UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2013 N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Aymen GAALICHE

le 29 Novembre 2013

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE : RESSENTI DES INTERNES DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE NANCY SUR CE VERSANT DE L'EXERCICE LIBÉRAL ET PLACE DE L'ASSOCIATION SOS MÉDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE COMME TERRAIN DE FORMATION

Examinateurs de la thèse :

Monsieur Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Président
Monsieur Gilles DAUTEL	Professeur	Juge
Madame Eliane ALBUISSON	Professeur	Juge
Monsieur Olivier ARGUENCE	Docteur en Médecine	Directeur et Juge

LISTE DES PROFESSEURS

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Pédagogie » : Mme la Professeure Karine ANGIOI
Vice-Doyen Mission « Sillon lorrain » : Mme la Professeure Annick BARBAUD
Vice-Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Assesseurs :

- 1er Cycle :	**Professeur Bruno CHENUEL**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Paolo DI PATRIZIO**
- Commission de Prospective Universitaire :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Développement Professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**
- Filières professionnalisées :	**M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue :	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Universitarisation des études paramédicales et gestion des mono-appartenants :	**M. Christophe NEMOS**
- Vie Étudiante :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Vie Facultaire :	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Étudiants :	**M. Xavier LEMARIE**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ - Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médecine)***

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : ***(Parasitologie et Mycologie)***

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME
2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***

Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Docteur Laurent MARTRILLE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette thèse. Nous avons profité durant nos études de vos connaissances scientifiques et de votre sens clinique. Vos qualités humaines, ainsi que vos compétences professionnelles et pédagogiques, forcent l'admiration. Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité. Veuillez trouver ici, l'expression de toute notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge de thèse,

Monsieur le Professeur Gilles DAUTEL

Professeur de Chirurgie Plastique
Reconstructrice et Esthétique

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter de juger cette thèse. Nous avons bénéficié au cours de nos études de toute la compétence et de la rigueur de votre exercice de la médecine. C'est un immense honneur de pouvoir compter parmi vos élèves. Votre simplicité et votre humilité sont exemplaires. Nous vous remercions pour votre soutien durant notre parcours. Veuillez trouver ici, le témoignage de toute notre reconnaissance et de notre déférence envers le chirurgien émérite que vous êtes.

A notre Maîtresse et Juge de thèse,

Madame la Professeure Éliane ALBUISSON

Professeur de Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication

Nous tenons à vous remercier très chaleureusement d'honorer notre travail de votre attention en acceptant de juger cette thèse. Nous avons joui au cours de nos études de toute la clairvoyance et de la pertinence de votre enseignement. Votre disponibilité et votre sens critique nous ont été précieux à l'élaboration de ce travail. Nous vous remercions pour votre soutien infaillible durant notre parcours. Soyez assurée de notre totale reconnaissance et de notre respect le plus sincère.

A notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Olivier ARGUENCE

Docteur en Médecine et
Vice-Président de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle,
Référent « Enseignement »

Cher Ami,

Nous vous remercions tout d'abord d'avoir accepté de nous diriger pour l'élaboration de ce travail.

Nous vous remercions pour l'aide permanente et constructive que vous nous avez prodiguée durant de longs mois.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissants pour l'apprentissage et l'encadrement fournis durant notre SASPAS. Vous nous avez donné envie de faire du « SOS » !

A titre personnel, je souhaite vous exprimer ma sincère amitié et ma profonde sympathie.

REMERCIEMENTS

A ma famille, les personnes les plus chères à mon cœur...

A mon Amour et mon Épouse, Rima.
Pour notre histoire, ta longue patience finalement récompensée, ta présence actuelle à mes côtés et ton amour, merci.
Pour tout ce qui nous reste à parcourir ensemble, tu m'es vitale.
Je t'aime.

A ma mère, Rekaya.
Pour ton amour éternel, ta générosité à mon égard et ton soutien infaillible à toute épreuve de ma vie même de l'autre côté de la méditerranée, merci.
Je t'aime maman.

A mon père, Ahmed.
Pour ton amour paternel, tes encouragements au quotidien et ton altruisme, merci.
Pour m'avoir appris les valeurs de la vie et du travail, merci.
Je t'aime papa.

A mon grand frère, Anis.
Pour ton dévouement pour m'aider, ta présence à mes cotés et ton soutien loin de notre bercail, merci.
Pour ta joie de vivre, ton humilité et tous ces bons moments partagés ensemble, merci.
Je t'aime frangin.

A ma petite sœur, Imen.
Pour ton amour, ta confiance et ta considération pour moi, merci.
Pour notre complicité éternelle, merci.
Je t'aime frangine.

A mon cousin, Imed.
Pour ton amour, ta présence à nos cotés depuis l'enfance et ton dévouement pour tes proches, merci.
Je t'aime grand frère.

A mes beaux-parents, Mahmoud et Essia.
Pour votre amour, votre confiance et votre estime pour moi, merci.
Je vous aime.

A mes belles sœurs,
Stéphanie.
Pour ta présence, ta confiance en moi et ta bienveillance, merci. Pour ta joie de vivre et tous ces bons moments partagés ensemble, merci.
Je t'aime.

Malek, Chayma et Kaouther.
Pour votre amour et votre considération pour moi, merci.
Je vous aime.

A mon beau frère, Sofien.
Pour ta présence et ta confiance en moi, merci.
Je t'aime.

A mon neveu et mes nièces,
Que vous soyez fières de la thèse de votre tonton s'il vous arrivait d'un jour la feuilleter. Moi je suis très fier de vous.

Mohamed.
Tu es mon protégé.
Je t'aime.

Agathe, Apolline et Aya.
Vous êtes mes princesses.
Je vous aime.

A la mémoire de mes grands-pères, Ahmed et Chouchene.
Vous êtes certainement fiers de moi.
Vous nous manquez.

A la mémoire de mes grands-mères, Fatma et Emna.
Vous seriez certainement heureuses de me connaître. Et moi aussi.
Vous êtes parties trop tôt et vous m'avez manqué toute ma vie.

A mes amis en Tunisie,

« Naânaâ », « Moujahed », Afif, Mohamed N., Azouz, Haykel, Salah, « Sahsouh », Khaled, Wajdi BB., Wajdi H., Mourad, Naim, « Chahrour », Aymen M. et toutes mes connaissances à Ksar-Hellal et à Sousse.
Vous manquez à cette fête, mais, ce n'est que partie remise.
Ayè ! Désormais, « Go3bej » est docteur…

A mes amis en France,

Gaëtan, Ludo, Charles, Pierre-Ad, Guillaume, Mickael, Fred, Memet, Nico, Dimitri, Djé,…
Lise, Emmanuelle, Julie, Cécile, Camille, Lucie,…
Et les autres.

A toutes les personnes rencontrées sur les bancs de la faculté ou dans les locaux de l'ADCN, autour d'un baby-foot ou lors d'une soirée du bon vieux temps, …

A tous mes co-externes et co-internes, …

A tous les médecins rencontrés durant mon parcours et qui m'ont permis de bien apprendre le métier, …

A toutes les équipes paramédicales rencontrées durant mes stages hospitaliers, …

A toute l'équipe médicale de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et notre meilleure secrétaire, Beatrice, …

A tous ceux que j'ai dû malheureusement oublier de citer.

Je vous dédie cette thèse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

TABLE DES MATIÈRES

ABREVIATIONS **21**

INTRODUCTION **23**

I^{ère} Partie :
DÉFINITION, HISTOIRE ET ORGANISATION DE LA PDSA **25**

1. Définition actuelle de la PDSA 26
2. Principes généraux 26
3. PDSA et contexte d'une remise en question du système de santé 27
4. Aspects historiques de la PDSA 32
5. Cadre juridique et réglementaire 35
6. Etat des lieux de la PDSA en 2012 43

II^{ème} Partie :
LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE EN LORRAINE **45**

1. Etats des lieux de la PDSA en Lorraine avant sa réorganisation depuis le 16 Avril 2012 46
2. Le panorama lorrain : un diagnostic régional préoccupant 52
3. La nouvelle organisation de la PDSA en Lorraine : Le cahier des charges régional 2012 et sa version 2013 de révision 57

III^{ème} partie :
L'ASSOCIATION SOS MÉDECINS **70**

1. SOS Médecins France 71

2. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle 73
   - 2.1. Historique 73
   - 2.2. Moyens humains 73
   - 2.3. Zone de couverture 75
   - 2.4. Moyens logistiques et techniques 78
   - 2.5. Offre médicale de soins 81
   - 2.6. Volet formation 83

IV^{ème} Partie :
MATÉRIEL ET MÉTHODES **87**

Chapitre IV.1 : Première enquête 88

1. But de l'enquête 89
2. Population étudiée 89
3. Schéma de l'enquête 90
4. Le questionnaire 93

Chapitre IV.2 : Deuxième enquête 98

1. But de l'enquête 99
2. Population étudiée 99
3. Schéma de l'enquête 100
4. Le questionnaire 102

V^{ème} Partie :
RÉSULTATS **107**

1. La 1ère enquête 108

    1.1. Taux de retour 108
    1.2. Représentativité de l'échantillon 109
    1.3. Analyse statistique des résultats 109

        1.3.1. Descriptif de l'échantillon avec les données sociodémographiques et professionnelles 109
        1.3.2. La connaissance du concept de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine 114
        1.3.3. Le degré de sensibilisation et la formation à la PDSA lors du cursus 123
        1.3.4. La part de la PDSA et sa perception dans l'exercice futur 131

2. La 2ème enquête 154

    2.1. Taux de retour 154
    2.2. Représentativité de l'échantillon 154
    2.3. Analyse statistique des résultats 154

        2.3.1. Descriptif de l'échantillon des ex-stagiaires SOS Médecins Meurthe-et-Moselle avec les données sociodémographiques et professionnelles 154

2.3.2. La part de la PDSA dans l'exercice actuel des ex-stagiaires SOS Médecins 159
2.3.3. L'apport de l'expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation 163
2.3.4. Le groupe des 3 questions représentatives des thèmes majeurs de l'étude : la connaissance, la formation et la perception future du concept de la PDSA, à visée comparative avec celles de la 1ère enquête 172

3. Comparaison des résultats des deux enquêtes 176

3.1. Analyse comparative des échantillons des deux enquêtes 176
3.2. Analyse comparative de la connaissance du concept de la PDSA observée dans les deux enquêtes 178
3.3. Analyse comparative de la formation au concept de la PDSA observée dans les deux enquêtes 179
3.4. Analyse comparative de la perception future du concept de la PDSA observée dans les deux enquêtes 181

VI^{ème} Partie :
DISCUSSION 182

1. Au sujet des résultats de la 1ère enquête 183

1.1. Biais et limites de la 1ère enquête 183
1.2. A propos des données sociodémographiques et professionnelles de la population de la 1ère enquête 185
1.3. Le constat de la méconnaissance du concept de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine, par les IMG nancéiens 187

1.3.1 Un fossé entre la connaissance importante du concept de la PDSA et la performance insuffisante relative à l'acquisition des principes réglementaires de l'organisation actuelle 187
1.3.2 La connaissance de la nouvelle déclinaison régionale 2012 de la PDSA : une carence d'information des futurs médecins généralistes lorrains 190

1.4. Le faible degré de sensibilisation des IMG nancéiens à la PDSA et leur forte demande de formation 190

1.4.1. La sensibilisation à la PDSA quasi inexistante dans le cursus de l'IMG lorrain 191
1.4.2. La forte demande de formation à la PDSA des IMG 192

1.5. L'impact d'un apprentissage insuffisant et non structuré : une part accordée à la PDSA potentiellement compromise dans l'exercice futur des IMG lorrains et une perception future influencée par l'appréhension générée en plus des aspirations actuelles chez la nouvelle génération 194

1.5.1. Une faible participation effective à la PDSA durant toutes les périodes du cursus confondues et une part accordée dans l'avenir mise en doute par les carences du parcours de formation 195
1.5.2. Des obstacles futurs à l'image des aspirations actuelles de la nouvelle génération 197
1.5.3. Une perception future influencée par le lieu d'exercice professionnel et l'appréhension générée lors du cursus de formation 199

2. Au sujet des résultats de la 2ème enquête 202

2.1. Biais et limites de la 2ème enquête 202
2.2. A propos des données sociodémographiques et professionnelles de la population de la 2ème enquête 202
2.3. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : un terrain de formation privilégié pour les IMG lorrains 203

3. A propos de la comparaison des résultats des deux enquêtes 208

3.1. Deux populations très proches, avec des changements potentiels en franchissant le cap de fin du cursus universitaire 208
3.2. Une connaissance du concept de la PDSA lors du cursus d'un IMG lorrain, relativisée par les ex-stagiaires à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle 208
3.3. Une formation nécessaire et fortement réclamée 209
3.4. Deux perceptions futures relatives à l'exercice de la PDSA, assez proches mais plus réaliste chez les anciens IMG lorrains 210

4. Pistes de réflexion et propositions 212

4.1. Un enseignement théorique fondamental et une sensibilisation active 212
4.2. Un apprentissage pratique indispensable, sous forme d'un quota minimum de gardes 213
4.3. Et pourquoi pas la régulation médicale aussi … 215
4.4. Encourager le SASPAS dans des USER dédiées à la PDSA 225

CONCLUSION **217**

BIBLIOGRAPHIE **219**

ANNEXES **224**

ABREVIATIONS

AMPPU 54	Association Médicale de Perfectionnement Post Universitaire de la Région Sanitaire de Nancy
AMU	Aide Médicale Urgente
APSAM	Association de Permanence des Soins de l'Agglomération Messine
ARS	Agence Régionale de Santé
ASSU	Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence
BVA	Institut français d'études de marché et d'opinion
CARMF	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNGE	Campus Numérique de Médecine Générale
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence de Soins et des Transports Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSOS	Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins
CSP	Code de Santé Publique
CTA	Centre de Traitement de l'Alerte
CUGN	Communauté Urbaine du Grand Nancy
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires
DG	Directeur Général
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (actuellement nommée : Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS))
DPC	Développement Professionnel Continu
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DUMG	Département Universitaire de Médecine Générale
ECG	Électrocardiographie
ECN	Epreuves Classantes Nationales
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FIQCS	Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMC	Formation Médicale Continue
GPS	Système de géolocalisation, de l'acronyme en anglais : Global Positioning System
HAD	Hospitalisation A Domicile
HADAN	Hospitalisation A Domicile de l'Agglomération Nancéienne
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IM	Intra Musculaire
IMG	Interne de Médecine Générale

INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
ISNAR-IMG	Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale
IV	Intra Veineuse
MACSF	Mutuelle d'Assurances du Corps de Santé Français
MCC	Médi'Call Center
MG	Médecin Généraliste
MH	Médecin Hospitalier
MMG	Maison Médicale de Garde
ORSAS	Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
PIB	Produit Intérieur Brut
PRS	Projet Régional de Santé
PU-PH	Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SASPAS	Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SC	Sous Cutané
SCM	Société Civile de Moyens
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
SMS	Service de messagerie téléphonique, de l'acronyme en anglais : Short Message Service
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
TCEM	Troisième Cycle des Etudes Médicales
TNS Sofres	Société française d'enquêtes par sondages
UFR	Unité de Formation et de Recherche
UNOF-CSMF	Union Nationale des Omnipraticiens Français – Confédération des Syndicats Médicaux Français
URML	Unions Régionales des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
URSSAF	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales
USER	Unités de Soins, d'Enseignement et de Recherche
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

INTRODUCTION

Sujet au centre des préoccupations actuelles, l'accès non programmé aux soins médicaux a dû s'adapter à de nouvelles attentes de la population et des politiques, ainsi qu'aux aspirations de la nouvelle génération des médecins. Depuis les grèves de 2001 [(1)], on assiste à un changement profond de la profession médicale. L'un de ses pans majeurs, « La Garde », a bénéficié de nombreuses évolutions au niveau législatif afin de répondre aux besoins sur le terrain.

En parallèle à cela, la Médecine Générale Libérale a fondamentalement changé, avec : une crise de l'installation (9,4 % des nouveaux inscrits en 2012 se sont installés en libéral selon les données publiées par le CNOM) [(2)], un désengagement de la population médicale vieillissante et une féminisation de la profession. Les notions de pénibilité, d'épanouissement et de qualité de vie, ont pris de plus en plus d'importance aux yeux des médecins libéraux, notamment auprès de la jeune génération [(3)].

Actuellement, la Permanence des Soins Ambulatoire (PDSA) en Lorraine est l'objet de plusieurs changements depuis l'avènement des ARS en 2010, aboutissant à la mise en place d'un nouveau cahier des charges en 2012. Mais, ces dispositions règlementaires actuelles ne peuvent pas soulager les souffrances locales en zones sous-médicalisées avec un volontariat qui s'essouffle [(4)], une offre de soins inégalement repartie sur le territoire et surtout un renouvellement des médecins généralistes au ralenti.

Force est de constater lors de notre parcours de formation que les IMG lorrains ont peu d'occasion d'être confronté aux gardes ambulatoires lors de leur stage chez le praticien ou au sein d'une structure professionnelle axée sur ce versant de l'exercice libéral, excepté les postes de stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (poste(s) SAPAS ou vacation(s) hors cabinet lors du stage chez le praticien). Pourtant, à nos yeux, ces futurs médecins généralistes constituent à court terme la solution d'avenir.

A l'heure où les décisions éphémères ne concernent pas la future génération, notre travail s'est attelé à recueillir leur ressenti au sujet de la PDSA, en faisant un état des lieux de leur connaissance de ce concept et sa déclinaison régionale 2012, ainsi que leur formation et leur perception future de ce versant de l'exercice libéral.

Dans une volonté de proposer une solution pour mieux préparer les futurs médecins généralistes à la PDSA, notre étude s'est attachée à évaluer l'impact d'une formation au sein de l'unique structure dédiée à la PDSA en Lorraine, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Dans les deux premières parties de notre travail, nous allons définir ce qu'est la PDSA, son histoire, les textes qui la régissent, ses acteurs ainsi que son organisation dans la région Lorraine.

Ensuite, nous présenterons l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle et son offre de formation.

Puis, nous aborderons la conception et la mise en place de nos deux enquêtes focalisées sur la formation à la PDSA : la première, destinée à la population des IMG de la faculté de Médecine de Nancy et la seconde, consacrée aux anciens stagiaires de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Dans la cinquième partie, nous analyserons les résultats de notre étude avant de confronter les réponses des deux enquêtes.

Enfin, nous discuterons de la pertinence de tous ces résultats, en dressant l'inventaire de la PDSA dans les rangs de IMG lorrains et la place de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation, ainsi que les perspectives d'évolution et d'amélioration, afin de préparer au mieux l'avenir. Autrement, le risque est une diminution de l'offre médicale, et particulièrement celle relative à la PDSA, pour rappel pilier de tout Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).

I^{ère} Partie :

DÉFINITION, HISTOIRE ET ORGANISATION DE LA PDSA

1. Définition actuelle de la PDSA
2. Principes généraux
3. PDSA et contexte d'une remise en question du système de santé
4. Aspects historiques de la PDSA
5. Cadre juridique et réglementaire
6. Etat des lieux de la PDSA en 2012

1. Définition actuelle de la Permanence des Soins Ambulatoire

La PDSA est une mission de service public, régie par le décret de loi du 13 juillet 2010 [5] définissant le cadre réglementaire et la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) [6].

C'est l'organisation mise en place afin de répondre aux besoins en soins non programmés ne relevant pas des urgences vitales et en-dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et des centres de santé :

Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
Le samedi à partir de midi ;
Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;
Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Elle ne doit pas être confondue avec :

- La continuité des soins (le médecin s'assure, avant de s'absenter, que ses patients pourront être pris en charge par un confrère) ;
- La coordination des soins (le médecin transfère la prise en charge de son patient vers un collègue lorsque la situation médicale du patient le nécessite) ;
- L'aide médicale urgente (AMU) qui relève des services des urgences avec intervention de médecins formés à l'urgence : Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), médecins correspondants du SAMU…

2. Principes généraux

La PDSA s'articule autour d'une régulation médicale téléphonique, pilier central de cette organisation, afin d'analyser au mieux le besoin exact des patients et d'apporter la réponse la mieux adaptée à chaque situation, et ce dans les meilleurs délais.

Bien souvent, le ressenti de l'urgence par les appelants est biaisé compte tenu de l'état de stress et le sentiment de panique et d'impuissance face à la situation vécue. La nuit, cela est amplifié en raison de l'horaire d'appel, de l'isolement ou de la situation géographique souvent éloignée des structures de secours. Cela constitue toute la difficulté de cette première phase, qui est l'appel à l'aide.

Après régulation téléphonique par le médecin régulateur (MR), une réponse médicale adaptée peut très souvent impliquer bon nombre d'acteurs tels que les médecins libéraux d'astreinte, les médecins d'associations de PDSA comme SOS Médecins, les équipes de SMUR, les sapeurs pompiers (VSAV), les transporteurs sanitaires dont les ASSU, ainsi que les services d'accueil des urgences, qu'ils soient publics ou privés, les services spécialisés…

La PDSA implique une organisation sans faille, une chaine de moyens humains et logistiques au service de la population. Elle réunit aussi bien des acteurs publics que libéraux. Cette organisation est sous la responsabilité du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (en substitution du Préfet par le passé).

Depuis juillet 2010, l'organisation de la PDSA est régionale, avec des déclinaisons départementales.

Au niveau départemental demeurent :

- L'échelon de concertation et d'évaluation (CODAMUPS-TS)
- L'échelon fonctionnel des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM)
- L'organisation de la régulation médicale (CTA, CRRA)
- L'échelon fonctionnel des Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)

3. PDSA et contexte d'une remise en question du système de santé

La PDSA est un des chantiers prioritaires du gouvernement depuis plusieurs années. Elle est un maillon important de la médecine ambulatoire et s'inscrit dans une problématique plus globale, celle de l'état de santé de la profession.

3.1. L'inflation de la demande médicale

Depuis la fin des années 80, la demande en soins médicaux n'a cessé de progresser en France. La consommation de soins ambulatoires liés aux médecins est passée de 13 milliards d'euros en 1995 à 18,4 milliards d'euros en 2009 [(7)]. De manière plus globale, le taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux s'est envolé à partir de 1998 pour atteindre un pic entre 2001 et 2003, à plus de 4,5% concernant les volumes de consommation et à plus de 6% concernant les prix [(8)].

On observe un recours abusif aux services des urgences hospitalières, à l'origine de l'engorgement de ces dernières, et responsable des difficultés d'assumer leur mission première. Le nombre de passages dans les services des urgences hospitalières, a doublé entre 1990 et 2004 : il est passé de 7 à 14 millions. Une situation paradoxale, comme l'indique le rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale de septembre 2007, *« car ces passages, le plus souvent, ne correspondent pas à une situation d'urgence vitale ou grave, puisque dans les trois quarts des cas environ, les patients retournent à domicile après consultation »* [(9)]. Ces services sont devenus, pour une part importante, des services de *'consultations non programmées'*. Le rapport du Dr Elisabeth Hubert de novembre 2010, estime que 70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, ne serait-ce que téléphonique [(10)].

Afin d'éviter l'engorgement des services hospitaliers et d'optimiser la charge de travail des différents médecins de garde, il est nécessaire d'avoir un système de régulation de la demande médicale non programmée, en amont, qui soit bien organisé et bien connu du grand public. Ce dernier point ne semble pas encore acquis.

3.2. Une démographie médicale défavorable [(2)]

Et alors que la population exprime une demande médicale de plus en plus forte en matière de soins non programmés, la profession médicale évolue vers un déclin démographique préoccupant.

Les effectifs ont bel et bien augmenté de façon régulière ces trente dernières années, et la moyenne de la densité médicale en activité régulière également. Cette dernière est passée de 206 à 366 médecins pour 100.000 habitants en 2012. Plus inquiétant encore, seules 9 régions en France ont une densité médicale supérieure à la moyenne nationale. Ces disparités sont inquiétantes notamment en région Picardie, Centre et Haute-Normandie.

Dans ces conditions la PDSA ne peut être assurée de manière égale sur l'ensemble du territoire.

Cependant, le vieillissement de la profession témoigne d'un recrutement très insuffisant des jeunes médecins, lié à un Numerus Clausus trop restrictif. Au 1er janvier 2013, l'effectif total des médecins inscrits au tableau de l'Ordre est de 271 970, dont 215 865 actifs et 56 105 retraités.

Bien que la France n'ait jamais recensé autant de médecins, avec une augmentation de 142% de l'effectif total entre 1979 et 2013 (passant de 112 066 à 271 970), ce sont les retraités qui augmentent les effectifs. Entre 2002 et 2012, la variation annuelle de l'effectif des retraités est passé de +2,7% à +8%, tandis que celle de l'effectif des médecins inscrits en activité totale a noté un déclin en passant de +1,4% à -0,13% sur la même période.

Les médecins généralistes représentent 45,9% des effectifs. Âgés en moyenne de 52 ans, 24,8% d'entre eux sont susceptibles d'arrêter leur activité professionnelle d'ici à 2018. Les médecins de moins de 40 ans, au contraire, ne représentent que 15,3% des effectifs.

Par ailleurs, la féminisation de la profession se confirme. Au cours de l'année 2006, les femmes représentaient 53% des médecins nouvellement inscrits. En 2013, elles sont 58%. En 2018, les femmes nouvellement inscrites au tableau de l'Ordre représenteront plus de 60% des effectifs. Partant du constat que les femmes privilégient une activité salariée (69,8% des médecins femmes âgées de moins de 40 ans), mieux compatible avec une vie de famille comme principal argument, cela ne fait que renforcer les inquiétudes au sujet de la PDSA.

Mais de manière globale, quel que soit le sexe, l'activité salariée a pris le pas sur l'exercice libéral. Entre 2007 et 2012, les effectifs salariés ont augmenté de 41,7% à 43,1%, alors que les effectifs libéraux peinent à se maintenir en passant de 47,6% à 46,6%.

Ces tendances ne peuvent qu'accentuer la pénurie de médecins qui participeront à la PDSA dans les dix prochaines années. De nombreux secteurs risquent de ne plus pouvoir assurer la PDSA dans ces conditions.

3.3. De nouvelles aspirations

Selon une enquête de l'institut BVA pour le CNOM en 2007, portant sur les attentes, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel, les médecins généralistes revendiquent une meilleure qualité de vie. A une époque où les médecins hospitaliers obtiennent à force de négociations des repos de sécurité en sortie de garde, les nouvelles générations aspirent à concilier vie professionnelle et vie de famille [(3)].

A côté de cela, les médecins plus âgés aspirent à « lever le pied » et en arrivent à s'épuiser devant la charge de travail grandissante avec des effectifs du secteur qui se resserrent d'année en année.

Corolaire de ces nouvelles aspirations, les médecins généralistes s'installent de plus en plus tard en cabinet. L'âge moyen des médecins généralistes remplaçants est de 44 ans. Les hommes représentent 45% des effectifs.

Une thèse de 2008 de la Faculté de Médecine de Nancy [11] s'est attelée à la question des aspirations des futurs médecins, enquêtant auprès des étudiants en DES de Médecine Générale et des médecins remplaçants. Ce travail a étudié leur situation personnelle, leur façon d'envisager leur futur exercice et leurs préoccupations au niveau familial.

L'enquête réaffirme une nette féminisation des jeunes générations puisque les femmes représentent 70% des personnes interrogées. 84% des personnes interrogées souhaitent exercer en Médecine Générale ambulatoire ; mais seulement 62%, dont les hommes, désirent travailler à plein temps. Dans 50% des cas le conjoint est médecin.

Au cœur des aspirations se dégage une volonté quasi unanime d'exercer dans une maison de santé pluridisciplinaire, associant d'autres médecins, infirmières, kinésithérapeutes et même dentistes.

Concernant le souhait de participer à la PDSA dans leur activité future, les résultats sont en demi-teinte au vu du mode de fonctionnement du dispositif actuel. Seuls 54% souhaitent faire des gardes de week-end, contre 46% en nuit dite profonde et 66% en garde de nuit en-dehors des horaires précédents.

3.4. Une pénibilité accrue

Le métier de médecin généraliste devient de plus en plus ardu et de nombreux facteurs accroissent la charge de travail ou la rendent plus délicate à gérer.

3.4.1. Concernant les obligations

De nouvelles obligations ont fait leur apparition. Certaines, comme la formation médicale continue, sont perçues comme améliorant la qualité de la pratique quotidienne. D'autres mesures sont vécues comme des contraintes supplémentaires voire des mesures de surveillance rapprochée par la caisse, dont les relevés individuels d'activité et de prescription, transmis tous les trimestres par la caisse d'assurance maladie et détaillant les statistiques de prescriptions, des génériques entre autres, et des arrêts maladies.

3.4.2. Concernant les gardes

La rémunération de la *« garde »* est jugée insuffisante au regard du service d'intérêt public rendu. Le médecin doit être disponible toute la nuit, même pour un faible nombre d'actes, faire face à des situations médicales parfois très délicates et encourt même parfois des risques pour sa propre sécurité dans des quartiers dits *« sensibles »*. Cependant il n'y a pas de repos de sécurité et le médecin doit assurer ses consultations à partir de 8h du matin. La législation actuelle ne prévoit pas d'obligation de repos de sécurité ni de compensation financière à la fermeture d'une demi-journée du cabinet. Pourtant, le risque de commettre des erreurs médicales en sortie de garde est bel et bien présent et justifie à lui seul d'avoir une PDSA organisée qui optimise l'utilisation des ressources humaines.

3.4.3. Concernant le risque médico-légal

Le médecin de famille s'est transformé ces dernières années en médecin coordinateur entre milieux hyperspécialisés. Le métier devient de plus en plus complexe, en raison de la part grandissante de l'ambulatoire entre autres. Les patients rentrent de plus en plus tôt de l'hôpital, notamment après des séjours en chirurgie, et sont à la charge du médecin de famille pour gérer la suite.

Parallèlement à cela, on assiste à une augmentation du nombre de mises en causes des généralistes devant les tribunaux depuis plusieurs années [(12)]. Et fait récent, le montant des indemnisations aux familles se fait de plus en plus lourd.

Selon le rapport annuel d'exercice 2009 de l'assureur *« le Sou Médical »* (Groupe MACSF), *« La mise en cause de la responsabilité médicale a été multipliée par deux entre 1990 et 2000 »*, le taux de sinistralité en 2011 s'élève à 1,51 déclarations pour 100 sociétaires, toutes disciplines médicales confondues.

« 60 % des décisions pénales (tribunaux correctionnels et cours d'appel) aboutissent à une condamnation. La peine la plus fréquemment prononcée est l'emprisonnement (avec sursis) » [(13)].

Les principales causes de poursuites sont le retard diagnostic, le retard d'avis spécialisé, le retard de prise en charge des situations d'urgence.

Au-delà des considérations techniques, la jurisprudence a évolué de façon très défavorable en 2010. Auparavant, pour qu'il y ait préjudice et donc condamnation et

indemnisation, il fallait qu'il y ait *« une perte de chance »*. La jurisprudence actuelle semble condamner pour *« l'éventualité d'une perte de chance hypothétique »* [13], avec des exemples qui montrent le durcissement des jugements qui sont à craindre pour les années à venir.

4. Aspects historiques de la PDSA

Avant 2003, la PDSA reposait avant tout sur le médecin généraliste, et son obligation déontologique d'assurer *« la garde »* au travers de l'article 77 du code de déontologie médicale.

Le rapport de la commission permanente du CNOM de 2001 [14] et le livre blanc de l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale de juillet 2001 rédigé pour la conférence des présidents des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) [15] font les constatations et préconisations suivantes :

- La définition de la PDSA est imprécise et n'a pas de cadre réglementaire.
- La notion de mission d'utilité publique de la garde libérale reste implicite et n'est pas reconnue officiellement.
- Une coopération de l'ensemble des lieux de soins est nécessaire afin de concevoir les services de garde et créer des moyens structurants d'organisation et de financement.
- Les médecins libéraux doivent être associés à l'élaboration d'un schéma régional d'organisation de la permanence des soins.
- La simple participation, auparavant privée et spontanée, des praticiens libéraux aux services de garde doit devenir organisée et prendre des formes pérennes sous forme d'associations locales.
- Les médecins libéraux doivent être associés à la régulation de la demande de soins non programmés au centre 15.
- La création de structures libérales associant une maison médicale de garde et un système de visites à domicile est à favoriser.
- Un mode de rémunération des astreintes et de la régulation des appels doit être établi.

4.1. Evolution depuis 2001

Dans un climat de rupture entre le corps médical et les pouvoirs publics, la *« grève des gardes »* débutée le 15 novembre 2001 [1], a été le déclencheur d'une profonde remise en

question et de nombreuses réformes qui ont amené à créer la permanence des soins telle que nous la connaissons actuellement.

Depuis des années, les honoraires des médecins généralistes n'avaient pas été revalorisés avec une augmentation de leur temps de travail, dans un souci de maintien de leur niveau de revenus au détriment de leur vie de famille.

A l'appel de deux syndicats, le Syndicat des Médecins Libéraux (SML) et l'Union Nationale des Omnipraticiens Français (l'UNOF, branche de la Confédération des Syndicats de Médecins Français (CSMF)), ils lancent une grève illimitée des gardes de nuit et de weekend avec la réclamation d'une revalorisation des rémunérations de leurs actes et une compensation financière pour l'astreinte en PDSA.

Le mouvement de grève est très largement suivi au niveau national. Il aura duré 8 mois durant lesquels il aura affecté et engorgé les centres 15, les SMUR et les services d'urgences hospitalières.

La grève sera suspendue le 28 juin 2002, avec la création de deux groupes de travail à la demande du ministre de la santé, Mr Jean François Mattei.

Le premier est dirigé par la Direction de l'Hospitalisation et l'Organisation des Soins (DHOS). Il propose, par la circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 [(16)], d'améliorer *«l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins, tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public»*. Elle introduit la notion d'une régulation médicale libérale spécifique des appels en lien avec le centre 15, basée sur le volontariat.

Le second, dirigé par le sénateur honoraire Charles Descours [(17)], rend ses conclusions le 23 janvier 2003, axées sur 4 propositions principales :

- La participation des médecins à la PDSA repose sur le principe du volontariat. Cette disposition nécessite une réécriture de l'article 77 du code de déontologie médicale.

- La demande de soins non programmés fait l'objet d'une régulation à laquelle participent les médecins libéraux.

- La PDSA s'organise dans le cadre départemental. Le département est divisé en secteurs de garde.

- Le CODAMU devient le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS-TS). Il a pour mission de définir les procédures de coopération entre les différents intervenants de la PDSA et de l'AMU.

4.2. Les initiatives ministérielles

Le rapport Descours comme une base de réflexion, la circulaire ministérielle du 16 avril 2003 [(18)] sous la directive du ministre de la santé, Mr Jean François Mattei, reprend la définition de la PDSA de ce rapport en précisant qu'elle *« couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés et, éventuellement, le samedi après-midi. »*

Cette circulaire souligne la complémentarité entre la PDSA et les services d'urgence, mais clarifie également les missions réciproques des différents acteurs.

« Le besoin de consultation exprimé en urgence, qui appelle dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin, relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux. »

« Les services des urgences ont pour mission de prendre en charge (…) les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent (…) l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et les besoins de soins urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. »

Cette circulaire lance également une démarche de centralisation des appels de permanence des soins, afin de faire jouer la complémentarité des régulations libérale et hospitalière pour mieux orienter les usagers et faire évoluer, si nécessaire, leur demande initiale vers la médecine ambulatoire.

« Les régulateurs libéraux qui réceptionnent les appels destinés aux généralistes travaillent aux côtés des médecins régulateurs hospitaliers, à qui ils transmettent les appels relevant de l'aide médicale urgente et réciproquement. »

La régulation médicale des appels relevant de la médecine ambulatoire est mise en place, chaque fois que possible, dans les locaux du Centre 15 avec la participation des médecins généralistes.

4.3. Les décrets d'application suivants

Les notions fondamentales actuelles de la PDSA sont instaurés depuis les décrets du 15 septembre 2003 relatifs aux modalités d'organisation de la PDS et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, et du 7 avril 2005 relatif à la transmission par voie électronique des actes des collectivités territoriales soumis au contrôle de légalité [(10)].

→ La participation à la PDSA devient basée sur le volontariat. A l'obligation individuelle déontologique, se substitue le volontariat, assujetti à une obligation collective.

→ L'épine dorsale de la PDSA sera la régulation médicale des appels téléphoniques, qui conditionnera l'accès au médecin effecteur.

5. Cadre juridique et règlementaire

Le droit à la protection de la santé puise ses racines dans l'article 11 du préambule de la constitution du 27 octobre 1946 (intègré dans le préambule de la constitution du 4 octobre 1958). Il ne signifie pas un droit à la santé. Si l'Etat n'a pas d'obligation de résultat cela fait peser sur lui néanmoins une obligation de moyens. La permanence des soins relève donc dans son organisation et son efficience de la responsabilité de la nation.

5.1. Le Code Pénal

Le médecin comme tout citoyen est soumis aux règles du droit commun. Il peut donc être poursuivi pénalement. La responsabilité pénale est personnelle. En d'autres termes, elle ne peut être couverte par une assurance. Pour mémoire, les infractions au code pénal sont de trois types en fonction de leur gravité croissante: les contraventions, les délits et les crimes. Les sanctions encourues sont des amendes ou des peines d'emprisonnement.

5.1.1. L'omission de porter secours

Tout manquement à ce devoir humain pour tout citoyen, y compris tout médecin, est un délit pénal défini comme suit à l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal [(19)], encore appelé « Non-assistance à personne en danger » : « *sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle soit en provoquant un secours* ».

L'abstention de porter secours est punissable lorsqu'elle est volontaire. Il n'y a dès lors délit que si son auteur a eu conscience du péril [20]. En cas de faute avérée la peine encourue est de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

Concernant le médecin intervenant en PDSA, pour que l'infraction soit constituée, il faut que les conditions suivantes soient réunies :

- la personne doit réellement être en péril.
- le médecin en a été clairement averti.
- Le médecin s'est abstenu volontairement d'intervenir ou a traité l'appel du patient avec négligence.
- Le médecin ne peut invoquer un motif d'abstention majeur.

5.1.2. L'appréciation du péril par le médecin de garde

Cette appréciation peut s'avérer très délicate, puisque le médecin de garde en est informé par téléphone.

Si le législateur n'a pas défini l'état de péril, les juges le voient comme un état dangereux ou une situation critique, en réalité ou en apparence, qui fait craindre de graves conséquences. Depuis 1949, la Cour de Cassation estime qu'il appartient au médecin d'apprécier l'utilité ou l'urgence de son intervention, sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession [20].

À charge du médecin d'apprécier justement la situation en fonction des renseignements obtenus par téléphone. Si ces derniers lui paraissent insuffisants ou en cas de doute, il est tenu de se déplacer pour constater le péril et prendre les décisions adaptées [21].

Les juges tiennent compte du sérieux avec lequel l'interrogatoire téléphonique a été mené. Il convient que le médecin :

- Identifie lui-même la motif d'appel en s'entretenant si possible directement avec la personne concernée par le problème médical.
- S'assure de la bonne compréhension de la réponse qu'il a pu apporter au patient.
- Conserve, par tout moyen, une traçabilité de l'échange afin d'une part de pouvoir la transmettre au médecin traitant habituel, mais également de pouvoir justifier le cas échéant de la réponse apportée au vue des renseignements recueillis.

L'absence d'utilité d'une intervention immédiate s'oppose à toute forme d'inertie ou d'indifférence de la part du médecin de garde. Ce dernier pourra effectuer une visite à domicile de manière différée ou bien recevoir le patient au cabinet. Il pourra donner des conseils voir des prescriptions par téléphone mais également inviter le patient à consulter le médecin traitant le lendemain.

Le désintérêt manifesté par le médecin face à l'appel reçu est sanctionné de manière sévère par les juges. A l'inverse ces derniers prennent en considération l'attitude du médecin qui rappellera la personne qui l'a contacté ou demandera à celle-ci de rappeler afin de connaitre l'évolution du patient.

5.1.3. L'attitude du médecin de garde face à un péril pressenti ou identifié

L'absence de déplacement du médecin de garde sollicité ne constitue pas en soi un délit de non-assistance à personne en danger.

Le code pénal stipule clairement que l'obligation de porter assistance à personne en danger peut prendre deux formes : l'action personnelle ou le recours à un tiers. Le médecin de garde a le devoir de mettre en œuvre les moyens les plus adaptés à la situation du patient [(21)].

En cas de recours à un tiers (un transport médicalisé ou non, un confrère en cas d'indisponibilité), le médecin de garde devra personnellement effectuer l'appel et ne pas le laisser à la charge du patient. Il devra enfin s'assurer de l'intervention effective de ce tiers.

Face à un péril identifié, le médecin devra se déplacer ou déclencher les secours mêmes si l'appelant ne l'avait pas expressément demandé.

5.1.4. L'absence de risque pour le médecin de garde

Le délit de non-assistance à personne en danger suppose l'absence de risque pour la personne portant assistance [(20)]. Ces situations particulières d'exonération de l'obligation d'assistance sont examinées par les tribunaux qui prennent la mesure du danger encouru. La jurisprudence actuelle condamne par exemple les motifs liés à l'état de fatigue du médecin ainsi que l'état d'enneigement des routes. D'autres situations comme les appels de nuit dans des quartiers où les risques d'agressions physiques sont réels restent difficiles à apprécier.

Dès lors que le médecin de garde identifie un risque lors de son intervention, il peut recourir à des renforts.

5.2. Le Code de Déontologie Médicale [22]

5.2.1. La participation à la PDSA est basée sur le volontariat

Dans l'ancienne formulation de l'article 77 [22], la participation à la PDSA était une obligation pour les médecins généralistes en dehors des cas d'exemptions par le CDOM.

Depuis sa modification par décret du 15 septembre 2003 suite à une forte mobilisation du monde médical, à l'obligation individuelle se substitue le volontariat assujetti à une obligation collective d'assurer le tableau de garde.

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

En cas de défaillance de remplir le tableau de garde, le préfet peut procéder à des réquisitions éventuelles après en avoir été informé par le CDOM.

Cet article donne aux médecins une certaine liberté d'organisation de la PDSA.

5.2.2. La continuité des soins

L'article 47 [22] rappelle que *« quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée »*. En dehors des situations d'urgence, le médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient et s'assurer qu'un confrère pourra le prendre en charge.

5.2.3. L'assistance à personne en danger

L'article 9 [22] du code de déontologie médicale reprend l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal auquel, comme tous les citoyens, les médecins sont soumis.

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires ».

À nouveau, toute la difficulté consiste à apprécier le degré d'urgence qu'elle soit réelle ou ressentie.

5.2.4. Le compte rendu médical en PDSA

Article 59. [22]

Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre praticien (hospitalier ou spécialiste libéral), rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions. Il le remet au malade ou l'adresse directement à son confrère en informant le malade. Il en conserve le double.

5.2.5. La qualité des soins en PDSA

L'article 32 du code de déontologie médicale [22] reprend les notions tenues pour acquises depuis le célèbre *« arrêt Mercier »* du 20 mai 1936.

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

5.3. Le Code de la Santé Publique (CSP)

Deux décrets du 13 juillet 2010 réorganisent la PDSA en réécrivant l'ensemble des articles correspondants du CSP [23] :

Le premier décret n° 2010-809 [24] redéfinit les modalités d'organisation de la PDSA.

Le second décret n° 2010-810 [5] réorganise le CODAMUPS-TS.

Suite à ces nouvelles dispositions, l'organisation de la PDSA relevant auparavant du préfet est placée sous la responsabilité du DG de l'ARS, fixant par arrêté le cahier des charges régional.

5.3.1. L'organisation générale de la PDSA

Article R6315-1.

La PDSA est une mission de service public. Elle répond aux besoins de soins non programmés en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé,

- de 20h à 8h tous les jours ouvrés ;

- les dimanches et jours fériés.
- le samedi à partir de midi ;
- le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;
- le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Relevant désormais de la compétence du DG de l'ARS, la PDSA est organisée à l'échelle régionale et à cette fin la région est divisée en territoires de PDSA.

Afin de faire face aux problèmes de démographie médicale, le champ des professionnels susceptibles de prendre part à la PDSA est élargi. Elle est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé, pôles de santé et centres de santé ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de PDSA.

5.3.2. Le tableau de garde

Article R6315-2.

A l'échelle de chaque territoire de PDSA, les médecins volontaires et les associations de PDSA établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau est transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au CDOM qui procède aux vérifications règlementaires puis le transmet au moins 10 jours avant sa mise en œuvre à l'ARS, au préfet du département, au SAMU, aux médecins et aux associations de PDSA concernées ainsi qu'aux caisses d'assurance maladie.

5.3.3. L'accès au médecin de garde

Article R6315-3.

Les modalités de l'accès au médecin de permanence sont désormais claires suite au décret du 13 juillet 2010 : il *« fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national par le numéro d'appel 15 et organisée par le service d'aide médicale urgente »*.

Cet accès peut être également assuré par des numéros du centre d'appel des associations de PDSA si celles-ci ont signé une convention avec l'établissement siège du SAMU, approuvée au préalable par le DG de l'ARS, et que leur centre d'appel est interconnecté avec le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA).

Lorsque le médecin libéral assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du SAMU.

5.3.4. Les modalités de participation à la PDSA

Article R6315-4.

La participation à la PDSA est une obligation collective basée sur le volontariat individuel des médecins. En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, le CDOM, après diverses consultations pour susciter des candidatures, transmet le tableau resté incomplet au DG de l'ARS avec la liste du pool des médecins du (ou des) territoire(s) de PDSA concerné(s). Ce dernier communique à son tour la liste au préfet du département, ou au préfet de police à Paris, qui pourra procéder si nécessaire à des réquisitions.

Les obligations ou engagements pris par les médecins titulaires dans le cadre de la PDS sont assurés également par les médecins qui les remplacent.

Des exemptions de PDSA peuvent être accordées par le CDOM en tenant compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au DG de l'ARS qui la communique au préfet du département.

5.3.5. Régulation et télémédecine

Article R6315-5.

En octobre 2009, le rapport Lasbordes [(25)] sur la télésanté proposait la mise en place d'une commission interministérielle chargée avec l'HAS de *«l'évaluation de la mise en œuvre de la télésanté sur les pratiques professionnelles et la qualité des soins »*. Ces recommandations de bonnes pratiques en télémédecine ne sont pas encore disponibles et seront examinées dans le cadre du groupe de travail *« Impact sur les pratiques professionnelles »* [(26)].

Au sujet de la régulation médicale des demandes de soins non programmés, l'article R6315-5 du CSP stipule qu'elle doit suivre les règles de bonnes pratiques établies par l'HAS, validées dans un document initial en mars 2011 [(27)].

La régulation est opérationnelle aux heures de la PDSA. Le médecin régulateur exerce une fonction à part entière. Il décide de la réponse adaptée à la demande de soins non programmés. En dehors des cas relevant de l'AMU, plusieurs réponses sont possibles :

- Conseil médical sans mise en œuvre de moyens.
- Prescription médicamenteuse par téléphone (adaptation d'un traitement habituel, traitement de la pharmacie familiale, télé prescription d'une ordonnance).
- Orientation vers une consultation médicale non programmée.
- Transport sanitaire en ambulance ou intervention de sapeurs pompiers ou secouristes.
- Intervention d'un effecteur médical.

5.3.6. Le cahier des charges régional

Article R6315-6.

Le cahier des charges régional est arrêté par le DG de l'ARS, après avis auprès du CODAMUPS-TS, de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) et de l'URPS (Union Régionale des Professions de Santé).

Il *« décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultations. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels ».*

Il *« précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférents à chaque département ».*

Par ailleurs, il définit les modalités de surveillance du bon fonctionnement de l'organisation de la PDSA ainsi que les modalités d'information du CODAMUPS-TS et de la CRSA

Il précise également les rémunérations forfaitaires des personnes participant à la PDSA et à la régulation. Les actes et leurs majorations restent dans le champ de la convention médicale. Deux précisions sont à apporter :

- Les rémunérations forfaitaires s'inscrivent dans le cadre d'une enveloppe fermée, régionale et globale.

- Les rémunérations forfaitaires unitaires peuvent varier en fonction des contraintes géographiques et les sujétions de l'activité mais dans des limites fixées par arrêté.

5.3.7. Mission du CODAMUPS-TS

Décret n° 2010-810.

Ce décret réorganise le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente de la Permanence des Soins et Transports Sanitaires sans apporter de grands changements aux articles attenants du code de la santé publique (articles R6313-1 à R6313-13).

Il est désormais co-présidé par le préfet du département et le DG de l'ARS. Les élus locaux y sont toujours représentés, même si leur nombre passe de quatre à trois (un conseiller général et deux maires).

Ce comité est l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation de la PDS. Le texte précise également le rôle du sous comité médical, qui doit se réunir au moins une fois par an afin d'évaluer l'organisation de la PDSA et de proposer les modifications qu'il juge souhaitable dans le cadre du cahier des charges régional de l'ARS.

Le second sous comité se consacre quant à lui à la question des transports sanitaires.

6. État des lieux national de la PDSA en 2012

L'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la PDSA en janvier 2013 (28) fait les constats suivants :

- La France compte 1 910 secteurs de PDS au 1er janvier 2013. Avec une diminution constante depuis 2004 (3 238 secteurs), ce nombre atteint l'objectif de 2 000 secteurs fixé par la circulaire ministérielle du 8 février 2008. Le nombre et la taille des secteurs sont très variables d'un département à l'autre.

- Le taux de participation des médecins à la PDS dépasse 60% dans 73% des départements. Il dépassait 60% dans 85% des départements en 2007. 42 % des départements connaissent une baisse du volontariat et seulement 13 % d'entre eux signalent une hausse. De façon globale, en moyenne départementale, le volontariat diminue de 3 %.

- Le nombre de secteurs avec un pool de médecins de garde ≤ à 10 est de 619 secteurs, en diminution par rapport à 2011 (882 secteurs). Cela s'explique par la re-sectorisation effective depuis la publication des cahiers des charges de la PDSA par les ARS.

- Les médecins libéraux participent à la régulation dans 97% des départements, que ce soit sous statut hospitalier ou par le biais d'une association de médecins libéraux régulateurs.

- La garde effectrice, en 2012, cesse à minuit dans 55% du territoire (+10% par rapport à l'année précédente).

- Le recours à la réquisition préfectorale pour remplir le tableau de garde a été nécessaire dans 26% des départements en 2012, en hausse par rapport à 2011 (19%).

- Il existe 369 sites dédiés à la PDSA (de type Maison Médicale de Garde (MMG)) répartis dans 82 départements.

II^{ème} Partie :

LA PERMANENCE DE SOINS AMBULATOIRE EN LORRAINE

1. Etats des lieux de la PDSA en Lorraine avant sa réorganisation depuis le 16 Avril 2012
2. Le panorama lorrain : un diagnostic régional préoccupant
3. La nouvelle organisation de la PDSA en Lorraine : Le cahier des charges régional 2012 et sa version 2013 de révision

1. Etat des lieux de la PDSA en Lorraine avant sa réorganisation depuis le 16 Avril 2012

Depuis 2003, la PDSA en Lorraine est organisée selon les modalités nationales, en suivant les trois axes : sectorisation, régulation et volontariat ; et en se basant sur le cahier des charges départemental, sous l'autorité des différentes DDASS de la région.

Ce dispositif a subi plusieurs remises en question. Avant 2003, les secteurs de garde en Lorraine étaient très hétérogènes de par leur étendue géographique, leur densité de population et leur densité médicale. L'adéquation entre ces différents paramètres n'était pas optimale.

Suite aux différents changements règlementaires et juridiques, la sectorisation a été souvent repensée pour réajuster au mieux l'offre de soins avec les besoins de la population en PDSA. Un constat, le nombre de médecins disponibles pour la PDSA a enregistré une baisse, beaucoup ont profité de l'instauration du volontariat pour se libérer d'une activité trop contraignante ou qui ne les intéresse plus. En parallèle, la mise en place d'une régulation de l'accès au médecin de garde, organisée par le SAMU ou par un centre d'appel d'une association de PDS interconnecté avec le SAMU, a diminué le nombre de visites à effectuer. Au total, l'évolution de cette organisation s'est faite autour de la fusion des secteurs et l'efficience d'une régulation médicale des demandes de soins non programmés, sous l'autorité des différentes DDASS de la région Lorraine.

En 2009, l'avènement de la loi HPST confie la mission de la gestion de la PDSA à l'ARS, ainsi que le découpage et la gestion de l'enveloppe budgétaire allouée à cette organisation, dans le cadre de l'élaboration du cahier de charges de la PDSA ; avec comme enjeux annoncés :

- Améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux.

- Accroître l'efficience du dispositif global dans le cadre d'une enveloppe fermée (hors honoraires médicaux et prestations de soins), avec un budget en baisse (8 286 332 € pour l'année 2011) [(29)] et une obligation de réorganisation en faveur d'une réduction du nombre des secteurs.

Depuis la mise en œuvre en avril 2010 de l'ARS en Lorraine, l'élaboration du cahier des

charges de la PDSA a duré 2 ans, laissant le temps à une phase d'état des lieux, puis de concertation et ensuite la mise en place de la nouvelle organisation effective depuis le 16 avril 2012.

Selon le cahier des charges [30], cet état des lieux montre des forces et des faiblesses de l'organisation de la PDSA jusqu'à avril 2012.

… Les points forts à préserver

- Une forte participation des médecins généralistes libéraux, notamment marquée dans les départements ruraux de la Meuse et des Vosges, avec environ 9 médecins généralistes installés sur 10 se portant volontaires pour participer à la PDSA. Le tableau ci dessous illustre ce point fort régional.

Tableau II.1 : Participation des médecins généralistes lorrains à la PDSA, en 2011

	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	**Lorraine**
Nombre de généralistes installés	728	155	906	352	2141
Nombre de généralistes participant aux gardes	300	147	554	301	1302
Taux de participation MG :	**41,20%**	**94,80%**	**61,10%**	**85,50%**	**60,80%**

Source : ARS Lorraine, Cahier des charges 2012 de la PDSA

- La régulation libérale : « une jonction indispensable avec l'activité incontournable des CRRA Centre 15 »

La mise en place de ces régulations libérales, après la grève des gardes de l'hiver 2001/2002, a permis de diminuer significativement l'activité des médecins généralistes d'astreinte localement en justifiant systématiquement et médicalement l'appel au médecin inscrit dans le tableau de garde.

En miroir, la proportion de conseils médicaux a considérablement augmenté grâce à une intervention pertinente et ciblée des médecins généralistes à la régulation, complémentaire de l'action des urgentistes du C15. Il faut par ailleurs souligner que ce constat est à mettre au regard d'une hausse significative du recours à la régulation médicale (libérale et SAMU – Centre 15) par la population en Lorraine, comme ailleurs en France. Cela nécessite le renforcement du dispositif en place, en augmentant le nombre de médecins généralistes

régulateurs, et plus particulièrement lors des périodes de tension constatées autour des fêtes et jours fériés.

Le tableau ci dessous illustre les déclinaisons régionales de la régulation médicale en Lorraine.

Tableau II.2 : La régulation médicale libérale en Lorraine

	Meurthe et Moselle	**Meuse**	**Moselle**	**Vosges**	**Lorraine**
Association de régulation libérale	Medigarde 54	Assum 55	Medigarde 57	Assum 88	
Local du centre de régulation	CHU Nancy	Hôpital de Verdun	CHR Metz	Locaux SDIS/C15 Golbey	
NUMERO UNIQUE : 0820 33 20 20 pour la régulation libérale					
Régulation libérale interconnectée avec le Centre 15					
Nombre de secteurs régulés en 2010	26	19	46	32	123
Amplitude horaire de la régulation libérale					
Semaine	20 h à 00h	-	20h à 01h	20h à 00h	
WE et jours fériés (JF)	Samedi : 12h - 24h + JF : 12h - 20h ; Dimanche : 8h - 24h	Samedi + JF : 12 h - 20h ; Dimanche 8h - 20h	Samedi début 13h et Dimanche début 8h	WE : samedi midi à lundi 08h ; Férié : veille 20h lendemain 08h	
Nombre de médecins régulateurs libéraux ayant participé à la PDSA en 2010	Plus de 20	Environ 7	Environ 30	Plus de 30	Plus de 90
Le coût de la régulation libérale					
Coût total 2010	277 944 €	76 874 €	385 050 €	261 196 €	**1 001 064 €**

Source : ARS Lorraine, Cahier des charges 2012 de la PDSA

- Des dynamiques locales intéressantes : entre Maisons Médicales de Garde (MMG) bien implantées et des initiatives locales ville/hôpital à renforcer

A l'heure de l'état des lieux précédant le cahier des charges régional de la PDSA, la Lorraine compte 3 MMG qui bénéficient d'un financement ARS au titre du FIQCS.

Les médecins généralistes locaux intervenant dans les MMG de Nancy et de Metz, qui se sont constitués en association (Medigarde 54 et Association de Permanence des Soins de l'Agglomération Messine (APSAM)) contribuent pour plus de 13 % de l'activité départementale de PDSA dans chacun des 2 départements. L'activité de la MMG de Foes-Moyeuvre en Moselle est sensiblement plus réduite.

Par ailleurs, des dynamiques locales « ville/hôpital » intéressantes existent, avec la mise en place les fins de semaine d'un point fixe de garde aux centres hospitaliers de Toul et de Lunéville en Meurthe-et-Moselle. Enfin une dynamique est aussi lancée depuis début 2012 à Bitche, en Moselle.

Ces dynamiques s'inscrivent par ailleurs dans le cadre des décloisonnements nécessaires entre la ville et l'hôpital permettant notamment des liens naturels de proximité entre service d'urgence médicale et permanence des soins ambulatoire.

… Des fragilités dont il faudra tenir compte

- <u>Pyramide des âges et exemptions : des difficultés démographiques présentes et à venir</u>

Le vieillissement du corps médical et le faible nombre d'installations en dehors du « Sillon lorrain » posent la question du renouvellement des médecins partant à la retraite. Cette évolution de la pyramide des âges tend à rendre les exemptions potentielles de plus en plus nombreuses.

- <u>Des secteurs en difficulté</u>

En 2011, le remplissage complet du tableau de garde a été particulièrement difficile à finaliser dans certains secteurs, malgré un volontariat et un engagement toujours très forts des médecins généralistes lorrains.

La forte participation des médecins généralistes libéraux au tour de garde, soulignée ci dessus, ne doit pas occulter une autre fragilité inquiétante : celle qu'elle repose dans certains secteurs sur un faible nombre de médecins. Localement, notamment en dehors du « Sillon Lorrain », la moyenne d'âge est bien plus élevée et le réservoir des médecins de garde plus réduit (à cause de peu ou pas d'installations de jeunes médecins).

Si en moyenne, pour la seule période du week-end/jours fériés, un médecin lorrain assure environ 5,5 gardes par an, la réalité est différente d'un département à l'autre et plus encore au

sein d'un même département notamment dans les secteurs à faible densité médicale (difficulté de remplissage des tableaux de garde parfois renforcée par les exemptions pour raison médicale).

Tableau II.3 : Moyenne du nombre annuel de gardes médicales par département lorrain

Département	Meurthe et Moselle	Moselle	Meuse	Vosges
Moyenne du nombre de garde(s) / an	4,3	5,5	7,1	6,5

Source : ARS Lorraine, Cahier des charges 2012 de la PDSA

- Une activité en 2nd partie de nuit faible, mais intrinsèquement liée aux indications de régulation

Il s'agit donc de ne pas tenir compte des seules sorties des médecins généralistes après minuit, mais du nombre et de la nature des appels reçus à la régulation ainsi que des réponses données et des difficultés éprouvées par le régulateur pour appréhender et comprendre cette disparité d'activité avant et après minuit.

Au final, cet état des lieux avant la réorganisation du dispositif régional de la PDSA a permis de prendre en considération les forces et les fragilités des dispositifs départementaux en place ; afin de proposer les solutions les plus adaptées et mettre en œuvre le système le plus pérenne possible.

Les grandes lignes de réorganisation adoptées lors des réunions de concertation sous la coordination de l'ARS Lorraine, ont été :

- *Accroître de manière raisonnée la taille des secteurs (en fusionnant certains d'entre eux comme en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges ou bien alors en redessinant complètement le contour des secteurs jusqu'alors en vigueur, créant ainsi de nouveaux territoires de la PDSA comme en Meuse et en Moselle) afin d'augmenter le nombre de médecins généralistes à même d'assurer la PDSA.*
- *Revaloriser l'astreinte en zone rurale, y compris en première partie de nuit, ce qui permet aussi de proposer des liens cohérents avec la carte des zones déficitaires en offre de soins de premier recours (volet ambulatoire du SROS-PRS).*
- *Enfin permettre à tous les médecins de se porter volontaire sur l'ensemble de la*

Lorraine (y compris en sollicitant les remplaçants) de manière à afficher la volonté de renforcement par solidarité des secteurs les plus en difficulté.

… Les coûts de la PDSA en 2010

Le tableau ci-après illustre les coûts totaux afférents à l'intervention de tous les professionnels en PDSA en 2010.

Tableau II.4 : Le coût 2010 de la PDSA en Lorraine

	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Lorraine
Coût total des astreintes	1 763 750 €	1 053 350 €	2 843 800 €	1 726 950 €	7 387 850 €
Coût total activité	2 456 517 €	322 901 €	1 575 286 €	553 490 €	4 908 194 €
Coût total de la garde ambulancière	2 214 315 €	1 038 592 €	3 938 778 €	1 940 279 €	9 131 963 €
Coût total de la garde pharmaceutique (indemnité d'astreinte toutes périodes) :	430 350 €	195 975 €	380 475 €	427 950 €	1 434 750 €
Coût total régulation	277 944 €	76 874 €	385 050 €	261 196 €	1 001 064 €
Coût total MMG	42 854 €		36 000 €		78 854 €
Coût total PDSA	7 185 730 €	2 687 691 €	9 159 389 €	4 909 865 €	**23 942 676 €**

Source : ARS Lorraine, Cahier des charges 2012 de la PDSA

Ainsi, le coût de la PDSA assurée par les médecins généralistes libéraux s'est élevé en 2010 à 13,376 millions d'euros, avec :

- 13,154 millions d'euros au titre des astreintes et des actes remboursés pour les bénéficiaires du régime général cumulés.
- 221 984 euros comme intervention du FIQCS au titre du fonctionnement des régulations libérales et des MMG.

2. Le panorama lorrain : un diagnostic régional préoccupant [31] [32]

Ce panorama de la région Lorraine permet d'évaluer l'impact des problématiques rencontrées lors des états des lieux de l'organisation de la PDSA (ruralité, vieillissement de la population, problématiques sociales, ressource médicale contrainte dans certaines zones (retraites, exemptions médicales...), difficultés de remplissage du tableau de garde, …) et d'évaluer les besoins de la population.

2.1. Des disparités géo-démographiques

Une région inégalement peuplée

La région Lorraine compte 4 départements avec une population inégalement repartie. Au 1er janvier 2012, la Lorraine compte 2,36 millions d'habitants. Ce sont les départements de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle les plus peuplés et urbanisés, avec une densité de population en 2009 très supérieure à la densité moyenne régionale (100 habitants au km2) :168,1 habitants au km2 pour la Moselle et 139,4 pour la Meurthe-et-Moselle. Dans les deux autres départements des Vosges et de la Meuse, moins peuplés et plus ruraux, les densités de population sont très inférieures à la moyenne régionale, avec 64,7 habitants au km2 dans les Vosges et 31,2 dans la Meuse. Indépendamment de ce découpage administratif, une part importante de la population lorraine est concentrée autour du « sillon lorrain », qui s'étend du massif des Vosges au sud, à la frontière luxembourgeoise au nord, sur un tracé passant par Épinal, Nancy, Metz et Thionville.

Un renouvellement démographique au ralenti

Après une longue période de stagnation, la région a quelque peu renoué avec la croissance démographique. La conjugaison des deux phénomènes (solde naturel positif et solde migratoire négatif) permet à la population de progresser d'un peu plus de 4 000 personnes par an depuis 1999. Cette évolution est toutefois très inférieure à celle constatée au niveau national.

Rapporté à la population, le taux de croissance annuel est de 0,17%. En comparaison, le taux de croissance de la France est quatre fois plus important : 0,67%.

Le fort excédent naturel permet à la Moselle et à la Meurthe-et-Moselle de voir leur nombre d'habitants progresser. A contrario, la Meuse et les Vosges connaissent sur la période

1999-2009 une stabilisation de leur population respective.

Les quatre départements lorrains se situent ainsi dans le dernier quart du classement des départements en termes de croissance démographique.

Ces constats restent cependant à nuancer par les phénomènes locaux. Ainsi, certains pôles urbains, soumis à des difficultés économiques fortes ou à un manque d'attractivité, perdent de la population. Les difficultés liées à la désindustrialisation de certaines vallées vosgiennes en sont l'exemple le plus marquant dans la région.

À l'opposé, la bande frontalière, de Longwy à Sarreguemines, bénéficie de la relative santé économique luxembourgeoise et allemande en voyant s'y installer des frontaliers dont le nombre repart à la hausse.

Une population vieillissante

Au delà du scénario démographique retenu, le constat du vieillissement de la population française est valable pour la région Lorraine avec des proportions pour l'instant comparables au niveau national.

Au 1er janvier 2008,

- 24,1% des lorrains ont moins de 20 ans contre 24,9% France entière.
- plus d'un lorrain sur cinq (21,6%) est âgé de 60 ans ou plus, contre 21,7% au niveau national.
- 8,4% des lorrains sont âgés de 75 ans et plus, contre 8,6% au niveau national.

2.2. Une région confrontée à des difficultés économiques et sociales

Depuis le début des années 2000, l'économie régionale peine à créer des emplois. En effet, entre 2000 et 2006, la Lorraine est l'une des rares régions françaises à avoir enregistré une baisse du nombre de ses emplois salariés avec 8 900 postes en moins. Cette diminution de l'emploi salarié est imputable aux pertes d'emploi dans l'industrie, excédant les créations dans le secteur tertiaire ou la construction.

En 2009, le Produit Intérieur Brut lorrain s'élève à 55,4 milliards d'euros. La région contribue ainsi à un peu moins de 3% de la richesse nationale produite, ce qui la place en milieu de classement des régions françaises. Par habitant, le PIB lorrain est de 23 650 euros,

soit 2 300 euros de moins que le niveau national (hors Île-de-France). En termes de richesse par habitant, la Lorraine figure en bas du tableau, précédant toutefois les régions Limousin, Languedoc-Roussillon et Picardie.

Le secteur tertiaire contribue pour 75,8% de la valeur ajoutée brute de la Lorraine. C'est un peu moins qu'au niveau national (hors Île-de-France). Néanmoins, dans le domaine de l'éducation, de la santé, de l'action sociale et de l'administration, la valeur ajoutée en Lorraine est de 28% soit 3 points de plus qu'en France de province.

L'industrie pèse relativement plus en Lorraine (15,8% de la valeur ajoutée totale) qu'en France (14,1%), grâce notamment à une forte représentation des industries des biens intermédiaires (dont la métallurgie et le travail des métaux) et de l'industrie automobile.

Avec 15,9 milliards de ventes à l'étranger en 2010, la Lorraine représente 4,2% des exportations nationales. Son principal client est l'Union européenne, qui concentre 82% du montant des exportations régionales. L'Allemagne arrive largement en tête, avec 37% des exportations de la Lorraine, mais elle est aussi son principal fournisseur : 41% du total des importations lorraines en provenance d'Europe.

Plus récemment, l'économie lorraine a très fortement souffert de la crise économique qui a débuté en 2008. Ainsi, en 2009, l'emploi salarié régional recule de 2,8% soit une perte de 14000 emplois en un an seulement, dont plus de la moitié dans l'industrie. Avec la crise, les exportations, notamment vers l'Allemagne, se sont effondrées et le chômage a fortement augmenté. Au commencement de la crise (juin 2008), le taux de chômage lorrain est de 7,5% contre 7,2% au niveau national. Deux ans plus tard, le taux de chômage lorrain est repassé au dessus de la barre des 10% et l'écart avec le niveau national (9,3%) s'est creusé. Fin 2012, il touche 10,3 % de la population active, soit 0,4 point de plus que le niveau national.

Ce faible dynamisme est toutefois contrecarré par le développement du travail frontalier induit par la croissance de l'économie luxembourgeoise. La Lorraine compte environ 100 000 travailleurs frontaliers dont près des trois quarts travaillent au Grand Duché.

2.3. Des indicateurs de l'état de santé défavorables par rapport au national

Une espérance de vie qui augmente tout en restant inférieure au niveau national

Au 1er janvier 2011, l'espérance de vie à la naissance en Lorraine est de 77,3 ans pour les hommes et de 83,9 ans pour les femmes. Sa progression s'inscrit dans la tendance nationale,

sans toutefois parvenir à combler son retard. Elle reste inférieure de 1 an à la moyenne nationale, pour les deux sexes confondus.

La Lorraine reste parmi les régions françaises où l'espérance de vie à la naissance est la plus faible ; elle occupe le 17ème rang pour les hommes et le 20ème pour les femmes.

L'élévation de l'espérance de vie est liée à la réduction de la mortalité à tous les âges de la vie. Concernant la mortalité infantile, sur la période 2009-2011, le taux de mortalité annuel moyen en Lorraine est de 3,3 pour mille naissances, contre 3,6 au niveau national. Ainsi, malgré la baisse tendancielle de la mortalité infantile, la Lorraine affiche toujours des résultats en deçà des résultats nationaux.

Une surmortalité notamment prématurée (avant 65 ans)

En Lorraine, au 1er janvier 2011, le taux de mortalité est égal à 8,9 pour mille habitants en Lorraine alors qu'il est de 8,3 en France. Cette « surmortalité » est significative pour toute la région, à l'exception de Nancy où le taux de mortalité est légèrement inférieur à celui enregistré nationalement.

Les maladies chroniques sont les principales causes de cette surmortalité, tumeurs et maladies circulatoires étant responsables de près de six décès sur dix (57,6%).

Dans la région, la mortalité prématurée (avant 65 ans) a reculé de près de 4,5% entre 2000 et 2009. Cette baisse, quasi exclusivement que chez les hommes suit la tendance observée au niveau national. En 2009, le taux de mortalité prématurée en Lorraine est de 2,2 contre 2,1 en France. Du fait de comportements à risque plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, la mortalité prématurée représente 28% des décès masculins contre 14% des décès féminins.

2.4. Une offre de soins de médecins généralistes inférieure au niveau national

… et inégalement répartie sur le territoire

En Lorraine, l'offre de soins ambulatoire est fragilisée. Un déficit global est constaté sur certains territoires.

Au 1er janvier 2012, en Lorraine, le nombre de 104 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants est inférieur à celui de la France (108 / 100 000 habitants). On constate de

fortes disparités de densité entre les départements.

Tableau II.5 : La densité des médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2012, en nombre pour 100 000 habitants

Densité des médecins généralistes libéraux au 1er janvier 2012, en nombre pour 100 000 habitants					
Meurthe-et-Moselle	**Meuse**	**Moselle**	**Vosges**	**Lorraine**	**France métropolitaine**
119	91	96	101	**104**	108

Sources : ARS Lorraine, Cahier des charges 2012 de PDSA ; INSEE, estimations de population au 1er janvier 2010.

Les densités les plus élevées sont observées en ville. L'agglomération de Nancy enregistre la plus forte densité avec 152,7 généralistes pour 100000 habitants. Celle de Metz est également relativement élevée : 117,5. Les densités sont plus faibles dans les territoires à dominante rurale tels que la Meuse du Nord (81,4 pour 100 000) ou le coeur de Lorraine (Saint-Mihiel, 88,3). Elles sont également basses dans les territoires ayant un passé minier. On dénombre ainsi 85,7 médecins pour 100 000 habitants dans le Bassin Houiller et 87 dans le Bassin de Briey.

À ces disparités géographiques s'ajoutent des craintes pour l'avenir : 40% des praticiens du département ont 55 ans ou plus et rien n'assure que leur départ à la retraite sera suivi d'une reprise de leur activité. Les remplacements sont loin d'être assurés, étant donné que près d'un médecin généraliste jeune diplômé sur dix ne fait pas le choix de s'installer en libéral. Ces éléments combinés laissent entrevoir très prochainement des inadéquations accrues entre besoin et offre. Ces inadéquations seront d'autant plus fortes sur les territoires déjà peu dotés en médecins.

... avec des inquiétudes quant à son renouvellement

L'effet des Epreuves Classantes Nationales (ECN) à l'Unité de Formation et de Recherche (UFR) de Nancy n'est pas non plus très encourageant et risque d'avoir des conséquences négatives à court terme sur la démographie des généralistes et la présence médicale de proximité dans la région. En effet, à l'issue des ECN de 2005 auxquelles doivent maintenant se présenter tous les étudiants pour accéder au 3ème cycle des études médicales, seuls 53 postes sur les 137 ouverts en Médecine Générale dans la région (soit 40%) ont été occupés.

Et en 2007, ce taux est remonté à 80% mais avant la mise en place des ECN en 2004, le nombre de médecins généralistes formés à Nancy se situait entre 80 et 100 par an et tous les étudiants qui ne préparaient pas les concours de l'internat de spécialité ou qui échouaient à ces concours faisaient un 3ème cycle en Médecine Générale dans leur région d'origine. Avec les ECN, les étudiants les mieux classés choisissent en grande majorité une filière de spécialité médicale ou chirurgicale, et ceux qui sont moins bien classés font un 3ème cycle de Médecine Générale dans leur région d'origine ou dans une autre région (cela était quasi impossible auparavant avec le système de l'internat de diplôme d'études spécialisées). Or la Lorraine, comme l'ensemble du Nord-Est, est considérée comme moins attractive par les étudiants originaires d'autres régions.

3. La nouvelle organisation de la PDSA en Lorraine : Le cahier des charges régional 2012 et sa version 2013 de révision [30]

Depuis l'avènement de la Loi HPST du 21 juillet 2009 et le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 définissant le cadre réglementaire de la PDSA, l'ARS de Lorraine a œuvré à la mise en place d'une nouvelle organisation de la PDSA en multipliant les réunions de travail locales et régionales pluri partenariales, avec comme fruit l'élaboration du cahier des charges régional de l'organisation de la PDSA en Lorraine, fixé par arrêté du DG de l'ARS Lorraine après avis des différentes instances : la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS), le CODAMUPS-TS de chaque département, l'URPS Médecins, les quatre conseils départementaux de l'Ordre des médecins ainsi que les quatre Préfets de département. Il est entré en vigueur le 16 Avril 2012.

Dans ses grandes lignes, le présent cahier des charges régional de la PDSA fixe les principes suivants :

- La PDSA, une mission de service public assurée par des médecins généralistes libéraux volontaires.
- Une couverture totale des heures de la PDSA.
- Une régulation médicale préalable des demandes de soins non programmés.
- Une organisation de la PDSA adaptée aux particularités locales : les nouveaux territoires de la PDSA et le renforcement des modalités d'intervention des médecins d'astreinte.
- La modulation du financement de la PDSA dans les limites d'une enveloppe annuelle

régionale.

- La communication et le suivi du dispositif

3.1. La PDSA, une mission de service public assurée par des médecins généralistes libéraux volontaires :

« La permanence des soins est ainsi une obligation collective conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale fondée sur le volontariat individuel des médecins.

Un médecin lorrain (y compris remplaçant) peut donc se porter volontaire dans tous les territoires de la PDSA de la région. »

3.2. Une couverture totale des heures de la PDSA :

Les horaires de la PDSA sont assurés conformément au CSP (article R 6315-1), comme détaillé dans la 1ère partie de ce document au paragraphe *'Définition actuelle de la Permanence des Soins Ambulatoire'*, y compris la nuit profonde.

Une particularité est accordée dans le département de la Meuse. Elle concerne l'horaire de la PDSA la nuit de semaine, désormais de 19h30 à 7h30, afin de l'adapter avec les heures usuelles de fermeture et d'ouverture des cabinets médicaux meusiens.

3.3. Une régulation médicale préalable des demandes de soins non programmés : consolidation du dispositif en place

La régulation médicale est organisée par des associations de médecins régulateurs libéraux sur tout le territoire Lorrain : Medigarde 54, Assum 55, Medigarde 57 et Assum 88. Elles se sont coordonnées au sein de l'association régionale Medigarde lorraine, avec un numéro de téléphone unique pour la Lorraine : *0 820 33 20 20*, en interconnexion avec les SAMU – Centre 15 départementaux.

Les dispositifs départementaux en place sont confortés et appuyés par l'ARS dans le cahier des charges régional, en maintenant l'organisation générale de la régulation et les déclinaisons départementales, tout en rappelant les principes généraux dont il convient de suivre :

• Formaliser une convention décrivant les missions respectives du partenariat régulation libérale – SAMU Centre 15, en s'appuyant sur les conventions existantes.

• Renforcer le nombre de régulateurs libéraux aux périodes de tension (pics épidémiques

hivernaux par exemple).

• Améliorer la rémunération de l'astreinte pour le régulateur.

• Promouvoir le développement du conseil médical et de la télé prescription en lien avec les pharmacies de garde.

• Accompagner la dynamique régionale des associations départementales de régulation libérale (Medigarde et Assum) : protocoles de régulation régionaux, mutualisation de certaines fonctions support, etc.

• Initier une éventuelle réflexion sur des régulations déportées afin d'accroître le réservoir de médecins volontaires pour l'instant limité aux agglomérations nancéienne, messine, verdunoise et spinalienne.

3.4. Une organisation de la PDSA adaptée aux particularités locales : les nouveaux territoires de la PDSA et le renforcement des modalités d'intervention des médecins d'astreinte

3.4.1. La nouvelle sectorisation

Les perspectives de la démographie médicale, l'objectif d'une meilleure adéquation des moyens disponibles aux besoins de soins non programmés de la population et le souci d'améliorer les conditions de travail des médecins généralistes, ont mené l'ARS, après concertation avec les différents interlocuteurs, à un regroupement des 123 secteurs (en 1ère partie de nuit) / 116 secteurs (en 2nd partie de nuit) de PDSA existants.

Le constat est qu'il est apparu essentiel de repenser l'ancienne sectorisation afin d'adapter les nouveaux territoires de la PDSA à l'activité constatée et aux difficultés démographiques locales (secteurs ruraux avec peu de médecins et/ou départs attendus) :

• En proposant dans tous les départements, des territoires à même d'offrir un nombre de médecins généralistes suffisant pour élaborer les tableaux d'astreinte, mais également de prévoir sur le territoire un nombre de médecins suffisant pour répondre aux demandes de soins non programmés aux différentes périodes de la PDSA.

• En distinguant des zones rurales de PDSA en 1ère partie de nuit, en cohérence avec les zones déficitaires du SROS PRS ambulatoire et complétées par d'autres secteurs au regard de

la contrainte de l'activité de PDSA.

Pour dessiner ces nouveaux territoires, la topographie a été prise en compte (Vosges en particulier).

Plus globalement, la notion d'accessibilité pour des soins ambulatoires a été appréciée plus en terme de contraintes de déplacement pour le médecin ou le patient qu'en terme de temps de réponse. Le besoin de soins décrit ici ne devant pas relever de l'urgence vitale.

Les limites des territoires de la PDSA sont fixées en fonction des données géographiques, démographiques et de l'offre de soins. Ces territoires peuvent être interdépartementaux, notamment :

- Quelques communes de Meurthe et Moselle sont rattachées au territoire mosellan de Aumetz. Les médecins de ces communes sont donc rattachés au tableau de garde du territoire mosellan correspondant.
- Quelques communes de Meurthe et Moselle sont rattachées aux territoires vosgiens de Chatenois et Raon l'Etape.
- Les secteurs de Blamont et Nomeny comportent des communes mosellanes.
- Les secteurs de Thiaucourt, Piennes et Longwy comporte des communes meusiennes.

Par ailleurs, afin de conserver une réponse de proximité adaptée à l'activité, certains territoires de PDSA peuvent compter plus d'un médecin inscrit dans le tableau de garde en 1ère partie de nuit et plus particulièrement le week-end et les jours fériés, périodes où la demande de soins non programmés est plus importante.

In fine, le travail de cartographie s'est appuyé sur les principes généraux départementaux suivants :

- Fusion de secteurs existants en Meurthe-et-Moselle et dans les Vosges.
- Création de 6 territoires de PDSA en Meuse en positionnant plusieurs médecins d'astreinte par secteur (notion de sous secteurs).
- Création de nouveaux territoires en Moselle plus cohérents en termes de taille et de nombre de médecins au sein de chaque territoire, tout en tenant compte des voies de communication.

Ainsi, le nouveau dispositif lorrain est fondé sur :

- 72 nouveaux territoires de PDSA (avec 84 médecins d'astreinte) en 1ère partie de nuit, weekend, jours fériés et jours de ponts.
- 62 nouveaux territoires de PDSA (avec 66 médecins d'astreinte) en 2nd partie de nuit.

Le tableau ci-après détaille cette nouvelle sectorisation avec le nombre de territoires de PDSA et d'effecteurs attribués par département et par horaire de PDSA.

Tableau II.6 : Nombre des territoires de PDSA et d'effecteurs attribués par département et par horaire de PDSA, selon la nouvelle organisation 2012

	Horaire de PDSA	Nombre de secteurs	Nombre d'effecteurs
Meurthe et Moselle	1ère partie Nuit	20	23
	2ème partie Nuit	10	11
	WE, JF, Ponts	20	25
Meuse	1ère partie Nuit	6	10
	2ème partie Nuit	6	8
	WE, JF, Ponts	6	10
Moselle	1ère partie Nuit	27	30
	2ème partie Nuit	27	28
	WE, JF, Ponts	27	30
Vosges	1ère partie Nuit	19	19
	2ème partie Nuit	19	19
	WE, JF, Ponts	19	19
Lorraine	1ère partie Nuit	**72**	**82**
	2ème partie Nuit	**62**	**66**
	WE, JF, Ponts	**72**	**84**

Source : ARS Lorraine, Cahier des charges 2012 de PDSA

3.4.2. Le médecin d'astreinte : les modalités d'intervention et de prise de garde

La PDSA peut être assurée par les médecins libéraux ou salariés de centres de santé ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM.

Ces médecins de gardes sont alors inscrits dans le tableau de garde et respectent les modalités de garde relatives au secteur dont ils dépendent. Des associations de PDS peuvent participer à la PDSA. La loi HPST offre une souplesse dans l'organisation de la PDSA : un

territoire de PDSA peut compter plus d'un médecin d'astreinte inscrit au tableau de garde ; un médecin ne dépendant pas du secteur de garde peut s'inscrire sur le tableau de garde de ce secteur, s'il le souhaite et en s'engageant à respecter ses modalités de garde.

Tous les médecins de garde en Lorraine doivent être régulés et leur mission consiste à répondre aux demandes de soins non programmés, avec un suivi confraternel réciproque avec le médecin régulateur (libéral ou du SAMU – Centre 15).

Dans chaque territoire de la PDSA, il est laissé une large latitude d'organisation des modalités d'astreinte

Les consultations, avec deux déclinaisons :

- Soit des points fixes bien identifiés : MMG indépendantes ou dans un CH local.
- Soit au sein du cabinet médical du médecin de garde.

Le mode de consultation au cabinet du médecin de garde est privilégié dans le département de la Meuse.

Les MMG et points fixes établiront les liens nécessaires avec les SAU les plus proches, notamment en formalisant par convention les liens fonctionnels médicaux afin de faciliter les échanges et la complémentarité.

Les visites au domicile, avec deux déclinaisons :

- Soit choisies comme modalité locale d'organisation de la réponse de PDSA dans un territoire (c'est alors prévu dans les déclinaisons départementales).
- Soit décidées par le médecin régulateur en collaboration avec le médecin de garde au cas par cas, notamment en cas de pathologie invalidante contre-indiquant médicalement le déplacement et ne relevant pas d'une hospitalisation

La consolidation des modalités de gestion des tableaux de garde

Dans chaque territoire de PDSA, le tableau de garde est établi pour une durée minimale de trois mois. Il concerne les plages horaires pour les astreintes et la régulation.

Les modalités d'élaboration et de mise à jour des tableaux de secteurs sont définies par l'article R6315-2 du CSP.

Un tableau nominatif des médecins de garde est établi par territoire de PDSA et par période horaire (1ère partie de nuit, 2nd partie de nuit, samedi après midi, dimanche, jours fériés), en concertation avec les médecins du secteur par un coordonnateur clairement identifié. Il est transmis 45 jours au plus tard avant sa mise en œuvre au CDOM pour validation.

L'inscription au tableau vaut engagement du médecin.

Après les vérifications de rigueur par le CDOM, et 10 jours au moins avant sa mise en œuvre, le tableau est transmis par le CDOM à l'ARS, aux SAMU, aux régulations libérales, à l'URPS et aux CPAM. L'ARS procède à la vérification et à la validation des tableaux de garde, ce qui déclenche le paiement par la CPAM.

Dans chaque département, les tableaux de garde sont mis en ligne, complétés et le cas échéant modifiés par les CDOM ou le coordonnateur de chaque secteur via l'applicatif Ordigard. Cet applicatif internet sert d'outil de validation pour les CDOM et l'ARS dans le respect de la procédure sus mentionnée, ainsi qu'un moyen d'information à disposition des régulations médicales (pour contacter le médecin d'astreinte) et les CPAM (pour le paiement de l'astreinte).

Toutefois, l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle peut être inscrite au tableau départemental de permanence, sans avoir à préciser au préalable sur le tableau le nom du médecin dévolu à la PDSA. Toutefois, le nom du médecin de garde devra être a posteriori indiqué pour transmission et paiement de l'astreinte par la CPAM.

En cas de remplacement, le médecin initialement inscrit dans le tableau de garde doit le signaler le plus tôt possible auprès du médecin coordonnateur du secteur et du CDOM qui valide la modification et en informe les acteurs concernés. Ces modifications devront faire l'objet des indications nécessaires dans Ordigard.

Le soutien de l'informatisation de la gestion des tableaux de garde

La gestion administrative et technique des tableaux de garde est simplifiée par l'utilisation des logiciels :

- Ordigarde, pour la gestion administrative. Il a été développé et mis à disposition par le CNOM. Il doit être utilisé dans tous les secteurs des quatre départements de la Lorraine, pour élaborer les tableaux de garde. Son accès se fait via internet : http://ordigard.ordre.medecin.fr/

- Géogarde, pour la gestion technique des affaires médicalement régulées. Cet outil, développé par l'URPS Médecins, sera déployé en Lorraine. Il permet de donner une lisibilité indispensable aux médecins régulateurs de leurs confrères présents sur le territoire et confronter la localisation du patient et le positionnement du médecin pour intervenir au plus proche et s'affranchir in fine de la sectorisation : raisonner en proximité d'intervention. La généralisation de cet outil sur la région permet une meilleure gestion pour les régulateurs (libéraux et SAMU) des secteurs interdépartementaux.

Ces logiciels sont interconnectés et remplissent chacun des fonctions complémentaires.

En cas de carence des tableaux de garde, le préfet du département peut procéder aux réquisitions, en application de l'article R.6315-4 du CSP, après la transmission par le DG de l'ARS d'un rapport du CDOM à cet effet accompagné de la liste des médecins susceptibles d'assurer la PDSA.

3.5. La modulation du financement de la PDSA dans les limites d'une enveloppe annuelle régionale

Le respect de l'enveloppe annuelle régionale

L'organisation de la PDSA définie dans le cahier des charges est financée dans les limites d'une enveloppe financière régionale fixée chaque année par arrêté. Cette enveloppe prend en charge la rémunération forfaitaire des médecins participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale.

Par arrêté ministériel du 20 avril 2011, le montant de l'enveloppe financière a été fixé pour la région Lorraine à 8 283 735 € pour l'année 2011 [(29)].

Modulation selon les sujétions

La modification des règles de rémunération de la PDSA ouvre la possibilité de moduler la rémunération des médecins de garde et de la régulation afin de compenser les contraintes engendrées par la participation à la PDSA, notamment :

- La régulation, surtout pour les fêtes de fin d'année quand il est plus difficile de trouver des volontaires pourtant indispensables au bon fonctionnement du système de soins.

Au regard du rôle prépondérant de la régulation et de l'évaluation de son fonctionnement

(nombre d'appels traités, large palette des réponses à apporter au patient, etc.), la participation à la régulation médicale libérale est portée à : ***75 euros de l'heure.*** Pour les périodes de fêtes de fin d'année, ce montant horaire est porté à ***100 euros de l'heure*** pour inciter au volontariat et tenir compte des contraintes particulières de cette période de congés, mais aussi de la forte sollicitation du système de soins.

Sur la base du modèle présenté, le montant régional pour l'indemnisation des médecins régulateurs libéraux s'élève pour 2012 à : 1 238 470€.

- 1ère partie de nuit, dans les « zones rurales » (telles que définies dans le cahier des charges régional), afin de soutenir les professionnels de santé des territoires les plus fragiles en matière de densité d'offre de soins de premier recours en adéquation avec le volet ambulatoire du SROS-PRS.

Ces zones sont souvent éloignées des structures de médecine d'urgence.

- 2nd partie de nuit dans tous les territoires de PDSA, de manière différenciée selon la taille du territoire, afin de conforter un exercice de PDSA plus exigeant après minuit par la tranche horaire à couvrir mais aussi par le territoire d'intervention parfois plus vaste

Le tableau suivant illustre cette modulation de la rémunération de l'astreinte des médecins de garde, selon la période et le type de territoire de PDSA.

Tableau II.7 : Le montant des astreintes par périodes de PDSA

	Horaires	**Durée**	**Tarifs**
1ère partie de Nuit	20h à 24h	4 heures	**50 €**
1ère partie de Nuit "Zones rurales"	20h à 24h	4 heures	**75 €**
2nd partie de Nuit	00h à 8h	8 heures	**150 €**
2nd partie de Nuit "Grand secteur"	00h à 8h	8 heures	**300 €**
Samedi AM	12h à 20h	8 heures	**100 €**
Dimanche et Jours fériés	8h à 20h	12 heures	**150 €**
Ponts	8h à 20h	12 heures	**150 €**

Source : ARS Lorraine, Cahier de charges régional 2012 de PDSA

3.6. La communication et le suivi du dispositif

Communication sur le dispositif régional

Il est essentiel de promouvoir cette nouvelle organisation en direction des médecins libéraux et des usagers, afin de rendre le système lisible pour tous.

Cette action de communication est travaillée et décidée par l'ARS et les préfectures en lien étroit avec l'URPS, les CDOM, les régulateurs et l'Assurance Maladie, en utilisant des différents outils.

Suivi et évaluation du dispositif

Les CODAMUPS-TS dans le cadre de leur mission suivent et évaluent cette nouvelle organisation et organiseront le cas échéant les ajustements nécessaires, notamment au sein des sous-comités médicaux et sous l'égide de l'ARS.

Le suivi par territoire de PDSA s'appui autant sur des données quantitatives (nombre d'interventions auprès du patient) que qualitatives (dysfonctionnements, nature des appels reçus à la régulation, etc.). Il concerne toutes les périodes de la PDSA et pourra aborder de manière séquencée celles-ci en apportant une attention toute particulière à la PDSA en nuit profonde pour mesurer le bénéfice risque/efficacité et coût/risque du maintien d'une réponse après minuit.

3.7. La version 2013 de révision du cahier des charges régional de la PDSA : les évolutions (33)

Le premier cahier des charges arrêté le 9 février 2012 stipulait que l'année 2012 était une année de transition avec une évaluation du dispositif régional à l'automne, notamment pour ce qui concerne les modalités de garde en nuit profonde.

Dans le respect de cet engagement, entre septembre et octobre 2012, les sous comités médicaux des CODAMUPS-TS des 4 départements se sont réunis afin de réaliser une évaluation de cette organisation et proposer des améliorations, qui ont été intégrées dans le cahier des charges 2013.

- La régulation libérale articulée avec les CRRA 15 a été unanimement jugée comme l'un des points forts du dispositif régional. Le dispositif en place est reconduit. L'intégration

des informations relatives aux interventions des autres acteurs de la continuité et de la permanence des soins permet par ailleurs une bonne orientation du patient en fonction des besoins exprimés (exemple : garde kinésithérapique pendant la période épidémique de la bronchiolite ou bien encore les astreintes des chirurgiens-dentistes libéraux les fins de semaine).

- Les horaires de la PDSA sont maintenues conformément au CSP (article R 6315-1) et comme rappelés lors du cahier des charges 2012, sauf la PDSA durant les « ponts » devenu *sans caractère obligatoire*. Ainsi, en cas de carence du tableau de garde du secteur pour le jour de pont, le fonctionnement du secteur est celui d'un jour normal, et chaque médecin absent doit veiller à ce que la continuité des soins pour ses patients soit assurée par un remplaçant ou par l'un ou plusieurs de ses confrères présents.
- La sectorisation actée en février 2012 est bien acceptée par les acteurs locaux. La mise en place de nouveaux points fixes de garde dans certains secteurs, en collaboration avec les structures hospitalières voisines, a permis de répondre à des demandes locales pertinentes (exemple : Bitche, Algrange, Verdun et Bar-le-Duc).

Les problématiques les plus discutées ont concerné les modalités de garde après minuit, notamment en Meuse [(34)], et le faible pool de médecins en 1ère partie dans certains secteurs des départements de Moselle et des Vosges.

Concernant l'activité en nuit profonde, certes elle est très faible, mais elle est intrinsèquement liée aux indications de la régulation et les acteurs locaux ont souhaité, après concertation, d'envisager les adaptations nécessaires pour tenter de maintenir une réponse de Médecine Générale.

Une expérimentation est proposée sur tout ou partie du département de la Moselle et celui des Vosges. Concrètement, il s'agit de mettre en place, sur la base du volontariat et dans le cadre d'une astreinte revalorisée, des grands secteurs de garde. En l'absence de volontaires en nombre suffisant, un constat de carence sera établie par l'ARS de Lorraine et les demandes de soins non programmées en nuit profonde seront alors orientées vers les structures de médecine d'urgence les plus proches du patient, après régulation médicale.

Concernant les zones les moins pourvues en médecins généralistes libéraux en 1ère partie de nuit, la sectorisation a été adaptée en distinguant ces zones et en proposant dans tous les départements, des territoires à même d'offrir un nombre de médecins généralistes suffisant pour élaborer les tableaux d'astreinte et pour répondre aux demandes de soins non

programmés aux différentes périodes de la PDSA.

La revalorisation du tarif de l'astreinte intéresse :

- La Meuse, en 2nd partie de nuit avec un nouveau tarif à 225 € (au lieu de 150€).
- La Moselle et Les Vosges, en 2nd partie de nuit « Grand secteur » suite au regroupement de plusieurs secteurs et un nouveau tarif à 450 €.

Le *Tableau II.8* (page ci-après) reprend la révision 2013 de la sectorisation et la revalorisation des rémunérations des astreintes, sur la base de l'organisation depuis le cahier des charges régional 2012.

L'arrêté fixant le présent cahier des charges régional a été pris en mars 2013 par le DG de l'ARS Lorraine après avis des différentes instances : CSOS, CODAMUPS-TS de chaque département (en présence des Préfets de département et des Présidents des CDOM) et URPS Médecins. Il est entré en vigueur le 8 avril 2013 à 20h00.

Une évaluation de ce dispositif est prévue dans le courant de l'année 2013.

Tableau II.8 : Révision 2013 de la sectorisation et des rémunérations d'astreinte, sur la base de l'organisation 2012 de la PDSA en Lorraine

	Horaire de PDSA : Montant astreinte	**Nombre de secteurs**		**Nombre d'effecteurs**	
Meurthe et Moselle	1ère partie Nuit : ***50€***	10	20	13	23
	1ère partie Nuit zone faible densité MG : ***75€***	10		10	
	2ème partie Nuit Grand secteur : ***300€***	3	10	3	11
	2ème partie Nuit : ***150€***	7		8	
	WE	20		25	
Meuse	1ère partie Nuit : ***50€***	0	6	0	10
	1ère partie Nuit zone faible densité MG : ***75€***	6		10	
	2ème partie Nuit : ***225€***	6		8	
	WE	6		10	
Moselle	1ère partie Nuit : ***50€***	17	27	20	30
	1ère partie Nuit zone faible densité MG : ***75€***	10		10	
	2ème partie Nuit : ***150€***	16	19	17	20
	2ème partie Nuit Grand secteur : ***450€***	3		3	
	WE	27		30	
Vosges	1ère partie Nuit : ***50€***	7	20	7	20
	1ère partie Nuit zone faible densité MG : ***75€***	13		13	
	2ème partie Nuit de semaine : ***150€***	20		20	
	2ème partie Nuit Grand secteur WE: ***450€***	2	11	2	11
	2ème partie Nuit WE : ***150€***	9		9	
	WE	20		20	
Lorraine	**1ère partie Nuit**	**34**	**73**	**40**	**83**
	1ère partie Nuit zone faible densité MG	**39**		**43**	
	2ème partie Nuit de semaine	**55**		**59**	
	2ème partie Nuit de WE	**46**		**50**	
	WE	**73**		**85**	

Source : ARS Lorraine, Cahier des charges 2013 de PDSA

III^{ème} partie :

L'ASSOCIATION SOS MEDECINS

1. SOS Médecins France

2. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

1. SOS Médecins France

1.1. Historique

La création de SOS Médecins, le 20 juin 1966, est l'initiative d'un médecin généraliste parisien, le Docteur Lascar [35], faisant suite à une fait tragique : Un samedi après midi, l'un de ses patients est décédé d'une défaillance cardiaque faute d'avoir pu joindre un médecin. *« Paradoxalement, relate le Dr Lascar, le week-end précèdent, en butte à une fuite d'eau dans ma baignoire, j'avais été dépanné dans le quart d'heure par SOS dépannage »*. Marqué par cette anecdote tragique et guidé par une conviction, la suprématie de la santé de l'être humain, il créa SOS Médecins. Concept par ailleurs révolutionnaire à une époque où le SAMU n'existait pas.

Depuis, de nombreuses associations ont vu le jour, respectant toute un cahier des charges commun et fédérées sous le nom de SOS Médecins France.

1.2. La fédération SOS Médecins France [36]

Premier réseau libéral de la PDSA des zones urbaines et périurbaines en France, SOS Médecins France regroupe 64 associations de Métropole et d'Outre-Mer. Cette place déterminante dans le système de soins est le fruit de quarante six années d'expérience et de compétence acquises sur le terrain. Grâce à cette implantation territoriale, les associations SOS Médecins couvrent les deux tiers de la population française et assurent 80% de la couverture de la PDSA. Actuellement, elles reçoivent sur leurs plateformes téléphoniques environ 6 millions d'appels par an donnant lieu à l'ouverture de 4 millions de dossiers médicaux et une réponse médicale adaptée (conseils téléphoniques, renseignements, réorientation, interventions médicales). Plus de 2,5 millions de visites à domicile et de consultations sont effectuées par leurs médecins.

Environ 1000 praticiens font partie de ce réseau. Tous répondent à un cahier des charges, strict et garant de la qualité du service rendu :

- Un centre de réception et de régulation des appels fonctionnant 24h/24.
- Une disponibilité totale des médecins, avec des visites à domicile assurées 24h/24.
- Des médecins expérimentés, rompus à l'urgence.

- Des moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus.
- Une intervention rapide des médecins, mobilisables rapidement grâce à une logistique moderne de télécommunication, en interconnexion avec le centre 15.
- Un bilan d'intervention systématique, immédiat au centre de régulation médicale ou différé au médecin traitant.

Désormais mission de service public, la participation de SOS Médecins à la PDSA, est dictée par le seul souci d'aider les pouvoirs publics et de seconder les Centres 15 dans un esprit de collaboration.

Conformément aux décrets du 7 avril 2005 puis du 17 juillet 2010 relatifs à l'organisation de la permanence de soins, les associations SOS Médecins ont signé des conventions avec les directeurs d'hôpitaux abritant le SAMU-Centre 15, de façon à formaliser l'interconnexion entre les centres d'appel SOS et les SAMU - Centre 15. Grace à cette collaboration, les praticiens de SOS Médecins effectuent, sur les zones couvertes par leurs associations, la plupart des décisions d'envoi d'un médecin à domicile, prises par les SAMU - Centre 15 et nécessitant un avis médical rapide. Ces appels, en revanche, ne représentent qu'environ 10% de l'ensemble des appels reçus directement par leurs centres d'appels médicaux, ce qui indique l'importance que SOS Médecins représente en termes de prise en charge des urgences non vitales et d'utilité sociale.

2. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

2.1. Historique

L'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a été créée le 15 juillet 1999, selon la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association. Elle fonctionne dans le cadre d'une Société Civile de Moyens (SCM) permettant la mise en commun des moyens d'exercice. Dédiée préférentiellement à la PDSA, cette structure ne cesse de s'adapter au concept spécifique de la PDSA avec ses exigences politiques et socio-économiques, en progressant tant sur le plan du territoire géographique couvert que sur le nombre de médecins.

2.2. Moyens humains :

Unique structure dédiée à la PDSA en Meurthe-et-Moselle avec une activité de 42 865 visites pour l'année 2012, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle compte actuellement dans son effectif médical :

- 19 médecins associés.
- 20 médecins remplaçants comptabilisant 11 équivalents temps plein.

Conformément aux recommandations du CDOM de Meurthe-et-Moselle, chaque remplaçant signe un contrat avec la structure d'une durée de 6 mois, renouvelable. Avant tout engagement et par souci de respect du cahier des charges SOS Médecins, tout candidat au remplacement n'ayant pas eu l'occasion d'effectuer un stage d'interne au sein de la structure, se voit proposé une formation de familiarisation à l'exercice spécifique de l'association. Il correspond à un entretien initial d'une durée de 3 heures avec un médecin associé référent et une période de « doublure » de 3 gardes avec un médecin associé.

Avec un effectif fourni et constant depuis le nouveau SROS Ambulatoire de Lorraine, la structure a enregistré une extension majeure de son activité, renforcée par un travail en équipe, pour répondre aux demandes politique et de terrain relatives à la PDSA.

L'offre de soins proposée par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est variée et adaptée à la demande en fonction de l'horaire journalier. Un médecin associé référent se consacre, avec une assistante administrative, à la gestion mensuelle du planning et aux variations notamment saisonnière de la demande de soins.

Depuis la mise en place du nouveau SROS Ambulatoire en Lorraine et sa déclinaison départementale concernant la Meurthe-et-Moselle, l'association SOS Médecins s'étant engagé en concertation étroite avec les médecins généralistes installés à couvrir leurs territoires de PDSA correspondants, a fait évolué son offre de soins en mettant en place un cabinet de consultation sur rendez-vous. Depuis le 17 septembre 2012, cette offre est effective le soir de semaine et le weekend jusqu'à minuit en saison hivernale et 22h en saison estivale. Ensuite, elle est élargie à un accueil de jour en semaine depuis le 8 octobre 2012.

Cette offre de soins est mise en place, après l'aval des instances locales, dans l'objectif de diminuer le nombre de visites injustifiées et de décharger le travail des médecins en visite à domicile, notamment en horaire de PDS.

Elle est proposée pour les appels directs par des patients au centre d'appel de l'association, Médi'Call Center. Toute demande de soins non programmés, sans critère de gravité et à condition que le demandeur a la possibilité de se déplacer au cabinet, se voit proposer une réorientation vers la consultation.

Les effectifs de garde en fonction de l'horaire

En pratique et sur une journée de semaine, le nombre de médecins en poste est défini pour correspondre au mieux aux besoins de la population, par respect du principe de disponibilité médicale figurant au cahier des charges de SOS Médecins France :

- En horaire de continuité de soins et d'ouverture des cabinets médicaux (le jour), le nombre de médecins en poste est de 6 en saison hivernale (5 en visite à domicile et 1 en consultation) et de 4 en saison estivale (3 en visite à domicile et 1 en consultation). Ce nombre est mis en place en réponse aux conventions signées avec des institutions de soins locales dont le SAMU 54 et pour combler un éventuel déficit d'accès aux soins par le médecin traitant. Le nombre de visites effectuées lors de ce créneau horaire durant l'année 2012 est de 14 231.
- En horaire de PDS, le nombre de médecins en poste est plus conséquent et adaptée à la zone de couverture géographique ainsi qu'à la hausse de l'activité relative à la demande de soins non programmés durant cette tranche horaire (soit, à titre indicatif, 28 634 visites effectuées pour l'année 2012). Ainsi :

  - En saison hivernale, ce nombre est de 12 médecins (11 en visite à domicile et 1 en consultation) de jour le samedi après midi, le dimanche et le lundi ou les vendredi et

samedi matin suivants un jour férié. Il passe à 9 médecins (8 en visite à domicile et 1 en consultation) en 1ère partie de nuit (de 20h à minuit) ensuite à 5 médecins (en visite à domicile exclusive) en 2ème partie de nuit 'profonde' (de minuit à 5h du matin) puis à 3 médecins (en visite à domicile exclusive) en 3ème partie de nuit (de 5h à 8h).

- En saison estivale, ce nombre est de 9 médecins (8 en visite à domicile et 1 en consultation) de jour le samedi après midi, le dimanche et le lundi ou les vendredi et samedi matin suivants un jour férié. Il passe à 7 médecins (6 en visite à domicile et 1 en consultation) en 1ère partie de nuit (de 20h à minuit) ensuite à 5 médecins (en visite à domicile exclusive) en 2ème partie de nuit 'profonde' (de minuit à 5h du matin) puis à 3 médecins (en visite à domicile exclusive) en 3ème partie de nuit (de 5h à 8h).

Sachant qu'un médecin SOS parmi ceux présents entre minuit et 8h du matin prend le tour de garde pour tous les secteurs du Pays Haut (le nord du département), quelque soit la saison, depuis avril 2010.

A noter qu'un tableau d'astreinte hebdomadaire des médecins associés est mis en place depuis le mois de janvier 2013 afin de répondre à tout imprévu rencontré sur le terrain. A titre d'exemple, la concertation avec les pouvoirs locaux et les partenaires dont le SAMU 54 lors des chutes massives de neige en période hivernale rendant les voies d'accès en voiture à un territoire de PDSA non praticable, ainsi que la gestion des réponses à formuler à toute demande de soins recueillie par le centre d'appel durant ces périodes ; ou encore la gestion d'une défaillance d'un effecteur médical sur le terrain.

2.3. Zone de couverture

Au fur et à mesure du temps, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a étendu son aire d'intervention durant les heures de la PDSA, en réponse à la demande expresse des médecins généralistes locaux. Une convention d'intervention formalise d'ailleurs la décision de couverture de chaque secteur par la structure [30].

Elle englobe désormais une large zone du département :

- Tous les jours 24H/24, le secteur du Grand Nancy (correspondant à la Communauté Urbaine du Grand Nancy (CUGN) étendu à 3 autres communes (Agincourt, Flavigny-sur-Moselle et Richardménil)) et le secteur du Pays du Sel-et-Vermois (Saint Nicolas de Port, Dombasle sur Meurthe).

- En heures de PDSA, de jour et en 1ère partie de nuit (jusqu'à minuit), se rajoutent les secteurs de Neuves-Maisons, Lunéville/Einville au Jard, Champigneulles/Dieulouard, Toul, Thiaucourt (y compris 9 communes limitrophes du département de Meuse), Pont-à-Mousson/Pagny-sur-Moselle et Nomeny (y compris 1 commune limitrophe du département de Moselle) ; soit 8 secteurs sur 20 possibles.
- En heures de PDSA, en nuit profonde (tous les jours de minuit à 8h du matin), se rajoutent tout le territoire du Pays Haut (fusion des secteurs Briey et Longwy, y compris 12 communes limitrophes du département de la Meuse), une large partie du Lunévillois (Baccarat, Blamont y compris 10 communes limitrophes du département de Moselle) ainsi que le secteur de Champenoux ; soit 7 grands secteurs sur 10 possibles.

Ajouté à cette zone de couverture, officialisée par des conventions ayant contribué à l'élaboration des territoires de PDSA lors du dernier cahier des charges du SROS Ambulatoire, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ne cesse de répondre favorablement à des demandes ponctuelles de médecins généralistes installés hors de son aire d'intervention afin de couvrir ponctuellement tout ou une partie de l'astreinte de leurs territoires de PDSA. Il s'agit notamment des secteurs de Blamont (avant minuit), Cirey / Badonviller et Longwy (avant minuit).

Cela témoigne de l'implication de cette association de PDSA dans l'organisation locale des soins, notamment en nuit profonde et surtout dans le Pays Haut, donnant satisfaction à l'organisme de tutelle, l'ARS de Lorraine, et les institutions locales de soins surtout le SAMU-Centre15 :

« Le bilan de cette intervention est positif : couverture de tous les secteurs du Pays Haut après minuit et satisfaction du SAMU – Centre 15 quant au temps d'intervention et à la qualité de la réponse fournie par SOS. » (30)

Ainsi, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle met ses services à disposition de plus en plus de lorrains, surtout en période de PDSA. Le *Tableau III.1* (page ci-après) récapitule la portée de cette offre en termes de population totale et de nombre de communes couvertes en fonction de l'horaire journalier.

Tableau III.1 : Population totale (*) et nombre de communes couvertes par SOS Meurthe et Moselle, selon l'horaire journalier

Sources : *base INSEE du recensement de la population en 2010 (www.insee.fr)* (37), *Cahier des charges régional 2012 fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire, région Lorraine (www.ars.lorraine.sante.fr)(30)*		
		Pourcentage
Tous les jours 24H/24		
Population totale (*) couverte par SOS 54	299 118	40,07%
Nombre de communes couvertes par SOS 54	44	7,41%
Le Jour en PDSA et en 1ère partie de Nuit		
Population totale (*) couverte par SOS 54, sur le "54 strict"(**)	524 985	70,33%
Nombre de communes couvertes par SOS 54, sur le "54 strict"(**)	285	47,98%
Population totale (*) couverte par SOS 54, sur le "54 élargi"(***)	526 563	
Nombre de communes couvertes par SOS 54, sur le "54 élargi"(***)	296	
La Nuit profonde en PDSA		
Population totale (*) couverte par SOS 54, sur le "54 strict"(**)	712 615	**95,46%**
Nombre de communes couvertes par SOS 54, sur le "54 strict"(**)	463	77,95%
Population totale (*) couverte par SOS 54, sur le "54 élargi"(***)	722 771	
Nombre de communes couvertes par SOS 54, sur le "54 élargi"(***)	494	
Population totale (*) couverte par un seul médecin SOS 54 sur le "Pays Haut strict"(****)	165 201	22,13%
Nombre de communes couvertes par un seul médecin SOS 54 sur le "Pays Haut strict"(****)	123	20,71%
Population totale (*) couverte par un seul médecin SOS 54 sur le "Pays Haut élargi"(*****)	170 560	
Nombre de communes couvertes par un seul médecin SOS 54 sur le "Pays Haut élargi"(*****)	134	
(*) : Population légale en vigueur au 1er janvier 2013, après mise à jour en décembre 2012 de la base INSEE du recensement de la population en 2010. *(**) : Communes des territoires de PDSA du département de Meurthe et Moselle, en dehors de la (des) commune(s) du (des) département(s) limitrophe(s) incluse(s) par la sectorisation de l'ARS à ces territoires.* *(***) : Communes des territoires de PDSA du département de Meurthe et Moselle, y compris la (les) commune(s) du (des) département(s) limitrophe(s) incluse(s) par la sectorisation de l'ARS à ces territoires.* *(****) : Communes des territoires de PDSA du Pays Haut, en dehors de la (des) commune(s) du (des) département(s) limitrophe(s) incluse(s) par la sectorisation de l'ARS à ces territoires.* *(*****) : Communes des territoires de PDSA du Pays Haut, y compris la (les) commune(s) du (des) département(s) limitrophe(s) incluse(s) par la sectorisation de l'ARS à ces territoires.*		

2.4. Moyens logistiques et techniques

2.4.1. Locaux

Les locaux de SOS Médecins Meurthe et Moselle sont situés au 14 avenue Jeanne d'Arc à Vandoeuvre-Les-Nancy (54500). Afin de répondre à l'évolution de son offre de soins, notamment la création de la consultation sur rendez-vous, l'association a modernisé ses installations en collaboration avec le bailleur avec la mise en place d'une maison de santé neuve, occupée depuis le 22 Juillet 2013, comprenant : un service administratif ouvert au public, 3 cabinets de consultation, une salle de réunion, une salle de détente, une chambre de garde et une réserve de matériel.

2.4.2. Centre de réception et de régulation des appels

Fondé en 1998 par le Dr Paranque, ancien médecin de l'association SOS Médecins Essonne, et établi dans le département de l'Essonne, Médi'Call Center (MCC) fait partie des centres d'appels des associations de PDS et traite les appels médicaux pour plusieurs d'entre elles, y compris SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. Il fonctionne à ce titre 24h/24 et 7j/7. Il offre une interconnexion avec le SAMU-Centre 15 du CHU de Nancy.

Durant l'année 2012, il a traité 53 476 appels pour l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Entièrement informatisé, il permet la réception, la gestion des appels ainsi que la transmission des données aux médecins sur le terrain grâce à des logiciels informatiques développés.

Dès la mise en relation avec le centre d'appel, un(e) permanencier(e) procède à un recueil le plus exhaustif possible des coordonnées et des données médicales du patient. Puis, il (elle) évalue le degré d'urgence, en s'appuyant sur des protocoles de régulation pré-établies régulièrement mis à jour sur demande de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ou lors de réunions dédiées. Ainsi, une hiérarchisation de l'appel est obtenu. S'il relève de l'AMU, il est immédiatement transféré au SAMU-Centre 15 afin d'éviter tout perte de chance pour le patient. Si un doute de priorisation existe, le (la) permanencier(e) soumet l'appel à une régulation médicale, soit auprès du médecin du SAMU-Centre 15 soit par un médecin SOS « libre » sur le terrain.

Tous les appels traités ne se soldent pas systématiquement par une visite. D'autres issues existent, notamment le conseil médical téléphonique par un médecin SOS sur le terrain, en priorité celui ayant pris en charge le patient en cas de rappel de ce dernier.

Disposant d'une vision globale de l'activité médicale en cours, grâce à une géolocalisation satellitaire des effecteurs sur le terrain, les permanenciers transfèrent les informations aux médecins par le biais d'un logiciel intégré, MCC Mission, développé sur les différents systèmes d'exploitation actuels (iOS, Androïde, Windows) permettant son utilisation au travers d'un Smartphone ou un ordinateur de poche.

Alliant technologie, maniabilité et sécurité, ce système rend plusieurs services aux médecins de SOS Meurthe-et-Moselle :

- un état des lieux instantané de l'activité médicale (nombre de médecins de garde (en visite et en consultation) avec leur statut (en route, sur place ou libre), nombre de visites et de consultations en attente)
- un couplage avec le système GPS rendant l'accès au lieu de la visite plus simple.
- un service de messagerie instantané SMS permettant une communication entre le standard et les différents médecins connectés.
- Un accès à la base de données « Vidal ».
- un archivage prolongé des fiches d'intervention, donnant accès aux médecins sur le Web ou sur leur périphérique connecté, à toutes les données concernant leur activité.
- Une option alerte utilisable par le médecin en cas d'une mise en danger lors d'une visite.

Après la réception d'une fiche d'intervention, chaque médecin a accès aux détails des coordonnées administratives du patient, de l'origine et du motif médical de l'appel et à l'historique détaillé des visites déjà effectuées par l'ensemble de l'équipe de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. Il peut ensuite modifier à tout moment le statut de sa progression sur le terrain. A la fin de son intervention, il a la possibilité d'enregistrer l'ensemble des données médicales et comptables relatives à la visite effectuée, créant ainsi un dossier informatisé partagé et confidentiel.

Cela permet en autre d'avoir un archive des différentes visites crées pour un même patient, consultable par tous les médecins. Cette traçabilité, facilement accessible, des données médicales permet notamment de mieux appréhender un conseil téléphonique ou une visite compliquée.

A partir des dossiers crées, la base des données constitue une source statistique riche et facilement exploitable pour le bilan d'activité de la structure, ainsi que les études épidémiologiques destinées entre autres à 1'InVS et à l'ARS avec un accès sécurisé pour ces deux institutions à des courbes d'activité globales. Elle permet également une interconnexion avec le SAMU, donnant la possibilité au médecin régulateur du SAMU-Centre 15 de lire le compte-rendu du médecin effecteur dès sa rédaction achevée pour chaque visite qu'il lui a attribué.

Au delà de tous ces avantages, ce support a un intérêt médico-légal comme mémoire sécurisée de l'activité de chaque médecin. En fait, l'archivage du dossier patient informatisé prend effet dès la fin de la visite avec un verrouillage des données médicales 2 heures après leur saisie. Ainsi, leur modification ultérieure au delà de ce délai est impossible. Néanmoins, l'application conserve l'opportunité de rajouter sans délai un commentaire libre horodaté et distinct des données archivées, notamment pour des informations de type : suivi de biologie, devenir du patient, problèmes rencontrés, éléments de surveillance et toute information utile pour les médecins intervenant ultérieurement chez le même patient.

2.4.3. Moyens techniques

La structure fonctionne dans le cadre d'une Société Civile de Moyens (SCM) permettant la mise en commun des moyens d'exercice. A cet effet, un kit d'intervention est mis en place sur initiative consensuelle des médecins associés et dans le respect du cahier des charges de SOS Médecins France. De même, chaque remplaçant se voit attribué un kit type et disponible tout au long de sa garde.

Ainsi, à bord du véhicule de chaque médecin, une liste de matériel spécifique en sus de la traditionnelle mallette médicale (stéthoscope, tensiomètre, otoscope, thermomètre, marteau reflexe ...) est à disposition. Elle comprend :

- un électrocardiographe.
- un oxymètre de pouls.
- un lecteur de glycémie capillaire.
- des bandelettes urinaires.
- un détecteur de monoxyde de carbone.
- une bouteille d'oxygène, avec des masques avec et sans réservoir à nébulisation, ainsi que TERBUTALINE et IPRATROPIUM nébulisables.
- un défibrillateur semi automatique avec un ballonnet à ventilation manuelle.

- un kit standardisé de petite chirurgie à usage unique, pour suture ou pansement, avec à disposition des gants stériles et non stériles, et des fils de suture de tout diamètre.
- un matériel à usage unique (seringue, aiguille) nécessaire pour les injections IV, IM, SC ou d'insuline.
- un récipient sécurisé de récupération des déchets contaminants (DASRI), dont la traçabilité et le traitement sont assurés grâce à une convention avec une société privée spécialisée (DARMIAN Médical).
- des médicaments injectables et per os, avec des spécialités diverses :

→ Obligatoires (pout motif médicolégal) : CEFTRIAXONE 1g amp, ATROPINE amp, ADRENALINE amp.

→ Indispensables : ACUPAN amp, PRIMPERAN amp (ou similaire), MORPHINE amp, PROFENID amp, CELESTENE (ou similaire) amp et buvable, GLUCOSE 30% amp, POLARAMINE amp, ALPRAZOLAM cp (ou similaire), VALIUM amp, TERCIAN amp, XYLOCAINE amp, Antalgique PO de palier 1 et 2 dont AINS PO, NATISPRAY (ou similaire), HBPM injectable, DACRYOSERUM (ou similaire), Compresses et Pansements stériles.

→ Recommandés : NUBAIN amp, NARCAN amp, STERISTRIP (ou similaire)

La liste n'étant pas exhaustive mais considérée comme une base commune et consensuelle des médicaments utilisés par les médecins associés et leurs remplaçants.

Un local est dédié au dépôt de la réserve des produits à usage unique ainsi qu'aux kits d'intervention des remplaçants (actuellement au nombre de 11 pour un turn-over de 20 remplaçants).

2.5. Offre médicale de soins

Lorsque le centre d'appels de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est contacté, soit directement par le patient soit par un professionnel de santé, l'appelant est mis en relation avec un permanencier. Ce dernier tient le rôle de pré-régulateur et procède au recueil des renseignements administratifs et médicaux pour évaluer le degré de priorisation de l'appel, comme détaillé ci dessus.

Une fois le degré d'urgence statué, une fiche d'intervention est créée et une offre médicale de soins est proposée, en fonction de l'identité de l'appelant et l'origine et la nature de l'appel.

Lorsque l'appel provient d'une institution de soins locale, l'offre médicale de soins proposée est uniquement la visite au chevet du malade, soit à son domicile soit dans les locaux de l'institution (notamment maison de retraite, EHPAD, hôtel de police, etc.). En plus du motif médical de l'appel, le degré de priorisation de la visite dépend de l'existence ou non d'une convention signée avec l'institution, comme c'est le cas avec le SAMU 54, HADAN et certaines EHPAD. Dans le cas où l'offre proposée est une visite au domicile d'un particulier, notamment pour les appels du SAMU ou Medigarde, ce dernier est rappelé par le permanencier afin de l'informer qu'un médecin SOS va se déplacer à son chevet en tenant compte du délai indiqué et convenu avec l'institution ayant traité l'appel initial.

Lorsque l'appel émane directement d'un particulier, l'offre médicale de soins proposée dépend du lieu géographique, de l'heure de l'appel et d'une évaluation par le permanencier de la possibilité de déplacement hors du domicile :

- Dans le cas où le patient est valide avec une conservation des capacités physiques de déplacement hors de son domicile, possède un moyen personnel de locomotion et réside dans l'agglomération du Grand Nancy ou des communes aux alentours, deux offres médicales de soins lui sont proposées :

    - Soit une consultation au cabinet de l'association situé à Vandoeuvre-Les-Nancy, avec un rendez-vous le jour même de l'appel et un horaire entre 8h du matin et minuit convenu avec le patient.
    - Soit une visite à domicile, lorsque le patient n'opte pas pour la 1ère offre.

- Dans le cas où le patient est invalidé par son état de santé et/ou sans moyen de locomotion et/ou résidant hors de l'agglomération du Grand Nancy ou des communes aux alentours, une seule offre de soins lui est proposé : une visite à domicile.

Lorsque l'heure de l'appel est en nuit profonde (entre minuit et 8h du matin), l'unique offre de soins proposée est la visite au chevet du patient.

2.6. Volet formation

La formation médicale au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle revêt une place importante avec un déploiement en conséquence de moyens logistiques et humains, afin d'offrir un terrain de stage pour les IMG de la faculté de Médecine de Nancy et de promouvoir la formation médicale continue des praticiens exerçant au sein de la structure.

2.6.1. Formation universitaire et le souhait d'accueillir des IMG

Dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, le stage auprès d'un médecin généraliste agréé, membre d'une association SOS Médecins France, permet d'accéder à une formation pratique aux soins primaires, à la médecine de premier recours, à l'urgence et à la permanence de soins.

Ce stage, pratiqué au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle s'inscrit dans cette perspective, avec une démarche globale de formation à la Médecine Générale en présentant les spécificités de la pratique de la PDSA, en permettant de faire disparaitre l'appréhension vis-à-vis de la prise en charge des urgences en ville et en préparant à la participation aux gardes ambulatoires de Médecine Générale.

De plus en plus d'internes en DES de Médecine Générale souhaitent effectuer un stage au sein d'une association SOS Médecins [38]. C'est dans cet esprit que l'Intersyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et la fédération SOS Médecins France se sont rapprochées en début de l'année 2012 pour établir une convention de partenariat. Cette dernière est destinée à faciliter et à promouvoir, pour les IMG, la possibilité de réaliser une partie de leurs stages ambulatoires de fin d'études médicales au sein des associations SOS Médecins.

Agréé comme terrain de formation auprès de la faculté de médecine de Nancy depuis octobre 2008, les praticiens associés de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ne cessent de formuler la volonté d'accueillir des IMG désireux de diversifier leur apprentissage.

Deux types de stage sont proposés par la structure :

- Un stage dans un centre de soins agrée, sous la forme de vacations hors cabinet lors du stage chez le praticien, à hauteur de 2 par semaine. Pour raison de faisabilité, l'association a opté au regroupement de ces vacations sur une durée d'un mois (soit au nombre de 12). L'IMG, ayant formulé au préalable un intérêt pour ce stage et après avoir contacté le médecin

associé référent de la formation, est invité durant cette période à prendre part aux gardes d'environ 6 médecins associés.

L'intérêt de ce type de stage est de faire disparaître l'appréhension vis-à-vis de la prise en charge des urgences en visite à domicile, avec une initiation et un apprentissage représentatif de l'exercice spécifique de la PDSA. A ce jour, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a accueilli 18 IMG dans le cadre de ce type de stage, entre octobre 2008 et décembre 2012.

- Un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé (SASPAS), s'adressant à un IMG ayant déjà effectué son stage chez le praticien et quatre semestres de formation en Médecine Générale.

L'association propose ce stage depuis Mai 2009 dans le cadre d'une Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche (USER) en Médecine Générale, formée de 3 à 5 médecins associés-maîtres de stage agréés. Jusqu'au mois d'Octobre 2012, ces médecins de l'association formaient deux USER dédiées à la formation exclusive de l'exercice spécifique de la PDSA.

Durant un semestre, l'IMG effectue en autonomie supervisée les actes (consultations et visites) dont le maître de stage a l'habitude de pratiquer. En effet, il a la possibilité de recourir en permanence (quelque soit l'heure durant sa garde) et aussi souvent que nécessaire, au maître de stage de l'USER. Dès le début du stage, le stagiaire se voit proposé un encadrement spécifique avec la mise à sa disposition d'un kit d'intervention type dédié à l'interne SASPAS et une autonomisation supervisée qui se fait progressivement en débutant par une étape de familiarisation à l'exercice spécifique de l'association. Durant cette étape, dont la durée dépend du profil et de l'adaptation du stagiaire, le maître de stage accompagne l'interne lors des visites.

A l'issue de chaque garde, une séance de débriefing est effectuée avec le maître de stage afin de revenir sur les prises en charges et toutes les difficultés rencontrées. Mensuellement, une réunion est tenue entre l'IMG et les maitres de stage de l'USER pour faire un bilan de l'autonomisation et de l'avancement du stage. A cette occasion, il est proposé à l'IMG de faire une présentation bibliographique d'une pathologie rencontrée lors du stage et ayant fait l'objet d'une difficulté pour ce dernier. Il est également convié à assister aux séances de Formation Médicale Continue (FMC) assurées au sein de l'association.

L'intérêt de ce type de stage au sein de la structure est une amélioration et un perfectionnement de l'apprentissage dans le cadre de l'exercice spécifique de la PDSA, ainsi qu'une consolidation des acquis professionnels en soins primaires et la médecine de premier recours. A ce jour, la structure a accueilli 15 IMG dans le cadre d'un SASPAS, entre Mai 2009 et Avril 2013.

Malgré la volonté et l'investissement de l'association et ses médecins, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ne peut malheureusement plus offrir ce type de stage pour les IMG de Nancy depuis le mois de Novembre 2012, à cause de la suppression de ses deux USER. En fait, cette évolution décidée par le DUMG de la faculté de Médecine de Nancy fait suite à une orientation pédagogique jugeant inadéquat de proposer une (ou deux) USER dont les maitres de stage exercent exclusivement en PDSA. Par conséquent, ce terrain de stage ne figure plus dans la liste des USER SASPAS proposée aux IMG Nancéiens, le rendant ainsi moins accessible.

En contre parti, une alternative transitoire a été proposée en intégrant seulement le médecin associé référent-maître de stage de l'association dans 3 USER hétérogènes, (partagées avec des médecins généralistes-maitres de stage installés en cabinet et/ou exerçant dans des centres de soins agrées (type HAD par exemple)). L'expérimentation réalisée avec trois IMG lors du 2nd semestre de l'année universitaire 2011-2012, n'a pas été satisfaisante devant le faible nombre de gardes (2 à 3 par mois) effectuées par l'étudiant. En effet, à l'issue de cet essai, ces IMG ont comptabilisé une participation quantitative à la PDSA, équivalente à celle proposée lors de la vacation en centre de soins agrée, rendant impossible une formation à la PDSA de qualité pour les IMG désireux d'approfondir leur apprentissage dans ce versant de l'exercice libéral [38].

Depuis, et au désarroi de ses médecins associés-maîtres de stage, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle ne compte plus d'USER accessible sur la liste des choix pour les IMG. Néanmoins, la structure conserve, depuis Novembre 2012, son agrégation comme terrain de stage 'professionnalisant' sous l'impulsion d'une volonté formulée et appuyée par l'ISNAR-IMG. Autrement dit, la structure peut proposer aux IMG le même projet pédagogique des anciennes USER SASPAS. Mais, la candidature est libre, forcement peu lisible et peu accessible pour les IMG vue l'absence de son signalement officiel dans le dossier du projet professionnel de la maquette du DES de Médecine Générale. Ainsi, l'accueil actuel des IMG en stage 'professionnalisant' ne fonctionne que par le « bouche-à-oreille ».

2.6.2. Formation post-universitaire

Les médecins de l'association organisent leur formation postuniversitaire sous plusieurs angles. Il engagent les moyens logistiques et humains nécessaires à cet effet.

Le 1er volet est celui de la Formation Médicale Continue (FMC) classique. Elle est organisée et validée en convention avec l'Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de la Région Sanitaire de Nancy (AMPPU 54). Une séance trimestrielle de FMC est tenue dans les locaux de l'association, avec une variation thématique adaptée à l'exercice spécifique de ces médecins et assurée par un intervenant extérieur, réfèrent dans la spécialité abordée. La rémunération de l'intervenant extérieur est prise en charge exclusivement par la SCM SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. Tous les médecins exerçant au sein de l'association sont conviés, y compris les remplaçants et les stagiaires.

Le 2ème volet est celui de la mise en place de groupes de pairs, depuis le 15 mai 2013, en convention avec l'AMPPU 54 dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Au nombre de 2, ces groupes comportent chacun 9 médecins associés et fonctionnent sur un mode préétabli durant une année : 8 réunions d'une demi journée avec 6 présences obligatoires pour chaque médecin. Les cas traités proviennent de l'activité des médecins de la structure. Actuellement en cours d'expérimentation, un projet de proposer ce dispositif aux remplaçants temps plein de l'association est en cours d'évaluation.

Le 3ème et dernier volet de formation postuniversitaire est celui entrepris par les médecins maîtres de stage agrées auprès de la faculté de Médecine de Nancy, en participant sur la base du volontariat, à des séminaires de formation de médecins généralistes-maîtres de stage. Cela se fait au rythme d'un séminaire de 2 jours tous les 2 ans. Le coût de cette formation est indemnisé par un financement dédié par deux organismes : la CARMF et l'URSSAF.

IV^{ème} Partie :

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Chapitre IV.1 : Première enquête

Chapitre IV.2 : Deuxième enquête

Chapitre IV.1 :

PREMIÈRE ENQUÊTE

1. But de l'enquête
2. Population étudiée
3. Schéma de l'enquête
4. Le questionnaire

1. But de l'enquête

La 1ère enquête a pour but de faire un état des lieux du concept de la PDSA chez les IMG de Nancy, avec comme objectifs, d'évaluer :

- La connaissance de son organisation et sa déclinaison en région Lorraine.
- La sensibilisation et la formation à ce versant de l'exercice d'un médecin généraliste libéral.
- La part accordée à la PDSA dans l'avenir professionnel et la perception future de ce concept.

2. Population étudiée

La 1ère enquête a été menée auprès d'une population des IMG de Nancy, avec un échantillonnage non aléatoire raisonné.

Les critères de sélection de cette population sont :

- Etre étudiant inscrit en DES de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Nancy pour l'année universitaire 2012-2013.
- Et ayant validé son stage chez le praticien (unique stage ambulatoire obligatoire dans une maquette du DES de Médecine Générale), ou en cours de sa réalisation durant le 1er semestre de l'année universitaire 2012 – 2013, compte tenu de l'avancement de ce stage (prenant fin le 30 avril 2013) à la date de l'ouverture de l'enquête (le 27 février 2013).

La liste exhaustive des IMG concernés a été récupérée, sous forme d'un ficher Excel, auprès du bureau « 3ème cycle de Médecine Générale » du service de scolarité de la faculté de Médecine de Nancy. Cela a nécessité la sollicitation et l'obtention d'une autorisation de Monsieur le doyen, Professeur Henri Coudane, pour l'exploitation des informations privées des IMG.

Les données récupérées dans ce document sont : le Nom, le Prénom et l'adresse électronique de l'IMG (renseignée par ce dernier dans son dossier d'inscription à la faculté de Médecine de Nancy pour l'année universitaire 2012-2013). La liste nominative est établie par ordre alphabétique.

Etant donné que l'enquêteur répond aux critères de sélection de l'échantillon, comme étant IMG inscrit en DES de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Nancy et ayant validé son stage chez le praticien, il a été logiquement exclu de la liste de la population source.

3. Schéma de l'enquête

Il s'agit d'une enquête prospective, par un questionnaire de 15 items, dont certains contiennent des sous items. Elle est réalisée du 27 février 2013 au 30 juin 2013.

3.1. Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire de la 1ère enquête (*cf. Annexe 1*) est l'outil choisi pour répondre au but de cette étude et ses objectifs.

Ainsi, dans sa conception on identifie un paragraphe d'introduction, présentant l'enquête et expliquant les modalités de réponse, suivi de 15 questions reparties schématiquement en 4 groupes à thème :

- 1er groupe, avec comme thème : le descriptif de l'échantillon des IMG de la faculté de Médecine de Nancy, avec les données sociodémographiques et professionnelles. Il s'agit des *questions « 1 » à « 6 »*.
- 2ème groupe, avec comme thème : la connaissance du concept de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine par l'échantillon des IMG de Nancy. Il s'agit des *questions « 7 » à « 9 »*.
- 3ème groupe, avec comme thème : Le degré de sensibilisation et la formation à la PDSA lors du cursus chez l'échantillon des IMG de Nancy. Il s'agit des *questions « 10 » à « 11 »*.
- 4ème groupe, avec comme thème : La part de la PDSA et sa perception dans l'exercice futur de l'échantillon des IMG de Nancy. Il s'agit des *questions « 12 » à « 15 »*.

Ainsi, afin de répondre à ces objectifs, plusieurs types de questions ont permis d'élaborer ce questionnaire :

- une question ouverte à réponse numérique : la *question « 2 »*.
- des questions fermées dichotomiques,

  sans filtre : les *questions « 1 », « 4 » et « 8 »* ;
  avec filtre : les *questions « 7 », « 10 », « 11 », « 12 » et « 13 »*.

- des questions fermées à choix multiples,

  avec réponse unique : les *questions « 3 », « 5 », « 6 », « 9 » et « 15 »* ;
  avec réponses multiples : la *question « 14 »*.

Afin de préserver l'anonymat, aucune identification de la personne interrogée ne figure dans le champ de saisie des réponses du questionnaire.

Après sa validation pédagogique, le questionnaire a été soumis pour approbation à Madame la Professeure Eliane Albuisson, PU-PH en Biostatistiques, Informatique Médicale et Techniques de Communication, à la faculté de Médecine de Nancy. Après quelques séances de collaboration, la version finale diffusée est celle en « *Annexe 1* ».

Avant sa diffusion à l'échantillon des IMG de Nancy, le questionnaire a été testé auprès de 4 personnes (2 femmes et 2 hommes), confrères médecins généralistes fraichement thèsés et n'appartenant pas à l'échantillon de notre enquête. Ce test de faisabilité a été satisfaisant, permettant d'apporter quelques corrections de formulation ou de syntaxe.

3.2. Mode d'administration du questionnaire

Le mode choisi pour la diffusion du questionnaire à l'échantillon de la 1ère enquête est exclusivement électronique.

A partir de la liste nominative des IMG de l'échantillon, un envoi groupé du questionnaire, sous le support d'un document Word universel et modifiable, a été effectué en utilisant l'adresse électronique de chaque IMG.

Ainsi, un courriel type (*cf. Annexe* 2) avec le questionnaire sous forme de document Word comme pièce jointe est envoyé à l'ensemble des IMG de l'échantillon. Le champ du courriel contient un texte de présentation, explicatif des modalités de réponse.

Le 1er envoi a été effectué le 27 février 2013, signant le début de la 1ère enquête. Le courriel d'ouverture de cette enquête se trouve en « *Annexe 2* ». Plusieurs relances par voie électronique, au nombre de 4, ont été nécessaires et ont suivi le même mode d'administration décrit ci dessus.

Afin d'assurer une expédition et une réception sécurisées et anonymes des documents, une adresse électronique Gmail a été crée spécifiquement et dédiée à cet effet. Il s'agit de l'adresse : these.ay.gaaliche@gmail.com. Le code d'accès a été personnalisé et gardé secret.

3.3. Modalités de réponse au questionnaire

Une fois le document Word reçu comme pièce jointe sur sa boite de messagerie, l'IMG faisant parti de l'échantillon est invité à répondre au questionnaire de l'enquête. Il mentionne directement à un endroit spécifié sur ce même document, *« souligné rouge »* indiqué à la fin de chaque question, la lettre en majuscule correspondant à sa (ses) réponse(s) à chaque item et/ou sous-item.

Toutes les questions demandent une seule réponse sauf une indication spécifique, notamment : la 2ème partie des questions *« 7 »* et *« 11 »*, la question *« 14 »*.

Après avoir complété le questionnaire, l'IMG doit enregistrer les modifications apportées au document Word, puis le renvoyer en pièce jointe à l'adresse de correspondance dédiée à l'étude : these.ay.gaaliche@gmail.com.

3.4. Recueil et saisie des réponses

Le mode de recueil est exclusivement électronique.

Une procédure d'anonymisation a été entreprise en amont du recueil, en attribuant à chaque IMG un numéro. Ce dernier respecte l'ordre alphabétique du nom de famille préalablement acquis lors de l'établissement de la liste des IMG de l'échantillon de la 1ère enquête, dans le document Excel original fourni par le bureau « 3ème cycle de Médecine Générale » du service de scolarité de la faculté de Médecine de Nancy.

Dès la réception du document Word modifié par l'IMG, et après vérification de l'exploitabilité des réponses, il est procédé à son enregistrement sous le numéro préalablement attribué à l'IMG, suite à la procédure d'anonymisation.

Les réponses sont ensuite récupérées dans un tableur Excel, préalablement validé par Madame la Professeure Eliane Albuisson. La conception du tableur est la suivante :

- Chaque colonne correspond aux réponses des IMG à un item ou sous item. L'entête de chaque colonne contient un intitulé abréviatif d'un item ou sous-item. L'intitulé comprend la lettre « Q » (comme abréviation à Question) suivi du « numéro » d'un item ou sous item, puis d'un court résumé de l'objet de chaque item ou sous item.
- Chaque ligne correspond aux réponses d'un seul IMG. L'entête de chaque ligne contient un intitulé abréviatif de l'ensemble des réponses d'un IMG au questionnaire.

L'intitulé comprend la lettre « R » (comme abréviation à Réponses) suivi du « numéro » attribué à chaque IMG, suite à la procédure d'anonymisation.

A partir de la maquette du questionnaire, une colonne du tableur est dédiée à chaque item ou sous-item à réponse unique, sauf pour certains où plusieurs réponses sont possibles, notamment la 2ème partie de la question *« 7 »* et *« 11 »*, et la question *« 14 »*. Ainsi, une colonne a été dédiée à chaque réponse potentielle de ces questions à réponses multiples afin de pouvoir les exploiter dans l'analyse statistique.

3.5. Suivi des non réponses

Le mode de suivi est exclusivement électronique.

Après la clôture de la 1ère enquête, les IMG non répondants ont été sollicité par un courriel type (*cf. Annexe* 5) afin de revenir sur les motifs de leur non collaboration. Chaque sujet est invité à préciser son motif par retour de courriel à l'adresse de correspondance dédiée à l'étude : these.ay.gaaliche@gmail.com.

4. Le questionnaire

Comme illustré en « *Annexe 1* », le questionnaire de la 1ère enquête contient 15 questions reparties schématiquement en 4 groupes à thème.

Le 1er groupe, faisant un descriptif de l'échantillon de l'enquête en étudiant les données sociodémographiques et professionnelles de l'IMG, il comporte :

- ***La question 1***, pour connaître le « *sexe* » de l'IMG.
- ***La question 2***, pour connaître « *l'année de naissance* » de l'IMG.
- ***La question 3***, pour connaître « *la situation familiale actuelle* » de l'IMG, avec 3 choix possibles entre : « *Célibataire* », « *Marié(e)* » et « *Vie en couple non marié(e)* ».
- ***La question 4***, pour connaître « *l'existence d'une progéniture* » de l'IMG.
- ***La question 5***, pour connaître « *l'année d'étude* » (le niveau TCEM ou l'année de thèse), à laquelle est inscrit l'IMG.
- ***La question 6***, pour connaître le profil professionnel de l'échantillon. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

- Le 1er sous-item, pour connaître le « *mode d'exercice professionnel futur* » envisagé par l'IMG, avec 4 choix possibles entre : « *plutôt le salariat* », « *plutôt en libéral* », « *plutôt mixte* » et « *ne sais pas* ».
- Le 2nd sous-item, pour connaître la « *zone territoriale d'exercice* » projetée, avec 3 choix possibles entre : « *plutôt en zone urbaine ou périurbaine* », « *plutôt en zone rurale* » et « *ne sais pas* ».

Le 2ème groupe, faisant état de la connaissance du concept de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine par l'IMG, il comporte :

- ***La question 7***, permettant d'identifier le degré de connaissance de cette organisation des soins chez l'échantillon d'IMG en fin de parcours de formation. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour relever la « *connaissance effective du concept de la PDSA* » par l'IMG.
  - Le 2nd sous-item, s'adressant à l'IMG ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour connaître la « *période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus* », avec 7 choix multiples possibles entre : « *Stage chez le généraliste, durant l'externat* », « *Stage chez le praticien (avec le maitre de stage comme médecin effecteur)*», « *Vacation chez SOS Médecins 54 (vacation hors cabinet dans un centre agrée lors du stage chez le praticien)* », « *Cours théoriques au DUMG* », « *Stage SASPAS* », « *Remplacement* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

- ***La question 8***, dichotomique pour savoir si l'IMG est au courant de « *la nouvelle organisation régionale de la PDSA* » effective depuis le 16 avril 2012 dont les modalités sont publiées dans le cahier des charges régionale de la PDSA en février 2012 et fixées par arrêté du DG de l'ARS Lorraine.
- ***La question 9***, permettant d'évaluer la connaissance par l'IMG des 4 principes règlementaires, piliers de l'organisation actuelle de la PDSA. Elle est divisée en 4 sous-items, avec un principe comme thème pour chaque sous-item :

  - Le 1er sous-item, l'interrogeant sur le principe de « *la participation à la PDSA* », avec 3 choix possibles entre : « *Obligatoire* », « *Volontaire* » et « *ne sais pas* ».

- Le 2nd sous-item, l'interrogeant sur le principe de « *la régulation médicale* » de l'activité des soins non programmés, avec 3 choix possibles entre : « *Exclusivement régulée* », « *Non régulée* » et « *Les deux* ».
- Le 3ème sous-item, l'interrogeant sur le principe de « *l'activité des soins non programmés* » (ou le mode de garde), avec 4 choix possibles entre : « *Mobile (mode exclusif de visite à domicile)* », « *Fixe (poste de garde sans déplacement)* », « *Les deux* » et « *ne sais pas* ».
- Le 4ème sous-item, l'interrogeant sur le principe de « *l'organisation territoriale de la PDSA* », avec 4 choix possibles entre : « *Une organisation géographique préfectorale (et sous préfectorale)* », « *Une organisation territoriale sectorielle prédéfinie* », « *Une organisation ordonnale géographique et démographique médicale* » et « *ne sais pas* ».

Le 3ème groupe, faisant état du degré de sensibilisation et de la formation au concept de la PDSA lors du cursus de l'échantillon, il comporte :

- ***La question 10***, permettant d'identifier le degré de sensibilisation à la PDSA de l'IMG et la compatibilité de son niveau de formation avec la capacité de participation seul à la PDSA. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour relever la « *sensibilisation à la PDSA* » lors du cursus de formation de l'IMG.
  - Le 2nd sous-item, également comme question dichotomique, s'adresse à l'IMG ayant répondu « oui » au 1er sous-item, ainsi préalablement sensibilisé au concept de la PDSA, pour connaître « *la concordance de son niveau de formation avec la capacité de participation seul à une garde lors de la PDSA* ».

- ***La question 11***, sondant la nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA dans le cursus d'un IMG lorrain. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour évaluer l'adhésion à la « *nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA* » lors du cursus.
  - Le 2nd sous-item, s'adressant à l'IMG ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour connaître la (ou les) « *déclinaison(s) ou période(s) du cursus préférée(s) pour ce projet spécifique de formation à la PDSA* », avec 4 choix multiples possibles entre : « *Stage chez le praticien (avec l'exemple d'un nombre minimum de garde(s) avec le*

maitre de stage comme médecin effecteur) », « *Nombre minimum de gardes au cours d'une vacation spécifique dans une structure exclusivement dédiée à la PDSA (ex. SOS Médecins Meurthe et Moselle)* », « *Cour théorique ou Séminaire au DUMG* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

Le 4ème groupe, faisant état de la part de la PDSA et sa perception dans l'exercice futur de l'échantillon, il comporte :

- ***La question 12***, permettant de profiler l'IMG vis à vis de la participation à la PDSA. Elle est divisée en 3 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour relever la « *participation à la PDSA* » de l'IMG.
  - Le 2nd sous-item, également comme question dichotomique, s'adresse à l'IMG ayant répondu « oui » au 1er sous-item, et ainsi savoir s'il s'agit d'une « *participation effective 'seul' à la PDSA* ».
  - Le 3ème sous-item, également comme question dichotomique, s'adresse à l'IMG ayant répondu « non » au 1er sous-item, et ainsi connaître son « *aptitude à une participation effective 'seul' à la PDSA* ».

- ***La question 13***, évaluant la participation future des IMG de l'échantillon à la PDSA, sur la base de son concept actuel. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, interrogeant l'IMG sur « *la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA* », avec 3 choix possibles entre : « *Oui* », « *Non* » et « *ne sais pas* ».
  - Le 2nd sous-item, s'adressant à l'IMG ayant répondu « oui » au 1er sous-item, accordant une part de son exercice futur à la PDSA, pour connaître le « *mode de garde* » préféré, avec 4 choix possibles entre : « *Plutôt comme médecin généraliste effecteur mobile* », « *Plutôt en Maison Médicale de Garde (MMG) (Cabinet médical ou poste de garde au sein d'un hôpital)* », « *Plutôt au sein d'une structure entièrement dédiée à la PDSA, comme SOS Médecins* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

- ***La question 14***, faisant état de l' (ou des) « *éventuel(s) obstacle(s) majeur(s) à la participation future* » de l'IMG à la PDSA, avec 5 choix multiples possibles entre : « *Pénibilité de ce mode d'exercice* », « *Charge de travail supplémentaire* », « *Incompatibilité*

avec votre vie privée », « *Absence d'intérêt ou de motivation pour ce mode d'exercice* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

- ***La question 15***, pour connaître « *la perception future de l'activité relative à la PDSA* » par l'IMG, avec 5 choix possibles entre : « *Part intégrante de l'activité de tout médecin généraliste* », « *Activité exclusive de médecin généraliste formée aux déclinaisons spécifiques de la PDSA* », « *Retour à l'activité à « l'ancienne » (Médecin de famille joignable par sa patientele en dehors des heures d'ouverture du cabinet)* », « *Intégration de cette activité au sein d'une structure hospitalière (organisation mixte avec poste fixe de consultation et médecin effecteur mobile calqué sur l'organisation actuelle SAU-SMUR, médecin généraliste salarié)* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

Chapitre IV.2 :

DEUXIEME ENQUETE

1. But de l’enquête
2. Population étudiée
3. Schéma de l’enquête
4. Le questionnaire

1. But de l'enquête

La 2ème enquête a pour but d'apprécier l'apport de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation et de sensibilisation au concept de la PDSA, en soumettant les objectifs de la 1ère enquête : la connaissance de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine, la sensibilisation et la formation à ce versant de l'exercice libéral du médecin généraliste et la perception future de ce concept ; comme base de comparaison avec la population de la 2ème enquête.

2. Population étudiée

La 2ème enquête a été menée auprès d'une population des anciens stagiaires de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, avec un échantillonnage non aléatoire raisonné.

Les critères de sélection de cette population sont :

- Etre un ancien ou actuel étudiant inscrit en DES de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Nancy.
- Et ayant effectué et validé un stage, quelque soit sa nature (SASPAS ou vacation hors cabinet dans un centre agrée lors du stage chez le praticien), au sein de SOS Médecins Meurthe et Moselle, depuis son agrément en Mai 2009 comme terrain de stage par le DUMG de la faculté de Médecine de Nancy.

La liste exhaustive des anciens stagiaires de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a été récupérée, sous forme d'un ficher Excel, aux archives du secrétariat de l'association, à partir des conventions de stage tripartites signées entre étudiant, faculté de Médecine de Nancy et SOS Médecins Meurthe et Moselle ; après la sollicitation et l'obtention d'une autorisation d'exploitation auprès de Mr le docteur Joseph Fabre, président de l'association.

Elle a été dans un second temps vérifiée et validée auprès du bureau « 3ème cycle de Médecine Générale » du service de scolarité de la faculté de Médecine de Nancy.

Les données récupérées dans le document Excel sont : le Nom, le Prénom, le numéro de téléphone et l'adresse électronique de l'ex-stagiaire (renseignée à l'époque par ce dernier dans son dossier de stage). La liste nominative est établie par ordre alphabétique.

Etant donné que je réponds aux critères de sélection de l'échantillon, comme actuel étudiant inscrit en DES de Médecine Générale à la faculté de Médecine de Nancy et ayant effectué et validé mon stage SASPAS chez SOS Médecins Meurthe et Moselle, je me suis naturellement exclu de la liste des ex-stagiaires SOS de l'échantillon.

3. Schéma de l'enquête

Il s'agit d'une enquête rétrospective, par un questionnaire de 14 items, dont certains contiennent des sous items, réalisée du 13 mai 2013 au 12 août 2013.

3.1. Elaboration du questionnaire :

Le questionnaire de la 2ème enquête (*cf. Annexe 3*) est l'outil choisi permettant de répondre au but de cette étude, en vue d'une exploitation statistique notamment comparative de certaines données avec celles de la 1ère enquête.

Ainsi, dans sa conception on identifie au delà d'un paragraphe d'introduction, présentant l'enquête et expliquant les modalités de réponse, une succession de 14 questions reparties schématiquement en 4 groupes :

- 1er groupe, avec comme thème : le descriptif de l'échantillon des ex-stagiaires SOS Médecins 54, avec les données sociodémographiques et professionnelles. Il s'agit des *questions « 1 » à « 5 »*.
- 2ème groupe, avec comme thème : la part de la PDSA dans l'exercice actuel des ex-stagiaires SOS Médecins. Il s'agit des *questions « 6 » et « 7 »*.
- 3ème groupe, avec comme thème : l'apport de l'expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe et Moselle comme terrain de formation, chez l'échantillon. Il s'agit des *questions « 8 », « 10 », « 11 » et « 13 »*.
- 4ème groupe, avec comme thème : la comparaison, au travers de 3 questions maitresses de la 1ère enquête représentative des 3 objets majeurs (la connaissance, la formation et la perception future du concept de la PDSA), des réponses des ex-stagiaires SOS Médecins avec celles des IMG de la 1ère enquête. Il s'agit des *questions « 9 », « 12 » et « 14 »*.

Ainsi, afin de répondre à ces différents objectifs, plusieurs types de questions ont permis d'élaborer ce questionnaire :

- une question ouverte à réponse numérique : la *question « 2 »*.

- des questions fermées dichotomiques, sans filtre : les *questions « 1 », « 4 », « 6 », et* ; avec filtre : les *questions « 9 », « 10 », « 11 », « 12 » et « 13 »*.
- des questions fermées à choix multiples, avec réponse unique : les *questions « 3 », « 5 », « 7 », « 8 » et « 14 »*.

Afin de préserver l'anonymat, aucune identification de la personne interrogée ne figure dans le champ de saisie des réponses du questionnaire.

Après sa validation pédagogique, le questionnaire a été soumis pour approbation à Madame le Professeur Eliane Albuisson. La version finale diffusée est celle en « Annexe 3 ».

Avant sa diffusion à l'échantillon des ex-stagiaires, le questionnaire a été testé auprès de 2 personnes, 1 femme et 1 homme, amis et surtout confrères médecins généralistes fraichement thèsés n'appartenant pas à l'échantillon de cette enquête. Ce test de faisabilité a été satisfaisant, permettant d'apporter quelques corrections de formulation ou de syntaxe.

3.2. Mode d'administration du questionnaire

Le mode choisi pour la diffusion du questionnaire à l'échantillon de la 2ème enquête est exclusivement électronique, de façon similaire à celle du questionnaire de la 1ère enquête.

Un envoi groupé du questionnaire sous le support d'un document Word universel et modifiable a été effectué en utilisant l'adresse électronique de chaque ex-stagiaire SOS Médecins, avec un courriel type (*cf. Annexe 4*).

Le 1er envoi a été effectué le 13 mai 2013, signant le début de la 2ème enquête. Le courriel d'ouverture de cette enquête se trouve en « Annexe 4 ».

L'adresse électronique de correspondance est these.ay.gaaliche@gmail.com, la même utilisée pour la 1ère enquête. Afin d'éviter une erreur de recueil vue que la boite de réception est commune, un code couleur a été utilisé pour différencier les courriels des deux enquêtes (vert pour la 1ère et bleu pour la 2ème).

3.3. Modalités de réponse au questionnaire

Une fois le document Word reçu comme pièce jointe sur sa boite de messagerie, l'ex-stagiaire SOS Médecins est invité à répondre au questionnaire de l'enquête, en mentionnant directement sur le même document à un endroit spécifique *« souligné rouge »* indiqué à la fin

de chaque question, la lettre en majuscule correspondant à sa (ses) réponse(s) à chaque item et/ou sous-item.

Toutes les questions demandent une seule réponse sauf une indication spécifique, notamment : la 2ème partie des questions *« 9 », « 12 »* et *« 13 »*.

Après avoir complété le questionnaire, l'ex-stagiaire SOS doit enregistrer les modifications apportées au document Word, puis le renvoyer en pièce jointe à l'adresse de correspondance dédiée à l'étude : these.ay.gaaliche@gmail.com.

3.4. Recueil et saisie des réponses

Le mode de recueil est exclusivement électronique, similaire à celui de la 1ère enquête.

Une procédure d'anonymisation a été entreprise en amont du recueil, en attribuant à chaque ex-stagiaire SOS un numéro, sans ordre logique précis, mais en suivant celui existant dans le document Excel d'origine fourni par le secrétariat de SOS Médecins Nancy.

Dès la réception du document Word modifié par le candidat, et après vérification de l'exploitabilité des réponses, il est procédé à son enregistrement sous le numéro préalablement attribué à ce dernier.

Les réponses sont ensuite récupérées dans un tableur Excel, dont la conception est identique à celle du tableur de recueil pour la 1ère enquête (cf. explications dans ' 4ème Partie : PREMIERE ENQUETE : Matériel et Méthodes ') et validé par Madame le Professeur Eliane Albuisson.

A partir de la maquette du questionnaire, une colonne du tableur est dédiée à chaque item ou sous-item à réponse unique, sauf pour certains où plusieurs réponses sont possibles, notamment la 2ème partie des questions *« 9 », « 12 »* et *« 13 »*. Ainsi, une colonne a été dédiée à chaque réponse potentielle de ces questions à réponses multiples afin de pouvoir les exploiter dans l'analyse statistique.

4. Le questionnaire

Comme illustré en « *Annexe 3* », le questionnaire de la 2ème enquête contient 14 questions reparties schématiquement en 4 groupes à thème.

Le 1er groupe, faisant un descriptif de l'échantillon de l'enquête en étudiant les données sociodémographiques et professionnelles de l'ex-stagiaire SOS Médecins Meurthe et Moselle, il comporte :

- ***La question 1***, pour connaître le « *sexe* » de l'ex-stagiaire.
- ***La question 2***, pour connaître « *l'année de naissance* » de l'ex-stagiaire.
- ***La question 3***, pour connaître « *la situation familiale actuelle* » de l'ex-stagiaire, avec 3 choix possibles entre : « *Célibataire* », « *Marié(e)* » et « *Vie en couple non marié(e)* ».
- ***La question 4***, pour connaître « *l'existence d'une progéniture* » de l'ex-stagiaire.
- ***La question 5***, pour connaître le profil professionnel actuel de l'échantillon. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, pour connaître le « *mode d'exercice professionnel actuel* » de l'ex-stagiaire SOS, avec 5 choix possibles entre : « *Médecin généraliste libéral, installé* », « *Médecin généraliste libéral, remplaçant* », « *Médecin hospitalier salarié* », « *Médecin généraliste à activité mixte* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).
  - Le 2nd sous-item, pour connaître la « *zone territoriale d'exercice* » de l'ex-stagiaire SOS, avec 2 choix possibles entre : « *plutôt en zone urbaine ou périurbaine* » et « *plutôt en zone rurale* ».

Le 2ème groupe, faisant état de la part de la PDSA dans l'exercice actuel des ex-stagiaires SOS Médecins, il comporte :

- ***La question 6***, dichotomique pour savoir si l'ex-stagiaire a « *une activité au sein d'une association SOS Médecins* ».
- ***La question 7***, permettant d'évaluer « *la part de la PDSA dans l'exercice actuel* » de l'ex-stagiaire SOS, avec 5 choix possibles entre : « *Nulle* », « *Faible (moins de 30%)* », « *Moyenne (entre 30 et 60%)* », « *Elevée (plus de 60%)* » et « *Exclusive* ».

Le 3ème groupe, faisant état de l'apport d'une expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation, chez l'échantillon de l'enquête, il comporte :

- ***La question 8***, permettant de profiler les types de stages d'IMG à SOS Médecins Meurthe et Moselle, au travers de l'expérience personnelle de chaque ex-stagiaire. Elle est divisée en 4 sous-items :

- Le 1er sous-item, pour connaître « *l'année du stage* ».
- Le 2nd sous-item, pour connaître « *la durée du stage* » (en mois).
- Le 3ème sous-item, pour connaître « *le type de stage* », avec 4 choix possibles entre : « *Vacation chez SOS Médecins 54 (vacation hors cabinet dans un centre de soins agrée lors du stage chez le praticien)* », « *Stage SASPAS* », « *Les deux* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).
- Le 4ème sous-item, pour connaître « *le nombre de maîtres de stage côtoyés* ».

- ***La question 10***, permettant d'estimer le profit acquis lors de l'expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

- Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour identifier « *l'existence d'un intérêt de formation lors du stage vis à vis de l'exercice spécifique de la PDSA* ».
- Le 2nd sous-item, s'adressant à l'ex-stagiaire ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour préciser « *la nature du bénéfice acquis* » suite à ce stage, avec 4 choix multiples possibles entre : « *Une initiation et un apprentissage représentatif* », « *Une amélioration pertinente de vos connaissances initiales* », « *Un perfectionnement et une consolidation de vos acquis préalables* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

- ***La question 11***, permettant de connaître l'impact du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle dans l'exercice professionnel vis à vis de la PDSA. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

- Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour relever la « *participation effective seul à la PDSA* » de l'ex-stagiaire.
- Le 2nd sous-item, comme question dichotomique s'adressant à l'ex-stagiaire ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour identifier « l'influence du stage » sur sa participation à la PDSA.

- ***La question 13***, permettant de scruter les avantages de cette expérience professionnelle chez l'échantillon. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

- Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour savoir si l'ex-stagiaire « *recommande le stage à un IMG lorrain* ».
- Le 2nd sous-item, s'adressant à l'ex-stagiaire ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour énumérer « *les avantages de ce terrain de stage* », avec 7 choix possibles

entre : « *Hétérogénéité des pathologies rencontrées* », « *Familiarisation à l'exercice spécifique de la PDSA* », « *Ambivalence de l'exercice professionnel (de l'aide médicale urgente hors urgences vitales à la médecine générale courante)* », « *Formation et apprentissage de l'approche intellectuelle et décisionnelle hors du parcours de soins conventionnel* », « *Exercice charnière entre la médecine de ville et l'hôpital, enrichi par une interconnexion privilégiée avec le SAMU* », « *Mobilisation adaptée d'une aide logistique (réseaux de soins (HAD, Maison de retraite,)) et/ou matérielle (ECG, Défibrillateur Semi Automatique, Aérosol, Oxygène médical, Médicaments injectables, Kit de suture, ..) face aux situations cliniques rencontrées* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

Le 4ème groupe, permettant la comparaison thématique au travers de 3 questions maitresses représentatives (de la connaissance, la formation et la perception future du concept de la PDSA), entre les réponses des ex-stagiaires SOS Médecins et celles des IMG de la 1ère enquête ; il comporte :

- ***La question 9***, relative à la connaissance du concept de la PDSA avant le stage à SOS Médecins, permettant de comparer les données de ce thème avec celles de la *'question 7 de la 1ère enquête'*. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour relever la « *connaissance effective du concept de la PDSA* » avant le stage.
  - Le 2nd sous-item, s'adressant à l'ex-stagiaire ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour connaître la « *période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus* », avec 6 choix multiples possibles entre : « *Stage chez le généraliste, durant l'externat* », « *Stage chez le praticien (avec le maitre de stage comme médecin effecteur)*», « *Cours théoriques au DUMG* », « *Stage SASPAS* », « *Remplacement* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

- ***La question 12***, relative la nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA dans le cursus d'un IMG lorrain, permettant de comparer les données de ce thème avec celles de la *'question 11 de la 1ère enquête'*. Elle est divisée en 2 sous-items, avec :

  - Le 1er sous-item, comme question dichotomique pour évaluer l'adhésion à la « *nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA* » lors du cursus.

- Le 2nd sous-item, s'adressant à l'ex-stagiaire ayant répondu « oui » au 1er sous-item, pour connaître la (ou les) «*déclinaison(s) ou période(s) du cursus préférée(s) pour ce projet spécifique de formation à la PDSA* », avec 4 choix multiples possibles entre : « *Stage chez le praticien (avec l'exemple d'un nombre minimum de garde(s) avec le maitre de stage comme médecin effecteur)* », « *Nombre minimum de gardes au cours d'une vacation spécifique dans une structure exclusivement dédiée à la PDSA (ex. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle)* », « *Cour théorique ou Séminaire au DUMG* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

- ***La question 14***, relative à « *la perception future de l'activité relative à la PDSA* » par l'ex-stagiaire SOS, permettant de comparer les données de ce thème avec celles de la *'question 15 de la 1ère enquête',* avec 5 choix possibles entre : « *Part intégrante de l'activité de tout médecin généraliste* », « *Activité exclusive de médecin généraliste formé aux déclinaisons spécifiques de la PDSA* », « *Retour à l'activité à « l'ancienne » (Médecin de famille joignable par sa patientele en dehors des heures d'ouverture du cabinet)* », « *Intégration de cette activité au sein d'une structure hospitalière (organisation mixte avec poste fixe de consultation et médecin effecteur mobile calqué sur l'organisation actuelle SAU-SMUR, médecin généraliste salarié)* » et « *Autre* » (avec possibilité de précision de la réponse).

V^{ème} Partie :

RÉSULTATS

1. La 1ère enquête
2. La 2ème enquête
3. Comparaison des résultats des deux enquêtes

L'exploitation des données recueillies lors de l'étude (1ère et 2ème enquête) a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

L'analyse statistique s'est faite avec le même support informatique, sous l'encadrement de Madame la Professeure Eliane Albuisson, PU-PH en Biostatistiques, Informatique Médicale et Techniques de Communication, à la faculté de Médecine de Nancy.

Une analyse descriptive avec stratification des données a été entreprise initialement, puis on a eu recours à l'utilisation de trois tests statistiques selon leurs conditions standards d'application, avec une valeur seuil de p-value fixée à 0,05 :

- Le test Chi2 (lorsque les effectifs théoriques sont supérieurs à 5) et le test exact de Fisher (pour les petits effectifs (≤ à 5)) afin de tester l'indépendance entre deux variables qualitatives ou la comparaison de deux proportions observées.
- Le test de Student pour la comparaison des moyennes observées.

1. La 1ère enquête

Elle s'est déroulée du 27 février 2013 au 30 juin 2013.

1.1. Taux de retour

La population-mère de la 1ère enquête compte 278 IMG correspondant aux critères de sélection, avec 62% (171) de femmes et 38% (107) d'hommes.

Depuis le début de l'enquête le 27 février 2013, et après recours à 4 relances, 122 IMG ont répondu au questionnaire, soit un taux de retour de 43,88%.

Deux questionnaires ont été partiellement inexploitables à cause de l'absence de réponse à un ou plusieurs items. Des relances individualisées ont été effectuées pour récupérer toutes les réponses concernant ces deux questionnaires.

La procédure de suivi des non réponses a concerné les 156 IMG restants. Seulement 34 d'entre eux ont accepté de préciser le motif de leur non collaboration à cette enquête. Ainsi, le taux de suivi des non réponses est de 21,79%. Aucune relance n'a été entreprise.

Les motifs de non réponse sont résumés ci-après :

- « Réponse avec retour de questionnaire rempli sans précision du motif » pour 12 IMG non répondants. Bien évidement, ces questionnaires n'ont pas été inclus aux résultats de l'enquête.
- « Oubli » pour 13 IMG non répondants.
- « Pas de temps » pour 6 IMG non répondants.
- « Absence d'intérêt pour le sujet » pour 3 IMG non répondants.

1.2. Représentativité de l'échantillon

Les 122 IMG répondants au questionnaire de la 1ère enquête se composent de 66% (81) de femmes et 34% (41) d'hommes. Ces proportions sont satisfaisantes par rapport à ceux de la population-mère.

1.3. Analyse statistique des résultats

La présentation des résultats de la 1ère enquête suit la même conception pédagogique entreprise lors de l'élaboration du questionnaire (cf. le paragraphe « 3.1. Elaboration du questionnaire » du chapitre IV.1 « PREMIERE ENQUETE » dans la 4ème partie « Matériel et Méthodes ») ; à savoir leur rassemblement en 4 groupes à thèmes.

1.3.1. Descriptif de l'échantillon (n=122) avec les données sociodémographiques et professionnelles

Question 1 : « le sexe »

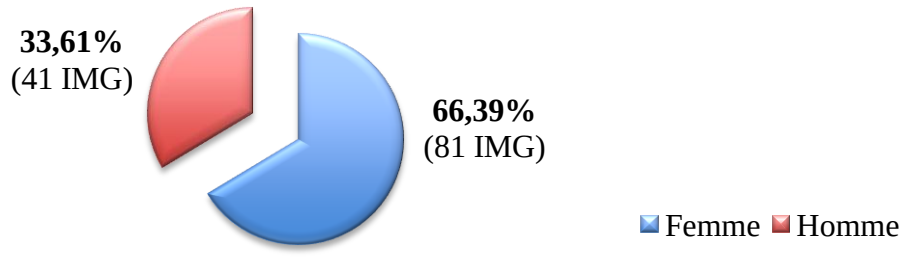

Figure 1.1 : Répartition selon le sexe de l'échantillon de la 1ère enquête

Question 2 : « l'année de naissance »

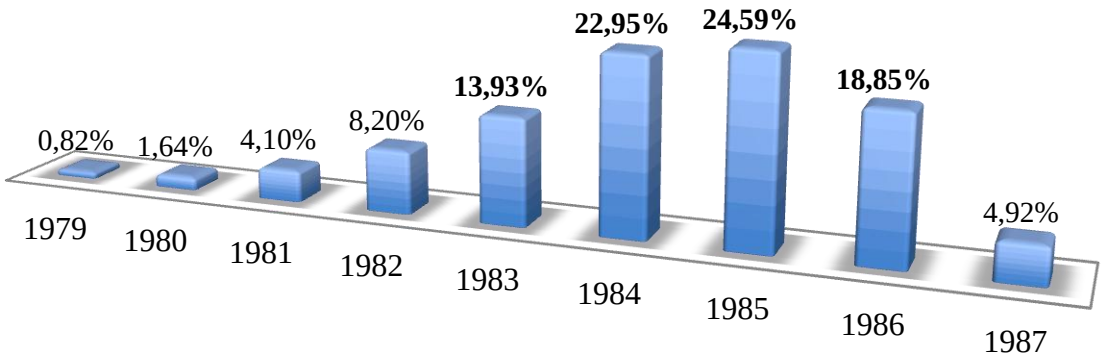

Figure 1.2 : Répartition selon l'année de naissance de l'échantillon de la 1ère enquête

L'année de naissance des IMG de l'échantillon se situe entre 1979 et 1987.

