



HAL
open science

Représentation de la permanence des soins ambulatoires par les médecins généralistes lorrains ; perception de l'utilité d'une structure de type SOS médecins

Julien Detammaecker

► To cite this version:

Julien Detammaecker. Représentation de la permanence des soins ambulatoires par les médecins généralistes lorrains ; perception de l'utilité d'une structure de type SOS médecins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01770611

HAL Id: hal-01770611

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01770611v1>

Submitted on 4 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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>

THESE

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Julien DETAMMAECKER

Le 11 Mars 2014

REPRESENTATIONS DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES PAR LES MEDECINS GENERALISTES LORRAINS ; PERCEPTION DE L'UTILITE D'UNE STRUCTURE DE TYPE SOS MEDECINS

Examineurs de la thèse :

Monsieur Pierre-Edouard BOLLAERT	Professeur	Président
Monsieur François ALLA	Professeur	Juge
Madame Elisabeth STEYER	MCU-MG	Juge
Monsieur Aurélien CARE	Docteur en Médecine	Directeur

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : **Professeur Marc BRAUN**
Vice-Doyen « Formation permanente » : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
Vice-Doyen « Vie étudiante » : **M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs :

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

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 - 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)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

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

2^{ème} 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

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

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

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

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

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

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

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

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUSSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} 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

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX
=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} 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

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : oncologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

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

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

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

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Docteure Laure JOLY

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

5^{ème} 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

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} 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

66^{ème} 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 Würzburg (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 (VIËTNAM)
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-Edouard BOLLAERT

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité. Vos qualités humaines, ainsi que vos compétences professionnelles et pédagogiques, forcent l'admiration. Veuillez trouver ici, le témoignage de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre maître et Juge de thèse

Monsieur le Professeur François ALLA

Professeur d'Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention

Nous vous sommes reconnaissants d'accepter de juger notre travail. Votre service a su nous accompagner lors de l'élaboration de cette thèse. Recevez ici toute notre sincère gratitude.

A notre maître et Juge de thèse

Madame le Docteur Elisabeth STEYER

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail. Nous avons bénéficié au cours de nos études de toute la compétence et de la rigueur de votre exercice de la médecine. Veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

A notre Juge et Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Aurélien CARE

Docteur en Médecine

Vice-président de SOS Médecins Meurthe-et-Moselle

Cher Ami,

Nous vous remercions tout d'abord d'avoir accepté de nous diriger pour l'élaboration de ce travail. Votre aide permanente ainsi que votre motivation ont été bénéfiques à la réalisation de ce projet. Nous vous sommes reconnaissants pour l'apprentissage et l'encadrement dont vous avez fait preuve pendant notre stage professionnalisant.

Nous serions heureux de poursuivre l'aventure de la permanence des soins à vos côtés.

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

Un immense remerciement aux médecins qui ont accepté de participer à cette étude et ainsi de me livrer leurs expériences. Pour le temps qu'ils m'ont accordé, ainsi que pour leur sincère et amical soutien, qu'ils soient assurés de ma profonde reconnaissance.

A mes Parents

Vous avez su m'inculquer les valeurs du travail depuis mon plus jeune âge pour me permettre d'en arriver là aujourd'hui. Vous avez su me laisser faire mes propres choix, tout en restant un soutien de tous les instants. Que votre éducation soit toujours un chemin pour mon futur. Restez comme cela, vous le valez bien.

A mon Frère

Je n'ai pas forcément été un exemple de grand frère dans notre enfance et tu as souvent dû subir la « loi du grand frère ». Mais je crois que nous avons su trouver notre équilibre depuis plusieurs années maintenant. Je suis fier d'avoir un frère comme toi, et d'autant plus fier que tu m'aies suivi sur le chemin de la médecine. J'ai hâte que tu sois à cette même place. Encore merci pour ton soutien quotidien. Tu pourras toujours compter sur moi.

A ma Mamie

Tu étais si fière de moi lorsque j'ai obtenu ma première année de médecine. Je me souviens de tes encouragements de l'époque. Ça y est, maintenant c'est terminé et même si tu n'es plus là aujourd'hui, tu es à mes côtés au quotidien. Merci de m'avoir soutenu et de m'avoir donné l'image d'une grand-mère « parfaite ».

A mes grands-parents paternels

Je vous admire et vous remercie pour tout ce que vous avez fait pour la famille et moi. Vous avez toujours été combattifs, et je suis impressionné tous les jours par la force que vous déployez pour lutter contre les problèmes quotidiens. J'espère un jour être aussi bon « grand-parent » que vous. Je vous embrasse fort.

A Julie

Pour ton soutien dans mon cursus et ta présence auprès de mon frère. J'espère te voir longtemps à nos côtés et je pense que les choses sont en bonne voie.

A Camille

Pour tes/vos encouragements. Je suis fier de t'/vous avoir à mes côtés maintenant. Je vous embrasse.

A Matmat

Je te dédie cette thèse tout simplement. Ton absence pèse sur mon quotidien. Il n'aura manqué que toi aujourd'hui. J'aurais aimé poursuivre notre fameux « trépied » qui s'est retrouvé bancal bien trop précocement. Tu as toujours été et tu resteras un exemple de droiture à mes yeux. J'espère que tu m' observes de là-haut. Je pense à toi...

A Jojo

Mon fidèle compagnon depuis maintenant dix ans, élément du « trépied » permanent, je suis fier de t'avoir rencontré, d'avoir forgé une amitié si forte avec toi. Nous partageons les mêmes délires, les mêmes centres d'intérêt. Tu as su marquer de nombreux « points ». Tu es mon modèle en de nombreux domaines, toi le casse-cou. Tu m'as toujours soutenu dans les épreuves du quotidien. Que notre amitié future soit à l'image des dix années passées ! Merci à toi !

A Seb

Il aura fallu attendre six ans pour que nos chemins se croisent au détour d'un service d'urgence briottin. Quelle rencontre ! On doit pouvoir parler de fusion amicale je pense. Un internat identique fait de travail, d'expérience, et de rires quotidiens. Tu as réussi à mélanger harmonieusement le travail et la joie de vivre pendant ces trois années. Nous mûrissons aujourd'hui les mêmes envies de carrière, et je suis heureux de la tournure des choses. Je serai toujours présent et disponible quand tu auras besoin de moi. Je te remercie pour tout ça !

A Nico

Dix ans que l'on se côtoie, le temps passe trop vite je pense. Je me souviens des matinées quizz sur Tintin, les capitales, etc. Les études sont quasi terminées, mais tu t'es imposé comme un véritable Ami à mes yeux. Je reste toujours autant impressionné par tes facultés de raisonnement et ta manière à toi de nous abreuver de ta science infuse. Les « poreaux » n'ont plus de secret pour toi. Cette Amitié est née pour durer. Merci d'être là.

A Yassine

Une rencontre bien tardive et c'est dommage. Tardive comme tes venues en soirée d'ailleurs. Seras-tu à l'heure pour ma thèse ? Oui je pense. Tu as souvent mis en avant le caractère éphémère des relations amicales mais aujourd'hui tu es bien un Ami, un vrai. L'humour et la vision positive des choses sont deux de tes qualités. Tu as également le sens du travail, chose que j'admire dans ton quotidien d'urgentiste. Le « phoenix » remercie la « Fifa Star » que tu es !

A Quentin

Nous avons les mêmes délires, les mêmes centres d'intérêt et notre Amitié n'est pas un coup de bluff. Plus de dix ans que l'on se connaît, et je crois que tu abattu ta meilleure main dès le premier jour où l'on s'est rencontré : celle de l'Ami et du soutien continu. Je suis content que tu aies choisi de venir poursuivre tes études sur Nancy. Merci d'avoir été un vrai soutien pendant mes années de médecine. Je n'ai qu'un mot à dire : « Pien Choué » !

A Anthony

Une rencontre tardive mais exceptionnelle. Je remercie ma Chérie de t'avoir mis sur ma route. Toi l'As du weeling, le fan de sushis, le roi du café, tu es un véritable Ami qui a su se mouler à nos délires médicaux, et t'adapter à nos « aventures médicales ». Tu as su me soutenir au cours de ces derniers mois de thèse et je tenais à te témoigner un profond respect et un grand merci aujourd'hui.

A Fanny

Je ne suis pas un modèle parfait d'amitié, et tu as plus souvent su tenir les liens qui nous caractérisent depuis le lycée. Tu as toujours été présente lors des étapes de ma vie personnelle ou professionnelle. Ta réassurance est une de tes grandes qualités. Aujourd'hui nos rencontres sont moins fréquentes mais je persiste à dire que tu es une Amie comme beaucoup de personnes en rêveraient. Merci pour tout.

A Anne-Sophie, Céline, Marion, Caroline et Magalie

Merci à vous toutes pour votre soutien. Nous avons partagé des moments importants de nos vies. Je suis heureux que vous soyez là aujourd'hui et j'espère que ces relations continueront longtemps. Prenez soin de vos hommes.

A Sandrine, Claudie, Willi, Guillaume, Sego, Ghislain, Caro, Samir, Senem, Pierre, Julie

De très belles rencontres au cours de l'internat ou ailleurs. Merci d'avoir été là à un moment ou un autre de ma vie.

A Christophe et Isabelle

Le ch'ti est fier de vous avoir dans son cercle d'amis dorénavant. J'espère que nous pourrons profiter de longues soirées dont seuls vous avez le talent. Merci pour votre soutien.

A Aude, Nadine, Marcel et Nicolas

Vous avez su égayer mes années vosgiennes. Vous êtes des personnes admirables. Je vous remercie pour votre soutien indéfectible.

A Paul, Aurélien et toute l'équipe de SOS Médecins

Merci de m'avoir montré les rouages de chez SOS. Vous êtes une équipe formidable et je suis heureux de rejoindre cette petite team !

A Natacha

Merci pour ton soutien et tes encouragements pendant mes six mois passés à Nancy. Garde ta joie de vivre ! Signé le TDC !

A Béatrice

Vous avez été d'une grande aide dès que j'en avais besoin. Je vous remercie beaucoup.

A Audrey

Merci pour ta bonne humeur quotidienne en stage et pour nos délires médicaux perpétuels. Enjoy your life !

Aux équipes de St-Stan, de diabétologie et pédiatrie à Remiremont, des urgences de Briey

Pour m'avoir permis d'évoluer sur le plan professionnel, pratique, humain, et pour m'avoir fait passer trois années d'internat inoubliables.

A André, Ginette, Nicolas, Stéphanie, Jean-Paul et Aïna

Vous m'avez accueilli magistralement, en quelque sorte adopté, enseigné la médecine générale, et le travail en équipe. Je ne vous remercierai jamais assez. Je vous embrasse.

A Elise

Que la route fut longue et chaotique avant que nos chemins ne se croisent enfin. Le même parcours, la même promo, mais des stages différents...jusqu'à ton retour sur Nancy pour tes six derniers mois d'Interne. Tu avais hérité de mon compère en tant que co-interne, quelle joie pour moi, alors, de venir prendre mes repas au self pour passer du temps à tes côtés. Le temps fait parfois bien les choses. Je suis fier du parcours que j'ai accompli en médecine, de voir où j'en suis maintenant, de savoir que mon parcours professionnel est bien lancé, mais je suis surtout heureux de t'avoir trouvé à un moment où, d'une part je ne m'y attendais pas, et d'autre part on se dit que le bien-être passe également par une vie privée équilibrée et épanouie. Tu as réussi à vaincre mes démons et ce n'était pas chose aisée. Nous nous sommes acclimatés à une vie nomade initialement pour pleinement créer notre cocon personnel il y a peu de temps. Tu as été le moteur de ma thèse, celle qui m'a remis sur le droit chemin au moment où la lassitude me pesait certainement. Je ne te remercierai jamais assez pour tout ce que tu as accompli, pour ton soutien, ta présence... S'il est une phrase en laquelle je crois aujourd'hui, c'est la suivante : « *Le bonheur ne vaut la peine que s'il est partagé* », alors merci à Toi, merci d'être là...

SERMENT

"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".

A Matmat

TABLE DES MATIERES

Abréviations	22
<hr/> Introduction	23
<hr/> I. La Permanence des Soins Ambulatoires	25
I.1. Définition de la PDSA	25
I.1.a. Historique	25
I.1.b. La PDSA depuis 2001	26
I.2. Législation	28
I.2.a. Le Code Pénal	28
I.2.b. Le Code de déontologie médicale	29
I.3. Principes de la PDSA	30
I.3.a. Organisation générale	30
I.3.b. Une mission de service public	31
I.3.c. La régulation	31
I.3.d. Une nouvelle adaptation	32
I.3.e. Les missions du médecin de garde	33
I.3.f. Les modalités de garde en PDSA	34
I.3.g. Financement de la PDSA	35
I.3.h. Le suivi de la PDSA	36
I.4. Etat des lieux de la PDSA en 2013	37
<hr/> II. Le panorama lorrain	39
II.1. Indicateurs régionaux expliquant la nouvelle réorganisation	40
II.1.a. Des disparités géo-démographiques	40
II.1.b. Des difficultés économiques et sociales	41
II.1.c. Les indicateurs de santé	41
II.2. Points forts de la PDSA avant avril 2012	42
II.2.a. L'offre de soins	42

II.2.b La régulation, un pilier de la PDSA	42
II.2.c. Les MMG et le lien « ville-hôpital »	43
II.3. Faiblesses de la PDSA avant avril 2012	44
II.3.a Répartition des médecins généralistes lorrains	44
II.3.b. La pyramide des âges	44
II.3.c. Secteurs en difficulté	45
II.3.d. Activité en nuit profonde	45
II.3.e Coût de la PDSA	45
II.4. La sectorisation de la PDSA depuis avril 2012	46
II.4.a. La Meurthe-et-Moselle	46
II.4.b. La Meuse	49
II.4.c. La Moselle	50
II.4.d. Les Vosges	53
II.5. Evolution du cahier des charges	55
II.5.a. La régulation libérale	55
II.5.b. Les horaires de la PDSA	55
II.5.c. La sectorisation	55
II.5.d Le futur de la PDSA	56
III.SOS Médecins	57
<hr/>	
III.1. Innovation	57
III.2. Présentation du réseau	57
III.3. Le système de régulation chez SOS Médecins	58
III.4. Utilité sociale	59
III.4.a. La visite à domicile	59
III.4.b Un rôle épidémiologique	59
III.4.c Un accès aux soins facilité	60
III.5. Economie et SOS Médecins	61
III.6. SOS Médecins et la formation médicale	61
III.7. SOS Médecins - PDSA	63

III.8. SOS Médecins 54	63
III.8.a. Présentation	63
III.8.b. Les effectifs de garde	64
III.8.c. Couverture géographique	65
III.8.d. Les collaborations locales	66
III.8.e. Le Centre de régulation des appels	66
III.8.f. Equipement du médecin	67
III.8.g. Quelques données statistiques	68

IV. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes lorrains

IV.1. Introduction	72
IV.2. Matériel et méthodes	73
IV.3. Résultats	74
IV.3.A. La représentation de la PDSA	77
IV.3.B. La participation à la PDSA	78
IV.3.B.a. Motivation des médecins généralistes	78
IV.3.B.b. Contraintes des médecins généralistes	80
IV.3.C. Le système actuel de PDSA	82
IV.3.C.a. Une sectorisation source de faiblesse	82
IV.3.C.b. L'offre de soins en baisse	83
IV.3.C.c. Un manque de formation et de moyens	83
IV.3.C.d. La régulation, un bénéfice mitigé	83
IV.3.C.e. Un recours aux urgences excessif	84
IV.3.C.f. Rôle des tutelles	84
IV.3.D. Perceptions des améliorations possibles du système de PDSA	85
IV.3.D.a. Mettre en place des nouveaux systèmes de garde	85
IV.3.D.b. Privilégier la réassurance	85
IV.3.D.c. Education thérapeutique	86

IV.3.D.d. Communication entre professionnels	86
IV.3.D.e. Baisse du volontariat	86
IV.3.E. Perceptions du rôle de SOS Médecins dans la PDSA	87
IV.3.E.a. SOS Médecins, une structure mal connue	87
IV.3.E.b. Des médecins formés et équipés	87
IV.3.E.c. Une disponibilité rapide	88
IV.3.E.d. Un service rendu important	88
IV.3.E.e. Problèmes perçus par les médecins généralistes	89
IV.3.F. Synthèse	90
IV.4. Discussion	92
IV.4.A. Justification du choix de la méthode	92
IV.4.B. Limite de l'étude	92
IV.4.B.a. Biais de recrutement	92
IV.4.B.b. Biais d'interprétation	93
IV.4.B.c. Thèmes abordés	93
IV.4.C. Discussion des résultats	93
IV.4.C.a. A propos de la représentation de la PDSA	93
IV.4.C.b. A propos des motivations et contraintes des médecins généralistes	94
IV.4.C.c. A propos du système actuel	95
IV.4.C.d. A propos des améliorations imaginées par les médecins généralistes	98
IV.4.C.e. A propos de la vision de la structure SOS Médecins	100
IV.4.C.f. A propos des relations avec les instances médicales	101
IV.4.C.g. L'avenir de la PDSA	101
IV.5. Conclusion	102
Bibliographie	104
Annexes	110
Résumé	

Abréviations

ADPS	Association Départementale de Permanence des Soins
AMU	Aide médicale urgente
ARS	Agence Régionale de Santé
ASSUM	Association des Services de Soins et d'Urgences Médicales
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS-TS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSP	Code de la Santé Publique
CTA	Centre de Traitement de l'Alerte
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FDS	Feuille De Soins
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Loi « Hôpital-Patient-Santé-Territoires »
IMG	Interne de Médecine Générale
IK	Indemnité Kilométrique
MMG	Maison Médicale de Garde
MTU	Majoration Urgence
PDSA	Permanence des Soins Ambulatoires
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SML	Syndicat des Médecins Libéraux
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SRoS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UNOF	Union Nationale des Omnipraticiens Français
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux
URPS	Union Régionale des professions de Santé
VRD	Visite Régulée de Dimanche
VRN	Visite Régulée de Nuit
VRM	Visite Régulée de milieu de nuit

Introduction

La Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) est en perpétuelle évolution, résultant d'une réflexion autour des attentes de la population, des dispositifs territoriaux, et des enjeux politico-économiques. C'est une question de santé publique. Elle a subi de nombreuses innovations depuis une dizaine d'années.

Fin 2001, sous l'influence d'un mouvement de grève nationale organisé par les médecins généralistes, s'est mise en place une réflexion sur l'organisation de la PDSA et du système de garde qui fait partie de l'exercice médical⁽¹⁾.

En 2003, la PDSA a vu une modification importante de ses fondations par l'instauration d'un encadrement législatif et administratif complexe. L'apparition progressive de maisons médicales de garde et l'agrandissement des secteurs de garde ont fait partie des nouveaux procédés mis en place. La réflexion autour de la PDSA a impliqué divers acteurs comme : le SAMU, l'hôpital, les représentants de la médecine libérale, les instances politico-sanitaires avec notamment la création des Agences Régionales de Santé en 2010.

Parallèlement à ces remaniements, la Médecine Générale a profondément évolué 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⁾, une féminisation de la profession, et un désengagement de la population médicale vieillissante. La jeune génération de médecins a mis l'accent sur les notions de pénibilité, d'épanouissement et de qualité de vie⁽³⁾.

Etant mission de service public, la réflexion autour de la PDSA est permanente. L'objectif est d'apporter la meilleure réponse à la demande du patient. Or, malgré ces évolutions, il persiste des départements en souffrance. Le volontariat est en baisse⁽⁴⁾. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins dresse un bilan annuel de l'organisation de la PDSA. L'un des constats les plus alarmants est la disparition totale d'un service de médecin de garde après minuit dans certaines régions. Cela concerne 55% des 1910 territoires de santé que compte l'Hexagone, principalement des départements ruraux⁽⁵⁾.

Aujourd'hui en Lorraine, la PDSA est assurée par divers acteurs : les médecins généralistes de garde, les maisons médicales de garde, des associations de médecins libéraux telle que SOS Médecins. L'ensemble de cette organisation répond à un cahier des charges

strict (dernière entrée en vigueur le 8 avril 2013 à 20h) ⁽⁶⁾. SOS Médecins 54 participe à la PDSA en Meurthe et Moselle. Cependant il n'existe aucune association type dans les autres départements de la région (Meuse, Moselle et Vosges).

Le bien-être du patient et la notion de service rendu sont primordiales pour le ministère de la Santé alors que les dépenses de santé sont de plus en plus conséquentes. Ces deux domaines doivent trouver un équilibre. Au vu de cette réflexion, il nous paraissait indispensable d'interroger les principaux acteurs de cette PDSA que sont les médecins généralistes lorrains.

Dans une première partie, nous aborderons la notion de PDSA, son histoire, le cadre législatif de son application, et son organisation globale.

Dans un second temps, nous analyserons le panorama de la région lorraine, les facteurs influençant la PDSA dans cette région et l'organisation au sein des quatre départements.

Dans un troisième temps, nous nous intéresserons à l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle, et le rôle qu'elle tient au sein de cette PDSA.

Enfin, la dernière partie de notre travail sera consacrée à notre enquête auprès des médecins généralistes lorrains : nous y présenterons notre étude ainsi que les résultats et discuterons de la pertinence des éléments observés.

La PDSA reste un chantier en perpétuel remaniement ; elle est le pilier de tout Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Les décisions politiques laissent peu de temps pour trouver un équilibre pérenne de la PDSA. Le but de cette thèse est d'apprécier la vision et les perceptions des médecins généralistes à la fois sur la PDSA dans son ensemble mais aussi sur l'association SOS Médecins.

I. La Permanence des Soins Ambulatoires

1) Définition de la PDSA :

La Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA) est encadrée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital, et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)⁽⁷⁾ et par le décret n°2010-809 du 13 juillet 2010⁽⁸⁾.

La PDSA peut-être définie comme une mission de service public assurée par les médecins généralistes, sur la base du volontariat, en lien avec les établissements de santé.

L'objectif principal de cette PDSA est d'offrir une réponse adaptée aux patients qui nécessitent un médecin généraliste aux heures de fermeture des cabinets médicaux. La PDSA ne correspond pas à la médecine d'urgence ni à :

- La coordination des soins (transfert de la prise en charge d'un patient vers un collègue, parcours spécialisé) ;
- L'aide médicale urgente (AMU) impliquant le SAMU, le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), les médecins correspondants du SAMU ;
- La continuité des soins (patients pris en charge par d'autres confrères une fois le cabinet fermé).

L'enjeu de la PDSA est triple :

- efficacité en permettant l'accès aux soins pour tous après régulation médicale
- efficience, avec un coût acceptable pour la société
- pérennité : viser un dispositif régional global avec des adaptations locales pertinentes.

a. Historique

Avant 2003, le médecin généraliste était au centre de la PDSA. Chaque médecin avait l'obligation déontologique d'assurer la garde, de prendre en charge ses propres patients. Ceci était régi par l'article 77 du code de déontologie médicale⁽⁹⁾.

Le rapport de la commission permanente du CNOM de 2001⁽¹⁰⁾ et le livre blanc de l'organisation de la PDS en médecine libérale de juillet 2001 rédigé pour la conférence des présidents des Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML)⁽¹¹⁾ ont fait les constatations suivantes :

- La PDSA n'a pas de cadre réglementaire ;
- La garde n'est pas reconnue officiellement en tant que mission d'utilité publique ;

- 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 PDS ;
- La simple participation, auparavant privée et spontanée, des praticiens libéraux aux services de garde doit devenir une entité organisée et pérenne sous formes d'associations locales ;
- Les médecins libéraux doivent-être associés à la régulation médicale des soins non programmés en relation avec le Centre 15 ;
- La création de structures libérales associant une Maison Médicale de Garde (MMG) et un système de visites à domicile est à favoriser ;
- Il doit être établi un mode de rémunération des astreintes et de la régulation des appels.

b. PDSA depuis 2001

Au vu de ces constatations alarmantes a débuté, le 15 novembre 2001, « la grève des gardes »⁽¹⁾ sous l'égide de deux syndicats :

- Le Syndicat des Médecins Libéraux (SML).
- L'Union Nationale des Omnipraticiens Français (UNOF).

Ils décident une grève illimitée des gardes de nuit et de week-ends.

Cette décision nationale fut l'instigatrice de nombreuses réformes et réflexions au sujet de la PDSA qui ont permis de la faire évoluer telle que nous la connaissons actuellement.

A ces soucis de PDSA venaient s'ajouter la non revalorisation des honoraires médicaux, l'augmentation du temps de travail et la dégradation de la vie privée des médecins généralistes.

Ce mouvement aura été très largement suivi sur une période de huit mois durant laquelle les services d'urgence auront été engorgés, les centres 15 débordés d'appels. Pour stopper cette grève, Mr Jean-François Mattei, ministre de la Santé de l'époque, crée deux groupes de travail pour aborder cet épineux problème à partir du 28 juin 2002 :

- Le premier 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 ⁽¹²⁾ 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* ». Cette circulaire introduit également la notion de régulation médicale libérale spécifique des appels en lien avec le Centre 15, basée sur le volontariat.

- Le second, dirigé par le sénateur Charles Descours⁽¹³⁾, rend ses conclusions le 23 janvier 2003 :
 - la participation des médecins à la PDSA repose sur le volontariat et nécessite donc 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 au niveau départemental sous la forme de 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) et a pour but de définir les procédures de coopération entre les différents intervenants de la PDSA et de l'AMU.

Mr Jean-François Mattei précise dans une circulaire ministérielle du 16 avril 2003 la complémentarité entre la PDSA et les services d'urgence, et 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 urgents, qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir. »*

Il précise l'organisation de la régulation médicale libérale et hospitalière pour faciliter la prise en charge des usagers et adapter le type de réponse possible :

- *« 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. »*
- ⇒ Cela implique le plus souvent une installation dans des locaux communs comme à Nancy, Metz ou Verdun.

2) Législation :

Le médecin contemporain n'a pas d'obligation de résultat mais doit tout mettre en œuvre pour soigner ses patients : c'est une obligation de moyens. La permanence des soins relève donc dans son organisation et son efficacité de la responsabilité de la nation.

a. Le Code Pénal

Un médecin comme tout citoyen peut-être poursuivi pénalement. La responsabilité pénale est personnelle. Elle ne peut-être couverte par une assurance. Les infractions au code pénal sont de trois types en fonction de leur gravité : les contraventions, les délits, les crimes. Les sanctions encourues peuvent-être des amendes ou des peines d'emprisonnement.

❖ La non assistance à personne en danger est un devoir incombant à tout citoyen. Tout manquement à ce devoir est puni par la loi. C'est un délit comme le stipule l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal ⁽¹⁴⁾ : « 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 une action personnelle soit en provoquant un secours ».

⇒ Si une faute est avérée, l'auteur encourt cinq ans d'emprisonnement et 75000€ d'amende. Le médecin généraliste peut donc éventuellement se retrouver dans une telle situation dans un contexte de PDSA mais cela nécessite quatre éléments :

- Le péril imminent pour la personne en danger ;
- Le médecin doit avoir été averti par son confrère régulateur (ou un tiers à proximité du patient) ;
- Il y a eu négligence du médecin ou abstention volontaire d'intervention ;
- Le médecin ne peut invoquer un motif d'abstention majeur (médecin occupé par un autre patient dans un état grave, un accouchement, une intervention chirurgicale ou lui-même sérieusement malade).

Les condamnations pour ce motif restent extrêmement rares aujourd'hui même si les plaintes sont de plus en plus fréquentes.

❖ La notion de péril est difficile à apprécier pour le médecin de garde mais également et surtout pour le médecin qui régule l'appel du patient. Le péril est défini comme un état dangereux ou une situation critique, en réalité ou en apparence, qui fait craindre de graves conséquences. La Cour de Cassation estime que c'est au médecin d'apprécier l'utilité ou l'urgence de son intervention, sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession ⁽¹⁵⁾. Le dialogue

régulateur-médecin effecteur est donc essentiel et va généralement dicter la conduite à tenir pour le médecin effecteur. Au niveau de la régulation, l'ensemble des entretiens téléphoniques sont enregistrés et permettent une analyse rétrospective de la situation notamment en cas de litiges. Les médecins sont formés à l'interrogatoire, et suivent généralement un schéma logique malgré la panique que peut avoir l'interlocuteur au téléphone. Les contre-appels sont indispensables la plupart du temps pour refaire le point sur la situation. Ils peuvent-être passés par le médecin effecteur en attendant la visite au domicile ou la consultation au cabinet par le patient. Il ne faut pas confondre inutilité d'intervention immédiate et inertie de la part du médecin de garde.

- ❖ L'action du médecin de garde : un non déplacement n'est pas considéré comme un délit de non-assistance à personne en danger. C'est encore une fois une obligation de moyens. Si le médecin de garde ne peut se déplacer mais qu'il estime qu'il y a nécessité de porter secours, il devra avoir recours à un tiers (transport médicalisé, confrère). C'est une démarche personnelle qu'il devra faire lui-même et ne pas la laisser à la charge du patient ⁽¹⁶⁾.
- ❖ L'absence de danger : le délit d'omission de porter secours suppose enfin une absence de danger pour le médecin de garde ⁽¹⁵⁾. Ces situations particulières sont difficiles à apprécier et sont jugées au cas par cas. Par exemple, l'état de fatigue du médecin ou les routes enneigées ne sont pas des motifs valables pour ne pas porter secours. Une aide externe par des services type pompiers par exemple est fortement recommandée dans ce genre de situations. Les services de police peuvent également être demandés en cas de patients agités ou violents par exemple.

b. Le code de déontologie médicale ⁽⁹⁾

- ❖ La continuité des soins : article 47

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ».

Dans le cadre de la médecine considérée ainsi comme un service public, le médecin a pour premier devoir de porter secours aux patients et il ne saurait s'y dérober. Ce n'est qu'une fois remplie cette obligation que le médecin peut reprendre sa liberté d'action individuelle. S'il ne peut remplir cette mission, il doit avertir le patient et s'assurer qu'un confrère pourra le prendre en charge.

- ❖ L'assistance à personne en danger : article 9

« 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 ». Cet article repose les bases de l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal vu précédemment.

- ❖ Le volontariat :

« *Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ». Cet article contraste avec l'obligation passée de participer à la PDSA. Le volontariat est apparu après le mouvement de grève de 2001⁽¹⁾ et le rapport Descours⁽¹³⁾. Les médecins participent à la mise en place de cette organisation ; l'Etat en est le garant et adopte, avec les instances professionnelles compétentes, les modalités paraissant les plus appropriées. Le devoir du médecin variera suivant les lois et règlements en vigueur et les conditions locales de leur mise en œuvre. Par conséquent, en cas de défaillance du tableau de garde, le préfet pourra procéder à des réquisitions éventuelles après en avoir informé le CDOM.

❖ La transmission des informations :

« *Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit [...] rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions [...]* ». Soit il est le médecin habituel du patient mais juge nécessaire de l'adresser à un autre praticien, dans un établissement de santé plus apte à le traiter convenablement : il rédige alors un compte-rendu de ses observations et de ce qu'il a fait, pour favoriser la continuité des soins avec l'autre médecin appelé à intervenir. La notion de secret médical doit être respectée. Soit il n'est pas le médecin habituel du patient, il participe à la permanence des soins ou a été appelé auprès d'un patient éloigné de son domicile : à ce moment, il rédige le même type de compte-rendu qu'il adresse directement au médecin traitant habituel ou qu'il remet au patient pour le même destinataire, sauf opposition du patient (article 58). Dans tous les cas, le médecin qui intervient ponctuellement doit garder un double de son compte-rendu, trace d'une intervention dont il pourrait avoir à se justifier.

3) *Principes de la PDSA :*

a. Organisation générale

Tous les habitants d'une région doivent avoir un accès aux soins de qualité en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux. C'est l'article du Code de la Santé Publique L.6314-1 qui régit cela. Les heures de PDSA sont les suivantes :

_ de 20 heures à 8 heures du matin les jours ouvrés ;

_ les samedis à partir de midi ;

_ les dimanches et jours fériés.

Les lundis qui précèdent un jour férié ainsi que les vendredis et samedis suivant un jour férié (journées dites « ponts ») rentrent également dans le cadre de la PDSA si le tableau de garde est inscrit au Conseil de l'Ordre. Dans le cas contraire, chaque médecin devra assurer la continuité des soins de ses patients (article R4127-47 du CSP).

La PDSA répond au principe du volontariat comme nous l'avons vu.

La PDSA répond également au principe de sectorisation. Le directeur de l'ARS détermine le nombre et la limitation des secteurs de garde. Ces derniers sont fixés en fonction :

- Des données géographiques et démographiques ;
- De l'offre de soin existante ;
- Des besoins de la population ;
- De la période de l'année.

b. Une mission de service public

Elle s'inscrit dans le cadre d'une mission de service public qui constitue une réponse aux besoins de soins (de médecine générale) non programmés à la population. La PDSA est une mission du médecin libéral et une compétence de l'ARS. L'intérêt défendu est celui de la population. C'est une obligation collective fondée sur le volontariat individuel des médecins.

Par conséquent, tout médecin lorrain (remplaçants y compris) peut-être volontaire dans tous les territoires de la PDSA.

c. La régulation

La régulation médicale de la PDSA est un gage d'efficacité et d'efficience. Le décret du 13 juillet 2010 du CSP vient appuyer la régulation médicale : l'accès au médecin de garde « *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* ». Cette régulation est assurée par une interconnexion entre :

_ le SAMU, pour l'aide médicale urgente ;

_ les régulations médicales libérales type Medigarde ;

_ les standards médicaux type MediCall qui correspond au standard de régulation de la structure SOS Médecins en Meurthe et Moselle, approuvé par l'ARS.

Cette régulation permet de déclencher le vecteur adapté et de qualifier médicalement les demandes de soins exprimées par les patients en dehors des heures d'ouverture du cabinet : cette notion est d'autant plus importante dans les zones de faible démographie médicale puisque les médecins de premier recours y sont déjà fortement sollicités en journée. Cette régulation a permis d'améliorer grandement le confort de vie des médecins généralistes car avant 2006, le numéro des médecins de garde apparaissait dans le journal officiel. Les appels étaient donc auto-régulés par le médecin concerné mais le téléphone sonnait constamment surtout dans les zones non urbaines.

Les réponses obtenues par les patients sont globalement de six natures différentes :

- Conseil médical ;
- Report de la demande vers une consultation programmée le lendemain ;
- Prescription médicamenteuse par téléphone et fax de l'ordonnance auprès de la pharmacie de garde : cette prescription doit être réalisée selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ⁽¹⁷⁾ ;
- Consultation sur le lieu indiqué par le médecin de garde ;
- Visite par un médecin de garde sur le secteur concerné ;
- Déclenchement d'un moyen relevant de l'aide médicale urgente ;

d. Une nouvelle adaptation

L'organisation de la PDSA est fonction des ressources médicales locales, des périodes de l'année et de l'activité constatée. Il faut une adéquation des moyens disponibles aux besoins de la population. Les difficultés démographiques locales (secteurs ruraux, départs en retraite, faible nombre de médecins), ainsi que la topographie du terrain (notamment dans les Vosges) ont été prises en compte pour adapter les secteurs de garde. Avant le 16 avril 2012 et la première version du cahier des charges de la PDSA ⁽⁶⁾, il y avait entre 116 et 123 secteurs de garde sur la région Lorraine.

Le regroupement de secteurs est une idée qui s'est confirmée en 2012. Ces nouveaux découpages n'ont pas été choisis dans une dynamique d'urgence vitale. C'est une réflexion concernant l'accessibilité pour des soins ambulatoires et les contraintes de déplacement pour le médecin et le patient. Ces décisions ont été prises par l'ARS dans un contexte où le poids économique des dépenses de santé est au centre du problème. Pour conserver cette « proximité » avec le patient, il est donc nécessaire sur certains territoires d'avoir plus d'un médecin de garde en première partie de nuit et plus particulièrement le weekend et les jours fériés où la demande de soins non programmés est plus importante.

L'actuel système de PDSA en Lorraine comporte :

- 73 nouveaux territoires de PDSA ;
- 85 médecins d'astreinte les périodes de weekend, 83 en première partie de nuit ;
- Entre 46 et 55 secteurs en seconde partie de nuit avec 50 à 59 médecins d'astreinte.

L'activité médicale fixe le nombre de médecins de garde et permet une adaptation rapide en cas de pic épidémique hivernal. Par exemple, en cas d'épidémie de grippe, il est possible d'augmenter le nombre de médecins de garde sur décision expresse du Directeur Général de l'ARS. La priorité est donnée aux équipes de régulateurs libéraux. Toute cette organisation ne devra bien sûr pas excéder les limites de l'enveloppe régionale allouée à l'ARS ⁽⁶⁾.

e. Les missions du médecin de garde

❖ Généralités :

La PDSA est assurée par les médecins libéraux ou salariés de centre de santé ou tout autre médecin (y compris retraité) ayant conservé une pratique clinique. Le CDOM statue sur la capacité de tel ou tel médecin à réaliser cette mission. Ils s'inscrivent alors dans le tableau de garde et respectent les modalités d'astreinte relatives au secteur dont ils dépendent.

Des associations de PDSA comme SOS Médecins peuvent participer à la PDSA.

Tous les médecins de garde de Lorraine doivent-être régulés.

Ils doivent répondre aux demandes de soins non programmés exprimés par un patient et régulées par le service d'aide médicale urgente (SAMU), Medigarde, ou par les centres d'appel des associations de PDSA libérales. Le médecin de garde devra également informer le médecin régulateur ou le centre d'appels :

- Du diagnostic ;
- Des suites données aux appels transmis.

❖ Elaboration du tableau de garde :

Ils sont encadrés par l'article R6315-2 du CSP. Ils sont établis par secteur et pour une durée minimale de trois mois. Ce tableau reprend chaque médecin de permanence (remplaçants compris) jour par jour, secteur par secteur, et couvre toutes les périodes de PDSA (1^{ère} et seconde partie de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés) et comprend nom, modalité d'astreinte, lieu de dispensation des actes par chaque médecin, et toute information utile à la régulation médicale.

Ces tableaux sont transmis par le coordinateur de chaque secteur, 45 jours avant leur mise en œuvre, au CDOM pour validation. Ce dernier veillera par conséquent aux secteurs de garde n'ayant pas transmis leur tableau à temps.

L'inscription au tableau de garde vaut engagement du médecin. L'ARS procédera à la validation des tableaux reçus des différents CDOM, ce qui déclenchera le paiement par la CPAM.

Pour cela, la CPAM doit disposer de l'attestation individuelle de paiement des forfaits, transmise par le médecin de garde, avec les indications suivantes : récapitulatif du secteur et des périodes couverts, demande d'indemnisation et signature.

L'association SOS Médecins 54 est inscrite au tableau départemental de PDSA sans avoir à préciser le nom du médecin concerné. Ces informations seront cependant nécessaires pour le paiement par la CPAM.

L'ensemble de cette logistique est facilitée par le logiciel ORDIGARD ⁽¹⁸⁾.

En cas de carence sur un tableau de garde, il peut y avoir des réquisitions réalisées par le Préfet du Département sur une liste de médecins susceptibles d'assurer la PDSA transmise par le CDOM ⁽⁶⁾. Les réquisitions sont devenues rares dans notre région. A titre d'exemple, avant avril 2012, la Meuse souffrait du manque de médecins volontaires, les réquisitions étaient donc très fréquentes. Depuis l'agrandissement des secteurs et la revalorisation des astreintes, le problème ne se pose quasiment plus.

En cas de non prise de garde, le régulateur informera l'ARS et le CDOM au plus tard sept jours après la défaillance en utilisant une fiche de dysfonctionnement. Il n'y aura pas de paiement de l'astreinte et de possibles poursuites ordinaires.

f. Les modalités de garde en PDSA

Chaque médecin de garde prend sa garde en informant le régulateur de sa disponibilité, de son lieu de consultation pour la venue des patients ainsi que de ses horaires. Son numéro de téléphone est vérifié ainsi que l'ensemble des éléments administratifs susceptibles d'aider le régulateur.

Le type de réponse apportée au patient dépend de sa demande, de l'appréciation par le médecin régulateur du souci médical, ainsi que des possibilités locales décrites dans le tableau de garde. Ceci est géré par un outil de gestion du Conseil National de l'Ordre des Médecins, ORDIGARD. Les possibilités sont donc multiples. Un dialogue confraternel entre médecin régulateur et médecin effecteur d'astreinte est indispensable pour faciliter les échanges lors des périodes de PDSA.

- Consultations :

Elles se feront soit au cabinet médical de garde, soit au niveau de points fixes bien identifiés (Maison médicale de Garde (MMG), cabinet au sein des urgences de l'hôpital). ORDIGARD répertorie les données nécessaires pour informer le patient de façon précise. Les MMG devront être liées par convention au service d'urgence le plus proche.

- Les Visites à domicile :

Elles sont une des modalités locales d'organisation de la réponse de PDSA. Le choix de la visite reste à l'appréciation du médecin régulateur, mais elle est également décidée en étroite collaboration avec le médecin effecteur du secteur de garde concerné. Cela peut concerner un problème médical urgent où le médecin de garde est proche du lieu d'appel, un patient atteint d'une pathologie invalidante contre-indiquant le déplacement mais ne relevant pas de l'hospitalisation.

Les médecins régulateurs s'appuient également sur un outil de localisation GEOGARDE ⁽¹⁹⁾ qui permet de confronter la localisation du patient et le positionnement du médecin d'astreinte pour intervenir au plus proche et s'affranchir de sectorisation. Le raisonnement se fait en proximité d'intervention. GEOGARDE est présent dans les quatre départements de Lorraine mais pose certains soucis sur les zones frontalières de secteurs adjacents.

g. Financement de la PDSA

C'est aujourd'hui le problème majeur de la PDSA. Comment soigner au mieux sans dépenser de façon excessive ? L'ARS se heurte souvent aux problèmes du terrain et des diverses demandes locales.

Elle se voit allouer une enveloppe annuelle qui doit permettre l'organisation de la PDSA et la rémunération des médecins participant aux gardes de PDSA et à la régulation médicale. Le montant de l'enveloppe financière obtenue par la Lorraine est de 8 283 735 euros en 2011 par exemple ⁽⁶⁾. La rémunération des médecins compense les contraintes de participation à la PDSA.

- **Conditions à respecter pour le versement des astreintes :**

_ Etre nominativement inscrit en tant que médecin d'astreinte sur le tableau départemental de garde, sur un secteur donné, pour une période donnée.

_ Les interventions doivent être conditionnées aux appels de régulation organisée par le SAMU.

_ Intervenir dans le cadre d'une association de PDSA (comme SOS Médecins en Meurthe et Moselle). L'association doit alors transmettre au CDOM la liste nominative des médecins de garde participant à cette permanence.

- **Les modalités de financement sont les suivantes ⁽²⁰⁾ :**

Les médecins de garde peuvent appliquer des majorations dites « majorations spécifiques de nuit, milieu de nuit, dimanches et jours fériés » s'ils interviennent à la demande de la régulation (SAMU, Medigarde, centre d'appel d'une association de PDS interconnectée avec le SAMU) :

_ majoration spécifique de nuit (20h-minuit et 6h-8h) : actes à domicile VRN (46 euros), actes en cabinet CRN (42.50 euros),

_ majoration spécifique de nuit profonde (minuit-6h) : actes à domicile VRM (59.50 euros), actes en cabinet CRM (51.50 euros)

_ majoration spécifique de dimanches et jours fériés : actes à domicile VRD (30 euros), actes en cabinet (26.50 euros)

Toute majoration reste cumulable avec la consultation de cabinet C (23 euros), la visite à domicile V, les indemnités kilométriques IK, et les actes techniques.

Pour prendre en compte les modalités de facturation dans le cadre de la PDSA, les médecins doivent indiquer la notion d'urgence sur la Feuille de Soins (FDS) papier, ou le code MTU sur la FDS électronique.

h. Le suivi de la PDSA

Il est réalisé sur les bases du cahier des charges régional. La version la plus récente de ce dernier date d'avril 2012 et a été révisé au début de l'année 2013 ⁽⁶⁾. Il est arrêté par le Directeur Général de l'ARS, après concertation des CODAMUPS-TS, de la CRSA (Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie) et des URPS (Union régionale des Professions de Santé). Ce cahier apporte deux éléments majeurs :

- 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 ».

Le cahier des charges définit les rôles des CODAMUPS-TS qui organiseront les ajustements nécessaires. Les CODAMUPS-TS sont co-présidés par le préfet du département et le Directeur Général de l'ARS. Les élus locaux sont toujours représentés même si leur nombre est passé récemment de quatre à trois (un conseiller général et deux maires). Il se réunit au moins une fois par an.

L'expérimentation concernant certains secteurs regroupés en nuit profonde comme en Moselle ou dans les Vosges est donc étroitement surveillée. L'objectif est d'assurer un système pérenne.

4) Etat des lieux de la PDSA en 2013 :

Une enquête a été diligentée par le CNOM ⁽²¹⁾ pour recueillir les informations concernant la PDSA assurée par les médecins généralistes et les modalités de son organisation, s'appuyant essentiellement sur des statistiques à la date du 1^{er} janvier 2013. Elle a été réalisée sous la forme d'un questionnaire contenant 45 questions fermées et 7 questions ouvertes. Ces enquêtes sont réalisées une fois par an.

Cette enquête stipule plusieurs éléments importants ayant motivé l'étude de cette thèse :

- La situation s'est globalement dégradée.
- La pénurie de médecins volontaires s'aggrave, le manque de médecins s'installant également. De moins en moins de jeunes médecins installés participent à cette PDSA et le volontariat décline.
- Malgré les dispositions du cahier des charges, il persiste des réserves sur les visions purement comptables de l'ARS, qui sont éloignées du terrain. En effet, les dispositions sur la réorganisation et les contraintes démographiques font l'objet de grandes généralités tandis que les contraintes comptables et l'enveloppe financière allouée à la PDSA sont présentées de façon beaucoup plus précise.
- La France compte 1910 territoires de PDS au 1^{er} janvier 2013 avec une réduction nette depuis 2003 : ils sont passés de 3770 en 2003 à moins de 2000 aujourd'hui. L'objectif de 2000 fixé par la circulaire ministérielle du 8 février 2008 a été atteint.
- Le nombre et la taille des secteurs varient d'un département à un autre et l'étude stipule « *qu'il conviendra de faire le point l'année prochaine sur le vécu des médecins face à cette situation* ».
- La PDSA s'arrête à minuit dans 19 départements au 1^{er} janvier 2013 soit 55% du territoire français (+10% par rapport à 2012). Ce processus s'étend progressivement. Cet arrêt répond au faible nombre d'actes constatés pendant la nuit profonde, au renforcement de la régulation médicale libérale en nuit profonde, au relais assurée par les établissements de santé. On notera l'absence d'information concernant certains établissements relais. L'arrêt de la garde à minuit a le plus souvent une signification « *purement budgétaire* ».
- L'étude évoque une incohérence concernant les transports décidés par la régulation médicale, et l'adéquation à l'urgence donnée.

- 57 départements utilisent le logiciel Ordigard en 2012 pour améliorer l'organisation de la PDSA, logiciel maintenant également disponible au Centre 15 dans certains départements pour accélérer les formalités administratives.
- D'une façon générale, le pourcentage de volontaires reste supérieur à 60% dans 73 départements. Il dépassait 60% dans 85% des départements en 2007. Mais département par département, l'analyse est inquiétante : 42% des départements connaissent une baisse du volontariat. D'une façon globale, en moyenne départementale, le volontariat diminue de 3%.
- En Meurthe-et-Moselle, le taux de volontaires est passé de 54% à 24% en 2012 mais aucune carence de l'offre de soins n'est à déplorer grâce à l'association SOS Médecins 54.
- Il existe une disparition des petits territoires où la garde est assurée par des accords tacites passés entre médecins, faute de médecins s'installant.
- Il y a eu un plus grand nombre de réquisitions en 2012 : dans 26% départements contre 19% l'année précédente. Ceci est dû à la nouvelle organisation de la PDSA et la lassitude des médecins débordés.
- Le paiement d'astreintes s'est généralisé à l'ensemble des départements mais n'est pas égalitaire partout.
- La régulation connaît une évolution favorable : la participation des médecins généralistes est effective dans 97% des départements que ce soit sous statut hospitalier ou par le biais d'une association de médecins libéraux régulateurs.
- Les MMG ou lieux dédiés à la PDSA couvrent dorénavant 25% du territoire français. Ils sont une des volontés majeures de l'ARS. Il existe 369 sites dédiés à la PDSA sur 82 départements.

II. Le panorama lorrain

La PDSA en Lorraine est organisée selon les trois axes nationaux principaux : sectorisation, volontariat et régulation. L'ARS veille au respect du cahier des charges dans chaque département. Suite aux différents changements règlementaires et juridiques, la sectorisation a été souvent repensée pour adapter offre de soins et besoins de la population. Le volontariat a vu le nombre de médecins disponibles pour la PDSA diminuer car beaucoup de médecins généralistes ont profité de l'instauration du volontariat pour se libérer d'une activité trop contraignante ou qui ne les intéresse plus.

La région Lorraine est composée de quatre départements respectivement la Meurthe-et-Moselle, la Meuse, la Moselle et les Vosges. Ces quatre départements possèdent un système propre à chacun d'organisation de la PDSA. L'objectif principal est la santé du patient. Ces quatre systèmes sont interconnectés entre eux afin d'offrir une couverture globale de la région Lorraine. Ce socle régional repose sur la régulation médicale.

En 2009, l'ARS reçoit la mission de gestion de la PDSA ainsi que le découpage de la région et l'enveloppe budgétaire allouée à cette organisation. Les objectifs sont doubles :

- Améliorer la qualité de l'accès aux soins des personnes qui cherchent un médecin aux heures de fermeture des cabinets médicaux.
- Accroître l'efficacité 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) ⁽²²⁾ et une obligation de réorganisation en faveur d'une réduction du nombre de secteurs.

L'enveloppe budgétaire allouée par le gouvernement est en baisse depuis plusieurs années et implique une obligation de réorganisation. Des estimations avaient été réalisées : pour financer les effecteurs et les régulateurs dans le cadre de l'organisation actuelle, il aurait fallu 12 000 000€. Les astreintes non réclamées par certains secteurs ont permis une continuité du service mais cette baisse conséquente a obligé l'ARS à revoir le découpage des secteurs.

1) Indicateurs régionaux expliquant la nouvelle réorganisation ^(23 ; 24) :

a. Des disparités géo-démographiques

❖ Le problème des frontières :

Au 1^{er} janvier 2008, la Lorraine comptait 2 346 361 habitants inégalement répartis sur les quatre départements de la région. La Moselle et la Meurthe-et-Moselle sont les plus peuplées avec respectivement 1 042 230 et 729 768 habitants. La densité de population est très supérieure dans ces deux départements urbanisés comparée à la moyenne régionale (99 hab/km²). Les Vosges et la Meuse sont beaucoup moins peuplées avec respectivement 380 145 et 194 218 habitants. Les densités de population sont de 65 hab/km² dans les Vosges et 31 hab/km² en Meuse. En plus de ce découpage administratif, il faut noter que la plus grande partie de la population lorraine est concentrée sur ce qu'on appelle « le sillon lorrain » qui comprend Epinal, Nancy, Metz, Thionville.

❖ Un renouvellement de la population faible :

La population lorraine croît au rythme annuel moyen de 0.16% soit une augmentation de 3700 habitants par an. Cela n'est pas dû à la hausse du solde naturel (écart entre naissance et décès) égal à 0.3% mais résulte de l'amélioration relative du solde migratoire (écart entre le nombre de personnes qui se sont installées en Lorraine et le nombre de personnes qui en sont sorties sur une période donnée). Cette remontée du solde migratoire est corrélée au développement du marché du travail luxembourgeois notamment qui a pour effet de maintenir voire d'attirer localement (espace transfrontalier) la population active en Lorraine, et de développer l'emploi frontalier.

La reprise démographique est cependant très inférieure à celle observée au niveau national (0.7%).

Au niveau départemental, les Vosges sont le seul département lorrain dans lequel la population baisse (0.2% sur la période 1999-2008). La Meurthe-et-Moselle affiche une croissance démographique de 2.2% et la Moselle de 1.8% sur la même période. La Moselle présente des contrastes intra-départementaux importants avec une forte prédominance de cette croissance sur les zones transfrontalières (Thionville) et une fuite de la population hors des zones minières. La Meuse affiche elle une hausse de 1.1% sur la période 1999-2007 : des contrastes existent entre le Nord (proche de la Belgique) et le Sud, et un clivage Est-Ouest important.

❖ Le vieillissement de la population :

La population nationale est vieillissante. Ce constat est valable pour la Lorraine mais les écarts se creuseront dans les quinze prochaines années. Au 1^{er} janvier 2008, 24,1% des lorrains ont moins de 20 ans contre 24,9% en France. A la même date, plus d'un lorrain sur cinq (21,6%) est âgé de plus de

60 ans contre 21.7% au niveau national. Ce chiffre semble similaire mais la région Lorraine vieillira plus rapidement que l'ensemble des régions françaises.

b. Les difficultés économiques et sociales

❖ La crise :

En 2009, plus de deux-tiers de la valeur ajoutée produite en Lorraine provient du secteur des services marchands ou non. Cette structure économique tend à converger vers le niveau national mais, de par son passé fortement industriel, il faut noter que 17.9% de la population active lorraine travaille dans l'industrie contre 13.9% en France. Ce profil industriel de la région implique des difficultés pour créer des emplois. Depuis 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. La crise mondiale a durement frappé l'économie lorraine notamment avec la concurrence allemande proche. Le chômage a ainsi augmenté : au-dessus de la barre des 10% en 2010 contre 9.3% au niveau national.

Ces chiffres alarmants contrastent avec le développement du travail frontalier : environ 100 000 travailleurs de plus dont près des trois-quarts au Luxembourg.

❖ Les conséquences sociales de la crise :

Le taux de pauvreté lorrain était supérieur en 2007 au taux français. Le nombre de bénéficiaires du RSA en Lorraine est proche du niveau national mais avec des disparités départementales (7.3% dans le 54 contre 5.4% en Moselle).

c. Les indicateurs de santé

❖ L'espérance de vie :

En 2011, l'espérance de vie en Lorraine était de 77.3 ans pour les hommes et 84,2 ans pour les femmes. La progression de cet indicateur s'inscrit dans la tendance nationale tout en restant inférieur à la moyenne nationale. La Lorraine reste parmi les régions françaises où l'espérance de vie est la plus faible. L'élévation de l'espérance de vie est liée à la réduction de la mortalité à tous les âges de la vie.

❖ La surmortalité :

Le taux comparatif annuel de mortalité est égal à 836 pour 100 000 habitants en Lorraine alors qu'il est de 750 en France sur la période 2005-2007. Cette surmortalité est significative pour toute la région excepté Nancy où le taux de mortalité est légèrement inférieur au niveau national. Les maladies chroniques sont les principales causes de cette surmortalité, tumeurs et maladies circulatoires étant responsables de six décès sur dix (57.6%). Il faut également noter que la mortalité prématurée (avant

65 ans) est également plus importante du fait de comportements à risque plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

2) Les points forts avant le cahier des charges de 2012 ⁽⁶⁾ :

a. L'offre de soins

❖ Participation aux gardes :

D'après les données statistiques de 2011, les médecins généralistes lorrains restent motivés pour participer au tour de garde :

Participation des médecins lorrains à la garde				
	Meurthe-et-Moselle	Moselle	Vosges	Meuse
Nombre de généralistes installés	728	906	352	155
Nombre de généralistes participant aux gardes	300	554	301	147
Taux de participation aux gardes	41,20%	61,10%	85,50%	94,80%

Source : base ERASME, 2010

Le taux de participation ne tient pas compte des exemptions. Il existe une plus forte participation de tous les médecins généralistes dans les zones rurales pour que le tour de garde soit uniformément réparti entre l'ensemble des confrères locaux. 46% des secteurs lorrains ont une participation de 100% et plus de 80% de participation pour 70% des secteurs.

b. La régulation, un pilier de la PDSA

En Lorraine, la régulation médicale est gérée par les associations de médecins régulateurs libéraux (Medigarde 54, ASSUM 55, Medigarde 57 et ASSUM 88). Ces quatre associations sont coordonnées au sein de l'association régionale MEDIGARDE Lorraine. Les trois premières associations sont installées au sein des locaux du SAMU respectivement de Nancy, Verdun et Metz. L'association vosgienne est installée à Golbey au sein d'une plateforme commune regroupant CTA-SDIS88/SAMU Centre 15 (88).

Medigarde a été créée en Octobre 2003 selon la loi du 1^{er} juillet 1901, pour gérer et organiser la régulation médicale libérale en Lorraine. Les patients ont accès à cette régulation médicale par l'intermédiaire d'un numéro unique lorrain le 0 820 33 20 20. La réponse obtenue est celle d'un médecin généraliste, ce numéro étant différent du 15. Les plateformes sont interconnectées entre elles pour pouvoir permettre la bascule d'appels de la régulation libérale de médecine générale vers le

SAMU Centre 15 en cas d'urgence vitale. La réciproque est également possible si l'appel du 15 ne nécessite pas d'intervention du SAMU.

La régulation est un domaine difficile à appréhender. Les généralistes participant à ce système doivent subir une formation au préalable auprès du SAMU et de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML). Les appels sont d'abord traités par les auxiliaires de régulation médicale afin de remplir les formalités administratives ainsi que les premiers éléments médicaux indispensables au jugement du médecin après prise de l'appel. C'est après analyse de la situation que le médecin décidera de la réponse à apporter.

La régulation médicale libérale n'est pas opérationnelle en nuit profonde. En effet, au vu de l'activité faible, et pour diminuer la charge financière des astreintes, il a été décidé de ne pas ouvrir de régulation libérale en cœur de nuit. Les appels transitent alors tous par le Centre 15 à partir de minuit sauf en Moselle où le relais se fait à 1h du matin.

c. Maisons Médicales de Garde et lien « ville-hôpital »

La Lorraine compte actuellement 3 MMG qui bénéficient d'un financement de l'ARS. Ces MMG sont gérées par les médecins généralistes volontaires de garde. Elles sont situées dans les locaux des Bains-Douches à Nancy, dans les locaux de l'hôpital Legouest à Metz et enfin à Foes-Moyeuve en Moselle. La part d'activité des MMG de Nancy et Metz contribuent pour plus de 13% de l'activité départementale de PDSA.

En plus de ces MMG, des initiatives « ville-hôpital » intéressantes existent. Il existe des points de garde aux centres hospitaliers de Luneville et Toul en Meurthe-et-Moselle et à Bitche en Moselle. Ces initiatives sont à l'origine d'un rapprochement de la médecine générale libérale et des services hospitaliers d'urgence. La prise en charge des patients est ainsi plus précoce en cas de situation grave observée par le médecin généraliste de garde.

3) Faiblesses du système avant le cahier des charges de 2012 :

a. Répartition des médecins généralistes lorrains

L'offre de soins en médecins généralistes est inférieure au niveau national et inégalement répartie. Au 31 décembre 2009, en Lorraine, le nombre de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (106.6) est inférieur à celui de la France (111.3). On constate de fortes disparités entre les départements :

Densité de médecins généralistes pour 100 000 hab				
Meurthe-et-Moselle	Moselle	Vosges	Meuse	France
121,9	102,5	98,7	86,7	111,3

Source : Atlas de la santé des Lorrains. Réseau ORSAS. Septembre 2010

Les densités les plus élevées sont observées en ville. Aujourd'hui, à Nancy, la densité de généralistes est de 152.7 pour 100 000 habitants. Celle de Metz est de 117.5. En zone rurale, les densités sont plus faibles : par exemple 81.4 pour 100 000 en Meuse du Nord, 88.3 à St-Mihiel. Dans les anciennes zones minières, le taux est de 87 pour 100 000 habitants à Briey par exemple.

Plus de 40% des médecins généralistes ont plus de 55 ans aujourd'hui avec un fort taux de départ en retraite prévu pour les années à venir.

b. La pyramide des âges

Les difficultés démographiques sont le vieillissement du corps médical et le faible nombre d'installations en dehors du « sillon lorrain » qui posent la question du renouvellement des médecins partant à la retraite. La pyramide des âges en illustre le constat :

- Une pyramide des âges des acteurs de la PDSA assez proche de celle de l'ensemble des médecins généralistes libéraux.
- Une pyramide des âges des médecins régulateurs qui souligne une moyenne d'âge plus élevée.

Le renouvellement des médecins généralistes lorrains est également inquiétant quand on s'attache aux jeunes médecins sortant des Epreuves Classantes Nationales (ECN). En 2005, seuls 40% des postes ouverts de médecine générale avait été occupés. En 2007 ce taux est remonté à 80%. De plus, la Lorraine apparaît comme une région peu attractive pour les étudiants qui souhaiteraient faire un cursus de médecine générale. Ces faibles chiffres auront probablement des conséquences négatives à court terme sur la démographie médicale des généralistes lorrains et la présence médicale de proximité dans la région, donc la participation à la PDSA. Au niveau national, en 2013, le nombre de

médecins inscrits en activité a légèrement diminué (-0.12%) et le nombre de médecins à la retraite à augmenté de 8% ⁽²⁵⁾.

c. Des secteurs en difficultés

En 2011, dans certains secteurs, le remplissage des tableaux de garde a été particulièrement difficile à finaliser malgré un volontariat et un engagement très fort des médecins généralistes lorrains. Les secteurs en difficulté se trouvent surtout à distance du « sillon lorrain » où le nombre de médecins est moins important.

En moyenne, un médecin lorrain assure 5.5 gardes par an. La réalité est différente d'un département à un autre et au sein même des départements en raison de la faible densité médicale des zones concernées :

Nombre de gardes par an par médecin généraliste			
Meurthe-et-Moselle	Moselle	Vosges	Meuse
4,3	5,5	6,5	7,1

Source : Cahier des charges ARS 2012

d. Activité en seconde partie de nuit faible

La régulation plus serrée a vu une décroissance importante des actes réalisés en nuit profonde et incite donc l'ARS à revoir la politique des nuits profondes.

e. Le coût de la PDSA

Une conséquence du remplacement de l'obligation de garde par un système volontaire et rémunéré est la très forte dynamique d'augmentation des coûts supportés directement ou indirectement par l'assurance maladie. Les dépenses liées à la permanence des soins recouvrent celles des services de permanence, de garde et d'urgence de la médecine de ville, des pharmacies et des transports sanitaires, que la CNAMTS recense avec précision, mais aussi les frais engagés pour la participation des hôpitaux à la PDSA, qui sont, eux, beaucoup plus mal connus ⁽²⁶⁾.

Coût total de la PDSA en 2010 en Lorraine					
	Meurthe-et-Moselle	Moselle	Vosges	Meuse	Lorraine
Coût des astreintes	1 763 750 €	2 843 800 €	1 726 950 €	1 053 350 €	7 387 850 €
Coût des gardes ambulancières	2 214 315 €	3 938 778 €	1 940 279 €	1 038 592 €	9 131 963 €
Coût de la garde pharmaceutique	430 350 €	380 475 €	427 950 €	195 975 €	1 434 750 €
Coût de la régulation	277 944 €	385 050 €	261 196 €	76 874 €	1 001 064 €
Coût des MMG	42 854 €	36 000 €			78 854 €
Coût total activité	2 456 517 €	1 575 286 €	553 490 €	322 901 €	4 908 194 €
Coût Total PDSA	7 185 730 €	9 159 389 €	4 909 865 €	2 687 691 €	23 942 676 €

En Lorraine le coût total de la PDSA assurée par les médecins généralistes libéraux s'élève en 2010 à 13.376 millions d'euros⁽²⁶⁾ :

- 13.154 millions d'euros au titre des astreintes et des actes remboursés pour les bénéficiaires du régime général cumulés.
- 221 984 euros au titre du fonctionnement des régulations libérales et des MMG.

4) *La sectorisation de la PDSA depuis avril 2012* ⁽⁶⁾ :

Pour permettre une prise en charge optimale de chaque département, des réunions pluridisciplinaires ont permis de prendre en compte les particularités territoriales locales ainsi que les dispositifs départementaux en vigueur. Ces éléments sont gérés au sein des CODAMUPS-TS et nécessitent une réévaluation annuelle.

a. La Meurthe-et-Moselle

La sectorisation du 54 regroupe :

- _ 20 secteurs en première partie de nuit (20 heures-minuit), le samedi après-midi (12 heures-20 heures), le dimanche, les jours fériés et jours de pont.
- _ 10 secteurs en seconde partie de nuit (minuit-8 heures).

Voici deux tableaux récapitulatifs des différents secteurs de garde :

Secteur de PDSA en première partie de nuit et week-end	Nombre de médecins effecteurs par territoire	Intervention de SOS Médecins 54
Nancy	2 + 2 aux Bains Douches	oui
Champenoux	1	non
Neuves-Maisons/St-Nicolas de Port	1	oui
Vézelise/Diarville/Haroué	1	non
Lunéville/Einville	1	oui
Baccarat	1	non
Blâmont	1	non, renfort possible
Cirey/Badonviller	1	non
Bayon/Gerbévillers	1	non
Toul	1	oui
Champigneulles/Dieulouard	1	oui
Pont-à-mousson/ Pagny	1	oui
Nomeny	1	oui
Thiaucourt	1	oui
Briey	1	non
Piennes	1	non
Jarny	1	non
Longwy	1	non
Longuyon	1	non
Villerupt	1	non

Secteur de PDSA en seconde partie de nuit	Nombre de médecins effecteurs par territoire	Intervention de SOS Médecins 54
Nancy (Champenoux, Neuves-Maisons, St-Nicolas de Port)	2	oui
Lunéville/Blâmont/Baccarat	1	oui
Toul	1	oui
Pont-à-Mousson/Pagny	1	oui
Thiaucourt/Nomeny/Champigneulles	1	oui
Briey (Piennes/Jarny)	1	oui
Longwy (Villerupt/Longuyon)	1	oui
Vézelise/Diarville/Haroué	1	non
Cirey/Badonviller	1	non
Bayon/Gerbévillers	1	non

On remarquera au travers de ces deux tableaux la diminution du nombre de secteurs en nuit profonde. Cette démarche fait suite à la demande de l'ARS d'agrandissement des secteurs début avril 2012. Cette décision avait été prise car l'activité analysée sur les secteurs regroupés montrait un faible nombre d'appels de nuit. On remarquera également que l'ARS s'appuie sur SOS Médecins qui intervient sur la quasi-totalité du territoire de Meurthe-et-Moselle en nuit profonde.

Il existe quelques territoires inter-départementaux. Quelques communes de Meurthe-et-Moselle sont rattachées aux territoires vosgiens de Châtenois et Raon-L'Etape. Les secteurs de Blâmont et Nomeny comportent des communes mosellanes. Les secteurs de Thiaucourt Piennes et Longwy comportent des communes meusiennes.

❖ **Les maisons médicales de garde :**

En plus des médecins effecteurs de garde, il existe des points fixes où les patients peuvent se rendre afin d'obtenir une réponse médicale adaptée en fonction de leur état de santé. Il existe deux points fixes sur Nancy :

_ la maison médicale de garde (MMG) des Bains-Douches à Nancy ouverte en première partie de nuit et les week-ends et jours fériés. Elle a été ouverte en juillet 2003. Deux médecins généralistes assurent les consultations pendant les heures d'ouverture. Il n'y a pas de personnel paramédical. Les patients peuvent s'y présenter librement et bénéficieront d'une consultation qu'ils se soient ou non adressés à

la régulation médicale auparavant. Si l'on se base sur l'étude de la fréquentation de cette MMG, on pourra noter une activité stable depuis son ouverture : 3 consultations en moyenne par heure ⁽²⁷⁾.

_ le cabinet de consultation de SOS Médecins sur le secteur de Vandoeuvres-lès-Nancy, ouvert depuis septembre 2012. L'accès à ce cabinet de consultations ne se fait qu'après demande auprès de la régulation libérale afin d'éviter tout afflux non contrôlé de patients. Il est ouvert le matin de 11 heures à 13 heures, l'après-midi de 17 heures à 22 heures et les week-ends et jours fériés de 9 heures à 22 heures.

Il y a également un point fixe dans les centres hospitaliers de Lunéville et Toul ouverts aux mêmes horaires que les Bains-Douches.

b. La Meuse

La sectorisation du 55 regroupe :

_ 6 secteurs en première partie de nuit (20 heures-minuit) tous classés en « zones de faible densité en médecins généralistes », le samedi après-midi (12 heures-20 heures), le dimanche, les jours fériés et jours de pont.

_ 6 secteurs en seconde partie de nuit (minuit-8 heures).

Secteur de PDSA en première partie de nuit	Nombre de médecins effecteurs par territoire
Montmedy	1
Fresnes en W. / Etain	1
Verdun / Clermont en A.	2
Commercy / St-Mihiel	2
Bar-le-Duc/ Ligny	3
Vaucouleurs/Gondrecourt	1
Secteur de PDSA en seconde partie de nuit	Nombre de médecins effecteurs par territoire
Montmedy	1
Fresnes en W. / Etain	1
Verdun / Clermont en A.	1
Commercy / St-Mihiel	2
Bar-le-Duc/ Ligny	2
Vaucouleurs/Gondrecourt	1

❖ **Les particularités meusiennes :**

Il est possible pour un médecin volontaire de cumuler les gardes sur plusieurs secteurs. Ce dispositif avait été testé sur les secteurs du Barrois et de Saint-Mihiel et Commercy en 2012 et est dorénavant possible sur l'ensemble des secteurs de Meuse. Un médecin volontaire peut donc prendre la garde sur deux secteurs et sous-secteurs contigus en cumulant ainsi deux astreintes par périodes de PDSA. Cette organisation est toujours sous surveillance. Les retours des effecteurs sont indispensables.

Au vu de la faible participation de la part des médecins généralistes de Verdun au tour de garde, la période début 2012 avait été difficile à gérer. Une solution a été trouvée depuis. Les médecins généralistes volontaires assurent la première partie de nuit à tour de rôle. La majorité d'entre eux a décidé d'arrêter le cœur de nuit (minuit-8 heures). Un médecin effecteur s'est porté volontaire dans le territoire du nord meusien pour réaliser la quasi-totalité des gardes de nuit profonde cumulant de façon mensuelle entre vingt et vingt-cinq astreintes de nuit profonde sur deux voire trois secteurs. Ce médecin est seul à officier, n'a pas de remplaçant ou d'associé. Trois médecins généralistes locaux se portent volontaires pour assurer les nuits profondes qui restent vacantes.

La régulation privilégie la consultation en cabinet et les visites sont décidées en accord entre le médecin régulateur et le médecin libéral de garde.

Il existe également des points fixes de garde tout comme dans le 54 : ils sont situés au niveau des centres hospitaliers de Verdun et Bar-le-Duc.

c. La Moselle

La sectorisation du 57 regroupe :

_ 27 secteurs en première partie de nuit (20 heures-minuit) dont 14 en « zones de faible densité en médecins généralistes », les samedis après-midi (12 heures-20 heures), les dimanches, les jours fériés et jours de pont.

_ 16 secteurs en seconde partie de nuit (minuit-8 heures) identiques à ceux de première partie de nuit + 3 secteurs élargis avec trois médecins d'astreinte volontaires.

Voici les tableaux récapitulatifs des secteurs de garde :

Secteur de PDSA en première partie de nuit et week-end	Nombre de médecins effecteurs par territoire
Abreschwiller	1
Bitche	1
Boulay	1
Château-Salins	1
Creutzwald	1
Dieuze	1
Ennery	1
Fameck/Uckange	1
Faulquemont	1
Fenetrange	1
Forbach/Freyming	2
Grostenquin	1
Hagondange/Rombas	2
Hayagne/Fontoy/Aumetz	1
Hettange-Grande/Cattenom	1
Maizières-les-Metz/Ste-Marie-aux-Chênes	1
Metz	2
Metzervisse	1
Morhange	1
Puttelange/Sarralbe	1
Remilly	1
Courcelles-Chaussy/Retonfey	1
St-Avold	1
Sarrebourg/Phalsbourg	1
Sarreguemines	1
Sierck-les-Bains	1
Thionville-Yutz	1

Secteur de PDSA en seconde partie de nuit et week-end	Secteurs	Nombre de médecins effecteurs par territoire
Bassin houillier	Creutzwald/Forbach/Freyming/St-Avold	1
Sarrebourgeois	Abreschwiller/Phalsbourg/Sarrebourg	1
Nord Est Département: large thionvillois	Fameck/Uckange/Hagondange/Rombas/Hayange/Fontoy/ Aumetz/Hettange- Grande/Cattenom/Metzervisse/Thionville/Yutz	1

L'objectif de cette expérimentation mise en place depuis avril 2013 est de trouver une solution adaptée pour les nuits profondes où l'activité est très réduite mais où néanmoins la population peut nécessiter l'intervention d'un médecin généraliste.

❖ **Les particularités mosellanes :**

Un médecin de garde volontaire peut décider de cumuler le secteur de Metz et Maizières les Metz.

Les points fixes de consultation du 57 sont :

- _ la maison médicale de garde de Metz ouverte depuis février 2012 dans les locaux de l'hôpital Legouest, ouverte le soir de 20 heures à minuit, le samedi de 14 heures à 19 heures et enfin le dimanche de 9 heures à midi et de 14 heures à 19 heures.
- _ le cabinet de garde à Bitche au sein du centre hospitalier de Bitche.
- _ le cabinet de garde à Algrange au sein de l'EHPAD « Le Witten » depuis début 2013.

Des communes Mosellanes sont rattachées à des secteurs de la Meurthe et Moselle et vice-versa. Le secteur de Hayange comporte des communes Meurthe et Mosellanes. Quelques communes mosellanes sont rattachées aux secteurs Meurthe et Mosellans de Blâmont et Nomeny.

d. Les Vosges

La sectorisation du 88 regroupe :

_ 20 secteurs en première partie de nuit (20 heures-minuit) dont 13 en « zones de faible densité en médecins généralistes », les samedis après-midi (12 heures-20 heures), les dimanches, les jours fériés et jours de pont.

_ 20 secteurs en seconde partie de nuit (minuit-8 heures) identiques à ceux de première partie de nuit les nuits de week-end et jours fériés.

_ 9 secteurs identiques + 2 secteurs élargis en seconde partie de nuit, la semaine.

Secteur de PDSA en seconde partie de nuit les week-end	Nombre de médecins effecteurs par territoire
Neufchateau	1
Chatenois	1
Mirecourt	1
Vittel	1
Charmes/Thaon	1
Dompaire	1
Rambervillers	1
Lamarche/Darney/Monthureux	1
Epinal	1
Xertigny	1
Raon-l'Etape	1
Saint-Dié	1
Bruyères	1
Fraize	1
Gerardmer	1
Remiremont	1
Le Val-d'Ajol	1
La Bresse	1
Le Thillot	1
Senones	1

Secteur de PDSA en seconde partie de nuit en semaine	Secteurs	Nombre de médecins effecteurs par territoire
Grand secteur Epinal	Charmes/Thaon/Dompaire/Rambervillers/Epinal/Bruyères	1
Grand secteur Saint-Dié	Raon-l'Etape/Saint-Dié/Fraize/Senones	1
Secteur reversé vers les urgences	Neufchateau/Remiremont	1
	Mirecourt	1
	Lamarche/Darney/Monthureux	1
	Xertigny	1
	Gerardmer	1
	Le Val-d'Ajol	1
	La Bresse	1
	Le Thillot	1
	Chatenois	1
	Vittel	1

❖ **Les particularités vosgiennes :**

L'objectif de l'ARS était de trouver une solution adaptée pour les nuits profondes de semaine dans les Vosges où l'activité est très réduite. Cette faible activité nécessite néanmoins l'intervention possible d'un médecin généraliste. Le regroupement des secteurs vise à impliquer le médecin généraliste de garde sur de très larges zones. Le volontariat est la clé de voûte de cette organisation. De nombreux remplaçants sont volontaires pour ces gardes. Il faut noter que sur les secteurs de Neufchâteau et Remiremont, le relais de la PDSA est pris par les structures d'urgence à partir de minuit.

Il n'y a pas de point fixe de garde ou maison médicale de garde dans les Vosges. Les consultations se font habituellement au cabinet du médecin généraliste concerné.

5) *Evolutions du cahier des charges :*

Le premier cahier des charges arrêté le 9 février 2012 stipulait que l'année 2012 était une transition avec nécessité de surveillance et d'évaluation du système notamment à propos des modalités de garde en nuit profonde. Cette surveillance a été réalisée par les 4 CODAMUPS-TS de Lorraine.

a. La régulation libérale

Elle a été jugée comme le point fort du dispositif régional. Le dispositif en place est reconduit. Les patients sont mieux orientés depuis l'intégration des informations relatives aux interventions des autres acteurs de la continuité et de la permanence des soins (kinésithérapeute, chirurgiens-dentistes, etc.).

b. Les horaires de la PDSA

Ils sont maintenus 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*. S'il y a carence sur le tableau de garde, le fonctionnement du secteur est celui d'un jour normal.

c. La sectorisation

La découpe des secteurs actée en février 2012 semble acceptée par les acteurs locaux à priori. 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, et le faible pool de médecins en 1^{ère} partie de nuit dans certains secteurs des départements de Moselle et des Vosges. Par exemple, dans les Vosges, il a été décidé la mise en place de grands secteurs de garde, sur la base du volontariat, avec une astreinte revalorisée. En cas de carence, un rapport sera établi par l'ARS de Lorraine et les demandes de patients 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 1^{ère} 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.

Ces nouvelles dispositions ont été établies par l'arrêté de mars 2013 établi par le Directeur Général de l'ARS Lorraine après avis des différentes instances concernées. Il est entré en vigueur le 8 avril 2013.

d. Le futur de la PDSA

Après les réunions des CODAMUPS-TS d'octobre 2013, il s'avère que :

- l'activité en nuit profonde est faible, en partie grâce, à la régulation médicale ;
- le coût des astreintes rapportées à l'acte en nuit profonde est négatif pour la balance économique ⁽²⁶⁾.

Par conséquent, début 2014, une évolution majeure a été décidée par l'ARS. Elle a décidé de mettre fin à la rémunération des astreintes des médecins de garde dans la tranche nuit profonde, en semaine. Cela revient à supprimer les gardes des médecins dans cette tranche horaire. Cette suppression ne concernera que les astreintes de semaine et ne s'appliquera pas dans les secteurs référencés à plus de trente minutes d'une structure d'accueil des urgences. Les patients devront donc se déplacer principalement ⁽²⁸⁾.

L'ARS adopte des mesures à visée économique pour réduire les dépenses de santé liées à la PDSA. Ces solutions ne vont-elles pas compliquer l'accès aux soins pour les patients ?

III. SOS Médecins

1) *Innovation* :

SOS Médecins a été créé le 20 juin 1966 par le Dr Marcel Lascar ⁽²⁹⁾, médecin généraliste à Paris. Cette idée est née suite au décès d'un de ses patients qui n'avait pu joindre un médecin de garde un samedi après-midi, et qui avait succombé à une défaillance cardiaque. A cette époque, le SAMU n'existait pas et le concept était considéré comme novateur.

Depuis cette date, plus d'une soixantaine d'antennes SOS Médecins ont été créées en France. Ce type de formation a également inspiré d'autres associations de PDSA à l'étranger.

2) *Présentation* :

SOS Médecins est le premier réseau libéral d'urgence et de permanence de soins en France ⁽³⁰⁾.

Les associations SOS Médecins reçoivent sur leurs plateformes téléphoniques 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 ces médecins, par an, en France.

Leurs 1000 praticiens répondent à une charte très stricte, garante de la qualité du service rendu. Les principes de cette charte sont les suivants :

- Centres de réception et de traitement des appels associés à une disponibilité des équipes 24h / 24 ;
- Disponibilité totale des médecins, avec des visites à domicile assurées 24h/24 ;
- Médecins expérimentés et rodés à l'urgence ;
- Moyens diagnostiques et thérapeutiques étendus comme l'ECG, l'oxygène, le défibrillateur, etc. ;
- Une intervention rapide des médecins ;
- Un bilan d'intervention systématique au centre de régulation médicale ou au médecin traitant par un courrier.

La fédération SOS Médecins France regroupe 64 associations réparties sur tout le territoire et couvrant les deux tiers de la population française. Celles-ci assurent 80% de la couverture libérale de PDSA en milieu urbain et périurbain. En Lorraine, SOS Médecins couvre essentiellement la Meurthe-et-Moselle. Il n'y a pas de structure similaire dans les trois autres départements.

C'est ainsi que les médecins 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.

La participation de SOS Médecins à la permanence des soins, désormais mission de service public, est donc dictée par le seul souci d'aider les pouvoirs publics et de seconder les Centres 15 dans leur difficile travail. C'est dans cet esprit que, conformément aux décrets du 7 avril 2005 puis du 17 juillet 2010, les associations SOS Médecins ont signé des conventions avec les directeurs d'hôpitaux abritant le SAMU, de façon à formaliser l'interconnexion entre les centres d'appel SOS et les SAMU-Centre 15 et à organiser la collaboration entre les deux structures.

3) Le système de régulation :

Les centres d'appels SOS Médecins fonctionnent de façon à optimiser leur action médicale sur le terrain, c'est-à-dire avec une régulation médicale intégrant des protocoles établis et validés par les médecins, et un fonctionnement placé en permanence sous l'autorité d'un médecin présent dans les locaux ou en liaison directe avec le centre d'appels. Un médecin est donc toujours accessible dans le cadre de cette régulation médicale. Il est en mesure de répondre sur le plan médical aux appels reçus. Il en assume la responsabilité et peut assurer, si nécessaire, un colloque singulier avec le patient.

Tous les appels de PDSA ne nécessitent pas une régulation médicale postée et exclusive de toute autre activité médicale. Celle qui est effectuée dans ces centres d'appels interconnectés est parfaitement opérationnelle et efficace. En effet, elle bénéficie de l'expérience et de la disponibilité d'intervention de ses médecins effecteurs et permet de gérer d'une façon sécurisée et optimale, les demandes de soins car l'expertise médicale au chevet du patient reste le plus sûr moyen d'apprécier le degré d'urgence réel et de mettre en œuvre les soins appropriés.

Rappelons que l'interconnexion du centre d'appel avec le SAMU par une ligne dédiée, permet une bascule immédiate de l'appel avec conversation à trois, dès l'identification d'un appel susceptible de mettre en jeu le pronostic vital et pouvant nécessiter l'envoi d'un SMUR.

Le conseil médical est pratiqué par les médecins de SOS en réponse à une demande exprimée du patient ou comme alternative à une visite à domicile sans que celui-ci soit induit par une carence d'effecteur. Le conseil médical donné par le médecin de SOS permet dans ces conditions à certains

actes médicaux d'être différés et effectués par le médecin traitant en dehors des horaires de PDSA ou de ne pas donner suite à des demandes inappropriées.

La régulation effectuée dans les SAMU Centre 15 et celle pratiquée dans les Centres d'Appel SOS Médecins sont complémentaires et indissociables au sein d'une PDSA clairement structurée dans les décrets du 7 Avril 2005 et du 17 juillet 2010 garantissant ainsi la liberté de choix et d'accès aux soins du patient.

4) Utilité sociale :

a. La visite à domicile

La médecine de terrain est un constituant essentiel du lien social et un acquis irremplaçable qu'il convient de défendre, notamment pour mieux faire face à des situations de crise sanitaire.

Le diagnostic au chevet du patient permet de mieux comprendre le malade et sa pathologie, contribuant ainsi à la prise en charge médicale de toutes les personnes éprouvant des difficultés à se déplacer, du fait de leur état de santé, de difficultés familiales ou sociales. La rapidité et la qualité de l'intervention, éléments constitutifs du cahier des charges de SOS Médecins, participent au bien-être des patients et à une gestion économe des dépenses de santé grâce à la réduction du nombre des transports et des hospitalisations.

L'activité constante et étendue de SOS Médecins atténue significativement l'engorgement des services d'urgence hospitalière et évite au SAMU 15 d'être submergé d'appels ne justifiant pas la mise en œuvre de moyens lourds et coûteux.

b. Un rôle épidémiologique

L'expérience tirée des interventions des associations SOS est un capital de connaissance épidémiologique irremplaçable que SOS a décidé de mettre à la disposition des pouvoirs publics afin de renforcer les dispositifs de veille sanitaire et d'assistance à la population. Aucune structure ne dispose, en effet, d'une telle capacité d'action permanente au service des patients, dans un cadre protocolaire, avec une traçabilité complète des appels, une exploitation statistique et une évaluation systématique des interventions. C'est ainsi qu'en décembre 2005 a été signée une convention nationale entre l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et SOS Médecins France. Cette convention a débouché sur la création d'un réseau épidémiologique SOS Médecins de façon à mettre en œuvre techniquement le recueil épidémiologique. L'apport de SOS Médecins en matière d'analyse épidémiologique et de recherche en médecine générale est particulièrement important et permet de mieux connaître les

caractéristiques médicales de la population, ce qui peut avoir une influence notable sur les politiques de santé publique. La convention signée avec l'InVS rentre dans ce cadre et permet, par la mise en place d'indicateurs d'alerte, d'améliorer la veille sanitaire. SOS Médecins participe également au réseau sentinelle des Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe (GROG).

c. Un accès aux soins facilité

SOS Médecins est très attaché à une médecine accessible à tous les patients quelle que soit l'origine sociale de ces derniers. On lit, en effet, dans certaines études, rapports ou communications, des assertions reprises ici ou là en fonction des intérêts catégoriels en jeu, comme : « *tout patient doit se déplacer* » ou « *il n'existe pas de visites à domicile dans les pays étrangers* ».

Ces affirmations sont dangereuses et inexactes car il existe partout à l'étranger des visites mais qui ne sont pas toujours accessibles à tous car effectuées par des services privés non conventionnés. Dans ces pays sans visites prises en charge par la collectivité, il existe en revanche des sociétés de « ramassage » paramédicalisées transportant les malades aux urgences de l'hôpital.

L'expertise médicale au chevet du patient, sur le lieu de détresse est une solution fondamentale qu'il faut conserver pour maintenir une offre de soins complète et éviter une précarité médicale et un sur-engorgement des urgences hospitalières déjà surchargées. Il faut rappeler que la visite à domicile offre la seule réponse possible pour maintenir un minimum de contacts avec les personnes âgées, les handicapés et les populations en situation précaire : un médecin SOS consacre, en moyenne, entre 20 et 30% de son temps aux patients détenteurs de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale d'Etat ⁽³¹⁾. Plus généralement la visite à domicile est l'expression d'une médecine libérale à la portée de tous et remboursée de plein droit en tant qu'acte médical. C'est aussi la seule prise en charge adaptée pour les personnes vivant en maison en retraite. L'évolution de la pyramide des âges va rendre rapidement cruciale la prise en compte de ce problème.

De même, la prise en charge des enfants et notamment des nourrissons de moins de 2 ans, est quantitativement importante dans le recours aux structures SOS Médecins en particulier aux heures de permanence des soins.

Le déplacement du praticien au chevet du malade est aussi la garantie juridique de la qualification de l'urgence, sans laquelle la responsabilité des centres d'appels est accrue.

Enfin, il faut souligner que le choix du patient de se rendre en consultation ou de solliciter une visite lui appartient et que nul ne peut lui dicter sa conduite car nul ne maîtrise les critères médicaux, familiaux et sociaux qui la déterminent.

5) *Economie et SOS Médecins :*

Chaque association SOS Médecins est autonome sur le plan financier et supporte intégralement ses coûts sans aucune subvention des pouvoirs publics nationaux ou locaux.

Il apparaît que le coût pour la collectivité d'une association SOS (coûts de structure et de fonctionnement) est, sur la période horaire de la PDSA (20h – 8h et dimanches ou jours fériés), beaucoup plus faible que tous les autres dispositifs: maisons médicales et urgences hospitalières notamment.

SOS Médecins a demandé à des économistes qu'une étude comparative permette de bien mesurer le rapport entre l'efficacité médicale et le coût complet des interventions. Un modèle d'évaluation, le modèle NRM (Nouvelles Régulations Médicales) a été élaboré à cet effet. Il apparaît ainsi que le coût des interventions de SOS Médecins pour des urgences non vitales est très inférieur (à efficacité équivalente) à celui que représente le cumul ambulance + urgences hospitalières ou consultation dans une maison médicale, sans compter le coût sanitaire et social de l'incertitude, de l'attente et du risque médical pour le patient.

Le bilan coût avantage dans tous les aspects relevant de l'intérêt général est incontestablement favorable à un renforcement du système d'intervention mis en œuvre par SOS Médecins.

6) *SOS Médecins et la formation médicale :*

Dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale, la formation pratique auprès d'un médecin généraliste agréé, membre d'une association SOS Médecins France permet de privilégier le terrain d'exercice des futurs généralistes : la médecine ambulatoire de soins primaires. Elle permet d'accéder à une formation pratique aux soins primaires, à la médecine de premier recours, à l'urgence et à la permanence des soins ⁽³²⁾.

Ce stage, pratiqué déjà dans un certain nombre d'associations SOS, s'inscrit dans une démarche globale de formation à la médecine générale en présentant les spécificités et la pratique de la PDSA, en permettant de faire disparaître l'appréhension vis-à-vis de la prise en charge des urgences, en visite et en consultation, et en préparant à la participation aux gardes ambulatoires de médecine générale.

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 pour établir une convention de partenariat destinée à faciliter et à promouvoir pour les internes de médecine

générale, la possibilité de réaliser une partie de leurs stages ambulatoires de fin d'études médicales au sein des associations SOS Médecins ⁽³³⁾.

SOS Médecins 54 participe donc à la formation des futurs praticiens depuis octobre 2008. Dans le cadre du 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. LA PDSA faisant partie de l'activité du médecin généraliste, ce stage a pour but de préparer le futur praticien aux gardes ambulatoires de médecine générale. L'objectif est de faire disparaître l'appréhension qui peut exister dans ce type d'exercice. SOS Médecins 54 ne cesse de formuler la volonté d'accueillir des IMG désireux de diversifier leur apprentissage avec:

- Un stage en centre de soins agréé : vacations réalisées pendant le stage chez le médecin généraliste, d'une durée d'un mois. 18 Internes de Médecine Générale (IMG) ont été accueillis depuis octobre 2008.
- Un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) : pour l'IMG ayant déjà réalisé son stage chez le praticien et 4 semestres de formation en Médecine Générale. Cette formation existe depuis mai 2009. Le stagiaire est progressivement autonomisé. Les maîtres de stage sont constamment joignables, se déplacent et réalisent des débriefings sur l'ensemble des patients vus par l'IMG. Une réunion mensuelle est réalisée pour analyser le comportement de l'IMG, sa pratique, son évolution, et ses difficultés rencontrées. 15 IMG ont été accueillis depuis mai 2009 jusqu'au mois d'octobre 2012.
- Un stage professionnalisant (ancien SASPAS): le stage chez SOS Médecins est considéré comme stage « professionnalisant » depuis novembre 2012. Cette décision souhaitée par le DUMG favorise l'insertion de l'interne dans un exercice plus global de la médecine générale. Il n'est plus accessible sur la liste des SASPAS proposés par le DUMG, mais sous forme de candidature libre.

SOS Médecins 54 propose également un service de formation médicale continue (FMC) indispensable dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC). Ces formations sont validées par l'Association Médicale de Perfectionnement Post-Universitaire de la Région Sanitaire de Nancy (AMPPU 54). Elle est réalisée aujourd'hui par l'intermédiaire de réunions de pairs, de présentations médicales par des spécialistes sur un sujet consacré à leur activité quotidienne, et enfin des séminaires de médecins généralistes-maîtres de stage.

7) *SOS Médecins - PDSA* :

Aujourd'hui SOS Médecins a une présence permanente répondant à toutes les situations. SOS Médecins considère que la PDSA ne se limite pas essentiellement aux horaires officiels mais doit être assurée 24h/24h et 365 jours par an. La structure du 54 s'inscrit en complémentarité de la MMG des Bains Douches et du Service d'Accueil des Urgences (SAU) de l'hôpital.

Deux constatations au niveau national ⁽³¹⁾ :

- les besoins médicaux des patients ne s'arrêtent pas à minuit. L'activité entre minuit et 8h représente 15% des demandes de soins aux heures de PDSA et 30% de celles entre 20h à 8h. Sur le réseau France de SOS Médecins, avec 4 millions de dossiers médicaux ouverts en 2011, cela représente 2.4 millions aux heures de PDSA dont 850 000 dossiers ouverts en soirée de 20 à 24h et 350 000 entre minuit et 8h du matin. Il faut noter également que les pathologies dans les horaires de « nuit profonde » entre minuit et 6h sont plus « lourdes » que celles de soirée.
- la part de l'activité de SOS effectuée aux heures d'ouverture des cabinets médicaux est en augmentation. Les médecins de cabinet ont de plus en plus de difficultés à inscrire dans leur activité quotidienne, la prise en charge des soins non programmés.

La part de l'activité de SOS aux heures d'ouverture des cabinets médicaux atteint 40 à 45 % du total de ses actes. C'est dans cette dynamique que SOS Médecins 54 a décidé d'ouvrir autour de la visite un mode d'intervention complémentaire avec les consultations. Ce mode de prise en charge s'est ouvert le 17 septembre 2012. La consultation est effective depuis cette date les soirs de semaine et le week-end. Un accueil de jour en semaine s'est également développé depuis le 8 octobre 2012 pour répondre à la demande de la population. L'objectif est de diminuer le nombre de visites injustifiées et de décharger le travail des médecins en visite à domicile, notamment en horaire de PDSA.

8) *SOS Médecins 54* :

a. Présentation

La structure a été créée le 15 juillet 1999 selon la loi du 1^{er} juillet 1901. Elle fonctionne dans le cadre d'une société civile de moyens (SCM) permettant la mise en commun des moyens d'exercice. Elle compte actuellement 19 médecins titulaires et 17 médecins remplaçants (6 à temps plein et 11 à temps partiel). Ses effectifs n'ont cessé de croître depuis plusieurs années traduisant une augmentation de la demande de la population, et un maintien du respect du cahier des charges de SOS Médecins France.

Les remplaçants signent un contrat avec la structure d'une durée de six mois, renouvelable. Pour se familiariser avec la méthode de travail, tout candidat au remplacement n'ayant pas eu l'occasion d'effectuer un stage d'interne au sein de la structure se voit proposer une formation spécifique par un entretien initial d'une durée de trois heures avec un médecin associé référent et une période de doublure de trois gardes avec ce même médecin. Les remplaçants participent également aux réunions de formation continue.

L'association a inauguré ses nouveaux locaux fin septembre 2013 à Vandoeuvres-lès-Nancy : secrétariat ouvert au public pour les questions administratives, une salle de réunion, une salle de détente, une cuisine, une chambre de garde, trois salles de consultations et une réserve de matériel.

b. Les effectifs de garde ⁽³⁴⁾

Le nombre de médecins en poste est déterminé à l'avance pour correspondre au mieux aux besoins de la population :

- La journée : 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 choisi en fonction des statistiques d'activité des années passées, et des conventions signées avec les institutions de soins locales. L'objectif est de pallier à un déficit d'accès aux soins par le médecin traitant. En 2012, 14231 visites ont été réalisées pendant ce créneau horaire.
- En période de PDSA : le nombre de médecins en poste s'adapte à la zone géographique couverte et à la demande de soins de la population. 28634 visites ont été effectuées en 2012 pendant cette période :
 - en saison hivernale : il y a 12 médecins actifs (11 en visite à domicile, 1 en consultation) les journées du samedi après-midi, du dimanche et les jours fériés. Il est de 9 médecins (8 en visite à domicile et 1 en consultation) en première partie de nuit (20h-24h), 5 médecins en visite exclusive en seconde partie de nuit (minuit-5h) et enfin 3 médecins en visite exclusive entre 5h et 8h.
 - en saison estivale : il y a 9 médecins actifs (8 en visite à domicile, 1 en consultation) les journées du samedi après-midi, du dimanche et les jours fériés. Il est de 7 médecins (6 en visite à domicile, 1 en consultation) en première partie de nuit (20h-24h), 5 médecins en visite exclusive en « nuit profonde » (minuit-5h) et enfin 3 médecins en visite exclusive entre 5h et 8h.

Dans les effectifs de nuit profonde sus-cités, un médecin se détache sur le secteur Briey/Longwy dit « secteur nord » pour couvrir le nord du département. Cette mesure est effective depuis avril 2010 et donne satisfaction à l'ARS de Lorraine et aux institutions locales : « *le bilan de cette intervention est positif : couverture de tous les secteurs du Pays Haut après minuit et satisfaction du SAMU-Centre15 quand au temps d'intervention et à la qualité de la réponse fournie par SOS.* ».

Les médecins restent mobilisés en sus des quotas donnés en cas de saturation de la demande de soins. Une astreinte hebdomadaire par un médecin associé est assurée depuis janvier 2013 pour répondre à tout imprévu rencontré sur le terrain (défaillance d'un effecteur médical, intempéries, problème avec le standard MediCall, etc.).

c. Couverture géographique

La demande de soins augmentant au cours des années, SOS Médecins 54 a progressivement étendu son périmètre d'intervention, en accord avec les médecins généralistes locaux.

Quotidiennement 24h/24, SOS Médecins 54 couvre un premier territoire représenté par les 19 communes de la Communauté Urbaine du Grand Nancy et les villages annexes (Agincourt, Flavigny-sur-Moselle et Richardménil) ainsi que les Communes de la Communauté des Communes des Pays du Sel et Vermois (Saint-Nicolas de Port et Dombasles-sur-Meurthe).

En période de PDSA de journée et en première partie de nuit, le territoire couvert par SOS Médecins représente un peu plus de 70% du département. Nous avons vu précédemment l'ensemble des secteurs concernés : Neuves-Maisons, Champigneulles/Dieulouard, Toul, Thiaucourt, Luneville, Pont-à-Mousson, Pagny-sur-Moselle et Nomeny. Cela représente plus de 450000 personnes et 8 secteurs sur 20 possibles. 9 communes limitrophes de Meuse et 1 de Moselle font partie de ce regroupement.

En période de PDSA en nuit profonde, le territoire couvert s'élargit encore avec les secteurs de Briey et Longwy, 12 communes limitrophes de Meuse, les secteurs de Baccarat et Blamont ainsi que 10 communes limitrophes de Moselle et le secteur de Champenoux. Cela représente 7 grands secteurs sur 10. SOS Médecins couvre donc plus de 94% du territoire de Meurthe-et-Moselle et travaille en partenariat avec les médecins des territoires concernés pour se partager les gardes.

Les trois secteurs non couverts par SOS Médecins, où il persiste un roulement des médecins généralistes locaux sont ceux de : Bayon/Gerbéviller, Cirey/Badonviller et Vézelize/Diarville/Haroué.

d. Les collaborations locales

SOS Médecins 54 participe à la PDSA de façon active mais a également signé plusieurs conventions suite aux différentes demandes d'établissements :

- la convention avec le SAMU 54 signée le 4 octobre 2006, conformément aux nouvelles dispositions du Code de la Santé Publique et à la convention cadre de partenariat SAMU de France – SOS Médecins France.
- une convention entre l'HADAN (Hospitalisation à Domicile de l'Agglomération Nancéenne) et SOS Médecins 54 ayant pris effet le 15 juillet 2007. Les médecins interviennent au domicile du patient à la demande de l'HADAN, en période de PDSA ou assurent la continuité des soins lorsque le médecin traitant est absent. Chaque visite fait l'objet d'un bilan médical auprès du médecin référent de l'HADAN, du remplissage du dossier médical et de la transmission d'un compte-rendu via internet.
- une convention avec les EHPAD des secteurs de Pompey/Lay St-Christophe et Neuves Maisons, et avec la clinique St-Jean à Nancy. Ces établissements bénéficient d'une intervention d'un médecin SOS 24h/24 7j/7.
- une convention avec la police pour la réalisation des examens médicaux des gardés à vue, la rédaction des compatibilités garde à vue et des certificats de coups et blessures.
- une convention avec le CPN (Centre Psychothérapeutique de Nancy) de Laxou pour la réalisation des certificats d'hospitalisation sous contrainte.

e. Le Centre de régulation des appels

SOS Médecins Meurthe-et-Moselle est géré par un standard appelé Medi'Call Center (MCC) fondé par le Dr Paraque (ancien SOS Médecins Essonne) en 1998. Cette structure gère plusieurs associations SOS Médecins de France et est reconnue comme centre d'appels de PDSA. Ce standard fonctionne 24h/24 et 7j/7 et est interconnecté avec le SAMU 54.

Le nombre d'appels géré par le standard ne cesse de croître au fil des ans. En 2012, 53476 appels ont été traités.

Les entretiens téléphoniques répondent à un protocole strict. Le degré d'urgence est évalué par le permanencier. En cas de doute sur une aide médicale urgente, l'appel est transféré au SAMU-Centre 15. L'objectif est d'éviter toute perte de chance pour le patient.

Les visites sont transférées aux médecins effecteurs par l'intermédiaire d'un logiciel intégré MCC Mission développé sur l'ensemble des Smartphones et tablettes actuels.

La fiche d'intervention reçue par le médecin comprend l'ensemble des données administratives du patient, le motif d'appel, les informations complémentaires sur l'état du patient, l'historique des visites s'il a déjà été vu. Quand la visite se termine, le médecin effecteur réalise un compte-rendu personnalisé, accessible par le SAMU notamment en cas de visites régulées par le Centre 15, et dont un exemplaire peut-être envoyé au médecin traitant.

f. Equipement du médecin

Les médecins de la structure sont équipés pour pallier à toute urgence vitale à domicile. C'est une mesure qui fait partie du cahier des charges de SOS Médecins France. Les kits d'intervention sont uniformisés au sein de la structure. Les remplaçants reçoivent également un kit pour réaliser leur garde qu'ils doivent venir chercher au local et rendre une fois leur planning bouclé.

Chaque médecin doit disposer de son matériel habituel type stéthoscope, otoscope, tensiomètre, etc). Le kit comprend également :

_ un ECG

_ un défibrillateur semi-automatique et un ballon autoremplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU)

_ un oxymètre de pouls

_ un lecteur de glycémie capillaire

_ un détecteur de monoxyde de carbone (CO)

_ des bandelettes urinaires

_ une bouteille d'oxygène avec masques adaptés à la nébulisation, des aérosols de TERBUTALINE et IPRATROPIUM

_ un kit de petite chirurgie (suture, pansement, gants stériles, fils de suture)

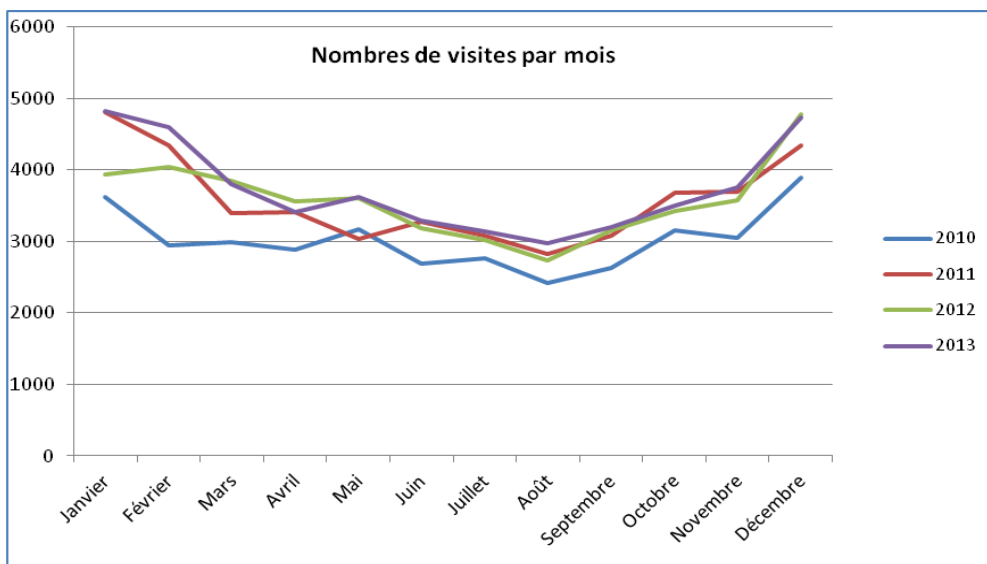
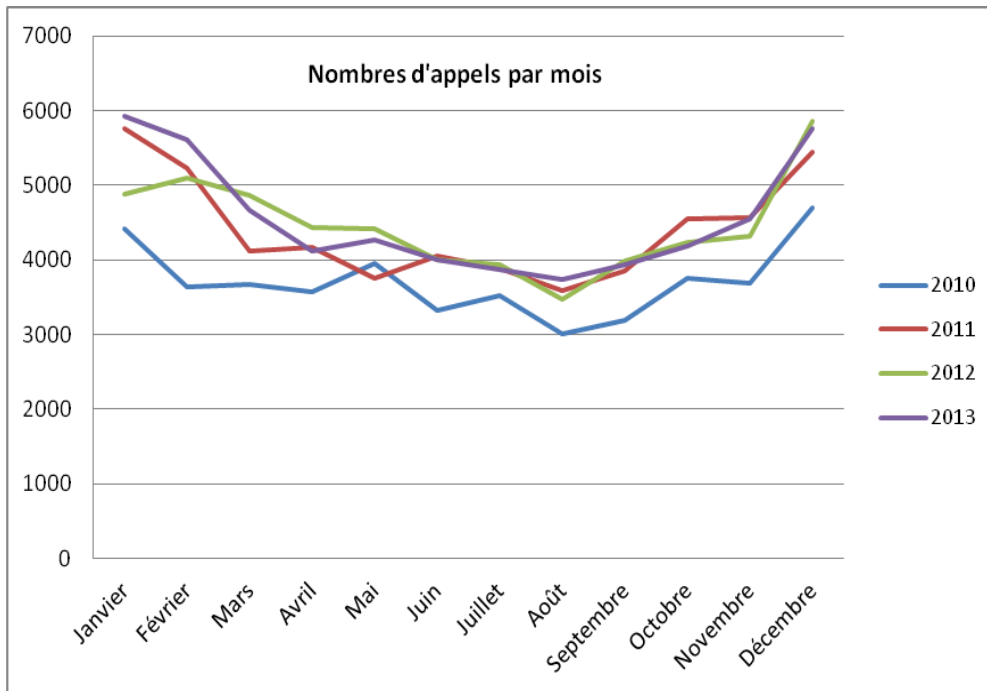
_ du matériel à usage unique (seringue, aiguille)

_ une batterie de médicaments:

- **Obligatoires** (médico-légal) : ADRENALINE, ATROPINE, CEFTRIAXONE 1g.
- **Indispensables** : ACUPAN, PRIMPERAN, MORPHINE, PROFENID, CELESTENE (ou apparenté), GLUCOSE 30%, POLARAMINE, VALIUM, TERCIAN, XYLOCAÏNE en ampoule, une benzodiazépine en comprimé, un antalgique de palier 1 et 2 per os, un flacon de NATISPRAY, une HBPM (ou apparentée) injectable.

Cette liste n'est pas exhaustive. Il se doit de respecter les médicaments obligatoires comme tout médecin qui effectue des visites à domicile par ailleurs. Le reste est à considérer comme une base commune et consensuelle à utiliser selon les diverses situations rencontrées.

g. Quelques données statistiques



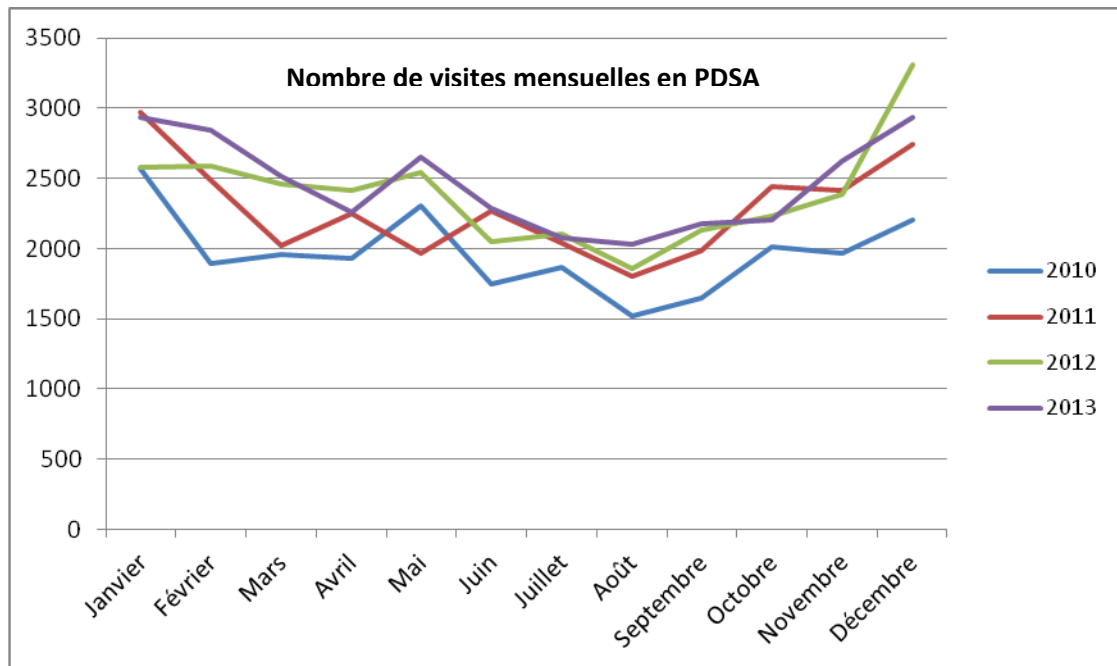
D'après ces graphiques, on constate deux éléments :

_ d'une part l'augmentation de l'activité de la structure SOS. Ces éléments avaient déjà été confirmés lors d'une étude réalisée en 2007. Il n'y a pas eu d'infléchissement de l'activité au cours de ces dernières années.

_ une différence entre le nombre d'appels et le nombre de visites effectuées. Ceci est la conséquence d'une meilleure régulation de la part du standard. Les demandes des patients sont parfois inadaptées avec des demandes d'arrêt de travail ou des actes infirmiers par exemple. Il y a eu aussi une augmentation du nombre de conseils téléphoniques au fur et à mesure des années. La visite n'est en effet pas utile parfois selon le motif exprimé. La relation avec le médecin traitant est toujours privilégiée et le médecin de SOS sait retarder la consultation s'il y a lieu pour que le patient bénéficie d'un avis de son propre médecin traitant.

L'augmentation de l'activité est due à plusieurs éléments :

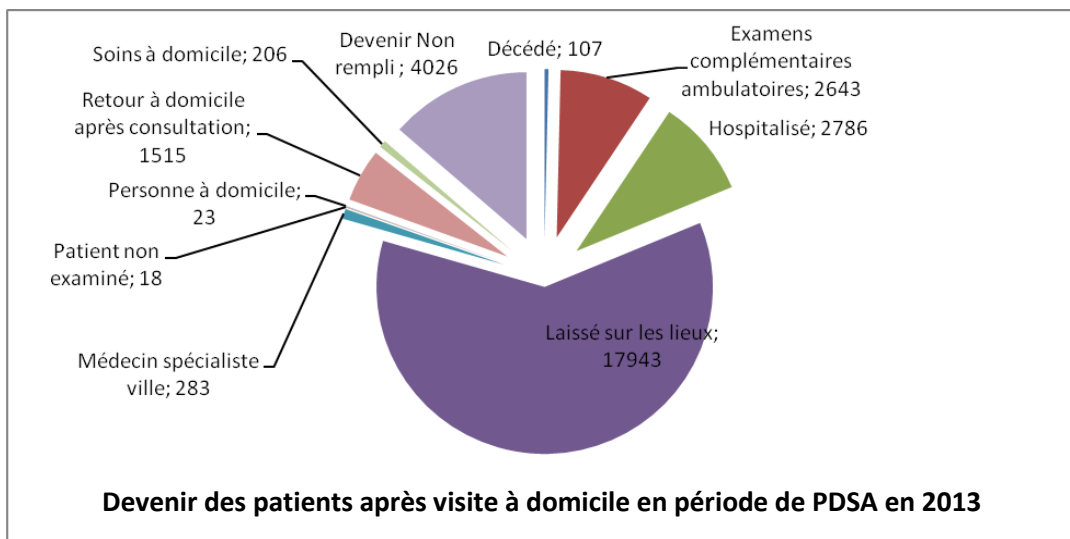
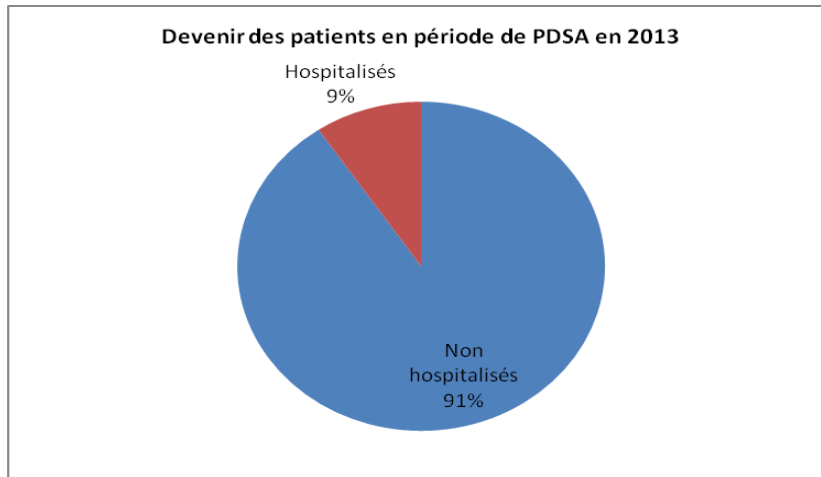
- La renommée de la structure sur le secteur de Nancy. Elle est vue comme une alternative au médecin traitant lorsque ce dernier ne peut pas se déplacer ou n'a plus de rendez-vous pour une consultation ou une visite que les patients souhaitent rapide. C'est généralement le cas pour les enfants en bas âge ou les nourrissons.
- Les médecins de certains secteurs plus éloignés comme Toul ou Luneville ont peu à peu sollicité la structure SOS Médecins pour les épauler dans le cadre la PDSA. La couverture du 54 a donc progressivement augmenté au fil des ans.
- La diminution du nombre de visites à domicile ou dans les EHPAD réalisées par les médecins traitants. La nouvelle génération de médecins prône la venue du patient au cabinet. La visite est donc beaucoup moins fréquente qu'auparavant.
- L'augmentation du nombre de conventions signées entre SOS Médecins et le SAMU, les établissements de soins, les EHPAD, etc.



L'activité SOS Médecins couvre la période de journée considérée comme la « continuité des soins » mais également et surtout la période de PDSA. Nous ne nous sommes intéressés qu'aux visites de la PDSA sur ce graphique. On remarque que le nombre de visites mensuelles réalisées par SOS Médecins en période de PDSA a augmenté de façon constante depuis 2010. La majorité du travail effectué par SOS Médecins s'effectue pendant cette période. Si l'on fait la moyenne de l'activité sur les quatre dernières années, plus de 65% des visites sont effectuées en période de PDSA. Ceci s'explique par deux éléments :

- _ SOS Médecins ne remplace pas le médecin généraliste en journée. La structure est là pour pallier à l'absence éventuelle ou l'indisponibilité des médecins de ville.

- _ l'activité de week-end est chargée car la structure est la seule à offrir une offre de soins à domicile sur plus de 70% du territoire en journée et première partie de nuit, et plus de 94% du 54 en nuit profonde. Le nombre de visites, et maintenant de consultations croît de façon importante pendant ces périodes.



En 2013, la structure a réalisé 29550 visites en période de PDSA. Sur ces diagrammes, on remarque l'importance de la catégorie « *non hospitalisés* » et « *Laissé sur les lieux* ». La plupart des visites réalisées au domicile du patient pendant la période de PDSA ne nécessite pas de recours aux services d'urgence des hôpitaux. Plus de 90% des patients sont donc restés à domicile. Moins de 10% des patients vus ont été hospitalisés à la suite de la visite à domicile. Certes la prescription d'examens complémentaires est assez importante (de l'ordre de 9%) mais elle n'est généralement pas réalisée en urgence tout comme lorsque le médecin traitant prescrit des examens à son patient. L'activité SOS Médecins semble donc importante en termes d'économie pour la société et la santé car elle évite un engorgement des services d'urgence. Elle permet également d'éviter l'accès aux urgences pour des malades qui n'en ont pas besoin.

⇒ Ce développement ainsi que l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PDSA en janvier 2013 ont motivé le travail d'étude réalisé dans le prochain chapitre.

IV. Enquête qualitative auprès des médecins généralistes lorrains.

1) Introduction :

Au cours de ces dernières années, la presse nationale et régionale s'est fait l'écho des difficultés rencontrées par le dispositif de permanence des soins ambulatoires ⁽³⁵⁾. Les médias, les politiques et la population en générale ont retranscrit le sentiment d'inquiétude diffus qui prévaut lorsque survient la nécessité de consulter un médecin hors des heures et des jours d'ouverture des cabinets libéraux.

L'abandon brutal de l'obligation déontologique des médecins libéraux d'effectuer la garde s'est traduit par un transfert de responsabilité de la profession à l'État et par une explosion des dépenses de l'assurance maladie qui ont triplé depuis 2001 ⁽²⁶⁾.

Après une décennie de profonds changements, la permanence des soins aborde, avec la mise en place effective de la nouvelle architecture instituée par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » ⁽⁷⁾, une étape décisive.

Elle dispose pour ce faire d'atouts originaux : une organisation centrée sur les agences régionales de santé, qui peuvent adapter la mise en œuvre des moyens d'action au contexte local tout en responsabilisant les acteurs dans le cadre d'enveloppes budgétaires limitatives, le développement progressif de formules d'intervention plus efficaces et adaptées, l'amorce de l'intégration de la permanence des soins dans une approche plus large de la politique de santé locale dans le cadre du fonds d'intervention régional.

Mais les choix faits à l'occasion de l'élaboration des nouveaux cahiers des charges en 2012 ⁽⁶⁾ laissent encore apparaître un dispositif instable, qui peut conduire à la poursuite du cycle de frictions et de déséquilibres qui gouverne la permanence des soins depuis les années 2000.

Une enquête quantitative du CNOM ⁽²¹⁾ présentée le 8 février 2013 réalisée auprès des médecins généralistes en France à propos de la PDSA a mis en évidence des inquiétudes sur la pérennité du système actuel notamment à propos du déclin du volontariat, du vieillissement des médecins volontaires et de la pénurie de médecins. Les nouvelles formes d'organisation comme le renforcement de la régulation médicale, la mise en place d'effecteurs mobiles, ou la création des MMG semblent être de bonnes solutions mais nécessitent davantage d'évaluation.

C'est dans ce contexte que l'association SOS Médecins 54 s'inscrit. Elle fait aujourd'hui partie des principaux acteurs de la prise en charge de la PDSA en région Lorraine. Une étude réalisée sur le secteur de Saint-Etienne ⁽³⁶⁾ avait montré un bénéfice de l'action de la structure SOS Médecins

localement, avec une diminution des passages aux urgences et un désencombrement des cabinets médicaux, ainsi qu'un coût rapporté à la visite inférieure à celui d'une prise en charge en milieu hospitalier.

Le patient est au centre de ce système de PDSA. Si le système est instable, c'est le patient qui subira les conséquences des problèmes organisationnels ou politiques de la permanence des soins. Les médecins généralistes jouent un rôle primordial ; ils sont les acteurs déterminant de ce système. L'Ordre des Médecins « regrette toutefois de ne pas avoir été suffisamment associé à la concertation dans certaines régions », les décisions étant souvent prises rapidement par l'ARS ⁽³⁷⁾.

C'est dans ce contexte que nous avons voulu interroger les médecins généralistes lorrains. L'objectif principal de notre travail, au travers d'une étude qualitative, était de définir les représentations et les perceptions de la PDSA par les médecins généralistes lorrains, leurs motivations et contraintes face à cette activité, ainsi que leur vision de la structure SOS Médecins concernant la PDSA.

2) *Matériel et Méthodes :*

Notre objectif étant d'explorer pour les médecins généralistes les représentations de la PDSA et leur vision positive ou négative du système, l'approche qualitative par entretien nous a semblé la méthode la plus appropriée, l'entretien permettant la création d'un discours et d'une interaction ouverts, par opposition au questionnaire.

Un guide d'entretien a été élaboré en concertation avec le Dr MAUGENDRE, psychologue clinicienne du service d'Epidémiologie et Evaluation Clinique du CHU de Nancy, afin de centrer les débats sur nos questionnements, tout en laissant possible l'expression d'idées nouvelles (annexes). Cette démarche qualitative était fondée sur la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés qui ont eu lieu de septembre à décembre 2013, auprès de médecins généralistes de l'ensemble de la Lorraine, ne bénéficiant pas d'une structure type SOS Médecins dans leur système de garde.

Afin d'assurer une bonne diversité dans notre groupe d'étude, des médecins d'âges et de sexes différents ont été contactés par téléphone sur leur lieu de consultation. Ils faisaient partie de la liste des médecins généralistes retirée dans chaque conseil de l'Ordre. Les médecins étaient ensuite classés en urbain, semi-rural et rural. L'échantillonnage se faisait de la manière suivante : le premier médecin de la liste était contacté, en cas de refus, nous passions au second et ainsi de suite. L'objectif principal de travail et la méthodologie leur était présentée par téléphone. Ils exerçaient soit seul, soit en cabinet de groupe.

Les lieux d'entretien ont été choisis par les participants, salle de réunion spécifique, cabinet privé ou domicile.

Tous les entretiens se déroulaient de la manière suivante :

- Présentation de l'interviewer (non enregistré) ;
- Rappel du sujet de thèse et de la méthodologie de recherche (non enregistré) ;
- Réalisation de l'entretien semi-directif à l'aide de questions ouvertes suivant le guide d'entretien (annexes). Les thèmes fondamentaux à aborder étaient : Quelle est votre définition de la PDSA ? Quelles sont vos motivations ou contraintes ? Quel est votre avis sur le système actuel de PDSA ? Quelles améliorations imagineriez-vous pour le système actuel ? Quelle est votre vision de la structure SOS Médecins ?
- Remerciement (non enregistré).

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données avec un pool total de 29 médecins interrogés. La collecte des données s'est arrêtée lorsque les entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique et entièrement retranscrits et anonymisés par l'impétrant sur logiciel *Microsoft Office Word® 2010*.

L'analyse thématique a consisté en l'extraction et l'isolement des éléments du discours porteurs de sens permettant de dégager les thématiques prépondérantes. Les résultats de l'analyse des verbatims ont été triangulés entre l'étudiant et le directeur de thèse permettant une classification des idées exprimées en plusieurs thèmes.

3) Résultats :

Pour explorer, dans le cadre de cette étude qualitative, les perceptions de la permanence des soins ambulatoires et de la structure SOS Médecins, nous avons réalisé 29 entretiens semi-dirigés chez des médecins généralistes de l'ensemble de la Lorraine, sur l'ensemble des quatre différents départements (Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle et Vosges). Parmi les 45 médecins sollicités, 30 ont répondu favorablement. Sur les 15 qui ont refusé, 8 ont invoqué un manque de temps, 3 ont transmis leur réponse par leur secrétaire et 4 n'étaient pas intéressés par le sujet. Un des vingt-neuf médecins ayant répondu favorablement n'était pas présent le jour du rendez-vous et n'a donc pas été interrogé.

Sur ces 29 médecins interrogés, 10 étaient des femmes.

Concernant leur activité, 11 exerçaient en cabinet seul, 14 étaient en association et 4 médecins travaillaient dans un pôle de santé incluant d'autres spécialités médicales ou paramédicales.

En se référant à la définition de l'Insee⁽³⁸⁾, nous avons pu établir une délimitation de l'exercice rural et urbain. Sur les 29 médecins, 14 exerçaient en milieu rural, 5 en milieu urbain et 10 en milieu

semi-rural. L'ensemble des caractéristiques socio-démographiques des participants sont décrites dans le tableau suivant.

Entretien	Age	Sexe	Exercice	Mode
E1	47	F	Association	Rural
E2	61	M	Association	Semi-rural
E3	48	M	Seul	Semi-rural
E4	36	M	Association	Urbain
E5	58	M	Seul	Rural
E6	51	M	Seul	Urbain
E7	34	M	Pôle de santé. Seul médecin	Rural
E8	48	M	Seul	Semi-rural
E9	31	F	Association	Urbain
E10	46	F	Seule	Semi-rural
E11	49	M	Association	Urbain
E12	34	F	Association	Urbain
E13	54	M	Association	Semi-rural
E14	58	M	Association	Rural
E15	61	M	Association	Rural
E16	62	F	Pôle de santé.Seule médecin	Rural
E17	50	M	Seul	Rural
E18	48	M	Seul	Rural
E19	72	M	Seul	Rural
E20	56	F	Association	Rural
E21	57	M	Association	Rural
E22	48	M	Pôle de santé	Rural
E23	46	M	Pôle de santé	Rural
E24	42	F	Seule	Semi-rural
E25	58	F	Seule	Semi-rural
E26	62	F	Association	Semi-rural
E27	54	M	Association	Semi-rural
E28	50	M	Seul	Rural
E29	29	F	Association	Semi-rural

La durée moyenne des entretiens était de 16 minutes (de 9 minutes à 30 minutes). Ils ont été intégralement retranscrits et des citations ont été choisies pour illustrer les thématiques exprimées.

Afin de respecter l'anonymat, les citations des verbatims des participants sont identifiées par le numéro d'entretien E x, puis par le numéro de ligne dans l'entretien retranscrit E x L x.

L'analyse des entretiens décrite ci-dessus nous a permis de mettre en avant plusieurs thèmes :

- La représentation de la PDSA.
- Les raisons qui motivent les médecins pour la PDSA et les difficultés qui les ont fait arrêter.
- Leur ressenti concernant le système actuel de PDSA.
- Les moyens d'amélioration du système actuel de PDSA.
- Leur perception du rôle de SOS Médecins dans le système actuel de PDSA.

A. La représentation de la PDSA

La Permanence Des Soins Ambulatoires chez les médecins interrogés apparaît comme un système essentiel pour assurer l'absence du médecin traitant. Ils mettent en avant le terme de permanence comme un symbole de durée et d'ininteruption :

« [...] *c'est ce qui permet aux patients de...d'être entendu quand on n'est pas là* » (E2 , L159), « *Il ne faut pas que le...téléphone d'un médecin sonne dans le vide* » (E11,L1017-1018), « [...] *que tout patient ait accès à un médecin généraliste au moins pour l'orienter à toute heure du jour et de la nuit* » (E19,L1992-1993).

Elle représente également le caractère urgent des soins qu'un médecin est à-même d'offrir à la population. La majorité des soins réalisés pendant les heures de PDSA sont effectivement des soins à caractère urgent, soit parce que la pathologie s'est déclarée en dehors des heures d'ouverture du cabinet, soit qu'elle s'est compliquée. Pour les médecins généralistes interrogés, les soins en PDSA sont donc vus comme des soins urgents et nécessaires : « *C'est assurer si possible soit en cabinet médical soit sur place pour les gens qui ne peuvent pas se déplacer de leur domicile, les soins heu...urgents, nécessaires* » (E1,L16-17).

Pour la majorité, la PDSA est un service de disponibilité et d'accessibilité. Que l'on soit en milieu rural ou urbain, que l'on soit avec des patients autonomes ou non, il est évident pour les médecins interrogés que le service rendu à la population doit-être égalitaire même s'il existe des difficultés selon les zones étudiées. Tous les patients ou appels de patients doivent donc être traités de manière équitable : « [...] *d'avoir quand même une réponse à un problème* » (E3,L303), « [...] *des conditions d'accès acceptables en terme de disponibilité et de distances* » (E4,L370-371), « *La permanence des soins, pour moi, c'est permanence comme on dit, c'est-à-dire qu'il y a toujours accès aux soins, quelque soit l'endroit, quelque soit la période [...]*(E17,L1875-1877).

Si l'on analyse plus précisément le discours des médecins questionnés, la PDSA n'est pas seulement un système de soins urgents et de prise en charge hors cabinet. Pour beaucoup de médecins, il s'agit d'assurer une continuité des soins : « *C'est de permettre une continuité des soins pour les personnes bah...la nuit et les jours fériés quand les cabinets médicaux sont fermés.* » (E9,L834-835), « *Bah, c'est le suivi du patient.* » (E16,L1768), « *La PDS, bah c'est la continuité des soins pour la population, assurée en parti par les médecins généralistes libéraux dans le cadre d'un service de garde.* » (E27,L2860-2861). Les médecins généralistes sont soulagés de savoir que leurs propres patients seront pris en charge en cas de problème. La continuité des soins en cas de pathologies graves est donc assurée. Ce travail est notamment mis en avant par une confraternité et une entre-aide qu'il leur est important de souligner : « *C'est la disponibilité 24h/24, 7j/7, en association avec d'autres confrères.* » (E14,L1473), « *On libérait nos confrères de la charge, en fait on partageait cette charge*

là. » (E16,L1784-1785), « Pour nous médecins, c'est s'organiser pour que cette PDS existe. » (E24,L2524). Le contraste avec le passé est essentiel ici car auparavant, chaque médecin était de garde pour sa propre patientèle. La PDSA est aujourd'hui transformée en un système global, partagé.

Pour deux médecins, la PDSA est perçue comme un système d'obligation où le volontariat proposé par le gouvernement n'est qu'un voile : « Je pense que...et bien c'est qu'on est taillable et corvéable à merci. » (E20,L2109). Le médecin subit les pressions du gouvernement et des instances politiques de santé afin d'assurer une offre de soins à la population. La notion de service rendu à la population est ici supplantée par le poids que représente la PDSA dans un emploi du temps de médecin généraliste déjà bien chargé.

B. La participation à la PDSA

a. Motivations des médecins généralistes :

❖ *Une éthique médicale :*

La plupart des médecins interrogés mettent en avant la notion d'éthique personnelle. La participation à la PDSA fait partie intégrante du métier de médecin généraliste selon eux et ils se réfèrent pour la plupart à leur serment d'Hippocrate ⁽³⁹⁾ qu'ils ont un jour prononcé pour acquérir le grade de Docteur : « En soi, c'est une nécessité. Il faut un minimum de déontologie » (E11,L1087), « Parce que je trouve que c'est essentiel pour les gens. » (E17,L1889), « C'est nécessaire, ça fait partie de mon métier, c'est un service à rendre au patient. », (E22,L2281-2282), « Je savais qu'en passant ma thèse je ferai des gardes, j'aurai des week-ends de garde, etc. » (E25,L2708), « Moi je pense que ça fait partie de ma déontologie [...] » (E28,L2950). Faire des gardes est donc une part du travail du médecin généraliste tout comme les heures passées au cabinet.

❖ *Allègement des gardes :*

Avec le système de régulation et l'organisation par secteur des gardes, la charge de travail est bien moins importante qu'auparavant. Dans les entretiens, il ressort que les gardes sont beaucoup moins fréquentes et beaucoup moins lourdes : « Nous sommes nettement moins dérangés » (E1,L29-30), « C'est tout à fait viable par rapport à ce que j'ai connu il y a trente ans. » (E14,L1505), « On fait très peu de gardes maintenant. » (E15,L1677). Le système de régulation est perçu comme un atout majeur de la PDSA. Il a permis d'éviter les abus des patients, d'améliorer les soins apportés aux patients, de diminuer la fatigue des médecins effecteurs : « Donc Medigarde nous a bien soulagé quand même » (E1,L33), « J'ai connu les appels intempestifs et inutiles » (E8,L765), « A l'époque, on était appelé pour tout et pour rien. » (E13,L1344-1345).

❖ *Une prise en charge rapide :*

La vision éthique de la PDSA va de paire avec une notion d'urgence et de service rendu : « *C'est une mission de service public.* » (E17,L1889). Les médecins participant à la PDSA diversifient leur activité de cabinet par une part d'urgence. Il est vrai que les visites urgentes peuvent avoir lieu en journée lorsque la situation d'un patient le nécessite mais les médecins reconnaissent que les visites de nuit présentent un caractère plus grave dans la majorité des cas : « *C'est une certaine éthique de la médecine [...] et un intérêt pour l'urgence* » (E8,L742).

Le médecin de garde doit répondre aux appels qui lui sont passés par le système de régulation. La prise en charge précoce des pathologies rencontrées permet de diminuer la gravité de certains symptômes voire d'éventuelles complications : « *[...] prendre en charge les choses bien plus précocement que si on les laisse évoluer avant que ça ne devienne de vraies urgences* » (E3,L286-288) et la présence d'un médecin sur place est vue comme un avantage par le médecin généraliste pour faire le point sur la situation. Gérer une PDSA essentiellement par des avis téléphoniques est une chose impossible selon eux : « *C'est difficile à dire parce que la PDS, ça repose forcément sur de l'humain.* » (E11,L1156). La régulation est donc utile mais le SAMU a besoin des effecteurs sur le terrain afin d'évaluer la nécessité d'une aide médicale urgente ou non, dans la conception des médecins interrogés.

❖ *L'intérêt financier :*

Depuis la modification du système de garde, une prise en charge financière des astreintes de PDSA a été effectuée par l'ARS. Chaque médecin reçoit après s'être inscrit sur le tableau de garde, une rémunération correspondant aux horaires de PDSA qu'il a effectués. Ces compensations financières sont un atout majeur du dispositif actuel et motivent les médecins, notamment jeunes installés, à participer à cette PDSA : « *Mais moi j'en ai repris pour compléter mon activité.* » (E9,L843-844), « *Les astreintes, elles sont rémunérées.* » (E14,L1606), « *C'est sûr que financièrement c'était plus avantageux.* » (E29,L3043). Ce financement n'existait pas dans l'ancien système de garde. Les jeunes installés aujourd'hui ne bénéficient pas d'une patientèle forcément suffisante et se motivent donc à participer aux gardes, à visée lucrative en premier lieu, mais leur motivation est également professionnelle pour se faire connaître parmi la population : « *[...] c'était aussi intéressant pour moi personnellement de me faire connaître* » (E19,L2011-2012).

❖ *La diversité des modes de participation :*

Participer aux gardes ne signifie pas seulement faire des visites chez les patients. Les médecins mettent en avant les divers degrés possibles de participation. Être médecin effecteur est la partie la plus importante mais un médecin fait de la PDSA s'il régule par exemple au service de Medigarde, s'il est médecin correspondant SAMU par conséquent équipé pour tout type d'intervention, etc. : « *Je suis*

médecin attaché au SAMU puisque j'ai tout le matériel. » (E8,L722). Cette activité diversifiée est un gage d'équilibre professionnel d'après certains d'entre eux.

b. Contraintes des médecins généralistes :

Sur les vingt-neuf médecins interrogés, seuls deux d'entre eux ne participent plus au tour de garde, l'un est exempté par rapport à son âge, l'autre parce qu'il avait été la cible de tirs par balle au cours d'une garde de nuit. La décision d'arrêter la PDSA est souvent le fruit d'une longue réflexion et doit-être validée par le conseil de l'Ordre des Médecins. L'évolution de la PDSA fait naître chez les médecins interrogés des doutes quant à leur motivation. Nous allons détailler les contraintes perçues par ces médecins.

❖ *La PDSA est une obligation :*

Depuis la présentation du nouveau cahier des charges, la PDSA est basée sur le principe du volontariat. Ce principe ne semble pas entièrement respecté aux yeux des confrères interrogés et la PDSA apparaît comme une tâche, une véritable contrainte. En effet, la participation aux gardes de nuit profonde respecte le volontariat, « *La PDS est toujours théoriquement fondée sur le volontariat.* » (E22,L2269-2270), mais les médecins précisent que pour la première partie de nuit, leur nom est automatiquement placé sur le tableau de garde : « *[...] la PDS comme toujours, c'était obligatoire.* » (E11,L992-993), « *J'ai toujours considéré que la PDS...je vivais ça comme une contrainte, comme une obligation.* » (E11,L1217-1218), « *C'est du volontariat, mais si tu n'es pas volontaire, on te met d'office sur la feuille.* » (E20,L2121-2122). Les médecins doivent donc participer au tour de garde de PDSA car ils savent qu'ils seront réquisitionnés s'ils ne s'inscrivent pas « *[...] soit je trouve quelqu'un, soit je suis réquisitionnée. Je n'ai pas le choix sur le volontariat.* » (E24,L2544-2545). Avant le cahier des charges d'avril 2012, plus de 50% des médecins de garde sur la Meuse étaient réquisitionnés. En 2013, il n'y a quasiment pas eu de réquisitions sur ce département.

❖ *Les contraintes physiques :*

Les contraintes d'ordre physique sont liées à l'âge du médecin. Le conseil d'Etat stipule cependant que l'âge n'est pas une contre-indication en soi à la réalisation de gardes. Un médecin peut cependant être exempté pour raison médicale. S'il n'y a pas suffisamment de médecins sur le secteur, et que le médecin n'est pas exempté, il devra poursuivre les gardes. L'âge apparaît comme un facteur limitant la participation à la PDSA car les capacités de récupération sont amoindries : « *J'approche de la retraite* » (E2,L177), « *Il y a tout d'abord le problème je dirai, physiologique* » (E10,L928), « *[...] d'autre part parce que ça ne me permet plus d'espérer récupérer [...]* » (E22,L2296).

D'autre part, les médecins généralistes interrogés mettent en avant la charge de travail. Ils ont une activité quotidienne au cabinet et en visite d'une durée qui oscille entre neuf et treize heures en

moyenne pour ceux interrogés. La PDSA implique une activité nocturne épisodique supplémentaire qui tend à dérégler l'horloge biologique humaine. De plus les médecins libéraux n'ont pas de repos compensateur le lendemain. La fatigue accumulée apparaît donc comme un frein pour ces médecins : « *Travailler la nuit bien sûr, c'est une horreur* » (E1,L59), « [...] *je commence à avoir du mal à sortir la nuit et à [...] à travailler de façon correcte le lendemain et le surlendemain on va dire* » (E1,L60-61), « *Voilà je trouve que le travail en semaine suffit...suffit largement* » (E2,L172-173), « *J'ai stoppé ma participation à toute la PDS parce que j'estime que c'est difficile de travailler à la fois les week-ends, la nuit et travailler encore...* » (E13,L1323-1325).

❖ *La PDSA, un facteur de stress :*

A la charge de travail, vient s'ajouter la notion de stress. Au cours des entretiens, certains médecins ont mis en avant la tension nerveuse qui apparaît au moment de débiter une garde. Elle est fondée sur deux éléments principaux : les appels sont dorénavant régulés, et les médecins sont beaucoup moins dérangés ce qui permet d'avoir des gardes relativement calmes. Mais ils doivent-êtr constamment joignables : « [...] *j'ai toujours l'angoisse du téléphone.* » (E28,L2953). Soigner un malade de nuit n'est pas une chose aisée. Faire une visite à domicile peut rassurer le médecin sur la complexité de la situation. Mais l'évolution du patient n'est pas simple à appréhender et peut générer un stress post-visite difficile à gérer : « *Et s'endormir la conscience pas tranquille* » (E11,L1078-1079).

❖ *Les contraintes familiales :*

La vie professionnelle et la vie de famille participent à l'équilibre personnel et à l'épanouissement d'un être humain. La PDSA et les horaires de garde sont souvent difficiles à concilier avec la gestion familiale notamment en ce qui concerne les horaires de weekend même si la fréquence des gardes a diminué. Ces arguments ont surtout été mis en avant par les femmes-médecins interrogées : « *J'ai des enfants, je suis une femme médecin* » (E1,L54), « *Ça m'est arrivé de les emmener avec moi aussi en journée pour ne pas les laisser seuls* » (E1,L57-58), « *Et mes gardes, je les imposais à ma famille.* » (E11,L1243-1244).

❖ *L'insécurité :*

Sortir la nuit, visiter les patients à leur domicile, gérer des cas d'hospitalisations sous contrainte à domicile sont des situations à proprement parler, à risque. La notion de dangerosité a été mise en avant par trois médecins sur vingt-neuf au cours des entretiens. Un des médecins avait décidé d'arrêter son activité suite à une agression par armes à feu « [...] *qu'on m'a tiré dessus à la vingt-deux* » (E6,L629). Etre une femme apparaît également comme un risque plus important : « [...] *en tant que femme je n'aime pas trop sortir la nuit* » (E9,L846).

C. Le système actuel de PDSA

Le cahier des charges de la PDSA est évalué annuellement par les instances médicales afin de vérifier la mise en place des mesures décidées par les Agences Régionales de Santé. Il nous paraissait essentiel d'interroger les médecins du terrain à propos de leur avis sur le système actuel de PDSA afin de cerner leur vision actuelle du système de garde.

a. Une sectorisation source de faiblesse :

Comme nous l'avons vu précédemment, l'ensemble des quatre départements de Lorraine est découpé en multiples secteurs. Le découpage des secteurs est réalisé par l'ARS et répond à une dynamique d'offre de soins et d'économie de santé. Il existe un véritable clivage urbain/rural au détriment des campagnes. La majorité des médecins généralistes interrogés considèrent ces secteurs comme trop grands en comparaison à leur activité passée : « *C'est un peu ça qui me bloquait aussi pour les gardes, c'est le côté...le côté déplacement en voiture.* » (E2,L183-184), « *On a fait une grève l'année dernière lors du changement du système de PDS parce qu'ils ont rallongé les secteurs de PDS.* » (E22,L2290-2291), « *[...] ça ne répond pas aux exigences de PDS en terme de délai de prise en charge et déplacement [...]* » (E22,L2294-2295). En Lorraine, les secteurs font parfois plus de 50 kilomètres de grand axe, avec par conséquent un délai d'attente et de réponse pour le patient, et des contraintes de fatigue plus importantes pour le médecin. Cela implique également d'intervenir dans des zones non connues par le médecin : « *Pour les médecins, le kilométrage est un désavantage. On intervient sur des terrains qu'on ne connaît plus, sur des patients qu'on ne connaît pas.* » (E23,L2419-2420).

A ces problèmes de sectorisation médicale, vient s'ajouter le problème des gardes de pharmacie qui n'obéissent pas forcément au même découpage que les secteurs des médecins : « *[...] qu'on ne se met pas en accord avec les pharmacies pour la garde.* » (E7,L686), « *Ça veut dire que pour voir un médecin et avoir l'ordonnance, il a fait entre 100 et 150 kilomètres pour une visite, c'est, c'est, c'est délirant quoi.* » (E14,L1541-1542). Les médecins mettent en avant cette dérive d'organisation, et insistent sur le problème des grands secteurs car ce n'est pas seulement un problème de médecin mais cela devient également un problème du patient qui est obligé de faire de longues distances surtout à la campagne. Le problème posé par les pharmacies mérite réflexion car il conditionne la réponse que peut apporter le médecin au patient. En effet, les médecins montrent que la réponse médicale apportée n'est pas forcément suivie par des soins immédiats : « *Donc si on va les voir, on leur fait une ordonnance. Et ils ne se déplaceront pas à la pharmacie pour aller chercher le produit.* » (E21,L2211-2212).

A ces contraintes de distance viennent s'ajouter le problème des infrastructures routières dans les zones rurales : « [...] *mais c'est des secteurs qui deviennent énormes, [...], avec un réseau routier pas top, des moyens au niveau des routes qui ne sont pas énormes en hiver.* » (E24,L2562-2565).

Le découpage des secteurs est donc vu comme problématique pour la majorité des médecins questionnés.

b. L'offre de soins en baisse :

Il existe un vieillissement des médecins en âge d'exercer, et une baisse du volontariat qui sera un problème pour le renouvellement des médecins participant à la PDSA. De plus, les nouveaux jeunes installés ne sont pas forcément motivés pour prendre leur tour de garde. « *Depuis les modifications, on chute tous les ans davantage [...], on doit plutôt être du côté des 40 que des 90% avec un vieillissement de la profession, avec des gens qui, pour des raisons qu'on ne connaît pas, sont dispensés de garde, pour des raisons des fois obscures.* » (E23,L2400-2403). Les médecins font appel aux remplaçants pour réaliser leurs gardes, c'est une démarche qui facilite leur travail quotidien. Ils considèrent que le bon fonctionnement de la PDSA repose aussi sur une bonne entente entre médecins : « *Il y a une très bonne entente. Mais c'est je pense beaucoup dû à la solidarité qu'on a entre nous.* » (E21,L2198-2199). Mais le système n'apparaît pas comme pérenne pour les médecins interrogés.

c. Un manque de formation et de moyens :

Avec le peu de gardes réalisées, il existe un risque pour la pratique médicale, notamment pour les actes urgents (réanimation cardiopulmonaire, etc). Quelques médecins interrogés seraient incapables de réaliser une réanimation cardiorespiratoire selon les recommandations de l'HAS : « *Le gros problème c'est que moins on fait ces actes, moins on sait les faire* » (E8,L746-747), « *On ne sait plus bosser la nuit, ça ne sert à rien qu'on soit de garde.* » (E20,L2131-2132). A ce manque de formation s'ajoute le manque de moyens dont un médecin dispose. Ils sont moindres comparés à avant : « *On ne sert plus du tout à rien depuis qu'on a plus du tout d'échantillon.* » (E20,L2135), « *Il va crever de son OAP parce que je n'ai pas de médicament.* » (E20,L2143).

d. La régulation, un bénéfice mitigé :

La régulation est un des piliers du cahier des charges de la PDSA. Elle a amélioré le confort des médecins de garde sur la prise en charge des appels téléphoniques : « *La régulation par un médecin, ça, ça a été une bonne amélioration.* » (E2,L197-198), « *La régulation est un énorme progrès.* » (E8,L765-766), « [...] *depuis que c'est régulé par Medigarde, c'est super, parce qu'on n'a plus de connerie [...]* » (E20,L2126-2127) « *Et puis la régulation a permis de diminuer sérieusement le nombre d'appels.* » (E27,L2900). 100% des médecins interrogés sont en accord avec

ce système de prise en charge des appels. Elle a permis une prise en charge quantitative et qualitative des appels. Les médecins de garde sortent sur des visites quasiment tout le temps justifiées.

Malgré ces points positifs, la régulation n'est pas source de satisfaction si l'on se place du côté des patients. Les médecins ont bien souvent des retours négatifs en ce qui concerne les appels passés par leurs patients: « *Déjà les gens ont du mal à joindre Medigarde* » (E1,L41) « [...] *ils se sentent moins en sécurité* » (E1,L42) « [...] *bah voilà, on peut mourir le week-end il n'y a jamais personne* » (E1,L46-47), « [...] *qu'on les empêche de voir un docteur et ils ont l'impression qu'ils doivent passer un sas pour accéder à des soins.* » (E22,L2317-2318). Les patients se sentent filtrés et sélectionnés. C'est un écueil ressenti par la population et qui en pousse de nombreux à venir consulter aux urgences pour des problèmes médicaux non justifiés. Les services d'urgence se retrouvent ainsi encombrés.

e. Un recours aux urgences excessif :

Les médecins interrogés trouvent que les patients utilisent de façon excessive les urgences comme service d'accès aux soins. C'est un problème d'éducation du patient et qui fait souffrir le système actuel de PDSA : « *De toute façon, les gens qui passent par Medigarde et qui ne sont pas forcément satisfaits de la réponse qu'on leur donne en terme d'accessibilité aux soins, je pense que voilà, s'ils sont inquiets ou s'ils ont envie d'une réponse, ils terminent aux urgences quoiqu'il arrive.* » (E4,L469-472), « *Organiser tout le secteur de santé autour des urgences, c'est une erreur monumentale. C'est une erreur monumentale parce que ça coûte plus cher.* » (E16,L1851-1853) « *Je pense que c'est en pleine mutation et le problème de la mutation fait que ça va encombrer les urgences, [...]* » (E26,L2817-2818). Les services d'urgence des hôpitaux sont déjà saturés et débordés et l'évolution actuelle du système de garde va tendre à fragiliser cet équilibre instable : « *Tout reporter sur l'hôpital alors que les problèmes des hôpitaux ne sont pas réglés en interne, je ne vois pas l'intérêt. Je trouve ça idiot.* » (E29,L3190-3191).

f. Le rôle des tutelles :

Le système de PDSA est organisé par l'ARS qui se doit de répondre aux demandes et aux attentes du ministère de la Santé. Les médecins qui font les gardes, connaissent le terrain et les problématiques posées par ce dernier. Ils pensent qu'il existe un déséquilibre entre le monde politique et les véritables problèmes posés par les organisations locales : « *Vous savez, on n'organise pas un service public avec un bâton.* » (E14,L1516), « *Mais si vous voulez imposer un système, imaginé en haut et plaqué en bas à des professionnels, ça ne marchera pas.* » (E14,L1582-1583). Ils insistent sur le manque de communication de l'ARS, « *Nous, on n'est pas au courant comme d'habitude.* » (E28,L2967) et critiquent une vision économique de la PDSA : « *Donc l'ARS ne s'adaptera pas aux éléments de terrain. Son but est de diminuer les dépenses de santé.* » (E28,L3008-3009).

D. Perceptions des améliorations possibles du système de PDSA

a. Mettre en place des nouveaux systèmes de garde :

Les difficultés rapportées par les médecins généralistes lors des visites sont nombreuses. Il existe des possibilités d'amélioration notamment sur les acteurs et la façon de prendre en charge les patients. Leur vision repose sur les nouveaux système de garde comme les Maisons Médicales de Garde (MMG) qu'il faut soutenir et développer sur le territoire : « [...] *quand on est dans un lieu médicalisé, c'est quand même plus pratique que quand on est moitié penché sur un canapé* » (E2,L218-219).

Les médecins actifs en PDSA réfléchissent en termes de dépenses de santé. Un système de télémédecine serait utile pour éviter le déplacement du médecin ou d'une équipe d'intervention notamment en maison de retraite ou en EHPAD : « *La télémédecine, elle permettrait quand même, à mon avis, de diminuer les coûts.* » (E14,L1525).

A côté de ces moyens techniques, les médecins insistent sur l'importance du diagnostic au chevet du patient. Aucune aide technique ne peut remplacer la présence humaine lorsqu'il s'agit de diagnostic. Une formation plus poussée dans la prise en charge des urgences et la gestion du travail nocturne est indispensable : « *Quelqu'un qui est briefé, qui se forme, qui devient spécialiste de la PDS* » (E3,L315-316). Selon eux, un partage des tâches avec des équipes destinées à la PDSA permettrait de diminuer la charge de travail des médecins généralistes : « [...] *je pense que les médecins généralistes [...] ne devraient pas avoir à assurer les permanences après minuit, déjà. De minuit à sept heures du matin [...] un service d'urgence peut-être SOS Médecins* » (E1,L79-82), « *Idéalement c'est sûr qu'un système type SOS Médecins, ça permettrait quand même de nous dégager un peu des gardes* » (E7,L693-694), « *J'estime qu'on ne peut pas être performant jour et nuit, c'est impossible* » (E10,L952), « *Le système idéal ce serait qu'un groupe de médecins qui soient exclusivement des médecins urgentistes, enfin pas vraiment urgentistes mais qui s'occupent de cette part là des soins, comme SOS Médecins en fait.* » (E26,L2831-2833). Une structure type SOS Médecins gérant la PDSA est une solution proposée par les médecins traitants interrogés.

b. Privilégier la réassurance :

Le service de garde est un service d'intérêt général. Il faut maintenir une réponse adaptée à la population. La visite du médecin d'astreinte est vue non seulement comme une réponse à un problème de santé mais aussi et surtout comme un moyen de rassurer la personne malade. Cela est vrai surtout dans les cas de pédiatrie, chez les enfants en bas âge ou nourrissons : « [...] *et les parents restent dans l'angoisse jusqu'au lendemain matin savoir ce qu'a leur enfant* » (E4,L423-424), « [...] *les gens aiment bien quand ils appellent, qu'un médecin se déplace.* » (E13,L1378-1379).

c. Education thérapeutique :

La perception des médecins est tranchée concernant le recours au service d'urgence ou de garde. Les populations sont insuffisamment informées et formées. Elles participent indirectement à l'augmentation des dépenses de santé notamment lorsqu'elles ont recours de façon abusive au service d'urgence des hôpitaux : « [...] *souvent ça peut attendre le lendemain* » (E9,L847), « *Mais informer les gens sur la réalité de l'urgence, sur l'urgence ressentie, sur l'urgence réelle, sur tout ça, je pense que ça serait bénéfique si on communique davantage.* » (E23,L2453-2455). C'est à chaque médecin généraliste qu'incombe la tâche d'éduquer sa patientèle pour utiliser Medigarde ou le 15 à bon escient et écouter les recommandations des régulateurs.

d. Communication entre professionnels :

La médecine est aujourd'hui un art partagé entre généralistes et spécialistes où chacun trouve sa place dans la prise en charge des patients. La PDSA fait également partie de ce partage de tâches. Un médecin de garde sait qu'il interviendra pour d'autres patients que les siens. Les médecins en entretien soulignent l'importance du partage des informations et trouvent que cela reste insuffisant. Il est nécessaire pour la continuité des soins, notamment dans le cadre de patients polyopathologiques, d'assurer une communication entre professionnels de santé, soit par l'intermédiaire d'un coup de téléphone, d'un courrier, ou tout autre moyen assurant un secret médical des informations : « *Ce qui compte c'est l'échange des données.* » (E14,L1556), « [...] *d'améliorer systématiquement l'information entre nous* » (E19,L2049).

e. La baisse du volontariat :

Les tableaux de garde en ville sont remplis de façon constante car la démographie médicale y est importante et les secteurs plus petits qu'en campagne. Le nombre de médecins volontaires est d'ailleurs trop important pour que tous soient notés sur le tableau de façon régulière. En campagne, le constat est différent, les médecins doivent faire face à une diminution des médecins, chose inquiétante pour l'avenir de la PDSA : « *On n'a plus assez de confrères pour assurer les gardes. Les patients sont tout à fait défavorisés de ce fait là.* » (E15,L1712-1713), « *Ça reste compliqué en milieu rural.* » (E16,L1823), « *Le problème c'est le vieillissement et la démographie médicale en baisse qui sont importants et génèrent donc des problèmes.* » (E24,L2556-2557). Cela est observé dans les campagnes des quatre départements lorrains.

Certains médecins ne s'intéressent plus à la PDSA, probablement en raison d'une lassitude : « *Ce n'est plus mon problème, je prends ma retraite l'année prochaine.* » (E16,L1825). D'autres éprouvent un désintéressement vis-à-vis du système de garde : « *Il y a un déséquilibre maintenant,*

entre ceux qui bossent, ceux qui bossent moins, au niveau astreinte, garde tout ça. »(E22,L2228-2229). Ces paramètres fragilisent les inégalités du système de PDSA.

Le futur de la PDSA n'est pas assuré aujourd'hui. Les médecins considèrent que : « *Pour que le système soit pérenne, il faut qu'il soit attractif, et pas seulement financièrement, il faut qu'il soit attractif de façon viable.* » (E23,L2445-2446).

E. Perception du rôle de SOS Médecins dans la PDSA :

a. SOS Médecins est mal connu localement :

SOS Médecins 54 est une structure peu connue hors de Nancy. La renommée nationale de SOS Médecins est connue au travers du nom, mais les médecins généralistes interrogés ne sont pas au courant du mode de fonctionnement précis de la structure, des différents services proposés, de l'organisation interne, etc. « *Non. Non. J'en ai entendu parler, je crois qu'ils font ça sur Nancy* » (E1,L93). Certains médecins pensent que SOS Médecins est basé sur Nancy pour une intervention sur le secteur nord : « *Dans la réalité, il est parfois à Nancy.* » (E14,L1624). Ces éléments traduisent un manque de connaissance des médecins généralistes lorrains actuels.

b. Des médecins formés et équipés :

Aux yeux de leurs confrères, les médecins de la structure sont équipés de moyens diagnostiques et thérapeutiques performants : « *[...] déjà ils sont équipés* » (E2,L248), « *[...] ces médecins se déplacent à domicile et qu'ils sont capables de faire pas mal de choses d'un point de vue technique.* » (E29,L3137-3138).

Les médecins généralistes interrogés se sentent moins performants pour gérer les urgences : « *J'ai encore un avantage sur cette organisation, c'est que les gens qui ne font que ça ce sont des gens qui sont mieux formés que nous à l'urgence.* » (E22,L2359-2360), « *[...] on n'est plus trop rôdé pour les urgences* » (E2,L250), « *[...] plus performants que nous* » (E2,L252). Dans leur vision des choses, SOS Médecins est donc mieux formé pour les urgences de la PDSA.

c. Une disponibilité rapide :

La structure essaie d'assurer un service rapide et efficace. Les médecins reconnaissent une rapidité d'action de la part de ces médecins : « [...] *pouvoir intervenir rapidement* » (E2,L253), « [...] *ils se déplacent très facilement.* » (E4,L521), et leur facilité d'intervention notamment en journée alors que le médecin généraliste doit gérer son cabinet.

d. Un service rendu important :

❖ *Diminution de la charge de travail des médecins* :

Les médecins généralistes ont une vision positive de l'action de SOS Médecins, principalement en ville. Ils doivent gérer un cabinet au quotidien avec la charge des patients, les rendez-vous successifs, etc. : « *Pour les patients, ce serait un avantage indéniable même si ce n'est pas leur médecin traitant, et nous cela nous permettrait de nous focaliser sur les journées de travail.* » (E20,L2172-2174), « [...] *qu'il y a vingt personnes dans la salle d'attente soit quand on est obligé de sortir plus d'une heure...c'est ingérable* » (E2,L264-265). Pouvoir se focaliser sur les actes au cabinet leur paraît donc primordial. Les médecins de ville apprécient beaucoup cette aide.

Ils ne se sentent pas lésés en termes de quantité de travail : « *Ils ne gèrent que les urgences donc ce serait un avantage. Ils ne prennent pas notre place.* » (E12,L1295), « *C'est un très bon intermédiaire entre l'hôpital, les services d'urgence et le médecin généraliste qui le plus souvent gère les urgences comme il peut, [...]* » (E27,L2909-2911).

❖ *Solution à la pénurie de médecins* :

La gestion des gardes par SOS Médecins obéit au même tableau ordinal que les médecins généralistes lorrains. Les médecins interrogés estiment que la gestion des gardes par SOS Médecins n'occasionne aucun problème d'effectif sur le terrain : « *Et là de fait, qu'il y ait un médecin qui se propose pour faire toutes les nuits, ça a complètement épuré, solutionné la PDS* » (E3,L338-339), « [...] *s'il n'y a plus de jeunes [...] une solution adéquate* » (E19,L2087-2088). La pénurie de médecins est vue comme un véritable problème d'avenir : « *SOS Médecins pourrait gérer la PDS. Oui pourquoi pas. Après si aucun médecin ne veut faire sa PDS, on sera obligé d'avoir recours à une structure parce que je serai peut-être la seule et unique à vouloir faire mes gardes et je ne pourrai pas tout assumer.* » (E25,L2765-2767)

❖ *Rôle bénéfique auprès de la population* :

Les médecins généralistes trouvent que la structure SOS Médecins offre un service de qualité aux patients. Ils considèrent que c'est un travail complémentaire de leur propre activité : « [...] *ils seraient plus rassurés* » (E1,L116), et perçoivent l'activité comme sécurisante : « *Je pense qu'il y a*

une part dans l'intervention de SOS Médecins qui tient au confort pour le patient c'est-à-dire ne pas se déplacer, ne pas attendre dans une salle d'attente, et en matière de pédiatrie, la réponse immédiate, l'angoisse, [...] » (E10,L975-977).

e. Problèmes perçus par les médecins généralistes :

❖ *Obligation de communication :*

Si les médecins interrogés bénéficiaient de l'appui d'une structure SOS Médecins dans leurs localités, ils souhaiteraient avoir un retour des informations, des examens cliniques réalisés, et du traitement prescrit. La communication entre professionnels est nécessaire. Les médecins insistent sur la nécessité de ces dialogues pour la prise en charge de leur patient notamment lors de cas compliqués : « [...] s'il y a une bonne...comment dire...un bon transfert d'informations, ça ne peut-être que bénéfique au bout du compte » (E19,L2078), « [...] sous réserve que je puisse être informé de ce qui s'est passé. » (E22,L2340), « A l'inverse, c'est bien qu'on soit prévenu quand il s'est passé quelque chose quelque soit la forme d'ailleurs. » (E22,L2345-2346).

❖ *Les modalités d'intervention :*

SOS Médecins gère les visites de la PDSA et s'occupe également des visites en continuité des soins en journée ou des urgences qui ne peuvent-être réalisées par les médecins généralistes. Les médecins ne bénéficiant pas d'une structure similaire proche ont une vision positive de la chose si une implantation devait se faire, dans les grandes villes comme Metz ou Epinal : « Je pense que la structure pourrait quand même s'implanter ici, ou que Nancy étende sa couverture de garde. » (E26,L2848-2849). Ils replacent le médecin généraliste au centre de la prise en charge des patients, « Avec SOS médecins, on ne peut pas se substituer à un médecin traitant. » (E7,L711) et précisent que SOS Médecins ne doit pas être considéré comme un remplaçant : « [...] la journée, ça me gênerait. Je pense que la première chose que doit faire un médecin généraliste, c'est bien connaître ses patients, c'est-être disponible. » (E15,L1720). Il est important de noter une appréhension chez certains médecins qui reprocheraient à SOS Médecins une perte de clientèle : « J'imagine qu'il y a quelques années beaucoup de médecins généralistes auraient vu un empiètement sur leurs prérogatives. Aujourd'hui, je pense que tous les médecins généralistes libéraux ont suffisamment de travail. Ce n'est plus un problème. Les services de SOS Médecins n'assurent pas le suivi de clientèle. Ils font le lien entre la journée de travail des médecins généralistes et leur journée du lendemain. » (E27,L2913-2917). Les médecins rappellent l'importance de travailler en complémentarité, dans la confraternité : « Il ne faut pas que la prise en charge de l'un empiète sur celle de l'autre. En termes de confraternité, ça doit pouvoir se faire. » (E29,L3155-3156), « Oui je pense qu'on peut imbriquer ce système actuellement, faire de ce système un choix, et faire que les gens qui préfèrent travailler la nuit le fassent. Mais il faut que ça s'intègre dans une façon de travailler globale. » (E24,L2656-2658).

Quelques médecins craignent une régulation abusive et une augmentation des dépenses de santé liées aux interventions de SOS Médecins : « *Après dans tout ça, il faut parler aussi du coût, de ce que toute cette régul'... Est-ce qu'il n'y a pas dans SOS Médecins qui est un système purement libéral, peut-être probablement une dérive quant au nombre d'actes qui ne sont pas forcément toujours justifiés ?* » (E13,L1419-1421), « *Ce que je redoute toujours dans les systèmes privés, c'est le côté lucratif de la chose.* » (E22,L2347). Ils se méfient du côté consommateur des patients : « *Si c'est utilisé par les patients comme quelque chose de ponctuel quand le médecin n'est pas joignable, oui* » (E6,L655-656) et insistent sur la notion « d'urgence » : « *Il faut que ça reste dans le cadre de « l'urgence » quoi* » (E6,L657-658). L'éducation du patient est perçue comme primordiale par ces médecins : « *Je pense que le système peut-être intéressant mais méfions-nous de ne pas offrir encore à la population une augmentation de soins qu'elle pourrait différer à un autre moment.* » (E24,L2641-2642).

❖ *Les problèmes confraternels :*

Les médecins interrogés ne présentent pas de conflit d'intérêt avec SOS Médecins. Il leur semble cependant que les instances médicales comme l'Ordre des Médecins, et les syndicats ne sont pas forcément en accord avec ce type d'activité : « *[...] j'aimerais qu'une structure comme SOS Médecins s'instaure ici mais je ne suis pas sûr que mes collègues soient d'accord* » (E1,L121-122), « *[...] les syndicats de médecins, ont toujours fait une action, d'ailleurs c'était à l'origine de la première organisation de système de garde, c'était pour que SOS Médecins ne s'implante pas ici. Mais moi je n'ai rien contre, au contraire.* » (E2,L242-245). Malgré l'augmentation de la charge de travail des médecins et la pénurie de nouveaux installés, l'activité SOS Médecins est perçue comme critiquée : « *J'estime qu'aujourd'hui au niveau médical, il y a du boulot pour tout le monde. Mais il y a des gens qui sont assez pointilleux.* » (E13,L1445-1446).

F. Synthèse :

De façon générale, les médecins interrogés considèrent la Permanence des Soins Ambulatoires comme une mission de service public essentielle. La PDSA est affiliée à l'urgence mais s'inscrit dans un contexte de continuité des soins dont elle ne peut se dédoubler. La PDSA doit-être assurée pour l'ensemble de la population et accessible de façon équivalente.

Les raisons de l'implication des médecins généralistes dans ce domaine sont dominées par l'esprit d'éthique du médecin considéré comme faisant partie intégrante du métier, mais aussi la diminution de la lourdeur des gardes de PDSA. Ils mettent également en avant l'intérêt financier que présentent les astreintes de PDSA comparativement au passé.

En miroir de ces éléments positifs, on observe une faible non participation au système de garde chez les médecins interrogés. Les raisons de la faible participation à la PDSA sont la fatigue physique, le stress des gardes, les contraintes familiales. A ces éléments viennent s'ajouter la baisse progressive du volontariat ainsi qu'une notion d'insécurité mise en avant par deux médecins.

Concernant le système actuel, les entretiens mettent en évidence un clivage urbain/rural notamment dû, au problème de sectorisation qui occasionne de très grands secteurs dans les campagnes, à la disponibilité des pharmacies sur les secteurs ruraux, et enfin aux infrastructures routières qui ne sont pas les plus faciles en campagne. Ce clivage est renforcé par une diminution du nombre de médecins volontaires en campagne alors qu'en ville, il n'y a pas ce problème de pénurie. Le système de PDSA est renforcé par une régulation qui semble efficace aux yeux de la majorité des médecins interrogés même si les retours des patients ne sont pas perçus comme positifs, et tendent à influencer leur consommation de soins notamment par un recours aux urgences trop fréquent pour des problèmes qui ne le nécessitent pas.

Au sein de ce système, les médecins pensent ne pas être assez formés et équipés pour gérer les situations complexes de la PDSA.

Plusieurs pistes d'amélioration ont été proposées : en premier lieu, il leur paraît important de favoriser des modes de garde différents : en Maisons Médicales de Garde notamment, ou dans des points fixes, ou encore de mettre en place des modalités techniques certes complexes mais à coût moindre comme la télé-médecine. Ils privilégient également des structures dédiées comme SOS Médecins comme socle organisationnel de la PDSA en évitant de tout faire reposer sur le médecin traitant ou généraliste. Il faut que le système devienne plus attractif et viable. Parallèlement à ces dispositifs, le recours au système de PDSA par les patients passe par une éducation thérapeutique mieux dispensée et plus précise dans un but économique et logique : c'est un objectif primordial pour les médecins. Enfin, il faut insister sur la nécessaire communication des informations qu'elle soit entre libéraux et hospitaliers ou entre médecin de garde et médecins généralistes afin d'optimiser la prise en charge des patients.

La structure SOS Médecins apparaît comme mal connue en dehors du grand Nancy. Les médecins interrogés considèrent que les médecins SOS sont mieux préparés à l'urgence et qu'ils disposent de moyens diagnostiques et thérapeutiques plus importants. Leur rapidité d'action est mise en avant ainsi que le service rendu à la population et aux médecins. Ils permettent de diminuer la charge de travail des médecins en cabinet. Ils évitent les pénuries de médecins pour la couverture des gardes notamment dans les secteurs éloignés de Nancy. Leur action semble donc bénéfique mais les médecins émettent des doutes quant à une régulation moins stricte des appels de PDSA, et une vision trop lucrative des actes médicaux. Les relations entre SOS Médecins et les instances médicales comme l'Ordre, l'URPS, etc. sont perçues comme tendues.

4) *Discussion* :

A. Justification du choix de la méthode

La méthode qualitative nous a semblé la plus pertinente pour notre étude car nous abordions un domaine dans lequel peu de travaux semblent avoir été réalisés. L'objectif était d'identifier les perceptions de la PDSA par les médecins généralistes pour comprendre l'évolution actuelle du système de garde, et la place occupée par SOS Médecins au sein de cette PDSA. L'approche qualitative par entretien nous a semblé la méthode la plus appropriée pour réaliser ce travail, l'entretien permettant la création d'un discours et d'une interaction par opposition au questionnaire. Elle nous a permis d'explorer l'expérience vécue par les médecins à propos de la PDSA. Notre échantillon, bien qu'il soit diversifié, comporte majoritairement des médecins âgés de plus de quarante ans : c'est un critère représentatif des médecins généralistes français⁽³⁴⁾.

B. Limites de l'étude

Nous avons réalisé des entretiens individuels semi-dirigés pour interroger les médecins afin d'étudier les représentations individuelles. La difficulté principale était d'adopter une attitude non directive et de maîtriser nos propres réactions pour ne pas influencer le discours des médecins. Au cours des entretiens, c'est l'étudiant qui a assumé le rôle d'interviewer et d'observateur, limitant essentiellement l'observation à l'analyse à posteriori du discours enregistré et aux impressions de fins de séances qui ont pu être notées. Cette méthodologie a constitué une difficulté car l'étudiant a dû se former à l'utilisation de la méthode qualitative. L'aisance de l'interviewer et l'adaptation à cette méthode se sont améliorées au fur et à mesure des entretiens.

a. Biais de recrutement :

Notre travail s'est adressé à des médecins généralistes exerçant leur métier de médecin généraliste en cabinet de groupe ou isolé, quelque soit leur milieu d'exercice. Ils ne devaient pas bénéficier de l'appui d'une structure comme SOS Médecins pour éviter de biaiser leur avis sur la question. Le refus de certains médecins d'être interrogés lors du premier contact téléphonique constitue un biais de recrutement incontrôlable. Par ailleurs un des médecins ayant répondu favorablement à notre demande n'était finalement pas présent le jour du rendez-vous et aucune explication sur ce désistement ne nous a été donnée a posteriori. La taille de notre échantillon a respecté l'objectif de la saturation des données obtenue après la réalisation de vingt-neuf entretiens. Tous les médecins qui ont accepté de s'entretenir sur le thème de la permanence des soins l'ont fait sur la base du volontariat, ce qui témoigne déjà d'une certaine motivation et sensibilisation sur le thème abordé. Le contenu de l'entretien était dépendant de l'investissement du médecin interrogé. L'échantillon a inclus des médecins de l'ensemble de la Lorraine pour être plus représentatif.

b. Biais d'interprétation :

L'analyse des entretiens a été réalisée par l'interviewer après élaboration d'une grille d'analyse en lien avec la lecture des verbatims que représentaient ces vingt-neuf entretiens. L'analyse répond à une démarche d'objectivité. Cependant, ces entretiens s'intègrent dans une démarche de recherche qualitative, nous ne pouvons écarter une interprétation des données en rapport avec la personnalité et l'expérience de l'interviewer entraînant un biais d'interprétation. Pour minimiser ce biais, l'analyse des verbatims a été triangulée par une seconde lecture analytique par le directeur de thèse.

c. Thèmes abordés :

Les thèmes abordés dans le guide d'entretien sont restés les plus ouverts possible afin d'enrichir la discussion, mais cela a constitué une difficulté. Ils ont été réalisés en accord avec une psychologue clinicienne du service d'Epidémiologie Clinique de l'hôpital de Nancy. Les médecins interrogés se limitaient quelques fois dans leurs réponses de peur d'être hors-sujet, ou ne sachant pas si leurs réponses entraient dans le cadre de l'étude.

C. Discussion des résultats

a. A propos de la représentation de la PDSA :

La majorité des réponses des médecins de notre étude concernant la représentation de la Permanence Des Soins Ambulatoires reste concordante. Le concept de PDSA est accepté par les médecins généralistes qui voient en lui une vision éthique de la médecine, un devoir incombant à tout médecin en exercice. La préservation de la santé est le premier élément auquel les médecins pensent lorsqu'il s'agit de prendre en charge les patients en dehors de leurs horaires d'ouverture de cabinet ⁽³⁹⁾.

La PDSA est vue comme une activité de soins urgents pour la majorité des médecins interrogés mais qui ne doit pas être séparée de la notion de continuité des soins. Le médecin généraliste en tant que médecin de premier recours peut-être amené à prendre en charge des situations d'urgence très diverses, chose mentionnée par plusieurs médecins lors des entretiens. Or, ces dernières années ont été marquées par une évolution importante de l'aide médicale urgente et de la médecine libérale. Une étude qualitative réalisée auprès de onze médecins généralistes exerçant dans les Pyrénées-Orientales a montré d'une part la diminution de la confrontation des généralistes à l'urgence ainsi que le sentiment de ne plus avoir de place essentielle dans ce type de soins depuis le développement du SAMU et de la régulation médicale. Il existe une perte de compétence et les médecins généralistes sont en accord pour redéfinir la place du médecin de ville dans cette prise en charge des soins urgents ⁽⁴⁰⁾.

L'accès à la PDSA et aux soins, par le patient, doit être égalitaire pour tous et dans n'importe quel endroit.

b. A propos des motivations et contraintes des médecins généralistes :

Comme démontré dans notre étude les principales motivations des médecins généralistes sont le côté éthique de l'exercice médical, la diminution de la lourdeur des gardes, une prise en charge précoce des patients, et un intérêt financier non négligeable.

La charge que doivent supporter les médecins généralistes en réalisant des astreintes dans le cadre de la PDSA est beaucoup moins importante qu'avant. Le mouvement de grève des gardes lancé en 2001 ⁽¹⁾ a déjà permis de retirer l'obligation de garde du code de déontologie de la profession médicale et le remplacement par un système collectif fondé sur le volontariat. C'est l'ARS, grâce à son cahier des charges précis dans sa version d'avril 2012, redéfini en avril 2013, qui fixe ce principe du volontariat et encadre l'organisation locale des tours de garde volontaires entre les médecins ⁽⁶⁾. L'ARS décrit également le deuxième pilier de cette restructuration avec la régulation, qui a elle aussi permis de soulager les gardes des médecins. La régulation est, en effet, bien appréciée de la part des médecins interrogés. Ces éléments ont été repris dans le rapport de la Sécurité Sociale de 2013 sur la permanence des soins ⁽²⁶⁾.

L'intérêt financier que portent les médecins généralistes aux astreintes est également important. Il n'existait pas de système de financement dans l'ancien système de garde. Une enveloppe globale est allouée chaque année par le gouvernement à l'ARS de Lorraine pour financer ces astreintes. Ces rémunérations sont bien accueillies notamment par les jeunes médecins installés pour compléter leurs honoraires, mais aussi par les remplaçants pour stimuler la prise de garde dans des secteurs éloignés. Certaines études ont démontré que ces rémunérations, même si elles existent, devraient être augmentées : les facteurs déterminant la non participation des médecins généralistes cannois à la PDSA sont pour 73% d'entre eux le manque de temps et pour 38% le manque d'intérêt financier ⁽⁴¹⁾.

Les contraintes évoquées par notre étude sont de diverses natures. La principale raison ou le principal souhait d'arrêt des gardes est dû aux contraintes physiques, à la fatigue. Plus le médecin avance en âge et plus il est difficile pour lui de récupérer et d'assurer les journées du travail des lendemains de garde. La pénibilité des gardes est également un argument déjà mis en avant par une étude par questionnaire sur la PDSA en médecine générale réalisée auprès d'un effectif de 86 médecins généralistes ⁽⁴²⁾.

La PDSA est un facteur de stress reconnu après entretien, d'une part notamment par son côté répétitif au cours de l'année, d'autre part avec les déplacements nocturnes dans des zones parfois

difficiles, qu'il faut effectuer, et enfin par le stress du « téléphone » que beaucoup de médecins ont mis en avant au travers de ce questionnaire.

La vie familiale est aujourd'hui un facteur déterminant de refus des médecins généralistes à réaliser des gardes en PDSA.

L'insécurité mentionnée par seulement deux médecins généralistes sur 29 est une contrainte réelle qu'il ne faut pas oublier à l'heure où les interventions dans certaines cités urbaines sont dangereuses^(42,43). Les actes en PDSA ne se limitent pas seulement à la prise en charge des problèmes somatiques ; il est fréquent d'intervenir sur des cas de psychiatrie instables nécessitant une hospitalisation sous contrainte et où la situation présente un potentiel risque pour le médecin. Les deux médecins, qui ont mentionné cette insécurité, avaient déjà été victimes au cours d'interventions réalisées dans le cadre d'une urgence de nuit.

Une étude quantitative auprès des Internes de Médecine Générale au décours d'une thèse réalisée à Nancy en 2013⁽³⁴⁾ montrait que plus de 48,36% des personnes interrogées trouvaient la charge de travail émanant de la participation aux gardes ambulatoires comme trop importante. La pénibilité de la garde (horaires, déplacements, etc.) était vue dans 40,16% des cas comme une contrainte à la participation. Le principal élément mis en avant au cours de cette étude était le respect de la vie privée à 59,02%. Cet élément était également retrouvé dans un sondage TNS Sofres sur les aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France : il faut trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle⁽⁴⁴⁾. C'est l'argument majeur qui a été mis en avant dans nos entretiens. 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⁽⁴⁵⁾.

c. A propos du système actuel :

Le brusque changement de modèle intervenu en 2002 n'a pas fini de faire sentir ses effets, que ce soit par l'instabilité et la fragilité des systèmes en place aujourd'hui ou par l'explosion des dépenses qui en résulte. Les médecins sont mitigés quant à l'efficacité du système.

L'ensemble des médecins interrogés louent l'efficacité de la régulation. Ils sont en effet, beaucoup moins dérangés que dans le système passé. Le système Medigarde a permis une centralisation des appels. L'information auprès des patients est connue et le numéro d'appel unique maintenant bien diffusé que ce soit sur les répondeurs des médecins ou sur les affiches publicitaires. Une étude qualitative réalisée dans l'Eure en focus groups de médecins généralistes a étudié l'efficacité de cette régulation libérale. Les médecins généralistes interrogés participaient à cette régulation libérale : le résultat était une réduction nette de la charge de travail des médecins effecteurs⁽⁴⁶⁾. Une autre étude de 2009⁽⁴⁷⁾, cette fois vosgienne, s'est intéressée à la satisfaction de 261 médecins généralistes vosgiens sur ce système de régulation : un appel sur dix se terminait par une visite à

domicile permettant une baisse des dépenses de santé, 94% des généralistes étaient satisfaits de la régulation et 95% d'entre eux ont estimé avoir une meilleure qualité de vie grâce à ce dispositif. A contrario, 39% d'entre eux ont signalé avoir déjà rencontré des difficultés avec la régulation (mauvaise évaluation de la gravité de la situation, actes injustifiés, problèmes relationnels, etc.). Comme les médecins interrogés de l'étude, ces médecins vosgiens plébiscitent la régulation libérale mais reconnaissent que le système n'est pas parfait avec des réponses parfois inadaptées ou bien des retards de prise en charge.

Dans notre étude, les médecins ont perçu les avis de leur patientèle plutôt comme négatifs en ce qui concerne la régulation. Les patients ont souvent eu l'impression de ne pas être écoutés, de devoir justifier chacune de leur demande, et de ne pas obtenir de visite médicale par exemple, et seulement un simple conseil. Les médecins ont peu de retour positif des patients sur la régulation. Dans la littérature, une étude quantitative de 2013 faite sur le secteur de Ambert-Arlanc dans le Puy-de-Dôme a montré que 94% des usagers étaient satisfaits de la décision médicale prise au décours de l'appel à la régulation ⁽⁴⁸⁾. Une seconde étude quantitative réalisée par la DREES en 2008 a montré que 9 patients sur 10 étaient satisfaits de leur prise en charge téléphonique ⁽⁴⁹⁾. Ces différences avec les avis observés dans notre étude sont probablement dues au faible nombre de patients faisant remonter l'information à leur médecin traitant, et à l'oubli du médecin de demander la façon dont s'est passée l'appel du patient.

Concernant le découpage actuel des secteurs de garde, la majorité des médecins considèrent ces secteurs comme trop grands avec parfois des territoires obligeant un déplacement de 100kms aller-retour ⁽⁵⁰⁾. Les conditions de route sont parfois difficiles (nuit, neige, brouillard, etc.). Le délai d'attente est ainsi conséquent pour le patient alors que le gouvernement prône un accès aux soins urgents dans les 30 minutes. Tous ces éléments sont mal acceptés par les médecins généralistes interrogés et certains ont exprimé une certaine lassitude au sein de leur discours devant l'incapacité des instances à développer des solutions plus adaptées. L'éloignement des pharmacies avec le cabinet ou le médecin de garde effecteur est également un problème qui rentre dans le découpage global des secteurs ^(42,50).

La pénurie de médecins est un autre problème du système de PDSA actuel. Les entretiens ont mis en évidence une baisse globale du nombre de volontaires, une féminisation de la profession et un recul du nombre des jeunes installés. Ces éléments sont surtout retenus par les médecins généralistes travaillant en milieu rural ou semi-rural. Les mêmes idées sont retrouvées dans une enquête qualitative réalisée auprès de 86 médecins généralistes guadeloupéens où trois des principales difficultés rencontrées étaient un effectif d'omnipraticiens limité et vieillissant, une féminisation grandissante du métier de médecin et l'augmentation du nombre de médecins non volontaires ⁽⁴²⁾. Une autre enquête réalisée en 2011 s'est penchée à la permanence des soins en médecine générale en Loire-Atlantique

⁽⁵¹⁾: les principaux problèmes rencontrés pour le système de garde sur ce territoire étaient le vieillissement de la population médicale, le rapport des jeunes générations, la féminisation de la profession, la démographie médicale en baisse. Le problème de la pénurie de médecins est donc connu depuis plusieurs années. Il semble que les effets de la remontée du numérus clausus après le concours de première année de médecine ne soient pas encore observables pour le moment. Il faudra plusieurs années avant que la situation ne s'inverse, à priori une dizaine selon le rapport de la Sécurité Sociale de 2013 ⁽²⁶⁾.

La pénurie des médecins va de paire avec la baisse du volontariat ^(50,52). L'objectif est d'éviter les mesures réquisitoires (communiqué de l'UNOF). Cette baisse n'a pas été tellement mise en évidence par les médecins interrogés de l'étude car dans tous les secteurs visités, la permanence des soins actuellement organisée se gère confortablement avec les médecins en place. Ceci constitue probablement un biais d'interprétation de l'étude sur ce point. Depuis 2009, il existe un lent déclin du volontariat avec une baisse de 47% du total des omnipraticiens en 2011. L'érosion du nombre de médecins participant à la garde dépassait 5% en 2008. Il existe des « zones blanches » où la permanence des soins n'est plus assurée : dans l'Yonne, seuls 89 des 298 médecins généralistes, soit moins de 30%, participent aux tours de permanence ⁽²⁶⁾.

Les médecins considèrent qu'ils ne sont plus tellement formés à l'urgence et qu'il y a un manque de moyens. Deux des médecins interrogés ont déploré l'absence d'échantillons procurés par les laboratoires depuis plusieurs années faisant suite aux restrictions budgétaires des laboratoires. Ils utilisaient les échantillons dans le cadre de la PDSA, et disent ne plus être efficaces aujourd'hui lorsqu'ils sont appelés. Nous rappellerons ici l'obligation pour tout médecin de posséder une trousse médicale d'urgence contenant certains antalgiques et drogues notamment. La thèse réalisée en 2011 à l'université de Montpellier ⁽⁴⁰⁾ à propos des urgences en médecine générale a montré qu'il était donc capital de redéfinir la place du médecin généraliste dans la prise en charge des soins urgents et surtout de lui donner les moyens nécessaires pour assurer cette fonction. Ceci ne peut aller sans une prise en considération de leurs difficultés, leurs attentes et des changements de mentalité des jeunes générations. Ce problème de moyens donne lieu à un désinvestissement de la prise en charge de l'urgence chez les généralistes les plus proches des structures d'urgences avec une perte de compétence en rapport avec un besoin moindre de se former et une limitation de l'équipement. Il en résulte un report de la prise en charge de l'urgence par les SAU et la régulation du centre 15 avec un engorgement de ces services et une mise en danger de la sécurité des patients atteints des pathologies les plus graves ⁽⁴⁰⁾. De plus, chaque passage aux urgences représente un coût estimé à 250 euros par patient ⁽⁵³⁾.

Les médecins interrogés pensent pour beaucoup que les services d'urgence sont excessivement utilisés par les patients en journée et en période de PDSA ⁽⁵²⁾. Les patients qui ne sont

pas satisfaits vont consulter aux urgences. Une étude descriptive réalisée en 2009 en Meuse a montré, que le recours à Medigarde aussi bien qu'aux urgences était le fait d'une population jeune qui se décide précocement à recourir au système de soins, et que le recours aux urgences suite à un simple conseil téléphonique est quasiment systématique ⁽⁵⁴⁾. Il faut savoir qu'au Royaume-Uni et en Suède, le recours systématique aux urgences est moins important car les populations sont mieux informées et surtout plus responsabilisées dans l'ensemble ⁽⁵⁵⁾.

d. A propos des améliorations imaginées par les médecins généralistes :

La PDSA semble être une entité à part dans notre étude. Le rôle du médecin généraliste dans cette PDSA est indispensable pour de nombreux médecins interrogés. Il est la pierre angulaire de la continuité des soins mais également des soins urgents à prodiguer la nuit. Malgré cette vision globale du rôle du médecin généraliste, l'organisation de la PDSA ne semble pas satisfaire les principaux intéressés. La visite à domicile et le déplacement dans des conditions difficiles sont deux freins à la participation des médecins au tour de garde. Ils réfléchissent à des systèmes plus adaptés à leur vision de la médecine d'urgence.

Le principal argument avancé dans l'étude est le développement des Maisons Médicales de Garde ⁽⁵²⁾. Sur Nancy, il existe le cabinet des Bains-Douches et le cabinet SOS Médecins depuis septembre 2013. Sur Metz, nous avons vu la présence d'une MMG à l'hôpital Legouest. Ces dispositifs offrent au médecin un exercice dans un cadre rassurant, et avec un plateau technique adapté dont ne disposent pas forcément les médecins effecteurs. Le but est de favoriser le déplacement des patients. Une étude quantitative de 2010 réalisée dans la localité de Cannes avait étudié les facteurs de non participation des médecins généralistes au tour de garde et l'impact qu'aurait la création d'une MMG sur leur motivation : une augmentation de 33% de participation serait à prévoir si une MMG était créée, projet qui a abouti deux ans plus tard mais dont les nouvelles statistiques sont encore en attente ⁽⁴¹⁾. Une autre étude de 2011, cette fois réalisée en Picardie avait montré que plus de 85% des remplaçants et internes en médecine générale interrogés exprimaient le souhait d'exercer la PDSA au sein d'une MMG ⁽⁵⁶⁾.

La proximité d'une MMG avec un service d'urgence est également bénéfique pour le patient. L'accès au pool technique des urgences est un avantage indéniable selon les médecins interrogés. Une étude qualitative de Hansconrad de 2013 s'est intéressée à la MMG de l'hôpital Lariboisière à Paris : la MMG répondait aux attentes des médecins généralistes, améliorait le fonctionnement des urgences et libérait du temps au médecin coordinateur des urgences ⁽⁵⁷⁾. Ces MMG semblent donc être une vision positive de la PDSA, mais dans certaines régions leur coût représente parfois un frein ⁽⁵³⁾.

Un autre système de garde est également mis en avant et devrait-être développé selon les médecins interrogés : la télémédecine. Leur vision est une réflexion en termes de dépenses de santé.

C'est un système moins coûteux pour l'organisation de la PDSA selon l'ARS mais qui est resté encore trop peu utilisé. Il serait surtout utile pour le traitement des patients en EHPAD notamment. De nombreuses études ont été réalisées sur le sujet. En 2012, une étude quantitative de Mounayar et al. s'est intéressée au service de télé-médecine mis en place à la Réunion afin d'évaluer son impact sur le réseau de soins. La télé-médecine a permis d'éviter le transfert d'un patient sur deux et apparaît comme une alternative de choix possible à la PDSA en site isolé ⁽⁵⁸⁾. Les campagnes lorraines sont vues comme des déserts médicaux et la télé-médecine pourrait-être une solution à ce problème.

A côté de cette vision généraliste de la PDSA, certains des médecins considèrent que la PDSA devrait-être une affaire d'équipes spécialisées comme SOS Médecins, médecins mieux formés, mieux équipés et dont le rôle initial est d'assurer la PDSA dans un secteur donné. En Italie, il existe des médecins dédiés à la PDSA ⁽⁵⁵⁾. Une étude descriptive de Boukhezra de 2013 avait étudié le rôle de SOS Médecins St-Etienne dans la PDSA et avait montré que des structures identifiées de PDSA permettaient un meilleur accès aux soins dans un contexte où la démographie médicale déclinante, la féminisation et la chronicisation des maladies ont rendu la PDSA plus difficile pour les médecins traitants ⁽³⁶⁾. Une étude quantitative de 2008 à propos de SOS Médecins 54 montrait un partenariat évident entre SOS Médecins et la régulation médicale, une satisfaction importante de la part des patients puisque 96% des usagers feraient de nouveau appel à la structure en cas de problème médical ⁽²⁷⁾.

e. A propos de la vision de la structure SOS Médecins :

La vision des médecins généralistes interrogés semble double avec une mise en avant des qualités humaines, médicales et de rapidité de la structure, et d'un autre côté un doute quant à la régulation de la structure et le coût des interventions.

SOS Médecins semble peu connu hors de Nancy. Même si le nom « SOS Médecins » est connu sur le plan national, le fonctionnement de SOS Médecins 54 est mal connu par les médecins généralistes interrogés. Les patients bénéficiant d'une visite médicale hors du grand secteur de Nancy sont d'ailleurs très souvent surpris par l'absence de médecin généraliste de garde sur leur secteur. Nous ne possédons pas de statistiques sur la connaissance exacte de SOS Médecins hors du 54 par les médecins généralistes ou les patients au vu de notre étude qualitative. Sur le secteur du grand Nancy, l'étude Poissy ⁽²⁷⁾ montrait que 75% de la population sondée connaissait la structure et que 27% des patients ayant eu recours à SOS Médecins le font suite aux conseils de leur médecin traitant. 40% des sondés ne connaissent pas le numéro de téléphone de la structure.

Les médecins considèrent que leurs confrères de SOS Médecins sont mieux formés qu'eux, mieux équipés, et disposent d'un plateau diagnostique et technique plus performant. SOS Médecins 54, comme nous l'avons vu, offre la possibilité pour le patient de bénéficier d'une visite à domicile ou de profiter du cabinet de consultations. Une étude de Thos 2012 portant sur SOS Médecins Vannes avait montré l'intérêt que porte la population à cette structure : le cabinet de consultations et de soins urgents accueille une patientèle plutôt jeune, présentant majoritairement une pathologie traumatique. 2/3 des patients sont auto-référés, attirés par la présence d'un plateau technique, et privilégiant la médecine libérale comme trajectoire de recours aux soins non programmés ⁽⁵⁹⁾.

Les médecins généralistes privilégiant une vision d'économie des dépenses de santé ne connaissent pas le coût de l'activité des médecins SOS. Ils sont dubitatifs sur le coût des actes réalisés par la structure ⁽⁵³⁾. Les tarifs appliqués par l'association sont en accord avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et sont les mêmes tarifs que ceux appliqués en médecine générale. Les majorations de week-ends, jours fériés et nuit sont les majorations nationales décidées par la CPAM. L'étude citée précédemment ⁽⁵⁹⁾ montrait que la prise en charge médicale s'avère moins onéreuse pour le système de santé que les autres modes d'action existant. Le travail de Poissy ⁽²⁷⁾ sur la région 54 avait montré que le prix des visites n'était pas un facteur rédhibitoire à l'appel de la structure (seuls 1% des sujets trouvaient le tarif trop élevé alors que les tarifs appliqués font partie d'une convention).

Concernant le recours à la structure, les médecins exprimaient des doutes sur une régulation abusive et une augmentation des visites pour des motifs non justifiés. La vision des médecins SOS n'est pas une vision lucrative du métier. Tout d'abord, le standard SOS Médecins possède un arbre décisionnel : tous les appels engageant le pronostic vital ou présentant des signes de détresse sont

souvent contre-régulés par le SAMU-Centre 15. Les patients font appel à la structure directement pour pallier à un problème médical qu'ils considèrent urgent. Les médecins SOS utilisent régulièrement le conseil médical lorsque la visite ne leur semble pas appropriée : sur l'année 2012, il y a eu 53476 appels mais seulement 42858 visites (annexes). Selon l'étude Poissy de 2008 ⁽²⁷⁾, il ne semblait pas que les sujets sondés fassent appel à cette structure de façon abusive les jours de semaine : en période d'ouverture du cabinet de leur médecin traitant, seuls 14% des patients le faisaient à défaut d'un rendez-vous rapide chez leur médecin traitant, et 7% pour ne pas avoir à se déplacer.

f. A propos des relations avec les instances médicales :

Dans la littérature, SOS Médecins 54 semble proposer une offre de soins adaptée à la population, cohérente avec les demandes du SAMU-Centre 15, et ayant déjà prouvé son efficacité sur la région du 54 et notamment la couverture du secteur Nord (Briey/Longwy) ^(27,60). Les médecins interrogés reconnaissent que le service rendu est important et souhaiteraient pour la plupart bénéficier d'une structure similaire notamment dans les grandes villes comme Metz, Thionville, et Epinal. Occuper une place 24h/24 dans les zones rurales semble inappropriée en raison de la faible démographie. Un communiqué du chef de service du SAMU à Paris mettait en avant, le manque d'intérêt de l'Ordre des Médecins pour ce genre de structure, et les doutes émis quant aux coûts engendrés par ce groupe⁽⁵³⁾. Il faut cependant savoir que le travail de SOS Médecins 54 est apprécié sur le plan local, et la structure est en accord avec les tutelles comme l'ARS, l'ODM, la CPAM, le SAMU 54. Le travail de SOS Médecins 54 respecte l'ensemble des conventions passées.

g. L'avenir de la PDSA :

Au vu de cette étude, nous comprenons mieux l'actuelle complexité de la PDSA. Le système est en constante évolution depuis les grèves de 2001. Les médecins ont mis en avant leur perception des problèmes observés. Aujourd'hui, la PDSA en Lorraine va connaître de nouveaux changements suite aux dispositions du CODAMUPS-TS de la fin d'année 2013. L'ARS a, en effet, décidé de mettre fin à la rémunération des astreintes des médecins de garde dans la tranche nuit profonde (minuit-7h), en semaine. Cela revient par conséquent à faire supprimer les gardes des médecins dans cette tranche horaire. Cette mesure ne sera effective que courant premier trimestre 2014. Cette suppression ne concernerait que les astreintes de semaine et ne s'appliquerait pas dans les secteurs référencés à plus de trente minutes d'une structure d'accueil des urgences (par exemple : secteur Longwy en Meurthe-et-Moselle, secteurs Sierck, Dieuze en Moselle, etc.). Nous rappelons ici que les ARS ont pour objectif d'investir dans les territoires isolés dans le cadre de l'engagement numéro 9 du Pacte Territoire Santé ⁽⁶¹⁾.

En pratique, la PDSA se dirige donc vers la situation suivante :

- Maintien d'une astreinte de soirée (20h-24h) inchangée sur tous les secteurs
- Maintien d'une astreinte de nuit profonde (0h-7h) basée sur le volontariat le week-end et jours fériés
- Maintien d'une astreinte de nuit profonde (0h-7h) sur les secteurs à plus de 30 minutes d'un service d'urgence.

L'ARS avance comme principal argument pour justifier cette décision, le coût généré par la rémunération des astreintes, mis en parallèle avec le faible nombre de sorties effectuées par les médecins des secteurs dans cette tranche horaire. Les difficultés économiques actuelles sont un facteur de poids dans les décisions prises ⁽⁶¹⁾. D'après l'ADPS 57 (Association Départementale de Permanence des Soins), la vision purement économique de cette décision n'est pas partagée car la médecine générale est perçue comme un acteur majeur de la PDSA et la rémunération était la clé de voûte d'un équilibre entre l'organisation efficace des astreintes et le travail exigeant que cela implique. La période concernée reste une contrainte pour un grand nombre de confrères mais la demande de la population ne diminuera pas suite à cette décision. Ce changement ne risque-t-il pas d'entraver l'accès aux soins du patient? Comment réagiront les patients en demande de soins pendant cette période ?

De plus, si l'on considère la demande de certains médecins généralistes de n'exercer la PDSA qu'en MMG, certaines situations seront complexes notamment les personnes âgées, la prise en charge des patients en EHPAD ou HAD, les familles nombreuses ou monoparentales sans moyen de transport, les certificats de décès, etc. Une étude prospective de Meuree et al. réalisée en 2012, sur une période de 4 mois, à propos de la permanence des soins en nuit profonde dans les EHPAD du cœur d'Hérault a montré que sans médecin effecteur sur le terrain, 43% des transferts de personnes âgées vers un service de médecine d'urgence pendant la PDSA étaient non pertinents en termes de technique et de qualité de soins rendus au malade ⁽⁶²⁾. Cet élément doit surtout être considéré comme primordial car chaque passage à l'hôpital pour une personne âgée est source de déclin fonctionnel, physique et moral. Une autre étude prospective de 2012 par Meurisse et al. a montré sur le département de Loire-Atlantique que la présence d'un médecin effecteur en nuit profonde facilitait l'accès aux soins de médecine générale la nuit, permettait le maintien à domicile des personnes âgées et évitait le recours aux urgences et aux transports sanitaires ⁽⁶³⁾. Le médecin mobile prouvait son intérêt également dans la prise en charge des constats de décès et des EHPAD évitant tout transport itératif. Seulement un patient sur cinq était admis aux urgences ⁽⁶³⁾. SOS Médecins offre la présence de médecins effecteurs sur le terrain.

L'absence de médecin effecteur en nuit profonde ou la prise en charge en MMG seule sont deux mesures à visée économique forte mais le bénéfice de ces deux mesures reste questionnable et méritera de nouvelles investigations.

D. Conclusion

L'objectif de ce travail était d'explorer les perceptions et représentations de la PDSA par les médecins généralistes afin d'évaluer l'état actuel du système de garde proposé aux patients, et l'utilité d'une structure comme SOS Médecins dans le système de PDSA.

Nous avons cherché à identifier dans les représentations de la PDSA des médecins généralistes leurs motivations à y participer figurées essentiellement par un souci de l'éthique, une lourdeur moindre des gardes, et un intérêt financier, et les éléments représentant des obstacles ou des contraintes à leur participation au système que sont la non reconnaissance du volontariat, les contraintes physiques, la vie privée et l'insécurité.

Le système actuel de PDSA bénéficie d'une régulation, mesure louée par les médecins et ayant soulagé leur quotidien. Cependant l'organisation globale ne paraît pas optimale à cause de la sectorisation, de la pénurie de médecins qui ne cesse de s'aggraver. De plus, les médecins ne se sentent plus toujours parés à gérer l'urgence par manque de moyens et formation. Plusieurs perspectives d'amélioration du système actuel ont pu être apportées. Le renforcement des MMG, le développement de la télémédecine et la spécialisation de structures comme SOS Médecins ont été décrits comme un moyen de résoudre les actuels déséquilibres de la PDSA. La communication entre les tutelles et les professionnels de terrain est indispensable pour adapter le système.

Enfin, SOS Médecins dont l'efficacité a fait ses preuves dans la prise en charge de la PDSA en Meurthe-et-Moselle, apparaît comme une solution positive, envisageable à plus grande échelle aux yeux des médecins de la région Lorraine. Même si les médecins libéraux se considèrent acteurs principaux de la PDSA, ils estiment que la charge de travail au cabinet est aujourd'hui conséquente et risque de ne pas diminuer avec la pénurie actuelle de médecins.

SOS Médecins 54 semble donc être une solution appréciée, pour la PDSA, par les médecins interrogés. La décision de l'ARS de faire disparaître le cœur de nuit répond à l'augmentation des dépenses de santé. SOS Médecins 54, qui couvrirait plus de 95% du territoire de Meurthe-et-Moselle, n'interviendra plus entre minuit et 8 heures dans les territoires à moins de 30 minutes d'un service d'urgence, à partir du 1^{er} février 2014 (sauf dans Nancy et agglomération). Une étude future sera nécessaire pour évaluer cette nouvelle mesure.

Bibliographie

- (1) **Straus D.** Les médecins poursuivent leur grève des gardes de nuit. LCI. 17 Nov 2001, [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://lci.tf1.fr>
- (2) **Legmann M.** Atlas de la Démographie Médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2013 [en ligne]. [consulté le 20 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Atlas_national_2013.pdf
- (3) **Sliman G, Audic Y, Périgois E.** 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. Mar 2007, [en ligne] [consulté le 22 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <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 Fév 2011 ;(2552) :10-11.
- (5) **CNOM.** Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale. Jan 2013, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL :
http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/ENQUETE_PDS_2013.pdf
- (6) **ARS Lorraine.** Cahier des charges régional fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. 8 Avr 2013, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL :
http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACES_SANTE/PDSA/LorrainePDSA-cahierdescharges-V2-mars2013-sansAnnexe.pdf
- (7) **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 12 Décembre 2013]. Consultable à l'URL :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id#JORFSCTA000020879479>
- (8) **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 12 Décembre 2013]. Consultable à l'URL :
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=?cidTexte=JORFTEXT000022484947&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id>
- (9) Code de déontologie médicale [en ligne]. [consulté le 12 décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- (10) **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 2003, 34p.
- (11) **URML.** Organisation de la permanence des soins en médecine libérale. Livre Blanc. Juil 2001, 77p, [en ligne]. [consulté le 12 Décembre 2013]. Consultable à l'URL :
http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/livre_blanc.pdf

- (12) **DHOS**. Circulaire N°2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences [en ligne]. [consulté le 4 Octobre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.html>
- (13) **Descours C**. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis au ministre de la santé, J.F.Mattei. 22 Jan 2003, 19 p, [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_descours.pdf
- (14) **Legifrance**. Article 223-6 du Code Pénal [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779>
- (15) **Ferrari Isabelle**. Le médecin devant le juge pénal. Rapport annuel de la Cour de Cassation, 1999, [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.courdecassation.fr/publications_cour_26/rapport_annuel_36/rapport_1999_91/etu_des_documents_93/isabelle_ferrari_5792.html
- (16) **Lucas J, Jornet F**. Rapport adopté lors de la session du CNOM d'octobre 2001 : responsabilité des médecins de garde ou d'astreinte. Analyse juridique et déontologique. Oct 2001, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/responsabilitegardes.pdf>
- (17) **HAS**. Prescription médicamenteuse par téléphone (ou téléprescription) dans le cadre de la régulation médicale. Fév 2009, [en ligne]. [consulté le 16 décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-05/teleprescription_-_recommandations.pdf
- (18) Logiciel Ordigard [en ligne]. [consulté le 12 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://ordigard.ordre.medecin.fr/>
- (19) Logiciel Geogarde [en ligne]. [consulté le 12 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.geogarde.fr/>
- (20) La permanence des soins. 28 Mar 2012, [en ligne]. [consulté le 14 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/la-permanence-des-soins.php>
- (21) **CNOM**. Enquête du conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale. Janv 2013.
- (22) **Legifrance**. Instruction N° DGOS/R2/2011/192 du 20 avril 2011 relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/06/cir_33245.pdf
- (23) **ORSAS Lorrain**. Atlas de la santé des Lorrains. Sept 2010, [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.orsas.fr/8-etudes/3-1-atlas-de-la-sante-des-lorrains.html>

- (24) **INSEE.** Base de données relatives à la population et à la structure économique de la région Lorraine [en ligne]. [consulté le 15 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.insee.fr/fr/regions/lor/default.asp?page=faitsetchiffres/faitsetchiffres.htm>
- (25) Atlas de la démographie médicale : 2013 bat en brèche les idées reçues ! Médecins. Juil 2013 ;(30):4-5.
- (26) **Cour des comptes.** Chapitre XII, la permanence des soins. Rapport de la Sécurité Sociale sur la permanence des soins. Sept 2013, [en ligne]. [consulté le 15 décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ccomptes.fr%2Fcontent%2Fdownload%2F60184%2F1493582%2Fversion%2F1%2Ffile%2Frapport_seculte_sociale_2013_permanence_des_soins.pdf&ei=85njUqfxDIeP0AXq1oDoDg&usg=AFQjCNFz-wKO4NhFJOFVocreSmbiziVXF&bvm=bv.59930103,d.d2k
- (27) **Poissy E.** Evaluation de la permanence des soins auprès du grand public dans le secteur SOS Médecins Meurthe-et-Moselle. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine ; 2008.
- (28) **Prochasson A.** Communiqué de l'Association Départementale de Permanence des Soins 57. 25 Nov 2013.
- (29) **Lascar M.** J'ai créé SOS Médecins. Impact Médecin. 1994.
- (30) **SOS Médecins France.** Présentation [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.sosmedecins-france.fr>
- (31) **SOS Médecins Nantes.** [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.sosmedecins-nantes.fr/presentation/sos-medecins-permanence-soins/>
- (32) **Boënnec P.** Rapport d'information fait au nom de délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins. 21 Oct 2008, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i1205.asp>
- (33) **Gattuso C.** Des stages HAD, à SOS ou en centre de santé. Les internes veulent diversifier leurs terrains de formation. Le quotidien du médecin. 28 Fév 2012 ; (9222).
- (34) **Galiche A.** Permanence des soins ambulatoires : ressenti des internes de médecine générale de Nancy sur ce versant de l'exercice libéral et place de l'association SOS Médecins Meurthe-et-Moselle comme terrain de formation. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine ; 2013.
- (35) Permanence des soins : un syndicat de médecins s'alarme. 29 Juin 2012, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.leparisien.fr/laparisienne/sante/permanence-des-soins-un-syndicat-de-medecins-s-alarme-29-06-2012-2070978.php>

- (36) **Boukhezra N.** SOS Médecins St-Etienne et la permanence des soins ambulatoires. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Saint-Etienne : Université Jean Monnet ; 2013.
- (37) **Simon F.** Régulation médicale : un rôle central dans la permanence des soins. Médecins. Mars 2013 ;(28):4-5.
- (38) **Edo S.** Etude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Lyon : Université Claude Bernard-Lyon 1 ; 23 Juin 2010.
- (39) **CNOM.** Serment d'Hippocrate [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/serment.pdf>
- (40) **Pailleux M.** Les urgences en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Montpellier : Université de Montpellier 1 ; 2011.
- (41) **Fraimout N.** Etude des facteurs déterminant la non participation des médecins généralistes cannois à la permanence des soins ambulatoires. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nice : Université de Nice Sophia Antipolis ; 2010.
- (42) **Claman D.** La permanence des soins de médecine générale en Guadeloupe Continentale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Guadeloupe : Université des Antilles et de la Guyane ; 2012.
- (43) Coup de feu à Nancy : le médecin témoigne et lance un appel. 14 Oct 2013, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/coup-de-feu-nancy-le-medecin-temoigne-et-lance-un-appel>
- (44) **Sawaya Z, Bouillot A.** Etude TNS-Sofres-SIHP : aspirations professionnelles des jeunes médecins d'Ile-de-France. Mai 2013.
- (45) **Dory et al.** La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer, la revue française de médecine générale. 2009 ;20(85) :4-7.
- (46) **Boucher C.** La régulation libérale de la permanence des soins : enquête qualitative auprès des médecins de l'Eure. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Rouen : Université de Rouen ; 2012.
- (47) **Grolier F.** La régulation libérale de la permanence des soins dans les Vosges : bilan après cinq années d'activité et évaluation de la satisfaction par une enquête auprès de 261 médecins généralistes. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine ; 2009.
- (48) **Nicolas R.** Etat des lieux de la permanence de soins ambulatoires du secteur de garde Ambert-Arlanc. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Clermont-Ferrand : Université de Clermont I ; 2013.
- (49) **Collet M, Gouyon M.** Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et résultats. Fév 2008 ;(625).

- (50) **Namy C.** Question écrite n°23701 de Mr. Christian Namy (Meuse-UDI-UC). Journal Officiel Sénat. 14 Juin 2012 :1352, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.senat.fr/questions/base/2012/qSEQ120623701.htm>
- (51) **Herault C.** La permanence des soins en médecine générale : le modèle de la Loire-Atlantique. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nantes : Université de Nantes ; 2011.
- (52) **Collen V.** Médecins : les volontaires manquent pour les gardes. Les échos. 11 Fév 2011 ;(20868):5, [en ligne]. [consulté le 16 décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.lesechos.fr/11/02/2011/LesEchos/20868-22-ECH_medecins---les-volontaires-manquent-pour-les-gardes.html
- (53) **PDS le patron du SAMU tacle les libéraux, les maisons de garde et SOS Médecins.** Le quotidien du médecin. 12 Déc 2013, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.lequotidiendumedecin.fr/actualite/exercice/pds-le-patron-du-samu-tacle-les-liberaux-les-maisons-de-garde-et-sos-medecins>
- (54) **Ponsin A.** La permanence des soins en Meuse : enquête prospective auprès des patients ayant eu recours à Medigarde ou s'étant rendu directement au service des urgences de Verdun. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine ; 2009.
- (55) **Hartmann et al.** Régulation de la demande de soins non programmés en Europe. Hartmann et al. La doc française. 2006 ;2(2) :91-119, [en ligne]. [consulté le 16 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-91.htm>
- (56) **Martein C.** Quel avenir pour la permanence des soins ambulatoires en Picardie ? Etat des lieux et enquête auprès d'internes et de remplaçants en médecine générale. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Amiens : Université de Picardie ; 2011.
- (57) **Hansconrad E.** Place des médecins généralistes dans la permanence des soins : exemple d'une maison médicale de garde au service des urgences. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Paris : Université Pierre et Marie Curie ; 2013.
- (58) **Mounayar J.** La télémédecine : une alternative à la permanence des soins en site isolé : expérience du Cirque de Cilaos à l'île de la Réunion. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Bordeaux : Université de Bordeaux II ; 2012.
- (59) **Thos S.** Evaluation critique d'un nouveau modèle d'organisation des soins non programmés en milieu urbain : intérêts à restructurer une association libérale de permanence des soins. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Rennes: Université de Rennes 1; 2012.
- (60) **Jourdanet S.** SOS Médecins Nancy : place dans la permanence de soins, Bilan de l'activité 2005 et étude portant sur 244 patients adressés au service d'accueil des urgences. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nancy : Université de Lorraine ; 2006.

- (61) ARS. « Pacte Territoire-santé » pour lutter contre les déserts médicaux. Février 2013, [en ligne]. [consulté le 18 Décembre 2013]. Consultable à l'URL : http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/ACCES_SANTE/PACTE_SANTE_TERRITOIRE/DP_Pacte_territoire_sante_REGIONAL.pdf
- (62) **Meuree A.** La permanence des soins dans les EHPAD du cœur d'Hérault : une étude prospective. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Montpellier : Université de Montpellier ; 2012.
- (63) **Meurisse C.** Médecin mobile : un nouvel effecteur complétant la permanence des soins ambulatoires, au sein d'un département pilote. [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine générale]. Nantes : Université de Nantes ; 2012.

Annexes

Critères d'inclusion :

- Sexe et âge différents
- Exercice urbain, rural et semi-rural
- Médecins généralistes de l'ensemble de la Lorraine
- Ne bénéficiant pas d'une structure comme SOS Médecins pour la PDSA.

Script :

- **Présentation de l'interviewé**
- **Quelle est votre représentation de la PDSA ?**
 - Définition
 - Motivation de participation
 - Contraintes
- **Quel est votre avis sur le système de PDSA actuel ?**
 - Avantages
 - Contraintes
 - Médecin/Patient
- **Pour le système actuel, quelles possibles améliorations imagineriez-vous ?**
 - Médecin
 - Patient
 - Organisation
- **Quelle est votre vision de la structure SOS Médecins ?**
 - Avantages
 - Inconvénients
 - Rôle dans la PDSA

Caractéristiques de la population :

Entretien	Age	Sexe	Exercice	Mode
E1	47	F	Association	Rural
E2	61	M	Association	Semi-rural
E3	48	M	Seul	Semi-rural
E4	36	M	Association	Urbain
E5	58	M	Seul	Rural
E6	51	M	Seul	Urbain
E7	34	M	Pôle de santé. Seul médecin	Rural
E8	48	M	Seul	Semi-rural
E9	31	F	Association	Urbain
E10	46	F	Seule	Semi-rural
E11	49	M	Association	Urbain
E12	34	F	Association	Urbain
E13	54	M	Association	Semi-rural
E14	58	M	Association	Rural
E15	61	M	Association	Rural
E16	62	F	Pôle de santé.Seule médecin	Rural
E17	50	M	Seul	Rural
E18	48	M	Seul	Rural
E19	72	M	Seul	Rural
E20	56	F	Association	Rural
E21	57	M	Association	Rural
E22	48	M	Pôle de santé	Rural
E23	46	M	Pôle de santé	Rural
E24	42	F	Seule	Semi-rural
E25	58	F	Seule	Semi-rural
E26	62	F	Association	Semi-rural
E27	54	M	Association	Semi-rural
E28	50	M	Seul	Rural
E29	29	F	Association	Semi-rural

Classement des codes d'analyse :

PDS

- Soins urgents, nécessaires
- Continuité des soins
- Disponibilité

Motivations des médecins généralistes

- Ethique
- Lourdeur des gardes diminuée
- Prise en charge précoce du patient
- Intérêt financier

Contraintes perçues

- Obligation
- Contraintes physiques, stress, famille
- Insécurité

Le système actuel de PDSA

- Sectorisation source de faiblesse
- Pénurie de médecins
- Manque de moyens et de formation
- Régulation, bilan mitigé
- Recours excessif aux urgences
- Décisions politiques/terrain

Améliorations imaginées pour la PDSA

- Nouveaux modes de garde : MMG, Télémédecine, médecins spécialisés type SOS Médecins
- Education thérapeutique des patients
- Communication entre professionnels de santé
- Volontariat à favoriser

Vision de SOS Médecins

- Structure méconnue
- Médecins formés et équipés, disponibles
- Service rendu important
- Problèmes : communication, problèmes confraternels, modalités d'intervention.

Résumé de la thèse

La Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA) est en perpétuelle évolution depuis 2001. Les médecins généralistes sont les principaux acteurs de ce système, décrié aujourd'hui. Nous nous sommes intéressés aux représentations et perceptions que les médecins généralistes avaient de la PDSA et leur vision du système SOS Médecins.

Entre septembre et décembre 2013, nous avons conduit une enquête qualitative interprétative au travers de 29 entretiens semi-dirigés de médecins généralistes en Lorraine. Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique des verbatims du discours en triangulation.

Les médecins interrogés considèrent la PDSA comme un système de prise en charge des soins urgents, et comme une continuité des soins. Leur participation est motivée par l'éthique, l'allègement de la charge de travail des gardes, et la rémunération des astreintes. Les contraintes perçues sont la fatigue, le stress, les obligations familiales et l'insécurité. La régulation médicale apparaît comme efficace mais le système actuel est problématique par le clivage urbain-rural imposé par la sectorisation et la pénurie de médecins. Des améliorations sont suggérées : favoriser les maisons médicales de garde, la télémédecine, ou les équipes spécialisées comme SOS Médecins qui paraît efficace pour gérer la PDSA. L'éducation du patient à la consommation de soins est indispensable.

Les études réalisées avaient mis en avant des données semblables. Une approche locale et qualitative de la PDSA en Lorraine a permis de mieux cerner les avis des médecins généralistes. La permanence de nuit de minuit à huit heures va disparaître pour les secteurs à moins de trente minutes d'un hôpital. Les conséquences de cette mesure comparée aux volontés exprimées par les médecins nécessiteront une évaluation ultérieure.

REPRESENTATIONS AND PERCEPTIONS OF THE PRIMARY AMBULATORY CARE BY LORRAINS GENERAL PRACTITIONERS, ASSESSMENT OF THE SOS MÉDECIN STRUCTURE.

THESE : MEDECINE GENERALE – Année 2014

MOTS CLEFS :

Permanence des Soins Ambulatoires – Médecine générale – SOS Médecins – Ethique – Sectorisation – Pénurie de médecins

Intitulé de la thèse : Représentations et perceptions de la permanence des soins ambulatoires par les médecins généralistes lorrains, appréciation de la structure SOS Médecins.

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex