la MMG n'est pas trop éloignée du domicile du patient. Par contre cela ne règle pas le problème des personnes isolées âgées ou non"
- "Dans nos campagnes nous avons une population âgée, isolée qui compte beaucoup sur la mobilité de leur médecin"
- "En milieu rural un certain nombre de familles n'ont pas tous les moyens nécessaires pour se déplacer. "Pas de transport en commun"
- "Et les vieux et les personnes qui ne peuvent se déplacer. Etat et Sécurité Sociale responsables et coupables d'honoraire de "merde". Si honoraire décent - Gardes assurées. Les collectivités locales n'ont pas la compétence de santé"
- "La commune étudie actuellement un projet de maison de santé avec les professions médicales,"
- "L'absence de visite à domicile le week-end pour les personnes âgées ou à mobilité réduite est un réel problème"
- "Le Samu intervient plus facilement et plus rapidement lorsque le généraliste est présent sur place et leur communique un bilan"
- "L'ensemble de la population se plaint de cette évolution, considéré comme une régression"
- "L'obligation de déplacement limite sans doute la surconsommation médicale"
- "Maintenir les visites en cas de nécessité"
- "Mais problème : personnes seules sans moyen de locomotion"
- "Nombre de personnes âgées et difficultés de transport"
- "On ne va pas contre l'évolution, mais il ne faut pas tout attendre de l'état providence"
- "Parfois cela évite de déplacer le Samu pour des malaises douloureux, mais sans réelle gravité"
- "Permettrait sans doute une réponse plus appropriée à la demande des patients dans le temps"
- "Problème du maintien à domicile des personnes âgées et des fins de vie"
- "Si on appelle un médecin dans l'urgence, c'est que le cas est grave. Mais il y a peut-être des abus (appels superflus)"
- "Sous condition d'un bon maillage territorial"
- "Très difficile en milieu rural. Tous les malades éventuels n'ont pas forcément un véhicule à disposition"