UNIVERSITÉ SORBONNE PARIS NORD

UFR SMBH
Santé, Médecine, Biologie Humaine

Année **2025** Thèse n° :

THESE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Par

JOUIDA Saifeddine

Né(e) le 18 janvier 1984 à Sousse, Tunisie

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2025

Évaluation de la satisfaction des médecins généralistes exerçant à la Maison Médicale de Garde d'Eaubonne : analyse des enjeux organisationnels et perspectives d'amélioration

Président de Thèse :	Professeur Alain Mercier
Directeur de Thèse :	Docteur Fabien DRUON
Membre du jury :	[Professeur ou Docteur W]
	[Professeur ou Docteur Z]

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

Celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

REMERCIEMENTS

A Monsieur le professeur Alain MERCIER,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury, de m'avoir guidé tout au long de ce projet et de juger de la qualité de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A mon directeur de thèse Dr Fabien DRUON,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail. Soyez assuré de ma gratitude.

A Muriel (coordinatrice de la CPTS),

Je te remercie pour ta disponibilité et tes conseils. Sois assurée de ma reconnaissance.

Aux médecins qui ont participé à ma formation,

Avec une pensée toute particulière pour les docteurs Alain Charles MASQUELET, Christophe PONCELET, Edouard Jean BAPTISTE, Carlos GASPAR et Bijane OROUDJI

Aux professeurs et aux responsables de l'université Paris XIII,

Une attention plus particulière pour mon binôme de choc, Solène et Jamila. Vous étiez présentes depuis le début de mon aventure. Je garderai toujours en mémoire votre soutien infaillible tout au long de mes années d'études. Je vous aime, mesdames. À toi Sandra, la plus grande gueule que je n'ai jamais vue, mais tellement une personne entière. Je te souhaite une excellente récupération.

Aux équipes médicales et paramédicales,

Avec une sensibilité toute particulière aux aides-soignants (ma formation initiale), qui accomplissent un travail colossal (le plus souvent sous-estimé) avec une grande empathie, une écoute attentive et une disponibilité inégalée.

A tous les médecins, par leurs réponses, ont rendu ce travail possible.

A mes parents pour leur soutien infaillible et leur présence constante tout au long de ma vie. Votre soutien m'a permis de concrétiser mon rêve, peu importe les obstacles. Je vous remercie pour l'amour que vous m'avez transmis.

A mon papa (le Grand Taïeb), pour ta gentillesse, ta sobriété, ta rigueur et les valeurs du travail et du respect que tu m'as enseignées.

A ma maman Naziha (la Dame de fer) qui a toujours été derrière moi, qui m'a toujours poussé vers l'avant et qui a éternellement su trouver les mots pour m'aider à me relever de nouveau quand le KO n'était pas trop loin.

A ma sœur Sameh (la plus belle des Dabdouba) pour ta douceur, ta tendresse, ton écoute, tes mots (parfois maladroits mais justes) et ton aide précieuse qui a contribué à l'accomplissement de ce travail.

A mon frère Nejmeddine, que j'appelais l'ancien dès mon plus jeune âge. Aujourd'hui, je peux te qualifier de « Dernier samouraï » pour toutes tes réalisations et les principes que tu véhicules. Ton engagement a été déterminant pour mener à bien cette mission.

A Houssem, mon petit frérot, mon fiston, pour toutes les années que nous avons partagées dans la même chambre. Tu m'as réservé la plus grande surprise et le plus magnifique des cadeaux de ma vie en appelant ton fils "Seifeddine". Chaque fois que je te vois, tu me remplis d'amour.

A mes amis, mes potos, mes vieilles canailles. A toi Reb, Gildas, Clément, Guillaume, Husso, Othilia, Thomas, Justine et Monsieur Jean Mehdi. Vous êtes loin des yeux, mais tellement dans mon cœur. Tout a commencé lors de ce fameux week-end d'intégration (Je ne peux pas en dire plus pour ne pas choquer les plus jeunes d'entre nous) et la suite est sur le point d'arriver très prochainement...

Et enfin A toi Ramzi (mon grand frère, mon deuxième père), tu as été le seul à croire en moi depuis le début de mon parcours. Tout a commencé durant cette période de révision du bac. Les années de galère et de bonheur que nous avons vécues ensemble (préparation du concours de P1 a l'appartement de Chelles, escalade des murs de la fac pour voir les résultats, difficultés de préf.…) ont fait de moi l'homme que je suis devenu aujourd'hui. Tu as été mon pilier et mon soutien inconditionnel pendant toutes ces années d'étude.

ABREVIATIONS

MMG	Maison Médicale de Garde
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
CPTS VOC	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Val d'Oise Centre
ARS	Agence Régionale de Santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
NHS	National Health Service (Royaume-Uni)
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IDE	Infirmier Diplômé d'État
SNP	Soins Non Programmés
TDR	Test Diagnostique Rapide
TPE	Terminal de Paiement Électronique
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
HAS	Haute Autorité de Santé
IAO	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
CISP-2/3	Classification Internationale des Soins Primaires

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des réponses sur la création du tableau de gardes. 40
Figure 2: Évaluation de la clarté des consignes avant la garde. 40
Figure 3: Évaluation de la transmission du planning final des gardes. 41
Figure 4: Évaluation des conditions matérielles des gardes. 42
Figure 5: Évaluation du rangement du bureau et des armoires. 43
Figure 6: Évaluation des conditions d'asepsie des locaux. 44
Figure 7: Évaluation du groupe WhatsApp de la MMG. 44
Figure 8: Évaluation de la disponibilité du secrétariat médical et administratif. 45
Figure 9: Évaluation de la gestion de la file d'attente grâce aux tickets. 47
Figure 10: Disponibilité du temps pour consulter tous les patients. 47
Figure 11: Demande d'une deuxième ligne de garde 48
Figure 12: Satisfaction quant au logiciel Me'doc. 49
Figure 13: Évaluation de la codification des diagnostics. 49
Figure 14: Évaluation de l'adaptation de la nomenclature des actes. 50
Figure 15: Avis sur la régulation de l'orientation des patients. 51
Figure 16: évaluation de la pertinence des adressages des patients. 53
Figure 17: évaluation de la qualité des échanges avec le 15. 54
Figure 18: évaluation des échanges avec le SAU adulte 54
Figure 19: Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique. 55
Figure 20: Qualité des échanges avec les professionnels de santé du territoire (pharmacies, médecins, infirmiers, etc.). 56
Figure 21: Situations de difficulté pendant les gardes. 57
Figure 22: Besoin de formations spécifiques. 58
Figure 23: Recours aux collègues pour avis médical. 59
Figure 24: Sentiment de sécurité pendant les gardes. 60
Figure 25: Satisfaction concernant le rôle du vigile 61
Figure 26: Évaluation des prestations de la société de sécurité. 61
Figure 27: Gestion des risques professionnels par la CPTS VOC. 62
Figure 28: Réception d'évaluations et de retours réguliers sur le travail en garde. 64
Figure 29: Besoin exprimé de recevoir des évaluations et des retours. 65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Forces et faiblesses des systèmes de régulation des soins non programmés. 21
Tableau 2: Niveau de satisfaction des médecins sur les différents aspects de l'organisation des gardes à la MMG d'Eaubonne. 45
Tableau 3: Niveau de satisfaction des médecins concernant les conditions de travail. 51
Tableau 4: Niveau de satisfaction des médecins concernant la coordination avec les autres professionnels de santé à la MMG d'Eaubonne..... 56
Tableau 5 : Niveau de satisfaction des médecins concernant la formation et le soutien professionnel à la MMG d'Eaubonne. 59
Tableau 6 : Niveau de satisfaction des médecins concernant la sécurité au travail et la gestion des risques à la MMG d'Eaubonne..... 63
Tableau 7 : Niveau de satisfaction des médecins concernant le feedback et l'évaluation. 66
Tableau 8 : Tableau récapitulatif des convergences. 83
Tableau 9 : Tableau récapitulatif des divergences. 84

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT 2

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES FIGURES 6

LISTE DES TABLEAUX 7

SOMMAIRE 8

INTRODUCTION GENERALE 12

1. Contexte général du système de soins concernant la gestion des demandes non programmées et des urgences médicales **12**

2. La permanence des soins ambulatoires (PDSA) : prérogatives et nécessités **13**

3. Les maisons médicales de garde : fonctionnement et rôle dans le système de santé **14**

4. Mise en place de la Maison Médicale de Garde d'Eaubonne **14**

4.1. Contexte local 14
4.2. Objectifs de la MMG 15
4.3. Moyens déployés 15
4.4. Défis et perspectives 15

5. La question de recherche **16**

5.1. Formulation de la question de recherche 16
5.2. Sous-questions et objectifs 17
5.3. Pertinence de la question 18

CHAPITRE 1 : RÉVUE DE LA LITTÉRATURE 19

1. Introduction **19**

2. Permanence des soins ambulatoires **20**

2.1. Définitions et enjeux 20
2.2. Modèles internationaux de régulation des soins non programmés 20
2.3. Comparaison avec le modèle français 21

3. Satisfaction des professionnels de santé **22**

3.1. Définition et importance dans le système de santé 22
3.2. Facteurs influençant la satisfaction 23
3.2.1. Organisation et conditions de travail 23
3.2.2. Collaboration et reconnaissance 23
3.3. Outils d'évaluation de la satisfaction 23
3.4. Liens entre satisfaction et risques de burn-out 24

4. Conclusion **24**

4.1. Synthèse des principaux enseignements 24
4.2. Lacunes dans la littérature et justification de l'étude 25
4.3. Apport et positionnement de l'étude 25

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE 26

1. Introduction **26**

2. Conception de l'étude **27**

2.1. Approche méthodologique et justification du choix 27

2.2. Validité interne et externe ... 28
2.3. Validation et fiabilité du questionnaire ... 28
2.4. Limitations inhérentes au design ... 28

3. Population étudiée ... 29
3.1. Critères d'inclusion ... 29
3.2. Critères d'exclusion ... 29
3.3. Taille de la population ... 29
3.4. Caractéristiques des participants ... 29
3.5. Justification du choix de la population ... 29
3.6. Limites potentielles ... 30

4. Conception du questionnaire ... 30
4.1. Structure et thématiques ... 30
4.2. Élaboration des questions ... 31
4.3. Validation du questionnaire ... 31
4.4. Format et accessibilité ... 31
4.5. Limites et contraintes ... 32

5. Diffusion et collecte des données ... 32
5.1. Mode de diffusion ... 32
5.2. Note explicative et consentement ... 32
5.3. Stratégies de relance ... 32
5.4. Collecte et centralisation des réponses ... 33
5.5. Taux de participation ... 33

6. Analyse des données ... 33
6.1. Approche analytique ... 33
6.2. Analyse quantitative ... 33
6.3. Analyse qualitative ... 34
6.4. Triangulation des données ... 34

7. Considérations éthiques ... 34
7.1. Consentement éclairé ... 34
7.2. Confidentialité et anonymat ... 34
7.3. Minimisation des risques ... 35

8. Biais et limites méthodologiques ... 35
8.1. Biais de sélection ... 35
8.2. Biais de réponse ... 35
8.3. Biais liés à la collecte des données ... 35
8.4. Biais d'information ... 36
8.5. Biais de publication ... 36
8.6. Limites de l'analyse des données ... 36
8.7. Stratégies d'atténuation ... 36

9. Conclusion ... 36

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS ... *38*

1. Introduction ... 38

2. Résultats quantitatifs ... 38
2.1. Organisation des gardes ... 39
2.1.1. Création du tableau de gardes ... 39
2.1.2. Clarté des consignes avant la prise de garde ... 40
2.1.3. Transmission du planning final des gardes ... 41
2.1.4. Conditions matérielles de prise de gardes ... 41
2.1.5. Rangement du bureau de garde et des armoires ... 43
2.1.6. Conditions d'asepsie des locaux ... 43
2.1.7. Groupe WhatsApp de la MMG ... 44
2.1.8. Disponibilité du secrétariat médical et administratif ... 44
2.1.9. Synthèse des résultats pour l'organisation des gardes ... 45
2.2. Conditions de travail ... 46

2.2.1. Gestion de la file d'attente des patients ... 46
2.2.2. Temps disponible pour voir tous les patients ... 47
2.2.3. Nécessité d'une deuxième ligne de garde ... 48
2.2.4. Évaluation du logiciel Me'doc ... 48
2.2.5. Codification des diagnostics dans Me'doc ... 49
2.2.6. Adaptation de la nomenclature des actes ... 50
2.2.7. Régulation de l'orientation des patients ... 50
2.2.8. Synthèse des résultats pour les conditions de travail ... 51
2.3. Coordination avec les autres professionnels de santé ... 52
2.3.1. Pertinence des adressages des patients ... 52
2.3.2. Qualité des échanges avec le 15 ... 54
2.3.3. Qualité des échanges avec le SAU adulte ... 54
2.3.4. Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique ... 55
2.3.5. Qualité des échanges avec les professionnels du territoire ... 55
2.3.6. Synthèse des résultats pour la coordination avec les autres professionnels de santé ... 56
2.4. Formation et soutien professionnel ... 57
2.4.1. Situations de difficulté pendant les gardes ... 57
2.4.2. Besoin de formations spécifiques ... 58
2.4.3. Recours aux collègues pour avis médical ... 58
2.4.4. Synthèse des résultats pour la formation et le soutien professionnel ... 59
2.5. Sécurité au travail et gestion des risques professionnels ... 60
2.5.1. Sentiment de sécurité pendant les gardes ... 60
2.5.2. Satisfaction concernant le rôle du vigile ... 60
2.5.3. Évaluation des prestations de la société de sécurité ... 61
2.5.4. Gestion des risques professionnels par la CPTS VOC ... 62
2.5.5. Synthèse des résultats pour la sécurité au travail et la gestion des risques ... 63
2.6. Feedback et évaluation à la MMG d'Eaubonne ... 64
2.6.1. Réception d'évaluations et de retours réguliers sur le travail en garde ... 64
2.6.2. Besoin exprimé de recevoir des évaluations et des retours ... 65
2.6.3. Synthèse des résultats pour le feedback et l'évaluation à la MMG d'Eaubonne ... 65
2.7. Conclusion des résultats quantitatifs ... 66

3. Résultats qualitatifs ... 66
3.1. Identification des thèmes récurrents ... 67
3.1.1. Organisation des gardes ... 67
3.1.1.1. Création du tableau de gardes (2 réponses) ... 67
3.1.1.2. Documents de consignes (6 réponses) ... 67
3.1.1.3. Communication du planning des gardes (2 réponses) ... 67
3.1.1.4. Conditions matérielles lors de la prise de garde (15 réponses) ... 67
3.1.1.5. Rangement des bureaux et des armoires (9 réponses) ... 68
3.1.1.6. Conditions d'asepsie (4 réponses) ... 68
3.1.1.7. Utilisation du groupe WhatsApp (1 réponse) ... 68
3.1.1.8. Conclusion ... 68
3.1.2. Conditions de travail ... 69
3.1.2.1. Gestion de la file d'attente (14 réponses) ... 69
3.1.2.2. Nécessité d'une deuxième ligne de garde (3 réponses) ... 69
3.1.2.3. Le logiciel Me'doc (9 réponses) ... 70
3.1.2.4. Codification des diagnostics dans Me'doc (3 réponses) ... 70
3.1.2.5. Nomenclature des actes (1 réponse) ... 70
3.1.2.6. Conclusion ... 70
3.1.3. Coordination avec les autres professionnels de santé ... 71
3.1.3.1. Adressage des patients (6 réponses) ... 71
3.1.3.2. Patients sans adressage (9 réponses) ... 71
3.1.3.3. Qualité des échanges avec le 15 (3 réponses) ... 72
3.1.3.4. Qualité des échanges avec le SAU adulte (5 réponses) ... 72
3.1.3.5. Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique (4 réponses) ... 72
3.1.3.6. Qualité des échanges avec les professionnels du territoire (6 réponses) ... 73
3.1.3.7. Conclusion ... 73
3.1.4. Formation et soutien professionnel ... 73
3.1.4.1. Situations problématiques rencontrées en garde (7 réponses) ... 73
3.1.4.2. Besoins de formation (3 réponses) ... 74

3.1.4.3. Conclusion ... 74
3.1.5. Sécurité au travail et gestion des risques professionnels ... 75
3.1.5.1. Prestation de la société de sécurité et rôle du vigile (13 réponses) ... 75
3.1.5.2. Prise en compte des risques professionnels (3 réponses) ... 75
3.1.5.3. Conclusion ... 76
3.1.6. Feedback et évaluation des pratiques à la MMG d'Eaubonne ... 76
3.1.6.1. Évaluations et retours réguliers (1 réponse) ... 76
3.1.6.2. Conclusion ... 76
3.2. Forces et faiblesses perçues ... 77
3.2.1. Points forts relevés par les médecins ... 77
3.2.2. Points faibles et difficultés exprimées ... 77
3.2.3. Conclusion partielle ... 78
3.3. Suggestions d'amélioration et verbatims représentatifs ... 78
3.3.1. Propositions d'amélioration organisationnelle ... 78
3.3.2. Propositions d'amélioration des conditions matérielles et de sécurité ... 79
3.3.3. Extraits de verbatims illustratifs ... 80
3.3.4. Conclusion partielle ... 80
3.4. Conclusion des résultats qualitatifs ... 80

4. Synthèse globale des résultats ... **81**
4.1. Convergences entre données quantitatives et qualitatives ... 82
4.2. Divergences et nuances à explorer ... 83
4.3. Résumé des points clés à retenir ... 84
4.4. Conclusion ... 84

5. Conclusion ... **85**

CHAPITRE 4 : DISCUSSION ... *87*

1. Introduction ... **87**

2. Éléments de satisfaction ... **87**

3. Éléments à améliorer ... **87**
3.1. Conditions matérielles ... 88
3.2. Hygiène et rangement des locaux ... 88
3.3. Régulation des flux et gestion de la file d'attente ... 88
3.4. Deuxième ligne de garde ... 89
3.5. Modernisation du logiciel métier et de la codification ... 90
3.6. Coordination avec les professionnels du territoire ... 90
3.7. Échanges opérationnels avec le 15 ... 91
3.8. Formation continue adaptée ... 91
3.9. Rôle du vigile ... 91
3.10. Feedback et évaluation continue ... 92

4. Conclusion ... **92**

CONCLUSION GÉNÉRALE ... *93*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ... *95*

SERMENT D'HIPPOCRATE ... *102*

RÉSUMÉ ... *103*

ABSTRACT ... *104*

INTRODUCTION GENERALE

1. Contexte général du système de soins concernant la gestion des demandes non programmées et des urgences médicales

Le système de soins français a toujours accordé une grande importance à la gestion des urgences médicales et des soins non programmés [1]. La structuration actuelle autour du numéro 15 et des Services d'Accueil des Urgences (SAU) a répondu à un besoin de prise en charge rapide des situations aiguës non vitales [2] [3]. Cependant, l'augmentation constante des demandes de soins non programmés a constitué un défi majeur. En 2019, les services d'urgence hospitaliers ont enregistré près de 22 millions de passages, marquant une hausse de 60 % en deux décennies [4]. Plusieurs facteurs expliquent cette situation, notamment le vieillissement démographique, la hausse des maladies chroniques et les difficultés d'accès aux médecins généralistes dans certains territoires [5].

Cette pression sur les urgences a entraîné plusieurs conséquences majeures. Les délais d'attente se sont prolongés pour les cas non graves, affectant la qualité des soins [6]. Le surmenage des professionnels de santé a augmenté les risques d'erreurs et de désengagement [7]. Les coûts de prise en charge supportés par le système de santé ont également augmenté, car les consultations hospitalières sont économiquement plus coûteuses pour la collectivité que les consultations ambulatoires [8]. En outre, près de 11 % de la population française vivait en 2022 dans des zones médicalement sous-dotées, accentuant les recours aux services hospitaliers [9].

Face à la pression croissante sur les urgences, plusieurs pays européens ont mis en place des modèles organisationnels innovants. Aux Pays-Bas, les **Huisartsenposten,** coopératives de médecins généralistes assurant les soins en dehors des horaires habituels, ont contribué à mieux réguler la demande et à réduire les consultations inappropriées aux urgences [10]. Au Royaume-Uni, le service téléphonique **NHS 111** a permis d'orienter les patients selon la gravité de leur état, renforçant ainsi l'efficience du système de soins urgents [11]. En Allemagne, **les centres de soins urgents**, ouverts en soirée et les week-ends, se sont progressivement intégrés au dispositif hospitalier, facilitant l'accès aux soins non programmés et limitant la saturation des services d'urgence [12].

Face à ces modèles internationaux performants, la France a également développé une réponse structurée par l'instauration des maisons médicales de garde (MMG) [1]. Elles ont permis de réduire les consultations inappropriées aux urgences, d'améliorer la prise en charge des patients et d'optimiser les ressources médicales disponibles [13]. Une organisation efficace repose sur une implication active des médecins et des outils logistiques modernes [5]. Ces structures, en lien avec les plateformes téléphoniques et la permanence des soins ambulatoires, ont été jugées positives par les professionnels et les patients, selon les résultats d'une évaluation européenne des soins primaires hors horaires habituels [14].

2. La permanence des soins ambulatoires (PDSA) : prérogatives et nécessités

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été instaurée pour garantir une prise en charge en dehors des horaires habituels. Ce dispositif a pour objectifs principaux d'assurer la continuité des soins grâce à une participation active des médecins généralistes [15] et de désengorger les services d'urgence hospitalière en modifiant les comportements et les recours des patients [16].

La PDSA repose sur trois niveaux d'organisation. Le premier concernait les consultations en cabinet ou dans les maisons médicales de garde (MMG), destinées aux cas aigus non vitaux [17]. Le deuxième implique les visites à domicile pour les patients incapables de se déplacer, garantissant une équité d'accès [18]. Enfin, la régulation téléphonique par le Centre 15 permet d'orienter les demandes selon leur urgence [19].

En 2020, 69 % des patients orientés par le Centre 15 ont été pris en charge dans des structures ambulatoires [20]. Cette approche a contribué à réduire les consultations inappropriées aux urgences hospitalières. Cependant, la PDSA a fait face à des défis, notamment une participation insuffisante des médecins en raison de la surcharge de travail [15].

Des initiatives locales ont été mises en place pour renforcer le dispositif. Certaines régions ont instauré des incitations financières pour encourager la participation des professionnels [21]. Par ailleurs, la téléconsultation a complété efficacement la PDSA traditionnelle [22]. Ainsi, la PDSA constitue un pilier essentiel pour répondre aux besoins des patients et maintenir l'efficacité des services d'urgence. Sa consolidation passe par une meilleure coordination et l'intégration de solutions technologiques adaptées [23].

3. Les maisons médicales de garde : fonctionnement et rôle dans le système de santé

Les maisons médicales de garde (MMG) ont été instaurées pour offrir une prise en charge rapide des soins non programmés aux horaires de la PDSA. Elles répondent à un double objectif : désengorger les services d'urgence hospitalière et améliorer l'accessibilité aux soins [24].

Les MMG sont implantées à proximité des services d'urgence ou dans des zones densément peuplées pour maximiser leur efficacité. Elles sont équipées pour traiter des pathologies bénignes comme les infections respiratoires ou les plaies superficielles [17]. Les patients sont orientés vers ces structures par la régulation téléphonique du Centre 15, garantissant une prise en charge adaptée [19].

Une étude menée aux Pays-Bas a rapporté que 80 % des patients étaient satisfaits de leur prise en charge dans les maisons médicales de garde [25].

Cependant, les MMG ont montré certaines limites, notamment en zone rurale, où la couverture territoriale demeure inégale [26]. L'engagement des professionnels reste variable, freiné par des contraintes financières persistantes. Pour y remédier, plusieurs régions ont mis en place des incitations financières et développé des outils de télémédecine afin d'améliorer l'accessibilité et l'efficacité du dispositif sur l'ensemble du territoire [26] [27].

En dépit de ces limites, les MMG représentent un levier stratégique dans l'organisation des soins non programmés à l'échelle nationale. Leur évolution nécessite une coordination territoriale renforcée et un appui structuré des pouvoirs publics.

4. Mise en place de la Maison Médicale de Garde d'Eaubonne

La Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne, inaugurée le 30 mai 2023, s'inscrit dans la dynamique nationale de renforcement des soins non programmés. Elle vise à soutenir la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et à désengorger les urgences hospitalières [28].

4.1. Contexte local

Le territoire d'Eaubonne est densément peuplé, avec une forte présence de familles et une part non négligeable de personnes âgées [29]. Ces groupes présentaient des besoins réguliers en soins urgents pour des pathologies aigües ou chroniques exacerbées. Avant l'ouverture de la MMG, les consultations se concentraient sur les services d'urgence hospitalière, provoquant une saturation des infrastructures [30].

4.2. Objectifs de la MMG

Les objectifs suivants reprennent les fonctions habituellement assignées aux maisons médicales de garde (MMG) dans la littérature institutionnelle et scientifique, tout en tenant compte des besoins exprimés localement à Eaubonne :

- ✓ Réduire la surcharge des services d'urgence en absorbant les consultations non urgentes [31].
- ✓ Améliorer l'accès aux soins en offrant des consultations en soirée, week-ends et jours fériés [32].
- ✓ Offrir un environnement de travail structuré et fonctionnel pour les professionnels de santé [21].
- ✓ Favoriser une meilleure articulation entre les acteurs de santé du territoire, dans le cadre d'une organisation en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) [33].

4.3. Moyens déployés

La mise en place de la Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne a été portée par la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) Val d'Oise Centre. Cette structure visait à améliorer l'organisation des soins sur le territoire et à renforcer la coordination entre les professionnels de santé. Le projet a été soumis pour validation à l'Agence Régionale de Santé (ARS) et aux acteurs du territoire [34]. Son financement a reposé sur des subventions publiques et le soutien des collectivités locales. Les installations comprennent des salles de consultation modernes, un système d'information partagé et une équipe logistique dédiée. Des médecins volontaires ont été recrutés pour assurer les gardes selon un planning préétabli. Ils sont aujourd'hui environ soixante à participer au dispositif.

4.4. Défis et perspectives

Bien que la mise en place de la MMG ait répondu à un besoin local, plusieurs défis subsistaient. La mobilisation des médecins reste limitée dans certaines périodes. La coordination avec les services hospitaliers nécessite encore des ajustements pour assurer une bonne orientation des patients selon leur niveau d'urgence. Un travail conjoint a été engagé avec la régulation médicale du 15 et l'hôpital Simone Veil afin d'améliorer la fluidité des parcours et les échanges d'informations médicales.

La MMG d'Eaubonne représente ainsi une avancée concrète dans la réponse aux soins non programmés à l'échelle locale.

5. La question de recherche

Dans un contexte de développement local des soins non programmés, la Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne constitue une initiative structurante. Afin d'identifier les points forts et les limites du modèle mis en place, il est pertinent de recueillir les perceptions des médecins qui y exercent, en particulier sur l'organisation, les conditions de travail et la coordination avec les autres acteurs du territoire.

5.1. Formulation de la question de recherche

La question centrale à laquelle cette étude cherchait à répondre était la suivante : **"Quels sont les points forts et les faiblesses de l'organisation et des conditions de travail à la MMG d'Eaubonne, selon les médecins qui y exercent ?"**

Cette question était explorée à travers **six dimensions principales**, elles-mêmes évaluées par plusieurs **critères spécifiques :**

Dimension 1 : Organisation des gardes

- Création du tableau de gardes
- Clarté des consignes avant la prise de garde
- Transmission du planning final des gardes
- Conditions matérielles de prise de gardes (accès aux locaux, accès au parking, localisation de la MMG, matériel médical et informatique)
- Rangement du bureau de garde et des armoires
- Conditions d'asepsie des locaux
- Groupe WhatsApp de la MMG
- Disponibilité du secrétariat médical et administratif

Dimension 2 : Conditions de travail

- Gestion de la file d'attente des patients
- Temps disponible pour voir tous les patients
- Nécessité d'une deuxième ligne de garde
- Évaluation du logiciel Me'doc
- Codification des diagnostics dans Me'doc
- Adaptation de la nomenclature des actes
- Régulation de l'orientation des patients

Dimension 3 : Coordination avec les autres professionnels de santé

- Pertinence des adressages des patients
- Qualité des échanges avec le 15

- Qualité des échanges avec le SAU adulte
- Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique
- Qualité des échanges avec les professionnels du territoire (pharmacie, médecins, IDE, etc.)

Dimension 4 : Formation et soutien professionnel

- Situations de difficulté pendant les gardes
- Besoin de formations spécifiques
- Recours aux collègues pour avis médical

Dimension 5 : Sécurité au travail et gestion des risques professionnels

- Sentiment de sécurité pendant les gardes
- Satisfaction concernant le rôle du vigile dans l'organisation
- Évaluation des prestations de la société de sécurité
- Gestion des risques professionnels par la CPTS VOC

Dimension 6 : Feedback et évaluation à la MMG d'Eaubonne

- Réception d'évaluations régulières
- Besoin exprimé de retours d'évaluation

Ces dimensions et critères précis servent de cadre analytique structurant l'ensemble de cette étude, depuis la conception du questionnaire jusqu'à l'analyse approfondie des résultats et leur mise en perspective dans la discussion.

5.2. Sous-questions et objectifs

Pour répondre précisément à la question centrale, plusieurs sous-questions détaillées ont été définies, en lien direct avec les six dimensions étudiées :

- Quelles sont les **difficultés spécifiques rencontrées par les médecins dans l'organisation des gardes**, en particulier concernant les aspects logistiques, la communication interne et les conditions matérielles ?
- Quels facteurs influencent positivement ou négativement les **conditions de travail des médecins**, notamment la gestion du temps, les outils numériques disponibles et la régulation des flux de patients ?
- Comment les médecins évaluent-ils la **coordination avec les autres professionnels de santé** du territoire, en particulier les interactions avec le Centre 15, les services d'urgences adultes et pédiatriques, ainsi qu'avec les autres professionnels libéraux (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers) ?

- Quels sont les **besoins spécifiques exprimés par les médecins en matière de formation et de soutien professionnel**, notamment en lien avec la gestion des difficultés rencontrées durant leurs gardes ?
- Comment les médecins perçoivent-ils les conditions liées à la **sécurité au travail et à la gestion des risques professionnels**, particulièrement en ce qui concerne leur sentiment de sécurité et les dispositifs de sécurité actuellement en place ?
- Quels sont les **besoins et attentes des médecins en termes de feedback et d'évaluation** régulière de leur activité à la MMG, et comment pourraient-ils être satisfaits ?

Ces sous-questions précises correspondent étroitement aux dimensions retenues et aux critères opérationnels qui ont structuré le questionnaire de recherche et guidé l'analyse des résultats.

5.3. Pertinence de la question

Cette question de recherche est pertinente pour plusieurs raisons complémentaires :

1. **Amélioration concrète du dispositif local (MMG d'Eaubonne)** :

Identifier précisément les points forts et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes permet de proposer des recommandations opérationnelles et adaptées pour optimiser le fonctionnement quotidien de la MMG. Ces améliorations ciblent directement les dimensions organisationnelles, matérielles, de coordination et de sécurité, renforçant ainsi l'efficacité du dispositif local.

2. **Renforcement de l'engagement et de la fidélisation des professionnels** :

Analyser en détail les attentes des médecins en termes de conditions de travail, de formation, de soutien professionnel et d'évaluation régulière permet de mieux répondre à leurs besoins réels. Cette approche améliore leur satisfaction professionnelle, renforce leur engagement et contribue à leur fidélisation à moyen et long terme.

3. **Contribution à la stratégie territoriale de santé** :

Les résultats obtenus à partir de l'expérience spécifique de la MMG d'Eaubonne fournissent des données objectives et qualitatives précieuses. Ces données permettent aux décideurs (ARS, CPTS, collectivités locales) de mieux piloter les soins non programmés à l'échelle territoriale, facilitant ainsi la prise de décisions informées et pertinentes.

4. **Apport scientifique et généralisation possible à d'autres MMG** :

La méthodologie détaillée et l'analyse précise des critères retenus apportent des enseignements précieux sur le fonctionnement des MMG. Les résultats, tout en restant ancrés dans le contexte local d'Eaubonne, offrent des éléments comparatifs exploitables pour améliorer les conditions d'exercice et d'organisation des soins non programmés dans d'autres contextes locaux, régionaux ou nationaux.

CHAPITRE 1 : RÉVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Introduction

La gestion des soins non programmés a constitué un enjeu central pour les systèmes de santé. En France, la surcharge des services d'urgence a conduit au développement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) afin d'assurer une prise en charge adaptée des patients hors des horaires habituels [35].

Les maisons médicales de garde (MMG) ont été mises en place pour répondre à ce besoin. Elles offrent une alternative aux urgences hospitalières en assurant des consultations médicales en dehors des horaires classiques. Leur implantation stratégique permet de réduire l'afflux de patients dans les structures hospitalières et d'améliorer l'accessibilité aux soins [36].

Le fonctionnement des MMG repose sur une collaboration entre les agences régionales de santé et les professionnels de santé, avec une régulation assurée par le SAMU et les centres de régulation téléphonique [37]. Cependant, leur efficacité dépend de plusieurs facteurs, notamment la participation des médecins, la couverture territoriale et leur intégration dans le parcours de soins.

Des études ont montré que la satisfaction des médecins influait directement sur leur engagement et la qualité des soins prodigués. Une meilleure organisation des gardes et des conditions de travail optimisées réduisaient le taux de burn-out et amélioraient la continuité des soins [38].

Cette revue de la littérature examine les différents modèles de régulation des soins non programmés, l'impact des MMG sur la gestion des urgences et les déterminants de la satisfaction des médecins généralistes. Elle vise à identifier les leviers d'amélioration et à positionner l'étude menée à la MMG d'Eaubonne comme une contribution à l'optimisation de ces dispositifs.

2. Permanence des soins ambulatoires

2.1. Définitions et enjeux

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) a été instaurée pour répondre aux demandes de soins en dehors des horaires habituels, tout en désengorgeant les urgences hospitalières [35]. Ce dispositif repose sur une collaboration entre les médecins généralistes, les maisons médicales de garde (MMG) et le Centre 15, qui assure la régulation des appels [39].

Les MMG offrent une alternative aux urgences en assurant des consultations médicales durant les gardes [40]. Elles sont souvent implantées dans des zones sous-dotées ou à proximité d'établissements hospitaliers, conformément aux stratégies visant à améliorer l'accessibilité territoriale aux soins primaires [41]. Leur objectif est de garantir une prise en charge rapide des pathologies bénignes, limitant ainsi l'afflux aux services d'urgences [42].

2.2. Modèles internationaux de régulation des soins non programmés

Plusieurs pays ont adopté des systèmes différents de régulation des soins non programmés, en fonction de leurs infrastructures et de leurs politiques de santé.

- **Royaume-Uni : régulation centralisée via NHS 111**

  Le NHS 111 permet d'orienter les patients vers les soins appropriés grâce à des protocoles standardisés. Ce système centralisé a contribué à réduire les consultations inutiles aux urgences, bien qu'il puisse être saturé en période de forte affluence [43].

- **Allemagne : organisation par les associations médicales régionales**

  En Allemagne, la régulation des soins d'urgence est assurée par les associations médicales régionales. Les médecins généralistes participent à des gardes sur une base rotative, garantissant une prise en charge locale. Cependant, ce système souffre d'un manque de volontaires, notamment en zones rurales [44].

- **Pays nordiques : intégration de la télémédecine**

  La Suède et le Danemark ont mis en place un système de télémédecine permettant d'effectuer des consultations à distance. Ce modèle a permis une réduction significative des consultations en face-à-face et une meilleure optimisation des ressources [45]. Cependant, il peut être moins accessible aux populations âgées et aux zones à faible couverture numérique.

- **Australie : modèle hybride**

  L'Australie combine la télémédecine et des cliniques communautaires d'urgence, assurant ainsi une plus grande flexibilité des soins. Ce modèle présente l'avantage

d'une meilleure gestion des flux de patients, bien qu'il exige une coordination stricte entre les acteurs de santé [46].

2.3. Comparaison avec le modèle français

L'analyse des modèles étrangers met en lumière plusieurs leviers d'optimisation pour le modèle français. Dans cette optique, l'adaptation de certaines pratiques internationales pourrait améliorer la régulation des soins non programmés et renforcer l'efficacité des MMG en France.

- **Inspirations du Royaume-Uni :** La mise en place d'un numéro unique national pour la régulation des soins non programmés pourrait faciliter l'orientation des patients.
- **Approche allemande :** Des incitations financières et une meilleure reconnaissance institutionnelle pourraient améliorer le taux de volontaires pour les gardes.
- **Télémédecine nordique :** Son expansion en France permettrait une prise en charge rapide à distance, réduisant les consultations inutiles et optimisant l'affectation des ressources médicales.
- **Modèle hybride australien :** Des centres combinant soins de proximité et consultations à distance pourraient être expérimentés dans certaines régions sous-dotées, afin d'améliorer la flexibilité et l'accessibilité des soins.

Tableau 1 : *Forces et faiblesses des systèmes de régulation des soins non programmés.*

Pays	Type de système	Forces	Faiblesses
Royaume-Uni	Centralisé (NHS 111)	- Orientation rapide des patients grâce à un triage standardisé. - Meilleure gestion des ressources hospitalières en évitant les passages inutiles aux urgences.	- Délais d'attente élevés aux heures de pointe, principalement dus au grand volume d'appels et à la saturation du service. - Fiabilité des évaluations limitée par l'usage d'algorithmes standardisés.
Allemagne	Décentralisé (modèle d'astreinte)	- Répartition des responsabilités au niveau régional, permettant une adaptation locale.	- Manque de volontaires en zones rurales, conduisant à des carences dans la couverture des soins.

		- Forte implication des médecins généralistes dans le dispositif.	- Charge de travail accrue pour les médecins impliqués, augmentant le risque d'épuisement professionnel.
Pays nordiques	Télémédecine	- Accès facilité aux soins, notamment en zones isolées. - Diminution des consultations en face-à-face non nécessaires, optimisant le temps médical.	- Accès inégal aux outils numériques pour certaines populations, notamment les personnes âgées et les zones rurales mal couvertes par le réseau internet.
Australie	Hybride (télémédecine + cliniques)	- Flexibilité du dispositif, combinant consultations à distance et prise en charge physique si nécessaire. - Meilleure gestion des flux médicaux grâce à un triage avancé.	- Coordination complexe entre les différents acteurs du système de santé (hôpitaux, médecins généralistes, plateformes numériques), nécessitant une infrastructure robuste et une formation adaptée des professionnels.
France	Territorial (MMG et Centre 15)	- Adaptation locale des solutions avec des MMG placées stratégiquement pour désengorger les urgences. - Régulation assurée par le Centre 15, permettant un premier filtre des urgences réelles.	- Inégalités territoriales marquées : certaines zones rurales ou sous-dotées manquent de MMG ou de médecins volontaires. - Faible participation des médecins généralistes, souvent liée à une rémunération jugée insuffisante et à une charge de travail perçue comme trop lourde.

3. Satisfaction des professionnels de santé

3.1. Définition et importance dans le système de santé

La satisfaction des professionnels de santé a été définie comme un indicateur clé influençant la qualité des soins et la stabilité des effectifs médicaux [47]. Une satisfaction élevée était associée à une meilleure performance clinique et à une diminution du turnover des médecins

[48]. En revanche, une insatisfaction accrue pouvait entraîner un désengagement professionnel et un risque accru d'erreurs médicales [49].

Dans les structures de soins non programmés, telles que les maisons médicales de garde (MMG), la satisfaction des médecins était un facteur déterminant de la pérennité du dispositif. L'implication des praticiens dans les gardes nocturnes et les week-ends dépendait en grande partie de la reconnaissance institutionnelle et des conditions de travail offertes [50].

3.2. Facteurs influençant la satisfaction

Les principaux déterminants incluent :

3.2.1. Organisation et conditions de travail

La charge de travail et la flexibilité des plannings étaient des éléments déterminants de la satisfaction des médecins en MMG. Une étude a montré que des plannings rigides et un manque de soutien administratif augmentaient le stress professionnel et le risque d'épuisement [50]. Par ailleurs, l'absence de reconnaissance institutionnelle et le manque de soutien des équipes médicales renforçaient le sentiment de surcharge et de détresse psychologique chez les soignants [51] [52].

3.2.2. Collaboration et reconnaissance

La qualité de la collaboration entre les médecins généralistes, les hôpitaux et les centres de régulation influençait directement leur satisfaction. Un manque de communication entre ces acteurs entraînait une redondance des consultations et une prise en charge sous-optimale des patients [53].

Par ailleurs, la reconnaissance financière et institutionnelle des médecins de garde constituait un facteur de motivation essentiel. Une étude a démontré que des incitations financières adéquates et des mesures de valorisation professionnelle contribuaient à une meilleure participation aux gardes [42].

3.3. Outils d'évaluation de la satisfaction

Plusieurs méthodes ont été mobilisées pour évaluer la satisfaction des médecins dans les structures de soins non programmés. Le **Physician Worklife Survey** est l'un des outils les plus utilisés : il permet d'évaluer la satisfaction selon plusieurs dimensions : conditions de travail, autonomie, reconnaissance et équilibre entre vie professionnelle et personnelle [54].

En complément, certains rapports institutionnels ont encouragé l'usage d'approches mixtes, combinant enquêtes quantitatives et entretiens qualitatifs, afin de mieux cerner les attentes

des professionnels et d'identifier des leviers d'amélioration du fonctionnement des MMG [55].

3.4. Liens entre satisfaction et risques de burn-out

Un lien significatif a été établi entre la satisfaction des médecins et la prévalence du burn-out. Les médecins exerçant dans des conditions de travail contraignantes, avec un manque de ressources et une faible reconnaissance, présentaient un risque accru de fatigue professionnelle [56]. Ce phénomène était particulièrement marqué dans les structures assurant des soins non programmés, où la pression liée aux horaires atypiques était importante.

Des stratégies de prévention, telles que l'amélioration des conditions de travail et la promotion d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et personnelle, ont démontré leur efficacité dans la réduction du burn-out chez les médecins généralistes [57] [58].

4. Conclusion

4.1. Synthèse des principaux enseignements

L'analyse de la littérature a permis de mettre en évidence l'importance de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) dans la prise en charge des soins non programmés. L'implantation des maisons médicales de garde (MMG) a contribué à désengorger les services d'urgence en offrant une alternative de proximité pour les patients nécessitant des soins en dehors des horaires habituels.

L'examen des modèles internationaux de régulation des soins non programmés a mis en évidence plusieurs stratégies d'optimisation. Les approches centralisées (NHS 111 au Royaume-Uni), décentralisées (modèle d'astreinte en Allemagne), hybrides (Australie) et technologiques (télémédecine dans les pays nordiques) offrent des perspectives d'amélioration pour le modèle français.

Les études ont souligné l'impact positif des MMG sur l'accessibilité aux soins et la gestion des flux hospitaliers, tout en mettant en lumière leurs défis : disparités territoriales, participation variable des médecins, et nécessité d'une meilleure coordination avec les autres acteurs de santé.

Enfin, la satisfaction des professionnels de santé a émergé comme un facteur clé dans la pérennité et l'efficacité des MMG. Les conditions de travail, la reconnaissance institutionnelle et la collaboration interprofessionnelle influencent leur engagement et la qualité des soins dispensés.

4.2. Lacunes dans la littérature et justification de l'étude

Les recherches existantes sur les MMG se concentrent principalement sur leur impact organisationnel et économique, mais peu d'études approfondissent la perception et la satisfaction des médecins. Or, cette dimension humaine est essentielle pour comprendre les freins à l'implication des professionnels dans ces dispositifs.

L'analyse de la télémédecine dans les MMG reste limitée en France, malgré son potentiel à renforcer l'accessibilité aux soins dans les zones sous-dotées. De plus, le lien entre la satisfaction des médecins et la performance des MMG est peu exploré dans la littérature scientifique.

Enfin, les données sur la coordination entre les MMG, le Centre 15 et les services hospitaliers restent parcellaires. Une meilleure compréhension de ces interactions permettrait d'optimiser le parcours des patients et de renforcer l'efficacité des soins non programmés.

4.3. Apport et positionnement de l'étude

Cette étude vise à combler ces lacunes en analysant la satisfaction des médecins exerçant à la Maison Médicale de Garde d'Eaubonne, avec un focus sur leurs conditions de travail, leurs attentes et les facteurs influençant leur engagement. En croisant des données quantitatives et qualitatives, elle permettra d'identifier les leviers d'amélioration pour rendre ces structures plus attractives et performantes.

Les résultats attendus pourront servir à orienter les politiques publiques et les stratégies de gestion des MMG, notamment en termes de conditions d'exercice, de coordination interprofessionnelle et d'intégration des outils numériques tels que la télémédecine.

Sur la base de cette revue de littérature, la prochaine section détaillera la méthodologie adoptée pour évaluer la satisfaction des médecins généralistes à la MMG d'Eaubonne.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

1. Introduction

Ce chapitre présente les étapes méthodologiques mises en place pour évaluer la satisfaction des médecins généralistes exerçant à la Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne. L'étude s'intéressait à plusieurs dimensions essentielles : organisation des gardes, conditions de travail, coordination avec les acteurs du système de santé, besoins en soutien et formation, Sécurité au travail, ainsi que feedback et évaluation. Ces éléments ont été analysés pour identifier les points forts et les axes d'amélioration de la structure.

L'approche méthodologique retenue combinait une analyse quantitative des données fermées avec une interprétation qualitative des réponses ouvertes issues des champs libres "Commentaires / suggestions" du questionnaire. Ces réponses, caractéristiques des questions ouvertes, sont reconnues comme une source précieuse de données qualitatives permettant de recueillir des opinions spontanées, non influencées par les propositions du chercheur. Leur traitement, bien que plus complexe, offre une compréhension approfondie des attentes et perceptions des répondants. Cette complémentarité entre données fermées et champs ouverts s'inscrit dans une logique d'analyse mixte, associant mesure objectivable et exploration interprétative. Cette stratégie permettait d'obtenir des données mesurables sur la satisfaction générale tout en explorant des perceptions plus nuancées.

Les différentes étapes de l'étude étaient organisées comme suit :

- **Conception de l'étude** : choix du type d'étude et justification méthodologique ;
- **Population étudiée** : critères d'inclusion et d'exclusion ;
- **Conception du questionnaire** : structure et validation des questions ;
- **Diffusion et collecte des données** : stratégies de distribution et de relance ;
- **Analyse des données** : méthodes statistiques et qualitatives employées ;
- **Aspects éthiques et limites** : anonymisation, biais potentiels et contraintes méthodologiques.

Cette démarche assurait une recherche rigoureuse et transparente, alignée sur l'objectif d'évaluer de manière fiable la satisfaction des médecins généralistes [59].

2. Conception de l'étude

L'étude était descriptive et transversale, visant à collecter des données à un moment donné sans intervention sur le fonctionnement de la MMG d'Eaubonne. Ce choix méthodologique permettait de dresser un état des lieux des perceptions des médecins concernant leurs conditions de travail, l'organisation des gardes et la coordination avec d'autres acteurs. L'objectif était d'identifier les points forts et les axes d'amélioration du dispositif [60].

2.1. Approche méthodologique et justification du choix

L'étude adoptait une approche mixte, combinant des méthodes quantitatives et qualitatives, afin d'obtenir une vision complète des perceptions des médecins généralistes. Ce choix méthodologique permettait de mesurer des indicateurs quantifiables tout en explorant des perceptions plus nuancées grâce à l'analyse des réponses ouvertes.

Approche quantitative :

- Mesure d'indicateurs clés, tels que le niveau de satisfaction global, via des questions fermées avec une échelle de Likert.
- Analyse statistique des réponses pour dégager des tendances et comparer les perceptions entre sous-groupes.

Approche qualitative :

- Analyse thématique des réponses ouvertes pour identifier des perceptions plus approfondies.
- Codage des thèmes pour regrouper les idées récurrentes et détecter des axes d'amélioration.

Le choix d'une étude descriptive et transversale était motivé par plusieurs considérations scientifiques et pratiques :

- **Pertinence scientifique** : Adaptée pour évaluer des perceptions à un instant donné, sans perturber le fonctionnement normal de la structure.
- **Praticité** : Une collecte unique de données facilitait la participation et réduisait les contraintes logistiques.
- **Fiabilité** : L'intégration des méthodes quantitatives et qualitatives permettait de renforcer la robustesse des analyses et la reproductibilité des résultats.

L'application d'une approche mixte est couramment utilisée en recherche en santé publique pour fournir une vision globale et holistique des dynamiques professionnelles et des besoins des médecins généralistes.

2.2. Validité interne et externe

Des mesures ont été mises en place pour renforcer la fiabilité des résultats :

- **Validité interne** :
  - Le questionnaire a été pré-testé auprès de médecins exerçant à la MMG.
  - Des ajustements ont été réalisés pour améliorer la clarté et limiter les biais de compréhension.
- **Validité externe** :
  - Les résultats peuvent être généralisés à d'autres MMG présentant des caractéristiques similaires.
  - Toutefois, les particularités locales de la MMG d'Eaubonne peuvent influencer certaines perceptions.

2.3. Validation et fiabilité du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré selon les standards méthodologiques reconnus en recherche en santé publique. Son équilibre entre questions fermées et ouvertes garantissait une analyse robuste et nuancée des perceptions. Ce choix était validé par des études antérieures sur la satisfaction professionnelle en médecine, assurant la pertinence des résultats obtenus [59].

La validation préalable du questionnaire a permis :

- D'optimiser la clarté des questions pour éviter toute ambiguïté.
- D'améliorer la fiabilité des données collectées.
- De renforcer la crédibilité et la reproductibilité des résultats dans d'autres contextes similaires.

2.4. Limitations inhérentes au design

Malgré ses atouts, ce design présentait certaines limites :

- **Absence de suivi longitudinal** :
  - Les données reflètent une situation à un instant donné, sans évaluation de l'évolution des perceptions.
- **Biais de participation** :
  - Certains médecins extrêmement satisfaits ou insatisfaits étaient plus enclins à répondre, pouvant créer un déséquilibre dans l'interprétation des résultats.
- **Généralisation prudente** :
  - Les conclusions doivent être interprétées en tenant compte du contexte spécifique de la MMG d'Eaubonne.

En dépit de ces limites, cette approche méthodologique garantissait une vision complète et objective des perceptions des médecins, permettant de formuler des recommandations pertinentes pour l'amélioration du dispositif.

3. Population étudiée

3.1. Critères d'inclusion

L'étude a inclus les médecins généralistes ayant exercé au moins une garde à la MMG d'Eaubonne au cours des douze mois précédents. Cette période a été choisie afin de garantir une expérience récente et pertinente du dispositif. Les participants devaient consentir librement à participer après lecture de la note explicative, qui présentait les objectifs de l'étude et garantissait l'anonymat des réponses.

3.2. Critères d'exclusion

Les médecins n'ayant jamais exercé à la MMG ou ayant refusé de participer à l'enquête ont été exclus. De plus, les professionnels ayant quitté la pratique active et ceux ayant fourni des réponses incomplètes ont été retirés de l'analyse. Cette stratégie visait à préserver la validité des données en incluant uniquement des participants ayant une expérience directe et récente du dispositif [61].

3.3. Taille de la population

La direction de la MMG d'Eaubonne a fourni une liste des médecins éligibles, comprenant 45 professionnels ayant participé aux gardes durant la période d'étude. Un taux de réponse attendu de 50 à 70 % a été estimé sur la base d'études similaires publiées dans des contextes équivalents. Ce nombre était jugé suffisant pour permettre une analyse statistique robuste tout en assurant une représentativité des perceptions des médecins.

3.4. Caractéristiques des participants

Les médecins participants étaient principalement des praticiens libéraux en exercice actif. Certains exerçaient régulièrement à la MMG, tandis que d'autres assuraient des gardes de manière plus ponctuelle. L'étude a inclus des professionnels indépendamment de leur ancienneté ou de la fréquence de leurs gardes. Cette diversité était essentielle pour capter un large éventail de perceptions et garantir une représentation équilibrée des expériences professionnelles.

3.5. Justification du choix de la population

La population cible a été sélectionnée en raison de son rôle central dans le fonctionnement de la MMG. Ces médecins possédaient une connaissance directe des forces et des faiblesses

du dispositif. En incluant des professionnels ayant des niveaux d'expérience variés, l'étude visait à recueillir des perspectives complémentaires. Cette approche renforçait la pertinence et la validité des résultats obtenus, permettant ainsi d'émettre des recommandations adaptées.

3.6. Limites potentielles

Malgré les efforts pour inclure une population représentative, certaines limites subsistaient :

- **Biais de participation** : Les médecins ayant choisi de ne pas répondre pouvaient avoir des perceptions différentes de ceux ayant participé, influençant ainsi les résultats.
- **Contraintes de temps** : Les obligations professionnelles des médecins pouvaient limiter la qualité et la profondeur des réponses.
- **Généralisation limitée** : Les particularités locales de la MMG d'Eaubonne devaient être prises en compte avant d'appliquer ces résultats à d'autres structures similaires.

En dépit de ces limites, l'approche retenue semblait assurer une représentativité suffisante des perceptions des médecins pour identifier les principaux enjeux et améliorations possibles du dispositif [61].

4. Conception du questionnaire

4.1. Structure et thématiques

Le questionnaire avait été conçu pour explorer les perceptions des médecins généralistes sur six dimensions principales. Chaque dimension abordait un aspect essentiel du fonctionnement de la MMG d'Eaubonne. Les thématiques comprenaient :

1. **Organisation des gardes** : Les questions évaluaient la clarté des plannings, la répartition des rôles et la disponibilité des ressources. Cette thématique explorait aussi les modalités de communication entre les membres de l'équipe et les méthodes de gestion des imprévus.
2. **Conditions de travail** : Cette section explorait le confort des installations, l'accès aux outils de travail, et l'environnement global. Les questions incluaient une évaluation des ressources techniques et logistiques disponibles pour faciliter les gardes.
3. **Coordination avec les acteurs externes** : Les interactions avec le Centre 15, les établissements hospitaliers, et les autres services étaient étudiées. Les médecins étaient invités à décrire leurs expériences concernant la fluidité des transferts de patients.

4. **Formation et soutien** : Les besoins en formation continue et le ressenti sur l'accompagnement institutionnel étaient pris en compte. Cette section évaluait aussi l'efficacité des outils de formation proposés aux médecins.
5. **Sécurité au travail** : Cette partie abordait la prévention des risques professionnels et le sentiment de sécurité pendant les gardes. Elle incluait des questions sur les dispositifs de surveillance et de gestion des situations à risque.
6. **Feedback et évaluation** : Les mécanismes de retour d'information et les suggestions d'amélioration étaient discutés. Les participants pouvaient partager leurs attentes concernant les systèmes d'évaluation mis en place.

Chaque section intégrait des questions fermées avec une échelle de Likert pour l'analyse quantitative et des questions ouvertes pour une approche qualitative [62].

4.2. Élaboration des questions

Les questions avaient été conçues en collaboration avec des experts en médecine générale. Une revue de la littérature scientifique avait permis d'identifier les points critiques à explorer. Une attention particulière avait été portée à la formulation des questions pour éviter les biais d'interprétation. Les questions fermées étaient basées sur une échelle de Likert en cinq points (de « Pas du tout satisfait » à « Très satisfait »), et les questions ouvertes incitaient les participants à détailler leurs perceptions et proposer des améliorations [62].

4.3. Validation du questionnaire

Un pré-test avait été réalisé afin d'identifier d'éventuelles ambiguïtés, d'évaluer la durée de complétion et d'améliorer la clarté des formulations. Certaines questions avaient été reformulées, notamment sur la collaboration avec le Centre 15 et les conditions de travail, afin d'éviter des interprétations multiples. Ces ajustements avaient renforcé la validité du questionnaire et la qualité des réponses attendues, en garantissant une meilleure fiabilité méthodologique conformément aux recommandations des études antérieures sur la satisfaction professionnelle des médecins.

4.4. Format et accessibilité

Le questionnaire avait été diffusé sous format électronique via **Google Forms** pour sa facilité d'accès ainsi que la centralisation automatique des réponses. Une note explicative accompagnait le questionnaire pour garantir la transparence et encourager la participation. Cette approche suivait les recommandations en matière d'enquête auprès des professionnels de santé.

4.5. Limites et contraintes

Bien que la méthodologie adoptée suive les standards de la recherche en santé publique, certaines contraintes spécifiques à la diffusion et à la structure du questionnaire ont été identifiées :

- **Diffusion numérique** : Risque d'exclusion des médecins moins à l'aise avec les outils en ligne.
- **Contraintes de temps** : Impact potentiel sur la qualité des réponses, en particulier pour les questions ouvertes.
- **Échelle de Likert** : Risque de réponses neutres pouvant réduire la précision des résultats.
- **Longueur du questionnaire** : Possibilité de découragement des répondants malgré un temps estimé de 8 minutes [61].

5. Diffusion et collecte des données

5.1. Mode de diffusion

Le questionnaire avait été diffusé à l'ensemble des médecins généralistes ayant exercé à la MMG d'Eaubonne durant la période d'étude. La diffusion s'était effectuée exclusivement via une plateforme en ligne, Google Forms. Ce choix avait été motivé par sa facilité d'utilisation, son accessibilité à partir de tout appareil connecté, et sa capacité à centraliser automatiquement les réponses. Les participants avaient reçu un lien unique par courrier électronique, accompagné d'une note explicative présentant les objectifs de l'étude et garantissant l'anonymat des réponses.

5.2. Note explicative et consentement

La note explicative avait été rédigée pour informer les médecins des objectifs de l'étude, des modalités de participation et des garanties éthiques offertes. Elle précisait que la participation était volontaire et qu'aucune donnée nominative ne serait collectée. Cette anonymisation avait été explicitée pour rassurer les participants sur la confidentialité des informations partagées. Les médecins étaient invités à cliquer sur le lien du questionnaire pour exprimer leur consentement libre et éclairé. Ce procédé respectait les recommandations d'éthique en recherche, telles que formulées par la Déclaration d'Helsinki [63].

5.3. Stratégies de relance

Pour maximiser le taux de participation, deux relances avaient été effectuées à des intervalles d'une semaine. Chaque rappel avait été accompagné d'un message personnalisé, rappelant l'importance de la contribution de chaque participant pour assurer la représentativité des

résultats. Ces messages insistaient sur la simplicité et la rapidité du processus de participation, estimé à moins de dix minutes. Les relances avaient été planifiées pour ne pas surcharger les participants tout en maintenant leur intérêt pour l'étude. Les chercheurs avaient également vérifié la complétion des questionnaires partiels afin d'inciter les répondants à finaliser leurs soumissions.

5.4. Collecte et centralisation des réponses

Les réponses avaient été automatiquement enregistrées sur la plateforme Google Forms, réduisant ainsi les risques d'erreurs de transcription. Une attention particulière avait été portée à la sécurité des données, en s'assurant que les accès au fichier étaient limités aux chercheurs impliqués dans l'étude. Les données avaient été sauvegardées sur un support protégé par mot de passe, conformément aux règlements sur la protection des données personnelles (RGPD). Une copie de sauvegarde avait été créée pour éviter toute perte accidentelle de données. L'analyse des réponses avait été précédée d'une vérification minutieuse pour éliminer les soumissions incomplètes ou erronées.

5.5. Taux de participation

Le taux de participation final avait été calculé en divisant le nombre de réponses valides par le nombre total de médecins invités à participer. Sur les 43 médecins sollicités, 40 avaient complété le questionnaire, correspondant à un taux de participation de **93 %**. Ce taux était conforme aux attentes basées sur des études similaires menées dans des contextes comparables. L'étude avait permis d'obtenir une représentation diversifiée des perceptions des médecins généralistes exerçant à la MMG.

6. Analyse des données

6.1. Approche analytique

Pour analyser les données recueillies, une approche mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives a été adoptée. Cette méthode permet d'exploiter les avantages des deux types de données pour une compréhension plus complète des perceptions des médecins généralistes. L'intégration des méthodes quantitatives et qualitatives est de plus en plus reconnue pour sa capacité à fournir une vision holistique des phénomènes étudiés en santé publique.

6.2. Analyse quantitative

L'analyse des questions fermées a été réalisée à partir des statistiques descriptives générées automatiquement par Google Forms, incluant les fréquences, pourcentages et représentations graphiques. Cette approche a permis de décrire les tendances générales pour

chaque dimension du questionnaire, sans recours à des tests statistiques inférentiels. Cette méthode, adaptée à une étude descriptive, visait à explorer les perceptions globales des médecins généralistes sans tester d'hypothèses statistiques formelles.

6.3. Analyse qualitative

Les réponses aux questions ouvertes ont été analysées selon la méthode de l'analyse thématique. Les étapes suivantes ont été suivies :

1. **Familiarisation** : Lecture approfondie des réponses pour une compréhension générale.
2. **Codage initial** : Identification des unités de sens pertinentes.
3. **Recherche de thèmes** : Regroupement des codes en thèmes significatifs.
4. **Révision des thèmes** : Affinement des thèmes pour assurer leur pertinence et cohérence.
5. **Définition et dénomination des thèmes** : Attribution de noms aux thèmes pour refléter leur essence.
6. **Production du rapport** : Présentation des thèmes avec des extraits illustratifs.

Cette méthode est largement utilisée pour analyser les données qualitatives en recherche en santé, offrant une compréhension approfondie des expériences et des perceptions des participants.

6.4. Triangulation des données

La triangulation a été utilisée pour renforcer la validité des résultats en comparant les données quantitatives et qualitatives. Cette approche permet de corroborer les informations obtenues par différentes méthodes et d'offrir une compréhension plus complète du phénomène étudié. La triangulation est une technique reconnue pour améliorer la crédibilité des recherches en santé.

7. Considérations éthiques

7.1. Consentement éclairé

Les participants ont été informés des objectifs, des modalités de l'étude, ainsi que de leurs droits, conformément aux principes de la Déclaration d'Helsinki [63]. Aucune donnée nominative n'a été collectée. Le consentement libre et éclairé a été exprimé par l'acceptation explicite de **remplir le** questionnaire après lecture de la note explicative.

7.2. Confidentialité et anonymat

Des mesures rigoureuses ont été appliquées pour garantir la confidentialité des informations recueillies. Les données ont été anonymisées et seules les informations essentielles à

l'analyse ont été conservées. Les résultats ont été présentés sous forme agrégée, rendant impossible toute identification individuelle.

7.3. Minimisation des risques

L'étude a été conçue pour limiter tout inconfort potentiel. Les questions ont été formulées avec précaution pour éviter toute gêne.

8. Biais et limites méthodologiques

Malgré les précautions méthodologiques mises en place, certaines limites et biais potentiels doivent être considérés afin d'évaluer la robustesse des résultats et d'interpréter les conclusions avec prudence.

8.1. Biais de sélection

Le biais de sélection survient lorsque les participants inclus dans l'étude ne sont pas représentatifs de la population cible. Dans cette étude, les médecins les plus concernés par la problématique étudiée pouvaient être surreprésentés. Ce biais peut être accentué par un biais de participation lorsque des facteurs comme la disponibilité ou les relances influencent la probabilité de réponse au questionnaire.

8.2. Biais de réponse

Certains participants ont pu être influencés par le biais de désirabilité sociale, cherchant à donner des réponses perçues comme plus acceptables. De plus, un biais de rappel pouvait affecter la précision des informations fournies, notamment pour les questions portant sur des expériences passées.

8.3. Biais liés à la collecte des données

L'utilisation d'un questionnaire auto-administré en ligne présente des avantages méthodologiques, mais également certaines limites spécifiques :

- Le recours exclusif à une plateforme numérique a pu exclure certains médecins moins à l'aise avec les outils digitaux.
- Les relances successives pouvaient accentuer un biais de participation, certains médecins se sentant obligés de répondre. Ce phénomène contribue au biais de sélection en influençant indirectement la composition finale de l'échantillon.
- L'anonymat du questionnaire empêchait tout suivi des non-répondants, rendant impossible l'analyse des motifs de non-participation.

8.4. Biais d'information

Des erreurs systématiques dans la conception ou l'interprétation des questions pouvaient entraîner un biais d'information. Par exemple, une mauvaise formulation pouvait influencer la compréhension des participants et modifier la sincérité de leurs réponses.

8.5. Biais de publication

Les études montrent que les résultats statistiquement significatifs ont plus de chances d'être publiés que ceux ne montrant pas d'effet marquant. Ce phénomène, connu sous le nom de biais de publication, peut fausser la perception générale de l'efficacité des interventions étudiées.

8.6. Limites de l'analyse des données

L'analyse statistique permet d'identifier des associations entre variables, mais ne peut pas démontrer de relation causale. De plus, la présence de variables confondantes non mesurées pourrait avoir influencé certains résultats.

8.7. Stratégies d'atténuation

Pour minimiser ces biais et limites, plusieurs mesures ont été mises en place :

- **Validation préalable du questionnaire** pour garantir la clarté et la pertinence des questions.
- **Anonymisation des réponses** afin de réduire le biais de désirabilité sociale.
- **Utilisation de méthodes statistiques adaptées** pour contrôler l'influence des variables confondantes.

La reconnaissance de ces biais et limitations permet d'assurer une interprétation rigoureuse des résultats et d'orienter les perspectives pour de futures recherches, visant à améliorer les méthodes d'évaluation de la satisfaction des médecins généralistes.

9. Conclusion

Ce chapitre a exposé la méthodologie adoptée pour mener cette étude sur la satisfaction des médecins généralistes à la MMG d'Eaubonne. L'approche mixte combinant analyses quantitatives et qualitatives a permis d'obtenir des résultats fiables et exploitables.

Des précautions méthodologiques ont été mises en place pour assurer la validité des données, notamment la validation du questionnaire, l'anonymisation des réponses et l'application de principes éthiques rigoureux [63]. Malgré certaines contraintes – biais de participation, potentielle désirabilité sociale et limitations inhérentes à un questionnaire auto-administré, les stratégies d'atténuation adoptées ont contribué à limiter ces effets et à renforcer la robustesse des analyses.

Les résultats issus de cette méthodologie serviront de base aux analyses présentées dans les chapitres suivants, dans l'objectif d'identifier des pistes concrètes d'amélioration pour optimiser le fonctionnement des Maisons Médicales de Garde et mieux répondre aux attentes des professionnels de santé.

CHAPITRE 3 : RÉSULTATS

1. Introduction

L'analyse des résultats a reposé sur une approche mixte combinant des méthodes quantitatives et qualitatives. Cette approche a permis de mesurer objectivement la satisfaction des médecins généralistes à la Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne. Elle a aussi intégré leurs perceptions subjectives. La méthodologie utilisée a permis de recueillir des données chiffrées et des commentaires ouverts.

Ce chapitre présente les résultats de l'enquête en trois parties. La première partie (**3.1 Résultats quantitatifs**) expose les tendances générales observées dans les réponses aux questions fermées. Les dimensions étudiées ont inclus l'organisation des gardes, les conditions de travail, la coordination avec les autres professionnels de santé, la formation et le soutien professionnel, ainsi que la sécurité au travail et le feedback. Ces résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

La deuxième partie (**3.2 Résultats qualitatifs**) analyse les réponses ouvertes recueillies. L'identification des thématiques récurrentes a mis en lumière les points de satisfaction et d'insatisfaction. Cette section regroupe également des suggestions d'amélioration proposées par les répondants.

Enfin, la dernière partie (**3.3 Synthèse globale des résultats**) met en relation les données quantitatives et qualitatives. Elle identifie les convergences et divergences entre les tendances chiffrées et les perceptions exprimées. Aucune interprétation approfondie des résultats ne sera faite dans ce chapitre. L'analyse et la discussion de ces résultats seront développées dans le **chapitre 4**. Ils y seront mis en perspective avec la littérature scientifique et leurs implications pratiques seront explorées.

2. Résultats quantitatifs

Cette section présente les données issues des questions fermées du questionnaire, permettant d'évaluer le niveau de satisfaction des médecins généralistes exerçant à la Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne. Les résultats ont été analysés selon une approche factuelle,

sans interprétation approfondie. L'interprétation et la mise en perspective avec la littérature seront développées dans le chapitre 4.

L'enquête a exploré **six dimensions clés**, détaillées ci-dessous :

1. **Organisation des gardes**
2. **Conditions de travail**
3. **Coordination avec les autres professionnels de santé**
4. **Formation et soutien professionnel**
5. **Sécurité au travail et gestion des risques professionnels**
6. **Feedback et évaluation**

Les résultats sont présentés sous forme de **moyennes et tendances générales**, illustrées par des **tableaux et graphiques** pour chaque dimension.

Lecture des scores de satisfaction :

Les réponses ont été recueillies à l'aide d'une échelle de Likert allant de **1** (très insatisfaisant) à **5** (très satisfaisant). Pour en faciliter l'interprétation, les seuils suivants ont été retenus :

Réponses 4 et 5 : considérées comme traduisant une satisfaction élevée.

- **Un score ≥ 70 %** de réponses **4** ou **5** : niveau de satisfaction bon à très bon.
- **Autour de 50 %** : perception moyenne ou mitigée.
- **< 40 %** : niveau faible de satisfaction, indiquant un axe d'amélioration.

2.1.Organisation des gardes

L'organisation des gardes est un élément fondamental du bon fonctionnement de la MMG. Son évaluation a porté sur plusieurs critères :

1. La création du tableau de gardes.
2. La clarté des consignes avant la prise de garde.
3. La transmission du planning final.
4. Les conditions matérielles des gardes.
5. Le rangement du bureau et des armoires.
6. L'asepsie des locaux.
7. L'utilisation du groupe WhatsApp.
8. La disponibilité du secrétariat médical et administratif.

2.1.1. Création du tableau de gardes

La **Figure 1** montre la répartition des réponses concernant la satisfaction des médecins vis-à-vis de la création du tableau de gardes.

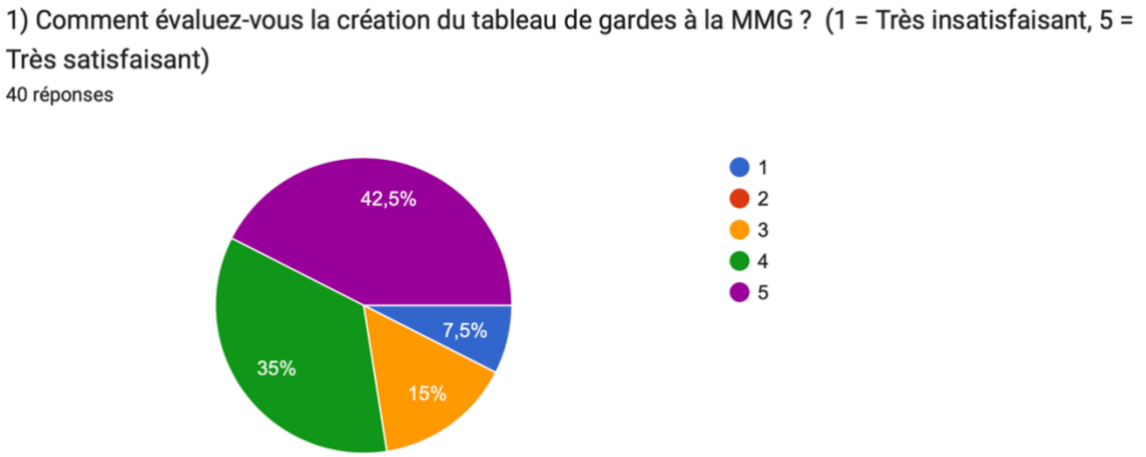

***Figure 1**: Répartition des réponses sur la création du tableau de gardes.*

- **42,5 %** des répondants se déclarent **très satisfaits** (niveau **5** sur l'échelle).
- **35 %** expriment un **niveau de satisfaction élevé** (niveau **4**).
- **15 %** rapportent une **satisfaction modérée** (niveau **3**).
- **7,5 %** se déclarent **très insatisfaits** (niveau **1**).

Conclusion partielle : La création du tableau de gardes est jugée satisfaisante par **77,5 %** des répondants.

2.1.2. Clarté des consignes avant la prise de garde

La **Figure 2** illustre l'évaluation de la clarté du document contenant les consignes :

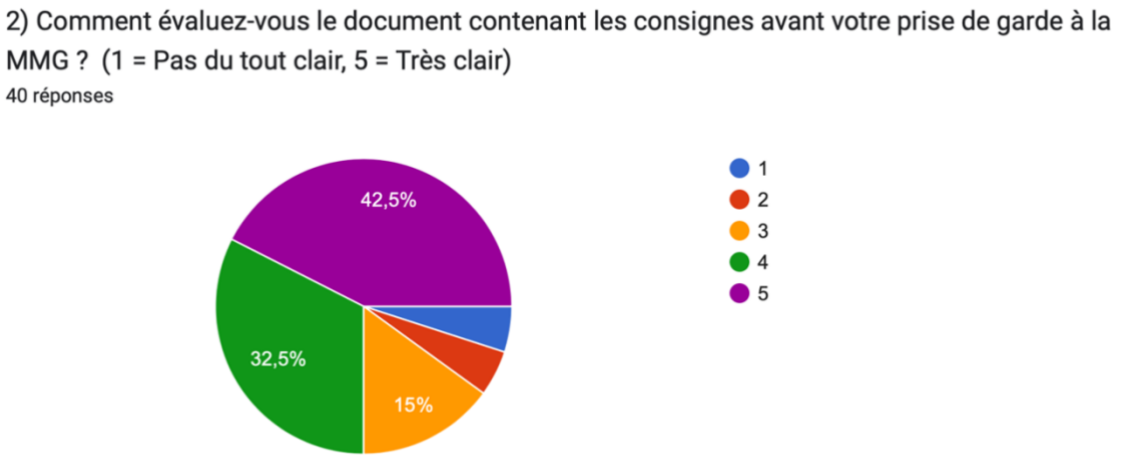

***Figure 2**: Évaluation de la clarté des consignes avant la garde.*

- **42,5 %** des répondants jugent ce document **très clair** (**5**).
- **32,5** expriment un **niveau élevé de clarté** (niveau **4**)**.**
- **15 %** considèrent les consignes comme **moyennement claires** (niveau **3**).

- Une minorité exprime une **perception de clarté faible** (niveaux inférieurs à **3**).

Conclusion partielle : Les consignes ont été jugées claires par **75 %** des répondants, bien que des améliorations restent possibles.

2.1.3. Transmission du planning final des gardes

La **Figure 3** présente les résultats concernant la transmission du planning :

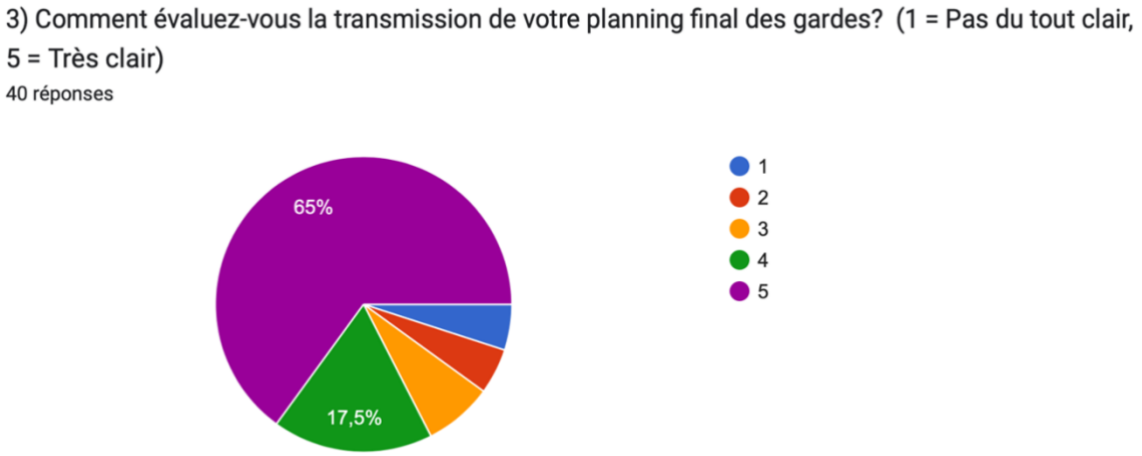

***Figure 3**: Évaluation de la transmission du planning final des gardes.*

- **65 %** des médecins estiment que la transmission est **très claire (niveau 5)**.
- **17,5 %** déclarent un **niveau de clarté élevé** (niveau **4**).
- Les **réponses indiquant une clarté faible** sont peu fréquentes, ce qui suggère une **bonne communication des plannings**.

Conclusion partielle : La transmission du planning final a été jugée claire par **82,5 %** des médecins, témoignant d'une communication globalement efficace.

2.1.4. Conditions matérielles de prise de gardes

La **Figure 4** détaille l'évaluation de plusieurs aspects matériels :

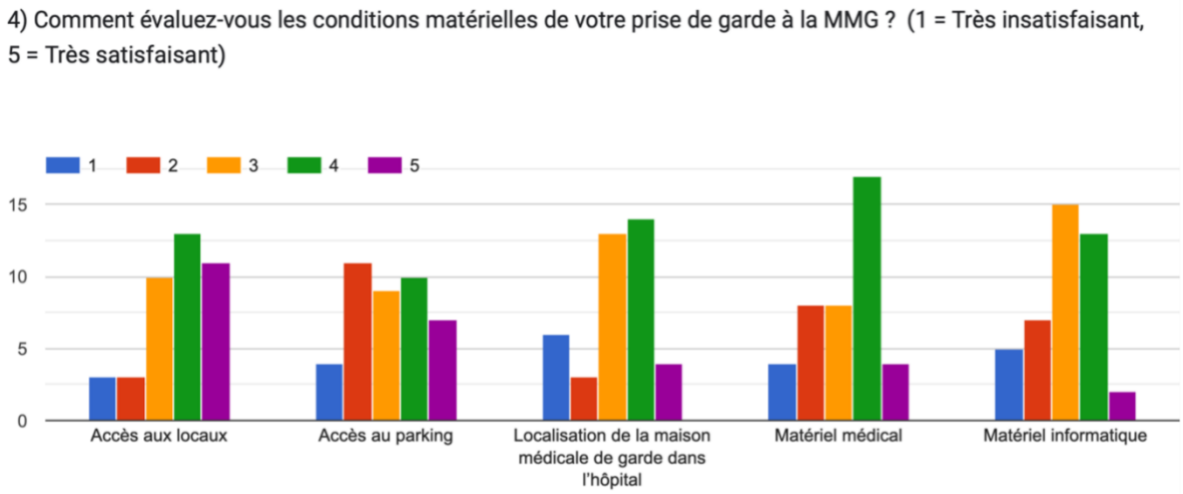

***Figure 4**: Évaluation des conditions matérielles des gardes.*

- **Accès aux locaux** :
  - **60,0 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**),
  - **25 %** une **satisfaction modérée** (réponse **3**),
  - et **15,0 %** une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).
- **Accès au parking** :
  - **42,5 %** des répondants se sont déclarés **satisfaits** (réponses **4** et **5**),
  - **22,5 %** ont exprimé une **satisfaction modérée**,
  - et **35 %** une **insatisfaction**.
- **Localisation de la MMG dans l'hôpital** :
  - **45,0 %** des médecins ont rapporté une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**),
  - **32,5 %** une **satisfaction modérée**,
  - et **22,5 %** une **insatisfaction**.
- **Matériel médical** :
  - **52,5 %** des répondants ont déclaré une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**),
  - **20 %** une **satisfaction modérée**,
  - et **27,5 %** une **insatisfaction**.
- **Matériel informatique** :
  - **35,7 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**),
  - **35,7 %** une **satisfaction modérée**,
  - et **28,6 %** une **insatisfaction**.

Conclusion partielle : L'accès aux locaux est globalement jugé satisfaisant par une majorité de médecins. En revanche, des insatisfactions ont été exprimées concernant l'accès au

parking, le matériel médical et, dans une moindre mesure, le matériel informatique, soulignant plusieurs axes d'amélioration prioritaires pour renforcer les conditions matérielles des gardes.

2.1.5. Rangement du bureau de garde et des armoires

La **Figure 5** montre que l'organisation du bureau et des armoires est :

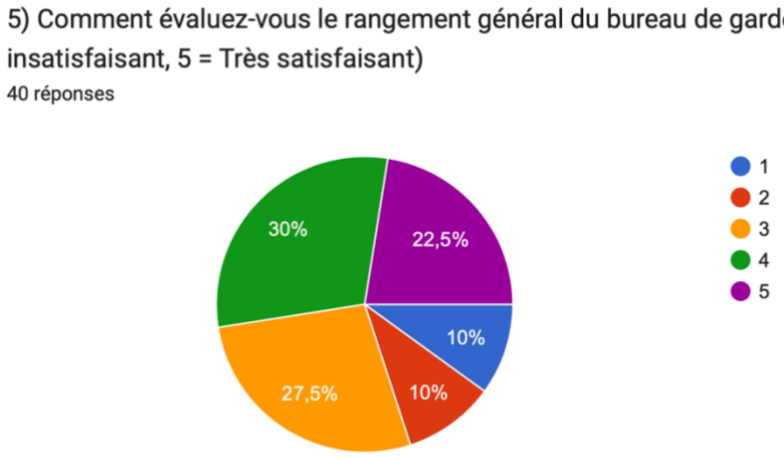

***Figure 5**: Évaluation du rangement du bureau et des armoires.*

- **52,5 %** des répondants ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **27,5 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **20 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : Le rangement est jugé satisfaisant par un peu plus de la moitié des médecins (**52,5 %**), mais des efforts restent à faire pour améliorer l'organisation du matériel.

2.1.6. Conditions d'asepsie des locaux

La **Figure 6** affiche des résultats **hétérogènes** :

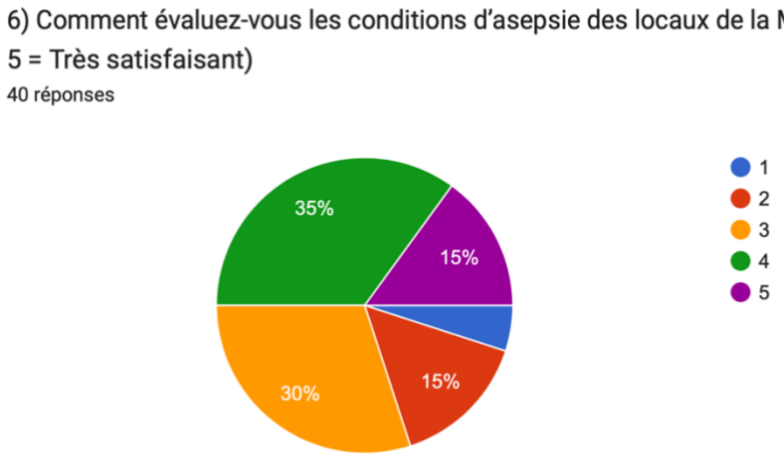

***Figure 6**: Évaluation des conditions d'asepsie des locaux.*

- **50 % les jugent satisfaisantes** (réponses **4** et **5**).
- **50 %** des médecins trouvent les conditions d'asepsie moyennes ou mauvaises (réponses **1** et **3**).

Conclusion partielle : Les conditions d'asepsie divisent les avis, avec **50 %** de réponses favorables seulement, ce qui suggère un besoin d'amélioration.

2.1.7. Groupe WhatsApp de la MMG

La **Figure 7** illustre l'évaluation du groupe WhatsApp.

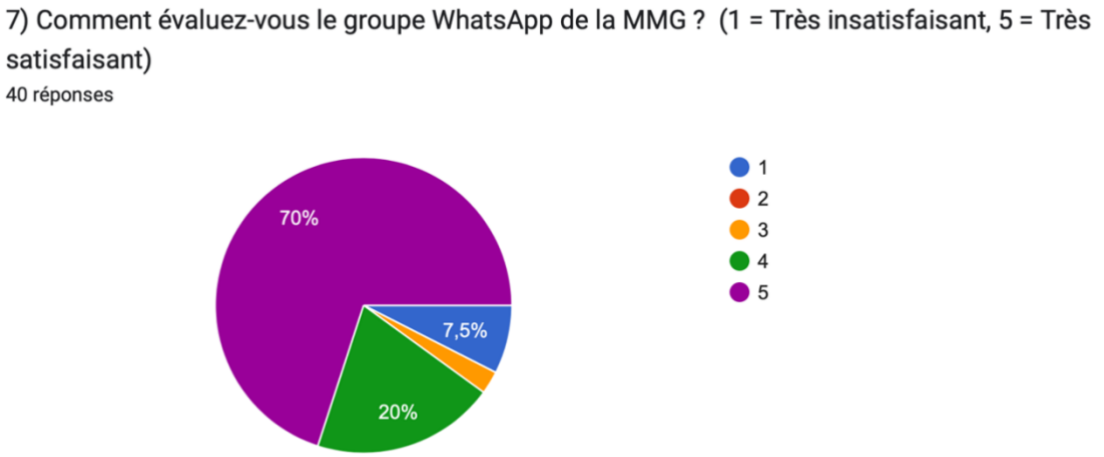

***Figure 7**: Évaluation du groupe WhatsApp de la MMG.*

- **90 %** des médecins ont jugé le groupe WhatsApp **très utile** (réponse **5** et **4**).
- **Seuls 10 %** trouvent cela peu utile (réponses de **1** à **3**).

Conclusion partielle : Le groupe WhatsApp est jugé utile par **90 %** des médecins, dont **70 %** l'évaluent comme très satisfaisant.

2.1.8. Disponibilité du secrétariat médical et administratif

La **Figure 8** montre l'évaluation de la disponibilité du secrétariat médical et administratif.

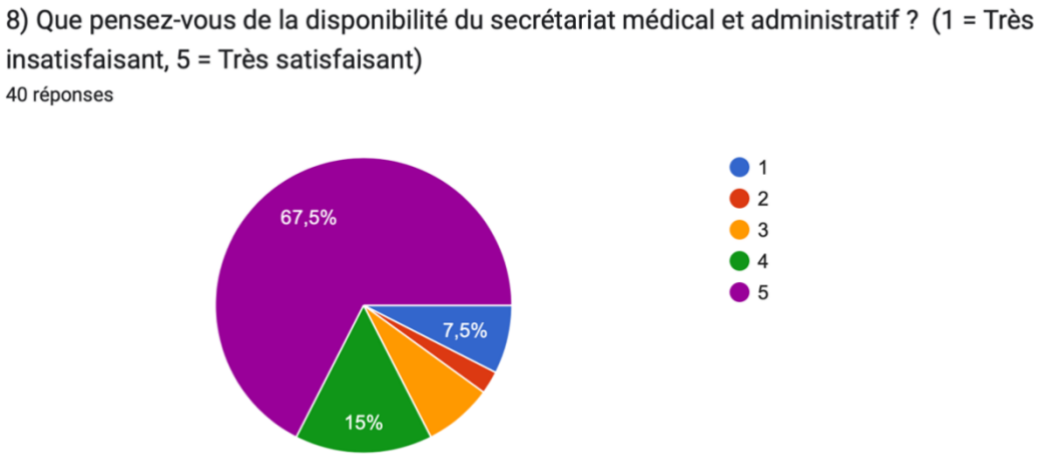

***Figure 8**: Évaluation de la disponibilité du secrétariat médical et administratif.*

- **67,5 %** des médecins ont exprimé un **très haut niveau de satisfaction** (réponse **5**).
- **15 %** ont rapporté un **niveau élevé de satisfaction** (réponse **4**).
- Seulement **17,5 %** trouvent la disponibilité insuffisante (réponses de **1** à **3**).

Conclusion partielle : La disponibilité du secrétariat médical et administratif est largement saluée par les médecins, avec plus de **80 %** de satisfaction. Toutefois, un petit noyau d'insatisfaits souligne l'importance de maintenir, voire renforcer, ce soutien organisationnel.

2.1.9. Synthèse des résultats pour l'organisation des gardes

Les données chiffrées permettent d'identifier les points forts et les axes d'amélioration de l'organisation des gardes. Le tableau ci-dessous résume ces tendances.

***Tableau 2**: Niveau de satisfaction des médecins sur les différents aspects de l'organisation des gardes à la MMG d'Eaubonne.*

Critère		**Satisfaction élevée (4-5)**	**Satisfaction moyenne (3)**	**Satisfaction faible (1-2)**
Création du tableau de gardes		77,5 %	15 %	7,5 %
Clarté des consignes avant la prise de garde		75 %	15 %	10 %
Transmission du planning final des gardes		82,5 %	10 %	7,5 %
Conditions matérielles de prise de gardes	Accès aux locaux	60 %	25 %	15 %
	Accès au parking	42,5 %	22,5 %	35 %

	Localisation MMG	45 %	32,5 %	22,5 %
	Matériel médical	52,5 %	20 %	27,5 %
	Matériel informatique	37,5 %	37,5 %	25 %
Rangement du bureau de garde et des armoires		52,5 %	27,5 %	20 %
Conditions d'asepsie des locaux		50 %	30 %	20 %
Groupe WhatsApp de la MMG		90 %	7,5 %	2,5 %
Disponibilité du secrétariat médical et administratif		82,5 %	10 %	7,5 %

Conclusion : L'organisation des gardes à la MMG d'Eaubonne est globalement bien perçue par les médecins, notamment en ce qui concerne la transmission du planning et le secrétariat. Cependant, des axes d'amélioration existent concernant les conditions matérielles, l'asepsie et l'accès au parking.

2.2.Conditions de travail

Les conditions de travail influencent directement la qualité des soins et la satisfaction des médecins. Cette dimension a été évaluée selon plusieurs critères :

1. La gestion de la file d'attente des patients.
2. Le temps disponible pour voir tous les patients.
3. La nécessité d'une deuxième ligne de garde.
4. L'évaluation du logiciel Me'doc.
5. Les codifications des diagnostics dans Me'doc.
6. L'adaptation de la nomenclature des actes.
7. La régulation de l'orientation des patients.

2.2.1. Gestion de la file d'attente des patients

La **Figure 9** montre l'évaluation de la gestion de la file d'attente grâce aux tickets.

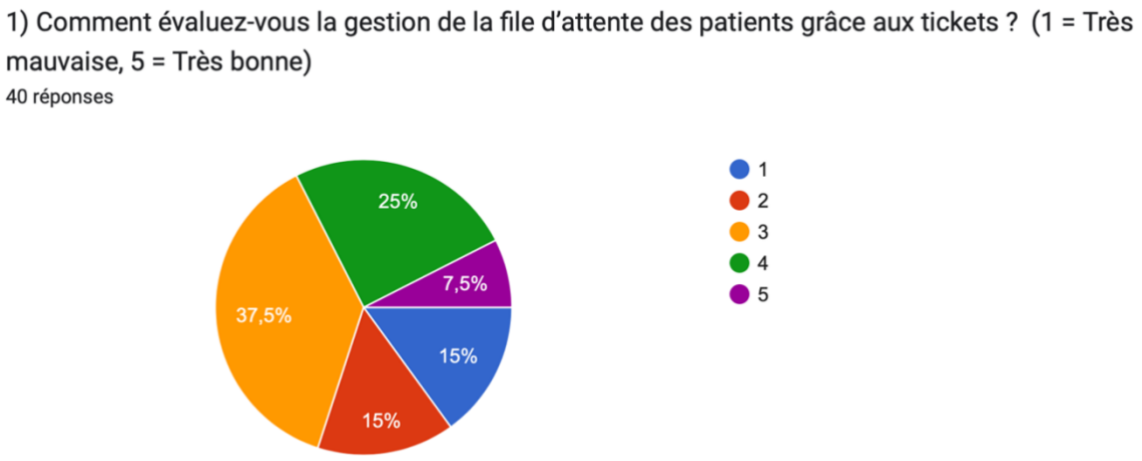

***Figure 9**: Évaluation de la gestion de la file d'attente grâce aux tickets.*

- **7,5 %** estiment qu'elle est **très bonne (5)**.
- **25 %** considèrent la gestion comme **bonne (4)**.
- **37,5 %** ont rapporté une **satisfaction modérée (3)**.
- **30 %** jugent la gestion **insatisfaisante** (**1** et **2**).

Conclusion partielle : La gestion de la file d'attente ne suscite qu'un faible niveau de satisfaction **32,5 %**, indiquant un axe prioritaire d'amélioration.

2.2.2. Temps disponible pour voir tous les patients

La **Figure 10** montre la disponibilité du temps pour consulter tous les patients.

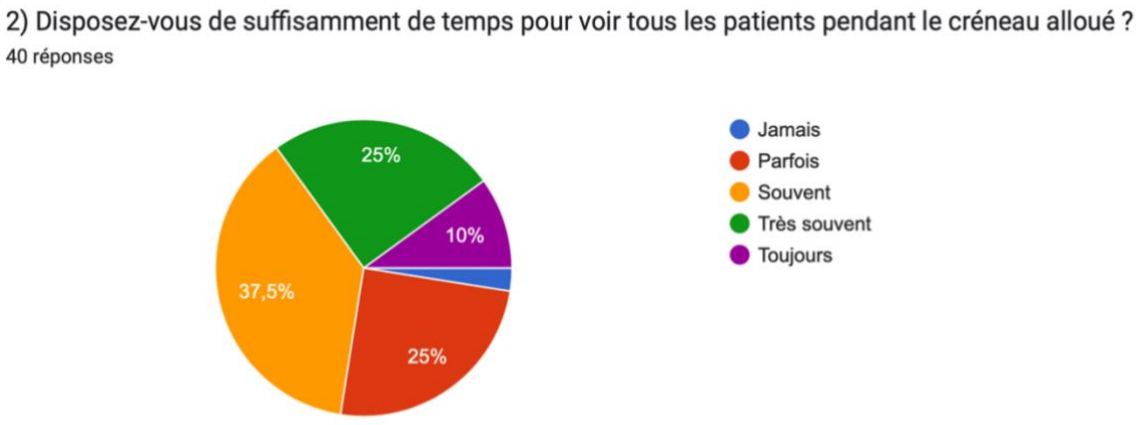

***Figure 10**: Disponibilité du temps pour consulter tous les patients.*

- **10 %** affirment qu'ils ont **toujours** assez de temps.
- **25 %** trouvent que c'est le cas **très souvent**.
- **37,5 %** des médecins estiment avoir **souvent** assez de temps.
- **25 %** considèrent que cela arrive seulement **parfois**.

- **2,5 %** déclarent **ne jamais** avoir assez de temps.

Conclusion partielle : Le temps alloué est jugé suffisant par **72,5 %** des médecins (souvent à toujours), bien que **25 %** déclarent rencontrer des difficultés occasionnelles.

2.2.3. Nécessité d'une deuxième ligne de garde

La **Figure 11** montre la demande d'une deuxième ligne de garde.

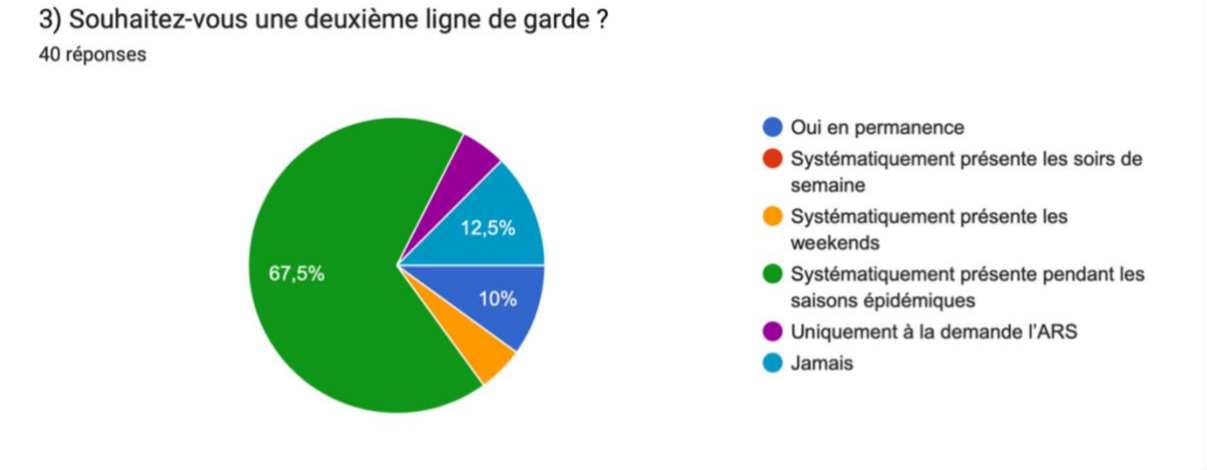

***Figure 11**: Demande d'une deuxième ligne de garde.*

- **67,5 %** des médecins souhaitent une deuxième ligne pendant les saisons épidémiques.
- **12,5 %** ne veulent jamais de deuxième ligne de garde.
- **10 %** souhaitent une ligne présente en permanence.
- **5 %** pensent qu'elle devrait être activée uniquement à la demande de l'ARS.
- **5 %** souhaitent qu'elle soit mise en place systématiquement les weekends.

Conclusion partielle : Une deuxième ligne de garde est jugée nécessaire par **67,5 %** des médecins, principalement pendant les périodes épidémiques.

2.2.4. Évaluation du logiciel Me'doc

La **Figure 12** montre la satisfaction quant au logiciel Me'doc.

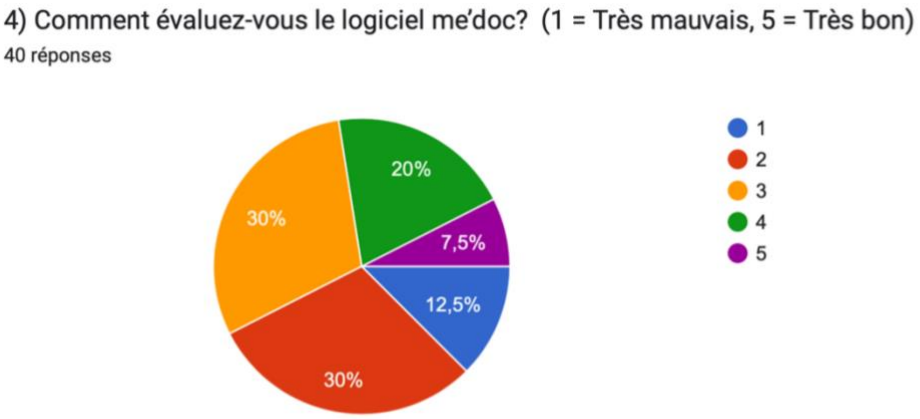

***Figure 12**: Satisfaction quant au logiciel Me'doc.*

- **27,5 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **30 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **42,5 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : L'évaluation du logiciel Me'doc reste mitigée, avec seulement **27,5 %** de satisfaction, et **42,5 %** d'avis défavorables, ce qui suggère des axes d'amélioration sur l'ergonomie et la fonctionnalité.

2.2.5. Codification des diagnostics dans Me'doc

La **Figure 13** montre l'évaluation de la codification des diagnostics.

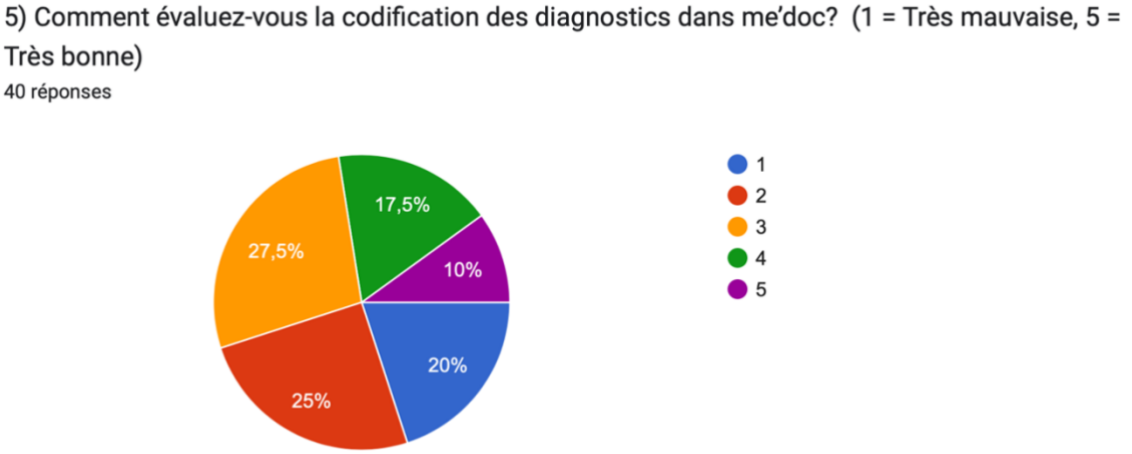

***Figure 13**: Évaluation de la codification des diagnostics.*

- **27,5 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **27,5 %** ont déclaré une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **45 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : La codification des diagnostics est jugée insatisfaisante par **45 %** des médecins, tandis que seuls **27,5 %** se disent satisfaits. La codification des diagnostics est un point d'amélioration notable du logiciel Me'doc.

2.2.6. Adaptation de la nomenclature des actes

La **Figure 14** montre l'évaluation de l'adaptation de la nomenclature des actes.

***Figure 14**: Évaluation de l'adaptation de la nomenclature des actes.*

- **80 %** des répondants jugent la nomenclature adaptée.
- **17,5 %** estiment qu'elle ne l'est pas.
- **2,5 %** déclarent ne pas avoir compris la question.

Conclusion partielle : La nomenclature des actes est jugée adaptée par 80 % des médecins, malgré quelques incompréhensions signalées.

2.2.7. Régulation de l'orientation des patients

La **Figure 15** présente les avis sur la régulation de l'orientation des patients.

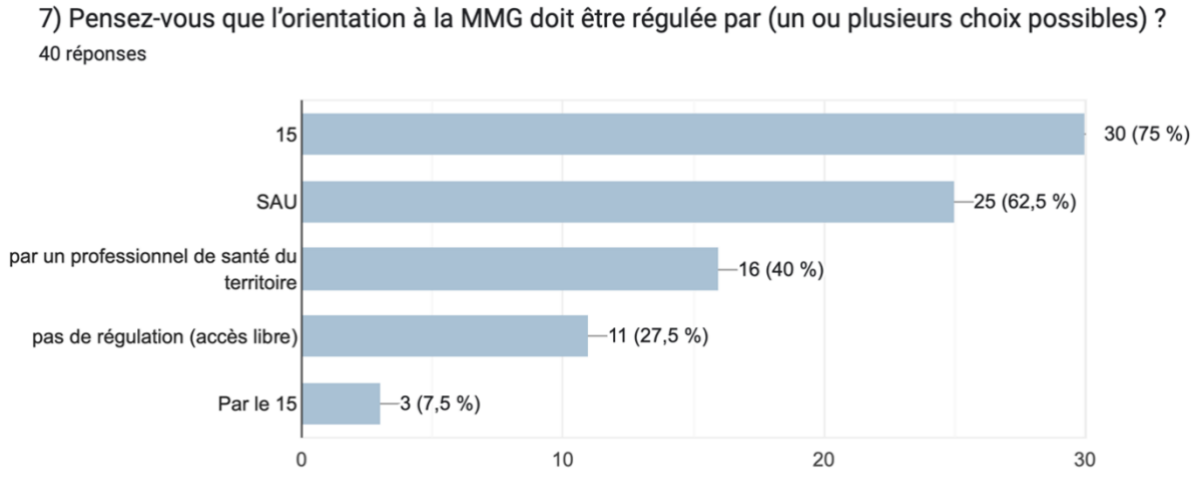

***Figure 15**: Avis sur la régulation de l'orientation des patients.*

- **75 %** des médecins pensent que l'orientation doit être régulée par le 15.
- **62,5 %** estiment que le SAU doit participer à cette régulation.
- **40 %** préfèrent une régulation par un professionnel de santé du territoire.
- **27,5 %** suggèrent un accès libre sans régulation.
- **7,5 %** considèrent que seule la régulation du 15 est suffisante.

Conclusion partielle : La régulation de l'orientation vers la MMG est globalement bien acceptée, en particulier lorsqu'elle est assurée par le 15 (**75 %**) ou le SAU (**62,5 %**). Une part significative des médecins (**40 %**) considère également que les professionnels de santé du territoire peuvent jouer un rôle dans ce filtrage, traduisant une préférence pour une régulation partagée. L'accès libre sans régulation, soutenu seulement par **27,5 %**, reste minoritaire. Ces résultats confirment la nécessité de structurer davantage les modalités d'orientation pour éviter les flous organisationnels et garantir une meilleure fluidité du parcours patient.

2.2.8. Synthèse des résultats pour les conditions de travail

Les données chiffrées permettent d'identifier les points forts et les axes d'amélioration des conditions de travail. Le tableau ci-dessous résume ces tendances :

***Tableau 3**: Niveau de satisfaction des médecins concernant les conditions de travail.*

Critère	Satisfaction élevée (4-5)	Satisfaction moyenne (3)	Satisfaction faible (1-2)
Gestion de la file d'attente des patients	32,5 %	37,5 %	30 %
Temps disponible pour voir tous les patients	72,5 %	25 %	2,5 %
Nécessité d'une deuxième ligne de garde	67,5 % (saisons épidémiques)	5 % (Weekends)	12.5 % (Jamais)
Évaluation du logiciel Me'doc	27,5 %	30 %	42,5 %
Codification des diagnostics dans Me'doc	27,5 %	27,5 %	45 %

Adaptation de la nomenclature des actes	80 %	–	17,5 %
Régulation de l'orientation des patients	75 % (régulation par le 15)	62,5 % (régulation par le SAU)	27,5 % (préfèrent accès libre)

Conclusion : Les conditions de travail à la MMG sont perçues de manière contrastée. Certains aspects, comme la nomenclature des actes et la mise en place d'une deuxième ligne de garde en période épidémique, sont largement appréciés. En revanche, l'évaluation du logiciel Me'doc et la codification des diagnostics révèlent des marges d'amélioration. La gestion du temps de consultation est jugée globalement satisfaisante, tandis que la file d'attente et la régulation de l'orientation des patients restent perfectibles.

2.3. Coordination avec les autres professionnels de santé

La coordination avec les autres acteurs du système de santé est essentielle pour assurer une prise en charge optimale des patients. Cette dimension a été évaluée à travers plusieurs critères :

1. La pertinence des adressages des patients.
2. La qualité des échanges avec le 15.
3. La qualité des échanges avec le SAU adulte.
4. La qualité des échanges avec le SAU pédiatrique.
5. La qualité des échanges avec les professionnels du territoire (pharmacie, médecins, IDE, etc.).

2.3.1. Pertinence des adressages des patients

La **Figure 16** présente l'évaluation de la pertinence des adressages des patients selon quatre canaux :

- Via le 15
- Via les urgences adultes
- Via les urgences pédiatriques
- Via les professionnels du territoire

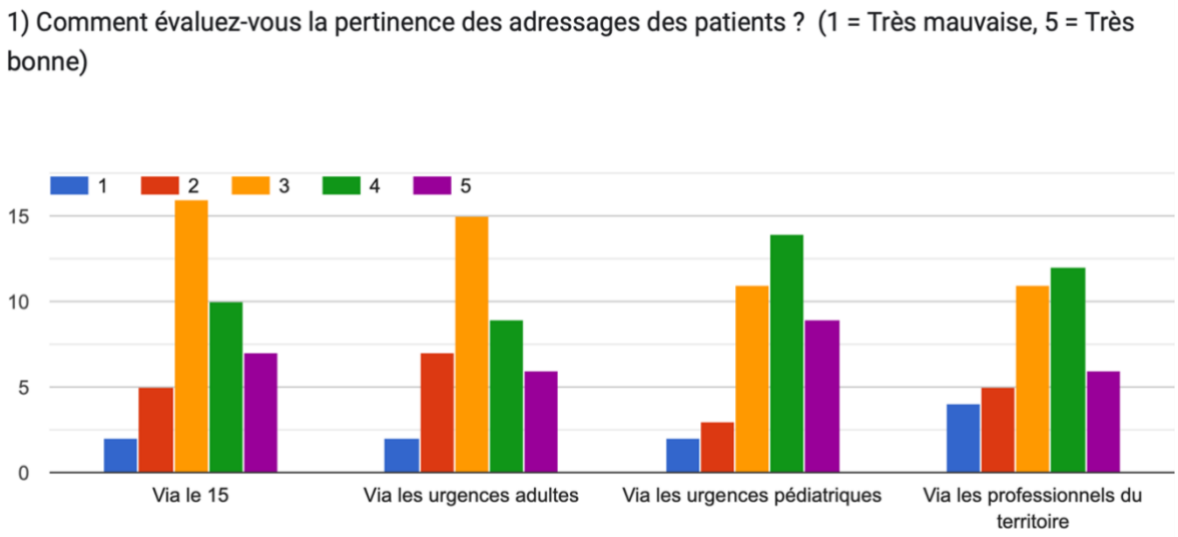

***Figure 16**: évaluation de la pertinence des adressages des patients.*

- **Via le 15** :
  - **42,5 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée**,
  - **40 %** une **satisfaction modérée**,
  - et **17,5 %** une **insatisfaction**.
- **Via les urgences adultes** :
  - **40 %** des médecins se sont déclarés **satisfaits**,
  - **37,5 %** ont exprimé une **satisfaction modérée**,
  - et **22,5 %** une **insatisfaction**.
- **Via les urgences pédiatriques** :
  - **60 %** ont rapporté une **satisfaction élevée**,
  - **27,5 %** une **satisfaction modérée**,
  - et seulement **12,5 %** une **insatisfaction**.
- **Via les professionnels du territoire** :
  - **50 %** ont exprimé une **satisfaction élevée**,
  - **27,5 %** une **satisfaction modérée**,
  - et **22,5 %** une **insatisfaction**.

Conclusion partielle : La pertinence des adressages des patients apparaît variable selon l'origine de la demande. Les urgences pédiatriques sont perçues comme les plus fiables, avec plus de **60 %** de satisfaction. Les professionnels du territoire obtiennent également des résultats globalement positifs. En revanche, les adressages via le Centre 15 et les urgences adultes suscitent une satisfaction plus modérée et un taux d'insatisfaction non négligeable,

suggérant un besoin d'amélioration de la régulation ou de la communication interprofessionnelle.

2.3.2. Qualité des échanges avec le 15

La **Figure 17** montre l'évaluation de la qualité des échanges avec le 15.

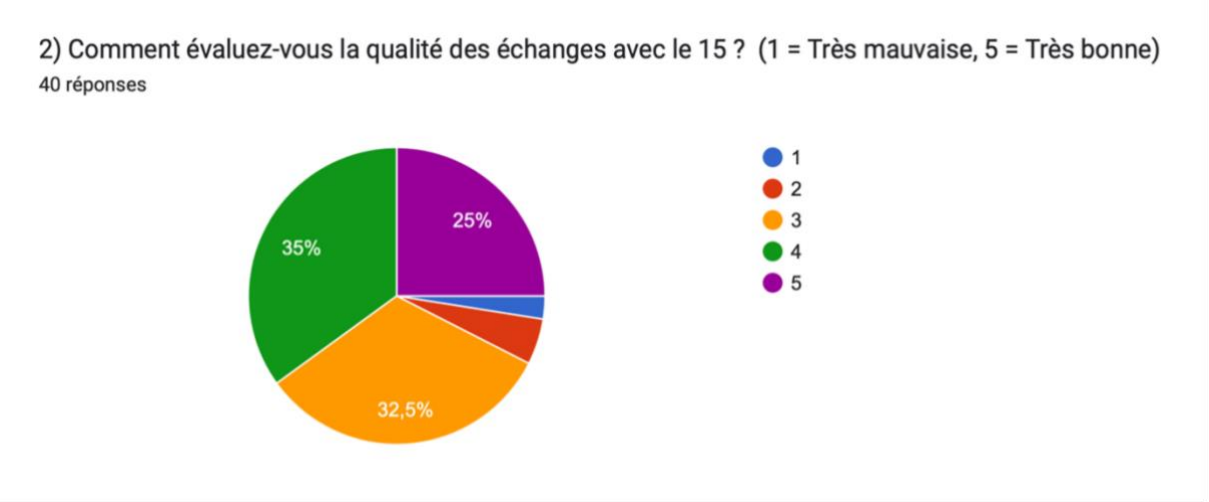

***Figure 17**: évaluation de la qualité des échanges avec le 15.*

- **60 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **32,5 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **7,5 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : La qualité des échanges avec le 15 est jugée satisfaisante par **60 %** des médecins, mais près de **40 %** expriment une perception moyenne ou insatisfaisante, soulignant un potentiel d'amélioration.

2.3.3. Qualité des échanges avec le SAU adulte

La **Figure 18** illustre l'évaluation des échanges avec le SAU adulte.

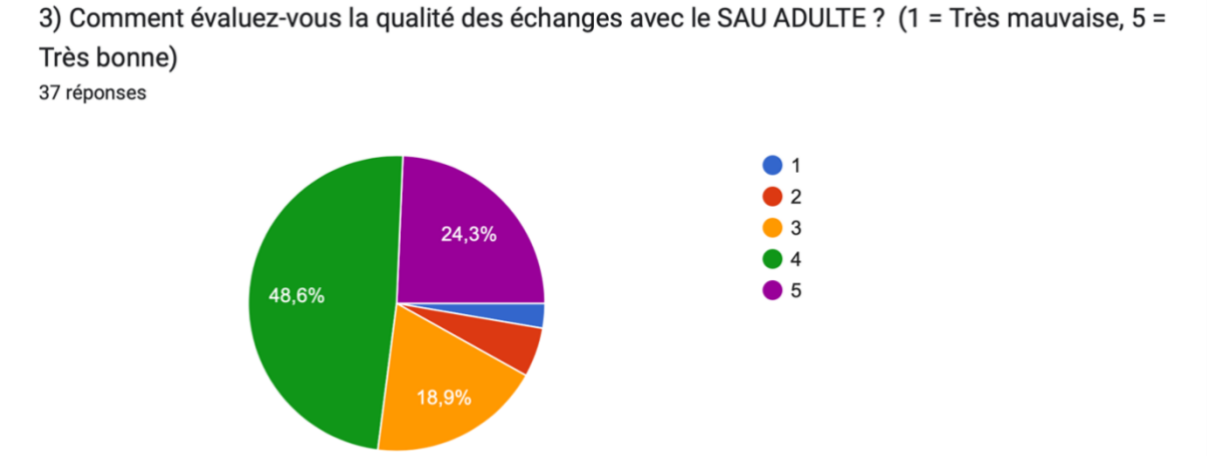

***Figure 18**: évaluation des échanges avec le SAU adulte.*

- **72,9 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **18,9 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **8,2 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : Les échanges avec le SAU adulte sont jugés satisfaisants par **72,9 %** des médecins, bien qu'une part des répondants exprime une perception plus réservée.

2.3.4. Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique

La **Figure 19** présente les résultats concernant les échanges avec le SAU pédiatrique.

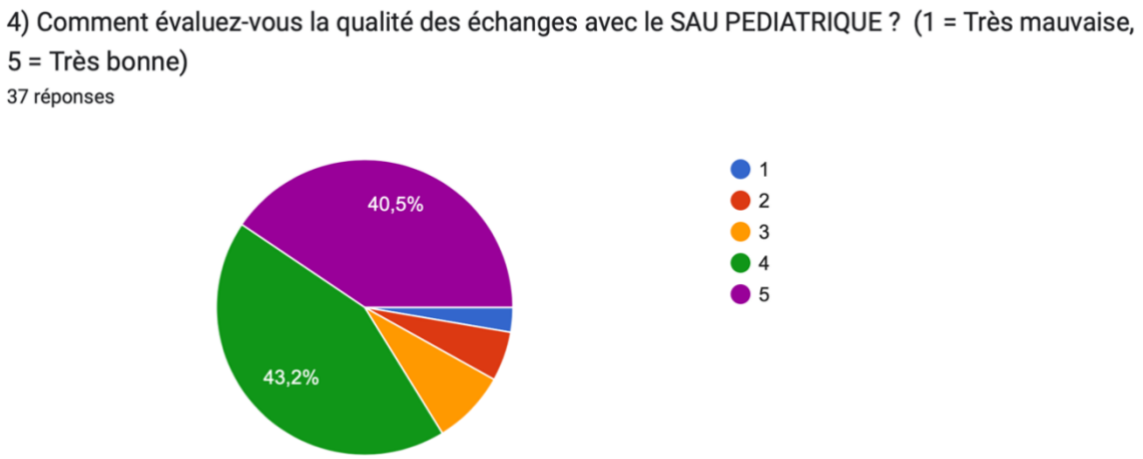

***Figure 19**: Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique.*

- **83,7 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **8,1 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **8,2 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses 1 et 2).

Conclusion partielle : La qualité des échanges avec le SAU pédiatrique est jugée satisfaisante par **83,7 %** des médecins, reflétant une collaboration fluide et efficace.

2.3.5. Qualité des échanges avec les professionnels du territoire

La **Figure 20** concerne la qualité des échanges avec les professionnels de santé du territoire (pharmacies, médecins, infirmiers, etc.).

Les résultats sont plus hétérogènes :

- **37,8** % des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **27 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **35,1 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

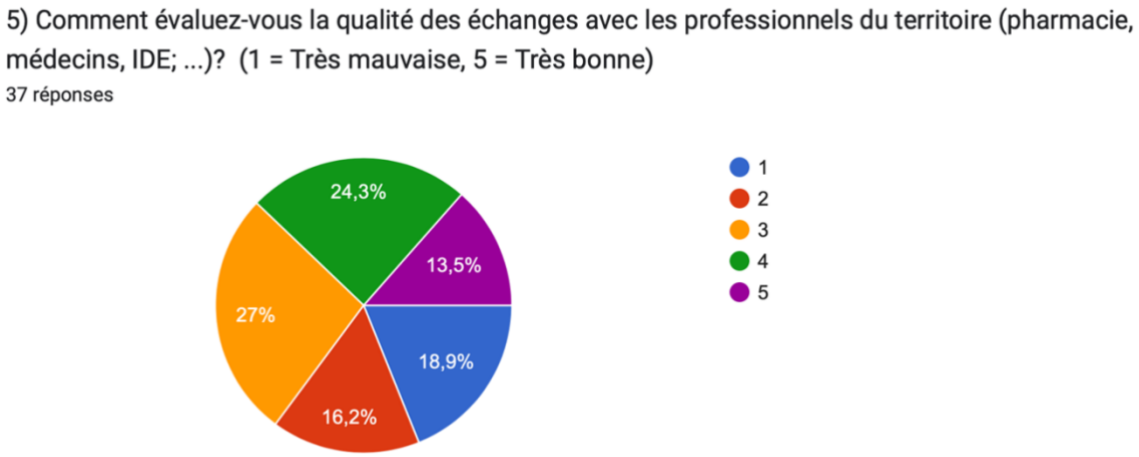

***Figure 20**: Qualité des échanges avec les professionnels de santé du territoire (pharmacies, médecins, infirmiers, etc.).*

Conclusion partielle : La qualité des échanges avec les professionnels du territoire suscite un niveau de satisfaction limité (**37,8 %** de réponses favorables), indiquant un besoin d'amélioration de la coordination interprofessionnelle.

2.3.6. Synthèse des résultats pour la coordination avec les autres professionnels de santé

Les données chiffrées permettent d'identifier les points forts et les axes d'amélioration de la coordination avec les autres professionnels de santé. Le tableau ci-dessous résume ces tendances :

***Tableau 4**: Niveau de satisfaction des médecins concernant la coordination avec les autres professionnels de santé à la MMG d'Eaubonne.*

Critère		Satisfaction élevée (4-5)	Satisfaction moyenne (3)	Satisfaction faible (1-2)
Pertinence des adressages des patients	Via le 15	42,5 %	40 %	17,5 %
	Via les urgences adultes	40 %	37,5 %	22,5 %
	Via les urgences pédiatriques	60 %	27,5 %	12,5 %
	Via les professionnels du territoire	50 %	27,5 %	22,5 %
Qualité des échanges avec le 15		60 %	32,5 %	7,5 %

Qualité des échanges avec le SAU adulte	72,9 %	18,9 %	8,2 %
Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique	83,7 %	8,1 %	8,2 %
Qualité des échanges avec les professionnels du territoire	37,8 %	27 %	35,2 %

Conclusion : La coordination avec les autres professionnels de santé présente des résultats contrastés. Les échanges avec les SAU, notamment pédiatrique, sont bien évalués. En revanche, les interactions avec les professionnels du territoire et la régulation des adressages nécessitent des améliorations ciblées.

2.4. Formation et soutien professionnel

L'accès à des formations adaptées et à un soutien professionnel est essentiel pour améliorer les pratiques médicales et renforcer la confiance des médecins de garde dans leur exercice. Cette section explore plusieurs aspects liés à la formation et au soutien dont les médecins peuvent bénéficier, notamment :

1. Les situations où les médecins se sentent en difficulté pendant les gardes.
2. Le besoin de formations spécifiques en lien avec la médecine de garde.
3. Le recours aux collègues pour avis médical lors des prises de décision.

2.4.1. Situations de difficulté pendant les gardes

La **Figure 21** concerne les situations où les médecins de garde se sentent en difficulté dans leur exercice, que ce soit sur le plan médical, social, psychologique ou communicationnel.

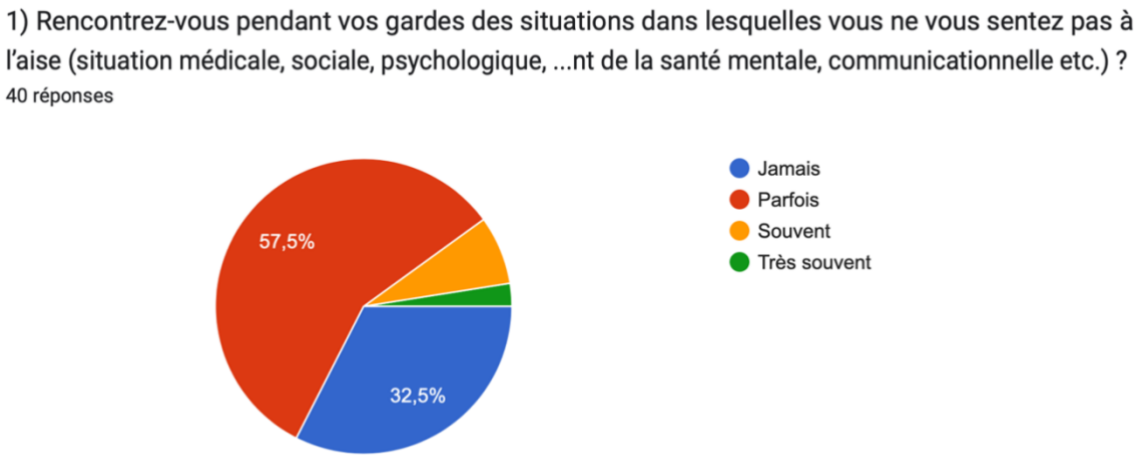

***Figure 21**: Situations de difficulté pendant les gardes.*

- **57,5 %** des médecins déclarent être **parfois** confrontés à des situations où ils ne se sentent pas à l'aise,

- **32,5 %** affirment **ne jamais** rencontrer ce type de difficulté,
- **7,5 %** déclarent y être confrontés **souvent**,
- **2,5 %** affirment que cela se produit **très souvent**.

Conclusion partielle : Les situations de difficulté pendant les gardes concernent **67,5 %** des médecins, justifiant la mise en place de formations spécifiques ou d'un accompagnement renforcé.

2.4.2. Besoin de formations spécifiques

La **Figure 22** illustre le besoin ressenti par les médecins de garde en matière de formation continue sur l'exercice de la médecine de garde.

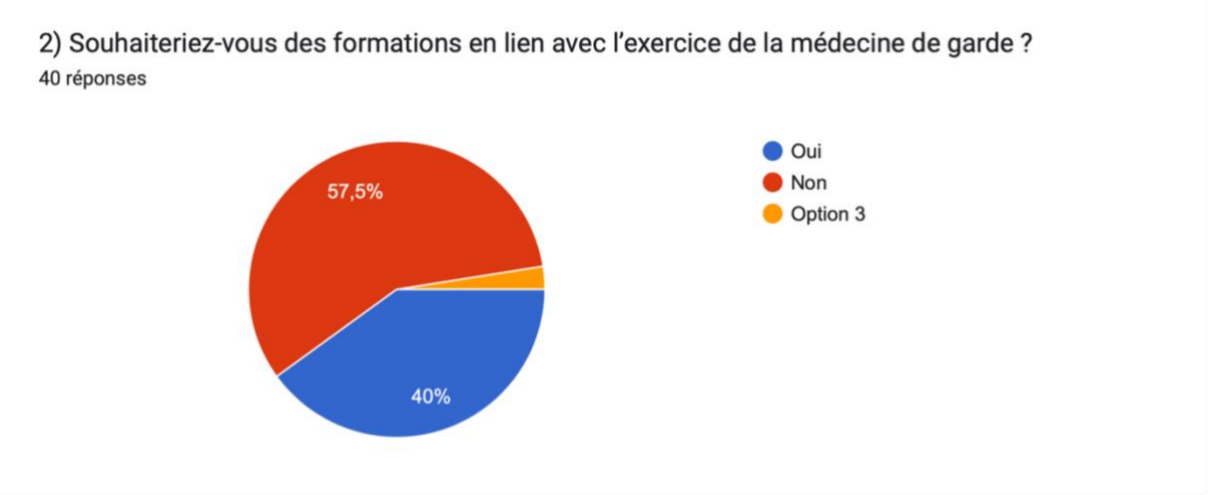

***Figure 22**: Besoin de formations spécifiques.*

- **57,5 %** des médecins **ne souhaitent pas** bénéficier de formations supplémentaires,
- **40 %** expriment un **besoin** de formations adaptées,
- **2,5 %** ont indiqué une réponse indéterminée.

Conclusion partielle : Un besoin de formation complémentaire est exprimé par **40 %** des médecins, notamment pour mieux gérer les situations difficiles rencontrées pendant les gardes.

2.4.3. Recours aux collègues pour avis médical

La **Figure 23** illustre la fréquence à laquelle les médecins de garde sollicitent leurs collègues aux urgences ou à la coordination de la MMG pour un avis médical.

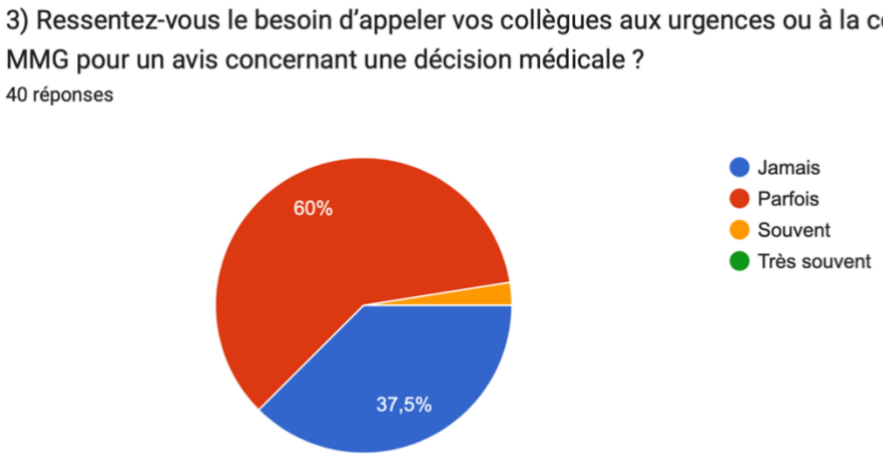

***Figure 23**: Recours aux collègues pour avis médical.*

- **60 %** des médecins déclarent ressentir **parfois** le besoin d'appeler un collègue pour un avis,
- **37,5 %** n'en ressentent **jamais** le besoin,
- **2,5 %** déclarent avoir recours à un avis extérieur **souvent**.

Conclusion partielle : Le recours ponctuel à un avis médical extérieur est exprimé par **62,5 %** des médecins, soulignant le besoin de soutien décisionnel en situation de garde.

2.4.4. Synthèse des résultats pour la formation et le soutien professionnel

Les données chiffrées permettent d'identifier les points forts et les axes d'amélioration en matière de formation et de soutien professionnel. Le tableau ci-dessous résume ces tendances:

***Tableau 5** : Niveau de satisfaction des médecins concernant la formation et le soutien professionnel à la MMG d'Eaubonne.*

Critère	Satisfaction élevée (4-5)	Satisfaction moyenne (3)	Satisfaction faible (1-2)
Situations de difficulté pendant les gardes	10 %	57,5 %	32,5 %
Besoin de formations spécifiques	40 %	-	57,5 %
Recours aux collègues pour avis médical	62,5 %	-	37,5 %

Conclusion : Bien que **67,5 %** des médecins se sentent en difficulté pendant les gardes, seuls **40 %** expriment un besoin de formation complémentaire. Le recours ponctuel à un avis médical (**62,5 %**) souligne l'utilité d'un soutien décisionnel.

2.5.Sécurité au travail et gestion des risques professionnels

La sécurité au travail et la gestion des risques professionnels sont des aspects fondamentaux pour garantir un environnement de travail optimal aux médecins de garde. Cette section examine plusieurs dimensions essentielles :

1. Le sentiment de sécurité pendant les gardes.
2. La satisfaction concernant le rôle du vigile dans l'organisation.
3. L'évaluation des prestations de la société de sécurité.
4. La gestion des risques professionnels par la CPTS VOC.

2.5.1. Sentiment de sécurité pendant les gardes

La **Figure 24** illustre l'évaluation du sentiment de sécurité des médecins pendant leurs gardes.

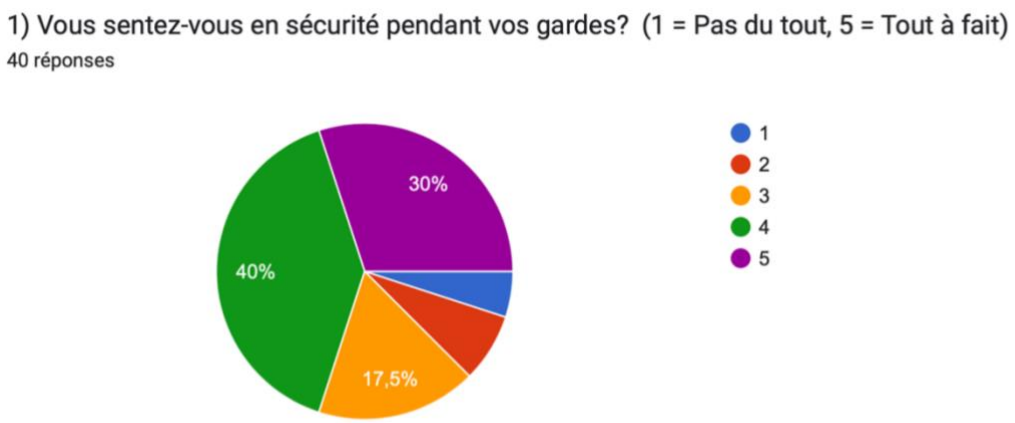

***Figure 24**: Sentiment de sécurité pendant les gardes.*

- **70 %** des médecins ont exprimé un **sentiment de sécurité élevé** (réponses **4** et **5**).
- **17,5 %** ont rapporté un **sentiment modéré** (réponse **3**).
- **12,5 %** ont exprimé un **sentiment d'insécurité** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : Le sentiment de sécurité pendant les gardes est jugé satisfaisant par **70%** des répondants. Une perception mitigée persiste chez **17,5 %**, tandis que **12,5 %** se disent peu ou pas du tout en sécurité.

2.5.2. Satisfaction concernant le rôle du vigile

La **Figure 25** présente l'évaluation du rôle du vigile dans l'organisation.

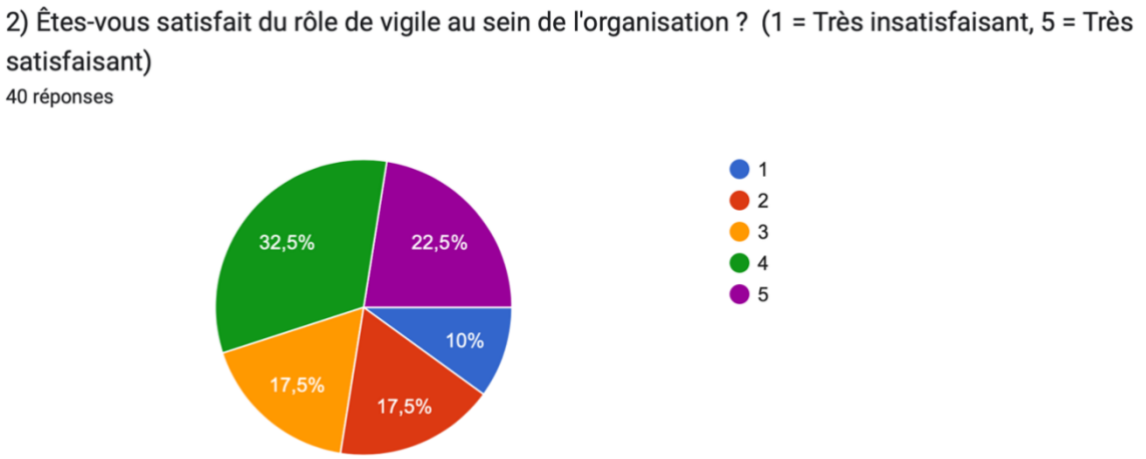

***Figure 25**: Satisfaction concernant le rôle du vigile.*

- **55 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **17,5 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **27,5 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : Le rôle du vigile est jugé satisfaisant par **55 %** des répondants. Une insatisfaction subsiste chez **27,5 %**, tandis que **17,5 %** expriment un avis mitigé.

2.5.3. Évaluation des prestations de la société de sécurité

La **Figure 26** expose l'évaluation des prestations de la société de sécurité de la MMG.

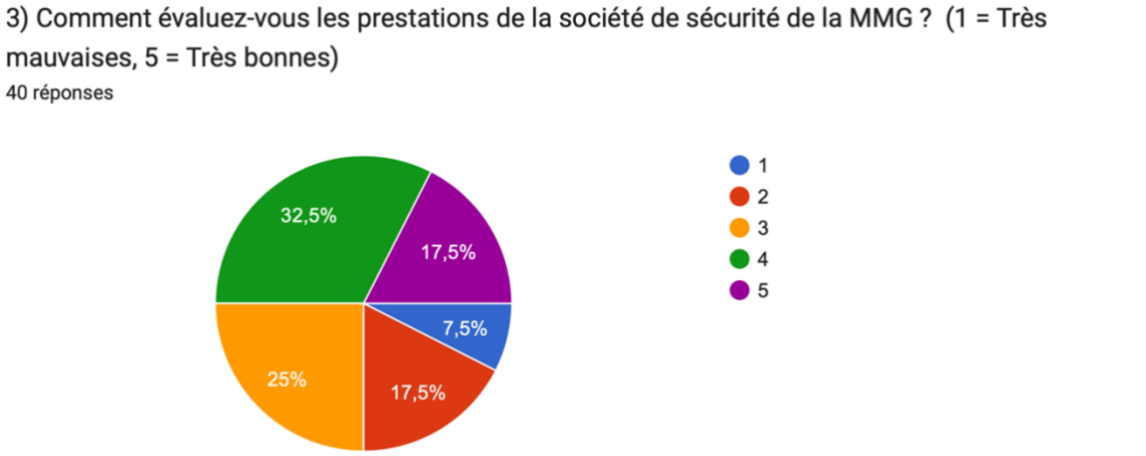

***Figure 26**: Évaluation des prestations de la société de sécurité.*

- **50 %** des médecins ont exprimé une **satisfaction élevée** (réponses **4** et **5**).
- **25 %** ont rapporté une **satisfaction modérée** (réponse **3**).
- **25 %** ont exprimé une **insatisfaction** (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : Les prestations de la société de sécurité sont jugées satisfaisantes par **50%** des répondants. Une insatisfaction est exprimée par **25 %**, tandis que **25 %** restent mitigés.

2.5.4. Gestion des risques professionnels par la CPTS VOC

La **Figure 27** illustre la perception des répondants sur la gestion des risques professionnels par la CPTS VOC.

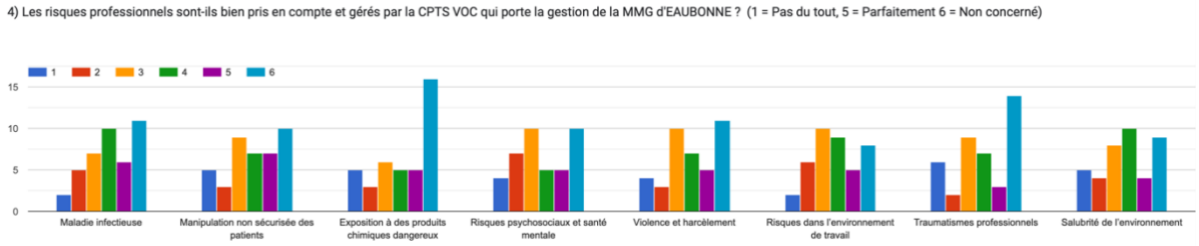

***Figure 27**: Gestion des risques professionnels par la CPTS VOC.*

- **Maladie infectieuse** :
  - **40 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **17,5 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **17,5 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).
- **Manipulation non sécurisée des patients** :
  - **35 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **22,5 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **20 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).
- **Exposition à des produits chimiques dangereux** :
  - **25 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **15 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **20 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).
- **Risques psychosociaux et santé mentale** :
  - **25 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **25 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **27,5 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).
- **Violence et harcèlement** :
  - **30 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **25 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **17,5 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).
- **Risques dans l'environnement de travail** :

- **35 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
- **25 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
- et **20 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).

- **Traumatismes professionnels** :
  - **25 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **22,5 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **20 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).
- **Salubrité de l'environnement** :
  - **35 %** une satisfaction élevée (réponses **4** et **5**).
  - **20 %** une satisfaction modérée (réponse **3**).
  - et **22,5 %** des médecins ont exprimé une insatisfaction (réponses **1** et **2**).

Conclusion partielle : La gestion des risques professionnels par la CPTS VOC présente des niveaux de satisfaction variables selon les thématiques abordées, sans qu'aucun domaine n'atteigne toutefois le seuil d'un niveau de satisfaction élevé.

2.5.5. Synthèse des résultats pour la sécurité au travail et la gestion des risques

Le tableau suivant résume les tendances observées dans cette section :

Tableau 6 *: Niveau de satisfaction des médecins concernant la sécurité au travail et la gestion des risques à la MMG d'Eaubonne.*

Critère		**Satisfaction élevée (4-5)**	**Satisfaction moyenne (3)**	**Satisfaction faible (1-2)**
Sentiment de sécurité		70 %	17,5 %	12,5 %
Satisfaction du rôle du vigile		55 %	17,5 %	27,5 %
Prestations de la société de sécurité		50 %	25 %	25 %
Gestion des risques professionnels	Maladie infectieuse	40 %	17,5 %	17,5 %
	Manipulation non sécurisée des patients	35 %	22,5 %	20 %
	Exposition à des produits chimiques dangereux	25 %	15 %	20 %
	Risques psychosociaux et santé mentale	25 %	25 %	27,5 %

	Violence et harcèlement	30 %	25 %	17,5 %
	Risques dans l'environnement de travail	35 %	25 %	20 %
	Traumatismes professionnels	25 %	22,5 %	20 %
	Salubrité de l'environnement	35 %	20 %	22,5 %

Conclusion : Le sentiment de sécurité pendant les gardes est jugé satisfaisant par **70 %** des répondants. Le rôle du vigile obtient **55 %** de satisfaction, tandis que les prestations de la société de sécurité atteignent **50 %**. La gestion des risques professionnels fait l'objet d'évaluations contrastées selon les thématiques abordées.

2.6. Feedback et évaluation à la MMG d'Eaubonne

L'évaluation et le retour sur l'activité professionnelle sont des leviers essentiels pour améliorer la qualité des soins et renforcer l'efficacité du travail en équipe. Cette section explore la perception des médecins concernant :

1. La réception d'évaluations et de retours réguliers sur leur travail.
2. Leur souhait de bénéficier de retours plus fréquents sur leur activité.

2.6.1. Réception d'évaluations et de retours réguliers sur le travail en garde

La **Figure 28** illustre la proportion de médecins recevant des évaluations et des retours réguliers sur leur travail lors des gardes.

***Figure 28**: Réception d'évaluations et de retours réguliers sur le travail en garde.*

Les résultats montrent une absence quasi-totale de retour formalisé :

- **90 %** des médecins déclarent ne pas recevoir d'évaluation régulière.
- **10 %** indiquent en bénéficier.

Conclusion partielle : Seuls **10 %** des répondants déclarent recevoir des évaluations régulières de leur travail en garde.

2.6.2. Besoin exprimé de recevoir des évaluations et des retours

La **Figure 29** présente les attentes des médecins quant à la mise en place d'évaluations et de retours sur leur travail.

***Figure 29**: Besoin exprimé de recevoir des évaluations et des retours.*

Les résultats sont plus partagés :

- **60 %** des répondants ne souhaitent pas recevoir d'évaluation.
- **40 %** aimeraient bénéficier d'un retour sur leur travail.

Conclusion partielle : Un retour structuré sur leur travail est souhaité par **40 %** des répondants, tandis que **60 %** n'en expriment pas le besoin.

2.6.3. Synthèse des résultats pour le feedback et l'évaluation à la MMG d'Eaubonne

Les données chiffrées mettent en évidence un suivi limité du travail en garde, avec une absence quasi-totale d'évaluations formelles. Toutefois, une partie des médecins exprime un intérêt pour la mise en place d'un dispositif de retour structuré. Le tableau ci-dessous résume ces tendances :

***Tableau 7** : Niveau de satisfaction des médecins concernant le feedback et l'évaluation.*

Critère	Satisfaction élevée (oui)	Satisfaction faible (non)
Réception d'évaluations et de retours réguliers	10 %	90 %
Besoin de recevoir des évaluations et des retours	40 %	60 %

Conclusion : Seuls **10 %** des répondants déclarent recevoir des évaluations régulières sur leur travail en garde. Par ailleurs, **40 %** expriment le souhait d'en bénéficier.

2.7. Conclusion des résultats quantitatifs

Les résultats quantitatifs mettent en évidence une satisfaction élevée concernant la transmission du planning, la disponibilité du secrétariat et l'usage du groupe WhatsApp. Des améliorations sont attendues sur les conditions matérielles, l'asepsie et l'équipement.

Le temps de consultation est globalement jugé suffisant. Une deuxième ligne de garde en période épidémique est largement souhaitée. À l'inverse, la gestion de la file d'attente et l'ergonomie du logiciel Me'doc sont des points perfectibles.

La coordination avec les services d'urgences, notamment pédiatriques, est bien évaluée. Les échanges avec les professionnels du territoire sont perçus comme moins satisfaisants.

En matière de formation, **67,5 %** des médecins rapportent des situations de difficulté, mais seuls **40 %** expriment un besoin de formation complémentaire. Le recours à un avis extérieur est fréquent.

Enfin, seuls **10 %** des répondants reçoivent des évaluations régulières, bien que **40 %** en expriment le souhait.

Les résultats qualitatifs permettront de compléter cette lecture par l'analyse des commentaires et des attentes exprimées librement.

3. Résultats qualitatifs

L'analyse des résultats qualitatifs repose sur les réponses ouvertes formulées par les médecins dans le questionnaire. Contrairement aux données quantitatives, ces éléments permettent d'explorer en profondeur les ressentis, expériences et suggestions exprimés par les médecins de garde à la MMG d'Eaubonne.

Cette section est structurée autour de trois axes :

- **Thèmes récurrents** : synthèse des principales thématiques émergentes.

- **Forces et faiblesses perçues** : analyse des points positifs et des aspects à améliorer.
- **Suggestions et verbatims** : recommandations formulées par les répondants, illustrées par des citations représentatives.

Ces éléments complètent les tendances mises en évidence dans la section précédente et serviront de support à l'analyse approfondie développée dans le chapitre suivant.

3.1. Identification des thèmes récurrents

3.1.1. Organisation des gardes

L'analyse des réponses ouvertes met en évidence plusieurs aspects à améliorer concernant l'organisation des gardes à la MMG d'Eaubonne.

3.1.1.1. Création du tableau de gardes (2 réponses)

Deux commentaires ont été formulés, dont un qui souligne que le processus actuel est chronophage et pourrait être optimisé.

Exemple de verbatim :

« Mettre et enlever le PC est chronophage ...pourrait-on réfléchir à un système sur le PC déjà actif la journée ? »

3.1.1.2. Documents de consignes (6 réponses)

Six commentaires ont été formulés, mettant en avant :

- ✓ Un besoin de **simplification des fiches de consignes** pour un accès plus rapide aux informations essentielles.
- ✓ Des suggestions d'amélioration, comme la création d'une vidéo explicative ou l'ajout de photos pour le matériel.

Exemples de verbatims :

« Une fiche uniquement avec les codes serait bien pour éviter d'avoir à les chercher dans la fiche d'accueil où il y a plus d'informations. »

« Une vidéo explicative, un tuto. »

« Peut-être des photos pour l'installation de l'ordinateur, des câbles etc… »

3.1.1.3. Communication du planning des gardes (2 réponses)

Deux réponses ont été données, dont une positive sur la réactivité de l'organisation.

Exemple de verbatim :

« Très réactif pour le planning. »

3.1.1.4. Conditions matérielles lors de la prise de garde (15 réponses)

Quinze réponses ont mis en avant plusieurs problèmes majeurs, notamment :

- ✓ Problèmes de connexion et matériel informatique peu performant.

- ✓ Difficultés d'accès aux locaux et au parking.
- ✓ Manque de matériel médical essentiel.

Exemples de verbatims :

« Le badge ne fonctionne jamais : il faut à chaque garde le refaire activer. Difficulté à trouver une place de parking à proximité. »

« Installation chronophage avec dysfonctionnement du logiciel, réseau de mauvaise qualité, paiements TPE difficiles. »

« Le gros point noir de la MMG est le matériel / rangement / informatique. Thermomètre non fonctionnel, plus de papier, pas d'abaisse-langue, pas de TDR… »

« Mon badge ne marche pas et n'a jamais marché, j'ai laissé tomber, donc je sonne à chaque fois que je veux rentrer dans le parking. »

3.1.1.5. Rangement des bureaux et des armoires (9 réponses)

Neuf commentaires ont été formulés, dont plusieurs insistant sur le manque d'organisation et la nécessité que chaque médecin prenne ses responsabilités.

Exemples de verbatims :

« Un bureau plus spacieux serait le bienvenu. »

« Que chacun y mette du sien pour ranger à chaque garde. »

« Rangement non respecté par certains médecins, qui ne pensent pas à leurs collègues qui vont suivre. »

3.1.1.6. Conditions d'asepsie (4 réponses)

Quatre médecins ont soulevé des problèmes liés au manque de nettoyage régulier et à l'entretien insuffisant des espaces de travail.

Exemples de verbatims :

« Les poubelles sont très souvent pleines. »

« Pas assez aéré et très poussiéreux ! Pas assez de produits pour nettoyer les surfaces. »

3.1.1.7. Utilisation du groupe WhatsApp (1 réponse)

Une seule réponse a été formulée, indiquant qu'il n'y a pas de retour particulier sur ce point.

Exemple de verbatim :

« Non. »

3.1.1.8. Conclusion

Les principaux thèmes récurrents identifiés dans cette section concernent :

- ✓ Un besoin de simplification des consignes et supports d'information (fiches, vidéos, tutoriels).

- ✓ Des difficultés matérielles récurrentes (informatique, accès aux locaux, matériel médical insuffisant).
- ✓ Un manque de rigueur dans l'organisation et le rangement des bureaux et du matériel.
- ✓ Des préoccupations liées à l'asepsie et à la propreté des locaux.

Ces éléments viennent compléter les tendances mises en évidence dans les résultats quantitatifs et permettent de mieux comprendre les attentes des médecins en matière d'organisation et de conditions de travail.

3.1.2. Conditions de travail

L'analyse des réponses ouvertes met en évidence plusieurs aspects liés aux conditions de travail à la MMG d'Eaubonne. Les principaux thèmes abordés concernent la gestion de la file d'attente, la nécessité d'une deuxième ligne de garde, l'efficacité du logiciel Me'doc, la codification des diagnostics et la nomenclature des actes.

3.1.2.1. Gestion de la file d'attente (14 réponses)

Quatorze commentaires ont été formulés sur la gestion des priorités entre les patients adressés par le SAMU (15), les urgences hospitalières (SAU) et ceux en accès direct.

Plusieurs conflits et tensions ont été mentionnés en raison de la perception d'un traitement inégal des patients.

Des propositions d'amélioration ont été faites, notamment la mise en place d'un outil de régulation centralisé et une meilleure implication du personnel de sécurité.

Exemples de verbatims :

« Contre la priorité donnée aux patients régulés par le SAMU car ils relèvent aussi de la médecine générale. »

« Faire une régulation commune par le 15 et les urgences serait utile. Cela pourrait remplacer les tickets.»

« Il y a des tensions dans la salle d'attente entre les patients SAMU, SAU et ceux en accès direct… Cela va jusqu'à des propos désagréables envers le médecin. »

« Avec la régulation par le 15, les patients sont très tendus et agressifs. Mieux vaudrait faire un tri avant l'entrée. »

« Il faut un outil qui centralise et trace les priorités entre SAU, SAMU et SMUR. »

3.1.2.2. Nécessité d'une deuxième ligne de garde (3 réponses)

Trois commentaires ont été formulés, dont deux insistant sur l'importance d'une deuxième ligne de garde, particulièrement en période de forte affluence hivernale.

Un médecin souligne la difficulté d'anticiper la demande, ce qui complique l'organisation.

Exemples de verbatims :

« Cette deuxième ligne de garde me semble indispensable afin de répondre de façon satisfaisante aux besoins locaux. »

« Pendant l'hiver, j'ai dû de nombreuses fois stopper les venues ou finir beaucoup plus tard.»

3.1.2.3. Le logiciel Me'doc (9 réponses)

Neuf commentaires ont été formulés, exprimant une forte insatisfaction quant aux performances du logiciel.

Les principaux reproches concernent sa lenteur, son manque d'ergonomie et ses nombreux bugs.

Plusieurs médecins préféreraient utiliser un autre logiciel, notamment Doctolib.

Exemples de verbatims :

« Beaucoup de bugs et sauvegarde longue. »

« Trop de clics, Doctolib c'est mieux. »

« Je rêve d'un logiciel cloud synchronisé entre les MMG, plus ergonomique et sans bug. »

« Très mauvais logiciel. »

3.1.2.4. Codification des diagnostics dans Me'doc (3 réponses)

Trois commentaires ont été formulés, pointant des difficultés à renseigner correctement les diagnostics.

Un médecin précise que le problème vient de la liste de diagnostics proposés, et non de Me'doc lui-même.

Exemples de verbatims :

« Difficile à faire. »

« Me'doc n'est pas en cause, c'est la liste proposée qui n'est pas pertinente. »

3.1.2.5. Nomenclature des actes (1 réponse)

Une seule réponse a été donnée, indiquant qu'il n'y a pas de commentaire particulier à ce sujet.

Exemple de verbatim :

« RAS. »

3.1.2.6. Conclusion

Les principaux thèmes récurrents identifiés dans cette section concernent :

- ✓ Une gestion difficile de la file d'attente, avec des tensions entre les patients régulés par le SAMU, ceux adressés par les urgences et ceux en accès libre.

- ✓ Un besoin exprimé d'une deuxième ligne de garde, notamment en hiver, pour répondre à l'afflux important de patients.
- ✓ Une insatisfaction générale concernant le logiciel Me'doc, jugé lent et peu intuitif, avec une préférence marquée pour Doctolib.
- ✓ Des difficultés liées à la codification des diagnostics, avec une liste jugée peu pertinente.

Ces résultats viennent compléter les tendances mises en évidence dans les résultats quantitatifs et permettent de mieux comprendre les attentes des médecins en matière de conditions de travail.

3.1.3. Coordination avec les autres professionnels de santé

L'analyse des réponses ouvertes met en évidence plusieurs aspects liés à l'adressage des patients, la gestion des patients sans adressage, et la qualité des échanges avec les différents acteurs de la prise en charge médicale.

3.1.3.1. Adressage des patients (6 réponses)

Six commentaires ont été formulés concernant la pertinence des adressages par le SAMU (15) et les urgences hospitalières (SAU).

Plusieurs répondants soulignent des erreurs d'orientation, notamment des patients envoyés de l'hôpital vers la MMG avant d'être réorientés aux urgences.

Un médecin met en avant que de nombreux cas adressés par le 15 pourraient attendre le lendemain et être pris en charge par un service de soins non programmés (SNP).

Exemples de verbatims :

« Concernant le 15, finalement beaucoup de consultations peuvent attendre le lendemain et être gérées par le SNP (comme la fièvre de 24h). »

« Certains patients adressés par les urgences attendent plusieurs heures aux urgences, puis à la maison médicale pour être réorientés vers les urgences car ils ne relèvent pas d'une prise en charge en maison médicale. »

« Erreur d'orientation, surtout de la part des urgences adultes. Ceci génère une perte de temps pour les patients. »

3.1.3.2. Patients sans adressage (9 réponses)

Neuf commentaires ont été formulés, mettant en avant les avantages et les inconvénients de l'accès libre.

D'un côté, la MMG permet aux patients sans médecin traitant ou qui ne veulent pas surcharger le 15 d'accéder à des soins.

D'un autre côté, certains médecins estiment qu'il faudrait restreindre cet accès et privilégier une régulation stricte par le SAU ou le SAMU.

Exemples de verbatims :

« Vu le manque de médecin traitant et la surcharge des urgences, l'accès à la MMG permet à beaucoup de patients de consulter plus facilement. »

« Il faut arrêter les consultations sans adressage, faire que la régulation SAU-SAMU ou autre (accès libre = anarchie). »

« Ils ne se sentent souvent pas dans une situation grave au point d'appeler le 15 et ne veulent pas le surcharger, mais avec la priorisation du 15, ils sont souvent vus après ceux adressés par le 15 alors qu'il aurait été préférable de les voir plus rapidement… »

3.1.3.3. Qualité des échanges avec le 15 (3 réponses)

Trois commentaires ont été formulés, exprimant des réserves sur la régulation par le 15. Certains médecins estiment que le 15 favorise trop l'accès direct à la MMG, sans filtrer suffisamment les patients.

Exemples de verbatims :

« Le 15 encourage l'accès direct sans régulation. »

« Les patients ne souhaitent pas la régulation par le 15 et sont souvent énervés. »

3.1.3.4. Qualité des échanges avec le SAU adulte (5 réponses)

Cinq commentaires ont été formulés, mettant en évidence un manque d'échange avec le SAU adulte.

Certains médecins rapportent que les patients attendent de longues heures aux urgences avant d'être renvoyés en MMG, parfois sans réelle justification.

Exemples de verbatims :

« Quasi pas d'échange, patient envoyé après 7h d'attente aux urgences, puis parfois renvoyé car besoin d'examens complémentaires. »

« Pas d'échange avec le SAU… sauf lors de l'envoi d'un patient et donc appel de notre part. »

« C'est très bien pour nous que les constantes soient déjà prises, ça m'a fait gagner beaucoup de temps certaines fois. »

3.1.3.5. Qualité des échanges avec le SAU pédiatrique (4 réponses)

Quatre commentaires ont été formulés, avec des avis partagés.

Contrairement au SAU adulte, les urgences pédiatriques contactent souvent la MMG avant d'envoyer un patient.

Exemples de verbatims :

« Quasi pas d'échange. »

« Ils appellent avant ! »

3.1.3.6. Qualité des échanges avec les professionnels du territoire (6 réponses)

Six commentaires ont été formulés, signalant un manque de communication avec les autres professionnels de santé (médecins de ville, pharmaciens, infirmiers, etc.). Certains médecins n'ont jamais eu d'échanges avec eux et estiment que les patients arrivent souvent en consultation sans dossier clair.

Exemples de verbatims :

« Pas d'échanges pour moi. »

« Je n'ai jamais eu d'échanges avec eux. »

« C'est souvent le patient qui dit avoir été adressé, mais je n'ai aucune information du professionnel. »

3.1.3.7. Conclusion

Les principaux thèmes récurrents identifiés dans cette section concernent :

- ✓ Des erreurs d'orientation des patients, notamment des urgences adultes vers la MMG, générant une perte de temps.
- ✓ Une controverse sur l'accès des patients sans adressage, certains y voyant une opportunité pour l'accès aux soins, d'autres une source d'anarchie.
- ✓ Une perception mitigée des échanges avec le 15, certains médecins trouvant qu'il favorise trop l'accès direct à la MMG.
- ✓ Un manque d'échange avec le SAU adulte, alors que les urgences pédiatriques contactent davantage la MMG en amont.
- ✓ Une absence quasi-totale d'échanges avec les autres professionnels du territoire, ce qui limite la coordination des soins.

Ces résultats viennent compléter les tendances mises en évidence dans les résultats quantitatifs et permettent de mieux comprendre les attentes des médecins en matière de coordination interprofessionnelle.

3.1.4. Formation et soutien professionnel

L'analyse des réponses ouvertes met en évidence plusieurs aspects liés aux situations problématiques rencontrées par les médecins de garde et aux besoins de formation.

3.1.4.1. Situations problématiques rencontrées en garde (7 réponses)

Sept commentaires ont été formulés sur les difficultés rencontrées par les médecins en garde. Les problèmes d'orientation des patients vers la MMG sont fréquemment cités, certains étant adressés alors qu'ils relèvent d'une prise en charge hospitalière.

La gestion des patients en difficulté sociale (absence de moyens de paiement, consultations non assurées) est également un enjeu.

La charge mentale et le stress sont mentionnés, certains médecins se sentant anxieux avant leur garde.

Certains cas médicaux nécessitent **du temps et un accès facilité aux urgences**, notamment en gynécologie.

Exemples de verbatims :

« Situations liées aux mauvaises orientations des patients vers la maison médicale, notamment des cas qui devraient être pris en charge aux urgences. »

« Misère sociale, des patients parfois pas assurés, donc des consultations non payées. Patient qui ne ramène pas de moyen de paiement. Gestion des temps d'attente difficile. »

« Je suis stressée avant de faire la garde. »

« Une situation pendant laquelle je n'arrivais pas à joindre les urgences gynécologiques et la patiente faisait des malaises, nécessité de brancardage compliquée. »

3.1.4.2. Besoins de formation (3 réponses)

Trois commentaires ont été formulés concernant les attentes en matière de formation.

Les médecins expriment le besoin de formations ciblées sur certains gestes d'urgence, notamment le retrait de corps étrangers et la gestion de pathologies spécifiques.

Un médecin indique qu'il fait déjà des gardes avec SOS Médecins, suggérant qu'il ne ressent pas un besoin particulier de formation complémentaire.

Exemples de verbatims :

« Quelques gestes d'urgence qu'on pourrait faire ? Retrait de corps étranger ? Syndactylie par exemple?»

« Je fais déjà des gardes de SOS Médecins. »

3.1.4.3. Conclusion

Les principaux thèmes récurrents identifiés dans cette section concernent :

- ✓ Des difficultés liées aux erreurs d'orientation des patients, certains relevant plutôt d'une prise en charge hospitalière.
- ✓ Une charge mentale et un stress pré-garde exprimés par certains médecins.
- ✓ Des difficultés de gestion des patients en situation de précarité, notamment ceux sans assurance ou sans moyen de paiement.
- ✓ Un besoin de formations sur certains gestes d'urgence, bien que certains médecins se sentent déjà suffisamment formés.

Ces résultats viennent compléter les tendances mises en évidence dans les résultats quantitatifs et permettent de mieux comprendre les attentes des médecins en matière de formation et de soutien professionnel.

3.1.5. Sécurité au travail et gestion des risques professionnels

L'analyse des réponses ouvertes met en évidence plusieurs aspects liés à la prestation de la société de sécurité et à la prise en compte des risques professionnels.

3.1.5.1. Prestation de la société de sécurité et rôle du vigile (13 réponses)

Treize commentaires ont été formulés, exprimant des avis très partagés sur la qualité du travail des vigiles.

Un manque d'implication et de présence est souvent souligné, avec des vigiles peu visibles ou occupés sur leur téléphone.

Une disparité dans le professionnalisme des vigiles est relevée : certains sont très impliqués et aident à organiser la salle d'attente, tandis que d'autres sont absents ou peu actifs.

Des médecins regrettent que les vigiles partent à minuit pile, alors que les gardes peuvent encore nécessiter leur présence.

Plusieurs répondants suggèrent que les vigiles aient accès à un ordinateur pour mieux gérer les patients régulés par le 15.

Exemples de verbatims :

« Tous les vigiles ne se valent pas. Certains sont quasi absents tandis que d'autres sont très impliqués et aident bien à gérer le flux et surveillent les entrées et sorties. »

« Dommage qu'ils partent à minuit pile. S'ils géraient la salle d'attente, on partirait tous à minuit. »

« Très variable selon les vigiles, mais le plus souvent il n'est même pas vu par les patients. Il reste cloîtré dans sa petite pièce avec des écouteurs ou au téléphone. »

« Le vigile n'est pas présent tout le temps. Il serait bénéfique qu'il puisse identifier les patients adressés par le 15 en ayant accès au tableau de régulation. »

« Certains vigiles refusent toute implication dans l'organisation. »

3.1.5.2. Prise en compte des risques professionnels (3 réponses)

Trois commentaires ont été formulés sur la gestion des risques professionnels.

Le confort du mobilier est un point d'amélioration, notamment les chaises non adaptées pour des gardes longues.

Aucun autre risque professionnel majeur n'a été soulevé par les médecins.

Exemples de verbatims :

« Chaise non confortable pour les gardes. »

« Cela n'a pas été évoqué me concernant. »

3.1.5.3. Conclusion

Les principaux thèmes récurrents identifiés dans cette section concernent :

- ✓ Une grande disparité dans l'implication des vigiles, certains étant actifs et aidants, d'autres absents ou peu impliqués.
- ✓ Un manque de visibilité et de présence des vigiles, certains restant dans leur bureau ou absents pendant une partie de la garde.
- ✓ La nécessité d'un rôle plus actif des vigiles dans la gestion de la salle d'attente et la régulation des patients adressés par le 15.
- ✓ Un besoin d'amélioration du mobilier, notamment des chaises plus adaptées aux longues gardes.

Ces résultats viennent compléter les tendances mises en évidence dans les résultats quantitatifs et permettent de mieux comprendre les attentes des médecins en matière de sécurité et de gestion des risques professionnels.

3.1.6. Feedback et évaluation des pratiques à la MMG d'Eaubonne

L'analyse des réponses ouvertes met en évidence un manque de retours formulés par les médecins concernant l'évaluation et le suivi des pratiques en garde.

3.1.6.1. Évaluations et retours réguliers (1 réponse)

Une seule réponse a été formulée, indiquant qu'il n'y a pas de remarque particulière sur ce sujet.

Ce faible taux de retour peut traduire un manque d'intérêt ou de préoccupation des médecins concernant l'évaluation des pratiques.

Exemple de verbatim :

« RAS. »

3.1.6.2. Conclusion

Les principaux constats issus de cette section sont :

- ✓ Un manque de retours formulés sur l'évaluation des pratiques, ce qui suggère que le sujet ne constitue pas une priorité pour les médecins interrogés.
- ✓ L'absence d'un système de suivi structuré, qui pourrait expliquer le faible nombre de retours sur ce thème.

Ces résultats viennent compléter les tendances mises en évidence dans les résultats quantitatifs et permettent de mieux comprendre les attentes des médecins en matière de feedback et d'évaluation des pratiques.

3.2.Forces et faiblesses perçues

L'analyse des réponses ouvertes permet d'identifier les aspects positifs et négatifs perçus par les médecins généralistes exerçant à la MMG d'Eaubonne. Ces éléments sont regroupés en deux sous-sections afin de mettre en évidence les points forts et les difficultés rencontrées.

3.2.1. Points forts relevés par les médecins

↑ **Organisation des gardes** :

- Transmission du planning : Les médecins apprécient la réactivité et la clarté des communications sur leur emploi du temps.
- Disponibilité du secrétariat : La présence du secrétariat est jugée précieuse pour fluidifier l'organisation des consultations.

↑ **Coordination avec les professionnels de santé** :

- Échanges avec le SAU pédiatrique : Plusieurs médecins indiquent que la communication avec les urgences pédiatriques est efficace et permet une meilleure gestion des patients.
- Utilisation du groupe WhatsApp : Bien que certains trouvent qu'il pourrait être mieux structuré, cet outil est perçu comme utile pour le partage d'informations rapides entre professionnels.

↑ **Sécurité et conditions de travail** :

- Présence du vigile : Lorsqu'il est impliqué, il contribue à un sentiment de sécurité et à la gestion des flux de patients.
- Adaptation de la nomenclature des actes : La majorité des médecins considèrent que les actes médicaux sont bien codifiés et adaptés à leur pratique.

3.2.2. Points faibles et difficultés exprimées

↓ **Matériel et infrastructure** :

- Problèmes informatiques récurrents : Nombreux dysfonctionnements du logiciel Me'doc et nécessité d'installer/désinstaller le matériel à chaque garde, ce qui engendre une perte de temps.
- Manque de matériel médical : Certains médecins signalent des ruptures fréquentes de consommables (thermomètres non fonctionnels, manque de stylos, abaisse-langue, TDR, etc.).

↓ **Gestion des patients** :

- Tensions en salle d'attente : L'adressage des patients via le SAMU et les urgences génère des conflits avec ceux venant en accès libre, entraînant parfois des tensions verbales.

- Difficultés de stationnement : L'accès au parking est jugé problématique, notamment en raison de badges défectueux ou inactifs.

🡻 **Formation et encadrement** :

- Besoins en formation sur la médecine de garde : Certains médecins expriment le besoin d'une meilleure formation sur les cas spécifiques aux gardes (urgences pédiatriques, gestes techniques, orientation des patients).
- Manque d'accompagnement pour les nouveaux médecins : Quelques médecins regrettent l'absence d'un dispositif d'accueil structuré pour les nouveaux arrivants.

🡻 **Évaluation et retour d'expérience** :

- Absence d'évaluation régulière : Une majorité des médecins indiquent qu'ils ne reçoivent aucun retour sur leur pratique, ce qui limite les opportunités d'amélioration.
- Peu d'interactions avec les autres professionnels du territoire : Bien que la coordination avec les urgences soit jugée correcte, les échanges avec les autres professionnels (pharmaciens, infirmiers, médecins libéraux) restent limités.

🡻 **Sécurité au travail** :

- Présence irrégulière du vigile : Certains médecins rapportent que le vigile n'est pas toujours disponible, ce qui peut poser problème en cas d'incidents.
- Conditions de travail éprouvantes : La gestion de la file d'attente, le manque de formation, et les difficultés matérielles peuvent engendrer du stress et une charge mentale importante.

3.2.3. Conclusion partielle

L'analyse des forces et faiblesses met en lumière des points d'organisation efficaces (communication des plannings, coordination avec certaines urgences) mais aussi des problématiques récurrentes (matériel insuffisant, tensions en salle d'attente, absence de formation et d'évaluation). Ces éléments seront approfondis dans la section suivante, qui détaillera les suggestions d'amélioration formulées par les médecins.

3.3.Suggestions d'amélioration et verbatims représentatifs

Les réponses ouvertes du questionnaire ont permis aux médecins de formuler des propositions concrètes pour améliorer l'organisation, les conditions matérielles et la sécurité à la MMG d'Eaubonne. Cette section regroupe les suggestions les plus pertinentes et des extraits de verbatims représentatifs.

3.3.1. Propositions d'amélioration organisationnelle

✓ **Amélioration de la gestion des patients et de la file d'attente**

- Mettre en place un système de tri plus structuré pour mieux gérer les priorités entre les patients adressés par le SAMU, les urgences et ceux venant en accès libre.
- Optimiser l'implication des agents de sécurité dans la gestion de la file d'attente.
- Renforcer la communication avec les patients pour éviter les tensions en expliquant mieux les priorités d'admission.

✓ **Renforcement de la coordination avec les autres professionnels de santé**

- Standardiser un canal de communication sécurisé pour échanger avec le SAU et les médecins du territoire (ex. : alternative à WhatsApp).
- Instaurer des réunions de retour d'expérience avec les urgences adultes et pédiatriques pour améliorer les flux d'adressage.
- Favoriser l'accès à un médecin référent en cas de situations complexes nécessitant un avis médical complémentaire.

✓ **Optimisation de l'organisation des gardes**

- Simplifier le processus d'installation du matériel informatique en intégrant un poste fixe évitant la nécessité de rebrancher les équipements à chaque garde.
- Réduire les dysfonctionnements des badges d'accès pour éviter les problèmes de stationnement.
- Instaurer un dispositif d'accompagnement des nouveaux médecins pour mieux les intégrer à la MMG.

3.3.2. Propositions d'amélioration des conditions matérielles et de sécurité

✓ **Amélioration du matériel et des infrastructures**

- Vérifier régulièrement le matériel médical disponible (thermomètres, stylos, abaisse-langue, TDR, etc.) pour éviter les ruptures.
- Installer un ordinateur fixe dans chaque salle pour éviter la perte de temps liée à la connexion des équipements portables.
- Garantir un accès fonctionnel au parking pour éviter aux médecins de devoir systématiquement réactiver leur badge.

✓ **Renforcement de la sécurité et du soutien aux médecins**

- Assurer une présence continue du vigile jusqu'à la fin des gardes et éviter qu'il quitte son poste.

- Augmenter le nombre de caméras de surveillance dans les zones sensibles pour améliorer la sécurité.
- Prendre en compte l'ergonomie des équipements, notamment en remplaçant les chaises inconfortables pour les longues gardes.

3.3.3. Extraits de verbatims illustratifs

Voici quelques verbatims représentatifs des préoccupations et suggestions des médecins interrogés :

Sur la gestion des patients :

« Il faudrait un système plus clair pour gérer les patients entre ceux envoyés par le SAMU et ceux qui viennent directement. Les tensions en salle d'attente sont récurrentes. »

Sur la coordination avec les urgences :

« Les urgences nous envoient parfois des patients qui ne sont pas adaptés à la MMG. Un meilleur dialogue entre les services serait utile. »

Sur le matériel et la sécurité :

« À chaque garde, il faut rebrancher l'ordinateur et configurer le matériel. Un poste fixe éviterait cette perte de temps. »

« Le vigile est là, mais parfois il disparaît. Ce n'est pas rassurant en cas de problème. »

Sur l'accès et les infrastructures :

« Mon badge de parking ne marche jamais. Je dois systématiquement demander à la sécurité de l'activer.»

3.3.4. Conclusion partielle

Les suggestions des médecins mettent en avant des problèmes récurrents liés à l'organisation des gardes, aux conditions matérielles et à la sécurité. Ces recommandations constituent des pistes d'amélioration qui seront analysées en profondeur dans le chapitre 4 - Discussion, où elles seront confrontées à la littérature existante et aux recommandations professionnelles.

3.4. Conclusion des résultats qualitatifs

L'analyse des réponses ouvertes du questionnaire a permis d'identifier plusieurs tendances majeures dans l'expérience des médecins généralistes exerçant à la MMG d'Eaubonne. Ces résultats qualitatifs complètent les données quantitatives en apportant un éclairage sur les ressentis, les difficultés concrètes et les propositions formulées par les médecins interrogés.

Principaux enseignements :

- ✓ **Organisation et conditions de travail** : Les médecins rapportent des difficultés dans la gestion des priorités entre patients (SAMU, urgences, accès libre), ainsi que des

problèmes d'infrastructure (connexion internet, matériel médical, badge d'accès). L'asepsie des locaux et le rangement du matériel sont également cités comme axes d'amélioration.

- ✓ **Coordination interprofessionnelle** : Des erreurs d'orientation sont fréquemment rapportées, notamment des patients renvoyés de l'hôpital vers la MMG avant d'être réorientés. Les échanges avec les urgences pédiatriques sont jugés satisfaisants, contrairement à ceux avec les urgences adultes et les professionnels du territoire, jugés quasi inexistants.
- ✓ **Formation et soutien** : Certains médecins expriment un stress anticipatoire avant leur garde et un besoin ciblé de formation, notamment sur des gestes techniques. D'autres se sentent déjà suffisamment formés.
- ✓ **Sécurité au travail** : La perception du rôle du vigile varie considérablement. Certains médecins trouvent qu'ils gèrent bien la salle d'attente, tandis que d'autres regrettent un manque d'implication ou des absences prolongées. Il est suggéré que les vigiles puissent accéder au tableau de régulation pour mieux filtrer les patients. Les conditions matérielles, notamment les chaises inconfortables, sont également mentionnées.
- ✓ **Feedback et évaluation** : Peu de médecins ont formulé de commentaires sur ce thème, laissant penser que l'évaluation des pratiques n'est pas perçue comme une priorité.

Perspectives et implications :

Les problématiques soulevées dans les réponses ouvertes font écho à celles identifiées dans les données quantitatives. Ces convergences renforcent la nécessité d'une meilleure organisation de la file d'attente, d'une coordination plus fluide avec les partenaires de santé, et d'un renforcement des moyens matériels et humains pour garantir des conditions de travail optimales.

Après avoir présenté en détail les résultats quantitatifs et qualitatifs, la section suivante vise à établir une synthèse des tendances générales observées dans l'enquête. Cette analyse transversale permettra de mettre en évidence les convergences et divergences entre les données chiffrées et les perceptions exprimées par les médecins interrogés.

4. Synthèse globale des résultats

L'analyse des résultats de l'enquête, combinant les données quantitatives et qualitatives, met en évidence plusieurs tendances majeures concernant l'expérience des médecins généralistes

exerçant à la MMG d'Eaubonne. Cette section synthétise les convergences et divergences entre ces deux types de données afin d'établir une vision globale des résultats obtenus.

4.1. Convergences entre données quantitatives et qualitatives

Les deux types de données mettent en évidence plusieurs points de convergence, confirmant certaines problématiques et points forts identifiés par les médecins interrogés.

↑ **Organisation des gardes** :

- La transmission des plannings est bien perçue (**82,5 %** de satisfaction élevée).
- Cependant, les problèmes liés au matériel et à l'installation informatique sont récurrents dans les verbatims, ce qui affecte la prise de garde.

↑ **Conditions de travail** :

- Gestion de la file d'attente : Des tensions sont identifiées entre les patients adressés par le SAMU, ceux venant des urgences et ceux en accès libre. Cela est confirmé par les réponses qualitatives où plusieurs médecins dénoncent des conflits en salle d'attente.
- Problèmes d'orientation des patients : Les erreurs d'adressage des urgences vers la MMG, avant d'être renvoyés aux urgences, sont évoquées dans les données qualitatives et corroborées par les niveaux moyens de satisfaction concernant la pertinence des adressages.

↑ **Coordination avec les autres professionnels de santé** :

- Peu d'échanges avec le SAU adulte sont rapportés, ce qui est confirmé par les verbatims indiquant un manque de communication.
- L'interaction avec les urgences pédiatriques est jugée meilleure en comparaison avec celle des urgences adultes.

↑ **Sécurité au travail** :

- La présence du vigile est jugée essentielle, mais son efficacité varie selon les situations et les agents en poste.
- Certains médecins expriment leur inquiétude concernant l'absence du vigile après minuit, ce qui concorde avec la répartition des niveaux de satisfaction observés dans le questionnaire.

Tableau 8 *: Tableau récapitulatif des convergences.*

Thème	Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs
Transmission des plannings	Haute satisfaction (82,5%)	Verbatims positifs sur la gestion du planning
Matériel informatique	Niveaux de satisfaction moyens à faibles	Plaintes récurrentes sur les installations chronophages
Gestion de la file d'attente	Tensions et insatisfactions	Conflits patients (SAMU vs urgences vs accès libre)
Coordination avec SAU adulte	Satisfaction modérée à faible	Peu d'échanges avec le SAU adulte
Coordination avec SAU pédiatrique	Satisfaction globalement positive	Échanges plus fréquents et anticipés
Présence du vigile	Importance reconnue	Rôle variable selon l'implication des agents

4.2. Divergences et nuances à explorer

Certains résultats montrent des écarts entre **les tendances statistiques et les perceptions exprimées dans les commentaires ouverts**.

↓ **Formation et soutien professionnel** :

- Données quantitatives : Seuls **40 %** des médecins souhaitent une formation, ce qui laisse penser que ce n'est pas une priorité.
- Données qualitatives : Certains médecins évoquent pourtant un besoin de formation sur des gestes d'urgence spécifiques. Ce décalage suggère que les besoins exprimés concernent des situations spécifiques plutôt qu'un besoin généralisé.

↓ **Niveau de satisfaction globale** :

- Données quantitatives : Les moyennes de satisfaction sont globalement modérées à bonnes (entre **3,2** et **3,9** sur **5**).
- Données qualitatives : De nombreux verbatims expriment des frustrations sur l'asepsie, l'organisation des consultations et la gestion du matériel, suggérant que les moyennes chiffrées peuvent masquer des inégalités de perception selon les médecins interrogés.

↓ **Évaluation des pratiques** :

- Données quantitatives : Une majorité ne souhaite pas d'évaluation régulière.
- Données qualitatives : Très peu de retours ont été formulés sur ce sujet, indiquant que les médecins n'y accordent pas d'importance particulière.

Tableau 9 *: Tableau récapitulatif des divergences.*

Thème	Résultats quantitatifs	Résultats qualitatifs
Formation des médecins	40 % souhaitent une formation	Certains verbatims expriment un besoin sur des gestes d'urgence
Satisfaction globale	Niveaux de satisfaction moyens (entre 3,2 et 3,9)	Frustrations sur l'asepsie et l'organisation
Évaluation des pratiques	Peu d'intérêt exprimé	Très peu de commentaires formulés

4.3.Résumé des points clés à retenir

Cette synthèse met en évidence plusieurs tendances majeures :

↑ **Points de consensus** :

- Les médecins reconnaissent l'importance de la transmission des plannings et de la présence des vigiles.
- Les problèmes matériels et organisationnels sont confirmés dans les deux types de données.
- La coordination avec les urgences pédiatriques est jugée meilleure que celle avec les urgences adultes.

↓ **Divergences à explorer** :

- Les besoins de formation sont exprimés par certains médecins mais pas dans les chiffres globaux.
- Les scores de satisfaction globale peuvent masquer certaines frustrations exprimées dans les commentaires libres.
- L'évaluation des pratiques semble être un sujet peu prioritaire pour les médecins interrogés.

Perspectives pour la discussion (Chapitre 4) :

- Quels leviers peuvent être mis en place pour améliorer la gestion de la file d'attente et la régulation des patients ?
- Comment optimiser la coordination avec les autres professionnels de santé ?
- Quels axes d'amélioration pour le soutien des médecins en garde (formation, encadrement, matériel) ?

4.4.Conclusion

Cette synthèse révèle plusieurs tendances partagées, ainsi que des écarts de perception sur certaines thématiques. Ces constats permettent d'identifier des axes d'amélioration prioritaires, notamment en matière de gestion des gardes, coordination avec les autres

professionnels de santé, amélioration des conditions matérielles et de sécurité, ainsi que des besoins en formation.

Ces éléments seront approfondis dans le Chapitre 4 - Discussion, où ils seront confrontés à la littérature scientifique afin de proposer des recommandations ciblées pour améliorer le fonctionnement de la MMG d'Eaubonne. Cette analyse permettra d'identifier les leviers d'action concrets pour optimiser l'organisation et le confort des médecins généralistes en garde.

5. Conclusion

Ce chapitre a présenté de manière détaillée les résultats de l'enquête menée auprès des médecins généralistes exerçant à la MMG d'Eaubonne, en combinant une approche quantitative et qualitative.

Les données quantitatives ont mis en évidence des tendances générales de satisfaction, mais aussi plusieurs axes d'amélioration :

- **L'organisation des gardes** a été jugée globalement satisfaisante, bien que des ajustements soient attendus sur la gestion de la file d'attente et l'installation du matériel.
- **Les conditions de travail**, perçues positivement dans l'ensemble, ont révélé des difficultés persistantes liées à l'accès au parking, à l'ergonomie des espaces et à l'asepsie des locaux.
- **La coordination interprofessionnelle** a été jugée fluide avec le SAU pédiatrique, mais plus limitée avec les urgences adultes et les autres acteurs de soins.
- **La formation et le soutien** ont suscité peu de demandes, hormis des besoins ciblés exprimés par certains médecins.
- **La sécurité au travail** a été globalement bien notée, bien que le rôle du vigile ait suscité des remarques sur sa disponibilité.
- **Le feedback et l'évaluation des pratiques** sont restés des thèmes peu abordés, mais pourraient constituer un levier de progression.

Les résultats qualitatifs ont enrichi cette analyse en apportant un éclairage sur les ressentis des médecins. Ils ont mis en évidence des difficultés concrètes (problèmes de matériel, tensions en salle d'attente, manque de communication avec certains services), ainsi que des suggestions d'amélioration (simplification de l'installation des équipements, meilleure régulation des patients, amélioration de l'accès au parking et au matériel médical).

La synthèse des résultats a permis de croiser les approches quantitatives et qualitatives, révélant des convergences fortes sur les conditions matérielles et l'organisation des gardes. Elle a également mis en évidence certaines dissonances, notamment sur les besoins de formation et la satisfaction globale.

Ces résultats constituent une base solide pour la discussion du Chapitre 4, où ils seront confrontés à la littérature scientifique afin d'identifier des leviers concrets pour améliorer le fonctionnement de la MMG d'Eaubonne.

CHAPITRE 4 : DISCUSSION

1. Introduction

Ce chapitre présente les constats issus de l'enquête menée auprès des médecins de garde à la MMG d'Eaubonne. L'objectif est de faire émerger des pistes d'amélioration concrètes, en s'appuyant à la fois sur les points de satisfaction et sur les insuffisances déclarées par les médecins de garde.

2. Éléments de satisfaction

L'analyse des réponses recueillies a permis d'identifier plusieurs éléments jugés satisfaisants par les médecins de garde :

- △ **La création et la transmission du tableau de gardes**, ainsi que **la clarté des consignes avant la prise de garde**, ont été bien évaluées. Quelques suggestions ont néanmoins proposé de simplifier les supports, à l'aide d'une fiche synthétique ou d'un tutoriel vidéo.
- △ **Le groupe WhatsApp** est unanimement perçu comme un outil efficace de coordination. Aucun commentaire critique n'a été formulé à ce sujet.
- △ **La disponibilité du secrétariat médical et administratif** a été jugée globalement satisfaisante. Aucun verbatim ne mentionne de difficulté particulière.
- △ **Le temps alloué pour consulter les patients**, **l'adéquation des actes à la nomenclature** et **la régulation par le 15** ont été bien perçus. Aucun commentaire spécifique n'a été exprimé dans les réponses ouvertes.
- △ **Les échanges avec les SAU pédiatrique et adulte**, **le recours aux collègues pour avis médical**, ainsi que **le sentiment de sécurité pendant les gardes** ont été mentionnés comme éléments positifs dans les réponses qualitatives.

3. Éléments à améliorer

L'analyse qualitative et quantitative a mis en évidence plusieurs aspects perfectibles. Ce qui suit présente chaque élément à améliorer, assorti d'une proposition concrète adaptée au fonctionnement de la MMG d'Eaubonne.

3.1. Conditions matérielles

Les médecins de la MMG d'Eaubonne ont souligné des difficultés récurrentes (accès aux locaux, badge défectueux, parking difficile, matériel médical manquant, informatique obsolète), pouvant engendrer un stress inutile dès la prise de poste.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Protocole rapide de dépannage affiché** avec contact d'urgence en cas de panne informatique, problèmes de réseau ou dysfonctionnement du TPE.
- **Places de parking réservées aux médecins de la MMG avec accès automatisé par plaques d'immatriculation**, et amélioration de la signalétique d'accès différenciée (Urgences / MMG) afin de faciliter l'orientation des patients.

3.2. Hygiène et rangement des locaux

Le manque de rigueur collective dans le rangement et l'asepsie des bureaux de la MMG d'Eaubonne nuit à l'efficacité et à la sérénité des médecins lors des gardes.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Organiser, en lien avec l'établissement support, le passage systématique d'un ASH (agent de service hospitalier) avant chaque garde du soir**, avec vérification d'une check-list intégrant le matériel indispensable et les tâches d'hygiène (désinfection, remplacement des sacs, réassort en savon et solution hydroalcoolique), selon une fiche standardisée conforme aux recommandations de la **HAS**.
- **Fiche rapide de contrôle en fin de garde**, à remplir par chaque médecin, indiquant l'état du poste, les éventuels manques et les actions correctives réalisées.

3.3. Régulation des flux et gestion de la file d'attente

La gestion de la file d'attente à la MMG d'Eaubonne, notamment en période de forte affluence, génère régulièrement des tensions entre les patients régulés par le 15, ceux adressés par les urgences et ceux en accès libre.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Remplacer l'affichage actuel par une note pédagogique unifiée**, clairement visible à l'entrée, combinant les règles de fonctionnement (tickets) et les critères médicaux de priorisation. Cette nouvelle affiche préciserait que:
  - les patients orientés par le 15 ou les urgences hospitalières sont reçus en priorité,

- les patients en accès libre sont vus selon la gravité de leur état médical et la disponibilité des médecins,
- le ticket ne garantit pas une consultation immédiate si un patient plus urgent est pris en charge,
- tout départ de la salle d'attente nécessite de reprendre un nouveau ticket à l'arrivée.

Objectif : rassurer les patients, limiter les tensions, et rendre lisible la logique d'accueil médical priorisé.

- **Impliquer davantage le vigile** en le formant à expliquer ces règles aux patients à partir de cette note, et lui donner des consignes précises sur la gestion de la salle d'attente selon les priorités affichées.
- **Mettre en place un système de TRI** à l'accueil de la MMG (pendant les périodes fortes affluence) gérée par une IAO (Infirmière d'accueil et d'orientation).

Cette mesure vise à fluidifier les flux de patients en cas de surcharge, en évaluant rapidement le degré d'urgence pour mieux répartir les priorités.

Avantages :

- Meilleure orientation des patients en cas d'afflux massif.
- Diminution potentielle des tensions en salle d'attente.
- Valorisation d'un protocole de tri déjà éprouvé dans les services d'urgence.

Limites :

- Coût humain et financier important, difficile à assumer sans budget dédié.
- Pertinence discutable dans un contexte où la majorité des patients sont déjà régulés par le 15.
- Risque de redondance avec le rôle du médecin de garde si aucun protocole clair n'est établi.

3.4. Deuxième ligne de garde

La mise en place d'une deuxième ligne de garde à la MMG d'Eaubonne apparaît comme un levier indispensable pour répondre efficacement aux périodes de forte affluence et limiter la surcharge des médecins. Bien qu'une expérimentation ait été lancée en novembre 2024 par l'ARS, cette deuxième ligne reste conditionnelle, car limitée par le nombre de jours alloués par l'ARS à l'échelle départementale.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Renforcer l'expérimentation en cours relative à la deuxième ligne de garde,** en précisant les critères de déclenchement (pics épidémiques, périodes de tension identifiées par la veille hebdomadaire) et en formalisant un protocole partagé entre la MMG, la CPTS, les SAU et l'ARS pour fluidifier les décisions.
- **Mise en place d'un dispositif d'alerte anticipatif** : une veille hebdomadaire pourrait être assurée par la CPTS, en lien étroit avec les services d'accueil des urgences adultes et pédiatriques. En pratique, cette veille reposerait sur l'analyse partagée de données de fréquentation (périodes d'affluence, tensions prévisibles, absences médicales programmées), afin d'anticiper les pics d'activité. En cas de signal d'alerte, un renfort ponctuel pourrait être déclenché à la MMG, sous forme d'un médecin de réserve ou d'un appui en téléconsultation, activé sur décision conjointe entre la CPTS, le responsable de la MMG et le SAU.

3.5. Modernisation du logiciel métier et de la codification

Le logiciel actuellement utilisé à la MMG d'Eaubonne (Me'doc) est jugé inadapté à l'exercice spécifique de garde : lenteur fréquente, nombreux bugs, ergonomie peu intuitive et difficultés importantes de codification, ce qui nuit à l'efficacité et à la qualité des soins.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Changer pour une plateforme mieux adaptée à la pratique de la médecine générale**, notamment des solutions éprouvées comme Doctolib ou WEDA, offrant une ergonomie plus intuitive et une meilleure fiabilité technique.
- **Créer une nomenclature simplifiée spécifique à la MMG**, centrée sur les actes les plus fréquents en garde (extractions, soins ORL, dermatologie, pédiatrie), en s'inspirant des référentiels existants tels que la CISP-2, la CISP-3 ou le Dictionnaire des Résultats de Consultation. Cette nomenclature permettrait une codification plus fluide, homogène et adaptée au contexte spécifique de la MMG.

3.6. Coordination avec les professionnels du territoire

La coordination entre la MMG d'Eaubonne et les acteurs de santé du territoire (pharmaciens, médecins de ville, structures médico-sociales) reste limitée ce qui complique parfois l'orientation des patients après la consultation, en particulier pour assurer un relais auprès du médecin traitant ou d'un professionnel de proximité.

Proposition d'amélioration pratique :

- **Afficher, si autorisé par l'ordre des pharmaciens et les autorités locales, la liste actualisée des pharmacies de garde** (en journée le samedi/dimanche ; le soir, le

numéro et l'adresse du commissariat de proximité), afin de faciliter l'orientation des patients.

- **Prévoir un appel des professionnels du territoire avant chaque adressage** pour des transmissions rapide concernant le motif de consultation.

3.7. Échanges opérationnels avec le 15

Certains médecins ont signalé un manque d'explications claires fournies aux patients orientés vers la MMG, notamment sur les modalités de prise en charge, ce qui complique parfois l'accueil et génère des malentendus.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Standardiser le message transmis au patient via le 15 et le SAU**, en précisant les raisons de l'orientation vers la MMG, les horaires d'ouverture, les modalités d'accueil et la possibilité d'attente.
- **Organiser une réunion d'alignement régulière (trimestrielle ou semestrielle)** entre la MMG, le SAMU et les SAU, ciblée sur les incompréhensions récurrentes afin d'harmoniser les consignes et d'ajuster les pratiques d'orientation.

3.8. Formation continue adaptée

Plusieurs médecins ont exprimé un besoin de formation ciblée, notamment sur la gestion de situations spécifiques rencontrées en garde. Cette demande traduit l'attente d'un accompagnement concret, en lien avec les réalités du terrain.

Proposition d'amélioration pratique :

- **Organiser des séances de retour sur expérience en lien avec le SAU**, centrées sur les situations cliniques complexes rencontrées en garde. L'objectif serait de partager les décisions prises, d'identifier les points de difficulté, et de renforcer collectivement les pratiques professionnelles à partir de cas réels.

3.9. Rôle du vigile

Le niveau d'implication des vigiles à la MMG d'Eaubonne est jugé très variable selon les agents. Certains sont impliqués et soutenants, d'autres absents ou passifs, ce qui nuit à la gestion de la salle d'attente et à la sécurité des lieux, notamment en période de forte affluence. Depuis février 2025, un carnet d'enregistrement a été mis en place pour permettre au vigile de noter les patients selon leur ordre d'arrivée, contribuant à une meilleure traçabilité.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Élaborer une fiche de mission claire**, précisant les responsabilités attendues : gestion de la file d'attente, tenue à jour du carnet d'enregistrement des arrivées, filtrage des patients régulés par le 15, surveillance des entrées/sorties, fermeture des portes en fin de garde, remontée des informations au médecin, et intervention en cas de conflit.
- **Aligner l'horaire de départ du vigile sur celui des médecins**, avec possibilité de prolongation en cas de débordement, surtout lors des soirs chargés.
- **Mettre en place une fiche de signalement en cas d'événement indésirable ou de manquement**, à remplir par l'équipe médicale et transmise au responsable de l'entreprise de sécurité.

3.10. Feedback et évaluation continue

L'absence de retours réguliers sur les gardes a été largement soulignée. La majorité des médecins n'en bénéficient pas, bien que plusieurs expriment le souhait de pouvoir partager leurs impressions ou difficultés à l'issue de leur garde.

Propositions d'amélioration pratiques :

- **Mettre en place une fiche de feedback facultative après chaque garde**, disponible en format papier ou numérique. Cette fiche, **courte et rapide à remplir (moins d'une minute)**, permettrait aux médecins de signaler un point positif ou une difficulté ponctuelle rencontrée durant la garde (ex. : problème de matériel, difficulté d'orientation, retard du remplaçant, situation clinique complexe, flux important, etc.). Les retours seraient centralisés par le médecin coordinateur et discutés en réunion de fonctionnement au sein de la CPTS. Ce dispositif serait un outil de signalement simple, sans visée individuelle ni évaluation clinique.
- **Organiser une évaluation anonyme semestrielle**, via un formulaire en ligne, portant sur l'organisation, les outils, la coordination, et les besoins perçus. Ces évaluations serviraient de base à une revue annuelle des pratiques, sans portée individuelle ni notation.

4. Conclusion

Les résultats recueillis à la MMG d'Eaubonne révèlent un fonctionnement globalement satisfaisant, mais marqué par plusieurs axes d'amélioration. Les propositions formulées visent à renforcer l'efficacité du dispositif, à fluidifier les parcours et à améliorer les conditions de travail des médecins de garde grâce à des mesures simples, concrètes et directement applicables.

CONCLUSION GÉNÉRALE

La prise en charge des soins non programmés représente un enjeu structurel majeur pour le système de santé français, en réponse à la saturation des urgences et à la répartition inégale de l'offre de soins. Dans ce contexte, les Maisons Médicales de Garde (MMG) visent à garantir la continuité des soins et à désengorger les services hospitaliers.

L'enquête menée à la MMG d'Eaubonne a permis d'évaluer la satisfaction des médecins généralistes exerçant en garde, en mobilisant une approche mixte fondée sur l'analyse croisée de données quantitatives et qualitatives. Les résultats ont mis en évidence plusieurs éléments jugés satisfaisants, notamment la disponibilité du secrétariat, la clarté des consignes avant la prise de garde, ou encore l'utilité du groupe WhatsApp. Toutefois, des insuffisances ont été relevées concernant les conditions matérielles d'exercice, l'asepsie des locaux, la gestion de la file d'attente, l'absence de deuxième ligne de garde, les limites du logiciel métier et du système de codification, le manque de coordination territoriale, ainsi que l'absence de retours réguliers sur les pratiques.

Plusieurs recommandations concrètes et transposables ont été formulées. Parmi les priorités identifiées, figurent :

- ✓ la mise en place d'un triage structuré à l'accueil,
- ✓ le renfort par une deuxième ligne de garde en période de tension,
- ✓ la modernisation du logiciel métier et de la codification,
- ✓ le développement d'outils de liaison avec le Centre 15,
- ✓ et l'amélioration de la coordination interprofessionnelle.

Ces constats, bien que centrés sur une structure unique, rejoignent les difficultés observées dans d'autres MMG françaises. En se plaçant dans une perspective de gestion opérationnelle, cette étude invite à repenser les dispositifs de garde autour de trois leviers : **l'ergonomie des outils**, **la fluidité des parcours patients**, et **la qualité des conditions de travail des médecins**.

Ainsi, ce travail constitue une base de réflexion pour les décideurs locaux et les gestionnaires de MMG souhaitant optimiser l'organisation des soins non programmés. L'appropriation de

ces recommandations par les structures concernées pourrait contribuer à restaurer un climat de travail favorable, renforcer l'attractivité des gardes et améliorer la réponse apportée aux patients en dehors des horaires habituels.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gentile S, Vignally P, Durand AC, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. 2010;10:66. Disponible sur: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-66
2. Haut Conseil de la santé publique. Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2019;(109):7-11. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1090609.pdf
3. Chevreul K, Berg Brigham K, Durand-Zaleski I, Hernández-Quevedo C. France: Health system review. Health Systems in Transition. 2015;17(3):1–218. Disponible sur: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330253/HiT-17-3-2015-eng.pdf?sequence=5
4. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les passages aux urgences hospitalières en 2019 : 21,7 millions de passages, une fréquentation stable depuis 2016 après 20 ans de forte croissance. Études et Résultats. 2021;(1212). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-12/ER1320_0.pdf
5. Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. OECD Health Working Papers. 2016;(89):1-46. Disponible sur: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2016/09/the-organisation-of-out-of-hours-primary-care-in-oecd-countries_g17a2877/5jlr3czbqw23-en.pdf
6. Perruche F, Elkharrat D, Baudry J, et al. Facteurs influençant le délai de prise en charge aux urgences : étude prospective multicentrique. Santé Publique. 2024;36(2):109-118. Disponible sur : https://shs.cairn.info/revue-sante-publique-2024-2-page-109
7. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps GJ, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. Ann Surg. 2010;251(6):995-1000. Disponible sur: https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2010/06000/Burnout_and_Medical_Errors_Among_American_Surgeons.1.aspx
8. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Les coûts des prises en charge à l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique. 2012. Disponible sur:

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2563/rapport_couts_de_prise_en_charge_2012.pdf

9. Académie Nationale de Médecine. Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux ». Paris: Académie Nationale de Médecine; 2023. Disponible sur: https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-23-11-Les-zones-sous-denses-dites-d-ser_2023_Bulletin-de-l-Acad-.pdf
10. Giesen P, Smits M, Huibers L, Grol R, Wensing M. Quality of after-hours primary care in the Netherlands: a narrative review. Ann Intern Med. 2011;155(2):108-13. Disponible sur: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00006
11. Turner J, O'Cathain A, Knowles E, et al. Impact of NHS 111 online on demand for the NHS 111 telephone service and urgent care services: time series analysis. *BMJ Open*. 2022;12(7):e058964. Disponible sur: https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/7/e058964.full.pdf?with-ds=yes
12. Schöpke T, Plappert T, Möckel M, Searle J. Barriers to Integration of Primary Care into Emergency Care: Experiences in Germany. Int J Integr Care. 2020;20(4):5. Disponible sur: https://ijic.org/articles/5442/files/submission/proof/5442-1-22207-1-10-20210426.pdf
13. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. BMJ Qual Saf. 2020;29(6):449-464. Disponible sur: https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/29/6/449.full.pdf
14. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. BMC Health Serv Res. 2009;9:105. Disponible : https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-105
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La permanence des soins ambulatoires : enjeux d'attractivité et perspectives. Paris : CNOM ; 2022. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/ryu87g/cnom_rapport_pdsa_2022.pdf
16. Bonnet N, Pavillon C. La participation des médecins au dispositif de permanence des soins ambulatoire. Points de repère. 2009;(28):1-6. Disponible sur : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2009-12_medecins-permanence-des-soins-ambulatoire_points-de-repere-28_assurance-maladie.pdf

17. Chevillard P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233-248. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-233.htm
18. Haut Conseil de la santé publique. Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2019;(109):7-11. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1090609.pdf
19. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), SAMU-Urgences de France. Référentiel de la régulation médicale au sein des SAMU-Centre 15. Paris : SFMU ; 2015. Disponible sur : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf
20. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Le recours aux SAMU en 2020. Études et Résultats. 2025;(1325). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-01/ER%201325%20SAMU_MEL.pdf
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête « État des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2023 ». 2023. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hmd61x/cnom_rapport_pdsa_2023.pdf
22. Haute Autorité de Santé. Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de téléexpertise. 2018. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2845263/fr/rapport-d-elaboration-de-la-fiche-memo-teleconsultation-teleexpertise-avril-2018
23. Agence du Numérique en Santé. Service d'accès aux soins (SAS). Paris : Ministère de la Santé; 2023. Disponible sur : https://esante.gouv.fr/sas
24. Mesnier J-M, Cohen R, de Beaurepaire C, et al. Pour un pacte de refondation des urgences. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2019. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refondation_des_urgences_2019-058r.pdf
25. Giesen P, Essers H, Huibers L, et al. Patient satisfaction with out-of-hours GP cooperative: a survey study. BMC Health Serv Res. 2005;5:6. Disponible sur: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-5-6
26. Académie Nationale de Médecine. *Les zones sous-denses, dites « déserts médicaux »*. Paris : Académie Nationale de Médecine; 2023. Disponible sur : https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-23-11-Les-zones-sous-denses-dites-d-ser_2023_Bulletin-de-l-Acad-.pdf

27. Ministère des Solidarités et de la Santé. La télémédecine maintenant. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé ; 2018. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Telemedecine_-_A5_.pdf
28. Ville d'Eaubonne. Une nouvelle maison médicale de garde à Eaubonne. Publié le 5 juillet 2023. Disponible sur: https://www.eaubonne.fr/actualites/une-nouvelle-maison-medicale-de-garde-a-eaubonne/
29. Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE). Dossier complet– Commune d'Eaubonne (95203). Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-95203
30. Cour des comptes. L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital [Internet]. Paris : Cour des comptes ; 2024 [cité 2025 mars 28]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-11/20241119-Accueil-et-traitement-des-urgences-a-l-hopital_0.pdf
31. Bourgueil Y, Le Fur P, Mousquès J, Perronnin M. La permanence des soins : quelle implication des médecins généralistes ? Rennes : École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) ; 2006. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/doc_num.php?explnum_id=3561
32. Agence Régionale de Santé Hauts-de-France. Besoin de voir un médecin rapidement ? Les cinq conseils que vous pouvez donner à vos administrés [Internet]. 2024 [cité 28 mars 2025]. Disponible sur : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/besoin-de-voir-un-medecin-rapidement-les-cinq-conseils-que-vous-pouvez-donner-vos-administres
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport « Tour de France des CPTS » [Internet]. 2023 [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_tour_de_france_des_cpts_28062023_vf.2_2.pdf
34. Communauté Professionnelle Territoriale de Santé Val d'Oise Centre. Rapports d'activité. CPTS Val d'Oise Centre. Disponible sur: https://www.cptsvoc.fr/decouvrir-la-cpts/documents-administratifs/rapports-dactivite/
35. Ministère des Solidarités et de la Santé. *Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés.* Rapport, 2019. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Enquête « État des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2019 ».* Rapport, 2019. Disponible sur:

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/txkhe1/cnom_rapport_pdsa_2019.pdf

37. Haute Autorité de Santé. *SAMU : améliorer la qualité et la sécurité des soins.* Guide méthodologique, 2020. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-10/guide_methodologique_qualite_samu.pdf
38. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. *Physician burnout: contributors, consequences, and solutions.* J Intern Med. 2018;283(6):516-529. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29505159/
39. Haute Autorité de Santé (HAS). *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale*. *Recommandation de bonne pratique, 2011.* Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1104699/fr/reco2clics-modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale
40. Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). *Organisation des soins de proximité : Garantir l'accès de tous à des soins de qualité. Rapport, 2022.* Disponible sur: https://www.strategie.gouv.fr/files/files/Publications/2021%20SP/2022-09-07%20-%20HCAAM%20-%20Organisation%20des%20soins%20de%20proximité/rapport_hcaam_organisation_soins_proximite_v270123.pdf
41. Polton D, Chaput H, Portela M, Laffeter Q, Millien C. Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale. Les Dossiers de la DREES. 2021;(89):1-89. Disponible sur : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf
42. Ministère des Solidarités et de la Santé. Mission Flash sur les Urgences et Soins Non Programmés. Rapport du Dr François Braun, 2022. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
43. NHS England. *Transformer les services de soins urgents et d'urgence en Angleterre.* NHS ; 2015. Disponible sur : https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2015/06/trans-uec.pdf
44. Le système de santé allemand. Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (Cleiss). Disponible sur : https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemagne.html

45. Johansson AM, Lindberg I, Söderberg S. *Patients' experiences with specialist care via video consultation in primary healthcare in rural areas.* Int J Telemed Appl. 2014;2014:143824. Disponible sur: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1155/2014/143824
46. Smith AC, Thomas E, Snoswell CL, Haydon H, Mehrotra A, Clemensen J, Caffery LJ. *Telehealth for global emergencies: Implications for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. J Telemed Telecare. 2020 Jun; 26(5):309-313. Disponible sur: https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/1357633X20916567
47. Haute Autorité de Santé (HAS). Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé. Rapport. 2021. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3395842/fr/les-determinants-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins-en-etablissement-de-sante-rapport
48. Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP). Prendre soin des professionnels de santé. Rapport. 2018. Disponible sur: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad1101060.pdf
49. Ministère des Solidarités et de la Santé. Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants (SEPS). Guide. 2014. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/qvt_rir_seps_121214.pdf
50. Pomey MP, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. La satisfaction des conditions de travail des médecins comme facteur déterminant des réussites médicales. *Rev Sante Publique.* 2017;29(4):515-23. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/320044425
51. Unger J-P. Le burnout des médecins (et celui des psychologues, infirmiers, magistrats, chercheurs et enseignants). *Cahiers de Psychologie Clinique*. 2018;51(2):169-188. Disponible sur: https://shs.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2018-2-page-169
52. Chaire de Philosophie à l'Hôpital. Burnout des professionnels de santé : compréhension et prévention. Paris : Fondation de l'AP-HP ; 2020. Disponible sur : https://chaire-philo.fr/wp-content/uploads/2020/11/BurnOutProfsante-WEB.pdf
53. Haute Autorité de Santé (HAS). *Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale*. Recommandation de bonne pratique, 2011. Disponible sur : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/677/regulation_medicale__argumentaire.pdf

54. Haute Autorité de Santé (HAS). *Mission Flash sur les Urgences et Soins Non Programmés*. Rapport du Dr François Braun, 2022. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
55. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport du Dr Sophie Augros sur les aides à l'installation des médecins. 2019. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_augros_2019.pdf
56. Truchot D. Burn out des médecins et autres praticiens hospitaliers. L'Information Psychiatrique. 2018;94(1):13-21. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-1-page-13.htm
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. Rapport sur la santé des professionnels de santé. 2023. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_professionnels_de_sante_.pdf
58. Haute Autorité de Santé (HAS). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out. 2017. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769317/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout-rapport-d-elaboration
59. Halcomb EJ, Hickman L. Mixed methods research: Expanding the evidence base. Evidence-Based Nursing. 2017;20(3):74-75. Disponible sur: https://ebn.bmj.com/content/ebnurs/20/3/74.full.pdf
60. Guével J, Pommier J. Recherche par les méthodes mixtes en santé publique : enjeux et illustration. *Santé Publique*. 2012;24(1):23-38. Disponible sur: https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2012-1-page-23?lang=fr
61. Jones TL, Baxter MAJ, Khanduja V. A quick guide to survey research. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95(1):5–7. Disponible sur: https://publishing.rcseng.ac.uk/doi/epdf/10.1308/003588413X13511609956372
62. Sullivan GM, Artino AR Jr. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *J Grad Med Educ*. 2013;5(4):541-2. Disponible sur: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3886444/pdf/i1949-8357-5-4-541.pdf
63. World Medical Association. Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013;310(20):2191-4. Disponible sur: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1760318

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

La Maison Médicale de Garde (MMG) d'Eaubonne s'inscrit dans le dispositif français de permanence des soins ambulatoires (PDSA), destiné à désengorger les services d'urgences. Toutefois, la satisfaction des médecins de garde, déterminante pour la pérennité du dispositif, demeure peu documentée.

MÉTHODE

Une étude descriptive transversale à méthode mixte a été conduite auprès des médecins exerçant à la MMG d'Eaubonne. Un questionnaire en ligne combinant données quantitatives (échelle de Likert) et questions ouvertes a permis de recueillir les perceptions des participants. Les réponses ont fait l'objet d'une analyse descriptive et thématique.

RESULTATS

Les médecins ayant participé à l'étude se sont globalement déclarés satisfaits de l'organisation des gardes et du soutien administratif. Toutefois, plusieurs domaines apparaissent perfectibles : conditions matérielles, hygiène des locaux, coordination interprofessionnelle, charge de travail en période de forte affluence, et absence d'évaluations structurées. Des besoins ciblés en formation et un soutien opérationnel accru ont également été exprimés.

CONCLUSION

L'étude met en lumière des leviers d'amélioration concrets, notamment en matière de régulation des flux, de structuration des protocoles, de communication entre acteurs, et de sécurisation des conditions de travail. Ces pistes peuvent contribuer à renforcer l'attractivité et l'efficience des MMG en réponse aux enjeux actuels du système de santé.

MOTS CLÉS

Médecine de garde ; Permanence des soins ; Satisfaction professionnelle ; Conditions de travail ; Coordination interprofessionnelle ; Maison Médicale de Garde (MMG).

ABSTRACT

INTRODUCTION

The out-of-hours medical center in Eaubonne is part of the French PDSA system, designed to reduce emergency department overcrowding. However, physician satisfaction—crucial to the sustainability of this system—remains poorly documented.

METHOD

A cross-sectional descriptive study using a mixed-methods approach was conducted among physicians working at the Eaubonne out-of-hours center. An online questionnaire combining quantitative items (Likert scale) and open-ended questions was used to gather their perceptions. Responses were analyzed using both descriptive statistics and thematic analysis.

RESULTS

Participating physicians generally expressed satisfaction with shift organization and administrative support. However, several areas were identified as needing improvement: material conditions, facility hygiene, interprofessional coordination, workload during peak hours, and the absence of structured evaluations. Specific needs for targeted training and increased operational support were also reported.

CONCLUSION

The study highlights actionable areas for improvement, particularly in patient flow regulation, protocol standardization, communication between stakeholders, and workplace safety. These proposals may help enhance the appeal and efficiency of out-of-hours medical centers in meeting current healthcare challenges.

MOTS CLÉS

Out-of-hours care; Primary care duty system; Physician satisfaction; Working conditions; Interprofessional coordination; Out-of-hours medical center (MMG).