La moyenne d'âge est de 28,76 ans. La médiane d'âge est de 29 ans.

Les plus jeunes (n'=6) ont 26 ans. Le plus âgé a 34 ans.

L'année de naissance de la majorité des IMG de l'échantillon se situe entre 1983 et 1986, avec une proportion de 80,32% des répondants. Cela correspond aux promotions TCEM des étudiants inscrits à la faculté de Médecine de Nancy, ciblées par les critères de sélection de la 1ère enquête.

Question 3 : « la situation familiale actuelle »

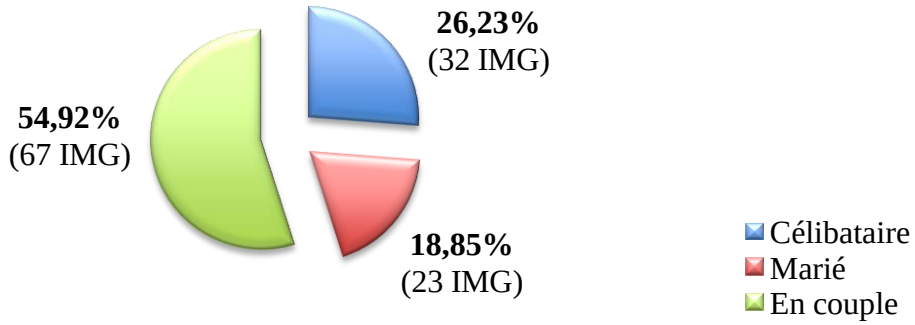

Figure 1.3 : Répartition selon la situation familliale actuelle de l'échantillon de la 1ère enquête

Question 4 : « l'existence d'une progéniture »

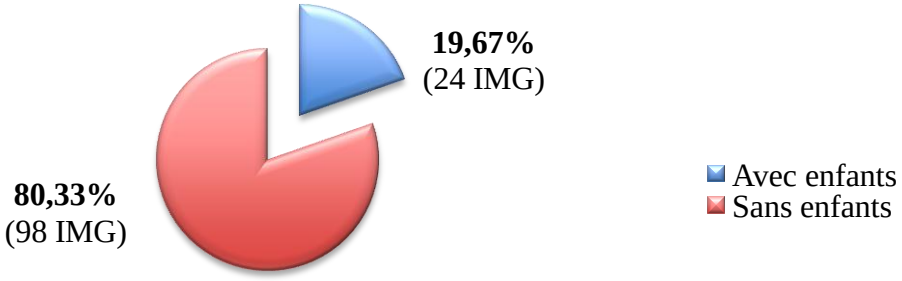

Figure 1.4 : Répartition selon l'existence ou non d'une progéniture de l'échantillon de la 1ère enquête

En analyse bi-variée, le test exact de Fisher permet d'écarter un lien statistique entre la situation familiale et l'existence d'une progéniture : p-value égale à 8,516 (*valeur seuil à 0,05*).

Question 5 : « le niveau d'étude »

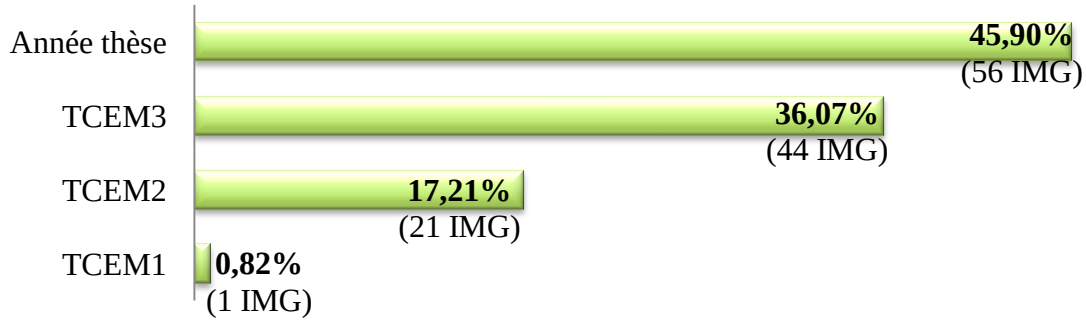

Figure 1.5 : Répartition selon l'année d'étude de l'échantillon de la 1ère enquête

NB : Dans la 1ère enquête, la réalisation du test Chi2 en analyse bi-variée avec la variable « niveau d'étude » a nécessité une adaptation pour obtenir une validité statistique. Il s'agit du rassemblement des données de la variable « niveau d'étude » en 2 groupes, au lieu des 4 initiaux, soit :

- 'TCEM' avec un effectif à 66 IMG (54,10%), correspondant aux réponses TCEM1, TCEM2 et TCEM3.
- et 'Année de thèse' (n'=56).

Question 6 : « le profil professionnel »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *le mode d'exercice professionnel futur* »

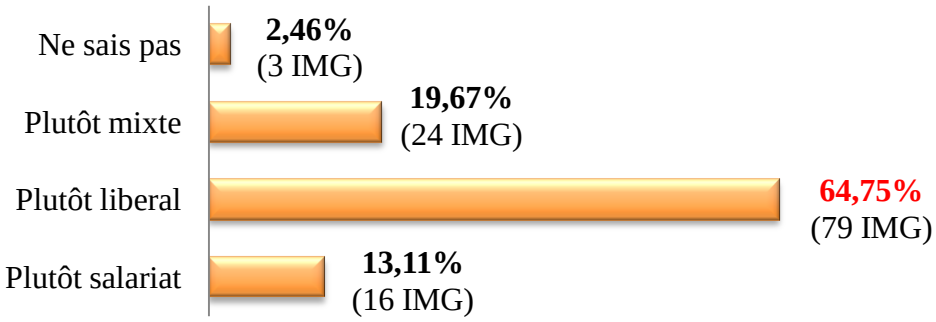

Figure 1.6a : Répartition selon le mode d'exercice futur de l'échantillon de la 1ère enquête

En analyse bi-variée (*Tableau V.1* ci-après), l'utilisation du test de Fisher ne montre pas d'influence statistique de la variable « mode d'exercice futur » par celles du « sexe » et du « niveau d'étude » : p-value respectivement égale à 0,246 avec la variable « sexe » et 0,736 avec la variable « niveau d'étude ».

Tableau V.1 : Analyse bi-variée du choix du mode d'exercice futur, en fonction du sexe et du niveau d'étude. 1ère enquête.

	Mode d'exercice futur								
	Salariat		Libéral		Mixte		NSP*		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe									
Femme	14	*(11,48%)*	50	*(40,98%)*	15	*(12,30%)*	2	*(1,64%)*	0,246
Homme	2	*(1,64%)*	29	*(23,77%)*	9	*(7,38%)*	1	*(0,82%)*	
Niveau d'étude									
TCEM	9	*(7,38%)*	40	*(32,79%)*	15	*(12,30%)*	2	*(1,64%)*	0,736
Année de thèse	7	*(5,74)*	39	*(31,97%)*	9	*(7,38%)*	1	*(0,82%)*	

** : Ne Sais Pas*
*** : valeur seuil à 0,05*

→ Sous-item : « *la zone territoriale d'exercice professionnel futur* »

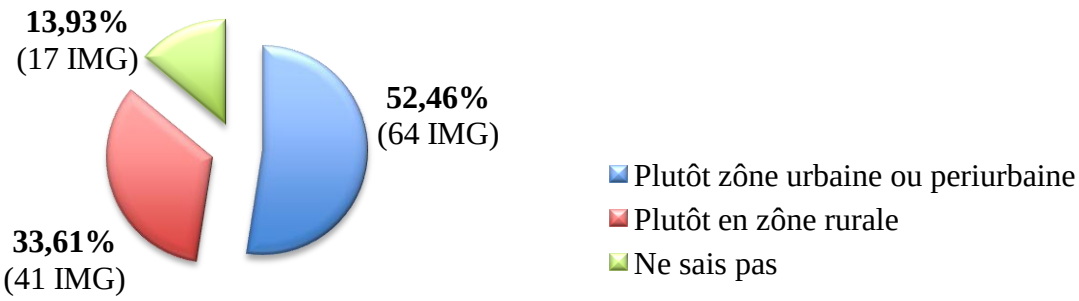

Figure 1.6b : Répartition selon la zone territoriale d'exercice professionnel futur de l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse bi-variée est résumée dans le *Tableau V.2* ci-dessous. Elle montre :

- Une dépendance statistique entre le sexe et le choix du lieu d'exercice futur, avec une contribution significative du sexe masculin dans le choix d'installation en zone urbaine et péri-urbaine : p-value égale à 0,017.
- Une influence statistique du niveau d'étude sur le choix du lieu d'exercice futur, avec une contribution significative des IMG en année de thèse dans le choix d'installation en zone urbaine et péri-urbaine : p-value égale à 0,035.
- L'absence de lien statistique entre le mode et le lieu d'exercice futur : p-value égale à 0,864.

Tableau V.2 : Analyse bi-variée du choix du lieu d'exercice futur, en fonction du sexe, du niveau d'étude et du mode d'exercice futur. 1ère enquête.

	Lieu d'exercice futur						
	Urbain (Péri-)		Rural		NSP*		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	
Sexe							
Femme	35	*(28,69%)*	33	*(27,05%)*	13	*(10,66%)*	0,017
Homme	29	*(23,77%)*	8	*(6,56%)*	4	*(3,28%)*	
Niveau d'étude							
TCEM	28	*(22,95%)*	25	*(20,49%)*	13	*(10,66%)*	0,035
Année de thèse	36	*(29,51%)*	16	*(13,11%)*	4	*(3,28%)*	
Mode d'exercice futur							
Salariat	8	*(6,56%)*	6	*(4,92%)*	2	*(1,64%)*	0,864
Libéral	40	*(32,79%)*	28	*(22,95%)*	11	*(9,02%)*	
Mixte	14	*(11,48%)*	7	*(5,74%)*	3	*(2,46%)*	
NSP*	2	*(1,64%)*	0	*(0,00%)*	1	*(0,82%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

1.3.2. La connaissance du concept de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine

Question 7 : « la connaissance du concept de la PDSA »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *la connaissance effective du concept de la PDSA* »

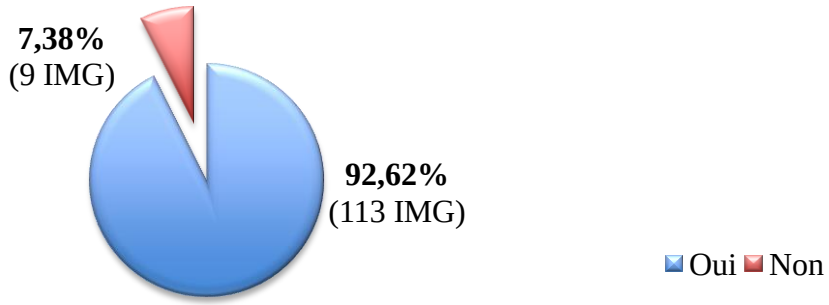

Figure 1.7a : Répartition selon la connaissance effective du concept de la PDSA chez l'échantillon de la 1ère enquête

→ Sous-item : « *la période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus* »

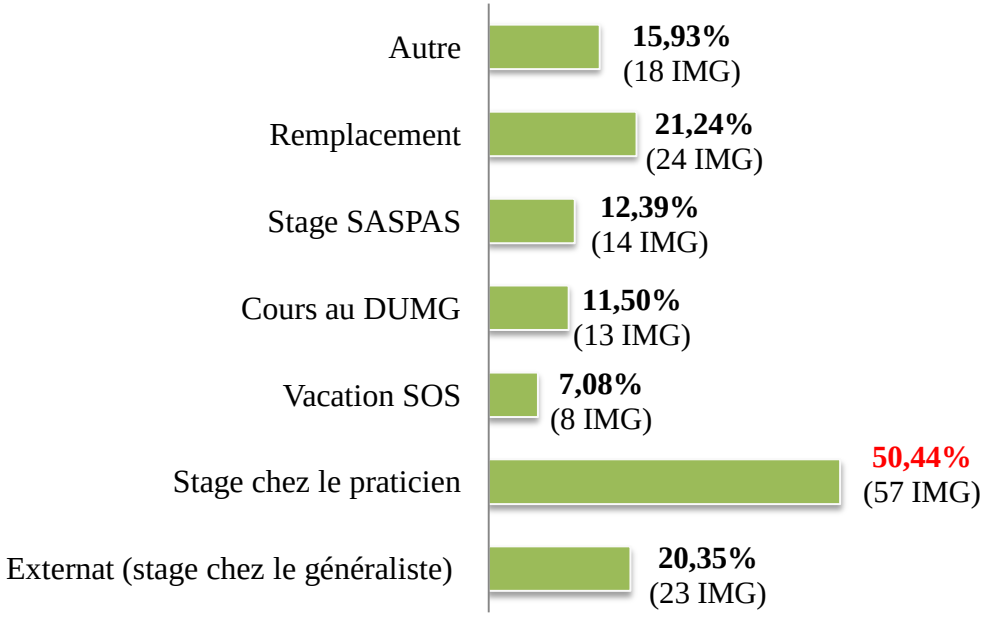

Figure 1.7b : Distribution pondérée en pourcentages de la période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus, chez les IMG concernés (n=113) de l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse descriptive de ces résultats montre :

- Une nette prédominance du stage chez le praticien comme occasion de connaissance du concept de la PDSA, notamment chez la moitié des IMG de l'échantillon.
- Des faibles proportions, respectivement 11,5% et 12,39% pour l'enseignement théorique au DUMG et le stage SASPAS.
- Deux proportions non négligeables de connaissance de la PDSA lors de l'externat (20,35%) et le remplacement en médecine générale (21,24%).
- Seulement 7,08% des IMG ont eu l'occasion de connaître le concept de la PDSA lors d'une vacation au sein de SOS Médecins Meurthe et Moselle.
- En réponse libre, 18 IMG ont connu autrement le concept de la PDSA, avec :

  - Une majorité lors de leur stage aux urgences (n'=9),
  - Amis ou connaissances (n'=3),
  - Environnement médical familial (n'=3),
  - Contrat d'Engagement de Service Public (n'=1),
  - Engagement à l'ISNAR-IMG (n'=1),
  - Revue médicale (n'=1).

Question 8 : « la connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA »

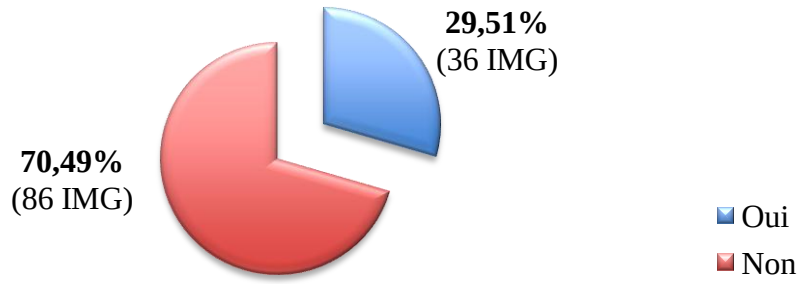

Figure 1.8 : Répartition selon la connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA, chez l'échantillon de la 1ère enquête

En analyse bi-variée (*Tableau V.3* ci-après), l'utilisation du test de Chi 2 montre l'indépendance statistique de la variable « la connaissance de la nouvelle organisation régionale de la PDSA » avec celle du « sexe » (p-value à 0,378) et celle du « niveau d'étude » (p-value à 0,315).

Tableau V.3 : Analyse bi-variée de la connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA, en fonction du sexe et du niveau d'étude. 1ère enquête.

Connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA					
	Oui		Non		**p-value** (Chi2)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	26	*(21,31%)*	55	*(45,08%)*	0,378
Homme	10	*(8,20%)*	31	*(25,41%)*	
Niveau d'étude					
TCEM	22	*(18,03%)*	44	*(36,07%)*	0,315
Année de thèse	14	*(11,48%)*	42	*(34,43%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

Le constat insatisfaisant au travers de cette question interpelle compte tenu de la forte connaissance du concept de la PDSA, observée dans la question 7 (pour rappel, 92,62% des IMG de l'échantillon).

L'analyse bi-variée en fonction de ce résultat est présentée dans le *Tableau V.4*, ci-après.

Elle montre :

- L'absence d'influence statistique de la connaissance du concept de la PDSA durant le cursus sur la connaissance de l'organisation régionale 2012 : p-value égale à 0,057.

Néanmoins, on note que 89,53% des IMG 'connaissant le concept de la PDSA' (n''=77) ne connaissent pas la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA.

- L'absence de lien statistique entre la connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA et les différentes périodes de connaissance du concept de la PDSA durant le cursus des IMG (toutes les p-value sont supérieures à 0,05 ; cf. *Tableau V.4*) en dehors de la période de connaissance de la PDSA correspondant à une réponse libre (p-value égale à 0,039).

Tableau V.4 : Analyse bi-variée de la connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA, en fonction de la connaissance du concept de la PDSA. 1ère enquête.

Connaissance de la nouvelle organisation régionale 2012 de la PDSA						
		Oui		Non		**p-value****
		n	%	n	%	**(test statistique)**
Connaissance du concept de la PDSA						
	Oui	36	*(29,51%)*	77	*(63,11%)*	0,057
	Non	0	*(0,00%)*	9	*(7,38%)*	*(Fisher)*
Période de connaissance de la PDSA						
Externat						
	Oui	4	*(3,28%)*	19	*(15,57%)*	0,157
	Non	32	*(26,23%)*	67	*(54,92%)*	*(Chi 2)*
Stage chez le praticien						
	Oui	18	*(14,75%)*	39	*(31,97%)*	0,639
	Non	18	*(14,75%)*	47	*(38,53%)*	*(Chi 2)*
Vacation SOS						
	Oui	3	*(2,46%)*	5	*(4,10%)*	0,692
	Non	33	*(27,05%)*	81	*(66,39%)*	*(Fisher)*
Enseignement théorique au DUMG						
	Oui	2	*(1,64%)*	11	*(9,02%)*	0,341
	Non	34	*(27,87%)*	75	*(61,47%)*	*(Fisher)*
SASPAS						
	Oui	4	*(3,28%)*	10	*(8,20%)*	1
	Non	32	*(26,22%)*	76	*(62,30%)*	*(Fisher)*
Remplacement						
	Oui	9	*(7,38%)*	15	*(12,30%)*	0,338
	Non	27	*(22,13%)*	71	*(58,19%)*	*(Chi 2)*
Autre						
	Oui	9	*(7,38%)*	9	*(7,38%)*	0,039
	Non	27	*(22,13%)*	77	*(63,11%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

Question 9 : « la connaissance des 4 principes règlementaires de l'organisation actuelle de la PDSA »

Les résultats observés des 4 sous-items de la question sont présentés séparément.

Afin d'obtenir une appréciation optimale des réponses des IMG à cette question, une procédure de regroupement des données recueillies pour chaque réponse (entre deux ou plusieurs valeurs) a été entreprise :

- « Bonne réponse », lorsque la valeur donnée comme réponse de l'IMG est vraie.
- « Mauvaise réponse », lorsque la valeur donnée comme réponse de l'IMG est fausse.

→ Sous-item : « *Principe n°1 : la participation à la PDSA* »

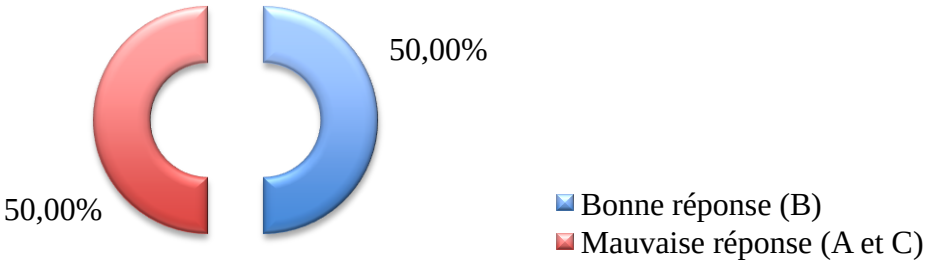

Figure 1.9a : Répartition selon la connaissance du principe n°1 de l'organisation actuelle de la PDSA "Participation", chez l'échantillon de la 1ère enquête

La performance des IMG répondants au sujet de la connaissance du principe n°1 de l'organisation actuelle de la PDSA « Participation à la PDSA » est de 50%. Elle est insuffisante.

Ainsi, la moitié de l'échantillon (61 IMG soit 50%) ne savent pas que la participation à la PDSA est basée sur le volontariat (réponse B).

Parmi ce groupe, 41 IMG (33,61%) pensent que la participation est obligatoire (réponse A) et 20 IMG (16,39%) ne se prononcent pas (réponse C).

→ Sous-item : « *Principe n°2 : la régulation médicale* »

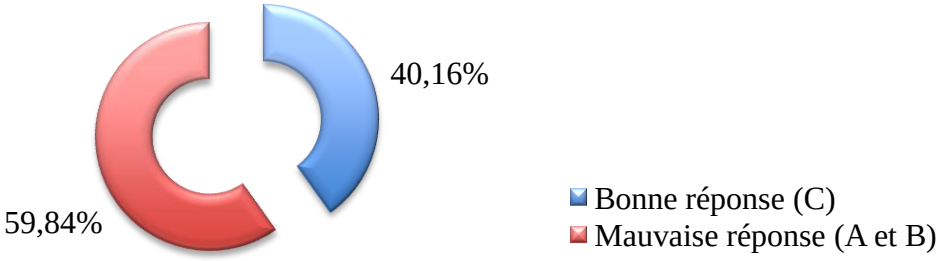

Figure 1.9b : Répartition selon la connaissance du principe n°2 de l'organisation actuelle de la PDSA "Régulation", chez l'échantillon de la 1ère enquête

Concernant le principe n°2 « la régulation médicale », la performance des IMG répondants est médiocre, de seulement 40,16% (n'=49).

Ainsi, 73 IMG (59,84%) ignorent que les demandes de soins non programmés ne bénéficient pas toutes de la régulation médicale sur le territoire national (réponse C).

Dans ce groupe, on pense que ces demandes sont soit exclusivement régulées (réponse A) pour 69 IMG (56,56%) soit non régulées (réponse B) pour 4 IMG (3,28%).

→ Sous-item : « *Principe n°3 : l'activité des soins non programmés (ou le mode de garde)* »

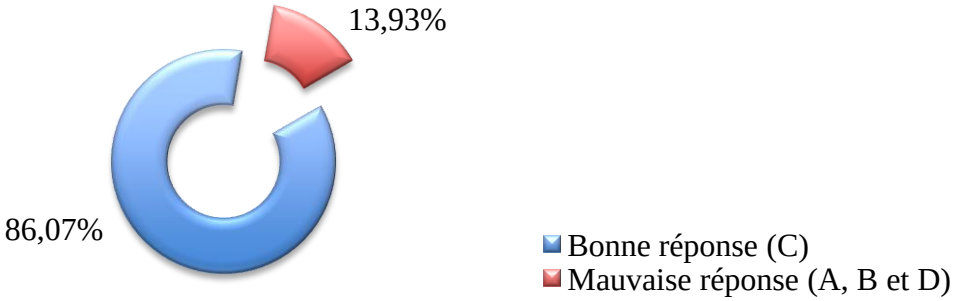

Figure 1.9c : Répartition selon la connaissance du principe n°3 de l'organisation actuelle de la PDSA "Activité des soins non programmés (ou mode de garde)", chez l'échantillon de la 1ère enquête

La performance de l'échantillon concernant le principe n°3 « l'activité des soins non programmés (ou le mode de garde) » est de 86,07%. Elle est bonne et satisfaisante.

Seulement 17 IMG (13,93%) pensent que l'activité des soins en PDSA est basée soit sur la visite seule (réponse A pour 12 IMG soit 9,84%) soit ne se prononce pas (réponse D pour 5

IMG soit 4,10%). Aucun IMG n'a répondu « Fixe (poste de garde sans déplacement) » (réponse B).

→ Sous-item : « *Principe n°4 : l'organisation territoriale de la PDSA* »

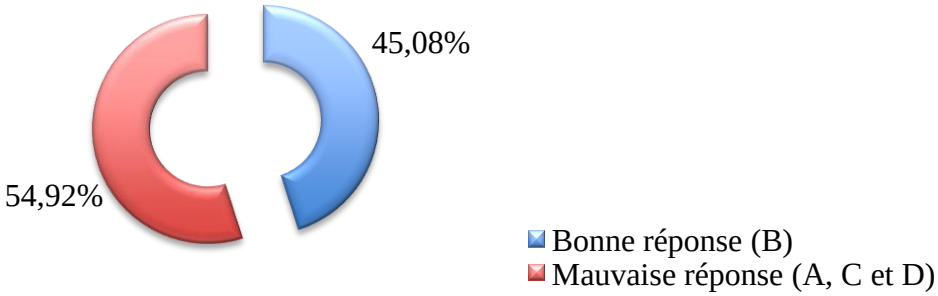

Figure 1.9d : Répartition selon la connaissance du principe n°4 de l'organisation actuelle "Organisation territoriale de la PDSA", chez l'échantillon de la 1ère enquête

La performance au sujet du principe n°4 « l'organisation territoriale de la PDSA » est de 45,08% (n'=55). Elle est très insuffisante voire médiocre.

Ainsi, 67 IMG (54,92%) ignorent que l'organisation est sectorielle prédéfinie par les ARS (réponse B).

Dans ce groupe, on pense que cette organisation est soit « géographique préfectorale (et sous préfectorale) » (réponse A) pour 4 IMG (3,28%) soit « ordinale géographique et démographique médicale » (réponse C) pour 25 IMG (20,49%).

38 IMG (31,15%) ne se prononcent pas (réponse D).

→ Synthèse des résultats de la question 9 :

Les IMG de l'échantillon connaissent mal les règles fondamentales de la PDSA, avec une performance moyenne de 55,33%.

L'analyse bi-variée de ces performances observées avec le sexe et le niveau d'étude ne montre pas de lien statistique (toutes les p-value sont > à 0,05), comme résumé dans le *Tableau V.5* ci-après.

Tableau V.5 : Analyse bi-variée de la connaissance des principes de l'organisation actuelle de la PDSA, en fonction du sexe et du niveau d'étude. 1ère enquête.

	Sexe			**Niveau d'étude**		
Principes de l'organisation actuelle de la PDSA	Femme n (%)	Homme n (%)	**p-value** (Chi2)**	TCEM n (%)	Non n (%)	**p-value** (Chi2)**
N°1 : Participation à la PDSA						
Bonne réponse	42 *(34,43%)*	19 *(15,57%)*	0,565	31 *(25,41%)*	30 *(24,59%)*	0,467
Mauvaise réponse	39 *(31,97%)*	22 *(18,03%)*		35 *(28,69%)*	26 *(21,31%)*	
N°2 : Régulation médicale						
Bonne réponse	32 *(26,23%)*	17 *(13,93%)*	0,835	29 *(23,77%)*	20 *(16,39%)*	0,356
Mauvaise réponse	49 *(40,16%)*	24 *(19,67%)*		37 *(30,33%)*	36 *(29,51%)*	
N°3 : Activité des soins non programmés						
Bonne réponse	71 *(58,20%)*	34 *(27,87%)*	0,476	58 *(47,54%)*	47 *(38,52%)*	0,530
Mauvaise réponse	10 *(8,20%)*	7 *(5,74%)*		8 *(6,56%)*	9 *(7,38%)*	
N°4 : Organisation territoriale de la PDSA						
Bonne réponse	37 *(30,33%)*	18 *(14,75%)*	0,852	31 *(25,41%)*	24 *(19,67%)*	0,65
Mauvaise réponse	44 *(36,07%)*	23 *(18,85%)*		35 *(28,69%)*	32 *(26,23%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

Par contre, le constat de l'insuffisance de connaissance des principes fondamentaux de la PDSA contraste avec le résultat de la question 7 ; à savoir 92,62% des IMG connaissant le concept de la PDSA. L'utilisation du test exact de Fisher en analyse bi-variée, est résumée dans le *Tableau V.6* ci-après.

Elle montre :

- La présence d'un lien statistique entre la connaissance du concept de la PDSA et la nature de la réponse de l'IMG au 1er principe règlementaire de l'organisation de la PDSA : p-value égale à 0,032.

- L'absence d'influence statistique de la connaissance du 'principe n°2 : la régulation médicale' par la connaissance du concept de la PDSA : p-value égale à 1.

- Une dépendance statistique entre la bonne connaissance du 'principe n°3 : le type d'activité des soins non programmés' (86,07% des IMG) et la bonne connaissance du concept de la PDSA (92,62% des IMG) : p-value égale à 0,021.

- L'absence de lien statistique entre la connaissance du 'principe n°4 : l'organisation territoriale de la PDSA' et la connaissance du concept de la PDSA : p-value égale à 0,182.

Tableau V.6 : Analyse bi-variée de la connaissance des principes de l'organisation actuelle de la PDSA, en fonction de la connaissance du concept de la PDSA. 1ère enquête.

	Connaissance du concept de la PDSA				
Principes de l'organisation actuelle de la PDSA	Oui		Non		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	
N°1 : Participation à la PDSA					
Bonne réponse	60	*(49,18%)*	1	*(0,82%)*	0,032
Mauvaise réponse	53	*(43,44%)*	8	*(6,56%)*	
N°2 : Régulation médicale					
Bonne réponse	45	*(36,89%)*	4	*(3,28%)*	1
Mauvaise réponse	68	*(55,74%)*	5	*(4,10%)*	
N°3 : Activité des soins non programmés					
Bonne réponse	100	*(81,97%)*	5	*(4,10%)*	0,021
Mauvaise réponse	13	*(10,66%)*	4	*(3,28%)*	
N°4 : Organisation territoriale de la PDSA					
Bonne réponse	53	*(43,44%)*	2	*(1,64%)*	0,182
Mauvaise réponse	60	*(49,18%)*	7	*(5,74%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

1.3.3. Le degré de sensibilisation et la formation à la PDSA lors du cursus

Question 10 : « le degré de sensibilisation à la PDSA de l'IMG et la compatibilité de son niveau de formation avec la capacité de participation seul à la PDSA »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : *« la sensibilisation à la PDSA durant le cursus »*

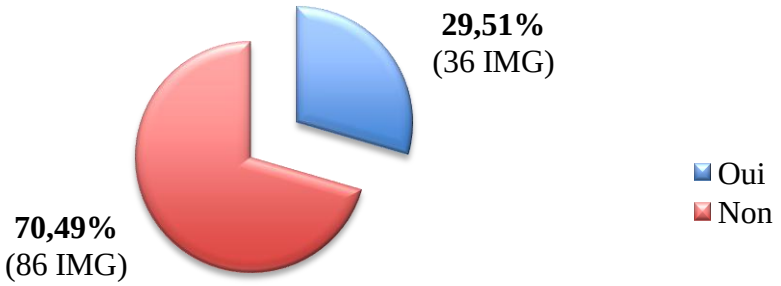

Figure 1.10a : Répartition selon la sensibilisation à la PDSA durant le cursus, chez l'échantillon de la 1ère enquête

Parmi les IMG sensibilisés (n'=36), les proportions relatives au sexe (72,22% de femmes et 27,78% d'hommes) et au niveau d'étude (la majorité (80,56%) en fin de cursus avec 33,33% en TCEM3 et 47,22% en année de thèse) sont superposables à celles de l'échantillon.

L'analyse descriptive montre des effectifs importants d'IMG ne connaissant pas l'organisation 2012 de la PDSA en Lorraine, quelque soit leur sensibilisation à ce concept.

La figure suivante illustre ce constat.

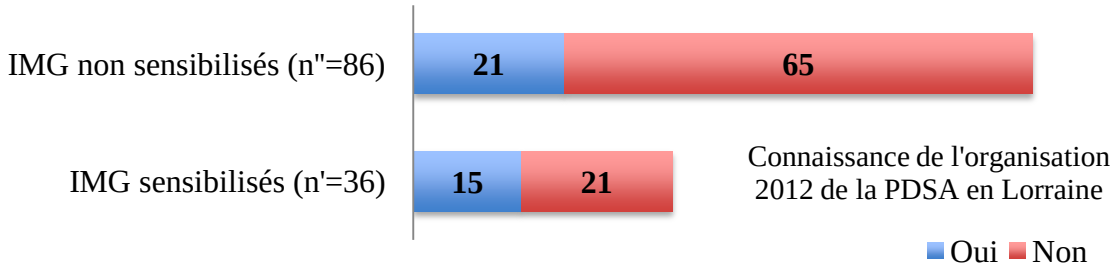

Figure 1.10c : Illustration, en nombre d'IMG, de la connaissance de l'organisation régionale 2012 de la PDSA en fonction de leur sensibilisation à ce concept durant le cursus de formation de l'échantillon de la 1ère enquête (n=122)

L'analyse bi-variée de ce faible degré de sensibilisation en fonction des variables suivantes : le sexe, le niveau d'étude, la connaissance du concept de la PDSA et la connaissance de l'organisation régionale 2012, est présentée dans le *Tableau V.7 ci-dessous*.

Elle montre :

- L'absence d'influence statistique du sexe et du niveau d'étude sur la sensibilisation à la PDSA, avec p-value respectivement égale à 0,378 et 0,850.
- Une indépendance statistique de la sensibilisation à la PDSA par rapport à la connaissance de ce concept et de son organisation régionale 2012, avec p-value égale à 0,057 pour les deux. Néanmoins, cette valeur est très proche du seuil témoignant probablement d'une influence statistique à minima.

Tableau V.7 : Analyse bi-variée de la sensibilisation à la PDSA durant le cursus en fonction du sexe, du niveau d'étude, de la connaissance du concept de la PDSA et de la connaissance de l'organisation régionale 2012. 1ère enquête.

Sensibilisation à la PDSA durant le cursus					
	Oui		Non		**p-value****
	n	%	n	%	**(test statistique)**
Sexe					
Femme	26	*(21,31%)*	55	*(45,08%)*	0,378
Homme	10	*(8,20%)*	31	*(25,41%)*	*(Chi 2)*
Niveau d'étude					
TCEM	19	*(15,57%)*	47	*(38,52%)*	0,850
Année de thèse	17	*(13,93%)*	39	*(31,97%)*	*(Chi 2)*
Connaissance du concept de la PDSA					
Oui	36	*(29,51%)*	77	*(63,11%)*	0,057
Non	0	*(0,00%)*	9	*(7,38%)*	*(Fisher)*
Connaissance de l'organisation régionale 2012 de la PDSA					
Oui	15	*(12,30%)*	21	*(17,21%)*	0,057
Non	21	*(17,21%)*	65	*(53,28%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

→ Sous-item : « *la concordance du niveau de formation avec la capacité de participation seul à une garde lors de la PDSA, chez les IMG sensibilisés* »

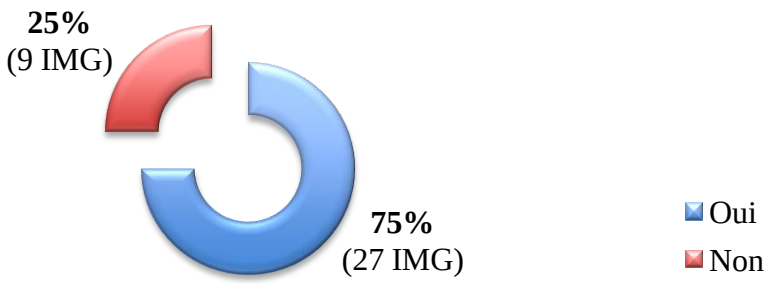

Figure 1.10b : Répartition selon la concordance du niveau de formation avec la capacité de participation seul à une garde lors de la PDSA, chez les IMG sensibilisés (n' = 36) de l'échantillon de la 1ère enquête

Question 11 : « la nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA dans le cursus d'un IMG lorrain »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *l'adhésion à la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA lors du cursus* »

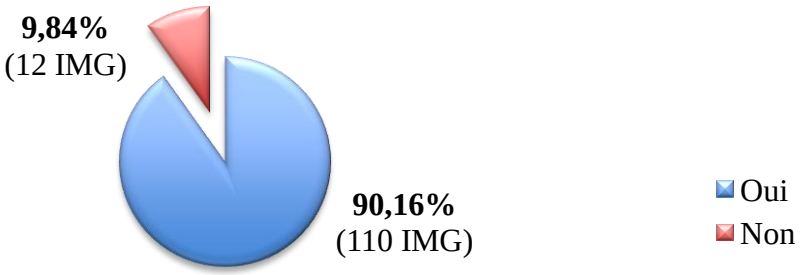

Figure 1.11a : Répartition selon l'adhésion à la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA lors du cursus, chez l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse bi-variée est résumée dans le *Tableau V.8*. Elle montre :

- Une indépendance par rapport aux variables du sexe (p-value égale à 0,535) et du niveau d'étude (p-value égale à 0,757).

- L'absence d'influence statistique de la connaissance du concept de la PDSA et du degré de sensibilisation durant le cursus avec p-value égale à 1 pour les deux variables.

Tableau V.8 : Analyse bi-variée de l'adhésion à la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA en fonction du sexe, du niveau d'étude, de la connaissance du concept de la PDSA et de la sensibilisation durant le cursus. 1ère enquête.

Adhésion à la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA					
	Oui		Non		**p-value****
	n	%	n	%	**(test statistique)**
Sexe					
Femme	74	*(60,66%)*	7	*(5,74%)*	0,535
Homme	36	*(29,51%)*	5	*(4,10%)*	*(Fisher)*
Niveau d'étude					
TCEM	59	*(48,36%)*	7	*(5,74%)*	0,757
Année de thèse	51	*(41,80%)*	5	*(4,10%)*	*(Chi 2)*
Connaissance du concept de la PDSA					
Oui	102	*(83,61%)*	11	*(9,02%)*	1
Non	8	*(6,56%)*	1	*(0,82%)*	*(Fisher)*
Sensibilisation à la PDSA durant le cursus					
Oui	33	*(27,05%)*	3	*(2,46%)*	1
Non	77	*(63,11%)*	9	*(7,38%)*	*(Fisher)*

*** : valeur seuil à 0,05*

→ Sous-item : *« la (ou les) déclinaison(s) ou période(s) du cursus préférée(s) pour le volet spécifique de formation à la PDSA »*

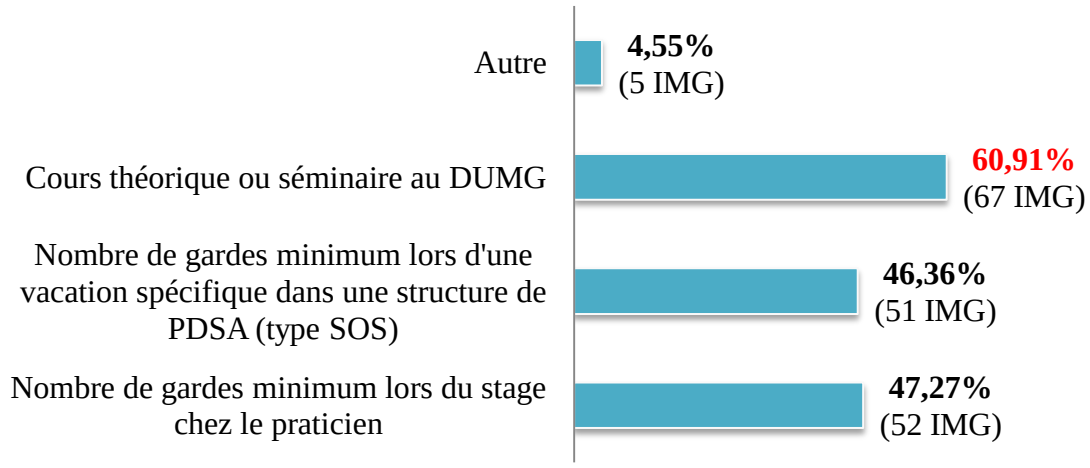

Figure 1.11b : Distribution pondérée en pourcentages des périodes du cursus préférées pour le volet spécifique de formation à la PDSA, chez les IMG concernés (n=110) de l'échantillon de la 1ère enquête

La forte demande des IMG concernant la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA, montre qu'elle est double :

- Un versant théorique fortement souhaité, par 60,91% des IMG adhérents (soit 67 IMG), sous la forme d'un enseignement organisé par le DUMG.
- Un versant pratique, sous la forme d'un nombre de gardes effectuées dans le cadre de la PDSA, clairement indispensable pour les IMG.

Le choix d'effectuer un nombre minimum de gardes dans le cadre de la PDSA, en accompagnant le maitre de stage agrée, est partagé entre les deux déclinaisons proposées avec des proportions quasi égales :

- 47,27% d'entre eux préfèrent plutôt le stage chez le praticien.
- 46,36% plutôt lors d'une vacation dans une structure de PDSA de type SOS Médecins.

Les 5 IMG qui se sont exprimés en réponse libre, l'ont fait de la façon suivante :

- Un précise que le choix doit se faire « *sur volontariat* ».
- « *Garde à faire lors des stages chez le praticien et lors des stages SASPAS, rémunérées au même tarif que les gardes hospitalières, à raison de 5 / mois, avec repos de garde si garde de nuit profonde. Ne pas faire obligatoirement avec les praticiens responsables du stage* ».
- « *Je pense que la réponse A* (stage chez le praticien) *est intéressante mais difficile à mettre en place car il faudrait un logement sur place. La réponse B* (structure de PDSA type SOS) *est intéressante également, mais il me semble que les gardes au cabinet et les gardes SOS ne se ressemblent pas trop* ».
- « *L'idéal serait en stage mais étant maman d'un nourrisson je n'ai nullement envie de faire des gardes de nuit* ».
- « *Quelque chose qui soit bref, mais quelque chose quand même. Sinon quoi ? Sinon est ce que l'ordre pourrait envoyer un courrier aux internes pour les inviter à participer à la PDSA dès qu'ils seront capables de remplacer* ».

L'analyse statistique bi-variée entre les choix des déclinaisons de formation à la PDSA et les périodes de connaissance de ce concept est présentée ci-après. Elle montre :

- Pour le choix du stage chez le praticien, une indépendance statistique avec la période de connaissance de la PDSA par les IMG de l'échantillon (toutes les p-value sont > à 0,05), comme le résume le *Tableau V.9* (page ci-après).

Au delà de l'absence d'un lien statistique, on constate que seulement 28 IMG sur 57 ayant connu la PDSA lors du stage chez le praticien (soit environ 49,12%), souhaitent avoir une formation pratique spécifique lors de cette période du cursus.

Ainsi, le stage chez le praticien semble être désapprouvé par l'autre moitié, comme terrain d'une éventuelle formation pratique à la PDSA.

Tableau V.9 : Analyse bi-variée de la déclinaison du volet spécifique de formation à la PDSA « stage chez le praticien » avec les périodes de connaissance du concept de la PDSA. 1ère enquête.

Déclinaison du volet spécifique de formation à la PDSA : "Stage chez le praticien"					
Périodes de connaissance du concept de la PDSA	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Externat : stage chez le généraliste					
Oui	9	*(7,38%)*	14	*(11,48%)*	0,707
Non	43	*(35,25%)*	56	*(45,90%)*	*(Chi 2)*
Stage chez le praticien					
Oui	28	*(22,95%)*	29	*(23,77%)*	0,174
Non	24	*(19,67%)*	41	*(33,61%)*	*(Chi 2)*
Vacation chez SOS Médecins 54					
Oui	4	*(3,28%)*	4	*(3,28%)*	0,722
Non	48	*(39,34%)*	66	*(54,10%)*	*(Fisher)*
Cours théoriques au DUMG					
Oui	8	*(6,56%)*	5	*(4,10%)*	0,145
Non	44	*(36,07%)*	65	*(53,28%)*	*(Chi 2)*
SASPAS					
Oui	8	*(6,56%)*	6	*(4,92%)*	0,243
Non	44	*(36,07%)*	64	*(52,46%)*	*(Chi 2)*
Remplacement					
Oui	9	*(7,38%)*	15	*(12,30%)*	0,571
Non	43	*(35,25%)*	55	*(45,08%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

- Pour la vacation dans une structure de PDSA de type SOS, on note une influence statistique de la période de connaissance du concept de la PDSA « stage chez le praticien » sur le choix de cette déclinaison : p-value égale à 0,032, comme le montre le *Tableau V.10* ci-dessous.

En effet, on observe parmi le groupe des IMG 'ayant connu la PDSA lors du stage chez le praticien', que 18 IMG (soit 31,57% de ce groupe) choisissent cette déclinaison.

Par contre, aucun lien statistique n'est observé avec les autres périodes de connaissance de la PDSA (les p-values sont > à 0,05).

Néanmoins, à l'inverse du précédant choix de la déclinaison 'stage chez le praticien', celui de la vacation dans une structure de PDSA type SOS est plutôt plébiscité par des IMG n'ayant pas connu le concept du PDSA lors de cette période du cursus, soit 46 IMG sur 51 (90,19%).

Tableau V.10 : Analyse bi-variée de la déclinaison du volet spécifique de formation à la PDSA « vacation dans une structure de PDSA » avec les périodes de connaissance du concept de la PDSA. 1ère enquête.

Déclinaison du volet spécifique de formation à la PDSA : " Vacation dans une structure de PDSA "					
Périodes de connaissance du concept de la PDSA	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Externat : stage chez le généraliste					
Oui	12	*(9,84%)*	11	*(9,02%)*	0,263
Non	39	*(31,97%)*	60	*(49,18%)*	*(Chi 2)*
Stage chez le praticien					
Oui	18	*(14,75%)*	39	*(31,97%)*	0,032
Non	33	*(27,05%)*	32	*(26,23%)*	*(Chi 2)*
Vacation chez SOS Médecins 54					
Oui	5	*(4,10%)*	3	*(2,46%)*	0,277
Non	46	*(37,70%)*	68	*(55,74%)*	*(Fisher)*
Cours théoriques au DUMG					
Oui	5	*(4,10%)*	8	*(6,56%)*	0,796
Non	46	*(37,70%)*	63	*(51,64%)*	*(Chi 2)*
SASPAS					
Oui	7	*(5,74%)*	7	*(5,74%)*	1
Non	44	*(36,07%)*	44	*(36,07%)*	*(Chi 2)*
Remplacement					
Oui	13	*(10,66%)*	11	*(9,02%)*	0,171
Non	38	*(31,15%)*	60	*(49,18%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

- Pour l'enseignement théorique au DUMG, une absence de lien statistique avec la période de connaissance de la PDSA (toutes les p-value sont > à 0,05). Le *Tableau V.11* ci-dessous illustre les résultats de cette analyse.

Néanmoins, comme pour le choix de la déclinaison 'vacation dans une structure de PDSA type SOS', celui de l'enseignement théorique est plutôt plébiscité par des IMG n'ayant pas connu le concept du PDSA lors de cette période du cursus, soit 64 IMG sur 67 (95,52%).

Tableau V.11 : Analyse bi-variée de la déclinaison du volet spécifique de formation à la PDSA « enseignement théorique au DUMG » avec les périodes de connaissance du concept de la PDSA. 1ère enquête.

Déclinaison du volet spécifique de formation à la PDSA : " Enseignement théorique au DUMG "					
Périodes de connaissance du concept de la PDSA	Oui n	Oui %	Non n	Non %	**p-value** (test statistique)**
Externat : stage chez le généraliste					
Oui	13	*(10,66%)*	10	*(8,20%)*	0,864
Non	54	*(44,26%)*	45	*(36,89%)*	*(Chi 2)*
Stage chez le praticien					
Oui	36	*(29,51%)*	21	*(17,21%)*	0,463
Non	31	*(25,41%)*	24	*(19,67%)*	*(Chi 2)*
Vacation chez SOS Médecins 54					
Oui	3	*(2,46%)*	5	*(4,10%)*	0,465
Non	64	*(52,46%)*	50	*(40,98%)*	*(Fisher)*
Cours théoriques au DUMG					
Oui	7	*(5,74%)*	6	*(4,92%)*	0,935
Non	60	*(49,18%)*	49	*(40,16%)*	*(Chi 2)*
SASPAS					
Oui	6	*(4,92%)*	8	*(6,56%)*	0,335
Non	61	*(50,00%)*	47	*(38,52%)*	*(Chi 2)*
Remplacement					
Oui	12	*(9,84%)*	12	*(9,84%)*	0,589
Non	55	*(45,08%)*	43	*(35,25%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

1.3.4. La part de la PDSA et sa perception dans l'exercice futur

Question 12 : « le profil de la participation des IMG à la PDSA »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses trois sous-items.

→ Sous-item : « *la participation effective à la PDSA* »

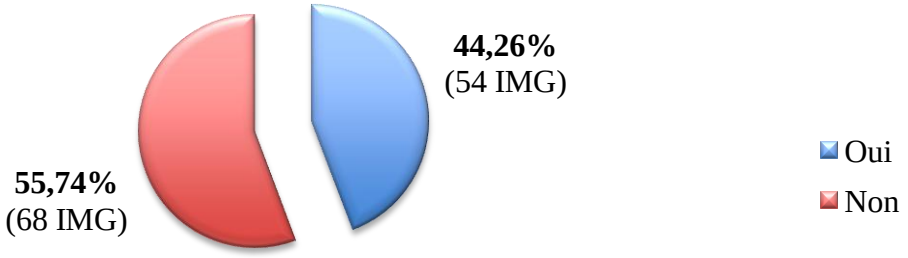

Figure 1.12a : Répartition selon la participation effective à la PDSA, chez l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse bi-variée en fonction du sexe, du niveau d'étude et de la sensibilisation à la PDSA, est résumée dans le *Tableau V.12* ci-après.

Tableau V.12 : Analyse bi-variée de la participation effective à la PDSA en fonction du sexe, du niveau d'étude et du degré de sensibilisation durant le cursus. 1ère enquête.

Participation effective à la PDSA					
	Oui		Non		**p-value****
	n	%	n	%	**(test statistique)**
Sexe					
Femme	31	*(25,41%)*	50	*(40,98%)*	0,061
Homme	23	*(18,85%)*	18	*(14,75%)*	*(Chi 2)*
Niveau d'étude					
TCEM	21	*(17,21%)*	45	*(36,89%)*	0,003
Année de thèse	33	*(27,05%)*	23	*(18,85%)*	*(Chi 2)*
Sensibilisation à la PDSA durant le cursus					
Oui	21	*(17,21%)*	15	*(12,30%)*	0,043
Non	33	*(27,05%)*	53	*(43,44%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

Elle montre :

- L'absence de lien statistique avec le sexe : p-value égale à 0,061.

- La présence d'une forte influence statistique du niveau d'étude sur la participation effective à la PDSA : p-value égale à 0,003.
- Une dépendance statistique entre la participation de l'IMG à la PDSA et son degré de sensibilisation durant le cursus : p-value égale à 0,043.

L'analyse approfondie de la participation effective à la PDSA en fonction de la période de connaissance de ce concept lors du cursus, comme résumée dans le *Tableau V.13* ci-après, montre :

Tableau V.13 : Analyse bi-variée de la participation effective à la PDSA en fonction du sexe, du niveau d'étude et du degré de sensibilisation durant le cursus. 1ère enquête.

Participation effective à la PDSA					
Périodes de connaissance du concept de la PDSA	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Externat : stage chez le généraliste					
Oui	10	*(8,20%)*	13	*(10,66%)*	0,933
Non	44	*(36,07%)*	55	*(45,08%)*	*(Chi 2)*
Stage chez le praticien					
Oui	27	*(22,13%)*	30	*(24,59%)*	0,518
Non	27	*(22,13%)*	38	*(31,15%)*	*(Chi 2)*
Vacation chez SOS Médecins 54					
Oui	7	*(5,74%)*	1	*(0,82%)*	0,021
Non	47	*(38,52%)*	67	*(54,92%)*	*(Fisher)*
Cours théoriques au DUMG					
Oui	3	*(2,46%)*	10	*(8,20%)*	0,104
Non	51	*(41,80%)*	58	*(47,54%)*	*(Chi 2)*
SASPAS					
Oui	8	*(6,56%)*	6	*(4,92%)*	0,302
Non	46	*(37,70%)*	62	*(50,82%)*	*(Chi 2)*
Remplacement					
Oui	18	*(14,75%)*	6	*(4,92%)*	0,001
Non	36	*(29,51%)*	62	*(50,82%)*	*(Chi 2)*

*** : valeur seuil à 0,05*

- Pour la connaissance de la PDSA lors du stage chez le praticien (n'=57), seulement 47,37% (n''=27) des IMG ont participé effectivement à une garde ambulatoire. Ce rendement est certes insuffisant mais il n'existe pas de lien statistique entre ces variables : p-value égale à 0,518.
- Un rendement élevé pour la connaissance de la PDSA lors d'une vacation chez SOS Médecins 54, avec une proportion de 87,5% (n''=7) d'IMG ayant pris part à la PDSA. Malgré

un effectif faible (n'=8), le test de Fisher met en évidence une influence statistique entre ces variables : p-value égale à 0,021.

- Concernant la connaissance lors d'un enseignement théorique au DUMG (n'=13), on note une proportion faible de 23,08% (n''=3) d'IMG ayant participé à la PDSA. Le test de Chi2 est non significatif : p-value égale à 0,104.
- Quant à la variable de connaissance de la PDSA lors du remplacement (n'=24), le rendement est satisfaisant avec une proportion de 75% (n''=18). Même si l'effectif n'est pas important, il existe un lien statistique entre ces deux variables : p-value égale à 0,001.
- Aucun lien statistique observé par rapport à la connaissance de la PDSA lors de l'externat ou lors du SASPAS : p-value respectivement égale à 0,933 et 0,302.

→ Sous-item : « *la participation effective 'seul' à la PDSA* » (n'=54)

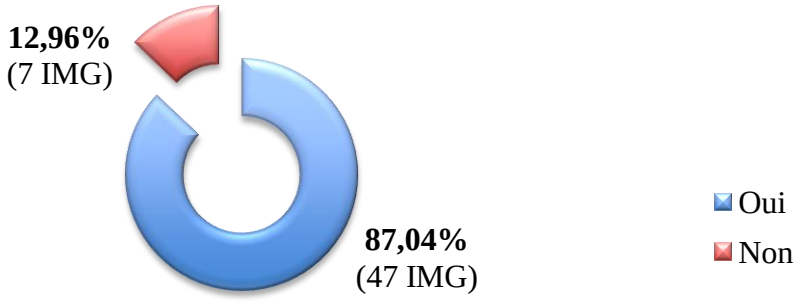

Figure 1.12b : Répartition selon la participation 'seul' à la PDSA, chez les IMG y ayant effectivement pris part (n'=54) de l'échantillon de la 1ère enquête

→ Sous-item : « *l'aptitude à une participation effective 'seul' à la PDSA* » (n'=68)

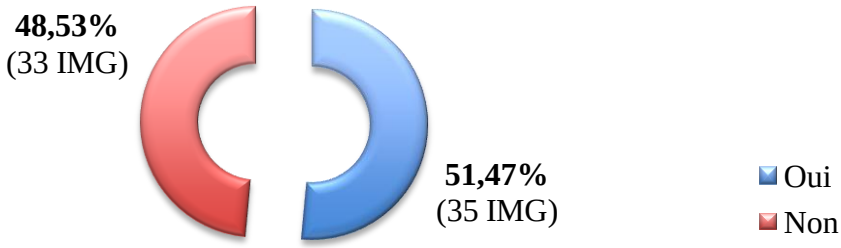

Figure 1.12c : Répartition selon l'aptitude à une participation 'seul' à la PDSA, chez les les IMG n' y ayant pas pris part (n''=68) de l'échantillon de la 1ère enquête

Question 13 : « la participation future des IMG de l'échantillon à la PDSA, sur la base de son concept actuel »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA* »

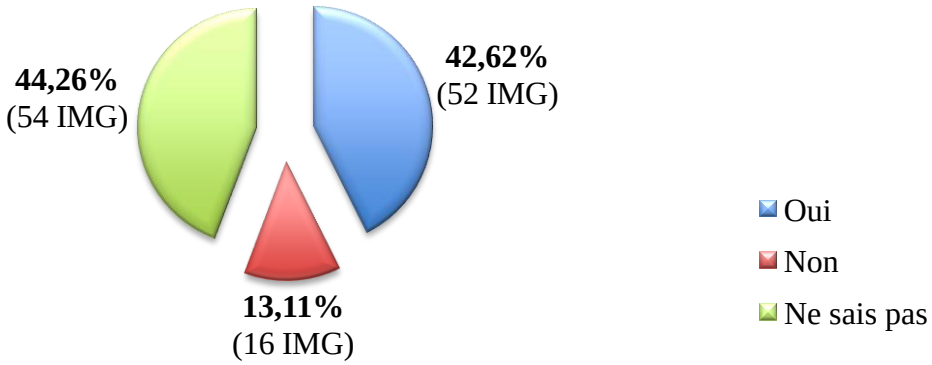

Figure 1.13a : Répartition selon la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA, chez l'échantillon de la 1ère enquête

Seulement un peu moins de la moitié des IMG (42,62%) envisagent d'accorder une part de leur exercice professionnel future à la PDSA.

Une faible proportion de l'échantillon (13,11%) a décidé de ne pas participer aux gardes.

Au delà de ces proportions, on constate que près de la moitié des IMG (44,26%) ne se prononcent pas. Ainsi, on observe une incertitude marquée dans les rangs des IMG vis à vis de la participation à la PDSA.

L'analyse bi-variée de ce résultat en fonction des données sociodémographiques et professionnelles, comme résumé dans le *Tableau V.14* ci-après, montre :

- Une indépendance statistique de l'intention de la participation future des IMG à la PDSA par rapport aux données sociodémographiques : p-value égale à 0,968 avec le sexe, 0,464 avec le statut familial et 0,142 avec l'existence d'une progéniture.
- L'absence de lien statistique entre la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA et le niveau d'étude : p-value égale à 0,285.

- Une influence statistique du mode d'exercice professionnel futur choisi par l'IMG sur son intention future de participer à la PDSA : p-value égale à 0,003. Or, l'observation des réponses du groupe d'IMG envisageant une activité libérale ou mixte montre que :

  - Seulement 49 IMG (40,17% de l'échantillon) comptent participer à la PDSA.
  - 45 IMG (36,89% de l'échantillon) ne se prononcent pas au sujet de cette part de leur exercice futur.

- Par contre, il n'existe pas de dépendance statistique entre la zone territoriale de l'exercice futur de l'échantillon et la participation future des IMG à la PDSA : p-value égale à 0,102.

Tableau V.14 : Analyse bi-variée de la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 1ère enquête.

Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA							
Données sociodémographiques et professionnelles	Oui		Non		NSP*		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	n	%	
Sexe							
Femme	34	*(27,87%)*	11	*(9,02%)*	36	*(29,51%)*	0,968
Homme	18	*(14,75%)*	5	*(4,10%)*	18	*(14,75%)*	*(Chi 2)*
Statut civil							
Célibataire	17	*(13,93%)*	3	*(2,46%)*	12	*(9,84%)*	0,464 *(Fisher)*
Marié	9	*(7,38%)*	5	*(4,10%)*	9	*(7,38%)*	
En couple	26	*(21,31%)*	8	*(6,56%)*	33	*(27,05%)*	
Progéniture (enfants)							
Oui	10	*(8,20%)*	6	*(4,92%)*	8	*(6,56%)*	0,142
Non	42	*(34,43%)*	10	*(8,20%)*	46	*(37,70%)*	*(Fisher)*
Niveau d'étude							
TCEM	32	*(26,23%)*	9	*(7,38%)*	25	*(20,49%)*	0,285
Année de thèse	20	*(16,39%)*	7	*(5,74%)*	29	*(13,77%)*	*(Chi 2)*
Mode d'exercice futur							
Salariat	3	*(2,46%)*	6	*(4,92%)*	7	*(5,74%)*	0,003 *(Fisher)*
Libéral	39	*(31,97%)*	4	*(3,28%)*	36	*(29,51%)*	
Mixte	10	*(8,20%)*	5	*(4,10%)*	9	*(7,38%)*	
NSP*	0	*(0,00%)*	1	*(0,82%)*	2	*(1,64%)*	
Lieu d'exercice futur							
Urbain (ou Péri)	22	*(18,03%)*	11	*(9,02%)*	31	*(25,41%)*	0,102 *(Fisher)*
Rural	24	*(19,67%)*	4	*(3,28%)*	13	*(10,66%)*	
NSP*	2	*(1,64%)*	1	*(0,82%)*	10	*(8,20%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

Comme abordé plus haut, en plus de la faible proportion d'IMG envisageant d'accorder une part de leur exercice futur à la PDSA, une grande incertitude se dégage dans l'échantillon.

L'analyse bi-variée de ces constations avec les résultats des questions précédentes est présentée dans le *Tableau V.15* ci-après.

Tableau V.15 : Analyse bi-variée de la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA en fonction de la connaissance de l'organisation régionale 2012 de la PDSA, de la sensibilisation durant le cursus, l'adhésion à un volet spécifique de formation et la participation effective à ce concept. 1ère enquête.

Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA							
	Oui		Non		NSP*		**p-value****
	n	%	n	%	n	%	**(test statistique)**
Connaissance de l'organisation régionale 2012 de la PDSA							
Oui	24	*(19,67%)*	4	*(3,28%)*	8	*(6,56%)*	0,001
Non	28	*(22,95%)*	12	*(9,84%)*	46	*(37,70%)*	*(Fisher)*
Sensibilisation à la PDSA							
Oui	23	*(18,85%)*	1	*(0,82%)*	12	*(9,84%)*	0,004
Non	29	*(23,77%)*	15	*(12,30%)*	42	*(34,43%)*	*(Fisher)*
Adhésion à une formation spécifique à la PDSA							
Oui	43	*(35,25%)*	15	*(12,30%)*	52	*(42,62%)*	0,044
Non	9	*(7,38%)*	1	*(0,82%)*	2	*(1,64%)*	*(Fisher)*
Participation effective à la PDSA							
Oui	30	*(24,59%)*	2	*(1,64%)*	22	*(18,03%)*	0,005
Non	22	*(18,03%)*	14	*(11,48%)*	32	*(26,23%)*	*(Chi2)*

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

On observe statistiquement une influence sur l'intention d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA, par :

- La connaissance de l'organisation régionale 2012 de la PDSA : p-value égale à 0,001.
- La sensibilisation des IMG à la PDSA lors de leur cursus : p-value égale à 0,004.
- L'adhésion au projet d'une formation spécifique à la PDSA : p-value égale à 0,044.
- La participation effective à la PDSA : p-value égale à 0,005.

→ Sous-item : « *le mode de garde préféré* »

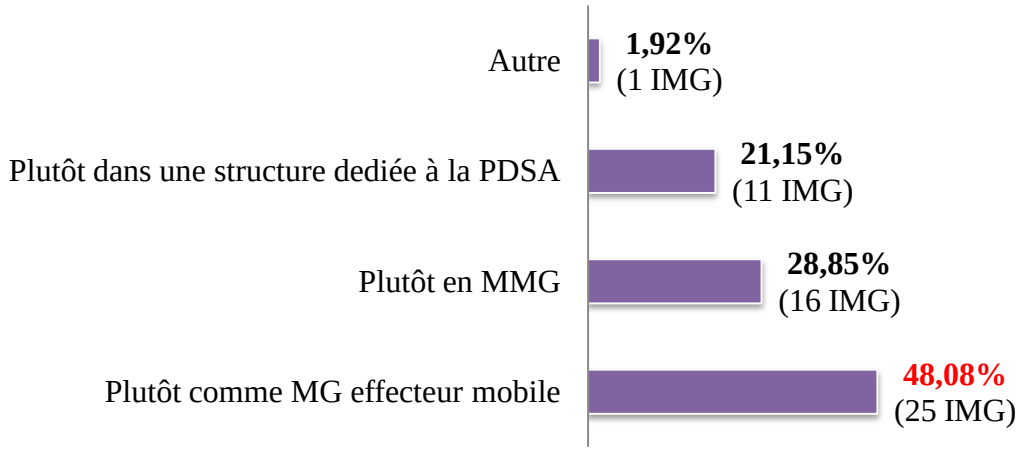

Figure 1.13b : Répartition selon le mode de garde prédéré, chez les IMG comptant accorder une part de l'exercice futur à la PDSA (n=52) de l'échantillon de la 1ère enquête

Parmi les 52 IMG comptant accorder une part de leur exercice futur à la PDSA, on note que :

- Près de la moitié (48,08%) l'envisage comme effecteur mobile.
- Pour les deux autres modes de garde, on comptabilise une proportion de 40%, avec : 28,85% plutôt en MMG et 21,15% plutôt dans une structure de PDSA.
- Un seul IMG a donné son choix en réponse libre : « *médecin sapeur pompier* ».

L'analyse bi-variée des résultats de cette question en fonction du mode et du lieu d'exercice futur est résumée dans le *Tableau V.16* (page ci-après).

Elle montre :

- Une influence statistique du mode d'exercice futur sur le choix du mode de garde pour les IMG 'futurs participants' à la PDSA : p-value égale à 0,019.
- Une indépendance statistique vis-à-vis de la zone territoriale de l'exercice futur : p-value égale à 0,195.

Tableau V.16 : Analyse bi-variée du mode de garde préféré en fonction du mode et du lieu d'exercice futur, chez les IMG comptant accorder une part de cet exercice à la PDSA (n=52). 1ère enquête.

Le mode de garde préféré, chez les IMG comptant accorder une part de l'exercice futur à la PDSA (n=52)									
	Effecteur mobile		MMG		Structure PDSA		Autre		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Mode d'exercice futur									
Salariat	1	*(1,92%)*	0	*(0,00%)*	2	*(3,85%)*	0	*(0,00%)*	0,019
Libéral	22	*(42,31%)*	12	*(23,08%)*	4	*(7,69%)*	1	*(1,92%)*	
Mixte	2	*(3,85%)*	3	*(5,77%)*	5	*(9,62%)*	0	*(0,00%)*	
NSP*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	
Lieu d'exercice futur									
Urbain (Péri-)	7	*(13,46%)*	8	*(15,38%)*	6	*(11,54%)*	1	*(1,92%)*	0,195
Rural	16	*(30,77%)*	5	*(9,62%)*	3	*(5,77%)*	0	*(0,00%)*	
NSP*	2	*(3,85%)*	2	*(3,85%)*	2	*(3,85%)*	0	*(0,00%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

Néanmoins, on observe, comme illustré dans la figure 1.13c ci-après :

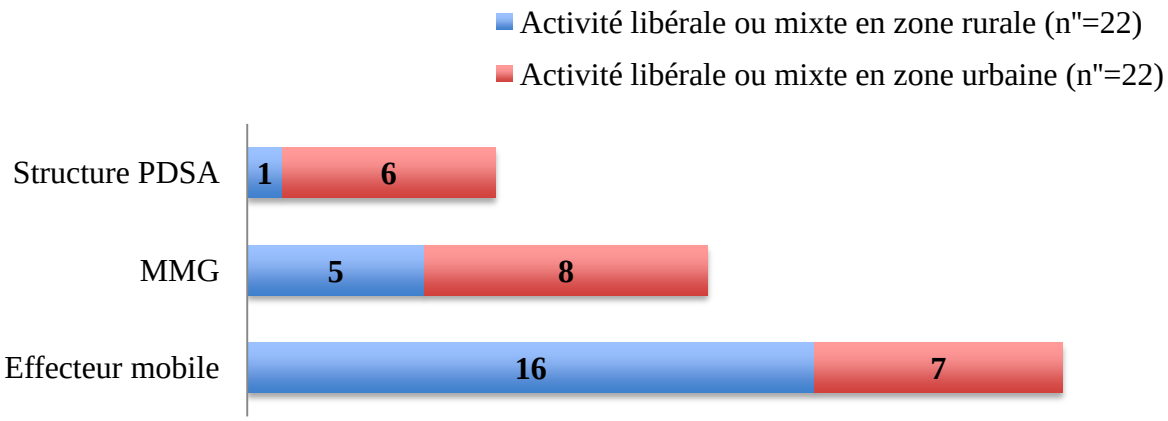

Figure 1.13c : Illustration en effectif d'IMG, du mode de garde préféré en fonction du lieu d'exercice futur, chez le groupe des 'futurs participants' à la PDSA comptant avoir une activité libérale ou mixte (n'=49). 1ère enquête.

- Pour les IMG 'futurs participants à la PDSA' comptant avoir une activité libérale ou mixte plutôt en zone rurale (n''=22), une préférence pour le choix de garde en tant qu'effecteur mobile (16 IMG).
- Pour les IMG 'futurs participants à la PDSA' comptant avoir une activité libérale ou mixte plutôt en zone urbaine ou périurbaine (n''=22), une répartition homogène entre les 3

choix de mode de garde (7 IMG comme effecteur mobile, 8 IMG en MMG et 6 IMG dans une structure dédiée à la PDSA).

<u>Question 14 : « l' (les) éventuel(s) obstacle(s) majeur(s) à la participation future des IMG de l'échantillon à la PDSA »</u>

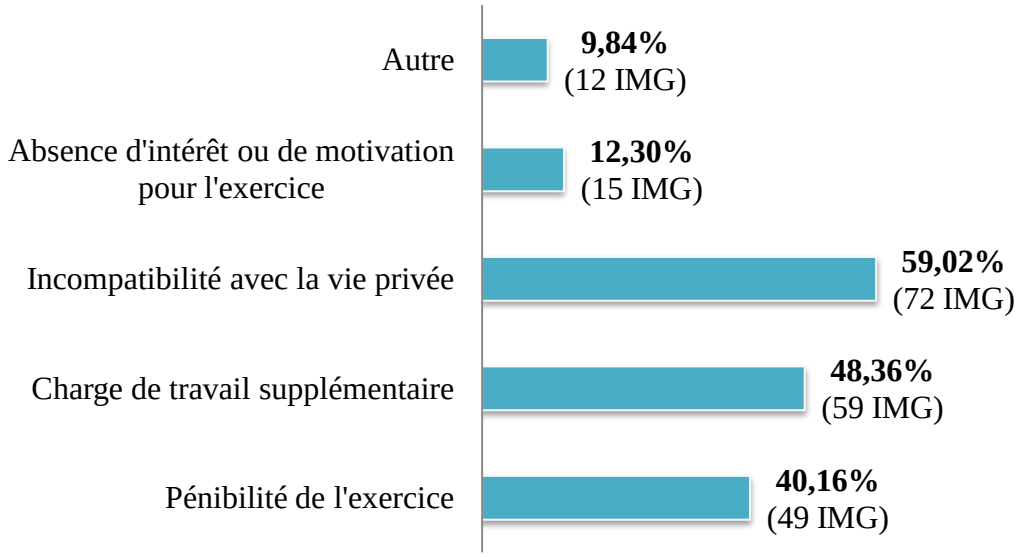

Figure 1.14 : Répartition selon les éventuels obstacles majeurs à la participation future des IMG à la PDSA, chez l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse des éventuels obstacles majeurs à la participation future des IMG répondants (n=122), selon la figure 1.14, montre :

→ <u>Pour l'obstacle « pénibilité de l'exercice »</u>, une proportion moyenne de 40,16% (n'=49) de l'échantillon.

Comme le résume le *Tableau V.17* ci-après, on note dans ce groupe d'IMG une prédominance de cet obstacle chez le sexe féminin (n'=35 soit 43,21% des femmes, versus 34,15% des hommes) et chez les IMG ayant un foyer familial (39,13% des mariés ; 41,79% des IMG vivant en couple et surtout 45,83% des IMG parents).

De même, on observe que plus de la moitié des IMG envisageant un exercice en zone rurale (51,22% soit n'=21) considèrent que cet obstacle de la pénibilité de l'exercice de la PDSA est majeur, pouvant compromettre leur participation future.

Tableau V.17 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Pénibilité de ce mode d'exercice » en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Pénibilité de ce mode d'exercice »					
Données sociodémographiques et professionnelles	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	35	*(28,69%)*	46	*(37,70%)*	0,335
Homme	14	*(11,48%)*	27	*(22,13%)*	*(Chi 2)*
Statut civil					
Célibataire	12	*(9,84%)*	20	*(16,39%)*	0,915 *(Chi 2)*
Marié	9	*(7,38%)*	14	*(11,48%)*	
En couple	28	*(22,95%)*	39	*(31,97%)*	
Progéniture (enfants)					
Oui	11	*(9,02%)*	13	*(10,66%)*	0,527
Non	38	*(31,15%)*	60	*(49,18%)*	*(Chi 2)*
Niveau d'étude					
TCEM	28	*(22,95%)*	38	*(31,15%)*	0,580
Année de thèse	21	*(17,21%)*	35	*(28,69%)*	*(Chi 2)*
Mode d'exercice futur					
Salariat	4	*(3,28%)*	12	*(9,84%)*	0,302 *(Fisher)*
Libéral	34	*(27,87%)*	45	*(36,89%)*	
Mixte	11	*(9,02%)*	13	*(10,66%)*	
NSP*	0	*(0,00%)*	3	*(2,46%)*	
Lieu d'exercice futur					
Urbain (ou Péri)	19	*(15,57%)*	45	*(36,89%)*	0,046 *(Chi2)*
Rural	21	*(17,21%)*	20	*(16,39%)*	
NSP*	9	*(7,38%)*	8	*(6,56%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

En analyse bi-variée, comme résumé dans le *Tableau V.17* ci-dessus, l'utilisation des tests statistiques de Chi2 et de Fisher montre :

- L'absence de lien statistique avec les données sociodémographiques de l'échantillon : p-value égale à 0,335 avec le sexe, 0,915 avec le statut familial et 0,527 avec l'existence d'une progéniture ; ainsi qu'avec le niveau d'étude : p-value égale à 0,580.
- Une influence statistique du résultat de cet obstacle par le lieu d'exercice futur : p-value égale à 0,046. Par contre, aucun lien statistique n'est observé avec le mode d'exercice futur : p-value égale à 0,302.

L'analyse bi-variée approfondie de cet obstacle par rapport aux variables : la sensibilisation à la PDSA durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision

d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA, ne montre pas d'influence statistique comme le résume le tableau *Tableau V.18* ci-dessous (toutes les p-value sont > 0,05).

Tableau V.18 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Pénibilité de ce mode d'exercice » en fonction de la sensibilisation durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Pénibilité de ce mode d'exercice »					
	Oui		Non		**p-value** (Chi2)**
	n	%	n	%	
Sensibilisation à la PDSA					
Oui	14	*(11,48%)*	22	*(18,03%)*	0,853
Non	35	*(28,69%)*	51	*(41,80%)*	
Participation effective à la PDSA					
Oui	21	*(17,21%)*	33	*(27,05%)*	0,798
Non	28	*(22,95%)*	40	*(32,79%)*	
Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA					
Oui	22	*(18,03%)*	30	*(24,59%)*	
Non	9	*(7,38%)*	7	*(5,74%)*	0,238
NSP*	18	*(14,75%)*	36	*(29,51%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

→ Pour l'obstacle « charge de travail supplémentaire », on observe une proportion importante de 48,36% (n'=59) de l'échantillon.

Comme le résume le *Tableau V.19* (page ci-après), on note une distribution homogène de cet obstacle en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon.

Par contre, l'analyse statistique bi-variée montre une influence du niveau d'étude sur le choix de cet obstacle : p-value égale à 0,027.

En effet, on note que 38 IMG en TCEM (31,15%) estime que cet obstacle est majeur pouvant compromettre leur participation à la PDSA.

Aucun lien statistique n'est observé avec les autres données (toutes p-value sont > 0,05).

Tableau V.19 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Charge de travail supplémentaire » en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Charge de travail supplémentaire »					
Données sociodémographiques et professionnelles	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	36	*(29,51%)*	45	*(36,89%)*	0,224
Homme	23	*(18,85%)*	18	*(14,75%)*	*(Chi 2)*
Statut civil					
Célibataire	17	*(13,93%)*	15	*(12,30%)*	0,814
Marié	11	*(9,02%)*	12	*(9,84%)*	*(Chi 2)*
En couple	31	*(25,41%)*	36	*(29,51%)*	
Progéniture (enfants)					
Oui	10	*(8,20%)*	14	*(11,48%)*	0,464
Non	49	*(40,16%)*	49	*(40,16%)*	*(Chi 2)*
Niveau d'étude					
TCEM	38	*(31,15%)*	28	*(22,95%)*	0,027
Année de thèse	21	*(17,21%)*	35	*(28,69%)*	*(Chi 2)*
Mode d'exercice futur					
Salariat	6	*(4,92%)*	10	*(8,20%)*	
Libéral	42	*(34,43%)*	37	*(30,33%)*	0,411
Mixte	9	*(7,38%)*	15	*(12,30%)*	*(Fisher)*
NSP*	2	*(1,64%)*	1	*(0,82%)*	
Lieu d'exercice futur					
Urbain (ou Péri)	34	*(27,87%)*	30	*(24,59%)*	0,503
Rural	17	*(13,93%)*	24	*(19,67%)*	*(Chi2)*
NSP*	8	*(6,56%)*	9	*(7,38%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

De même, avec les variables : la sensibilisation à la PDSA durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA, l'analyse bi-variée de l'obstacle « charge de travail supplémentaire » ne montre aucune dépendance statistique (toutes les p-value sont > 0,05), comme le résume le *Tableau V.20* ci-après.

Tableau V.20 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Charge de travail supplémentaire » en fonction de la sensibilisation durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Charge de travail supplémentaire »					
	Oui		Non		**p-value** (Chi2)**
	n	%	n	%	
Sensibilisation à la PDSA					
Oui	17	*(13,93%)*	19	*(15,57%)*	0,871
Non	42	*(34,43%)*	44	*(36,07%)*	
Participation effective à la PDSA					
Oui	24	*(19,67%)*	30	*(24,59%)*	0,440
Non	35	*(28,69%)*	33	*(27,05%)*	
Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA					
Oui	26	*(21,31%)*	26	*(21,31%)*	
Non	5	*(4,10%)*	11	*(9,02%)*	0,334
NSP*	28	*(22,95%)*	26	*(21,31%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

→ Pour l'obstacle « incompatibilité avec la vie privée », on observe une proportion élevée de 59,02% (n'=72) de l'échantillon.

Comme le résume le tableau *Tableau V.21* ci-après, on note dans ce groupe d'IMG une nette prédominance de cet obstacle chez le sexe féminin (n'=52 soit 64,20% des femmes, versus 48,78% des hommes) et chez les IMG ayant un foyer familial (86,96% des mariés ; 58,21% des IMG vivant en couple et surtout 79,17% des IMG parents).

En analyse bi-variée, comme résumé dans le *Tableau V.21*, l'utilisation des tests statistiques de Chi2 et de Fisher montre :

- L'existence d'une influence statistique du statut familial et de l'existence d'une progéniture sur l'importance du résultat pour cet obstacle : p-value respectivement égale à 0,003 et 0,025.

- Par contre, le sexe ainsi que les données professionnelles (niveau d'étude, mode et lieu d'exercice futur) n'influencent pas statistiquement ce résultat : toutes les p-value sont > 0,05.

Tableau V.21 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Incompatibilité avec la vie privée » en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Incompatibilité avec la vie privée »					
Données sociodémographiques et professionnelles	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	52	*(42,62%)*	29	*(23,77%)*	0,102
Homme	20	*(16,39%)*	21	*(17,21%)*	*(Chi 2)*
Statut civil					
Célibataire	13	*(10,66%)*	19	*(15,57%)*	0,003 *(Chi 2)*
Marié	20	*(16,39%)*	3	*(2,46%)*	
En couple	39	*(31,97%)*	28	*(22,95%)*	
Progéniture (enfants)					
Oui	19	*(15,57%)*	5	*(4,10%)*	0,025
Non	53	*(43,44%)*	45	*(36,89%)*	*(Chi 2)*
Niveau d'étude					
TCEM	36	*(29,51%)*	30	*(24,59%)*	0,276
Année de thèse	36	*(29,51%)*	20	*(16,39%)*	*(Chi 2)*
Mode d'exercice futur					
Salariat	8	*(6,56%)*	8	*(6,56%)*	0,906 *(Fisher)*
Libéral	48	*(39,34%)*	31	*(25,41%)*	
Mixte	14	*(11,48%)*	10	*(8,20%)*	
NSP*	2	*(1,64%)*	1	*(0,82%)*	
Lieu d'exercice futur					
Urbain (ou Péri)	35	*(28,69%)*	29	*(23,77%)*	0,525 *(Chi2)*
Rural	27	*(22,13%)*	14	*(11,48%)*	
NSP*	10	*(8,20%)*	7	*(5,74%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

De même, l'analyse bi-variée de cet obstacle avec les variables : la sensibilisation à la PDSA durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA ; est résumée dans le *Tableau V.22* ci-dessous.

Elle ne montre pas d'influence statistique de ces variables sur le choix de l'obstacle « incompatibilité avec la vie privée » : toutes les p-value sont > à 0,05.

Tableau V.22 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Incompatibilité avec la vie privée » en fonction de la sensibilisation durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Incompatibilité avec la vie privée »					
	Oui		Non		**p-value** (Chi2)**
	n	%	n	%	
Sensibilisation à la PDSA					
Oui	23	*(18,85%)*	13	*(10,66%)*	0,479
Non	49	*(40,16%)*	37	*(30,33%)*	
Participation effective à la PDSA					
Oui	29	*(23,77%)*	25	*(20,49%)*	0,288
Non	43	*(35,25%)*	25	*(20,49%)*	
Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA					
Oui	26	*(21,31%)*	26	*(21,31%)*	
Non	10	*(8,20%)*	6	*(4,92%)*	0,209
NSP*	36	*(29,51%)*	18	*(14,75%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

→ Pour l'obstacle « absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice », on observe une proportion faible de 12,30% (n'=15) de l'échantillon.

L'analyse bi-variée de ce résultat en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon, est résumée dans le *Tableau V.23* ci-après.

Elle montre :

- Une influence statistique du niveau d'étude : p-value à 0,031.

En effet, on observe des effectifs élevés chez les IMG n'estimant pas que cet obstacle est majeur, surtout chez les TCEM (n'=67 soit 54,92%).

- Aucun lien statistique avec les autres données (les p-value sont > 0,05).

Tableau V.23 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice » en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice »					
Données sociodémographiques et professionnelles	Oui		Non		**p-value** (test statistique)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	9	*(7,38%)*	75	*(61,48%)*	0,552
Homme	6	*(4,92%)*	32	*(26,23%)*	*(Fisher)*
Statut civil					
Célibataire	7	*(5,74%)*	24	*(19,67%)*	0,148 *(Fisher)*
Marié	2	*(1,64%)*	18	*(14,75%)*	
En couple	6	*(4,92%)*	65	*(53,28%)*	
Progéniture (enfants)					
Oui	1	*(0,82%)*	17	*(13,93%)*	0,696
Non	14	*(11,48%)*	90	*(73,77%)*	*(Fisher)*
Niveau d'étude					
TCEM	5	*(4,10%)*	67	*(54,92%)*	0,031
Année de thèse	10	*(8,20%)*	40	*(32,79%)*	*(Chi 2)*
Mode d'exercice futur					
Salariat	2	*(1,64%)*	12	*(9,84%)*	
Libéral	10	*(8,20%)*	58	*(47,54%)*	0,700
Mixte	3	*(2,46%)*	35	*(28,69%)*	*(Fisher)*
NSP*	0	*(0,00%)*	2	*(1,64%)*	
Lieu d'exercice futur					
Urbain (ou Péri)	10	*(8,20%)*	47	*(38,52%)*	0,315 *(Chi2)*
Rural	4	*(3,28%)*	46	*(37,70%)*	
NSP*	1	*(0,82%)*	14	*(11,48%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

L'analyse bi-variée approfondie (*Tableau V.24*) de cet obstacle par rapport aux variables : la sensibilisation à la PDSA durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA, montre :

- L'absence de lien statistique avec le résultat de la sensibilisation à la PDSA durant le cursus : p-value égale à 0,065 ; et avec celui de la participation effective à la PDSA : p-value égale à 0,723.
- Une influence statistique du résultat de la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA : p-value égale à 0,046.

Tableau V.24 : Analyse bi-variée de l'obstacle à la participation future à la PDSA « Absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice » en fonction de la sensibilisation durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur. 1ère enquête.

Obstacle à la participation future à la PDSA : « Absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice »					
	Oui		Non		**p-value** (Chi2)**
	n	%	n	%	
Sensibilisation à la PDSA					
Oui	1	*(0,82%)*	35	*(28,69%)*	0,065
Non	14	*(11,48%)*	72	*(59,02%)*	
Participation effective à la PDSA					
Oui	6	*(4,92%)*	48	*(39,34%)*	0,723
Non	9	*(7,38%)*	59	*(48,36%)*	
Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA					
Oui	5	*(4,10%)*	47	*(38,52%)*	
Non	5	*(4,10%)*	11	*(9,02%)*	0,046
NSP*	5	*(4,10%)*	49	*(40,16%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

→ Concernant la réponse libre « Autre », on note une proportion non négligeable de 9,84% (n'=12) de l'échantillon.

En effet, certains IMG ont formulé d'autres contraintes de l'exercice de la PDSA pouvant être un obstacle à leur participation future. On dénombre :

- L'absence d'hébergement lors de remplacement en PDSA dans des zones éloignées (n''=1).
- L'insécurité lors de certaines interventions liée soit aux conditions du déplacement au domicile (la nuit, les routes secondaires, …) soit à la méconnaissance des patients avec l'imprévisibilité ou l'agressivité de certains (n''=2).
- La fréquence élevée des gardes, notamment dans certains secteurs dépourvus d'effecteurs (n''=1).
- La difficulté de respecter le principe de continuité de soins, en ouvrant le cabinet le lendemain de la garde (n''=2).
- L'inconvénient de rester dans le cabinet la nuit, en cas d'éloignement du domicile (n''=1).
- L'absence d'information sur l'organisation de la PDSA (n'' =1).
- L'activité hospitalière comme mode d'exercice choisi (n''=3).

- L'absence d'obstacle majeur « *souhaitant exercer dans les Vosges...la question ne se pose pas…* » (n''=1).

Question 15 : « la perception future de l'activité relative à la PDSA »

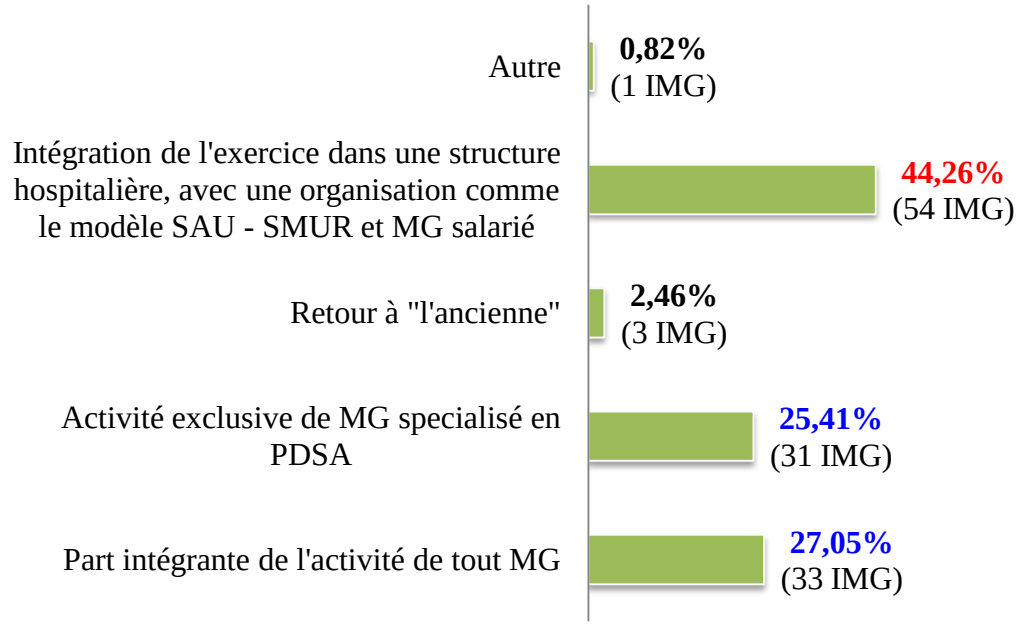

Figure 1.15 : Répartion selon la perception future de l'activité relative à la PDSA, chez l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse bi-variée approfondie de ces résultats de la perception future de la PDSA est faite en 3 parties.

→ La 1ère partie, en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon, est résumée dans le *Tableau V.25* (page ci-après). Elle montre :

- Aucun lien statistique de la perception future de l'échantillon par rapport aux données sociodémographiques : toutes les p-value sont > 0,05.

Néanmoins, on note une tendance féminine (n''=40) vers le choix de la perspective d'intégration hospitalière de l'activité de la PDSA (n'=54), soit une proportion correspondante à 74,07%. Alors que, les proportions des autres perspectives en fonction du sexe sont superposables à celles de l'échantillon.

Tableau V.25 : Analyse bi-variée de la perception future du concept de la PDSA en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 1ère enquête.

Perception future de l'activité relative à la PDSA											
Données sociodémographiques et professionnelles	Tout MG		MG spécialisé		Retour à l'ancienne		Intégration hospitalière		Autre		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe											
Femme	22	*(18,03%)*	15	*(12,30%)*	3	*(2,46%)*	40	*(32,79%)*	1	*(0,82%)*	0,088
Homme	11	*(9,02%)*	16	*(13,11%)*	0	*(0,00%)*	14	*(11,48%)*	0	*(0,00%)*	
Statut civil											
Célibataire	11	*(9,02%)*	6	*(4,92%)*	2	*(1,64%)*	12	*(9,84%)*	1	*(0,82%)*	
Marié	3	*(2,46%)*	9	*(7,38%)*	0	*(0,00%)*	10	*(8,20%)*	0	*(0,00%)*	0,217
En couple	19	*(15,57%)*	16	*(13,11%)*	1	*(0,82%)*	32	*(26,23%)*	0	*(0,00%)*	
Progéniture (enfants)											
Oui	3	*(2,46%)*	6	*(4,92%)*	0	*(0,00%)*	15	*(12,30%)*	0	*(0,00%)*	0,238
Non	30	*(24,59%)*	25	*(20,49%)*	3	*(2,46%)*	39	*(31,97%)*	1	*(0,82%)*	
Niveau d'étude											
TCEM	22	*(18,03%)*	10	*(8,20%)*	2	*(1,64%)*	32	*(26,23%)*	0	*(0,00%)*	0,021
Année de thèse	11	*(9,02%)*	21	*(17,21%)*	1	*(0,82%)*	22	*(18,03%)*	1	*(0,82%)*	
Mode d'exercice futur											
Salariat	3	*(2,46%)*	3	*(2,46%)*	0	*(0,00%)*	9	*(7,38%)*	1	*(0,82%)*	
Libéral	25	*(20,49%)*	20	*(16,39%)*	2	*(1,64%)*	31	*(25,41%)*	0	*(0,00%)*	0,565
Mixte	5	*(4,10%)*	7	*(5,74%)*	1	*(0,82%)*	12	*(9,84%)*	0	*(0,00%)*	
NSP*	0	*(0,00%)*	1	*(0,82%)*	0	*(0,00%)*	2	*(1,64%)*	0	*(0,00%)*	
Lieu d'exercice futur											
Urbain (ou Péri)	13	*(10,66%)*	21	*(17,21%)*	0	*(0,00%)*	29	*(23,77%)*	1	*(0,82%)*	
Rural	18	*(14,75%)*	6	*(4,92%)*	2	*(1,64%)*	15	*(12,30%)*	0	*(0,00%)*	0,018
NSP*	2	*(1,64%)*	4	*(3,28%)*	1	*(0,82%)*	10	*(8,20%)*	0	*(0,00%)*	

** : Ne Sais Pas ** : valeur seuil à 0,05*

- La présence d'une influence statistique des résultats de cette question par le niveau d'étude : p-value égale à 0,021.

En effet, on observe une tendance des IMG en niveau TCEM (n'=66) vers le choix des perspectives : « part intégrante de l'activité de tout MG » (n''=32 soit 33,33% des TCEM). Alors que, les IMG en année de thèse (n'=56) penchent vers le choix d'une « activité exclusive de MG formés à la PDSA » (n''=21 soit 37,5% des années de thèse).

Pour le choix de l'intégration hospitalière de l'exercice de la PDSA, le fort plébiscite est observé chez tous les niveaux d'étude (48,48% des TCEM et 39,28% des 'année de thèse').

- Concernant les données professionnelles de l'échantillon, seul le lieu d'exercice futur influence statistiquement les résultats de cette question : p-value égale à 0,018.

En effet, on observe chez les IMG envisageant une activité en zone urbaine (n'=64) une tendance vers le choix des perspectives offrant une sécurité logistique et institutionnelle : « activité exclusive de MG spécialisé en PDSA » (n''=21 soit 32,81% des 'urbains'). Alors que, les IMG envisageant une activité en zone rurale (n'=41) penchent vers le choix d'une « activité de tout MG » (n''=18 soit 43,9% des 'ruraux').

Pour le choix de l'intégration hospitalière de l'exercice de la PDSA, le fort plébiscite est observé quelque soit le lieu d'exercice futur (45,31% des 'urbains', 36,59% des 'ruraux et 58,82% des 'indécis'). Par ailleurs, le mode d'exercice futur n'a aucune influence statistique sur les résultats de cette question : p-value égale à 0,565.

→ La 2ème partie de l'analyse statistique des résultats de la perception future en fonction des variables : le degré de sensibilisation à la PDSA durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA ; est résumée dans le *Tableau V.26* (page ci-après). Elle montre :

- L'absence de lien statistique entre les résultats de la perception future de l'échantillon et son degré de sensibilisation à la PDSA durant le cursus : p-value égale à 0,098 ; ainsi que sa participation effective à la PDSA : p-value égale à 0,113.

- Une influence statistique de la perception future de la PDSA par la prévision d'accorder une part de l'exercice futur à ce concept : p-value égale à 0,015.

Tableau V.26 : Analyse bi-variée de la perception future du concept de la PDSA en fonction de la sensibilisation durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur. 1ère enquête.

	Perception future de l'activité relative à la PDSA										
	Tout MG		MG spécialisé		Retour à l'ancienne		Intégration hospitalière		Autre		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sensibilisation à la PDSA											
Oui	8	*(6,56%)*	8	*(6,56%)*	3	*(2,46%)*	17	*(13,93%)*	0	*(0,00%)*	0,098
Non	25	*(20,49%)*	23	*(18,85%)*	0	*(0,00%)*	37	*(30,33%)*	1	*(0,82%)*	
Participation effective à la PDSA											
Oui	19	*(15,57%)*	15	*(12,30%)*	2	*(1,64%)*	18	*(14,75%)*	0	*(0,00%)*	0,113
Non	14	*(11,48%)*	16	*(13,11%)*	1	*(0,82%)*	39	*(31,97%)*	1	*(0,82%)*	
Prévision d'accorder une part de l'exercice futur à la PDSA											
Oui	22	*(18,03%)*	10	*(8,20%)*	2	*(1,64%)*	18	*(14,75%)*	0	*(0,00%)*	
Non	2	*(1,64%)*	8	*(6,56%)*	0	*(0,00%)*	6	*(4,92%)*	0	*(0,00%)*	0,015
NSP*	9	*(7,38%)*	13	*(10,66%)*	1	*(0,82%)*	30	*(24,59%)*	1	*(0,82%)*	

** : Ne Sais Pas*

*** : valeur seuil à 0,05*

En effet, on observe chez les IMG envisageant de participer ultérieurement à la PDSA (n'=52) un choix orienté vers les perspectives : « PDSA, activité de tout MG » (n''=22 soit 42,31% des 'participants futurs') et « l'intégration de la PDSA dans une structure hospitalière » (n''=18 soit 34,62% des 'participants futurs').

Par contre, chez les IMG 'indécis' (n'=54), on note une tendance vers le choix des perspectives offrant une sécurité logistique et institutionnelle : « activité exclusive de MG spécialisé en PDSA » (n''=13 soit 24,07% des 'indécis') et surtout « l'intégration de la PDSA dans une structure hospitalière » (n''=30 soit 55,55% des 'indécis').

→ La 3ème partie de l'analyse statistique des résultats de la perception future est réalisée par rapport aux obstacles majeurs à la participation ultérieure à la PDSA perçus dans l'échantillon. Résumée dans le *Tableau V.27* (page 155 ci-après), elle montre uniquement un lien statistique avec le résultat de l'obstacle « absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice » : p-value égale à 0,001.

En effet, on note une distribution proportionnelle des différentes perspectives futures chez les IMG rejetant massivement l'obstacle « absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice » (n'=107).

Par contre, les autres obstacles n'ont pas d'influence statistique sur le résultat de la perception future du concept de la PDSA (toutes les p-value sont > à 0,05).

Tableau V.27 : Analyse bi-variée de la perception future du concept de la PDSA en fonction de la sensibilisation durant le cursus, la participation effective à la PDSA et la prévision d'accorder une part de l'exercice futur. 1ère enquête.

	Perception future de l'activité relative à la PDSA										
Obstacles à la participation future à la PDSA	Tout MG		MG spécialisé		Retour à l'ancienne		Intégration hospitalière		Autre		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pénibilité de l'exercice											
Oui	16	*(13,11%)*	12	*(9,84%)*	1	*(0,82%)*	20	*(16,39%)*	0	*(0,00%)*	0,825
Non	17	*(13,93%)*	19	*(15,57%)*	2	*(1,64%)*	34	*(27,87%)*	1	*(0,82%)*	
Charge de travail supplémentaire											
Oui	14	*(11,48%)*	17	*(13,93%)*	0	*(0,00%)*	28	*(22,95%)*	0	*(0,00%)*	0,311
Non	19	*(15,57%)*	14	*(11,48%)*	3	*(2,46%)*	26	*(21,31%)*	1	*(0,82%)*	
Incompatibilité avec la vie privée											
Oui	15	*(12,30%)*	20	*(16,39%)*	2	*(1,64%)*	35	*(28,69%)*	0	*(0,00%)*	0,241
Non	18	*(14,75%)*	11	*(9,02%)*	1	*(0,82%)*	19	*(15,57%)*	1	*(0,82%)*	
Absence d'intérêt ou de motivation pour l'exercice											
Oui	5	*(4,10%)*	8	*(6,56%)*	0	*(0,00%)*	1	*(0,82%)*	1	*(0,82%)*	0,001
Non	28	*(22,95%)*	23	*(18,85%)*	3	*(2,46%)*	53	*(43,44%)*	0	*(0,00%)*	

** : Ne Sais Pas*

*** : valeur seuil à 0,05*

Elle s'est déroulée du 13 mai 2013 au 12 août 2013.

2.1. Taux de retour

La population-mère de la 2ème enquête compte 32 anciens stagiaires SOS Médecins Meurthe-et-Moselle correspondant aux critères de sélection.

Depuis le début de l'enquête, tous les sujets ont répondu au questionnaire. Une seule relance électronique a été nécessaire. Toutes les réponses ont été exploitables. Ainsi, le taux de retour est de 100%.

2.2. Représentativité de l'échantillon

Compte tenu de l'exhaustivité des réponses, l'échantillon est parfaitement représentatif de la population-mère, permettant de répondre à l'objectif principal de cette enquête.

2.3. Analyse statistique des résultats

La présentation des résultats de la 2ème enquête suit la même conception pédagogique entreprise lors de l'élaboration du questionnaire correspondant (cf. le paragraphe « 3.1. Elaboration du questionnaire » du chapitre IV.2 « DEUXIEME ENQUETE » dans la 4ème partie « Matériel et Méthodes ») ; à savoir leur rassemblement en 4 groupes à thèmes.

2.3.1. Descriptif de l'échantillon des ex-stagiaires SOS Médecins 54 (n=32) avec les données sociodémographiques et professionnelles

Question 1 : « le sexe »

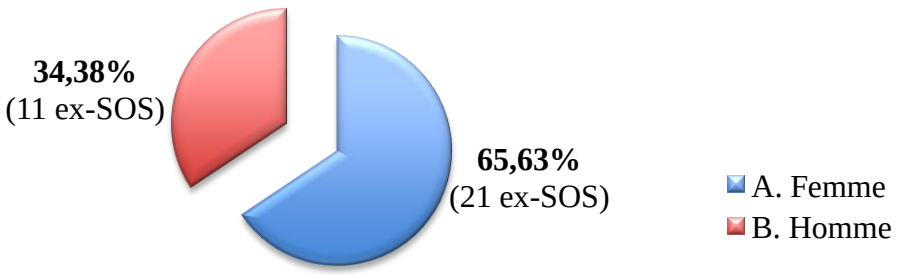

Figure 2.1 : Répartition selon le sexe de l'échantillon de la 2ème enquête

Question 2 : « l'année de naissance »

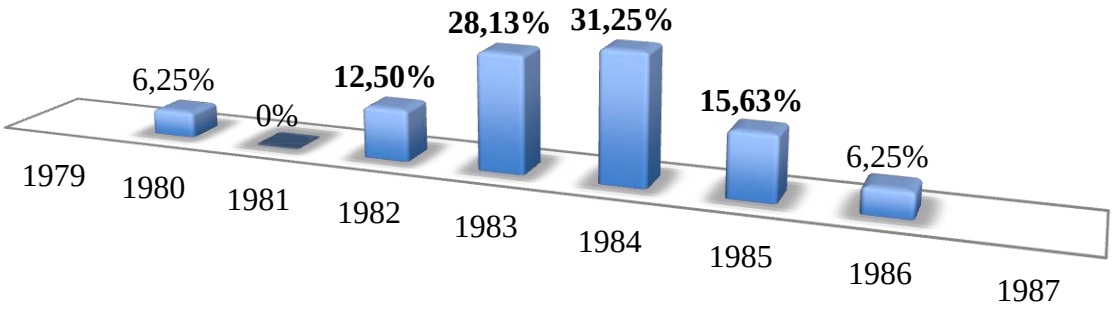

Figure 2.2 : Répartition selon l'année de naissance de l'échantillon de la 2ème enquête

L'année de naissance des ex-stagiaires SOS Médecins 54 se situe entre 1980 et 1986.

La moyenne d'âge est de 29,5 ans. La médiane d'âge est de 29 ans.

Les plus jeunes (n'=2) ont 27 ans. Les plus aînés (n'=2) sont âgés de 33 ans.

Comme illustré dans la figure 2.2, l'année de naissance de la majorité des ex-stagiaires SOS se situe entre 1982 et 1985, avec une proportion de 87,51% de l'échantillon. On constate un décalage d'une année par rapport à l'échantillon de 1ère enquête (80,32% d'IMG entre 1983 et 1986) correspondant à l'ancienneté en promotions TCEM de ces ex-stagiaires SOS.

Question 3 : « la situation familiale actuelle »

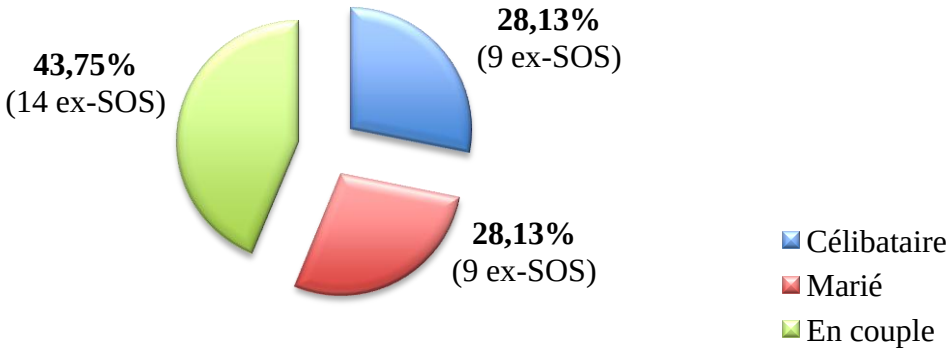

Figure 2.3 : Répartition selon la situation familliale actuelle de l'échantillon de la 2ème enquête

Question 4 : « l'existence d'une progéniture »

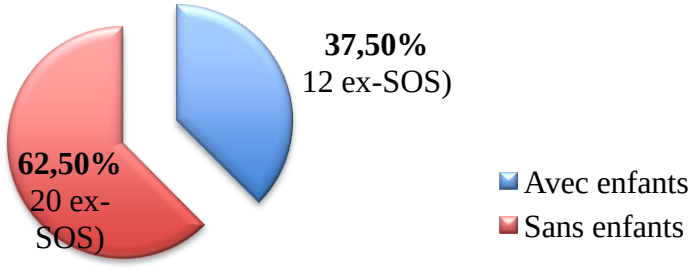

Figure 2.4 : Répartition selon l'existence ou non d'une progéniture de l'échantillon de la 2ème enquête

L'utilisation du test exact de Fisher en analyse bi-variée met en évidence un lien statistique entre la situation familiale et l'existence d'une progéniture : p-value égale à 0,02.

Question 5 : « le profil professionnel actuel »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *le mode d'exercice professionnel actuel* »

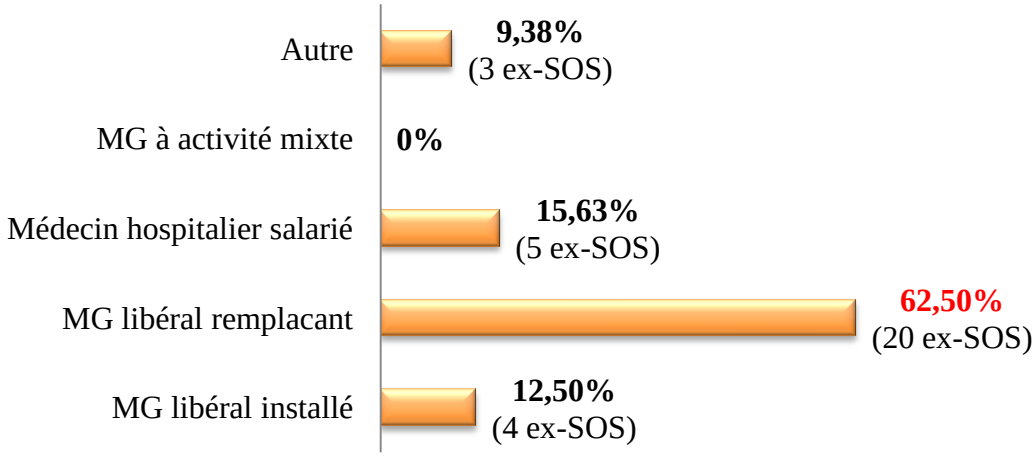

Figure 2.5a : Répartition selon le mode d'exercice actuel de l'échantillon de la 2ème enquête

La majorité de l'échantillon (75%) a une activité professionnelle Libérale.

La proportion de l'activité hospitalière salariée (15,63%) est faible, correspondant vraisemblablement aux titulaires d'un DESC (Médecine d'urgence, Nutrition, etc.).

Concernant la réponse 'Autre', 3 ex-stagiaires l'ont choisi. Tous sont des IMG en 6ème et dernier semestre.

Le choix de l'activité mixte est nul pour des MG en situation professionnelle intermédiaire orientée vers le remplacement.

L'analyse bi-variée du mode d'exercice professionnel actuel de l'échantillon, en fonction des données sociodémographiques, comme résumé dans le *Tableau V.28* ci-après, montre :

Tableau V.28 : Analyse bi-variée du mode d'exercice professionnel actuel en fonction des données sociodémographiques. 2ème enquête.

	Mode d'exercice professionnel actuel										
	MG libéral installé		MG libéral remplaçant		MH salarié		MG à activité mixte		Autre		**p-value* (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe											
Femme	4	*(12,50%)*	10	*(31,25%)*	5	*(15,63%)*	0	*(0,00%)*	2	*(6,25%)*	0,068
Homme	0	*(0,00%)*	10	*(31,25%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	1	*(3,13%)*	
Statut civil											
Célibataire	0	*(0,00%)*	7	*(21,88%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	2	*(6,25%)*	
Marié	2	*(6,25%)*	4	*(12,50%)*	2	*(6,25%)*	0	*(0,00%)*	1	*(3,13%)*	0,234
En couple	2	*(6,25%)*	9	*(28,13%)*	3	*(9,38%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	
Progéniture											
Oui	4	*(12,50%)*	6	*(18,75%)*	2	*(6,25%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	0,036
Non	0	*(0,00%)*	14	*(43,75%)*	3	*(9,38%)*	0	*(0,00%)*	3	*(9,38%)*	

** : valeur seuil à 0,05*

- Une indépendance statistique par rapport au sexe : p-value égale à 0,068.

Néanmoins, on note un choix masculin quasi exclusif (10 hommes sur 11) pour l'activité libérale en tant que remplaçant. Par contre, l'activité hospitalière salariée est un choix uniquement féminin.

- Une indépendance statistique par rapport à la situation familiale : p-value égale à 0,234.

Néanmoins, on constate que le mode d'exercice professionnel des célibataires est le remplacement, en dehors des 2 ex-stagiaires en dernier semestre du DES de Médecine Générale (réponse « Autre »). Par contre, le concubinage ou le mariage sont observées harmonieusement dans les différents modes d'exercice.

- Une influence statistique de l'existence d'une progéniture sur le mode d'exercice professionnel actuel : p-value égale à 0,036.

En effet, on observe que les ex-stagiaires 'ayant un (ou plusieurs) enfant(s)' ont une activité stable soit comme MG libéral installé (n'=4 soit 12,5%) soit comme MH salarié (n'=2 soit 6,25%), et font moins de remplacement (n'=6 soit 18,75%) que les ex-stagiaires 'sans enfant(s)' (n'=14 soit 43,75%).

→ Sous-item : « *la zone territoriale d'exercice professionnel actuel* »

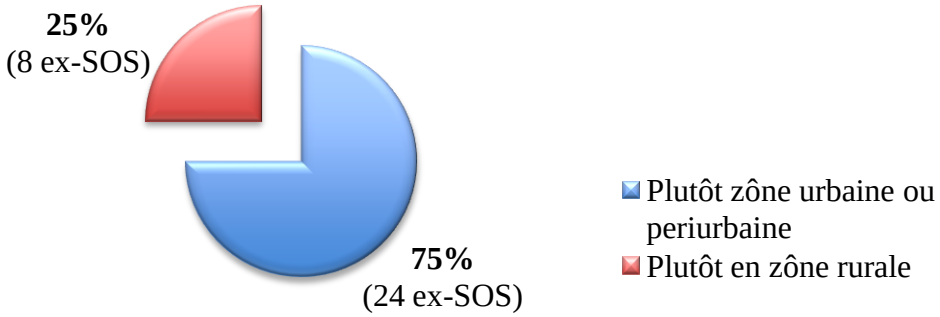

Figure 2.5b : Répartition selon la zone territoriale d'exercice professionnel actuel chez l'échantillon de la 2ème enquête

L'analyse bi-variée de la zone territoriale de l'exercice professionnel actuel de l'échantillon, en fonction des données sociodémographiques et du mode d'exercice, est résumée dans le *Tableau V.29* ci-dessous.

Elle montre :

- Une indépendance statistique par rapport aux données sociodémographiques, avec p-value respectivement égale à 1 pour le sexe, 0,127 pour le statut familial et 0,676 pour l'existence d'une progéniture.
- Une absence de lien statistique entre le mode et lieu d'exercice professionnel : p-value égale à 0,205. Néanmoins, on note que l'activité prédominante de remplacement libéral s'effectue majoritairement en zone urbaine ou périurbaine (chez 46,88% de l'échantillon).

Tableau V.29 : Analyse bi-variée de la zone territoriale d'exercice professionnel actuel en fonction des données sociodémographiques et du mode d'exercice. 2ème enquête.

Mode d'exercice professionnel actuel					
	Urbain (ou Péri-)		Rural		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	16	*(50,00%)*	5	*(15,63%)*	1
Homme	8	*(25,00%)*	3	*(9,38%)*	
Statut civil					
Célibataire	5	*(15,63%)*	4	*(12,50%)*	
Marié	9	*(28,13%)*	3	*(9,38%)*	0,127
En couple	13	*(40,63%)*	1	*(3,13%)*	
Progéniture					
Oui	10	*(31,25%)*	2	*(6,25%)*	0,676
Non	14	*(43,75%)*	6	*(18,75%)*	
Mode d'exercice professionnel actuel					
MG libéral installé	3	*(9,38%)*	1	*(3,13%)*	
MG libéral remplaçant	15	*(46,88%)*	5	*(15,63%)*	
MH salarié	5	*(15,63%)*	0	*(0,00%)*	0,205
MG à activité mixte	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	
Autre	1	*(3,13%)*	2	*(6,25%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

2.3.2. La part de la PDSA dans l'exercice actuel des ex-stagiaires SOS Médecins

Question 6 : « l'existence d'une activité actuelle au sein d'une association SOS Médecins »

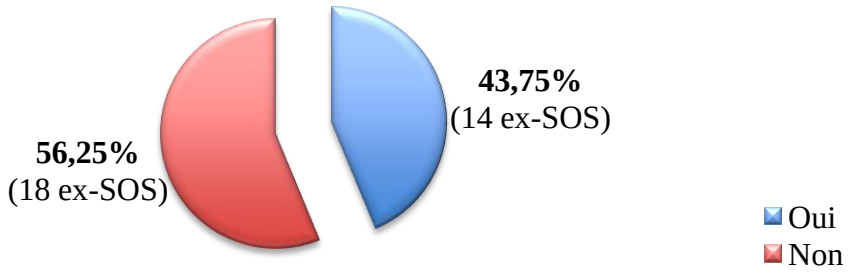

Figure 2.6 : Répartition selon l'existence d'une activité actuelle au sein d'une association SOS Médecins, chez l'échantillon de la 2ème enquête

L'analyse bi-variée de ce résultat en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon, est résumée dans le *Tableau V.30* ci-après.

Tableau V.30 : Analyse bi-variée de l'existence d'une activité actuelle au sein d'une association SOS Médecins en fonction des données sociodémographiques et professionnelles de l'échantillon. 2ème enquête.

Exercice actuel au sein d'une association SOS Médecins					
	Oui		Non		**p-value****
	n	%	n	%	**(Fisher)**
Sexe					
Femme	6	*(18,75%)*	15	*(46,88%)*	0,027
Homme	8	*(25,00%)*	3	*(9,38%)*	
Statut civil					
Célibataire	4	*(12,50%)*	5	*(15,63%)*	
Marié	2	*(6,25%)*	7	*(21,88%)*	0,270
En couple	8	*(25,00%)*	6	*(18,75%)*	
Progéniture					
Oui	6	*(18,75%)*	6	*(18,75%)*	0,718
Non	8	*(25,00%)*	12	*(37,50%)*	
Mode d'exercice professionnel actuel					
MG libéral installé	2	*(6,25%)*	2	*(6,25%)*	
MG libéral remplaçant	12	*(37,50%)*	8	*(25,00%)*	
MH salarié	0	*(0,00%)*	5	*(15,63%)*	0,026
MG à activité mixte	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	
Autre	0	*(0,00%)*	3	*(9,38%)*	
Lieu d'exercice professionnel actuel					
Urbain (ou Péri-)	13	*(40,63%)*	11	*(34,88%)*	0,053
Rural	1	*(3,13%)*	7	*(21,88%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

On note :

- Une influence statistique du sexe : p-value égale à 0,027. En effet, on note une proportion importante (46,88%) d'ex-stagiaires de sexe féminin qui n'exerce pas actuellement au sein d'une structure SOS Médecins.
- Une absence de lien statistique par rapport au statut familial et à l'existence d'une progéniture : p-value respectivement égale à 0,270 et 0,718. En effet, on note une distribution homogène pour ces variables indépendamment de l'existence ou non d'une activité actuelle au sein d'une association SOS Médecins.

- Une dépendance statistique par rapport au mode d'exercice professionnel actuel : p-value égale à 0,026. En effet, on note qu'une proportion non négligeable (37,5% soit n'=12) d'ex-stagiaires, remplace au sein d'une association SOS Médecins.
- Une absence de lien statistique avec le lieu d'exercice professionnel actuel : p-value égale à 0,053. Néanmoins, cette valeur est très proche du seuil. Ainsi, on peut supposer qu'il existe une faible influence du lieu d'exercice actuel sur l'existence d'une activité au sein d'une association SOS Médecins.

Question 7 : « la part de la PDSA dans l'exercice actuel »

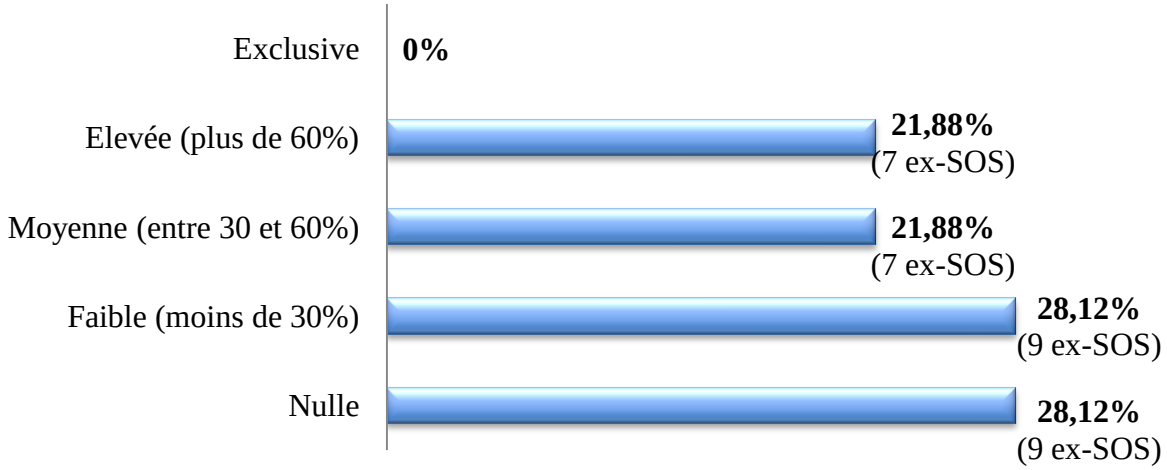

Figure 2.7 : Répartition selon la part de la PDSA dans l'exercice actuel, chez l'échantillon de la 2ème enquête

On constate qu'une proportion importante de 71,88%, soit 23 ex-stagiaires SOS, participe actuellement à la PDSA.

L'analyse bi-variée de la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel de l'échantillon, en fonction des données sociodémographiques, professionnelles et l'existence d'une activité au sein d'une association SOS Médecins, est résumée dans le *Tableau V.31* ci-après.

Elle montre :

- Un lien statistique avec le sexe de l'ex-stagiaire : p-value égale à 0,015.

En plus d'une participation plus marquée chez les hommes, on note que ces derniers accordent une part plus importante de leur exercice à la PDSA.

Tableau V.31 : Analyse bi-variée de la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel en fonction des données sociodémographiques, professionnelles et l'existence d'une activité actuelle au sein d'une association SOS Médecins. 2ème enquête.

	Part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel								
	Nulle		Faible		Moyenne		Elevée		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexe									
Femme	9	*(28,13%)*	5	*(15,63%)*	5	*(15,63%)*	2	*(6,25%)*	0,015
Homme	0	*(0,00%)*	4	*(12,50%)*	2	*(6,25%)*	5	*(15,63%)*	
Statut civil									
Célibataire	2	*(6,25%)*	3	*(9,38%)*	2	*(6,25%)*	2	*(6,25%)*	
Marié	4	*(12,50%)*	3	*(9,38%)*	1	*(3,13%)*	1	*(3,13%)*	0,839
En couple	3	*(9,38%)*	3	*(9,38%)*	4	*(12,50%)*	4	*(12,50%)*	
Progéniture									
Oui	4	*(12,50%)*	4	*(12,50%)*	1	*(3,13%)*	3	*(9,38%)*	0,656
Non	5	*(15,63%)*	5	*(15,63%)*	6	*(18,75%)*	4	*(12,50%)*	
Mode d'exercice professionnel actuel									
MG libéral installé	1	(3,13%)	1	*(3,13%)*	0	*(0,00%)*	2	*(6,25%)*	
MG libéral remplaçant	2	(6,25%)	7	*(21,88%)*	7	*(21,88%)*	4	*(12,50%)*	
MH salarié	5	(15,63%)	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	0,007
MG à activité mixte	0	(0,00%)	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	
Autre	1	(3,13%)	1	*(3,13%)*	0	*(0,00%)*	1	*(3,13%)*	
Lieu d'exercice professionnel actuel									
Urbain (ou Péri-)	9	(28,13%)	4	*(12,50%)*	5	*(15,63%)*	6	*(18,75%)*	0,032
Rural	0	(0,00%)	5	*(15,63%)*	2	*(6,25%)*	1	*(3,13%)*	
Exercice actuel au sein d'une association SOS Médecins									
Oui	0	(0,00%)	4	*(12,50%)*	4	*(12,50%)*	6	*(18,75%)*	0,003
Non	9	(28,13%)	5	*(15,63%)*	3	*(9,38%)*	1	*(3,13%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

- Une absence de lien statistique par rapport au statut familial et à l'existence d'une progéniture : p-value respectivement égale à 0,839 et 0,656. Ainsi, ces données démographiques n'influencent pas la participation des ex-stagiaires SOS à la PDSA, avec une distribution homogène pour ces variables indépendamment de la part accordée à cet exercice.
- Une influence statistique par les données professionnelles de l'échantillon : p-value égale à 0,007 pour le mode d'exercice et 0,032 pour le lieu d'exercice. En effet, on observe que ce sont essentiellement les ex-stagiaires remplaçants qui participent à la PDSA, avec une distribution homogène des proportions relatives à la part accordée. Concernant la zone territoriale de l'exercice actuel, on note que la part accordée à la PDSA par les ex-stagiaires 'urbains' est plus importante que celle accordée par les ex-stagiaires 'ruraux'.
- Un lien statistique avec l'existence d'une activité actuelle au sein d'une association SOS Médecins : p-value égale à 0,003. En effet, on observe que les ex-stagiaires exerçant au sein d'une association SOS attribuent une part à la PDSA plutôt moyenne à élevée. Alors qu'un nombre non négligeable de 9 ex-stagiaires (soit 28,14% de l'échantillon) n'exerçant pas au sein d'une association SOS Médecins, participent à la PDSA avec une part accordée plutôt faible à moyenne.

2.3.3. L'apport de l'expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation

Question 8 : « le profil des stages d'IMG à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, au travers de l'expérience personnelle de chaque ex-stagiaire »

Les résultats observés des 4 sous-items de la question sont présentés séparément.

→ 1er sous-item : « *Année du stage* »

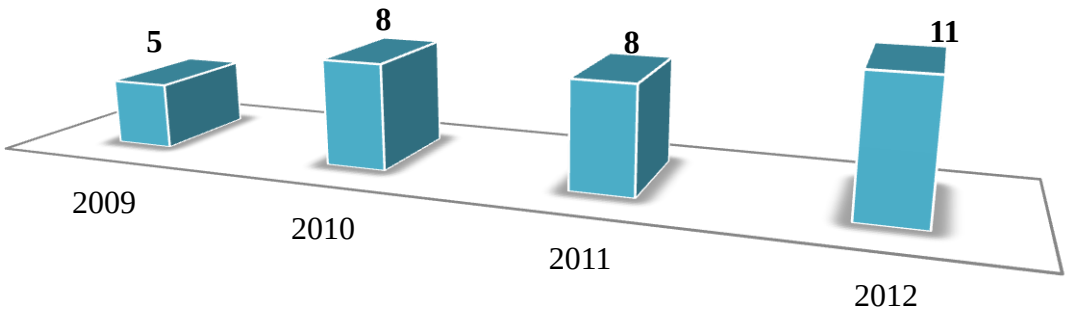

Figure 2.8a : Distribution en effectif d'ex-stagiaires, de l'année du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, chez l'échantillon de la 2ème enquête

Depuis 2009, date de l'agrément de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation auprès de la faculté de Médecine de Nancy, on note que l'effectif des stagiaires a été croissant en partant de 5 pour atteindre 11 en 2012.

→ 2ème sous-item : « *la durée du stage* »

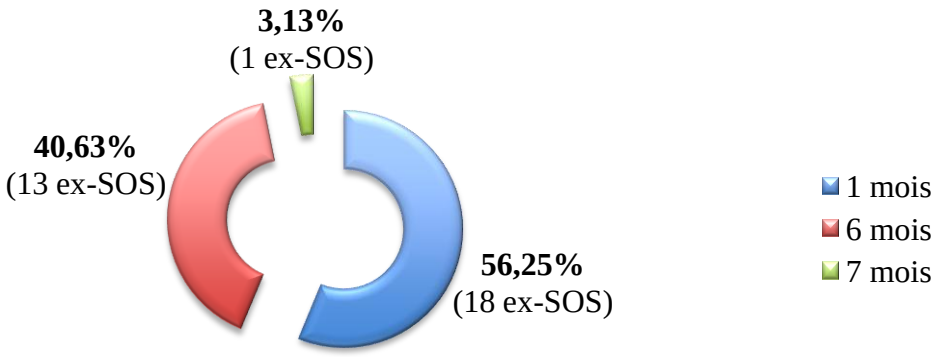

Figure 2.8b : Répartition de la durée du stage (en mois) à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, chez l'échantillon de la 2ème enquête

→ Sous-item : « *le type du stage* »

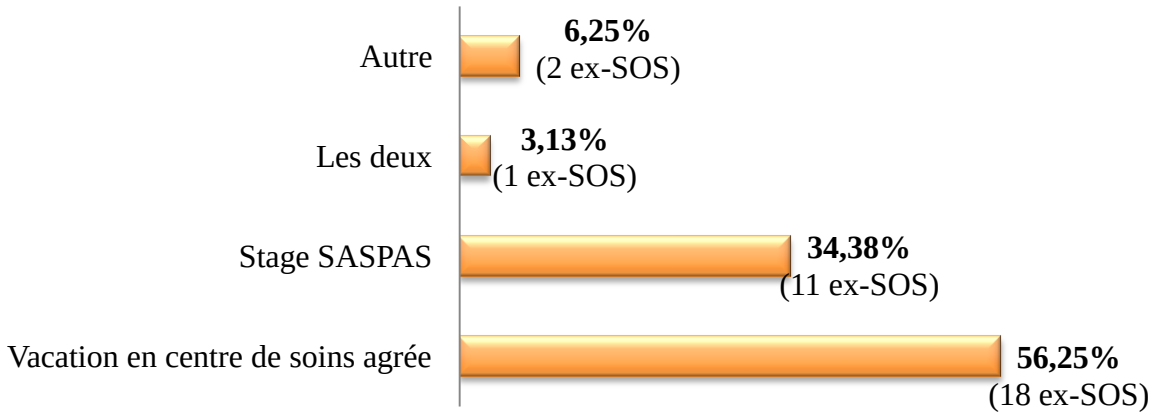

Figure 2.8c : Répartition selon le type du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, chez l'échantillon de la 2ème enquête

L'analyse de la figure 2.8c montre que :

- Un peu plus de la moitié de l'échantillon a effectué un stage dans le cadre d'une vacation en centre de soins agrée.
- Un tiers des ex-stagiaires ont effectué un SASPAS dans le cadre d'une USER dédiée à la PDSA et composée exclusivement de médecins associés-maitres de stages agrées.

- Les autres réponses correspondent à 1 ex-stagiaire ayant effectué durant son cursus les deux précédents types de stage (vacation en centre de soins agrée et SASPAS) et 2 ex-stagiaires ayant effectué « un SASPAS expérimental dans le cadre d'une USER partagée avec d'autres médecins généralistes-maitres de stages installés en cabinet ».

→ 4ème sous-item : « *le nombre de maîtres de stage côtoyés* »

Moyenne générale de maîtres de stage côtoyés	**4,09**
Moyenne de maîtres de stage côtoyés lors du SASPAS	3,50
Moyenne de maîtres de stage côtoyés lors de la vacation en centre de soins agrée	4,56

Pour les ex-stagiaires SASPAS, la moyenne des maitres de stage côtoyés est de 3,50, avec un nombre minimum de 1 (lors du SASPAS expérimental) et maximum de 4.

Pour les ex-stagiaires lors de la vacation en centre de soins agrée, la fourchette du nombre de maitres de stage côtoyés est plus large entre 2 et 11, avec une moyenne de 4,56.

Question 10 : « le profit acquis lors de l'expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *l'existence d'un intérêt de formation lors du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, vis à vis de l'exercice spécifique de la PDSA* »

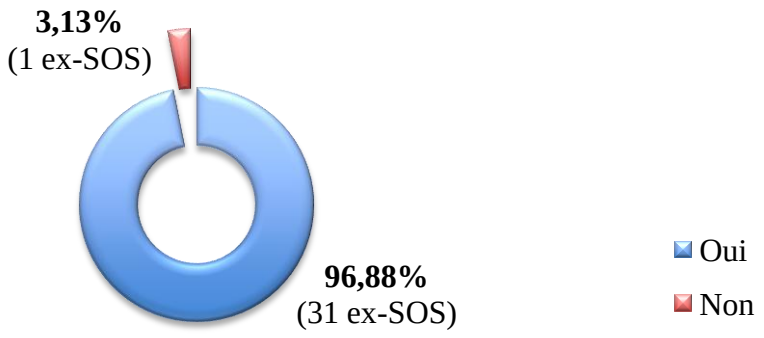

Figure 2.10a : Répartition selon l'existence d'un intêret de formation lors du stage SOS vis à vis de l'exercice spécifique de la PDSA, chez l'échantillon de la 2ème enquête

→ Sous-item : « *la nature du bénéfice acquis, chez les ex-stagiaires évaluant intéressante leur expérience à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle* »

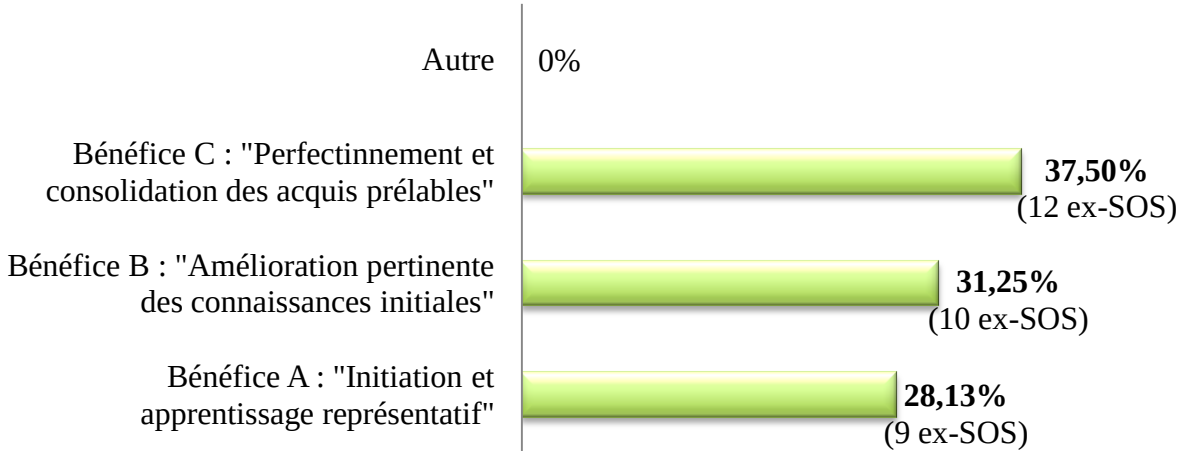

Figure 2.10b : Répartition selon la nature du bénefice acquis, chez les ex-stagiaires évaluant intéressante leur expérience à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (n=31)

L'analyse bi-variée des résultats de cette question en fonction de la durée et du type de stage, est résumée dans le *Tableau V.32* ci-dessous. Elle ne montre pas d'influence statistique de ces variables sur la nature du bénéfice acquis (toutes les p-value sont > à 0,05). Néanmoins, on observe une distribution homogène des proportions relatives à la durée et au type de stage.

Tableau V.32 : Analyse bi-variée de la nature du bénéfice acquis, chez les ex-stagiaires évaluant intéressante leur expérience à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (n=31) en fonction de la durée et du type de stage. 2ème enquête.

La nature du bénéfice acquis chez les ex-stagiaires évaluant intéressante leur expérience à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (n=31)							
	Bénéfice A		Bénéfice B		Bénéfice C		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	n	%	
Durée du stage							
1 mois	6	*(19,35%)*	5	*(16,13%)*	6	*(19,35%)*	0,893
6 mois	3	*(9,68%)*	5	*(16,13%)*	5	*(16,13%)*	
7 mois	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	1	*(3,23%)*	
Type du stage							
Vacation	6	*(19,35%)*	5	*(16,13%)*	5	*(16,13%)*	0,401
SASPAS	2	*(6,45%)*	5	*(16,13%)*	5	*(16,13%)*	
Les deux	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	2	*(6,45%)*	
Autre	1	*(3,23%)*	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	

*** : valeur seuil à 0,05*

Question 11 : « l'impact du stage à SOS Médecins Meurthe et Moselle dans l'exercice professionnel vis à vis de la PDSA »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *la participation effective seul à la PDSA, après le stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle* »

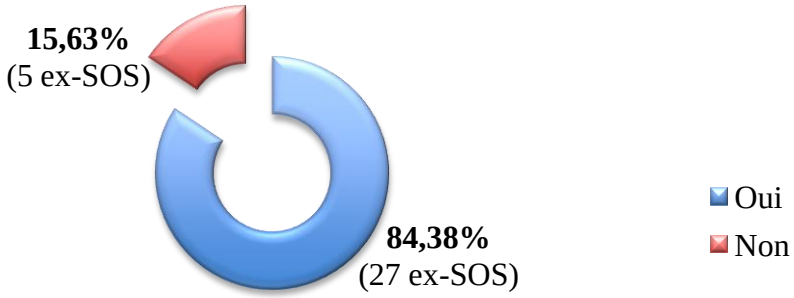

Figure 2.11a : Répartition selon la participation effective seul à la PDSA apès le stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, chez l'échantillon de la 2ème enquête

L'analyse bi-variée de ce résultat en fonction des données sociodémographiques et professionnelles, le type de stage et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel, est résumée dans le *Tableau V.33* (page ci-après).

Elle montre :

- L'absence de lien statistique avec les données sociodémographiques et professionnelles, avec p-value respectivement égale à 0,138 pour le sexe, à 0,560 pour le statut familial et à 0,093 pour le mode d'exercice actuel.
- Une indépendance statistique par rapport au type de stage à SOS Médecins 54, avec p-value égale à 0,080.
- Une influence statistique entre la participation effective seul à la PDSA et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel des ex-stagiaires : p-value égale à 0,046.

Tableau V.33 : Analyse bi-variée de la participation effective seul à la PDSA, après le stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle en fonction des sociodémographiques et professionnelles, le type de stage et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel. 2ème enquête.

Participation effective seul à la PDSA, après le stage à SOS Médecins 54					
	Oui		Non		**p-value** (Fisher)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	16	*(50,00%)*	5	*(15,63%)*	0,138
Homme	11	*(34,88%)*	0	*(0,00%)*	
Statut civil					
Célibataire	7	*(21,88%)*	2	*(6,25%)*	
Marié	7	*(21,88%)*	2	*(6,25%)*	0,560
En couple	13	*(40,63%)*	1	*(3,13%)*	
Mode d'exercice professionnel actuel					
MG libéral installé	4	*(12,50%)*	0	*(0,00%)*	
MG libéral remplaçant	18	*(56,25%)*	2	*(6,25%)*	
MH salarié	4	*(12,50%)*	1	*(3,13%)*	0,093
MG à activité mixte	0	*(0,00%)*	0	*(0,00%)*	
Autre	1	*(3,13%)*	2	*(6,25%)*	
Type de stage					
Vacation en centre de soins	15	*(46,88%)*	2	*(6,25%)*	
SASPAS	11	*(34,88%)*	1	*(3,13%)*	0,080
Les deux	1	*(3,13%)*	1	*(3,13%)*	
Autre	0	*(0,00%)*	1	*(3,13%)*	
Lieu d'exercice professionnel actuel					
Nulle	5	*(15,63%)*	4	*(12,50%)*	
Faible	8	*(25,00%)*	1	*(3,13%)*	0,046
Moyenne	7	*(21,88%)*	0	*(0,00%)*	
Elevée	7	*(21,88%)*	0	*(0,00%)*	

** : valeur seuil à 0,05

→ Sous-item : « *l'influence du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sur la participation effective seul à la PDSA* »

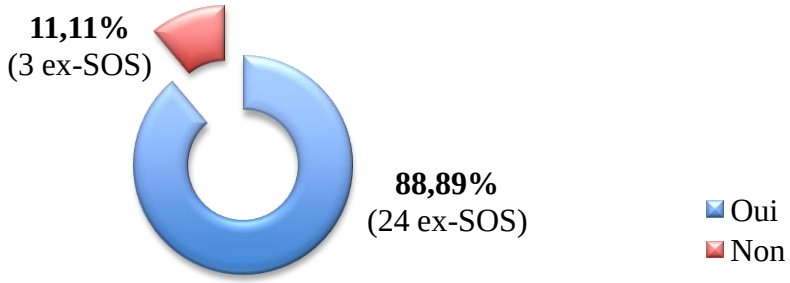

Figure 2.11b : Répartition selon l'influence du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sur la participation effective seul à la PDSA, chez les ex-stagiaires concernés (n=27)

Question 13 : « les avantages de l'expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle »

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : *« la recommandation du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle pour un IMG Nancéen »*

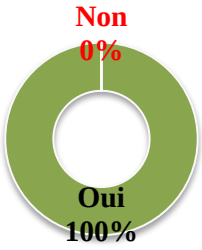

Figure 2.13a : Répartition selon la recommandation du stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle à un IMG nancéen, chez l'échantillon de la 2ème enquête

→ Sous-item : *« les avantages du terrain de formation à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, selon les ex-stagiaires »*

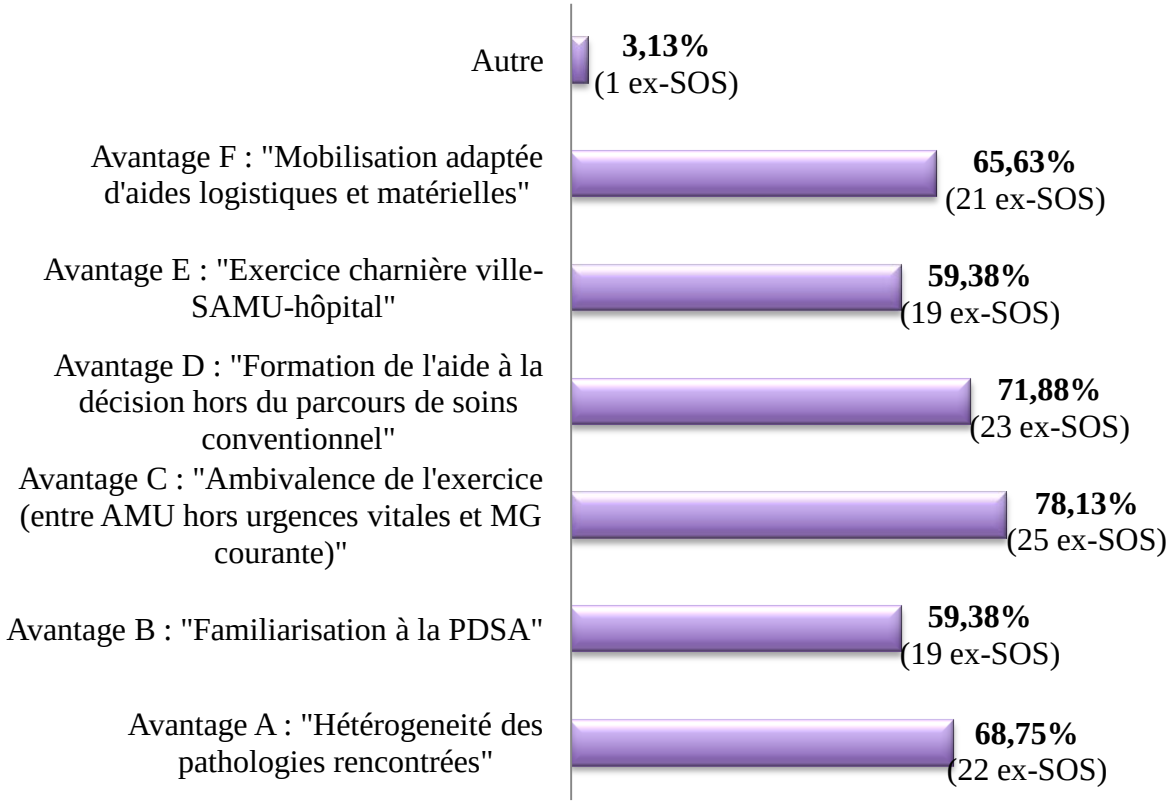

Figure 2.13b : Distribution pondérée en pourcentage des avantages du terrain de formation à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, pour les ex-stagiaires de l'échantillon de la 2ème enquête (n=32)

Concernant l'unique réponse « Autre », l'avantage rapporté réside dans le 'service médical rendu' basé sur la mobilité des effecteurs médicaux de l'association SOS Médecins 54, particulièrement indispensable chez des patients dépendants ou présentant un problème aigu rendant leur déplacement difficile.

L'analyse bi-variée de ces avantages en fonction des données sociodémographiques, professionnelles, le type de stage et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel, est résumée dans le *Tableau V.34* ci après.

Ainsi, on note :

- Pour les avantage A, C, D et E, l'absence de lien statistique avec les données sociodémographiques et professionnelles, le type de stage et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel (toutes les p-value sont > à 0,05).
- Pour la familiarisation à la PDSA (avantage B), uniquement l'existence d'une dépendance statistique avec le mode d'exercice actuel : p-value égale à 0,045 (*seuil à 0,05*). Les autres variables n'ont pas de lien statistique avec cet avantage (p-value > à 0,05).
- Pour la mobilisation adaptée d'aides logistique et/ou matérielle (avantage F), seulement un lien statistique anecdotique avec le statut familial : p-value égale à 0,037 (*seuil à 0,05*). Les autres variables n'ont pas de lien statistique avec cet avantage (p-value > à 0,05).

	Les avantages du terrain de formation à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, selon les ex-stagiaires																	
	Avantage A		**p-value***	**Avantage B**		**p-value***	**Avantage C**		**p-value***	**Avantage D**		**p-value***	**Avantage E**		**p-value***	**Avantage F**		**p-value***
	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non	
Sexe																		
Femme	14 *(43,75%)*	7 *(21,88%)*	**1**	11 *(34,88%)*	10 *(31,25%)*	**0,45**	16 *(50,00%)*	5 *(15,63%)*	**1**	15 *(46,88%)*	6 *(18,75%)*	**1**	13 *(40,63%)*	8 *(25,00%)*	**0,721**	13 *(40,63%)*	8 *(25,00%)*	**0,703**
Homme	8 *(25,00%)*	3 *(9,38%)*		8 *(25,00%)*	3 *(9,38%)*		9 *(28,13%)*	2 *(6,25%)*		8 *(25,00%)*	3 *(9,38%)*		6 *(18,75%)*	5 *(15,63%)*		8 *(25,00%)*	3 *(9,38%)*	
Statut familial																		
Célibataire	7 *(21,88%)*	2 *(6,25%)*		5 *(15,63%)*	2 *(6,25%)*		7 *(21,88%)*	2 *(6,25%)*		7 *(21,88%)*	1 *(3,13%)*		2 *(6,25%)*	3 *(9,38%)*		4 *(12,50%)*	4 *(12,50%)*	
Marié	7 *(21,88%)*	1 *(3,13%)*	**1**	4 *(12,50%)*	1 *(3,13%)*	**0,819**	8 *(25,00%)*	0 *(0,00%)*	**0,468**	6 *(18,75%)*	2 *(6,25%)*	**1**	7 *(21,88%)*	1 *(3,13%)*	**0,094**	7 *(21,88%)*	0 *(0,00%)*	**0,037**
En couple	8 *(25,00%)*	2 *(6,25%)*		10 *(31,25%)*	2 *(6,25%)*		10 *(31,25%)*	3 *(9,38%)*		10 *(31,25%)*	2 *(6,25%)*		10 *(31,25%)*	1 *(3,13%)*		10 *(31,25%)*	1 *(3,13%)*	
Mode d'exercice actuel																		
MG libéral installé	4 *(12,50%)*	0 *(0,00%)*		1 *(3,13%)*	3 *(9,38%)*		3 *(9,38%)*	1 *(3,13%)*		3 *(9,38%)*	1 *(3,13%)*		2 *(6,25%)*	2 *(6,25%)*		4 *(12,50%)*	0 *(0,00%)*	
MG libéral remplaçant	11 *(34,88%)*	9 *(28,13%)*		14 *(43,75%)*	6 *(18,75%)*		15 *(46,88%)*	5 *(15,63%)*		14 *(43,75%)*	6 *(18,75%)*		11 *(34,88%)*	9 *(28,13%)*		12 *(37,50%)*	8 *(25,00%)*	
MH salarié	4 *(12,50%)*	1 *(3,13%)*	**0,206**	1 *(3,13%)*	4 *(12,50%)*	**0,045**	4 *(12,50%)*	1 *(3,13%)*	**1**	3 *(9,38%)*	2 *(6,25%)*	**0,851**	4 *(12,50%)*	1 *(3,13%)*	**0,877**	4 *(12,50%)*	1 *(3,13%)*	**0,274**
MG à activité mixte	0 *(0,00%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	0 *(0,00%)*	
Autre	3 *(9,38%)*	0 *(0,00%)*		3 *(9,38%)*	0 *(0,00%)*		3 *(9,38%)*	0 *(0,00%)*		3 *(9,38%)*	0 *(0,00%)*		2 *(6,25%)*	1 *(3,13%)*		1 *(3,13%)*	2 *(6,25%)*	
Type de stage																		
Vacation en centre de soins	10 *(31,25%)*	7 *(21,88%)*		10 *(31,25%)*	7 *(21,88%)*		14 *(43,75%)*	3 *(9,38%)*		11 *(34,88%)*	6 *(18,75%)*		10 *(31,25%)*	7 *(21,88%)*		10 *(31,25%)*	7 *(21,88%)*	
SASPAS	10 *(31,25%)*	2 *(6,25%)*	**0,393**	8 *(25,00%)*	4 *(12,50%)*	**0,720**	8 *(25,00%)*	4 *(12,50%)*	**0,723**	9 *(28,13%)*	3 *(9,38%)*	**0,891**	7 *(21,88%)*	5 *(15,63%)*	**0,577**	10 *(31,25%)*	2 *(6,25%)*	**0,185**
Les deux	1 *(3,13%)*	1 *(3,13%)*		1 *(3,13%)*	1 *(3,13%)*		2 *(6,25%)*	0 *(0,00%)*		2 *(6,25%)*	0 *(0,00%)*		2 *(6,25%)*	0 *(0,00%)*		1 *(3,13%)*	1 *(3,13%)*	
Autre	1 *(3,13%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	1 *(3,13%)*		1 *(3,13%)*	0 *(0,00%)*		1 *(3,13%)*	0 *(0,00%)*		0 *(0,00%)*	1 *(3,13%)*		0 *(0,00%)*	1 *(3,13%)*	
Part de la PDSA dans l'exercice actuel																		
Nulle	8 *(25,00%)*	1 *(3,13%)*		3 *(9,38%)*	6 *(18,75%)*		8 *(25,00%)*	1 *(3,13%)*		7 *(21,88%)*	2 *(6,25%)*		5 *(15,63%)*	4 *(12,50%)*		6 *(18,75%)*	3 *(9,38%)*	
Faible	6 *(18,75%)*	3 *(9,38%)*	**0,075**	8 *(25,00%)*	1 *(3,13%)*	**0,127**	8 *(25,00%)*	1 *(3,13%)*	**0,412**	6 *(18,75%)*	3 *(9,38%)*	**0,763**	6 *(18,75%)*	3 *(9,38%)*	**1**	6 *(18,75%)*	3 *(9,38%)*	**1**
Moyenne	2 *(6,25%)*	5 *(15,63%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*		6 *(18,75%)*	1 *(3,13%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*	
Elevée	6 *(18,75%)*	1 *(3,13%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*		5 *(15,63%)*	2 *(6,25%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*		4 *(12,50%)*	3 *(9,38%)*		5 *(15,63%)*	2 *(6,25%)*	

Tableau V.34 : Analyse bi-variée (test exact de Fisher) des avantages observés dans le terrain de formation à SOS Médecins 54 en fonction des données sociodémographiques et professionnelles, le type de stage et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel. 2ème enquête. (*) : Valeur seuil à 0,05

2.3.4. Le groupe des 3 questions représentatives des thèmes majeurs de l'étude : la connaissance, la formation et la perception future du concept de la PDSA, à visée comparative avec celles de la 1ère enquête

Dans ce paragraphe, seuls les résultats de la 2ème enquête sont présentés à titre descriptif.

La comparaison thématique est étudiée et exposée plus loin dans la 3ème partie de ce chapitre, consacrée à la comparaison des résultats de ces questions représentatives dans les deux enquêtes de l'étude.

Question 9 : « la connaissance du concept de la PDSA avant le stage à SOS Meurthe-et-Moselle »

Cette question, posée aux ex-stagiaires SOS, concerne le 1er thème majeur de l'étude : la connaissance du concept de la PDSA.

Elle correspond à la question 7 de la 1ère enquête dans un but comparatif.

Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *la connaissance effective du concept de la PDSA avant le stage à SOS Meurthe-et-Moselle* »

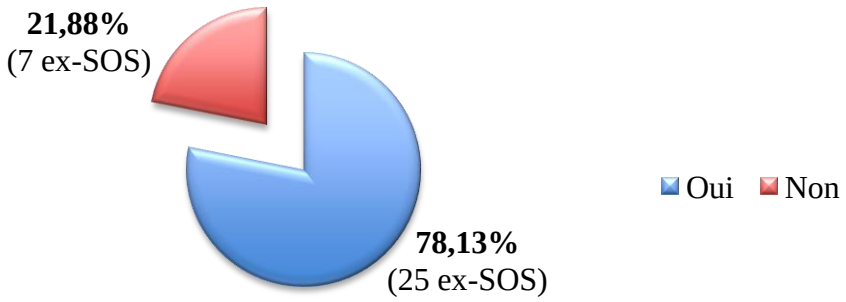

Figure 2.9a : Répartition selon la connaissance effective du concept de la PDSA chez l'échantillon de la 2ème enquête

→ Sous-item : « *la période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus* »

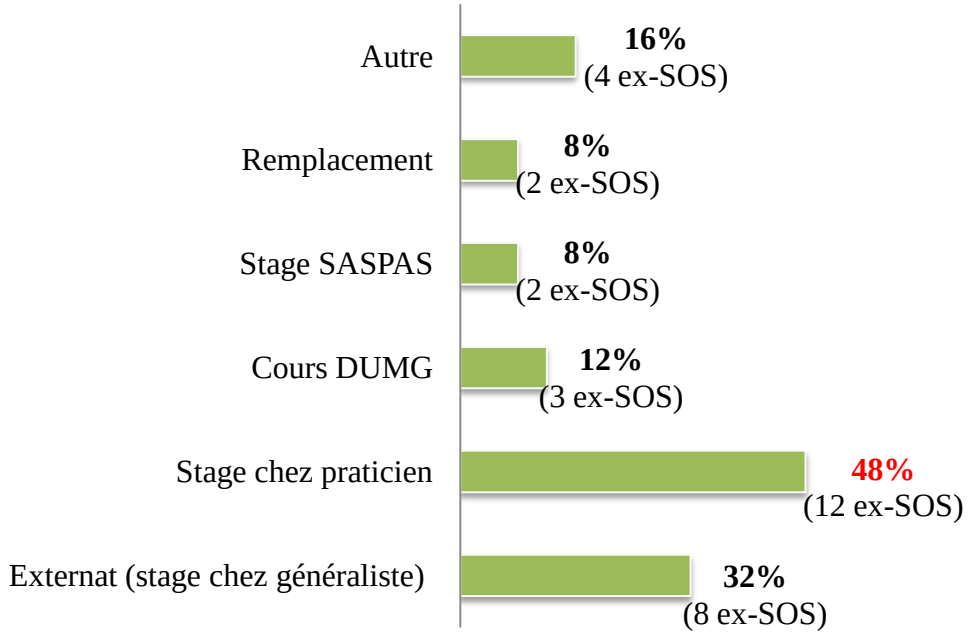

Figure 2.9b : Distribution pondérée en pourcentages de la période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus, chez les ex-stagiaires concernés (n=25) de l'échantillon de la 1ère enquête

L'analyse descriptive de ces résultats montre :

- Une nette prédominance du stage chez le praticien comme occasion de connaissance du concept de la PDSA, chez près de la moitié des ex-stagiaires SOS.
- Des faibles proportions, respectivement 12%, 8% et 8% pour l'enseignement théorique au DUMG, le stage SASPAS et le remplacement.
- Une proportion importante (32%) de connaissance de la PDSA lors de l'externat en stage chez le généraliste.
- 4 ex-stagiaires SOS ont connu autrement le concept de la PDSA, avec comme réponse libre :

  - « Intérêt personnel et Amie travaillant à SOS Médecin » (n'=1),
  - « Environnement médical familial » (n'=1),
  - « SAMU » (n'=1),
  - « Gardes effectuées par amis médecins généralistes » (n'=1).

Question 12 : « la nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA dans le cursus d'un IMG lorrain »

Cette question, posée aux ex-stagiaires SOS, concerne le 2ème thème majeur de l'étude : la formation au concept de la PDSA. Elle correspond à la question 11 de la 1ère enquête dans un but comparatif. Les résultats observés dans cette question correspondent aux données recueillies de ses deux sous-items.

→ Sous-item : « *l'adhésion à la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA lors du cursus d'un IMG nancéen* »

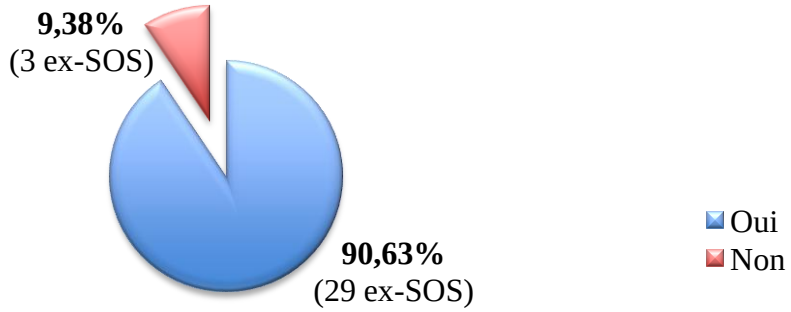

Figure 2.12a : Répartition selon l'adhesion à la nécessité d'un volet spécifique de formation à la PDSA lors du cursus d'un IMG nancéen, chez l'échantillon de la 2ème enquête

→ Sous-item : « *la (ou les) déclinaison(s) ou période(s) du cursus préférée(s) pour le volet spécifique de formation à la PDSA* »

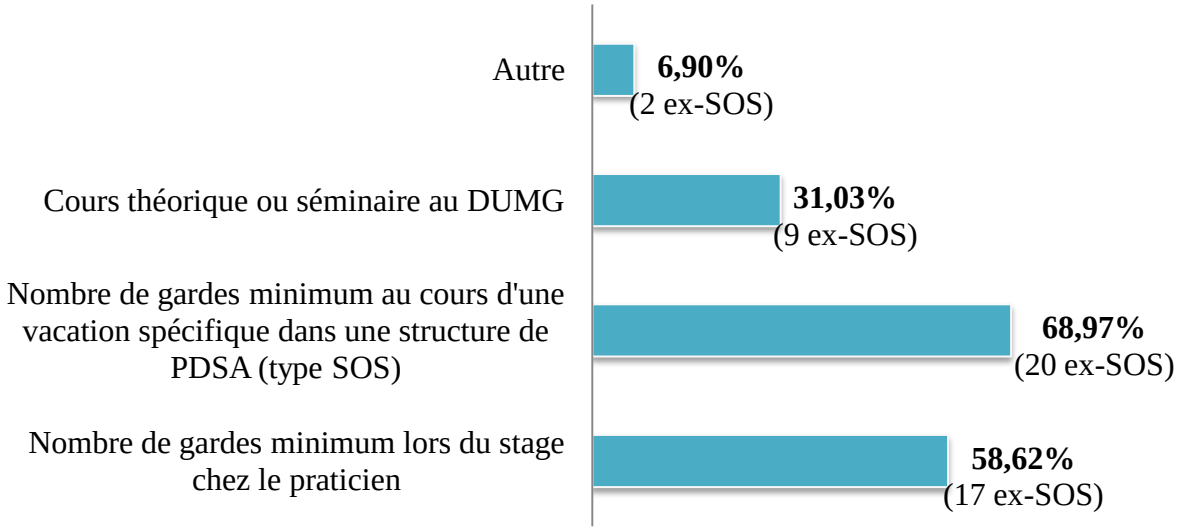

Figure 2.12b : Distribution pondérée en pourcentages des périodes du cursus préférées pour le volet spécifique de formation à la PDSA, chez les IMG concernés (n=29) de l'échantillon de la 2ème enquête

L'analyse de la forte adhésion des ex-stagiaires à ce volet spécifique de formation au travers des périodes du cursus préconisées, montre :

- Un versant théorique faiblement souhaité, par seulement 31,03% des ex-stagiaires adhérents.
- Un versant pratique, sous la forme d'un nombre minimum de gardes effectuées dans le cadre de la PDSA, nettement plébiscité par les ex-stagiaires SOS. Ce choix est partagé entre les deux déclinaisons proposées avec une légère préférence pour la vacation dans une structure de PDSA de type SOS (68,97%) tandis que le stage chez le praticien est souhaité par 58,62% des ex-stagiaires SOS.

Les 2 ex-stagiaires s'étant exprimés en réponse « Autre », l'ont fait de la façon suivante :

- « *Avoir le choix entre les 2 déclinaisons pratiques* ».
- « *Je pense qu'il est nécessaire de connaître théoriquement l'organisation de la PDSA sans être obligé de pratiquer des gardes* »

Question 14 : « la perception future de l'activité relative à la PDSA »

Cette question, posée aux ex-stagiaires SOS, concerne le 3ème thème majeur de l'étude : la perception future du concept de la PDSA. Elle correspond à la question 15 de la 1ère enquête dans un but comparatif. Les résultats observés sont illustrés dans la figure 2.14 ci-après.

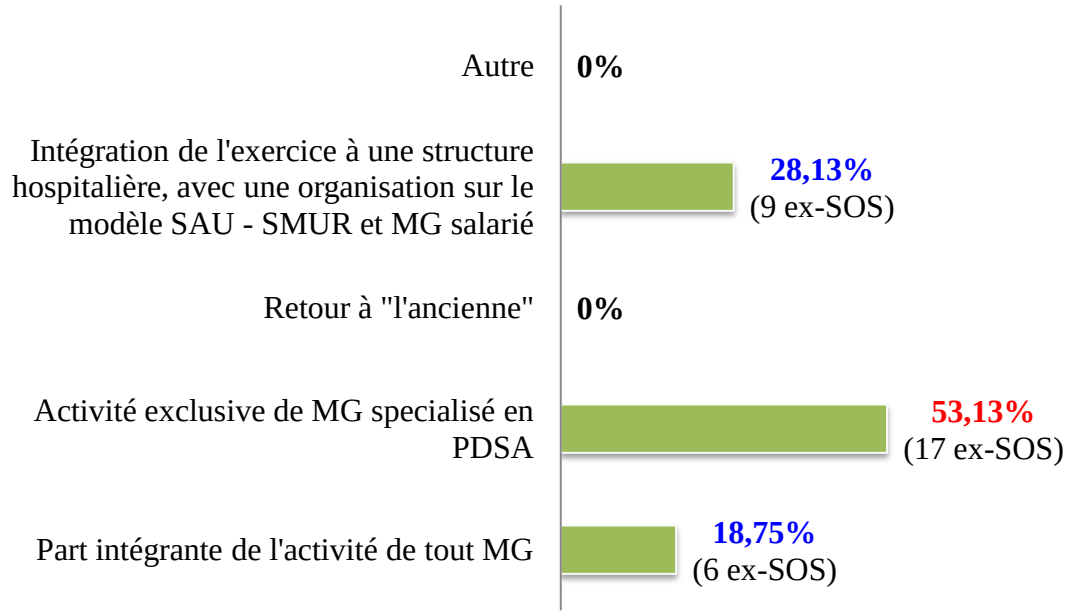

Figure 2.14 : Répartition selon la perception future de l'activité relative à la PDSA, chez l'échantillon de la 2ème enquête (n=32)

3. Comparaison des résultats des deux enquêtes

La comparaison des proportions observées dans deux échantillons indépendants est entreprise avec l'usage des tests statistiques de :

- Chi 2 si les effectifs théoriques sont > à 5
- Fisher s'ils sont ≤ à 5.

3.1. Analyse comparative des échantillons des deux enquêtes

Elle est faite sur la base des données sociodémographiques et professionnelles observées dans les résultats des deux enquêtes respectives.

3.1.1. Les données sociodémographiques

Tableau V.35 : Analyse comparative des proportions relatives aux données sociodémographiques, observées dans les deux enquêtes de l'étude.

Les données sociodémographiques					
	1ère Enquête (n=122)		**2ème Enquête (n=32)**		**p-value** (Chi2)**
	n	%	n	%	
Sexe					
Femme	81	*(66,39%)*	21	*(65,62%)*	0,935
Homme	41	*(33,61%)*	11	*(34,38%)*	
Statut familial					
Célibataire	32	*(26,23%)*	9	*(28,13%)*	0,829
Marié	23	*(18,85%)*	9	*(28,13%)*	0,250
En couple	67	*(54,92%)*	14	*(43,75%)*	0,260
Progéniture (enfants)					
Oui	24	*(19,67%)*	12	*(37,50%)*	0,034
Non	98	*(80,33%)*	20	*(62,50%)*	

	1ère Enquête (n=122) Ø (année)	**2ème Enquête (n=32)** Ø (année)	**p-value** (Student)**
Age	28,76	29,5	0,014

** : valeur seuil à 0,05

L'analyse comparative (*Tableau V.35*) entre les données sociodémographiques des deux échantillons de l'étude, montre :

- L'absence de différence significative entre les proportions relatives au sexe et au statut familial : les p-value sont > à 0,05.

- La confirmation statistique de la différence observée concernant les proportions relatives à l'existence d'une progéniture (un ou plusieurs enfants) : p-value égale à 0,034.

En effet, plus d'un ex-stagiaire SOS sur 3 (37,5%) a un (ou plusieurs) enfant(s) ; alors que, seulement un IMG sur 5 (19,67%) a une progéniture.

- La différence observée de 0,74 année entre l'âge moyen des deux échantillons est statistiquement significative : p-value égale à 0,014.

Les ex-stagiaires, ayant fini pour la majorité d'entre eux leur cursus universitaire, sont plus âgés que les IMG de la 1ère enquête.

3.1.2. Les données professionnelles

Tableau V.36 : Analyse comparative des proportions relatives aux données professionnelles (actuelles ou futures), observées dans les deux enquêtes de l'étude.

Les données professionnelles (actuelles ou futures)					
	1ère Enquête (n=122)		**2ème Enquête (n=32)**		**p-value** (Chi2 ou Fisher)**
	n	%	n	%	
Mode d'exercice (actuel ou futur)					
Salariat	16	*(13,11%)*	5	*(15,62%)*	0,773
Libéral	79	*(64,75%)*	24	*(75,00%)*	0,273
Mixte	24	*(19,67%)*	0	*(0,00%)*	0,004
Autre ou NSP*	3	*(2,46%)*	3	*(9,38%)*	0,105
Lieu d'exercice (actuel ou futur)					
Urbain (ou Péri-)	64	*(52,46%)*	24	*(75,00%)*	0,022
Rural	41	*(33,61%)*	8	*(25,00%)*	0,352
NSP*	17	*(13,93%)*	_	_	_

* : Ne Sais Pas
** : valeur seuil à 0,05

L'analyse comparative entre les données professionnelles des deux échantillons de l'étude, est résumée dans le *Tableau V.36* ci-dessus. Elle montre :

- Concernant le mode d'exercice professionnel, seulement une différence significative entre les proportions relatives au choix de l'activité mixte : p-value égale à 0,004.

En effet, l'activité professionnelle « mixte » est nulle actuellement chez les ex-stagiaires SOS ; alors que ce choix du mode d'exercice futur est fait par environ un IMG sur 5 (19,67%).

Les proportions relatives au choix des autres modes d'exercice sont proches sans constater de différence statistique : les p-value sont > à 0,05.

NB : Dans l'analyse comparative des proportions relatives au « mode d'exercice professionnel », on a procédé au rassemblement des données observées dans la 2ème enquête afin d'obtenir une validité statistique. En fait, on a fusionné les données des réponses « MG libéral installé » et « MG libéral remplaçant » en un groupe unique « libéral », afin de pouvoir comparer sa proportion avec celle observée dans la 1ère enquête.

- Concernant le lieu d'exercice professionnel, une confirmation statistique de la différence observée concernant les proportions relatives à l'activité en zone urbaine ou périurbaine : p-value égale à 0,022.

En effet, on note que 3 ex-stagiaires sur 4 (75%) exercent actuellement dans ce type de zone territoriale ; alors qu'environ un IMG sur 2 envisage de le faire. En parallèle, on rappelle qu'on observe une proportion non négligeable d'indécis parmi les IMG (13,93% soit n1'=17).

3.2. Analyse comparative de la connaissance du concept de la PDSA observée dans les deux enquêtes

L'analyse comparative entre les résultats observés au sujet du 1er thème majeur de l'étude : 'la connaissance du concept de la PDSA', résumée dans le *Tableau V.37* ci-après, montre :

Tableau V.37 : Analyse comparative des proportions relatives à la connaissance du concept de la PDSA, observées dans les deux enquêtes de l'étude.

	La connaissance du concept de la PDSA				
	1ère Enquête (n=122)		**2ème Enquête (n=32)**		**p-value** (Chi2 ou Fisher)**
	n	%	n	%	
Connaissance					
Oui	113	*(92,62%)*	25	*(78,13%)*	0,025
Non	9	*(7,38%)*	7	*(21,88%)*	
Période de connaissance lors du cursus	*(Distribution pondérée en effectif et en pourcentage)*				
Externat	23	*(20,35%)*	8	*(32,00%)*	0,440
Stage chez le praticien	57	*(50,44%)*	12	*(48,00%)*	0,351
Enseignement au DUMG	13	*(11,50%)*	3	*(12,00%)*	1
SASPAS	14	*(12,39%)*	2	*(8,00%)*	0,526
Remplacement	24	*(21,24%)*	2	*(8,00%)*	0,109
Autre	18	*(15,93%)*	4	*(16,00%)*	1

** : valeur seuil à 0,05

→ Concernant la connaissance effective du concept de la PDSA, la confirmation statistique de la différence constatée entre les proportions des deux échantillons : p-value égale à 0,025.

En effet, on note que la proportion observée chez les ex-stagiaires SOS (78,13%) est inferieure à celle des IMG (92,62%).

→ Concernant la période de connaissance du concept de la PDSA lors du cursus, aucune différence significative entre les proportions observées chez les deux échantillons : toutes les p-value sont > à 0,05.

3.3. Analyse comparative de la formation au concept de la PDSA observée dans les deux enquêtes

L'analyse comparative entre les résultats observés au sujet du 2ème thème majeur de l'étude : 'la nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA durant le cursus d'un IMG lorrain', est résumée dans le *Tableau V.38* ci-après. Elle montre :

Tableau V.38 : Analyse comparative des proportions relatives à la nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA durant le cursus d'un IMG lorrain, observées dans les deux enquêtes de l'étude.

La nécessité d'un projet de formation spécifique à la PDSA durant le cursus d'un IMG lorrain					
	1ère Enquête (n=122)		**2ème Enquête (n=32)**		**p-value** (Chi2 ou Fisher)**
	n	%	n	%	
Adhésion au projet					
Oui	110	*(90,16%)*	29	*(90,63%)*	1
Non	12	*(9,84%)*	3	*(9,38%)*	
Déclinaison(s) ou période(s) du cursus choisie(s)	*(Distribution pondérée en effectif et en pourcentage)*				
Stage chez le praticien	52	*(47,27%)*	17	*(58,62%)*	0,288
Vacation dans une structure de PDSA	51	*(46,36%)*	20	*(68,97%)*	0,037
Enseignement théorique au DUMG	67	*(60,91%)*	9	*(31,03%)*	0,007
Autre	5	*(4,55%)*	2	*(6,90%)*	0,636

** : valeur seuil à 0,05

→ Concernant l'adhésion à la proposition d'une formation spécifique à la PDSA, l'absence de différence statistique entre les proportions observées chez les des deux échantillons : p-value égale à 1.

En effet, on note que ces proportions sont très proches avec une adhésion massive d'environ un IMG ou ex-stagiaire sur 9 parallèlement chez les deux échantillons (90,16% dans la 1ère enquête versus 90,63% dans la 2ème enquête).

→ Concernant la (ou les) déclinaison(s) ou la (ou les) période(s) du cursus préférée(s), des choix différents avec :

- L'absence d'une différence significative entre les proportions relatives au choix « stage chez le praticien » observées chez les deux échantillons : p-value égale à 0,288.

Ainsi, la proportion du choix de cette déclinaison chez les IMG (47,27%), est équivalente à celle chez les ex-stagiaires (58,62%).

- Une confirmation statistique de la différence observée entre les proportions relatives au choix de la déclinaison « vacation dans une structure de PDSA » : p-value égale à 0,037.

En effet, la proportion de ce choix par ailleurs majoritaire chez les ex-stagiaires SOS (68,97%), est supérieure à celle chez les IMG (46,36%).

- L'existence d'une différence statistiquement significative entre les proportions observées pour le choix « enseignement théorique au DUMG » chez les deux échantillons : p-value égale à 0,007.

En effet, l'analyse comparative confirme la nette différence observée pour le choix de cette déclinaison, particulièrement plébiscitée par les IMG (60,91% versus 31,03% chez les ex-stagiaires SOS).

- L'absence d'une différence statistique significative entre les proportions relatives au choix « Autre » : p-value égale à 0,636.

En effet, les deux échantillons ont peu formulé des réponses libres (4,55% dans la 1ère enquête versus 6,90% dans la 2ème enquête).

3.4. Analyse comparative de la perception future du concept de la PDSA observée dans les deux enquêtes

Tableau V.39 : Analyse comparative des proportions relatives à la perception future du concept de la PDSA, observées dans les deux enquêtes de l'étude.

La perception future de l'activité relative à la PDSA					
	1ère Enquête (n=122)		2ème Enquête (n=32)		p-value** (Chi2 ou Fisher)
	n	%	n	%	
Perception future de la PDSA					
Part intégrante de l'activité de tout MG	33	*(27,05%)*	6	*(18,75%)*	0,337
Activité exclusive de MG spécialisé	31	*(25,41%)*	17	*(53,13%)*	0,003
Retour à "l'ancienne"	3	*(2,46%)*	0	*(0,00%)*	1
Intégration dans une structure hospitalière	54	*(44,26%)*	9	*(28,13%)*	0,110
Autre	1	*(0,82%)*	0	*(0,00%)*	1

** : valeur seuil à 0,05

L'analyse comparative (*Tableau V.39*) entre les résultats observés au sujet du 3ème thème majeur de l'étude : 'la perception future de l'activité relative à la PDSA', montre :

- Une différence statistique significative entre les proportions relatives à la perspective « Activité exclusive de MG spécialisé » et observées chez les des deux échantillons : p-value égale à 0,003.

En effet, on note qu'un peu plus d'un ex-stagiaire SOS sur 2 (53,13%) envisage cette perspective ; alors que seulement un IMG sur 4 la prévoit.

- L'absence de différence statistique entre les proportions relatives aux autres perspectives : les p-value sont > à 0,05.

Ainsi, on note que les proportions relatives aux perspectives « part intégrante de l'activité de tout MG » (27,05% dans la 1ère enquête versus 18,75% dans la 2ème enquête) et « Intégration dans une structure hospitalière » (44,26% dans la 1ère enquête versus 28,13% dans la 2ème enquête) sont équivalentes.

De même pour la perspective « retour à l'ancienne » et le choix de réponse libre, les proportions correspondantes sont très faibles et similaires entre les deux échantillons.

VI^{ème} Partie :

DISCUSSION

5. Au sujet des résultats de la 1ère enquête
6. Au sujet des résultats de la 2ème enquête
7. A propos de la comparaison des résultats des deux enquêtes
8. Pistes de réflexion et propositions

Notre étude n'a autre prétention que de présenter un état des lieux du concept de la PDSA dans les rangs des IMG de Nancy.

Dans le contexte actuel de crise de l'installation et des déserts médicaux affectant particulièrement l'organisation de la PDSA et devenu une préoccupation politique de premier plan [(39)], cette discussion essayera de pointer les carences dans le cursus de formation des IMG nancéiens au risque de compromettre leur participation à ce versant de l'exercice libéral. Nous étudierons ensuite le point de vue des anciens stagiaires à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. S'agissant de l'offre actuelle d'apprentissage, nous tenterons de donner des pistes d'améliorations avant de conclure sur les perspectives d'avenir du concept de la PDSA.

1. Au sujet des résultats de la 1ère enquête

1.1. Biais et limites de la 1ère enquête

1.1.1 Limites affectant la validité externe de la 1ère enquête

- Biais de sélection et d'échantillonnage :

La taille de l'effectif (122 IMG) peut être une limite relative à la généralisation des résultats. Néanmoins, le taux de retour de 43,88% est satisfaisant, ce qui montre que les IMG se sentent relativement impliqués par le sujet. Dans le cadre de la procédure de suivi des non réponses mise en place pour la 1ère enquête, les 156 IMG non répondants ont eu l'occasion de préciser le motif de leur non collaboration avec un taux de suivi de 21,79% (34 IMG). Ainsi, la puissance de notre travail est satisfaisante.

Le choix de la population-mère avec la sollicitation des IMG ayant validé (ou en cours) leur stage chez le praticien ne semble pas biaiser les résultats de la 1ère enquête, compte tenu que ces sujets ont accompli une part importante de leur formation après cet unique stage ambulatoire obligatoire. D'ailleurs, ils sont considérés aux yeux des instances ordinale et universitaire aptes à effectuer un remplacement en Médecine Générale.

- Biais de déclaration :

Cette limite est présente dans notre enquête, comme dans tout travail similaire se basant sur des déclarations d'intentions ou de pratiques. Afin de minimiser ce biais, les questions ont

été établi sans ambiguïté et validées par Madame la Professeure Eliane Albuisson, PU-PH en Biostatistiques, Informatique Médicale et Techniques de Communication, à la faculté de Médecine de Nancy.

- Biais de restriction :

Cette limite est minimisée par le choix d'une enquête qualitative. Lors de l'élaboration du questionnaire, nous avons conçus essentiellement deux types de questions non restrictives, notamment des questions fermées soit dichotomiques sans ou avec filtre (au nombre de 8) soit à choix multiples avec une réponse unique ou multiple (au nombre de 6) ; mais avec la possibilité d'apporter une réponse libre.

1.1.2 Limites affectant la validité interne de la 1ère enquête

- Biais de mesure et d'information :

Le choix du mode d'administration par voie électronique du questionnaire a permis d'uniformiser les conditions de réponse des IMG.

Néanmoins, compte tenu des taux de retour (43,88%) et de suivi des non réponses (21,79%) de cette enquête, une limite peut être évoquée au sujet de la validité ou l'activité de l'adresse électronique des IMG n'ayant participé ni à l'enquête ni à la procédure de suivi des non réponses.

En fait, l'adresse électronique de l'IMG correspondant aux critères de sélection de la 1ère enquête a été récupéré par le service de scolarité de la faculté de Médecine de Nancy à partir du dossier d'inscription renseigné par chaque étudiant au début de son cursus. Sachant que le renouvellement de ce type de renseignement n'est pas systématique à chaque procédure annuelle d'inscription, on peut légitimement s'interroger si les adresses de messagerie des IMG n'ayant participé ni à l'enquête ni à la procédure de suivi des non réponses sont actives électroniquement.

- Biais d'analyse et d'interprétation :

Dans cette enquête, nous n'avons pas différencié les IMG inscrits en année TCEM de ceux en Année de thèse. Cependant, ces derniers ayant accompli tous leurs stages ont pour la majorité une activité de remplacement les exposant d'avantage aux problématiques de la PDSA.

Pour le 2ème sous-item de la question 9 « Selon vous, est-ce que l'activité de la PDSA est : Exclusivement régulée, Non régulée ou Les deux ? », nous avons omis de rajouter une autre possibilité de réponse, à savoir « Ne sais pas » pour les sujets ne pouvant pas se prononcer.

Concernant la question 12 et ses trois sous-items relatifs à la participation à la PDSA, nous n'avons pas précisé la période chronologique pour « la participation effective seul » (durant le cursus / après le cursus / lors d'un stage). Cela a pu entrainer des interprétations différentes entres les IMG interrogés.

1.2. A propos des données sociodémographiques et professionnelles de la population de la 1ère enquête

La population de cette enquête est constituée de 66,39% de femmes et 33,61% d'hommes. Ces proportions sont superposables à celles de la population source et les promotions TCEM du DES de Médecine Générale de la faculté de Nancy.

La moyenne d'âge est de 28,76 ans avec une année de naissance de la majorité des IMG de l'échantillon (80,32%) située entre 1983 et 1986. Ce constat répond aux critères démographiques de la population ciblée par l'enquête et correspond aux promotions TCEM de étudiants actuellement inscrits à la faculté de Médecine de Nancy.

Concernant la situation familiale de notre échantillon, elle se caractérise par un faible engagement matrimonial (18,85%) aux dépens du concubinage et du célibat, et concomitant avec un faible taux de procréation (19,67% des IMG ont un (ou plusieurs) enfant(s)) malgré leur avancée dans l'âge. Par contre, l'existence de progéniture n'est pas influencée par le statut civil de l'IMG (p-value égale à 8,516). Sans tomber dans la généralisation de ces constations, la longueur des études médicales et le statut prolongé d'étudiant apporte des explications recevables conduisant à un retard de fondation d'un foyer familial chez les IMG de Nancy.

La répartition observée du niveau d'étude de l'échantillon est attendue, avec une majorité d'IMG en fin de cursus ; à savoir essentiellement des étudiants en Année de thèse (45,90% ; 56 IMG) et en TCEM3 (36,07% ; 44 IMG).

Quant au profil professionnel de la population des IMG répondants, le mode d'exercice privilégié par l'échantillon est l'activité libérale (64,75%). Cela suit la tendance nationale actuelle des médecins généralistes installés en libéral (59,04%), rapportée dans l'atlas 2013 de

démographie médicale en France [2]. Les proportions de choix des activités salariée (13,11%) et mixte (19,67%) sont faibles. Concernant le choix du salariat, il est faible (13,11%) et correspond vraisemblablement aux IMG réalisant un DESC (Médecine d'urgence, Nutrition, etc.). Ce type de diplôme aboutit nécessairement à une activité hospitalière. Concernant celui de l'activité mixte (19,67%), il s'agit d'un mode d'exercice à part entière intéressant une partie des IMG.

Ainsi, le choix professionnel futur de la population de notre étude est à l'image des aspirations actuelles de la nouvelle génération médicale, indépendamment du niveau d'étude (p-value égale à 0,736). La féminisation de la profession, récurrente crainte actuelle du monde médical, n'a aucune influence sur le profil professionnel futur de notre échantillon (p-value égale à 0,246).

Dans le contexte des déserts médicaux, principale préoccupation politique actuelle, le constat des intentions futures de la population de la 1ère enquête est mitigé. Alors qu'une moitié de l'échantillon envisage un exercice en zone urbaine ou périurbaine (52,46%), l'attrait du milieu rural reste insatisfaisant (33,61%) indépendamment du mode d'exercice futur (p-value égale à 0,864). Certes ces constatations sont à l'image des tendances nationales actuelles, mais l'observation préoccupante est la proportion non négligeable des indécis (13,93%) avec une dépendance par rapport au niveau d'étude (p-value égale à 0,035). En effet, la majorité de ce groupe d'IMG est étonnamment à un stade très avancé du cursus, rendant légitime l'interrogation sur leur hésitation. Néanmoins, une note positive doit demeurer en considérant que cette partie de la population de la 1ère enquête est un pool mobilisable comme cible de la politique de lutte contre les déserts médicaux [40].

Une observation plutôt anecdotique et inattendue s'est dégagée dans la population. Il s'agit d'une tendance masculine à l'exercice en milieu urbain et surtout un choix féminin inverse sans explication évidente, malgré une dépendance statistique avec le sexe (p-value égale à 0,017).

L'ensemble de ces constatations reflète certes des tendances encourageantes des futurs candidats à l'installation à court terme, notamment en zones rurales particulièrement déficitaires en médecins généralistes participants à la PDSA. Mais, en ce temps de crise de l'installation, un soutien politique et un accompagnement institutionnel semble indispensable à mettre en place afin d'éviter une fuite des futurs médecins généralistes libéraux vers les

agglomérations urbaines et la pérennisation des déserts médicaux en milieu rural lorrain particulièrement déficitaire en effecteurs médicaux dans la PDSA.

1.3. Le constat de la méconnaissance du concept de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine, par les IMG nancéiens

1.3.1 Un fossé entre la connaissance importante du concept de la PDSA et la performance insuffisante relative à l'acquisition des principes réglementaires de l'organisation actuelle

Le 1er objectif de notre enquête auprès des IMG nancéiens était de faire un état de lieux sur la connaissance du concept de la PDSA. Au travers de deux questions (7 et 9) consacrés à ce thème, un constat s'est dégagé dans la population. Il s'agit d'une divergence entre la déclaration d'une connaissance élevée de ce concept (92,62%) (Question 7) et l'observation d'une performance moyenne insuffisante (55,33%) concernant l'acquisition des principes réglementaires de l'organisation actuelle de la PDSA.

Au sujet de la connaissance effective du concept de la PDSA, les IMG de la population ont massivement déclaré l'avoir acquis, pour la plupart, durant leur cursus universitaire. L'inventaire des périodes de connaissance a permis de pointer certaines carences dans le parcours de formation conventionnel. En effet, certes la moitié des IMG ont connu ce concept lors du stage chez le praticien (50,44%), mais ce rendement paraît non satisfaisant compte tenu de la place centrale de cette étape dans le cursus d'apprentissage d'un IMG, comme unique stage ambulatoire obligatoire. L'explication possible est la non participation d'une grande partie des maitres de stage à la PDSA, particulièrement dans le département de Meurthe et Moselle et surtout autour de l'agglomération nancéienne. Egalement, la version en vigueur de la convention tripartite entre le médecin généraliste-maitre de stage, l'instance universitaire et l'IMG ne prévoit pas la possibilité d'accueillir le stagiaire lors d'une garde ambulatoire effectuée par le praticien. L'autre défaillance du parcours de formation conventionnel concerne la faible proportion observée de connaissance de la PDSA lors de l'enseignement théorique au DUMG (11,5%). En effet, l'absence de cours ou de séminaires spécifiquement dédiés à ce concept d'exercice du médecin généraliste explique ce très faible rendement de l'apprentissage théorique.

Ce fait de carence de la fonction universitaire est compensé par une mosaïque d'autres périodes de connaissance de la PDSA (*cf. figure 1.7b ; page 114*), avec particulièrement une proportion importante pour le remplacement (21,24%). Cette acquisition retardée et hors du

cursus conventionnel, se fait durant une étape intermédiaire de la carrière professionnelle de l'IMG et non propice à un apprentissage structuré et de qualité.

Parmi les autres périodes, celle de la vacation au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a un rendement faible dans la population (7,08%). Elle est complémentaire aux opportunités offertes aux IMG nancéiens, mais elle reste insuffisante compte tenu de la spécificité de l'activité des médecins généralistes de cette structure exclusivement dédiée à la PDSA. Cela s'explique par la limitation des postes lors des choix proposés aux IMG malgré une volonté et un investissement des médecins-maitres de stage de cette association, confrontés à une orientation pédagogique universitaire défavorable à ce terrain de formation (*cf. paragraphe « 2.6. Volet formation » de la 3ème partie « L'association SOS Médecins » ; page 83*).

A l'encontre de ce constat initialement rassurant mais mitigé, l'évaluation de la connaissance concrète des quatre principes règlementaires de l'organisation actuelle de la PDSA s'est avérée opposée à la connaissance apparente de ce concept et préoccupante concernant l'apprentissage théorique des futurs médecins généralistes libéraux. En effet, les quatre sous-items de la question 9 ont permis de revenir sur le niveau moyen et insuffisant de la connaissance des principes de la PDSA.

Concrètement, les IMG nancéiens connaissent mal les règles fondamentales de la PDSA, avec une performance moyenne de 55,33% indépendamment de leur sexe et de leur niveau d'étude (toutes les p-value sont > à 0,05) (*cf. Tableau V.5 ; page 121*). Hormis le principe n°3 « l'activité des soins non programmés (ou le mode de garde) » (performance à 86,07%), les trois autres principes souffrent d'une carence d'apprentissage dans les rangs des IMG.

Concernant le principe n°1 « Participation à la PDSA », la performance de 50% est paradoxalement liée à la forte déclaration d'une acquisition du concept de la PDSA (Question 7) durant le cursus des IMG (p-value égale à 0,032) (*cf. Tableau V.6 ; page 122*). Cela nous amène à s'interroger sur l'origine de cette performance décevante des IMG pour ce principe. L'explication réside probablement dans l'historique de cette règle, passant d'une obligation individuelle avant « la grève des gardes » de 2011 à une obligation collective suite à une modification par décret du 15 septembre 2003 du Code de Déontologie Médicale [(22)] et consolidée en 2010 par le Code de Santé Publique (*Article R6315-4*) [(23)]. Néanmoins, malgré ces modifications législatives, la perception des médecins généralistes sur le terrain n'a pas changé avec un sentiment de non application du principe de volontariat suite à la

multiplication des procédures de réquisition préfectorale et la condamnation ordinale de quelques médecins [41]. Ainsi, ce ressenti semble influencer la connaissance par les IMG de cette règle compte tenu que la majorité d'entre eux ont connu le concept de la PDSA lors des stages (chez le praticien, SASPAS et externat).

Concernant le principe n°2 « Régulation médicale », la performance de 59,84% n'est pas influencée directement par la connaissance observée du concept de la PDSA (p-value égale à 1) (*cf. Tableau V.6 ; page 122*). Mais, l'analyse des réponses du groupe des 113 IMG « connaissant le concept de la PDSA » montre qu'une forte proportion d'entre eux (56,63% soit 64 IMG) pensent que l'activité des soins en PDSA est « exclusivement régulée ». Cette constatation semble en rapport avec la présence régionale de plusieurs associations de régulation médicale en plus du SAMU – Centre 15, impliquant de nombreux médecins généralistes notamment des maîtres de stage prenant part aux tours de garde. Ce qui a pu créer une confusion chez ces IMG, compte tenu que la régulation médicale n'est pas généralisée pour tous les actes effectués en PDSA notamment pour ceux des MMG ou des postes fixes au sein des structures hospitalières.

Concernant le principe n°4 « Organisation territoriale de la PDSA », la performance de 54,92% n'est certes pas liée à la forte déclaration d'une acquisition du concept de la PDSA chez les IMG (p-value égale à 0,182) (*cf. Tableau V.6 ; page 122*). Mais encore, l'analyse des réponses du groupe des 113 IMG « connaissant le concept de la PDSA » révèle qu'une partie non négligeable d'entre eux (21,23% soit 24 IMG) pensent que l'organisation territoriale de la PDSA est définie par les instances ordinales. Cela semble en rapport avec la procédure mise en place sur le terrain et consistant dans l'inscription du médecin généraliste au tableau de garde via l'application Ordigarde, développée et supervisée par l'ordre des médecins. Ce qui peut expliquer cette mauvaise connaissance de ce principe. Une autre proportion non négligeable (29,20% soit 33 IMG) ne s'étant pas prononcé.

Finalement, l'état des lieux de la connaissance du concept de la PDSA est préoccupant au vu de la divergence observée dans la population des IMG nancéiens. Cette évaluation a permis en autre de mettre en évidence l'impact d'un apprentissage non structuré de la PDSA et influencé par des préjugés de terrain, sur la méconnaissance des règles fondamentales de la PDSA.

1.3.2 La connaissance de la nouvelle déclinaison régionale 2012 de la PDSA : une carence d'information des futurs médecins généralistes lorrains

Depuis le 16 Avril 2012, une nouvelle organisation de la PDSA est mise en place en région Lorraine et actée par la publication d'un cahier des charges de la PDSA grâce à un travail de concertation entre les différents acteurs concernés sous la coordination de l'ARS de Lorraine. Elle a consolidée le dispositif de régulation médicale existant et a apporté de nombreux changements adaptés aux particularités locales, notamment en créant une nouvelle organisation territoriale (sectorisation).

Par ailleurs, un des objectifs de ce nouveau cahier de charges était la communication et la promotion du nouveau dispositif auprès des médecins libéraux et des usagers, afin de le rendre lisible pour tous.

Presque une année après sa mise en place, notre enquête a tenté d'évaluer au travers de la question 8 la connaissance de ce dispositif chez les IMG nancéiens. Malheureusement, le constat est très insatisfaisant avec une connaissance effective chez seulement 29,51% de la population de notre enquête indépendamment du sexe de l'IMG (p-value égale à 0,378), son niveau d'étude (p-value égale à 0,315) ainsi que sa connaissance du concept de la PDSA (toutes les p-value sont > à 0,05) (*cf. Tableau V.4 ; page 117*).

Ainsi, la promotion de ce nouveau dispositif n'a pas intéressé les IMG nancéiens avec un manque d'information flagrant. Cette réorganisation est certes politique et règlementaire, mais pourtant indispensable chez des futurs médecins généralistes libéraux leur permettant de mieux appréhender ce versant de leur exercice professionnel futur en ayant une bonne lisibilité du dispositif en vigueur.

1.4. Le faible degré de sensibilisation des IMG nancéiens à la PDSA et leur forte demande de formation

Le second objectif de notre enquête était d'évaluer la formation actuelle des IMG nancéiens et leur degré de sensibilisation à la PDSA. Au travers de deux questions (10 et 11) consacrées à ce thème, un constat de désintérêt pédagogique pour ce versant de l'exercice libéral s'est dégagé dans l'enquête de notre population, appuyé par une forte demande d'un programme spécifique de formation.

1.4.1. La sensibilisation à la PDSA quasi inexistante dans le cursus de l'IMG lorrain

Dans le cadre de la maquette du DES de Médecine Générale, le cursus d'un IMG lorrain se résume schématiquement à :

- 4 stages hospitaliers,
- 1 stage ambulatoire obligatoire chez le praticien,
- 1 SASPAS, destiné à « autonomiser » l'IMG avant de débuter sa carrière professionnelle notamment libérale pour la majorité des IMG. Mais, ce deuxième stage en ambulatoire n'est pas obligatoire car l'interne a le choix de réaliser un stage hospitalier supplémentaire.
- Un enseignement théorique au DUMG, avec un quota minimum de 32 séances ou demi-journées parmi le panel de 16 cours d'enseignement modulaire et 30 séminaires de Médecine Générale (proposé pour l'année universitaire 2013-14).

Durant ce parcours, aucun apprentissage, pratique ou théorique, n'est dédié à l'exercice spécifique de la PDSA. Or, une partie non négligeable de l'activité libérale future de ces IMG inclut les gardes ambulatoires, certes sur la base du volontariat mais inévitables au titre de l'obligation déontologique collective ; sauf en cas d'exemption demandée et accordée compte tenu de circonstances recevables (l'âge du un médecin généraliste, son état de santé et éventuellement des conditions d'exercice difficiles). En parallèle, on observe chez la jeune génération médicale aux travers de plusieurs enquêtes de leurs aspirations futures, une réticence envers la participation à la PDSA constituant pour certains un frein à l'installation notamment dans les zones déficitaires en offre médicale et conduisant ainsi à la précarisation de cette offre de soins, actuellement la plus fragile dans notre système de sante. Légitimement, on s'est demandé au travers de notre enquête si les futurs effecteurs lorrains de la PDSA sont sensibilisés à cet exercice durant leur cursus.

Le constat est décevant et inquiétant. En effet, le degré de sensibilisation de la population de notre enquête est très faible, de seulement 29,51% (*cf. figure 1.10a ; page 123*), indépendamment du sexe de l'IMG (p-value égale à 0,378) et de son niveau d'étude (p-value égale à 0,850) (*cf. Tableau V.7 ; page 124*). Parmi les 36 IMG sensibilisés, 25% d'entre eux estiment avoir un niveau de formation discordant avec leur capacité de participer seul à une garde lors de la PDSA (*cf. figure 1.10b ; page 125*). De même, 21 de ces IMG ne connaissent

pas la déclinaison régionale actuelle de cette organisation (*cf. figure 1.10c ; page 123*). Ces constatations fragilisent davantage le degré de sensibilisation déjà très bas.

Ainsi, au vu du constat de méconnaissance des principes règlementaires de la PDSA et appuyée par la quasi inexistence d'une sensibilisation à ce sujet durant le cursus, la forte connaissance observée du concept de la PDSA (Question 7) nous paraît succincte et superficielle sans support pédagogique dédié.

1.4.2. La forte demande de formation à la PDSA des IMG

La justification du sujet de notre thèse prenait origine d'un constat de parcours : les IMG de Nancy ont peu d'occasion d'être confronté aux gardes ambulatoires lors de leur stage chez le praticien ou au sein d'une structure professionnelle axée sur ce versant de l'exercice libéral, excepté les postes de stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (poste(s) SAPAS ou vacation(s) hors cabinet lors du stage chez le praticien). Dans le second objectif de notre enquête, on s'est attelé à interroger les IMG nancéiens actuels sur la nécessité d'avoir un volet spécifique de formation à la PDSA durant leur cursus.

Au travers de leurs réponses à la question 11, ces IMG approuvent massivement la proposition de mettre en place un apprentissage dédié à la PDSA, avec une proportion de 90,16%, indépendamment de leur sexe et de leur niveau d'étude (p-value respectivement égale à 0,535 et 0,757) (*cf. Tableau V.8 ; page 126*).

Cette requête est double. En effet, la population de l'enquête adhère à la nécessité d'un versant théorique ainsi que pratique de la formation.

Concernant la théorie particulièrement plébiscitée, 60,91% des IMG préconisent un enseignement pédagogique organisé par le DUMG, sous forme de cours théoriques ou de séminaires, indépendamment de leur période de connaissance du concept de la PDSA (toutes les p-value sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.11 ; page 130*). Cette forte demande contraste avec la faible proportion déclarée de 11,5% (lors de la question 7) et relative à la période de connaissance de la PDSA pendant l'enseignement au DUMG (*cf. figure 1.7b ; page 114*), toutefois sans influence statistique observée (p-value égale à 0,935). Néanmoins, sa mise en place permettra d'accéder à la demande des IMG nancéiens et sera surtout une formidable occasion de palier au déficit de sensibilisation constaté ; en organisant un apprentissage structuré impliquant en autre les enseignants et les professionnels expérimentés, des représentants des instances chargées de l'organisation régionale de la PDSA. Cela

permettra de préparer l'IMG lorrain à cette part de l'activité en lui présentant un aperçu du dispositif régional en place, ses exigences et les attentes politiques sur le terrain. Eclairé sur le concept, l'IMG aura moins d'appréhension et cela davantage s'il sera affronté à une expérience pratique encadrée par des maîtres de stage.

D'ailleurs, l'intérêt d'un versant pratique sous la forme d'un nombre minimum (à définir) de gardes effectuées, est approuvé par la population de la 1ère enquête. En effet, le choix d'effectuer des gardes dans le cadre de la PDSA, en accompagnant le maitre de stage agrée, est partagé entre les deux déclinaisons proposées par l'enquête avec des proportions quasi égales : 47,27% des IMG préfèrent plutôt le stage chez le praticien et 46,36% d'entre eux plutôt lors d'une vacation dans une structure de PDSA de type SOS Médecins (*cf. figure 1.11b ; page 126*).

Concernant le stage chez le praticien, il semble moins courtisé par les IMG, indépendamment de leur période de connaissance de la PDSA (toutes les p-value sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.9 ; page 128*). Seulement 49,12% (soit 28 IMG sur 57) des étudiants ayant connu la PDSA lors de ce stage, souhaitent avoir une formation pratique spécifique lors de cette période du cursus. Néanmoins, malgré ce relatif désintérêt statistiquement non sensible (p-value égale à 0,174), le stage chez le praticien reste une opportunité considérable pour l'IMG de partager lors d'une garde ambulatoire l'expérience pratique vécue par le médecin généraliste-maitre de stage. Deux préalables à la mise en place de cette déclinaison de l'apprentissage pratique doivent être pris en compte : l'implication des médecins généralistes-maitres de stage dans la PDSA et l'intégration de ce volet de formation dans le cadre de la convention tripartite entre le médecin généraliste-maitre de stage, l'instance universitaire et l'IMG, disposition auparavant absente et constituant un obstacle à cet apprentissage.

Concernant le choix de la vacation dans une structure de PDSA de type SOS Médecins, il est autant courtisé que la précédente déclinaison pratique, avec un intérêt marqué chez les IMG 'ayant connu la PDSA lors du stage chez le praticien' statistiquement sensible (p-value égale à 0,032) (*cf. Tableau V.10 ; page 129*). En effet, 31,57% (soit 18 IMG sur 57) préfèrent acquérir un apprentissage pratique dans une structure de PDSA. Cette partie de la population correspond vraisemblablement à celle désintéressée par un volet de formation pratique durant le stage chez le praticien, comme cité plus haut. De même, la vacation dans une structure de PDSA est particulièrement plébiscitée par un groupe d'IMG dont 90,19% d'entre eux n'ayant pas connu la PDSA lors de cette période du cursus (46 IMG sur 51).

Cet engouement pour ce type de structure est remarquable et compréhensible compte tenu de la spécificité de son activité dédiée exclusivement à la PDSA, lui conférant une expertise et une légitimité professionnelles par rapport à l'apprentissage spécifique de cet exercice. Dans ce sens, cet intérêt suit une tendance nationale dans les rangs des IMG [38], représentés par l'ISNAR-IMG qui a signée en 2012 une convention de partenariat avec la fédération SOS Médecins France destinée à faciliter et à promouvoir pour les IMG, la possibilité de réaliser une partie de leurs stages ambulatoires de fin d'études médicales au sein des associations SOS Médecins. Dans cet esprit, comme développé dans le paragraphe « SOS Médecins Meurthe-et-Moselle » de la 3ème partie de la notre thèse, l'association locale s'est inscrite dans ce projet avec un investissement de plusieurs de ses médecins comme maitres de stage, en parallèle du développement logistique de la structure renforçant sa crédibilité professionnelle. Ainsi, comme remarqué dans notre enquête, SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est une opportunité privilégiée pour les IMG lorrains, particulièrement désireux de partager l'expérience professionnelle de ces médecins généralistes-maitres de stage. Cet intérêt pressenti est l'objet principal de notre 2ème enquête, dont les résultats confortent ce constat et sont développés plus loin.

Au final, le constat incontestable est celui d'une forte demande d'une formation spécifique à la PDSA, à la fois théorique et pratique, par les IMG de notre étude.

1.5. L'impact d'un apprentissage insuffisant et non structuré : une part accordée à la PDSA potentiellement compromise dans l'exercice futur des IMG lorrains et une perception future influencée par l'appréhension générée en plus des aspirations actuelles chez la nouvelle génération.

Dans le troisième objectif de notre enquête, on s'est attelé à apprécier la part accordée à la PDSA dans l'avenir professionnel des IMG et leur perception future de ce concept. Au travers de quatre questions (12 à 15) consacrés à ce thème, un constat d'une fragilisation des perspectives d'avenir dans les rangs de la nouvelle génération s'est dégagé. En effet, sa participation future aux gardes ambulatoires semble potentiellement compromise suite au manque de sensibilisation et à la carence de formation. Par ailleurs, l'appréhension ambiante et observée vis-à-vis de l'exercice de la PDSA, confortée par les attentes de cette génération, influent sur leur perception de l'avenir de ce concept en envisageant une modification de l'offre médicale future au risque de compromettre l'accès aux soins non programmés dans des zones déjà fragiles à l'heure actuelle.

1.5.1. Une faible participation effective à la PDSA durant toutes les périodes du cursus confondues et une part accordée dans l'avenir mise en doute par les carences du parcours de formation

Une participation actuelle aux gardes, faible et limitée au remplacement

La population de notre enquête est composée d'une majorité d'IMG en fin de cursus, ayant effectué et validé leur stage chez praticien. Cette disposition leur confère une prérogative règlementaire rendant possible l'obtention d'une licence de remplacement en Médecine Générale et par conséquent l'opportunité d'effectuer des gardes ambulatoires.

Au delà de cet avantage, la participation effective à la PDSA des IMG de notre enquête est faible, de seulement 44,26% de la population, durant toutes les périodes du cursus confondues (*cf. figure 1.12a ; page 131*). Néanmoins, au delà de cette proportion, le lien est statistiquement sensible uniquement avec une connaissance de la PDSA lors du remplacement (p-value égale à 0,001) et de la vacation au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (p-value égale à 0,021) (*cf. Tableau V.13 ; page 132*).

Le rendement positif de cette structure souligne l'apport et l'influence d'un apprentissage spécifique et orienté sur la PDSA dans la participation effective des IMG aux gardes ambulatoires. Par contre, la sensibilité statistique établie entre le remplacement et la participation effective à la PDSA met en exergue une carence du parcours de formation de l'IMG. Elle consiste dans la connaissance de la PDSA lors d'une étape non universitaire, influençant la participation effective des IMG aux gardes. Ce qui peut correspondre à une délégation de l'apprentissage relatif à la PDSA à cette période intermédiaire du remplacement, entre la fin du cursus et le début de la carrière professionnelle libérale d'un IMG. Or, les constats de la méconnaissance du concept de la PDSA ainsi que le besoin de formation et le manque de sensibilisation perçus dans la population de l'enquête, doivent interpeller et aboutir à rattraper ce défaut de casting afin de rendre le rôle d'apprentissage à la fonction universitaire.

D'ailleurs, la faible participation des IMG à la PDSA durant toutes les périodes du cursus confondues est sensiblement liée à leur bas degré de sensibilisation (p-value égale à 0,043) et dépend de leur niveau d'étude (p-value égale à 0,003) (*cf. Tableau V.12 ; page 131*). Malgré une tendance masculine à effectuer des gardes, statistiquement non significative (p-value égale 0,061), on s'aperçoit que les IMG ayant participé aux gardes sont en fin de cursus (35,19% en TCEM3 et 61,11% en Année de thèse) et l'ont fait majoritairement seuls (87,04%

d'entre eux) (*cf. figure 1.12b ; page 133*). Concernant les IMG n'ayant pas eu l'occasion de prendre part à la PDSA durant leur cursus, 48,53% d'entre eux (soit 33 IMG ; autrement dit, 1 IMG de la population sur 4) estiment qu'ils ne sont pas aptes à participer à la PDSA (*cf. figure 1.12c ; page 133*).

Ainsi, l'ensemble de ces constations témoigne encore d'une défection de l'apprentissage universitaire concernant l'exercice de la PDSA aux dépend du le remplacement restant comme unique opportunité à l'IMG lorrain pour participer effectivement aux gardes ambulatoires.

Une participation future aux gardes, incertaine

Devant l'absence pressentie d'opportunité de se confronter à l'exercice de la PDSA pour les IMG, confortée par les constats alarmants de notre enquête, on s'est légitiment interrogé si cette future génération de médecins généralistes lorrains est prête à accorder une part de son exercice professionnel aux gardes ambulatoires.

Leur réponse est préoccupante avec seulement 42,62% d'entre eux envisageant de le faire (*cf. figure 1.13a ; page 134*). Au delà, le plus inquiétant réside dans l'importante incertitude exprimée par la population, avec une proportion de 44,26%, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques de l'IMG et son niveau d'étude (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.14 ; page 135*). Mais, cette forte appréhension est sensiblement liée au mode d'exercice professionnel futur (p-value égale à 0,003), et par conséquent l'activité libérale majoritaire dans la population de notre enquête. Cela accroit le doute initial, déjà important, compte tenu qu'il est dominant dans les rangs des IMG incertains et envisageant une activité libérale ou mixte (45 IMG sur 54).

En plus des critères intrinsèques de la population, des facteurs extrinsèques correspondant aux carences de formation observées auparavant viennent sensiblement aggraver ce constat (*cf. Tableau V.15 ; page 136*). En effet, la méconnaissance de la PDSA et sa déclinaison régionale (p-value égale à 0,001) ainsi que le faible degré de sensibilisation durant le cursus (p-value égale à 0,004) limitent significativement l'intention d'une participation future aux gardes à seulement 2 IMG sur 5, et créent une appréhension vis à vis de cet exercice chez plus de 2 IMG sur 5 pouvant compromettre leur contribution dans l'avenir. De même, leur faible participation effective actuelle, influant statistiquement sur leur prévision future inquiétante (p-value égale à 0,005) et témoigne davantage de l'impact négatif de l'absence d'un apprentissage pratique structuré constituant un obstacle évident à la genèse de futurs

effecteurs dans le cadre de la PDSA. D'ailleurs, la nécessité d'une formation spécifique par ailleurs massivement plébiscitée, est étroitement liée aux intentions futures de la population de notre enquête (p-value égale à 0,044) et signifie un besoin formel de préparer les IMG à ce mode d'exercice, d'éclipser leur crainte et de favoriser leur participation à cette organisation.

Finalement, l'analyse des résultats de notre enquête est sans appel. La mise en place d'une formation adaptée et spécifique à la PDSA durant le cursus d'un IMG nancéien est nécessaire, au risque de compromette la viabilité du concept de la PDSA pourtant indispensable dans l'organisation régionale du système des soins, déjà fragile en région Lorraine.

Au delà de l'incertitude, le choix du mode de garde est sensiblement lié au mode d'exercice futur (p-value égale à 0,019) (*cf. Tableau V.16 ; page 138*)

Parmi les IMG motivés à participer plus tard à la PDSA, le choix du mode de garde (*cf. figure 1.13b ; page 137*) est partagé à quasi égalité entre l'ancienne modalité assurant une mobilité exclusive de l'effecteur (48,08%), et la garde au sein d'une structure avec une organisation logistique adaptée à la PDSA offrant ainsi une souplesse entre la limitation des contraintes liées à l'isolement de l'effecteur et le maintien d'une possibilité de mobilité pour les demandes de soins nécessitant un déplacement (50%). En effet, 28,85% de ces IMG motivés envisage leur participation à la PDSA plutôt en MMG, alors que 21,15% d'entre eux préfèrent le faire au sein d'une structure dédiée à la PDSA (de type SOS Médecins).

Ce double choix est étroitement lié à celui de l'activité professionnelle de ces futurs effecteurs sans être conditionné par la zone territoriale d'exercice (p-value égale à 0,195). Néanmoins, les IMG comptant avoir une activité libérale ou mixte plutôt en zone rurale préfèrent la garde comme effecteur mobile. Alors que, les futurs médecins généralistes 'urbains' sont partagés entre les trois modes de garde (*cf. figure 1.13c ; page 138*).

1.5.2. Des obstacles futurs à l'image des aspirations actuelles de la nouvelle génération

Depuis le début des années 2000, de nombreuses enquêtes ont été menées en France et dans plusieurs pays industrialisés, cherchant à étudier les aspirations actuelles de la nouvelle génération des médecins généralistes [(11) (42)]. Elles sont toutes unanimes : les jeunes médecins revendiquent une meilleure qualité de vie. Une récente enquête en avril 2013, portant sur les aspirations professionnelles de 1599 jeunes médecins d'Ile-de-France [(43)], précise que leur choix de carrière est guidé par l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée, ainsi

qu'une ambiance de travail agréable pour 86% d'entre eux. Alors que, seulement 76% déclarent s'attacher à l'intérêt médical de leurs fonctions.

Concernant l'activité relative à la PDSA, notre inventaire des obstacles majeurs à la participation future des IMG lorrains à la PDSA, s'est basé sur quatre thèmes principaux : la vie privée, la pénibilité, le surplus de travail et la motivation (*cf. figure 1.14 ; page 139*).

La pénibilité de l'exercice relatif à la PDSA est considérée commune un obstacle majeur pour 40,16% de la population de notre étude, indépendamment des caractéristiques sociodémographiques de l'IMG et de son niveau d'étude (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.17 ; page 140*). Néanmoins, l'appréciation de cet obstacle est étroitement liée au lieu d'exercice professionnel futur (p-value égale à 0,046), avec une importance plus marquée chez les futurs médecins généralistes 'ruraux' (51,22% d'entre eux). Ainsi, tous sexes et statuts familiaux confondus, la notion de pénibilité de la garde ne se justifie qu'en milieu rural particulièrement déficitaire en effecteurs médicaux et dont l'éloignement géographique entre les communes est accentué par les difficultés d'un accès routier nocturne.

La charge de travail supplémentaire émanant de la participation aux gardes ambulatoires est perçue comme un obstacle majeur pour 48,36% de la population de notre étude, indépendamment des données sociodémographiques et professionnelles de l'IMG (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.19 ; page 142*). Cette considération tient lieu pour ces futurs médecins généralistes désireux de rompre avec les habitudes de sacrifice de leurs ainés, dans la difficulté de respecter le principe de continuité de soins (la journée) par ailleurs de plus en plus exigeants dans la société actuelle.

L'incompatibilité avec la vie privée est l'argument majeur pouvant compromettre la participation future à la PDSA pour 59,02% de la population de notre étude, indépendamment des données sociodémographiques et professionnelles de l'IMG (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.21 ; page 144*). Cela est en parfaite harmonie avec les considérations de cette génération médicale cherchant à établir un équilibre entre l'épanouissement privé et la réussite professionnelle.

Le désintérêt professionnel pour l'exercice de la PDSA est très faiblement perçu comme obstacle majeur, avec une proportion de seulement 12,30% de la population de l'étude, sans lien avec les attributs sociodémographiques et professionnels des futurs médecins généralistes

(toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.23 ; page 146*). Cette considération est particulièrement encourageante vu les constats précédents de notre étude.

D'ailleurs, l'inventaire d'une influence de facteurs extrinsèques à la population de notre étude et relatifs aux constats préoccupants de la connaissance, de la formation et de la participation à la PDSA, s'est avéré absent pour ces obstacles hormis celui de l'absence d'intérêt ou de motivation. En effet, la prévision d'accorder une part de l'exercice future à la PDSA est étroitement liée à la perception de cet obstacle, témoignant d'un attachement conservé à cette activité malgré l'incertitude observée dans la population de l'étude.

Finalement, ces constatations suivent la tendance actuelle de la nouvelle génération des médecins généralistes. Leur prise en considération est indispensable dans l'élaboration et l'aménagement de l'organisation future de la PDSA, en particulier en région Lorraine géographiquement atypique et marquée par le vieillissement et le déficit en effecteurs médicaux.

1.5.3. Une perception future influencée par le lieu d'exercice professionnel et l'appréhension générée lors du cursus de formation

La vision d'avenir de la population de notre enquête concernant l'activité relative à la PDSA est mitigée entre un choix conservateur, une perspective ambitieuse et une évolution attrayante à l'image des attentes de cette nouvelle génération de médecins.

Le climat d'incertitude régnant dans les rangs des IMG avec leur faible engagement futur (p-value égale à 0,015) (*cf. Tableau V.26 ; page 151*), ainsi que leur niveau d'étude et le lieu d'exercice futur (p-value respectivement égale à 0,021 et 0,018) (*cf. Tableau V.25 ; page 149*), influencent sensiblement ces choix.

Longtemps considéré comme le pilier de l'organisation de la PDSA, le médecin généraliste « conventionnel » participant au tour de garde perd du terrain aux dépens des deux autres perspectives. En effet, seulement un quart (27,05%) de la population tient au maintien de ce mode de fonctionnement. Ce sont des IMG en milieu de cursus, ayant peu d'expérience en remplacement et envisageant un exercice en milieu rural, qui optent pour le maintien de la PDSA comme part intégrante de l'activité de tout médecin généraliste libéral. Malgré le contexte actuel de sous médicalisation de la ruralité, l'insatisfaisante proportion des futurs médecins de ces zones (33,61%) conserve un engagement pour la PDSA dans leur exercice.

En parallèle, la majorité de la population de notre enquête prévoit un exercice de la PDSA dans un cadre logistique et institutionnel. Deux perspectives sont envisagées.

Le choix ambitieux d'attribuer exclusivement l'exercice de la PDSA à des médecins généralistes spécialisés dans ce domaine, est perçu par le deuxième quart (25,41%) de la population de notre enquête. Cette perspective s'appui sur le développement national durant ces dernières décennies des associations de PDSA, en particulier celles de SOS Médecins, contribuant activement à apporter une réponse efficace et adaptée sur le terrain et permettant de décharger des médecins généralistes 'conventionnels' démographiquement vieillissants et fuyant les gardes. Ces structures implantées autour des grandes et moyennes agglomérations, présentent une organisation logistique adaptée qui séduit plutôt les futurs médecins généralistes urbains actuellement en fin de cursus, ayant déjà remplacés et connus l'exercice de la PDSA. Cette perspective est une solution à part entière pour la population de notre enquête.

Le choix inattendu et particulièrement plébiscité par près de la moitié (44,26%) de la population de notre enquête réside dans une évolution catégorique de l'exercice relatif de la PDSA. Il s'agit de l'intégration de cette activité dans une organisation hospitalière sur la base du modèle actuel des médecins du SAU et du SMUR avec un salariat du MG. Cette perspective de centralisation de la garde et de sécurisation de son exercice semble être un choix des IMG indécis quant à leur contribution future à la PDSA (55,55% d'entre eux). Ces derniers souhaitent conserver une mobilité partielle du médecin généraliste de garde. Au delà, le plébiscite de cette perspective reste observé pour toute la population de ces futurs médecins généralistes, urbains et ruraux confondus et quelques soit leurs données sociodémographiques.

Concrètement, cette disposition se baserait sur une régulation exclusive des demandes de soins non programmés en privilégiant une réponse médicale sous forme de consultation (sur rendez vous ou non) dans un point fixe intra hospitalier en étroite collaboration avec un SAU ; et une deuxième ligne de garde avec un médecin (semi-) mobile pour répondre aux demandes souffrant d'une impossibilité de déplacement (personne âgée isolée, absence de moyen de locomotion, …) et ne relevant pas de l'AMU (colique néphrétique, crise d'asthme, …). Mais, la question légitime devant cette évolution est la capacité du dispositif hospitalier actuel à incorporer cette organisation. Un pas est déjà franchi dans certaines structures hospitalières de petite et moyenne tailles avec la mise en place de postes fixes de consultation dédiés à la PDSA (exemple du CH de Lunéville ou de Toul pour le département de Meurthe-et-Moselle).

Le rajout de la deuxième ligne de garde est certes envisageable, mais la généralisation de ce nouveau modèle d'organisation nécessite un investissement financier à hauteur de cette évolution de la pratique. Cela est loin d'être possible pour une institution hospitalière particulièrement déficitaire à l'heure actuelle. Ainsi, cette perspective certes attrayante pour la nouvelle génération, demeure une solution future possible à moyen et long terme, nécessitant une réflexion en profondeur.

Indépendamment de la féminisation de la profession et de la vie privée de la population de notre étude (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.25 ; page 149*), l'organisation future de la PDSA doit inclure l'avis de cette nouvelle génération désireuse d'un cadre logistique et institutionnel de la garde. Le choix hospitalier est certes difficilement envisageable à l'heure actuelle, mais le soutien d'un développement réfléchi des associations de PDSA paraît une réponse progressive et adaptée à la fragilisation du dispositif actuel notamment en zones rurales où la réponse médicale est déjà surmenée pour assurer la continuité des soins.

2. Au sujet des résultats de la 2ème enquête

2.1. Biais et limites de la 2ème enquête

- Biais d'influence et de sélection :

L'objectif secondaire de notre étude au travers de la 2ème enquête est d'apprécier la place de la structure de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation à la PDSA pour les IMG nancéiens. Interroger les anciens stagiaires de l'association peut être considéré certes comme un biais de sélection, mais plusieurs mesures ont été entreprises pour conserver l'objectivité des résultats de cette enquête : l'application des mêmes conditions de déroulement que la 1ère enquête, l'exhaustivité du recueil des réponses et l'impartialité de l'enquêteur.

Par ailleurs, l'absence d'autre terrain de formation à la PDSA ne permet pas de comparer l'impact de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle dans ce domaine.

- Taille de l'échantillon :

La taille de l'effectif (32 ex-stagiaires) peut être une limite relative à un constat catégorique. Néanmoins, le taux de retour de 100%, avec une exhaustivité des réponses permet d'avoir un aperçu complet et représentatif de l'objectif de notre 2ème enquête.

2.2. A propos des données sociodémographiques et professionnelles de la population de la 2ème enquête

La population de cette enquête est constituée de 65,63% de femmes et 34,38% d'hommes. Ces proportions sont superposables à celles de la population de la 1ère enquête et les récentes promotions du DES de Médecine Générale de la faculté de Nancy.

La moyenne d'âge est de 29,5 ans avec une année de naissance de la majorité des IMG de l'échantillon (87,51%) située entre 1982 et 1985. Cette population a un décalage d'une année par rapport à celle de 1ère enquête (80,32% d'IMG entre 1983 et 1986) correspondant à l'ancienneté en promotions TCEM de ces ex-stagiaires SOS.

Concernant la situation familiale, les ex-stagiaires SOS ont un engagement matrimonial légèrement plus élevé que la population de la 1ère enquête (28,13%) mais qui reste faible et

aux dépens du concubinage et du célibat. Ainsi, leur année d'ancienneté en parallèle avec la fin du cursus universitaire semble favoriser la conception d'un foyer familial avec l'existence d'une progéniture plus importante (37,5%) (p-value égale à 0,02).

Quant à leur profil professionnel actuel, le mode d'exercice privilégié est l'activité libérale (75%) avec une orientation vers le choix provisoire du remplacement concordant avec la crise actuelle de l'installation, indépendamment du sexe de l'ex-stagiaire et de son statut civil (les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.28 ; page 157*). Par contre, le choix d'une activité stable, l'installation en libérale ou le salariat hospitalier, est sensiblement lié à l'existence d'enfants dans le foyer familial (p-value égale 0,036).

Sans aucun lien avec les caractéristiques sociodémographiques de la population ni le mode d'activité actuelle (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.29 ; page 159*), le choix de la zone territoriale d'exercice s'oriente vers le milieu urbain comme nième témoignage de la poursuite du processus de désertification de la ruralité.

2.3. SOS Médecins Meurthe-et-Moselle : un terrain de formation privilégié pour les IMG lorrains

Dans le but d'apprécier la place de l'association SOS Médecine Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation, on s'est attelé durant la deuxième partie (2ème et 3ème thème du questionnaire) de cette enquête à évaluer l'apprentissage de la PDSA dans les rangs des ex-stagiaires et leur participation actuelle aux gardes. Au travers de six questions (6 à 8, 10, 11 et 13) consacrés à ce sujet, le constat d'un impact positif de cette structure sur la formation de ses ex-stagiaires s'est dégagé. En effet, leur participation actuelle aux gardes ambulatoires est satisfaisante et influencée par un apprentissage structuré et adapté à cet exercice, acquis durant cette expérience professionnelle.

Une offre de formation diversifiée, encadrée et profitable

Depuis le 1er semestre de l'année universitaire 2008-2009, date de l'agrément de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de stage pour les IMG lorrains, cette structure n'a cessé d'accueillir des stagiaires (doublement de l'effectif entre 2009 et 2012) (*cf. figure 2.8a ; page 163*) en parallèle à son développement.

Au travers de la question 8 de la 2ème enquête, le profil de l'offre de formation au sein de cette structure est diversifié. En effet, deux types de stages existent :

- La vacation en centre de soins agrée d'une durée d'un mois, basée sur l'accompagnement et l'observation du maître de stage lors de sa pratique en PDSA.
- Le SASPAS, avec une expérience plus prolongée d'une durée de 6 mois et orientée sur l'autonomisation de l'IMG dans le cadre de la PDSA et les soins de premiers recours. Pour rappel, cette offre a été rétrogradée suite à une orientation pédagogique du DUMG de la faculté de Médecine de Nancy, à un stage 'professionnalisant' depuis le mois de Novembre 2012, le rendant ainsi moins visible pour les IMG (*cf. explications dans le paragraphe « 2.6.1. Formation universitaire et le souhait d'accueillir des IMG » de la 3ème partie de la thèse ; page 83*).

Quelque soit le type de stage, la structure assure aux candidats un encadrement par plusieurs maitres de stage, soit une moyenne générale de 4,09, leur permettant ainsi d'avoir un aperçu diversifié des pratiques et des approches de médecins généralistes exerçant exclusivement en PDSA.

Cette offre témoigne de l'implication et de la volonté des médecins de la structure, d'accueillir et de former des IMG à la PDSA. D'ailleurs, cela est reconnu par 96,88% de la population au travers d'un intérêt d'apprentissage retrouvé lors de leur expérience professionnelle au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (*cf. figure 2.10a ; page 165*).

Indépendamment de l'expérience professionnelle vécue (toutes les p-value sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.32 ; page 166*), cet intérêt avéré est profitable à des degrés divers pour chaque ex-stagiaire en fonction de ses sensibilités et de son parcours. Ainsi, un IMG lorrain novice vis à vis de la PDSA peut bénéficier d'une initiation adéquate comme pour 28,13% de la population des ex-stagiaires. Alors qu'un IMG plus instruit trouvera l'occasion durant un stage à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle pour améliorer ses connaissances initiales comme c'est le cas de 31,25% des ex-stagiaires ; voire perfectionner ses acquis préalables comme observé pour 37,5% de la population de la 2ème enquête (*cf. figure 2.10b ; page 166*).

<u>Un terrain de stage recommandé, avec une logistique adaptée et une organisation avantageuse pour l'apprentissage de l'exercice de la PDSA</u>

Unanimement, toute la population des ex-stagiaires à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle recommande à tout IMG lorrain ce terrain de stage compte tenu du bénéfice acquis au sujet de l'exercice de la PDSA (*cf. figure 2.13a ; page 169*). D'ailleurs, elle reconnaît au travers de la question 13, une multitude d'avantages perçus lors de cette expérience professionnelle (*cf. figure 2.13b ; page 169*), indépendamment des données sociodémographiques et

professionnelles de l'ex-stagiaire, le type de stage effectué et la part accordée à la PDSA dans l'exercice actuel (toutes les p-values sont supérieures à 0,05) (*cf. Tableau V.34 ; page 171*).

L'hétérogénéité des pathologies rencontrées dans la pratique d'un médecin SOS, en répondant aux demandes diverses de soins de premier recours forcement non programmés, est perçue par 68,75% de la population des ex-stagiaires. Cet avantage s'inscrit dans l'opportunité d'apprentissage d'un des rôles fondamentaux du médecin généraliste, actuellement en perdition compte tenu d'une focalisation médicale sur le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques.

La familiarisation à l'organisation de la PDSA, au préalable la vocation d'un tel terrain de formation, est moyennement reconnue par 59,38% des ex-stagiaires. Malgré l'indépendance avérée par rapport au type de stage (p-value égale à 0,720), la courte durée de 'la vacation en centre de soins' semble expliquer pour 21,88% de la population (soit 7 ex-stagiaires) le manque d'apprivoisement de l'exercice des médecins SOS majoritairement dédié à la PDSA. Néanmoins, ce constat de familiarisation doit tenir compte de l'absence d'un enseignement théorique dans le parcours d'un IMG lorrain comme observé dans la population de la 1ère enquête, d'un an plus jeune que les ex-stagiaires SOS.

L'ambivalence de l'activité d'un médecin SOS, entre l'AMU hors urgences vitales et la Médecine Générale courante, est fortement rapportée par 78,13% de la population de l'enquête. Cet attrait est remarquable dans la formation de l'exercice spécifique de la PDSA afin de minimiser l'appréhension du futur médecin généraliste vis à vis des situations inattendues lors des gardes ou même dans le cabinet, en parallèle à l'exercice courant par ailleurs apprivoisé lors du stage chez le praticien.

L'approche intellectuelle et décisionnelle hors du parcours de soins conventionnel, rencontrées souvent par le médecin SOS lors de situations cliniques atypiques ou inattendues, est fortement reconnue par 71,88% des ex-stagiaires. Son apprentissage permet à l'IMG de s'armer devant un exercice professionnel futur exigeant et nécessitant une adaptation perpétuelle du praticien face aux différents contextes de prise en charge des patients, même en dehors des gardes.

La collaboration privilégiée de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle avec le SAMU 54, lui exige d'avoir une activité ambulatoire de qualité, tampon entre la ville et l'hôpital. Cet avantage est moyennement perçu par 59,38% de la population de l'enquête. Encore une fois, et malgré l'indépendance avérée par rapport au type de stage (p-value égale à

0,577), la courte durée de ‘la vacation en centre de soins’ semble expliquer pour 21,88% de la population (soit 7 ex-stagiaires) la non observation de l’interconnexion étroite entre le SAMU-Centre 15 et SOS Médecins Meurthe-et-Moselle via leur centre d’appel Médi’Call Center. En parallèle, selon le bilan d’activité 2012 de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, cette collaboration conventionnée en période de PDS se fait au travers de 18,24% (5 223) des appels traités et seulement 9,45% (2 706) de patients hospitalisés parmi l’ensemble des visites effectuées. Ainsi, sur une courte durée de stage de 1 mois, l’opportunité de s'initier à ce volet de l’activité en PDSA relativise l’appréciation moyenne des ex-stagiaires.

La mobilisation adaptée d’aides logistiques (pour des réseaux de soins (HAD, EPHAD), hôpitaux locaux, maisons de retraite) et matérielles (ECG, Défibrillateur Semi-Automatique, Aérosol, Oxygène médical, Médicaments injectables, Kit de suture, ..), exigées dans le cahier des charges de SOS Médecins France, est relevée par 65,63% des ex-stagiaires. Ce privilège dans l’activité d’un médecin SOS permet au stagiaire de s’aguerrir à l’utilité et à l’indication de l’usage de ces dispositifs médicaux dans un exercice ambulatoire.

Force est de constater que l’ensemble de ces attraits positifs, reconnu pour chacun par au moins la moitié de la population des ex-stagiaires, confère à l’offre de formation proposée par SOS Médecins Meurthe-et-Moselle un argument de qualité et une légitimité certaine.

Alors que le parcours d’un IMG lorrain souffre d’un manque de formation, comme observé dans notre 1ère enquête, on doit à juste titre s’interroger sur la nécessité de proposer davantage ce terrain de stage pour les IMG de la faculté de Médecine de Nancy dans un projet pédagogique universitaire incluant les médecins associés-maitres de stage de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

Une participation actuelle aux gardes, satisfaisante pour les ex-stagiaires SOS

Le vécu des ex-stagiaires au travers d’une expérience professionnelle de qualité au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a permis pour 84,38% d’entre eux de participer de façon autonome à la PDSA (*cf. figure 2.11a ; page 167*). L’impact de ce stage est reconnu par 88,89% des ex-stagiaires ayant participé seul à la PDSA (*cf. figure 2.11b ; page 168*). D’ailleurs, cette expérience influence sensiblement leur contribution actuelle aux gardes, de 71,88% (p-value égale à 0,046) (*cf. Tableau V.33 ; page 168*).

Cette contribution très convenable, est variable en fonction du sexe de l’ex-stagiaire (p-value égale à 0,015) et son mode d’exercice actuel (p-value égale à 0,007) (*cf. Tableau V.31 ;*

page 162). Dans le cadre du remplacement, ce sont des ex-stagiaires de sexe masculin qui accordent une part plus importante à la PDSA.

Egalement, le lieu d'exercice influence sensiblement la part accordée aux gardes (p-value égale à 0,032) : plutôt moyenne à élevée en zone urbaine et significativement liée (pour 43,75% de la population) à une activité au sein d'une association SOS majoritairement implantée autour des agglomérations (p-value égale à 0,003). Alors que la contribution des ex-stagiaires exerçants en milieu rural est plutôt faible à moyenne.

Finalement, notre enquête permet de légitimer la place de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme vecteur d'une formation de qualité pour un IMG lorrain et garant de sa participation ultérieure à la PDSA.

3. A propos de la comparaison des résultats des deux enquêtes

3.1. Deux populations très proches, avec des changements potentiels en franchissant le cap de fin du cursus universitaire

Les deux populations de notre étude se ressemblent beaucoup au vu de leurs données sociodémographiques et professionnelles. Les quelques différences observées sont liées à l'ancienneté de la génération de la 2ème enquête (p-value égale à 0,014) (*cf. Tableau V.35 ; page 176*). Une période de changement relatif sur le plan privé semble exister après la fin du cursus universitaire.

Alors que la féminisation de la profession médicale et le faible engagement matrimonial de la nouvelle génération aux dépens du concubinage et du célibat se confirment, la fin des longues études médicales favorise la conception d'un foyer familial avec l'avènement d'une progéniture (p-value égale à 0,034).

Sur le plan professionnel, les aspirations actuelles de cette génération se réaffirment avec un choix commun de l'exercice libéral pour plus des deux tiers (p-value égale à 0,273) (*cf. Tableau V.36 ; page 177*). Mais, le contexte actuel de crise de l'installation ralenti l'engagement des jeunes médecins et marque une phase de temporisation occupée par le remplacement.

L'arrivée sur le marché du travail avec l'existence des déserts médicaux, semble être défavorable à la ruralité pour des jeunes diplômés tournés vers le remplacement en milieu urbain (p-value égale à 0,022). Mais, l'espoir pour ces zones persiste devant les intentions encourageantes avant la fin du cursus, à condition que la période du remplacement ne se prolonge pas et ne change pas l'avis des plus jeunes. A ce titre, le soutien politique et institutionnel doit se mettre en place rapidement.

3.2. Une connaissance du concept de la PDSA lors du cursus d'un IMG lorrain, relativisée par les ex-stagiaires à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

La forte déclaration observée chez les IMG actuels, relative à la connaissance du concept de la PDSA (92,62%), contraste avec les constations de la 1ère enquête : la méconnaissance des règles de cette organisation, le faible degré de sensibilisation et le manque de formation.

La remise en question de ce constat est confortée par un avis des ex-stagiaires SOS, interrogés à ce sujet sans tenir compte de leur expérience à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. Ils revoient à la baisse leur connaissance du concept de la PDSA (78,13%) en tant qu'IMG lorrain.

Cette différence significative (p-value à 0,025) (*cf. Tableau V.37 ; page 178*) fragilise les déclarations des IMG actuels et consolide l'hypothèse d'une méconnaissance du concept de la PDSA pour tout IMG lorrain, quelque soit la période du cursus.

3.3. Une formation nécessaire et fortement réclamée

L'absence de formation dédiée à la PDSA durant le parcours universitaire d'un IMG lorrain nous a interpellé et a été à l'origine de ce travail.

Lors de l'établissement de l'état des lieux de la PDSA dans les rangs des IMG actuels, la méconnaissance de ce concept et ses déclinaisons ainsi que les perspectives préoccupantes de l'avenir de cette organisation, ont été compensée par une adhésion massive à un projet de formation spécifique (90,16%).

Ce fort plébiscite est appuyé par un avis similaire (90,63%) des ex-stagiaires à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (p-value égale à 1) (*cf. Tableau V.38 ; page 179*).

Néanmoins, leurs visions diffèrent sur les déclinaisons de ce programme de formation.

Forts de leur expérience professionnelle à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, les ex-stagiaires privilégient davantage un versant pratique dans une structure de PDSA (68,97%), moins envisagé par les IMG actuels (p-value égale à 0,037) aux dépens du stage chez le praticien. Par ailleurs, cette dernière déclinaison de formation pratique conserve un intérêt identique chez les deux populations (p-value égale à 0,288). Mais, au vu de l'impact de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle sur ses ex-stagiaires observé lors de notre étude, cette demande redonne une importance supplémentaire à la position de cette structure et au bénéfice apporté à un IMG lorrain pour la formation à la PDSA.

L'autre divergence significative concerne l'enseignement théorique (p-value égale à 0,007). Sa place semble moins privilégiée, à tort, par les ex-stagiaires (31,03%). L'engouement plus marqué des IMG actuels (60,91%) est justifié vu l'importance de ce versant de l'apprentissage pour maitriser les bases règlementaires de l'organisation de la PDSA et sa déclinaison locale, tant méconnues par la population de la 1ère enquête.

Au final, l'urgence est de répondre à la requête des actuels et des anciens IMG en mettant en place un programme universitaire de formation à la PDSA, incluant tous les acteurs régionaux en tenant compte de leur valeur ajoutée, afin de répondre aux difficultés actuelles du dispositif régional et de donner à cette génération l'envie de participer à leur résolution.

3.4. Deux perceptions futures relatives à l'exercice de la PDSA, assez proches mais plus réaliste chez les anciens IMG lorrains

La situation actuelle de l'organisation de la PDSA est au centre des préoccupations politiques. Assurée par un tour de garde des médecins généralistes libéraux, elle subi de plein fouet les maux actuels de la profession. Depuis l'avènement des ARS, chacune a mis en place un nouveau cahier des charges régional en fonction de particularités locales. En région Lorraine, il est en vigueur depuis le 16 avril 2012. L'examen de ce dernier et de sa version de révision en 2013, est exposé dans la 2ème partie de cette thèse. Il ne fait pas transparaitre des solutions d'avenir et encore moins l'avis de la nouvelle génération des médecins, pourtant indispensable pour la viabilité de ce dispositif.

Dans notre travail, on s'est attelé à le faire en interrogeant les deux populations d'IMG sur l'avenir de la PDSA. Leurs perceptions futures sont assez proches.

Une seule divergence s'est dégagée. Elle correspond à l'importance accordée à la perspective de conserver cet exercice à des médecins généralistes formés et exerçant dans le cadre d'une structure de PDSA (p-value égale à 0,003) (*cf. Tableau V.39 ; page 181*). Les anciens IMG, actuellement remplaçants et forts d'une expérience au sein de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, privilégient ce mode d'organisation basée sur une logistique adaptée (53,13% d'entre eux versus 25,41% des actuels IMG). Alors que, l'incertitude observée dans les rangs des IMG actuels influence sensiblement leur penchant (44,26% d'entre eux versus 28,13% chez les anciens IMG) (*cf. Tableau V.39 ; page 181*) vers une organisation hospitalière intégrant l'activité de la PDSA (p-value égale à 0,015) (*cf. Tableau V.26 ; page 151*).

Les deux populations d'IMG semblent décharger unanimement le médecin généraliste 'conventionnel' de cet exercice (p-value égale à 0,337) au profit d'une organisation logistique. Néanmoins, la faible perspective de maintenir cet exercice dans l'activité de tout médecin généraliste est sensiblement liée à la ruralité, comme observé dans la 1ère enquête (p-value égale à 0,018) (*cf. Tableau V.25 ; page 149*). L'éloignement des établissements hospitaliers et l'absence actuelle de structures de PDSA dans ces zones médicalement

désertifiées, limitent ce choix futur conservateur. Par contre, une mobilité organisée avec une régulation médicale des demandes et une couverture territoriale adaptée aux besoins plutôt faibles dans ces zones, comme proposé par l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (95,46% de la population totale du département couverte en nuit profonde) (*cf. Tableau III.1 ; page 77*), peuvent être une alternative pérenne et une évolution crédible de l'organisation de la PDSA. L'investissement exclusif des médecins de ce type de structure dans le créneau de la PDSA les déchargent d'une tache pesante sur leurs confrères 'médecins traitants', la continuité des soins avec une obligation d'assurer l'ouverture du cabinet dans la foulée de sa garde.

Le coût de cette offre des structures de PDSA est non moins négligeable que d'autres solutions d'organisation ; à condition que le maintien du principe de la PDSA soit un intérêt supérieur à l'argument comptable, qui paraît comme une priorité politique en ce temps de crise économique. Alors que le droit constitutionnel à la protection de la santé incombe à la nation et impose à ses représentants une obligation de moyens, l'accès aux soins est mis à défaut dans plusieurs zones du territoire national en arrêtant la garde après minuit [(44)].

En tout cas, l'avantage d'une structure dédiée à la PDSA est le service médical rendu en apportant une réponse extra-hospitalière de qualité permettant de maintenir tant que possible les patients à domicile et de désengorger des services d'urgences [(45)] souffrant du déficit financier des établissements hospitaliers [(46)]. D'ailleurs, une évaluation de cette offre est menée actuellement par la cour des comptes [(47)].

4. Pistes de réflexion et propositions

Tout au long de notre travail, on a démontré que l'état des lieux de la formation à la PDSA est préoccupant. L'impact de la structure SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de stage s'est avéré positif.

Devant les difficultés actuelles de l'organisation de la PDSA, la réponse universitaire par un apprentissage structuré nous semble une solution majeure nécessaire et durable pour garantir la viabilité de ce dispositif. Les perspectives envisagées prennent origine de l'avis des IMG durant notre étude.

4.1. Un enseignement théorique fondamental et une sensibilisation active

Durant notre étude, l'enseignement théorique s'est avéré primordial au vu de l'ignorance des dispositions règlementaires de l'organisation de la PDSA et sa déclinaison en région Lorraine.

Afin de forger une base de formation solide aux futurs médecins généralistes, il est indispensable que la représentation universitaire mette en place cet enseignement. Cela permettra d'accéder à la demande des IMG lorrains.

Sa mise en œuvre ne paraît pas compliquée. Elle peut prendre la forme de cours théoriques ou mieux d'un séminaire d'une journée dans le cadre de l'enseignement théorique obligatoire existant et assuré par le DUMG de la faculté de Médecine de Nancy.

Le programme pourra comprendre : un retour sur les bases règlementaires de la PDSA, le fonctionnement du dispositif en vigueur, une formation sur la régulation médicale des demandes de soins non programmés et la nature de la réponse médicale attendue.

Aussi, la mise en place de cet enseignement sera une formidable occasion de palier au déficit de sensibilisation constaté, en impliquant en autres les enseignants et les professionnels expérimentés, des représentants des instances chargées de l'organisation régionale de la PDSA (ARS, CODAMUPS-TS, CDOM, …).

Cela permettra de préparer l'IMG lorrain à cette part de l'activité en lui présentant un aperçu du dispositif régional en place, ses exigences et les attentes politiques sur le terrain.

4.2. Un apprentissage pratique indispensable, sous forme d'un quota minimum de gardes

Notre étude a permis de démontrer l'impact positif d'une expérience pratique durant le cursus sur la participation effective de l'IMG aux gardes. Au contraire, une appréhension de cet exercice, générée par un manque de formation et une absence de sensibilisation, limite considérablement cette participation.

Ainsi, en parallèle de l'enseignement théorique, un volet pratique est autant nécessaire. Sa mise en place permettra aux futurs médecins généralistes de se familiariser au concept de la PDSA et de s'aguerrir à la pratique particulière des demandes de soins non programmés. Elle doit tenir compte des atouts présents et de les développer.

La garde lors du stage chez le praticien

Cette alternative est intéressante et demandée par les IMG. Elle peut facilement prendre forme sous réserve de deux préalables : l'implication du médecin généraliste-maitre de stage dans la PDSA de son secteur et la formalisation de cette collaboration dans la convention tripartite entre la représentation universitaire, le praticien et l'IMG.

Comme il le fait durant le stage ambulatoire chez le praticien, notamment en visite à domicile, l'IMG accompagne son maitre de stage pendant les gardes soit comme effecteur mobile soit en MMG, avec une phase initiale d'observation puis une participation active progressive et encadrée.

La difficulté pour cette déclinaison réside dans l'hébergement du stagiaire lors d'une garde de nuit profonde. Le compromis peut alors comprendre soit une prise en charge de l'hébergement par le praticien, indemnisée en contre partie, soit un aménagement de l'horaire de présence de l'IMG durant la garde en fonction du lieu de son domicile.

La garde à SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Cette déclinaison est particulièrement ambitieuse à l'image du plébiscite formulé par les IMG. La place incontestée de la structure SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation lui confère une légitimité de piloter ce projet, à la hauteur de la volonté et de l'investissement de ses médecins associés-maitres de stage.

L'organisation actuelle de la formation des stagiaires au sein de la structure est compatible avec notre projet. En effet, elle comprend un nombre défini de 12 gardes au cours desquelles l'IMG est invité à accompagner le médecin SOS associé-maitre de stage et observer sa pratique. Néanmoins, ce nombre peut être revu à la hausse afin de familiariser davantage le stagiaire et de lui permettre de participer plus activement à la garde.

Ainsi, la mise en place du projet de formation à la PDSA peut s'appuyer sur l'expérience de cette structure.

Et les autres structures de PDSA…

D'autres lieux de garde existent en région Lorraine, particulièrement dans les départements de Meurthe-et-Moselle et en Moselle, tels que : les Bains de Douche à Nancy, l'association APSAM à Metz ou les points fixes de consultation (Toul, Lunéville, Bitche, Algrange, ...).

Même si notre étude n'a pas interrogé les IMG sur ces structures comme éventuelles déclinaisons du programme de formation, il n'en demeure pas moins intéressant de les intégrer à ce projet en encourageant la maitrise de stage auprès des praticiens actifs dans ces lieux de garde.

Cela permettra de couvrir la formation de tous les IMG et de faire le quota de gardes prédéfini.

Et encore un quota de gardes…

Le sujet des quotas est souvent critiqué dans notre société actuelle. Pourtant, ce principe permet de standardiser un protocole et d'évaluer son efficacité. D'ailleurs, la population des IMG dans notre étude ne s'y est pas opposée.

Effectuer un quota minimum de gardes, les IMG l'ont déjà fait durant leur parcours en externat. Il s'agit d'une des conditions de validation du dossier de candidature pour se présenter aux ECN. Il est destiné à familiariser et former les externes à l'exercice de la garde hospitalière, diffèrent quelque soit la spécialité future choisie par l'étudiant en médecine.

Dans le même esprit, la mise en place d'un quota pour l'exercice de la garde ambulatoire dans le cadre de la maquette du DES de Médecine Générale est nécessaire pour standardiser l'apprentissage pratique demandé par les IMG.

Son fonctionnement, son avènement dans le cursus de l'IMG et le nombre minimum doivent faire l'objet d'une concertation entre les responsables de la formation universitaire, les représentants des IMG et les futurs acteurs de ce projet (médecins généralistes-maitres de stage).

4.3. Et pourquoi pas la régulation médicale aussi …

Dans une thèse de 2011 de la faculté de Médecine de Nancy [48], portant sur l'évaluation de la fiabilité du dispositif de régulation médicale 'Medigarde', il est mis en évidence que les informations relevées par le médecin régulateur (MR) sont dans seulement 82% des cas en adéquation avec le diagnostic posé par le médecin effecteur. De même, il est apparu que dans 1 cas sur 4 il va surestimer cette gravité. Par contre, les visites à domicile sont loin d'être toutes justifiées (61% pour les médecins libéraux, 88% pour SOS Médecins).

L'absence d'une rationalisation des protocoles de régulation médicale, discipline récente pour les médecins généralistes libéraux, peut expliquer les constatations sus citées.

Dans le but d'instaurer un programme lorrain de formation structurée et adaptée à la PDSA, un volet 'régulation médicale' peut s'y intégrer sous forme d'un enseignement théorique spécifique voire un versant pratique puisqu'il s'agit d'un créneau des médecins généralistes.

Actuellement, aucun dispositif de formation universitaire et pratique à la régulation médicale n'existe. Néanmoins, on peut soumettre la proposition d'une expérimentation aux représentants des associations régionales de régulation médicale (Medigarde, Assum) dans le but de préparer la nouvelle génération médicale à tous les modes d'exercice en PDSA.

4.4. Encourager le SASPAS dans des USER dédiées à la PDSA

Le métier du 'médecin de la PDSA' ou 'urgentiste de ville' est en pleine croissance. L'implantation des 64 associations SOS Médecins sur le territoire national en est pour quelque chose. La focalisation de la médecine générale conventionnelle sur la prise en charge et le suivi des pathologies chroniques, est en partie à l'origine du développement parallèle de ce métier du 'médecin généraliste de l'aigu'.

D'ailleurs, notre étude a démontré que la perception future de la nouvelle générale relative à l'exercice de la PDSA, conforte cette évolution de la profession.

Consciente de ce changement, la fédération SOS Médecins France s'est rapprochée de l'ISNAR-IMG en début de l'année 2012 pour établir une convention de partenariat destinée à faciliter et à promouvoir pour les IMG, la possibilité de réaliser une partie de leurs stages ambulatoires de fin d'études médicales au sein des associations SOS Médecins. L'intérêt étant de créer des vocations et de répondre aux besoins de la population en soins des pathologies aigues ne relevant pas du domaine hospitalier.

Dans cet esprit, et comme a pu le démontrer notre étude, l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle a développé un volet formation pour les IMG lorrains et a réussi à s'imposer comme un terrain de stage privilégié.

Son offre de formation comporte actuellement, en plus de la vacation en centre de soins agrée, un stage de 6 mois dit 'professionnalisant' en remplacement aux deux USER SASPAS ayant existé de Mai 2009 à Octobre 2012. Même si le programme pédagogique est conservé, ce changement de statut décidé par le DUMG de la faculté de Médecine de Nancy est pénalisant. Il s'oppose à la création des vocations et à la formation des étudiants désireux d'exercer cette profession du 'médecin généraliste de l'aigu', par l'absence de visibilité de ce stage sur la liste de choix de stage des SASPAS du DES.

Au delà d'un programme commun de formation à la PDSA, l'opportunité doit être donnée aux IMG souhaitant s'orienter dans le sens de la prise en charge des pathologies aigues. Cela passera nécessairement par l'acceptation de la mutation de notre profession de médecin généraliste, non moins exposée à l'avènement des sous-spécialisations (chirurgie / microchirurgie, nutrition / micronutrition, cardiologue rythmologue / coronarographiste / hemodynamicien, etc.).

CONCLUSION

La Permanence des Soins Ambulatoire est une mission de service public destinée à répondre aux demandes de soins non programmés ne relevant pas des urgences vitales. Elle fait l'objet d'évolutions continuelles depuis de nombreuses années afin de s'adapter au mieux aux difficultés qu'elle peut rencontrer. Son pilotage a été confié en 2010 à l'ARS de Lorraine.

Le dernier cahier des charges régional publié en avril 2012 fait un état des lieux précaire de l'organisation de la PDSA en Lorraine, plus spécialement dans les zones excentrées par rapport au « sillon lorrain ». Les raisons sont diverses, parfois très locales, mais la cause commune est la baisse de l'offre médicale affectant particulièrement les gardes ambulatoires. Elle est en grande partie liée à un désintérêt du médecin généraliste libéral, pourtant l'acteur central de cette organisation.

Dans ce contexte, notre thèse avait pour but de recueillir le ressenti des futurs généralistes lorrains par rapport à ce versant de leur exercice libéral en faisant un état des lieux de leur connaissance de la PDSA et sa déclinaison régionale, de leur formation à ce concept et de leur perception future de son activité.

Le travail réalisé au travers de notre première enquête a démontré que les IMG lorrains méconnaissent le concept de la PDSA, ses dispositions règlementaires et son organisation régionale. Un faible degré de sensibilisation à ce dispositif et une formation absente se sont dégagés dans leur cursus universitaire. Par conséquent, l'appréhension générée vis-à-vis de cet exercice risque de compromettre leur contribution future aux gardes ambulatoires.

Devant ce constat préoccupant, nous proposons de mettre en place un programme de formation universitaire spécifique à la PDSA comme le plébiscitent les futurs généralistes lorrains. Il convient de répondre à leur double demande avec un enseignement théorique et un apprentissage pratique sous la forme d'un quota de gardes ambulatoires intégré dans la maquette du DES de Médecine Générale. Deux terrains de formation ont été envisagée unanimement : la garde lors du stage chez le praticien et la vacation chez SOS Médecins Meurthe-et-Moselle.

D'ailleurs, notre deuxième enquête avait pour but d'évaluer la place de cette structure de PDSA comme terrain de formation. Il en ressort une reconnaissance incontestable aux yeux de ses anciens stagiaires et un impact positif influençant leur participation actuelle aux gardes ambulatoires. Ainsi, la légitimité de formation s'associe à celle du terrain pour accorder à

SOS Médecins Meurthe-et-Moselle une place privilégiée comme terrain de stage pour les IMG lorrains.

Au delà de ça, l'avenir de l'organisation de la PDSA est incertain entre les aspirations actuelles de la nouvelle génération de médecins et les difficultés de notre système de santé. Une évolution de la profession de généraliste semble prendre forme au travers de la perception future des jeunes médecins, celle de l'apparition du 'médecin généraliste de l'aigu'.

BIBLIOGRAPHIE

(1) **Straus, David.** Les médecins poursuivent leur grève des gardes de nuit. LCI, 17 Novembre 2001. [En ligne] Consulté le 22 septembre 2013. http://lci.tf1.fr/

(2) **CNOM**. Atlas de la Démographie Médicale en France, Situation au 1er janvier 2013. [En ligne] Consulté le 19 septembre 2013. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf

(3) **CNOM**. Enquête nationale de l'institut BVA pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins : Attentes, Projets et Motivations des Médecins face à leur exercice professionnel. Mars 2007. [En ligne] Consulté le 19 septembre 2013. http://www.conseil-national.medecin.fr/article/attentes-projets-et-motivations-des-medecins-face-leur-exercice-professionnel-53

(4) **Petty, François**. Le volontariat s'essouffle! Le Généraliste. 11 Février 2011, 2552, pages 10-11.

(5) **Legifrance**. Décret n° 2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000022484947&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id.

(6) **Legifrance**. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFSCTA000020879479

(7) **INSEE.** Consommation de Soins et de Biens de Santé en 2010 (Archives). Tableaux de l'Économie Française. Date de mise à jour : Novembre 2011. Fichier Excel. [En ligne] Consulté le 1 Octobre 2013. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06302

(8) **DREES.** Les Comptes nationaux de la santé en 2010. 14 Septembre 2011. Fichier PDF. [En ligne] Consulté le 28 Septembre 2013. http://www.sante.gouv.fr/direction-de-la-recherche-des-etudes-de-l-evaluation-et-des-statistiques-drees,5876.html

(9) **Cours des comptes.** Rapport « La sécurité sociale ». Juridictions financières. Septembre 2007. [En ligne] Consulté le 15 Septembre 2013. http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/07-securite-sociale.pdf

(10) **Hubert, Elisabeth.** Rapport au Président de la République « Mission de concertation sur la Médecine de proximité » en France. Novembre 2010. [En ligne] Consulté le 18 Septembre 2013.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000622/0000.pdf

(11) **Aubertin, Brice**. Thèse d'exercice : Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes. Enquête auprès des internes du DES de Médecine Générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse. Faculté de Médecine de Nancy, 2008. N°127.

(12) **Clerc, Cyrienne**. Pourquoi la justice est-elle si sévère avec vous ? Le Généraliste. Mars 2011.

(13) **MACSF Le Sou Médical.** Rapport du Conseil médical du Sou Médical Groupe MASCF sur l'exercice 2009. [En ligne] Consulté le 28 Juillet 2013. www.macsf.fr

(14) **Lucas, Jacques.** L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 23 juin 2001, 34 p. [En ligne] Consulté le 8 Octobre 2013.
http://www.conseilnational.medecin.fr/system/files/cnppermancedessoins.pdf?download=1

(15) **URML.** Organisation de la permanence des soins en médecine libérale. Livre blanc, Juillet 2001, 77 p. [En ligne] Consulté le 24 Septembre 2013.
http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/livre_blanc.pdf

(16) **DHOS**. Circulaire n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville (BO du ministère chargé de la santé n°2002-30). [En ligne] Consulté le 4 Octobre 2013. http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-30/a0302632.htm

(17) **Descours, Charles.** Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Remis au ministre de la santé, J.F.Mattei, le 22 janvier 2003, 19 p. [En ligne] Consulté le 2 Septembre 2013. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf

(18) **DHOS.** Circulaire n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. [En ligne] Consulté le 4 Octobre 2013.
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm.

(19) **Légifrance**. Article 223-6 du Code pénal. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013.
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779

(20) **Ferrari, Isabelle.** Le médecin devant le juge pénal. Rapport annuel de la Cour de Cassation, 1999, [En ligne] Consulté le 28 Septembre 2013.
http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_1999_91/etudes_documents_93/isabelle_ferrari_5792.html

(21) **Lucas, Jacques et Jornet, Francisco.** Rapport adopté lors de la session du CNOM d'octobre 2001: Responsabilité des médecins de garde ou d'astreinte. Analyse juridique et déontologique. Octobre 2001. [En ligne] Consulté le 8 Octobre 2013. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/responsabilitegardes.pdf

(22) **CNOM.** Code de Déontologie Médicale. [En ligne] Consulté le 9 Octobre 2013. http://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/17/tous

(23) **Légifrance**. Articles R6315-1 à R6315-6 du Code de la Santé publique. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://www.legifrance.gouv.fr

(24) **Légifrance**. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022484932&dateTexte=&categorieLien=id

(25) **Lasbordes, Pierre**. La télésanté: un nouvel atout au service de notre bien-être. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. 15 octobre 2009. [En ligne] Consulté le 2 Octobre 2013. http://www.sante.gouv.fr/la-telesante-un-nouvel-atout-au-service-de-notre-bien-etre.html

(26) **HAS**. Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation. Note de cadrage, Juin 2011. [En ligne] Consulté le 30 Septembre 2013. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/cadrage_telemedecine_vf.pdf

(27) **HAS**. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. Recommandations de bonnes pratiques, Juin 2011. [En ligne] Consulté le 30 Septembre 2013. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-dun-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale

(28) **CNOM**. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence de soins en médecine générale en Janvier 2013. [En ligne] Consulté le 9 Octobre 2013. http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ENQUETE_PDS_2013.pdf

(29) **Légifrance.** Instruction N° DGOS/R2/2011/192 du 20 avril 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/06/cir_33245.pdf

(30) **ARS Lorraine.** Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en région Lorraine, version de Mars 2012. [En ligne] Consulté le 5 Octobre 2013.

http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PDSA/PDSA-CDC_Lorrain-Versionmai2012.pdf

(31) **ORSAS Lorraine.** Atlas de la santé des Lorrains. Septembre 2010. [En ligne] Consulté le 5 Octobre 2013.
http://www.orsas.fr/8-etudes/3-l-atlas-de-la-sante-des-lorrains.html

(32) **INSEE.** Base de données relatives à la population et à la structure économique de la région Lorraine. Consultée le 12/07/2013. [En ligne] Consulté le 6 Octobre 2013.
http://www.insee.fr/fr/regions/lor/default.asp?page=faitsetchiffres/faitsetchiffres.htm

(33) **ARS Lorraine.** Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire en région Lorraine, version de Février 2013 (en substitution du cahier des charges arrêté par le DG de l'ARS de Lorraine n°2012 02-09-138 du 9 février 2012). [En ligne] Consulté le 6 Octobre 2013.
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PDSA/LorrainePDSA-cahierdescharges-V2-mars2013-sansAnnexe.pdf

(34) **Sénat.** Organisation de la Permanence des soins en Meuse. Question écrite n° 23701 de M. Christian Namy (Meuse - UDI-UC), publiée dans le JO Sénat du 14/06/2012 - page 1352. [En ligne] Consulté le 7 Octobre 2013.
http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120623701.html

(35) **Lascar, Marcel.** J'ai créé SOS Médecins. Impact Médecin ; 1994

(36) **SOS Médecins France.** Présentation. [En ligne]. http://www.sosmedecins-france.fr

(37) **INSEE**. Fiche de synthèse des populations légales 2010 pour le département de Meurthe-et-Moselle, ses arrondissements, ses cantons et ses communes. [En ligne] Consulté le 6 Octobre 2013. http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/departement.asp?dep=54

(38) **Gattuso, Christoph**e. Des stages en HAD, à SOS ou en centre de santé ; Les internes veulent diversifier leurs terrains de formation. Le Quotidien du Médecin, Numéro 9222. Edition du 28 février 2012.

(39) **Ministère des affaires sociales et de la santé**. Stratégie nationale de santé, feuille de route. 23 septembre 2013. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-longue.pdf

(40) **ARS Lorraine**. Un « Pacte territoire – santé » pour lutter contre les déserts médicaux. Dossier de presse, Février 2013. [En ligne] Consulté le 6 Octobre 2013.
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/DP_Pacte_territoire_sante_REGIONAL.pdf

(41) **UNOF-CSMF**. Permanence de soins : l'UNOF-CSMF exige le retour du volontariat. [En ligne] Consulté le 28 Août 2013. http://www.unof.org/+Permanence-de-soins-l-UNOF-CSMF+.html

(42) **CNGE**. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer 2009, la revue française de médecine générale. Dory V et al. [En ligne] Consulté le 8 Octobre 2013. http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/PP.4-7_EXERCER_85.pdf

(43) **TNS Sofres - SIHP**. Les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France. Juin 2013. [En ligne] Consulté le 2 Octobre 2013. http://www.sihp.fr/usrfile/275/Rapport%20SOFRES.pdf

(44) **Le Quotidien du Médecin**. Aquitaine : quasi-suppression des de nuit profonde et… retour des réquisitions. 6 septembre 2012. [En ligne] Consulté le 3 Octobre 2013. http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/aquitaine-quasi-suppression-des-gardes-de-nuit-profonde-et-retour-des-requisition

(45) **Ratsimbazafy, Elodie**. Une nuit avec SOS Médecins. Le monde Blogs, 31 mai 2012. [En ligne] Consulté le 2 Octobre 2013. http://dunkerque.blog.lemonde.fr/2012/05/31/une-nuit-avec-sos-medecins/

(46) **Poplavsky, Alexandre**. CHU de Nancy : Le syndrome Grec. L'Est Républicain, 9 septembre 2013. [En ligne] Consulté le 3 Octobre 2013. http://www.estrepublicain.fr/actualite/2013/09/09/chu-le-syndrome-grec

(47) **Cour des Comptes**. Rapport sur la sécurité sociale en 2013, Chapitre XII : La permanence des soins. Septembre 2013. [En ligne] Consulté le 10 Octobre 2013. http://www.ccomptes.fr/content/download/60184/1493582/version/1/file/rapport_securite_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf.

(48) **Genet-Houillon, Laure**. Permanence des soins : évaluation de la fiabilité des informations transmises et des moyens engagés par le médecin régulateur lors de la prise en charge des patients. Faculté de Médecine de Nancy, 2011. Référence 15497.

ANNEXES

ANNEXE 1. Questionnaire de la 1ère enquête

Chère consœur, cher confrère,

Je suis interne en médecine générale et je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse. Ce travail est dirigé par le Docteur Olivier Arguence (maître de stage à la faculté de médecine de Nancy).

Ma thèse a pour sujet : « Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) : Ressenti des Internes de Médecine Générale (IMG) de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation. »

Cette étude vous concerne directement, et c'est pourquoi je m'adresse à vous. Je souhaite faire un état des lieux le plus exhaustif possible de la connaissance du concept de la permanence de soins ambulatoire chez les internes de médecine générale de Nancy.

Pour y participer, merci de prendre une dizaine de minutes pour répondre au questionnaire joint. Pour cela, il faut mentionner, à l'endroit indiqué (souligné rouge) à la fin de chaque question, la lettre en majuscule correspondant à votre réponse. **Toutes les questions demandent une seule réponse sauf indication spécifique**

Après avoir complété le questionnaire, merci d'enregistrer vos modifications et de me renvoyez le document, en pièce jointe, à mon adresse de correspondance : these.ay.gaaliche@gmail.com .

Le traitement du questionnaire sera réalisé de façon anonyme (+++).

QUESTIONNAIRE IMG - Enquête 1

1. Etes-vous : **A.** une femme **B.** un homme → *Votre réponse (Aou B):*_____

2. Votre **année** de naissance : → *Votre réponse (sous forme XXXX) :*_____

3. Quelle est votre situation familiale actuelle :

A. Célibataire **B.** Marié(e) **C.** Vie en couple non marié(e)

→ *Votre réponse(A, B ou C) :*_____

4. Avez-vous des enfants ? **A.** Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

5. Actuellement, vous êtes en :

A. TCEM1 **B.** TCEM2 **C.** TCEM3 **D.** Année de thèse

(Stages validés, attente thèse et/ou mémoire)

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D) :*_____

6. Dans l'avenir, quel mode d'exercice envisagez-vous pour votre activité professionnelle ?

A. Plutôt le salariat

B. Plutôt en libéral

C. Plutôt mixte

D. Ne sais pas

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D) :*_____

Et dans quelle zone territoriale l'envisagez-vous ?

A. Plutôt en zone urbaine ou périurbaine

B. Plutôt en zone rurale

C. Ne sais pas

→ *Votre réponse(A ou B ou C):*_____

7. Connaissez-vous le concept de la Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA) ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

Si Oui, précisez à quel moment de votre cursus en aviez-vous pris connaissance : *(plusieurs réponses possibles)*

A. Stage chez le généraliste, durant l'externat

B. Stage chez le praticien (avec le maitre de stage comme medecin effecteur)

C. Vacation chez SOS Medecins 54 (vacation hors cabinet dans un centre agrée lors du stage chez le praticien)

D. Cours théoriques au DUMG

E. Stage SASPAS

F. Remplacement

G. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Votre (vos) réponse(s):*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

8. Etes-vous au courant de la nouvelle organisation régionale de la PDSA, effective depuis le 16 avril 2012 ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

9. Selon vous, est-ce que :

La participation à la PDSA est : **A.** Obligatoire **B.** Volontaire **C.** Ne sais pas

→ *Votre réponse(A ou B ou C):*_____

L'activité de soins lors de la PDSA est :

A. Exclusivement regulée **B.** Non regulée **C.** Les deux

→ *Votre réponse(A ou B ou C):*_____

Cette activité est assurée par un médecin généraliste effecteur :

A. Mobile (mode exclusif de visite à domicile)

B. Fixe (poste de garde sans deplacement)

C. Les deux

D. Ne sais pas

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D):*_____

Cette activité est gerée selon :

A. Une organisation géographique préfectorale (et sous préfectorale)

B. Une organisation territoriale sectorielle pré-définie

C. Une organisation ordinale géographique et démographique médicale

D. Ne Sais pas

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D):*_____

10. Avez-vous été sensibilisé à la PDSA lors de votre cursus de formation ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

Si Oui, votre niveau de formation vous permet-il de participer seul à une garde dans le cadre de la PDSA ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

11. Pensez-vous nécessaire d'avoir un volet specifique « Formation à la PDSA » dans le cursus d'un IMG ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

Si Oui, précisez ci-dessous lors de quel période du cursus ? *(Plusieurs réponses possibles)*

A. Stage chez le praticien (exemple : un nombre minimum de garde(s) avec le maitre de stage comme medecin effecteur)

B. Nombre minimum de gardes au cours d'une vacation spécifique dans une structure exclusivement dediée à la PDSA (ex. SOS Medecins Meurthe et Moselle)

C. Cour théorique ou Séminaire au DUMG

D. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Votre (vos) réponse(s):*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

12. Avez-vous déjà participé à la PDSA ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

Si Oui, aviez-vous effectué <u>seul</u> une garde dans le cadre de la PDSA ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

Si Non, pensiez-vous être prêt à effectuer <u>seul</u> une garde dans le cadre de la PDSA ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse(A ou B):*_____

13. Comptez-vous accorder une part de votre exercice futur à la PDSA, selon son concept actuel ?

A. Oui **B.** Non **C.** Ne sais pas → *Votre réponse(A ou B ou C):*_____

Si Oui, précisez ci-dessous selon quel mode :

A. Plutôt comme médecin généraliste effecteur mobile

B. Plutôt en Maison Médicale de Garde (MMG)

(Cabinet médical ou poste de garde au sein d'un hôpital)

C. Plutôt au sein d'une structure entièrement dédiée à la PDSA, comme SOS Médecins

D. Autre, (précisez ci-dessous)

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D):*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

14. Indiquez parmi les items suivants, lequel (lesquels) pourrai (en) t être un obstacle majeur à votre participation à la PDSA, lors de votre exercice futur ? *(Plusieurs réponses possibles)*

A. Pénibilité de ce mode d'exercice

B. Charge de travail supplémentaire

C. Incompatibilité avec votre vie privée

D. Absence d'intérêt ou de motivation pour ce mode d'exercice

E. Autre, (précisez ci-dessous)

→ *Votre (vos) réponse(s):*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

15. D'une façon générale, comment percevez-vous l'activité future relative à la PDSA ?

A. Part intégrante de l'activité de tout médecin généraliste

B. Activité exclusive de médecin généraliste formée aux déclinaisons spécifiques de la PDSA

C. Retour à l'activité à « l'ancienne » (Médecin de famille joignable par sa patientele en dehors des heures d'ouverture du cabinet)

D. Intégration de cette activité au sein d'une structure hospitalière (organisation mixte avec poste fixe de consultation et médecin effecteur mobile calqué sur l'organisation actuelle SAU-SMUR, médecin généraliste salarié)

E. Autre, (précisez ci-dessous)

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou Dou E):*_____

Précision éventuelle (en clair): _____

Merci beaucoup pour votre participation à ce travail.

Aymen GAALICHE

ANNEXE 2. Courriel d'ouverture de la 1ère enquête (Envoi le 27 février 2013)

Chère consœur, cher confrère,

Je suis interne en médecine générale et je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse. Ce travail est dirigé par le Docteur Olivier Arguence (maître de stage à la faculté de médecine de Nancy).

Ma thèse a pour sujet : « Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) : Ressenti des Internes de Médecine Générale (IMG) de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation. »

Cette étude vous concerne directement, et c'est pourquoi je m'adresse à vous. Je souhaite faire un état des lieux le plus exhaustif possible de la connaissance du concept de la permanence de soins ambulatoire chez les internes de médecine générale de Nancy.

Pour y participer, merci de prendre une dizaine de minutes pour répondre au questionnaire joint. Pour cela, il faut mentionner, à l'endroit indiqué (souligné rouge) à la fin de chaque question, la lettre en majuscule correspondant à votre réponse. **Toutes les questions demandent une seule réponse sauf indication spécifique**

Après avoir complété le questionnaire, merci d'enregistrer vos modifications et de me renvoyez le document, en pièce jointe, à mon adresse de correspondance :

these.ay.gaaliche@gmail.com

Le traitement du questionnaire sera réalisé de façon anonyme (+++).

Je vous serais très reconnaissant de répondre à ma requête, car votre participation sera déterminante pour la qualité et la validité des résultats de cette étude.

La date de soutenance de ma thèse est prévue courant septembre – octobre 2013.

Merci d'avance pour votre participation à ce travail.

Aymen GAALICHE

ANNEXE 3. Questionnaire de la 2ème enquête

Chère consœur, cher confrère,

Je suis interne en médecine générale et je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse. Ce travail est dirigé par le Docteur Olivier Arguence (maître de stage à la faculté de médecine de Nancy, SOS MEDECINS Meurthe et Moselle).

Ma thèse a pour sujet : « Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) : Ressenti des Internes de Médecine Générale (IMG) de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation ». L'étude est basée sur deux enquêtes.

La deuxième vous concerne directement comme ex stagiaire à SOS MEDECINS Meurthe et Moselle, et c'est pourquoi je me dirige vers vous.

Après avoir procédé à une 1ère enquête auprès des IMG de la faculté de médecine de Nancy, faisant un état des lieux de leur connaissance du concept de la PDSA, j'entreprends une 2ème enquête à visée comparative, afin d'évaluer l'impact et la place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation.

Pour y participer, merci de prendre une dizaine de minutes pour répondre au questionnaire joint. Pour cela, il faut mentionner, à l'endroit indiqué (souligné rouge) à la fin de chaque question, la lettre en majuscule correspondant à votre réponse. **Toutes les questions demandent une seule réponse sauf indication spécifique**

Après avoir complété le questionnaire, merci d'enregistrer vos modifications et de me renvoyez le document, en pièce jointe, à mon adresse de correspondance : these.ay.gaaliche@gmail.com.

Le traitement du questionnaire sera réalisé de façon anonyme (+++).

QUESTIONNAIRE Stagiaire SOS Médecins Meurthe et Moselle

- Enquête 2 -

1. Etes-vous :

A. une femme **B.** un homme → *Votre réponse (Aou B):*_____

2. Votre **année** de naissance : → *Votre réponse (sous forme XXXX) :*_____

3. Quelle est votre situation familiale actuelle :

A. Célibataire **B.** Marié(e) **C.** Vie en couple non marié(e)

→ *Votre réponse(A, B ou C) :*_____

4. Avez-vous des enfants ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

5. Actuellement, vous êtes :

A. Médecin généraliste libéral, installé

B. Médecin généraliste libéral, remplaçant

C. Médecin hospitalier salarié

D. Médecin généraliste à activité mixte

E. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D ou E) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

Dans quelle zone territoriale exercez-vous ?

A. En zone urbaine ou périurbaine

B. En zone rurale

→ *Votre réponse (AouB) :*_____

6. Exercez vous actuellement au sein d'une association SOS Médecins ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

7. Quelle est la part de la Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA) dans votre exercice actuel ?

A. Nulle

B. Faible (moins de 30%)

C. Moyenne (entre 30 et 60%)

D. Elevée (plus de 60%)

E. Exclusive

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D ou E) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

8. Concernant votre stage d'interne à SOS Médecins Meurthe et Moselle ;

En quelle **année** l'avez-vous effectué ? → *Votre réponse (sous forme XXXX) :*_____

Sur quelle durée (nombre de mois) ? → *Votre réponse (sous forme X mois) :*____*mois*_

De quel type de stage s'agissait-il ?

A. Vacation chez SOS Medecins 54 (vacation hors cabinet dans un centre de soins agrée lors du stage chez le praticien)

B. Stage SASPAS

C. Les deux

D. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Votre réponse (A ou B ou C ou D) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

Combien de maître(s) de stage avez- vous côtoyé ?

→ *Votre réponse (sous forme X maître(s)) :*____*maître(s)*_

9. Avant votre stage d'interne à SOS Médecins, connaissiez-vous le concept de la Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA) ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

Si Oui, précisez à quel moment de votre cursus en aviez-vous pris connaissance ? *(Plusieurs réponses possibles)*

A. Stage chez le généraliste, durant l'externat

B. Stage chez le praticien (avec le maitre de stage comme medecin effecteur)

C. Cours théoriques au Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG)

D. Stage SASPAS

E. Remplacement

F. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Vos réponses (A ou B ou C ou D ou E ou F) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

10. A posteriori, avez-vous trouvé un intérêt lors de votre stage d'interne à SOS Médecins, vis à vis de l'exercice spécifique de la PDSA, dans votre cursus de formation ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

Si Oui, précisez quel est le bénéfice principal acquis vis à vis de cet exercice ?

A. Une initiation et un apprentissage représentatif

B. Une amélioration pertinente de vos connaissances initiales

C. Un perfectionnement et une consolidation de vos acquis préalables

D. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

11. Avez-vous participé seul à la PDSA après votre stage à SOS Médecins Meurthe et Moselle ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

Si Oui, pensez-vous que ce stage a favorisé votre participation ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

12. Pensez-vous nécessaire d'avoir un volet specifique « Formation à la PDSA » dans le cursus d'un Interne de Médecine Générale (IMG) ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

Si Oui, précisez lors de quel période du cursus ? *(Plusieurs réponses possibles)*

A. Stage chez le praticien (exemple : un nombre minimum de garde(s) avec le maitre de stage comme medecin effecteur)

B. Nombre minimum de gardes au cours d'une vacation spécifique dans une structure exclusivement dediée à la PDSA (ex. SOS Medecins Meurthe et Moselle)

C. Cour théorique ou Séminaire au DUMG

D. Autre (précisez ci-dessous)

→ *Vos réponses (A ou B ou C ou D) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

13. Conseillez vous un stage au sein de SOS Médecins à un IMG ?

A. Oui **B.** Non → *Votre réponse (AouB) :*_____

Si Oui, citez selon vous les avantages de ce terrain de stage ? *(Plusieurs réponses possibles)*

A. Hétérogeneité des pathologies rencontrées

B. Familiarisation à l'exercice spécifique de la PDSA

C. Ambivalence de l'exercice professionnel (de l'aide médicale urgente hors urgences vitale à la médecine générale courante)

D. Formation et apprentissage de l'approche intellectuelle et décisionnelle hors du parcours de soins conventionnel

E. Exercice charnière entre la médecine de ville et l'hôpital, enrichi par une interconnexion privilégiée avec le SAMU

F. Mobilisation adaptée d'une aide logistique (réseaux de soins (HAD, Maison de retraite,)) et/ou matérielle (ECG, Défibrillateur Semi Automatique, Aérosol, Oxygène médical, Médicaments injectables, Kit de suture, ..) face aux situations cliniques rencontrées.

G. Autre, (précisez ci-dessous)

→ *Vos réponses (A ou B ou C ou D ou E ou F ou G) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

14. Comment percevez-vous l'activité future relative à la PDSA ?

A. Part intégrante de l'activité de tout médecin généraliste

B. Activité exclusive de médecin généraliste formée aux déclinaisons spécifiques de la PDSA

C. Retour à l'activité à « l'ancienne » (Médecin de famille joignable par sa patientele en dehors des heures d'ouverture du cabinet)

D. Intégration de cette activité au sein d'une structure hospitalière (organisation mixte avec poste fixe de consultation et médecin effecteur mobile calqué sur l'organisation actuelle SAU-SMUR, médecin généraliste salarié)

E. Autre, (précisez ci-dessous)

→ *Votre réponse(A ou B ou C ou D ou E) :*_____

Précision éventuelle (en clair) : _____

Merci beaucoup pour votre participation à ce travail.

Aymen GAALICHE

ANNEXE 4. Courriel d'ouverture de la 2ème enquête (Envoi le 13 mai 2013)

Chère consœur, cher confrère,

Je suis interne en médecine générale et je réalise une enquête dans le cadre de ma thèse. Ce travail est dirigé par le Docteur Olivier Arguence (maître de stage à la faculté de médecine de Nancy et associé à SOS MEDECINS Meurthe et Moselle).

Ma thèse a pour sujet : « Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) : Ressenti des Internes de Médecine Générale (IMG) de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation ». L'étude est basée sur deux enquêtes. La deuxième vous concerne directement comme ex stagiaire à SOS MEDECINS Meurthe et Moselle, et c'est pourquoi je me dirige vers vous.

Après avoir procédé à une 1ère enquête auprès des IMG de la faculté de médecine de Nancy, faisant un état des lieux de leur connaissance du concept de la PDSA, j'entreprends une 2ème enquête à visée comparative, afin d'évaluer l'impact et la place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation.

Pour y participer, merci de prendre une dizaine de minutes pour répondre au questionnaire joint. Pour cela, il faut mentionner, à l'endroit indiqué (souligné rouge) à la fin de chaque question, la lettre en majuscule correspondant à votre réponse. **Toutes les questions demandent une seule réponse sauf indication spécifique**

Après avoir complété le questionnaire, merci d'enregistrer vos modifications et de me renvoyez le document, en pièce jointe, à mon adresse de correspondance : these.ay.gaaliche@gmail.com. **Le traitement du questionnaire sera réalisé de façon anonyme (+++).**

Je vous serais très reconnaissant de répondre à ma requête, car votre participation sera déterminante pour la qualité et la validité des résultats de cette étude. La date de soutenance de ma thèse est prévue courant octobre - novembre 2013.

Merci d'avance pour votre participation à ce travail. Mes cordiales salutations.

Aymen GAALICHE

ANNEXE 5. Courriel de suivi des non réponses de la 1ère enquête (Envoi le 11 juillet 2013)

Chère consœur, cher confrère,

Dans le cadre de ma thèse, intitulée « Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) : Ressenti des Internes de Médecine Générale (IMG) de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de la structure SOS MEDECINS Meurthe et Moselle comme terrain de formation. », je vous ai sollicité durant les derniers mois afin de m'apporter votre contribution en répondant au questionnaire de l'enquête.

Malheureusement, vous ne m'avez pas envoyé votre réponse jusqu'au 30 juin 2013, date de fin de l'enquête.

Néanmoins, je me permets de vous solliciter une dernière fois afin de vous demander de me préciser le motif de cette absence de réponse de votre part.

Ainsi, je vous prie de bien vouloir me préciser votre motif en l'indiquant clairement dans la zone texte, par retour de mail à l'adresse suivante :

these.ay.gaaliche@gmail.com

En l'attente de votre réponse, je vous adresse mes cordiales salutations.

Aymen GAALICHE

VU

NANCY, le **28 octobre 2013**
Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le **31 octobre 2013**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/*6688*

NANCY, le **7 novembre 2013**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE :

Notre étude s'intéresse à la Permanence de Soins Ambulatoire (PDSA) en Lorraine, sujet au centre des préoccupations politiques actuelles.

Deux enquêtes par questionnaire sont menées. La première tend à faire un état des lieux de cette organisation chez les actuels Internes de Médecine Générale (IMG) lorrains. La deuxième propose d'évaluer la place de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle (SOS54) comme terrain de formation, au travers de l'avis de ses anciens stagiaires.

La population des 122 IMG lorrains est composée de 66,4% de femmes et 33,6% d'hommes, avec une majorité en fin de cursus (36,1% en TCEM3 et 45,9% en année de thèse). Un constat préoccupant s'est dégagé : une contribution future aux gardes de seulement 42,6% et une appréhension de cet exercice chez 44,3% des IMG alors que 64,8% seront des généralistes libéraux (p=0,003). Cela est influencé par une méconnaissance des règles de la PDSA (performance moyenne de 55,3%) et sa déclinaison régionale (29,5% des IMG) (p=0,001) ; ainsi qu'une faible sensibilisation à ce concept (29,5%) (p=0,004) et une participation effective à une garde chez moins de la moitié durant le cursus (44,3%) (p=0,005).

En lien étroit avec leurs intentions d'avenir (p=0,044), 90,2% des IMG demandent une formation spécifique à la PDSA. Leur requête est double avec un enseignement théorique pour 60,9% d'entre eux et un apprentissage pratique sous la forme d'un quota de gardes, partagé entre le stage chez le praticien (47,3%) et une vacation chez SOS54 (46,4%).

Les 32 ex-stagiaires SOS54 sont 65,6% des femmes et 34,4% des hommes, avec une majorité de libéraux (75%). Forts de leur expérience (p=0,046), 71,9% d'entre eux participent à la PDSA. Tous reconnaissent la légitimité de formation de SOS54 et 69% d'entre eux la privilégient par rapport aux actuels IMG, comme terrain de stage (p=0,037).

L'avenir de l'offre médicale de la PDSA est incertain. Une formation universitaire, incluant SOS54, paraît souhaitée.

TITRE EN ANGLAIS :
PERMANENCE OF AMBULATORY MEDICAL CARE : STUDY OF NANCY'S GENERAL MEDICIN RESIDENTS ' VIEWS ON THIS SIDE OF LIBERAL PROFESSIONAL PRACTICE AND THE LOCATION OF SOS MEDECINS MEURTHE-ET-MOSELLE ORGANIZATION AS A TRAINING GROUND

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLEFS :
Permanence de Soins Ambulatoire – Médecine Générale – Formation – SOS Médecins Meurthe-et-Moselle - Lorraine

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye.
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex