



**HAL**  
open science

# Freins et leviers pour la participation à la permanence des soins ambulatoires perçus par les internes en médecine générale du DMG de Nantes

Solène Clément, Alix Charbonneaux

## ► To cite this version:

Solène Clément, Alix Charbonneaux. Freins et leviers pour la participation à la permanence des soins ambulatoires perçus par les internes en médecine générale du DMG de Nantes. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04581344

**HAL Id: dumas-04581344**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04581344v1>**

Submitted on 21 May 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.

#### IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

---

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

**NANTES UNIVERSITÉ**

□□□□

**FACULTÉ DE MÉDECINE**

□□□□

Année 2024

N°

**THÈSE**

pour le

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

***Solène Clément et Alix Charbonneaux***

□□□□

Présentée et soutenue publiquement le 09/04/2024

□□□□

**Freins et Leviers pour la participation à la permanence des soins ambulatoires  
perçus par les internes en médecine générale du DMG de Nantes**

□□□□

Président : Monsieur le Professeur Cédric RAT

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN

Membres du jury : Monsieur le Docteur Philippe COMPAIN

Monsieur le Docteur Arnaud GUILLAUMET

## Remerciements communs

*À Monsieur le Professeur Cédric RAT*, vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse, et de juger notre travail. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profond respect.

*À Monsieur le Professeur Cyrille VARTANIAN*, vous avez accepté de diriger notre travail. Vous nous avez offert une écoute bienveillante et des conseils avisés. Merci d'avoir porté tant d'intérêt à notre sujet de recherche. Merci pour votre disponibilité.

*À Monsieur le Docteur Philippe COMPAIN et à Monsieur le Docteur Arnaud GUILLAUMET*, pour l'aide que vous nous avez apportée dans notre travail de recherche en tant qu'acteurs centraux de la permanence des soins ambulatoires en Pays de la Loire. Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

*À Madame Anne-Cécile WAGNER, À Madame Sylvie GAUFFRETON, À Madame Fabiola TARRONDEAU, et à tous nos interlocuteurs au sein des ADOPS 44 et 85*, merci de nous avoir permis d'accéder à votre documentation et d'enrichir notre travail.

*Aux internes de médecine générale du DMG de Nantes qui ont accepté de participer à notre étude*, nous avons à cœur de retranscrire fidèlement les messages que vous nous avez confiés lors de vos entretiens. Merci de votre temps et de votre confiance.

## Remerciements Solène

*À ma co-thésarde, co-interne, consoeur, jumelle astrale, copine et parfois colloc, Alix CHARBONNEAUX*, avec qui j'ai porté cette thèse pendant presque 2 ans. Merci pour cette aventure.

*À ma mère*, pour son amour indéfectible, sa patience, ses sacrifices, ses conseils et ses encouragements constants.

*À ma sœur*, pour son soutien, sa présence et nos précieux moments de rire et de détente qui ont allégé le fardeau des études.

*À mon père*, pour son soutien, pour la mer, le bateau, la pêche et pour les gâteaux bretons.

*À mes grands parents*, qui auraient été fiers de moi quelque soit mon chemin.

*À ma famille*, pour leur présence et leur soutien.

*À mes amis, à mes collocs, aux CCT*, pour toutes ses années passées ensemble, pour le soutien mutuel qu'on a su s'apporter, pour nos moments de rires ou de pleurs, pour nos échappatoires bienvenus, pour les Secret Santa, pour les voyages, et pour nos prochaines aventures.

*À mes maîtres de stage, aux confrères et collègues, soignants et non soignants rencontrés durant mon parcours*, qui ont inspiré mon cheminement professionnel et personnel.

## Remerciements Alix

*A Solène*, sans qui ce travail de thèse ne serait toujours qu'un projet. Tu as su m'apporter l'équilibre nécessaire lors de ces années d'internat, par tes conseils et ta patience. Merci d'avoir été à mes côtés dans ces deux ans de travail.

*A mes maîtres de stage*, et à toutes les équipes rencontrées au cours de mon internat.

*A mes co-internes*, qui ont fait de ces années d'internat des souvenirs précieux.

*A mes parents*, à qui je dois tout.

*A Astrid et Eugénie*, pour votre amitié et pour les belles expériences vécues ensemble, et celles qui restent à venir.

*A toute la Team Roquette*, avec qui j'ai grandi pendant les dix dernières années. Merci pour les soupapes de décompression en forme de fous rires.

*A Clara*, pour cette rencontre solaire et pour ta bonne humeur contagieuse.

*A Claire, Louise, Clémence et Jeanne*, qui sont mes repères depuis de longues années. Merci pour votre amour indéfectible.

*A Yves*, pour m'avoir supporté et soutenu dans ce travail. Merci pour tout ce que tu m'apportes.

*A Vincent, Emma et Romain, et à toute ma famille*, qui m'entourent de leur affection depuis toujours.

## Résumé

**Titre de thèse :** Freins et leviers pour la participation à la permanence de soins ambulatoires perçus par les internes en médecine générale du DMG de Nantes.

**Introduction :** La permanence de soins ambulatoires (PDSA) consiste à répondre à la demande de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Il est constaté depuis plusieurs années un désengagement des nouvelles générations de médecins généralistes à participer à ce dispositif : la revalorisation de la PDSA est donc un sujet au cœur de l'actualité, et représente un des nombreux défis du système de santé français. Cette étude a pour objectif de comprendre quels sont les freins et les leviers des internes de médecine générale du DMG de Nantes à participer à ce dispositif dans leur pratique future.

**Méthode :** Cette recherche est une étude qualitative reposant sur des entretiens semi-dirigés individuels auprès d'internes de médecine générale du DMG Nantes pendant leur phase de consolidation. Elle s'inscrit dans un modèle de théorisation ancrée. Le processus de recrutement a débuté par un appel aux volontaires, puis a suivi un échantillonnage raisonné théorique à l'appréciation des investigateurs en parallèle avec l'analyse des premiers entretiens. L'échange lors des entretiens s'aide d'un guide d'entretien préétabli. La réalisation des entretiens a pris fin peu après avoir atteint la saturation des données. L'analyse des résultats a été effectuée en utilisant une triangulation entre les deux investigateurs.

**Résultats :** Nous avons mené 18 entretiens semi-dirigés entre mai et septembre 2023, mettant en lumière que les internes sont familiers avec les grands principes de la permanence des soins ambulatoires. Les internes de médecine générale se retrouvent confrontés à un dilemme émotionnel et professionnel qui est à l'origine de leur hésitation à s'engager dans la PDSA. D'une part, ils ressentent une forte responsabilité déontologique envers les patients et souhaitent s'investir de leur mission de soins avec dévouement et compétence. Ils sont pleinement conscients de l'importance d'une PDSA efficiente. D'autre part, ils sont préoccupés par la peur de ne pas être à la hauteur de cet exercice, et de mettre en danger leur bien-être et leur développement professionnel, ainsi que la sécurité de leurs patients. De nombreuses appréhensions les freinent à s'engager dans la PDSA : la surcharge de travail et le risque d'épuisement qui en découle, l'isolement professionnel, le manque de confiance en leurs compétences médicales, la peur des mauvaises conditions de travail. Ces craintes sont exacerbées par un sentiment de manque d'expérience pratique et de formation théorique sur ce sujet, et par un cursus axé sur la pratique hospitalière. Ils sont en demande de formation pratique et théorique sur la PDSA.

**Conclusion :** En somme, les internes de médecine générale font face à une situation délicate, entre leurs craintes de la PDSA et leur envie d'assurer leur rôle de médecin. Afin d'encourager les internes à se lancer dans la PDSA, plusieurs pistes sont à envisager : offrir des formations régulières sur la PDSA tout au long de leur cursus, garantir de bonnes conditions de travail lors des gardes, optimiser les modalités de rémunération, mettre en valeur le rôle des internes et des médecins généralistes, et améliorer le soutien institutionnel accordé au bien être des internes pendant leur études.

**Mots-clés :** permanence des soins ambulatoires, maison médicale de garde, effectif mobile, régulation médicale, gardes de médecine générale, internes de médecine générale, freins et leviers à la participation

## **Abstract**

**Title :** Barriers and facilitators to the continuity of out-of-hours care perceived by general medicine interns from the DMG of Nantes.

**Introduction :** Out-of-hours care (OOHC) involves responding to the demand for unplanned medical care outside regular medical office hours. There has been a noted disengagement among new generations of general practitioners in participating in this system for several years. The reevaluation of OOHC is therefore a highly relevant topic, representing one of the many challenges facing the French healthcare system. This study aimed to understand the barriers and facilitators faced by general medicine interns at the DMG of Nantes in participating in this system in their future practice.

**Method :** This qualitative study relied on individual semi-structured interviews with general medicine interns at the DMG Nantes during their consolidation phase. It was based on the grounded theory method. Initially, recruitment was through a call for volunteers, then through reasoned theoretical sampling at the investigator's judgment, in parallel with analysis of initial interviews. A pre-established guide guided the interviews. The interviews concluded upon data saturation. Result analysis involved triangulation between the two investigators.

**Results :** Eighteen semi-structured interviews were conducted. Most interns are familiar with the basic principles of OOHC. General medicine interns face an emotional and professional dilemma that contributes to their hesitation in participating to OOHC. On one hand, they feel a strong ethical responsibility towards patients, desiring to engage in their care mission with dedication and competence. They are fully aware of the importance of efficient OOHC. On the other hand, they are plagued by the fear of not meeting the demands of this practice, risking their well being and professional development, and patient safety. Several apprehensions hinder their commitment to OOHC: workload overload and resulting exhaustion, professional isolation, lack of confidence in their medical abilities, fear of unfavorable working conditions. These fears are intensified by a sense of insufficient practical experience and theoretical training on this subject, as well as a curriculum focused on hospital practice. They express a need for practical and theoretical training on OOHC.

**Conclusion :** In summary, general medicine interns face a delicate situation, torn between their fears regarding OOHC and their desire to fulfill their role as physicians. To encourage interns to participate to OOHC, various strategies could be considered : providing regular OOHC training during their studies, ensuring favorable working conditions during shifts, optimizing remuneration, highlighting the role of interns and general practitioners, enhancing institutional support for intern's well-being during their training.

**Keywords :** ambulatory care emergency services, medical emergency centers, mobile units, medical regulation, general medicine shifts, general medicine interns, barriers and facilitators to participation

## Table des matières

### INTRODUCTION p.11

- I. La permanence des soins ambulatoires en France** p.15
  - 1) Généralités sur l'organisation de la pdsa sur le territoire national p.15
  - 2) Législation de la PDSA en France p.16
    - a) Code de la santé publique
    - b) Code de déontologie médicale
    - c) Organisation loco-régionale : la sectorisation
    - d) Accès à la PDSA
    - e) Rémunération
  - 3) Problématiques et enjeux actuels de la PDSA p.18
    - a) Enjeux de démographie médicale
    - b) Enjeux de consommation de soins
    - c) Enjeux de territoire
    - d) Enjeux de régulation
    - e) Enjeux de formation
    - f) Enjeux de participation
  
- II. Un exemple d'organisation départementale** p.21
  - 1) PDSA en Loire-Atlantique p.21
    - a) L'historique
    - b) La sectorisation
    - c) La régulation
    - d) L'effectif
    - e) La rémunération
    - f) Les problématiques rencontrées
  
  - 2) PDSA en Vendée p.26
    - a) La sectorisation
    - b) La régulation
    - c) L'effectif
    - d) La rémunération
    - e) Les particularités de l'île d'Yeu et de Noirmoutier
    - f) Les problématiques rencontrées

### MATÉRIEL ET MÉTHODES p.31

- I. Choix d'une méthode qualitative par entretien individuels semi-dirigés** p.31
  - 1) Une étude qualitative
  - 2) Par entretiens individuels semi-dirigés
  - 3) Choix d'une thèse en binôme et triangulation des données
  
- II. Population étudiée** p.32
  - 1) Inclusion des participants
  - 2) Recrutement

**III. Recueil des données p.32**

- 1) Guide d'entretien
- 2) Déroulement des entretiens
- 3) Saturation des données

**IV. Analyse et triangulation des données p.34**

- 1) Retranscription des entretiens
- 2) Etiquetage
- 3) Triangulation

**V. Ethique et réglementation p.35**

**RÉSULTATS p.36**

**I. Caractéristiques de l'étude p.36**

- 1) Caractéristiques de la population et des entretiens p.36
- 2) Les études de médecine p.37
  - a) Débuter des études de médecine
  - b) Choisir la médecine générale
  - c) Le vécu des études
  - d) Les projets post-internat

**II. Freins et leviers des IMG à participer à la PDSA dans leur exercice futur p.47**

- 1) Le sentiment d'incompétence et de manque d'expérience p.47
- 2) La peur de l'insécurité p.52
- 3) La peur de l'inconnu et des mauvaises conditions de travail p.52
- 4) Une appréhension de la charge de travail et du retentissement personnel p.53
- 5) Des questionnements face à l'utilité du service rendu p.55
- 6) Une réticence à la contrainte p.56
- 7) Une mission de soins p.57
- 8) Le rôle de l'expérience p.59
- 9) La rémunération p.61
- 10) Diversifier sa pratique p.62
- 11) De bonnes conditions de travail p.63
- 12) Maîtriser son engagement p.64
- 13) Se sentir valorisé p.65

**III. Connaissances des IMG à propos de la PDSA p.67**

- 1) Nuage de mots p.67
- 2) Une définition imprécise p.67
- 3) La confusion entre continuité des soins et permanence des soins p.69
- 4) La difficulté à identifier les différents acteurs p.71
- 5) Des sources d'information diverses p.73
- 6) La rémunération p.77
- 7) Accéder à la PDSA en tant que médecin p.77

**IV. Sensibilisation et formation des IMG à la PDSA durant leurs études p.78**

- 1) Participer aux gardes ambulatoires en troisième cycle p.78
- 2) L'enseignement dédié à la permanence des soins ambulatoires p.81

**DISCUSSION p.84**

**I. Forces et limites de l'étude p.84**

- 1) Forces p.84
- 2) Limites p.85

**II. Freins et leviers pour la participation à la PDSA p.87**

- 1) Les difficultés d'interprétation p.87
- 2) Information et formation à la PDSA p.87
- 3) Optimiser les conditions de travail p.88
- 4) L'impact négatif des gardes hospitalières p.89
- 5) Diminuer le sentiment d'isolement professionnel p.90
- 6) La rémunération p.90
- 7) La PDSA comme façon de diversifier sa pratique p.91
- 8) Jouer sur le bien-être des internes p.91

**III. La question de la PDSA à l'étranger p.93**

**CONCLUSION p.94**

**BIBLIOGRAPHIE p.95**

**ANNEXES p.98**

## ABRÉVIATIONS UTILISÉES

- ADOPS : Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins
- AGRU Antennes généralistes de réseaux d'urgences
- AMUEL : Association de médecine d'urgence de l'estuaire de la Loire
- CAPS : Centre d'accueil et de permanence de soins
- CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- CODAMUPS : Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et transports sanitaires
- CSP : Code de la santé publique
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- IMG : Interne en médecine générale
- MM : Médecin mobile
- MMG : Maison médicale de garde
- OCDE : Organisation de coopération et de développement économique
- PDSA : Permanence des soins ambulatoires
- SAMU : Service d'aide médicale urgente
- SML : Syndicat des médecins libéraux
- UNOF : Union nationale des omnipraticiens français

## INTRODUCTION

La permanence des soins ambulatoires (PDSA) est plus que jamais un sujet au cœur de l'actualité. En effet, si les évolutions réglementaires récentes en matière de santé sont principalement axées sur la problématique de la crise de l'hôpital public, notamment la saturation des services d'urgences, ces fragilités ne sont « que la partie émergée d'une crise structurelle plus profonde qui touche l'ensemble de la réponse aux besoins de soins urgents et non programmés, et plus largement l'ensemble de notre système de santé » rappelle en juin 2022 le Dr François Braun, alors Président de SAMU-Urgences de France, dans son rapport « Mission flash sur les urgences et soins non programmés ». (1)

En effet, si l'hôpital est en crise, la médecine ambulatoire l'est également, et cela se traduit en partie par les difficultés qu'elle rencontre à répondre aux demandes de soins non programmés de la population. La pandémie de COVID-19 a mis les systèmes de santé à l'épreuve et a souligné l'extrême importance d'une organisation efficiente des soins de première ligne en ambulatoire.

La PDSA est un dispositif essentiel du système de santé, qui a pour objectif de garantir à chacun une offre de soins adaptée et organisée pour répondre à toute demande de soins non programmés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et sur l'ensemble des territoires. Elle repose sur le principe d'une régulation médicale préalable. Les médecins généralistes, en tant que médecins de premier recours, sont les principaux acteurs de cette organisation, comme effecteurs et comme régulateurs. La PDSA est reconnue comme une mission de service public. Le code de la santé publique et le code de déontologie médicale rappellent qu'il est du devoir du médecin généraliste de participer à cette permanence. (2) (3)

Les soins non programmés réalisés en médecine ambulatoire sont moins bien quantifiés que les passages dans les services d'urgences hospitalières. En 2006, la DREES estime que les actes de soins non programmés représentent 12% des consultations des médecins généralistes français. Mais il faut noter que ces motifs de recours sont principalement diurnes, alors que la permanence des soins représente 60% du temps hebdomadaire. Seulement 9% de ces soins non programmés se présentent en horaires de nuit, contrairement aux services d'urgences hospitaliers, où 21% des arrivées ont lieu entre 20h et 8h du matin. (4)

Les patients s'adressent donc majoritairement aux services d'accueil d'urgences hospitalières sur les horaires de PDSA, d'une part par méconnaissance de l'offre de permanence des soins ambulatoires, mais aussi car les dispositifs de PDSA sont dépassés voire inexistant dans plusieurs régions, et ne peuvent pas répondre à la demande de la population.

Depuis une vingtaine d'années, l'organisation de la PDSA a profondément évolué. Cependant, elle souffre de nombreuses insuffisances malgré les mesures mises en place au fil des années pour améliorer son fonctionnement.

Avant les années 2000, la PDSA était peu réglementée, et était surtout basée sur la conscience professionnelle des médecins, qui s'organisaient le plus souvent en regroupements et en tours de garde au sein d'un territoire choisi par leurs soins. L'organisation de la PDSA a d'abord été marquée par les importants mouvements de grèves des gardes de nuit lancés en 2001-2002 par les médecins généralistes, qui revendiquaient alors une revalorisation de leurs conditions de travail. Ces protestations ont permis d'aboutir au grand principe actuel de participation à la

PDSA : elle reste une obligation médicale collective, mais basée sur le volontariat individuel. À la suite de ces grèves, la PDSA fait l'objet de nombreuses autres réglementations : révisions de la sectorisation des territoires, régulations centralisées vers les centres 15, revalorisation des rémunérations des gardes, création des Agences régionales de santé à qui sont confié le pilotage de la PDSA, développement des Maisons médicales de gardes et des associations de médecins dédiées à la permanence de soins... Plus récemment encore, suite à la crise sanitaire du COVID-19, le Pacte de refondation des urgences de 2019 et le Ségur de la Santé 2020 proposent de nouveaux outils pour améliorer la réponse globale aux demandes de soins non programmés. (5) Leur mesure phare est la concrétisation du Service d'accès aux soins (SAS), mesure qui est également la première recommandation de La Mission flash sur les urgences et soins non programmés de 2022. (1)

Cet enchaînement de textes réglementaires se préoccupant de l'organisation de la PDSA traduit l'urgence des problématiques qui s'y rapportent et que l'on peine à résoudre : une diminution du nombre de médecins généralistes, une désertification médicale notamment dans les milieux ruraux, un vieillissement démographique entraînant une augmentation de la prévalence des maladies chroniques, une surconsommation de soins... Cependant, plusieurs axes d'amélioration semblent encore possibles : la meilleure information de la population vis à vis de l'organisation de la PDSA, la généralisation du tiers payant dans le cadre de PDSA, la formation des internes en médecine générale en sont quelques exemples.

Dans cette introduction, nous reviendrons rapidement sur l'évolution de l'organisation des gardes en médecine générale, puis nous nous attacherons à décrire le fonctionnement actuel de la PDSA dans un territoire français en prenant pour exemple la Loire Atlantique et la Vendée.

L'objectif principal de notre étude s'intéresse au point de vue des internes de médecine générale sur la PDSA. En effet, si à l'échelle du pays, on retrouve chez les médecins généralistes un taux de volontariat de 38% ; l'âge moyen des médecins participant à la PDSA est de 45 ans, et 23% des médecins qui participent à la permanence des soins ont plus de 59 ans (6) . Le renouvellement de cette population grâce aux jeunes médecins semble difficile à constituer car on observe un désengagement des jeunes médecins généralistes à la participation à la PDSA. Une enquête menée au niveau national en 2019 par le CNOM révèle que seuls 53% des médecins qui effectuent des gardes avaient entendu parler de la permanence de soins pendant leur formation. Ainsi, plus d'un médecin remplaçant ou de moins de 30 ans sur deux considère être mal informé sur le fonctionnement de la permanence de soins. Chez les médecins informés du concept de PDSA pendant leur internat ou avant leur internat, le taux de participation est supérieur de 10% par rapport aux médecins informés plus tardivement. (7)

Les internes de médecine générale semblent donc insuffisamment sensibilisés au fonctionnement de ce dispositif lors de leurs études, et peu formés à sa réalisation pratique lors de leurs stages. Une majorité d'entre eux reste réservée sur leur participation future à ce système, mais ce désengagement est un important défi à surmonter car les difficultés actuelles commencent à remettre en question certains principes fondamentaux chers à la médecine libérale : le volontariat des gardes et la liberté d'installation.

Comment les internes en médecine générale envisagent-ils la permanence des soins ambulatoires dans leur pratique future ? Afin de pouvoir apporter des éléments de réponse à cette question, nous proposons d'analyser ce sujet avec les internes du département de médecine générale de Nantes. Ce travail de thèse a pour objectif d'explorer les représentations des internes au sujet de la permanence des soins ambulatoires, et d'identifier les freins et les leviers à leur participation future. Pour cela, nous utiliserons une méthode d'analyse qualitative basée sur des entretiens individuels semi-dirigés avec plusieurs internes du DMG de la faculté de médecine de Nantes.

## **I. La permanence des soins ambulatoires en France**

### 1) Généralités sur l'organisation de la PDSA sur le territoire national

Dans sa thèse « Du service médical d'hier à la permanence des soins aujourd'hui, enjeux et contraintes du système de garde en médecine générale depuis la fin du XIXe siècle », le Dr Karine Louvel reprend l'histoire de la mise en place du système de garde en médecine générale en France. Elle nous apprend qu'à partir de 1950, « pour faire face à l'accroissement de leur charge de travail, les médecins généralistes commencent à se regrouper [...] sur la question des remplacements et des gardes. » (8) Mais cette organisation est très hétérogène sur le pays et au sein d'un même territoire. Elle est gérée par la profession elle-même, et la participation à la permanence des soins ambulatoires est pour chaque médecin une « obligation déontologique ». En effet, entre 1991 et 1994 en Vendée, on relève 50 systèmes de garde différents. (9),(10)

Les années 90 voient la création des centres 15 hospitalo-libéraux, au départ au nombre de 5 en France, selon un dispositif expérimental (Saint Nazaire, Brest, Le Havre, Limoges et Grenoble). Ces centres expérimentaux sont devenus ensuite une règle de régulation nationale après 1995. Ils signent le début du principe de régulation, qui deviendra une notion importante dans l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.

Parallèlement à cela, le CNOM produit le rapport COLSON (sous la direction du Dr Jean Marie COLSON, vice -président du CNOM) qui initie la création des AGRU en 1993 (Antennes généralistes de réseaux d'urgences). Les AGRU sont les ancêtres des maisons médicales de garde. En Loire Atlantique, la première AGRU créée se trouve à Saint-Nazaire.

En 2001, le mouvement de grève nationale des médecins généralistes se déroule en France. Cette grève, au cours de laquelle les médecins grévistes ont refusé d'assurer les gardes de nuit et de week-end sur tout le territoire français, a pour principale revendication une revalorisation tarifaire des actes, la consultation classique (C) étant alors cotée à 17,53 euros. Mais elle marque aussi un tournant dans l'organisation globale des soins ambulatoires. La grève s'effectue à l'appel de deux syndicats, le SML et l'UNOF, et est particulièrement suivie sur tout le territoire français. Elle s'achève avec la création de groupes de travail mandatés par le gouvernement, qui aboutiront à la rédaction de textes de réglementation de la PDSA.

C'est dans ce contexte qu'un rapport, mené par le Dr Jacques Lucas et présenté aux assises du CNOM en juin 2001, s'intéresse à l'exercice médical face à la PDSA. Il met en évidence un cadre imprécis, notamment sur le plan réglementaire ; et insiste sur la nécessité d'une régulation pour qualifier le caractère médical et le niveau d'urgence des motifs de demande d'accès aux soins. (11)

A partir de 2003, l'organisation de la PDSA, qui relevait jusque-là de la profession médicale ; est légiférée, à travers le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 du livre VII du Code de Santé Publique. Celui-ci stipule que « Les médecins participent à la permanence de soins sur la base du volontariat » (Art. R.733) et que « l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le Samu » (Art.R.732). Il stipule également que « Cette permanence est organisée dans le cadre départemental [...]. A cette fin, le département est divisé en secteurs. [...] La détermination du nombre et des limites de secteurs est arrêtée par le préfet du département. ». (Art.R.731.) (12)

L'organisation du tableau de gardes est à l'initiative des médecins eux-mêmes. Les médecins volontaires se regroupent sous la forme d'associations. Si le tableau de gardes est incomplet, il reviendra au préfet de procéder à des réquisitions parmi les médecins éligibles. (Art.R.6315-4).

Ces modifications en profondeur sont le résultat du rapport déposé par le sénateur Charles Descours en janvier 2003. Ses conclusions sont le fruit des recherches d'un groupe de travail constitué par les différents syndicats médicaux, les représentants de l'état, les usagers et la CPAM (13). Ce rapport est aussi à l'origine de l'évolution du CODAMU (Comité départemental de l'aide médicale urgente) en CODAMUPS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires), incluant la permanence des soins dans sa mission. (14)

C'est sur ces trois nouveaux principes réglementaires que va s'organiser l'offre de permanence de soins désormais : **la sectorisation à l'échelle du département, la régulation et le volontariat.**

## 2) Législation de la PDSA en France

### a) Code de la santé publique

Actuellement, la PDSA est organisée autour des articles R. 6315-1 à R. 6315-6 du code de la Santé publique, fixés par décret le 13 juillet 2010 par Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé et des sports. On retrouve notamment dans ces articles : la reconnaissance de la PDSA comme une "mission de service publique", la participation sur la base du volontariat («Les médecins participent à la permanence des soins et à l'activité de régulation sur la base du volontariat. » article R. 6315-4), les réquisitions nécessaires en cas d'effectifs insuffisants, la régulation préalable via un centre 15, la définition des horaires de PDSA et les conditions d'effectif en lieu fixe ou par visite à domicile.

Selon le code de Santé publique, la mission de PDSA vise à répondre à la demande de soins non programmés en horaires bien précis « tous les jours en semaine de 20h à 8h ; les dimanche et jours fériés de 8h à 20h et selon les besoins [...] Le samedi à partir de 12h, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié. » (2) Elle est à distinguer de la continuité des soins, qui consiste à la responsabilité d'une prise en charge coordonnée des patients au fil du temps et à travers les différents prestataires de soins, incluant la communication entre les professionnels. Selon l'article 4127-47 du Code de Santé Publique : « La continuité des soins ambulatoires doit être assurée quelles que soient les circonstances ». (15)

### b) Code de déontologie médicale

Sur le plan disciplinaire, la permanence de soins est régie par le Code de déontologie médicale, qui identifie plusieurs notions :

- L'obligation collective : l'article R.4127-77 précise " Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent." Elle repose donc sur le volontariat individuel, sous couvert de l'obligation collective. En cas d'impossibilité à compléter le tableau de garde, le CNOM peut en référer au préfet qui sera amené à réquisitionner les médecins. (3). En

effet, avant 2003, le texte en vigueur dans le Code de Déontologie Médicale était le suivant : “Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement, de ses conditions d'exercice.”

- La traçabilité : Selon l'article R.4127-59 “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 qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en en informant le malade”. Ce point participe à assurer la coordination de soins de qualité, malgré la multiplication des intervenants que la situation d'urgence exige. (16)
- La qualité des soins : Selon l'article R.4127-32 “ Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science [...]”. Comme tous les actes médicaux, les actes de PDSA engagent la responsabilité morale, disciplinaire et pénale du médecin de garde ; et doivent répondre aux mêmes critères de qualité que les actes diurnes, selon l'obligation de moyen. (17)

### c) Organisation loco-régionale : la sectorisation

La PDSA est organisée géographiquement en territoires appelés secteurs, et arrêtés par le directeur de l'ARS pour chaque région selon un cahier des charges dédié et correspondant aux besoins évalués. Elle peut être assurée par tout médecin ayant conservé une pratique clinique.

L'ANOPS (Association nationale pour l'organisation de la permanence de soins), est une association active depuis 2021, créée à la suite des Assises nationales de la permanence de soins ambulatoires de 2019. Elle a pour but d'apporter une aide technique aux associations locales et de travailler avec les institutions au sujet de la permanence de soins. Elle coordonne avec les ADOPS (Associations départementales pour l'organisation de la permanence de soins) la mise en place de la PDSA sur le territoire.

Les ADOPS sont les relais entre les médecins engagés sur la PDSA du département, le Conseil Départemental de l'Ordre et les ARS. Elles s'assurent de la mise en place du tableau de garde pour chaque territoire spécifique avec un médecin coordinateur du territoire.

À l'échelon départemental, les CODAMUPS-TS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires) assurent la concertation et l'évaluation du dispositif de PDSA. Réglementés par les articles R6313-1 à R6313-9 du Code de la Santé Publique, ils se composent pour chaque département de représentants des collectivités territoriales, des partenaires de l'aide médicale urgente dont un représentant de chacune des associations de PDSA, un représentant des associations d'usagers. Ils veillent “ à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional”. (18)

#### d) Accès à la PDSA

L'accès au médecin de permanence est régulé par le centre 15 ou par les centres d'appels des associations de PDSA. C'est le cas du 116-117, numéro dédié d'accès à la régulation ambulatoire, qui était utilisé par 13 départements en 2022. (6) Le médecin régulateur répond de manière adaptée à la demande de soins. Il peut décider de rediriger le patient vers un lieu fixe de PDSA, ou de prévoir un déplacement du médecin de garde auprès du patient. Il est en lien téléphonique avec le médecin de garde, et est également disponible pour un retour sur la situation médicale du patient. Il peut également prodiguer des conseils médicaux et réaliser des prescriptions médicamenteuses.

#### e) Rémunération

Le médecin effecteur perçoit les revenus des actes réalisés dans le cadre de la PDSA. Une rémunération forfaitaire est également fixée pour les médecins effecteurs et les médecins régulateurs par le cahier des charges des Agences régionales de santé, qui peut varier pour chaque territoire de PDSA. (12)

### 3) Problématiques et enjeux actuels

#### a) Enjeux de démographie médicale

La médecine ambulatoire fait face à l'évolution défavorable de la démographie médicale depuis plusieurs années, dont les médecins généralistes, en raison de la baisse du numerus clausus depuis les années 1980. Parallèlement à cela, l'accroissement de la population diminue encore davantage la densité médicale ; et l'augmentation de l'espérance de vie et de la prévalence des pathologies chroniques entraînent une hausse de la demande de soins. Les missions du médecin généraliste sont devenues plus larges, avec la prise en compte des compétences de prévention, de dépistage, et d'éducation thérapeutique. Malgré l'augmentation du numerus clausus, et sa suppression en 2019, il semblerait que la situation ne s'améliore qu'à partir des années 2030 au mieux. (19). On peut noter que dans une enquête du CNOM réalisée en 2022 sur l'état actuel de la PDSA à l'échelle nationale, la principale raison évoquée pour expliquer le manque d'efficacité de la PDSA est la problématique de la démographie médicale pour 90% des médecins interrogés. (7)

#### b) Enjeux de consommation de soins

On constate une augmentation globale de la demande soins de la part des usagers, qui résulte de plusieurs facteurs :

- les avancées médicales et le développement technologique dans le domaine de la santé, avec la prévention, le dépistage, la sensibilité diagnostique et la précision thérapeutique ;
- le vieillissement de la population générale avec augmentation de la prévalence des maladies chroniques ;
- un consumérisme de soins avec exigences grandissantes des usagers sur les délais de prise en charge ;
- un défaut d'éducation des patients, et à moindre mesure décalage entre l'urgence ressentie par le patient et la réalité de l'urgence médicale dans le cadre des soins non programmés.

Cette augmentation de la demande de soins se répercute inévitablement sur les horaires de PDSA :

- débordement de la continuité des soins sur la PDSA, notamment pour les horaires de fin de journée : la fermeture de certains cabinets médicaux avant 20h faisant basculer la charge des soins non programmés sur la permanence des soins.
- glissement des consultations non réalisées en journée sur les horaires de PDSA
- demande de consultation en soirée faute de temps en journée.

#### c) Enjeux de territoire

La répartition des médecins sur les territoires n'est pas homogène, et des inégalités d'accès aux soins s'en font ressentir, notamment dans les zones les plus rurales. Pour cela, entre 2005 et 2015, le nombre de territoires sur lesquels s'effectue un tour de garde a été divisé par deux, en fusionnant des territoires préexistants ou en redessinant la carte des territoires de PDSA par département, à l'initiative des ARS. Cet élargissement des territoires de garde a pour objectif de permettre un maintien de la PDSA dans les zones les plus pauvres en médecins. (20) La réduction du nombre de secteurs se poursuit ces dernières années, comme l'observe le rapport de la CNOM en 2021 : « moins 7,7 % du nombre de territoire en soirée ; 2,6% en week-end et jours fériés, et 13% en nuit profonde ». Cette tendance est également confirmée entre 2021 et 2022 : « diminution de 5% du nombre de territoires en soirées, de 1,2% les week-ends et jours fériés, et de 0,3% en nuit profondes. » (21)

Cette re-sectorisation a pour conséquence des zones d'effectif de plus en plus importantes, avec des déplacements plus lointains pour les médecins mobiles ; ce qui accroît la pénibilité des gardes en permanence des soins. Elle permet néanmoins d'assurer la présence d'un effecteur sur chaque ligne de garde et de diminuer la fréquence des gardes. (21), (6) On peut penser que ces aspects participent paradoxalement au désengagement des médecins libéraux dans la PDSA, alors qu'ils ont accru les besoins en volontaires.

#### d) Enjeux de régulation

Fin 2022, les modalités de mise en place de la régulation en PDSA relèvent d'une organisation propre à chaque département, pour 92 % des départements français. (6) Selon le rapport 2022 du CNOM concernant la PDSA, la « régulation déportée » c'est-à-dire la régulation médicale réalisée par le médecin régulateur depuis son domicile ou son cabinet n'est mise en place que dans 17 départements français. Selon le CNOM, ce mode de régulation permet une plus grande flexibilité pour les médecins, et une plus grande participation (6). Mais on peut se demander si la régulation depuis chez soi peut être vectrice d'un sentiment d'insécurité pour les médecins, qui n'ont pas un accès rapide à l'avis d'un confrère en cas de doute comme dans une salle de régulation ; et peut résulter en une non-harmonisation des pratiques en matière de régulation. Si une formation est indispensable pour tous les professionnels qui travaillent en centre 15, faut-il un référentiel commun de bonnes pratiques ?

Depuis peu, le SAS, dispositif expérimental en Pays de la Loire, permet une régulation de l'accès aux soins en horaires classiques ; en réponse au problème de démographie médicale, sur le modèle de la PDSA. Ce dispositif sera porté selon les départements soit par une entité

juridique GCS (Groupement de coopération sanitaire) comme dans le 44 ; soit par une convention comme dans le 85.

On peut aussi souligner qu'en 2021, dans 60% des départements français, les patients ont accès aux sites de PDSA sans régulation préalable. (6)

#### e) Enjeux de formation

L'information et la participation à cette ligne de garde de médecine ambulatoire sont quasiment inexistantes durant l'externat de médecine, alors que les gardes hospitalières sont obligatoires et nombreuses. Pourtant, en 2016 et régulièrement depuis, l'ISNAR-IMG a établi de nombreuses propositions afin de former les internes en médecine générale et de leur permettre d'intégrer cette pratique dans leur exercice professionnel. (22) Il est suggéré dans ces propositions des formations sur la base du volontariat, aussi bien en régulation qu'en effectif, et cela dès le stage ambulatoire de niveau 1. En 2020, selon le Livre Blanc de l'ISNAR IMG, ces propositions concernant une formation et une participation des IMG à la PDSA n'étaient toujours pas adoptées dans les faculté de médecine. (23)

La formation en PDSA ne fait pas partie des prérequis pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine. Elle ne figure pas dans la maquette des internes en médecine générale en 2023.

On peut penser que ce manque de formation précoce résulte en un sentiment d'illégitimité ou d'insécurité dans cette pratique pour les jeunes médecins et participe au désinvestissement. Selon l'enquête du CNOM concernant la permanence des soins ambulatoires, 55% des médecins jugent qu'« améliorer la sensibilisation des jeunes médecins à la permanence de soins lors de leur formation serait une mesure efficace pour améliorer son fonctionnement ». (7)

#### f) Enjeux de participation

C'est dans un contexte de paupérisation de la démographie médicale globale sur le territoire français (moins de 95 000 médecins généralistes en activité en France en 2021 contre 100 000 en 2012) (7) que cette étude s'interroge sur les facteurs qui motivent et qui freinent les jeunes médecins à s'investir.

D'après le rapport du CNOM (19), si entre 2020 et 2021, on observe une hausse de 4% du nombre de médecins généralistes qui ont participé à la régulation médicale dans le contexte de la crise de la COVID 19 ; on constate une diminution du volontariat global : « le taux de participation à diminué pour 52% des départements ». Cette diminution a comme première conséquence une pénibilité accrue des gardes pour les médecins volontaires, ce qui peut constituer un cercle vicieux. Ainsi, en 2022, il existe encore des « zones blanches », non couvertes par le dispositif de PDSA, dans 90% des départements français pour les horaires de nuit profonde. (6)

On peut se poser la question de l'attractivité de ce mode d'exercice, notamment pour les jeunes médecins et les remplaçants. Ainsi, on peut noter que l'âge moyen des médecins qui participent à la PDSA était de 45 ans en 2022. (6) Si cette diminution se poursuit, sensibiliser les jeunes médecins et les internes à la permanence des soins deviendra bientôt un enjeu essentiel de l'accès aux soins sur le territoire.

## II. Un exemple d'organisation départementale : Loire-Atlantique et Vendée

### *Préambule :*

La gestion opérationnelle du dispositif de permanence des soins ambulatoires dans les départements de Loire Atlantique et de Vendée est respectivement l'œuvre des ADOPS 44 et 85. Les ADOPS sont également responsables de la gestion budgétaire fermée mise à disposition par l'ARS Pays de la Loire. Les conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) de Loire Atlantique et de Vendée sont chargés de veiller à la complétude des tableaux de gardes d'effectif et de régulation.

Le département de la Loire Atlantique a la particularité d'être couvert par les associations SOS Médecins sur les agglomérations de Nantes et de Saint Nazaire.

Il est par ailleurs mis en place, de 20h à 08h, en Loire Atlantique et en Vendée, un système d'effecteurs mobiles ("pool de médecins mobiles"), régulé par le centre de régulation médicale pour des actes qui sont protocolisés.

A noter que le dispositif de médecins mobiles et de régulation est inexistant dans d'autres départements des Pays de la Loire (Maine et Loire, Sarthe), qui souffrent de défaut d'accès aux expertises médicales notamment aux horaires de nuits profondes.

### 1) PDSA en Loire Atlantique

Le département de Loire Atlantique est le département le plus peuplé de la région, et la démographie est en croissance constante. Ce département est également le moins rural. Il concentre le plus grand nombre de médecins de la région. La permanence des soins ambulatoires sur le département est l'une des plus efficaces de France.

Deux organismes sont chargés par l'ARS d'organiser la PDSA sur le territoire :

- l'ADOPS 44
- SOS Médecins exclusivement pour les agglomérations de Nantes et de Saint-Nazaire

#### ● L'historique :

L'organisation actuelle de la PDSA en Loire-Atlantique repose sur une volonté de collaboration entre les médecins libéraux (alors représentés par l'Association de Médecine d'Urgence de l'Estuaire et de la Loire ou AMUEL) et hospitaliers. Elle se traduit d'abord en 1991 par la création d'un des premiers sites français de régulation libérale, sur un modèle expérimental. C'est le premier centre 15 du département, qui se situe sur l'agglomération nazairienne. (24)

Les bouleversements des débuts des années 2000, suite aux grandes grèves des médecins généralistes, permettent en 2001 la fusion du centre de régulation de St Nazaire et du CHU de Nantes. (24) Les appels au 15 du département sont centralisés, et répercutés vers le médecin du SAMU ou vers le médecin généraliste régulateur selon le besoin. Si l'appel relève de la médecine générale, le patient peut alors être redirigé vers l'une des maisons médicales de garde.

Au cours des années 2000, le maillage territorial en maison médicale de garde se développe et s'homogénéise. A partir du modèle du CAPS de Clisson créé en 2003, naissent dix autres MMG entre 2004 et 2009.

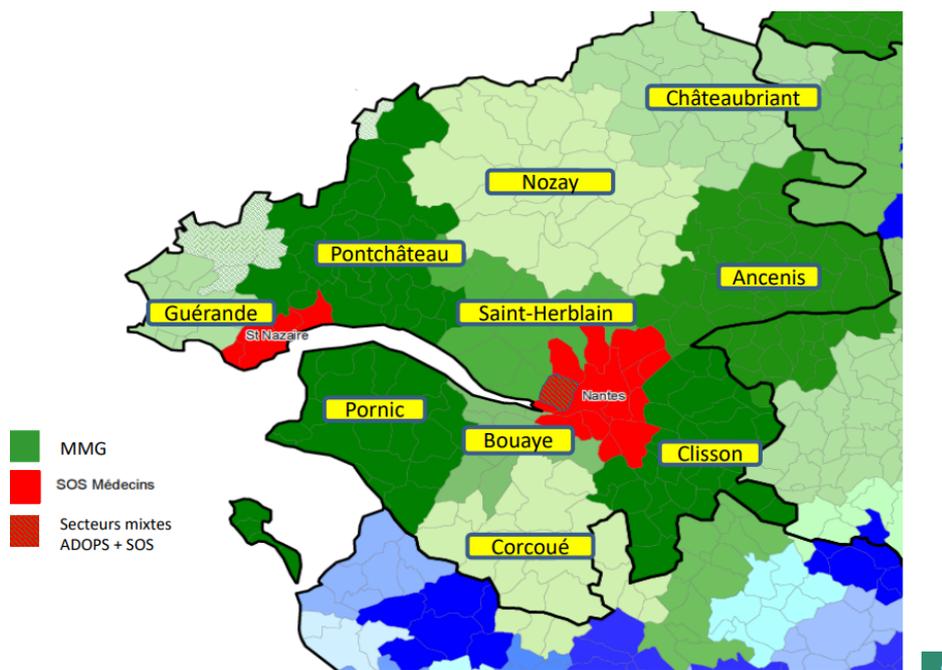
Ce dispositif a comme premier effet de diminuer le nombre de secteurs de garde, qui passe de soixante-dix en 2001 à quinze en 2004, puis désormais à douze secteurs, qui s'articulent chacun autour d'une maison médicale de garde. (25)

En 2005, l'AMUEL (association de médecine d'urgence de l'Estuaire de la Loire) devient l'AMUEL 44 pour couvrir tout le département. A partir de 2009 le système s'étoffe avec la mise en place des médecins mobiles, projet porté par l'AMUEL 44. La mission régionale santé en 2008 estime alors que la nécessité d'intervention d'un médecin généraliste entre minuit et 8h à 0,9 acte pour 100 000 habitants. (25)

A partir de 2010, L'AMUEL 44 se transforme en ADOPS 44, selon les termes de la loi Fillon.

- La sectorisation :

La Loire Atlantique est divisée en 12 secteurs, regroupés autour des maisons médicales de garde : Ancenis, Bouaye, Châteaubriant, Clisson, Guérande, Loire et Sillon, Nozay, Pays de Retz, Pontchâteau, Sud Loire Vendée, Nantes, Saint Nazaire.



*Carte de la sectorisation de la Permanence de Soins Ambulatoires en Loire-Atlantique. 2022. ADOPS 44*

- La régulation :

En Loire Atlantique, une régulation médicale est assurée sur l'ensemble des plages horaires de la permanence des soins ambulatoires, tous les jours de l'année, par des médecins libéraux, des urgentistes et des ARM. Les appels sont centralisés au niveau des SAMU – Centre 15. Une régulation médicale est également organisée au sein des associations SOS Médecins, et est interconnectée au SAMU-Centre 15 de Loire- Atlantique.

Les numéros d'appel sont :

- le 15,
- le 116 117, numéro national de permanence des soins ambulatoires, effectuée par des médecins généralistes libéraux ayant reçu une formation dédiée.
- ainsi que le 3624 correspondant au numéro national d'appel pour SOS Médecins.

En Loire-Atlantique 41 médecins titulaires assurent cette fonction en 2023, à raison de 3 à 5 médecins régulateurs selon les tranches horaires de PDSA. Des opératrices de soins non programmés interviennent quelques heures en PDSA le soir et le week-end, dans le contexte d'expérimentation du SAS au niveau départemental.

Pour l'année 2022, cela représente 16 502 heures de régulation par les médecins régulateurs libéraux membres de l'ADOPS 44, pour un coût de 1 576 850 euros. (26)

- L'effectif :

L'ADOPS 44 et les associations SOS Médecins Nantes et Saint Nazaire sont organisées en points fixes de consultation et en visites via les médecins mobiles.

Il existe 11 **points fixes de consultation** gérés par l'ADOPS 44, et ouverts jusqu'à minuit : Guérande, Pontchâteau, Nozay, Ancenis, Châteaubriant, Pornic, Bouaye, Corcoué sur Lorgne, Clisson, Saint-Herblain et Nantes.

SOS Médecins possède 3 maisons médicales de garde (1 à Saint-Nazaire et 2 à Nantes).

L'objectif est de disposer d'un lieu fixe de consultation au sein de chacun des 12 secteurs. La PDSA sur l'agglomération nantaise est composée de 3 points fixes de consultation : le CAPS de Nantes, à proximité du CHU, et les locaux de SOS Médecins Nantes et Rezé. Ainsi, l'ADOPS 44 est présente en lieux fixes sur 11 des 12 secteurs du département. Seule l'agglomération de Saint Nazaire est gérée uniquement par SOS Médecins.

L'accès à une maison médicale de garde fait l'objet d'une régulation médicale préalable, et sa situation géographique ne doit pas être à plus de 30 minutes de distance (effectuée dans les conditions de circulation habituelles) de la limite la plus lointaine du territoire.

Sur le département en 2022, 682 médecins dont 249 remplaçants assurent cette mission. (28)

Pour l'année 2022, cela représente plus de 37 000 consultations réalisées par les effecteurs fixes, pour un coût d'environ 2 millions d'euros. (27) Il existe des disparités entre les secteurs et les saisons, les deux pics annuels de fréquentations étant constatés sur la période estivale (juillet - août) et les mois de novembre et décembre.

Depuis 2014, l'ADOPS enregistre une augmentation de la fréquentation pour l'ensemble des CAPS. On peut prendre l'exemple du CAPS d'Ancenis, pour lequel la moyenne de patients vus par soir de semaine est de 6,93 en 2022 contre 2,54 en 2014. (28)

On observe une prévalence importante des actes de pédiatrie sur les maisons médicales de gardes, avec 40% des actes qui concernent des patients entre 0 et 15 ans. Les motifs les plus fréquemment rencontrés sont la fièvre, les problématiques ORL, les plaies, les douleurs abdominales. (28)

Parmi les patients vus en PDSA par les effecteurs fixes, 93% ont pu retourner à domicile au décours de la consultation. (27) Cette donnée permet de mesurer le rôle que jouent ces actes d'effecteur dans le désengorgement des services d'urgences hospitaliers. Il en va de même pour les visites effectuées par les médecins mobiles : 86% des patients vus au domicile ont pu être maintenus sur place à la suite de la visite. (28)

Pour l'année 2022, 99% des heures de gardes des effecteurs fixes ont été effectuées. (28)

Un pool de médecins mobiles intervient en soirée et en nuit profonde lorsque les points fixes de consultation sont fermés. Les médecins mobiles de l'ADOPS 44 couvrent la totalité du département, hors agglomérations nantaise et nazairienne couvertes en nuit profonde par les médecins mobiles des associations SOS Médecins. Ils assurent des visites régulières et protocolisées par le Centre 15 entre 20h00 et 08h. Ce dispositif permet une permanence des soins en nuit profonde via un déplacement des médecins aux domiciles des patients (dont les HAD), mais également pour les hôpitaux de proximité, les EHPAD, les établissements médico- sociaux. Elle permet également la réalisation des actes médico-administratifs, comme les interventions dans les gendarmeries et les interventions sur la voie publique.

Les médecins mobiles de l'ADOPS 44 sont positionnés de façon stratégique dans des chambres de garde situées sur des hôpitaux de proximité ou au sein des CAPS. Ils sont au nombre de 69 médecins, dont 19 remplaçants.

Ils sont dispatchés sur 5 sites : Ancenis (centre hospitalier d'Ancenis), Clisson (hôpital de proximité de Clisson), Nozay (hôpital de proximité de Nozay), Pornic (hôpital de proximité du Pays de Retz) et Savenay (hôpital de proximité de Savenay) afin de répondre le plus efficacement possible aux besoins de la population, de favoriser un accès possible à un médecin à moins de 30 minutes.



Cartographie des sites mobiles. Année 2022. ADOPS 44

Pour l'année 2022 il s'agit de 2973 visites, soit une moyenne de 8,1 sorties/ nuit pour l'ensemble des médecins mobiles de l'ADOPS. (27) La plupart de ces visites concernent des patients âgés de plus de 60 ans. (28)

Les médecins mobiles dans le 44 effectuent 73% de leurs actes pour les visites à domicile, 24% en EHPAD, 5% en gendarmerie. Il s'agit pour 70% d'actes de médecine générale, les diagnostics les plus fréquents étant "abdo divers", "suture/pansement", "colique néphrétique", "syndrome infectieux respiratoire", "rachialgie"; et 30% d'actes médicaux légaux, dont la plupart consistent à l'établissement de certificats de décès. (27)

Pour l'année 2022, 95 % des heures de gardes des médecins mobiles ont été effectuées. (28)

- La rémunération :

Chaque MMG garde son indépendance avec son conseil d'administration, son bureau, mais la politique et le financement sont gérés par l'ADOPS. Le budget de fonctionnement de l'ADOPS 44 est d'environ 500 000 euros par an, ce qui comprend les frais de fonctionnement type matériel, locaux, repas, secrétariat, informatique, etc.

Une enveloppe fermée finance les astreintes des médecins régulateurs et effecteurs, et les actes à hauteur de 78% . Pour le 44, elle est de l'ordre de 5 millions d'euros. Par année, on compte environ 40 000 actes en PDSA en Loire-Atlantique, dont environ 35 000 sont compris dans l'enveloppe. (27) Les actes "hors enveloppes" concernent les actes pour les patients dont

la sécurité sociale n'est pas dans le 44, les actes techniques, les réquisitions et les actes médico-légaux. Cela représente plus de 1300 actes pour un coût estimé de 123 000 euros. (28)

La régulation est rémunérée à hauteur d'environ 90 € de l'heure. Les astreintes en MMG sont rémunérées 150 € pour 4h en semaine, 200 € les samedis (midi-minuit), 250 € les dimanches (8h - minuit); sans compter la rémunération des actes. Les médecins mobiles sont rémunérés 3C de l'heure (C=23€ avant la revalorisation), c'est à dire 828€ pour 12h, dont 450 euros d'astreinte.

Les régulateurs et les médecins mobiles sont défiscalisés sur 60 plages par an. Les MMG sont défiscalisées sur l'astreinte uniquement pour certains territoires prioritaires.

- Les problématiques spécifiques rencontrées :

Aujourd'hui, la PDSA en Loire-Atlantique fait face à une demande croissante, et une augmentation des besoins en terme humains et financiers, en lien avec l'augmentation de la population (+14% en 12 ans), une diminution constatée du volontariat, l'augmentation des charges, et les difficultés globales de démographie médicale. On constate aussi un débordement des activités qui relèvent de la continuité des soins sur la permanence de soins.

En 10 ans, le nombre de volontaires médecins mobiles de nuit est passé de 112 à 69 dans le département. En parallèle, le nombre total d'actes de PDSA a augmenté de manière significative, passant de 29 000 en 2011 à 40 000 en 2022. Cette évolution concerne aussi bien les actes de régulation, d'effectif fixe et d'effectif mobile. (28)

## 2) PDSA en Vendée

La Vendée est le deuxième département le plus rural des Pays de la Loire. Elle connaît néanmoins une croissance démographique positive, ainsi qu'une zone littorale densément peuplée. En Vendée, la PDSA est assurée uniquement par l'ADOPS 85, association créée en 2010 lors de la mise en place de la régulation libérale et des médecins mobiles. Auparavant, la permanence de soins s'effectuait simplement avec les médecins de garde, sans régulation, et sur le principe d'une entente commune entre confrères.

L'ADOPS 85 travaille avec les médecins généralistes de Vendée, actifs ou retraités, qui sont volontaires pour participer à la permanence de soins, de manière conjointe avec l'ARS, sur la base d'une convention signée par les différents acteurs.

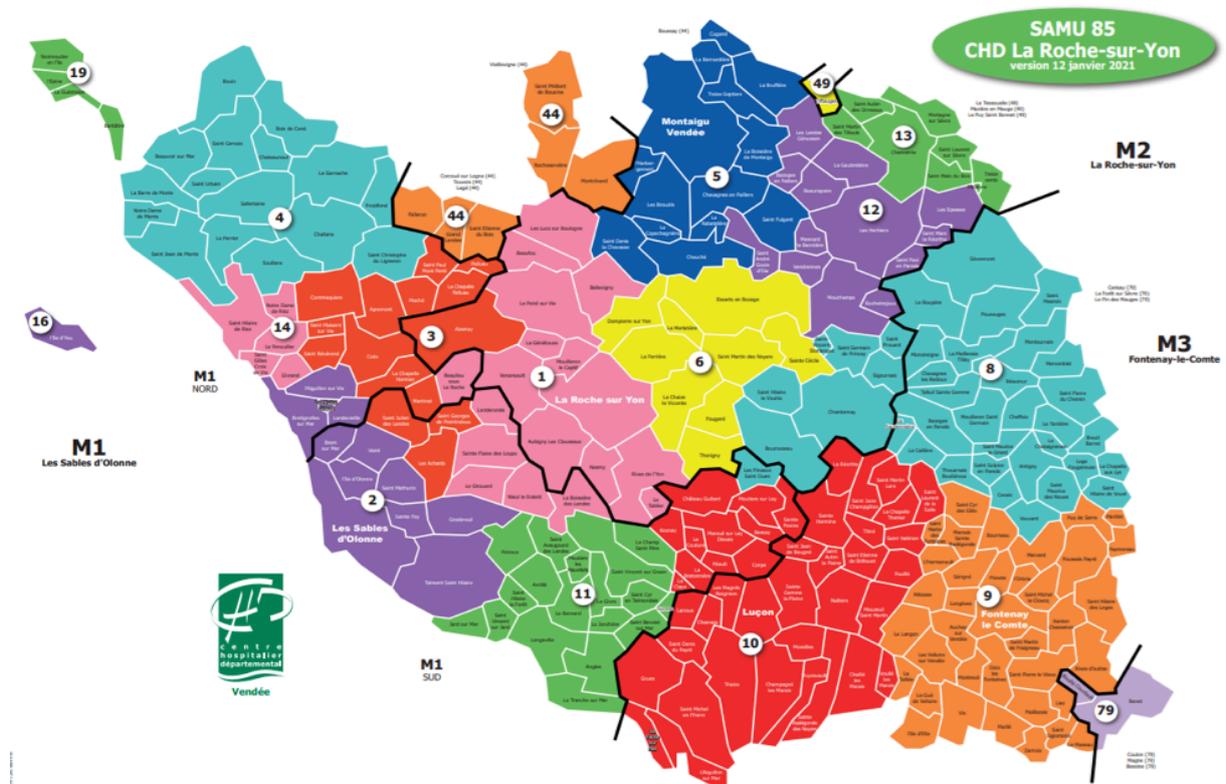
- La sectorisation :

Le territoire vendéen a été resectorisé en 2023 pour passer de 20 à 11 secteurs : La Roche sur Yon, Les Sables d'Olonne, Saint Gilles Croix de Vie, Challans, Montaigu, Saint Martin des Noyers, Les Herbiers, Fontenay-le-Comte, Luçon, Ile d'Yeu et Noirmoutier.

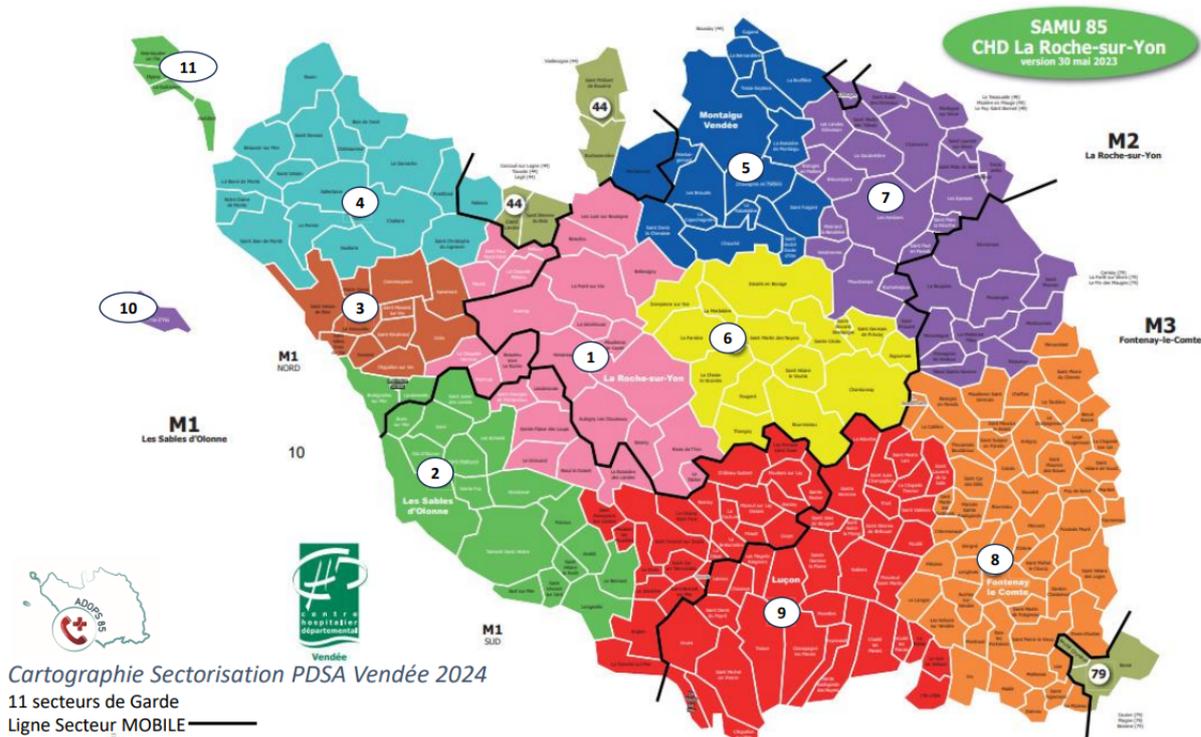
Chaque secteur possède un médecin référent qui organise le planning de garde sur son territoire en autonomie avec ses confrères.

La disparité des secteurs dans leurs périmètres et dans leur population résulte en une pénibilité très variable des actes sur les gardes. C'est d'ailleurs une des missions à venir de l'ADOPS, pour réorganiser la sectorisation et harmoniser la charge de travail sur le département, et essayer de s'aligner au plus près des secteurs de CPTS. L'objectif serait donc d'obtenir des

gardes avec davantage d'actes, mais moins fréquentes, générant ainsi une rémunération plus attractive pour les médecins, notamment pour les remplaçants.



Carte de la sectorisation de la permanence des soins ambulatoires en Vendée pour l'effecton mobile et fixe au 12 janvier 2021. Fournie par l'ADOPS 85.



Carte de la sectorisation de la permanence des soins ambulatoires en Vendée pour l'effectif mobile et fixe au 30 mai 2023. Fournie par l'ADOPS 85.

- La régulation :

Le dispositif de régulation de Vendée est également opérationnel à toute heure et tous les jours de l'année. La régulation en PDSA est portée en Vendée uniquement par les médecins généralistes, ARM et médecins urgentistes. 58 médecins généralistes libéraux participent à la régulation sur le département. En régulation, les plannings sont calibrés en fonction de l'antériorité des appels. Ainsi l'été sur les week-end, 6 médecins sont postés en régulation.

Les numéros d'appels sont le numéro national d'urgence 15, et le numéro national d'urgence dédié à la PDSA 116 117.

- L'effectif :

Les MMG en semaine s'organisent avec un médecin en point fixe de consultation par secteur. Deux types d'effectif prennent place le week-end en journée : les maisons médicales de gardes et les gardes prises par les médecins dans leurs cabinets. L'organisation des maisons médicales de garde est propre à chaque secteur, selon ses propres besoins. En effet selon le secteur et la période de l'année, le nombre d'actes peut être multiplié par un facteur dix. On peut ainsi avoir un ou deux médecins de garde ; par exemple un pour les consultations et un pour les visites.

Le soir de 20h à 8h, des médecins mobiles se déplacent en visite à domicile, ou dans des structures sociales ou médicales. En Vendée, il y a trois médecins mobiles par nuit sur le département, quatre sur l'été, les secteurs sont donc très vastes : le département est divisé en 3 ou 4 territoires de médecins mobiles aux horaires de PDSA. Sur douze heures, un médecin mobile Vendéen effectue 4 à 6 déplacements par nuit en moyenne. Ce sont les seuls qui assurent la PDSA en nuit profonde, car les gardes de secteur en maison médicale s'arrêtent à minuit.

- Particularités de l'île d'Yeu

L'offre de soins médicaux de l'île d'Yeu est réalisée par des médecins généralistes salariés, rattachés à l'hôpital local de l'île, lui-même sous la direction du Centre Hospitalier de Challans.

L'hôpital local Dumonté est gestionnaire de 3 structures :

- les lits d'hôpital (Médecine et SSR)
- l'EPHAD
- le centre de santé pour les prises en charge ambulatoires

La permanence de soins est assurée par ces médecins généralistes permanents ou remplaçants sur le secteur de l'île d'Yeu. Ils assurent de façon concomitante en horaires de PDS :

- la permanence de soins ambulatoires, avec un forfait astreinte et un financement des actes versé par l'ADOPS 85 à l'établissement hospitalier et compris dans le salaire du médecin effecteur
- une astreinte de permanence de soins hospitaliers pour l'hôpital Dumonté et les lits d'EPHAD
- une astreinte en tant que médecin correspondant SAMU, avec un forfait par astreinte et un forfait par intervention payé directement au médecin via l'ARS.

Cette permanence de soins obéit au principe de régulation préalable via le centre 15 ou le 116 117.

- Particularités de l'île de Noirmoutier

La permanence des soins est assurée par les médecins généralistes de l'île de Noirmoutier, les collaborateurs, les adjoints et les remplaçants. Il existe :

- une permanence de soins libérale assurée de 20h00 à 8h00 en semaine et du samedi 12h00 au lundi 8h00 ;
- une astreinte de permanence de soins hospitaliers pour l'hôpital de Noirmoutier qui comporte 15 lits de SSR, 21 lits d'USLD et 96 chambres d'EHPAD ;
- une astreinte en tant que médecin correspondant du SAMU.

En fonction des jours et des intervenants, ces astreintes peuvent être cumulées ou distinctes.

- La rémunération :

De la même façon que l'ADOPS 44, l'ADOPS 85 est gérée par le fond d'intervention régional (FIR), c'est-à-dire une enveloppe fermée budgétaire mise à disposition par l'ARS pour la PDSA. Les arbitrages se font sur des dialogues de gestion, plusieurs fois par an. Donc l'ensemble des frais passe par cette enveloppe de l'ARS, y compris les actes et les astreintes des médecins. Le budget a nettement augmenté sur les dernières années, malgré l'enveloppe qui est restée fixe, ce qui pose la question des futures possibilités de financement de la PDSA, et celle d'un retour à un conventionnement classique via la CPAM.

En PDSA, les médecins sont payés à l'acte, comme en journée. Les médecins mobiles ont aussi une indemnité kilométrique. Cela se joint à une rémunération forfaitaire pour l'astreinte, dont le montant est variable selon le nombre d'actes pour les mobiles.

Une garde en régulation est payée 100 euros de l'heure, sur 12h, défiscalisé. Le médecin ne doit donc verser que les charges sociales URSSAF et CARMF sur cette activité

- Les problématiques rencontrées :

La demande en permanence de soins a largement augmenté sur les dernières années, ce qui nécessitera probablement une réorganisation, en particulier du système de rémunération, pour coller au maximum au réel. Cette demande est en partie expliquée par la chute de la démographie médicale, et par le glissement des actes de la journée qui n'ont pas pu être réalisés sur la soirée.

En Vendée, c'est le principe de solidarité qui s'applique pour les gardes : avant 60 ans et sauf problème de santé, tous les médecins sont tenus de participer aux gardes d'effectif en maison médicale. Les gardes de médecins mobiles reviennent en revanche uniquement aux médecins volontaires.

Le fonctionnement de ce système repose en partie grâce aux médecins retraités, qui représentent 50% des effectifs de PDSA ; et aux médecins remplaçants. Ainsi les médecins installés représentent environ 30% de l'effectif. Sans l'apport des médecins retraités et remplaçants, l'ensemble de la permanence de soin ne pourrait pas être assurée.

## MATERIEL ET METHODE

### I. Choix d'une méthode qualitative par entretien individuel

#### 1) Une étude qualitative

L'objectif de notre travail est d'étudier les représentations des internes de médecine générale du DMG de Nantes au sujet de la permanence des soins ambulatoires sur leur territoire. Nous souhaitons connaître les freins et les motivations perçus par les internes à participer à la PDSA dans leur exercice futur. La méthode qualitative est la méthode la plus adaptée pour recueillir le parcours et les opinions des internes. (29)

Cette méthode repose sur une démarche inductive, dans le but de construire un modèle explicatif du positionnement des internes sur le sujet de l'étude.

Nous avons choisi une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée. (29) (30) L'échantillonnage fut théorique, à l'appréciation des investigateurs, en recrutant au fur et mesure des internes de médecine générale en deuxième année de phase d'approfondissement au DMG de Nantes pour l'année universitaire 2022-2023. Le recrutement et les entretiens ont été menés entre mai et septembre 2023.

Nous avons cherché à obtenir la plus grande variabilité possible parmi les volontaires interrogés au regard de leur origine géographique, et de leur parcours de vie et d'études.

#### 2) Par entretiens individuels semi-dirigés

Nous avons fait le choix d'un recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés, pour favoriser l'expression du ressenti et de l'opinion personnelle de chaque interne. Contrairement à l'entretien collectif, l'entretien individuel permet une plus grande liberté et une spontanéité de parole, et évite l'influence des participants entre eux. Il correspond à notre objectif de recueil des opinions individuelles sur la PDSA.

L'échange repose sur un guide d'entretien élaboré au préalable par les investigateurs. Il a été construit pour faire émerger le vécu des internes interrogés sur leurs études, leurs aspirations quant à leur futur exercice, leurs incertitudes. Il se structure autour de plusieurs thèmes : l'expérience vécue pendant les études de médecine, les motivations et les priorités qui émergent en fin d'internat ; les connaissances et les représentations concernant la permanence des soins ambulatoires, et les freins et les motivations perçus à l'implication dans cet exercice.

#### 3) Choix d'une thèse en binôme et triangulation des données

Le choix de la réalisation de cette thèse en binôme est le résultat d'un intérêt commun pour le sujet traité et pour le travail en collaboration. Par ailleurs, ce travail en binôme nous permet de procéder à une triangulation des données lors de l'analyse, qui renforce la validité interne de notre étude.

### II. Population étudiée

### 1) Inclusion des participants

Les participants inclus dans notre étude sont des internes de médecine générale inscrits à la Faculté de Médecine de Nantes. Nous avons choisi d'inclure uniquement des internes de dernière année de DES de médecine générale, afin d'obtenir des discussions plus réfléchies et plus riches. En effet, il nous a semblé moins pertinent d'inclure des internes en début de formation, considérant qu'ils avaient été peu sensibilisés à la PDSA et que les entretiens auraient été moins contributifs.

### 2) Recrutement

Afin de répondre à notre sujet d'étude, nous avons cherché à recruter des internes d'origines diverses. Notre recrutement a été réalisé dans cet objectif, initialement selon un appel à volontaires parmi les internes en PA2 du DMG de Nantes pour l'année 2022-2023. Nous avons ensuite recruté individuellement les participants, selon les hypothèses intermédiaires émergentes des entretiens déjà menés.

Nous nous sommes appuyées sur un échantillonnage raisonné théorique, jusqu'à saturation des données.

## **III. Recueil des données**

### 1) Guide d'entretien

Nous avons utilisé un guide d'entretien conformément à la méthode d'étude choisie. Ce guide reposait sur six questions ouvertes principales, et comportait également des questions de relance pour orienter la discussion si l'échange était insuffisant, ainsi qu'un temps de parole libre.

Pour l'élaboration des questions, nous avons choisi de débiter par une question permettant aux internes de revenir sur leur parcours, depuis leur entrée dans les études de médecine jusqu'à la fin de leurs stages d'internat. Il nous a semblé pertinent de rendre compte des expériences et du vécu de chaque étudiant, afin de mieux comprendre les déterminants ayant pu guider leurs choix professionnels. La question n°2 abordait la vision des internes quant à leur futur proche sur le plan professionnel et personnel. Elle a été utilisée afin de connaître la place accordée à l'exercice professionnel au sein du projet de vie, et les différentes modalités d'exercice prévues par les internes. Les questions n°3 et n°4 abordent le thème de la PDSA, et font état des connaissances des internes de MG sur ce sujet. La question n°5 concerne directement notre question de recherche concernant les freins et les motivations perçus par les internes concernant l'exercice de la PDSA. La question n°6 propose aux internes de réfléchir sur leur sensibilisation et leur formation à la PDSA durant leur cursus. Cette question permet d'évaluer leur niveau de confiance et de compétences vis-à-vis de cette pratique. La question n°7 laissait la place aux questions et remarques éventuelles.

Ce guide a été construit grâce aux échanges avec des enseignants lors de formations en recherche qualitative, et avec notre directeur de thèse. Le guide d'entretien a été testé lors de deux premiers entretiens que nous n'avons pas inclus dans cette thèse, ce qui a permis

d'affiner certaines questions et de l'enrichir de questions de relance. La version finale que nous avons utilisée est disponible en annexe (Annexe n°4).

## 2) Déroulement des entretiens

Tous les entretiens ont été réalisés entre mai 2023 et septembre 2023. Chaque entretien se déroulait de manière individuelle, dans un endroit calme et approprié. Les entretiens ont été conduits par les deux investigateurs. Les entretiens étaient enregistrés avec un dictaphone, puis retranscrits par l'un ou l'autre des deux chercheurs.

5 de nos 18 entretiens ont été menés à distance via l'application Zoom, pour des raisons organisationnelles, notamment pour les internes en stage sur des sites éloignés de Nantes ou avec peu de disponibilité. Les entretiens présentiels se sont déroulés à la faculté de médecine ou au domicile du participant selon le choix de l'interne.

Un consentement signé d'autorisation d'utilisation des données recueillies et d'anonymisation des données a été remis et signé par chaque participant avant chaque entretien.

## 3) Saturation des données

Le concept de saturation des données en recherche qualitative est un concept utilisé pour déterminer le niveau auquel la collecte de nouvelles données n'apporte plus d'informations supplémentaires significatives pour expliquer le phénomène étudié.

Il n'est donc pas possible de déterminer à l'avance le nombre précis d'entretiens qui sera nécessaire, c'est l'analyse au fur et à mesure des entretiens qui rend compte la nécessité d'entretiens supplémentaires. Dans l'approche par théorisation ancrée, la saturation est atteinte lorsque les entretiens n'apportent pas de résultat significativement nouveau par rapport aux éléments déjà découverts.

Pour notre sujet d'étude, la saturation des données était attendue à partir d'une quinzaine d'entretiens d'après les retours d'expérience retrouvés dans la littérature. Nous avons effectivement atteint la suffisance des données au 16ème entretien, et cela a été confirmé par deux entretiens supplémentaires.

#### **IV. Analyse et triangulation des données**

##### **1) Retranscription des entretiens**

Pour chaque entretien, les enregistrements audios ont été retranscrits *ad integrum* par l'un ou l'autre des investigateurs sur Microsoft Word. Par convention, les paroles ont été retranscrites en langage parlé pour ne pas modifier les propos tenus par les participants. Les éléments de langage non verbal ont été retranscrits lorsqu'ils nous semblaient porteurs de sens pour le message délivré.

Afin de respecter l'anonymisation des données, un code d'anonymat a été utilisé lors de la retranscription. Le participant est identifié comme "Interne" avant ses prises de parole. Les chercheuses sont identifiées comme "Investigateur 1" et "Investigateur 2".

##### **2) Étiquetage et catégorisation**

L'analyse des entretiens a été réalisée par chacune des deux investigatrices séparément, au fur et à mesure de la recherche, selon le principe du codage "in vivo". Cela était une condition nécessaire à l'itération que requiert la méthode par théorisation ancrée, afin de recruter les participants les plus pertinents pour confirmer ou infirmer les hypothèses intermédiaires émergent des entretiens déjà menés.

Pour cela, chaque chercheur a formulé individuellement des étiquettes "expérientielles", afin de décomposer les verbatims en unités de sens, qui éclairent ce que chaque participant exprime sur un sujet spécifique. Ces étiquettes ont ensuite été regroupées pour définir des propriétés, puis de grandes catégories thématiques.

##### **3) Triangulation et analyse axiale**

La réalisation d'un étiquetage et d'une catégorisation de façon individuelle a permis une double analyse ouverte de chaque entretien. Puis, à partir de ces étiquettes, propriétés et catégories, les résultats ont pu être confrontés entre les deux investigatrices après avoir analysé chaque entretien "en aveugle". La triangulation a été réalisée systématiquement pour la totalité des entretiens réalisés.

Nous avons réalisé l'analyse axiale de façon commune, en comparant les propriétés et les catégories issues des différents entretiens pour les articuler entre elles.

L'ensemble des verbatims et des tableaux d'analyse des entretiens sont mis à la disposition du jury en format numérique à l'aide d'une clé USB.

## **V. Éthique et Réglementation**

Cette recherche concerne les pratiques professionnelles des selon l'article R1121-1 du CSP. Il ne s'agit pas d'une recherche impliquant la personne humaine, elle est donc hors champ de la loi Jardé.

Les chercheuses s'engagent à la conformité de l'étude à la méthodologie de référence MR-004 de la CNIL.

Tous les participants ont été informés de façon claire et loyale de l'objectif de l'étude et des modalités d'exploitation des données.

Un consentement oral systématique pour l'enregistrement des entretiens a été recueilli. Les participants ont également rempli et signé un formulaire de consentement pour l'anonymisation et l'analyse des données.

# RÉSULTATS

## I. Caractéristiques de l'étude

### 1) Caractéristiques de la population et des entretiens

Au total 18 entretiens semi dirigés ont été réalisés. 20 internes ont été sollicités, 2 d'entre eux n'ont pas pu être interrogés par manque de disponibilité. Les deux internes qui n'ont pas été interrogés étaient deux hommes en concubinage, de profil comparable au reste de notre population en termes d'âge notamment.

L'objectif de l'étude a été expliqué à chaque participant, au moment de réaliser l'entretien. Le sujet a été globalement bien accueilli, nous n'avons pas rencontré de réticence liée au sujet de l'étude.

Le tableau présente les caractéristiques de la population interrogée et des entretiens menés.

	Sexe	Âge/Année de naissance	Statut marital	Parentalité	Originaire des Pays de la Loire oui/non	Départements des lieux de stage	Expérience de participation à la PDSA	Lieu de l'entretien	Durée de l'entretien (minutes)
<b>Interne n°</b>									
1	F	28/1995	Concubinage	Oui	Oui	44	Oui	Faculté	25
2	F	28/1995	Concubinage	Non	Non	44	Oui	Faculté	29
3	F	28/1995	Concubinage	Oui	Non	44	Non	Faculté	27
4	F	27/1997	Célibataire	Non	Non	44 ; 85	Oui	Faculté	30
5	H	27/1996	Concubinage	Non	Oui	44 ; 85	Oui	Domicile	28
6	F	27/1996	Concubinage	Non	Non	44	Oui	Faculté	26
7	H	28/1995	Concubinage	Non	Oui	44 ; 85	Non	Faculté	27
8	F	28/1995	Concubinage	Oui	Non	44	Oui	Domicile	30
9	F	27/1996	Concubinage	Non	Non	44 ; 85	Oui	Visio	29
10	F	27/1996	Célibataire	Non	Non	44 ; 85	Oui	Visio	28
11	F	28/1995	Concubinage	Non	Non	44	Non	Faculté	27
12	F	28/1995	Concubinage	Non	Non	44 ; 85	Oui	Domicile	32
13	H	28/1995	Célibataire	Non	Oui	44 ; 85	Non	Visio	35
14	F	27/1996	Célibataire	Non	Non	44	Non	Visio	32
15	H	28/1995	Concubinage	Non	Non	44 ; 85	Non	Domicile	30
16	F	27/1996	Mariée	Non	Oui	44 ; 85	Non	Faculté	27
17	F	29/1994	Concubinage	Non	Non	44 ; 85	Non	Visio	33
18	H	27/1996	Célibataire	Non	Oui	44 ; 85	Oui	Domicile	32

*Tableau 1 : Résumé des caractéristiques de la population et des entretiens*

Pour des raisons pratiques, 5 entretiens ont été réalisés en visio-conférence via l'application Zoom°. Les entretiens ont duré entre 25 et 35 minutes.

Parmi les internes interrogés, on compte 13 femmes pour 5 hommes, ce qui correspond sensiblement à la répartition des genres au sein de la promotion 2020-2023 d'internes en médecine générale au DMG de Nantes. Dans notre population : tous les internes avaient entre 27 et 29 ans. 6 d'entre eux étaient originaires de Pays de la Loire. 10 participants sur 18 avaient déjà pu expérimenter la PDSA dans leur cursus au moment de l'entretien ; soit sous forme d'effectif fixe lors de leur stage ambulatoire, soit via une initiation à la régulation libérale lors de leur stage en service d'urgence ou en stage ambulatoire.

## 2) Les études de médecine

Afin de décrire notre population plus en détail, nous avons débuté nos entretiens par des questions ouvertes concernant le vécu des participants de leur parcours en tant qu'étudiant en médecine. Nous nous sommes intéressées aux motivations à choisir des études de médecine, puis à devenir médecin généraliste. Enfin nous leur avons demandé de s'exprimer sur leurs projets à la sortie de l'internat.

Les réponses à ces questions font état de notions ne répondant pas directement à notre question de recherche. Néanmoins, nous les avons analysées selon la même méthode que pour nos résultats principaux. Nous ne prétendons pas proposer de résultats approfondis. Mais nous pouvons en tirer de façon raisonnable certaines tendances largement apparentes, qui recourent certaines données issues de travaux d'études précédents, et qui gagneraient également à faire l'objet de travaux ultérieurs.

Il s'agit pour nous de comprendre le parcours des étudiants que nous avons interrogés. C'est à la lumière de ce qu'ils nous ont dit de leur expérience en tant qu'étudiant en médecine que l'on peut comprendre le sens qu'ils mettent à participer à la permanence des soins ambulatoires.

Pour des questions de lisibilité, les éléments suivants ne rapportent que les conclusions de notre travail d'analyse. L'analyse détaillée accompagnée des verbatims correspondants est disponible en Annexe 4.

### a) Débuter des études de médecine

La première question de notre entretien s'intéressait au parcours de chaque interne, de leur entrée dans les études de médecine jusqu'à la fin de leurs stages d'internat.

*« Peux-tu nous raconter ton parcours d'étude ? »*

Les déterminants ayant poussé les internes vers des études de médecine sont divers.

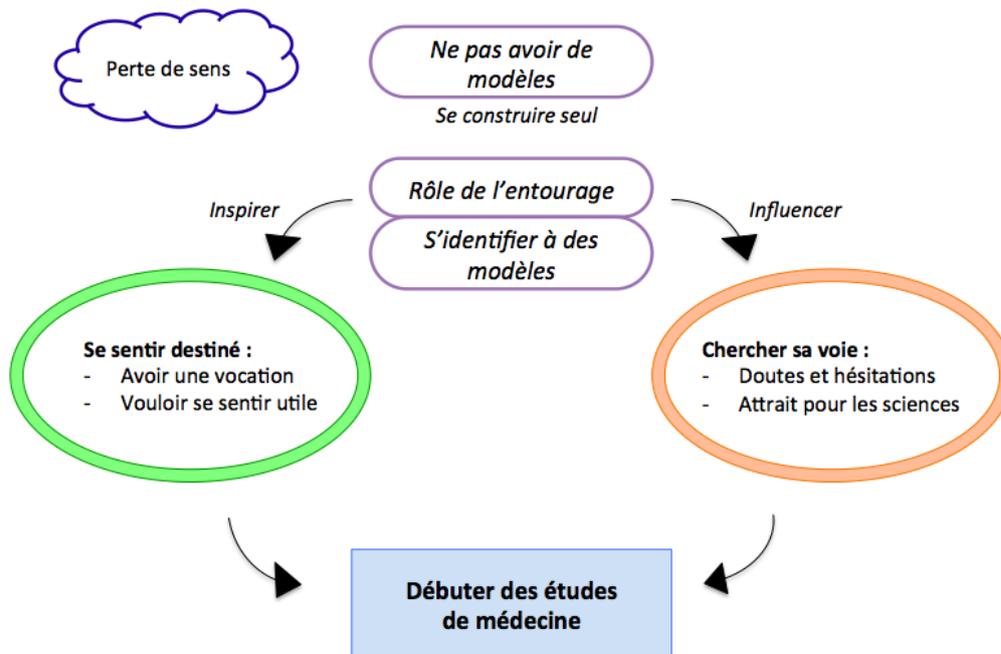
Une première catégorie d'étudiants semble se distinguer clairement des autres, celle des internes décrivant leur orientation vers la médecine comme un sentiment d'évidence, une vocation, un rêve d'enfant qui a toujours existé. Une deuxième catégorie est identifiable, avec le cas d'étudiants s'orientant tardivement vers la médecine. Ces étudiants reconnaissent avoir eu des périodes d'hésitations et d'indécisions sur le choix de la médecine. Enfin, une dernière catégorie d'internes avoue une certaine confusion quant aux motivations initiales de leur engagement dans ces études. Quelles que soient leurs motivations de départ, ils n'étaient pas en mesure de nous les exposer au moment de l'entretien. Cela pourrait traduire la perte du sens qu'ils mettent à leur implication dans ce parcours.

Les intérêts ayant poussés les étudiants à choisir la médecine sont la conviction de vouloir aider et rendre service aux patients, et on retrouve aussi un intérêt marqué pour les matières scientifiques et les connaissances médicales.

Certains expliquent avoir été inspirés par leur entourage familial ou social. Une minorité semble être surreprésentée, celle des étudiants ayant des parents ou des proches travaillant

dans le domaine de la santé. D'autres nous expliquent avoir été influencés par leur entourage devant de bons résultats scolaires.

Nous retrouvons donc une diversité de déterminants conduisant les étudiants à entrer dans les études de médecine, entre sentiment d'être destiné à la médecine, recherche identitaire, et facteurs personnels, familiaux ou sociaux.



### Schéma n°1 : Débuter des études de médecine.

Le schéma n°1 illustre les éléments de discours des internes interrogés en réponse à la question « Peux-tu nous raconter ton parcours d'étude ? »

Finalement, nos entretiens font ressortir les deux grandes thématiques à l'origine du désir de devenir médecins évoquées par Lucien Israël dans son ouvrage "Le médecin face au désir" (31) : le désir de connaître et le désir d'aider. Pour nous, elles s'articulent entre la personnalité de l'étudiant, les modèles dont il a bénéficié et les aspirations de son entourage.

Ce point de départ nous éclaire en partie sur le regard à porter sur les choix professionnels des futurs médecins. Comme le précise un document de travail de la DREES sur le sujet en 2005 : "Devenir médecin n'est pas chose simple. Entre un étudiant qui réalise un rêve d'enfant en s'inscrivant en PCEMI et un autre qui va tenter le concours par opportunité parce qu'il ne sait pas bien quoi faire d'autre ou qu'il est refusé en classes préparatoires, la « vocation » ne se dit pas de la même manière" (32).

#### b) Choisir la médecine générale

De façon similaire, les internes étaient questionnés sur les raisons qui les ont conduits à choisir la médecine générale après les ECN.

Ce choix s'explique par différents facteurs, dont le principal semble être le sentiment de liberté professionnelle que leur prodigue cette spécialité, tant sur la maîtrise de leur emploi du temps, que sur la flexibilité des modes d'exercice ou sur la diversité des pathologies rencontrées. Les internes évoquent aussi plusieurs éléments qui illustrent la mission de soins

dans laquelle ils se sentent investis en médecine générale. Cependant, choisir la médecine générale est également accompagné d'appréhensions, et ce choix n'est pas aidé par les représentations négatives qui persistent encore à propos de cette spécialité. Par ailleurs, le classement ECN peut jouer un rôle évoqué par plusieurs internes.

### Un sentiment de liberté professionnelle s'équilibrant avec une meilleure qualité de vie

Un élément qui semble primordial, auprès des internes que nous avons interrogés, est le sentiment de liberté que la médecine générale permet sur plusieurs points.

Premièrement, la liberté se retrouve dans le large éventail des pathologies rencontrées. Les internes mettent en avant une spécialité permettant une approche multidisciplinaire de la médecine, un exercice riche, polyvalent et stimulant. Ils soulignent la grande transversalité de cette spécialité qui peut accueillir les patients dès leur plus jeune âge et les accompagner parfois jusqu'à leur dernier souffle.

Deuxièmement, la liberté se retrouve dans les différents modes d'exercices possibles (libéral, salariat, cabinet, hôpital, centres de soins...) et la variété des opportunités professionnelles auxquels pourront s'essayer les internes. La possibilité d'une gestion indépendante de son planning est un élément cher à plusieurs internes interrogés. La maîtrise de son temps de travail permettrait d'une part d'équilibrer vie professionnelle et personnelle, et d'autre part d'éviter l'épuisement professionnel auquel sont souvent confrontées d'autres spécialités.

Pour ces mêmes raisons, les internes y voient la précieuse possibilité d'un meilleur équilibre avec leur vie personnelle. En effet, la place accordée à la qualité de vie et à la préservation de temps libre est un élément clef évoqué chez plusieurs internes, que ce soit pour l'internat de médecine générale qui est plus court que les autres, ou plus tardivement durant leur pratique. En médecine générale, ce contrôle sur l'emploi du temps permet d'adapter le temps de travail au mode de vie, de se préserver du temps libre, et ainsi de mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle dans un bien-être général, ce qui semble être plus compliqué à réaliser dans d'autres spécialités médicales.

### Une mission de soins

Les internes recherchent également dans la médecine générale des aspects particuliers à cette spécialité : avoir une relation de proximité et d'intimité avec les patients, être le premier contact et le premier recours des patients, et se sentir véritablement utile à travers sa profession. Ces éléments semblent être un véritable moteur pour plusieurs internes, et on y retrouve les notions de « vocation » et d'altruisme évoquées dans les raisons qui les ont conduits à choisir les études médicales.

### Des appréhensions et un choix limité par les ECN

Certains internes évoquent leurs appréhensions sur leurs capacités à répondre à autant de polyvalence et de sollicitations de la part des patients vis-à-vis de cette proximité qui fait la particularité de cette spécialité. La médecine générale souffre de représentations négatives dont plusieurs internes nous ont fait part, parfois de manières implicites. Leurs propos traduisent une vision moins prestigieuse et moins valorisante de cette spécialité par rapport à d'autres. De plus, l'influence du classement aux ECN sur le choix de la médecine générale est évoquée à plusieurs reprises.

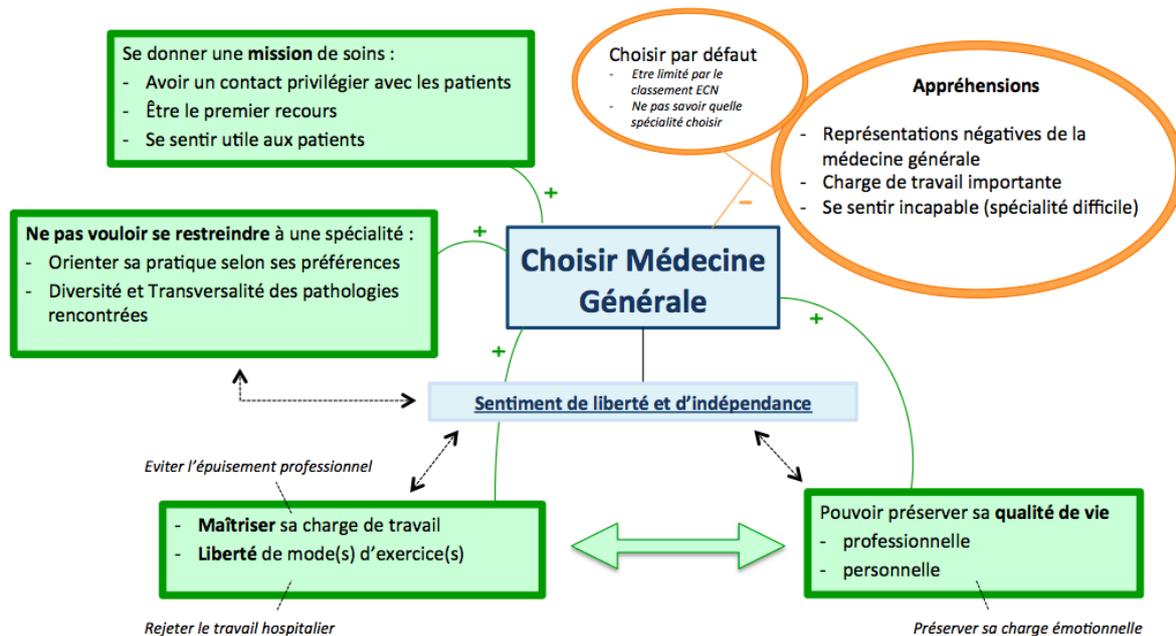


Schéma 2 : Choix de la médecine générale par les internes du DMG de Nantes

*Le schéma n°2 met en lumière les liens logiques qui se dégagent du discours des internes interrogés en réponse à la question « Peux-tu me parler de ton parcours en médecine ? Pourquoi avoir choisi la médecine générale ? »*

Ces résultats dans notre échantillon sont concordants avec les données de la littérature : les notions d'ouverture de la pratique, d'engagement social, la concentration sur une communauté, et l'influence de l'entourage sont des facteurs retrouvés comme corrélés au choix de la médecine générale. (33)

### c) Le vécu des études

Pour comprendre les aspirations des futurs médecins généralistes, et donc les facteurs qui influencent la participation à la permanence des soins ambulatoires, il nous est apparu nécessaire d'évoquer avec eux leur vécu de leurs années d'études.

Les participants étaient invités à évoquer leurs études de manière très ouverte : « Peux-tu me parler de ton parcours en médecine ? Quels sont les souvenirs que tu gardes de tes études ? »

#### Défis et difficultés

Dans un premier temps, on retrouve souvent les défis rencontrés, les difficultés surmontées, au premier plan du discours.

Le but de cette section n'est pas de produire une liste de griefs exprimés par les internes à la fin de leur parcours, mais bien de pouvoir mettre en lien les éléments qui ressortent de leur discours à l'évocation de leurs études avec leurs projets professionnels et personnels au sortir de l'internat.

Nous avons pu les identifier et les classer en 6 catégories, qui regroupent les principaux obstacles évoqués par les internes : le sentiment d'épuisement, le sentiment d'isolement, la pression subie, la dévalorisation, la vision hospitalo-centrée et le sentiment d'imposture.

La difficulté du parcours académique en lien avec la charge de travail est évoquée chez un grand nombre d'internes interrogés. Elle est souvent rapportée avec une certaine pudeur, presque « acceptée » comme faisant partie intégrante du choix de carrière : des études longues et difficiles, nécessaires à l'apprentissage d'une carrière exigeante. On note aussi la nécessité d'être efficace et polyvalent, le plus rapidement possible, qui demeure une source de stress. Ainsi, les internes évoquent souvent le sentiment d'« épuisement » ou d'« essoufflement », le « besoin de souffler », en lien avec la surcharge de travail lors de l'externat et de l'internat.

La sensation d'être isolé est une notion qui revient de façon répétée au fil de nos entretiens. Il peut s'agir de la sensation d'isolement face à une charge de travail trop importante, face à des difficultés rencontrées en stage, notamment en garde hospitalières, ou face à un échec. Les internes évoquent aussi l'isolement social, ou la peur de l'isolement social, que ce soit dans leur vie professionnelle ou personnelle, et qui a pu être amplifiée par la pandémie de COVID 19 qui a marqué la première année d'internat de notre panel. En effet, si la pandémie a pu créer une charge de travail supplémentaire en tant que telle, les différents confinements ont pu creuser encore le déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et sociale pour les internes que nous avons interrogés.

Presque tous les internes de notre panel rapportent spontanément une expérience de souffrance en stage : rapports difficiles avec les supérieurs hiérarchiques, pression de réussite et peur de l'erreur, violence subie ou constatée de la part des équipes médicales ou des patients.

Lorsqu'ils abordent leur parcours en médecine, les internes évoquent spontanément les difficultés inhérentes à leur formation universitaire et pratique en stage. Un point est retrouvé de façon récurrente : si certaines de ces difficultés sont vécues comme des fatalités, qu'il faut surmonter pour les besoins de sa progression, le sentiment de ne pas être reconnu dans ses efforts est aussi un point central de la souffrance associée au vécu des études. Ce sentiment de dévalorisation, qui peut provenir des rapports directs avec les pairs ou les supérieurs, est parfois exprimé comme l'absence de reconnaissance du travail fourni. C'est finalement l'absence de validation de l'importance de son travail qui reste le point constant retrouvé dans nos entretiens, et qui vient se confronter avec les raisons initiales de leur entrée en médecine : le besoin de rendre service, l'envie véritable d'être utile.

Au cours de nos entretiens auprès des internes de médecine générale, la formation hospitalo-centrée est également un point récurrent, vécue comme une difficulté supplémentaire par les internes, qui se sentent éloignés de leur future pratique. Ils reconnaissent néanmoins avoir reçu à l'hôpital une formation de qualité dans la plupart des cas. Pour un certain nombre d'internes, une approche plus libérale permettrait de se projeter plus facilement dans un exercice de médecin généraliste au décours de leur internat.

On a vu plus haut que l'absence de reconnaissance des efforts fournis par les internes, l'absence de validation de l'utilité de leur travail, est à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, et parfois d'une perte de sens au travail. De la même façon, bien qu'ils évoquent spontanément un certain nombre de difficultés ou de défis relevés avec plus ou moins de facilité, ces obstacles sont presque toujours minimisés, relativisés dans le discours. Ils peuvent être comparés avec les difficultés rencontrés dans d'autres spécialités, ou par des

pairs. Ce point est aussi retrouvé parfois à l'évocation de la part de « chance » dans leur réussite, mis en avant par rapport aux efforts fournis. Dans le même narratif, on peut retrouver l'évocation de difficulté ou de souffrance, puis qualifier son parcours de « simple », « classique » ou « sans encombre ». On peut y voir une stratégie de coping pour mettre à distances certaines expériences désagréables. On peut aussi penser qu'en ne se reconnaissant pas de mérite, les internes interrogés participent à un sentiment de poly-incompétence et au rejet des responsabilités. Ainsi, l'absence de validation et la minimisation par les internes de la place des difficultés qui font leur parcours, conduisent à une perte de confiance en soi, voire à un sentiment d'imposture.

### L'équilibre vie professionnelle / vie personnelle

Lorsque nous avons interrogés les internes sur leur vécu de leurs études, un point évoqué fréquemment est la recherche d'un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

Ce point semble important à souligner : lorsque l'on parle de leur internat, il n'est pas uniquement question de formation, mais aussi d'une tranche de vie, avec ses projets personnels, familiaux, de couple et de parentalité. La subdivision n'est pas seulement le choix d'un lieu d'exercice, mais avant tout d'un lieu de vie ; les choix sont parfois des choix de couple. Le soutien des proches est évoqué comme un élément fondamental de cet équilibre, nécessaire pour surmonter les défis posés par leur parcours d'études. Le temps libre et la possibilité de développer des activités extérieures à la pratique médicale participent au bien-être des internes.

### Les éléments de l'adaptabilité

Pour traverser l'internat et relever les défis de la formation en médecine générale, on retrouve dans le discours la nécessité d'une grande adaptabilité. L'apprentissage de différentes compétences à adapter à sa pratique future, la résistance au stress, la mise en place d'une certaine hygiène de vie sont des stratégies évoquées.

Les internes soulignent aussi que l'internat est aussi le temps de la découverte de leur futur métier. Cela leur permet de déconstruire leurs aprioris de l'exercice de la médecine générale, qui découlent d'une vision souvent tronquée durant le deuxième cycle. On retrouve le besoin de résilience, la nécessité de faire des compromis pour les besoins de la formation.

Le travail d'équipe, l'environnement de travail bienveillant, sont vécus comme un soutien dans l'adversité, qui permet de surmonter des conditions par ailleurs peu favorables.

### S'inspirer de ses stages

Les stages du troisième cycle sont évoqués comme des challenges, mais aussi et surtout comme des lieux d'apprentissage et d'inspiration. Ils permettent à l'interne de se mettre à l'épreuve de l'exercice de la médecine générale, d'approprier ses propres compétences, pour définir ses domaines de prédilection.

C'est l'endroit où l'interne commence à définir les priorités qui conditionneront la suite de sa vie professionnelle : l'environnement de travail, le besoin de faire partie d'une équipe, la taille des différentes structures, le besoin de ménager son temps libre. C'est en stage qu'ils

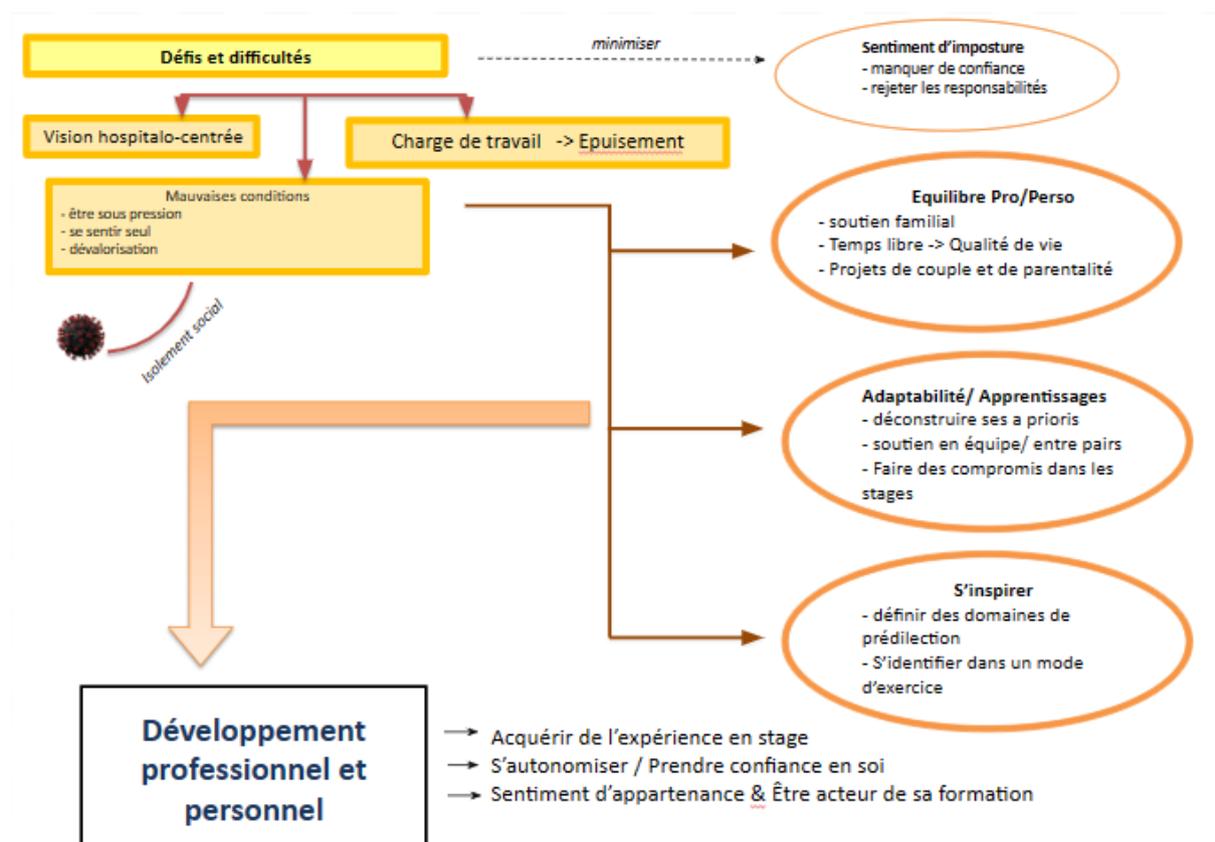
identifient les éléments qui donnent du sens à leur pratique. Les stages permettent aux internes de s'identifier à un mode d'exercice, pour se projeter en tant que médecin généraliste.

### Développement personnel et professionnel

Finally, the discourse of interns about their experiences as students in medicine refers to the different stages of their personal and professional development. They face a number of difficulties, adapt, develop projects and are inspired by their stage experience to imagine their future practice.

They retain the experience they acquire and gain confidence in themselves, in a way very correlated to the teaching received in stage. They develop competencies to manage their uncertainties. They discover their identity as a caregiver. They learn to be actors of their formation and develop a strong sense of belonging to the profession.

The presence of a welcoming framework is associated with a flourishing as a doctor. It allows for the taking of confidence, contributing to reducing the feeling of imposture. Throughout their journey, interns are guided by the search for meaning and the will to be useful first. It is often the gap between this search for « service rendered » and the feeling of undervaluation of their work that can create frustration.



**Schéma n°3 :** Vécu des études de médecine par les internes de médecine générale  
*Le schéma n°3 met en lumière les liens logiques qui se dégagent du discours des internes interrogés en réponse à la question « Peux-tu me parler de ton parcours en médecine ? Quels sont les souvenirs que tu gardes de tes études ? »*

Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature. On retrouve l'importance des relations au travail, les difficultés organisationnelles et de charge de travail comme les éléments prégnants. (34)

#### **d) Les projets après l'internat**

La deuxième question de notre guide d'entretien concernait les projets et les aspirations des internes au sortir de l'internat. Elle était posée de la façon la plus large possible “ Comment imagines-tu ta vie sur les cinq prochaines années ? Quels sont tes projets professionnels et personnels ? ” pour laisser le plus de place possible à l'expression sincère des souhaits des internes.

#### L'incertitude et le besoin de liberté

Une constante dans les différents entretiens menés est l'incertitude quant au projet professionnel. En effet, les internes font face brutalement à un changement de paradigme : la sortie d'un parcours long, exigeant et rigide, qui laisse peu de place à l'expression du projet personnel ; pour aller vers un grand nombre de possibilités qui les empêchent souvent de se projeter sur le long terme.

Cette volonté d'exploration, de découverte, va de pair avec l'envie de limiter les contraintes professionnelles. Ils veulent rester libres de changer d'avis, reprendre la main sur leur planning, pouvoir orienter leur pratique selon leurs envies.

Dans cette envie d'exploration, on retrouve en filigrane la recherche de leur identité professionnelle propre : conscient des engagements qui correspondent à l'activité libérale, ils sont à la recherche de la “rencontre” avec le bon environnement de travail. La volonté de liberté correspond aussi pour certains des internes interrogés à la recherche d'une activité diversifiée, qui pourra être orientée selon les préférences personnelles. Elle peut se manifester par le souhait d'axer sa pratique sur un domaine en particulier, ou de chercher une activité mixte ambulatoire/ structure de soin hospitalière.

Les internes s'inspirent de leurs expériences en stage. C'est sur les terrains de stage qu'ils établissent leurs priorités, trouvent des modèles, ou parfois des contre-modèles. Ils cherchent à s'identifier à un type de pratique expérimentée en stage, libérale ou hospitalière.

On peut noter que pour certains internes, la fin de l'internat ne signifie pas la fin de la formation universitaire, et qu'ils restent centrés sur leurs projets de thèse avant de se fixer sur des projets professionnels.

#### La recherche d'un lien d'équipe

En parallèle de ce sentiment d'incertitude, les internes expriment spontanément la volonté d'un exercice en groupe. Il s'agit pour eux de faire partie d'une équipe, ou d'un réseau de soins. Au-delà du partage de la charge de travail, il est aussi question de la peur de l'isolement professionnel, de la volonté de conserver du lien entre professionnels dans cet exercice. Chercher du soutien sur le plan professionnel, c'est aussi une façon de répondre à l'angoisse de l'incertitude.

### Le temps de l'épanouissement personnel

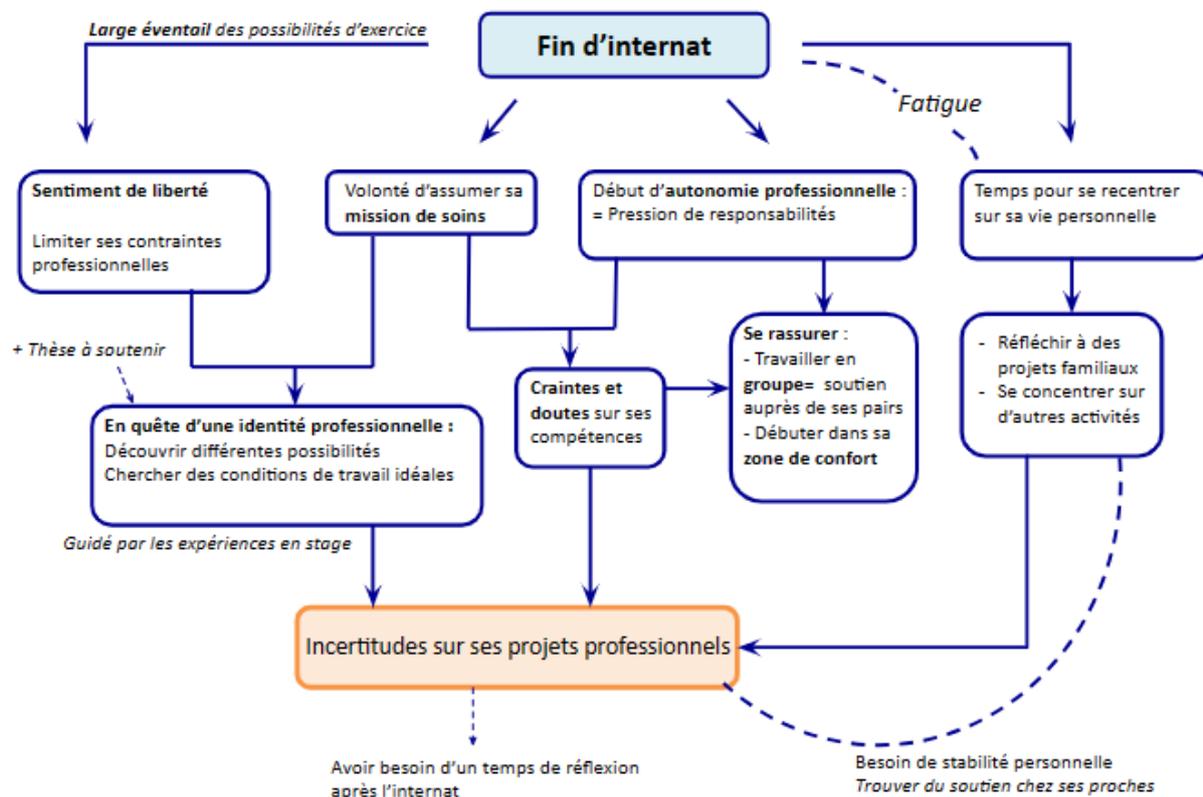
Le temps du post-internat est aussi perçu comme le temps de l'épanouissement personnel. Certains internes peuvent exprimer le "flou" qui entoure cette période, ayant parfois délaissé leurs envies personnelles au profit de leurs études. Le besoin de se recentrer sur soi et sur ses projets personnels va de pair avec le sentiment d'épuisement exprimé en fin d'internat.

Dans leur futur exercice, la place accordée par les internes à leur temps libre, à leur vie de famille est un sujet de premier plan. Les projets post-internats comprennent souvent des considérations familiales et des choix à faire en couple. La recherche de stabilité dans la vie privée peut être un pré-requis aux choix professionnels. Avoir la maîtrise de leur planning pour pouvoir gérer par eux-même l'équilibre temps de travail/temps personnel semble être un critère de choix essentiel. On remarque aussi que la peur de l'épuisement professionnel est bien présente et conditionne parfois les choix professionnels.

Finalement, l'envie de liberté et de découverte, l'anxiété au sujet de son avenir, la fatigue de l'internat, mais aussi le besoin de se recentrer sur son identité propre et ses projets personnels, débouchent souvent sur l'envie d'un "temps de pause" pour aborder sereinement l'après-internat.

### Remplir une mission de soins

Lorsqu'ils évoquent leurs aspirations après l'internat, les internes ne perdent pas de vue l'engagement qu'ils prennent auprès des patients ; et les responsabilités qui leur incombent. Être en responsabilité vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en soins est un argument fort pour prendre le temps de réflexion avant un engagement, afin de réaliser leur mission de soins dans de bonnes conditions. Ils souhaitent aussi acquérir de l'expérience et prendre du recul pour pouvoir délivrer des soins de qualité et travailler dans le cadre strict de leurs compétences. C'est aussi ce sentiment de mission qui les encourage à choisir de façon réfléchie aux projets territoriaux dans lesquels ils s'impliqueront.



#### Schéma 4 : Projets post-internats des internes en médecine générale.

Le schéma n°4 illustre les grands thèmes issus des entretiens au sujet des projets des internes après la fin de leur internat.

Nos résultats sont concordants avec les données existantes de la littérature : les facteurs influençant les choix professionnels des futurs médecins généralistes sont avant tout la situation familiale, la diversité de l'exercice médical, la liberté d'organisation du temps de travail, le travail d'équipe. La formation joue un rôle plutôt positif, source d'inspiration pour la pratique future. (35)

## II. Freins et leviers des internes de MG à participer à la PDSA dans leur exercice futur

La question n°5 du guide d'entretien s'intéresse à la future participation des internes à la permanence des soins ambulatoires. Nous leur avons demandé d'exprimer les freins et les leviers qu'ils perçoivent à cette activité, et qui participent à leur prise de décision.

Nous avons interrogé les internes sous la forme de questions ouvertes "Quels sont les motifs qui te freineraient à y participer ?" et "Qu'est ce qui pourrait t'inciter à participer à la permanence de soins ambulatoire ?".

Les verbatims correspondant aux éléments d'analyse sont cités entre guillemets, retranscrits fidèlement. Ils sont suivis du numéro de l'entretien correspondant et du numéro de l'extrait de verbatim. Pour rappel, l'ensemble des verbatims et des tableaux d'analyse sont mis à la disposition du jury sur demande via une clé USB.

### 1) Le sentiment d'incompétence et de manque d'expérience

Nos résultats mettent en lumière une crainte partagée par une large majorité des internes interrogés : le sentiment de ne pas être suffisamment compétents pour gérer certaines situations. Ce manque de confiance en leurs capacités revêt plusieurs aspects et nuances qui s'entremêlent entre eux : le sentiment de manque d'expérience, l'impression d'une formation insuffisante sur le plan pratique et théorique, la peur de faire des erreurs et de mettre en danger le patient, la crainte des situations critiques. Ces craintes sont accrues par l'isolement professionnel ressenti qui revient tout au long de leur discours.

Nous avons essayé de classer ces différentes appréhensions selon l'idée principale qui ressortait du discours, mais les extraits de verbatim cités ci-dessous illustrent parfaitement bien le caractère interconnecté des données collectées.

#### Concernant les gardes en lieu fixe de consultation, les CAPS

Tout d'abord, il faut noter que les internes se sentent peu informés et peu formés sur la PDSA. Très peu d'entre eux sont déjà aller faire une garde en CAPS.

*« Après je trouve que ça n'est pas assez développé pendant nos études, même si là a priori ils essaient quand même de nous faire découvrir un petit peu ce que c'est. A titre personnel j'arrive en fin d'internat, 5<sup>e</sup> semestre, et j'en ai jamais entendu parler concrètement. On connaît vaguement la notion de CAPS par les patients qui sont redirigés vers les urgences ... Mais je n'y ai jamais été sensibilisée pendant mes stages. On sait que ça existe mais on ne sait pas spécialement comment ça se passe, et donc on a pas forcément envie d'y aller spontanément vu qu'on connaît pas... (...) Alors c'est vrai que comme j'ai pas testé j'ai du mal à me projeter... » 3.20, 3.21, 3.24*

*« J'ai pas l'impression d'avoir énormément entendu parler hormis depuis l'hiver dernier, avec le DMG qui parle des gardes au CAPS, mais sinon avant on nous en a très peu parlé. » 11.47*

*« Je trouve pas que ce soit quelque chose de trop évoqué. Je n'ai pas le souvenir d'avoir eu cette information. Heu... La première fois que j'en ai entendu parler, c'était il y a quelques*

*mois sur le groupe de promotion quand les gens se renseignaient sur les CAPS pour les futurs remplacements. Ou sur le groupe de remplacements, de reprise de gardes, j'ai vu que c'était expliqué sur ça. » 17.47, 17.48*

L'absence de modèles lors de leur stage, notamment leur stage praticien niveau 1 et SASPAS niveau 2 est un manque de référence pour certains internes. De plus, si les MSU ne participent pas eux-mêmes à la PDSA, cela peut influencer la perception qu'ont les internes sur la valeur de la PDSA.

*« Je sais qu'on est encouragés pendant nos stages chez le prat à participer à deux soirs de gardes, mais nous on l'a su assez tard et par exemple mes prat ne m'en ont jamais parlé. Là si je l'ai fait c'est parce que je dormais au cabinet et qu'elle était de garde, mais sinon elle ne me l'avait pas proposé. » 2.37, 2.38*

*« Je pense que j'envisagerais d'y participer, j'y avais pas réfléchi au début de l'internat, mais heu... je pense que c'est quelque chose que je vais faire déjà en tant que remplaçant et ensuite j'y réfléchirai quand je m'installerai. Pour l'instant j'ai pas eu l'occasion de faire de gardes avec mes maîtres de stage parce qu'ils ne font pas de gardes CAPS. Et les gardes qu'on m'a proposées pour observer ne correspondaient pas à mes disponibilités. Mais c'est quelque chose que j'ai en tête pour la suite oui. » 14.45*

*« Non... Par manque d'envie... Déjà mes prat n'en font pas beaucoup. J'ai un de mes prat qui clairement n'aime pas ça et il les donne à ses remplaçants. Ça donne pas forcément envie de chercher autre part. » 16.34, 16.35*

Ce sentiment d'inexpérience entraîne une peur de se retrouver en difficulté et une peur de commettre une erreur médicale. Ils rapportent aussi une peur d'être confronté à des situations critiques comme les urgences vitales.

*« Pour l'instant, je pense que c'est plutôt par peur aussi de mal faire, parce que j'ai assez peu d'expérience, que par opposition ferme et définitive. » 1.35*

*« J'en ferai pas tout de suite parce que je pense qu'il faut un petit peu d'expérience, je me sentirai pas encore chaud pour faire des gardes. » 18.51*

Les internes décrivent aussi un grand sentiment d'insécurité et d'angoisse face aux situations d'urgence. Ces craintes sont multipliées par la peur de l'isolement, sans collègues pour les épauler et/ou sans matériel avancé. Il faut noter que la période de la fin de l'internat marque aussi les débuts d'un exercice en autonomie qui est déjà source de stress.

*« Mais si je suis face à une urgence de ouf et qu'on est loin de l'hôpital je serai paniquée. Après c'est le début aussi donc je pense qu'on est tous pareil. » 12.56, 12.57*

*« Oui je pense que peut être que ça dépend des gens mais moi j'ai peut être un peu stressée à la base à me dire que je me retrouve toute seule dans un endroit où j'ai pas forcément l'habitude de travailler, où je connais pas le matériel. Avec la crainte de me retrouver face à des situations un peu aiguës ou décompensées que je saurais pas trop gérées. » 4.45, 4.46, 4.47*

*« Je me dis que je pense que j'y participerai mais peut être pas dans un premier temps. Je pense que en étant toute seule, c'est un peu la chose qui m'angoisse justement de me*

*retrouver seule dans un CAPS je sais pas où en me disant que si ça se trouve il y a des situations que je saurais pas gérer. » 11.39*

*(A propos d'une garde CAPS réalisée avec un MSU) « Bah j'étais avec quelqu'un donc j'étais pas toute seule. Pas à ce moment-là, mais je pourrais pas dire si je suis toute seule est ce que je me sentirai en difficulté tu vois ça je sais pas. » 10.30*

*« C'est le fait d'être tout seul, je pense que être tout seul le soir, c'est différent, et de se dire qu'on peut pas demander un petit avis, que c'est différent de la journée où tu as quand même un cabinet médical, on peut aller voir un collègue pour savoir ce qu'il en pense. Là d'être tout seul même pour des situations un peu futiles, qui relèvent pas de rappeler le médecin du 15 pour lui demander un avis, mais c'est pas trop évident d'être tout seul et de pas avoir d'autre avis. » 10.42, 10.43*

*« Euh... Ben, je ne sais pas comment fonctionnent les autres CAPS mais d'être toute seule dans un cabinet sans rien autour ça me ferait un peu peur. Pour les prises en charge, de ne pas être à côté d'un service... » 12.54*

*« Donc je pense que les premières gardes ça serait certainement le fait d'être un peu tout seul un peu isolé. De me dire merde si je trouve sur un truc, je sais pas bien gérer, et cetera... » 13.38*

*« Je ne sais pas... En fait on a fait que des gardes aux urgences. C'est pas du tout pareil parce que tu as tout à portée de main. Donc je me sentais relativement à l'aise aux urgences mais de là à être à l'aise toute seule dans un cabinet la nuit ... Euh, sans le pactole des urgences... je pense que je vais être stressée. » 8.56*

Certains internes ont également peur de faire les frais d'une régulation inadaptée, qui les obligerait à travailler en dehors du cadre de leurs compétences.

*« Je pense aussi qu'il y a quand même, enfin de ce que j'en ai entendu quand j'en discute des fois, des régulations qui ne sont pas toujours adéquates, où il y a des patients qui se retrouvent en CAPS et qui finalement n'ont pas grand chose à y faire, des fois ça peut un peu retarder des prises en charge. » 11.34, 11.35*

*« Hum... Je pense ce qui freinerait ça serait d'avoir une consultation où ça se passe pas forcément bien. Mauvaise régulation ou alors qui pourrait me porter préjudice... » 16.44*

Les mauvaises expériences des gardes hospitalières durant leur cursus, mêlées à leur faible expérience des gardes de PDSA, peuvent contribuer à ces appréhensions.

*« Je pense qu'il y a une appréhension aussi d'avoir vécu des gardes où tu te retrouves un peu dans la galère tu te dis que ça va être un peu la même chose au CAPS, alors que finalement peut être pas, si tu es un peu rodé et que tu en as faits avec tes prats. » 11.56*

*« C'est quelque chose que je pourrais intégrer à ma pratique ... Mais pas pour reproduire en fait la cadence des gardes qu'on a en fait à l'internat. Je pense qu'en fait ce qui dessert beaucoup c'est que l'internat on mange beaucoup de gardes et que donc du coup quand on sort et qu'on te dit que t'es plus obligé de faire de garde, bah t'as plus envie d'en faire. » 13.30*

A noter qu'un petit nombre d'internes est capable de prendre du recul par rapport à leurs craintes, ce qui témoigne que ces freins ne sont pas insurmontables :

*« J'ai peur de faire des erreurs, surtout seule. Seule dans un cabinet. Même si on a recours au 15 et qu'on peut envoyer des patients aux urgences. » 1.34*

*« [...] Mais normalement s'ils sont envoyés en ambulatoire c'est qu'ils n'ont pas besoin de paraclinique en urgence j'imagine. » 3.35*

*« Si c'est censé relever d'une consultation de médecine générale, on peut le faire puisqu'on le fait la journée. Si la personne est bien ou il faut qu'elle soit, on est censés savoir gérer. » 8.58*

(A propos d'une garde en CAPS avec un MSU) *« Mais t'as des trucs où tu te dis bon tu m'envoies ça mais franchement, ça va être chaud ! Et finalement quand tu les vois t'arrives, enfin, t'arrives à débrouiller. » 9.42*

*« De me dire merde si je trouve sur un truc, je sais pas bien gérer, et cetera... Bon après finalement on s'est jamais vraiment isolé, vraiment tout seul. T'as toujours le 15 qui peut t'envoyer une équipe pour t'aider, et cetera. Donc c'est quelque chose qui se relativise. » 13.38, 13.39*

Par ailleurs, nous avons senti un sentiment de culpabilité chez plusieurs internes, témoignant d'un conflit entre leur réticence à participer à la PDSA et les valeurs professionnelles auxquelles ils sont attachés.

*« Mais après je suis un peu dans cette ambivalence dans le sens où je trouve que ça fait partie de notre métier, et que c'est essentiel. Donc je pense que j'en ferai, mais probablement le moins possible... Enfin le minimum nécessaire, je ne sais pas s'il y a un quota... A terme je pense que oui mais pas beaucoup. » 3.26*

Comme cet interne qui semble expliquer qu'elle n'a pas envie d'y participer mais que dans son territoire les médecins s'en sortent déjà bien sans elle :

*« Mais effectivement de la permanence de 20h à minuit ça me paraît adapté, et pareil pour les week-ends et les jours fériés. Après, comment je l'organiserai moi dans ma pratique ? J'espère pouvoir exercer sur le bassin nazairien et que il y a le système de SOS médecins en place, ce qui décharge un peu les médecins installés en MSP des gardes actuellement. Après il y a des gardes au CAPS de xxxx, et pas mal de médecins participent là-bas. Donc... je ne souhaite pas particulièrement y participer. Rires. » 1.31, 1.32*

### **Concernant la régulation par les généralistes libéraux :**

L'activité de régulation médicale par les généralistes est un domaine qui fait partie intégrante de la PDSA, mais la connaissance de cette activité par les internes est très peu développée, voire inexistante. Cela ne nous a pas permis d'en faire une analyse précise. La majorité des internes interrogés ne souhaite pas y participer à cause d'un grand sentiment d'incompétence couplé à une lourde responsabilité. Très peu d'internes en ont eu l'expérience pendant leur stage. Cette méconnaissance apparaît comme un frein complémentaire à leurs appréhensions et à leur engagement. Une interne ne savait pas que les généralistes pouvaient faire de la régulation.

« Alors la régulation je ne me vois pas du tout faire ça, parce qu'on en connaît pas en fait... J'imagine qu'on est formés, mais comme ça ça ne me dit pas trop, c'est un peu stressant. En tout cas on n'est pas invités à le faire quand on est internes. » 2.35

« Je n'ai jamais vu en quoi ça consistait. Je sais que quand tu appelles tu as quelqu'un qui régule, mais ça me paraît assez complexe comme affaire... Je pense que les gens au téléphone ils ne sont pas très précis et ça demande une vraie expertise ... Non je ne m'en sens pas capable...J'aurai trop peur de passer à côté de quelque chose, de rassurer quelqu'un à tort... Ça me fait peur. » 8.48, 8.49

« Je sais que les urgentistes diront que c'est un exercice à part entière quoi et que eux même ont des situations où ils sont mal à l'aise alors qu'ils ont des années de formation donc j'ai un peu peur que la formation ne soit pas suffisante. Mais en tous cas je sais que ça existe et j'ai déjà vu comment ça marchait. » 6.67

« C'est trop de responsabilité, c'est facile de critiquer la régulation et je suis le premier à le faire. Mais par contre quand tu as la personne au téléphone c'est pas du tout la même chose... Et de dire « c'est urgent » ou « ce n'est pas urgent » c'est très compliqué quand tu as pas le patient en face. Et euh... Du coup quand tu vois le patient c'est facile de se dire que ça aurait pu attendre mais bon... Donc c'est pour ça que je ne voudrais pas le faire non plus. » 7.49

« Après les gardes de régul, au départ je m'étais dis que j'en ferais, et en fait je trouve ça très compliqué. Je trouve ça super dur d'arriver à juger uniquement par téléphone des symptômes, ou la gravité des patients. » 9.36

« Bah parce que j'ai pas du tout l'impression de connaître les environs, et puis à réguler il faut savoir vraiment qu'est ce qui peut pas attendre, qu'est ce qui peut attendre, c'est quand même pas facile de juger par téléphone. Je me sens pas du tout compétente en tous cas pour décider de ça à la régulation quoi. » 10.39

« Après je pense que ça doit être stressant pour un jeune médecin. Enfin moi je crois que j'aurai envie d'envoyer tout le monde aux urgences quoi, quand tu n'as pas le patient devant toi... Après c'est beaucoup des retraités qui font ça je crois. » 12.48

« La régulation, c'est quelque chose qui pourrait être intéressant, mais je pense qu'il doit être un peu compliqué quand tu finis, quand t'as pas trop d'expérience encore. Quand t'es un peu jeune, ça peut être un peu compliqué je pense. C'est un exercice qui est pas facile mais qui peut être vachement intéressant aussi. J'en ai pas forcément un mauvais ou un bon avis. Je ne sais pas si ça répond à votre question. » 13.25

### **Concernant les gardes de médecins mobiles :**

L'activité de médecin mobile n'a pas été développée par tous les internes, probablement par méconnaissance. Néanmoins, le peu d'internes qui nous ont livré leur réflexion étaient réticents à y participer devant la peur de l'isolement, de l'insécurité, de la fatigue.

« Ca je connais beaucoup moins. » 10.55

*« Je pense qu'une permanence de 20h à minuit déjà c'est plus gérable qu'une permanence toute la nuit, parce qu'en nuit profonde on peut quand même se sentir très seul, avec des patients qui peuvent être agressifs, alcoolisés. » 1.36, 1.37*

*« Les gardes mobiles ça me fait un petit peu peur parce que j'ai pas envie de me retrouver dans une situation délicate seule la nuit. » 6.53*

*« Je ne me vois pas trop faire des nuits profondes parce que je le vis super mal, niveau sommeil et tout chaque fois que j'étais en garde, j'arrive pas à être en possession de mes capacités... » 8.42*

*« Après les gardes mobiles je ne pense pas, en tous cas pas tout de suite. » 12.51*

## **2) La peur de l'insécurité**

L'insécurité est une préoccupation et un frein cité de façon récurrente. Les internes craignent pour leur sécurité personnelle, face à des patients qui seraient agressifs et violents. Le fait de se retrouver seul en face à face avec les patients aggrave la situation.

*« Après qui me fait peur ? Je pense que y'a un truc qui me fait peur, c'est que t'es tout seul dans un endroit, bah y'a pas forcément du monde quoi avec toi. Ce serait de tomber sur un patient qui pète un câble quoi. (...) Donc je pense que je suis capable, c'est plus le côté sécurité où tu vois je pourrais sélectionner mes CAPS en fonction de j'ai pas envie de me retrouver dans un truc qui craint. » 9.53, 9.55*

*« le fait que il y ait quand même des questions sur la sécurité quand on est tout seul dans une maison médicale de garde, surtout la nuit particulièrement en tant que femme. Je sais qu'il y a des dispositifs de sécurité qui existent mais ils sont plus ou moins utilisés, et des maisons médicales de garde qui sont plus ou moins réputées pour être sécurisantes. » 14.51*

*« Je ne sais pas, une alcoolisation... Si on est tout seul peut être ça me freinerait. Mais bon ça doit être un cas extrême. Le fait d'être isolé, en tous cas de me sentir en danger, ça me freinerait à revenir c'est sûr. » 16.45*

*« Donc je ferai avec plaisir du CAPS, mais ça dépend où. Par exemple le CAPS de XXXX où il y a encore eu une effraction la semaine dernière et le médecin a dû s'enfermer dans son bureau parce qu'il y avait 4 mecs en train de tabasser la porte pour entrer et voler des ordonnance ou de la morphine... Je reconnais que si y'a une fois où je me sens mise en insécurité ou mise en danger je ne le ferais plus. Je risquerai pas ma vie pour des patients et je risquerai pas ma santé physique et mentale pour des patients. » 17.58, 17.59*

## **3) La peur de l'inconnu et des mauvaises conditions de travail**

L'inquiétude concernant un environnement qui est inconnu, comme les locaux des cabinets de garde ou l'organisation pratique, impacte la volonté des internes de s'engager dans cette pratique.

*« Bah ce qui pourrait me freiner ça serait d'en faire dans une région complètement différente je pense. Moi j'ai un peu peur de l'inconnu et des lieux que je connais pas, j'ai toujours besoin d'avoir un petit temps d'adaptation, donc faudrait d'abord que je fasse des rempla dans un autre endroit pour me dire « Ok je ferai des gardes dans ce secteur ». 10.43*

*« Le fait que j'ai pas du tout vu comment ça se passait en pratique, j'ai pas du tout vu de maisons médicales de garde à l'intérieur, enfin le cabinet en lui-même. Donc, ouais la méconnaissance de l'organisation en pratique. » 14.50*

*« Les seules représentations qu'on a du travail de nuit ou en non programmé c'est les services d'urgences... Et c'est sans doute pas du tout comparable à ce qu'il se passe au cabinet, mais comme on ne connaît pas. » 3.39*

*« Ben oui j'en ai toujours vu que j'en n'ai jamais fait. Ne pas connaître les locaux en sachant qu'on y arrive tout seul c'est quand même particulier les gardes CAPS c'est pas remplacer dans un cabinet. » 17.81*

Les internes se posent des questions sur l'organisation pratique, le fonctionnement du logiciel, le matériel mis à disposition. Ils se posent des questions sur les cotations. Ces éléments inconnus et peu familiers sont une source de stress en plus pour eux.

*« C'est l'organisation, ne pas connaître ne serait-ce la localisation, est ce que on peut se garer, comment c'est, c'est des trucs bêtes hein d'organisation qui font que on se demande un petit peu comment c'est et comment ça se passe. Et aussi connaître les cotations de nuit. Ça paraît bête mais personne nous apprend les cotations, les médecins nous on sous-côte tout. » 17.83, 17.84*

*« Niveau confiance en moi sur les gardes parce que je me sens pas encore capable... Enfin en soit c'est comme une garde aux urgences mais... D'être tout seul... plus coté confiance en moi sur le plan administratif, logiciel et tout... ça me stresse de me dire que je vais me retrouver tout seul avec ça. Donc j'ai pas envie de m'imposer ce stress là. » 18.55*

*« Je pense que j'en ferai des gardes mais effectivement c'est sur le côté pratique des gardes, comment est ce que le logiciel fonctionne... Après c'est le médecin qu'on remplace qui récupère l'argent qui nous fait la rétro, mais euh.. Voilà comment est ce qu'on fait en pratique pour ça. Après si c'est des médecins que je connais que je remplace déjà oui je serai ok pour leur reprendre des gardes. Mais euh faudrait que je remette dans les cotations. » 18.56, 18.57*

Ils craignent de tomber sur du mauvais matériel, manquant ou inadapté, et de devoir travailler dans de mauvaises conditions. Ces éléments peuvent venir de retours d'expériences négatifs qu'ils ont entendus.

*« Qu'est ce qui pourrait me dire que je n'en fais pas... Je pense que si je me sens seule ou que j'ai l'impression de travailler dans de mauvaises conditions, je pourrais me dire que ça ne vaut pas le coup. » 3.29, 3.30*

*“(...) avoir des locaux adaptés dans les CAPS, parce que bon toutes les personnes que j’ai entendu dire qu’ils ont fait des gardes au CAPS et qu’ils arrivaient et qu’ils avaient pas de mot de passe, ils avaient pas de TPE, pas d’ordonnancier, que c’était l’enfer. C’était dur d’aller remplacer en CAPS quand t’étais pas forcément rattaché au CAPS.” 5.38*

*“Si c’est mal organisé, ou des locaux pas adaptés...” 8.50*

#### **4) Une appréhension de la charge de travail et du retentissement personnel**

La perception d'une charge de travail supplémentaire est évoquée par les internes. Certains considèrent la PDSA comme impactant leur pratique en cabinet le lendemain. Ils expliquent aussi être préoccupés par le retentissement sur leur vie personnelle et leur temps libre. Des arguments de fréquence sont retrouvés :

*« Ben qui me freinerait clairement c’est la fréquence. Je ne sais pas trop ce que ça représente mais si c’est trop de week end trop de soirs, c’est plus contraignant. » 2.29*

*« Ben après ce serait la fréquence, si ça devait se reproduire fréquemment je pense comme tout le monde. Euh... Trois gardes par an c’est bien. » 16.46*

Ils se posent des questions quant à la gestion de leur cabinet le lendemain d’une soirée de garde, soulignant leur crainte d’une fatigue impactant la qualité des soins rendus à leurs patients.

*« Ben ...Franchement ça se termine à minuit et il faut aller bosser le lendemain... Tu te fais quand même un peu avoir. Et après le temps de rentrer chez toi et de vraiment déconnecter au niveau du boulot, ben en fait c’est à une heure et demi que tu te couches, donc après si tu dois reprendre à 8 heures pour tes patients... Ben en fait tu fais métro boulot dodo et c’est pas ce que je veux. Ok tu peux ne pas voir beaucoup de patients mais comme tu peux en voir beaucoup.» 7.41, 7.42, 7.43*

*« Moi je dirais que ce qui pourrait me freiner c’est que ce soit trop souvent. Faut pas que ça prenne trop de temps ça c’est sûr. Que du coup je puisse pas tu vois, si j’ai mon cabinet en parallèle, que j’arrive pas à assumer le reste. » 9.52*

Une préoccupation majeure pour les internes est l’équilibre qu’ils recherchent entre leur vie personnelle et leur vie professionnelle. La PDSA semble être un nouvel obstacle à surmonter pour réussir à les concilier.

*« Moi c’est le temps quoi, le temps que ça prend. Les week ends qui sautent, c’est plus ça. (...) Bah je pense que c’est un peu lié au fait que les nouveaux médecins prennent beaucoup moins de consult que les anciens, que y’a beaucoup moins de jours, que y’a aussi beaucoup plus de 80% ou de mi-temps dans les médecins généralistes et que les gens pensent plutôt à leur qualité de vie que de se sacrifier sur l’hôtel de la santé publique française ce qui est un peu normal. Mais, je pense que c’est une histoire de qualité de vie quoi. » 5.54, 5.56*

*« Mais pas les week end de bloqués, entre les samedis matin et caetera... Envie d’avoir quand même un peu du temps pour soi. » 6.55*

*« Bah c'est que ça empiète un peu sur le temps personnel, le soir, les week end... C'est vrai que des gardes de week- end ça m'emballe pas forcément là dans un premier temps, de me dire que... » 11.44*

*« Puis après, il y a aussi une question que je ne me pose pas forcément, mais que je peux comprendre : certains qui ont commencé à avoir leur vie de famille et cetera, ils ont pas forcément envie de passer des soirées entières à faire des gardes. Ça peut s'entendre aussi. » 13.41*

*« Et après ouais la disponibilité si ça peut s'organiser dans mon emploi du temps, par rapport à ma vie personnelle. » 14.53*

*« Oui, il y a en a une. C'est si mon conjoint continue à travailler à l'étranger et qu'on a des enfants. Si il a des déplacements que je ne pas prévoir et que j'ai des enfants à garder, je sais pas si je maintiendrais une fois la naissance des enfants la permanence de soins. Dans l'idée de devoir les garder. Enfin il y a des systèmes de garde de nuit mais je sais pas si j'imposerai mon mode de vie à mes enfants. Je pense que c'est la seule chose qui me poserait question. Ça se discutera. » 17.62, 17.63*

Les internes sont au fait du principe de volontariat actuellement de rigueur. Ils sont donc conscients que la charge de travail supplémentaire crée un déséquilibre entre les médecins qui s'engagent activement et les médecins qui ne souhaitent pas participer. La perception que ce principe de volontariat entraîne une surcharge de travail peut décourager certains internes à s'y engager.

*« Le problème du volontariat c'est que j'imagine que ça doit être un peu toujours les mêmes, que tout le monde ne participe pas. Euh ... C'est difficile. » 12.41*

*« Mais en même temps le contre le coup de la médaille c'est que si on laisse le volontariat, bah tout le monde met pas la main à la pâte et ça crée un déséquilibre... petit à petit je pense qu'il y a de moins en moins de monde qui veut le faire parce que la charge de travail devient trop importante. » 13.34*

*« Ça me choquerait pas du tout de faire partie du planning de garde de la permanence des soins, à condition et je sais que c'est un peu le souci qu'on soit suffisamment nombreux pour pouvoir ben se dispatcher les gardes et que on soit pas surchargés quoi. » 15.33*

## **5) Des questionnements face à l'utilité du service rendu**

Des questionnements quant au service rendu émergent chez certains internes. Ils remettent en question l'utilité réelle de la permanence des soins ambulatoires au sein du système de santé. Ils mettent en garde contre la surconsommation de soins, et regrettent un manque d'éducation des patients. Ils reconnaissent l'utilité de la PDSA pour soulager le nombre de passages aux urgences, mais soulignent que cela pourrait avoir un certain coût financier pour des urgences qui sont finalement mineures. Ils se questionnent aussi sur la pertinence de certains horaires de PDSA, notamment la nuit.

*« Et tu vois il y a des soirées ou il n'ont personne donc c'est un peu frustrant... Mais c'est le concept, c'est comme les urgences, tu ne peux pas prévoir à l'avance. » 8.36*

« Après est ce qu'il y a vraiment besoin d'une consultation de médecine générale en nuit profonde ? Je trouve que ça appelle peut-être la surconsommation du soin dans le sens ou, je sais pas, « mon enfant a de la fièvre », ben s'il a de la fièvre qui est bien tolérée en soit ça peut attendre huit heures. Faire déplacer le médecin ben ça coute des sous... Je ne sais pas. » 12.43

« Après il faudrait pas que ça permette un accès aux soins trop facile comme on peut des fois le voir aux urgences et favoriser la surconsommation médicale. » 16.40

«Heu... De la permanence de soins, en ce qui concerne les week-ends par exemple, je trouve ça intéressant. Je reconnais que la permanence de soins le soir jusqu'à minuit, heu...je ne suis pas sûre que ce soit légitime qu'on soit ouverts de 20h à minuit. Soit c'est des vraies urgences, soit ça peut attendre potentiellement le lendemain. Donc j'ai un peu du mal, et j'ai un peu l'impression que c'est de la complaisance, enfin, aux horaires d'ouverture des cabinets. Parfois on a des créneaux qui sont pas pris dans la journée, et on a des patients à voir le soir. J'ai un peu du mal à comprendre ça. Pour aller voir une angine je suis désolée ça peut attendre le lendemain. » 17.54, 17.56

« Mais c'est un peu un confort que les gens ont pour quelque chose souvent qui ne nécessite pas, enfin qui pourrait attendre le lendemain si les gens étaient éduqués à gérer leurs problèmes de santé tous seuls. De ce que j'ai vu en tous cas, mais encore une fois j'ai vu que trois consult ... Rires. Je pense que c'est utile mais... ça mobilise vachement de monde, ça coûte beaucoup d'argent à la société, pour un bénéfice en termes de santé publique qui je pense est pas énorme. Tu évites peut-être une dizaine de passage aux urgences mais c'est juste que les gens devraient attendre... je ne sais pas... Je pense quand même que c'est utile... Je ne sais pas. Il faudrait peut-être moins de CAPS, ou alors une meilleure régulation. Mais les gens accentuent toujours un peu leurs symptômes pour se faire réguler... je ne sais pas j'ai pas de solution, je pense que c'est utile mais que y a de l'abus. Voilà. » 18.48,18.49,18.50

## **6) Une réticence à la contrainte**

Nous l'avons déjà évoqué précédemment, les internes de médecine générale sont très attachés à la liberté de choix quant à leur pratique médicale future. Ainsi, ils sont plusieurs à nous faire part de leur réticence face à une possible obligation de garde en PDSA. La deuxième citation souligne que l'interne se conformera à cette obligation, mais qu'il le fera avec moins d'engagement.

« Moi je pense que ça pourrait être un frein à mon installation, clairement, qu'on m'oblige à faire, bah déjà des gardes CAPS, mais des gardes minuit 8h, déjà tu fais comment le lendemain parce que ta journée de consultation elle est foutue quoi. Moi je pense que ça serait un frein. Je pense que si ils changent ça, enfin cette liberté de choisir, ça va encore plus freiner l'installation et les médecins. Je pense que ça va pas marcher, enfin à aucun moment. » 11.58

« Qu'est ce qui me pousserait ? Bah si j'étais obligé de les faire, bah je les ferais parce que j'aurais l'obligation mais je les ferai pas de la même manière. Je serai moins enthousiaste, je serai moins satisfait de les faire. » 13.40

## 7) Une mission de soins

La participation à la PDSA constitue pour un certain nombre d'internes interrogés une décision de l'ordre de la responsabilité morale individuelle. Il s'agit d'avoir une pratique en accord avec ses valeurs. Ils comprennent les enjeux de santé publique qui y sont associés. Ils peuvent mettre en perspective les contraintes avec le bénéfice sociétal, et font référence à la notion de confraternité.

*"[...]on se rend compte qu'il va falloir que tout le monde joue le jeu." 3.37*

*"Dans une logique de santé publique c'est sûr que c'est hyper important d'avoir une permanence de soins quand on sait que les urgences sont complètement saturées." 5.35*

*"D'un point de vue emploi du temps c'est chiant mais ça peut se ... enfin quand même on peut faire des sacrifices pour ça" 5.42*

*"Heu oui moi je me vois bien en faire, enfin je me dis que si tous les médecins participent finalement, j'en parlais un peu avec mon prat, c'était pas énorme hein ils ont, je sais pas, une garde le soir tous les mois ou tous les deux mois. Donc c'est vraiment pas énorme." 4.35*

Ils sont d'abord motivés par la volonté de se sentir utiles au patient à travers la PDSA.

*"Et on avait une petite réserve pour le monuril et les choses comme ça, donc ils repartaient avec leur médicament. Donc c'est plus rapide pour les patients. Et après ça dépend, mais pour certains ça doit quand même être moins loin que les urgences." 2.28*

*"Ce serait plutôt pour se sentir utile, c'est aussi pour ça que j'ai choisi ce métier. C'est un métier qui a du sens à mes yeux, donc pour participer et être utile aux gens." 8.46*

*"Moi je pense que c'est intéressant sur le fait que les motifs soient régulés, et donc que les patients qui ont besoin de soins sur les horaires de nuit ou de week end aient les soins dont ils ont besoin." 14.39*

*"[...] et le troisième point je trouve que bah c'est un vrai service de santé rendu quoi pour la population." 15.31*

*"C'est pas indispensable pour moi en tant que professionnel de santé mais je pense que c'est important pour les gens. Je pense qu'il y a un bénéfice pour les patients." 8.54*

*"Bah le fait d'aider les gens. Quand même on fait ce métier un petit peu pour ça." 13.43*

Ils soulignent aussi la volonté de se sentir utiles au système de santé en général.

*"Je pense pour certains ça pourrait attendre le lendemain mais c'est aussi du coup le 15 qui nous appelle pour nous présenter un peu les cas donc par exemple pour le petit qui a de la fièvre depuis 48h ils m'ont dit « bah en fait y'a pas de place avec son médecin avant deux semaines ». En soi, il n'y avait pas d'urgence à le voir le soir même, mais c'était plutôt le contexte de pas de possibilité de voir son médecin avant longtemps. C'est vrai qu'il y a des motifs tu te dis que ça pourrait attendre, mais c'est aussi qu'ils n'ont pas réussi à voir un médecin du coup ils viennent le soir quoi." 4.34*

*“Après je me souviens qu’il y avait quand même un patient qu’on avait réorienté vers les urgences mais en consult post-urgences. C’était plus de la semi-urgences, ça lui a évité de passer la nuit à l’hôpital pour rien. C’était plutôt bien organisé...” 8.34*

*“Après j’ai l’impression que le nombre de patients est très variable... Nous c’était l’hiver, on avait eu peut-être 4- 5 patients dans la soirée, ce qui fait un rythme assez tranquille mais tu as quand même l’impression d’avoir travaillé. D’avoir servi à quelque chose ...” 8.35*

*“Après les sutures c’est vrai que tous les médecins ne veulent pas les faire. Ça permet quand même d’augmenter l’offre de soins à des moments où elle reste quand même limitée, ou actuellement avec les urgences qui ferment.” 16.39*

Certains des participants font référence à la PDSA en tant que devoir déontologique, comme faisant partie intégrante de la pratique du médecin généraliste. C’est aussi une responsabilité prise envers ses confrères, pour partager au mieux la charge de travail.

*“Euh... Je pense que c’est un côté important de notre métier, ça c’est sur.... [...]D’autant qu’il y a beaucoup de choses qui peuvent être gérées en ville même en heures non ouvrables. Oui c’est essentiel.” 3.19;3.23*

*“Ouais, ouais. Bah ça, ça me paraît obligatoire en tant que médecin généraliste de participer à ça. Faut que tout le monde joue le jeu, et si tout le monde le fait t’as une garde par ci par là c’est quand même pas énorme.” 10.36;10.37*

*“Et puis ça me paraît normal qu’on soit investi aussi.” 10.47*

*“Donc comment je le vois ? J’ai pas d’avis spécialement négatif ou j’ai pas d’avis spécialement positif par rapport à ça. De toute façon c’est quelque chose qui est un peu nécessaire.” 13.22*

*“Mais moi j’ai prévu de faire de la permanence de soins, de faire ma part du travail par rapport aux collègues aussi.” 17.65*

*“Mais... c’est aussi de partager l’effort collectif. Si tout le monde le fait, y’a pas de raison que je le fasse pas, et je laisserai pas des collègues en faire toute les semaines juste parce que moi c’est quelque chose où je trouve pas forcément de sens.” 17.68*

*“Mais je pense que c’est important que tout le monde joue un peu le jeu ne serait-ce qu’en prenant une à deux gardes dans l’année... Bon et encore je suis gentil je crois. Mais je trouve qu’il faut qu’on soit nombreux sur le planning.” 15.34*

Pour les internes, la permanence de soin ambulatoire prend son sens en regard de la situation des urgences hospitalières. Ils l’envisagent comme une solution pour soulager les services d’accueil d’urgences qui sont saturés. Ils peuvent faire référence à leur propre expérience aux urgences pour expliquer leur motivation à participer à la PDSA.

*“Euh... Surtout par rapport à l’expérience vécue en stage aux urgences, que c’est quelque chose de nécessaire et d’important parce que quand on voit l’état des services on se dit que tout ne peut pas reposer que sur eux.” 3.22*

*“Je pense que c’est important que les patients puissent avoir accès à un médecin à toute heure, et si personne ne participe forcément, on voit bien que les urgences sont débordées, déjà saturées. C’est pour ça que c’est important ces gardes ambulatoires, qui soulagent les urgences.” 4.38*

*“C’est quand même important pour les patients c’est sûr parce que ça permet de désengorger les urgences quand même. Donc oui c’est important.” 7.46*

*“Puis je trouve ça quand même pas mal, ça permet de désengorger les urgences, pour des motifs qui sont pas du tout, qui ont rien à faire là-bas quoi. Je trouvais ça plutôt adapté.” 10.28*

*“Je pense que c’est bien parce que c’est vrai qu’aux urgences y a plein de patient qui consulte alors que ça relève juste d’un médecin généraliste.” 12.42*

*“Je suis pas sûre de trouver ça adapté la permanence de soins, mais ça permet quand même de désengorger les urgences. Et pour y avoir déjà travaillé, je pense que on a aussi notre part à faire.” 17.66*

*“Je pense que c’est bien parce que ça évite ben d’aller aux urgences pour des choses qui peuvent être réglées rapidement en cabinet. Par exemple sur la demi garde que j’ai faite on a vu des choses qui clairement relèvent pas des urgences.” 2.25*

## **8) Le rôle de l’expérience**

L’un des leviers exprimés à la participation à la PDSA réside dans l’acquisition d’expérience. Au sens large d’abord, certains internes envisagent l’exercice de la permanence de soin comme un exercice qui nécessite une expérience médicale plus grande que celle de l’internat.

*“Pour l’instant, je pense que c’est plutôt par peur aussi de mal faire, parce que j’ai assez peu d’expérience, que par opposition ferme et définitive.” 1.35*

*“En tout cas pas dans un premier temps en tout cas. Je veux d’abord forger mon expérience de remplaçante avant de me lancer dans les CAPS.” 11.41*

*“Alors là pour l’instant je ne prends pas de garde de nuit. Parce que la reprise post internat est un peu sportive et du coup je préfère faire des jours, où je dors la nuit, et où d’abord je me sécurise et reprends un peu mes connaissances et je me sens plus à l’aise.” 17.79*

En particulier, l’idée de pouvoir se familiariser avec la PDSA, les conditions d’accueil des patients, les modalités organisationnelles est un levier soulevé dans plusieurs entretiens.

*“Sans doute que si on connaissait ça nous ferait moins peur. [...] Je pense qu’un cours pour nous expliquer, nous informer, au moins qu’on connaisse les différentes modalités.” 3.38; 3.40*

*“Je pense que j’en ferai. Ben pareil après moi pour l’instant je ne connais que le système du CAPS alors il faudra que je me renseigne sur les autres types de pratique un peu possible...” 6.52*

*“A moi aussi d’aller chercher les infos c’est sûr mais je pense que si c’était proposé ça attirerait plus de monde c’est sûr.” 6.70*

La pratique dans un territoire connu ou dans des conditions familières participe à la réassurance pour les premières gardes.

*“J’attends en fait de remplacer des cabinets pour voir aussi des praticiens et qu’ils puissent me parler de CAPS. Si c’est à côté, c’est à une demi-heure, ça correspond à mes critères, je sais que y’a un CAPS dans les environs, peut être que si ils m’ont proposé de reprendre des gardes CAPS je suis pas contre dans l’idée. Mais j’ai envie qu’ils en discutent, qu’ils me montrent le lieu, qu’ils m’expliquent comment ça se passe.” 17.80*

*“Notamment au CAPS de xxxx parce que j’étais au centre d’accès aux soins donc je sais comment ça se passe, pour commencer c’est moins stressant. Je pense que je commencerai par-là.” 12.50*

Enfin, certains internes ayant pu expérimenter la PDSA pendant leur cursus peuvent exprimer avoir été rassuré par cette première expérience, qui est venue en réponse à certaines idées reçues de l’exercice. Pour un certain nombre d’entre eux, ils ont pu constater que la pratique rentrait dans le cadre de leur compétence, ce qui permet de diminuer l’appréhension des futures gardes.

*“Ben ouais je pense que c’est quand même bien, c’est vrai que au début j’étais un peu septique, mais c’est bien d’y aller au moins une fois, voir comment ça se passe, et ça peut déstresser un peu aussi.” 4.44*

*“Je n’ai pas vu de choses non plus qui avaient besoin d’être envoyées aux urgences immédiatement.” 6.47*

*“Donc c’était intéressant de voir, et ça m’a peut-être un peu déstressée aussi parce que là pour le coup on voit bien que c’est des motifs qu’on peut voir aussi en journée, y’a pas forcément des critères de gravité.” 4.32*

*“Au final, enfin, on se rend compte que c’est plutôt bien géré, y’a une régulation tout ça. Je pense qu’on peut avoir des craintes initiales, c’est pour ça que c’est pas mal d’y passer.” 4.48*

*“Heu... Je sais plus je crois qu’on avait une douleur thoracique, on avait eu une otite, une angine. Après à mon niveau un je me rappelle plus trop ce qu’on avait eu, mais globalement c’était un peu dans le même genre quoi. Des motifs qu’on peut facilement résoudre en étant en ville le soir sans avoir de moyens.” 10.29*

Avoir eu des maîtres de stage impliqués en PDSA, qui peuvent être perçus comme des modèles, est un élément qui rentre en compte dans la prise de décision.

*“J’avais fait des séances à xxxx aux urgences. J’étais passée avec les urgentistes et les médecins généralistes. C’était pas mal, je sais que mon prat de SASPAS il faisait des nuits là-bas et quand moi je consultais la journée il était en régul. Je pense que ça peut être un autre moyen d’exercice intéressant.” 12.47*

*“Mais faire des gardes jusqu’à minuit je trouve ça pas si contraignant. Et puis là je vois mes prat ils en font peut-être une tous les deux mois, donc c’est acceptable comme rythme. Une soirée tous les deux mois, t’es pas non plus si KO le lendemain, ça m’irait.” 8.43*

*“[...]Après moi j’ai eu de la chance parce que c’est clairement par mon prat niveau 1 que j’ai appris tout ça. Après, je pense que j’avais aussi des prats qui étaient pas mal ancrés justement dans la permanence de soins donc je voyais ce qu’ils faisaient. [...]” 9.56*

## **9) La rémunération**

La rémunération des gardes comme élément d’attractivité pour les internes est un point qui est retrouvé dans presque tous nos entretiens, de façon plus ou moins nuancée. Les gardes sont perçues comme un complément de revenu intéressant, et comme un élément de valorisation et de reconnaissance du travail effectué.

La motivation peut donc être financière mais elle consiste aussi en la validation par les instances de l’effort fourni au service des patients.

*“Après qu’est ce qui m’inciterait à y participer ? Éventuellement, ... je sais pas... Ça dépend aussi bien sûr de la rémunération des gardes.” 1.38*

*“Heu... bah oui enfin, oui je pense il faut que ce soit payé. Enfin si peut être si c’est bien payé peut être que j’en ferais un peu plus.”*

*“ Euh... Au début, peut -être... Surtout pour faire de l’argent... [...] Donc je le ferai au début tant que j’ai besoin d’argent mais après non” 7.35; 7.44*

*“Et puis là vu que je vais faire des remplacements ça me permettrait de compléter un petit peu mon salaire sachant que je sais pas si je vais avoir beaucoup de rempla en novembre décembre.” 10.38*

*“Euh l’argent. Rires. Oui surtout l’argent !” 12.59*

*“donc ce que j’en ai eu comme retour, c’est qu’il y avait quand même souvent du boulot mais c’est vrai que le fait qu’en plus une tarification à l’acte c’est pas mal du coup c’est beaucoup moins dérangent d’avoir beaucoup de travail, parce que ça permet de de se rémunérer.” 13.21*

*“Le fait que ça soit quand même très bien rémunéré. Quand même quelque chose qui incite à aller faire les gardes. Notamment en termes de médecine ambulatoire t’es plus motivé à faire notamment les gardes parce que du coup pour la rémunération horaire, t’es nettement mieux rémunéré que lorsque tu fais tes gardes hospitalières lorsque t’es un interne.” 13.44*

*“Et après, il y a quand même le côté financier qui n’est pas négligeable, plus que dans le privé même, donc c’est quand même un argument motivant.” 14.48*

Il est important de noter que les internes ne sont pas nécessairement à la recherche d'une revalorisation financière de la garde qui motiverait la participation. Pour certains, la rémunération est même un argument secondaire à la participation à la PDSA.

*“Après sur le plan financier c'est attractif donc ça y a pas de ... C'est pas un souci pour moi.” 18.58*

*“En soit je crois que c'est plutôt bien rémunéré, mais c'est pas ma préoccupation première. [...] Disons que je n'en ferais pas plus souvent même si c'était mieux payé.” 8.45;8.47*

*“En médecine je trouve qu'on gagne assez notre vie, c'est pas du tout une question de rémunération.” 17.86*

### **10) Diversifier sa pratique**

Pour une partie des internes interrogés, la participation à la PDSA dans leur exercice futur est aussi motivée par l'envie de diversifier sa pratique, de rester alerte sur les situations aiguës ou d'urgence. Ils l'envisagent avec un intérêt intellectuel et médical, une façon de “garder un pied dans l'urgence”. C'est un moyen envisagé pour varier son activité, un souhait retrouvé massivement dans la partie “projets après l'internat”.

*“Que les consults de permanence de soins globalement elles sont intéressantes, c'est des petites urgences. D'un point de vue médical c'est intéressant, d'un point de vue financier c'est intéressant.” 5.41*

*“Euh... En point positif, je trouve que c'est quand même une pratique un peu différente du cabinet, sans que ce soit trop trop stressant. [...] Mais bon voilà ça permet d'avoir une pratique un peu différente et un pied dans l'urgence quoi.” 6.56, 6.58*

*“Les consultations de SASPAS quand tu vois les patients c'est assez énergivore parce qu'il faut penser à tout, plus les histoires de vie etc... Là c'est vraiment la prise en charge à un instant T donc ça peut être un moyen d'exercer différemment. Je ne pourrai pas faire que ça parce que tu n'as pas le suivi. Mais de faire ça ponctuellement de temps en temps et ça permet de faire des choses un peu systématiques de petite urgence. Donc oui ça peut être intéressant.” 12.60; 12.61*

*“Et heu... faire des gestes techniques comme les sutures moi j'ai pas beaucoup l'habitude d'en faire, enfin j'aime bien en faire, mais en cabinet c'est plus difficile d'en faire si on n'est pas organisé pour donc heu.... Je trouve que ça diversifie un petit peu la pratique. [...] Alors je pense que ce que je disais sur les motifs un peu plus urgents, et se reconnecter avec l'évaluation de l'urgence ou pas, et puis ça permet de garder une pratique variée dans la médecine générale” 14.41; 14.46*

*“[...] Mais enfin moi c'est quelque chose qui me plairait et qui collerait bien pour casser un peu la routine. Faire un peu de gardes en régulation ça me plairait bien.” 15.24*

## 11) De bonnes conditions de travail

La recherche de bonnes conditions de travail est un point essentiel pour les internes que nous avons interrogés, qui conditionne leur future pratique en médecine générale, mais aussi la pratique en PDSA en particulier.

Pour répondre à la peur de l'isolement, certains internes expriment le souhait d'un exercice en PDSA qui soit géographiquement au plus près des services d'urgence. L'idée sous-jacente est souvent celle du travail en équipe médicale et paramédicale, ou dans une moindre mesure de la présence d'un confrère sur qui pouvoir compter.

*“Ce qui est bien à xxx c'est que c'est collé aux urgences donc si tu as un problème c'est sécurisant. Enfin je me sentirai à l'aise de commencer par là. Donc oui je pense que j'en ferai” 12.52*

*“Le fait d'être tout seul justement dans certaines structures, ne pas avoir le travail en équipe qu'on peut avoir en fait quand tu étais de garde aux urgences, qui a un côté un petit peu rassurant.” 13.36*

*“C'est vrai que pour revenir sur une des questions ce qui pourrait motiver un petit peu plus... Moi je sais que par exemple je c'est un peu paradoxal mais quand je faisais mes mes gardes aux urgences, mes gardes médicales, le fait qu'on soit à peu près tout le temps 3, 4 internes ... Ben c'est des gardes que j'ai jamais trop mal vécues finalement.” 13.50*

*“Même si je trouve qu'il serait plus adapté d'avoir un médecin généraliste dans chaque urgence qui fait les consultations à motif non urgent et qui les fait ressortir tout de suite, comme on le fait de plus en plus. Mais le CAPS c'est la même chose hein.” 17.67*

Ils sont à la recherche d'un travail coordonné : le fait de se sentir inclus dans une équipe de soin de premier recours, avec une prise de décision partagée et la possibilité d'être en contact privilégié avec le régulateur et l'urgentiste est un levier perçu à l'exercice de PDSA.

*“Donc, oui il y a un côté où heu... tu peux un peu te retrouver tout seul dans ta campagne, mais finalement tu peux aussi, enfin tu vois, tu peux aussi réorienter, il y a possibilité d'avoir quelqu'un derrière, donc ça je trouve ça pas mal.” 9.35*

*“Et là t'es pas vraiment tout seul parce que je pense que si tu as une situation que t'arrives pas à gérer tu peux appeler le 15 et avoir un avis médical mais heu...” 11.40*

*“ Il faut qu'on ait... Comment dire... Qu'on ait un contact privilégié avec la régulation au cas où on juge nécessaire qu'ils soient vus aux urgences pour qu'on puisse accélérer les choses. Enfin faut que ça ait un bénéfice que le patient passe par le CAPS et peut être puisse intégrer une filière d'urgence plus rapide... Je me dis ça pourrait être un plus.” 15.35*

*“Ben pour le... Enfin si y a un vrai contact avec la régulation et qu'ils nous aiguillent bien. Qu'on puisse avoir vraiment une relation de confiance dans les patients qu'ils nous adressent et que nous-mêmes on puisse leur faire un retour rapide si y a le moindre problème... Pour qu'ils puissent nous envoyer des renforts si jamais le patient est amené... Qu'on soit amené à l'adresser aux urgences rapidement. Donc moi je pense que le point primordial c'est une vraie coordination entre les médecins sur le terrain et la régulation.” 15.40*

La recherche des bonnes conditions de travail correspond aussi à la recherche du confort matériel, dans les locaux et la mise à disposition de matériel médical de qualité.

*“Mais si on est dans des locaux corrects avec du matériel adapté et que je me sens en sécurité dans la prise en charge de mes patients...” 3.31*

*“C’est bête parce que je pense que y’en a plein qui seraient hyper intéressés surtout les internes, aller faire des rempla au CAPS si c’était facilité, si c’était simple, si les locaux étaient adaptés et que y’avait tout le matos.[...] Mais heu.. moi je pense que en tant que rempla, il faudrait que ça soit facilité d’un point de vue matériel, faciliter d’exercice, logiciel qui soit bien. Il y a certains logiciels qui sont horribles dans les CAPS. Qu’on arrive et qu’on puisse juste poser notre stétho, que ça nous demande pas une organisation de dingue pour aller faire une garde au CAPS quoi.” 5.39; 5.47;5.48*

*“Je pense que si j’ai des retours sur un CAPS qui est bien pourvu, c’est à dire que y’a du matériel sur place pour pas se retrouver dans la panade, et que on dit que le CAPS est bien équipé, je pense que j’irai tout à fait ...” 17.71*

*“Moi si c’est vu comme utile, et même si j’étais payée entre guillemets « normalement », ça me dérangerait pas parce que je gagne assez d’argent. C’est pas du tout une question d’argent, c’est une question de conditions en fait.” 18.87*

## **12) Maîtriser son engagement**

Les internes interrogés évoquent parfois la permanence de soin ambulatoire comme un engagement chronophage et exigeant, dont ils maîtrisent mal les contraintes. Cela peut être associé à la peur d’être “dépassé” par les conditions de leur participation.

Ils expriment donc la volonté de s’engager de façon progressive, ou maîtrisée, principalement sur le plan de la fréquence des gardes ambulatoires. On retrouve à ce sujet l’expression de craintes, peut être issues de l’internat, de la surcharge de travail et de l’épuisement, face auxquelles la reprise de contrôle est un levier important.

*“Enfin moi je pense que ça ne me dérangerait pas d’en faire, si c’est pas trop souvent quoi...” 2.24*

*“Et après par contre j’ai pas envie que ce soit quelque chose de trop prenant, pas envie de faire une garde par semaine toutes les semaines, plutôt quelque chose de ponctuel... Enfin une à deux fois par mois quoi.” 6.54*

*“Oui je pense. Ouais, ouais je pense. Après, tout dépendra tu vois de, à quelle fréquence ça revient. C’est quand même toujours ça. Je sais pas, si t’as une garde, on va dire une garde toutes les deux semaines. C’est pas mal déjà.” 9.49*

*“Donc c’est vrai qu’en faire c’est toujours intéressant mais à un rythme quand même beaucoup moins important. Parce que vous voyez certains, certains périph où on mange quand même pas mal de garde.” 13.31*

*“Après ce qui rentre en ligne de compte c’est de savoir si on choisit les dates ou si elles sont imposées.” 2.33*

L’idée de garder le contrôle peut les conduire à s’opposer à l’obligation de PDSA : l’engagement volontaire pourrait-il être un levier en tant que tel pour s’engager ? La promotion et la valorisation de l’activité volontaire de permanence de soin en tant qu’acte engagé pourrait-elle s’auto-entretenir ? Certains verbatims suggèrent que rester libre de ses choix est en tous cas une priorité aux yeux des futurs médecins.

*“Et puis le fait que ça soit le volontariat j’y trouve un bon côté, c’est que on se sent pas obligé d’aller le faire. On est volontaire pour le faire, on n’a pas quelque chose de plus grand que nous qui nous oblige à le faire. On le fait parce que on a envie de le faire ...” 13.33*

*“Côté horaire ça me gêne pas trop non plus, ça dépend de comment tu bosses la semaine, mais là actuellement ça me gêne pas avec mon rythme de me remplacement qui est assez tranquille on va dire. Je peux choisir de prendre des gardes sur les jours où je ne remplace pas.” 18.59*

*“Enfin tu vois je trouve que tu as un peu ce sentiment ou ça fait dix ans que tu travailles comme un acharné et on te tape encore dessus pour te dire de faire de la permanence de soin et de faire des gardes parce que les gens ont besoin de toi et c’est un peu comme les enfants, du coup on a pas envie de le faire. Donc oui la permanence de soin ça a été amené un peu de manière violente.” 12.66*

### **13) Se sentir valorisé**

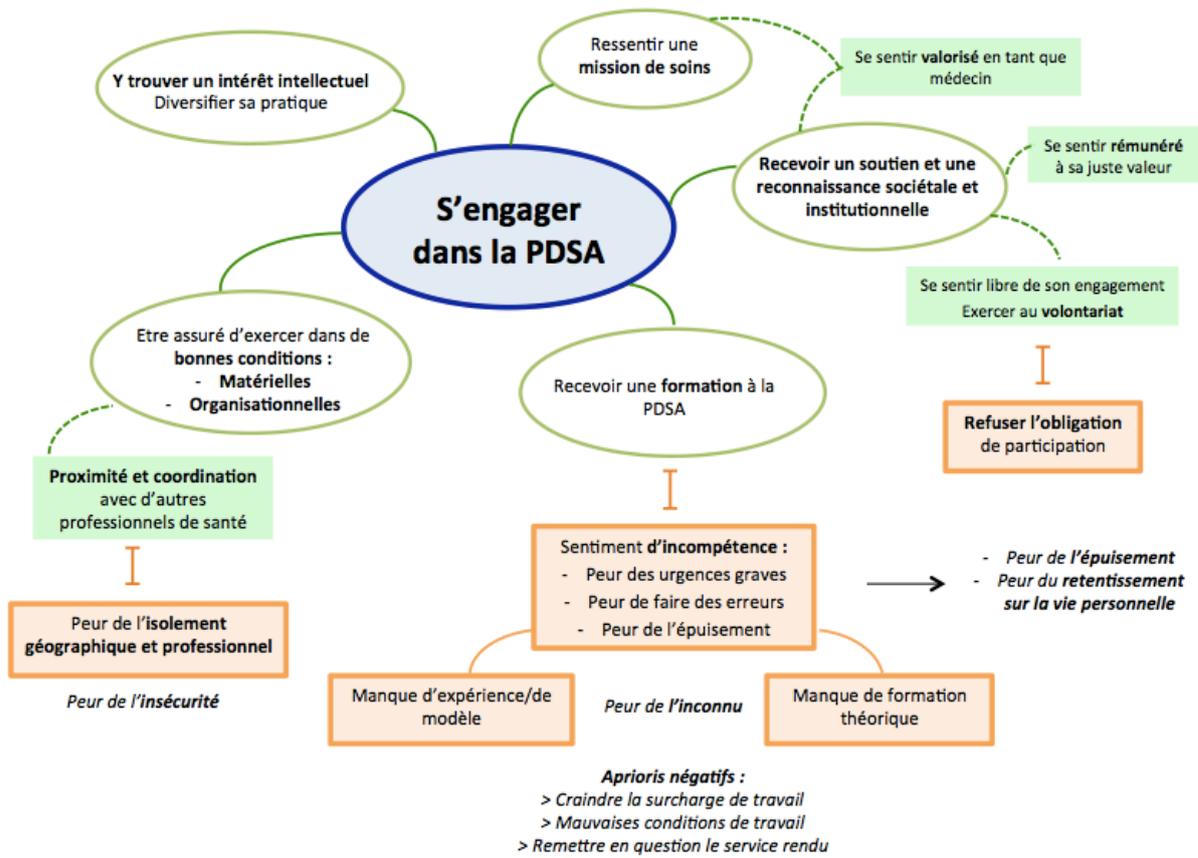
La recherche de reconnaissance ou de validation externe est présente au cours des entretiens, souvent de façon subtile. Elle correspond parfois à un sentiment de dévalorisation des internes au cours de leur cursus, qui les conduit à s’engager dans des activités où ils se sentent valorisés et reconnus pour leur travail.

*“Donc ça c’est vraiment quelque chose qui peut te pousser je pense, parce que t’as l’impression que ton travail a une certaine valeur mine de rien. Ça serait ça la valorisation de ton travail.” 13.45*

*“Bah j’ai trouvé ça bien, enfin j’ai trouvé ça utile, je pense que les patients en plus ils sont hyper reconnaissants, d’avoir ce système.” 10.27*

*“Et puis les gens sont quand même vraiment sympas. Je trouve que quand ils viennent te consulter en garde CAPS, il y a quand même une bonne entente générale et ça peut être assez sympa.” 10.46*

*“C’est difficile parce que bien sûr il y a un manque de médecins partout évidemment ils ne savent plus comment faire ça déborde de partout... Mais on ne pense pas assez au bien être psychologique des internes et ensuite en sortant de l’internat ils ne comprennent pas pourquoi on ne va pas d’installer dans les zones sous dotées... Rires. C’est pas comme si on en avait chié pendant dix ans. Je trouve qu’il y a un peu un décalage entre la vision de l’opinion publique et nous.” 12.67;12.68*



### Schéma n°5: S'engager dans la PDSA

Ce schéma illustre les déterminants qui régissent l'engagement des internes de médecine générale à participer à la PDSA et leurs interactions.



*“Un médecin disponible en ambulatoire pour assurer le suivi des patients qui en ont besoin à n’importe quelle heure, je sais pas.” 10.24*

*“Euh ben pour moi ce serait ... Je me souviens que dans la formation sur l’entrée dans la vie professionnelle ils l’avaient définie... Pour moi ce serait entre vingt heures et minuit en médecine libérale mais je crois qu’il y en a quand même qui font quand même entre vingt et huit heures...” 12.34*

*“Euh vaguement, je ne pense pas avoir une connaissance hyper fine de la façon dont ça s’organise. Pour moi, c’est à partir de l’ADOPS, ce qui est donc un regroupement, une association, un regroupement de médecins qui permet de, de distribuer sur les territoires, donc les CAPS qui répondent à la permanence des soins. Mais pour moi, c’est plus en... Non j’allais dire une connerie, j’allais dire que c’était plus en milieu rural, mais pas du tout, pas forcément.” 13.17*

Ils peuvent reconnaître ne pas être familier de la notion de PDSA. Les définitions recueillies sont souvent partielles.

*“C’est vrai que j’ai pas une connaissance profonde sur le sujet, mais pour moi la permanence de soins, c’est les journées assurées par les différents professionnels de santé, et bah ... c’est surtout les gardes le soir avec ...” 11.24*

*“Je pense que je n’ai pas toutes les notions... Ce qui me parle le plus c’est le CAPS, j’ai des représentations mais je ne sais pas exactement en quoi ça consiste. J’imagine ça comme une maison médicale en fait, un endroit où y a un cabinet pour consulter et où les patients peuvent être vus sans rendez-vous mais pas toute la nuit il me semble. Et après... C’est vrai que pour le reste j’ai pas trop de notion.” 3.16*

Sur la totalité des interrogatoires, très peu d’internes interrogés ont exprimé être sûrs de savoir la définition réglementaire de la PDSA.

On retrouve, dans les définitions proposées par les internes, l’idée prédominante d’assurer un accès aux soins en médecine libérale à la population aux horaires de fermeture des cabinets médicaux.

*“Pour moi ça consiste, dans le fait qu’il y ait toujours des médecins accessibles pour les patients, pour la population, le jour et la nuit, week end compris... Donc permanence... Je dirai que c’est les gardes en plus des horaires classiques, le soir et la nuit. Et les week end, les jours fériés.” 3.14*

*“La gestion des soins en dehors des heures ouvrables des cabinets pour permettre l’accès aux soins aux gens, que ça soit la nuit en soirée, la nuit, week-end ou jours fériés. C’est comme ça que je vois donc la permanence des soins de globalement ...” 13.12*

*“Ben ... La permanence des soins ambulatoires ce serait le fait d’organiser une présence médicale, de garde en quelque sorte, pour rendre accessible les soins primaires si besoin durant les créneaux fermés ... Enfin quand les cabinets de médecine de ville sont fermés.” 15.20*

Certains internes semblent considérer la PDSA comme la dispensation de soins non programmés, avec la notion de “soins urgents”.

*“et avec peut-être comme je fais actuellement là, à la maison de santé on a des permanences de soins : sur des demi-journées, donc on fait deux demi-journées de permanence de soins, et je trouve que c’est bien pour que les gens aient un accès rapide à des consultations. En fait les patients prennent rendez-vous le matin et ils ont un rendez-vous dans la journée pour des semi-urgences quoi.” 1.19*

*“Et la permanence des soins c’est qu’on puisse offrir une solution de soins un peu dans l’urgence. Peut être tout ce qui va être les centres de soins non programmés... Peut-être que je confonds tout.” 16.29*

*“Dans le côté permanence y a le côté « urgence » ou choses qui ne peuvent pas spécialement attendre alors que la continuité c’est avoir un suivi qui peut se poursuivre dans le temps.” 3.15*

### 3) La confusion entre continuité des soins et permanence des soins ambulatoires.

Lorsque la différence entre les deux notions de continuité des soins et de permanence des soins n’était pas clairement exprimée par l’interne interrogé, une sous-question spécifique lui était adressée : “Y a-t-il selon toi une différence entre continuité des soins et permanence des soins ? Si oui, laquelle ?”, “Peux-tu nous expliquer la différence entre continuité des soins et permanence des soins ambulatoires ?” Cette question a donné lieu à des réponses hétérogènes.

Certains internes ne font pas de différence entre la notion de continuité et celle de la permanence des soins.

*“Le fait qu’il y ait toujours des médecins disponibles, pour moi c’est ça la permanence. Après la continuité des soins je saurais pas dire... je saurais pas dire... j’ai l’impression que c’est la même chose.” 4.19*

*“Vraiment je pensais que c’était un peu la même chose.” 5.27*

D’autres confondent les deux notions, utilisant l’une pour l’autre dans leur narratif.

*“La permanence de soins ambulatoires. Heu... bah pour moi c’est tout ce qui permet d’avoir une continuité au niveau des soins, en ville”.*

*“Ah, je me disais bien qu’il y avait une différence ! Rires. Ben continuité des soins ça doit être jusqu’à huit heures enfin tout le temps et permanence des soins jusqu’à minuit ? ou l’inverse je ne sais pas !”*

*“Je pense que non... Rires. En tout cas là je m’en rends compte. Ben ... Je pense que ce que j’ai défini alors ça doit être la continuité des soins alors.”*

*“Pour moi la permanence de soins, c’est l’idée que déjà durant les heures de la journée, ils puissent me joindre, que moi je puisse communiquer par exemple avec l’hôpital par exemple quand j’ai un patient qui va être hospitalisé que moi je lui envoie ou que quand lui il sort je sois informée”*

Par ailleurs, un certain nombre d'internes fait correctement la différence entre continuité des soins et permanence des soins ambulatoires. On retrouve alors des éléments de discours qui ramènent à l'urgence au sujet de la permanence, et au suivi sur le temps long au sujet de la continuité des soins. La continuité des soins est plus volontiers associée à la mission du médecin généraliste dans le discours.

*“Et la continuité des soins c'est, pour moi hein, tout ce qui est traitement chronique, suivi [...]” 1.20*

*“Je pense que je ferais une différence, pour moi la continuité des soins c'est plus le suivi avec le médecin traitant quoi. La permanence c'est avoir accès, même si c'est pas heu... tu vois ça peut être de l'aigu en dehors de ton suivi de soins quoi.” 9.31*

On retrouve aussi des éléments faisant référence à un travail coordonné, pluriprofessionnel s'agissant de la continuité des soins, alors que la PDSA est perçue comme une activité plus solitaire, exclusivement médicale.

*“ qui puisse être pris en charge par le médecin, par le pharmacien s'il y a besoin de médicament, par le biologiste s'il y a besoin de faire une analyse de sang ou d'urine. Tout ça pour moi c'est la continuité des soins. C'est aussi par exemple la prise en charge par les infirmières. Enfin voilà qu'il y ait tout le personnel nécessaire autour du patient.” 1.20*

*“Euh... Alors... Continuité des soins... Je vais peut-être dire n'importe quoi... Je vois plus ça, par exemple le médecin traitant d'un patient ça va être son référent, et quand il va aller voir des spécialistes, ou d'autres intervenants, il va un peu faire le lien entre tous. Oui il centralise toute l'information et le suivi du patient ce qu'il fait qu'il y a une continuité dans sa prise en charge. Permanence des soins je vois plus ça comme... Ben, qu'il faut qu'il y ait un accès aux soins à chaque heure, enfin tout le temps pour les gens qui en ont besoin n'importe quand. Donc par exemple l'accès au 15, les gardes CAPS, ce genre de chose.” 2.18*

*“La continuité des soins c'était l'idée qu'il n'y ait pas de perte de données et pas de perte de chance pour le patient par manque de communication entre les médecins. C'est à dire que si par exemple il y a un des médecins du cabinet qui voit un patient, qu'il a accès quand même à son dossier médical et qu'il a les informations. Que moi je transmette un courrier avec les informations du patient quand il va en hospit. Ou qu'on me remette les courriers de sortie d'hospitalisation pour que moi j'ai les informations. Pour moi c'est ça la continuité des soins, c'est assurer le transfert de l'information pour le bien être du patient. C'est le dossier médical partagé. C'est tout ça pour moi.” 17.41*

Certaines réponses font référence à la continuité et à la PDSA comme deux missions qui incombent au médecin généraliste, qui se divisent sur leurs horaires de mise en œuvre, et sont au plus près de la définition des deux notions.

*“Alors j'ai appris récemment la différence entre la continuité des soins et la permanence des soins, je crois que la permanence des soins c'est d'assurer des soins aux patients sur les horaires où les cabinets sont censés être fermés : la nuit à partir de 20h, jusqu'à 8h du matin, et le week end à partir du samedi midi.[...] Bah du coup, moi ce que j'en comprends c'est que la continuité des soins c'est d'être disponible sur les heures ouvrées du cabinet pour assurer le suivi du patient, qui est nécessaire, pouvoir être disponible sur les heures ouvrées du cabinet. En répondant aux besoins des patients.” 14.30*

*“Ouais, la continuité des soins, c'est la nécessité de d'apporter.... D'être capable de pouvoir apporter une réponse à son patient sur les heures d'ouverture du cabinet qui sont normales entre guillemets. Et c'est d'assurer donc la continuité des soins. Que ça soit en fait par le biais soit d'un associé, soit d'un remplaçant pour permettre l'accès au soin à sa patientèle et la permanence des soins, c'est permettre l'accès en fait aux soins en dehors des heures d'ouverture normaux en fait des des cabinets pour pallier l'urgence, c'est comme ça que je vois la différence un peu entre les deux.” 13.13*

#### 4) La difficulté à identifier les différents acteurs

Lorsqu'ils sont interrogés sur leurs connaissances concernant l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, les internes du panel apportent des réponses qui restent empreintes d'incertitude. Toutefois plusieurs éléments se dégagent spontanément.

Certains expriment le principe de régulation préalable nécessaire à l'exercice de la PDSA, même si les voies d'accès à la régulation pour les patients et les acteurs de la régulation ne sont pas toujours bien identifiées.

*“Heu... bah il y a le 15 déjà qui adresse, qui peut adresser aux maisons médicales de garde. Je sais que le samedi après-midi c'était des adressages SAMU. Après y'a SOS et les standards, enfin ça dépend quel SOS mais à Nantes il y a un standard sur SOS Nantes à Saint Nazaire c'est un standard centralisé sur la France. Et... Je pense que doit y avoir certains CAPS qui doivent fonctionner sans passer par le 15, avec des numéros privés... bah en Vendée c'est 116 117, après en Loire Atlantique je sais pas si c'est pareil. Je dirais qu'il doit y avoir un numéro un peu pareil que le 116 117 pour avoir le médecin de garde.” 5.31*

*“Pour moi c'est régulé par le 15. Pour moi c'est le seul moyen pour accéder à ces permanences sinon je sais pas du tout. Il y a des numéros aussi je crois, quand j'étais en Vendée il y avait des numéros justement pour le médecin de garde du week-end.” 11.27*

*“Ben du coup ils passent par le 116 117 ... Euh... Ou... Le 15 ? Qui les redirige.” 15.25*

*“Et ben... Y a un numéro de téléphone à appeler .. ? Qui est pas le 15 je crois... Si le soir c'est le 15.. Ou 115 117.. ?” 2.20*

L'effectif en lieu fixe de consultations, avec les CAPS, représente la modalité d'effectif la plus connue des internes.

*“Ce qui me parle le plus c'est le CAPS, j'ai des représentations mais je ne sais pas exactement en quoi ça consiste. J'imagine ça comme une maison médicale en fait, un endroit où y a un cabinet pour consulter et où les patients peuvent être vus sans rendez-vous mais pas toute la nuit il me semble. Et après... C'est vrai que pour le reste j'ai pas trop de notion.” 3.16*

*“Comment ça se passe ? Je pense que dans certains endroits c'est géré autour des CAPS, d'autres c'est dans des maisons médicales de garde. Voilà. (...)En maison de santé, ils appelaient ça des gardes mais je suis pas sûr que ce soit un CAPS, c'était que sur la MSP de \*\*\*, et du coup ils étaient de garde les nuits, les week-ends, les choses comme ça. Mais je crois pas que c'était un CAPS.” 5.29, 5.32*

Ils reconnaissent parfois la limite de leurs connaissances sur la réalité de l'organisation sur le terrain.

*“Parce que autant les CAPS, moi j’ai déjà fait une fois et je vois un peu comment ça marche, mais le reste pas trop. Enfin mise à part le CAPS je ne connais pas très bien. Enfin j’ai notion des gardes mobiles mais voilà... Je ne connais pas très très bien les autres manières de faire...” 6.36*

*“Mais je ne sais pas du tout comment ça se passe les gardes.” 16.32*

*“Oui l’ADOPS ça me dit quelque chose j’en ai entendu parler, après concrètement, comment ça fonctionne, pas vraiment... J’imagine que c’est par territoire mais après...” 2.21*

*“Plutôt des gardes en CAPS. En premier abord, je n’avais jamais réfléchi qu’on pouvait faire de la régulation en dehors d’une formation d’urgentiste.” 3.41*

Ils font aussi référence à une organisation locale, et à des territoires de gardes. Certains identifiant une organisation à l’échelle départementale, d’autres non.

*“Bah pour moi ça s’organise, je sais pas si c’est l’ARS qui régit un peu enfin... plutôt au niveau local on va dire... Donc après en fonction des zones, la par exemple dans la région, je sais pas trop si c’est sur plusieurs communes où s’est organisé avec les CAPS, avec un médecin de garde et cetera, j’avoue que je sais pas exactement sur quelle échelle ça se fait. Mais en général c’est plutôt assez local. Mais après y’a SOS médecin aussi qui participe par exemple à Nantes. Et après y’a d’autres secteurs, je sais qu’en Vendée y’a soit un médecin en cabinet soit un médecin d’astreinte, donc finalement il y a plusieurs moyens.” 4.28*

*“Ben je pense que ça dépend des départements. Donc c’est difficile de dire... A Nantes ça fonctionne avec le CAPS, je crois que dans les autres départements il y a des tours de garde... Voilà.” 7.27*

*“J’ai l’impression que c’est un peu... enfin non j’avoue je sais pas trop, je pense qu’il y a des secteurs un petit peu, je sais qu’il y a par exemple le CAPS de Nantes, le CAPS de Bouaye, donc il doit y avoir des critères démographiques qui recense les différents médecins et qui les sectorisent dans les CAPS. Mais j’ai pas d’autres connaissances.” 11.28*

*“Donc il y a des secteurs qui sont gérés par l’ADOPS et d’autres qui sont des secteurs qui sont sous SOS médecins qui en fait font aussi une partie de la permanence de soins, comme c’est fait à Saint Nazaire, comme c’est fait aussi à Nantes.” 17.42*

Les instances et les différents acteurs de la PDSA sont parfois mal identifiés, où leurs rôles confondus :

*“Les médecins mobiles c’est SOS ?” 3.16*

*“Après je crois qu’il y a des médecins mobiles aussi, je connais un peu moins. Peut-être que SOS en fait partie dans les zones où il y a SOS. Je dirais ça.”*

*“Moi ce que je connais c’est le CAPS, après je sais que y’a un autre truc avec les maisons médicales de garde, SOS médecins, les urgences tout ça. C’est ce que j’ai comme notion.”* 5.29

(Au sujet des ADOPS) *“Ok. Ça me parle mais je savais pas ce que ça voulait dire.”* 11.32

*“Donc pour moi, il y avait la permanence des soins qui peut être qui peut être réalisée, donc du coup par les par les caps via l’ADOPS ça c’est plus pour tout ce qui va être libéral ; et ensuite qui a la permanence des soins qui va être réalisée par tous les services d’accueil d’urgence. Et puis il y a aussi dans certains lieux SOS médecins ou certaines structures équivalentes, je ne sais pas s’il y en a d’autres... qui peuvent faire la permanence des soins. En plus de faire des plages de consultation et des visites sur la journée.”* 13.17

Certains internes ont une représentation globale de l’organisation locale de la PDSA, et de l’articulation des rôles des différents acteurs :

*“Sur la Loire Atlantique si j’ai bien compris, il y a deux choses à différencier c’est SOS médecins et la permanence des soins organisée par l’ADOPS, avec les MMG qui sont organisées autour de Nantes, comme Nozay, Clisson, Guérande, Savenay et d’autres. Et comment dire, les gardes de médecins mobiles qui se déplacent la nuit pour faire des gardes en étant régulés par le 15.”* 14.36

On retrouve dans certains verbatim l’expression de la représentation d’une répartition inégalitaire de l’offre de la PDSA, et d’une organisation hétérogène selon les territoires.

*“Pour moi de vingt heure à minuit il y a quand même une permanence avec le CAPS tout ça, niveau ambulatoire, mais j’avoue que la nuit profonde dans ma tête c’est plus ce qui va être SOS médecins. Donc, ce qui est très inégalitaire en fonction des endroits.”* 9.28

*“Je pense que ça doit vachement dépendre en fonction des régions parce qu’il y a des coins qui sont mieux dotés en médecins que d’autres. Je pense que mécaniquement t’as des endroits où certains doivent prendre un peu plus cher que d’autres.”* 13.24

*“En fonction du nombre de médecins dans le secteur, donc les secteurs où il y a moins de médecins, ils doivent prendre plus de gardes. Et après les remplaçants peuvent récupérer des gardes comme ça. Mais des fois il y a des trous dans les plannings donc parfois ça arrive que les secteurs de gardes n’aient pas de médecin. Donc je pense que les patients sont à ce moment-là redistribués sur les autres secteurs.”* 18.41

##### 5) Des sources d’informations diverses

Nous avons interrogé les internes sur leurs sources d’information concernant la PDSA. Il est intéressant de relever que lors du choix de la spécialité de médecine générale pour l’internat, la PDSA est un sujet tout à fait méconnu des futurs internes. On peut souligner à ce sujet une formation de deuxième cycle qui est vécue comme hospitalo-centrée.

*“Mais non je pense qu’avant, je pense que quand j’ai choisi médecine générale à l’internat, j’étais pas vraiment sûr qu’il y avait une vraie permanence des soins tu vois.”* 9.47

*“Heu... je pense pas en avoir pris conscience quand j'étais externe, je sais pas si c'est quand j'étais externe, ça devait pas être si clair, l'ambulatoire on n'en parle pas beaucoup pendant l'externat.” 14.32*

Parmi les internes qui n'ont pas expérimenté la PDSA durant leur internat, certains tirent leurs représentations de leur expérience en tant qu'utilisateur du système :

*“SOS médecins à Saint Nazaire est très développé donc j'en avais déjà entendu parler et j'y ai déjà eu recours pour moi en tant que patiente quand j'étais jeune, et maintenant que je suis maman pour mon fils.” 1.28*

*“Mais je connaissais déjà SOS avant parce qu'on avait appelé en tant que patient, personnellement. Donc je savais très bien que ça existait et que ça pouvait rendre service.” 8.40*

*“Bah pour moi oui, je suis déjà allée en maison médicale de garde pour une plaie de la main, suite à une morsure de chien.” 14.34*

Le stage ambulatoire est souvent un lieu de premier contact avec la PDSA. Il est le lieu d'une information informelle, portée par les maîtres de stage universitaire.

*“Non, c'est les associations pour heu... les associations de médecins qui prennent des gardes ? J'en avais entendu parler pendant mon prat' niveau 1.” 1.27*

*“Enfin je veux dire personne nous a appris comment ça marchait quoi. Après moi j'ai eu de la chance parce que c'est clairement par mon prat' niveau 1 que j'ai appris tout ça. Après, je pense que j'avais aussi des prats qui étaient pas mal ancrés justement dans la permanence de soins donc je voyais ce qu'ils faisaient. Je sais que par exemple la garde de xxxx, j'y suis allée, c'était celui de mon groupe de GEP qui m'a proposé. Tu vois c'est un peu par des biais autres”. 9.56*

*“En tout cas en niveau 1 ou en SASPAS on nous en parle assez facilement des gardes CAPS. On m'avait proposé de venir assister, enfin, je pense qu'après ça dépend peut-être des médecins avec qui on est en stage. Mais c'est leur rôle d'en parler et de faire découvrir ce dispositif.” 10.49*

*“Non, j'ai jamais participé... Une de mes prat m'en avait parlé en premier stage. Elle m'avait parlé des gardes de secteur, que c'était un binôme, un qui reste sur place et un qui faisait les visites. C'est tout.” 16.33*

Cette information portée par les maîtres de stage tient souvent du retour d'expérience personnelle, elle est subjective, porteuse d'une connotation qui peut être positive ou négative.

*“Mes prat m'ont dit qu'ils en faisaient, mais sans forcément trop m'expliquer, ni m'inviter à y participer parce que une fois sur deux il n'y a personne donc...” 8.59*

*“J'ai un de mes prat qui clairement n'aime pas ça et il les donne à ses remplaçants. Ça ne donne pas forcément envie de chercher autre part.” 16.35*

*“Ben j’avais une maître de stage qui avait travaillé là-dedans, qui faisait des gardes en régulation. Mais je la connais, non pas vraiment, je la connais de ce qu’on m’en a dit.” 18.42*

Pour certains internes, la PDSA est perçue comme un sujet de santé publique, plus ou moins éloigné des préoccupations de l’internat. Ils l’abordent comme une problématique politique, qui est l’affaire des pouvoirs publics. Leurs canaux d’information peuvent alors être ceux utilisés pour l’éducation du grand public :

*“Ben déjà on en entend un peu parler... Enfin on en entend un peu parler à la radio, c’est un peu un objectif politique, de rendre la permanence des soins ambulatoires...” 6.40*

*“Donc oui on est quand même sensibilisés sur l’intérêt, et puis on entend aussi les gens qui se plaignent de plus avoir de médecin traitant... Tout ça.” 18.60*

Il arrive que le premier contact avec la permanence des soins ambulatoires ait lieu au sein de l’hôpital, particulièrement dans les stages dans les services d’urgences hospitalières.

*“C’est le numéro que les secrétaires te disent d’appeler aux urgences quand ça n’a pas l’air très urgent...” 8.39*

*“En fait si j’en avais entendu parler aussi aux urgences de XXXX, y’a un CAPS juste en dessous des urgences, donc ça ils nous en ont parlé.” 9.46*

*“Un petit peu quand je suis passé je suis passé aux urgences parce que j’avais certains séniors qui étaient urgentistes mais qui bossaient aussi, ceux qui faisaient un peu, qui faisaient de la permanence des soins aussi en en ambulatoire donc qui nous en parlaient. J’avais été un petit peu sensibilisé à ce moment-là.” 13.46*

Ils peuvent aussi être sensibilisés sur leurs lieux de formation universitaires.

*“Et puis le DMG maintenant insiste un peu pour qu’on voit cette partie-là de la pratique. Ils incitent à ce qu’on fasse des gardes aux CAPS.” 6.42*

*“Alors sensibilisé oui, parce qu’on en parle à chaque semestre et surtout avec cette année les grèves et les nouvelles lois coercitives, je trouve qu’on en a beaucoup entendu parler. Et avec la fin de l’internat on en parle de plus en plus. La dernière année d’internat, il y avait une incitation forte de participer à une garde en maison médicale de garde avec nos maîtres de stage, sur la dernière année d’internat.” 14.54*

*“Ben du coup, j’ai eu une formation sur les remplacements, donc j’ai rencontré quelqu’un de l’ADOPS qui nous a expliqué comment ça s’organisait”. 17.42*

Pour un certain nombre d’internes, l’information sur la permanence des soins ambulatoires se fait entre pairs, au contact d’autres internes. C’est donc une information informelle et souvent indirecte, à mi-chemin entre le retour d’expérience et la rumeur.

*“Un des retours que j’ai eu par rapport à certaines connaissances, certains copains qui ont fait des gardes au caps. C’est vrai que le format c’est assez intéressant parce que mine de rien, on n’est pas sur des horaires ; enfin c’est pas une garde aux urgences où on fait 14 h donc bon. Le format est un peu plus allégé [...]” 13.20*

*“Ouais. Ce que j’ai entendu c’est que celle de xxxx est la plus sujette à l’insécurité. [...]”*  
14.61

*“Heu... La première fois que j’en ai entendu parler, c’était il y a quelques mois sur le groupe de promotion quand les gens se renseignent sur les CAPS pour les futurs remplacements. Ou sur le groupe de remplacements, de reprise de gardes, j’ai vu que c’était expliqué sur ça.”*  
17.48

*“J’ai des amis aussi qui ont fait ARM.”* 18.42

Certains internes ont expérimenté l’effectif de PDSA auprès de leur maître de stage, selon des modalités très variables, à la fois dépendantes du médecin titulaire et de la motivation de l’étudiant.

*“Je suis juste restée un peu un soir avec une de mes prat’ actuellement qui faisait une garde CAPS. Donc elle recevait des appels du 15, et les patients se présentaient à son cabinet. J’en avais un peu entendu parler avant mais j’avais jamais expérimenté personnellement.”* 2.19

*“Après j’ai fait deux gardes CAPS avec mon prat à XXXX, donc oui ça permettait déjà un peu de voir comment ça se passe, on faisait 20h minuit au CAPS de XXXX. Y’a une fois on a eu peut-être quatre ou cinq patients, et il y aurait pu en avoir beaucoup plus. Et l’été je sais qu’ils augmentent à deux médecins puisqu’il y a plus de touristes et cetera... Voilà, et puis après j’ai fait du SOS médecin, pour le coup c’est vrai qu’ils participent beaucoup à Nantes en tout cas dans la permanence des soins.”* 4.29

*“Et sur mes trois MSU de niveau 1 j’en avais un seul qui faisait des gardes aux CAPS, et du coup j’étais venue faire une garde avec lui. Et là pareil ce semestre j’ai une de mes trois prat’ qui fait des gardes au CAPS et je vais en faire avec elle.”* 6.42

Concernant l’activité spécifique de régulation médicale libérale, il est intéressant de noter que dans presque tous les entretiens, elle n’est pas abordée spontanément par les internes, qui ne l’associent pas à une pratique de PDSA au sens où ils l’entendent. Pourtant lorsqu’ils sont interrogés, un certain nombre d’entre eux a déjà eu un contact ou une initiation à cet exercice.

*“Ouais j’en avais fait à mon premier stage à xxxx. On avait des journées de formation obligatoire, à la régulation.”* 10.34

*“Non, alors j’ai fait, quand j’étais interne, enfin quand j’étais en prat niveau 1, je sais pas si ça compte mais j’ai fait la régul’ côté med gé avec un prat ? Ouais ?”* 9.32

*“Ouais j’ai fait une petite initiation à la régulation au SAMU 85 avec les médecins généralistes.”* 15.23

*“Oui, j’ai fait de la régulation justement au 116 117, mais pendant que j’étais aux urgences. Ils nous proposaient de faire une formation régulation pour nous mettre un premier pied dedans.”* 17.50

## 6) La rémunération

La rémunération des gardes en PDSA est, pour plusieurs internes interrogés, l'un des points centraux de leur attractivité. Les représentations sont celles d'une rémunération globalement attractive en l'état. Toutefois il est intéressant de noter que ces représentations ne se fondent pas sur une connaissance claire des modalités de rémunération. Ce point, comme un certain nombre d'autres modalités organisationnelles de la PDSA, reste flou. Comment alors les internes peuvent-ils concevoir une balance contrainte/bénéfice ?

*“ Je sais plus, je sais qu'il y a un forfait de base, et après tu touches le montant des consultations en plus avec la majoration de la nuit après 22H ? Mais je ne sais pas à combien ça monte. Je pense que c'est intéressant financièrement, et heu... je sais pas combien c'est.”* 1.39

*“ Alors je ne sais plus du tout... Je crois que tu as une rémunération fixe et ensuite en fonction des actes... Et sachant que les consult sont majorées puisque c'est dans la soirée... J'ai en tête 60-70 euros pour la consultation. Je ne sais plus le forfait de base, j'aurai dit 150-200 euros... Après tu n'as pas de charge aussi !”* 6.65

*“ Ben j'imagine que le fait d'être de garde ça doit être déjà 100 euros ? 200 euros ? pour la soirée .. ? Et après les c'est les consultation d'urgences le soir donc je ne sais même pas combien c'est ... 60 euros peut être ? Enfin je pense que c'est assez rentable entre guillemets...”* 2.32

*“ Je ne sais pas combien c'est rémunéré, il me semble qu'il y a un forfait de 250 ou 300 euros .. ? Et après c'est à l'acte avec la consultation. C'est pas ça ?”* 7.36

*“ Heu... Non je sais pas exactement mais je sais que ça rapporte pas mal. Rires. Ouais.”* 11.37

## 7) Accéder à la PDSA en tant que médecin

Parmi les informations recueillies au sujet des connaissances des internes sur la permanence des soins ambulatoires, certains éléments de discours mettent en rapport la méconnaissance de l'organisation du système de PDSA avec une apparente difficulté à s'informer de façon claire sur le sujet.

Ils font référence à une organisation perçue comme lointaine, des interlocuteurs mal identifiés, des lieux de gardes multiples et peu connus, et la difficulté à obtenir des réponses à leurs questions. Les modalités de répartition des gardes ne sont pas bien connues. Ainsi l'accès à la permanence des soins ambulatoires apparaît comme aléatoire voire difficile aux yeux des internes.

*“ Le CAPS de XXXX m'a dit qu'ils étaient déjà complets, donc j'ai pas eu plus d'infos. Donc je ne sais pas si je vais être sur liste, c'est encore un peu flou, pour les prochains plannings. Donc c'est vrai que quand on veut faire des gardes, je sais pas trop comment ça se passe. Moi j'avais plutôt une demande pour novembre/décembre mais est-ce que c'est possible ? Finalement je sais pas, est ce qu'il y a déjà trop de monde ? Si ça se trouve y'a déjà trop de monde dessus et y'a plus de créneaux peut être.”* 10.32

*“Non ben c’est un sujet intéressant. J’ai l’impression de jamais avoir trop discuté de ce sujet... Je suis content d’en apprendre un peu plus. Je ne sais pas comment on se forme à la régulation ?” 15.52*

*“Si l’accès était plus simple, qu’on avait un tuto, si ça se trouve ça existe en plus...” 18.53*

#### **IV. Sensibilisation et formation des internes de MG à la PDSA durant leur cursus**

Comme vu dans le chapitre précédent, les canaux d’information des internes au sujet de la PDSA sont variés. La sensibilisation peut provenir du terrain de stage, du lieu de formation universitaire, des pairs ou des médias.

Quelle que soit leur expérience personnelle de la PDSA, ils ont été questionnés sur la place qu’ils donnent à la permanence des soins ambulatoires dans leur formation au cours de l’internat.

##### **1) Participer aux gardes ambulatoires en troisième cycle**

Pour les internes qui n’ont pas expérimenté la PDSA pendant leur cursus, on retrouve des éléments de discours qui révèlent la notion de contrainte supplémentaire à la charge de travail déjà existante.

*“Ben non, faudrait que je fasse ça. Rires.” 11.31*

*“Ça a été amené en mode « c’est bon le SASPAS c’est trois jours semaines donc vous allez faire de gardes arrêtez de vous plaindre ». [...]J’exagère évidemment mais je trouve que ça a été amené comme ça sauf que quand tu prends le temps d’écouter les internes tu as quand même une souffrance et une fatigue générale qui est non négligeable et encore en médecine générale on n’est pas les pires.” 12.64*

Certains expriment un désintérêt du sujet, le mettant à distance de leurs préoccupations actuelles. Parfois il existe une réelle opposition dans le discours, qui se nuance entre peur de l’inconnu et rejet d’une charge perçue comme déjà excessive.

*“Ben... En fait c’est qu’on est pas du tout informés... Donc si on me propose ça instinctivement je vais dire non parce que ça me rajoute du taf en fait. Donc ça ne m’intéresse pas d’avoir plus de travail.” 7.52*

*“Lors de mon niveau un non, c’est vrai que ça c’était pas trop discuté. J’avais fait quelques gardes aux urgences lorsque j’étais sur mon niveau un donc j’avais pas envie d’aller faire des gardes en plus. Et là sur le sur le niveau 2 c’est vrai que je suis un peu... ça me permettait d’avoir un semestre sans garde, donc c’est vrai que j’ai pas trop poussé.” 13.15*

*“Non... Par manque d’envie...” 16.34*

Pour d’autres il s’agit d’un manque d’opportunité. Ils peuvent avoir des difficultés à se former en autonomie, souhaitant la mise en place de facilitateurs pour accéder à ce dispositif.

*“Quand j’étais externe j’ai pas participé à ça, et quand j’étais interne non j’ai pas eu l’occasion.” 14.35*

*“Pour l’instant j’ai pas eu l’occasion de faire de gardes avec mes maîtres de stage parce qu’ils ne font pas de gardes CAPS. Et les gardes qu’on m’a proposées pour observer ne correspondaient pas à mes disponibilités. Mais c’est quelque chose que j’ai en tête pour la suite oui.” 14.45*

*“En tant que professionnel du coup je l’avais fait avec mon stage SOS médecins, mais j’ai jamais fait de gardes CAPS. Parce que ça ne m’a pas été proposé dans ma formation, et en tant que remplaçante.” 17.43; 17.44*

Dans beaucoup de narratifs, la mise en place d’un accompagnement à découvrir la PDSA apparaît comme une mesure positive, qui permet de se familiariser avec le dispositif de permanence de soins pour comprendre la réalité de cet exercice.

*“Tu verras le truc, si ça se trouve tu aimeras... Tu te rendras compte que c’est important quand même. Parce que je le sais que c’est important mais... Mais ça me fait chier.” 7.54*

*“Et après l’intégrer dans... Bon je pense que en SASPAS il pourrait y avoir en effet une ou deux fois qu’on aille avec notre prat’ faire une permanence de soins pour voir à quoi ça ressemble. Comme ça ça démystifie la chose et c’est vrai qu’on serait un peu plus serein. Je fais un peu le jeu du DMG là... [...] Après plus je pense que ça servirait à rien parce qu’on ferait doublon avec un médecin j’en verrai pas vraiment les bénéfices, c’est de l’urgence telle qu’on peut les voir au cabinet.” 15.46; 15.47*

*“Je pense que oui, après sous quelle forme... Ce que propose le DMG de faire une garde de CAPS avec ses prat, je pense qu’en fin d’internat, avant d’avoir sa licence de remplacement, ça serait formateur, sur la fin du SASPAS.” 2.39*

On note que la notion de contrainte est à l’origine de sentiments très différents de la part des internes. Parfois, l’obligation de participation est rejetée, perçue comme une infantilisation, ou un déni de la réalité de la charge portée par les internes en stage et dans leurs travaux universitaires. Elle peut même contribuer à les éloigner davantage du volontariat à la fin de leur internat. Pour d’autres, il peut s’agir d’un “mal nécessaire” à la formation en PDSA

*“Je pense que faire des gardes quand tu es interne c’est intéressant sans forcément que ce soit obligatoire. Moi j’y suis allée vraiment de bon cœur, entre guillemet, sans chercher à être rémunérée. C’est pas mal sur la base du volontariat. Je pense que la plupart des gens le ferait si on leur proposait.” 8.61*

*“Ben un peu mais j’ai pas trouvé ça très cool, en mode « vous ne pouvez pas remplacer mais par contre vous allez faire des gardes au CAPS sous payées avec votre chef » enfin bref. C’était annoncé de manière un peu infantilisante et j’ai trouvé ça moyen.” 12.62*

*“ Ben ... Forcément on n’aime pas l’obligation c’est toujours difficile de dire autrement... [...] Donc en fait les rendre obligatoires c’est malheureux mais peut être que ça permettrait à plus de gens de rendre accessible ce genre de système.” 15.48; 15.49*

*“Enfin maintenant avec le recul je pense que je n’aurais pas du tout aimé qu’on m’impose des gardes CAPS. Mais je pense que si j’en avais fait ça m’aurait franchement désacralisé la chose et ça m’aurait permis d’y mettre plus vite un pied. ”*

*“Et je pense que oui faire des gardes CAPS avec un titulaire, pour qu’on voit comment ça se passe et se sentir en sécurité je pense que ça devrait être obligatoire. Même si c’est très agaçant je pense que si c’était obligatoire ça permettrait qu’on mette un pied dedans et ça désacralise et que ça permet d’avoir un avis objectif sur la question, et pas des spéculations.”*  
17.78

*“Bah depuis cette année, on a eu une garde dite obligatoire, au début du semestre, je pense que c’est important qu’on le fasse, mais nous l’imposer comme ça c’est peut-être une mauvaise idée, parce que ça nous a un peu infantilisés.”* 5.50

Ces mesures d'accompagnement doivent dans le discours des internes, tenir compte de la réalité de la charge de travail, et si possible s'intégrer au volume horaire consacré au stage.

*“Mais peut être que ça devrait faire partie de manière obligatoire du cursus. Le proposer c’est nul, personne ne voudra si on te propose du travail en plus. Mais l’avoir de manière obligatoire, peut-être à la place d’une journée de stage, ce serait bien.*

*“et je pense que tu vois à la place d’avoir eu en niveau 1 des gardes aux urgences en petite suture, bah des gardes aux CAPS, je pense que si tu commences dès le prat niveau 1 à faire, à découvrir un peu comment ça se passe. [...] Mais je pense qu’en effet c’est plus intéressant que de proposer des gardes aux urgences pour la formation quoi.”* 7.53

Pour les internes ayant déjà pu participer à la PDSA, la motivation pouvait être l’envie de découvrir une nouvelle pratique, le sentiment de curiosité.

Les expériences de PDSA sont nuancées. Elles peuvent permettre la réassurance, la déconstruction des idées reçues. Les internes peuvent apprécier la réalité des motifs de consultation en PDSA pour relativiser la “peur de l’urgence vitale”.

*“On a vu une angine, une cystite et une gastro quoi donc des motifs aigus qui sont facilement réglables en cabinet et qui évitent un recours aux urgences pas justifié. Donc voilà, je pense que c’est bien.”* 2.26

*“Donc c’était intéressant de voir, et ça m’a peut-être un peu déstressée aussi parce que là pour le coup on voit bien que c’est des motifs qu’on peut voir aussi en journée, y’a pas forcément des critères de gravité.”* 4.32

*“Au final, enfin, on se rend compte que c’est plutôt bien géré, y’a une régulation tout ça. Je pense qu’on peut avoir des craintes initiales, c’est pour ça que c’est pas mal d’y passer.”*  
4.48

D’autres internes mettent en avant les contraintes organisationnelles générées par les gardes.

*“On nous propose de faire une à deux gardes par stage chez le prat pour voir comment ça se passe, mais finalement j’en avais fait une avec mon médecin généraliste en prat niveau 1 à xxxx, c’était pas au CAPS de xxxx c’était un bled à côté, et finalement le temps où j’étais resté*

*là-bas, c'était quand même à une heure de chez moi donc je ne suis pas restée toute la permanence de soins, il n'y avait pas eu d'appel." 1.45*

Un interne soulève qu'un frein à la réalisation de garde pendant l'internat est le retour à la supervision directe, vécue comme une régression au départ.

*"Mais après ça m'intéressait de voir un peu comment ça se passe. C'était plus le fait d'être à deux c'est un peu le retour au niveau 1 ou t'es toujours avec ton prat et cetera, après il m'a quand même laissé faire des consults seule." 4.31*

## 2) L'enseignement dédié à la permanence des soins ambulatoires

On a vu dans le chapitre "freins et leviers" que la peur de l'inconnu est un frein important à la future participation des jeunes médecins à l'exercice de la PDSA. L'enseignement ou le compagnonnage, l'information claire et concrète sur le sujet, est perçue comme un levier.

Les internes sont finalement globalement demandeurs d'un enseignement dédié à la PDSA. Dans leurs narratifs, on retrouve la recherche d'un espace pour poser leurs questions, comprendre l'organisation du dispositif au niveau local, être mieux préparés à la réalité du terrain.

*"Oui si j'avais jamais fait de garde et qu'une formation existait avant que je commence les gardes, je pense que j'y participerai, après si j'avais déjà fait des gardes et que je voyais comment ça se passe, probablement que j'aurai plus besoin de la formation, après ça dépend de ce qui est dit durant la formation. Si il y a des simulations par exemple, ça permet toujours d'apprendre même si c'est un petit peu stressant." 14.56; 14.57*

*"Ouais. Carrément. Parce que moi je suis allé avec mon prat' justement pour voir un peu ça. Un petit cours pour savoir comment côter, quoi faire, utiliser le logiciel... Après on nous en a parlé un peu pendant la formation installation. MG France ils ne proposent pas des choses là-dessus ? Avoir un comptoir vraiment des qui nous guident sur le plan administratif, mais sur le plan technique aussi." 18.63*

*"Je pense qu'un cours pour nous expliquer, nous informer, au moins qu'on connaisse les différentes modalités." 3.40*

*"Moi j'en ai fait qu'une seule c'est un peu dommage, après rien que un cours, une formation sur comment les CAPS... parce que la preuve j'apprends des choses, ou je dis au complètement au hasard parce que c'est du bouche à oreille, des choses comme ça." 5.51*

C'est un élément qui ressort comme contribuant à limiter l'angoisse de la "première garde". D'une part en positionnant des repères concrets sur l'exercice de PDSA, et ce qui est attendu du médecin dans ce cadre. D'autre part en permettant aux internes de rencontrer des interlocuteurs, acteurs de la PDSA, en réponse à l'impression d'isolement qui accompagne la découverte et l'exercice de la PDSA pour eux.

*"Ben à voir, un peu tout... Ça peut être un cours qui t'explique rapidement le fonctionnement, pas une journée de bla bla... Voir un peu de régul' si ça t'intéresse, et déjà voir les locaux, où ça se situe dans ta ville. Être présent pour des appels, et ensuite le CAPS faire une garde qu'on te donne. C'est un peu facile de nous dire que c'est à nous de chercher des gardes, on*

*s'inscrit à la fac pour une formation... Donc non c'est pas à nous de nous former, c'est à eux de nous former.” 7.55*

*“[...]Après, je pense que je suis pas si pire comparée à d'autres gens, mais c'est sûr que si on avait un truc en plus même un truc par la Fac, tu vois une carte de tous les CAPS, savoir qui est-ce-qu'on contacte pour pouvoir prendre des gardes. Si on veut essayer, juste aller voir, est-ce que on peut demander à un médecin de venir avec lui ? Juste comment ça fonctionne même en termes de compta, en termes de... Enfin tout ça quoi, tous les trucs où on est largués.” 9.57*

*“Ouais, mais je pense qu'il faudrait que ce soit un truc qu'on puisse tous, enfin, pas un cours où t'as un groupe avec 10 personnes qui doivent y aller quoi. Parce que je pense qu'on est quand même nombreux à vouloir ce truc. Et je sais que c'est pas très DMG friendly mais mettre un vieux cours théorique en amphitheâtre avec « Ca marche comme ça, c'est comme ça qu'on fait, c'est comme ça qu'on cote ». Juste un truc assez grand où tout le monde puisse y aller et poser des questions. Qu'on ait tous à peu près les bases quoi.” 9.58*

On retrouve dans cette demande de formation, la nécessité d'une participation volontaire, qui doit être guidée par la motivation de l'étudiant pour garder son sens. Elle est perçue comme une voie de facilitation à l'accès à la PDSA, qui donne aux étudiants les outils nécessaires pour s'impliquer.

*“Je pense qu'une formation sur les différents modes de permanence des soins ça pourrait être hyper intéressant. D'expliquer un peu quels sont les différents types, comment on y accède, je pense que ça pourrait être bien d'avoir ça dans notre formation. Après voilà, on regarde, on regarde pas, ou on assiste à la formation ou pas, ça c'est notre décision. Mais au moins qu'on ait des outils en fait pour pouvoir se former à ça.” 10.57*

*“Je pense que si jamais je prends des gardes il faudra que je prenne le temps qu'on m'explique un peu deux trois choses et... Même sur la cotation j'en ai aucune idée. Bon après j'ai les petits tips...Euh... Je pense qu'en effet un petit cours... Je sais pas si pendant l'internat ça change grand-chose... Je suis plutôt défenseur du fait que si c'est un cours pratique pour expliquer comment ça fonctionne, ce qu'il faut pas oublier je préfèrerai l'avoir le plus tardivement possible... Quitte à ce que ce soit un webinaire quand on s'inscrit à l'ADOPS. Enfin histoire qu'on nous explique dès qu'on rentre dans ce système comment ça fonctionne.” 15.42; 15.43*

*“Après je pense pas que ça soit indispensable mais au moins pour informer que ça existe, comment ça se déroule, et après ceux que ça motive pourraient découvrir comme ça.” 16.50*

Ce point est à nuancer par une variabilité inter-individuelle : chez les internes pour qui la permanence des soins ambulatoires est un sujet éloigné, mis à distance, on a parfois un désintérêt pour ce type de formation, au même titre que pour la participation aux gardes. Pour d'autres, la formation n'a de sens que si elle est pratique.

*“Pendant l'internat peut être pas. Euh j'ai plus été motivée par le cours d'entrée dans la vie professionnelle. C'est vrai qu'en tant qu'interne la permanence de soins c'est un peu le cadet de mes soucis, je pense déjà à comment je vais gérer mes premiers remplacements et survivre à l'URSSAF... Je pense que tu as déjà beaucoup de chose dans le début de ta carrière, je pense pas que je me serai jetée sur une formation comme ça.” 12.70*

*“Une formation si elle est pas pratique je n’y vois pas d’intérêt. Je pense qu’il faut faire une formation sur le terrain. En rendant une garde de CAPS, juste une, juste une garde CAPS obligatoire. On peut en mettre juste une, ou deux à la limite si on veut avoir un pied dans l’étrier. Mais pratique, parce que les cours ça fera pas avancer sur le sujet je pense.” 17.88*

## DISCUSSION

### I. Forces et limites de l'étude

#### 1) Forces de l'étude

- **Entretiens menés par des pairs** : La question des projets et de l'engagement des futurs médecins dans un dispositif de santé comme la permanence des soins ambulatoires peut être difficile à explorer. Les internes peuvent craindre le jugement qui se porterait sur eux et sur les freins qu'ils expriment. Leur donner un espace pour s'exprimer librement auprès de pairs permet sans doute un recueil plus authentique que lorsque la question est abordée avec leurs enseignants ou leurs maîtres de stage universitaire.
- **Fiabilité du guide d'entretien** : nous avons pu tester notre guide d'entretien sur plusieurs entretiens d'internes avant de débiter l'inclusion des entretiens. Cela nous a permis d'identifier et de corriger d'éventuelles erreurs. Cela nous a permis également d'évaluer la pertinence de nos questions, et leur bonne compréhension par les internes. De plus, ces essais nous ont permis d'obtenir une certaine uniformité entre les différents entretiens.
- **Saturation des données** : Dans notre étude, la saturation des données a été atteinte au seizième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été menés, ce qui nous permet d'affirmer avec un bon niveau de confiance que nos résultats représentent l'ensemble des éléments que les internes souhaitent exprimer sur le sujet.
- **Méthode de recrutement** : le recrutement s'est fait selon un appel à volontaire initial, puis selon un échantillonnage raisonné théorique à l'appréciation des enquêteurs. Les participants n'ont pris connaissance du sujet de l'étude qu'au moment de l'entretien. Cela nous a permis de limiter un biais de recrutement par lequel les internes les plus intéressés par le sujet auraient été plus enclins à se manifester.
- **Triangulation des données** : La triangulation des données a été réalisée à chaque étape de l'analyse de nos résultats, et pour toutes les données récupérées. Ce choix a été fait afin de pouvoir limiter le biais de subjectivité dans l'analyse, et permet de renforcer la validité interne des résultats.
- **Cohérence externe des résultats** : Nos résultats principaux sont concordants avec les données disponibles, peu nombreuses, de la littérature sur le sujet. (35). Par ailleurs, notre étude qualitative apporte un regard nouveau sur les facteurs influençant la permanence des soins ambulatoires pour les internes en médecine générale, là où cette question est le plus souvent envisagée sous un angle quantitatif. De plus, les préoccupations que notre étude révèle concordent avec les points soulevés par les médecins généralistes installés participant à la PDSA : utilité de la prise en charge aiguë des urgences ressenties, remise en question du principe de volontariat, confort et sécurité de l'exercice. (36)

## 2) Limites de l'étude

- **Biais d'enquêteur novice :** Cette étude était notre premier travail. Pour autant, nous avons pu prendre exemple sur d'autres travaux utilisant la même méthodologie que la nôtre, et nous avons participé à une formation sur les études qualitatives. De plus, comme dit précédemment, nous avons pu tester notre guide d'entretien durant d'autres entretiens que nous n'avons pas inclus dans l'étude. Néanmoins, notre absence d'expérience en recherche qualitative peut apparaître comme une limite de cette étude, et ainsi les premiers entretiens que nous avons menés ont tendance à être moins riches que les derniers.
- **Biais de subjectivité des enquêteurs :** La méthodologie choisie pour cette étude (approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée), appelle automatiquement le chercheur à une interprétation subjective (37). Même si la triangulation systématique et exhaustive que nous avons mise en place permet de limiter ce biais, nous avons toutes les deux des parcours similaires en tant qu'étudiantes et internes en médecine générale, et notre analyse peut le refléter. Ainsi, nous avons pu souffrir d'un biais de "confirmation d'intuition", interprétant nos résultats à partir de notre propre vécu sur le sujet.
- **Absence de délai de réflexion :** Les internes interrogés étaient mis au courant du sujet de l'étude au moment de débiter l'entretien. De ce fait, ils nous livrent des réponses spontanées, mais l'absence de délai de réflexion peut conduire à un biais par effet de récence ou de primauté, et les réponses sont peut-être moins riches en raison de l'oubli de certains éléments par les participants.
- **Biais d'ignorance des participants :** En effet, si les internes étaient familiers avec le principe général de la PDSA, leurs connaissances sont parfois assez superficielles concernant les différents acteurs et l'organisation réelles de ce dispositif. Ce biais peut entraîner des réponses moins riches, moins précises, et possiblement fausses. Pour minimiser l'impact de ce biais, nous avons choisi de donner une définition précise de la PDSA et de son organisation sur les territoires de la Loire Atlantique et de la Vendée, avant de les interroger sur leurs déterminants à y participer.
- **Reproductibilité des entretiens :** Comme on l'a évoqué précédemment, notre expérience croissante au fur et à mesure des entretiens menés, nous a permis de les enrichir, notamment à l'aide de questions de relance ("Pourquoi ça ?", "Et qu'est-ce que tu en penses?", "Qu'est-ce que tu ressens à ce sujet?"). Néanmoins, ces modifications faites au fur et à mesure des entretiens peuvent altérer la cohérence des données. Le fait d'avoir réalisé des entretiens par visio-conférence s'est avéré être nécessaire lors de notre recrutement, du fait des contraintes de disponibilités de nos participants. Mais l'interface vidéo peut créer un environnement moins impliquant pour l'interne interrogé, ou moins sécurisant, et de fait altérer la qualité des réponses issues de ces entretiens.
- **Limite liée à la méthode d'échantillonnage :** Selon notre méthode de recherche qualitative, notre recrutement a été réalisé selon un échantillonnage théorique, en recrutant les participants au fur et à mesure de l'étude. Néanmoins, nous avons

délibérément choisi de limiter l'étude aux internes en dernière année d'internat, qui nous paraissaient être plus proches des préoccupations de la permanence des soins ambulatoires. Nous avons une population qui est assez peu diversifiée, notamment en termes d'âge (tous les participants avaient entre 27 et 28 ans) et de parcours universitaire (aucun étudiant issu d'une filière passerelle). Cela peut s'expliquer par l'homogénéité globale du profil des internes en médecine de la promotion, mais on peut aussi supposer que ces profils n'ont pas répondu à notre appel à volontaires du fait d'un moindre intérêt pour le sujet.

- **Biais de désirabilité sociale** : Concernant la permanence des soins ambulatoires, un grand nombre d'internes interrogés exprime souhaiter participer. Si ce souhait correspond à l'envie de soutenir le système de soin, de diversifier sa pratique, de s'impliquer dans une mission de soin comme décrit dans nos résultats ; il est probable que ces réponses font aussi référence au biais de désirabilité sociale selon lequel les participants se présentent sous leur meilleur jour lors de l'entretien. Ainsi, ils peuvent amplifier leur volonté d'engagement selon la réponse qu'ils pensent être la plus acceptable pour les enquêteurs. C'est un biais qui a pu être amplifié par la méthodologie utilisée : entretiens individuels réalisés par des pairs, lors desquels le participant est clairement identifié et parfois même connaissait les investigateurs avant l'étude. Bien que l'anonymisation des résultats ait été assurée à chaque participant lors de l'entretien, on ne peut pas exclure que ces résultats ne reflètent pas complètement les projets réels des internes.
- **Limites de la validité externe** : Bien que nos conclusions soient retrouvées dans certains travaux précédents, il est important de noter que notre étude ne concerne que les internes de médecine générale du DMG de Nantes. Ainsi le dispositif de permanence des soins ambulatoires tel qu'ils l'envisagent, et auquel ils ont été confrontés, fait référence uniquement à la Loire-Atlantique et à la Vendée. On peut imaginer qu'il existe des différences importantes de ressenti selon les organisations locales propres à chaque département, et que des différences seraient retrouvées dans les retours des internes selon leur subdivision au niveau national.
- **A propos des résultats complémentaires** : Comme déjà évoqué plus haut dans notre travail, nos résultats répondant aux questions de notre guide "Pourquoi les études de médecine ?", "Pourquoi la médecine générale ?", ainsi que la question sur les projets en post-internat ne répondent pas directement à notre question de recherche, et sont davantage un éclairage qui permet de caractériser notre population d'étude. Mais ces éléments qui racontent les expériences passées des internes sont inévitablement à l'origine de la réflexion actuelle qu'ils ont de leur exercice futur et donc de la PDSA. Ces informations sont indissociables et doivent être mises en lien avec nos autres résultats. Nous aurions uniquement pu nous appuyer sur d'autres travaux déjà réalisés, mais il nous a semblé intéressant de pouvoir ressentir, à l'échelle individuelle, le lien entre le vécu des expériences passées en tant qu'étudiant en médecine et les choix professionnels en tant que jeune médecin.

## **II. Les freins et les leviers de participation à la PDSA**

### **1) Des difficultés d'interprétation**

La classification des freins en catégories bien distinctes s'est avérée compliquée. En effet, les freins que nous avons identifiés sont souvent imbriqués les uns dans les autres. Par exemple, la peur de tomber sur une urgence vitale est accrue par le manque de confiance en leurs capacités et par l'isolement professionnel, et entraîne une peur de l'erreur, une peur de perte de chance pour le patient. Le sentiment de manque de formation est lié d'une part au manque d'informations concrètes sur les modalités d'organisation, d'autre part au manque d'expérience sur le terrain ; ces éléments nourrissent une peur de l'inconnu qui peut elle-même influencer la perception de la charge de travail. La peur de l'inconnu entraîne une vision déformée et parfois inquiétante des motifs de consultation en PDSA augmentant la peur des situations critiques et le sentiment d'incompétence et d'illégitimité à participer à la PDSA.

De plus, les réponses des internes sont parfois changeantes, voire contradictoires entre elles et au fur et à mesure de l'entretien et de la discussion. Cette évolution rend d'autant plus difficile leur analyse et leur interprétation.

### **2) Information et formation des internes à la PDSA**

En 2011, la question de la participation future des internes a été interrogée sur le plan quantitatif par l'ISNAR-IMG : 79% d'entre eux déclarent envisager participer à la permanence de soins. (38)

Cela suggère, tout comme notre étude, que la permanence de soins est un sujet auquel les internes en médecine générale se sentent concernés et dont ils peuvent se saisir. La transition entre ce souhait et l'engagement en pratique ne se fait pas de façon aisée. Le mentorat, ou l'accompagnement bienveillant à la pratique en permanence de soins pour les internes qui le souhaitent pourra être une piste pour faciliter l'engagement des futurs médecins.

Bien que la question de la formation à la PDSA fasse l'objet d'une question spécifique à la fin de nos entretiens, le sujet survient souvent plus tôt dans la discussion. Il est au cœur des préoccupations des internes : ils veulent travailler dans le cadre strict de leurs compétences. Nous en avons donc fait un frein à part entière.

Nos résultats sont compatibles avec les données disponibles de la littérature : En 2013, une étude quantitative réalisée en Lorraine révélait que 44% des internes expriment une appréhension à l'exercice de la PDSA, et que 90% d'entre eux plébiscitent une formation spécifique. (39)

Comme suggéré dans une étude de l'ISNAR-IMG en 2011, le stage chez le praticien est déterminant dans la pratique du futur médecin généraliste. Il y a donc fort à parier qu'être au contact de médecins généralistes impliqués en permanence de soins pourrait permettre aux internes de se projeter de façon plus concrète dans cet exercice. (38)

C'est également ce que l'on retrouve lorsqu'on interroge les internes de notre échantillon sur leurs projets post-internat : beaucoup font référence à ce qu'ils ont vu et vécu en stage ambulatoire comme base pour leurs projets à venir.

C'est d'ailleurs parfois la présence de "contre-modèles", au contact de médecins fatigués ou en souffrance, qui conduit en partie à la peur de l'épuisement et à la réticence à assumer de nouvelles responsabilités.

Globalement, les internes de notre étude expriment un déficit de formation et d'information à la permanence des soins ambulatoires, perçu comme un frein, qui participe activement à la "peur de l'inconnu" décrite plus haut.

Pour autant, plusieurs cours proposés par le DMG de Nantes abordent le sujet de la PDSA, dont un cours au SIMU avec des mises en situation d'urgence au cabinet. Ces cours sont sur la base du volontariat et ont un nombre limité de participants. Faut-ils les rendre obligatoires ? Cette question est retrouvée chez plusieurs de nos participants.

Il faut noter toutefois qu'ils restent très ambivalents quant à leurs besoins de formation : souvent perçue comme une contrainte supplémentaire. Cela fait écho à la sursollicitation ressentie et au besoin de polyvalence qui peut être à l'origine de stress. Cette ambivalence illustre aussi le conflit moral auquel ils ont du mal à répondre : réticence à s'impliquer davantage dans une formation supplémentaire et valeurs professionnelles auxquelles ils sont attachés.

De plus, "prendre des gardes" pour les internes interrogés, c'est presque toujours travailler en effectif fixe. D'abord parce qu'ils s'envisagent comme des cliniciens en premier lieu, mais aussi par méconnaissance des autres modalités de permanence de soins. La régulation et les gardes mobiles sont envisagées comme un exercice spécifique qui demande des compétences particulières, et d'autant plus éloignées de ce qu'ils connaissent.

Déconstruire les idées reçues sur les gardes ambulatoires et apporter une information claire, par opposition aux rumeurs qui peuvent entourer le sujet, c'est aussi assurer aux internes de connaître les modalités de l'engagement qui leur est demandé.

Ouvrir la porte à la découverte de ces différents modes d'exercice, et permettre aux internes d'accéder à cette connaissance, pourrait renforcer leur engagement.

### **3) Optimiser les conditions de travail**

Dans notre étude, plusieurs internes évoquent la crise sanitaire de la COVID-19 comme un moment marquant de leur parcours, qui les conduit à interroger le sens de leur travail, leurs motivations. Mais si cet épisode a pu modifier leurs perspectives, il peut aussi être associé à de plus grands niveaux d'anxiété.

En 2022, une étude publiée dans Santé Publique France propose des facteurs aggravant l'anxiété des internes dans le contexte du Covid-19 : le nombre de consultations téléphoniques, l'inquiétude d'être infecté, la détresse psychologique préalable à la crise. (40) Ces facteurs font référence à la dégradation des conditions de travail, qui a touché l'ensemble du corps médical.

Les internes de notre étude ont vécu la crise du Covid-19 au début de leur internat; on peut penser que leurs perspectives d'avenir sont donc influencées par cet épisode, qui a pu être traumatique. Ils sont donc préoccupés par la recherche de bonnes conditions pour soigner. De plus, leur entrée dans la vie professionnelle et les lourdes responsabilités individuelles qu'elle

engendre, conduit les internes à se rendre compte de l'importance jouée par les conditions de travail. La participation à la permanence des soins ambulatoires ne fait pas exception. Comme retrouvé dans nos résultats, certains internes perçoivent cet exercice comme réalisé dans des conditions dégradées, notamment sur le plan matériel et sur le plan de la sécurité. En effet, comme attendu, nos résultats soulignent que les internes sont également très attachés au matériel mis à disposition dans les maisons médicales de garde, et souhaitent être assurés de pouvoir travailler dans de bonnes conditions afin de délivrer des soins de qualité.

La question de la sécurité se retrouve en filigrane dans nos entretiens. Dans l'enquête ELABE menée pour le CNOM en 2019, 66% des médecins interrogés sur le territoire national expriment se sentir en sécurité lors de leurs gardes ambulatoires. C'est donc une question centrale, qui pourrait pousser les futurs médecins à prendre des gardes sur les territoires les moins sujets à l'insécurité, dans des locaux sécurisés ou avec un dispositif adapté. (7)

On peut supposer que les conditions de travail difficiles auxquelles ils ont pu être confrontés lors de leur internat, par exemple lorsqu'ils évoquent leurs gardes hospitalières, sont à mettre en lien avec la recherche d'un environnement de travail sécurisant pour le médecin et pour le patient.

Ces représentations sont souvent celles d'internes qui n'ont pas réalisé de gardes en MMG. Déconstruire ces aprioris est donc un levier indispensable pour amener les internes à la PDSA.

#### **4) L'impact négatif des gardes hospitalières**

Au sein de notre étude, les internes ont pu exprimer des difficultés rencontrées en stage hospitalier, notamment sur les terrains de garde. Elles peuvent être vécues comme isolantes, et participent au sentiment d'incompétence et d'épuisement décrit par nos participants.

Dans un travail de thèse mené en 2017 au sein de l'université de Lille qui s'intéresse au vécu de l'internat de médecine général, on retrouve de la même façon une formation vécue comme hospitalo-centrée, difficile et en autonomie. (41)

Cela fait aussi écho aux motivations rapportées par les internes sur le choix de la médecine générale : le choix de la pratique libérale, parfois comme rejet de la pratique hospitalière qui est perçue comme contraignante.

Dans ce cas, "prendre des gardes" à la sortie de l'internat, peut évoquer le souvenir douloureux de ces situations. Bon nombre d'internes ne connaissent de la permanence des soins que son versant hospitalier, et ont tendance à vouloir éviter de reproduire les conditions qui ont mené à ces épisodes difficiles : le travail de nuit, isolé, la gestion de situations aiguës en autonomie.

Initier les internes à la permanence des soins ambulatoires est donc un défi à relever. Lorsque nous les avons interrogés sur leurs souhaits de formation en troisième cycle, ils sont nombreux à souhaiter découvrir les gardes ambulatoires. Ils évoquent toutefois que cet apprentissage doit s'intégrer à leurs horaires de travail, pour ne pas être vécu comme une sollicitation additionnelle, qui viendrait s'opposer encore davantage à leur désir de liberté et serait à l'origine d'un rejet.

La recherche de liberté est un des points essentiels évoqués parmi les motivations des internes à exercer la médecine générale. Pour une partie des internes interrogés, être médecin généraliste c'est choisir le libéral par opposition aux contraintes de l'exercice hospitalier.

Par ailleurs, permettre aux internes d'accéder à la permanence des soins dans des conditions plus flexibles, pour faciliter leur engagement progressif, pourrait leur permettre de découvrir l'exercice de façon rassurante. Ils pourraient alors participer en répondant à leur inquiétude de perte de contrôle, sans craindre de faire face à un engagement qui les dépasse.

C'est un autre point qui mérite d'être souligné : la peur de la permanence de soins est aussi souvent la peur de l'engagement inconditionnel, contraignant et de la perte de contrôle sur la façon d'organiser son travail.

### **5) Diminuer le sentiment d'isolement professionnel**

Comme évoqué dans l'étude de l'ISNAR-IMG en 2011, et dans nos entretiens, si les internes se saisissent du sujet de la permanence de soins, ils n'envisagent leur exercice que dans des conditions optimisées au service du patient : en réseaux informatisés et pluriprofessionnels. (38)

Cette volonté d'exercice coordonné se retrouve aussi dans notre étude lorsque l'on parle de permanence de soins : les internes n'envisagent pas des gardes "solitaires", mais souhaitent une communication de qualité entre les différents intervenants et une proximité avec les services d'urgence et de régulation. Cette préoccupation est tournée vers la sécurité du patient et du praticien.

Toutefois la volonté d'exercer dans des locaux au plus proches des services d'urgence soulève la question des zones rurales : pour les patients qui vivent éloignés d'un centre hospitalier, la maison médicale de proximité reste une réponse contre les inégalités territoriales d'accès aux soins en horaire de PDSA.

Au cours de nos entretiens, plusieurs internes évoquent leur crainte de l'erreur et leur sentiment d'être inexpérimenté. Ils arrivent souvent eux même à relativiser ces peurs : par la présence d'une régulation fiable et la possibilité de s'appuyer sur le régulateur en cas de besoin. Il s'agit donc d'un besoin de réassurance et de la recherche de soutien, qui vient en regard de la volonté d'exercer la médecine générale en équipe.

Pouvoir agir avec l'aide d'un confrère ou d'un personnel paramédical en cas de besoin est un élément sécurisant qui pourrait influencer sur la future participation des internes de médecine générale. Leur permettre de se sentir inclus au sein d'un réseau de soins non programmés serait un facilitateur de leur engagement.

### **6) La rémunération**

Dans nos entretiens, la rémunération des gardes ambulatoires est perçue comme un levier. Les internes se représentent une rémunération attractive. Il faut souligner que la plupart des internes qui ont ces représentations ne connaissent néanmoins pas de façon précise les modalités et le montant de la rémunération des gardes ambulatoires.

C'est toutefois rarement la motivation première à la participation à la PDSA. Il s'agit davantage d'un élément de reconnaissance de leur travail.

On peut noter qu'ils ne contestent pas la rémunération actuelle, et ne demandent pas d'augmentation particulière. Ce constat nous laisse penser qu'une revalorisation financière n'entraînerait pas une hausse de leur engagement dans la PDSA.

Dans l'enquête ELABE menée en 2019 pour le CNOM (7), les Pays de la Loire sont le département au sein duquel les médecins participant à la PDSA étaient le plus satisfaits des revenus issus de leurs gardes. Informer sur l'attractivité financière des gardes ambulatoires, et sur les possibilités de défiscalisations des revenus, est un point qui pourrait inciter à la participation, même s'il ne constitue pas seul un levier suffisant.

### **7) La PDSA comme façon de diversifier sa pratique**

Pour beaucoup d'internes que nous avons interrogés, les projets post-internats sont guidés par la recherche de la diversité : ne pas vouloir se restreindre au niveau géographique, mais aussi au niveau des modalités d'exercice. Ils sont nombreux à envisager un exercice mixte. Ils souhaitent aussi pratiquer les gestes techniques qu'ils ont appris lors de l'internat.

C'est un point qui peut agir comme levier en faveur de la participation à la PDSA : réaffirmer les gardes ambulatoires comme une manière de diversifier sa pratique, de se former de façon continue sur les situations d'urgence.

### **8) Jouer sur le bien-être et les motivations des internes**

Comme l'a rappelé l'étude menée conjointement en 2021 par les syndicats d'internes et d'étudiants en médecine au niveau national, la santé mentale des jeunes médecins est en constante dégradation : 52% rapportent des symptômes anxieux, 18% des symptômes dépressifs, 67% un épisode de burn-out. (42)

Si les raisons de cette souffrance ne sont pas l'objet de notre étude et n'ont pas été explorées, on ne peut pas imaginer qu'elle n'aura pas d'impact sur les choix professionnels futurs des internes. Dans nos entretiens, la souffrance vécue au cours des études de médecine revient de façon répétée, souvent sous un angle particulier : l'absence de reconnaissance du travail effectué.

Pour permettre aux internes de prioriser un engagement en permanence des soins ambulatoires, au service du patient et du système de soin, la reconnaissance des difficultés auxquelles ils font face, la valorisation de leur travail et de son utilité sociétale semblent être des prérequis incontournables.

Dans une étude publiée en 2022, qui s'intéresse aux facteurs protecteurs de l'anxiété des internes dans le cadre de la pandémie de COVID, le sentiment de soutien et de revalorisation était associé à une réduction de l'anxiété. (40)

Dans notre étude, la question de la motivation à l'exercice de la médecine générale, et à la permanence de soins en particulier, fait ressortir un élément fondamental : le sentiment d'utilité sociale. Il est décrit par les internes comme le moteur de leur travail. C'est souvent par envie d'être utile au patient que les étudiants se tournent vers la médecine générale. La composante "mission de soin" de la participation à la PDSA constitue un levier de leur

engagement en tant que médecin : ils participent aux actions dans lesquelles ils trouvent le sens de leur rôle de soignant.

Ils sont nombreux à souligner aussi vouloir participer au soutien au système hospitalier : ils ont pu constater par eux-mêmes la situation critique des services d'urgence, et veulent participer à leur échelle à l'effort collectif, dans un esprit de confraternité.

L'aspect d'utilité est un levier évident de la participation à la permanence des soins : dans une étude précédente, les internes de médecine générale qui ont rapporté avoir un sentiment d'utilité sociale au cours de la crise du Covid-19 sont ceux qui ont vu leur motivation renforcée. (40)

Mais ce sentiment d'utilité fait face à la méfiance : faire son devoir au prix de sa santé et de sa qualité de vie est une crainte partagée par tous les internes de notre panel. "Être utilisé" comme moyen de compenser les défaillances du système de santé est une inquiétude soulevée par les internes, qui ont pu le verbaliser dans les entretiens que nous avons menés. Ainsi un levier peut se confronter à ses propres freins.

On peut souligner que certains internes interrogés ont du mal à trouver les raisons de leur engagement dans le parcours d'étudiant en médecine : cette perte de sens dessert forcément l'engagement dans un dispositif de permanence des soins ambulatoires. Le sentiment d'imposture et de dévalorisation participe à la crainte de prendre des initiatives ou de débiter dans un exercice inconnu.

C'est un élément qui se retrouve dans la littérature : la motivation initiale des étudiants en médecine, et en santé de manière plus large, est une variable dépendante et indépendante, qui influence leurs apprentissages, leurs performances et leurs choix (43), (44). C'est donc un levier à part entière des modalités d'engagement des futurs médecins dans le système de santé. (44)

Réaffirmer aux internes la valeur de leur travail, les soutenir dans les difficultés qu'ils rencontrent, participer à créer un environnement de travail et d'apprentissage bienveillant, c'est soutenir leur place comme acteur de santé de demain.

Former à la compétence de responsabilité sociétale est donc un défi à part entière pour les universités. (45)

### **III. La question de la PDSA à l'étranger**

Pour prendre du recul sur l'avenir de la permanence des soins ambulatoires, on peut s'intéresser aux dispositifs de permanence des soins à l'étranger.

Un document de travail de l'OCDE sur la santé, réalisé en 2016, propose une étude des services de permanence de soins ambulatoires dans de ses 27 pays membres, au travers de questionnaires et de la littérature déjà existante. Cette étude passe en revue les différents modèles de PDSA existants dans les 27 pays participants à l'enquête. Il tire ensuite des conclusions sur certaines recommandations à considérer pour améliorer l'accès et la qualité des soins en PDSA. (46)

La définition de la permanence de soins est très similaire au sein de ces pays, et consiste de façon homogène à apporter une réponse aux besoins de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets (out-of-hours services).

Dans cette étude, sept grands modèles d'organisation de la PDSA sont retrouvés parmi les 27 pays participants :

- les « Practice-based services », modèle dans lequel les praticiens sont responsables uniquement de leur propre patientèle aux horaires de PDSA.
- les « Rota groups », dans lequel les praticiens d'un même territoire s'organisent entre eux pour assurer une PDSA sur leur territoire à tour de rôle de façon individuelle.
- les « Deputising services », services de « remplacement médical », compagnies souvent privées, composées de médecins et autres personnels soignants intervenants souvent exclusivement en horaires de PDSA, et se professionnalisant dans cette pratique (type SOS médecins en France).
- les « Emergency departments », autrement dit la PDSA réalisée directement aux urgences hospitalières.
- les « Primary care centers », sont des centres de soins primaires rattachés ou non à un centre hospitalier, composés principalement de généralistes et/ou d'infirmiers, mais aussi parfois de spécialistes. Ces centres ne fonctionnent pas uniquement en horaires de PDSA.
- les « General practice cooperatives » sont des coopératives de médecine générale permettant de fournir des soins de santé primaires exclusivement aux horaires de PDSA. Ces centres possèdent un centre de régulation médicale, des consultations fixes et des visites à domicile.
- les « Retail or medical clinics located within retail stores », sont des structures de soins situées au sein de grandes enseignes commerciales, de pharmacies, ayant des horaires d'ouverture prolongés. Les professionnels de santé y travaillant sont souvent des infirmières, parfois accompagnées de médecins généralistes.

Parmi ces 7 modèles, 3 sont prédominants dans les pays de l'OCDE : le recours directement aux urgences hospitalières aux horaires de PDSA, l'organisation en tour de garde médicale entre généralistes et la pratique de la PDSA de façon individuelle par chaque praticien pour sa propre patientèle.

Les résultats de cette étude montrent que la grande majorité des pays participants font face à des défis communs d'organisation de la PDSA : une demande de soin croissante, une diminution de la démographie médicale, des défauts de PDSA en nuit profonde, une réticence des effecteurs à y participer en raison de la charge de travail et de la rémunération perçue

parfois insuffisante, des inégalités territoriales d'accès aux soins primaires, et une augmentation des recours inappropriés aux urgences hospitalières. (46)

Les principales mesures adoptées dans ces pays de l'OCDE et qui semblent améliorer l'organisation et la qualité des soins lors des horaires de PDSA sont les suivantes :

- Avantages financiers pour les médecins participants, et/ou pénalités financières pour les médecins n'y participant pas.
- Obligation de participation à la PDSA
- Développement des téléconsultations et de la téléexpertise
- Développement du travail de groupe et de coordination, développement des centres de soins de premiers recours
- Utilisation d'autres professionnels de santé tels que les infirmiers ou les pharmacies.

Ces résultats sont concordants avec le rapport de la HAS de 2009 "le recours à l'hôpital en Europe" (47) : l'accès à la permanence des soins reste difficile dans de nombreux pays voisins de la France. Par ailleurs, on constate que là où l'accès au médecin généraliste est le plus difficile, les patients se tournent massivement vers les services d'accueil d'urgence hospitaliers : la limitation de l'offre n'est donc pas un levier efficace de limitation de la demande en soins.

Les défis de la gestion des soins non programmés sur les horaires de permanence des soins sont donc assez universels et maximiser l'engagement des jeunes paraît indispensable pour éviter le recours à des solutions de fortune, largement rejetées par la profession, même si évoquées de façon répétée et plébiscitées par les usagers : le retour à la coercition ou la professionnalisation. (48)

*« Si on réquisitionne les médecins sur un mode coercitif, ils vont dévisser leurs plaques, les Préfets n'auront plus que les vaches à réquisitionner dans leurs campagnes. » (48)*

## CONCLUSION

La permanence des soins ambulatoires fait partie des enjeux essentiels de la lutte contre les inégalités d'accès aux soins en France. Elle est un pilier de l'articulation des soins de premiers recours, et un support indispensable aux services d'urgences hospitaliers qui font face à leurs propres difficultés. La coordination des soins en horaire de permanence des soins, l'harmonisation des dispositifs sur le territoire font partie des défis de la permanence des soins ambulatoires de demain.

A l'heure de la remise en question du principe de volontariat, l'engagement des futures générations de médecins généralistes libéraux dans la permanence des soins ambulatoires est un sujet central.

Les internes du département de médecine générale de Nantes se saisissent de ce sujet. Ils évoquent un exercice valorisant, une rémunération attractive, une façon de diversifier leur pratique. Ils identifient la PDSA comme faisant partie de leur mission de soins.

Ils rapportent des réticences en lien avec la perte de contrôle et de liberté dans l'organisation de leur travail, la peur de l'épuisement et de la surcharge de travail, le sentiment d'incompétence. Ils se questionnent sur le service rendu à la population, sur les conditions de confort et de sécurité de cet exercice.

Ils abordent leur participation future à la permanence des soins ambulatoires à la lumière de leurs motivations à devenir médecins, puis médecins généralistes, et à leur vécu en tant qu'étudiant en médecine, notamment par le biais de la permanence des soins hospitaliers.

Ils souhaitent une information claire et une formation dédiée à la PDSA. Ils envisagent de participer aux gardes ambulatoires en troisième cycle selon des conditions de sécurité et de respect de leur temps de travail.

A terme, ces conclusions pourraient être complétées par des travaux sur l'évolution du ressenti des internes ayant participé aux gardes ambulatoires auprès de leurs maîtres de stage universitaire, et sur l'impact sur leur participation à la fin de l'internat. Un travail de recherche et d'évaluation d'un enseignement dédié à la permanence des soins ambulatoires pourrait aussi trouver sa place.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Dr François Braun, Pr Karim Tazarourte, Dr Antoine Leveneur, Dr Delphine Tortiget, Thomas Deroche. Ministère de la Santé et de la Prévention. Mission Flash sur les Urgences et les Soins Non Programmés. 2022 juin 60 p.
2. République Française. Code de la Santé Publique. Articles R. 6315-1 à R. 6315-6 ; chapitre V du titre Ier du livre III [internet]. Légifrance du 5 mai 2019 [cité 27 juillet 2023] : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000038444077](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038444077)
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Edition février 2021. France : Paris ; 2021. Article R.4127-77. p.21.
4. Marie Gouyon, Géraldine Labarthe. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale, Premiers résultats. 2006 mars p.8 (Etude et Résultats n° 471).
5. Ministère des Solidarités et de la Santé. Segur de la Santé, Les conclusions. Dicom des ministères sociaux ; 2020 juillet p.58. Dossier de Presse
6. Sous la direction du Dr Jean-Luc Fontenoy, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2022. 2023 juillet p.117.
7. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête auprès des médecins sur la permanence des soins ambulatoires. Enquête ELABE ; 2019 mars p.49.
8. Dr Louvel K. Du service médical d'hier à la permanence des soins aujourd'hui, Enjeux et contraintes du système de garde en médecine générale depuis la fin du XIXe siècle. [Thèse d'exercice]. [Rennes, France] : Université de Rennes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine ; 2008. 165 p.
9. Louvel K, Fillaut T. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exasperation montante (fin XIXe siècle – 2001). Annales de Bretagne et des Pays de l'Ouest. 2009 ; 116(2) : 217-229 : <https://doi.org/10.4000/abpo.120>
10. Essai de rationalisation sur un département des systèmes de garde en médecine générale. La revue du Praticien – Médecine générale. 1997 ; tome 11 (n°371) : 21-24.
11. Dr Jacques Lucas, Docteurs Delga, Grillet, Lagarde, Mathias, Monier, Montane. Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'exercice médical face à la permanence de soins. 2001 juin p. 34.
12. République Française. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) [internet]. Légifrance du 16 septembre 2003 [cité 14 août 2023]. Disponible sur : Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXI000000796529>
13. DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la PDS, 22 janvier 2003. 19 p.
14. Benard A. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure [Thèse d'exercice]. [Rouen, France] : Université de Rouen. Unité de Formation et de Recherche de Médecine humaine et pathologie; 2012. 162 p. ffDumas-00770643
15. République Française. Article R4127-47 du Code de la santé publique relatif aux devoirs envers le patient [internet]. Légifrance du 8 août 2004 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur : [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/)

<p>LEGIARTI000006912913</p> <p>16. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Edition février 2021. France : Paris ; 2021. Article R.4127-59. p.16.</p> <p>17. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de déontologie médicale. Edition février 2021. France : Paris ; 2021. Article R. 4127-32. p.8.</p> <p>18. République Française. Code de la Santé Publique. Articles R6313-1 à R6313-9 ; Chapitre 3 du Titre Premier du Livre III [internet]. Légifrance du 18 juillet 2010 [cité 11 janvier 2023]. Disponible sur : <a href="https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022498479">https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022498479</a></p> <p>19. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Quelles démographies récentes et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? Les Dossiers de la Drees n°76, 2021 mars p.74.</p> <p>20. Conseils National de l'Ordre des Médecins. Permanence des Soins état des lieux au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Infographie CNOM ; 2015 avril p.9</p> <p>21. Sous la direction du Dr René-Pierre Labarrière, Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021. 2022 avril p.109.</p> <p>22. ISNAR-IMG. Participation des IMG à la PDSA. Angers :Propositions de l'ISNAR-IMG - Adoptées en Conseil d'Administration ; 2016 juin p.5</p> <p>23. ISNAR-IMG. Internes aujourd'hui et médecins généralistes demain, propositions pour l'avenir de la médecine générale. Livre Blanc ; 2020 p.40.</p> <p>24. "Le bon usage du 15". Ouest France. 01/11/2007 p.9</p>	<p>25. Fouquet A. Gardes des médecins : le renouveau. Ouest-France Loire Atlantique. 27/03/2004 p. 12.</p> <p>26. "Repères. Permanence de soins". Ouest France Loire-Atlantique. 20/02/2009 p. 7</p> <p>27. ADOPS44. Evaluation de la Permanence des Soins en Loire-Atlantique. Rapport d'activité ; 2022 p. 18.</p> <p>28. ADOPS 44. Evaluation de la Permanence des Soins en Loire-Atlantique Compléments d'évaluation. Rapport d'activité ; 2022 p.62.</p> <p>29. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. The phenomeno-pragmatic analysis: a relevant method for qualitative research in health care. <i>Exercer</i>. 2013;24(105):4-11.</p> <p>30. Lebeau J-P, Aubin-Auger I, Cadwallader J-S, Gilles de la Londe J, Lustman M, Mercier A, Peltier A. Initiation à la recherche qualitative en santé. France :Global Média Santé, CNGE Productions; 2021. 192 p.</p> <p>31. Israël L. « De quelques motifs d'inadaptation à la profession médicale et des moyens d'y remédier », dans : , <i>Le médecin face au désir. Le parcours freudien de Lucien Israël</i>. Toulouse, Érès, « Hypothèses », 2007, p. 135-147. URL : <a href="https://www.cairn.info/le-medecin-face-au-desir--9782749205298-page-135.htm">https://www.cairn.info/le-medecin-face-au-desir--9782749205298-page-135.htm</a></p> <p>32. Divay S, Gadea C, Hardy-Dubernet A-C, Horellou-Lafarge C, Le Roy F. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. De "Faire médecine" à "faire de la médecine", sous la direction scientifique d'A-C Hardy-Dubernet et C. Gadea. Document de travail DREES. 2005 octobre; 53. 203 p.</p> <p>33. Aubrion A, Goncalves P, Kowalski V, Reichling A, Mansour V. Facteurs influençant le choix de la spécialité de médecine générale par les étudiants en médecine. <i>Pédagogie médicale</i>. 2016; 17(3): 173–187. DOI: 10.1051/pmed/2017002</p>
---	--

<p>34. Pougnet R, Pougnet L, Dewitte J-D, Jousset D, Loddé B. Vécu au travail des internes en médecine : étude qualitative. <i>Archives de Maladies Professionnelles et de l'Environnement</i>. 2019 avril; 80 (2): 100-107. <a href="https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.11.001">https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.11.001</a></p> <p>35. Clisson R, Angoulvant C, Ramond-Roquin A, Guelff J. Du projet professionnel d'internes en médecine générale angevins à leur exercice réel: 2012 à 2019. <i>Santé Publique</i> 2020; 5-6(32): 507-518. <a href="https://doi.org/10.3917/spub.205.0507">https://doi.org/10.3917/spub.205.0507</a></p> <p>36. Hamidou K. Organisation de la permanence des soins ambulatoires sur le bassin de Thuau : opinion des médecins généralistes installés [Thèse d'exercice]. [Montpellier, Université de Montpellier] : Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2018. 108 p.</p> <p>37. Paillé P. Chapitre 3 : L'analyse par théorisation ancrée. In : <i>Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé</i>. Paris : Marie Santiago Delefosse ed; 2017. p 61-83.</p> <p>38. ISNAR-IMG. Enquête Nationale sur les souhaits d'exercice des internes en médecine générale. 2010-2011; 30 p.</p> <p>39. Gaaliche 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 d'exercice]. [Nancy, France] : Université de Lorraine. Unité de Formation et de Recherche de Médecine; 2013. 239 p.</p> <p>40. Lepièce B, Lenoir A-L, de Rouffignac S. Vécu des internes en médecine générale lors de la crise sanitaire du Covid-19 : répercussions sur l'anxiété et la motivation pour la médecine générale. <i>Santé Publique France</i>. 2022 Mai; 34: 675 – 682. DOI 10.3917/spub.225.0675</p> <p>41. Delvallé J. Être interne, devenir médecin : le vécu de l'internat de médecine générale à Lille : analyse qualitative par théorisation ancrée et entretiens compréhensifs individuels auprès de 12 internes et jeunes médecins en médecine générale. [thèse d'exercice]. [Lille, France] :</p>	<p>Université de Lille. Unité de Formation et de Recherche de Médecine ; 2017. 88 p.</p> <p>42. ISNAR-IMG, ANEMF, ISNI. Dépression, burn-out, humiliation et harcèlement : la santé mentale des futurs médecins en danger ! <i>Dossier de Presse</i> ; 2021. 10 p.</p> <p>43. Pelaccia T. La motivation des étudiants en sciences de la santé : un levier pédagogique à exploiter et un objet de recherche à construire. <i>Pédagogie Médicale</i> 2016; 17(2) : 91-94. DOI: 10.1051/pmed/2016033</p> <p>44. Kusrkar RA, Ten Cate TJ, van Asperen M, Croiset G. Motivation as an independent and a dependent variable in medical education: a review of the literature. <i>Med Teach</i>. 2011;33(5):e242-62. doi: 10.3109/0142159X.2011.558539.</p> <p>45. Maherzi A, Ladner J, de Rouffignac S, Boelen C, Sylla C, Gresenguet G, Dumas J-L. Pandémie Covid-19 : le défi de la responsabilité sociale des facultés de médecine. <i>Pédagogie Médicale</i>. Déc 2020; 21 (4), 195-198. <a href="https://doi.org/10.1051/pmed/2020054">https://doi.org/10.1051/pmed/2020054</a></p> <p>46. Berchet C, Nader C. The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries. <i>OECD Health Working Papers n° 89</i>. Sept 2016. 47 p. <a href="https://dx.doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en">https://dx.doi.org/10.1787/5jlr3czbqw23-en</a></p> <p>47. Haute Autorité de Santé. Le recours à l'hôpital en Europe. <i>Rapport d'Évaluation HAS</i>; mars 2009. 117 p.</p> <p>48. Canibek O, Colas L, Desissert M, Fouche V, Gaborieau C, Gavara P, Joslet M, Kaelbel M, Lecoent R, Missel C, Pentecouteau M. La permanence des soins : quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés ? <i>EHESP Module interprofessionnel de Santé Publique</i> ; 2012. 67 p.</p>
--	---

## ANNEXES

- *Annexe n°1* : Rédaction d'entretien avec le Dr Arnaud GUILLAUMET, Président de l'ADOPS 85

En Vendée, la PDSA est assurée par l'ADOPS 85, association créée en 2010 lors de la mise en place de la régulation libérale et des médecins mobiles. Auparavant ; la permanence des soins ambulatoires s'effectue simplement avec les médecins de garde, sans régulation, et sur le principe d'une entente commune entre confrères.

L'ADOPS 85 travaille avec les médecins généralistes de Vendée, actifs ou retraités, qui sont volontaires pour participer à la permanence des soins ambulatoires, de manière conjointe avec l'ARS, sur la base d'une convention signée par les différents acteurs.

Le département est découpé en une vingtaine de secteurs. Chaque secteur possède un médecin référent qui organise le planning de garde sur son territoire en autonomie avec ses confrères.

L'ADOPS tient les statistiques, relaie les plannings de garde au Conseil de l'Ordre et à l'ARS de Pays de la Loire. C'est donc l'intermédiaire local de la PDSA auprès des différentes instances et tutelles, notamment auprès de la CPAM.

Elle a aussi un rôle de régulation médicale ; grâce à une convention signée entre l'ADOPS et le SAMU, qui utilisent en Vendée les mêmes outils. En effet, lors d'un appel au 15 ou au 116 117, le premier interlocuteur est un Assistant de Régulation Médicale ; qui qualifie l'appel et renseigne le dossier administratif, puis l'oriente soit vers le médecin urgentiste ou généraliste selon le motif. Ce modèle de régulation a d'abord existé sur les horaires de PDSA ; puis a été généralisé en journée depuis la crise du Covid.

La PDSA se déroule sur les horaires spécifiques de fermeture des cabinets du samedi 12h jusqu'au lundi matin 8h puis les soirs en semaines de 20h à 8h.

La régulation en PDSA est portée en Vendée uniquement par les médecins généralistes, ARM et médecins Urgentistes ; contrairement à la Loire Atlantique ou des opératrices de soins non programmés interviennent quelques heures en PDSA le soir et le week-end.

Il existe deux types d'effectif le week-end en journée : les maisons médicales de gardes, les gardes prises par les médecins dans leurs cabinets. L'organisation des maisons médicales de garde est propre à chaque secteur, selon ses propres besoins. En effet selon le secteur et la période de l'année, le nombre d'acte peut être multiplié par un facteur dix. On peut ainsi avoir un ou deux médecins de garde ; par exemple un pour les consultations et un pour les visites.

La disparité des secteurs dans leurs périmètres et dans leur population résulte en une pénibilité très variable des actes sur les gardes. C'est d'ailleurs une des missions à venir de l'ADOPS, pour réorganiser la sectorisation et harmoniser la charge de travail sur le département, et essayer de s'aligner au plus près des secteurs de CPTS. L'objectif serait donc d'obtenir des gardes avec davantage d'actes, mais moins fréquentes, générant ainsi une rémunération plus attractive pour les médecins, notamment pour les remplaçants.

Un autre type d'effectif prend place le soir de 20h à 8h. Il est assuré par les médecins mobiles qui se déplacent en visite à domicile. Ce sont les seuls qui assurent la PDSA en nuit profonde, car les gardes de secteur en maison médicale s'arrêtent à minuit. En Vendée, il y a trois médecins mobiles par nuit sur le département, quatre sur l'été, les secteurs sont donc très vastes. Sur douze heures, un médecin mobile Vendéen effectue 4 à 6 déplacements par nuit en moyenne.

La demande en permanence des soins ambulatoires a largement augmenté sur les dernières années, ce qui nécessitera probablement une réorganisation, en particulier du système de rémunération, pour coller au maximum au réel.

Cette demande est en partie expliquée par la chute de la démographie médicale, et par le glissement des actes de la journée qui n'ont pas pu être réalisés sur la soirée.

En Vendée, c'est le principe de solidarité qui s'applique pour les gardes : avant 60 ans et sauf problème de santé, tous les médecins sont tenus de participer aux garde d'effectif en maison médicale. Les gardes de médecins mobiles reviennent en revanche uniquement aux médecins volontaires.

En régulation, les plannings sont calibrés en fonction de l'antériorité des appels. Ainsi l'été sur les week end, 6 médecins sont postés en régulation.

Ce système fonctionne aussi grâce aux médecins retraités, qui représentent 50% des effectifs de PDSA ; et aux médecins remplaçants. Ainsi les médecins installés représentent environ 30% de l'effectif. Sans l'apport des médecins retraités et remplaçants, l'ensemble de la permanence des soins ne pourrait pas être assurée.

Concernant le financement : en Vendée, l'ADOPS est géré par un fond d'intervention régional (FIR), c'est-à-dire une enveloppe fermée budgétaire mise à disposition par l'ARS pour la PDSA. Les arbitrages se font sur des dialogues de gestion, plusieurs fois par an. Donc l'ensemble des frais passe par cette enveloppe de l'ARS, y compris les actes et les astreintes des médecins. Le budget a nettement augmenté sur les dernières années, malgré l'enveloppe qui est restée fixe, ce qui pose la question des futures possibilités de financement de la PDSA, et celle d'un retour à un conventionnement classique via la CPAM.

En PDSA, les médecins sont payés à l'acte, comme en journée. Les médecins mobiles ont aussi une indemnité kilométrique. Cela se joint à une rémunération forfaitaire pour l'astreinte, dont le montant est variable selon le nombre d'actes pour les mobiles. Elle est de 80 euros par soirée en semaine pour les médecins de garde en maison médicale ; 90 euros pour le samedi après-midi et 150 euros pour les dimanches ; soit 420 euros pour un week-end.

Une garde en régulation est payée 100 euros de l'heure, sur 12h, défiscalisé. Le médecin ne doit donc verser que les charges sociales URSSAF et CARM sur cette activité.

La pratique en PDSA et l'activité en cabinet est compatible selon l'organisation personnelle du médecin.

- Annexe n°2 : Rédaction d'entretien avec le Dr Philippe COMPAIN, Président de l'ANOPS et membre de l'ADOPS 44

La PDSA en Loire-Atlantique s'organise au niveau départemental au début des années 2000. En 2005, l'AMUEL (association de médecine d'urgence de l'Estuaire de la Loire) qui avait créé le centre 15 de St Nazaire en 1998, devient l'AMUEL 44 pour couvrir tout le département. Il existait une effectif sous forme d'AGRU ou des secteurs de garde, avec une très grande hétérogénéité au niveau local.

A partir de 2010, des MMG sont créées sur l'ensemble du département. L'AMUEL 44 se transforme en ADOPS 44, selon les termes de la loi Fillon.

Il existe en Loire-Atlantique 11 maisons médicales de garde, disposées de telle façon que le patient soit à moins de 30 minutes en voiture d'une MMG : Guérande, Pontchâteau, Nozay, Ancenis, Châteaubriant, Pornic, Bouaye, Corcoue, Clisson, St Herblain et Nantes. Ces maisons médicales s'ajoutent aux centres de consultations SOS Médecins (3 centres sur le département, Saint Nazaire et Nantes). Cela fait du 44 l'un des départements les mieux dotés de France en maisons médicales de garde.

On retrouve de nouveau deux types d'effectif : les médecins en MMG assurent des consultations en horaire de PDSA en dehors de la période de nuit profonde. Le médecin effecteur mobile assure les visites à domicile en horaire de PDSA, y compris en nuit profonde. Les visites du médecin mobile sont régulées selon des protocoles écrits en partenariat avec l'ADOPS et le SAMU.

Les médecins mobiles dans le 44 effectuent 73% de leurs actes pour les visites à domicile, 24% en EHPAD, 5% en gendarmerie. Ils sont positionnés de façon stratégique dans des chambres de garde situées sur des hôpitaux de proximité. Ils sont 5 sur le département 44 : Pornic (Hôpital de proximité du Pays de Retz), Clisson (Hôpital de proximité de Clisson), Ancenis (Centre hospitalier d'Ancenis), Nozay (Hôpital de proximité de Nozay), Savenay (Hôpital de proximité de Savenay).

Être médecin mobile nécessite une formation particulière, qui se tient 1 à 2 fois par an en partenariat avec le SAMU.

Ils sont dotés de matériel : gyrophare, ECG à transmission GSM, oxygène et aérosolisation, dextro, détecteur de CO<sub>2</sub>, système d'alarme. La trousse d'urgence est personnelle. Les maisons médicales de garde et les médecins mobiles disposent de l'application APPLI GARDE, afin de faire remonter les données en temps réel à l'ADOPS et au SAMU.

Chaque MMG garde son indépendance avec son conseil d'administration, son bureau, mais la politique et le financement sont gérés par l'ADOPS.

Le budget de fonctionnement de l'ADOPS 44 est d'environ 500 000 euros par an, ce qui comprend les frais de fonctionnement type matériel, locaux, repas, secrétariat, informatique, etc.

Une enveloppe fermée finance les astreintes des médecins régulateurs et effecteurs, et tous les actes. Pour le 44 elle est de l'ordre de 4,2 millions d'euros.

Par année, on compte environ 40 000 actes en MMG et 3000 avec les MM.

La régulation est rémunérée environ 100€ de l'heure. Les astreintes en MMG sont à 150€ pour 4h, sans compter la rémunération des actes.

Les MM sont rémunérés 3C de l'heure (C=23€avant la revalorisation), c'est à dire 828€ pour 12h, dont 450 euros d'astreinte.

Les régulateurs et les médecins mobiles sont défiscalisés sur 60 plages par an.

Les MMG sont défiscalisées sur l'astreinte uniquement pour certains territoires prioritaires.

Aujourd'hui, la PDSA en Loire-Atlantique rencontre des dysfonctionnements en lien avec l'augmentation de la population (+14% en 12 ans), une diminution constatée du volontariat, l'augmentation des charges, et les difficultés globales de démographie médicale. On constate aussi un débord des activités qui relèvent de la continuité des soins sur la permanence des soins.

En 10 ans, le nombre de volontaires médecins mobiles de nuit est passé de 112 à 54 dans le département.

La régulation concerne les médecins installés et les médecins retraités en cumul emploi-retraite.

L'effectif concerne les médecins installés, leurs remplaçants thésés ou non, et les retraités en cumul emploi-retraite.

- **Annexe n°3 : Guide d'entretien**

### GUIDE D'ENTRETIEN

#### ***1/ Peux-tu nous raconter ton parcours d'étude ?***

*Sous questions de relance :*

*Comment t'es rentré dans ce parcours ?*

*Pourquoi as-tu choisi la médecine générale ?*

*Peux-tu nous parler de tes différents stages durant l'internat ?*

*Comment t'es-tu senti dans tes études/dans ton parcours professionnel ?*

*Comment avais-tu imaginé l'internat de médecine générale avant de le commencer ?*

#### ***2/ Comment imagines-tu ta vie dans 5 ans au niveau professionnel et personnel ?***

*Sous questions de relance :*

*Comment imagines-tu ton futur exercice ?*

*Quelles sont les priorités qui guideront tes choix ?*

#### ***3/ Fais-tu la différence entre continuité des soins et permanence des soins ?***

*Sous question de relance :*

*Peux-tu nous donner une définition de la continuité des soins ?*

**4/ D'après toi en quoi consiste la permanence des soins ambulatoires ?**

*Sous questions de relance :*

*Quelles sont tes connaissances sur l'organisation locale de la permanence des soins ambulatoires ?*

*Quelle est ton expérience personnelle de permanence des soins ambulatoires ? Quand en as-tu entendu parler pour la première fois ?*

*Quel type de patients y a recours et pour quels motifs ?*

**5/ Quel est ton avis sur la PDSA ? Quelles sont les raisons qui t'incitent à y participer ? Quels sont les motifs qui te freinent à y participer ?**

*Sous questions de relance :*

*Envisages-tu de participer à la PDSA ?*

*Qu'est ce qui pourrait te faire changer d'avis sur ta participation ?*

*Sous quelles conditions, régulation ou effecton ?*

**6/ Que penses-tu de ta formation à la permanence des soins ambulatoires durant ton cursus ?**

*D'après toi, quelles seraient les possibilités pour intégrer la permanence des soins dans le cursus de médecine générale ?*

*Penses-tu qu'une formation spécifique devrait être proposée pendant l'internat ou l'externat ? Sous quelle forme ?*

**7/ As-tu des questions ou des remarques sur le sujet ?**

- **Annexe n°4.** *Le choix des études de médecine, le vécu de leurs études, et leurs projets post-internat*

a) Débuter des études de médecine

- a.1 : La vocation
- a.2 : L'indécision
- a.3 : La perte de sens
- a.4 : Se rendre utile
- a.5 : La curiosité scientifique
- a.6 : La place de l'entourage

b) Choisir la médecine générale

- b. 1 : Un sentiment de liberté professionnelle s'équilibrant avec une meilleure qualité de vie
- b.2 Une mission de soins
- b.3 : Des appréhensions et un choix limité

c) Le vécu des études

- c.1 : Défis et difficultés
- c.2 : L'équilibre vie personnelle/vie professionnelle

- c.3 : Les éléments de l'adaptabilité
- c.4 : S'inspirer de ses stages
- c.5 : Développement personnel et professionnel

- d) Les projets après l'internat
  - d.1 : L'incertitude et le besoin de liberté
  - d.2 : La recherche de lien
  - d.3 : Le temps de l'épanouissement personnel
  - d.4 : Remplir une mission de soin

### **a) Débuter des études de médecine**

La première question de notre entretien s'intéressait au parcours de chaque interne, de leur entrée dans les études de médecine jusqu'à la fin de leurs stages d'internat.

*« Peux-tu nous raconter ton parcours d'étude ? »*

Les déterminants ayant poussé les internes vers des études de médecine sont divers.

#### a.1 : La vocation

Une première catégorie d'étudiants semble se distinguer clairement des autres, celle des internes décrivant leur orientation vers la médecine comme un sentiment d'évidence, une vocation, un rêve d'enfant qui a toujours existé.

*“J'ai toujours voulu faire de la médecine générale, enfin, de la médecine en tout cas.” E1.1*

*“Euh moi depuis que je suis petite je voulais être médecin” E8.13*

*“Bah j'ai voulu faire médecine globalement c'était à peu près la seule idée de truc que j'avais vraiment envie de faire, sur un truc qui date de genre dix ans” E9.1*

*“Alors comment je suis arrivée en médecine, moi j'ai toujours voulu être pédiatre, depuis que je suis toute petite je crois. “ E14.1*

#### a.2 : L'indécision

Une deuxième catégorie est identifiable, avec le cas d'étudiants s'orientant tardivement vers la médecine. Ces étudiants reconnaissent avoir eu des périodes d'hésitations et d'indécisions sur le choix de la médecine.

*“C'est vrai que j'hésitais avec le droit pendant un moment et finalement je me suis tournée vers la médecine mais sans vocation particulière.” 3.2*

*“De base, je n'avais pas forcément la vocation de faire médecine, enfin ça a jamais été vraiment un objectif enfin voilà. (...) Du coup, vu que j'étais un peu bonne élève, on m'a incité à essayer la médecine et je me suis dit pourquoi pas.” 4.3*

*“Pourquoi médecine ? Bah, pas un choix inné on va dire, c'est un choix parce que je savais pas trop quoi faire on va dire, et je voulais être nutritionniste et c'était la seule voie pour y arriver on va dire, donc je me suis retrouvée là-dedans.” 10.2*

### a.3 : La perte de sens

Une dernière catégorie d'internes avoue une certaine confusion quant aux motivations initiales de leur engagement dans ces études. Quelles que soient leurs motivations de départ, ils n'étaient pas en mesure de nous les exposer au moment de l'entretien. Cela pourrait traduire la perte du sens qu'ils mettent à leur implication dans ce parcours.

*“Non euh... Je sais pas trop, enfin je me rappelle plus trop pourquoi à la base j'avais choisi ça ...” 2.3*

*“Les études de médecine hum.... Rires” 5.2*

### a.4 : Se rendre utile

Parmi l'ensemble des internes, certains affirment se destiner à la médecine par conviction de vouloir aider et rendre service aux patients.

*“C'était juste vraiment une volonté de vouloir aider les autres.” E1.3*

*“Qu'est ce qui m'a donné envie de faire médecin ? Heu... je voulais aider les gens.” E17.2*

*“Et puis le côté utile dans la société qui m'attirait quoi. Le côté utilité du métier.” E18.5*

### a.5 : La curiosité scientifique

On retrouve également parmi les internes un intérêt marqué pour les matières scientifiques et les connaissances médicales.

*“J'avais beaucoup aimé les cours de 3<sup>ème</sup>, d'immuno, c'est ça qui m'avait intéressé à la médecine.” 5.3*

*“Je savais pas trop ce que je voulais faire, mais j'aimais bien les sciences, le côté scientifique, médical. La curiosité, comment dire... La physiologie tout ça. La bio. Euh... J'avais fait spé SVT j'avais adoré tout ce qui est physiopath ; on avait bossé sur le diabète je me souviens. 18.4*

*“Ok, comment je suis rentré dans l'étude en médecine ? Par attrait on peut dire ça. On peut dire ça par attrait, j'aimais bien la science. Le corps humain m'intéressait.” 13.1*

### a.6 : La place de l'entourage

Certains expliquent avoir été inspirés par leur entourage familial ou social. Une minorité semble être surreprésentée, celle des étudiants ayant des parents ou des proches travaillant dans le domaine de la santé. D'autres nous expliquent avoir été influencés par leur entourage devant de bons résultats scolaires.

*“Alors, comment j'en suis arrivé à faire médecine, je pense que c'est plutôt familial, mon père était rhumato. C'est vrai que j'ai un peu grandi avec ça et assez vite j'ai su que je voulais m'orienter vers des études longues.” 3.1*

“Puis après quand je suis arrivé en seconde/première ma sœur a fait des études de médecine ce qui m’a montré ce que c’était, et qui m’a dit que c’était ce que je voulais faire.” 5.5

“Parce que j’avais grandi dans une famille où il y a aussi plusieurs professionnels de santé.” 13.2

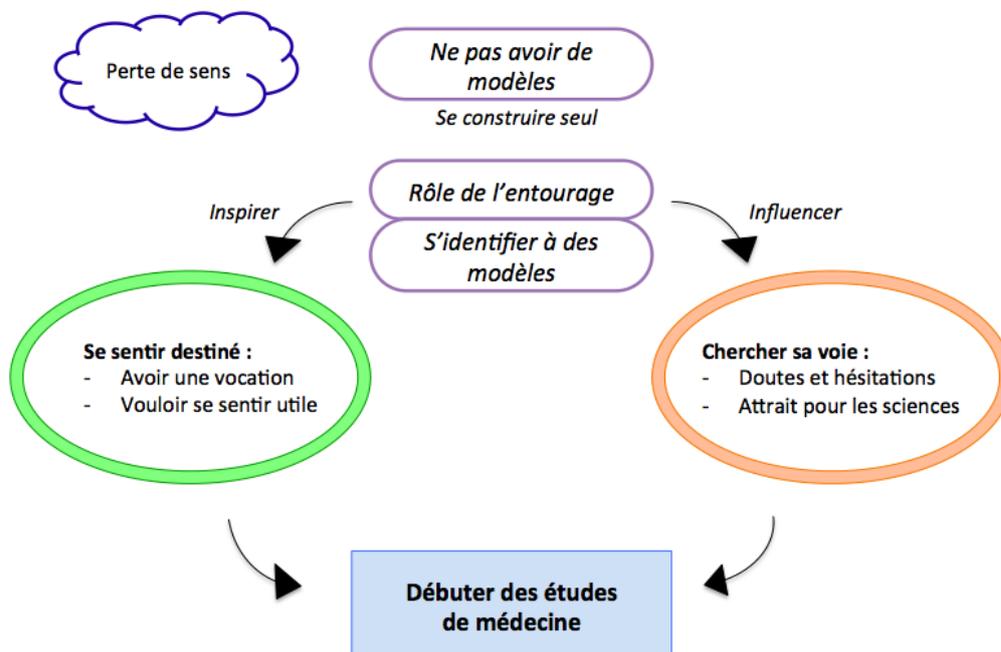
“Pourquoi j’ai choisi médecine à la base... Je ne sais pas trop, parce que j’avais des bonnes notes et qu’on m’a dit qu’il fallait aller en médecine. Rires.” 2.2

D’autres internes rapportent s’être construits seuls, sans influence ou modèle dans leur entourage, bien qu’on ne leur ait pas posé précisément cette question.

“Personne dans ma famille ne faisait ça donc je n’avais pas d’exemple typique.” 1.2

“Euh... Je viens d’une famille où il y a pas de médecin.” Voilà. 18.2

Pour conclure, ces résultats mettent en évidence une diversité de déterminants conduisant les étudiants à entrer dans les études de médecine, entre sentiment d’être destiné à la médecine, recherche identitaire, et facteurs personnels, familiaux ou sociaux. Néanmoins, en comparant un étudiant qui poursuit un rêve d’enfant en s’engageant en PACES, et un autre qui tente le concours par circonstance ou par influence extérieure, la notion « vocation » n’a pas la même résonance.



### Schéma n°1 : Débuter des études de médecine.

Le schéma n°1 illustre les éléments de discours des internes interrogés en réponse à la question « Peux-tu nous raconter ton parcours d’étude ? »

Finalement, nos entretiens font ressortir les deux grandes thématiques à l’origine du désir de devenir médecins évoquées par Lucien Israël dans son ouvrage “Le médecin face au désir”

(31) : le désir de connaître et le désir d'aider. Pour nous, elles s'articulent entre la personnalité de l'étudiant, les modèles dont il a bénéficié et les aspirations de son entourage.

Ce point de départ nous éclaire en partie sur le regard à porter sur les choix professionnels des futurs médecins. Comme le précise un document de travail de la DREES sur le sujet en 2005 : "Devenir médecin n'est pas chose simple. Entre un étudiant qui réalise un rêve d'enfant en s'inscrivant en PCEM1 et un autre qui va tenter le concours par opportunité parce qu'il ne sait pas bien quoi faire d'autre ou qu'il est refusé en classes préparatoires, la « vocation » ne se dit pas de la même manière" (32).

## **b) Choisir la médecine générale**

De façon similaire, les internes étaient questionnés sur les raisons qui les ont conduits à choisir la médecine générale après les ECN.

Ce choix s'explique par différents facteurs, dont le principal semble être le sentiment de liberté professionnelle que leur prodigue cette spécialité, tant sur la maîtrise de leur emploi du temps, que sur la flexibilité des modes d'exercice ou sur la diversité des pathologies rencontrées. Pour cette même raison, les internes y voient la précieuse possibilité d'un meilleur équilibre avec leur vie personnelle. Les internes évoquent aussi plusieurs éléments qui illustrent la mission de soins dans laquelle ils se sentent investis en médecine générale. Cependant, choisir la médecine générale est également accompagné d'appréhensions, et ce choix n'est pas aidé par les représentations négatives qui persistent encore à propos de cette spécialité. Par ailleurs, le classement ECN peut jouer un rôle évoqué par plusieurs internes.

### b. 1 : Un sentiment de liberté professionnelle s'équilibrant avec une meilleure qualité de vie

Un élément qui semble primordial, auprès des internes que nous avons interrogés, est le sentiment de liberté que la médecine générale permet, sur plusieurs points.

Premièrement, la liberté se retrouve dans le large éventail des pathologies rencontrées. Les internes mettent en avant une spécialité permettant une approche multidisciplinaire de la médecine, un exercice riche, polyvalent et stimulant. Ils soulignent la grande transversalité de cette spécialité qui peut accueillir les patients dès leur plus jeune âge et les accompagner parfois jusqu'à leur dernier souffle.

*« Et j'ai choisi la médecine générale parce que pour moi c'était la spécialité qui me permettait de faire le plus de choses différentes » 13.4*

*« Bah la médecine générale euh... Essentiellement parce que je trouve que la médecine c'est vraiment plaisant quand tu as une vue d'ensemble sur le corps humain quoi. Quand tu touches un peu à toutes les spécialités. » 15.4*

*« Ouais. Ben j'ai choisi pour le côté euh... diversifié de la pratique. Et le fait qu'on s'occupe des enfants et des personnes âgées et de la tranche au milieu. » 18.15*

Cet attrait pour la diversité apparaît également quand les internes nous expliquent ce choix comme une solution à leur envie de ne pas se restreindre à une seule spécialité médicale, en pouvant tout de même orienter leur pratique selon leurs domaines de prédilection.

*« Et finalement médecine générale parce que je ne me voyais pas m'enfermer dans une spé. J'avais vraiment ce côté .... A un moment donné j'étais très attirée par la gynéco méd, et puis c'est vrai qu'à un moment voir que des femmes ne me convenait pas. Je me suis dit qu'en faisant médecine générale j'allais pouvoir ouvrir ce champ et voir des enfants, des personnes âgées... » 3.5*

*« Moi ce que j'aimais dans la pédiatrie c'était plus la pédiatrie générale, libéral ou pas... Mais en fait je me suis dit qu'en tant que médecin généraliste c'était tout à fait faisable, et que j'aurai plus de liberté. » 8.15*

*« Et médecine générale car on peut faire de tout et j'adore la pédiatrie et la gériatrie, et que ça permettait de faire les deux. Et de pouvoir choisir sa patientèle après dans les suites. » 17.5*

Deuxièmement, la liberté se retrouve dans les différents modes d'exercices possibles (libéral, salariat, cabinet, hôpital, centres de soins...) et la variété des opportunités professionnelles auxquels pourront s'essayer les internes. La possibilité d'une gestion indépendante de son planning est un élément cher à plusieurs internes interrogés. La maîtrise de son temps de travail permettrait d'une part d'équilibrer vie professionnelle et personnelle, et d'autre part d'éviter l'épuisement professionnel auquel sont souvent confrontées d'autres spécialités.

*« Donc médecine générale c'est un choix pas par défaut finalement parce que je m'y suis très bien retrouvée et euh... C'est varié, on peut exercer de plusieurs façons, dans plusieurs structures... On peut faire en libéral, à l'hôpital, en grande ville, en campagne et vu que j'étais pas très bien fixée sur ce que je voulais faire ça me laissait quand même beaucoup de liberté... » 2.9*

*« et qu'on a une liberté quand même, en étant en libéral de pouvoir exercer un petit peu comme on veut, pour adapter notre quotidien à notre travail, et que ce soit pas juste le travail et pas de vie à côté. Et qu'on puisse allier les deux de façon la plus simple possible quoi. » 10.7*

*« Et puis bien sûr la liberté que permet selon moi la médecine générale, d'être un peu son propre chef, d'organiser son temps comme on veut, d'avoir son cabinet aussi qu'on personnalise... Il y a un petit côté entrepreneurial que j'aime bien. » 15.6*

*« Mais j'ai fait ce choix là pour avoir la liberté du choix et le côté intéressant où on peut s'intéresser à tout. Et ça ça correspond à ce que j'ai vu en stage au final. Un épanouissement personnel et professionnel... C'est-à-dire que j'y trouve mon compte entre le fait d'être utile d'être valorisé pour ce que je fais, de pas faire un burn out... Donc de pas être épuisé, d'arriver à faire autre chose à côté... Que ce soit sortir, faire du sport, voyager... des choses que j'aime bien faire quoi. Aller au ciné, profiter de ma famille, investir pour mon chez moi, des choses comme ça. Donc ça ce serait ma priorité quoi. Avoir mon confort et puis faire ce que j'aime. » 18.26*

Troisièmement, la place accordée à la qualité de vie et à la préservation de temps libre est un élément clef évoqué chez plusieurs internes, que ce soit pour l'internat de médecine générale qui est plus court que les autres, ou plus tardivement durant leur pratique. En médecine générale, ce contrôle sur l'emploi du temps permet d'adapter le temps de travail au mode de vie, de se préserver du temps libre, et ainsi de mieux équilibrer vie professionnelle et vie

personnelle dans un bien-être général, ce qui semble être plus compliqué à réaliser dans d'autres spécialités médicales.

*« Moi j'ai pas envie de me buter au boulot, j'ai envie de travailler et que ce soit plaisant, euh... je préfère gagner moins mais en bossant moins que gagner énormément et ne pas pouvoir dépenser mon argent parce que tu fais que bosser. Donc c'est vraiment la qualité de vie que je prends en compte en premier. C'est même pour ça que j'ai pris médecine générale. » 7.24*

*“Un internat moins contraignant je pense, et moins long... Et que ça m'irait bien comme ça !” 8.16*

*“Je sortais de ma sixième année ou ça avait été difficile et je m'étais dit « c'est peut-être pas le bon plan » et en plus en médecine générale on m'avait dit « ne t'inquiètes pas tu pourras toujours faire de la médecine polyvalente, tu pourras toujours faire des formations à droite à gauche pour faire autre chose, c'est trois ans d'internat » et du coup je m'étais dit que ça correspondait bien finalement à ce que je voulais.” 12.17*

Une attention particulière à la charge émotionnelle évoquée par 2 internes.

*« Et en fait au cours de mes stages en tant qu'externe je suis passée en réa néonatal, et j'ai adoré ce stage mais je me suis dit que je ne voulais pas voir des enfants en réanimation. Moi je veux voir des enfants « qui vont pas trop mal ». » 8.14*

*« Et puis euh... J'aime bien le côté où on s'occupe aussi des gens qui vont pas trop mal. C'est pas que des gens qui ont des maladies gravissimes ou en fin de vie... Comme on voit dans d'autres spés ou à l'hôpital. On voit aussi des gens pour faire de la prévention, des gens qui vont bien. » 18.18*

## b.2 : Une mission de soins

Les internes recherchent également dans la médecine générale des aspects particuliers à cette spécialité : avoir une relation de proximité et d'intimité avec les patients, être le premier contact et le premier recours des patients, et se sentir véritablement utile à travers sa profession. Ces éléments semblent être un véritable moteur pour plusieurs internes, et on y retrouve les notions de « vocation » et d'altruisme évoquées dans les raisons qui les ont conduits à choisir les études médicales.

*« Et après, pourquoi j'ai choisi la médecine générale ? Parce que c'est un truc super polyvalent et que ça me plaisait bien, je pouvais faire plein de choses différentes, avec un vrai contact avec une vraie patientèle, avec un vrai suivi. Moi c'était surtout ça que je voulais, pouvoir soigner les familles du bébé jusqu'à la personne âgée, ça c'était vraiment aussi un truc que j'aimais bien ». 9.7*

*« Bah qu'on a un vrai suivi avec tes patients, qu'on a une relation privilégiée avec eux, qu'on les voit régulièrement, qu'on peut suivre la famille, qu'on les voit grandir » 10.6*

*« En médecine générale y'a tout ça à faire et le but c'est d'apprendre à bien faire les choses dans la prise en charge initiale des patients et que ça me correspondrait bien. » 14.7*

### b.3 : Des appréhensions et un choix limité

Certains internes évoquent leurs appréhensions sur leurs capacités à répondre à autant de polyvalence et de sollicitations de la part des patients vis-à-vis de cette proximité qui fait la particularité de cette spécialité.

*« En fait moi j'avais commencé les études de médecine en me disant que je ne ferai pas de médecine générale parce que ça me paraissait compliqué, je trouvais qu'il y avait beaucoup de relationnel et je n'étais pas forcément à l'aise là-dedans , j'étais assez timide... » 6.14*

*« Je trouve que y a beaucoup d'administratif. Je trouve qu'on en demande beaucoup aux médecins généralistes de manière générale, que ça soit le patient comme le système en général. Enfin j'ai l'impression qu'il faut savoir tout faire et en fait je réalise que ben on sait pas tout et qu'on demande beaucoup d'avis. » 12.23*

*« Je pense que je me suis rendue compte que la médecine générale c'est quand même plus dur que ce qu'on pense, notamment tout savoir un petit peu sans être spécialisé sur un organe en particulier, je pensais pas que c'était autant de stress. Et qu'on était autant sollicités aussi. Je m'attendais pas en fait à... je sais pas trop comment dire... » 11.7*

La médecine générale souffre de représentations négatives dont plusieurs internes nous ont fait part, de manières implicites. Leurs propos traduisent une vision moins prestigieuse et moins valorisante de cette spécialité par rapport à d'autres.

*« [...] par exemple sur mon SASPAS je trouvais qu'il y avait une transversalité qui était encore plus importante que ce que je pensais en médecine générale. J'avais plus la vision du médecin généraliste qui enchaîne les consult' avec un motif, une prescription et basta... » 5.13*

*« Au final, au début, je voulais pas prendre la médecine gé parce que je trouvais que... Ben en fait sur mes stages à l'hôpital ... Après je pense que c'est un peu partout pareil mais tous les stages à l'hôpital c'est la spé où tu passes en stage qui est la mieux... Comme on passe qu'en spé du coup tu as l'impression que la med gé c'est de la merde alors que pas du tout. » 7.2*

*« Contrairement à ce qu'on peut dire sur la médecine générale qui s'arrête à la bobologie, j'ai pas eu l'impression de faire ce genre de médecine. » 14.22*

De plus, l'influence du classement aux ECN sur le choix de la médecine générale est évoquée.

*« Après, j'avais bien sur hésité comme tout le monde je pense en D4, et vu mon classement, je n'avais pas trop le choix mais ce n'était pas un choix par défaut, dans tous les cas j'aurais hésité avec la médecine générale plus plus plus jusqu'au dernier moment. » 5.8*

*« Au début moi je voulais quand même faire une spé malgré tout, sauf qu'en fait après en bossant j'ai un peu pété un câble en 6<sup>e</sup> année, et donc je me suis dit "non mais en fait c'est med gé que je veux faire et je m'en fous du classement". Donc après ça j'ai plus trop bossé et en fait je n'avais plus que la med gé de dispo mais moi ça m'allait très bien. » 7.6*

« Euh ... J'ai choisi la médecine générale... Bon d'une part parce que je voulais rester à Nantes et que je n'avais pas forcément le choix que je voulais. » 16.3

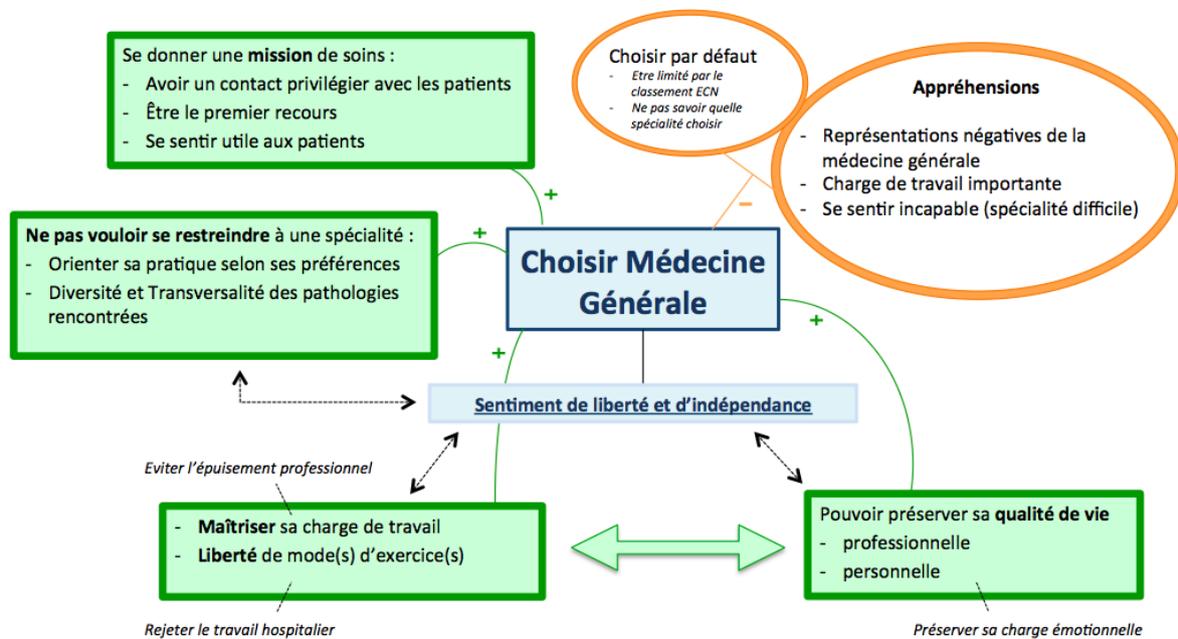


Schéma 2 : Choix de la médecine générale par les internes du DMG de Nantes

*Le schéma n°2 met en lumière les liens logiques qui se dégagent du discours des internes interrogés en réponse à la question « Peux-tu me parler de ton parcours en médecine ? Pourquoi avoir choisi la médecine générale ? »*

Pour conclure, le choix de la médecine générale est guidé par une grande liberté professionnelle permettant un épanouissement aussi bien dans son exercice que dans sa vie personnelle, afin de préserver son bien-être général. Les internes sont également en quête d'une mission de soins, avec une volonté d'avoir un impact direct sur la santé et la vie des patients dans la plus grande proximité. Ces résultats sont la preuve d'un choix positif et motivé. Néanmoins, cette profession peut également effrayer étant donné le large éventail de connaissances et de compétences que le généraliste doit maîtriser. Par ailleurs, des aprioris négatifs ternissent l'image de cette spécialité sous-estimée, et les contraintes des ECN restent présentes dans le choix des internes.

Ces résultats dans notre échantillon sont concordants avec les données de la littérature : les notions d'ouverture de la pratique, d'engagement social personnel, la concentration sur une communauté, l'influence du conjoint sont des facteurs retrouvés comme corrélés au choix de la médecine générale. (33)

### c) Le vécu des études

Pour comprendre les aspirations des futurs médecins généralistes, et donc les facteurs qui influencent la participation à la permanence des soins ambulatoires, il nous est apparu nécessaire d'évoquer avec eux leur vécu de leurs années d'études.

Les participants étaient invités à évoquer leurs études de manière très ouverte : « Peux-tu me parler de ton parcours en médecine ? Quels sont les souvenirs que tu gardes de tes études ? »

### c.1 : Défis et difficultés

Dans un premier temps, on retrouve souvent les défis rencontrés, les difficultés surmontées, au premier plan du discours. Les difficultés rencontrées sont très diverses et leur impact est propre à chaque étudiant.

Le but de cette section n'est pas de produire une liste de griefs exprimés par les internes à la fin de leur parcours, mais bien de pouvoir mettre en lien les éléments qui ressortent de leur discours à l'évocation de leurs études avec leurs projets professionnels et personnels au sortir de l'internat.

Nous avons pu les identifier et les classer en 7 catégories, qui regroupent les principaux obstacles évoqués par les internes : les difficultés du parcours universitaire, le sentiment d'épuisement, le sentiment d'isolement, la pression subie, la dévalorisation, la vision hospitalo-centrée et le sentiment d'imposture.

#### - Les difficultés du parcours universitaire

La difficulté du parcours académique est évoquée chez un grand nombre d'internes interrogés. Elles sont souvent rapportées avec une certaine pudeur, presque « choisies » comme faisant partie intégrante du choix de carrière : des études longues et difficiles, nécessaires à l'apprentissage d'une carrière exigeante.

*« L'externat... En fait je trouve que le fait d'être en stage c'était hyper intéressant mais en même temps de devoir toujours bosser un concours j'avais l'impression que ça n'allait jamais se finir ces histoires de concours... » 8.3*

*« Et je trouve que c'est un soulagement de plus avoir de concours à travailler, de plus avoir de partiels. Je trouve que ça change complètement euh... Ma santé mentale, on va dire. » 8.7*

*« [...] La deuxième année c'était un peu dur de sortir de la PACES donc pas forcément évident ; et puis l'externat j'ai trouvé ça un peu soutenu comme rythme. » 12.1*

#### - Le sentiment d'épuisement

Lorsqu'ils évoquent leurs études, les internes évoquent souvent le sentiment d'« épuisement » ou d'« essoufflement ». Parfois il est exprimé de façon indirecte avec le « besoin de souffler ». Il est mis en lien direct avec la surcharge de travail qui est subie par les externes, puis par internes, sur le temps long de leurs études.

*« Tous les week end il fallait quand même bosser même si je voyais bien que... Enfin disons que j'arrivais beaucoup moins bien à travailler en tant qu'externe qu'en première année... Ma motivation était moins importante. Du coup je dirai que je l'ai moyennement bien vécu. » 8.4*

*« Sinon globalement je suis contente... Mais je sens que je sors de l'internat fatiguée et que j'ai besoin d'une pause. » 12.11*

*« Même si je commence là en fin d'internat à être bien fatigué donc euh... Je serai content de faire une petite pause. » 15.3*

- Le sentiment d'isolement

La sensation d'être isolé est une notion qui revient de façon répétée au fil de nos entretiens. Il peut s'agir de la sensation d'isolement face à une charge de travail trop importante, face à des difficultés rencontrées en stage, notamment en garde, ou face à un échec.

Le sentiment d'isolement dans la prise de certaines décisions peut aussi être vécu comme assez traumatisant.

Les internes évoquent aussi l'isolement social, ou la peur de l'isolement social, que ce soit dans leur vie professionnelle ou personnelle, et qui a pu être amplifiée par la pandémie de COVID 19 qui a marqué la première année d'internat de notre panel. En effet, si la pandémie a pu créer une charge de travail supplémentaire en tant que telle, les différents confinements ont pu creuser encore le déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle et sociale pour les internes.

*« Dans mes stages les plus difficiles, il y avait mon stage de xxxxx, on avait un manque d'effectif criant, ce qui fait qu'on a changé de chefs sur l'été toutes les semaines pendant 6 semaines d'affilée. Avec un sentiment de mise en danger des patients qui était insupportable, et d'incompétence de notre part parce qu'on n'est pas des spécialistes. » 17.20*

*« Je connaissais pas grand monde en arrivant à Nantes, et donc de là j'ai commencé par un stage aux urgences adultes pendant la période COVID donc c'était un peu compliqué cette période. » 11.4*

*« [...] On avait des gardes xxxx qui étaient pas forcément très formatrices à l'époque, on n'était pas sécurisés, c'était un peu angoissant, mais du coup je connaissais déjà xxxxx, c'était quand même un plus. » 11.5*

*« Ouais alors du coup j'ai fait mon premier stage aux urgences xxxxx, qui était éprouvant, surtout qu'on était en deuxième confinement, donc c'était difficile » 14.10*

*« Et puis connaître du monde aussi, quand on débute en stage « prat' » directement dans une ville qu'on ne connaît pas et sans co-internes c'est un peu plus compliqué je pense. » 6.4*

- La pression subie

Lorsqu'ils évoquent leur internat, presque tous les internes de notre panel rapportent spontanément une expérience de souffrance en stage. Au-delà de la charge de travail, qui est une constante, elle est mise en lien avec un environnement de travail difficile : rapports difficiles avec les supérieurs hiérarchiques, pression de réussite et peur de l'erreur, violence subie ou constatée.

*« Et après mon vécu de l'internat... Mon premier stage c'était xxxxx, je l'ai pas adoré parce qu'il y en avait une particulièrement qui était souvent sur mon dos, tout le temps présente derrière moi et ça m'a mis pas mal la pression. » 8.8*

« C'était pas de tout repos, et l'encadrement était pas du tout tout le temps bienveillant. »  
14.12

« Et puis je n'aimais pas trop le fonctionnement de l'hôpital, enfin je trouvais qu'il n'y avait pas beaucoup de bienveillance, beaucoup de pression... Manque de lit et cætera ... Enfin voilà je trouvais que ce n'était pas très agréable comme type de pratique. » 6.17

On retrouve aussi la difficulté à conjuguer la charge de travail en stage et les besoins de la formation, qui peut être culpabilisante, l'interne ayant le sentiment de manquer à ses obligations sur un plan pour les besoins de l'autre.

« Sauf en Prat niveau 1 et SAPSAS finalement, les conditions de travail étaient jamais respectées et ça c'était très frustrant parce qu'on nous demande à la fois de faire les comptes-rendus de GEP et en même temps de se former et en même temps de travailler la thèse et en même temps être heureux.... Rires. » 12.9

On note aussi la nécessité d'être efficace et polyvalent, le plus rapidement possible, qui demeure une source de stress.

« Mon internat pour le coup je l'ai plutôt bien vécu. Je pense que je me suis rendu compte que la médecine générale c'est quand même plus dur que ce qu'on pense, notamment tout savoir un petit peu sans être spécialisé sur un organe en particulier, je pensais pas que c'était autant de stress. Et qu'on était autant sollicités aussi. Je m'attendais pas en fait à... je sais pas trop comment dire... » 11.13

Ces différents éléments, qui sont non-exhaustifs, mènent parfois à un sentiment de maltraitance, avec une souffrance psychologique qui est rapportée spontanément dans nombre de nos entretiens. C'est un point qui ne peut pas ne pas avoir de conséquences sur les choix professionnels des futurs médecins généralistes.

« C'était un cercle vicieux et je n'arrivais plus à m'en sortir. J'ai été en arrêt de travail pour ça le dernier mois quand même. » 7.11

« Et heu... je voulais pas me sentir désemparée face à une situation quelle qu'elle soit. Je voulais pas être excellente en quoi que ce soit, mais je voulais être mauvaise en rien.[...] »  
17.9

« Donc oui globalement ça a correspondu à ce que je pensais, après je trouve que y a beaucoup d'administratif. Je trouve qu'on en demande beaucoup aux médecins généralistes de manière générale, que ça soit le patient comme le système en général. » 12.22

« Heu oui. Des insultes. Quand j'étais aux urgences, j'étais projetée aussi par un patient qui était confus, qu'on aurait du contentionner. Mais en cabinet oui j'ai déjà eu des insultes, des claquements de porte, où la menace dans la présence mais sans geste associé. Et encore récemment on m'a souhaité de rater ma vie professionnelle. Rires. [...] » 17.39

#### - La dévalorisation

Lorsqu'ils abordent leur parcours en médecine, les internes évoquent spontanément les difficultés inhérentes à leur formation universitaire et pratique en stage. Un point est retrouvé de façon récurrente : si certaines de ces difficultés sont vécues comme des fatalités, qu'il faut

surmonter pour les besoins de sa progression, le sentiment de ne pas être reconnu dans ses efforts est aussi un point central de la souffrance associée au vécu des études.

Ce sentiment de dévalorisation, qui peut provenir des rapports directs avec les pairs ou les supérieurs, est parfois exprimé comme l'absence de reconnaissance du travail fourni. Il peut conduire à une perte du sens projeté dans son parcours académique et dans son activité de soins.

*« Après il y a toujours l'histoire de l'interne qui est un peu comment dire... le bas bas bas du panier de l'hôpital et du coup on se fait marcher dessus, pas trop respecter ». 5.16*

*« Enfin j'avais des praticiens encadrants qui étaient vraiment très différents. Ce qui en soit aurait pu être une richesse mais vraiment dans les extrêmes en fait. Et notamment un qui allait à toute vitesse et donc j'avais pas le temps de suivre, c'était pas du tout enrichissant pour moi. Donc je faisais un peu plante verte ». 15.8*

*« Ensuite j'ai fait mon stage xxxxx ou ça s'est pas bien passé, souci d'entente avec les chefs, très exigeants, donc peur de prendre des initiatives ... » 7.11*

*“je me suis sentie abandonnée par mes collègues au début, quand on a signalé avec mes autres praticiens que ça ne se passait pas bien. Donc c'était difficile et ça m'a fait peur de retourner en cabinet dans les suites.” 17.24*

Le sentiment de dévalorisation ou la perte de sens en tant que soignant peut aussi découler des circonstances sanitaires : on retrouve là encore l'évocation de la pandémie de COVID 19, où il a pu être difficile pour les internes de trouver leur juste place : le sentiment d'être inutile se fait ressentir plus clairement.

*« C'était une période en plus au niveau COVID, il y avait un nouveau confinement donc c'est vrai que c'était une période un peu étrange où les gens avaient encore peur de consulter par moment avec des fois des créneaux vides... » 16.6*

C'est finalement l'absence de validation de l'importance de son travail qui reste le point constant retrouvé dans nos entretiens, et qui vient se confronter avec les raisons initiales de leur entrée en médecine : le besoin de rendre service, l'envie véritable d'être utile.

#### - La vision hospitalo-centrée

Au cours de nos entretiens auprès des internes de médecine générale, la formation hospitalo-centrée est également un point récurrent, vécue comme une difficulté supplémentaire par les internes, qui se sentent éloignés de leur future pratique. Ils reconnaissent néanmoins avoir reçu à l'hôpital une formation de qualité dans la plupart des cas. Pour un certain nombre d'internes, une approche plus libérale permettrait de se projeter plus facilement dans un exercice de médecin généraliste au décours de leur internat.

*« Après tu vois des pathologies plus avancées... Il aurait surtout fallu avoir plus de stages ambulatoires, ça c'est sûr. Après peut être que je suis biaisée parce que moi je veux faire du cabinet et que je veux pas travailler à l'hôpital. Mais heu... par exemple je sais pas moi, des consults avec un gynéco, avec un dermato de ville, peut être un cardio, un pneumo, juste des trucs en fait qui nous paraissent un peu plus proches quoi. Je pense.» 9.18, 9.19*

*[Au sujet des stages hospitaliers] : « et l'approche était quand même assez protocolaire, et finalement pas vraiment ce qui me correspondait, même si finalement je suis rentrée dans le moule et que ça m'a permis de passer les 6 mois. » 14.11*

*« Hum... rires. Je pense que ça dépend des stages. Globalement c'est un peu ça. Je pense que les urgences, les prat, SASPAS forcément c'est adapté. Med po ça dépend des trucs, plus ou moins quand même. J'avoue qu'il y a pas mal de prises en charge où j'utilise des médicaments ou trucs comme ça que tu pourras jamais utiliser en ville donc c'est moins... » 9.17*

*« La perception de la médecine générale durant l'internat elle est un peu faible hein... on a le stage prat' qui est pas vraiment... de l'observation de cabinet heu voilà... il y a que les 6 mois de SASPAS où l'on perçoit vraiment ce que c'est la médecine générale, et encore c'est hyper dépendant de ses prat' donc heu... c'est une sorte de médecine générale, je suis pas sûr qu'on puisse dire que en voyant l'exercice de trois prat' ça soit percevoir exactement la médecine générale. » 5.10; 5.11*

#### - Le sentiment d'imposture

On a vu plus haut que l'absence de reconnaissance des efforts fournis par les internes, l'absence de validation de l'utilité de leur travail, est à l'origine d'un sentiment de dévalorisation, et parfois d'une perte de sens au travail.

De la même façon, bien qu'ils évoquent spontanément un certain nombre de difficultés ou de défis relevés avec plus ou moins de facilité, ces obstacles sont presque toujours minimisés, relativisés dans le discours. Ils peuvent être comparés avec les difficultés rencontrés dans d'autres spécialités, ou par des pairs.

*« Un parcours vraiment simple. » 1.8*

*« Heu l'externat, c'était chiant, je peux le dire, (rire), après franchement je pense que je l'ai moins bien vécu, enfin j'ai pas aussi mal vécu que certains d'entre nous donc ça allait. » 9.11*

*« Au niveau psychologique et tout j'avais pas du tout de problème, enfin j'ai pas fait de crise d'angoisse ou de trucs comme ça. Après c'est des études pressantes, t'as le concours et tout, mais heu... non globalement ça va ». 9.12*

*« Heu ouais. J'ai pas eu de grosse surprise, ni d'ambiance négative. Je trouve que j'ai eu un internat plutôt cool quoi par rapport à peut être d'autres spécialités qui le vivent vraiment mal ou autre, enfin ou peut-être même des internes de médecine générale qui ont des stages peut être un peu plus durs ». 10.11*

Ce point est aussi retrouvé parfois à l'évocation de la part de « chance » dans leur réussite, mis en avant par rapport aux efforts fournis. Dans le même narratif, on peut retrouver l'évocation de difficulté ou de souffrance, puis qualifier son parcours de « simple », « classique » ou « sans encombre ».

*« Euh... Je l'ai eu du premier coup en étant un peu chanceuse parce que j'étais la dernière prise. Je l'ai très mal vécue cette année là et du coup très contente qu'il n'y en ai eu qu'une seule ! » 8.1*

*« Je sais pas mais moi je trouve que j'ai plutôt eu de la chance dans mon parcours et je me suis jamais vraiment senti en difficulté dans un stage quoi. [...] » 10.13*

On peut y voir une stratégie de coping pour mettre à distances certaines expériences désagréables. On peut aussi penser qu'en ne se reconnaissant pas de mérite, les internes interrogés participent à un sentiment de poly-incompétence et au rejet des responsabilités. Ainsi, l'absence de validation et la minimisation par les internes de la place des difficultés qui font leur parcours, conduisent à une perte de confiance en soi, voire à un sentiment d'imposture.

*« Et après là où j'étais le plus en difficulté c'est que j'aime pas les situations d'urgences, après je sais pas si on peut dire vraiment que j'étais en difficulté mais par exemple les gardes aux urgences bah y'a des cas un peu plus graves où j'étais moins à l'aise ». 4.16*

*« Ouais, par exemple pendant les stages chez le prat, d'avoir autant de responsabilités, du fait de faire avec des petits moyens, de pas forcément savoir ce qu'il en advient après, bah ça je trouve que c'est compliqué à gérer. » 11.14*

## c.2 : L'équilibre vie professionnelle / vie personnelle

Lorsque nous avons interrogés les internes sur leur vécu de leurs études, un point évoqué presque systématiquement est la balance entre la richesse de leur vie professionnelle et leur vie personnelle. C'est toujours un défi.

Ce point semble important à souligner : lorsque l'on parle de leur internat, il n'est pas uniquement question de formation, mais aussi d'une tranche de vie, avec ses projets personnels, familiaux, de couple et de parentalité. La subdivision n'est pas seulement le choix d'un lieu d'exercice, mais avant tout d'un lieu de vie ; les choix sont parfois des choix de couple.

*« Tout à Nantes l'externat et puis après j'ai choisi l'internat à Nantes pour rester globalement proche de mes copains de médecine qui étaient à Nantes. Euh voilà. » 7.1*

*« [...] et avec mon conjoint on voulait se rapprocher de la mer, on se voyait vraiment dans l'ouest. On a hésité avec Rennes, Angers, Nantes... Et finalement on a arrêté notre choix sur Nantes en fonction de plusieurs paramètres, notamment lui sa spécialité. » 3.6*

*« Et je suis partie avec mon copain du coup à Nantes, qui était ok, qui a validé la ville. » 8.6*

*« Et j'ai choisi Nantes parce que j'avais envie de bouger de Paris, et j'avais quelques connaissances. » 4.7*

Le soutien des proches est évoqué comme un élément fondamental de cette balance, nécessaire pour surmonter les défis posés. Le temps libre et la possibilité de développer des activités extérieures à la pratique médicale participent au bien-être des internes.

*« Ok. Bah plutôt bien. C'est quand même on va pas se mentir un internat qui est quand même qui nous laisse du temps pour faire autre chose. Donc c'est plutôt agréable. » 5.15*

*« Après j'ai pris une dispo pour congé parental quoi... Je trouvais que ça faisait du bien de faire une pause, de prendre du temps pour soi. » 8.11*

### c.3 : Les éléments de l'adaptabilité

Pour traverser l'internat et relever les défis de la formation en médecine générale, on retrouve dans le discours la nécessité d'une grande adaptabilité. L'apprentissage de différentes compétences à adapter à sa pratique future, la résistance au stress, la mise en place d'une certaine hygiène de vie sont des stratégies évoquées.

*« Mais dans l'ensemble je dirai que ça m'a plu. Même les stages qui ne m'ont pas vraiment plu m'ont appris plein de choses qu'après tu peux adapter à ta pratique ambulatoire. » 6.24*

*« Euh... Globalement je l'ai plutôt bien vécu parce que c'est intéressant de pouvoir changer comme ça régulièrement de stage même si quand on s'habitue c'est un peu plus compliqué de changer. » 16.17*

*« Après en termes de fatigue et de rythme je pense que ce qui ont une hygiène de vie horrible à l'internat c'est un peu dur à suivre. Mais sinon non, globalement j'ai plutôt bien vécu le truc. » 9.15*

Les internes soulignent aussi que l'internat est aussi le temps de la découverte de leur futur métier. Cela leur permet de déconstruire leurs aprioris de l'exercice de la médecine générale, qui découlent d'une vision souvent tronquée durant le deuxième cycle.

*« J'avais pas imaginé l'internat, parce qu'on n'a pas trop d'information là-dessus durant l'externat, on sait qu'on va avoir des stages, et comment ils vont être à peu près. Mais c'est vrai que je ne projetais pas du tout l'internat. » 17.25*

*« Ce que j'avais imaginé... non alors après ça dépend mais par exemple sur mon SASPAS à xxxxx je trouvais qu'il y avait une transversalité qui était encore plus importante que ce que je pensais en médecine générale. J'avais plus la vision du médecin généraliste qui enchaîne les consult' avec un motif, une prescription et basta...donc heu le fait d'exercer je me rends compte que c'est beaucoup plus transversal. » 5.12;5.13;5.14*

*« Globalement oui... Je m'aperçois que c'est un peu plus vaste que ce que je pensais. Moi je ne savais pas qu'on pouvait être med gé en med po par exemple, dans certains trucs d'urgences il y avait des med gé. Je pensais que c'était vraiment que le cabinet, parce que en même temps je ne m'étais pas vraiment renseignée. Et puis j'ai découvert la PMI dans un stage, j'ai adoré. [...] Et puis en fait, je pense que j'avais un avis biaisé en tant que patient du médecin généraliste... Parce que bon, je pense que moi c'est pas très intéressant quand j'y vais. » 8.18;8.19;8.20*

On retrouve le besoin de résilience, la nécessité de faire des compromis pour les besoins de la formation.

*« C'est vrai qu'au début je voulais plutôt être à xxxxx et puis j'ai pas eu xxxxx. Mais au final j'étais très contente d'être à xxxxx parce que je pense que ça m'a mieux convenu parce que déjà on était en petites colloqs de 4 donc c'était bien pour rencontrer du monde. » 4.8*

*« [...] Mais avant de choisir méd Gé je savais que la maquette serait rigide donc je m'attendais un peu à ça. Et donc je savais, moi qui n'aime pas l'hospitalier, que j'y passerai quand même un an ou deux ». 6.22*

Le travail d'équipe, l'environnement de travail bienveillant, sont vécus comme un soutien dans l'adversité, qui permet de surmonter des conditions par ailleurs peu favorables.

*« [...] Enfin c'est toujours bienveillant, après il pouvait y avoir des grosses charges de travail, mais il y avait toujours beaucoup de bienveillance par rapport aux chefs, donc ça compense un peu. Oui je pense dans l'ensemble. » 10.13*

*« Je m'attendais vraiment à être seule dans le cabinet et de pas du tout demander d'avis et que c'était hyper dur. En fait les gens demandent souvent de l'aide tout le temps... Rires. Donc ça c'était un peu rassurant. » 12.24*

*« Et puis l'adrénaline, et puis le travail en équipe. J'ai adoré travailler en équipe, ce côté soudé. » 17.15*

#### c.4 : S'inspirer de ses stages

Les stages du troisième cycle sont évoqués comme des challenges, mais aussi et surtout comme des lieux d'apprentissage et d'inspiration. Ils permettent à l'interne de se mettre à l'épreuve de l'exercice de la médecine générale, d'apprivoiser ses propres compétences, pour définir des domaines de prédilection.

*« Je pense que les urgences parce que j'avais bien aimé la prise en charge aiguë, le fait de pouvoir faire un peu d'actes techniques, de pouvoir voir différentes choses ... Que ce soit des petites sutures, de la traumatologie de temps en temps avoir des patients qui vont en en SAUV, et cetera. Les urgences gynéco j'avais bien aimé parce qu'il y avait aussi toute une partie technique avec l'apprentissage de l'échographie. » 13.7*

*« L'HAD, le lien hôpital-ville, sert de plus en plus, on décharge de plus en plus sur la ville, et je trouvais ça intéressant de voir les structures qui font le lien aussi. » 17.10*

*« Et puis j'ai découvert la PMI dans un stage, j'ai adoré. Je ne savais pas que c'était des médecins aussi et ça c'est un truc qui me branche bien pour le coup. » 8.19*

C'est aussi l'endroit où l'interne commence à définir les priorités qui conditionneront la suite de sa vie professionnelle : l'environnement de travail, le besoin de faire partie d'une équipe, la taille des différentes structures, le besoin de ménager son temps libre. C'est en stage qu'ils identifient les éléments qui donnent du sens à leur pratique.

*« Et puis les urgences de xxxxx c'est une moins grosse structure et heu... y'avait une ambiance plus détendue. En tout cas j'ai préféré travailler à xxxxx que maintenant de faire des gardes aux urgences xxxxx. Donc oui ça s'est bien passé. » 4.9*

*« J'ai vraiment bien aimé xxxxx parce que c'est pareil du semi rural avec pas mal de gériatrie et des patients quand même parfois un peu lourd. » 4.12*

*« Après y'a mon stage de cabinet de dernier niveau, mon SASPAS. Parce que je me suis sentie à l'aise et que je me suis rendue compte que c'était ça que je voulais faire, donc c'était rassurant. » 17.19*

Ils permettent aux internes de s'identifier à un mode d'exercice, pour se projeter en tant que médecin généraliste.

*« [...] SOS médecins c'est bien de voir un peu comment ça se passe parce que je connaissais pas trop. Là-bas en fait ils font pas des nuits complètes ils font des espèces de demi-gardes, 20h-2h, enfin entre eux ils coupent. Le cabinet me convenait mieux parce qu'il y avait plus de suivi dans le long terme. » 4.10*

*« Bah j'ai fait mes urgences à xxxxx, après j'ai fait mon prat niveau un à xxxxx et puis à xxxxx, ça m'avait bien conforté dans mon choix, et les urgences je m'étais dit que je pourrais pas faire ça toute ma vie donc là aussi ça m'avait conforté dans mon choix. » 10.8*

*« J'étais dans une MSP où ils faisaient des RCP je trouvais ça génial. On voit que la médecine générale se modernise et on travaille de plus en plus en équipe et j'aimerais travailler dans cet esprit-là. » 15.12*

*« Après c'est le stage prat où je me suis rendu compte que c'était ce que je voulais faire ».  
18.11*

#### c.5 : Développement personnel et professionnel

Enfin, le discours des internes au sujet de leurs expériences en tant qu'étudiant en médecine fait référence aux différentes étapes de leur développement personnel et professionnel. Ils font face à de nombreuses difficultés, s'adaptent, développent des projets personnels et s'inspirent de leur vécu en stage pour imaginer leur future pratique.

Ils en retiennent l'expérience qu'ils acquièrent et prennent confiance en eux, de façon très corrélée à l'enseignement reçu en stage. Ils développent des compétences pour gérer leurs incertitudes. Ils découvrent leur identité de soignant. Ils apprennent à être acteurs de leur formation et développent un sentiment fort d'appartenance à la profession.

*« [...] Après j'ai fait le stage couplé xxxx. C'était pas mal pour être à l'aise avec les tout petits, et les urgences pédiatriques c'était pas mal pour voir de tout et être plus détendu après en ambulatoire. » 4.11*

*« Finalement je me rends compte en SASPAS que en revoyant les gens régulièrement ça donne plus confiance en soi et heu... Je ne m'attendais pas à autant d'incertitude. » 11.16*

*« Mais super intéressant. Euh... Grosse progression entre de début et la fin du stage donc c'est top. » 18.10*

*« En fait moi j'avais commencé les études de médecine en me disant que je ne ferai pas de médecine générale parce que ça me paraissait compliqué, je trouvais qu'il y avait beaucoup de relationnel et je n'étais pas forcément à l'aise là-dedans, j'étais assez timide... Alors que maintenant c'est ce qui me plaît le plus. » 6.14;6.15*

« Je voulais des stages couplés, et pas trop spécialisés. Parce que je trouve pas ça adapté au cabinet et que j'avais envie d'être un peu touche à tout, comme ce qui correspond à notre profession. » 17.8

La présence d'un encadrement bienveillant est associée à un épanouissement en tant que médecin. Elle permet la prise de confiance, participe à diminuer le sentiment d'imposture. Tout au long de leur parcours, les internes sont guidés par la recherche de sens et la volonté d'être utile en premier lieu. C'est bien souvent le décalage entre cette recherche de « service rendu » et l'absence de valorisation ressentie de leur travail qui peut créer de la frustration.

« Et puis l'utilité en stage qui apparaît progressivement où on se sent de plus en plus utile et où j'avais envie aussi d'être de plus en plus utile. Au début on se sent un peu plante verte en stage... Et finalement dès l'externat je voyais mon utilité à l'hôpital. Et puis à l'internat où là on est vraiment indispensables quoi. Et ça c'est cool. » 18.8

« Après j'ai fait xxxxx, ça s'est très bien passé, les chefs étaient top, que ce soit en xxxxx et après les chefs en xxxxx étaient jeunes donc c'était top. J'ai repris confiance en moi aussi. » 7.10

« J'ai fait beaucoup de secteur d'hospitalisation mais j'aime bien ça, et puis c'est là où je me sens le plus... Comment dire. Enfin je me sentais utile dans ces stages-là. J'aimais bien le contact avec les équipes. Voilà. » 18.14

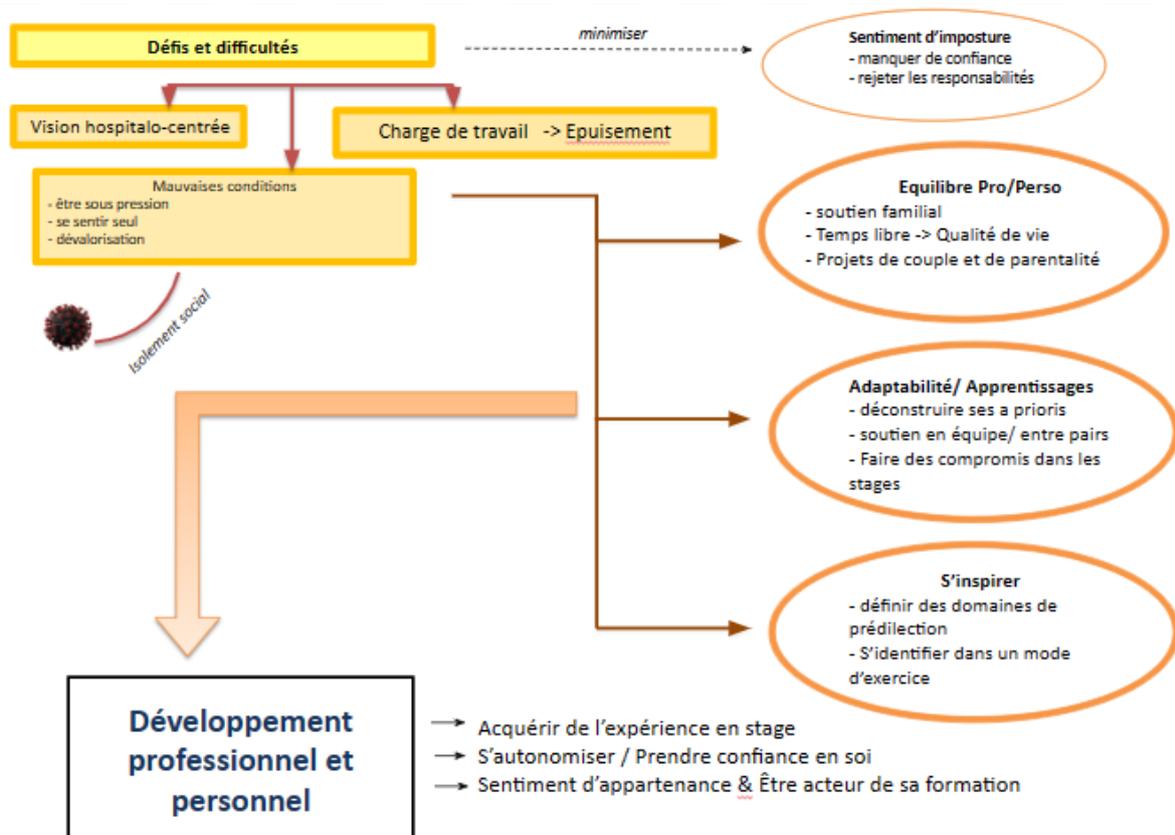


Schéma n°3 : Vécu des études de médecine par les internes de médecine générale  
 Le schéma n°3 met en lumière les liens logiques qui se dégagent du discours des internes interrogés en réponse à la question « Peux-tu me parler de ton parcours en médecine ? Quels sont les souvenirs que tu gardes de tes études ? »

Ces résultats sont globalement cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature. On retrouve l'importance des relations au travail, les difficultés organisationnelles et de charge de travail comme les éléments prégnants. (34)

#### **d) Les projets après l'internat**

La deuxième question de notre guide d'entretien concernait les projets et les aspirations des internes au sortir de l'internat. Elle était posée de la façon la plus large possible " Comment imagines-tu ta vie sur les cinq prochaines années ? Quels sont tes projets professionnels et personnels ? " pour laisser le plus de place possible à l'expression sincère des souhaits des internes.

##### d.1 : L'incertitude et le besoin de liberté

Une constante dans les différents entretiens menés est l'incertitude quant au projet professionnel. En effet, les internes font face brutalement à un changement de paradigme : la sortie d'un parcours long, exigeant et rigide, qui laisse peu de place à l'expression du projet personnel ; pour aller vers un grand nombre de possibilités. Ils sont à la recherche de ce sentiment de liberté.

*"et faire des remplacements un peu variés, dans un premier temps, en maison médicale, en cabinet de ville, un peu plus rural, etc... Pour voir." 2.11*

*"Parce que même si on a eu deux stages pendant l'internat, ben le niveau 1 c'est un peu dur de se projeter parce qu'on est encore jeunes internes. Là le SASPAS ça donne davantage d'idée mais je pense qu'il faut encore que je fasse des remplacements à droite à gauche pour voir ce que j'ai envie vraiment de faire. Et comment je vois ça, je ne sais pas encore si je veux faire du salariat ou du libéral, je n'ai pas décidé..." 2.12; 2.13*

*"Dans les 5 ans, je pense remplacer pendant 2 à 3 ans, le temps de trouver là où j'ai envie de m'installer, d'abord en essayant de pas prendre trop de remplacements fixes, pour pouvoir aller voir plein d'endroits différents, même si c'est un peu anxieux de changer tout le temps..." 17.28*

Cette volonté d'exploration, de découverte, va de pair avec l'envie de limiter les contraintes professionnelles. Ils veulent rester libres de changer d'avis, reprendre la main sur leur planning, pouvoir orienter leur pratique selon leurs envies.

*"J'ai pas forcément envie de m'installer tout de suite parce que ça me fait peur. J'ai l'impression que même si j'avais rencontré des médecins qui disaient que s'installer c'est simple, ben en fait j'ai quand même l'impression que tu es bloqué dans ton cabinet ; et que tu si tu trouves pas de rempla bah... T'es un peu coincé pour tes vacances etc... Enfin moi ça me stresse pas mal donc pour l'instant l'installation c'est pas quelque chose dont j'ai envie." 12.27*

*"Y a plein de choses qui m'intéressent en médecine, j'aimerais bien faire de l'échographie, ça pourrait me brancher. Là je m'intéresse de plus en plus à la médecine du sport mais je sais pas..." 12.26*

*“Pour le moment je me vois plus rester à Nantes mais on verra. Je suis pas fermé à l'idée de bouger.” 18.22*

*“Et après entre salariée ou libérale, aucune idée, ça dépend des opportunités qui se présenteront. Pour l'instant je m'imagine que le salariat c'est moins de contraintes, mais il y a sans doute aussi des inconvénients. Si c'est pour gagner un petit peu moins, c'est pas très grave... A la PMI en même temps ils étaient salariés et ça avait l'air pas mal...” 8.26*

Ces changements peuvent être angoissants pour les internes. Cela peut générer des difficultés à se projeter sur le long terme.

*“ Pour les années à venir c'est encore difficile de me projeter mais je pense que je ferai en parallèle du centre d'IVG quelques années de remplacements.” 14.24*

*“Au niveau professionnel comment j'imagine ma vie dans cinq ans ? Bah... pour l'instant c'est un peu flou, ça va être surtout des remplacements.” 11.17*

*“Bon après je remets beaucoup en question ma vie en ce moment hein Rires.” 12.31*

*“Mes projets... Ils sont pas tous hyper bien fixés. Je n'ai pas encore fixé à de nombreuses années.” 13.9*

*“Ben c'est compliqué hein de savoir, rires.” 10.14*

*“Débuter les remplas ça me fait peur... Ouais... Je ...Enfin disons que je remets beaucoup en question mon avenir dans la médecine. C'est quelque chose que j'aime bien mais peut-être que j'ai besoin de m'en éloigner pour que ça me manque et voir que j'ai envie d'y retourner parce que là je crois que j'ai un peu fait une overdose de médecine.” 12.12;12.13*

Dans cette envie d'exploration, on retrouve en filigrane la recherche de leur identité professionnelle propre : conscient des engagements qui correspondent à l'activité libérale, ils sont à la recherche de la “rencontre” avec le bon environnement de travail.

*“je pense plutôt faire des remplacements avant de savoir vraiment où est ce qu'on veut s'installer, enfin je pense que c'est important.” 10.16*

*“Enfin je veux dire des remplacements qui me permettent de réfléchir à comment je vais m'installer, où et comment, et je pense m'installer assez rapidement ensuite. Je pense dans les 3 ou 4 ans à venir, tout en essayant de garder une activité mixte avec le centre d'IVG dans l'idéal quoi.” 14.25*

*“Après l'objectif c'est que évidemment si je tombe sur un cabinet qui me plaît, quel que soit le délai et que je m'y sens bien, que je fasse du remplacement fixe sans trop traîner à chercher ailleurs. Avec l'idée de m'installer d'ici 4 à 5 ans. Pourquoi, parce que j'ai besoin de voir encore le fonctionnement des différents lieux, et les patients de différents lieux pour être sûre de trouver l'endroit où j'ai envie de m'installer, et les collaborateurs avec qui je me sentirai à l'aise et en sécurité.” 17.29; 17.30*

*“Bah non. Parce que du côté perso, je sais pas trop ce qui va se passer. Donc je vais pas m’installer dans un endroit si après je vais ailleurs quoi.” 10.18*

Dans cette recherche de leur identité professionnelle, les internes s’inspirent de leurs expériences en stage. C’est sur les terrains de stage qu’ils établissent leurs priorités, trouvent des modèles, ou parfois des contre-modèles. Ils cherchent à s’identifier à un type de pratique expérimentée en stage, libérale ou hospitalière.

*“Par rapport à mon projet pro... J’avais eu un gros coup de cœur professionnel avec mes maîtres de stages de mon prat niveau 1. Je me suis vraiment identifiée à leur pratique avec les patients et aussi leur pratique au sein du cabinet.” 3.7*

*“Et moi j’avais un de mes MSU qui faisait des demi-journées de consultation Cegid... Toutes mes chefs à la maison d’arrêt c’est des médecins généralistes et il y en avait qui faisaient autre chose à côté... Enfin voilà pas que du libéral oui idéalement.” 6.30*

*“Et là en ce moment, où je suis en stage, c’est des maisons de santé assez récentes qui donnent envie d’y aller, et je pense qui donnent envie aux gens de consulter aussi ! Du coup je dirai des locaux accueillants et des conditions de travail agréables.” 8.30*

*“Et puis là revirement de situation un peu le stage de médecine post-urgence m’a vraiment plu, j’ai l’impression d’apprendre énormément avec. Et ça me fait me rendre compte qu’il y a encore beaucoup de lacunes qui restent à combler !” 15.14*

La volonté de liberté correspond aussi pour certains des internes interrogés à la recherche d’une activité diversifiée, qui pourra être orientée selon les préférences personnelles. Elle peut se manifester par le souhait d’axer sa pratique sur un domaine en particulier, ou de chercher une activité mixte ambulatoire/ structure de soin hospitalière.

*“Je pense peut-être avec une pratique au centre de planification familial parce que je suis passée en gynéco à Saint Nazaire et j’ai beaucoup aimé le centre de planification, donc j’aimerai bien faire peut-être une demi-journée ou une journée par semaine dans ce centre, le reste en libéral.” 1.12*

*“Alors moi j’aimerai bien faire que du cabinet, faire un peu autre chose...” 6.28*

*“Donc je vais dire dans les deux prochaines années plus de la médecine hospitalière, de l’urgence pour travailler dans une structure hospitalière. Et ensuite repartir en médecine de ville avec une organisation des soins à l’échelle territoriale.” 15.16*

*“Mais après je me vois faire de la médecine générale avec un peu de salariat ou un peu d’hospitalier. Mixte dans l’idéal, après c’est utopique de dire et de réussir à faire exactement ça. Mais sur le long terme je me vois faire du mixte.” 5.22*

*“J’ai le projet aussi de bosser en centre de semi-urgence, pour faire un peu de technique. Le côté un peu pratique de garder un pied à l’hôpital.” 18.20*

On peut noter que pour certains internes, la fin de l’internat ne signifie pas la fin de la formation universitaire, et qu’ils restent centrés sur leurs projets de thèse avant tout.

*“Ben le temps de finaliser cette thèse et de profiter du réseau que je me suis créé avec l'internat.” 15.18*

*“Déjà de toute façon parce que j'ai pas fait ma thèse” 11.18*

## d.2 : La recherche de lien

En parallèle de ce sentiment d'incertitude, les internes expriment spontanément la volonté d'un exercice en groupe. Il s'agit pour eux de faire partie d'une équipe, ou d'un réseau de soin. Au-delà du partage de la charge de travail, il est aussi question de la peur de l'isolement professionnel, de la volonté de conserver du lien entre professionnels dans cet exercice. Chercher du soutien sur le plan professionnel, c'est aussi une façon de répondre à l'angoisse de l'incertitude.

*“Et je me vois bien en travail de groupe... MSP ou collaboration...” 3.10*

*“Et après, plutôt bosser dans un cabinet de groupe aussi.” 4.26*

*“J'aime bien aussi cette médecine générale un peu moderne où tu as vraiment un travail pluri-professionnel, où tu te réunis.” 15.11*

*“Je pense que c'est l'ambiance de travail dans un premier temps, le cadre de travail. Si je travaille dans un endroit où y'a une mauvaise ambiance, où y'a pas de soutien à côté, ça je pense que c'est juste pas possible, j'ai besoin d'avoir mon entourage professionnellement et même personnellement d'avoir du soutien à côté dans n'importe quelle situation et dans un cabinet je trouve ça hyper important quoi de pas être toute seule, c'est pas possible.” 10.20; 10.21; 10.22*

*“Enfin faire un mix en fait entre un lieu de vie qui me plaise, patientèle qui me plaise, offre de soin pas trop dégueulasse... Pour pas être tout seul dans ton cabinet au fond de la pampa !” 6.26*

*“Des trucs bêtes mais déjà ça sera un cabinet à plusieurs, mais parce que moi si je suis pas là et que j'ai pas de remplaçant je veux qu'il y ait un collègue qui puisse voir mes urgences. Je veux pas à avoir à regarder mes biologies durant mes congés, je veux pouvoir ne pas travailler tout le temps, ou avoir la charge mentale des patients, et culpabiliser du moindre repos en fait. [...] Je veux pouvoir aussi avoir un emploi du temps où je peux avoir ma vie à côté c'est à dire que je n'ai pas besoin d'assurer la permanence de soins tous les samedi<sup>s</sup> matin parce que je suis la seule dans le lieu” 17.31;17.32, 17.36*

Dans cet objectif de recherche de lien et de sécurité, débiter son exercice dans un environnement connu, ou rester attaché à un territoire est un élément rassurant. Les internes peuvent chercher à retourner travailler auprès de leurs anciens maîtres de stage, dans des conditions qu'ils connaissent, ou pour mettre à profit leur réseau ; tout en souhaitant rester libre de se déplacer selon leurs envies.

*“Ben je serais plutôt dans la région avec l'internat on commence à se faire un petit réseau, on connaît mieux les structures dans le coin. Donc heu... moi je vois plutôt bosser en libéral comme beaucoup de personnes, en commençant par des remplacements dans des cabinets*

*dans le coin, donc je pourrais retourner dans des cabinets que je connais déjà, à xxxxx par exemple ça m'avait bien plus.” 4.20*

*“Globalement l'idée c'est de rester dans le coin et de faire des remplacements.” 4.24*

*“Bah ... Là pour l'instant j'ai beaucoup travaillé en Vendée et ça m'a beaucoup plu. Donc je pense que dans un futur proche ce sera certainement la Vendée et après j'espère pouvoir peut-être bouger en fonction du contexte familial. Ben le temps de finaliser cette thèse et de profiter du réseau que je me suis créé avec l'internat.” 15.17;15.18*

#### d. 3 : Le temps de l'épanouissement personnel

Le temps du post-internat est aussi perçu comme le temps de l'épanouissement personnel. Certains internes peuvent exprimer le “flou” qui entoure cette période, ayant parfois délaissé leurs envies personnelles au profit de leurs études.

*“Niveau personnel j'ai pas vraiment de projet précis quoi.” 4.23*

*“Et au niveau personnel, je sais pas non plus... je ... dans les cinq ans, bah j'espère avoir un enfant... Est-ce que rester sur Nantes, est ce que aller en Bretagne ? Je sais pas trop... c'est un petit peu les projets à définir.” 11.20*

*“Aucune idée. C'est triste. Très triste.” 5.25*

*“Heu, bonne question. Heu, je sais pas, je pense que les priorités qui guident mes choix c'est principalement heu... Bah je sais pas, j'ai aucune réponse.” 10.19*

L'envie de se recentrer sur soi et sur ses projets personnels est parfois exacerbée par le sentiment d'épuisement exprimé en fin d'internat. On remarque aussi que la peur de l'épuisement professionnel est bien présente et conditionne parfois les choix d'exercice.

*“Euh... Ben c'est difficile parce que comme je vous ai dit à l'heure actuelle je me sens vraiment fatiguée. [...] Je ne sais pas trop après les médecins se sont battus pour rester en libéral mais c'est vrai que parfois je me demande « à quoi bon ? » parce que j'ai l'impression qu'ils sont tous en souffrance à travailler comme des tarés et je me dis « est ce que c'est vraiment ça l'objectif... ? ” 12.25, 12.30*

*“Moi j'ai pas envie de me buter au boulot, j'ai envie de travailler et que ce soit plaisant, euh...” 7.22*

*“Heu... Oui, ça va être mon bien être. C'est à dire que je pense qu'un médecin qui ne va pas bien ne soigne pas bien les gens” 17.34*

Dans leur futur exercice, la place accordée par les internes à leur temps libre, à leur vie de famille est un sujet de premier plan. Avoir la maîtrise de leur planning pour pouvoir gérer par eux-même l'équilibre temps de travail/temps personnel semble être un critère de choix essentiel.

*“Alors du coup moi j'ai déjà un enfant. [...] Je pense que ça sera une pratique sur quatre jours parce que je voudrais avoir ma vie de famille à côté, avec je pense deux jours avec des*

*horaires plus larges type 8h-19h ou 8h-19h30. Et peut être deux autres jours des horaires un peu plus light en commençant à 8h30 ou 9h et finir à 18h maximum.” 1.10;1.15*

*“Bah surtout ce qui peut conditionner mon exercice professionnel ça va être ma vie personnelle, j’ai envie de me dégager du temps personnel et de pas passer ma vie au travail. Notamment si j’ai un enfant, j’ai pas envie de le voir, de venir que le soir, donc bah ... c’est clairement ce qui va conditionner ma pratique future quoi. C’est dégager du temps personnel, et d’essayer de faire des journées avec des horaires à peu près convenables pour pouvoir avoir un vie compatible.” 11.21; 11.22*

*“Ouais, je pense. Je pense que ce qui va pas mal m’influencer pour plus tard, c’est de d’avoir justement du coup la main mise sur la façon dont je peux gérer mon temps donc je peux gérer en fait mon équilibre personnel. Avec mes activités à côté. Que ce soit en fait simplement prendre du temps pour, pour soi, pour faire du sport, pour ne pas être dans la course un peu perpétuelle, ouais. Ça, c’est quelque chose, je pense qui va beaucoup impacter.” 13.11*

*“Je préfère gagner moins mais en bossant moins que gagner énormément et ne pas pouvoir dépenser mon argent parce que tu fais que bosser. Donc c’est vraiment la qualité de vie que je prends en compte en premier.” 7.23*

Avoir du temps libre pour pouvoir se consacrer à ses proches mais aussi à d’autres activités non-médicales est un souhait partagé par l’ensemble des internes interrogés.

*“Après je sais pas combien de temps je travaillerai ni comment mais je dirais, la pratique qui me correspond, du temps libre pour me consacrer à mes loisirs, et puis avant du temps pour mon conjoint et mes proches.” 14.29*

*“Ça va être beaucoup la qualité de vie ça c’est sûr. Je vais surtout moduler, heu... c’est ce que je te disais, je vais surtout moduler mes horaires de boulot en fonction de moi ce que j’ai envie de faire déjà, de aussi pouvoir partir en voyage, enfin d’avoir des moments où je bosserai pas. Ca c’est sûr.” 9.25*

*“Donc pour l’instant ce serait plutôt des rempla mais j’ai très envie d’approfondir la musique, parce que je fais de la musique ; et j’ai vraiment envie de développer les choses perso que je n’ai pas pu vraiment développer pendant mes études.” 12.32*

*“Donc de pas être épuisé, d’arriver à faire autre chose à côté... Que ce soit sortir, faire du sport, voyager... des choses que j’aime bien faire quoi. Aller au ciné, profiter de ma famille, investir pour mon chez moi, des choses comme ça. Donc ça ce serait ma priorité quoi. Avoir mon confort et puis faire ce que j’aime.” 18.27*

Les projets post-internats comprennent souvent des considérations familiales et des choix à faire en couple. La recherche de stabilité dans la vie privée peut être un pré-requis aux choix professionnels.

*“Donc comment je me vois dans 5 ans... Déjà maman, mariée mais c’est en cours...” 2.15*

*“Ben oui après dans la vie personnelle j’ai envie de m’installer, fonder une famille.” 6.32*

*“Clairement pas à temps plein. Encore moins depuis que j’ai mon bébé, parce que je me rends compte que mes priorités ont un peu changé. Le travail c’est bien, j’aime beaucoup ce que je fais mais j’ai pas envie que ce soit au premier plan dans ma vie.” 8.25*

*“Après au niveau perso, j’aimerais bien être un peu plus stabilisée dans ma vie que de déménager tous les 6 mois. Ça serait déjà pas mal.” 9.23*

Enfin, l’envie de liberté et de découverte, l’anxiété au sujet de son avenir, la fatigue de l’internat, mais aussi de se recentrer sur son identité propre et ses projets personnels, débouchent souvent sur l’envie d’un “temps de pause” pour aborder sereinement l’après-internat.

*“Sinon globalement je suis contente... Mais je sens que je sors de l’internat fatiguée et que j’ai besoin d’une pause.” 12.11*

*“Déjà je me suis dit que je prendrai une pause en fin d’internat pour vraiment... En fait on a tellement une multitude de possibilités dans ce contexte où il manque de médecins partout, que... Pour nous c’est presque une chance qu’on a de pouvoir faire beaucoup de choses. Donc ça donne un peu le tournis donc j’ai envie de me poser un peu pour voir quelle direction je veux prendre.” 15.13*

#### d.4 : Remplir une mission de soin

Lorsqu’ils évoquent leurs aspirations après l’internat, les internes ne perdent pas de vue l’engagement qu’ils prennent auprès des patients ; et les responsabilités qui leur incombent. Être en responsabilité vis -à -vis des personnes qu’ils prennent en soin est un argument fort pour prendre le temps de réflexion avant un engagement, afin de réaliser leur mission de soin dans de bonnes conditions. Ils souhaitent aussi acquérir de l’expérience et prendre du recul pour pouvoir délivrer des soins de qualité et travailler dans le cadre strict de leurs compétences. C’est aussi ce sentiment de mission qui les encourage à choisir avec soin les projets territoriaux dans lesquels ils s’impliquent, afin de donner du sens à leur pratique.

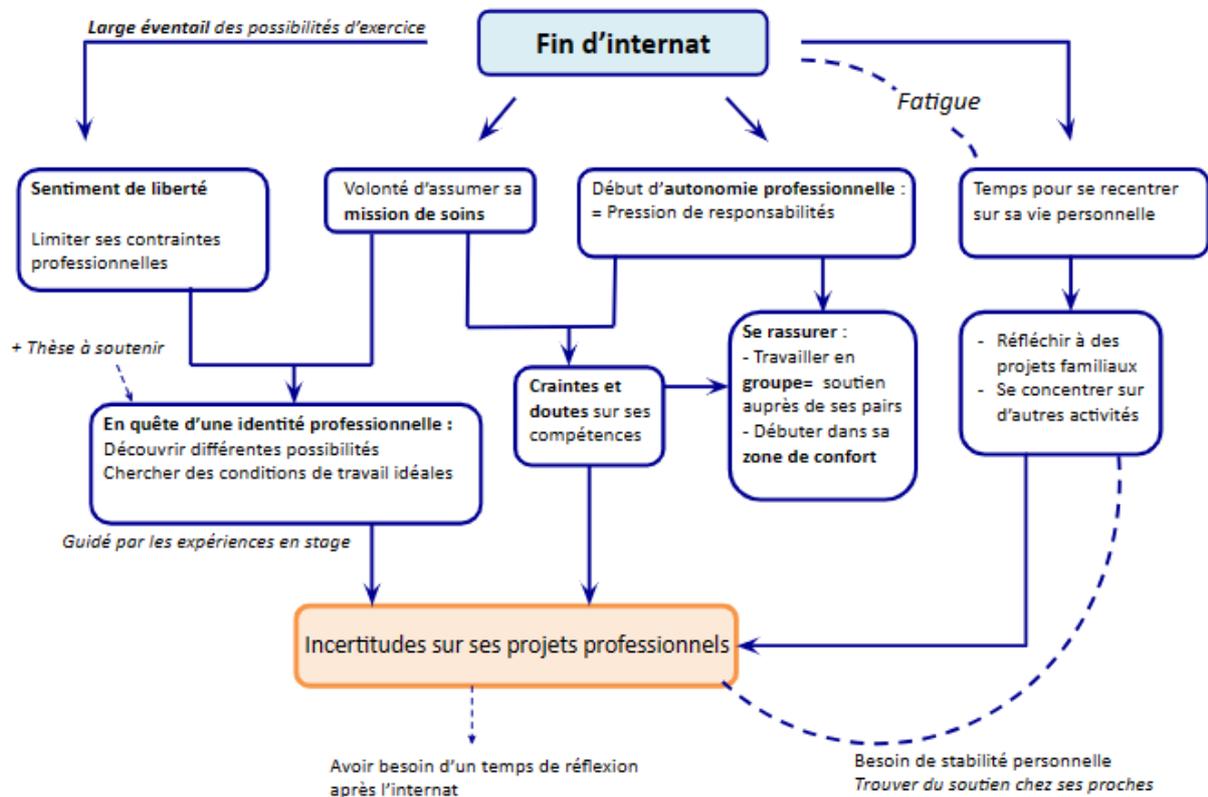
*“Plutôt une grosse maison de santé avec des projets d’éducation thérapeutique, de prévention. C’est des choses qui me parlent beaucoup.” 1.14*

*“Après c’est principalement ça et aussi la sécurité pour les patients de... s’y j’ai une absence pour un quelconque motif, qu’on puisse voir mes urgences sans que mes patients se sentent tous seuls.” 17.38*

*“Et euh... Être épanoui sur le plan professionnel. Donc me sentir utile, et me sentir compétent aussi dans ce que je fais. C’est pas toujours le cas encore, étant donné qu’on change tout le temps de travail. C’est pas évident de se sentir... Comment dire... Là on va devoir assumer des responsabilités qu’on n’a jamais eu à assumer et du coup je me dis qu’on est pas toujours... Compétent quoi.” 18.28*

*“Et après j’ai entendu une interne qui a fait un système de salariat à xxxxx et elle disait qu’elle avait beaucoup plus apprécié parce que t’avais des congés payés et en plus de ça tu avais trente minutes avec le patient, tu as pas la pression de rentabilité et que du coup tu avais moins l’impression d’être là pour faire du chiffre, tu avais vraiment l’impression d’être*

là pour le patient et que c'était beaucoup plus confortable. Donc y a ça qui me reste en tête." 12.29



#### Schéma 4 : Projets post-internats des internes en médecine générale.

Le schéma n°4 illustre les grands thèmes issus des entretiens au sujet des projets des internes après la fin de leur internat.

Nos résultats sont concordants avec les données existantes de la littérature : les facteurs influençant les choix professionnels des futurs médecins généralistes sont avant tout la situation familiale, la diversité de l'exercice médical, la liberté d'organisation du temps de travail, le travail d'équipe. La formation joue un rôle plutôt positif, source d'inspiration pour la pratique future. (35)

CHARBONNEAUX Alix  
CLEMENT Solène

Titre de Thèse : **Freins et Leviers pour la participation à la permanence des soins ambulatoires perçus par les internes en médecine générale du DMG de Nantes**

---

RESUME

La permanence de soins ambulatoires (PDSA) consiste à répondre à la demande de soins non programmés en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. A l'heure du débat public sur la démographie médicale et sur les inégalités d'accès aux soins en France, la participation des nouvelles générations de médecin généraliste à la PDSA est une question centrale.

Afin de comprendre les mécanismes de l'engagement ou non en permanence des soins ambulatoires pour les futurs médecins, nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès des internes en médecine générale du DMG de Nantes.

18 entretiens semi-dirigés ont été menés entre mai et septembre 2023.

Les internes interrogés mettent en avant un dilemme moral concernant leur participation future à la permanence des soins : S'ils se sentent concernés par la question de la permanence des soins ambulatoires, plusieurs freins s'opposent à leur engagement. Le sentiment d'incompétence voire d'illégitimité, la peur de l'inconnu, la peur d'être confronté à des conditions de travail dégradées sont autant d'appréhension à cette activité. La volonté d'être attentif à la balance vie professionnelle/vie personnelle et la peur de l'épuisement et de la surcharge de travail sont aussi évoquées. Enfin, certains internes remettent en question le service rendu par l'activité de PDSA.

En miroir de ces questionnements, les internes expriment se sentir investis d'une mission de soin, au sein de laquelle la permanence des soins ambulatoires peut s'intégrer. L'exercice de PDSA peut aussi être perçu favorablement comme une façon de diversifier sa pratique, à l'origine d'une rémunération attractive. Le volontariat, l'optimisation des conditions de travail, la possibilité d'être en équipe ou de se sentir inclus au sein d'un réseau de soins non programmés sont autant de leviers les incitant à y participer. Les internes expriment aussi leurs besoins de formation, leur envie d'être accompagné à la découverte de la permanence des soins ambulatoires sous ses différentes formes. Ils peuvent avoir des représentations erronées concernant l'organisation de la PDSA au niveau local.

**Mots-clés** : permanence des soins ambulatoires, maison médicale de garde, effectif mobile, régulation médicale, gardes de médecine générale, internes de médecine générale, freins et leviers à la participation