



HAL
open science

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une fiche type

Guillaume Camdeborde

► To cite this version:

Guillaume Camdeborde. Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une fiche type. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01067879

HAL Id: dumas-01067879

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01067879>

Submitted on 24 Sep 2014

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.

Université Bordeaux 2 – Victor Segalen
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

Thèse N° 57

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par **Guillaume CAMDEBORDE**

Né le 24 novembre 1984 à Pessac

Le 5 juin 2014

Titre de la thèse :

**Composition de la trousse d'urgence des médecins
généralistes du secteur 64B: étude prospective, proposition
d'une trousse type.**

Directeur de thèse : Docteur GROULT Vincent
Rapporteur de thèse : Professeur GRUSON Didier

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur J-L. Demeaux, Président

Monsieur le Professeur F. Sztark, juge

Madame la Maitre de Conférence Universitaire S. Duhamel, juge

Monsieur le Docteur F. Briol, juge

Monsieur le Docteur V. Groult, directeur et juge

Monsieur le Professeur Demeaux,

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse, et de juger ce travail.

Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Sztark,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail.

Soyez assuré de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

Madame la Maitre de Conférence Universitaire Duhamel Sylvie,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assurée de mon entière reconnaissance.

Monsieur le Docteur Briol Francis,

Vous me faites le grand honneur de juger ce travail.

Merci pour l'attention que vous avez porté tout au long de la réalisation de ce travail, et de vos conseils.

Merci pour la formation médicale que vous m'avez apporté. Ce fût un très grand plaisir de travailler à vos côtés.

Merci de me croire capable d'assurer votre succession professionnelle.

Soyez assuré de mon entière reconnaissance et de ma sincère amitié.

Monsieur le Docteur Groult Vincent,

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail et d'y avoir cru depuis le début.
Tes conseils m'ont été très utiles pour finaliser ce travail.

Merci pour la formation à la médecine d'urgence que tu m'as apporté lors
de mon internat.

Sois assuré de mon profond respect et de ma sincère amitié.

Monsieur le Professeur Gruson,

Merci pour toute l'attention que vous avez porté sur ce travail.

Soyez assuré de ma reconnaissance.

A mes parents, Béatrice et Jean-Marc,

Vous m'avez aidé et soutenu depuis toutes ces années, pour me permettre d'être là devant vous aujourd'hui. Je vous en suis reconnaissant.
Merci Papa et Maman de m'avoir donné l'amour de ce métier.

A mes sœurs, Alexia et Océane,

Pour leur soutien pendant toutes ces années et pour tous les moments de bonheur partagés.

A mon frère, Paul,

Merci pour ton éternel soutien depuis le début de mes études. Tu as toujours été d'une aide précieuse dans les moments de doute. Sans toi, je ne serais pas là pour devenir Docteur. Je t'en serai éternellement reconnaissant, sois assuré de ma plus grande affection.

A mon frère, Arthur,

De là où tu es, je sais que tu nous vois.

A mes grands-parents, Germaine et Jean,

Merci pour les valeurs que vous m'avez inculquées tant au plan familial que professionnel. Vous resterez un modèle de gentillesse et de courage.

A ma grand-mère, Monique,

Merci pour ton soutien et ta présence.

Au reste de ma famille, Oncles, Tantes et Cousins.

A la famille recomposée de Laruns,

A Christine et Philippe,

Merci pour votre accueil et votre générosité. Vous avez été d'un immense soutien ces dernières années dans les moments difficiles.

A Charlotte et Sylvain,

Merci pour votre joie de vivre et surtout pour ton sens de la fête.

A Catherine,

La plus fidèle correctrice de cette thèse. Merci, tu la connais autant que moi. Tu as été un soutien permanent durant ce travail, j'espère pouvoir en faire autant à mon tour.

A Nadia et Romain,

Merci pour la traduction Nadia. Romain merci pour le reste, mais je cherche encore... Si pour les forfaits et les digestifs...

A mamie Louissette et Amélie.

A mes amis,

Jérémy, un soutien durant toutes les années d'études, et maintenant un fidèle pour décompresser de temps en temps.

Damien, un pilier d'amitié.

Xavier.

A tous mes amis d'études : Alexis et Nadia, Sylvain et Sophie, Cédric, Paul, Guillaume, Agathe.

A tous mes co-internes : Chahid, la bande de l'internat de Bayonne été 2011.

A tous mes amis.

A ma belle famille,

A Marylis et Jean-Pierre.

A Beñat, Nathan et Chloé.

A Annie et Jean pour les lectures.

A Dominique et François, Claire et Camille.

A Martine et Laurent, Antoine et Jules.

A toutes les équipes médicales et paramédicales rencontrées à Bordeaux, Bayonne et à Pau, qui m'ont tant appris pendant de longues années. Vous avez fait preuve de patience et de courage pour me supporter.

A ma tendre épouse, Miren,

Merci pour ton soutien de chaque instant, tout au long de ces années et surtout ces derniers mois.

Quelques lignes ne suffiront pas pour t'exprimer toute ma reconnaissance et tout mon amour.

Merci de partager ces moments et notre future vie.

Merci pour ces deux grands moments qui ont marqué notre vie ces dernières années.

Je t'aime.

A mes enfants,

A Gabin,

Ton soutien et ton aide ont été précieux pour mettre le bazar lors de ces derniers mois de travail.

Mais tu as su me faire rire tout le long.

Je t'aime.

A Titouan,

A l'heure où j'écris ces lignes nous t'attendons de pied ferme, mais tu tardes à venir...

Personne ne peut corriger ces quelques lignes, car ton sexe et ton prénom sont une surprise que tes parents réservent à tout le monde. En espérant juste que nous ayons bien vu ton anatomie lors des échographies...

La grossesse de ta maman n'a pas été facile, à cause de mon humeur, mais c'est bientôt fini, et nous allons être tranquille...

Je t'aime.

Abréviations :

- ACR : Arrêt Cardio Respiratoire.
- AINS : Anti Inflammatoire Non Stéroïdiens.
- AMU : Aide Médicale Urgente.
- ARS : Agences Régionales de Santé.
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral.
- BAVU : Ballon Auto remplisseur à Valve Unidirectionnelle.
- BPCO : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive.
- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
- CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels.
- CSP : Code de Santé Publique.
- DEP : Débit Expiratoire de Pointe.
- DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
- ECG : Electrocardiogramme.
- EVA : Echelle Visuelle Analogique.
- FIR : Fonds d'Intervention Régional.
- HAS : Haute Autorité Sanitaire.
- HTA : Hyper Tension Artérielle.
- IDM : Infarctus Du Myocarde.
- MCE : Massage Cardiaque Externe.
- OAP : Œdème Aigu Pulmonaire.
- OMS : Organisation Mondiale pour la Santé.
- PDS : Permanence Des Soins.
- PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires.
- SAMU : Service d'Aide Médicale d'Urgence.
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence.
- SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.
- RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire.

Table des matières

Introduction	17
1 Généralités sur l'urgence en médecine générale :	19
1.1 Evolution de la trousse d'urgence de médecine générale	19
1.2 Définition de l'Urgence en médecine générale.....	22
1.2.1 L'urgence vitale	22
1.2.2 L'urgence vraie	22
1.2.3 L'urgence ressentie	22
1.2.4 L'urgence de confort.....	23
1.3 Obligations médico-légales des médecins généralistes	24
1.3.1 Code pénal.....	24
1.3.2 Code de déontologie	24
1.3.2.1 Assistance à personne en danger.....	24
1.3.2.2 Qualité des soins	24
1.3.2.3 Continuité des soins.....	25
1.3.2.4 Permanence des soins	26
1.3.2.5 Matériel diagnostique et/ou thérapeutique.....	26
1.4 Organisation Permanence Des Soins Ambulatoires	27
1.4.1 Définition Permanences Des Soins Ambulatoires	27
1.4.2 La régulation médicale libérale	27
1.4.3 L'effecteur	28
1.4.4 Déclinaison territoriale de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire en Aquitaine.....	29
1.4.5 Déclinaison territoriale de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire dans les Pyrénées-Atlantiques	31
1.5 Médecin Correspondant SAMU	33
1.5.1 Création du concept MCS.....	33
1.5.2 Définition MCS.....	34
1.5.3 Matériel et Médicaments	34
1.5.4 Financement et Responsabilité juridique	35
1.5.5 Objectif : Continuité de la réponse à l'urgence.....	35
1.6 Les urgences en médecine générale : motifs de recours, fréquence de survenue des pathologies, et prise en charge thérapeutique.....	35
1.6.1 Motif de recours en médecine générale dans le cadre de l'urgence	35
1.6.2 Fréquence de survenue des pathologies en médecine générale dans le cadre de l'urgence.....	37
1.6.3 Thérapeutiques nécessaires en médecine générale dans le cadre de l'urgence	38
1.6.3.1 Urgences cardiologiques.....	39
1.6.3.1.1 L'Arrêt Cardio-Respiratoire.....	39
1.6.3.1.2 L'Infarctus du myocarde	40
1.6.3.1.3 L'Œdème pulmonaire aigu	40
1.6.3.1.4 L'Hypertension artérielle.....	41
1.6.3.2 Urgence infectieuse : le purpura Fulminans	41
1.6.3.3 Urgence psychiatrique : l'agitation	42
1.6.3.4 Urgences neurologiques	42
1.6.3.4.1 Le coma.....	42
1.6.3.4.2 L'accident vasculaire cérébral	43
1.6.3.4.3 L'épilepsie.....	43
1.6.3.5 Urgences pneumologiques.....	44
1.6.3.5.1 La détresse respiratoire	44
1.6.3.5.2 La crise d'asthme.....	45
1.6.3.5.3 La décompensation de broncho-pneumopathie chronique obstructive.....	45
Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type.	9

1.6.3.6	Choc anaphylactique et Oedème de Quincke	46
1.6.3.7	L'hypoglycémie	46
1.6.3.8	La laryngite.....	47
1.6.3.9	La douleur aigue	47
1.7	Constitution d'une trousse médicale d'urgence : conditions d'obtention, coût et financement	48
1.7.1	Conditions d'obtention du matériel et des médicaments	48
1.7.2	Coût d'une trousse d'urgence de médecine générale.....	49
1.7.3	Financement d'une trousse d'urgence de médecine générale	50
2	Etude descriptive	51
2.1	Objectifs.....	51
2.2	Matériel et Méthode	51
2.2.1	La population.....	51
2.2.2	Première partie : Description de la démographie médicale et de la trousse d'urgence 52	
2.2.2.1	Le questionnaire.....	52
2.2.2.2	L'étude	54
2.2.2.3	L'analyse statistique	54
2.2.3	Deuxième partie : Diffusion d'une fiche type.....	55
2.2.3.1	La fiche type	55
2.2.3.2	L'étude	56
2.2.3.3	L'analyse statistique	56
3	Résultats	57
3.1	Première partie : Description de la démographie médicale et de la trousse d'urgence.....	57
3.1.1	La population des médecins généralistes	57
3.1.1.1	Première partie : Démographie médicale et géographique	57
3.1.1.1.1	Le sexe.....	57
3.1.1.1.2	L'âge	58
3.1.1.1.3	La participation à un tour de garde.....	59
3.1.1.1.4	La pratique de visites à domicile et le nombre.....	60
3.1.1.1.5	Le mode d'exercice et la distance d'une structure SMUR.....	61
3.1.1.1.6	La possession d'une trousse d'urgence et son utilité	62
3.1.1.1.7	La fréquence annuelle d'utilisation de la trousse d'urgence	64
3.1.1.1.8	La dernière pathologie rencontrée.....	65
3.1.1.2	Deuxième partie : Composition de la trousse d'urgence	66
3.1.1.2.1	La nature du contenant.....	66
3.1.1.2.2	Le matériel Diagnostique.....	67
3.1.1.2.3	Le matériel de soins	68
3.1.1.2.4	Les thérapeutiques cardiologiques	69
3.1.1.2.5	Les thérapeutiques antalgiques.....	70
3.1.1.2.6	Les thérapeutiques pneumologiques	71
3.1.1.2.7	Les thérapeutiques infectieuses	72
3.1.1.2.8	Les thérapeutiques psychotropes	73
3.1.1.2.9	Les thérapeutiques de perfusion	74
3.1.1.2.10	Les autres thérapeutiques	75
3.1.1.2.11	Les certificats.....	76
3.1.1.3	Troisième partie : Généralités sur la trousse d'urgence.....	77
3.1.1.3.1	Le rythme de vérification.....	77
3.1.1.3.2	L'élaboration de la trousse d'urgence	78
3.1.1.3.3	Nécessité d'une formation.....	79
3.1.1.3.4	Le coût d'une trousse d'urgence	80
3.1.1.3.5	Une aide par rapport à ce travail.....	81
3.1.1.3.6	Modification de la trousse par rapport à ce questionnaire.....	82
3.1.1.4	Quatrième partie : Commentaire ou suggestion libre.....	82
3.1.1.4.1	Les moyens de communication	83
Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type.		10

3.1.1.4.2	La réalité des urgences	83
3.1.1.4.3	L'usage de l'ECG et la responsabilité médico-légale	83
3.1.1.4.4	L'oxygène	84
3.1.1.4.5	Le coût de la trousse d'urgence et son financement	84
3.1.1.4.6	La gestion des péremptions et du stock	84
3.1.2	La composition de la trousse selon le sexe	85
3.1.2.1	Le matériel diagnostique	85
3.1.2.2	Le matériel de soins	86
3.1.2.3	Les thérapeutiques cardiologiques	87
3.1.2.4	Les thérapeutiques antalgiques	88
3.1.2.5	Les thérapeutiques pneumologiques	89
3.1.2.6	Les thérapeutiques infectieuses	90
3.1.2.7	Les thérapeutiques psychotropes	91
3.1.2.8	Les thérapeutiques de perfusion	92
3.1.2.9	Les autres thérapeutiques	93
3.1.2.10	Les certificats	94
3.1.3	La composition de la trousse selon l'âge	95
3.1.3.1	Le matériel diagnostique	95
3.1.3.2	Le matériel de soins	96
3.1.3.3	Les thérapeutiques cardiologiques	97
3.1.3.4	Les thérapeutiques antalgiques	98
3.1.3.5	Les thérapeutiques pneumologiques	99
3.1.3.6	Les thérapeutiques infectieuses	100
3.1.3.7	Les thérapeutiques psychotropes	101
3.1.3.8	Les thérapeutiques de perfusion	102
3.1.3.9	Les autres thérapeutiques	103
3.1.3.10	Les certificats	104
3.1.4	La composition de la trousse selon la participation à un tour de garde	105
3.1.4.1	Le matériel diagnostique	105
3.1.4.2	Le matériel de soins	106
3.1.4.3	Les thérapeutiques cardiologiques	107
3.1.4.4	Les thérapeutiques antalgiques	108
3.1.4.5	Les thérapeutiques pneumologiques	109
3.1.4.6	Les thérapeutiques infectieuses	110
3.1.4.7	Les thérapeutiques psychotropes	111
3.1.4.8	Les thérapeutiques de perfusion	112
3.1.4.9	Les autres thérapeutiques :	113
3.1.4.10	Les certificats	114
3.1.5	La composition de la trousse selon le mode d'exercice et la distance d'intervention du SMUR	115
3.1.5.1	Le matériel diagnostique	115
3.1.5.2	Le matériel de soins	116
3.1.5.3	Les thérapeutiques cardiologiques	117
3.1.5.4	Les thérapeutiques antalgiques	118
3.1.5.5	Les thérapeutiques pneumologiques	119
3.1.5.6	Les thérapeutiques infectieuses	120
3.1.5.7	Les thérapeutiques psychotropes	121
3.1.5.8	Les thérapeutiques de perfusion	122
3.1.5.9	Les autres thérapeutiques	123
3.1.5.10	Les certificats	124
3.1.6	La composition de la trousse selon la pratique et le nombre de visites à domicile	125
3.1.6.1	Le matériel diagnostique	125
3.1.6.2	Le matériel de soins	126
3.1.6.3	Les thérapeutiques cardiologiques	127
3.1.6.4	Les thérapeutiques antalgiques	128
3.1.6.5	Les thérapeutiques pneumologiques	129
3.1.6.6	Les thérapeutiques infectieuses	130
3.1.6.7	Les thérapeutiques psychotropes	131

3.1.6.8	Les thérapeutiques de perfusion	132
3.1.6.9	Les autres thérapeutiques	133
3.1.6.10	Les certificats	134
3.2	Deuxième partie : Diffusion d'une fiche type de composition de la trousse d'urgence.....	135
3.2.1	Utilité de la fiche type de composition de la trousse d'urgence	135
3.2.2	Modification de la trousse d'urgence à partir de la fiche type	136
4	Discussion	137
4.1	Les biais de l'étude.....	137
4.1.1	Population cible.....	137
4.1.2	Mode de diffusion	137
4.1.2.1	Les avantages.....	137
4.1.2.2	Les inconvénients	138
4.2	Le taux de réponses.....	138
4.3	La démographie médicale	138
4.3.1	Le sexe	138
4.3.2	L'âge.....	139
4.3.3	Les caractéristiques du mode d'exercice.....	139
4.3.3.1	Le lieu d'exercice.....	139
4.3.3.2	La pratique de visites	140
4.3.3.3	La participation à un tour de garde	140
4.3.3.4	Les recours urgents rencontrés en médecine générale	141
4.4	Généralités sur la trousse d'urgence	142
4.4.1	La possession d'une trousse et son utilité	142
4.4.2	La fréquence d'utilisation.....	142
4.4.3	La vérification des péremptions.....	142
4.4.4	L'élaboration de la trousse d'urgence.....	143
4.5	Composition de la trousse d'urgence	144
4.5.1	Le contenant.....	144
4.5.2	Le contenu.....	144
4.5.2.1	Le matériel diagnostique.....	144
4.5.2.2	Le matériel de soins.....	146
4.5.2.3	Les thérapeutiques cardiologiques.....	147
4.5.2.4	Les thérapeutiques antalgiques.....	148
4.5.2.5	Les thérapeutiques pneumologiques.....	149
4.5.2.6	Les thérapeutiques infectieuses.....	149
4.5.2.7	Les thérapeutiques psychotropes.....	149
4.5.2.8	Les thérapeutiques de perfusion	149
4.5.2.9	Les autres thérapeutiques	150
4.5.2.10	Les certificats	150
4.6	Le coût d'une trousse d'urgence.....	151
4.7	Utilité de ce travail.....	152
5	Conclusion.....	153
6	Bibliographie.....	154
	ANNEXE 1 : Grille de cotation des honoraires médicaux en médecine générale ambulatoire	158
	ANNEXE 2 : Secteurs de garde sur le territoire PDS SAMU 64B Béarn et Soule	160
	ANNEXE N°3 : Liste de matériel et de médicaments proposée par la SFMU pour le MCS.....	172

ANNEXE N°4: Un exemple de contrat fonctionnel « médecin – établissement de santé siège du SAMU ».....	174
ANNEXE N°5 : Liste des médecins du secteur 64B comprenant leur lieu d'exercice et leur adresse mail.....	177
ANNEXE N°6 : Questionnaire de l'étude : Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes sur le secteur 64B Béarn et Soule...	188
ANNEXE N°7 : Liste de Trousse d'urgence type quelque soit l'activité du médecin généraliste avec dosage, forme, durée de vie des molécules, et coût.	194
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	199

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: TROUSSE MEDICALE DE 1911	19
FIGURE 2: INSTRUMENTS DIAGNOSTIQUES DE 1911	20
FIGURE 3: SATUROMETRE ET ECG PORTABLES.	21
FIGURE 4: MALETTE AMPOULIER D'URGENCE.	21
FIGURE 5: SECTORISATION PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN AQUITAINE.	30
FIGURE 6: SECTORISATION PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES DANS LES PYRENEES-ATLANTIQUES ET DANS LE SECTEUR SAMU 64B BEARN ET SOULE	31
FIGURE 7: SEXE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	57
FIGURE 8: AGE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	58
FIGURE 9: PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	59
FIGURE 10: PRATIQUE DE VISITES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	60
FIGURE 11: MODE D'EXERCICE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	61
FIGURE 12: POSSESSION D'UNE TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	62
FIGURE 13: UTILITE DE LA POSSESSION D'UNE TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	63
FIGURE 14: DERNIERE PATHOLOGIE URGENTE RENCONTREE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	65
FIGURE 15: NATURE DU CONTENANT DE LA TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	66
FIGURE 16: MATERIEL DIAGNOSTIQUE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	67
FIGURE 17: MATERIEL DE SOINS DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	68
FIGURE 18: THERAPEUTIQUES CARDIOLOGIQUES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	69
FIGURE 19: THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	70
FIGURE 20: THERAPEUTIQUES PNEUMOLOGIQUES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	71
FIGURE 21: THERAPEUTIQUES INFECTIEUSES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	72
FIGURE 22: THERAPEUTIQUES PSYCHOTROPES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	73
FIGURE 23: THERAPEUTIQUES DE PERFUSION DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	74
FIGURE 24: AUTRES THERAPEUTIQUES DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	75
FIGURE 25: CERTIFICATS COMPOSANT LA TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	76
FIGURE 26: RYTHME DE VERIFICATION DE LA TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	77
FIGURE 27: SOURCES D'ELABORATION DE LA TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	78
FIGURE 28: INTERET D'UNE FORMATION POUR LA COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	79
FIGURE 29: ESTIMATION DU COUT DE LA TROUSSE D'URGENCE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.	80
FIGURE 30: AIDE PAR RAPPORT A CETTE ENQUETE DE LA POPULATION DES MEDECINS GENERALISTES.....	81
FIGURE 31: MODIFICATION DE LA COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE A PARTIR DU QUESTIONNAIRE DE L'ETUDE.	82
FIGURE 32: MATERIEL DIAGNOSTIQUE SELON LE SEXE.	85
FIGURE 33: MATERIEL DE SOINS SELON LE SEXE.	86
FIGURE 34: THERAPEUTIQUES CARDIOLOGIQUES SELON LE SEXE.....	87
FIGURE 35: THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES SELON LE SEXE.....	88
FIGURE 36: THERAPEUTIQUES PNEUMOLOGIQUES SELON LE SEXE.....	89
FIGURE 37: THERAPEUTIQUES INFECTIEUSES SELON LE SEXE.....	90
FIGURE 38: THERAPEUTIQUES PSYCHOTROPES SELON LE SEXE.	91
FIGURE 39: THERAPEUTIQUES DE PERFUSION SELON LE SEXE.	92
FIGURE 40: AUTRES THERAPEUTIQUES SELON LE SEXE.....	93
FIGURE 41: CERTIFICATS SELON LE SEXE.....	94
FIGURE 42: MATERIEL DIAGNOSTIQUE SELON L'AGE.....	95
FIGURE 43: MATERIEL DE SOINS SELON L'AGE.....	96
FIGURE 44: THERAPEUTIQUES CARDIOLOGIQUES SELON L'AGE.	97
FIGURE 45: THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES SELON L'AGE.	98
FIGURE 46: THERAPEUTIQUES PNEUMOLOGIQUES SELON L'AGE.	99
FIGURE 47: THERAPEUTIQUES INFECTIEUSES SELON L'AGE.	100
FIGURE 48: THERAPEUTIQUES PSYCHOTROPES SELON L'AGE.....	101
FIGURE 49: THERAPEUTIQUES DE PERFUSION SELON L'AGE.....	102
FIGURE 50: AUTRES THERAPEUTIQUES SELON L'AGE.	103
FIGURE 51: CERTIFICATS SELON L'AGE.	104
FIGURE 52: MATERIEL DIAGNOSTIQUE SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.....	105
FIGURE 53: MATERIEL DE SOINS SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	106
FIGURE 54: THERAPEUTIQUES CARDIOLOGIQUES SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.....	107

FIGURE 55: THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	108
FIGURE 56: THERAPEUTIQUES PNEUMOLOGIQUES SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	109
FIGURE 57: THERAPEUTIQUES INFECTIEUSES SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	110
FIGURE 58: THERAPEUTIQUES PSYCHOTROPES SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	111
FIGURE 59: THERAPEUTIQUES DE PERFUSION SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	112
FIGURE 60: AUTRES THERAPEUTIQUES SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	113
FIGURE 61: CERTIFICATS SELON LA PARTICIPATION A UN TOUR DE GARDE.	114
FIGURE 62: MATERIEL DIAGNOSTIQUE SELON LE MODE D'EXERCICE.	115
FIGURE 63: MATERIEL DE SOINS SELON LE MODE D'EXERCICE.	116
FIGURE 64: THERAPEUTIQUES CARDIOLOGIQUES SELON LE MODE D'EXERCICE.	117
FIGURE 65: THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES SELON LE MODE D'EXERCICE.	118
FIGURE 66: THERAPEUTIQUES PNEUMOLOGIQUES SELON LE MODE D'EXERCICE.	119
FIGURE 67: THERAPEUTIQUES INFECTIEUSES SELON LE MODE D'EXERCICE.	120
FIGURE 68: THERAPEUTIQUES PSYCHOTROPES SELON LE MODE D'EXERCICE.	121
FIGURE 69: THERAPEUTIQUES DE PERFUSION SELON LE MODE D'EXERCICE.	122
FIGURE 70: AUTRES THERAPEUTIQUES SELON LE MODE D'EXERCICE.	123
FIGURE 71: CERTIFICATS SELON LE MODE D'EXERCICE.	124
FIGURE 72: MATERIEL DIAGNOSTIQUE SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	125
FIGURE 73: MATERIEL DE SOINS SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	126
FIGURE 74: THERAPEUTIQUES CARDIOLOGIQUES SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	127
FIGURE 75: THERAPEUTIQUES ANTALGIQUES SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	128
FIGURE 76: THERAPEUTIQUES PNEUMOLOGIQUES SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	129
FIGURE 77: THERAPEUTIQUES INFECTIEUSES SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	130
FIGURE 78: THERAPEUTIQUES PSYCHOTROPES SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	131
FIGURE 79: THERAPEUTIQUES DE PERFUSION SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	132
FIGURE 80: AUTRES THERAPEUTIQUES SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	133
FIGURE 81: CERTIFICATS SELON LA PRATIQUE DE VISITE ET LE NOMBRE.	134
FIGURE 82: UTILITE DE LA FICHE TYPE DE COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE.	135
FIGURE 83: MODIFICATION DE LA TROUSSE A PARTIR DE LA FICHE TYPE DE COMPOSITION DE LA TROUSSE D'URGENCE.	136

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1: FREQUENCES DE SURVENUE DES PATHOLOGIES SELON LA ZONE ET LE TYPE D'ACTIVITE, ENQUETE REALISEE EN COTE D'OR EN 2000.....	38
TABLEAU 2: EFFECTIF DE LA POPULATION SELON LA FREQUENCE ANNUELLE D'UTILISATION DE LA TROUSSE.....	64

Introduction

Les situations d'urgence en médecine générale sont inévitables. Un médecin généraliste peut se retrouver au chevet d'un patient, dont l'état clinique initial était jugé non urgent, alors qu'en réalité il nécessite des soins urgents. Dans l'intérêt du patient, il devra assurer la prise en charge initiale, en attendant une équipe plus spécialisée. Il est donc inconcevable qu'un médecin généraliste ne dispose pas d'une trousse médicale d'urgence.

Lors de mes premiers remplacements, après avoir effectué mon semestre chez le médecin généraliste, j'ai rapidement été confronté à une grande disparité dans la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes : certains n'en avaient pas ou l'avaient très incomplète, d'autres en avaient une bien fournie mais où une grande partie des thérapeutiques était périmée.

Pour faire face à toutes les situations de remplacement, j'ai donc voulu confectionner ma propre trousse d'urgence sans avoir d'idées sur la composition type, ni sur le coût d'achat. Il n'existe pas de recommandations précises à ce sujet dans la littérature. On peut y retrouver des listes plus ou moins complètes, suggérées pour une activité médicale urbaine ou rurale. Le coût est un sujet rarement abordé.

Ma seule expérience personnelle se résumait à l'utilisation de la trousse de mes maîtres de stage : un sac pompier, très complet et très bien organisé.

Je me suis donc intéressé aux sacs d'urgence des médecins généralistes dans le secteur 64B, en réalisant une enquête de pratique pour étudier leur composition selon : l'âge, le sexe, la participation à un tour de garde, le lieu d'exercice et la distance d'intervention du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), l'activité en visite. Mon but est de réaliser une fiche type de contenu de trousse d'urgence permettant de faire face au plus grand nombre de situations, et d'en préciser le coût.

Dans la première partie de cette thèse, je définirai les urgences en médecine générale. Je rappellerai les obligations médico-légales que tout médecin est tenu de respecter. Ensuite, je présenterai la sectorisation de la Permanence des soins ambulatoires (PDSA) des Pyrénées-Atlantiques ; puis la nouvelle mission, mise récemment en place par le gouvernement, pour garantir un accès aux soins médicaux urgents, en moins de 30 minutes pour tout patient. Il s'agit du médecin correspondant SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence). Enfin, je traiterai des différentes urgences rencontrées en médecine générale, et leurs prises en charge thérapeutiques.

Dans la deuxième partie de cette thèse je présenterai l'enquête de pratique, descriptive : l'état actuel de la trousse d'urgence des médecins généralistes sur le secteur 64B. Une fiche type d'aide à la composition de celle-ci sera réalisée, avec une évaluation du coût d'achat. Cette fiche sera renvoyée aux médecins. Je leur demanderai s'ils la trouvent utile ; et s'ils modifieront la composition de leur trousse.

La troisième partie exposera les résultats de cette étude pour l'ensemble des médecins. Puis, je les détaillerai selon leur âge ; leur sexe ; leur lieu d'activité urbain, semi rural et rural, leur éloignement géographique par rapport à une structure de

SMUR ; leur participation ou non à un tour de garde ; leur pratique de visites à domicile dans leur activité quotidienne.

Dans la quatrième partie, j'effectuerai l'analyse et la discussion de ces résultats.

1 Généralités sur l'urgence en médecine générale :

1.1 Evolution de la trousse d'urgence de médecine générale

Au XIXème siècle, les médecins allaient au chevet du malade pour établir un diagnostic. En effet, ils ne pouvaient pratiquer que très peu d'examen para cliniques, et les possibilités d'hospitalisation étaient limitées. Une large place de leur sac de travail était réservée au diagnostic avec les différents instruments : stéthoscope, tensiomètre, thermomètre, otoscope, ophtalmoscope, abaisse langue, marteau réflexe ; et des instruments para cliniques : hémoglobinomètre, bandelettes urinaires (1). Un exemple de la trousse d'urgence des médecins généralistes en 1911 est présenté dans la figure 1, et des instruments diagnostics dans la figure 2.



Figure 1: Trousse Médicale de 1911 (1).



Figure 2: Instruments diagnostiques de 1911 (1).

Item 1 : Thermomètre. Item 2 : Stéthoscope mono auriculaire inventé en 1816 par Laennec. Item 3 : Stéthoscope bi auriculaire fabriqué en 1851. Item 4 : Tensiomètre. Item 5 : Abaisse langue. Item 6 : Otoscope. Item 7 : Ophtalmoscope. Item 8 : Marteau réflexe.

Quand les traitements étaient limités, le diagnostic était essentiel (1). Durant le XXème siècle, l'évolution des techniques et les améliorations thérapeutiques disponibles en milieu hospitalier et en ambulatoire ont permis de noter une évolution dans la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes, avec une part réservée aux thérapeutiques (2). Les nouvelles technologies et les avancées de la médecine ont permis de développer de nouveaux outils diagnostiques, comme le saturomètre (figure 3). Cet instrument est apparu dans les années 1980 dans les salles d'opération américaines, puis dans les services de surveillance continue, et en médecine générale (3). Nous pouvons aussi citer l'électrocardiographe (figure 3), indispensable dans la prise en charge des pathologies cardiaques en ambulatoire (4).



Figure 3: Saturomètre et ECG portables.

Les thérapeutiques, devenues plus accessibles à la médecine ambulatoire, ont pris une place importante dans la trousse du médecin. De nos jours, il est fréquent qu'un des deux compartiments de la trousse d'urgence soit réservé aux médicaments (figure 4). Il doit être facilement transportable pour permettre de faire face à l'urgence médicale (5, 6).



Figure 4: Malette ampoulier d'urgence.

Cependant, il n'existe pas de consensus sur la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes. Plusieurs études (5, 6, 7, 8) ont démontré que le choix du contenu est multifactoriel, et surtout inhérent au mode d'exercice, et aux habitudes du praticien.

1.2 Définition de l'Urgence en médecine générale

Selon le dictionnaire médical (7), l'urgence médicale:
« Désigne toute situation qui ne souffre pas de retard pour sa prise en charge. L'urgence peut être vitale (un état de détresse respiratoire ou circulatoire par exemple) et nécessite des mesures thérapeutiques rapides et adaptées à la situation ».

Le système de santé doit faire face en permanence à toutes les urgences de la population. Cela est d'autant plus difficile que l'appréciation de l'urgence diffère d'un individu à l'autre, et peut varier pour un même individu selon le contexte.

On définit plusieurs types d'urgences (8, 9, 10) :

1.2.1 L'urgence vitale

Elle met en jeu le pronostic vital. La symptomatologie est une défaillance fonctionnelle organique, algique ou non, qui justifie d'une intervention en urgence. La consultation médicale doit être faite dans le quart d'heure.

La prise en charge nécessite dans la majorité des cas l'utilisation de la trousse d'urgence, et fréquemment l'intervention du service médical d'urgence et de réanimation (SMUR).

Nous pouvons citer par exemple la douleur thoracique, la détresse respiratoire, le malaise avec coma.

1.2.2 L'urgence vraie

Elle ne met pas en jeu le pronostic vital, mais un risque à court terme. La symptomatologie nécessite une consultation et des soins rapides.

La prise en charge nécessite fréquemment l'utilisation de la trousse d'urgence. Elle peut aussi nécessiter l'intervention d'équipes spécialisées comme le SMUR, et dans un second temps d'équipes chirurgicales ou spécialistes d'organe.

C'est le cas de la colique néphrétique, des traumatismes orthopédiques, de l'appendicite aigue.

1.2.3 L'urgence ressentie

Il n'existe pas de mise en jeu du pronostic vital à court ou moyen terme. Dans cette situation, une consultation en urgence semble justifiée pour le patient ou son entourage devant la symptomatologie médicale, ou son angoisse. A posteriori, après un examen clinique, la situation est jugée non urgente par le médecin.

Cette situation ne nécessite pas l'ouverture de la trousse d'urgence du médecin. Le délai peut être étendu à la demi-journée.

Je citerai l'exemple de l'otite de l'enfant ou l'infection urinaire chez l'adulte. Dans ce cas, la prise de thérapeutiques est retardée par rapport au moment de la consultation : une ordonnance est rédigée, et les médicaments sont délivrés dans un second temps par une pharmacie.

1.2.4 L'urgence de confort

Il s'agit d'une situation où le patient majore ses symptômes pour obtenir des soins urgents. Son état de santé n'implique aucune prise en charge immédiate, mais lui permet de prendre un rendez vous avec son médecin plus rapidement.

Le médecin généraliste est exposé le plus fréquemment aux urgences ressenties (8, 9). Il peut être exposé aux urgences vitales : si le patient minore ses symptômes, ou si le délai d'intervention du SMUR est important. Il est aussi possible que le patient ressente une situation comme une urgence vitale, alors qu'il s'agit d'une urgence ressentie. Mener un interrogatoire téléphonique précis et rapide est capital. Le médecin doit évaluer le degré de l'urgence, afin d'adopter le meilleur délai de prise en charge. C'est le rôle de la régulation médicale du centre 15. Il est possible que le patient appelle en premier son médecin pour une urgence vitale. Dans ce cas, ce dernier devra savoir contacter l'Aide Médicale Urgente (AMU), afin que des moyens adaptés soient engagés.

Selon l'urgence, la logistique et la gestuelle ne seront pas les mêmes. Pour une urgence vitale, le recours à la trousse d'urgence sera nécessaire. Pour une urgence ressentie, le médecin utilisera plus aisément sa trousse quotidienne. Effectivement, les matériels de diagnostics, de soins, ou thérapeutiques seront différents pour une urgence vitale, par exemple un arrêt cardiaque, ou pour une urgence ressentie, comme une infection urinaire.

Pour cette raison, le médecin doit posséder deux trousse qui se complètent. L'une sera réservée à son activité quotidienne avec le matériel diagnostique de base (par exemple : stéthoscope, tensiomètre, otoscope) ; et, une autre réservée à l'urgence contenant du matériel de soins, des thérapeutiques.

L'urgence concerne tous les médecins, le médecin généraliste ne fait pas exception à cette règle. Il est l'un des premiers maillons de la chaîne (11, 12). Ces différents types d'urgence ne se programment pas. Le médecin peut y être confronté pendant son exercice quotidien, dans son planning du jour, ou dans le cadre de la permanence des soins (PDS).

Il faut noter le rôle important des centres de réception et de régulation des appels (CRRRA), gérés par le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) (13). Leur mission est de catégoriser les différents degrés d'urgence, et d'adapter les meilleurs moyens à mettre en œuvre.

1.3 Obligations médico-légales des médecins généralistes

1.3.1 Code pénal

L'article 223-6, alinéa 2 du code pénal stipule :

« Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours. » (14).

Un médecin est avant tout un citoyen comme un autre. A ce titre, il encourt les mêmes poursuites qu'un citoyen ayant une activité professionnelle autre que médicale. Tout citoyen est dans l'obligation d'apporter une aide à une personne en danger, sans faire prendre de risque à d'autres personnes ou à lui même.

1.3.2 Code de déontologie

1.3.2.1 Assistance à personne en danger

L'article 9 (article R.4127-9 du Code de Santé Publique (CSP)) du code de déontologie du conseil national de l'ordre des médecins (15), ne peut être dissocié de l'article 223-6 du code pénal. Il impose à tout médecin de porter secours à toute personne malade ou blessée en péril, qu'il soit en sa présence ou informé de la situation.

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

Ainsi pour un médecin, l'assistance à personne en danger est un double devoir : civique et professionnel. Le médecin doit plus que tout autre citoyen porter secours à une personne malade ou blessée.

1.3.2.2 Qualité des soins

L'article 32 (article R.4127-32 du CSP) du code de déontologie (16) stipule :

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

Le médecin doit assurer des soins au malade qu'il prend en charge avec le matériel adéquat. Il doit prendre des décisions en s'appuyant sur les données de la science, et savoir demander de l'aide si ses compétences sont limitées, ou si la situation du patient l'exige. Dans le cadre de l'urgence, il doit faire appel au SMUR si l'état de santé du patient le nécessite. Il est responsable du patient jusqu'à l'arrivée de l'équipe médicale qui prendra le relais.

L'article 71 du code de déontologie (17) se réfère aussi à la qualité des soins que doit dispenser tout médecin. Il fait référence au lieu d'exercice professionnel ainsi qu'à la qualité des moyens techniques utilisés par le médecin. L'article 71 (article R.4127-71 du CSP) (17) :

« Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge. Il doit notamment veiller à la stérilisation et à la décontamination des dispositifs médicaux qu'il utilise et à l'élimination des déchets médicaux selon les procédures réglementaires.

Il ne doit pas exercer sa profession dans des conditions qui puissent compromettre la qualité des soins et des actes médicaux ou la sécurité des personnes examinées.

Il doit veiller à la compétence des personnes qui lui apportent leur concours. »

1.3.2.3 Continuité des soins

L'article 47 (article R.4127-47 du CSP) du code de déontologie (18) spécifie qu'un médecin peut refuser de prodiguer des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, en avertissant le patient, et en délivrant toutes les informations en sa possession à un confrère désigné par le patient lui-même. Cette règle ne peut pas s'appliquer dans l'urgence, sauf si le médecin est déjà sur une autre intervention urgente ou s'il est gravement souffrant. Dans ce cas, il doit apporter une autre solution à son patient. L'article 47 :

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

L'article 48 (article R.4127-48 du CSP) (19) précise le précédent :

« Le médecin ne peut pas abandonner ses malades en cas de danger public, sauf sur ordre formel donné par une autorité qualifiée, conformément à la loi. »

L'article 59 (article R.4127-59 du CSP) (20) permet d'assurer une continuité des soins en stipulant :

« Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, 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 informant le malade.

Il en conserve le double. »

Cette règle doit permettre de tenir le médecin traitant informé de la prise en charge effectuée dans l'urgence.

1.3.2.4 Permanence des soins

L'article 77 (article R.4127-77 du CSP) du code de déontologie (21) stipule l'obligation de participer à la permanence des soins (PDS) pour tout médecin :

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

L'article 78 (article R.4127-78 du CSP) du code de déontologie (22) précise les modalités de participation à la PDS :

« Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite.

Il est autorisé, pour faciliter sa mission, à apposer sur son véhicule une plaque amovible portant la mention « médecin urgences », à l'exclusion de toute autre. Il doit la retirer dès que sa participation à l'urgence prend fin.

Il doit tenir informé de son intervention le médecin habituel du patient, dans les conditions prévues à l'article 59. »

Cet article relate le devoir du médecin participant à la PDS d'être joint au plus vite, et par conséquent d'être mobilisable immédiatement pour assurer la prise en charge de l'urgence. Il reprend aussi la notion de continuité des soins en rappelant l'obligation de tenir informé son confrère, qui est le médecin habituel du patient.

1.3.2.5 Matériel diagnostique et/ou thérapeutique

Aucun article précis ne cadre réellement l'obligation pour le médecin de s'équiper en matériel diagnostique et/ou thérapeutique pour accomplir des soins auprès d'un patient dans le cadre de son activité quotidienne, ou dans le cadre de la participation à la PDS. Il n'existe pas d'article spécifique stipulant l'équipement qu'un médecin doit posséder. Cependant, le médecin doit assurer « *des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* » (16). Il doit disposer « *de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants* » (17).

Il existe des cas de jurisprudence pour non assistance à personne en danger par refus de déplacement s'appuyant sur l'article du code pénal 223-6, alinéa 2, et sur les articles du code de déontologie 9, 47 et 48 (15, 18, 19). En revanche, aucune situation liée à un manque d'équipement n'a fait état de décision de jurisprudence.

1.4 Organisation Permanence Des Soins Ambulatoires

1.4.1 Définition Permanences Des Soins Ambulatoires

La mission de la PDSA est de répondre aux besoins de soins non programmés tous les jours de 20h à 8h, les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. C'est une mission de service public, assurée principalement par les médecins généralistes libéraux (13).

L'organisation de ce dispositif repose sur la régulation médicale, le dispositif recours de premier niveau : l'effecteur, et le dispositif de recours de deuxième niveau : le service d'urgences (13).

Les missions de régulation et d'effecteur sont assurées par des médecins généralistes libéraux sur la base du volontariat.

Ce dispositif est financé par le fonds d'intervention régional (FIR) pour les forfaits d'astreinte de l'effecteur et du régulateur. A cette rémunération d'astreinte pour l'effecteur, s'ajoute les actes et les majorations dans le cadre de la convention médicale (13).

1.4.2 La régulation médicale libérale

C'est la première étape de la réponse à une demande de soins non programmés pendant la PDS. Elle a un double but (13) :

- Pour l'appelant : recevoir une réponse adaptée à l'objet de son appel.
- Pour l'appelé : catégoriser et choisir les moyens les plus adaptés à mettre en œuvre. Cela peut être le conseil médical, la consultation ou la visite de l'effecteur, l'envoi d'un moyen de transport, ou le renvoi vers le médecin régulateur de l'AMU.

La fonction de régulateur est une fonction exclusive. Elle est assurée par des médecins volontaires, généralement des médecins généralistes libéraux.

La PDSA repose sur la régulation, c'est le seul moyen d'accéder au médecin de garde. Les plages horaires de la régulation dans le cadre de la PDSA, dans le département des Pyrénées-Atlantiques sont les suivantes :

- Tous les jours de 20h à 00h.
- Le samedi de 12h à 00h.
- Le dimanche et jours fériés de 8h à 00h.

La rémunération, assurée par le FIR, est de 92€ par tranche horaire (13).

1.4.3 L'effecteur

L'effecteur est un médecin d'astreinte. Il apporte la réponse médicale sur le terrain. Sa participation est basée sur le volontariat. Cependant, si le tableau de garde est incomplet le préfet du département a le pouvoir de procéder à des réquisitions.

Son champ d'action géographique est basé sur une sectorisation du département en territoire de PDS (13), par l'agence régionale de santé (ARS).

Pour optimiser l'opérationnalité du médecin effecteur, il faut privilégier le déplacement du patient vers le médecin. C'est dans ce cadre que l'accès au médecin effecteur doit être régulé.

La fonction d'effecteur est assurée soit au cabinet, soit dans des locaux spécifiques dédiés à la PDSA : comme une maison médicale de garde ou un autre point fixe de garde. La maison médicale de garde est un lieu de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS. Elle assure exclusivement une activité de consultation médicale. Elle est de préférence localisée en position centrale d'un territoire de PDS (13).

Ces dernières années, l'organisation des territoires de PDS a été remaniée. En effet, ceux-ci ont été élargis réduisant ainsi le nombre global de secteurs. Le but était d'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes en dehors des heures ouvrables, en diminuant notamment le rythme des gardes. Cette démarche s'inscrit aussi dans un contexte de contraintes financières avec des enveloppes fermées. La réorganisation repose sur l'arrêt de la PDS en nuit profonde et la mutualisation des territoires de PDS (13).

L'organisation de la PDS en nuit profonde, sur la tranche horaire de 00h à 8h est variable d'un territoire de PDS à un autre. En effet, en Aquitaine, partant du constat d'une faible activité de PDSA sur la tranche horaire de 00h à 8h, la Gironde et le Lot-et-Garonne ont arrêté partiellement ou totalement la PDSA durant cette tranche horaire. Dans cette organisation, en nuit profonde, les patients bénéficient de conseils téléphoniques, et peuvent être orientés vers les structures des urgences des établissements de santé. Cet arrêt n'a pas entraîné de dysfonctionnement pour la

sécurité et l'accès aux soins des patients. Cependant, dans les zones situées à plus de 30 minutes d'une structure d'urgence, le dispositif d'effectif de 00h à 8h peut être maintenu (13).

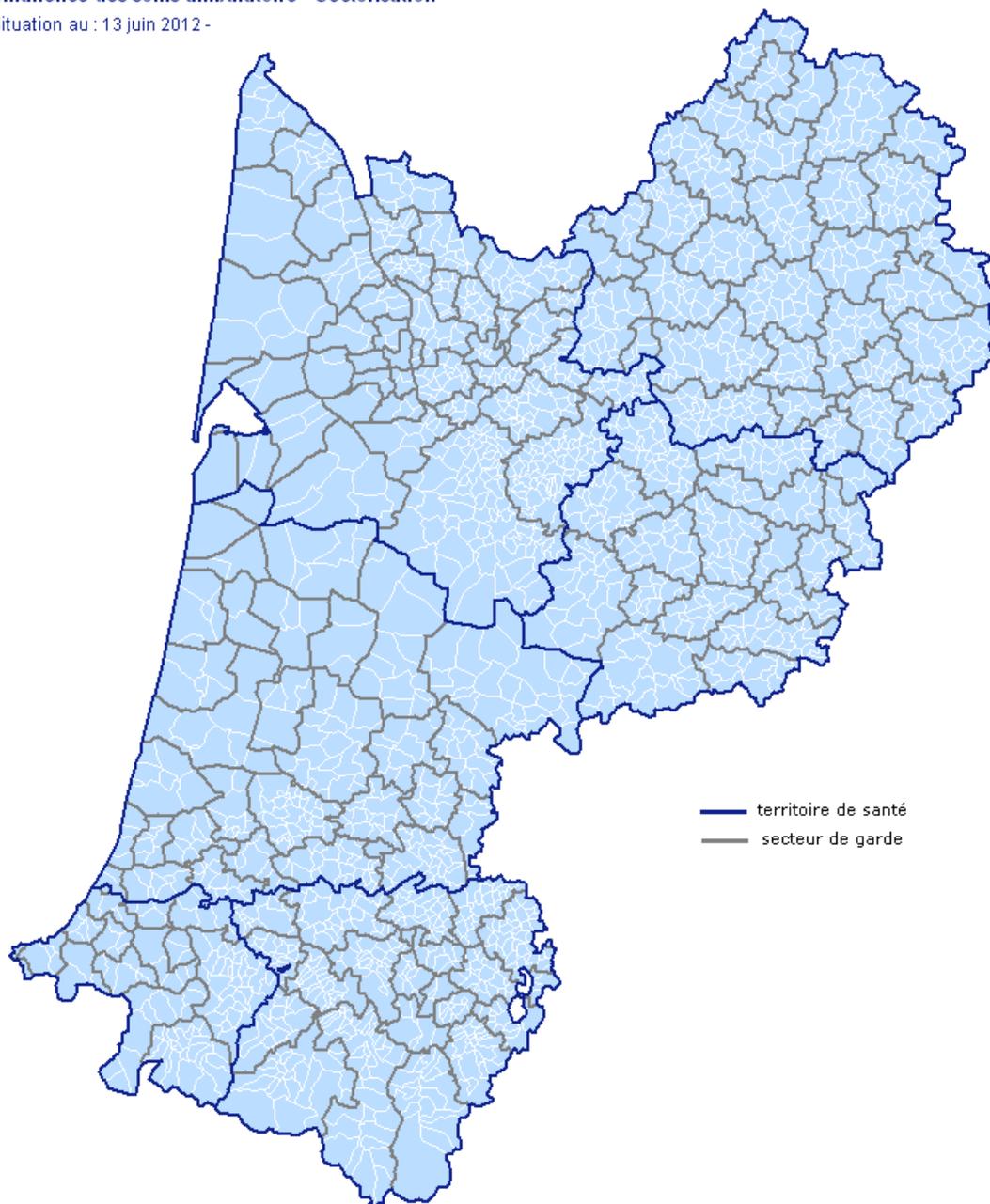
La rémunération de l'astreinte est assurée par le FIR, sur la base de 50€ par tranche de 4h. A cette rémunération, s'ajoutent les honoraires correspondant aux actes effectués (annexe 1) pendant la durée de l'astreinte (13).

1.4.4 Déclinaison territoriale de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire en Aquitaine

La région Aquitaine est divisée en six territoires de santé (figure 5), correspondant aux départements de la Gironde, de la Dordogne, des Landes, du Lot-et-Garonne, et des Pyrénées-Atlantiques. Le département des Pyrénées-Atlantiques est divisé en deux territoires de part son étendue géographique et son relief (13).

Permanence des soins ambulatoire - Sectorisation

- Situation au : 13 juin 2012 -



cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN
source : ARS Aquitaine - Cahier des charges régional de la PDSA

Le 13 juin 2012

Figure 5: Sectorisation permanence des soins ambulatoires en Aquitaine (13).

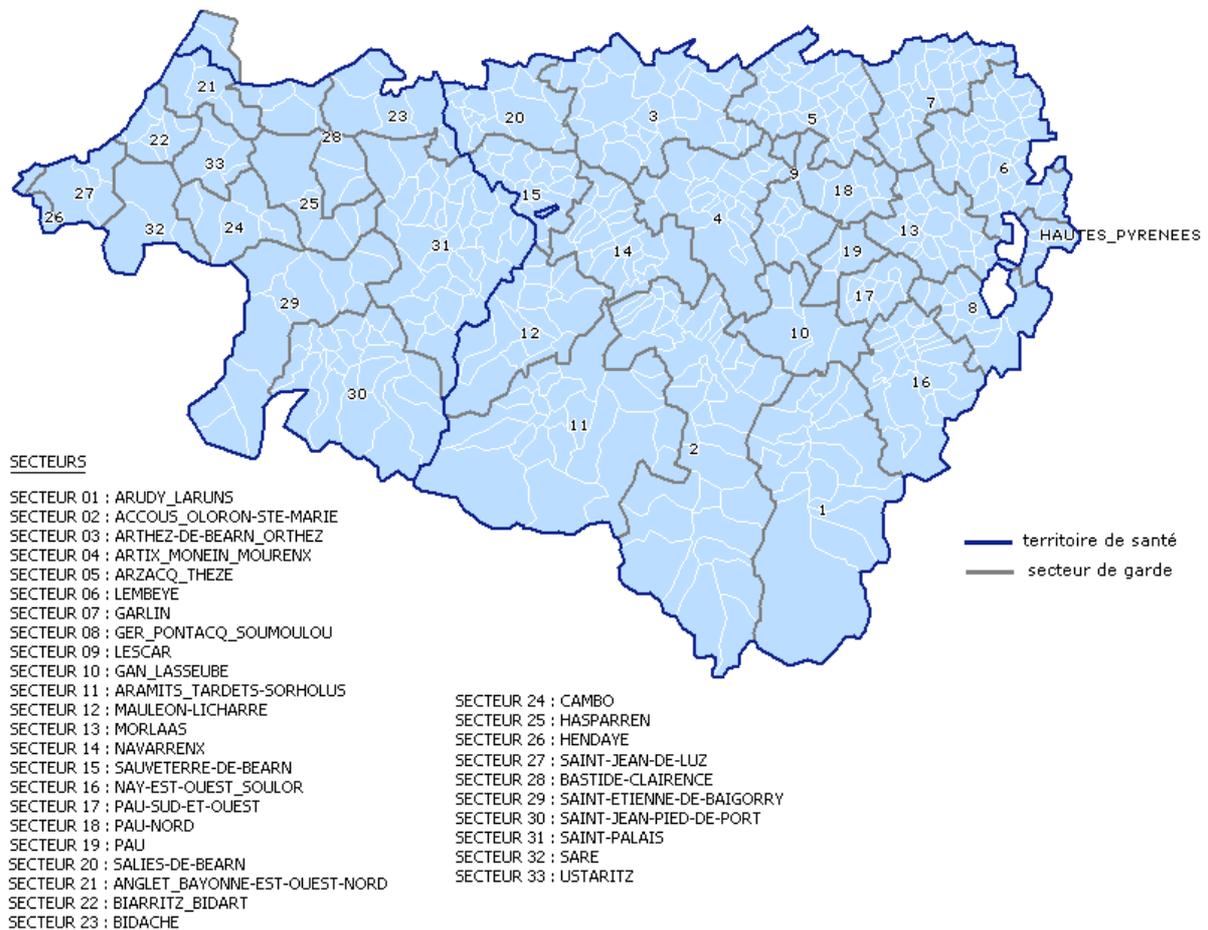
Nous allons nous intéresser plus particulièrement au territoire des Pyrénées-Atlantiques, et notamment au territoire du SAMU 64B Béarn et Soule.

1.4.5 Déclinaison territoriale de la Permanence Des Soins en médecine ambulatoire dans les Pyrénées-Atlantiques

La superficie du département des Pyrénées-Atlantiques est de 7645 km². La population est de 650 356 habitants (source INSEE). Le nombre de médecins généralistes de 758 médecins (source FINPS au 01/11/2011). De part l'étendue de sa superficie, le relief géographique, le nombre d'habitants, le département est divisé en deux secteurs de santé (figure 6) : territoire 64A Navarre et Cote Basque, et territoire 64B Béarn et Soule (13).

Permanence des soins ambulatoire - Sectorisation

- Département : Pyrénées-Atlantiques



cartographie : ARS Aquitaine Service études, statistiques et prospectives - fond IGN
source : ARS Aquitaine - Cahier des charges régional de la PDSA

Le 11 juin 2012

Figure 6: Sectorisation Permanence des soins ambulatoires dans les Pyrénées-Atlantiques et dans le secteur SAMU 64B Béarn et Soule (13).

Les Pyrénées-Atlantiques comptent 33 secteurs, dont 20 pour le secteur 64B (annexe 2). Certains sont situés à plus de 30 minutes d'un service d'urgence, où les effecteurs

font les nuits profondes. La nuit profonde est aussi justifiée dans les secteurs où la population est importante. 10 d'entre eux concernent les Pyrénées-Atlantiques, dont 4 sont situés dans le secteur 64B : le secteur de Pau, le secteur de Mauléon, le secteur d'Aramits-Tardets, et le secteur de Laruns-Arudy (13).

Concernant l'organisation de la régulation médicale libérale, elle est organisée de la manière suivante (13):

- Du lundi au vendredi de 20h à 00h avec un régulateur libéral.
- Le samedi de 12h à 20h avec deux régulateurs libéraux.
- Le samedi de 20h à 00h avec un régulateur libéral.
- Le dimanche, les jours fériés, les jours de ponts de 8h à 12h et de 12h à 20h avec deux régulateurs libéraux.
- Le dimanche, les jours fériés, les jours de ponts de 20h à 00h avec un régulateur libéral.

Concernant les dispositifs de deuxième niveau : les services d'urgences, le territoire de PDS 64B en compte 4 :

- Le centre hospitalier de Pau avec un service SAMU, SMUR et d'urgences.
- La clinique Marzet avec un service d'urgences.
- Le centre hospitalier d'Orthez avec un service SMUR et d'urgences.
- Le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie avec un service SMUR et d'urgences.

A ces dispositifs vient s'ajouter le service de SOS médecins de Pau (13).

1.5 Médecin Correspondant SAMU

1.5.1 Création du concept MCS

Cette fonction de Médecin Correspondant SAMU (MCS) a été prévue, à partir de 2006, par le décret n°2006-576 (23) et par l'arrêté du 12 février 2007 (24) afin de rendre accessible les soins d'urgence à toute la population, quel que soit l'endroit géographique et la démographie médicale, en moins de 30 minutes. Le MCS devait être le médecin de premiers recours, formé à l'urgence, qui intervenait avant le SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans les territoires où le délai d'intervention était supérieur à 30 minutes.

Cette notion est remise à l'ordre du jour en 2013 afin de concrétiser un engagement présidentiel sur l'accessibilité aux soins d'urgence en moins de 30 minutes sur l'ensemble du territoire. Le plan de travail annoncé se dégage sur trois axes (25, 26) :

- Le maillage du territoire avec étude de la pertinence des implantations des structures d'urgence et SMUR ou antennes SMUR.
- La coopération entre le service d'urgence et les équipes communes du territoire pour garantir le maillage et la qualité des prises en charge.
- La rénovation de ce statut de MCS, avec incitation aux médecins généralistes de rejoindre le dispositif.

Le ministère chargé de la santé a créé un guide de déploiement (26) en juillet 2013 pour :

- Promouvoir la fonction MCS.
- Donner les conditions d'exercice satisfaisantes en clarifiant les cadres juridiques d'intervention des professionnels et les conditions d'engagement de sa responsabilité.
- Harmoniser les conditions d'exercice, notamment la formation, l'équipement matériel et l'accès aux thérapeutiques médicamenteuses.
- Mettre en place un financement.

1.5.2 Définition MCS

Le MCS est le médecin de premiers recours dans les zones où le délai d'intervention du SMUR est supérieur à 30 minutes. Il participe à la mission de service public d'AMU. Il est formé à l'urgence par l'établissement SAMU- centre 15 dont il dépend. C'est un relais compétent du SAMU- centre 15. Il agit en priorité dans les zones isolées où le délai d'action des autres services d'urgence est supérieur à 30 minutes; ce qui permet de réduire les délais de réponse à l'urgence. Son intervention est déclenchée simultanément avec le SMUR (26).

La fonction de MCS est basée sur le volontariat et accessible à tout professionnel de santé. Il ne s'agit pas d'un statut ni d'un mode d'exercice. Le médecin qui est MCS conserve ses fonctions, ses missions et son mode d'exercice habituel (26).

Cette mission n'est pas exclusive : il est possible de participer à la PDSA ou aux Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS) ; mais il faut veiller à l'articulation et à la cohérence de ses dispositifs (26). Le rôle du MCS est différent de celui d'un médecin de la PDSA, qui propose une réponse aux besoins de soins non programmés non urgents. Il est possible de combiner ces deux fonctions sur la même astreinte horaire selon la zone géographique, la démographie médicale et à la condition que la charge de travail le permette ; ce choix est laissé libre aux ARS (26).

1.5.3 Matériel et Médicaments

Le matériel et les médicaments sont mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé une convention. La liste détaillée du matériel et des médicaments est définie dans le cadre du protocole mis en place localement avec l'établissement de santé SAMU. Ce protocole précise aussi les conditions d'entretien et de renouvellement (26).

Ils doivent être adaptés à l'urgence et à l'activité du médecin. Ils nécessitent aussi d'être en harmonie avec le matériel et les médicaments utilisés pendant la formation, et avec ceux utilisés par le SMUR (26).

Dans le contrat seront mentionnés (26) :

- Le lieu de mise à disposition du matériel et des médicaments.
- Les modalités de mise à disposition et d'entretien.
- La personne responsable de la constitution et de l'entretien.
- Les modalités de vérification.
- Le lieu de conservation et les conditions de mise à disposition.

A titre d'exemple, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) propose une liste de matériel et de médicaments, non exhaustive (annexe 3).

1.5.4 Financement et Responsabilité juridique

Le MCS signe obligatoirement un contrat avec l'établissement siège du SAMU dont il dépend localement (annexe 4). Selon l'article 4 du 12 février 2007 (24) : « Contrat qui fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériel et de médicaments pour l'exercice de cette fonction ».

Le financement est adapté par l'ARS aux réalités des organisations locales. La contrainte de disponibilité à laquelle le médecin est astreint justifie une contre partie financière soit par un complément de la rémunération pour chacune des interventions effectuées, que le médecin peut facturer selon la grille de cotations des actes de la sécurité sociale (annexe 1) ; soit par la rémunération d'une astreinte. Cette rémunération n'est pas cumulable avec la rémunération de la PDSA (26).

La responsabilité juridique et professionnelle est assurée par l'établissement public de santé siège du SAMU avec lequel un contrat a été passé (26). Donc les dommages causés ou subis par le professionnel de santé dans le cadre de ses fonctions de MCS sont couverts par l'établissement SAMU.

1.5.5 Objectif : Continuité de la réponse à l'urgence

L'objectif de cette nouvelle fonction de MCS est d'apporter une réponse à l'urgence 24h/24 et 7j/7 dans n'importe quelle région de France. Mais devant l'inégalité de la démographie médicale, la désertification, et le fait que la fonction de MCS est basée sur le volontariat ; la réponse ne peut être continue et il appartient à l'ARS et au SAMU-centre 15 d'apporter une autre réponse sur les plages non couvertes par le MCS (25, 26).

1.6 Les urgences en médecine générale : motifs de recours, fréquence de survenue des pathologies, et prise en charge thérapeutique

1.6.1 Motif de recours en médecine générale dans le cadre de l'urgence

L'étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2004, avec une population de 1400 médecins généralistes

libéraux en France métropolitaine, a observé les recours urgents ou non programmés auxquels répondaient les médecins (27, 28).

Ceux-ci représentaient 11% de l'ensemble des consultations ou visites effectuées par le médecin. Les patients traités en urgence ont dans 55% des cas un âge inférieur à 45 ans ; les personnes de plus de 70 ans consultent plus rarement en urgence.

L'activité de ces actes urgents est essentiellement diurne et ce principalement pendant les heures d'ouverture du cabinet ; seulement 18% des cas ont lieu en dehors de ces horaires, 3% pendant la période de garde ou d'astreinte. Seulement 9% des urgences se passent la nuit.

Cette enquête a montré une répartition des recours urgents ou non programmés selon le diagnostic principal retenu par le médecin (27) :

- Cardiologie : 7,7%
- Dermatologie : 2,4%
- Hépto-gastro-entérologie : 10%
- Infectiologie : 21,7%
- Neurologique : 2,7%
- ORL : 16,2%
- Pneumologie : 5,8%
- Psychiatrie : 6,3%
- Rhumatologie : 9,6%
- Traumatologie : 10%
- Urologie : 4%.

Une répartition selon le degré d'urgence somatique a aussi été réalisée :

- Etat du malade jugé stable dans 70% des cas.
- Etat du malade pouvant s'aggraver dans 30% des cas.

Une enquête a été réalisée en 1997, dans la région Aquitaine, sur 3603 médecins généralistes avec un taux de réponses de 28,2% soit 1016 réponses pour estimer le taux du type d'urgence auxquelles répondaient les médecins généralistes en distinguant leur activité de garde et leur activité habituelle hors période de garde (29). Cette enquête se basait sur la classification des urgences en quatre catégories, comme nous les avons définies précédemment : urgence vitale, vraie, ressentie et de confort.

Lors de la participation à un tour de garde dans la semaine précédant l'enquête, 14% des médecins ont répondu à une urgence vitale et 27,3% à des urgences vraies.

Dans leur activité habituelle hors période de garde ou d'astreinte, dans la semaine précédant l'enquête, 21,8% ont eu à traiter une urgence vitale et 54% des urgences vraies.

Cette étude a montré que les médecins généralistes rencontrent pratiquement autant d'urgences vitales dans leur activité habituelle hors garde que pendant les gardes, la différence n'étant pas significative, avec un taux de 43,5% pendant les gardes et 56,5% hors garde. Par contre, concernant les urgences vraies, ressenties et de confort les médecins y sont plus confrontés dans leur activité quotidienne que dans leur activité de garde :

- Urgences vraies : 36,8% pendant les gardes et 63,2% hors garde.
- Urgences ressenties : 28,2% pendant les gardes et 71,8% hors garde.
- Urgences de confort : 26,4% pendant les gardes et 73,6% hors garde.

Nous voyons donc que tout médecin généraliste peut être confronté à l'urgence que ce soit pendant son activité habituelle quotidienne, ou durant des périodes d'astreinte ou de garde. Il est aussi amené à gérer des urgences de tous types : des urgences de confort, ressenties, ou vraies et même parfois vitales. Il lui est donc nécessaire de pouvoir pallier toutes alternatives en possédant une trousse complète ; nous allons voir quels sont le type de pathologie et leur fréquence de survenue.

1.6.2 Fréquence de survenue des pathologies en médecine générale dans le cadre de l'urgence

Une étude réalisée en Cote d'Or, en 2000, auprès de 500 généralistes avec un taux de participation de 44% (12), montre la fréquence de survenue des pathologies selon la zone et le type d'exercice, comme l'indique le tableau 1 :

Médecins	Urbain 63%	Semi-rural 20%	Rural 17%
ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire 1/ an	18%	48%	64%
Asthme 1/ mois	47%	46%	56%
AVC : accident vasculaire cérébral 1/ an	57%	43%	74%
Crise convulsive 1/ an	42%	48%	59%
Douleur aigue 1/ mois	68%	75%	92%
IDM : infarctus du myocarde 1/ an	60%	72%	92%
Etat de choc 1/ an	32%	48%	69%
HTA : hypertension artérielle 1/ mois	39%	35%	62%
Hypoglycémie 1/ mois	18%	15%	38%
Laryngite 1/ mois	39%	39%	56%
OAP : oedème aigu pulmonaire 1/ mois	10%	26%	23%

Tableau 1: Fréquences de survenue des pathologies selon la zone et le type d'activité, enquête réalisée en Cote d'Or en 2000 (12).

En partant de ces différentes pathologies rencontrées nous allons nous intéresser à leur prise en charge, plus spécifiquement sur le versant thérapeutique.

1.6.3 Thérapeutiques nécessaires en médecine générale dans le cadre de l'urgence

Nous allons nous concentrer uniquement sur la prise en charge thérapeutique, spécifique pré-hospitalière pour les pathologies urgentes les plus fréquentes rencontrées en médecine générale (30).

1.6.3.1 Urgences cardiologiques

1.6.3.1.1 L'Arrêt Cardio-Respiratoire (ACR)

L'ACR est défini par une absence de pouls central, une absence de ventilation, et un état neurologique inconscient (31). La chaîne de survie est importante : reconnaître l'ACR, alerter les secours, débiter un massage cardiaque externe (MCE) précoce, utilisation précoce d'un défibrillateur, et réanimation cardio-pulmonaire (RCP) médicalisée.

La prise en charge de la RCP médicalisée consiste en (31) :

- Un contrôle des voies aériennes supérieures.
- Un MCE : il doit être le plus continu possible, avec limitations des interruptions à 5 secondes. Sa fréquence est de 100 battements par minute. Il s'effectue par une dépression du thorax de 5 cm. Les temps de compression et de relaxation du thorax doivent être égaux.
- Une ventilation : elle n'est plus utile dans les premières minutes de l'ACR, sauf chez l'enfant et pour l'ACR d'origine asphyxique. Elle peut être assurée par un ballon auto remplisseur à valve unidirectionnelle (BAVU) et un masque avec mise en place d'une canule oro-pharyngée de type GUEDEL.
- L'administration rapide d'oxygène permet d'améliorer le pronostic.
- L'utilisation d'un vasopresseur standard permet de retrouver une vasoconstriction cardiaque. La référence est l'adrénaline. Elle s'administre à faibles doses toutes les 3 à 5 minutes. Une voie d'abord est indispensable comme vecteur de médicaments, en préférant utiliser un soluté de perfusion isotonique Na Cl.
- L'utilisation de chocs électriques externes par un défibrillateur est recommandée en cas de fibrillation ou de tachycardie ventriculaire.
- L'usage d'un anti arythmique de type amiodarone est recommandé en cas de fibrillation ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire sans pouls résistante aux chocs électriques externes.
- Une surveillance par un scope.

Il faudra rechercher une cause réversible : hypothermie, hypoxie, hypovolémie, toxique, pneumothorax, infarctus du myocarde (IDM).

1.6.3.1.2 L'Infarctus du myocarde

Cliniquement l'IDM se caractérise principalement par une douleur thoracique constrictive, à type d'étau, de forte intensité, irradiant dans le bras gauche et dans la mâchoire, de survenue à l'effort ou au repos (32,33).

Un élément essentiel du diagnostic est la réalisation d'un ECG (33). Le sus-décalage du segment ST est le signe direct de l'ischémie myocardique. Il peut exister d'autres signes ECG : élargissement du complexe QRS, repolarisation de l'onde T si elle était négative à l'état de base, un sous décalage du segment ST.

La prise en charge est urgente (32). Elle repose sur :

- Un transport médicalisé par un SMUR, avec une hospitalisation en unité de soins intensifs cardiologiques disposant d'un plateau de cardiologie interventionnelle.
- Une mise au repos.
- Une oxygénothérapie.
- Un traitement associant des antalgiques, généralement de palier 3, des antiagrégants plaquettaires, des anticoagulants.
- Une surveillance par un scope et du tracé de l'ECG.

1.6.3.1.3 L'Œdème pulmonaire aigu (OAP)

L'OAP est une décompensation cardiaque entraînant une surcharge liquidienne au niveau pulmonaire.

Cliniquement il associe une dyspnée, une surcharge pulmonaire avec des crépitants, des signes de surcharges avec des œdèmes des membres inférieurs.

La prise en charge repose sur (34) :

- Une mise en position demi-assise du patient.
- Une oxygénothérapie.

- Une ventilation avec un masque de pression positive peut être nécessaire dans certains cas.
- Le traitement médicamenteux consiste à l'administration de diurétiques. Il est possible d'utiliser des dérivés nitrés si les œdèmes des membres inférieurs sont importants et si la tension artérielle systolique est supérieure à 100 mm Hg.

1.6.3.1.4 L'Hypertension artérielle (HTA)

L'HTA est une élévation transitoire de la tension artérielle : pression artérielle systolique supérieure à 140 mm Hg, ou pression artérielle diastolique supérieure à 90 mm Hg. Il faut distinguer deux entités (35) :

- L'HTA sans souffrance viscérale immédiate. Dans ce cas, il n'est pas justifié d'administrer un traitement anti hypertenseur oral ou injectable. Le repos s'accompagne généralement d'une baisse de la tension. Une surveillance est nécessaire.
- L'HTA avec souffrance viscérale immédiate. Cette dernière peut être neurologique (AVC), cardiologique (OAP), circulatoire (dissection). La prise en charge sera guidée par le type de souffrance. En effet, une HTA avec un OAP pourra être prise en charge sans examens complémentaires par une administration de diurétiques ; alors qu'une HTA avec une symptomatologie neurologique sera prise en charge après un scanner cérébral.

1.6.3.2 Urgence infectieuse : le purpura Fulminans

La seule urgence infectieuse nécessitant un traitement pré-hospitalier est le Purpura Fulminans (36, 37).

Il s'agit d'une infection à méningocoque. Elle se manifeste cliniquement par des signes généraux d'infection (tel que la fièvre), et par un purpura ne s'effaçant pas à la vitropression associé à au moins un élément nécrotique ou ecchymotique d'un diamètre supérieur ou égal à 3 mm L'examen du malade se réalise complètement dénudé.

La prise en charge de cette pathologie ne doit souffrir d'aucun retard diagnostique. Elle nécessite une injection rapide d'un antibiotique approprié aux infections à méningocoque, soit en intra veineux soit en intra musculaire (37). La classe des céphalosporines de troisième génération, type Rocéphine®. Le transfert en centre hospitalier se fera par transport médicalisé.

1.6.3.3 Urgence psychiatrique : l'agitation

L'agitation est une urgence psychiatrique qu'un médecin généraliste peut être amené à prendre en charge. Il est important de rappeler qu'en première intention, des mesures non thérapeutiques doivent être utilisées. En effet, le dialogue représente une place importante. Les mesures de contention sont des mesures de deuxième intention, et doivent être de courte durée (38).

Dans l'agitation, il est important de distinguer deux étiologies :

- L'agitation dans un contexte de sevrage alcoolique, où les recommandations préconisent l'utilisation de benzodiazépines (38).
- L'agitation dans un contexte de délire psychiatrique, où les neuroleptiques sont recommandés (38).

1.6.3.4 Urgences neurologiques

1.6.3.4.1 Le coma

Le coma est une altération de la conscience entraînant une disparition des comportements de veille et une fermeture des yeux (39). Le score de Glasgow permet d'évaluer l'état de conscience du patient.

Les étiologies, nécessitant un traitement urgent sont notamment : la méningite, l'encéphalite, le traumatisme crânien avec éléments compressifs, les intoxications, et l'hypoglycémie (39).

La plupart de ces étiologies nécessitent la réalisation d'examens complémentaires, comme un scanner cérébral, une ponction lombaire, un électroencéphalogramme, et une biologie.

Par contre l'hypoglycémie est un diagnostic qui peut être réalisé en pré-hospitalier à l'aide d'un lecteur de glycémie, ainsi que son traitement.

La prise en charge pré-hospitalière des comas consiste essentiellement à assurer la protection du patient : circulatoire, ventilatoire, et des lésions associées (39).

1.6.3.4.2 L'accident vasculaire cérébral (AVC)

Il peut être de plusieurs types : l'infarctus cérébral, l'hémorragie méningée, et l'accident ischémique transitoire. Ce dernier doit être pris en charge comme un infarctus cérébral (40).

Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge. Une des clés de cette rapidité est la sensibilisation des patients aux manifestations cliniques de cette pathologie : des signes de focalisation neurologique. A la reconnaissance de ces signes, les patients doivent être appelés directement le 15. Si le médecin traitant est joint le premier, il doit se mettre en relation le plus rapidement avec le centre 15 pour engager les moyens les plus adaptés.

Il est important de noter l'heure de survenue des premiers signes.

La mesure de la glycémie en pré-hospitalier et la correction d'une éventuelle hypoglycémie est recommandée. Le transport sera médicalisé s'il existe des troubles de la vigilance, une détresse respiratoire ou une instabilité hémodynamique (40).

La prise en charge pré-hospitalière consistera essentiellement à la protection respiratoire et circulatoire du patient. Les traitements spécifiques ne peuvent être administrés avant la réalisation d'un scanner cérébral, qui précisera le type d'AVC.

1.6.3.4.3 L'épilepsie

L'état de mal épileptique est une urgence vitale, nécessitant une hospitalisation par un transport médicalisé et une prise en charge médicale adaptée (41).

La prise en charge associe dans un premier temps des mesures générales de protection du patient, et un traitement antiépileptique. Les mesures générales sont : la protection contre les traumatismes, la liberté et la protection des voies aériennes supérieures, l'oxygénothérapie, l'hypoglycémie, et la lutte contre l'hyperthermie.

L'administration d'antiépileptiques doit être administré le plus rapidement possible. Elle est possible par voie intra rectale, notamment chez l'enfant. La voie intra veineuse est aussi possible. Les molécules utilisées en première intention sont les benzodiazépines en raison de leur délai d'action très rapide. Devant une persistance de la crise ou en présence d'un état de mal épileptique le phénobarbital doit être débuté (41).

1.6.3.5 Urgences pneumologiques

1.6.3.5.1 La détresse respiratoire

Une détresse respiratoire est une urgence vitale. Les étiologies peuvent être multiples (42) : obstruction des voies aériennes supérieures, obstruction bronchique, épanchement pleural gazeux ou liquidien, condensation pulmonaire, atélectasie, emphysème, insuffisance cardiaque, embolie pulmonaire.

Nous détaillerons spécifiquement la prise en charge pré-hospitalière de la crise d'asthme et de la décompensation de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Cliniquement la détresse respiratoire se manifeste par (42) :

- Une polypnée : fréquence respiratoire supérieure à 30 cycles par minute ; ou une bradypnée : fréquence respiratoire inférieure à 10 cycles par minute ; ou des apnées respiratoires.
- Des signes de lutte respiratoire : balancement thoraco-abdominal, tirage intercostal, entonnoir xiphoidien, battements des ailes du nez.
- Des signes d'hypoxie : cyanose des extrémités.
- Des signes neurologiques : de l'agitation au coma.
- Des signes hémodynamiques : tachycardie, HTA.

La prise en charge est une urgence. Elle nécessite (42) :

- Une hospitalisation avec un transfert médicalisé.
- Une mise en position demi-assise du patient.
- L'administration d'oxygène, dont le débit sera évalué selon le taux de saturation du patient.
- La désobstruction des voies aériennes supérieures.
- Une ventilation mécanique en cas d'arrêt respiratoire.
- La pose d'une voie veineuse périphérique.
- Le traitement étiologique de la détresse respiratoire.

- Une surveillance des paramètres hémodynamiques et respiratoires par un scope.

1.6.3.5.2 La crise d'asthme

La crise d'asthme est une des étiologies de la détresse respiratoire (43). Il s'agit d'une dyspnée expiratoire sifflante. Cliniquement, outre les signes de détresse respiratoire, elle se caractérise par une auscultation pulmonaire retrouvant des sibilants bilatéraux.

Sa gravité est fonction du débit expiratoire de pointe (DEP), qui se mesure avec un débitmètre de pointe (43). Il s'agit du volume généré lors d'une expiration forcée après une inspiration profonde. Le médecin retiendra la meilleure des trois valeurs.

L'asthme aigu grave est défini par un DEP inférieur à 30% de la valeur théorique (43).

La prise en charge associe (43) :

- Une mise en position demi-assise du patient.
- Des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray ou en aérosol. Il s'agit du traitement de première intention. Son délai d'action est de 5 minutes, pour une durée d'action de 20 minutes. Les effets secondaires sont principalement une tachycardie et une hypokaliémie.
- Une oxygénothérapie selon le taux de saturation du patient.
- Des bronchodilatateurs anticholinergiques. Leur délai d'action est plus long, entre 60 et 90 minutes. Ce traitement est associé aux bronchodilatateurs bêta-2-agonistes.
- Une corticothérapie, elle potentialise l'effet des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes.
- Une surveillance clinique.
- Un transfert médicalisé en centre hospitalier selon la sévérité de la crise.

1.6.3.5.3 La décompensation de broncho-pneumopathie chronique obstructive

La décompensation de BPCO se définit par une augmentation de la dyspnée, de la toux et des expectorations chez un patient BPCO (44). Il s'agit d'une urgence vitale, c'est une

des étiologies de la détresse respiratoire.

La prise en charge consiste en (44) :

- Une mise en position demi-assise du patient.
- Une oxygénothérapie.
- Des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray ou en aérosol, selon la sévérité de la détresse respiratoire ; associés à une corticothérapie.
- Une ventilation mécanique non invasive est possible si la décompensation est jugée sévère.
- Une hospitalisation, et un transfert médicalisé peuvent être nécessaires.

1.6.3.6 Choc anaphylactique et Oedème de Quincke

Il est important de différencier les grades cliniquement car les thérapeutiques diffèrent (45):

- Grade 1 : signes cutanéomuqueux avec ou sans angio-oedème, nécessitant des anti histaminiques, et des corticoïdes si angio-oedème.
- Grade 2 : atteinte viscérale modérée (hypotension, tachycardie, hyperréactivité bronchique) nécessitant de l'adrénaline.
- Grade 3 : atteinte viscérale sévère avec menace du pronostic vital nécessitant de l'adrénaline et début de RCP.
- Grade 4 : ACR.
- Grade 5 : décès.

1.6.3.7 L'hypoglycémie

Le diagnostic de l'hypoglycémie se fait sur la clinique avec la triade de Whipple (46) :

- Signes de neuroglucopénie : faim brutale, troubles de la conscience, de la concentration, visuels, une confusion. La symptomatologie peut évoluer jusqu'au stade de coma.

- Glycémie basse. La valeur seuil pour le non diabétique est de 0,5 g/L ; pour le diabétique, il est de 0,6 g/L. La glycémie se mesure avec un lecteur de glycémie.
- Correction des symptômes lors de la normalisation de la glycémie.

La prise en charge thérapeutique peut se décliner (46) :

- En prise en charge par l'entourage (s'il est éduqué) par l'injection de glucagon intra musculaire et le resucrage per os.
- Soit par une prise en charge médicale si l'entourage n'est pas éduqué ou si le resucrage per os n'a pas fonctionné. Le médecin administrera des ampoules de glucose 30% par voie IV, puis par une perfusion de glucose 10% (46).

1.6.3.8 La laryngite

La laryngite aiguë sous glottique est la laryngite la plus fréquente chez les enfants (47). Elle associe cliniquement : un syndrome fébrile, un tableau de rhino-pharyngite, une toux rauque, une dyspnée laryngée progressive.

Sa prise en charge est principalement effectuée en ambulatoire, car c'est une pathologie qui évolue favorablement, de manière rapide, à l'administration de corticoïdes per os (47).

1.6.3.9 La douleur aiguë

La prise en charge de la douleur est un des motifs les plus fréquents qu'un médecin est amené à prendre en charge. L'évaluation de la douleur peut être réalisée soit par auto-évaluation par le patient avec l'échelle visuelle analogique (EVA), soit par le médecin en hétéro-évaluation (48, 49).

L'organisation mondiale pour la santé (OMS) a défini trois paliers pour assurer une prise en charge adaptée médicamenteuse de la douleur (48) :

- Palier 1 : douleur d'intensité faible (EVA de 1 à 4), nécessitant l'utilisation d'antalgiques non opioïdes : paracétamol, anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

- Palier 2 : douleur d'intensité faible à modérée (EVA de 4 à 6), nécessitant l'utilisation d'antalgiques opioïdes faibles : codéine, tramadol.
- Palier 3 : douleur d'intensité sévère (EVA de 6 à 10), nécessitant l'utilisation d'opioïdes forts : type morphine.

La prise en charge de la douleur dépend donc du niveau d'intensité de celle-ci (49). La douleur est un symptôme dont il faudra diagnostiquer l'étiologie.

1.7 Constitution d'une trousse médicale d'urgence : conditions d'obtention, coût et financement

1.7.1 Conditions d'obtention du matériel et des médicaments

Il est important de différencier le matériel diagnostique et les thérapeutiques qui constituent la trousse d'urgence d'un médecin généraliste. En effet, l'achat s'effectue dans des lieux différents, et si pour le matériel diagnostique il n'existe pas de règles d'obtention, les conditions d'accès aux médicaments sont différentes et sont légiférées par le code de santé publique.

L'achat de matériel s'effectue dans des lieux et espaces commerciaux, le médecin achète le matériel dont il a besoin, en choisissant la marque et le modèle souhaités. Il se procure une facture détaillée qui lui servira notamment à déduire ses différents achats de ses impôts au titre de frais professionnels. Il n'existe aucun texte régissant l'achat d'une liste type ou de matériel spécifique.

Concernant les conditions d'obtention des thérapeutiques, elles sont régies légalement par le code de santé publique. Selon l'article R 5132-4 du code de santé publique, toute commande de médicaments inscrits sur les listes 1, 2 et stupéfiants doit obéir à plusieurs règles (50) :

- Etre rédigée sur une ordonnance, sécurisée s'il s'agit de stupéfiants.
- Comprendre le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'ordre des médecins, et l'adresse du praticien.
- Préciser la dénomination et la quantité des médicaments.
- Porter la mention « usage professionnel » sur l'ordonnance.

La reconstitution des médicaments inscrits sur la liste des stupéfiants répond à un autre article R 5132-31 du code de santé publique (51). Les médecins, vétérinaires, dentistes, sages-femmes, ont le droit de posséder une quantité limitée de produits stupéfiants, 10 unités par principe actif, pour les soins urgents. La reconstitution du stock de ces stupéfiants nécessite la rédaction d'une ordonnance par le praticien lors de l'administration de stupéfiants indiquant le nom, le prénom, la date de naissance et la date de délivrance avec le nom de la spécialité et la quantité délivrée sur une ordonnance sécurisée. L'officine délivrant les stupéfiants doit être située dans la même localité d'exercice du praticien, ou dans la localité la plus proche (si celle du praticien en est dépourvue).

L'industrie pharmaceutique peut aussi fournir des médicaments aux médecins généralistes, par l'intermédiaire de ses représentants médicaux. Les médecins peuvent les utiliser pour la composition de leur trousse d'urgence. Cependant cette délivrance est soumise à quelques règles selon l'article R 5122-10 du code de santé publique (52) :

- Le nombre d'échantillons gratuits est limité, et ne doit être donné que sur demande écrite, datée et signée émanant du destinataire.
- L'échantillon doit correspondre au plus petit conditionnement disponible sur le marché. Il doit être estampillé de la mention « échantillon gratuit-ne peut être vendu », et doit être accompagné d'une copie du résumé des caractéristiques du produit.
- Les médicaments contenant des substances définies comme stupéfiantes ou psychotropes ne peuvent être remis par l'industrie pharmaceutique.

1.7.2 Coût d'une trousse d'urgence de médecine générale

N'existant pas de liste codifiée pour la constitution d'une trousse d'urgence pour un médecin généraliste, il est difficile d'en préciser le coût. Dans les données de la littérature, il est difficile de trouver des références à ce sujet.

Cependant, une étude de 2010 (53) a estimé le coût d'une trousse d'urgence pour les médecins généralistes dont l'activité est urbaine à 1445€ : 1000€ pour le matériel, 95€ pour les médicaments et 350€ pour le contenant qui est un sac multi compartiment de transport. Pour les médecins généralistes en milieu rural le coût était estimé à 1695€ : 1165€ pour le matériel, 180€ pour les thérapeutiques et 365€ pour le même sac de transport.

Par comparaison avec les données de la littérature, une étude suisse de 2011 (54) a estimé le coût d'une trousse d'urgence à 1000 francs suisses soit 830€ (contenu et contenant) pour un médecin participant à un tour de garde en milieu urbain. Cette même étude a révélé les durées de vie des thérapeutiques contenues dans les trousse

d'urgence : la plus courte est de 12 mois, alors que la plupart des médicaments ont une validité de cinq ans.

1.7.3 Financement d'une trousse d'urgence de médecine générale

Le financement de la trousse d'urgence en médecine générale est à la charge du médecin. Il ne bénéficie d'aucune aide ou subvention pour la réaliser. Il est important de rappeler que tout matériel acheté que ce soit à visée diagnostique, de soins, ou thérapeutiques achetées auprès d'une officine, sont des frais professionnels, et à ce titre déductible de la déclaration des revenus (55).

Il existe en revanche des cas où la trousse d'urgence de certains médecins n'est pas à leur charge, c'est celui des médecins pompiers qui bénéficient d'un sac multi compartiment pompier, subventionné et entretenu par le SDIS. Normalement, ce sac est à usage exclusif des interventions dans le cadre de leur activité de pompiers, même s'il est possible que son lieu de stockage soit le cabinet du médecin pompier. C'est aussi le cas pour le MCS (26).

2 Etude descriptive

2.1 Objectifs

Cette étude est une enquête de pratique descriptive. L'objectif est de réaliser un état des lieux de la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes dans le secteur de PDS 64B Béarn et Soule. Je décrirai la composition de leur trousse d'urgence. Puis je les détaillerai selon leur âge ; leur sexe ; leur lieu d'activité urbain, semi rural et rural, leur éloignement géographique par rapport à une structure de SMUR ; leur participation ou non à un tour de garde ; leur pratique de visites à domicile dans leur activité quotidienne.

Dans une deuxième partie, une fiche type de la composition de la trousse a été réalisée et son coût évalué. Cette fiche sera renvoyée aux médecins concernés par cette étude, afin de constituer une aide dans leur pratique quotidienne de l'urgence et de la composition de leur trousse.

2.2 Matériel et Méthode

2.2.1 La population

La population étudiée pendant cette enquête correspond aux médecins généralistes libéraux, exerçant dans le secteur 64B Béarn et Soule.

Plusieurs sources ne s'accordent pas sur le nombre de médecins généralistes dans ce secteur :

- Le conseil national de l'ordre des médecins estime en 2013 le nombre de médecins généralistes libéraux et mixtes (c'est à dire libéraux et/ou salariés) à 734 dans les Pyrénées-Atlantiques, mais pas uniquement dans le secteur 64B (56).
- Le conseil de l'ordre des médecins des Pyrénées-Atlantiques estime, en 2013, le nombre de médecins généralistes à 1148 dans les Pyrénées-Atlantiques et 586 dans le secteur 64B. Ces chiffres

prennent en compte les médecins installés, mais aussi les retraités (57).

- La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), le service s'occupant des professionnels de santé, compte 395 médecins généralistes installés, en activité dans le secteur 64B (58).

J'ai décidé de retenir le chiffre de la CPAM de 395 médecins généralistes libéraux, installés et en activité dans le secteur 64B Béarn et Soule. Une liste des adresses mails des médecins, qui en possédaient une et qui souhaitaient la communiquer (annexe 5), m'a été fournie par cet organisme (58). Cette liste compte 321 adresses électroniques.

2.2.2 Première partie : Description de la démographie médicale et de la trousse d'urgence

2.2.2.1 Le questionnaire

Le questionnaire (annexe 6) a été élaboré en quatre parties, et 27 questions :

- La première partie (9 questions) étudie la démographie médicale en précisant : le sexe ; l'âge ; le secteur d'activité, et l'éloignement par rapport à une structure SMUR ; la participation à un tour de garde ; la pratique de visites dans l'activité quotidienne ; la possession d'un matériel spécifique pour les urgences et son utilité ; la dernière pathologie rencontrée ayant nécessité l'ouverture de la trousse d'urgence ; et, la fréquence annuelle d'emploi de la trousse d'urgence.
- La deuxième partie (11 questions) est destinée à la composition avec le contenant et le contenu. Pour le contenu, j'ai effectué une classification des items selon la spécialité :
 - ✓ Le matériel diagnostique
 - ✓ Le matériel de soins
 - ✓ Les thérapeutiques à visée :
 - Cardiologique
 - Antalgique
 - Pneumologique
 - Infectieuse
 - Psychotrope
 - Perfusion
 - ✓ Les certificats.

- La troisième partie (6 questions) étudie des généralités sur la trousse d'urgence : la fréquence de vérifications des péremptions ; la manière dont les médecins ont élaboré leur trousse ; l'intérêt d'une formation ; le cout engendré par une trousse médicale d'urgence ; l'intérêt d'une aide à la composition de la trousse d'urgence.
- La quatrième partie est destinée à laisser un commentaire libre sur le sujet (1 question).

Les différents items de ce questionnaire ont été déterminés à partir :

- De listes types parues dans la littérature (2, 5, 6, 11, 12, 59).
- De questionnaires issues de précédentes thèses (8, 10, 53).
- Des différentes pathologies urgentes rencontrées en médecine générale (12, 30), et des recommandations pour leur prise en charge thérapeutique pré hospitalière :
 - ✓ Cardiologiques : l'ACR (31), l'IDM (32, 33), l'OAP (34) et l'HTA (35).
 - ✓ Infectieuse avec le purpura fulminans (36, 37).
 - ✓ Psychiatrique avec l'agitation (38).
 - ✓ Neurologique : le coma (39), l'AVC (40), la crise convulsive (41).
 - ✓ Pneumologique : la détresse respiratoire (42), la crise d'asthme (43), l'exacerbation de BPCO (44).
 - ✓ Allergologiques : le choc anaphylactique et l'œdème de Quincke (45).
 - ✓ Endocrinienne : l'hypoglycémie (46).
 - ✓ Pédiatrique : la laryngite (47).
 - ✓ La douleur (48, 49).
- De la liste de composition du sac d'urgence pour le MCS (26).
- Des conseils de mon directeur de thèse et des différents praticiens rencontrés ; notamment mes maitres de stage, lors de mon semestre chez le médecin généraliste.
- De mon expérience personnelle.

Ce questionnaire a été présenté sous la forme d'un questionnaire GOOGLE DOC®, diffusé par courrier électronique.

2.2.2.2 L'étude

C'est une étude descriptive transversale quantitative, réalisée auprès des médecins généralistes libéraux, installés dans le secteur 64B.

La durée de cette enquête a été de 60 jours du 17 Novembre 2013 au 17 Janvier 2014.

La diffusion du questionnaire a été effectuée par envoi d'un courrier électronique avec le questionnaire sous la forme d'un GOOGLE DOC®. Les médecins pouvaient le remplir depuis leur boîte mail, ou en cliquant sur le lien internet sécurisé hébergeant le questionnaire. Les réponses aux questionnaires étaient anonymes. Une note explicative signalant mon identité et celle de mon directeur de thèse, précisant l'objectif de l'enquête pour mon travail de thèse et l'anonymat des réponses, accompagnait la diffusion du questionnaire.

Les adresses de messagerie électronique des médecins (annexe 5) ont été fournies par la CPAM des Pyrénées-Atlantiques, en même temps que le nombre de médecins généralistes libéraux exerçant sur le secteur 64B. Seuls 321 médecins possèdent une adresse mail, ou souhaitent la communiquer, sur les 395 recensés par la CPAM des Pyrénées-Atlantiques (58). L'enquête a donc porté sur 321 médecins, 74 ne possédant pas ou ne communiquant pas leur adresse électronique.

Au cours de l'enquête, le questionnaire a été renvoyé à deux reprises, au vingtième et quarantième jour du début de l'étude par courrier électronique. Je précisais que ces relances n'étaient destinées qu'aux médecins n'ayant pas encore participé à l'étude. Elles étaient accompagnées d'une note explicative, comme lors de la première diffusion.

2.2.2.3 L'analyse statistique

Le recueil des données a été intégré dans un tableau EXCEL®. Puis les données ont été traitées par le logiciel statistique SPHINXIQ®, avec l'aide d'une statisticienne, du service de qualité du centre hospitalier de Pau.

Dans un premier temps, les données ont été étudiées de manière globale sans catégorisation. Puis, elles ont été séquencées, afin de décrire les compositions de la trousse d'urgence des médecins généralistes, selon les critères démographiques et médicaux suivants :

- Le sexe : homme ou femme.
- L'âge : moins de 40 ans, entre 40 et 50 ans, et plus de 50 ans.
- La participation ou non à un tour de garde.
- Le mode d'exercice : rural, semi rural et urbain ; en précisant la distance d'éloignement d'une structure SMUR : moins de 15 km, entre 15 et 30 km, et plus de 30 km.
- La pratique ou non de visites lors de leur activité quotidienne. Le nombre de 5 visites par jour a été choisi arbitrairement.

2.2.3 Deuxième partie : Diffusion d'une fiche type

2.2.3.1 La fiche type

Une fiche type (annexe 7) a été réalisée à l'issue de l'étude des résultats de la première partie. Cette fiche a été réalisée à partir des données de la littérature. Une liste de matériels diagnostiques, de soins et thérapeutiques, a été proposée à la population étudiée.

Cette liste était accompagnée d'une estimation du coût. Cette dernière a été réalisée grâce à la monographie des médicaments du VIDAL® ; avec l'aide d'un pharmacien, et d'un fournisseur de matériel médical.

Cette fiche est composée de quatre parties :

- La première concerne le matériel diagnostique, avec un coût estimé de 1259,31€.
- La deuxième : le matériel de soins, avec un coût de 151,8€.
- La troisième : les thérapeutiques, avec un coût de 287,11€. Je précisais, pour chaque thérapeutique : le dosage, la forme et la durée de vie des molécules.
- La quatrième : les certificats.

Le coût total est de 1698,22€.

2.2.3.2 L'étude

La fiche type de composition de la trousse d'urgence, a été envoyée à la population étudiée dans la première partie, par courrier électronique. Elle se présentait sous la forme d'un document WORD®, en pièce jointe. Elle était accompagnée d'une note précisant son origine : les résultats de la première partie de l'étude, à laquelle les médecins ont répondu.

Deux questions leur étaient posées :

- « Pensez-vous que cette fiche soit utile ? »
- « Cette fiche va-t-elle vous faire modifier la composition de votre trousse d'urgence ? »

La durée de cette deuxième partie de l'étude, a été d'un mois : du 1^{er} Février au 28 février 2014. Aucune relance n'a été effectuée durant cette période.

2.2.3.3 L'analyse statistique

Les réponses étaient attendues par courrier électronique sur ma messagerie personnelle. Elles ont été recueillies sous forme d'un tableau EXCEL®, avant d'être analysées.

3 Résultats

3.1 Première partie : Description de la démographie médicale et de la trousse d'urgence

Le questionnaire a été envoyé aux 321 médecins, pour lesquels une adresse électronique a été communiquée sur les 395 médecins généralistes libéraux installés dans le secteur 64B (58). Le nombre de réponses sur la durée de l'enquête est de 133 sur 321 questionnaires envoyés, en sachant que 9 mails n'ont pas été délivrés pour adresse électronique incorrecte, soit un taux de participation de 41,4%.

3.1.1 La population des médecins généralistes

3.1.1.1 Première partie : Démographie médicale et géographique

3.1.1.1.1 Le sexe

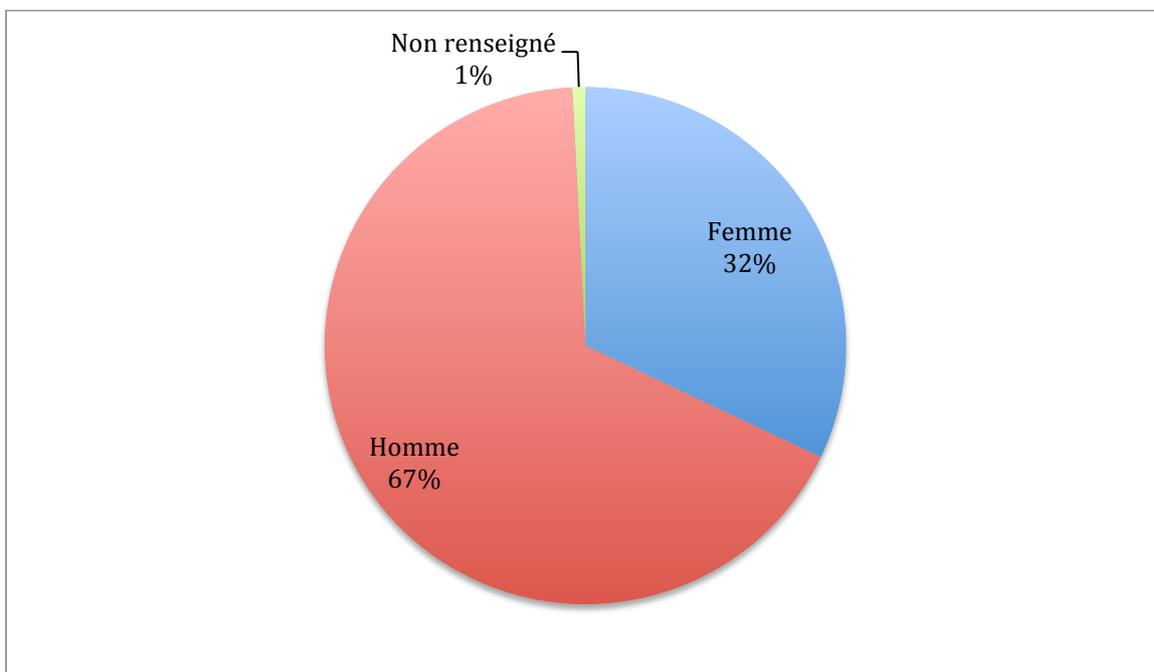


Figure 7: Sexe de la population des médecins généralistes.

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type. 57

Concernant le sexe de la population étudiée, nous avons 89 hommes qui ont répondu à cette étude, soit 66,9% ; et 43 femmes, soit 32,3%. La réponse est non renseignée dans 1 cas, soit 0,8%.

Le sexe ratio dans cette étude est de 2,1.

3.1.1.1.2 L'âge

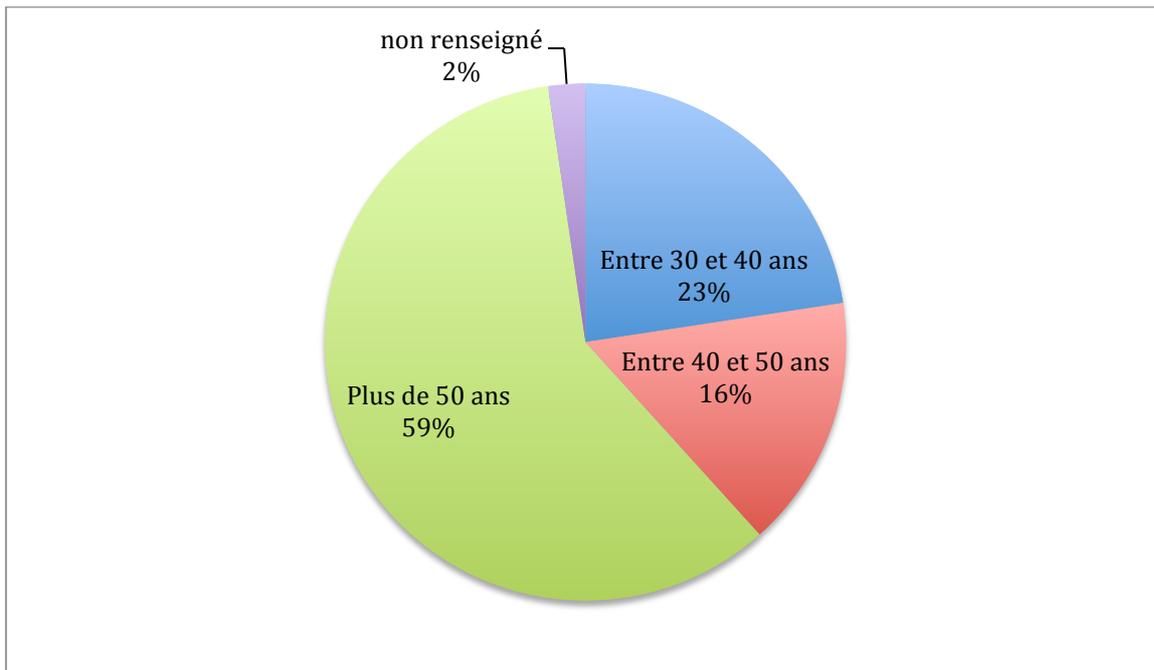


Figure 8: Age de la population des médecins généralistes.

Au niveau des tranches d'âge, la répartition met en évidence 30 médecins qui ont entre 30 et 40 ans, soit 22,6% de notre étude ; 21 ont entre 40 et 50 ans, soit 15,8% ; et 79 ont plus de 50 ans, soit 59,4%. Cette question n'est pas renseignée dans 3 cas, soit 2,3%.

3.1.1.1.3 La participation à un tour de garde

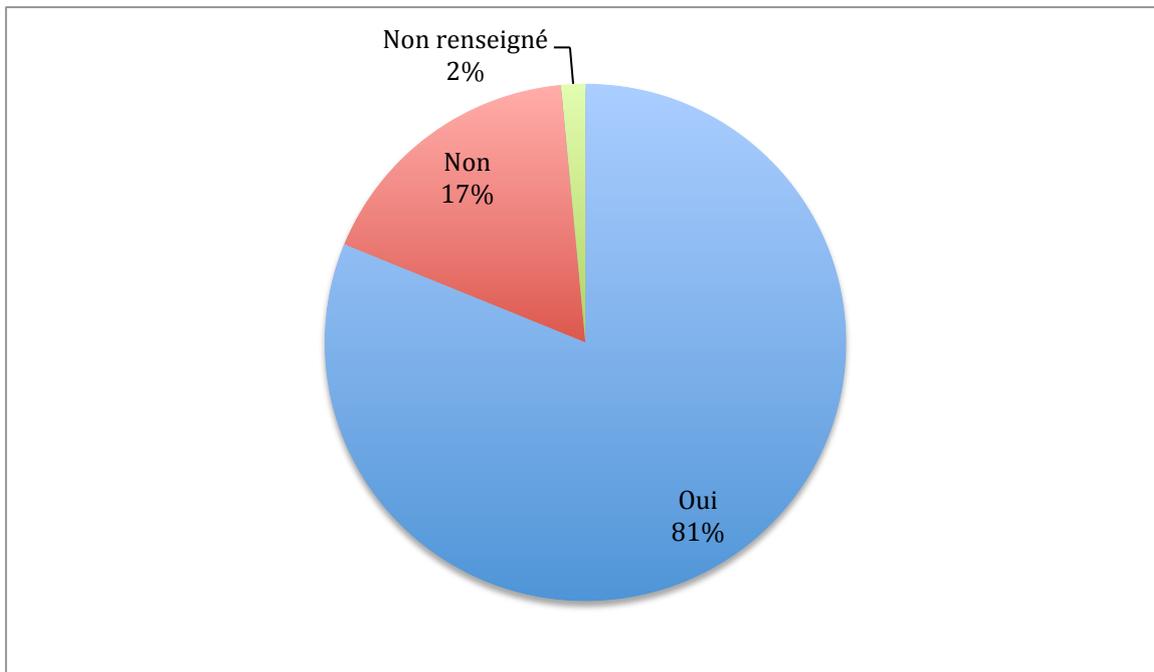


Figure 9: Participation à un tour de garde de la population des médecins généralistes.

Le nombre de médecins participant à un tour de garde est 108, soit 81,2% ; ils sont 23 à ne pas participer à un tour de garde, soit 17,3%. La question n'est pas renseignée dans 2 cas, soit 1,5%.

3.1.1.1.4 La pratique de visites à domicile et le nombre

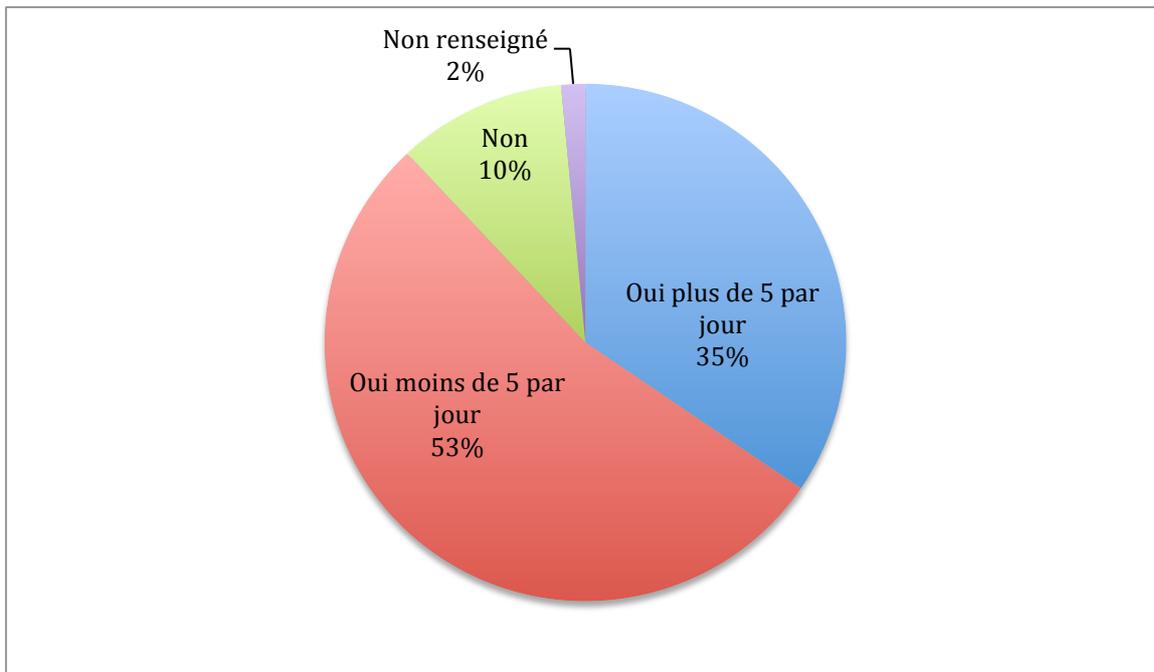


Figure 10: Pratique de visites de la population des médecins généralistes.

Il y a 14 médecins qui ne font pas de visites à domicile dans leur activité quotidienne, soit 10,5% ; 116 en pratiquent, soit 88%. 71 en effectuent moins de 5 par jour, soit 53,4% ; et 46 en font plus de 5, soit 34,6%. La question n'est pas renseignée dans 2 cas, soit 1,5%.

3.1.1.1.5 Le mode d'exercice et la distance d'une structure SMUR

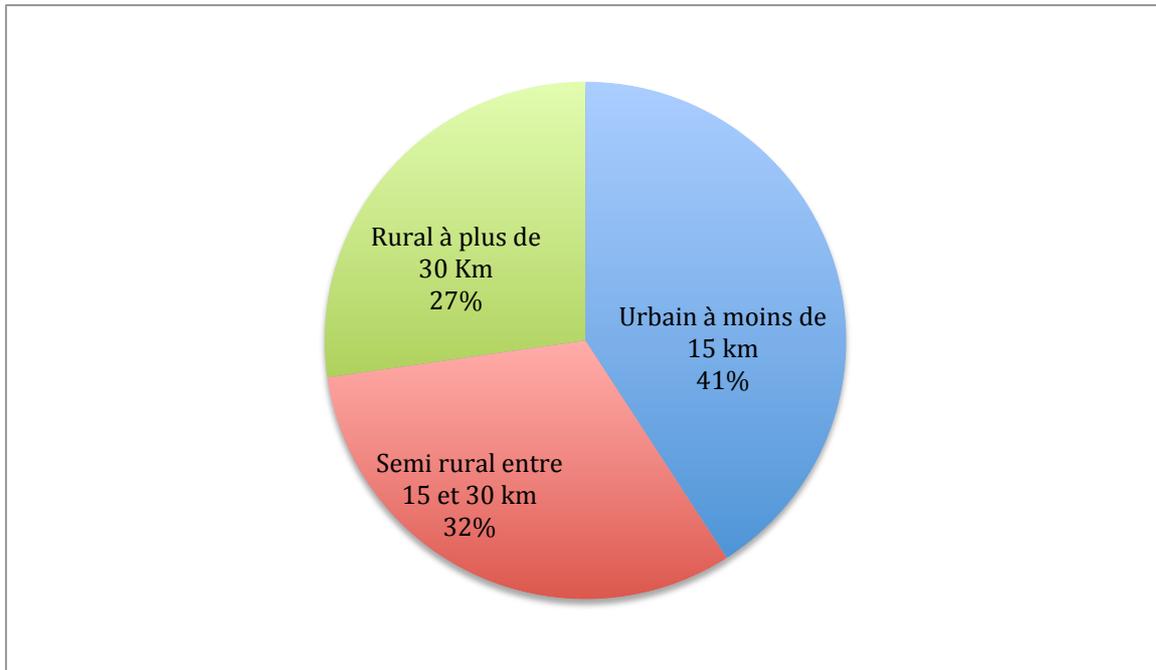


Figure 11: Mode d'exercice de la population des médecins généralistes.

Les médecins déclarant exercer en milieu urbain à moins de 15 km d'une structure SMUR, sont au nombre de 54, soit 40,6%; ils sont 42 à avoir une activité en semi rural à une distance comprise entre 15 et 30 km d'un SMUR, soit 31,6% ; et, ils sont 36 à exercer en milieu rural à plus de 30 km d'un SMUR, soit 27,1%. La question n'est pas renseignée dans 1 cas, soit 0,7%.

3.1.1.1.6 La possession d'une trousse d'urgence et son utilité

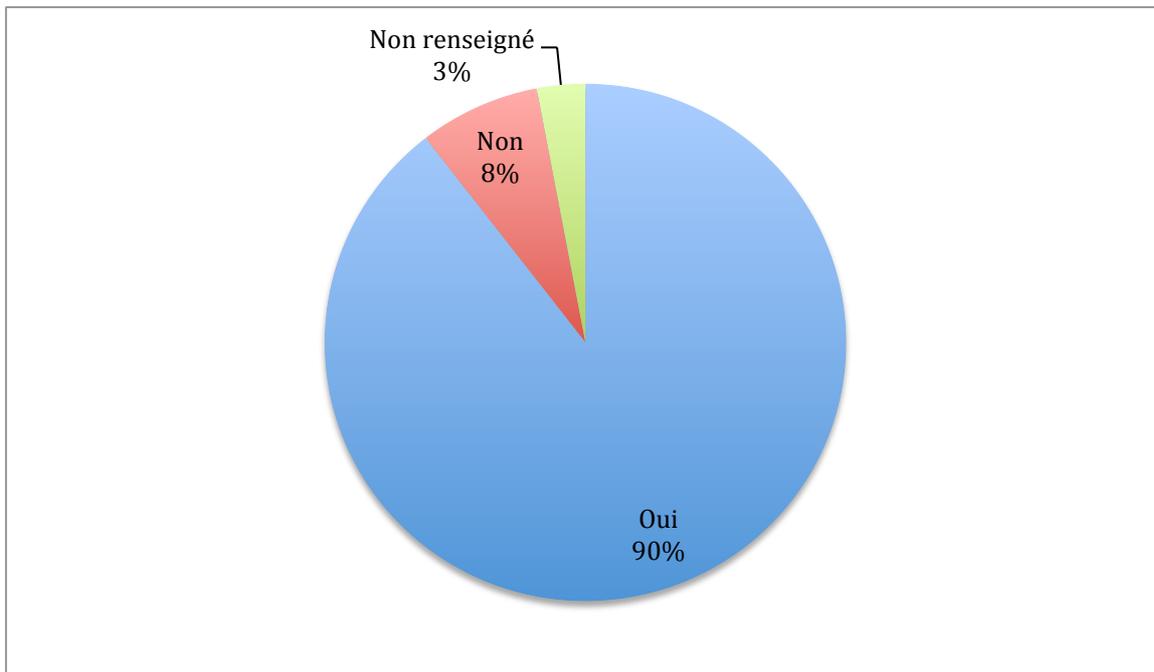


Figure 12: Possession d'une trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Concernant la possession d'une trousse d'urgence, il y a 119 médecins qui en possèdent une, soit 89,5% ; 10 n'en possèdent pas, soit 7,5% ; la question n'est pas renseignée dans 4 cas soit 3%.

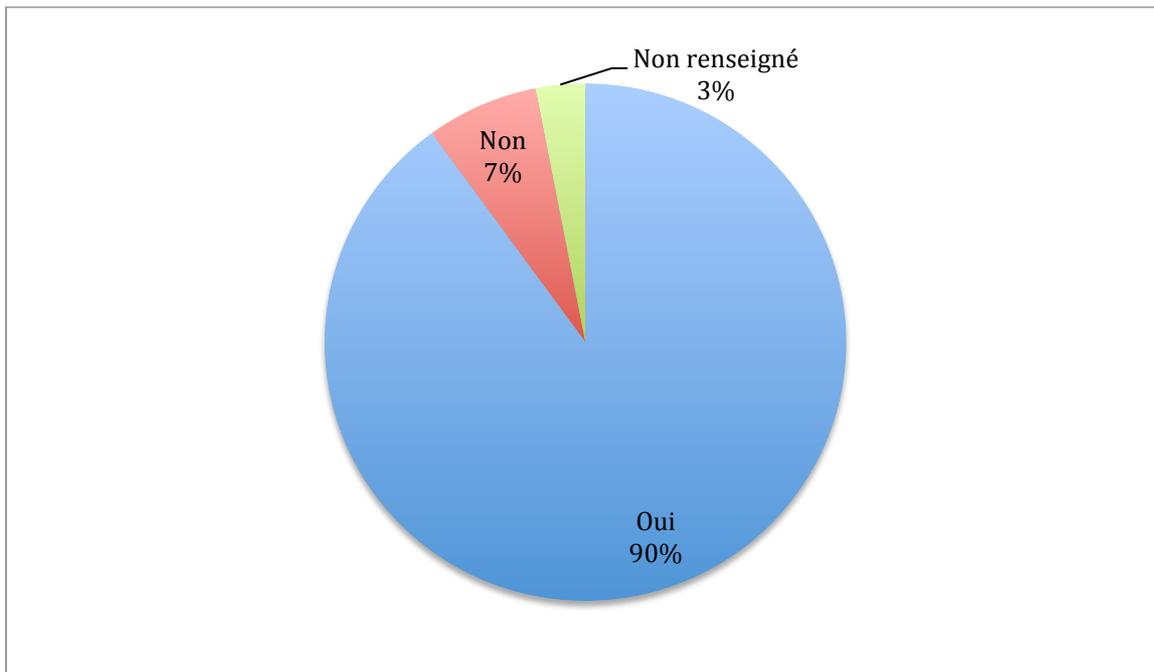


Figure 13: Utilité de la possession d'une trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Au niveau de l'utilité, ils sont 117 médecins à trouver utile de posséder une trousse d'urgence, soit 88% ; ils sont 9 à ne pas trouver cela utile, soit 6,8%. La question n'est pas renseignée dans 4 cas, soit 3%.

3.1.1.1.7 La fréquence annuelle d'utilisation de la trousse d'urgence

Fréquence d'utilisation annuelle	Nombre de médecins
0	1
1	7
2	15
3	10
4	13
5	18
6	9
8	4
10	15
12	5
14	1
15	6
20	8
25	3
30	2
40	1
50	2
100	2

Tableau 2: Effectif de la population selon la fréquence annuelle d'utilisation de la trousse.

La moyenne de la fréquence d'utilisation de la trousse d'urgence de la population est de 9,4 fois par an.

La fréquence d'utilisation minimale est de 0 fois par an pour 1 médecin ; tandis que la fréquence d'utilisation la plus forte, est de 100 fois par an pour 2 médecins.

Cette question est sans réponse dans 11 cas.

3.1.1.1.8 La dernière pathologie rencontrée

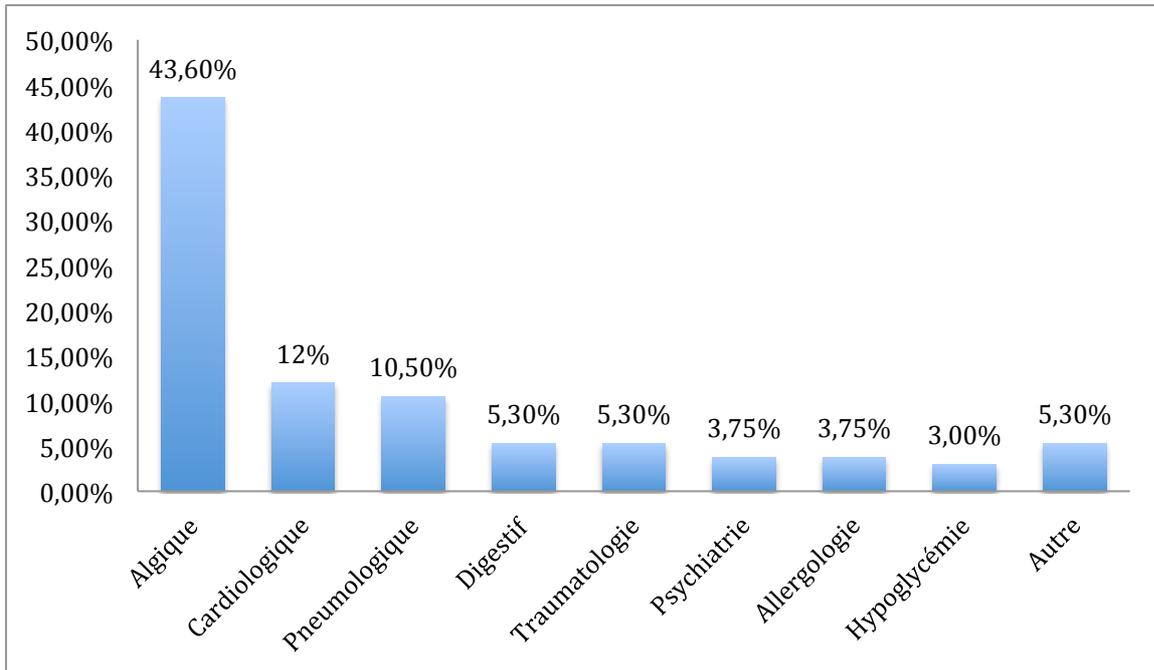


Figure 14: Dernière pathologie urgente rencontrée de la population des médecins généralistes.

J'ai catégorisé les dernières urgences rencontrées en spécialités médicales, selon le diagnostic principal retenu par le médecin:

- Algique : 58 cas, soit 43,6%. Se répartissant en 31 réponses « algies », 12 coliques néphrétiques, 13 lombalgies ou sciatiques, 1 névralgie inter costale, et 1 syndrome douloureux abdominal.
- Cardiologique : 16 cas, soit 12%. Se répartissant en 7 OAP, 5 IDM, 2 ACR, 1 thrombophlébite périphérique et 1 péricardite.
- Pneumologique : 14 cas, soit 10,5%. Se répartissant en 12 crises d'asthme et 2 détresses respiratoires.
- Digestif : 7 cas, soit 5,3%. Se répartissant en 2 vomissements, 4 gastro entérite aigue, et 1 déshydratation.
- Traumatologie : 7 cas, soit 5,3%. Se répartissant en 6 sutures et 1 épistaxis.
- Psychiatrique : 5 cas d'anxiété, soit 3,75%.

- Allergologique : 5 cas, soit 3,75%. Se répartissant en 2 urticaires et 3 chocs anaphylactiques.
- Endocrinologie : 4 cas d'hypoglycémie, soit 3%.
- Autre : 7 cas, soit 5,3%. Se décomposant en 1 noyade, 1 accident de la voie publique, 3 syndromes vertigineux, 1 dysménorrhée et 1 fin de vie palliative.

Cette question n'est pas renseignée dans 10 cas, soit 7,5%.

3.1.1.2 Deuxième partie : Composition de la trousse d'urgence

3.1.1.2.1 La nature du contenant

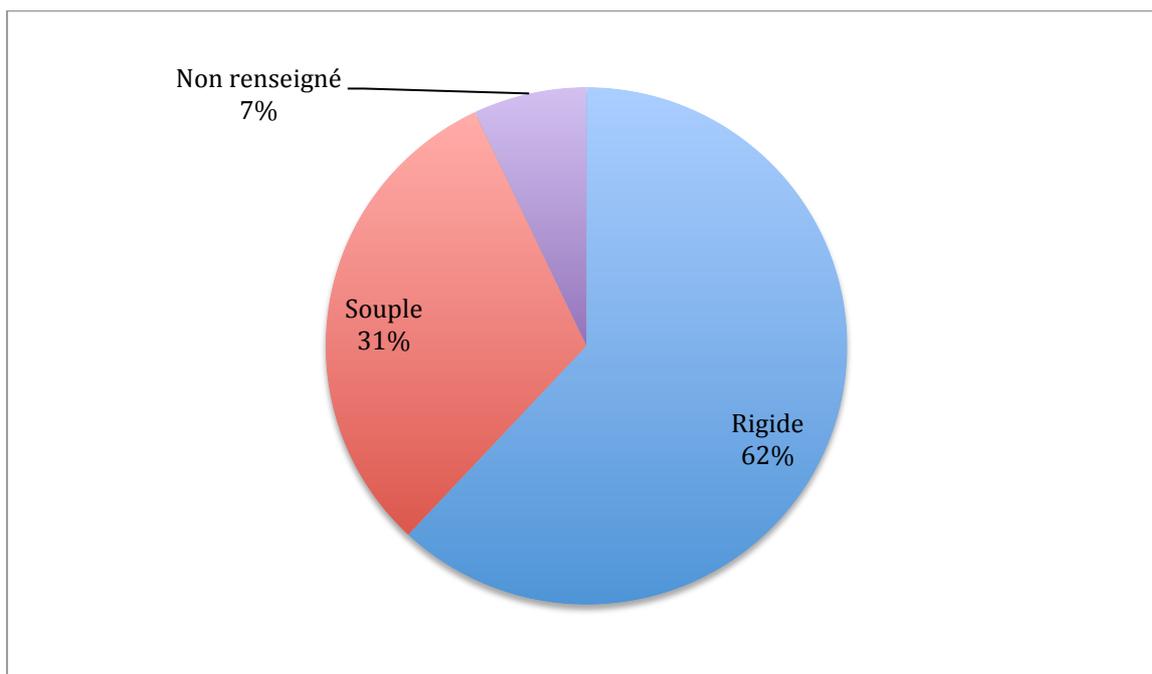


Figure 15: Nature du contenant de la trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Concernant le contenant de la trousse d'urgence, 82 médecins ont répondu avoir un contenant rigide, soit 61,6% ; ils sont 41 médecins à en avoir un souple, soit 30,8% ; 1

médecin possède sa trousse d'urgence dans sa sacoche de visite, soit 0,75%. La question est non renseignée dans 9 cas, soit 6,76%.

3.1.1.2.2 Le matériel Diagnostique

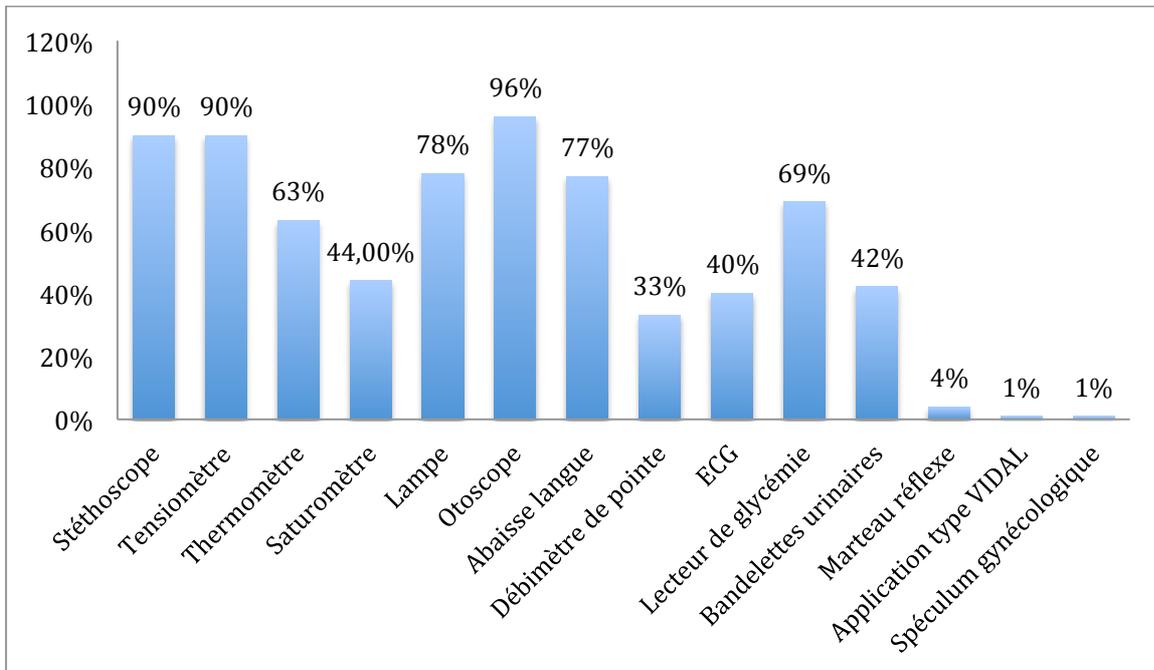


Figure 16: Matériel diagnostique de la population des médecins généralistes.

Concernant le matériel diagnostique : 120 médecins possèdent un stéthoscope, soit 90% ; 120 un tensiomètre, soit 90% ; 84 un thermomètre, soit 63% ; 58 un saturomètre, soit 44% ; 104 une lampe, soit 78% ; 128 un otoscope, soit 96% ; 103 des abaisses langue, soit 77% ; 44 un débimètre de pointe, soit 33% ; 53 un ECG, soit 40% ; 92 un lecteur de glycémie, soit 69% ; 56 des bandelettes urinaires, soit 42% ; 5 un marteau réflexe, soit 4% ; 1 une application type VIDAL, soit 1% ; et, 1 des spéculums gynécologiques, soit 1%.

3.1.1.2.3 Le matériel de soins

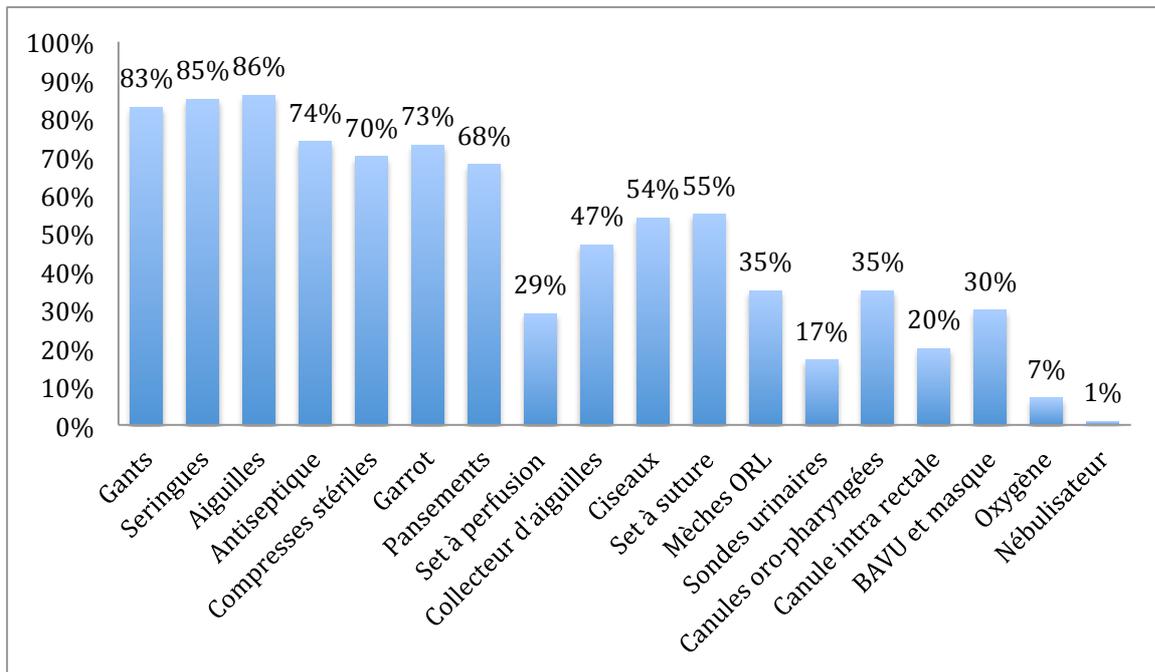


Figure 17: Matériel de soins de la population des médecins généralistes.

Pour le matériel de soins : 110 médecins possèdent des gants, soit 83% ; 113 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 85% ; 114 des aiguilles IM, IV, SC, soit 86% ; 98 un antiseptique, soit 74% ; 93 des compresses stériles, soit 70% ; 97 un garrot, soit 73% ; 90 des pansements, soit 68% ; 39 des sets à perfusion, soit 29% ; 62 un collecteur d'aiguilles, soit 47% ; 72 une paire de ciseaux, soit 54% ; 73 des sets à suture, soit 55% ; 47 des mèches ORL, soit 35% ; 22 des sondes urinaires, soit 17% ; 47 des canules oro-pharyngées, soit 35% ; 27 des canules intra rectale, soit 20% ; 39 des BAVU et des masques, soit 29% ; 9 de l'oxygène, soit 7% ; et, 1 un nébulisateur, soit 1%.

3.1.1.2.4 Les thérapeutiques cardiologiques

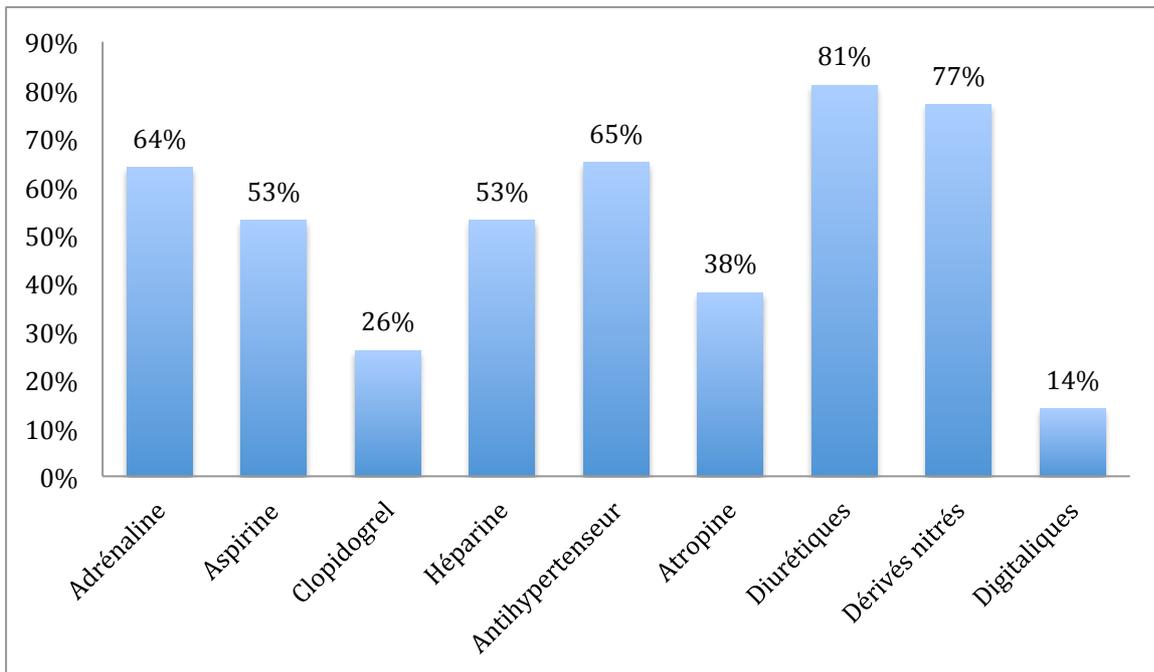


Figure 18: Thérapeutiques cardiologiques de la population des médecins généralistes.

Concernant les thérapeutiques cardiologiques : 85 médecins ont de l'adrénaline, soit 64% ; 71 de l'aspirine, soit 53% ; 35 du clopidogrel, soit 26% ; 71 de l'héparine, soit 53% ; 86 des anti hypertenseurs, soit 65% ; 51 de l'atropine, soit 38% ; 108 des diurétiques, soit 81% ; 102 des dérivés nitrés, soit 77% ; 18 des digitaliques, soit 14%.

3.1.1.2.5 Les thérapeutiques antalgiques

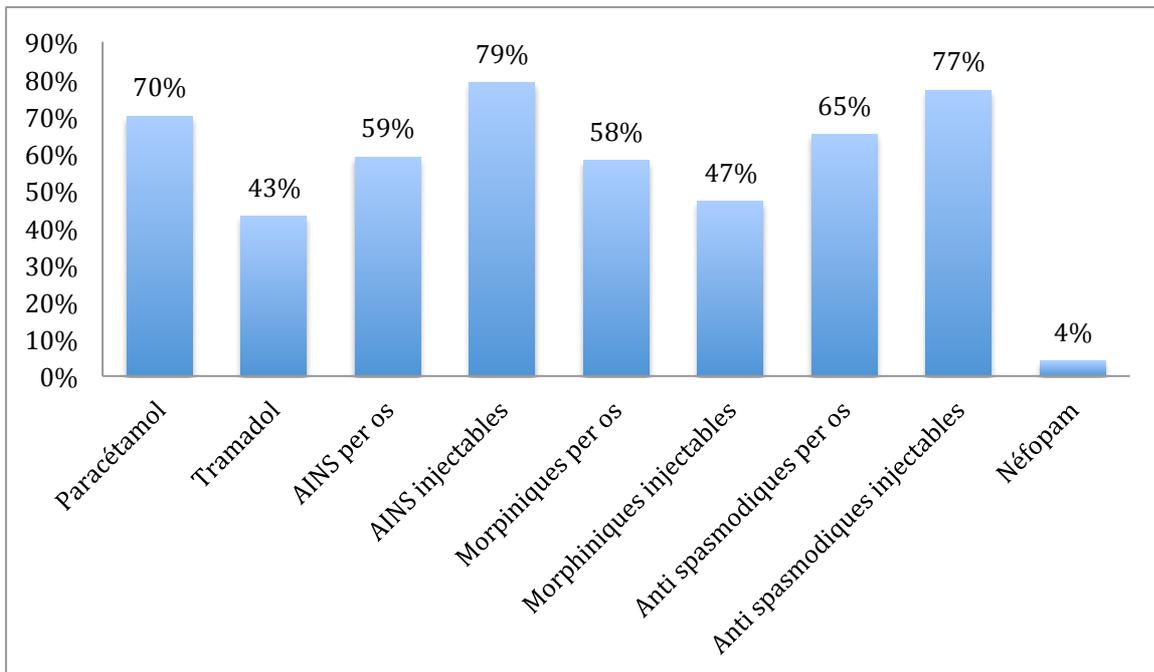


Figure 19: Thérapeutiques antalgiques de la population des médecins généralistes.

Pour les thérapeutiques antalgiques : 93 médecins possèdent du paracétamol, soit 70% ; 57 du tramadol, soit 43% ; 78 des AINS per os, soit 59% ; 105 des AINS injectables, soit 79% ; 77 des morphiniques per os, soit 58% ; 62 des morphiniques injectables, soit 47% ; 87 des anti spasmodiques per os, soit 65% ; 103 des anti spasmodiques injectables, soit 77% ; et, 5 du néfopam, soit 4%.

3.1.1.2.6 Les thérapeutiques pneumologiques

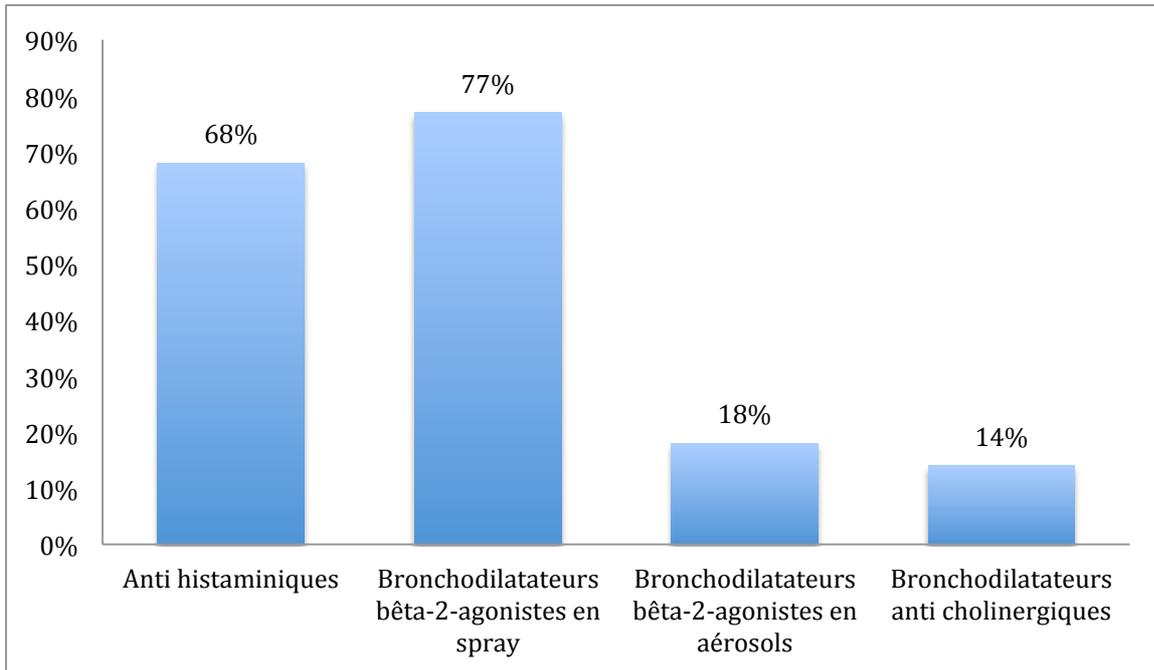


Figure 20: Thérapeutiques pneumologiques de la population des médecins généralistes.

Au sujet des thérapeutiques pneumologiques : 91 médecins ont des anti histaminiques, soit 68% ; 102 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 77% ; 24 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 18% ; et, 17 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 14%.

3.1.1.2.7 Les thérapeutiques infectieuses

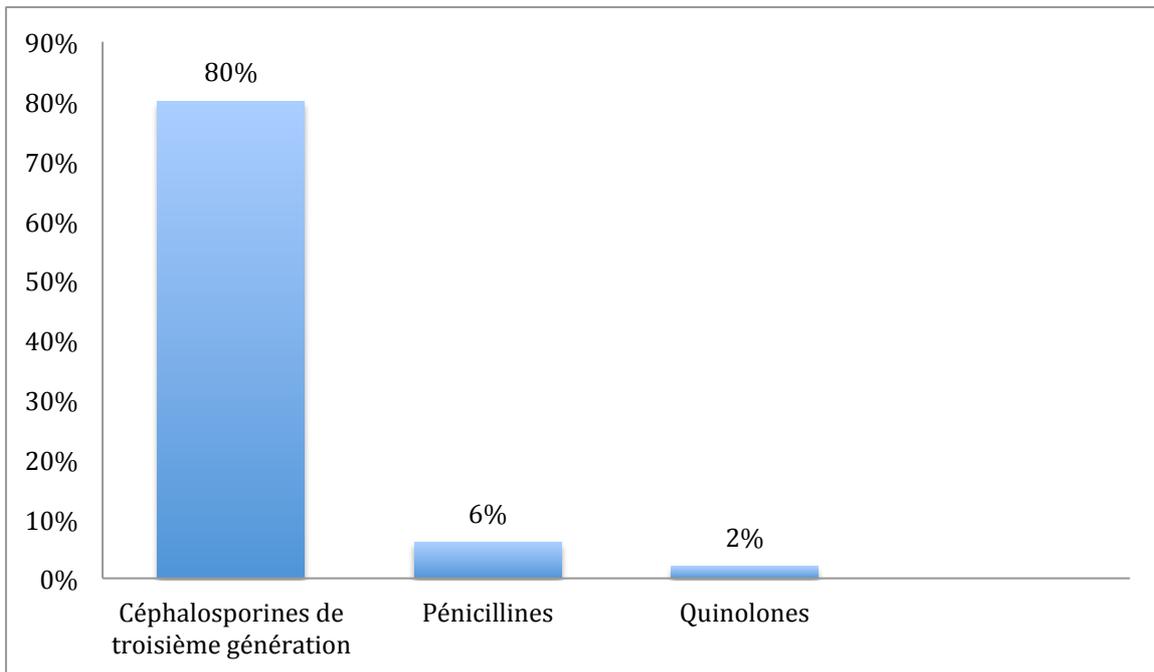


Figure 21: Thérapeutiques infectieuses de la population des médecins généralistes.

Concernant les thérapeutiques infectieuses : 106 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 80% ; 8 des pénicillines, soit 6% ; et, 3 des quinolones, soit 2%.

3.1.1.2.8 Les thérapeutiques psychotropes

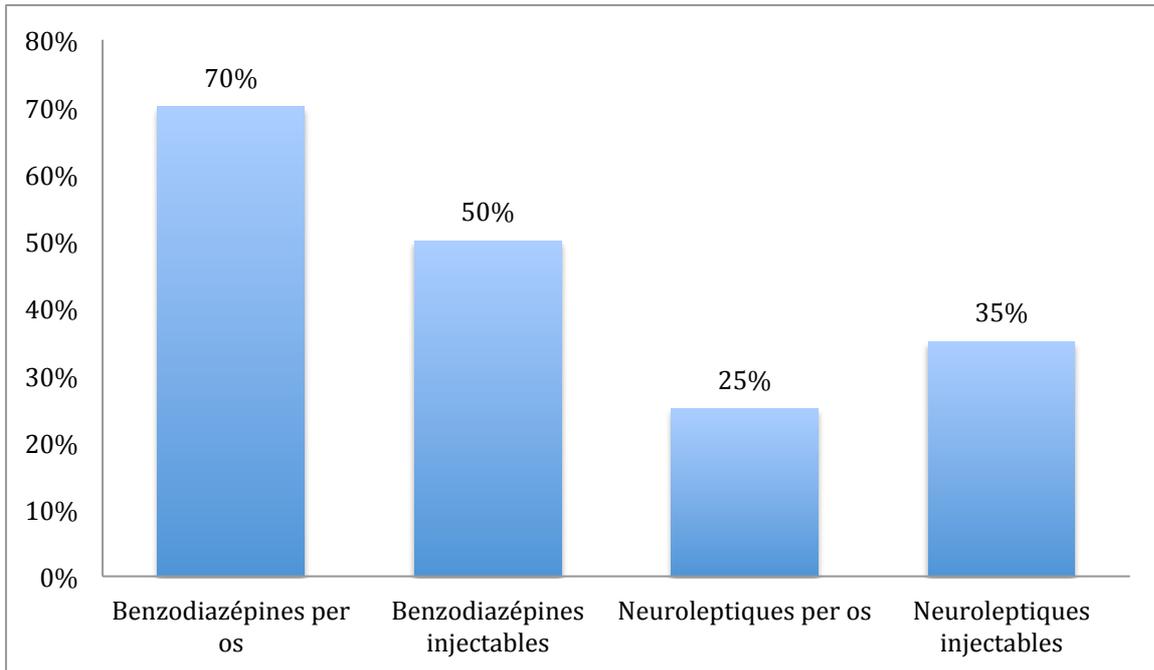


Figure 22: Thérapeutiques psychotropes de la population des médecins généralistes.

Pour les thérapeutiques psychotropes : 93 médecins ont des benzodiazépines per os, soit 70% ; 67 des benzodiazépines injectables, soit 50% ; 33 des neuroleptiques per os, soit 25% ; et, 46 des neuroleptiques injectables, soit 35%.

3.1.1.2.9 Les thérapeutiques de perfusion

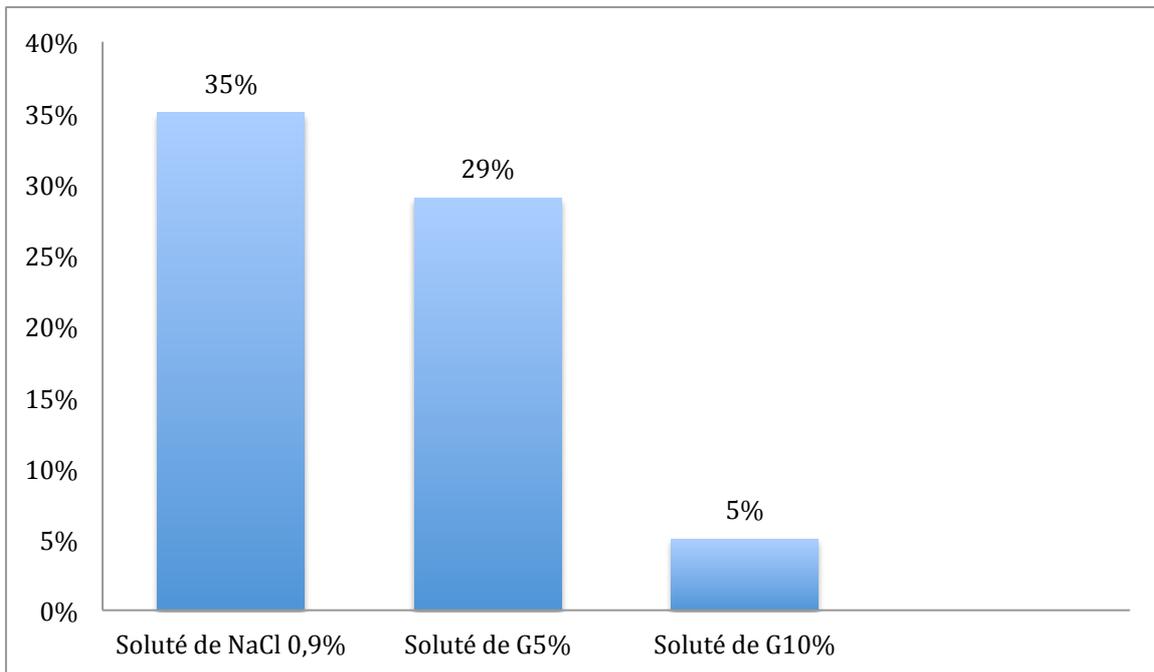


Figure 23: Thérapeutiques de perfusion de la population des médecins généralistes.

Pour les thérapeutiques de perfusion : 47 médecins ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 35% ; 38 un soluté de Glucose 5%, soit 29% ; et, 7 ont un soluté de Glucose 10%, soit 5%.

3.1.1.2.10 Les autres thérapeutiques

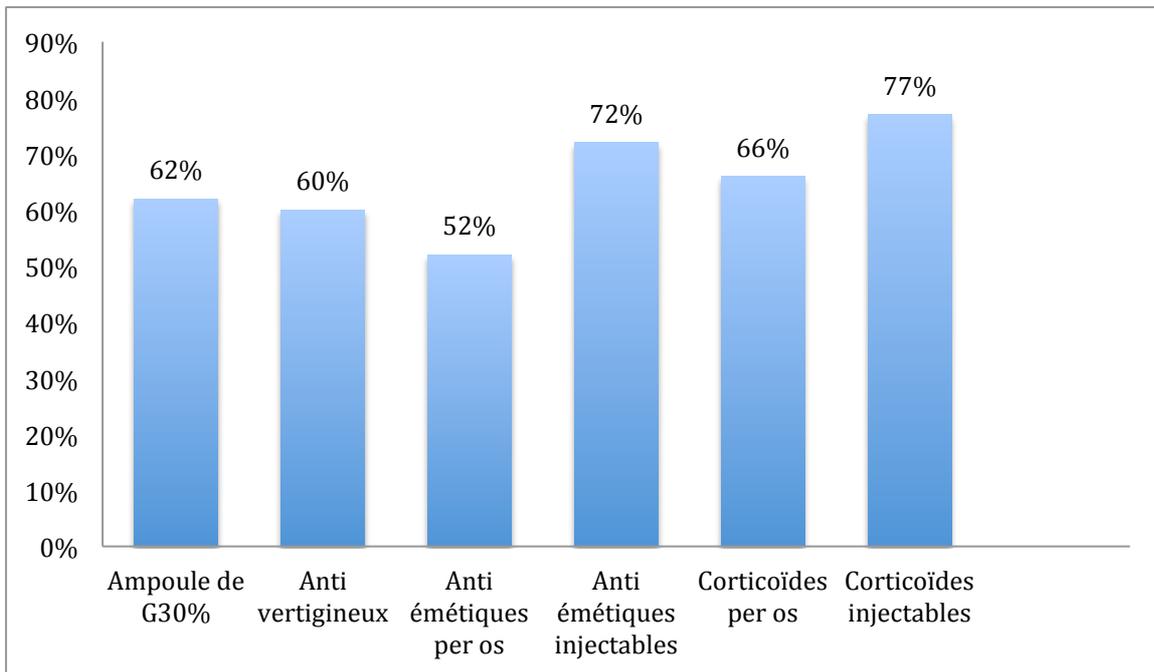


Figure 24: Autres thérapeutiques de la population des médecins généralistes.

Au sujet des autres thérapeutiques : 82 des médecins possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 62% ; 80 des anti vertigineux, soit 60% ; 69 des anti émétiques per os, soit 52% ; 96 des anti émétiques injectables, soit 72% ; 88 des corticoïdes per os, soit 66% ; et, 103 des corticoïdes injectables, soit 77%.

3.1.1.2.11 Les certificats

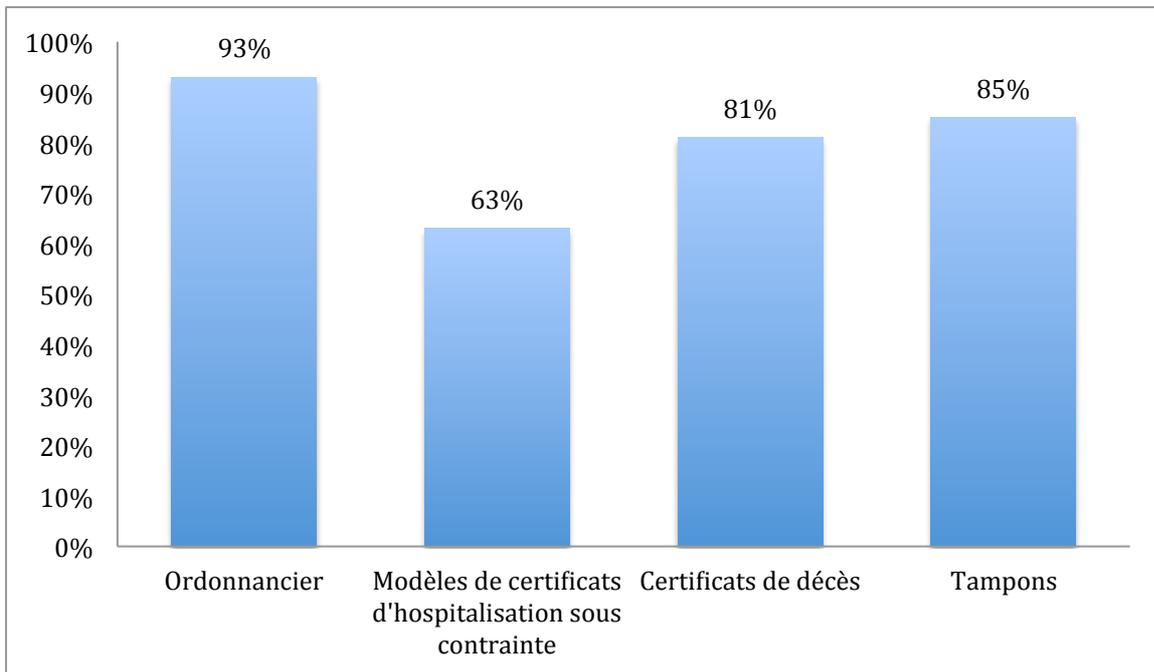


Figure 25: Certificats composant la trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Concernant les certificats : 124 médecins ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 93% ; 84 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 63% ; 108 ont des certificats de décès, soit 81% ; et 113 ont un tampon, soit 85%.

3.1.1.3 Troisième partie : Généralités sur la trousse d'urgence

3.1.1.3.1 Le rythme de vérification

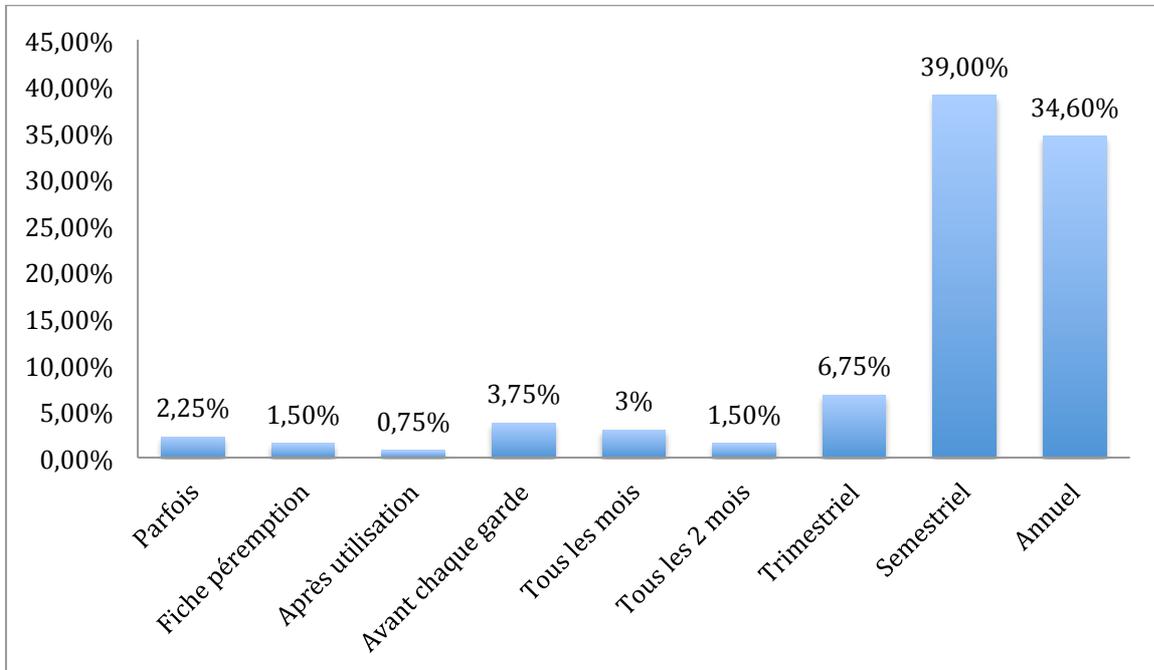


Figure 26: Rythme de vérification de la trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Concernant le rythme de vérification : 52 médecins ont répondu vérifier leur trousse d'urgence tous les 6 mois, soit 39% ; 46 tous les ans, soit 34,6%. A cette question il était possible de répondre autre en indiquant le rythme de vérification. Ils sont 9 médecins à vérifier leur trousse tous les 3 mois, soit 6,76% ; 4 tous les mois, soit 3% ; 2 tous les deux mois, soit 1,5% ; 5 médecins la vérifient avant chaque garde, soit 3,75% ; 1 après chaque utilisation, soit 0,75% ; 2 selon leur fiche de péremption, soit 1,5% ; et 3 déclarent la vérifier quand ils y pensent, soit 2,25%.

La question n'est pas renseignée dans 9 cas, soit 6,75%.

3.1.1.3.2 L'élaboration de la trousse d'urgence

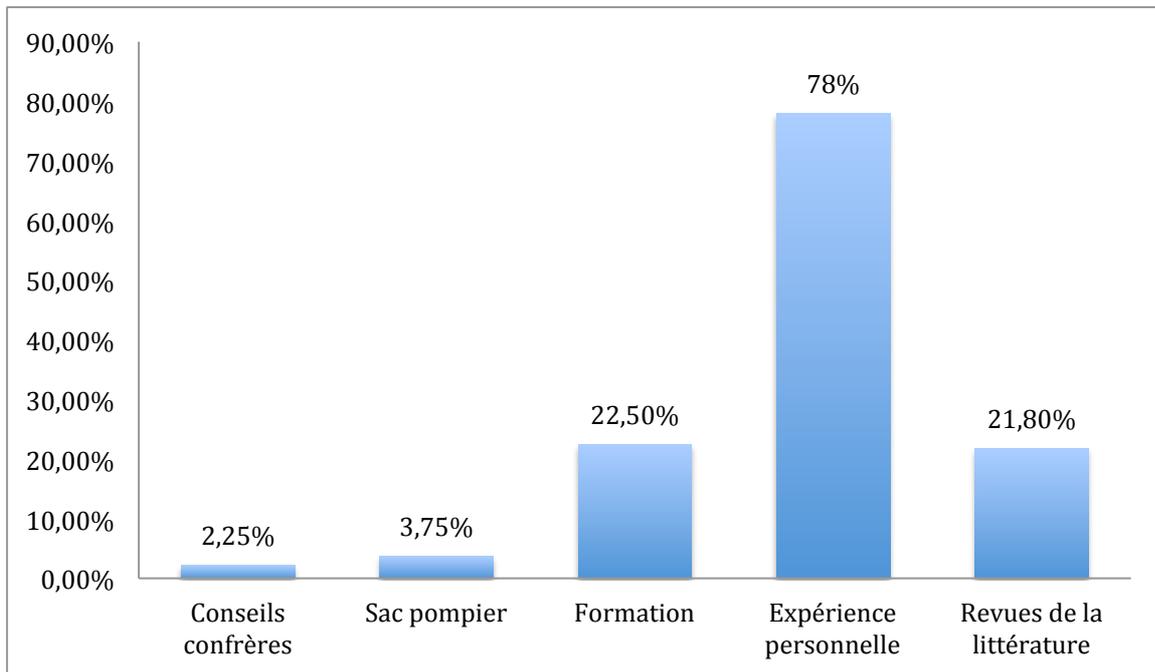


Figure 27: Sources d'élaboration de la trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Les médecins ont répondu pour l'élaboration de leur trousse avoir effectué des recherches dans la littérature pour 29 d'entre eux, soit 22% ; se baser sur leur expérience personnelle pour 104, soit 78% ; et avoir fait une formation pour 30, soit 22,5%. Cette question avait une réponse libre possible, et on note que 5 des médecins ont un sac pompier, soit 3,75% ; et 3 ont demandé des conseils à leur confrère, soit 2,25%.

3.1.1.3.3 Nécessité d'une formation

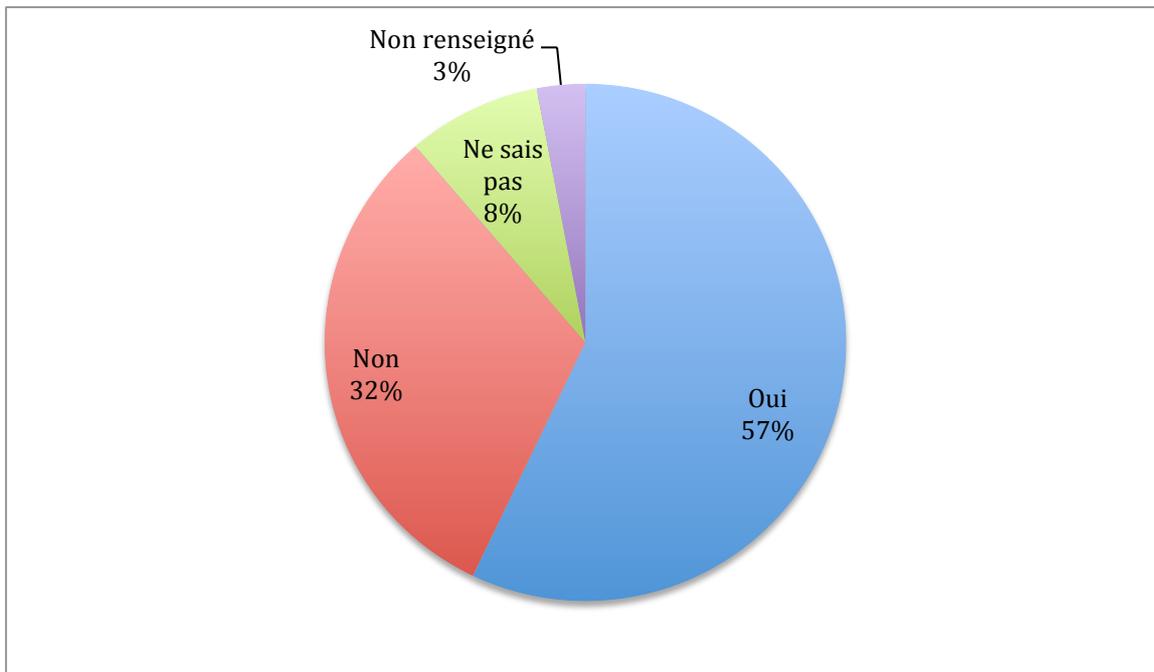


Figure 28: Intérêt d'une formation pour la composition de la trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Concernant la nécessité d'une formation pour composer une trousse d'urgence, 76 médecins ont répondu oui, soit 57,1% ; 42 ont répondu non, soit 31,6% ; 11 n'ont pas d'opinion, soit 8,3%. Cette question n'est pas renseignée dans 4 cas, soit 3%.

3.1.1.3.4 Le coût d'une trousse d'urgence

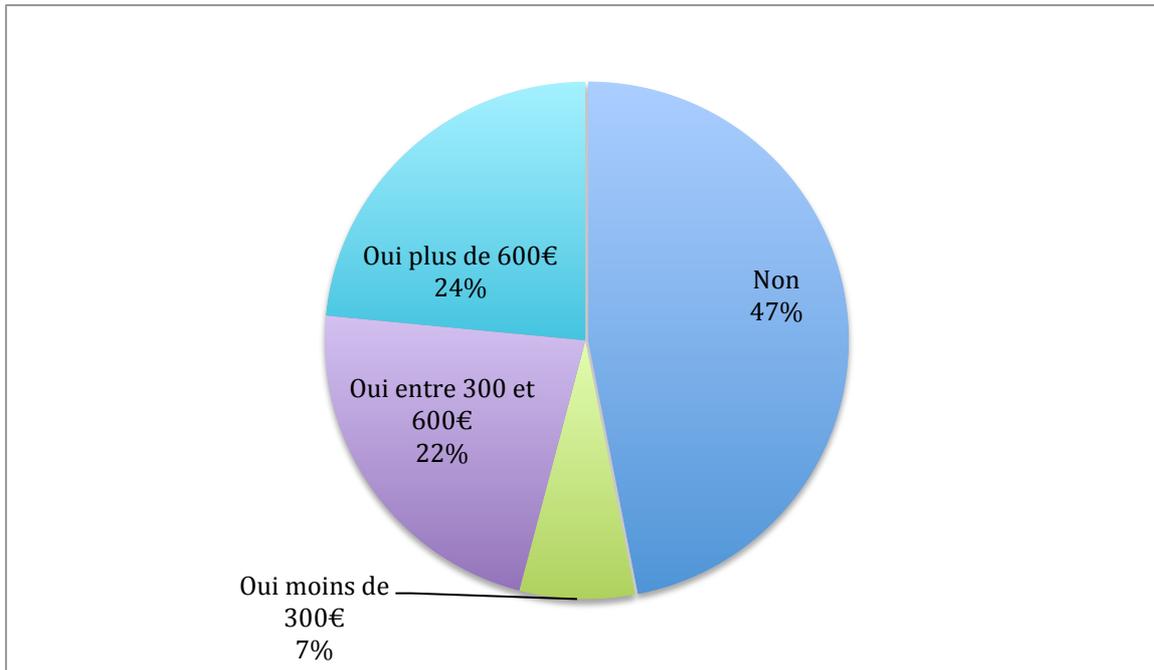


Figure 29: Estimation du coût de la trousse d'urgence de la population des médecins généralistes.

Au sujet du coût d'une trousse d'urgence, 61 médecins répondent ne pas connaître le coût d'une trousse, soit 45,9%. Ils sont 69 à avoir une estimation du coût, soit 51,9%, qui se répartissent en : 9 médecins l'évaluant à moins de 300€, soit 6,8% ; 29 estiment un coût est compris entre 300 et 600€, soit 21,8% ; et 31 jugent le coût supérieur à 600€, soit 23,3%. Cette question n'est pas renseignée dans 3 cas, soit 2,25%.

3.1.1.3.5 Une aide par rapport à ce travail

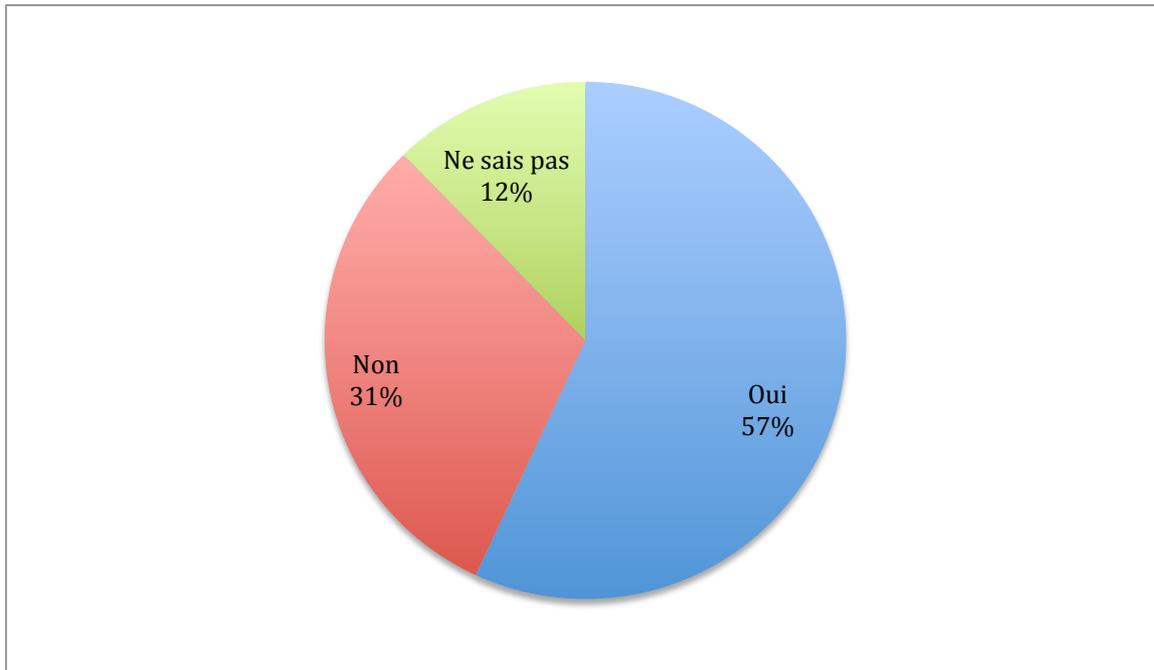


Figure 30: Aide par rapport à cette enquête de la population des médecins généralistes.

A la question de savoir si les médecins étaient intéressés pour recevoir une aide à partir de cette enquête, 74 ont répondu favorablement, soit 55,6% ; 40 ne le souhaitaient pas, soit 30,1% ; 16 sont sans opinion, soit 12%. La question n'est pas renseignée dans 4 cas, soit 2,25%.

3.1.1.3.6 Modification de la trousse par rapport à ce questionnaire

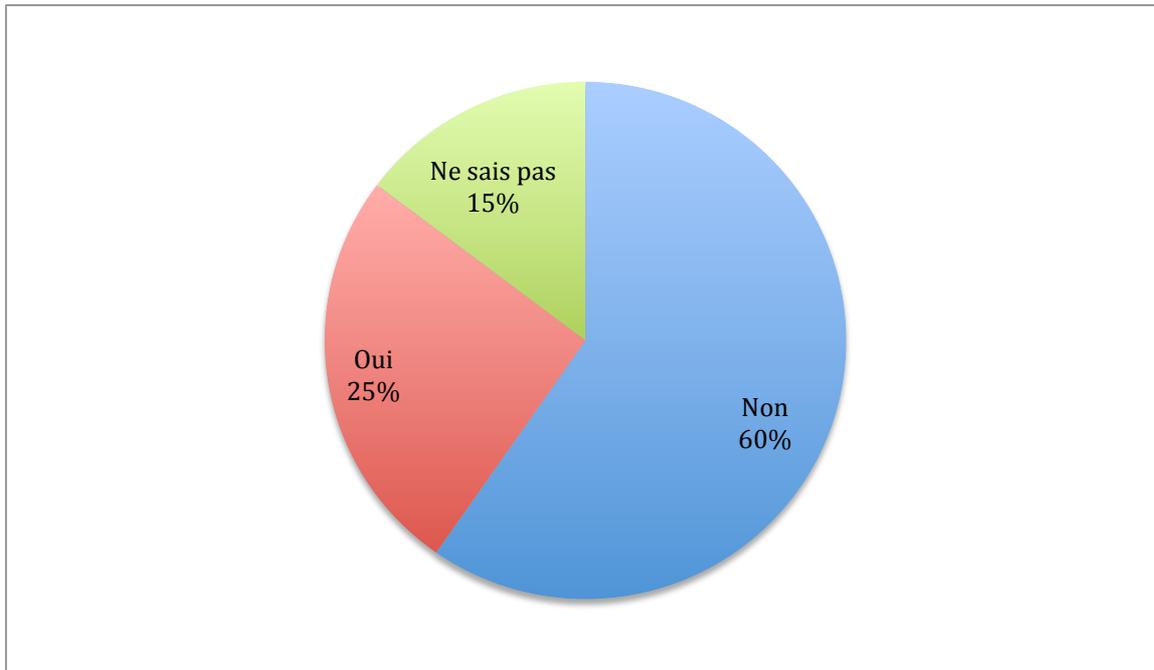


Figure 31: Modification de la composition de la trousse d'urgence à partir du questionnaire de l'étude.

Concernant le questionnaire de l'étude, 77 des médecins ont répondu qu'ils ne modifieraient pas la composition de leur trousse, soit 57,9% ; 33 pensent que ce questionnaire leur fera modifier la composition de leur trousse, soit 24,8% ; et 19 médecins sont sans opinion, soit 14,3%. Cette question n'est pas renseignée dans 4 cas, soit 3%.

3.1.1.4 Quatrième partie : Commentaire ou suggestion libre

A cette dernière question de l'enquête, 11 médecins ont fait un commentaire, que j'ai regroupé en six items : les moyens de communication, la réalité des urgences réalisées par le médecin généraliste sur le terrain, l'usage de l'ECG et la responsabilité médico-légale, l'oxygène, le coût de la trousse d'urgence et le financement, et la gestion du stock et des péremptions.

3.1.1.4.1 Les moyens de communication

Ce commentaire est réalisé par un homme de plus de 50 ans, qui exerce en milieu rural à plus de 30 km du SMUR, qui réalise plus de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui possède une trousse d'urgence et qui juge utile d'en posséder une :

« Un aide mémoire, un répertoire téléphonique avec les numéros utiles et un téléphone quand le réseau capte, c'est très utile. »

3.1.1.4.2 La réalité des urgences

Le premier commentaire à ce sujet est celui d'un homme de plus de 50 ans, qui exerce en ville à moins de 15 km du SMUR, qui ne fait pas de visites, qui participe à un tour de garde, qui n'a pas de trousse d'urgence et qui ne juge pas utile d'en avoir une :

« En ville il n'y a pas d'urgences. »

Le second est réalisé par un homme de plus de 50 ans, qui est installé en milieu semi rural à une distance comprise entre 15 et 30 km du SMUR, qui réalise plus de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui a une trousse et qui juge utile d'en avoir une :

« Les vraies urgences sont devenues rares grâce au centre d'appel 15 et à l'intervention du SAMU. La gestion des urgences par le médecin généraliste est le plus souvent des urgences ressenties ou de confort. »

Le dernier commentaire est celui d'un homme de plus de 50 ans, qui exerce en milieu urbain à moins de 15 km du SMUR, qui réalise moins de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui possède une trousse et juge utile d'en posséder une :

« 8 médecins sur 10 n'ont pas de trousse d'urgences ou ne l'ouvrent jamais. »

3.1.1.4.3 L'usage de l'ECG et la responsabilité médico-légale

Ce commentaire est réalisé par une femme de 30 à 40 ans, qui exerce en milieu semi rural à une distance de 15 à 30 km du SMUR, qui fait moins de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui a une trousse et qui juge utile d'en avoir une :

« L'ECG est-il obligatoire ? Existe-t-il une responsabilité médico-légale de ne pas en posséder un ? »

3.1.1.4.4 L'oxygène

Ce commentaire est réalisé par un homme de plus de 50 ans, qui exerce en milieu rural à plus de 30 km du SMUR, qui réalise moins de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui possède une trousse d'urgence et qui juge utile d'en posséder une :

« Le problème se pose quant à la législation concernant l'oxygène, son transport et le renouvellement de l'obus. Un peu découragé par les contraintes, j'avoue avoir laissé un peu tomber la question. Mon obus étant presque vide, en cas de nécessité, je ventilerais avec un BAVU. Pour palier à cet inconvénient il serait souhaitable que les médecins utilisateurs puissent se rapprocher des SDIS locaux pour la maintenance de leur oxygène. Les contraintes matérielles et le coût de la maintenance n'incitent pas à son utilisation. »

3.1.1.4.5 Le coût de la trousse d'urgence et son financement

Ce commentaire est réalisé par un homme de 40 à 50 ans, qui exerce en milieu urbain à moins de 15 km du SMUR, qui réalise plus de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui a une trousse d'urgence et qui juge utile d'en avoir une :

« Essayer de réfléchir comment un médecin peut être approvisionné gratuitement pour détenir une trousse d'urgence nécessaire et indispensable, opérationnelle, puisque l'industrie pharmaceutique ne veille plus à cela et qu'il n'est pas normal de faire l'avance des frais compte tenu de son niveau de remboursement. Ainsi il me paraît opportun de budgétiser une trousse d'urgence opérationnelle et de faire valider auprès des autorités un forfait qui serait alloué chaque année au médecin généraliste. »

3.1.1.4.6 La gestion des péremptions et du stock

Le premier commentaire est celui d'une femme de 30 à 40 ans, qui exerce en semi rural à une distance comprise entre 15 et 30 km du SMUR, qui fait moins de 5 visites par jour, qui ne fait pas de gardes, qui a une trousse d'urgence et qui juge utile d'en avoir une :

« Problème de gestion des stocks et des dates de péremptions. »

Le second est réalisé par femme de 40 à 50 ans, qui exerce en milieu semi rural à une distance comprise entre 15 et 30 km du SMUR, qui fait moins de 5 visites par jour, qui ne fait pas de gardes, qui a une trousse d'urgence et qui juge utile d'en avoir une :

« Problème de conservation des injectables avec durée de vie très courte, ainsi que des bandelettes urinaires et des perfusions. »

Le troisième est celui d'une femme de plus de 50 ans, qui exerce en milieu rural à plus de 30 km du SMUR, qui fait moins de 5 visites par jour, qui participe à un tour de garde, qui a une trousse et qui juge utile d'en posséder une :

« Nécessité d'actualiser sa trousse d'urgence en fonction des nouveaux protocoles et donc intérêt des formations. »

Le dernier est réalisé par une femme de plus de 50 ans, qui exerce en milieu semi rural à une distance comprise entre 15 et 30 km du SMUR, qui fait moins de 5 visites par jour, qui fait des gardes, qui a une trousse d'urgence et qui juge utile d'en avoir une :

« Problèmes des dates de péremptions, notamment des injectables et donc du coût de la trousse car on en jette plus qu'on en utilise. »

3.1.2 La composition de la trousse selon le sexe

3.1.2.1 Le matériel diagnostique

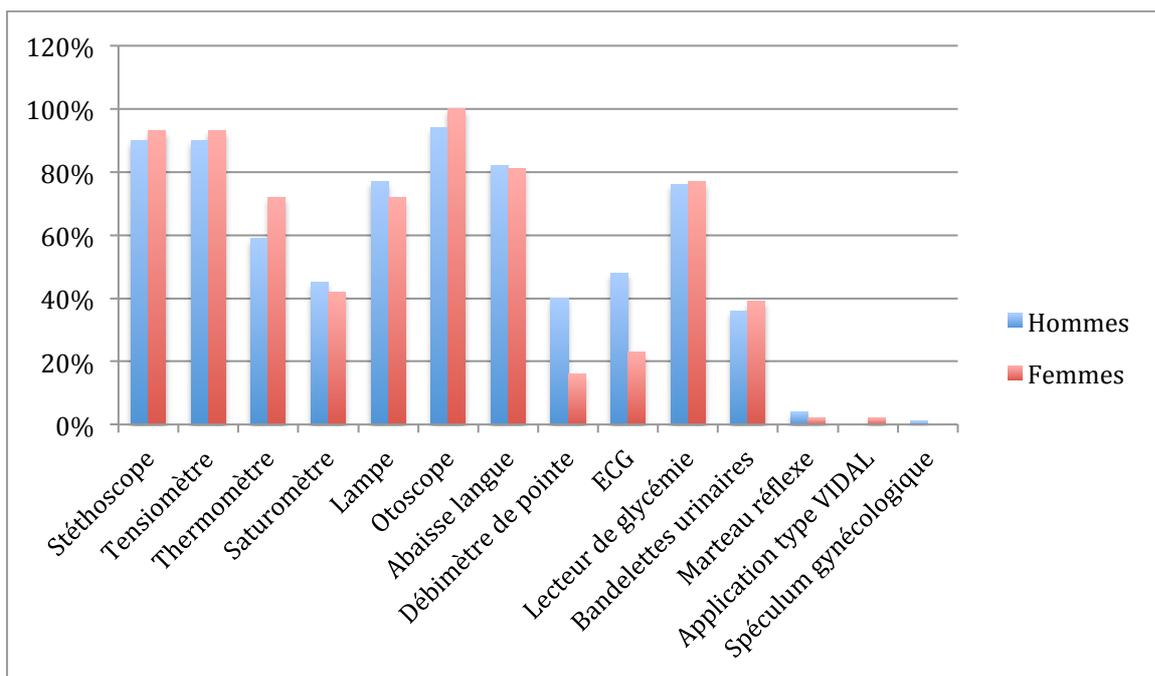


Figure 32: Matériel diagnostique selon le sexe.

Concernant le matériel diagnostique :

- Pour les hommes : 80 possèdent un stéthoscope, soit 90% ; 80 un tensiomètre, soit 90% ; 53 un thermomètre, soit 59% ; 40 un saturomètre, soit 45% ; 69 une lampe,

soit 77% ; 83 un otoscope soit 94% ; 73 des abaisses langue, soit 82% ; 36 un débimètre de pointe, soit 40% ; 43 un ECG, soit 48% ; 68 un lecteur de glycémie, soit 76% ; 32 des bandelettes urinaires, soit 36% ; 4 un marteau réflexe, soit 4% ; 1 des spéculums gynécologiques, soit 1% ; et, aucun une application type VIDAL.

- Pour les femmes : 40 possèdent un stéthoscope, soit 93% ; 40 un tensiomètre, soit 93% ; 31 un thermomètre, soit 72% ; 18 un saturomètre, soit 42% ; 31 une lampe, soit 72% ; 43 un otoscope, soit 100% ; 35 des abaisses langue, soit 81% ; 7 un débimètre de pointe, soit 16% ; 10 un ECG, soit 23% ; 33 un lecteur de glycémie, soit 77% ; 17 des bandelettes urinaires, soit 39% ; 1 un marteau réflexe, soit 2% ; 1 une application type VIDAL, soit 2% ; et, aucune des spéculums gynécologiques.

3.1.2.2 Le matériel de soins

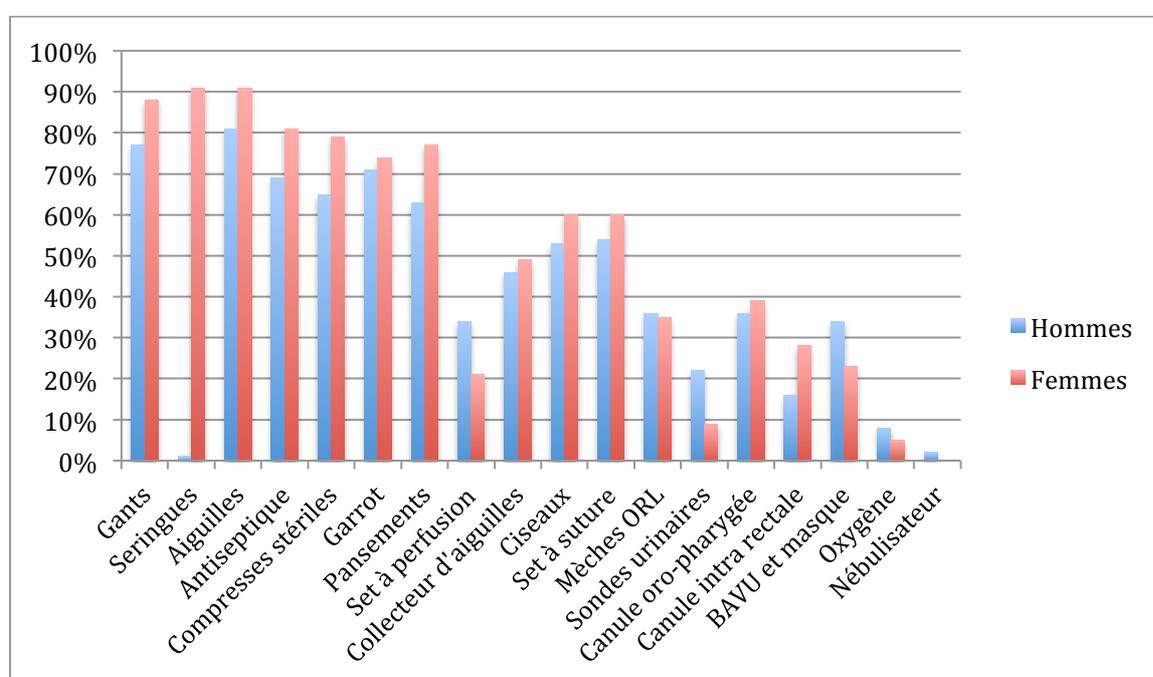


Figure 33: Matériel de soins selon le sexe.

Pour le matériel de soins :

- Concernant les hommes : 69 possèdent des gants, soit 77% ; 72 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 81% ; 72 des aiguilles IM, IV, SC, soit 81% ; 62 un antiseptique, soit 69% ; 58 des compresses stériles, soit 65% ; 63 un garrot, soit 71% ; 56 des pansements, soit 63% ; 30 des sets à perfusion, soit 34% ; 41 un collecteur d'aiguilles, soit 46% ; 47 une paire de ciseaux, soit 53% ; 48 des sets à suture, soit 54% ; 32 des mèches ORL, soit 36% ; 20 des sondes urinaires, soit 22% ;

32 des canules oro-pharyngées, soit 35% ; 14 des canules intra rectale, soit 16% ; 30 des BAVU et des masques, soit 34% ; 7 de l'oxygène, soit 8% ; et, 1 un nébulisateur, soit 2%.

- Concernant les femmes : 38 possèdent des gants, soit 88% ; 39 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 91% ; 39 des aiguilles IM, IV, SC, soit 91% ; 35 un antiseptique, soit 81% ; 34 des compresses stériles, soit 79% ; 32 un garrot, soit 74% ; 33 des pansements, soit 77% ; 9 des sets à perfusion, soit 21% ; 21 un collecteur d'aiguilles, soit 48% ; 26 une paire de ciseaux, soit 60% ; 26 des sets à suture, soit 60% ; 15 des mèches ORL, soit 35% ; 4 des sondes urinaires, soit 9% ; 17 des canules oro-pharyngées, soit 39% ; 12 des canules intra rectale, soit 28% ; 10 des BAVU et des masques, soit 23% ; 2 de l'oxygène, soit 5% ; et, aucune un nébulisateur.

3.1.2.3 Les thérapeutiques cardiologiques

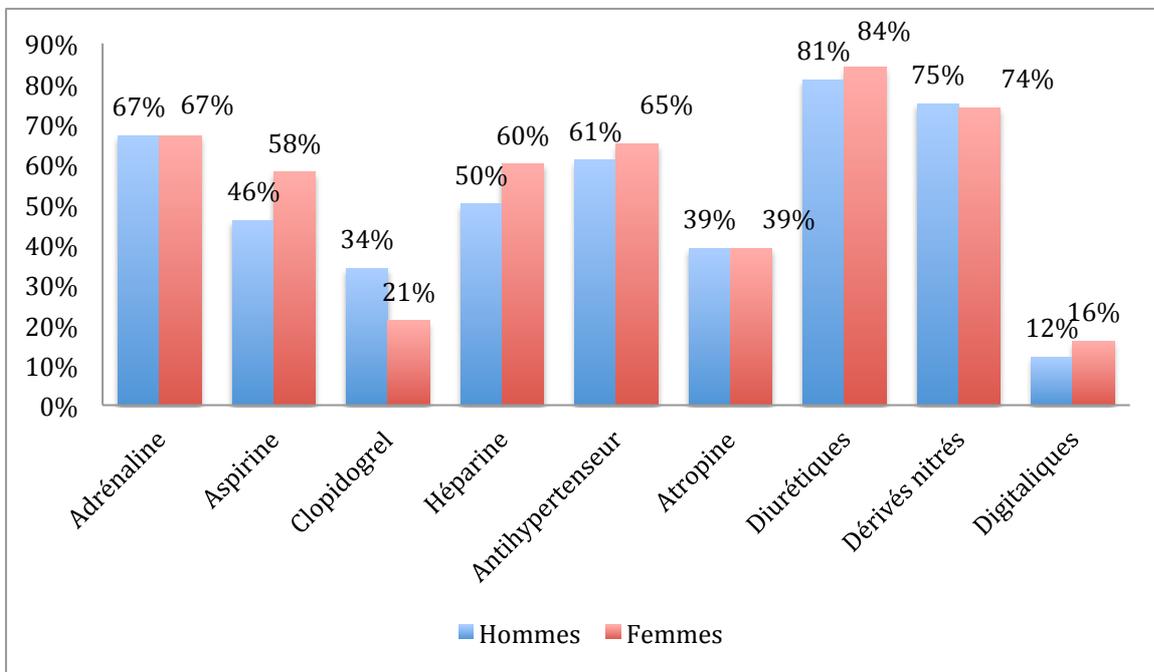


Figure 34: Thérapeutiques cardiologiques selon le sexe.

Concernant les thérapeutiques cardiologiques :

- Pour les hommes : 60 ont de l'adrénaline, soit 67% ; 41 de l'aspirine, soit 46% ; 30 du clopidogrel, soit 34% ; 45 de l'héparine, soit 50% ; 54 des anti hypertenseurs, soit 61% ; 35 de l'atropine, soit 39% ; 72 des diurétiques, soit 81% ; 67 des dérivés nitrés, soit 75% ; 11 des digitaliques, soit 12%.

- Pour les femmes : 29 ont de l'adrénaline, soit 67% ; 25 de l'aspirine, soit 58% ; 9 du clopidogrel, soit 21% ; 26 de l'héparine, soit 60% ; 28 des anti hypertenseurs, soit 65% ; 17 de l'atropine, soit 39% ; 36 des diurétiques, soit 84% ; 32 des dérivés nitrés, soit 74% ; 7 des digitaliques, soit 16%.

3.1.2.4 Les thérapeutiques antalgiques

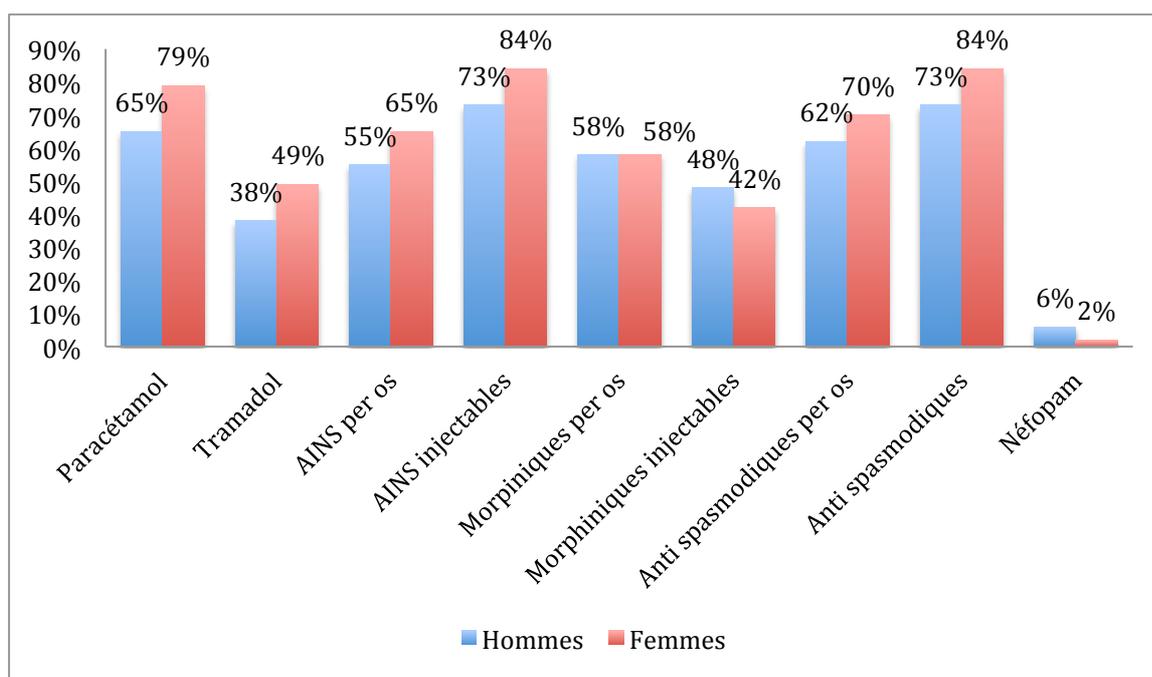


Figure 35: Thérapeutiques antalgiques selon le sexe.

Pour les thérapeutiques antalgiques :

- Concernant les hommes : 58 possèdent du paracétamol, soit 65% ; 34 du tramadol, soit 38% ; 49 des AINS per os, soit 55% ; 65 des AINS injectables, soit 73% ; 52 des morphiniques per os, soit 58% ; 43 des morphiniques injectables, soit 48% ; 55 des anti spasmodiques per os, soit 62% ; 65 des anti spasmodiques injectables, soit 73% ; et, 5 du néfopam, soit 6%.
- Concernant les femmes : 34 possèdent du paracétamol, soit 79% ; 21 du tramadol, soit 49% ; 28 des AINS per os, soit 65% ; 36 des AINS injectables, soit 84% ; 25 des morphiniques per os, soit 58% ; 18 des morphiniques injectables, soit 42% ; 30 des anti spasmodiques per os, soit 70% ; 36 des anti spasmodiques injectables, soit 84% ; et, 1 du néfopam, soit 2%.

3.1.2.5 Les thérapeutiques pneumologiques

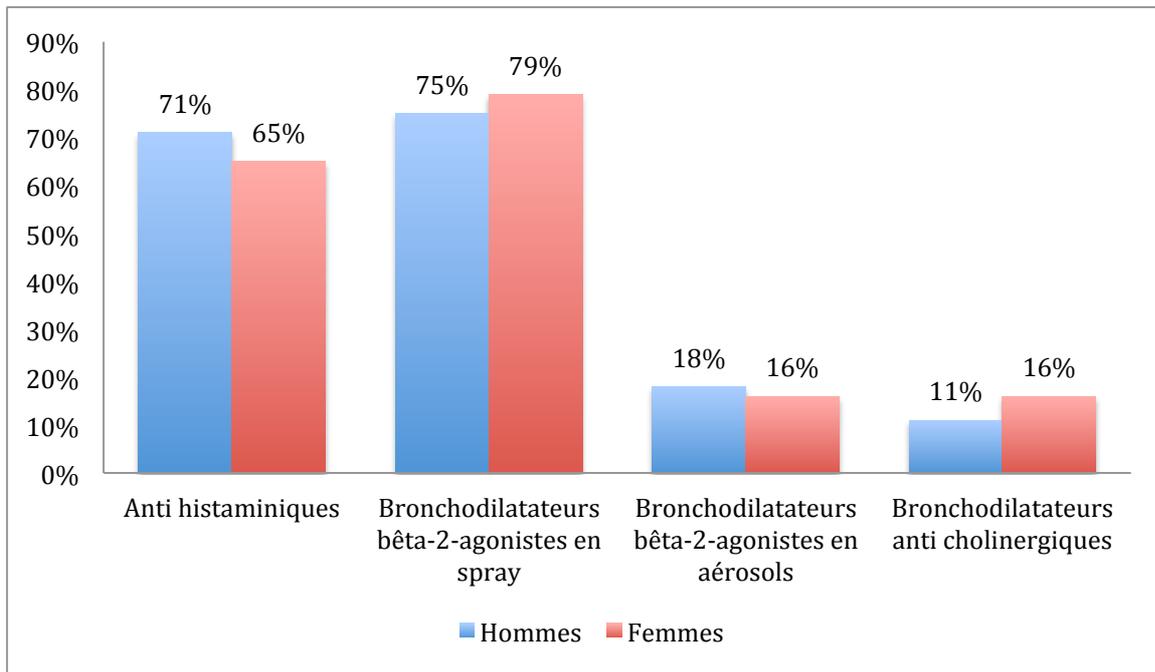


Figure 36: Thérapeutiques pneumologiques selon le sexe.

Au sujet des thérapeutiques pneumologiques :

- Pour les hommes : 63 ont des anti histaminiques, soit 71% ; 67 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 75% ; 16 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 18% ; et, 10 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 11%.
- Pour les femmes : 28 ont des anti histaminiques, soit 65% ; 34 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 79% ; 7 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 16% ; et, 7 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 16%.

3.1.2.6 Les thérapeutiques infectieuses

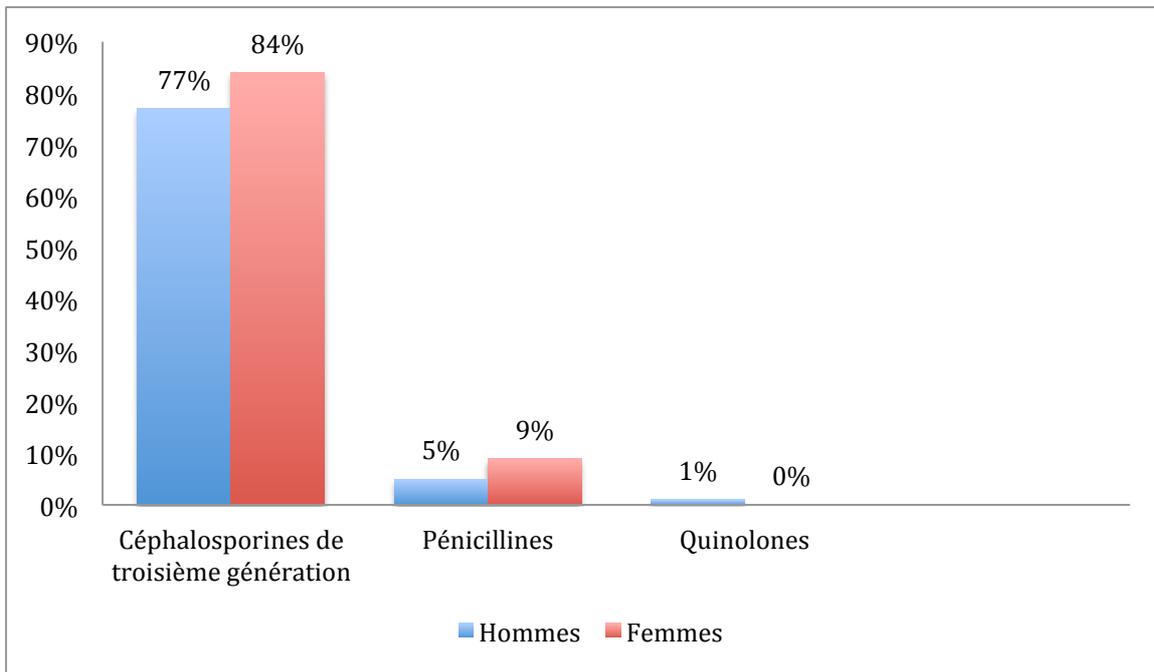


Figure 37: Thérapeutiques infectieuses selon le sexe.

Concernant les thérapeutiques infectieuses :

- Pour les hommes : 69 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 77% ; 4 des pénicillines, soit 5% ; et, 1 des quinolones, soit 1%.
- Pour les femmes : 36 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 84% ; 4 des pénicillines, soit 9% ; et, aucune des quinolones.

3.1.2.7 Les thérapeutiques psychotropes

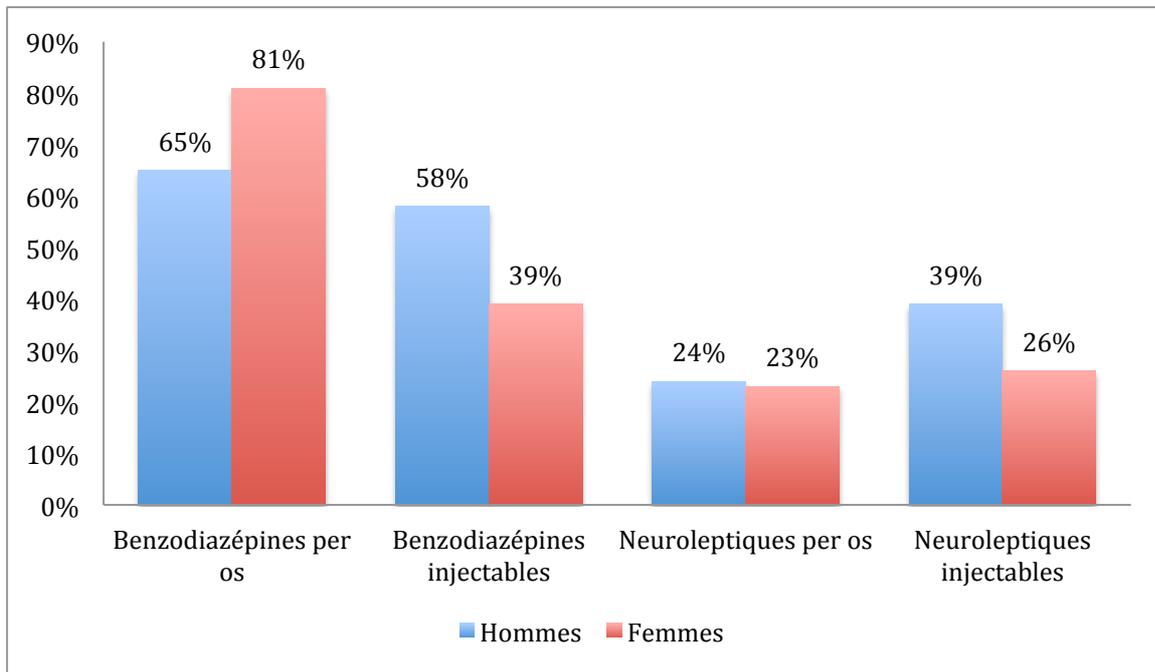


Figure 38: Thérapeutiques psychotropes selon le sexe.

Pour les thérapeutiques psychotropes :

- Concernant les hommes : 58 ont des benzodiazépines per os, soit 65% ; 52 des benzodiazépines injectables, soit 58% ; 21 des neuroleptiques per os, soit 24% ; et, 35 des neuroleptiques injectables, soit 39%.
- Concernant les femmes : 35 ont des benzodiazépines per os, soit 81% ; 17 des benzodiazépines injectables, soit 39% ; 10 des neuroleptiques per os, soit 23% ; et, 11 des neuroleptiques injectables, soit 26%.

3.1.2.8 Les thérapeutiques de perfusion

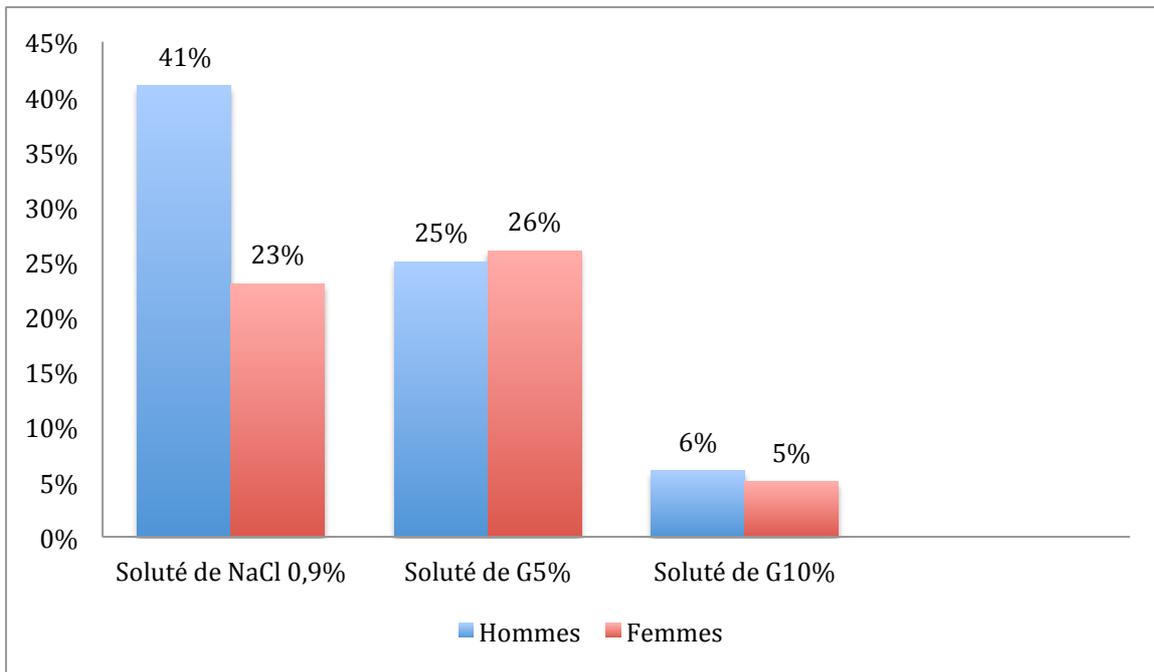


Figure 39: Thérapeutiques de perfusion selon le sexe.

Pour les thérapeutiques de perfusion :

- Concernant les hommes : 37 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 41% ; 22 un soluté de Glucose 5%, soit 25% ; et, 5 ont un soluté de Glucose 10%, soit 6%.
- Concernant les femmes : 10 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 23% ; 11 un soluté de Glucose 5%, soit 26% ; et, 2 ont un soluté de Glucose 10%, soit 5%.

3.1.2.9 Les autres thérapeutiques

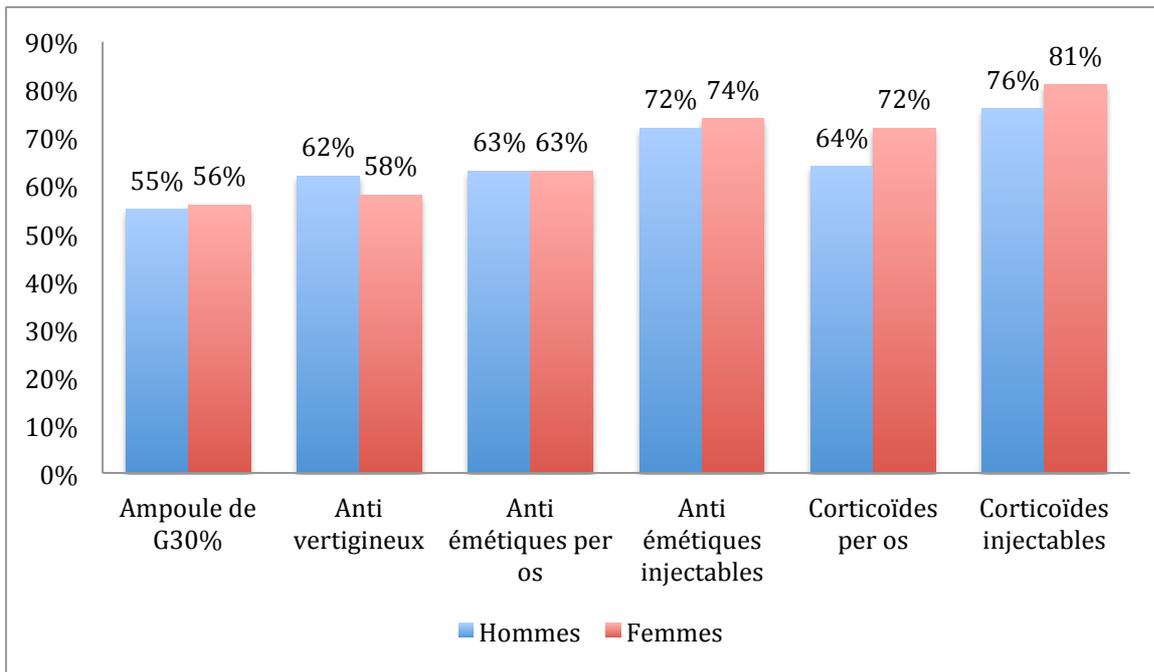


Figure 40: Autres thérapeutiques selon le sexe.

Au sujet des autres thérapeutiques :

- Concernant les hommes : 49 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 55% ; 55 des anti vertigineux, soit 62% ; 46 des anti émétiques per os, soit 63% ; 64 des anti émétiques injectables, soit 72% ; 57 des corticoïdes per os, soit 64% ; et, 68 des corticoïdes injectables, soit 76%.
- Concernant les femmes : 24 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 56% ; 25 des anti vertigineux, soit 58% ; 27 des anti émétiques per os, soit 63% ; 32 des anti émétiques injectables, soit 74% ; 31 des corticoïdes per os, soit 72% ; et, 35 des corticoïdes injectables, soit 81%.

3.1.2.10 Les certificats

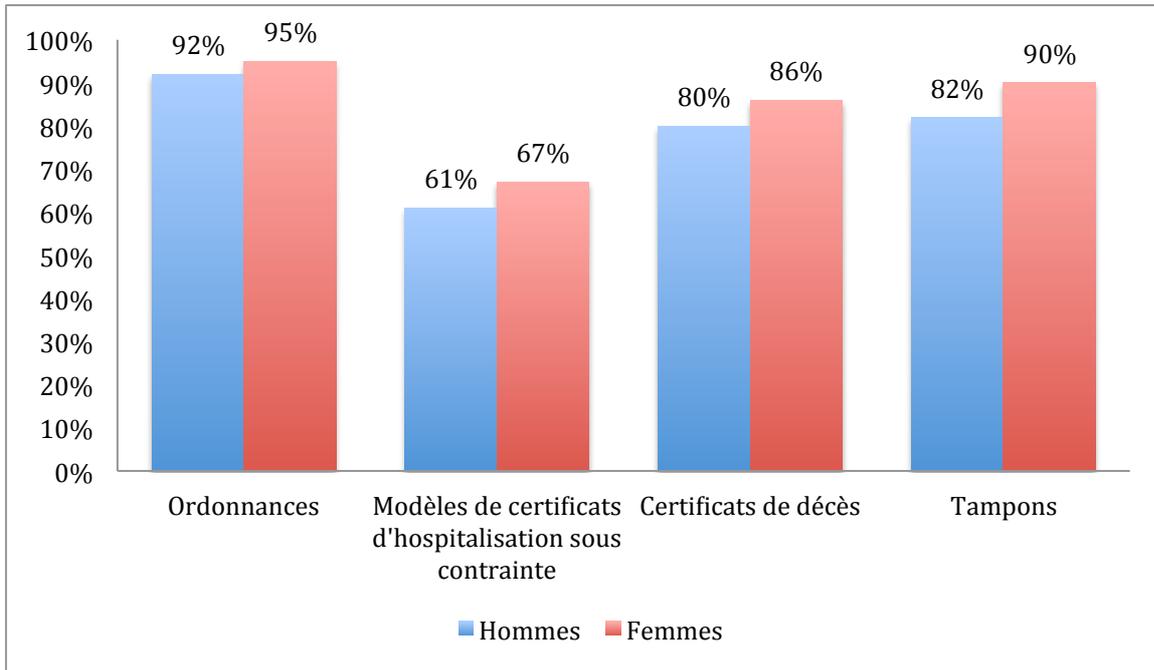


Figure 41: Certificats selon le sexe.

Concernant les certificats :

- Pour les hommes : 82 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 92% ; 54 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 61% ; 71 ont des certificats de décès, soit 80% ; et 73 ont un tampon, soit 82%.
- Pour les femmes : 41 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 95% ; 29 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 67% ; 37 ont des certificats de décès, soit 86% ; et 39 ont un tampon, soit 90%.

3.1.3 La composition de la trousse selon l'âge

3.1.3.1 Le matériel diagnostique

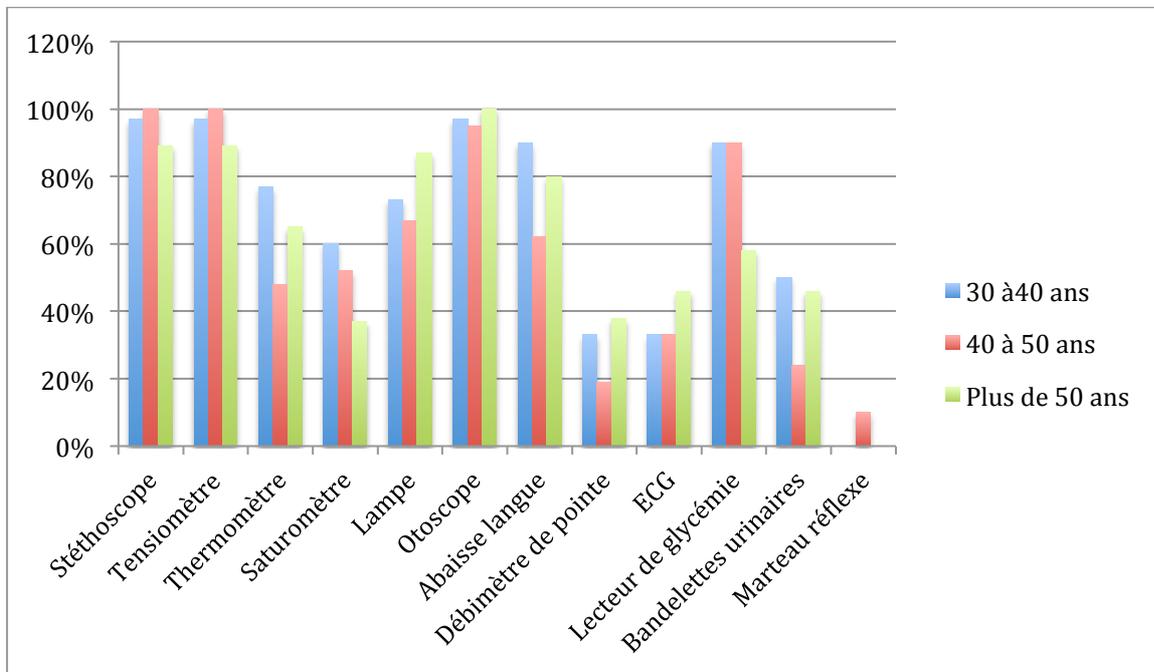


Figure 42: Matériel diagnostique selon l'âge.

Concernant le matériel diagnostique :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 29 possèdent un stéthoscope, soit 97% ; 29 un tensiomètre, soit 97% ; 23 un thermomètre, soit 77% ; 18 un saturomètre, soit 60% ; 22 une lampe, soit 73% ; 29 un otoscope soit 97% ; 27 des abaisses langue, soit 89% ; 10 un débitmètre de pointe, soit 33% ; 10 un ECG, soit 33% ; 27 un lecteur de glycémie, soit 90% ; 15 des bandelettes urinaires, soit 50% ; et, aucun un marteau réflexe.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 21 possèdent un stéthoscope, soit 100% ; 21 un tensiomètre, soit 100% ; 10 un thermomètre, soit 48% ; 11 un saturomètre, soit 52% ; 14 une lampe, soit 67% ; 20 un otoscope soit 95% ; 13 des abaisses langue, soit 62% ; 4 un débitmètre de pointe, soit 19% ; 7 un ECG, soit 33% ; 19 un lecteur de glycémie, soit 90% ; 5 des bandelettes urinaires, soit 24% ; 2 un marteau réflexe, soit 10%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 70 possèdent un stéthoscope, soit 89% ; 70 un tensiomètre, soit 89% ; 51 un thermomètre, soit 65% ; 29 un saturomètre, soit 37% ;

68 une lampe, soit 86% ; 79 un otoscope soit 100% ; 63 des abaisses langue, soit 80% ; 30 un débimètre de pointe, soit 38% ; 36 un ECG, soit 46% ; 46 un lecteur de glycémie, soit 59% ; 36 des bandelettes urinaires, soit 46% ; et, aucun un marteau réflexe.

3.1.3.2 Le matériel de soins

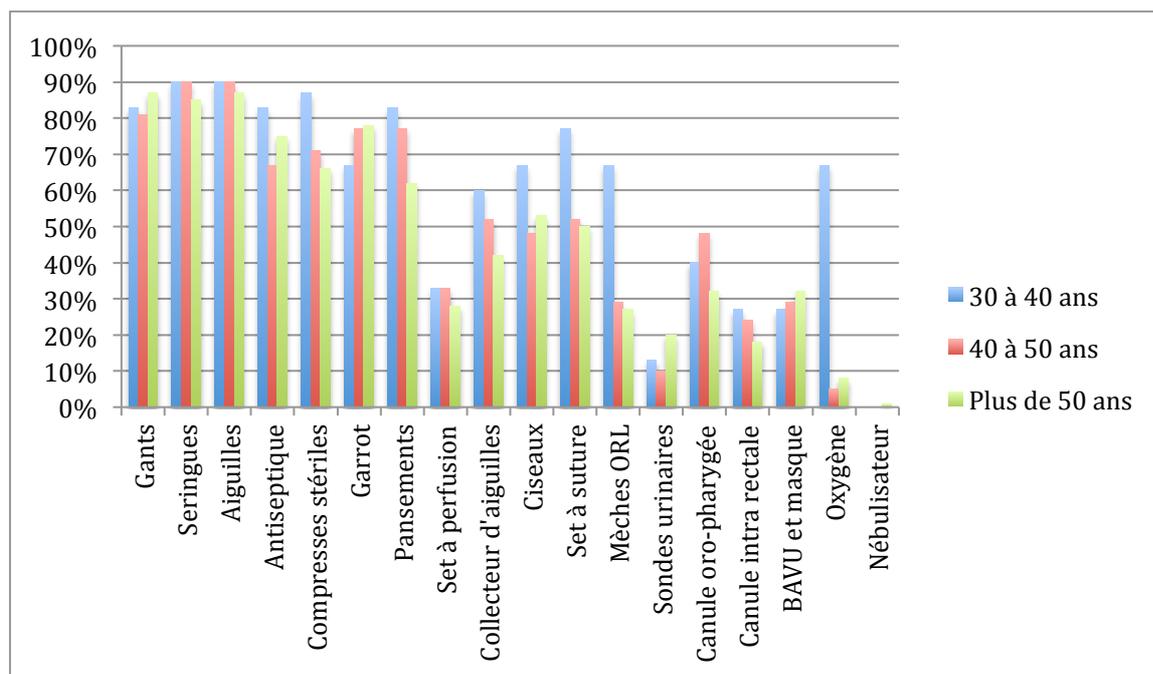


Figure 43: Matériel de soins selon l'âge.

Pour le matériel de soins :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 25 possèdent des gants, soit 83% ; 27 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 90% ; 27 des aiguilles IM, IV, SC, soit 90% ; 25 un antiseptique, soit 83% ; 26 des compresses stériles, soit 87% ; 20 un garrot, soit 67% ; 25 des pansements, soit 83% ; 10 des sets à perfusion, soit 33% ; 18 un collecteur d'aiguilles, soit 60% ; 20 une paire de ciseaux, soit 67% ; 23 des sets à suture, soit 77% ; 20 des mèches ORL, soit 67% ; 4 des sondes urinaires, soit 13% ; 12 des canules oro-pharyngées, soit 40% ; 8 des canules intra rectale, soit 27% ; 8 des BAVU et des masques, soit 27% ; 2 de l'oxygène, soit 7% ; et, aucun un nébulisateur.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 17 possèdent des gants, soit 89% ; 19 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 90% ; 19 des aiguilles IM, IV, SC, soit 90% ; 14 un antiseptique, soit 67% ; 15 des compresses stériles, soit 71% ; 16 un garrot, soit

77% ; 16 des pansements, soit 77% ; 7 des sets à perfusion, soit 34% ; 11 un collecteur d'aiguilles, soit 52% ; 10 une paire de ciseaux, soit 48% ; 11 des sets à suture, soit 52% ; 6 des mèches ORL, soit 29% ; 2 des sondes urinaires, soit 10% ; 10 des canules oro-pharyngées, soit 48% ; 5 des canules intra rectale, soit 24% ; 6 des BAVU et des masques, soit 29% ; 1 de l'oxygène, soit 5% ; et, aucun un nébulisateur.

- Dans la tranche plus de 50 ans : 68 possèdent des gants, soit 87% ; 67 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 85% ; 68 des aiguilles IM, IV, SC, soit 86% ; 59 un antiseptique, soit 75% ; 52 des compresses stériles, soit 66% ; 61 un garrot, soit 78% ; 49 des pansements, soit 62% ; 22 des sets à perfusion, soit 28% ; 33 un collecteur d'aiguilles, soit 42% ; 42 une paire de ciseaux, soit 53% ; 39 des sets à suture, soit 50% ; 21 des mèches ORL, soit 27% ; 16 des sondes urinaires, soit 20% ; 25 des canules oro-pharyngées, soit 32% ; 14 des canules intra rectale, soit 18% ; 25 des BAVU et des masques, soit 32% ; 6 de l'oxygène, soit 8% ; et, 1 un nébulisateur, soit 1%.

3.1.3.3 Les thérapeutiques cardiologiques

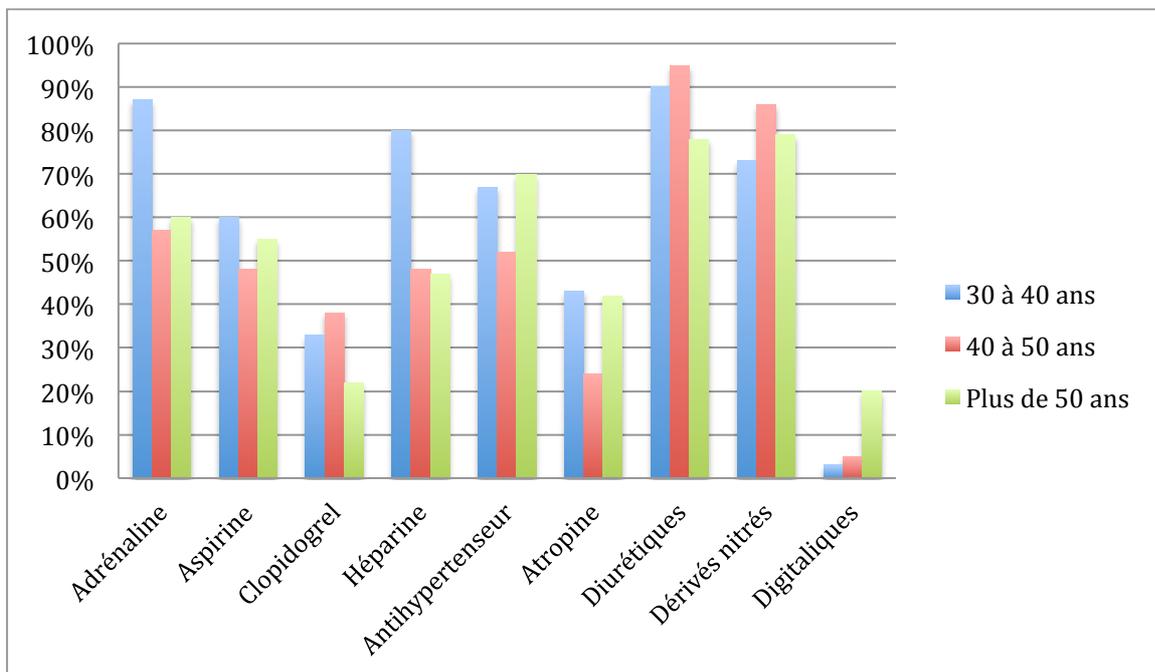


Figure 44: Thérapeutiques cardiologiques selon l'âge.

Concernant les thérapeutiques cardiologiques :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 26 ont de l'adrénaline, soit 87% ; 18 de l'aspirine, soit 60% ; 10 du clopidogrel, soit 33% ; 24 de l'héparine, soit 80% ; 20 des anti

hypertenseurs, soit 67% ; 13 de l'atropine, soit 43% ; 27 des diurétiques, soit 90% ; 22 des dérivés nitrés, soit 73% ; 1 des digitaliques, soit 3%.

- Dans la tranche 40 à 50 ans : 12 ont de l'adrénaline, soit 57% ; 10 de l'aspirine, soit 48% ; 8 du clopidogrel, soit 38% ; 10 de l'héparine, soit 48% ; 11 des anti hypertenseurs, soit 52% ; 5 de l'atropine, soit 24% ; 20 des diurétiques, soit 95% ; 18 des dérivés nitrés, soit 86% ; 1 des digitaliques, soit 5%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 47 ont de l'adrénaline, soit 60% ; 43 de l'aspirine, soit 55% ; 17 du clopidogrel, soit 22% ; 37 de l'héparine, soit 47% ; 55 des anti hypertenseurs, soit 70% ; 33 de l'atropine, soit 42% ; 61 des diurétiques, soit 78% ; 62 des dérivés nitrés, soit 79% ; 16 des digitaliques, soit 20%.

3.1.3.4 Les thérapeutiques antalgiques

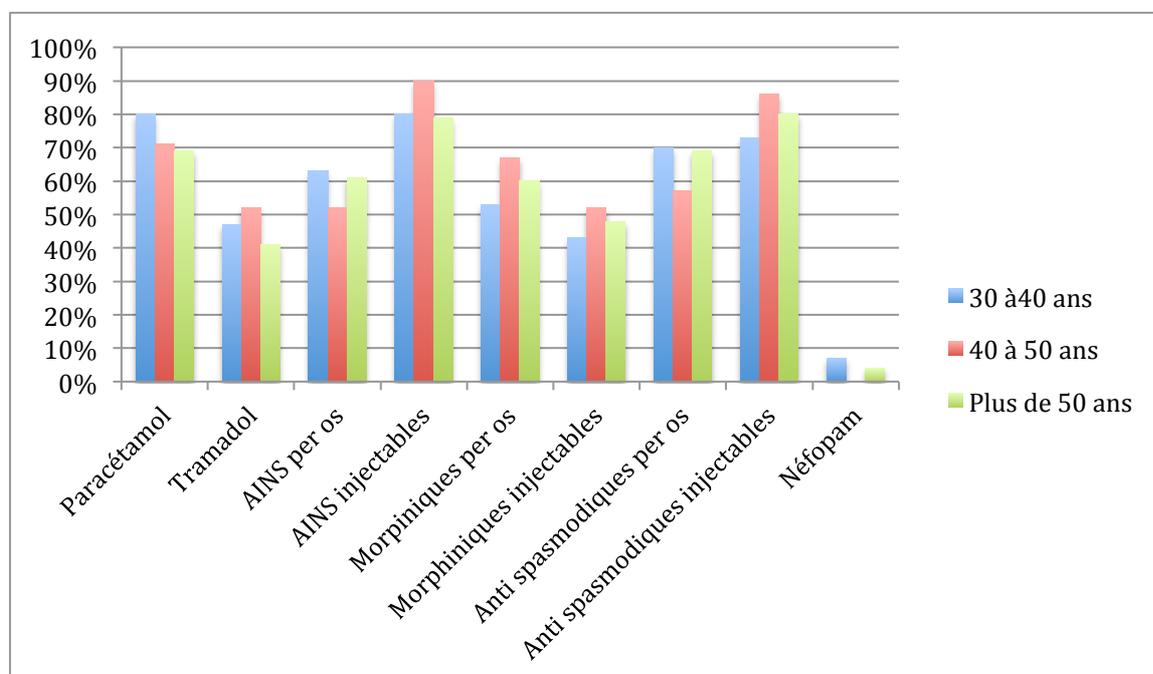


Figure 45: Thérapeutiques antalgiques selon l'âge.

Pour les thérapeutiques antalgiques :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 24 possèdent du paracétamol, soit 80% ; 14 du tramadol, soit 47% ; 19 des AINS per os, soit 63% ; 24 des AINS injectables, soit 80% ; 16 des morphiniques per os, soit 53% ; 13 des morphiniques injectables, soit 43% ; 21 des anti spasmodiques per os, soit 70% ; 22 des anti spasmodiques injectables, soit 73% ; et, 2 du néfopam, soit 7%.

- Dans la tranche 40 à 50 ans : 15 possèdent du paracétamol, soit 71% ; 11 du tramadol, soit 52% ; 11 des AINS per os, soit 52% ; 19 des AINS injectables, soit 90% ; 14 des morphiniques per os, soit 67% ; 11 des morphiniques injectables, soit 52% ; 12 des anti spasmodiques per os, soit 57% ; 18 des anti spasmodiques injectables, soit 86%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 54 possèdent du paracétamol, soit 69% ; 32 du tramadol, soit 41% ; 48 des AINS per os, soit 61% ; 62 des AINS injectables, soit 79% ; 47 des morphiniques per os, soit 60% ; 38 des morphiniques injectables, soit 48% ; 54 des anti spasmodiques per os, soit 69% ; 63 des anti spasmodiques injectables, soit 80% ; et, 3 du néfopam, soit 4%.

3.1.3.5 Les thérapeutiques pneumologiques

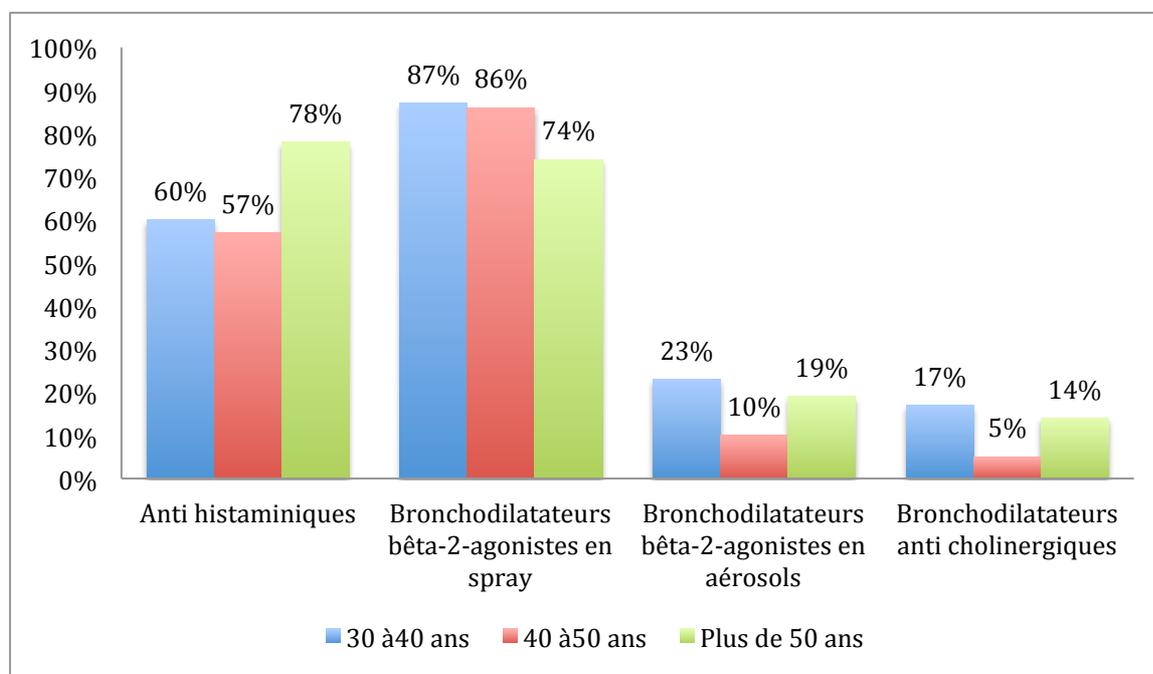


Figure 46: Thérapeutiques pneumologiques selon l'âge.

Pour les thérapeutiques pneumologiques :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 18 ont des anti histaminiques, soit 60% ; 26 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 87% ; 7 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 23% ; et, 5 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 17%.

- Dans la tranche 40 à 50 ans : 12 ont des anti histaminiques, soit 57% ; 18 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 86% ; 2 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 10% ; et, 1 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 5%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 61 ont des anti histaminiques, soit 78% ; 58 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 74% ; 15 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 19% ; et, 11 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 14%.

3.1.3.6 Les thérapeutiques infectieuses

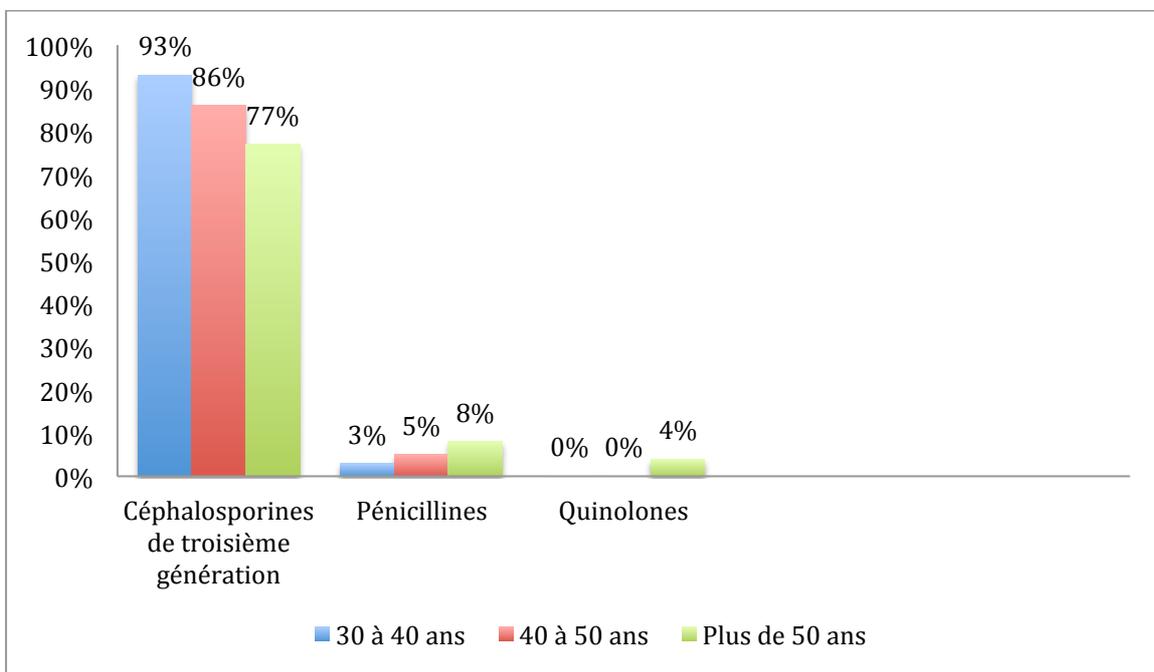


Figure 47: Thérapeutiques infectieuses selon l'âge.

Concernant les thérapeutiques infectieuses :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 28 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 93% ; 1 des pénicillines, soit 3% ; et, aucun des quinolones.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 18 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 86% ; 1 des pénicillines, soit 5% ; et, aucun des quinolones.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 60 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 76% ; 6 des pénicillines, soit 8% ; et, 3 des quinolones, soit 4%.

3.1.3.7 Les thérapeutiques psychotropes

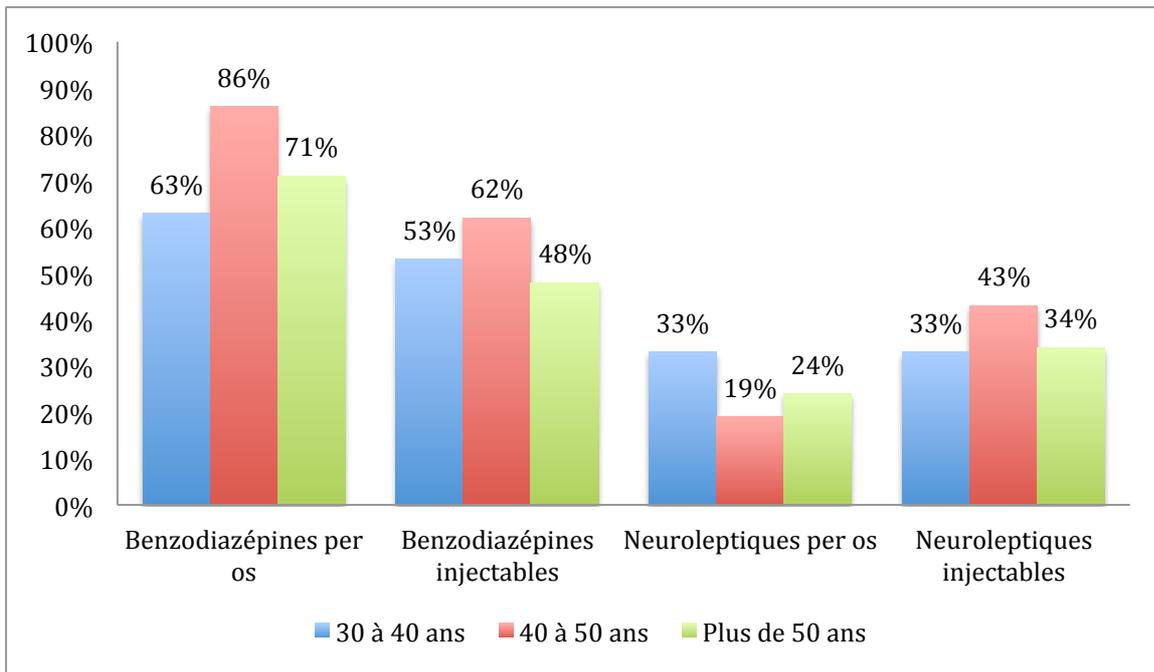


Figure 48: Thérapeutiques psychotropes selon l'âge.

Pour les thérapeutiques psychotropes :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 19 ont des benzodiazépines per os, soit 63% ; 16 des benzodiazépines injectables, soit 53% ; 10 des neuroleptiques per os, soit 33% ; et, 10 des neuroleptiques injectables, soit 33%.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 18 ont des benzodiazépines per os, soit 86% ; 13 des benzodiazépines injectables, soit 62% ; 4 des neuroleptiques per os, soit 19% ; et, 9 des neuroleptiques injectables, soit 43%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 56 ont des benzodiazépines per os, soit 71% ; 38 des benzodiazépines injectables, soit 48% ; 19 des neuroleptiques per os, soit 24% ; et, 27 des neuroleptiques injectables, soit 34%.

3.1.3.8 Les thérapeutiques de perfusion

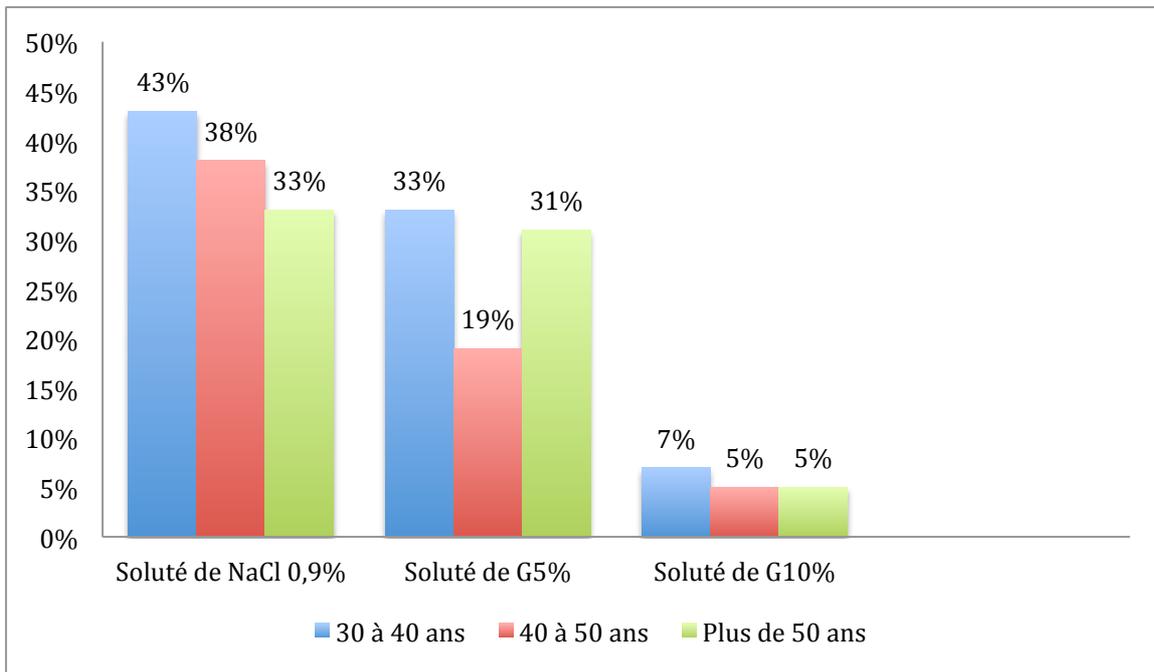


Figure 49: Thérapeutiques de perfusion selon l'âge.

Concernant les thérapeutiques de perfusion :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 13 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 43% ; 10 un soluté de Glucose 5%, soit 33% ; et, 2 ont un soluté de Glucose 10%, soit 7%.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 8 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 38% ; 4 un soluté de Glucose 5%, soit 19% ; et, 1 ont un soluté de Glucose 10%, soit 5%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 26 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 33% ; 24 un soluté de Glucose 5%, soit 31% ; et, 4 ont un soluté de Glucose 10%, soit 5%.

3.1.3.9 Les autres thérapeutiques

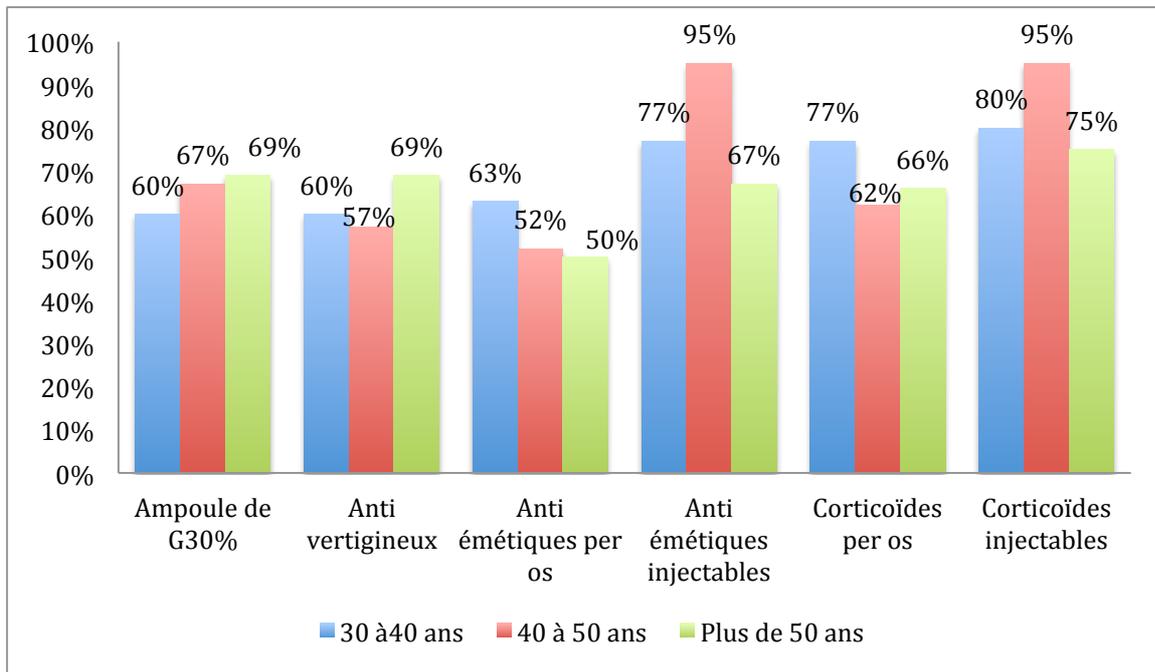


Figure 50: Autres thérapeutiques selon l'âge.

Concernant les autres thérapeutiques :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 18 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 60% ; 18 des anti vertigineux, soit 60% ; 19 des anti émétiques per os, soit 63% ; 23 des anti émétiques injectables, soit 77% ; 23 des corticoïdes per os, soit 77% ; et, 24 des corticoïdes injectables, soit 80%.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 14 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 66% ; 12 des anti vertigineux, soit 57% ; 11 des anti émétiques per os, soit 52% ; 20 des anti émétiques injectables, soit 95% ; 13 des corticoïdes per os, soit 62% ; et, 20 des corticoïdes injectables, soit 95%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 50 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 69% ; 50 des anti vertigineux, soit 69% ; 39 des anti émétiques per os, soit 50% ; 53 des anti émétiques injectables, soit 67% ; 52 des corticoïdes per os, soit 66% ; et, 59 des corticoïdes injectables, soit 75%.

3.1.3.10 Les certificats

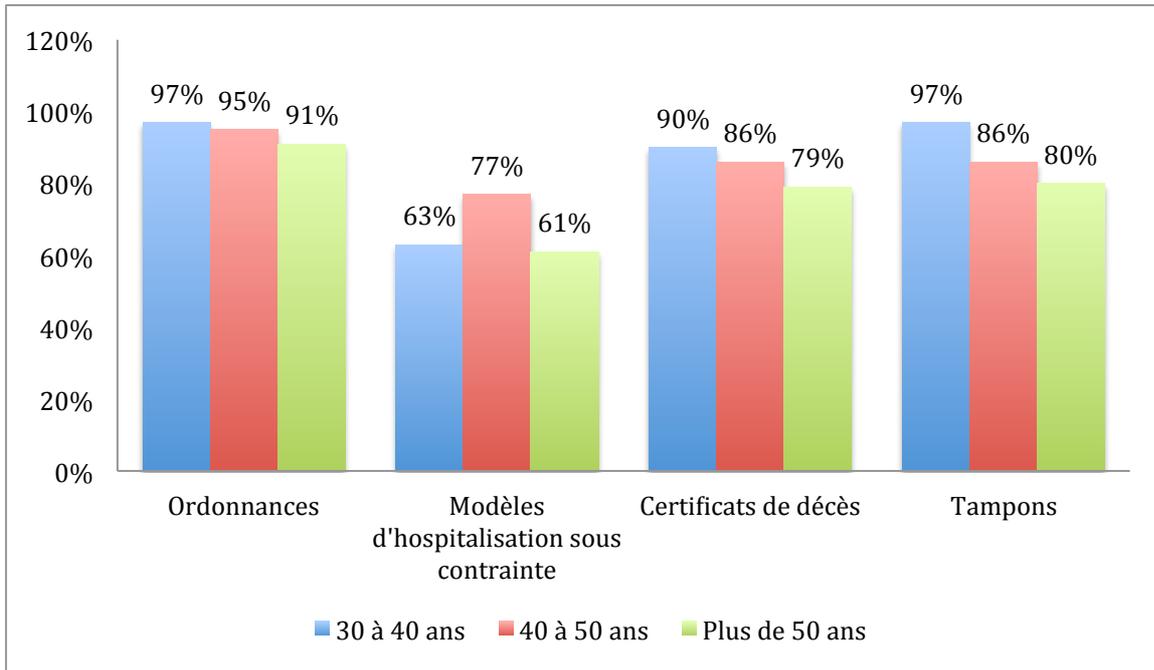


Figure 51: Certificats selon l'âge.

Pour les certificats :

- Dans la tranche 30 à 40 ans : 29 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 97% ; 19 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 63% ; 27 ont des certificats de décès, soit 90% ; et 29 ont un tampon, soit 97%.
- Dans la tranche 40 à 50 ans : 20 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 95% ; 16 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 77% ; 18 ont des certificats de décès, soit 86% ; et 18 ont un tampon, soit 86%.
- Dans la tranche plus de 50 ans : 72 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 91% ; 48 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 61% ; 62 ont des certificats de décès, soit 79% ; et 63 ont un tampon, soit 80%.

3.1.4 La composition de la trousse selon la participation à un tour de garde

3.1.4.1 Le matériel diagnostique

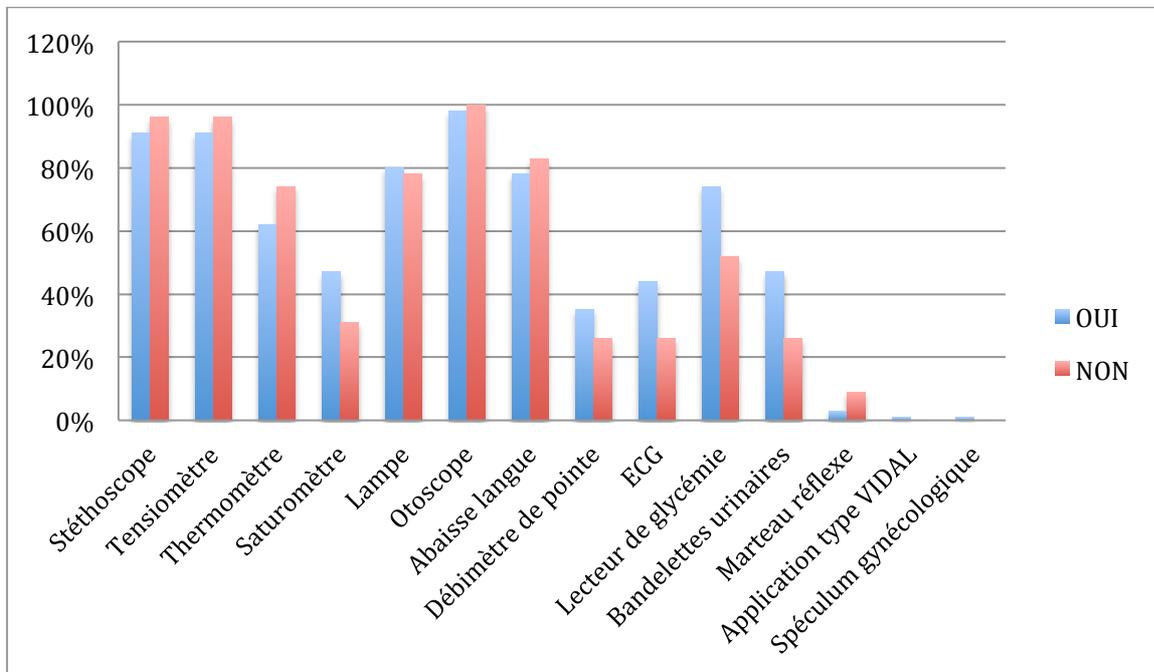


Figure 52: Matériel diagnostique selon la participation à un tour de garde.

Concernant le matériel diagnostique :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 98 possèdent un stéthoscope, soit 91% ; 98 un tensiomètre, soit 91% ; 67 un thermomètre, soit 62% ; 51 un saturomètre, soit 47% ; 86 une lampe, soit 80% ; 105 un otoscope soit 98% ; 84 des abaisses langue, soit 78% ; 38 un débitmètre de pointe, soit 35% ; 47 un ECG, soit 44% ; 80 un lecteur de glycémie, soit 74% ; 50 des bandelettes urinaires, soit 47% ; 3 un marteau réflexe, soit 3% ; 1 une application type VIDAL, soit 1% ; 1 des spéculums gynécologiques, soit 1%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 22 possèdent un stéthoscope, soit 96% ; 22 un tensiomètre, soit 96% ; 17 un thermomètre, soit 74% ; 7 un saturomètre, soit 31% ; 18 une lampe, soit 78% ; 23 un otoscope soit 100% ; 19 des abaisses langue, soit 83% ; 6 un débitmètre de pointe, soit 26% ; 6 un ECG, soit 26% ; 12 un lecteur de glycémie, soit 52% ; 6 des bandelettes urinaires, soit 26% ; 2 un marteau réflexe, soit 9% ; aucun une application type VIDAL ; aucun des spéculums gynécologiques.

3.1.4.2 Le matériel de soins

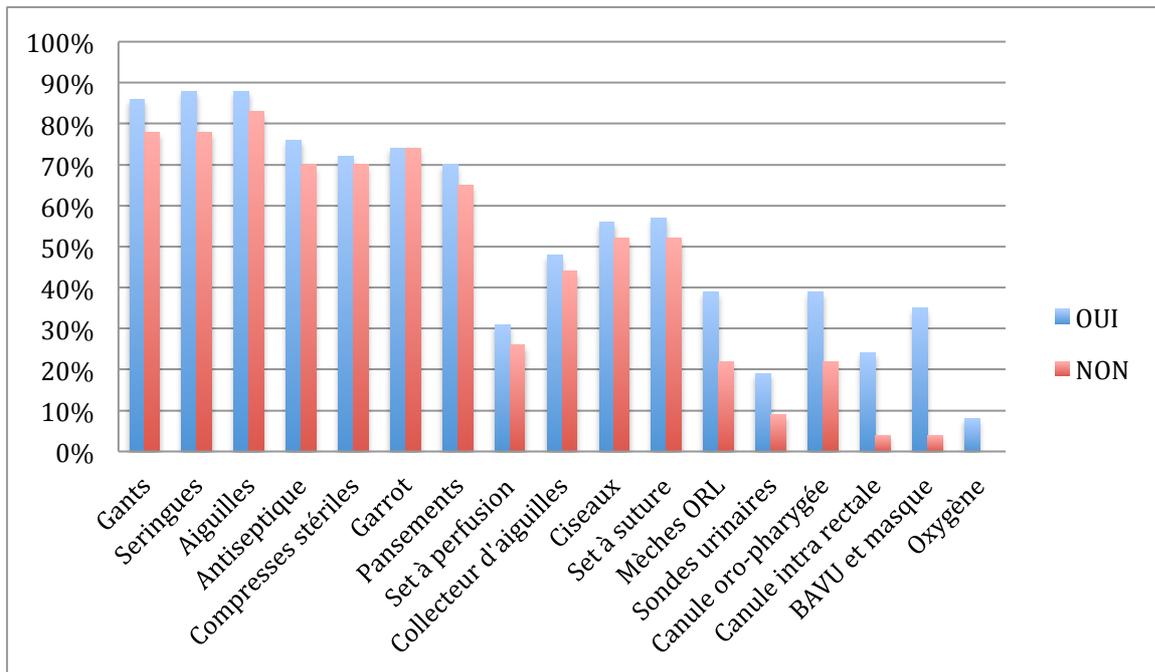


Figure 53: Matériel de soins selon la participation à un tour de garde.

Au sujet du matériel de soins :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 92 possèdent des gants, soit 86% ; 95 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 88% ; 95 des aiguilles IM, IV, SC, soit 88% ; 82 un antiseptique, soit 76% ; 77 des compresses stériles, soit 72% ; 80 un garrot, soit 74% ; 75 des pansements, soit 70% ; 33 des sets à perfusion, soit 30% ; 52 un collecteur d'aiguilles, soit 48% ; 60 une paire de ciseaux, soit 56% ; 61 des sets à suture, soit 57% ; 42 des mèches ORL, soit 39% ; 20 des sondes urinaires, soit 19% ; 42 des canules oro-pharyngées, soit 39% ; 26 des canules intra rectale, soit 24% ; 38 des BAVU et des masques, soit 35% ; 9 de l'oxygène, soit 8%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 18 possèdent des gants, soit 78% ; 18 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 78% ; 19 des aiguilles IM, IV, SC, soit 83% ; 16 un antiseptique, soit 70% ; 16 des compresses stériles, soit 70% ; 17 un garrot, soit 74% ; 15 des pansements, soit 65% ; 6 des sets à perfusion, soit 26% ; 10 un collecteur d'aiguilles, soit 44% ; 12 une paire de ciseaux, soit 52% ; 12 des sets à suture, soit 52% ; 5 des mèches ORL, soit 22% ; 2 des sondes urinaires, soit 9% ; 5 des canules oro-pharyngées, soit 22% ; 1 des canules intra rectale, soit 4% ; 1 des BAVU et des masques, soit 4% ; aucun de l'oxygène.

3.1.4.3 Les thérapeutiques cardiologiques

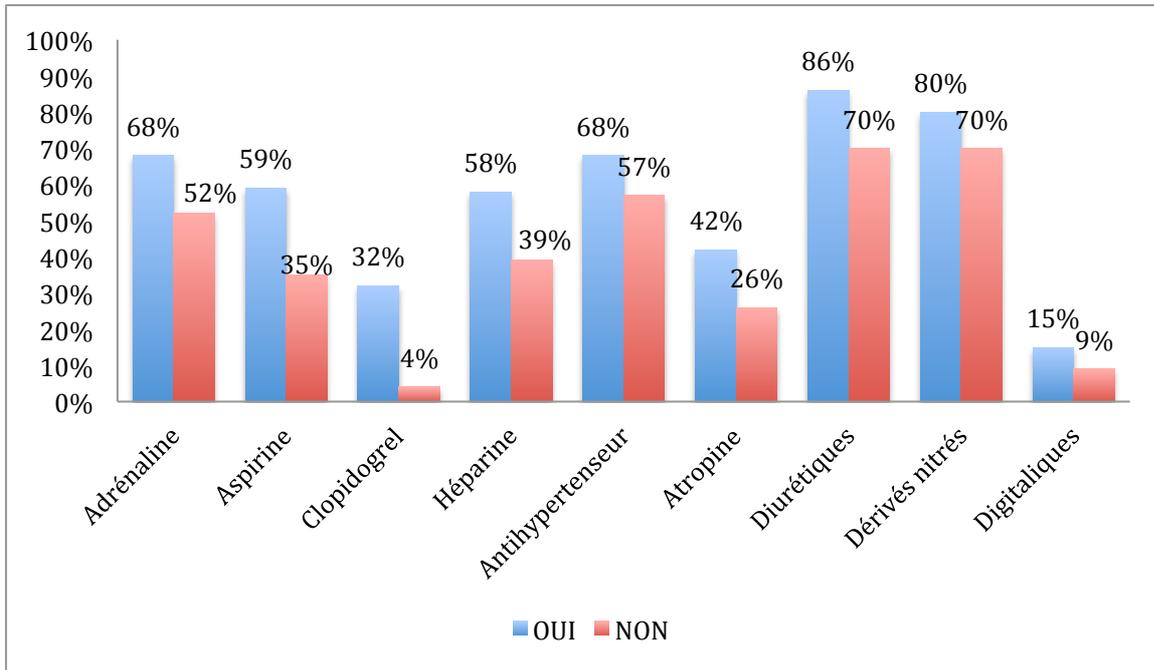


Figure 54: Thérapeutiques cardiologiques selon la participation à un tour de garde.

Concernant les thérapeutiques cardiologiques :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 73 ont de l'adrénaline, soit 68% ; 63 de l'aspirine, soit 59% ; 34 du clopidogrel, soit 32% ; 62 de l'héparine, soit 58% ; 73 des anti hypertenseurs, soit 68% ; 45 de l'atropine, soit 42% ; 92 des diurétiques, soit 86% ; 86 des dérivés nitrés, soit 80% ; 16 des digitaliques, soit 15%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 12 ont de l'adrénaline, soit 52% ; 8 de l'aspirine, soit 35% ; 1 du clopidogrel, soit 4% ; 9 de l'héparine, soit 39% ; 13 des anti hypertenseurs, soit 57% ; 6 de l'atropine, soit 26% ; 16 des diurétiques, soit 70% ; 16 des dérivés nitrés, soit 70% ; 2 des digitaliques, soit 9%.

3.1.4.4 Les thérapeutiques antalgiques

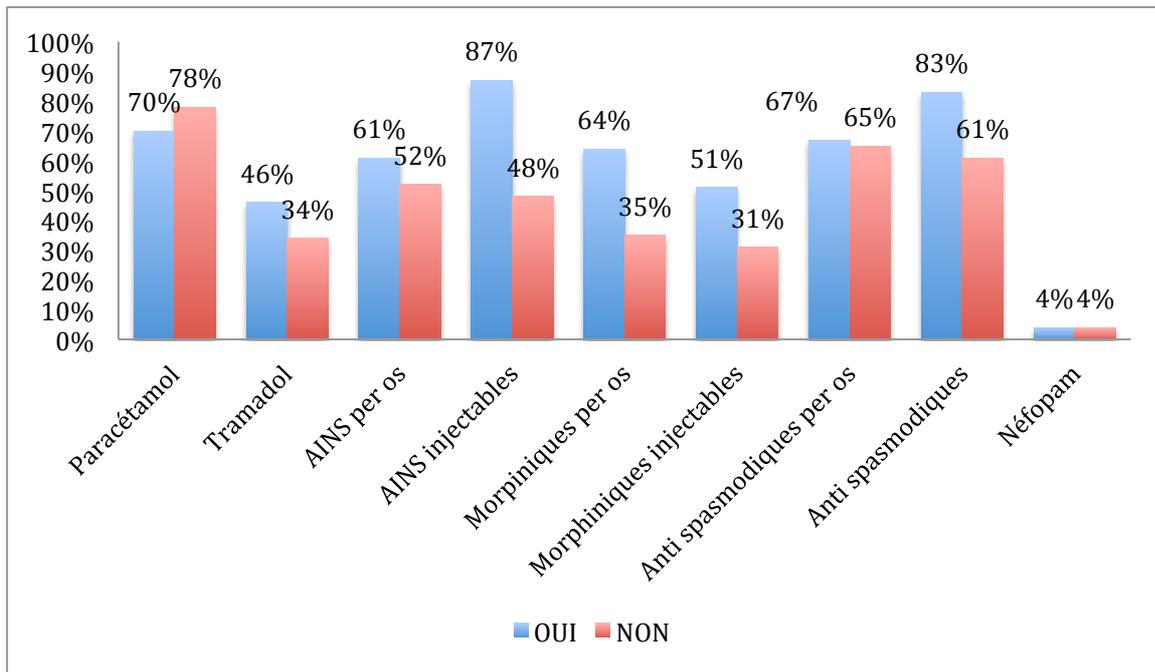


Figure 55: Thérapeutiques antalgiques selon la participation à un tour de garde.

Concernant les thérapeutiques antalgiques :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 75 possèdent du paracétamol, soit 70% ; 49 du tramadol, soit 46% ; 66 des AINS per os, soit 61% ; 94 des AINS injectables, soit 87% ; 69 des morphiniques per os, soit 64% ; 55 des morphiniques injectables, soit 51% ; 72 des anti spasmodiques per os, soit 67% ; 89 des anti spasmodiques injectables, soit 83% ; et, 4 du néfopam, soit 4%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 18 possèdent du paracétamol, soit 78% ; 8 du tramadol, soit 35% ; 12 des AINS per os, soit 52% ; 11 des AINS injectables, soit 48% ; 8 des morphiniques per os, soit 35% ; 7 des morphiniques injectables, soit 31% ; 15 des anti spasmodiques per os, soit 65% ; 14 des anti spasmodiques injectables, soit 61% ; et, 1 du néfopam, soit 4%.

3.1.4.5 Les thérapeutiques pneumologiques

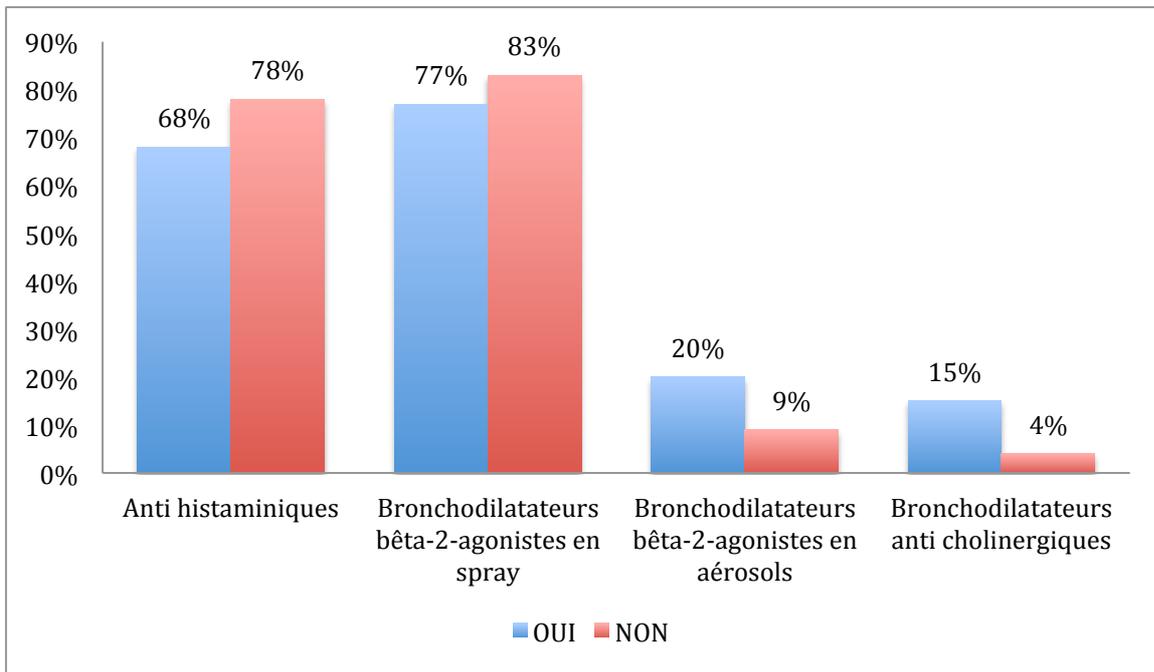


Figure 56: Thérapeutiques pneumologiques selon la participation à un tour de garde.

Au sujet des thérapeutiques pneumologiques :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 73 ont des anti histaminiques, soit 68% ; 83 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 77% ; 22 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 20% ; et, 16 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 15%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 18 ont des anti histaminiques, soit 78% ; 19 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 83% ; 2 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 9% ; et, 1 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 4%.

3.1.4.6 Les thérapeutiques infectieuses

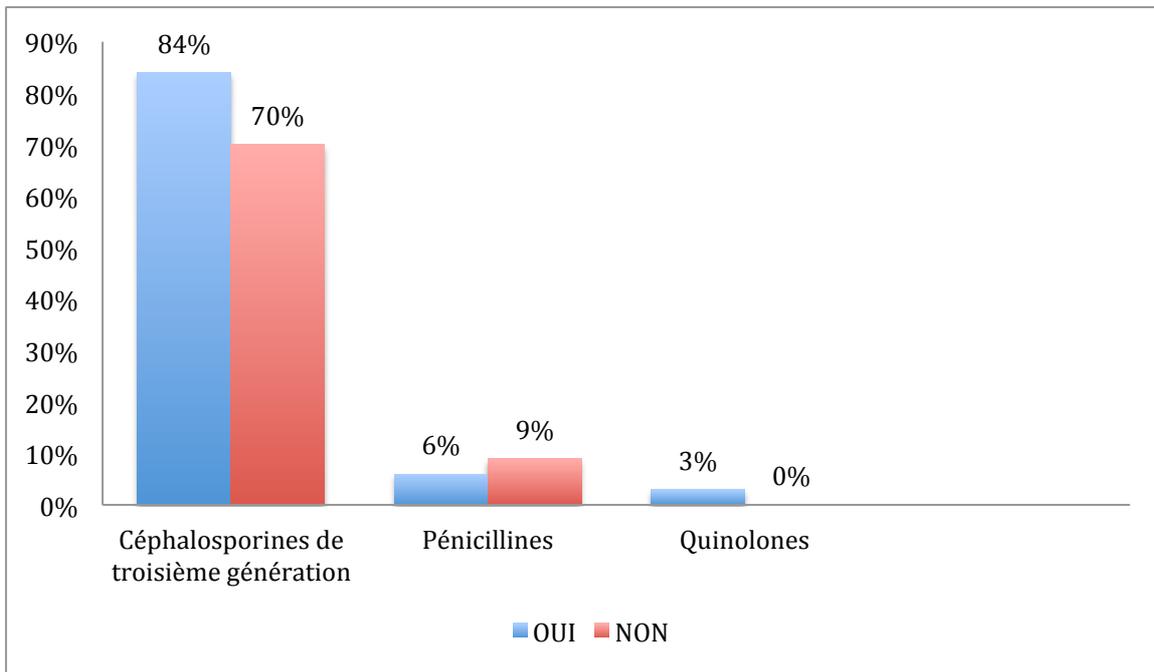


Figure 57: Thérapeutiques infectieuses selon la participation à un tour de garde.

Concernant les thérapeutiques infectieuses :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 90 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 84% ; 6 des pénicillines, soit 6% ; et, 3 des quinolones, soit 3%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 16 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 70% ; 2 des pénicillines, soit 9% ; et, aucun des quinolones.

3.1.4.7 Les thérapeutiques psychotropes

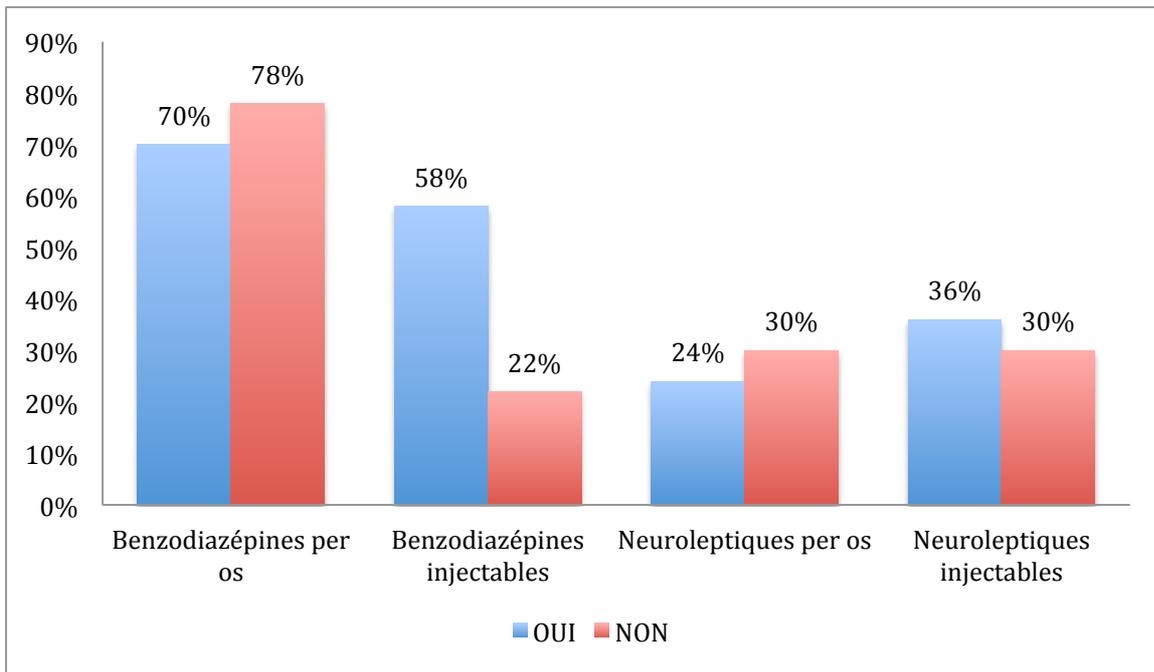


Figure 58: Thérapeutiques psychotropes selon la participation à un tour de garde.

Concernant les thérapeutiques psychotropes :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 75 ont des benzodiazépines per os, soit 70% ; 62 des benzodiazépines injectables, soit 58% ; 26 des neuroleptiques per os, soit 24% ; et, 39 des neuroleptiques injectables, soit 36%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 18 ont des benzodiazépines per os, soit 78% ; 5 des benzodiazépines injectables, soit 22% ; 7 des neuroleptiques per os, soit 31% ; et, 7 des neuroleptiques injectables, soit 31%.

3.1.4.8 Les thérapeutiques de perfusion

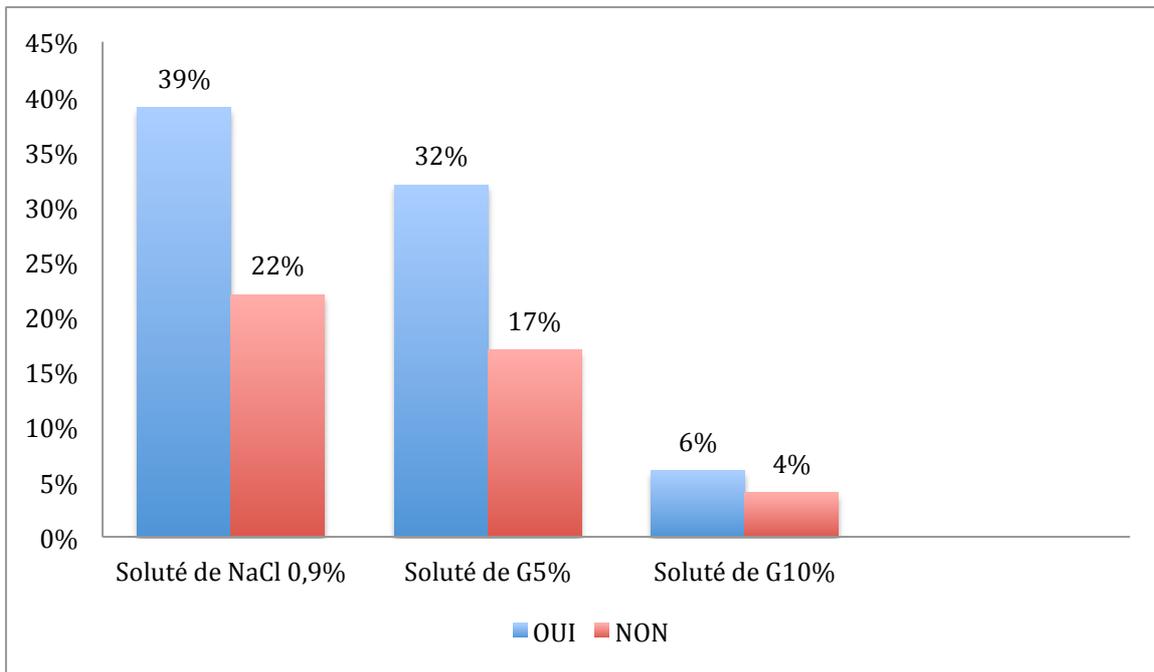


Figure 59: Thérapeutiques de perfusion selon la participation à un tour de garde.

Au sujet des thérapeutiques de perfusion :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 42 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 39% ; 34 un soluté de Glucose 5%, soit 32% ; et, 6 ont un soluté de Glucose 10%, soit 6%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 5 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 22% ; 4 un soluté de Glucose 5%, soit 17% ; et, 1 ont un soluté de Glucose 10%, soit 4%.

3.1.4.9 Les autres thérapeutiques :

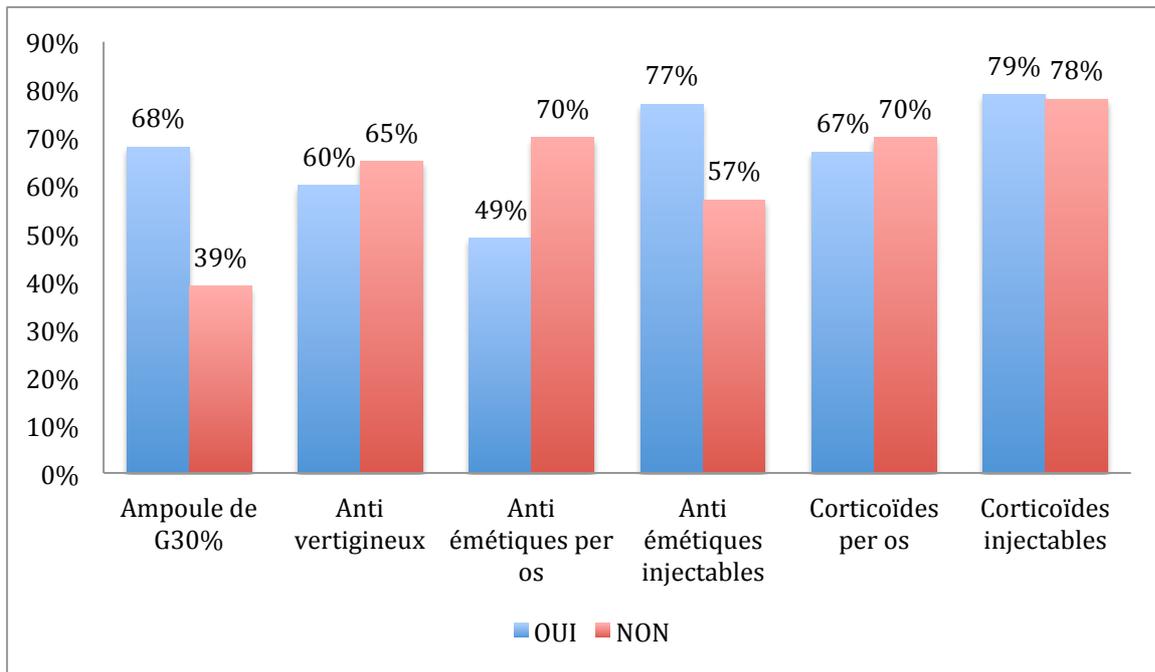


Figure 60: Autres thérapeutiques selon la participation à un tour de garde.

Concernant les autres thérapeutiques :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 73 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 68% ; 65 des anti vertigineux, soit 60% ; 53 des anti émétiques per os, soit 49% ; 83 des anti émétiques injectables, soit 77% ; 72 des corticoïdes per os, soit 67% ; et, 85 des corticoïdes injectables, soit 79%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 9 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 39% ; 15 des anti vertigineux, soit 65% ; 16 des anti émétiques per os, soit 70% ; 13 des anti émétiques injectables, soit 57% ; 16 des corticoïdes per os, soit 70% ; et, 18 des corticoïdes injectables, soit 78%.

3.1.4.10 Les certificats

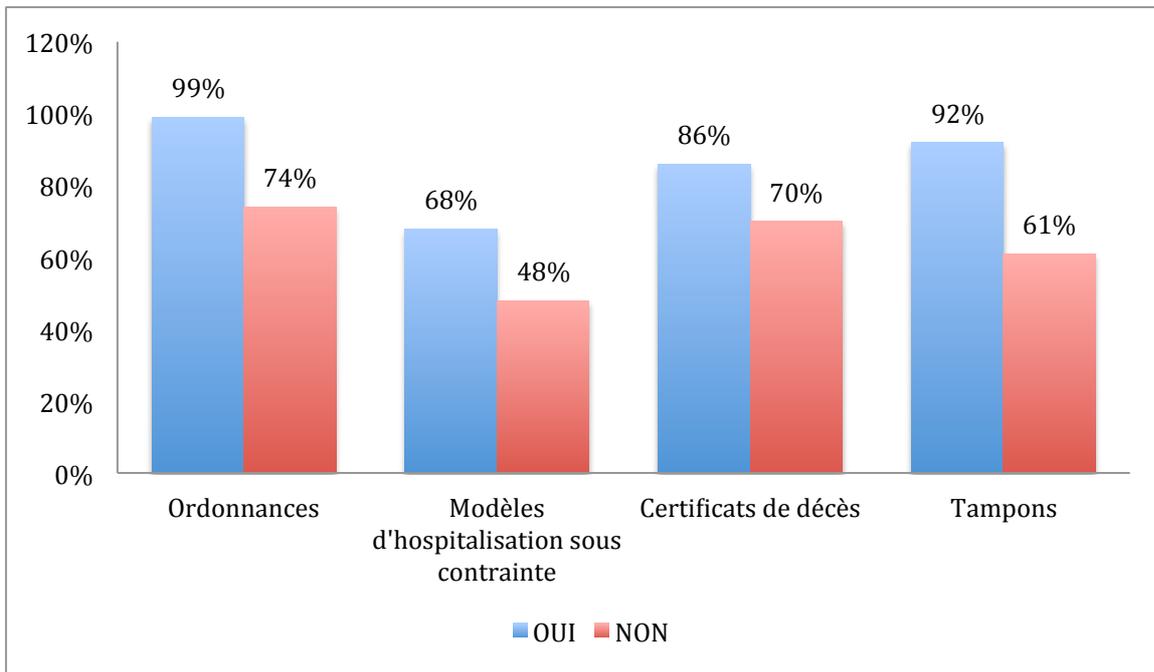


Figure 61: Certificats selon la participation à un tour de garde.

Concernant les certificats :

- Pour les médecins participant à un tour de garde : 107 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnances, soit 99% ; 73 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 68% ; 92 ont des certificats de décès, soit 86% ; et 99 ont un tampon, soit 92%.
- Pour les médecins ne participant pas à un tour de garde : 17 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnances, soit 74% ; 11 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 48% ; 16 ont des certificats de décès, soit 70% ; et 14 ont un tampon, soit 61%.

3.1.5 La composition de la trousse selon le mode d'exercice et la distance d'intervention du SMUR

3.1.5.1 Le matériel diagnostique

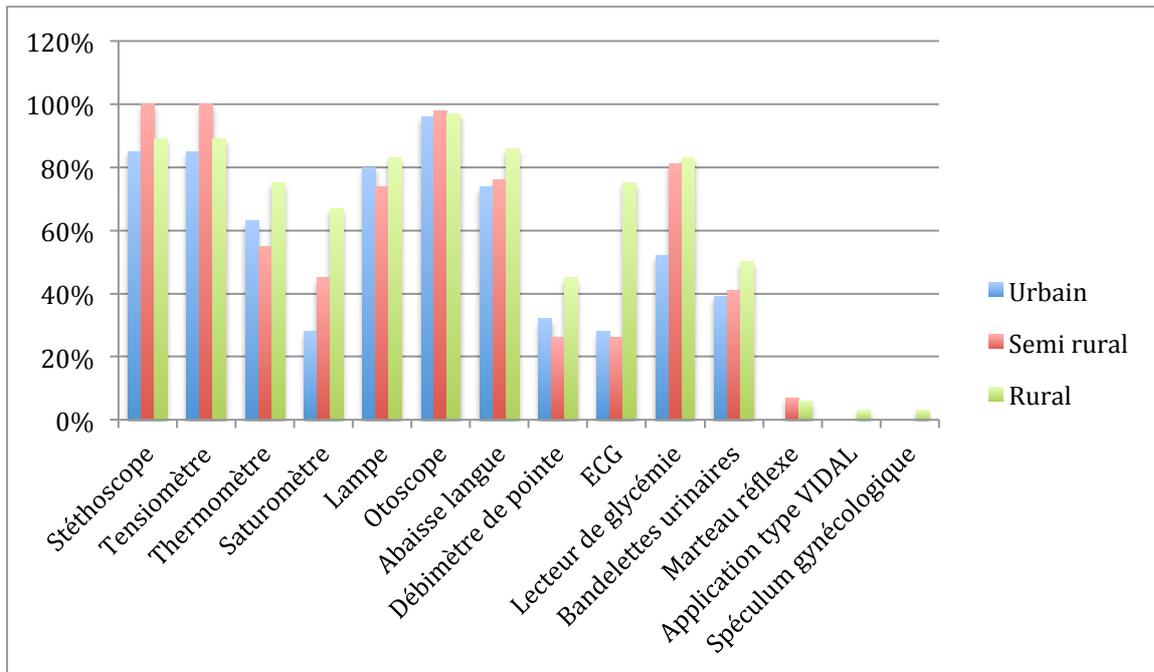


Figure 62: Matériel diagnostique selon le mode d'exercice.

Concernant le matériel diagnostique :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 46 possèdent un stéthoscope, soit 85% ; 46 un tensiomètre, soit 85% ; 34 un thermomètre, soit 63% ; 15 un saturomètre, soit 28% ; 43 une lampe, soit 80% ; 52 un otoscope soit 96% ; 40 des abaisses langue, soit 74% ; 17 un débitmètre de pointe, soit 32% ; 15 un ECG, soit 28% ; 28 un lecteur de glycémie, soit 52% ; 21 des bandelettes urinaires, soit 39% ; aucun un marteau réflexe ; aucun une application type VIDAL ; aucun des spéculums gynécologiques.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 42 possèdent un stéthoscope, soit 100% ; 42 un tensiomètre, soit 100% ; 23 un thermomètre, soit 55% ; 19 un saturomètre, soit 45% ; 31 une lampe, soit 74% ; 41 un otoscope soit 98% ; 32 des abaisses langue, soit 76% ; 11 un débitmètre de pointe, soit 26% ; 11 un ECG, soit 26% ; 34 un lecteur de glycémie, soit 81% ; 17 des bandelettes urinaires, soit 41% ; 3 un marteau réflexe, soit 7% ; aucun une application type VIDAL ; aucun des spéculums gynécologiques.

- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 32 possèdent un stéthoscope, soit 89% ; 32 un tensiomètre, soit 89% ; 27 un thermomètre, soit 75% ; 24 un saturomètre, soit 67% ; 30 une lampe, soit 84% ; 35 un otoscope soit 97% ; 31 des abaisses langue, soit 86% ; 16 un débimètre de pointe, soit 45% ; 27 un ECG, soit 75% ; 30 un lecteur de glycémie, soit 83% ; 18 des bandelettes urinaires, soit 50% ; 2 un marteau réflexe, soit 6% ; 1 une application type VIDAL, soit 3% ; 1 des spéculums gynécologiques, soit 3%.

3.1.5.2 Le matériel de soins

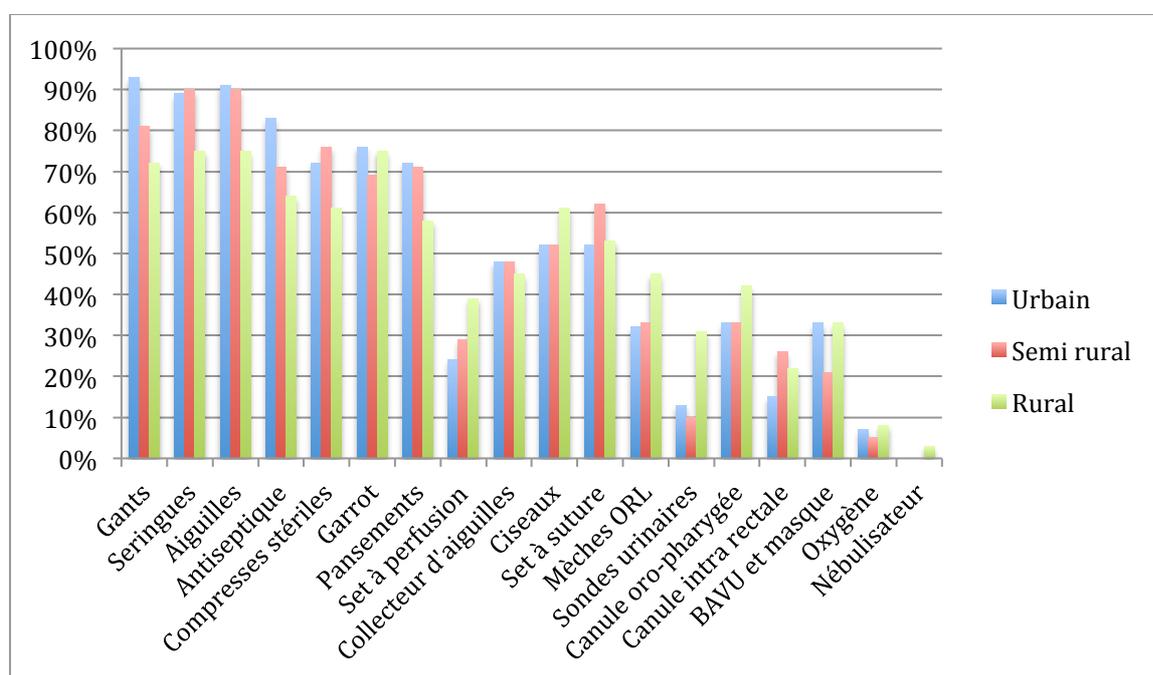


Figure 63: Matériel de soins selon le mode d'exercice.

Au sujet du matériel de soins :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 50 possèdent des gants, soit 93% ; 48 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 89% ; 49 des aiguilles IM, IV, SC, soit 91% ; 45 un antiseptique, soit 83% ; 39 des compresses stériles, soit 72% ; 41 un garrot, soit 76% ; 39 des pansements, soit 72% ; 13 des sets à perfusion, soit 24% ; 26 un collecteur d'aiguilles, soit 48% ; 28 une paire de ciseaux, soit 52% ; 28 des sets à suture, soit 52% ; 17 des mèches ORL, soit 32% ; 7 des sondes urinaires, soit 13% ; 18 des canules oro-pharyngées, soit 33% ; 8 des canules intra rectale, soit 15% ; 18 des BAVU et des masques, soit 33% ; 4 de l'oxygène, soit 7% ; aucun un nébulisateur.

- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 34 possèdent des gants, soit 81% ; 38 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 90% ; 38 des aiguilles IM, IV, SC, soit 90% ; 30 un antiseptique, soit 71% ; 32 des compresses stériles, soit 76% ; 29 un garrot, soit 69% ; 30 des pansements, soit 71% ; 12 des sets à perfusion, soit 29% ; 20 un collecteur d'aiguilles, soit 48% ; 22 une paire de ciseaux, soit 52% ; 26 des sets à suture, soit 62% ; 14 des mèches ORL, soit 33% ; 4 des sondes urinaires, soit 10% ; 14 des canules oro-pharyngées, soit 33% ; 11 des canules intra rectale, soit 26% ; 9 des BAVU et des masques, soit 21% ; 2 de l'oxygène, soit 5% ; aucun un nébulisateur.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 26 possèdent des gants, soit 72% ; 27 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 75% ; 27 des aiguilles IM, IV, SC, soit 75% ; 23 un antiseptique, soit 64% ; 22 des compresses stériles, soit 61% ; 27 un garrot, soit 75% ; 21 des pansements, soit 58% ; 14 des sets à perfusion, soit 39% ; 16 un collecteur d'aiguilles, soit 45% ; 22 une paire de ciseaux, soit 61% ; 19 des sets à suture, soit 53% ; 16 des mèches ORL, soit 45% ; 11 des sondes urinaires, soit 31% ; 15 des canules oro-pharyngées, soit 42% ; 8 des canules intra rectale, soit 22% ; 12 des BAVU et des masques, soit 33% ; 3 de l'oxygène, soit 8% ; 1 un nébulisateur, soit 3%.

3.1.5.3 Les thérapeutiques cardiologiques

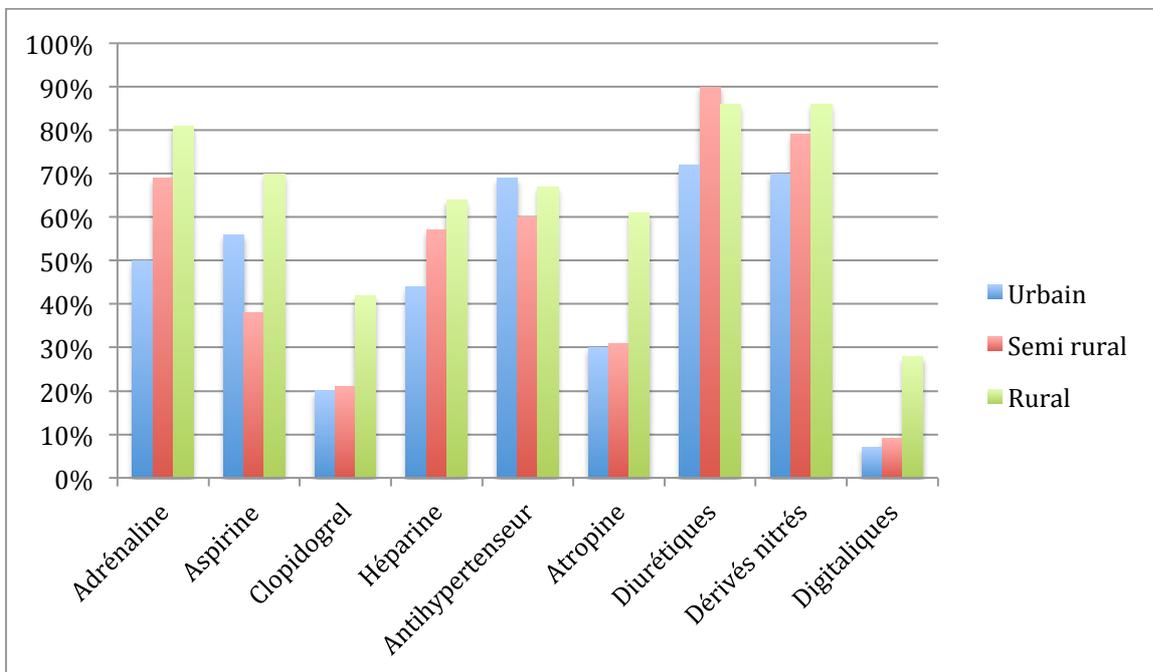


Figure 64: Thérapeutiques cardiologiques selon le mode d'exercice.

Concernant les thérapeutiques cardiologiques :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 27 ont de l'adrénaline, soit 50% ; 30 de l'aspirine, soit 56% ; 11 du clopidogrel, soit 20% ; 24 de l'héparine, soit 44% ; 37 des anti hypertenseurs, soit 69% ; 16 de l'atropine, soit 30% ; 39 des diurétiques, soit 72% ; 38 des dérivés nitrés, soit 70% ; 4 des digitaliques, soit 7%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 29 ont de l'adrénaline, soit 69% ; 16 de l'aspirine, soit 38% ; 9 du clopidogrel, soit 21% ; 24 de l'héparine, soit 57% ; 25 des anti hypertenseurs, soit 60% ; 13 de l'atropine, soit 31% ; 38 des diurétiques, soit 90% ; 33 des dérivés nitrés, soit 79% ; 4 des digitaliques, soit 9%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 29 ont de l'adrénaline, soit 81% ; 25 de l'aspirine, soit 70% ; 15 du clopidogrel, soit 42% ; 23 de l'héparine, soit 64% ; 24 des anti hypertenseurs, soit 67% ; 22 de l'atropine, soit 61% ; 31 des diurétiques, soit 86% ; 31 des dérivés nitrés, soit 86% ; 10 des digitaliques, soit 28%.

3.1.5.4 Les thérapeutiques antalgiques

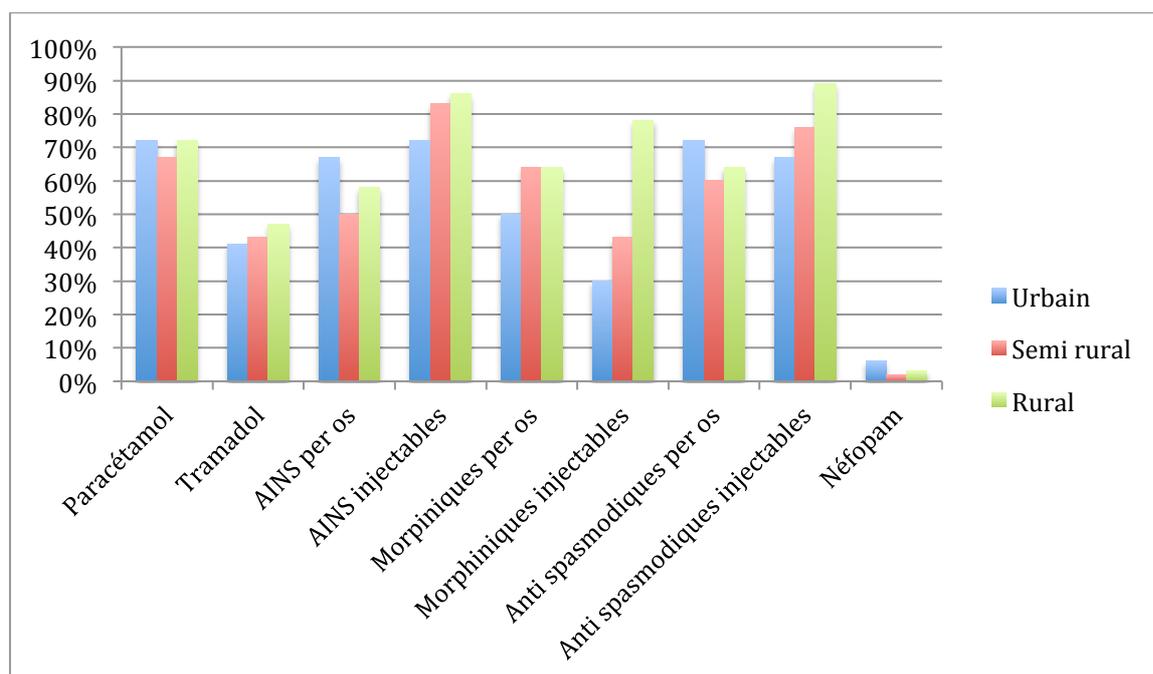


Figure 65: Thérapeutiques antalgiques selon le mode d'exercice.

Au sujet des thérapeutiques antalgiques :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 39 possèdent du paracétamol, soit 72% ; 22 du tramadol, soit 41% ; 36 des AINS per os, soit 67% ; 39 des AINS injectables, soit 72% ; 27 des morphiniques per os, soit 50% ; 16 des morphiniques injectables, soit 30% ; 39 des anti spasmodiques per os, soit 72% ; 39 des anti spasmodiques injectables, soit 72% ; et, 3 du néfopam, soit 6%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 28 possèdent du paracétamol, soit 67% ; 18 du tramadol, soit 43% ; 21 des AINS per os, soit 50% ; 35 des AINS injectables, soit 83% ; 27 des morphiniques per os, soit 64% ; 18 des morphiniques injectables, soit 43% ; 25 des anti spasmodiques per os, soit 60% ; 32 des anti spasmodiques injectables, soit 76% ; et, 41 du néfopam, soit 2%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 26 possèdent du paracétamol, soit 72% ; 17 du tramadol, soit 47% ; 21 des AINS per os, soit 58% ; 31 des AINS injectables, soit 86% ; 23 des morphiniques per os, soit 64% ; 28 des morphiniques injectables, soit 78% ; 23 des anti spasmodiques per os, soit 64% ; 32 des anti spasmodiques injectables, soit 89% ; et, 1 du néfopam, soit 3%.

3.1.5.5 Les thérapeutiques pneumologiques

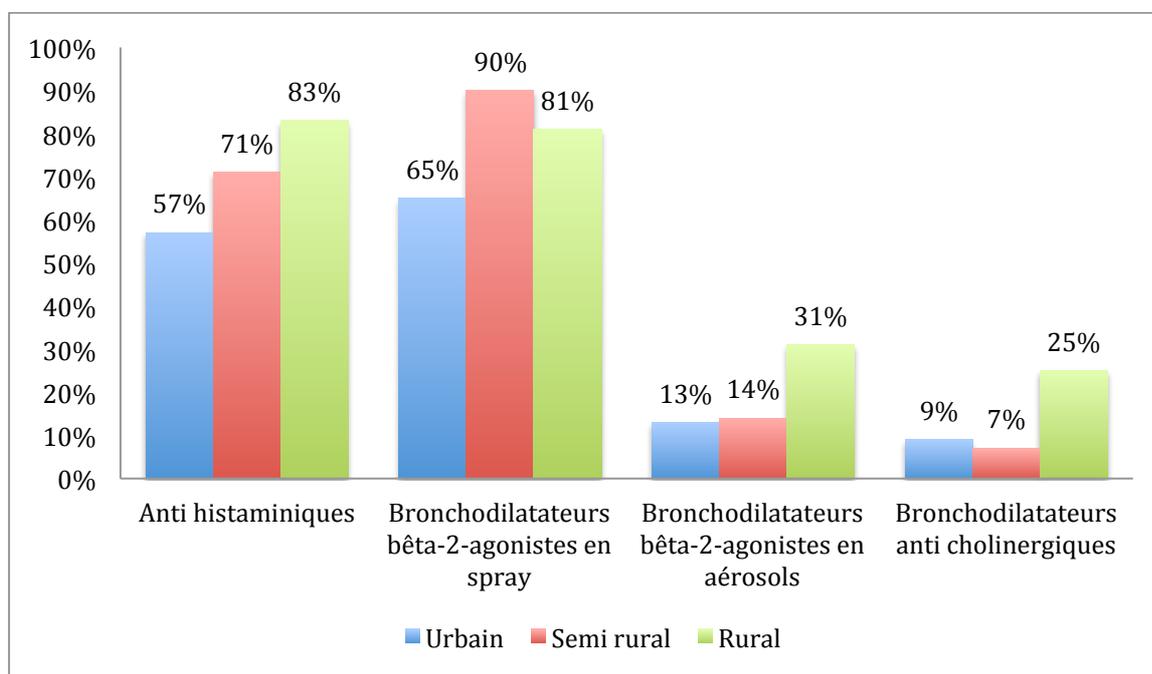


Figure 66: Thérapeutiques pneumologiques selon le mode d'exercice.

Concernant les thérapeutiques pneumologiques :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 31 ont des anti histaminiques, soit 35% ; 35 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 65% ; 7 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 13% ; et, 5 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 9%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 30 ont des anti histaminiques, soit 71% ; 38 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 90% ; 6 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 14% ; et, 3 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 7%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 30 ont des anti histaminiques, soit 83% ; 29 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 81% ; 11 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 31% ; et, 9 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 25%.

3.1.5.6 Les thérapeutiques infectieuses

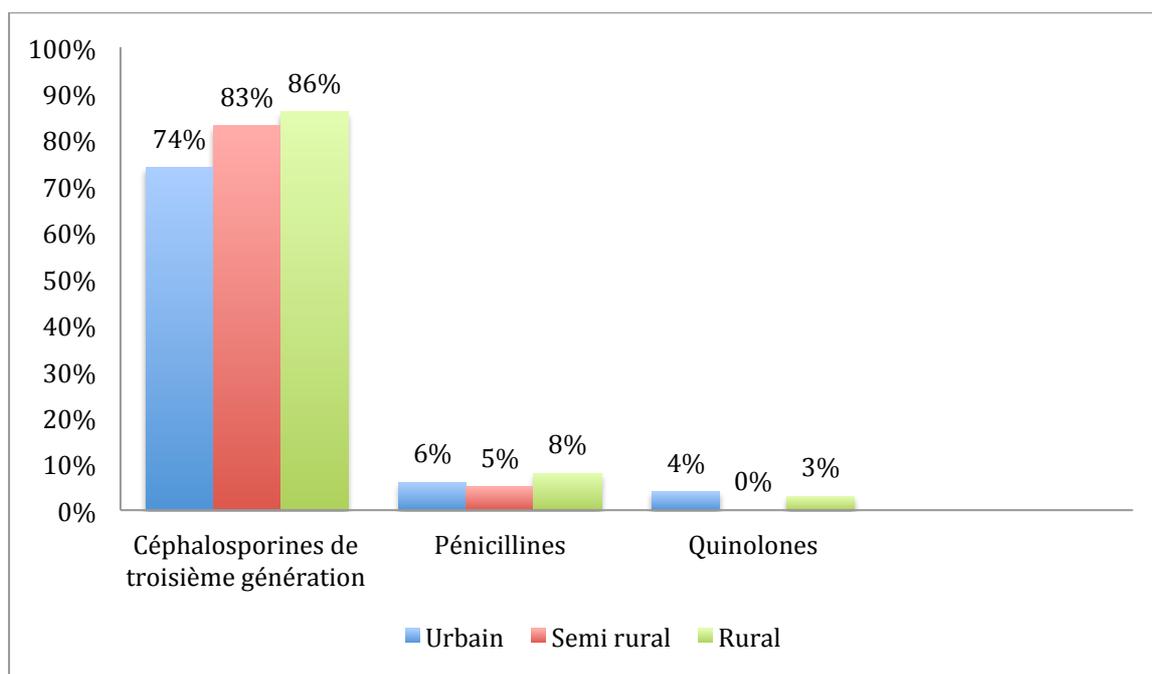


Figure 67: Thérapeutiques infectieuses selon le mode d'exercice.

Au sujet des thérapeutiques infectieuses :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 40 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 74% ; 3 des pénicillines, soit 6% ; et, 2 des quinolones, soit 4%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 35 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 83% ; 2 des pénicillines, soit 5% ; et, aucun des quinolones.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 31 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 86% ; 3 des pénicillines, soit 8% ; et, 1 des quinolones, soit 3%.

3.1.5.7 Les thérapeutiques psychotropes

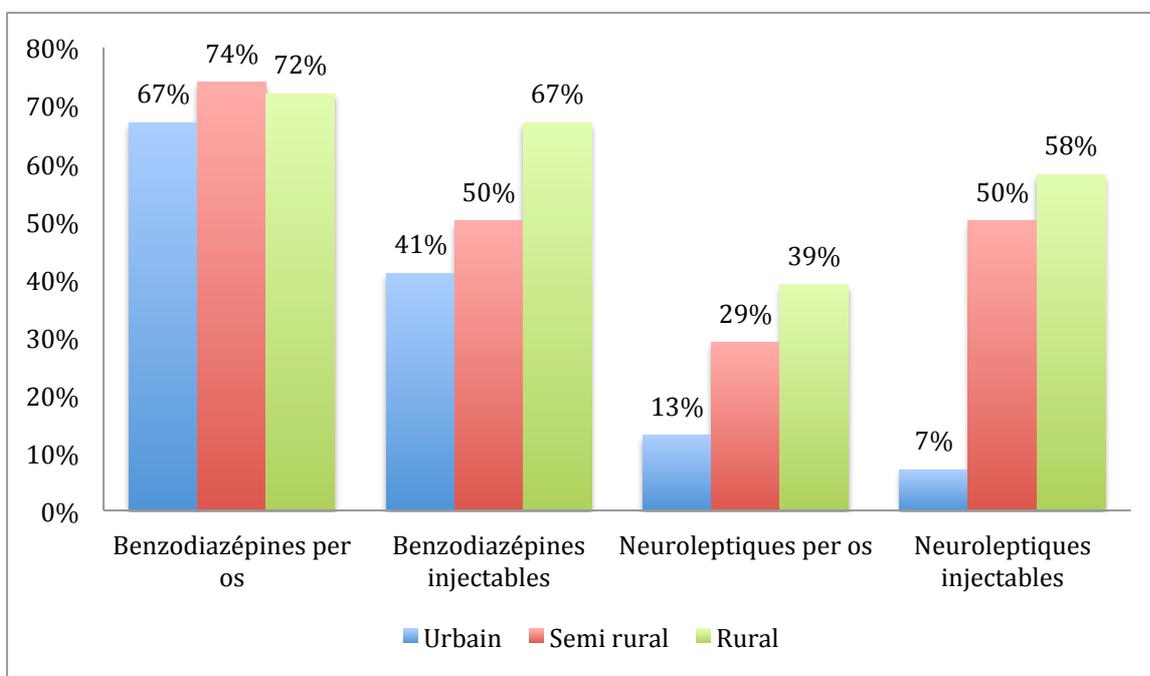


Figure 68: Thérapeutiques psychotropes selon le mode d'exercice.

Concernant les thérapeutiques psychotropes :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 36 ont des benzodiazépines per os, soit 67% ; 22 des benzodiazépines injectables, soit 41% ; 7 des neuroleptiques per os, soit 13% ; et, 4 des neuroleptiques injectables, soit 7%.

- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 31 ont des benzodiazépines per os, soit 74% ; 21 des benzodiazépines injectables, soit 50% ; 12 des neuroleptiques per os, soit 29% ; et, 21 des neuroleptiques injectables, soit 50%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 26 ont des benzodiazépines per os, soit 72% ; 24 des benzodiazépines injectables, soit 67% ; 14 des neuroleptiques per os, soit 39% ; et, 21 des neuroleptiques injectables, soit 58%.

3.1.5.8 Les thérapeutiques de perfusion

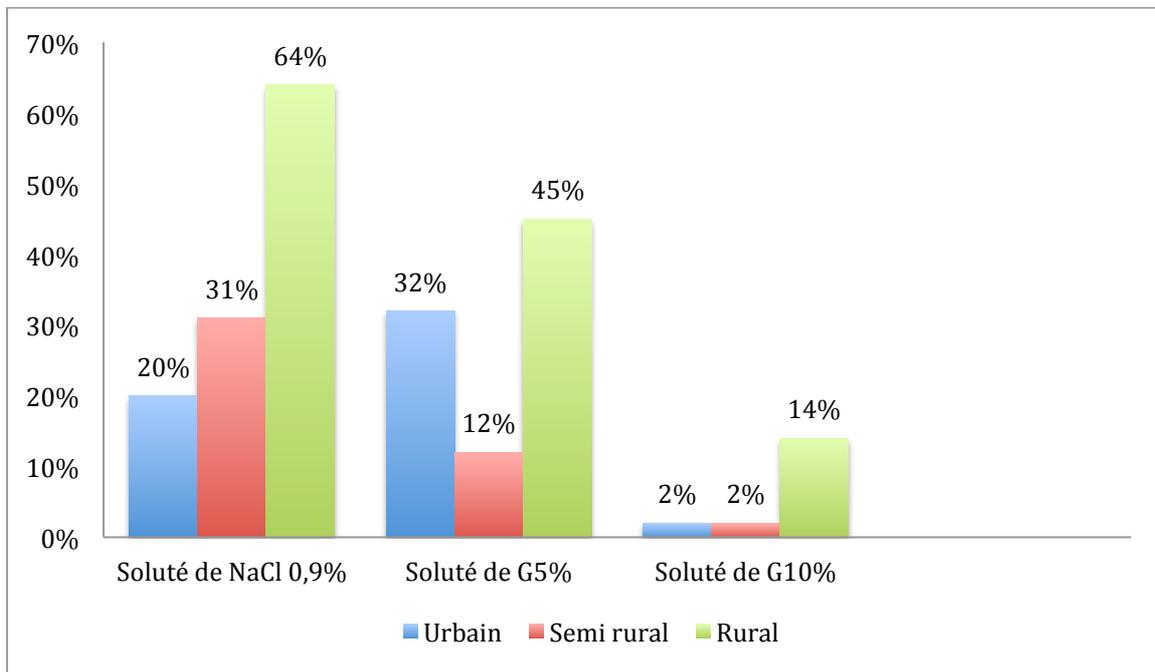


Figure 69: Thérapeutiques de perfusion selon le mode d'exercice.

En ce qui concerne les thérapeutiques de perfusion :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 11 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 20% ; 17 un soluté de Glucose 5%, soit 32% ; et, 1 seul a un soluté de Glucose 10%, soit 2%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 13 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 31% ; 5 un soluté de Glucose 5%, soit 12% ; et, 1 seul a un soluté de Glucose 10%, soit 2%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 23 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 64% ; 16 un soluté de Glucose 5%, soit 45% ; et, 5 ont un soluté de Glucose 10%, soit 14%.

3.1.5.9 Les autres thérapeutiques

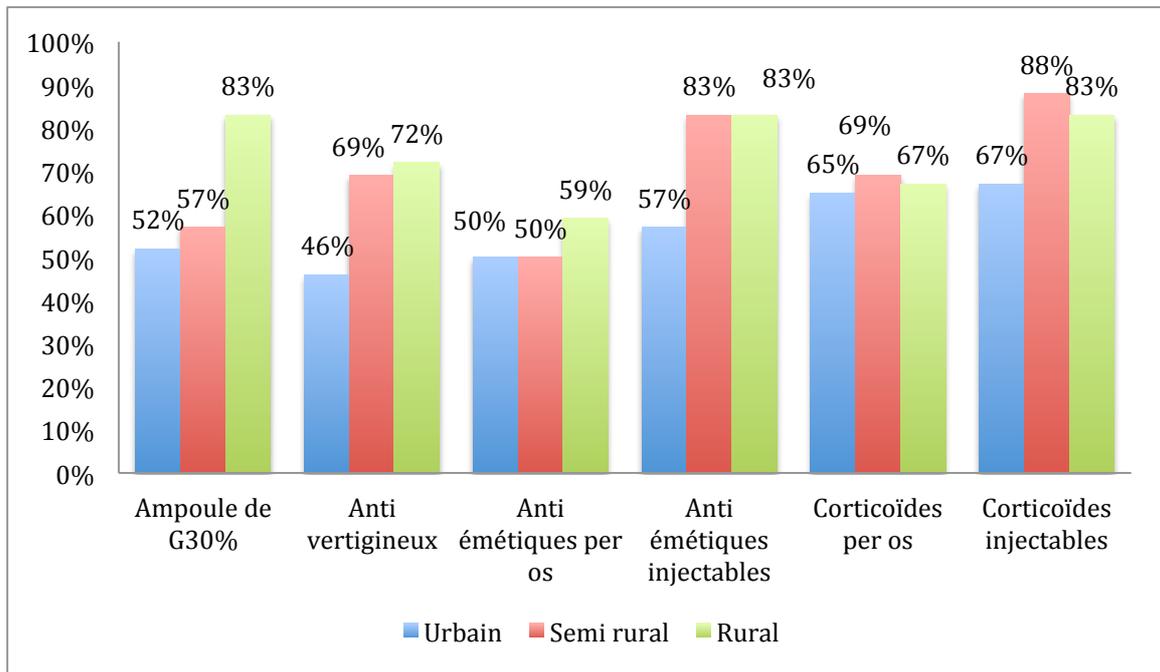


Figure 70: Autres thérapeutiques selon le mode d'exercice.

Au sujet des autres thérapeutiques :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 28 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 52% ; 25 des anti vertigineux, soit 46% ; 27 des anti émétiques per os, soit 50% ; 31 des anti émétiques injectables, soit 57% ; 35 des corticoïdes per os, soit 65% ; et, 36 des corticoïdes injectables, soit 67%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 24 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 57% ; 29 des anti vertigineux, soit 69% ; 21 des anti émétiques per os, soit 50% ; 35 des anti émétiques injectables, soit 83% ; 29 des corticoïdes per os, soit 69% ; et, 37 des corticoïdes injectables, soit 88%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 30 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 83% ; 26 des anti vertigineux, soit 72% ; 21 des anti émétiques per os, soit 59% ; 30 des anti émétiques injectables, soit 83% ; 24 des corticoïdes per os, soit 67% ; et, 30 des corticoïdes injectables, soit 83%.

3.1.5.10 Les certificats

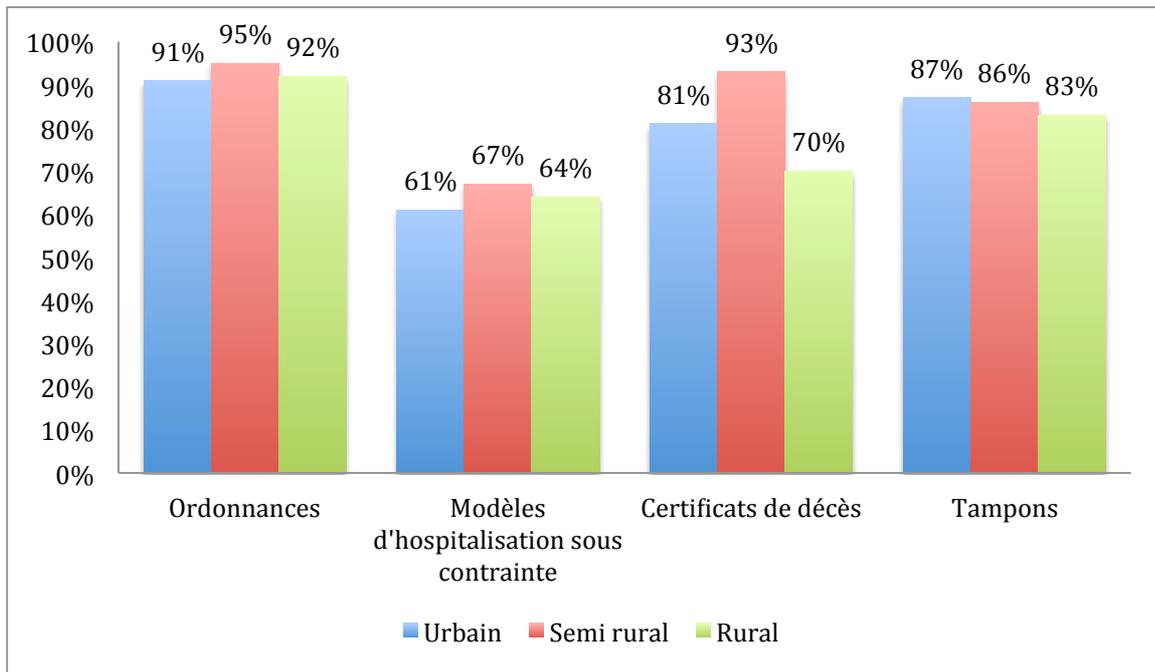


Figure 71: Certificats selon le mode d'exercice.

Concernant les certificats :

- Pour le secteur urbain, moins de 15 km du SMUR : 49 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 91% ; 33 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 61% ; 44 ont des certificats de décès, soit 82% ; et 47 ont un tampon, soit 87%.
- Pour le secteur semi rural, entre 15 et 30 km du SMUR : 40 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 95% ; 28 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 67% ; 39 ont des certificats de décès, soit 93% ; et 36 ont un tampon, soit 86%.
- Pour le secteur rural, plus de 30 km : 33 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnanciers, soit 92% ; 23 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 64% ; 25 ont des certificats de décès, soit 70% ; et 30 ont un tampon, soit 83%.

3.1.6 La composition de la trousse selon la pratique et le nombre de visites à domicile

3.1.6.1 Le matériel diagnostique

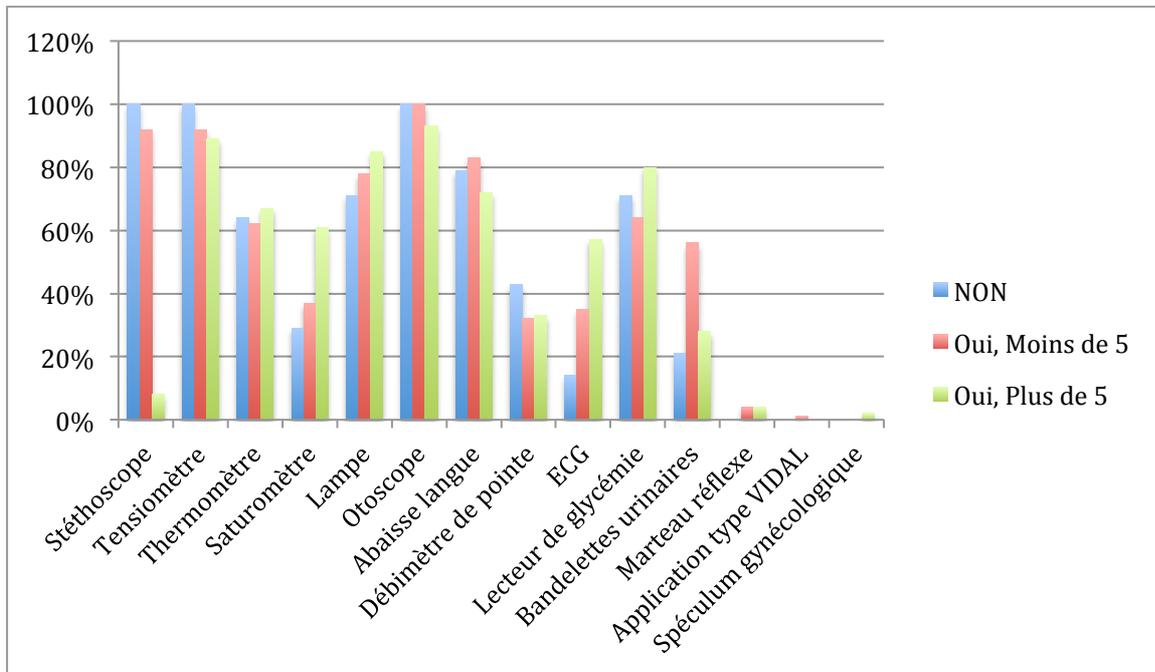


Figure 72: Matériel diagnostique selon la pratique de visite et le nombre.

Concernant le matériel diagnostique :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 14 possèdent un stéthoscope, soit 100% ; 14 un tensiomètre, soit 100% ; 9 un thermomètre, soit 64% ; 4 un saturomètre, soit 29% ; 10 une lampe, soit 71% ; 14 un otoscope soit 100% ; 11 des abaisses langue, soit 78% ; 6 un débitmètre de pointe, soit 43% ; 2 un ECG, soit 14% ; 10 un lecteur de glycémie, soit 71% ; 3 des bandelettes urinaires, soit 21% ; aucun un marteau réflexe ; aucun une application type VIDAL ; aucun des spéculums gynécologiques.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 65 possèdent un stéthoscope, soit 92% ; 65 un tensiomètre, soit 92% ; 44 un thermomètre, soit 62% ; 26 un saturomètre, soit 37% ; 55 une lampe, soit 78% ; 71 un otoscope soit 100% ; 59 des abaisses langue, soit 83% ; 23 un débitmètre de pointe, soit 32% ; 25 un ECG, soit 35% ; 45 un lecteur de glycémie, soit 64% ; 40 des bandelettes urinaires, soit 56% ; 3 un marteau réflexe, soit 4% ; 1 une application type VIDAL, soit 1% ; aucun des spéculums gynécologiques.

- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 41 possèdent un stéthoscope, soit 89% ; 41 un tensiomètre, soit 89% ; 31 un thermomètre, soit 67% ; 28 un saturomètre, soit 61% ; 39 une lampe, soit 85% ; 43 un otoscope soit 93% ; 33 des abaisses langue, soit 72% ; 15 un débitmètre de pointe, soit 33% ; 26 un ECG, soit 56% ; 37 un lecteur de glycémie, soit 80% ; 13 des bandelettes urinaires, soit 28% ; 2 un marteau réflexe, soit 4% ; aucun n'a d'application type VIDAL ; 1 des spéculums gynécologiques, soit 2%.

3.1.6.2 Le matériel de soins

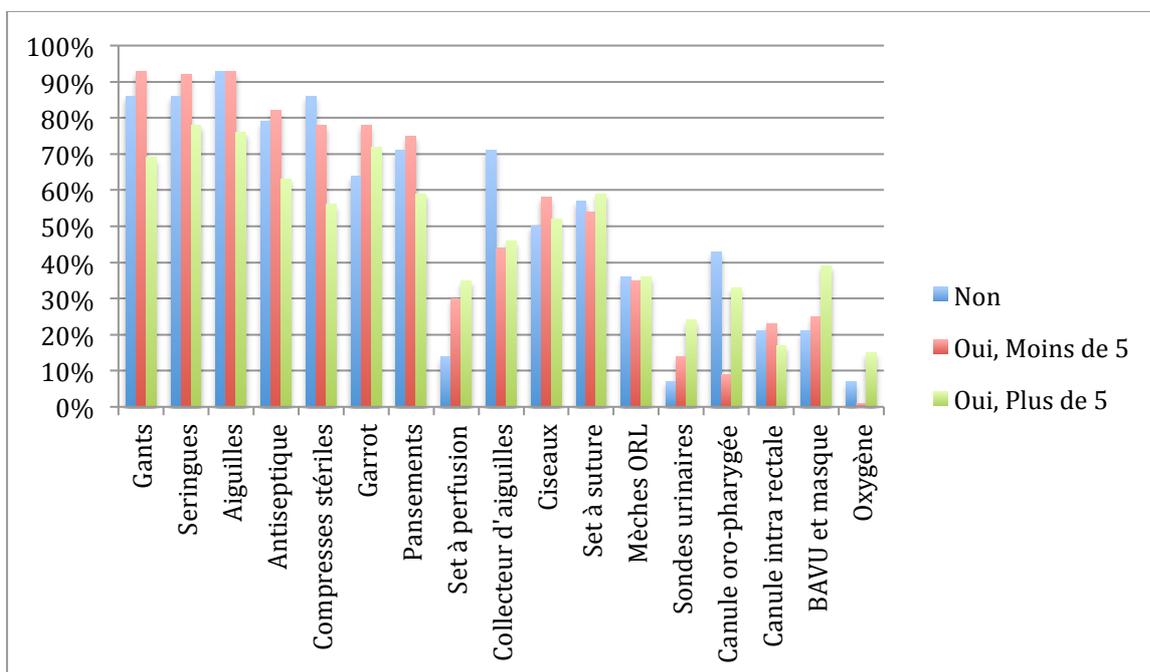


Figure 73: Matériel de soins selon la pratique de visite et le nombre.

Au sujet du matériel de soins :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 12 possèdent des gants, soit 86% ; 12 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 86% ; 13 des aiguilles IM, IV, SC, soit 93% ; 11 un antiseptique, soit 79% ; 12 des compresses stériles, soit 86% ; 9 un garrot, soit 64% ; 10 des pansements, soit 71% ; 2 des sets à perfusion, soit 14% ; 10 un collecteur d'aiguilles, soit 71% ; 7 une paire de ciseaux, soit 50% ; 8 des sets à suture, soit 57% ; 5 des mèches ORL, soit 36% ; 1 des sondes urinaires, soit 7% ; 6 des canules oro-pharyngées, soit 43% ; 3 des canules intra rectale, soit 21% ; 3 des BAVU et des masques, soit 21% ; 1 de l'oxygène, soit 7%.

- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 66 possèdent des gants, soit 93% ; 65 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 92% ; 66 des aiguilles IM, IV, SC, soit 93% ; 58 un antiseptique, soit 82% ; 55 des compresses stériles, soit 78% ; 55 un garrot, soit 78% ; 53 des pansements, soit 75% ; 21 des sets à perfusion, soit 30% ; 31 un collecteur d'aiguilles, soit 44% ; 41 une paire de ciseaux, soit 58% ; 38 des sets à suture, soit 54% ; 25 des mèches ORL, soit 35% ; 10 des sondes urinaires, soit 14% ; 6 des canules oro-pharyngées, soit 9% ; 16 des canules intra rectale, soit 23% ; 18 des BAVU et des masques, soit 25% ; 1 de l'oxygène, soit 1%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 32 possèdent des gants, soit 69% ; 36 des seringues de 5ml, 10ml et 20ml, soit 78% ; 35 des aiguilles IM, IV, SC, soit 76% ; 29 un antiseptique, soit 63% ; 26 des compresses stériles, soit 56% ; 33 un garrot, soit 72% ; 27 des pansements, soit 59% ; 16 des sets à perfusion, soit 35% ; 21 un collecteur d'aiguilles, soit 46% ; 24 une paire de ciseaux, soit 52% ; 27 des sets à suture, soit 59% ; 17 des mèches ORL, soit 36% ; 11 des sondes urinaires, soit 24% ; 15 des canules oro-pharyngées, soit 33% ; 8 des canules intra rectale, soit 17% ; 18 des BAVU et des masques, soit 39% ; 7 de l'oxygène, soit 15%.

3.1.6.3 Les thérapeutiques cardiologiques

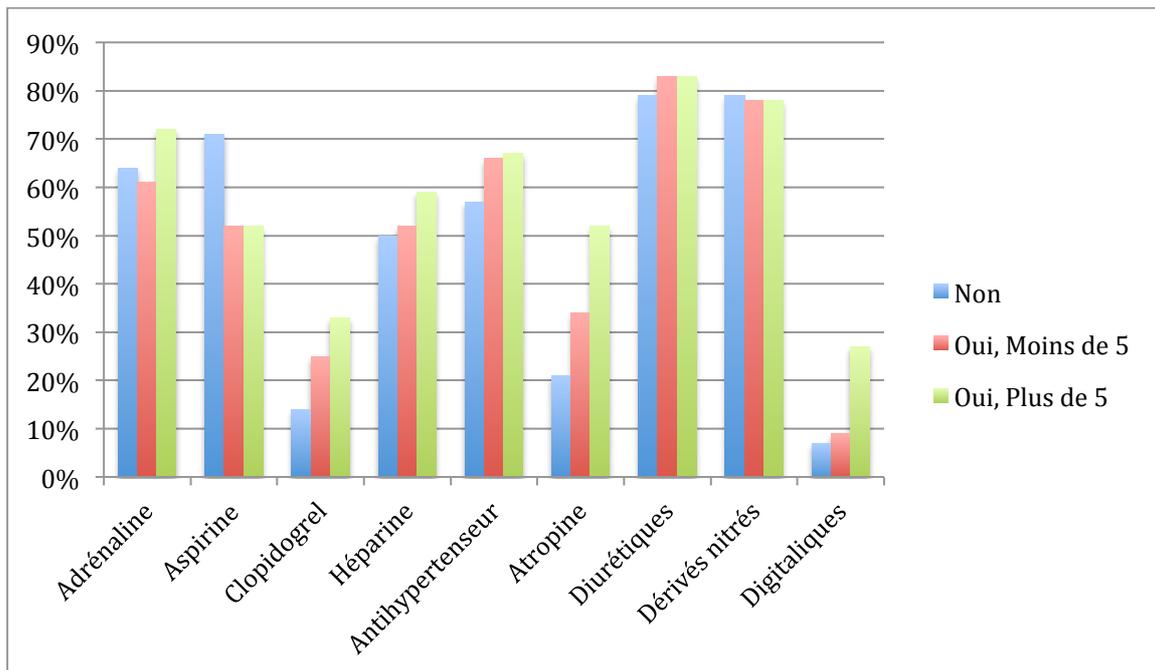


Figure 74: Thérapeutiques cardiologiques selon la pratique de visite et le nombre.

Concernant les thérapeutiques cardiologiques :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 9 ont de l'adrénaline, soit 64% ; 10 de l'aspirine, soit 71% ; 2 du clopidogrel, soit 14% ; 7 de l'héparine, soit 50% ; 8 des anti hypertenseurs, soit 57% ; 3 de l'atropine, soit 21% ; 11 des diurétiques, soit 79% ; 11 des dérivés nitrés, soit 79% ; 1 des digitaliques, soit 7%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 43 ont de l'adrénaline, soit 61% ; 37 de l'aspirine, soit 52% ; 18 du clopidogrel, soit 25% ; 37 de l'héparine, soit 52% ; 47 des anti hypertenseurs, soit 66% ; 24 de l'atropine, soit 34% ; 59 des diurétiques, soit 83% ; 55 des dérivés nitrés, soit 78% ; 6 des digitaliques, soit 9%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 33 ont de l'adrénaline, soit 71% ; 24 de l'aspirine, soit 52% ; 15 du clopidogrel, soit 33% ; 27 de l'héparine, soit 59% ; 31 des anti hypertenseurs, soit 67% ; 24 de l'atropine, soit 52% ; 38 des diurétiques, soit 83% ; 36 des dérivés nitrés, soit 78% ; 11 des digitaliques, soit 27%.

3.1.6.4 Les thérapeutiques antalgiques

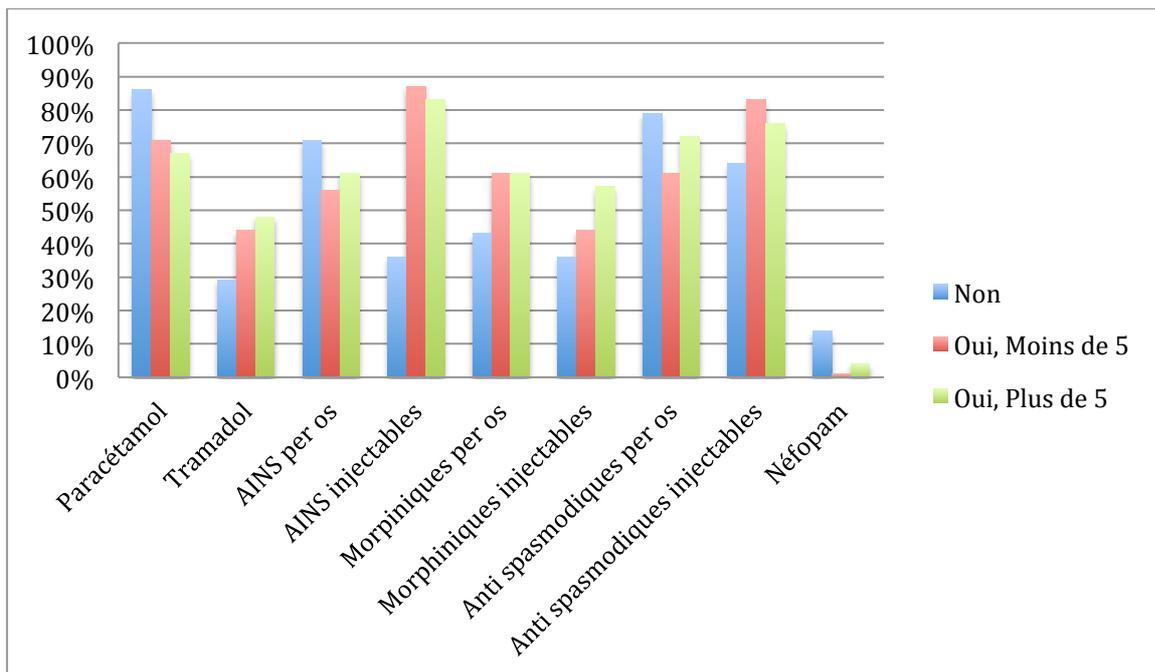


Figure 75: Thérapeutiques antalgiques selon la pratique de visite et le nombre.

Au sujet des thérapeutiques antalgiques :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 12 possèdent du paracétamol, soit 86% ; 4 du tramadol, soit 29% ; 10 des AINS per os, soit 71% ; 5 des AINS injectables, soit 36% ; 6 des morphiniques per os, soit 43% ; 5 des morphiniques injectables, soit 36% ; 11 des anti spasmodiques per os, soit 79% ; 9 des anti spasmodiques injectables, soit 64% ; et, 2 du néfopam, soit 14%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 50 possèdent du paracétamol, soit 71% ; 31 du tramadol, soit 44% ; 40 des AINS per os, soit 56% ; 62 des AINS injectables, soit 87% ; 43 des morphiniques per os, soit 61% ; 31 des morphiniques injectables, soit 44% ; 43 des anti spasmodiques per os, soit 61% ; 59 des anti spasmodiques injectables, soit 83% ; et, 1 du néfopam, soit 1%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 31 possèdent du paracétamol, soit 67% ; 22 du tramadol, soit 48% ; 28 des AINS per os, soit 61% ; 38 des AINS injectables, soit 83% ; 28 des morphiniques per os, soit 61% ; 26 des morphiniques injectables, soit 56% ; 33 des anti spasmodiques per os, soit 72% ; 35 des anti spasmodiques injectables, soit 76% ; et, 2 du néfopam, soit 4%.

3.1.6.5 Les thérapeutiques pneumologiques

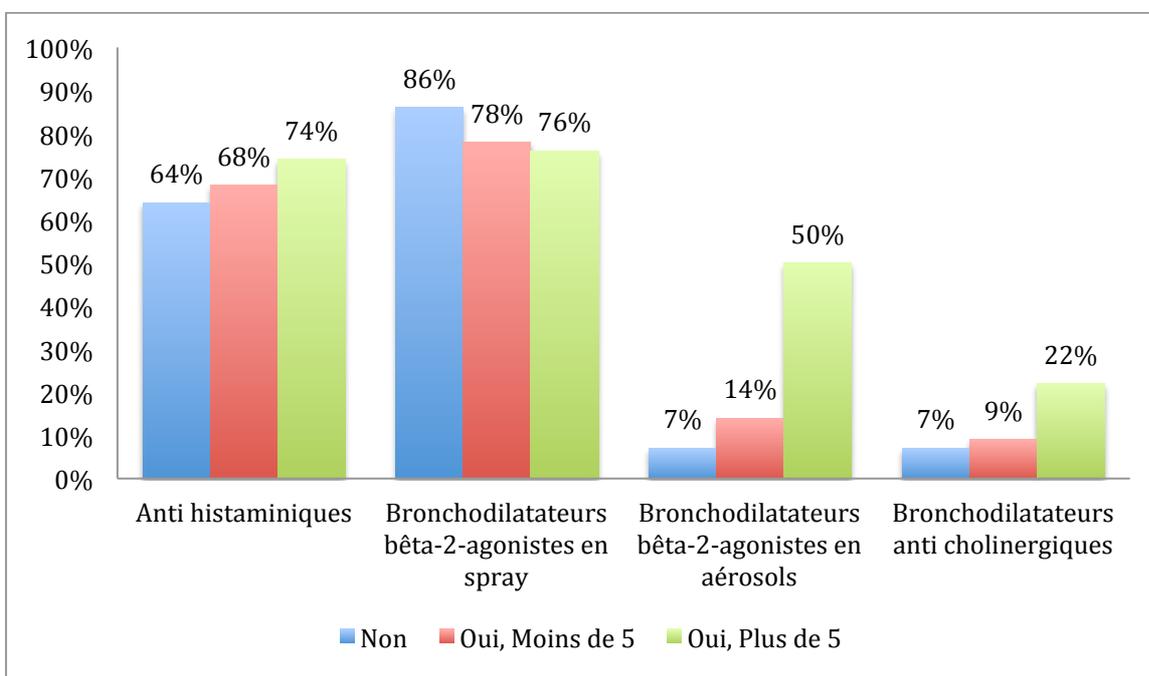


Figure 76: Thérapeutiques pneumologiques selon la pratique de visite et le nombre.

En ce qui concerne les thérapeutiques pneumologiques :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 9 ont des anti histaminiques, soit 65% ; 12 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 86% ; 1 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 7% ; et, 1 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 7%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 48 ont des anti histaminiques, soit 68% ; 55 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 78% ; 10 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 14% ; et, 6 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 9%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 34 ont des anti histaminiques, soit 74% ; 35 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray, soit 76% ; 13 des bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols, soit 50% ; et, 10 des bronchodilatateurs anti cholinergiques : bromure d'ipatropium, soit 22%.

3.1.6.6 Les thérapeutiques infectieuses

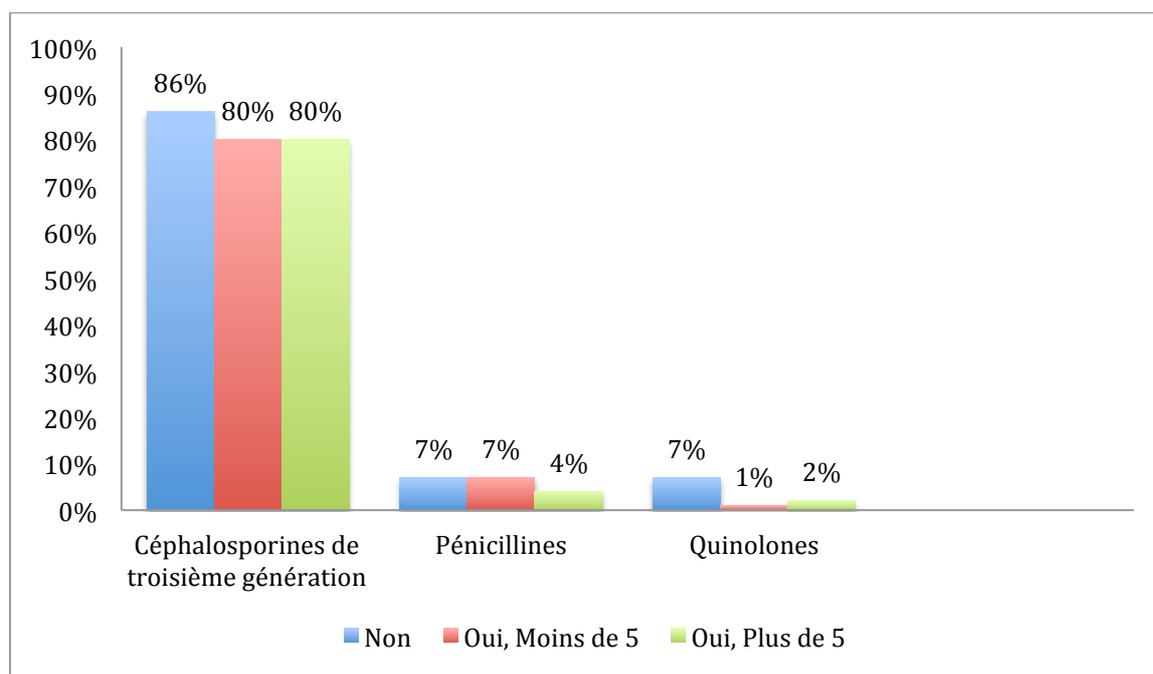


Figure 77: Thérapeutiques infectieuses selon la pratique de visite et le nombre.

Concernant les thérapeutiques infectieuses :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 12 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 86% ; 1 des pénicillines, soit 7% ; et, 1 des quinolones, soit 7%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 57 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 80% ; 5 des pénicillines, soit 7% ; et, 1 des quinolones, soit 1%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 37 possèdent des céphalosporines de troisième génération, soit 80% ; 2 des pénicillines, soit 4% ; et, 1 des quinolones, soit 2%.

3.1.6.7 Les thérapeutiques psychotropes

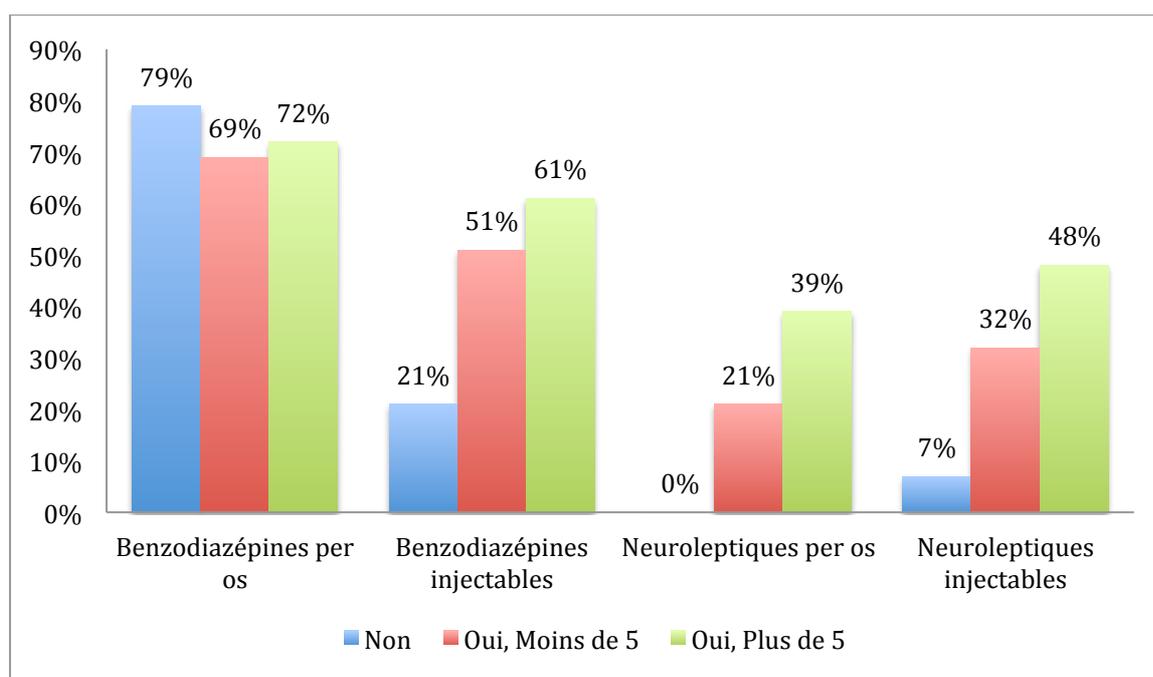


Figure 78: Thérapeutiques psychotropes selon la pratique de visite et le nombre.

Au sujet des thérapeutiques psychotropes :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 11 ont des benzodiazépines per os, soit 79% ; 3 des benzodiazépines injectables, soit 21% ; aucun des neuroleptiques per os ; et, 1 des neuroleptiques injectables, soit 7%.

- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 49 ont des benzodiazépines per os, soit 69% ; 36 des benzodiazépines injectables, soit 51% ; 15 des neuroleptiques per os, soit 21% ; et, 23 des neuroleptiques injectables, soit 32%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 33 ont des benzodiazépines per os, soit 72% ; 28 des benzodiazépines injectables, soit 61% ; 18 des neuroleptiques per os, soit 39% ; et, 22 des neuroleptiques injectables, soit 48%.

3.1.6.8 Les thérapeutiques de perfusion

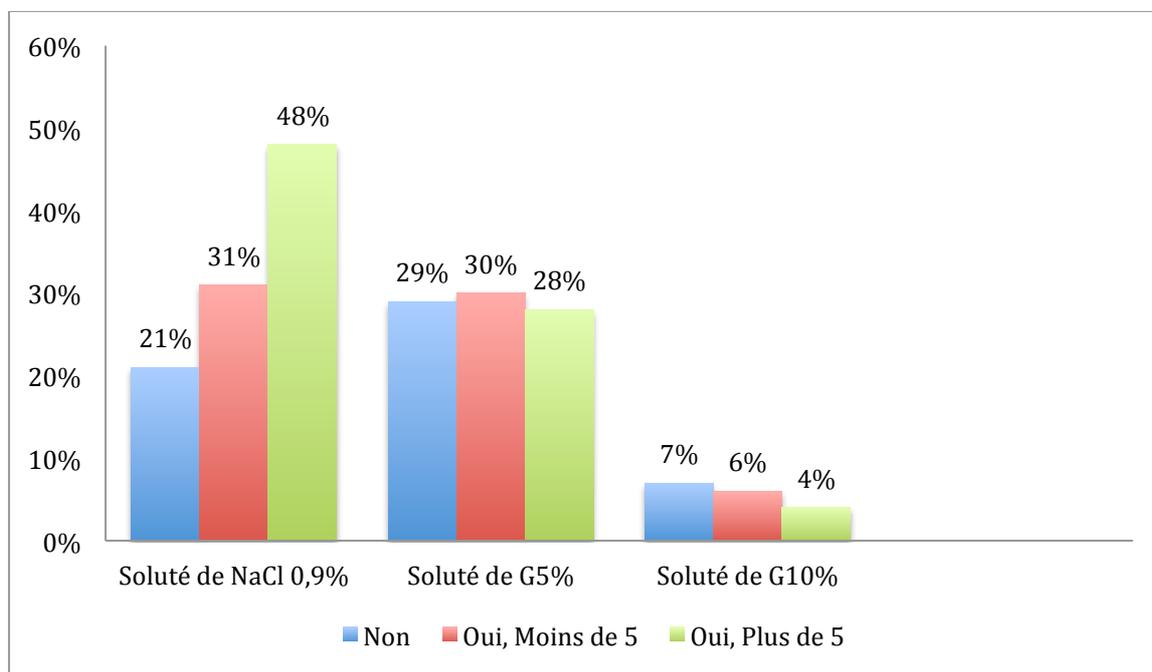


Figure 79: Thérapeutiques de perfusion selon la pratique de visite et le nombre.

Concernant les thérapeutiques de perfusion :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 3 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 21% ; 4 un soluté de Glucose 5%, soit 29% ; et, 1 possède un soluté de Glucose 10%, soit 7%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 22 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 31% ; 21 un soluté de Glucose 5%, soit 30% ; et, 4 ont un soluté de Glucose 10%, soit 6%.

- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 22 ont un soluté de Na Cl 0,9%, soit 48% ; 13 un soluté de Glucose 5%, soit 28% ; et, 2 ont un soluté de Glucose 10%, soit 4%.

3.1.6.9 Les autres thérapeutiques

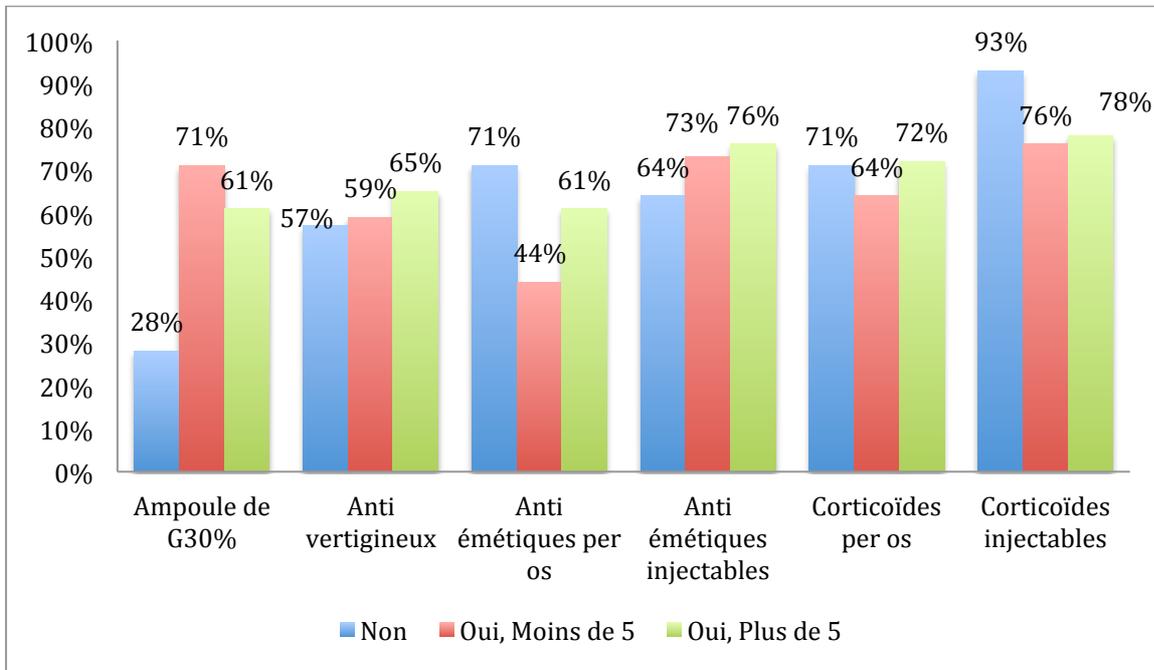


Figure 80: Autres thérapeutiques selon la pratique de visite et le nombre.

Au sujet des autres thérapeutiques :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 4 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 28% ; 8 des anti vertigineux, soit 57% ; 10 des anti émétiques per os, soit 71% ; 9 des anti émétiques injectables, soit 64% ; 10 des corticoïdes per os, soit 71% ; et, 13 des corticoïdes injectables, soit 93%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 50 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 71% ; 42 des anti vertigineux, soit 59% ; 31 des anti émétiques per os, soit 44% ; 52 des anti émétiques injectables, soit 73% ; 45 des corticoïdes per os, soit 64% ; et, 54 des corticoïdes injectables, soit 76%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 28 possèdent des ampoules de Glucose 30%, soit 61% ; 30 des anti vertigineux, soit 65% ; 28 des anti émétiques per os, soit 61% ; 35 des anti émétiques injectables, soit 76% ; 33 des corticoïdes per os, soit 72% ; et, 36 des corticoïdes injectables, soit 78%.

3.1.6.10 Les certificats

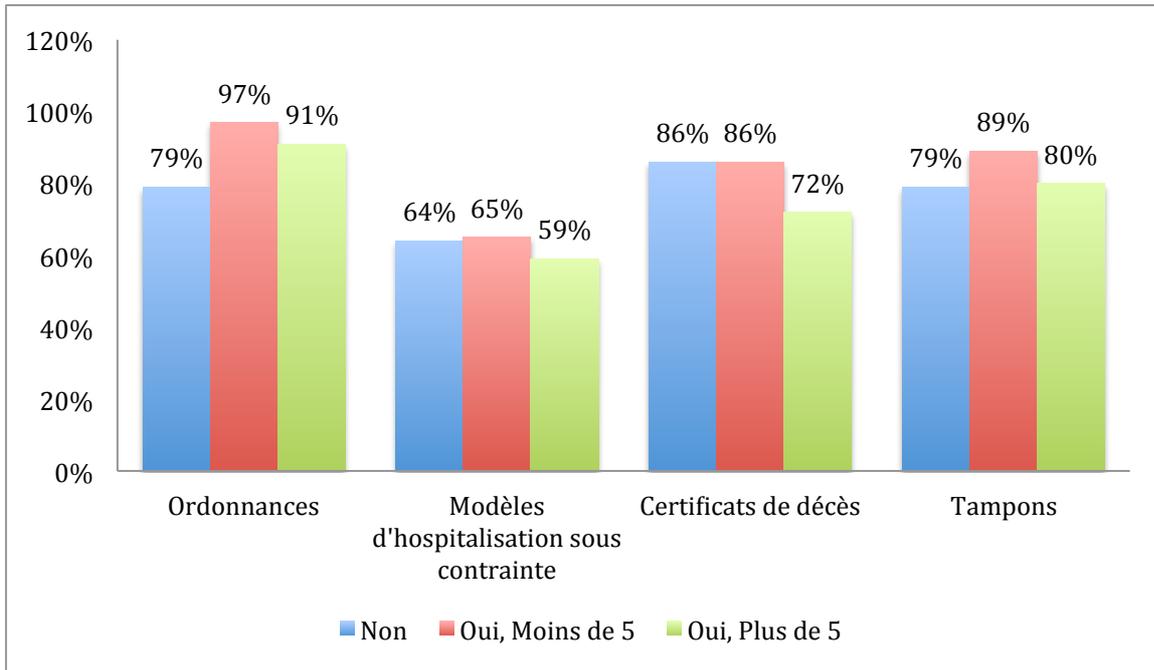


Figure 81: Certificats selon la pratique de visite et le nombre.

Concernant les certificats :

- Pour les médecins ne pratiquant pas de visites à domicile : 11 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnances, soit 79% ; 9 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 64% ; 12 ont des certificats de décès, soit 86% ; et 11 ont un tampon, soit 79%.
- Pour les médecins en effectuant moins de 5 visites par jour : 69 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnances, soit 97% ; 46 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 65% ; 61 ont des certificats de décès, soit 86% ; et 63 ont un tampon, soit 89%.
- Pour les médecins en effectuant plus de 5 visites par jour : 42 ont dans leur trousse d'urgence des ordonnances, soit 91% ; 27 ont des modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte, soit 59% ; 33 ont des certificats de décès, soit 72% ; et 37 ont un tampon, soit 80%.

3.2 Deuxième partie : Diffusion d'une fiche type de composition de la trousse d'urgence

Une fiche type de composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B a été envoyée aux 321 médecins contactés lors de la première partie de l'enquête.

Le nombre de réponses à cette deuxième partie de l'étude est de 98 réponses sur les 321 envois, avec 9 courriers non délivrés pour adresse électronique invalide. Soit un taux de participation de 30,5%.

3.2.1 Utilité de la fiche type de composition de la trousse d'urgence

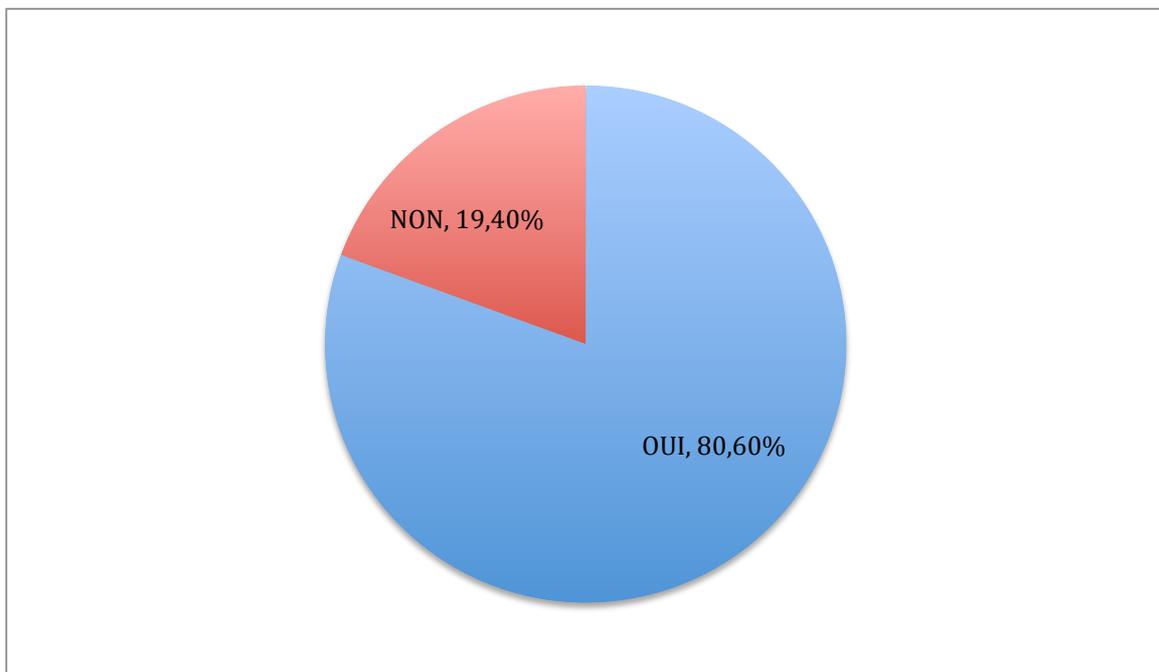


Figure 82: Utilité de la fiche type de composition de la trousse d'urgence.

Concernant l'utilité de cette fiche type : 79 médecins ont répondu trouver utile cette type de composition de la trousse d'urgence, soit 80,6% des répondants. 19 ne pensent pas que cette fiche est utile, soit 19,4%.

3.2.2 Modification de la trousse d'urgence à partir de la fiche type

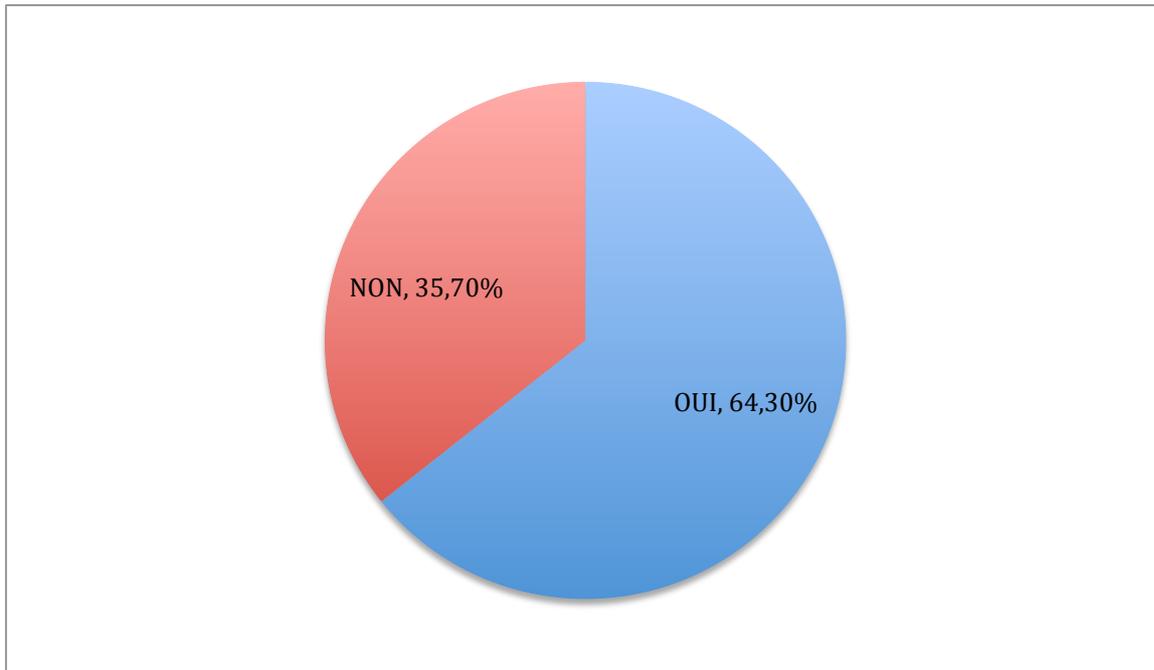


Figure 83: Modification de la trousse à partir de la fiche type de composition de la trousse d'urgence.

A la question de savoir si cette fiche type va entraîner des modifications dans la composition de leurs trousse d'urgence : 63 médecins ont répondu oui, soit 64,3% ; et, 35 ont répondu non, soit 35,7%.

4 Discussion

4.1 Les biais de l'étude

4.1.1 Population cible

La population étudiée a été retenue selon la liste des médecins fournie par la CPAM des Pyrénées-Atlantiques (58). C'était la seule référence réunissant les trois facteurs : médecins installés, en activité, et dans le secteur 64B. Le conseil de l'ordre des médecins des Pyrénées-Atlantiques disposait de la liste des médecins comprenant également les médecins remplaçants et retraités (57). On peut s'interroger sur l'exhaustivité de cette liste.

De plus, la CPAM des Pyrénées-Atlantiques a été le seul organisme à me fournir une liste de mails pour la diffusion de mon questionnaire. Le conseil de l'ordre ne disposait pas d'une liste d'adresses de messagerie électronique. A l'heure des nouvelles technologies, nous pouvons nous demander si ce mode de communication ne serait pas à privilégier.

4.1.2 Mode de diffusion

Cette étude a été réalisée par diffusion d'un questionnaire GOOGLE DOC© par courrier électronique, garantissant l'anonymat des réponses.

4.1.2.1 Les avantages

Les avantages de ce type de diffusion sont la rapidité d'envoi du questionnaire et de la réception des réponses, l'informatisation des données. Le coût de l'étude est réduit.

La liberté des médecins pour répondre est plus grande. D'une part, cela leur permettait de choisir le moment pour remplir le questionnaire. Il était donc possible de réaliser un questionnaire un peu long mais plus complet. D'autre part, l'anonymat assurait une meilleure garantie de l'honnêteté des réponses, et un taux de réponses plus important.

4.1.2.2 Les inconvénients

L'enquête est réservée exclusivement aux médecins ayant internet, et à ceux ayant une adresse de messagerie électronique. Parmi les médecins, installés et en activité, 74 ne possédaient pas d'adresse de messagerie électronique ou ne souhaitaient pas la communiquer.

Les médecins pouvaient aussi prendre le courrier électronique comme un spam ou une publicité, et dans ce cas ne pas l'ouvrir.

Il est possible que certains médecins aient eu peur de répondre par internet : en pensant à une intrusion dans leur activité professionnelle, et ayant peur d'un jugement malgré l'anonymat des réponses.

Le mode de diffusion utilisé ne permettait pas de clarifier certaines questions, ni de s'assurer que les médecins répondaient à toutes les questions.

L'anonymat des réponses ne permettait pas de cibler les médecins n'ayant pas répondu lors des deux relances. Il n'est pas possible de vérifier que certains médecins aient répondu plusieurs fois.

4.2 Le taux de réponses

Le taux de réponses est de 41,4%, soit 133 médecins sur 321. J'espérais plus de réponses pour avoir une représentation plus précise de la composition de la trousse, et pour pouvoir comparer les différents échantillons.

Si nous ramenons le nombre de réponses à celui du nombre de médecins recensés par la CPAM, le taux de réponses s'élève à 33,7%. Et en prenant en compte le nombre de 586, fourni par le conseil de l'ordre (médecins installés, remplaçants et retraités), cela fait un taux de 22,7%.

4.3 La démographie médicale

4.3.1 Le sexe

Dans cette étude, 67% des médecins sont des hommes et 32% sont des femmes. Dans les Pyrénées-Atlantiques, en 2013 (56) : 60% des médecins généralistes sont des hommes et 40% des femmes. Ces chiffres sont semblables à l'échelle nationale (60) : 60% d'hommes et 40% de femmes.

On peut dire que les hommes ont proportionnellement plus répondu à cette enquête que les femmes. Peut-être sont-ils plus concernés par les situations d'urgence ?

4.3.2 L'âge

Dans ce travail, il n'est pas possible de préciser l'âge moyen des répondants. Les réponses à la question de l'âge étant exprimées en tranches d'âge. En effet, 23% des médecins ont entre 30 et 40 ans, 16% entre 40 et 50 ans, et 59% plus de 50 ans.

Il est difficile de comparer ces données avec les données actuelles de démographie médicale, tant au plan local (56) que national (60). Dans ces derniers cas, les tranches d'âge sont différentes que celles de cette étude : âge inférieur à 40 ans, entre 40 et 60 ans, et supérieur à 60 ans.

Au niveau national l'âge moyen est de 54 ans pour les hommes et 49 ans pour les femmes (60). Dans les Pyrénées-Atlantiques, la moyenne d'âge est de 51 ans, avec une population médicale vieillissante : 23% ont plus de 60 ans, et 61% entre 40 et 60 ans (56).

Dans cette étude, nous remarquons malgré tout que les médecins généralistes installés ont dans la majorité des cas plus de 50 ans. Cette tendance est le reflet de la démographie médicale nationale.

4.3.3 Les caractéristiques du mode d'exercice

4.3.3.1 Le lieu d'exercice

41% des médecins ayant répondu exercent une activité en zone urbaine. Dans cette catégorie, les hommes sont représentés à 63% ; les médecins ont dans 69% des cas plus de 50 ans.

32% des médecins ayant répondu exercent en semi rural. Ils sont une majorité de femmes : 67%. Ils ont moins de 40 ans dans 26%, et entre 40 et 50 ans dans 31% des cas.

Le mode d'exercice en zone rural est représenté par 27% de la population étudiée, avec une nette majorité d'hommes : 75%. La tranche d'âge de plus de 50 ans est majoritaire : 64%.

Dans cette enquête, il existe plus de médecins avec un mode d'exercice urbain (41%) que rural (27%).

Les femmes sont majoritairement représentées en zone semi rurale (67%) ; c'est dans cette dernière que la population est la plus jeune avec 57% de médecins ayant moins de 50 ans.

En zone rurale, nous mettons en évidence une masculinisation de la profession, et un net vieillissement de la population médicale.

Pourquoi l'exercice en zone semi rural est-il plus attirant pour les jeunes et pour les femmes ? Il est possible que l'environnement professionnel à mi distance d'une structure hospitalière soit plus satisfaisant que l'éloignement. D'autre part, la qualité de vie personnelle y est peut-être plus enviable. Ce facteur influe-t-il le lieu d'installation ?

4.3.3.2 La pratique de visites

Dans cette étude, 10% des médecins ne pratiquent pas de visites à domicile. Ils exercent dans tous les cas en milieu urbain. 36% d'entre eux ne font pas de gardes. 57% sont des femmes, et 65% ont plus de 50 ans.

En majorité, ils font moins de 5 visites quotidiennes. Dans cette catégorie, il y a 61% d'hommes ; 55% ont plus de 50 ans ; et 62% sont inscrits sur un tableau de gardes. Ils exercent en zone rurale dans 18% des cas, en semi rural dans 44%, et en milieu urbain dans 38%.

35% pratiquent plus de 5 visites par jour. Ce sont une majorité d'hommes : 83% ; ils ont plus de 50 ans dans 65% des cas. Ils participent à un tour de garde dans 85% des cas. Ils exercent principalement en zone rurale : 45% ; en semi rural : 24% ; et en urbain : 28%.

Le mode de recueil ne permet pas de comparer ces chiffres aux chiffres locaux et nationaux (29, 56, 60), qui eux sont exprimés en pourcentage par rapport à l'ensemble de l'activité des médecins. Le chiffre de 5 visites par jour ayant été choisi arbitrairement, peut-être aurait-il été plus judicieux d'exprimer ce versant de la pratique libérale en pourcentage d'activité dans le questionnaire.

Les médecins exerçant en semi rural ou en rural font plus de visites. Cela peut s'expliquer par l'étendue géographique plus importante des secteurs ; par un problème de mobilité de la patientèle, parfois plus vieillissante ; par l'absence ou la quasi inexistence de transports en commun.

Les hommes font plus de visites que les femmes. Disposent-ils de plus de temps dans leur activité quotidienne pour réaliser cette pratique ?

4.3.3.3 La participation à un tour de garde

Les médecins inscrits sur un tableau de garde sont majoritaires : 81%. Ils sont 17% à ne pas réaliser de gardes. Dans cette catégorie, il y a autant d'hommes que de femmes ; ils sont 78% à avoir plus de 50 ans. Ils exercent principalement en ville : 52% ; contre 17% en rural et 30% en semi rural.

L'âge est un facteur influant la participation à un tour de garde. Il paraît concevable que les médecins ne puissent pas réaliser de gardes à un certain âge. La densité médicale étant plus forte en zone urbaine, il est plus facile d'envisager pour ces derniers de ne pas faire de garde, sans trop pénaliser leurs confrères. Ce fait est plus difficilement envisageable en zone rurale, du fait de la désertification médicale.

4.3.3.4 Les recours urgents rencontrés en médecine générale

Cette enquête met en évidence la nette prédominance des recours de soins concernant la douleur, avec un taux de 43,6% de prise en charge de la douleur concernant les dernières pathologies rencontrées par les participants. La deuxième position est assurée par les motifs cardiologiques 12%. Puis viennent les urgences pneumologiques dans 10,5%. La question n'a pas été renseignée dans 10 cas, ces questionnaires ont été inclus dans l'étude.

Ces chiffres sont représentatifs de plusieurs études sur le sujet (12, 53). Mais je demandais simplement quelle était le dernier motif ayant nécessité l'utilisation de la trousse d'urgence. D'une part, le praticien pouvait avoir oublié sa dernière urgence. Est-ce le cas des 10 non répondants ? D'autre part, ce questionnaire a été réalisé en hiver. Les saisons impliquent-elles des urgences différentes ? Au début de l'hiver : est-il plus fréquent de prendre en charge des urgences pneumologiques, notamment des détresses respiratoires aiguës chez les patients ayant des broncho-pneumopathies chroniques obstructives ?

Il aurait fallu demander le motif le plus fréquent sur un an, nécessitant l'ouverture de la trousse d'urgence. Mais dans ce cas, cela demandait plus de réflexions aux médecins, et entraînant donc soit une approximation dans la réponse, soit l'absence de réponse à cette question.

On ne peut pas classer ces recours en urgences vitales, vraies, ressenties ou de confort. En effet, le questionnaire ne le précisait pas, et il n'est pas possible de conclure en ayant connaissance que du motif, sans l'avis du médecin.

A ce sujet, un commentaire libre de cette étude évoquait le fait que grâce au centre 15 et à l'intervention du SAMU, le médecin généraliste gérait le plus souvent des urgences ressenties ou de confort. On ne peut bien évidemment pas faire de conclusion à ce sujet.

Il aurait donc été plus judicieux d'ajouter une question concernant cette classification des recours urgents rencontrés par les médecins.

4.4 Généralités sur la trousse d'urgence

4.4.1 La possession d'une trousse et son utilité

90% des médecins possèdent une trousse médicale réservée à l'urgence, et 90% jugent utiles d'en posséder une.

Ce résultat est cohérent. Un médecin qui pense utile de posséder une trousse d'urgence, en possède une.

On peut s'interroger sur les 10% n'en possédant pas. Cela veut-il dire qu'ils ne font probablement pas de gardes, et qu'ils ont donc moins de probabilité d'être confrontés aux urgences ? Pourtant, nous avons vu que les motifs de soins urgents sont essentiellement diurnes, pendant les horaires d'ouverture du cabinet. Comment font-ils ? Il est possible qu'ils aient recours de manière systématique à l'hospitalisation dans un service d'urgence, ou à une prise en charge SMUR.

Ce taux de possession d'une trousse d'urgence de 90% contredit les deux commentaires libres qui évoquaient le fait que 8 médecins sur 10 ne possédaient pas de trousse d'urgence, et celui que les urgences en ville n'existaient pas.

4.4.2 La fréquence d'utilisation

La moyenne annuelle d'utilisation de la trousse d'urgence est de 9,4 fois par an. Un grand nombre de réponses : 65, soit 49% était compris entre 2 et 6 utilisations annuelles. Les extrêmes étant 0 pour 1 médecin et 100 pour 2.

A cette question, il est possible que certains médecins aient sous estimé le nombre d'utilisation par oubli. Il est aussi possible que certains utilisent leurs trousse par excès. On peut s'interroger sur le nombre de 100 utilisations annuelles : cela représente une utilisation tous les trois jours et demi, pour un médecin travaillant tous les jours de l'année. Ce chiffre paraît excessif.

4.4.3 La vérification des péremptions

La majorité des répondants vérifient la composition et la péremption de leur trousse d'urgence tous les 3 mois : 39%. De manière annuelle pour 34,6%, semestrielle pour 6,75%. 3,75% la vérifient avant chaque garde et 2,25% selon une fiche ou un logiciel de péremption.

Après avoir réalisé une fiche type de composition de la trousse d'urgence, je me suis intéressé aux durées de vie des molécules. Elles allaient de 18 mois à 5 ans. Une vérification annuelle des péremptions semble donc suffisante. Mais cette dernière concerne aussi la composition et la disponibilité des thérapeutiques. Il paraît donc justifié de remplacer les thérapeutiques après chaque utilisation, et de vérifier les péremptions tous les ans.

Plusieurs commentaires libres du questionnaire faisaient état du problème de gestion du stock et des péremptions, avec notamment des durées de vie courtes pour les injectables. Ces arguments ne semblent pas fondés. Ces arguments sont-ils un facteur de composition de la trousse d'urgence de certains médecins ? On peut envisager de la part de l'industrie pharmaceutique, une campagne d'informations sur ce sujet auprès des médecins généralistes.

L'aide d'une fiche de péremption ou d'un logiciel, peut être utile concernant la péremption : gain de temps, sécurité de gestion. Mais elle ne peut pas déceler le manque de matériel ou de thérapeutiques.

4.4.4 L'élaboration de la trousse d'urgence

La majorité des médecins a composé la trousse d'urgence par expérience personnelle : 78%. 22,5% avec l'aide d'une formation et 21,8% par revues de la littérature.

57% des médecins pensent qu'une formation est nécessaire pour la composition de la trousse.

Une formation pour l'aide à la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes semble donc nécessaire. Peut-être qu'un ou des cours théoriques devraient être proposés aux internes de médecine générale lors de leur cursus ? Cette formation serait une base pour débiter dans leur activité.

Un commentaire libre précisait la nécessité des formations pour l'actualisation des prises en charge et de leurs protocoles. Dans le cadre de la formation médicale continue, on pourrait envisager un thème obligatoire sur les prises en charges des urgences en médecine générale et les nouveaux protocoles, tous les deux ou trois ans.

3,75% des répondants déclarent avoir un sac pompier. Normalement ce dernier est exclusivement réservé aux « interventions pompiers », tout comme le sera le sac du MCS fourni par le SAMU (26). Peut-on envisager en contre partie de ces engagements, l'utilisation de ces sacs pour toutes les urgences auxquelles sont confrontés ces médecins ? Dans certains cas il existe des accords officieux, mais ne faudrait-il pas que ces accords soient notifiés dans l'annexe des contrats ?

4.5 Composition de la trousse d'urgence

4.5.1 Le contenant

Pour la majorité des médecins, 62%, le contenant de leur trousse se présente sous forme rigide. 31% ont un contenant souple.

Le contenant est important, il doit être d'utilisation et de transport faciles (6). Il doit être adapté au milieu d'exercice. Il est préférable en zone urbaine, d'avoir un contenant léger ; et, en zone rurale, un contenant plus robuste (5).

Le choix du contenant est laissé à la libre appréciation du médecin, selon son activité, ses habitudes, ses préférences et la place dont il dispose pour le transport.

4.5.2 Le contenu

Les tailles des échantillons n'étant pas similaires, et leurs différences trop importantes, il n'est pas possible de comparer les données selon les différents groupes : sexe, âge, tour de garde, pratique de visites, le mode d'exercice.

Le contenu des trousse d'urgence de cette enquête sera analysé sous la forme de constats dont il n'est pas possible de conclure de manière significative.

4.5.2.1 Le matériel diagnostique

Concernant le stéthoscope, le tensiomètre et l'otoscope nous pouvons nous interroger sur le fait que 100% des médecins n'en possèdent pas. En effet, seulement 90% des répondants possèdent un stéthoscope et un tensiomètre ; et, 96% un otoscope. Ces instruments sont indispensables pour la pratique d'un examen clinique de base. Les médecins n'ayant pas répondu à cette question, l'ont-ils fait par oubli ? Les questionnaires de ces médecins n'auraient peut être pas dus être inclus dans les résultats de cette enquête.

Pour la possession d'une lampe, seulement 78% des médecins en possèdent une. Elle est utile pour l'examen de la cavité buccale. Cet instrument peut être substitué par un otoscope.

Le thermomètre n'est présent dans les trousse des médecins que dans 63% des cas. En possèdent-ils dans leur cabinet ? Il est possible à domicile d'utiliser le thermomètre du patient, à condition que ce dernier en possède un.

Le saturomètre utile dans les pathologies cardiaques, tel l'OAP (3, 34), ou dans les détresses respiratoires quelle que soit l'étiologie, n'est présent que dans 44% des trousse d'urgence. La tranche d'âge la plus jeune de l'étude en possède majoritairement plus, 60%, que la tranche d'âge la plus vieille, 37%. Les jeunes médecins ont connu cet instrument pendant leurs études, contrairement à ceux de plus de 50 ans. Ils se sont donc habitués à exercer avec celui-ci.

Les médecins pratiquant des gardes le possèdent plus que ceux n'en pratiquant pas, 47% contre 31%. Les médecins ont probablement plus d'utilité de cet instrument pendant les gardes.

En zone rurale, le saturomètre est présent dans 67% des trousse, alors qu'en zone urbaine seulement 28% en possèdent un. Les médecins ruraux gèrent peut être plus de pathologies respiratoires à domicile que les médecins urbains.

Le débimètre de pointe n'est présent que dans 35% des trousse. Dans cette enquête, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à en posséder un que les femmes, 40% contre 16%. En milieu urbain 32% en possède un, alors qu'en milieu rural 45%. Ces chiffres auraient tendance à montrer que l'éloignement favorise l'acquisition de cet instrument. Mais en semi rural, la possession est moindre qu'en milieu urbain avec un taux de 26%.

L'ECG est un instrument indispensable pour l'orientation de la douleur thoracique (4, 32, 33). Nous pouvons nous interroger sur son faible taux de possession : seulement 40% de la population générale. D'une part, il est possible que le coût d'acquisition important (aux alentours des 900€) soit un facteur influant. D'autre part, il faut savoir l'interpréter : les médecins généralistes appréhendent-ils la lecture du tracé ? Cela explique-t-il ce faible taux de possession ?

Selon l'âge, le taux de possession n'est pas le même : 33% des 30 à 40 ans et des 40 à 50 ans possèdent un ECG ; alors que 46% des plus de 50 ans en possèdent un. Cette génération de médecins est-elle plus habituée à l'utilisation d'un ECG ? Ou la jeune génération est freinée dans l'acquisition de cet instrument par le coût ?

Les médecins effectuant des gardes en ont un dans 44% des cas, contre 26% pour ceux qui n'en effectuent pas. Les médecins en milieu rural possèdent un ECG dans 75% des cas, alors qu'en zone urbaine, seulement 28% en ont un. Les médecins éloignés des structures d'urgence réalisent probablement plus de tracés d'ECG. En effet, le résultat oriente la prise en charge et la rapidité des moyens à mettre en œuvre.

Le lecteur de glycémie est utilisé par 60% des médecins. Les tranches d'âge les plus jeunes en possèdent proportionnellement plus, 90%, que les médecins de plus de 50 ans, 59%. Cet instrument est important dans la prise en charge des malaises. Est-il possible qu'avec l'expérience, les médecins se soient aperçus qu'ils l'utilisaient peu et l'aient donc enlevés de leur trousse ?

81% des médecins en milieu semi rural, 83% des médecins ruraux en possèdent un, alors que seulement 52% des praticiens urbains l'utilisent. En ville, les malaises sont probablement plus facilement envoyés vers les structures d'urgence en première intention, notamment via les pompiers, alors qu'en zone rurale le médecin est le premier maillon d'intervention.

4.5.2.2 *Le matériel de soins*

Le matériel de soins réservé à l'hygiène et l'asepsie peut comprendre les gants, l'antiseptique, les compresses et les pansements. Dans la population générale : 83% possèdent des gants, 74% un anti septique, 70% des compresses, 68% des pansements. On peut s'étonner que ces matériels ne soient pas présents dans 100% des cas.

Ces différents outils sont plus présents dans la trousse des femmes. Sont-elles plus attentives à l'hygiène que les hommes ?

Ils sont représentés de manière équivalente selon l'âge et la participation à un tour de garde.

Par contre, l'enquête met en évidence une possession plus importante pour les médecins urbains que ruraux.

De même, ces outils sont plus fréquemment présents dans les trousse des médecins qui ne font pas de visites.

Concernant le matériel nécessaire à l'injection sous cutanée, intra musculaire ou intraveineuse. Les seringues, les aiguilles sont plus représentées dans les trousse des médecins femmes (91% contre 81% pour les seringues ; et, 91% contre 81% pour les aiguilles), et des médecins en zone urbaine (89% contre 75% pour les seringues ; et, 91% contre 75% pour les aiguilles). Les médecins en zone urbaine pratiquent-ils plus d'injections de thérapeutiques que les médecins ruraux ?

Le matériel pour réaliser des perfusions n'est présent que dans 29% des cas de la population générale. Les médecins en zone rurale en possèdent proportionnellement plus, 39%, qu'en milieu urbain 24%. Ce faible taux de possession peut s'expliquer par un manque de pratique de la part des médecins, et donc une appréhension dans la réalisation du geste technique.

Les sets à sutures ne sont présents que 52% des trousse de la population générale. Il n'y a pas de différence selon l'âge, le sexe, la pratique de visites, la zone d'exercice, et la pratique de visites. Nous pouvons nous interroger sur ce faible taux de possession, mais il faut rappeler que la réalisation de sutures ne représente que 4,5% de la dernière urgence rencontrée de l'enquête.

Les mèches ORL sont présentes dans 35% des trousse d'urgence de la population générale. Il n'y a pas de différence selon le sexe et la pratique de visites. Par contre la tranche d'âge la plus jeune en possède plus : 67% contre 29% pour les 40 à 50 ans, et 27% pour les plus de 50 ans. Cette population est-elle plus envieuse de réaliser des méchages ?

Les médecins en zone rurale en possèdent proportionnellement plus (45%) que les médecins urbains (32%). En ville, est-il possible d'adresser les patients plus facilement à un service d'urgence ou à un spécialiste ORL ?

Concernant les sondes urinaires, ce n'est pas un outil présent dans beaucoup de trousse d'urgence : seulement 17% de la population générale. Les hommes en possèdent proportionnellement plus, 22%, que les femmes, 9%. Les médecins ruraux sont plus

nombreux que les médecins urbains à en posséder, 31% contre 13%. Les sondes urinaires sont recommandées pour la prise en charge des rétentions aiguës d'urines, qui peuvent être à l'origine de syndrome abdominal douloureux ou d'état d'agitation. Ce n'est pas un outil indispensable de la trousse d'urgence, mais plus les médecins sont éloignés des structures d'urgence plus ils en possèdent.

Pour les outils permettant d'assurer une ventilation en urgence au patient : 30% de la population générale disposent d'un BAVU, et seulement 8% d'oxygène. Nous pouvons nous interroger sur ce faible pourcentage de possession d'un BAVU quand on sait que c'est un moyen efficace de ventilation lors d'un ACR (31). Les médecins effectuant des gardes en disposent plus que ceux n'en effectuant pas. Il n'y a pas de différence selon le lieu d'exercice.

L'oxygène est faiblement présent dans les trousse d'urgence. Il n'existe pas de réelle différence selon les critères de l'étude. Une des explications peut être le coût et l'encombrement de ce matériel. Le réapprovisionnement, et les règles de stockage ne rendent pas son utilisation aisée. Il est admissible au vu de ces contraintes, qu'un médecin n'en dispose pas. De plus, il pourra être secondé rapidement par un véhicule de pompier, qui lui en dispose, en attendant l'arrivée éventuelle du SMUR.

4.5.2.3 Les thérapeutiques cardiologiques

L'adrénaline n'est présente que dans 64% des trousse de la population générale. La tranche d'âge la plus jeune en dispose proportionnellement plus, 87%, contre 57% pour les 40 à 50 ans, et 60 pour les plus de 50 ans. Les médecins en zone rurale en disposent dans 81% des cas, alors que les médecins en ville que dans 50% des cas. Il est vrai qu'en zone éloignée des structures d'urgence, le médecin généraliste est probablement plus exposé à prendre en charge un ACR, qu'un médecin de ville où l'intervention du SMUR est plus rapide.

L'aspirine n'est présente que dans 53% des trousse d'urgence alors que c'est une thérapeutique de base dans la prise en charge de l'IDM (32, 33). Il n'y a pas de différence selon le sexe, l'âge. Les médecins ruraux en possèdent plus, 70%, que les médecins urbains, 56%. Par contre les médecins semi ruraux n'en disposent que dans 38% des cas. Ces faibles taux peuvent-ils être expliqués par l'intervention du SMUR lors de la prise en charge des pathologies coronariennes ?

Le clopidogrel est aussi faiblement représenté dans les trousse de la population générale : 26%. Il y a peu de différence selon les critères de l'étude.

L'héparine est présente dans 53% des trousse. La tranche d'âge la plus jeune en possède proportionnellement plus que les autres. Les médecins effectuant des gardes et les médecins ruraux en disposent plus également. Outre dans la prise en charge des IDM, l'héparine est recommandée dans la prise en charge des thromboses veineuses profondes. Il est possible, en ville d'attendre le diagnostic radiologique, avec des temps de transport réduit. Cela peut expliquer le taux de possession plus important en zone rurale.

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type. 147

Les anti hypertenseurs sont présents dans 65% des trousse, sans réelle différence selon les critères de l'étude.

L'atropine est présente dans 38% des trousse, avec une possession plus importante pour les médecins ruraux, 61% contre 30% pour les médecins urbains et 31% pour les semi ruraux. Il n'existe pas de différence pour les autres critères.

Les diurétiques et les dérivés nitrés sont très présents dans les trousse, respectivement 81% et 77%. Les taux sont similaires selon les critères de l'étude. Ce sont les deux thérapeutiques à visée cardiologique les plus représentées dans les trousse d'urgence.

4.5.2.4 Les thérapeutiques antalgiques

Les antalgiques de palier 1 : le paracétamol est présent dans 70% des trousse d'urgence. L'automédication est de plus en plus importante. Les médecins considèrent peut être que ce palier représente l'automédication des patients, et que par conséquent il n'est pas nécessaire d'en posséder dans la trousse d'urgence.

Les antalgiques de palier 2 : le tramadol, les AINS per os et les AINS injectables.

Le tramadol n'est présent que dans 43% des trousse. Ce faible taux de possession peut s'expliquer par ses fréquents effets indésirables : digestifs et neurologiques. Il est possible de ne pas en disposer, à condition d'avoir d'autres thérapeutiques antalgiques de même palier ou supérieur.

Concernant les AINS, la forme injectable est plus représentée, 79% que la forme per os 59%. Quels que soient le sexe, l'âge, le lieu d'exercice la forme injectable est plus représentée que la forme per os. Cela peut s'expliquer par le délai d'obtention du taux sérique maximal. En effet, pour la forme per os il est de 60 à 90 minutes, alors qu'il est plus rapide pour la forme injectable : de 20 à 30 minutes.

Les antalgiques de palier 3 : la morphine per os et injectable.

La morphine sous sa forme per os est présente dans 58% des trousse, alors que sa forme injectable n'est présente que dans 47% des trousse. La seule catégorie où la morphine injectable est plus représentée que la morphine per os est celle des médecins exerçant en zone rurale, 78% contre 64%. Cela peut s'expliquer par l'éloignement des structures d'urgence.

Les anti spasmodiques sont largement représentés dans les trousse d'urgence : 65% pour la forme per os, et 77% pour la forme injectable.

4.5.2.5 Les thérapeutiques pneumologiques

Les anti histaminiques sont présent dans 68% des trousse de la population. La tranche d'âge des plus de 50 ans en dispose proportionnellement plus : 78% contre 60% pour les 30 à 40 ans, et 57% pour les 40 à 50 ans). Les médecins ruraux en possèdent 83%, c'est-à-dire plus que ceux exerçant en ville : 57%, et ceux en semi rural : 71%.

Les bêta-2-agonistes sont largement plus présents en spray avec un taux de 77%, que sous la forme aérosol, 18%. Il faut aussi remarquer le faible taux de possession des aérosols de bromure d'ipatropium de 14%. Ces formes aérosols sont peu présentes. Cela peut s'expliquer par l'encombrement de la machine à aérosols qui doit les accompagner. De plus, nous avons vu que peu de médecins disposent d'oxygène.

4.5.2.6 Les thérapeutiques infectieuses

Les céphalosporines de troisième génération sont présentes dans 80% des trousse d'urgence. Elles sont la recommandation pour la prise en charge du purpura fulminans (36). Nous pouvons dire qu'elles sont bien représentées dans les trousse.

4.5.2.7 Les thérapeutiques psychotropes

Les benzodiazépines sont les thérapeutiques à visée psychotrope les plus représentées. La forme per os présente à 70%, est plus possédée que la forme injectable à 50%.

Les neuroleptiques ne représentent qu'une faible proportion 25% pour la forme per os, et 35 pour la forme injectable.

Cela peut s'expliquer par le fait que toutes les dernières urgences psychiatriques rencontrées par les médecins étaient représentées par des états d'anxiété.

4.5.2.8 Les thérapeutiques de perfusion

Les thérapeutiques de perfusion sont faiblement présentes dans les trousse d'urgence : 35% pour le soluté de Na Cl, 29% pour le soluté de Glucose 5%, et 5% pour le soluté de Glucose 10%. Ces chiffres concordent avec le taux de possession de sets à perfusions de 29%.

Il faut noter que les médecins exerçant en milieu rural en possèdent plus que les médecins en milieu urbain : pour le soluté de Na Cl 64% contre 21%. Nous pouvons

expliquer cela par l'éloignement des structures d'urgence et le délai plus important d'intervention.

4.5.2.9 Les autres thérapeutiques

Concernant les ampoules de Glucose à 30% : 62% des médecins en possèdent. Les médecins en exercice rural en possèdent 83%, plus que ceux exerçant en urbain 52%, et que ceux exerçant en semi rural 57%. Ces chiffres concordent avec ceux de la possession d'un lecteur de glycémie : les médecins ruraux en possédant proportionnellement plus. Le G 30% est indiqué dans la prise en charge de l'hypoglycémie (46). En ville, le SMUR intervient-il plus davantage sur les hypoglycémies qu'en rural ? Le délai d'intervention du SMUR doit être un facteur influant la possession de cette thérapeutique.

Pour les thérapeutiques symptomatiques représentées par : les anti vertigineux, les anti émétiques per os et injectables. Ce sont des thérapeutiques utiles pour les urgences de confort, ou ressenties, mais rarement pour les urgences vitales.

Les anti vertigineux sont présents dans 60% des trousse. Les médecins ruraux en possèdent davantage que les médecins urbains : 72% contre 46%.

Les anti émétiques sont plus représentés sous leur forme injectable 72%, que sous leur forme per os 52% dans la population générale. La forme injectable est plus représentée que la forme per os pour toutes les catégories de l'enquête. Cela peut s'expliquer par la facilité d'administration autre que per os lors d'épisodes de vomissements.

Les corticoïdes sont très présents dans les trousse d'urgence : 66% sous leur forme per os, et 77% sous leur forme injectable. La possession de la forme injectable est plus importante dans toutes les catégories de l'étude. Cela peut s'expliquer par son meilleur délai d'obtention du taux sérique maximal.

4.5.2.10 Les certificats

93% des médecins ont dans leur trousse des ordonnances et 81% des certificats de décès. 85% ont des tampons. Nous pouvons s'interroger sur le fait que ces taux de possession ne soit pas de 100%. En effet, la majorité des consultations médicales se terminent par la rédaction d'une ordonnance. Comment pouvoir en réaliser si l'on n'en possède pas ? Comment réaliser un certificat de décès sans avoir de certificats vierges ?

Pour le tampon, il est obligatoire d'apposer le cachet du médecin ainsi que sa signature sur un certificat de décès. Dans le cas des médecins n'ayant pas de tampons dans leur trousse, il est possible qu'ils aient préalablement tamponné leur certificat vierge.

Concernant les modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte : 63% des médecins en possèdent. Il n'est pas indispensable d'en posséder dans sa trousse, mais cela peut s'avérer utile.

4.6 Le coût d'une trousse d'urgence

Concernant le coût d'une trousse d'urgence, 47% des médecins avouent ne pas le connaître.

Les médecins n'ayant pas d'idées sur le coût de la trousse d'urgence sont-ils désintéressés par ce sujet budgétaire ? Ce dernier est-il un facteur influant la composition de leur trousse d'urgence ?

La majorité, 53%, estiment avoir une idée du coût. 7% l'évaluent à moins de 300€, 22% entre 300 et 600€, et 24% à plus de 600€.

Ont-ils tenu compte des matériels diagnostiques, de soins et thérapeutiques ? Ou ont-ils occulté le matériel diagnostique ? En effet, le matériel diagnostique est nécessaire à tous les médecins pour leurs activités quotidiennes. Le budget alloué à ce matériel n'est pas forcément exclusif à celui de la trousse d'urgence. De plus, ce sont des instruments qu'il n'est pas obligatoire de renouveler régulièrement ni annuellement.

Cette question aurait dû préciser pour quel matériel il fallait estimer le coût. Soit le matériel diagnostique, soit le matériel de soins et les thérapeutiques, soit le tout.

De plus, lors de la réalisation de la fiche type, son coût est de 1698€. Les tranches d'estimation du questionnaire sont donc loin du coût réel. En augmentant les valeurs de ces tranches, aurait-on eu des résultats différents ? Cela n'est pas évident car seulement 24% estiment le coût supérieur à 600€.

Un des commentaires libres évoquait le problème de surcoût avec notamment une faible utilisation des injectables, que le médecin jetait plus qu'il ne les utilisait. Il faut rappeler que la part de budget réservée aux thérapeutiques est de 287€, selon la fiche type. Il est vrai que dans ce budget, les tarifs des thérapeutiques ne sont pas exprimés à l'unité mais en conditionnement par boîte. On peut donc s'interroger sur les possibilités de diminution de ce poste et du gaspillage. La délivrance des thérapeutiques pour la composition de la trousse d'urgence, ne devrait-elle pas être réalisée à l'unité ? Dans le cas contraire, les médecins ne pourraient-ils pas se regrouper pour se partager les boîtes de thérapeutiques en unité ?

Nous avons précédemment vu que le financement de la trousse d'urgence était à la charge du médecin. Un commentaire libre soulevait ce problème de financement. La solution apportée consistait à allouer chaque année un budget aux médecins généralistes pour la composition d'une trousse d'urgence. Cette solution augmenterait-elle le taux de composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type. 151

possession des trousse d'urgence des médecins ? Une validation de ce budget par les autorités permettrait-elle d'aboutir à la réalisation d'une recommandation officielle sur la composition de la trousse ?

Une autre solution de financement peut être envisagée : constitution d'une trousse d'urgence type par secteur de PDS, que le médecin récupérerait avant de réaliser les gardes. Elle serait entretenue et à la charge des ARS. L'un des inconvénients de cette solution est qu'en dehors de la PDSA, les médecins devraient posséder une trousse d'urgence personnelle.

4.7 Utilité de ce travail

Lors de la première partie de l'étude : seulement 25% des médecins allaient modifier la composition de leur trousse à partir du questionnaire. 60% ne modifieraient pas leur trousse, et 15% n'avaient pas d'opinion.

Le questionnaire ne représentait pas une fiche type. Il devait être difficile de s'y référer pour une composition type.

Les médecins attendaient-ils une aide plus simplifiée sous forme d'une fiche type ? A cette question 57% y étaient favorables.

Dans la deuxième partie de l'enquête, lors de la réalisation de la fiche type : 80,6% l'ont jugées utiles et 64,3% allaient effectuer des modifications dans la composition de leur trousse d'urgence.

Les médecins généralistes du secteur 64B attendaient majoritairement une aide. Elle a été jugée utile, et va entraîner des modifications pour la majorité des médecins. Ce travail a donc été utile pour la plus grande partie des médecins contactés. Peut-être qu'une recommandation par les autorités sanitaires aurait encore plus de valeur pour les médecins ? Cette fiche peut-elle être étendue à toute la population des médecins généralistes ? A priori la réponse est oui.

5 Conclusion

Cette étude a permis d'avoir un aperçu de la composition de la trousse des médecins généralistes, installés et en activité, sur le secteur 64B Béarn et Soule. J'ai pu constater les différentes compositions selon le sexe, l'âge, la participation à un tour de garde, le mode d'exercice et la distance d'intervention du SMUR, la pratique de visites. La trousse d'urgence n'est pas standardisée.

Pourtant tout médecin généraliste est exposé aux situations d'urgence. Le champ d'exercice de la médecine générale est large. J'ai vu la variété des pathologies et leur fréquence. Pour parer à toutes les situations qu'un médecin peut rencontrer, j'ai réalisé une fiche type de composition de trousse d'urgence pour les médecins généralistes, la plus complète possible. Elle était réservée à tous les médecins généralistes sans tenir compte de critères tel que l'âge ou la distance des services d'urgence.

Los de la deuxième partie de cette étude, j'ai soumis cette fiche aux médecins généralistes qui l'ont trouvés utile à la majorité.

Des recommandations officielles aideraient les médecins généralistes. Notamment car le cadre juridique autour de la prise en charge par les médecins généralistes reste flou. La mission des MCS apportera probablement une partie de la solution pour les médecins éloignés des structures d'urgence.

Enfin, j'ai mis en évidence le problème d'entretien de la trousse d'urgence et son coût d'achat. Dans ce cadre aussi, pour les médecins éloignés du SMUR, la solution de MCS sera une solution. Mais pour les médecins généralistes exerçant en milieu urbain ou en semi rural, il faudrait préciser les différentes missions qui leur sont confiés dans les situations d'urgence. En effet, il serait dommage qu'une urgence vitale ne soit pas prise en charge de la même façon en milieu rural qu'en milieu urbain par un médecin généraliste.

6 Bibliographie

1. JAMES A, LOW MD. The doctor's bag in 1911. Canadian Medical Association or its licensors ; Janvier 2012. Volume 184. p. 100-102.
2. HIRAMANEK N, O'SHEA C, LEE C, SPEECHLY C, CAVANAGH K. What's in the doctor's bag? Australian Family Physician. Septembre 2004. Volume 33, n°9. p. 714-720.
3. AOYAGI T, MIYASAKA K. Pulse oxymetry: its invention, contribution to medicine and future tasks. Anesth Analg 2002; 94: S1-S3.
4. CERTAIN MH, GERVAIS Y, PERRIN A. Référentiel professionnel pour le médecin généraliste. Paris : Ed Osmose ; 1999. p. 64.
5. MELLONI B, SOULIE L, BONNAUD F. La trousse d'urgence. Gazette médicale de France. 1989. Volume 96, n°9. p. 27-29.
6. MENOT E. La trousse d'urgence pratique du médecin généraliste. Gazette médicale. 1994. Volume 101, n°25. p. 25-27.
7. LEPORRIER M. Le Flammarion Médical, Ed Flammarion ; 2004. p.1371.
8. GILLES-CAU V. La trousse d'urgence du médecin généraliste : Enquête auprès de 100 médecins généralistes exerçant dans les Bouches du Rhône. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université de la Méditerranée faculté de médecine de Marseille ; 2004.
9. CNGE. Prise en charge de l'urgence. Médecine Générale, Ed Elsevier Masson SAS, Paris. p. 53-57.
10. DELAY M. Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute Garonne en 2007. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Université Toulouse III Paul Sabatier ; 2007.
11. POLIKIPIS M., CLAESSENS B., MOLS P. La trousse d'urgence de généraliste doit rester simple mais efficace : mode d'emploi. Revue médicale de Bruxelles ; 2007. Volume 28, n°4. p. 232-240.
12. KALIS A., FREYSZ M. La trousse d'urgence du médecin généraliste : quel contenu pour l'urgence vitale ? La presse médicale ; 2003. Volume 32, n°30. p. 1450-1454.
13. Cahier des charges de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Aquitaine. ARS, Agence Régionale de Santé Aquitaine ; Juillet 2012.
14. Code pénal, article 223-6, alinéa 2. <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 12/12/2013).
15. Code de déontologie médicale, article 9. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
16. Code de déontologie médicale, article 32. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
17. Code de déontologie médicale, article 71. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).

18. Code de déontologie médicale, article 47. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
19. Code de déontologie médicale, article 48. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
20. Code de déontologie médicale, article 59. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
21. Code de déontologie médicale, article 77. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
22. Code de déontologie médicale, article 78. Novembre 2012. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf> (consulté le 12/12/2013).
23. Article R-6123-28 : décret n°2006-576 du 22 Mai 2006. JORF n°119 du 23 Mai 2006. p. 7531. texte n°11.
24. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente. JORFn°50 du 28 février 2007. p. 3778. texte n°59.
25. Ministère des affaires sociales et de la santé. Instructions n°DGOS/R2/2013/228. 6 juin 2013.
26. Ministère chargé de la santé, Direction générale de l'offre de soins. Médecins Correspondants SAMU, guide de déploiement. Juillet 2013.
27. GOUYON M., LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. DREES, Etudes et Résultats n°471. Mars 2006.
28. GOUYON M. Les recours aux médecins urgentistes de ville. DREES, Etudes et Résultats n°480. Mars 2006.
29. Union régionale des médecins libéraux d'Aquitaine. Commission « urgences » : la prise en charge des urgences par les médecins généralistes libéraux aquitains. Avril 1997.
30. HEIRMAN P., SEUNTJENS L., DE NAEYER P. Utilisation des médicaments en cas d'urgences. SSMG : société scientifique de médecine générale. Bruxelles. 2008.
31. SFMU. Recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge de l'arrêt cardiaque. Septembre 2006.
32. HAS. Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. Novembre 2006.
33. HAS. Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : modalités de prise en charge. Mai 2007.
34. HAS. Evaluations des pratiques professionnelles. Insuffisance cardiaque aiguë : OAP pris en charge en ambulatoire. Mai 2006.
35. SFMU. Poussées hypertensives de l'adulte : élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives. Mai 2002.
36. Société de pathologie infectieuse de langue française. Prise en charge des méningites bactériennes aiguës communautaires. Novembre 2008.

37. Ministère de la santé et des solidarités. Circulaire n°DGS/5C/2006/458. 23 octobre 2006.
http://www.infectiologie.com/site/medias/documents/officiels/meningo_circ_2006.pdf (consulté le 22/01/2014).
38. Conférence de consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). Recommandation du jury : texte court. JEUR ; 2003. Volume 16. p. 58-64.
39. CLAVIER N. Evaluation clinique et paraclinique d'un coma. SFAR, Conférence d'actualisation 1997. Ed Elsevier. p. 417-428.
40. HAS. Recommandations de bonne pratique. AVC : prise en charge précoce. Mai 2009.
41. SFMU. Prise en charge en situation d'urgence et en réanimation des états de mal épileptique de l'adulte et de l'enfant (nouveau-né exclu). Réanimation ; 2009. Volume 16. p. 4-12.
42. GENESDAL M., Angles O. Détresse respiratoire aigue de l'adulte. Service de réanimation polyvalente, CHU de Purpan. http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem4/module11/urgence/193b_detresse%20resp%20aigue_adulte.pdf (consulté le 22/01/2014).
43. PLAISANCE P. Asthme aigu grave de l'adulte. 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. Médecins. Conférences d'actualisation. 2009.
44. CALMETTES M.J., SANTIN A., RENAUD B. Prise en charge des exacerbations de BPCO. SFMU Urgences 2008. Chapitre 48. p. 481-493.
45. SFAR. Choc anaphylactique, oedème de Quincke avec détresse respiratoire. 51^{ème} congrès national d'anesthésie et de réanimation. 2009.
46. BESSEREAU J., JACQUIM L., TOESCO R., MICHELET P. Hypoglycémie. SFMU : urgences 2011. Chapitre 35. p. 367-377.
47. CUISNIER O. Laryngites aiguës de l'adulte et de l'enfant. Corpus médical faculté de médecine de Grenoble. Aout 2003. <http://www.sante.ujf.grenoble.fr/SANTE/> (consulté le 24/01/2014).
48. OMS : organisation mondiale de la santé. Traitement de la douleur cancéreuse. Genève ; 1987.
49. ANAES. Recommandations pour la pratique clinique. Evaluations et stratégies de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans. Mars 2000.
50. Code de santé publique, article R. 5132-4. <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 12/01/2014).
51. Code de santé publique, article R. 5132-31. <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 12/01/2014).
52. Code de santé publique, article R. 5122-10. <http://www.legifrance.gouv.fr> (consulté le 12/01/2014).
53. CHEYROU J.E. La trousse d'urgence de médecine générale en Haute Vienne en 2010. Thèse pour obtenir le grade de docteur en médecine. Faculté de médecine de Limoge ; 2010.
54. STAEGER P. La trousse d'urgence : comment la composer ? Revue Médicale Suisse ; 2011. Numéro 7. p. 1032-1034.

55. Bulletin Officiel des Finances Publiques-Impôts. 21/02/2014.
<http://bofip.impots.gouv.fr/bofip/4628-PGP.html?identifiant=BOI-BNC-BASE-40-60-60-20140221> (consulté le 10/03/2014).
56. RAULT J.F., LEBRETON G. La démographie médicale en région Aquitaine, situation en 2013. Ordre national des médecins, Conseil national de l'ordre. Juin 2013.
57. Ordre des médecins des Pyrénées-Atlantiques. Population des médecins généralistes dans le secteur 64B (courrier électronique). Camdeborde Guillaume. 20 Novembre 2013. Communication personnelle.
58. Caisse primaire d'assurance maladie des Pyrénées-Atlantiques. Population des médecins généralistes dans le secteur 64B (courrier électronique). Camdeborde Guillaume. 21 Novembre 2013. Communication personnelle.
59. GIRIER P., FIGON S. Trousse d'urgence en médecine générale. EMC-Médecine. Juin 2005. Volume 2, n°3. p. 301-309.
60. ROMESTAING P., LEBRETON G. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil national de l'ordre des médecins. Janvier 2013.
61. REAGJIR. Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants. Juillet 2012.
<http://www.regjih.com/uploads/cotation%20actes.pdf> (consulté le 05/12/2013).

SUITE AU CABINET

	Le jour	En garde régulée			En garde non régulée (par ex. en MMG)			
		Dimanche, Samedi après-midi, jour férié	Nuit 20h - 24h et 6h - 8h	Nuit 24h - 6h	Dimanche, Samedi après-midi, jour férié	Nuit 20h - 24h et 6h - 8h	Nuit 24h - 6h	
Contention souple articulation membre sup.	MZMP001 M	58,23 €	84,73 €	100,73 €	109,73 €	77,29 €	93,23 €	98,23 €
Contention souple articulation cheville ou pied	NGMP001 M	47,78 €	74,28 €	90,28 €	99,28 €	66,64 €	82,78 €	87,78 €

EN VISITE

Acte	Le jour			En garde régulée (MD non cumulable)			En garde non régulée (par ex. en MMG)		
	Lettre clé	Majoration ou acte CCAM	Montant total	Dimanche, Samedi après-midi, jour férié	Nuit 20h - 24h et 6h - 8h	Nuit 24h - 6h	Dimanche, Samedi après-midi, jour férié	Nuit 20h - 24h et 6h - 8h	Nuit 24h - 6h
Visite à domicile justifiée	VS	MD	33,00 €	53,00 €	69,00 €	78,00 €	45,60 €	61,50 €	66,50 €
Visite <u>en urgence</u> (obligeant de quitter les consultations)	VS	MU	45,60 €	uniquement en journée					
Visite à domicile <u>non justifiée</u>	VS	DE	33 € ou +	uniquement en journée - dépassement à l'appréciation du médecin					
Visite à domicile d'un enfant de 0 à 25 mois inclus	VS	MD	MNO 38,00 €	58,00 €	74,00 €	83,00 €	50,60 €	66,50 €	71,50 €
Visite à domicile <u>en urgence</u> d'un enfant de 0 à 25 mois inclus	VS	MU	MNO 50,80 €	uniquement en journée					
Visite à domicile d'un enfant de 26 mois au 6ème anniversaire	VS	MD	MGE 36,00 €	56,00 €	72,00 €	81,00 €	48,60 €	64,50 €	69,50 €
Visite à domicile <u>en urgence</u> d'un enfant de 26 mois au 6ème anniversaire	VS	MU	MGE 48,60 €	uniquement en journée					
Visite à domicile pour coordination avec les aidants dans les déménagements	VL	MD	56,00 €	une seule fois par an et uniquement en journée					
Acte d'urgence/ réanimation en visite		YYYY010 ID = 3,50	51,50 €	78,00 €	94,00 €	103,00 €	70,60 €	86,50 €	91,50 €
Acte d'urgence/ réanimation en visite pendant les consultations		YYYY010 MU	70,60 €	uniquement en journée					
Visite +ECG	VS	MD	DEQP003 YYYY490	76,12 €	92,12 €	101,12 €	68,72 €	84,82 €	89,82 €
Visite +ECG en urgence pendant les consultations	VS	MU (0 si garde)	DEQP003 YYYY490	uniquement en journée					
ECG et acte d'urgence/ réanimation en visite		YYYY010 DEQP003 YYYY490 ID = 3,50	67,86 €	94,36 €	110,36 €	119,36 €	86,96 €	102,86 €	107,86 €
Parage / suture plaie superficielle < 3cm (hors face) en visite d'urgence pdt consultations/en garde		QZJA002 MU	46,19 €	53,59 €	69,59 €	78,59 €	46,19 €	62,09 €	67,09 €
Parage / suture plaie superficielle 3-10 cm (hors face) en visite d'urgence pdt consultations/en garde		QZJA017 MU	61,39 €	68,79 €	84,79 €	93,79 €	61,39 €	77,29 €	82,39 €
Suture plaie de <u>sourcil</u> en visite d'urgence pendant les consultations/en garde		BACA008 MU	48,24 €	55,64 €	71,64 €	80,64 €	48,24 €	64,14 €	69,14 €
Parage / suture de plaie superficielle de la face < 3 cm d'urgence pdt les consultations/en garde		QAJA013 MU	48,24 €	55,64 €	71,64 €	80,64 €	48,24 €	64,14 €	69,14 €
Parage / suture de plaie superficielle de la face 3-10 cm d'urgence pendant les consultations/en garde		QAJA005 MU	78,94 €	85,34 €	102,34 €	111,34 €	78,94 €	94,84 €	99,84 €

• **Calcul de l'IK (l'indemnité kilométrique) :**

d = distance entre le cabinet et le patient : en plaine = (d-2)x2x0,61 en montagne = (d-1)x2x0,91

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Plaine	0	1,22	2,44	3,66	4,88	6,1	7,32	8,54	9,76	10,98	12,2	13,42	14,64	15,86	17,08	18,3	19,52	20,74	21,96
Montagne	1,82	3,64	5,46	7,28	9,1	10,92	12,74	14,56	16,38	18,2	20,02	21,84	23,66	25,48	27,3	29,12	30,94	32,76	34,58



ANNEXE 2 : Secteurs de garde sur le territoire PDS SAMU 64B Béarn et Soule. (13)



N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
1	Arudy-Laruns	1	ARUDY BESCAT BUZY CASTET IZESTE LOUVIE-JUZON LYS REBENACQ SAINTE-COLOME SEVIGNACQ-MEYRACQ ASTE-BEON BEOST BIELLE BILLHERES EAUX-BONNES GERE-RELESTEN LARUNS LOUVIE-SOUBIRON		Tous les jours de 20h à 08h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
2	Accous Oloron sainte Marie	1	ACCOUS AYDIUS BEDOUS BORCE CETTE-XYGUN ESCOT ETSNAUT LEES-ATHAS LESCUN OSSE-EN-ASPE SARRANCE URDOS AGNOS AREN ASASP-ARROS BIDOS BUZET CARDESSE ESCOU ESCOUT		Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
	Accous Oloron sainte Marie (suite)		ESQUIJULE ESTOS EYSUS GERONCE GEUS-D OLRON GOES GURMENCON HERRERE LEDEUX LURBE-SAINT-CHRISTAU MOUMOUR OGEU-LES-BAINS OLORON-SAINT-MARIE OKIN POEY-D OLRON PRECILHON SAINT-GOIN SAUCEDE VERDETS			
3	Arthez de Béarn - Orthez	1	ARGAGNON ARNOS ARTHEZ-DE-BEARN CASTEIDE-CANDAU CASTILLON(CANTON D ARTHEZ-DE-BEARN) DOAZON HAGETAUBIN LABEYRIE LACADEE MESPLEDE SAINT-MEDARD SAULT-DE-NAVAILLES URDES BAIGTS-DE-BEARN BALANSUN BIRON BONNJUT CASTETIS CASTETNER	CH Orthez	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPECIFIQUES D'EFFECTION
	Arthez de Béarn - Orthez (suite)		LAA-MONDRANS LANNEPLAA LOUBIENG MASLACQ ORTHEZ OZENX-MONTESTRUICQ RAMOUS SAINT-BOES SAINT-GIRONS SALLES-MONGISCARD SALLESPISSIE SARPOURENX			
4	Artix - Monein - Mourenx	1	ABIDOS ABOS ARTIX BESINGRAND BOUMOURT CASTEIDE-CAMI CESCAU CUQUERON LABASTIDE-CEZERACQ LABASTIDE-MONREJEAU LACQ LAGOR LAHOURCADE MONEIN MONT MURENIX NOGIERES OS-MARSTILLON PARBAYSE PARDIES SAUVELADE SERRES-SAINTE-MARIE TARSACQ VIELLENAVE-D'ARTHEZ VIELLESEGURE	CH Pau Clinique Marzet Pau CH Orthez	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
5	Arzacq-Thèse	1	ARGELOS ARZACQ-ARRAZTIGUET ASTIS AUBIN AUGA BOUTILLON BOURNOS CABIDOS COUBLUCQ DOUMY FICHOUS-RIUMAYOU GARLEDE-MONDEBAT GAROS GEUS-D ARZACQ LARREULE LENE LONGON LOUVIGNY MALAUSSANNE MERACQ MIALOS MONTAGUT MORLANNE PIETS-PLASENCE-MOUSTROU POMPS POULIACQ POURSTIGUES-BOUCOUE SEBY THEZE UZAN VIGNES VIVEN	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
6	Lembeye	1	ANOYE ARRICAU-BORDES ARROSES AURLONS-IDERNES BALEIX BASSILLON-VAUZE BEDEILLE BERTAYOU-SEREE BETRACQ CADILLON CASTEIDE-DOAT CASTERA-LOUBIX CASTILLON(CANTON DE LEMBEYE) CORBERE-ABERES COSLEDAA-LUBE-BOAST CROUSEILLES ESCURES GAYON GERDEREST LABATUT LALONGUE LAMAYOU LANNECAUBE LASSERRE LEMBEYE LESPIELLE LUC-ARMAU LUCARRE LUSSAGNET-LUSSON MASPIE-LALONGUERE-JULLIACQ MAURE MOMY MONASSUT-AUDIRACQ MONCAUP MONPEZAT PEYRELONGUE-ABOS SAMSONS-LION SEDZE-MAJUBECQ	CH Pau Clinique Mirzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
	Lembeye (suite)		SEMEACQ-BLACHON SIMACOURBE			
7	Garlin	1	AUBOUS AURIAC AYDIE BALIRACQ-MALMUSSON BOUEILH-BOUEILHO-LASQUE BUROSSE-MENDOUSSE CARRERE CASTETPUGON CLARACQ CONCHEZ-DE-BEARN DIUSSE GARLIN LALONQUETTE LASCLAVERIES MASCARAAS-HARON MIOSSENS-LANUSSE MONCLA MONT-DISSE MOUHOUIS PORTET RIBARROUY SAINT-JEAN-POUDGE SEVIGNACQ TADOUSSE-USSAU TARON-SADRAC-VIELLENAVE VJALER	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPECIFIQUES D'EFFECTION
8	Ger Pontacq Soumoulou	1	AAS ARTIGUELOUTAN BARZUN ESPOEY GER GOMER HOURS LABATMALE LIMENDOUS LIVRON LOURENTIES LUCGARIER MONSEGUR NOUSTY PONTACQ SOUMOULOU	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
9	Lescar	1	ARBUS ARTIGUELOUVE AUSSEVIELLE BEYRIE-EN-BEARN BOUGARBER DENGUIN LAROIN LESCAR MAZEROLLES POEY-DE-LESCAR SIROS	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
10	Gan Lasseube	1	AUBERTIN BOSDARROS ESTIALESCQ GAN LACOMMANDE LASSEUBE LASSEUBETAT SAINT-FAUST	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
11	Aramits Tardets Sorholus	1	ALCAY-ALCABEHETY-SUNHARETTE ALLOS-SIBAS-ABENSE ANICE ARAMITS ARETTE BARCUS CAMOU-CIHIGUE ETCHEBAR FEAS HAUX ISSOR LACARRY-ARHAN-CHARRITTE-DE-HAUT LAGUNGE-RESTOUE LAINNE-EN-BARETOUS LARRAU LICHANS-SUNHAR LICO-ATHEREY LOURDIOS-ICHERE MONTORY OSSAS-SUHARE SAINTE-ENGRAVE SAUGUIS-SAINT-ETIENNE TARDETS-SORHOLUS TROIS-VILLES		Tous les jours de 20h à 08h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
12	Mauléon Licharre	1	AINHARP ARRAST-LARREBIEU AUSSURUCQ BERROGAIN-LARUNS CHARRITTE-DE-BAS CHERAUTE ESPES-UNDOUREIN GARINDEIN GOTTEIN-LIBARENX L HOPITAL-SAINT-BLAISE IDAUX-MENDY MAULEON-LICHARRE MENDITTE MONCAYOLLE-LARRORY-MENDIBIEU		Tous les jours de 20h à 08h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
	Mauléon Licharre (suite)		MUSCULDY ORDIARP ROQUIAGUE VITODOS-ABENSE-DE-BAS			
13	Morlaas	1	ABERE ANDOINS ANDS ARRIEN BARINQUE BERNADETS BUROS ESCOUBES ESLOURENTIES-DABAN ESPECHEDÉ GABASTON HITGUERES-SOULYE LESPOURCY LOMBIA MAUCOR MORLAAS QUILLON RIUPEYRONS SAINT-JAMMES SAINT-LAURENT-BRETAGNE SAUBOLE SEDZERE SENDETS SERRES-MORLAAS UROST	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
14	Navarrenx	1	ANGOUS ARAUJON ARAUX AUBAUX BASTANES BUGNEIN CASTETBON	CH Oloron Sainte Marie CH Orthez	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
	Navarrenx (suite)		CASTETNAU-CAMBLONG CHARRE DOGNEN GUIRS JASSES LAY-LAMIDOU LUCQ-DE-BEARN MERITEIN NAVARRENX OGENNE-CAMPTORT OSSENX PRECHACQ-IOSSAIG PRECHACQ-NAVARRENX SUS SUSMIOU VIELLENAVE-DE-NAVARRENX		fériés et jours de pont de 8h à 20h	
15	Sauveterre-de-Béarn	1	ABITAIN ANDREIN ATHOS-ASPIIS AUTEVIELLE-SAINT-MARTIN-BIDEREN BARRAUTE-CAMU BURGARONNE ESPIUTE GESTIAS GUJNARTHE-PARENTIES LAAS LICHOS MONTFORT NABAS NARP ORAMS ORION ORRIULE RIVEHAUTE SAINT-GLADIE-ARRIVE-MUNEIN SAUVETERRE-DE-BEARN TABAILLE-USQUAIN	Clinique Sokorri Saint Palais CH Orthez	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
16	Nay est ouest Soulor	1	ANGAIS ARROS-DE-NAY ARTHEZ-D'ASSON ASSON BALIROS BAUDREIX BENEJACQ BEUSTE BOEIL-BEZING BORDERES BORDES BOURDETTES BRUGES-CAPBIS-MITFAGET COARRAZE HAUT-DE-BOSDARROS IGON LAGOS LESTELLE-BETHARRAM MIREPEIX MONTAUT NAY PARDIES-PIETAT SAINT-ABIT SAINT-VINCENT ARESSY ASSAT BIZANOS GELOS IDRON LEE MAZERES-LEZONS MEILLON MARCATET OUSSE RONTIGNON UZOS	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
17	Pau sud et Ouest	1		CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

N° SECTEUR	INTITULÉ SECTEUR	NOMBRE EFFECTEURS	COMMUNES RATTACHÉES	STRUCTURES URGENCES RECOURS NUIT PROFONDE	HORAIRES D'INTERVENTION	INDEMNITÉS SPÉCIFIQUES D'EFFECTION
18	Pau Nord	1	CAUBIOS-LOOS MOMAS MONTARDON NAVAILLES-ANGOS SAINT-ARMOU SAINT-CASTIN SAUVAGNON SERRES-CASTET UZEIN BILLERE JURANCON LONS PAU	CH Pau Clinique Marzet Pau	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h Tous les jours de 20h à 08h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON
19	Pau	1	AUTERRIVE BELLOCO BERENX CARRESSE-CASSABER CASTAGNEDE ESCOS L. HOPITAL-D ORION LABASTIDE-VILLEFRANCHE LAHONTAN LEREN PUYOO SAINT-DOS SAINT-PE-DE-LEREN SALIES-DE-BEARN	CH Orthez	Tous les jours de 20h à 24h Samedis après midi de 12h à 20h Dimanches, jours fériés et jours de pont de 8h à 20h	NON

ANNEXE N°3 : Liste de matériel et de médicaments proposée par la SFMU pour le MCS (liste non exhaustive). (26)

Matériel de base
Stéthoscope Tensiomètre Ciseaux Lampe
Appareil ECG / Scope avec possibilité de télétransmission de l'ECG Saturomètre Appareil de mesure de la glycémie capillaire
Matériel abord vasculaire périphérique Matériel pose de voie Intra osseuse adulte et pédiatrique
Ventilation : Insufflateur (BAVU) + poche réservoir Masques oxygénothérapie Masques nébulisation
Protection des Voies Aériennes Canules de Guedel
Matériel Pansements Sutures Hémostase Compresse Pansement hémostatique d'urgence type CHUT Antiseptiques Agrafes Plateau suture à usage unique Fil suture Sparadrap
Divers : Sac poubelle DASRI Gants à usage unique Gants stériles Fiches d'intervention suicide Protocoles validés par le réseau

Médicaments de Base
Analgésie Antalgique palier I Antalgique palier 3 type morphine
Cardio Vasculaire Antiagrégants plaquettaires dont aspirine Anti coagulant type Héparine bas poids moléculaire Antihypertenseur injectable Anti arythmique (Amiodarone, Diltiazem, Krenosin, Lidocaïne) Adrénaline injectable IV Atropine Dérivés nitrés (Sub lingual, injectable) Diurétiques type Furosémide
Accouchement Syntocinon Clamp de Barr
Pneumo / Allergie Ventoline spray Salbutamol nébulisation Ipratropium (adulte et pédiatrique) Salbutamol Corticoïdes type solumedrol Antihistaminiques Kit adrénaline auto injectable
Antidotes Naloxone Flumazénil
Sédation Hypnotique type Midazolam Anticonvulsivant Type Diazepam + canule intra-rectale Sédation agité Loxapine
Antibiotiques Céphalosporine 3 ^{ème} génération type Ceftriazone Amoxicilline / Acide clavulanique
Solutés Sérum physiologique Hydroxy Ethyl Amidon
Divers Glucosé 30% Eau pour préparation injectable

ANNEXE N°4: Un exemple de contrat fonctionnel « médecin – établissement de santé siège du SAMU ». (26)

Vu le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ;

Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;

Vu la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

Vu l'instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS)

Il est convenu entre :

D'une part :

Le centre hospitalier.....

D'autre part :

Le docteur....., désigné ci-après comme le « médecin correspondant du SAMU ».

Article 1 | Objet

Le médecin correspondant du service d'aide médicale urgente (MCS) est un médecin volontaire pour assurer, sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15, au sein du territoire identifié par l'agence régionale de santé et hors du centre hospitalier de, la prise en charge pré hospitalière des urgences évaluées comme avérées par la régulation médicale requérant une prise en charge médicale et de réanimation.

La reconnaissance de la qualité de médecin correspondant du SAMU (MCS) est subordonnée à l'accomplissement d'une formation spécifique reconnue par le SAMU-Centre 15 comme permettant de remplir les fonctions de correspondant du SAMU. Le présent contrat a pour objet de préciser les modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU, lors de la prise en charge des urgences pré hospitalières, ainsi que les modalités de sa formation. Il s'agit d'un engagement fonctionnel uniquement.

Article 2 | Statuts

Cadre d'exercice des fonctions de MCS choisi par le médecin.

Au choix : activité libérale / salariée / hospitalière / contrat d'admission des ML / contrat de praticien attaché

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une
trousse type. 174

Article 3 | Modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU

Intervention du MCS régulée par le SAMU-Centre 15 :

- SAMU-Centre 15 déclenche et adapte les moyens nécessaires à l'intervention
- Moyens de communication mobilisés pour assurer un lien continu MCS/SAMU
- Organisation de la continuité de la réponse (liste de MCS disponibles ? etc.)
- Moyens / outils mis en place pour contacter le MCS.
- Le MCS s'engage à respecter les procédures auxquelles il a été formé, présentées lors des formations.

Article 4 - Suivi de l'intervention du MCS

- Mise en place de fiches de suivi ?
- Modalités d'évaluation du dispositif ?

Article 5 | Rémunération des interventions du médecin correspondant du SAMU

Article non obligatoire dans le contrat « socle » MCS/SAMU.

Il varie selon le mode d'exercice choisi par le médecin pour exercer les fonctions de MCS, l'organisation mise en place et le dispositif de financement des MCS apprécié par l'ARS en fonction des besoins du territoire.

Article 6 | Modalités de formation du médecin correspondant du SAMU

Le médecin correspondant du SAMU est formé à la médecine d'urgence. Il s'engage à participer aux séances de formation organisées par Elle est organisée de la manière suivante Cette formation est destinée à Elle comporte :

- nombre prévu de jour de formation initiale : modalités d'organisation, de prise en charge, *etc.*
- nombre prévu de jour de formation continue : modalités d'organisation, de prise en charge, *etc.*

Prévoir la mise en situation, « stage » SAMU/SMUR...

Article 7 | Mise à disposition de médicaments, de dispositifs médicaux et de fournitures médicales

- Contenu du sac.
- Matériel et médicaments fournis par le SAMU-Centre 15 dans telles conditions.
- Règles en matière d'entretien et de traçabilité.
- Lieu de stockage - Etc.

Article 8 | Responsabilités et assurances

Dans le cadre de ses fonctions de correspondant du Samu, la responsabilité du centre hospitalier s'étend au professionnel. En pratique l'assurance de l'établissement prend en charge :

Le contrat d'assurance est annexé au présent contrat.

Le MCS informe son assureur qu'il participe à l'aide médicale urgente dans le cadre du dispositif des MCS.

Article 9 | Durée du contrat

Le présent contrat est établi pour une durée de an(s), renouvelable par tacite reconduction.

Article 10 | Modalités de résiliation

Le présent contrat peut être résilié, par dénonciation de l'une ou l'autre des parties, après un préavis de ... mois, par lettre recommandée avec accusé de réception. En cas de manquements graves et réitérés d'un médecin aux engagements pris dans le présent contrat, le directeur du centre hospitalier de, après un avertissement oral puis un avertissement écrit, procède à la résiliation du contrat entre le médecin et le centre hospitalier de

Fait à en..... exemplaires, Le

ANNEXE N°5 : Liste des médecins du secteur 64B comprenant leur lieu d'exercice et leur adresse mail. (51)

NOM	PRENOM	CP	VILLE
ABRIJ	Ahmed	64450	THEZE
ADER CASEDEVANT	Isabelle	64000	PAU
AGUILLON	Sandrine	64140	BILLERE
ALBERNY	Gérard	64140	LONS
ALBERT	Sophie	64000	PAU
ALLAIRE BOURGNEUF	Fleur	64110	JURANCON
AMEIL DUGUE	Pascale	64320	BIZANOS
AMIELL	Serge	64530	PONTACQ
ARCHIMBAUD	Alain	64140	LONS
ARNAUD	Alain	64000	PAU
ASSADA	Odile	64230	POEY DE LESCAR
ATTIA	Gérard	64000	PAU
AURIOL	Michel	64160	MORLAAS
BALADON	Sylvie	64140	BILLERE
BALASQUE	Marie Christine	64150	MOURENX
BARBE	Frédéric	64360	LUCQ DE BEARN
BARNETT	Jean	64400	OLORON SAINTE MARIE
BARTHE	Pierre Charles	64440	EAUX BONNES
BARUCQ	François	64300	ORTHEZ
BASSALER	Laurent	64360	MONEIN
BAYLE	Philippe	64121	SERRES CASTET
BAYROU	Genet- Constant	64000	PAU
BEAUMONT	Michel	64000	PAU
BEIZDADEA	Simona	64270	CARRESSE CASSABER
BELLE	Jean Marie	64000	PAU
BELLOCQ- SALARDAINE	Pascale	64320	OUSSE
BENCHEIKH	Rachid	64150	MOURENX
BERCHON	Jean Marie	64800	NAY
BERDOU	André Hubert	64440	LARUNS
BERGER	Françoise	64290	GAN
BERGIANTI DATTILO	Elisabetta	64530	GER

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une 177
trousse type.

BERMEILLY	Fabrice	64290	GAN
BEROUD	Stéphane	64000	PAU
BERRA	Pascale	64400	OLORON SAINTE MARIE
BERTIN	Michel	64140	BILLERE
BESSIERE	Olivier	64140	BILLERE
BIDAU BATGUZERE	Karine	64510	BORDES
BIGOU	Pierre	64121	MONTARDON
BIJON	Monique	64360	MONEIN
BONE ROBLES	Cathy	64230	POEY DE LESCAR
BONNASSIOLLE	Pierre	64800	NAY
BONNEMAIZON	Jean Michel	64140	BILLERE
BORDACARRE	Bruno	64000	PAU
BORDENAVE	Jean Pierre	64410	ARZACQ ARRAZIGUET
BORDERE ANDREOU	Elodie	64230	POEY DE LESCAR
BORDES	Charles	64000	PAU
BOUBARNE	Alice	64270	PUYOO
BOUDASSOU LADAGNOUS	Maryse	64000	PAU
BOULY	Alain	64140	BILLERE
BOUMPOUTOU	Rufin	64320	IDRON
BOUTET	Patricia	64000	PAU
BOUYGARD	Jean Louis	64160	SAINT CASTIN
BOYE	Philippe	64570	ARETTE
BRANA	Jean René	64330	GARLIN
BRANDALISE	Pierre	64000	PAU
BRAUD	Michel	64000	PAU
BREUIL	Jérôme	64320	BIZANOS
BRIOL	Francis	64440	LARUNS
BROCHARD	Fabrice	64000	PAU
BURON	Pierre	64490	BEDOUS
CABROL	Pierre	64130	MAULEON SOULE
CADIX	Claire	64530	GER
CAFFRAY	Gérard	64270	SALIES DE BEARN
CAILLAT	Philippe	64510	BORDES
CAIRON	Sylvie	64000	PAU
CAMBORDE BERCHON	Maryse	64800	LESTELLE BETHARRAM
CAMDEBORDE	Béatrice	64000	PAU
CAMDEBORDE	Jean Marc	64000	PAU
CAMI-CHAMBAUD	Marie Josée	64140	LONS

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une 178 trousse type.

CANTIN	Sophie	64160	MORLAAS
CAPET	Didier	64410	ARZACQ ARRAZIGUET
CARASSUS	Jean Marc	64000	PAU
CARRERA	Régis	64000	PAU
CARRICABER	Julien	64270	SALIES DE BEARN
CARTA	Patrice	64800	COARRAZE
CASALTA	Paul	64000	PAU
CASEDEVANT	Pierre	64000	PAU
CASENAVE	Christian	64400	OLORON SAINTE MARIE
CASSAGNE	Philippe	64290	GAN
CASTILLON	René	64800	NAY
CATANZARO	Yves	64150	MOURENX
CATOIRE	Gaëlle	64800	NAY
CAZAL	Laurent	64110	JURANCON
CAZALE-RICHIER	Marie Anne	64000	PAU
CAZE	Nicole	64800	BENEJACQ
CAZENAVE	Pierre	64290	LASSEUBE
CESSAC	Eva	64290	GAN
CHARPENTIER	Michel	64300	ORTHEZ
CHEVALIER	Michel	64320	OUSSE
CIBLAC	Nicolas	64170	ARTIX
CLAVERIE	Jean François	64160	MORLAAS
CLAVERIE	René	64230	LESCAR
CLEDE	Philippe	64000	PAU
COCHAUD	Bernard	64000	PAU
COLLIN	Dominique	64000	PAU
COMBY	Etienne	64160	MORLAAS
CONNIL	Michel	64110	JURANCON
CONQUEDO	Patrice	64160	MORLAAS
CORVEST	Vonick	64320	BIZANOS
CORVEST	Gaël	64320	BIZANOS
COSTE	Christophe	64000	PAU
COSTE	Rémy	64470	TARDETS SORHOLUS
COSTEDOAT	Danièle	64110	JURANCON
COSTEDOAT	Fabienne	64370	ARTHEZ DE BEARN
COUDERC	Nathalie	64000	PAU
COUGNENC	Christian	64000	PAU
COURREGES	Jean Jacques	64110	JURANCON
COZETTE	Patrick	64160	BUROS

CRAUSTE	Alain	64420	SOUMOULOU
CRETAL	Philippe	64800	ASSON
DARGIER DE SAINT VAULRY	Christine	64320	IDRON
DARMAILLAC	Rachel	64260	ARUDY
DARNAUDERY	Pierre	64350	LEMBEYE
DASTE	Elisabeth	64000	PAU
DASTE	Pierre	64000	PAU
DAYRAUT	Jean	64230	SAUVAGNON
DE GAYE	Christian	64130	MAULEON SOULE
DEBAIG	Jean Claude	64190	SUSMIOU
DEBELHOIR	Mathieu	64110	JURANCON
DECEVRE	Laurent	64 440	EAX BONNES
DEGUILHEM	Jacques Alain	64000	PAU
DELAUNAY	Jean Pierre	64800	NAY
DELUGA	Jean Louis	64121	SERRES CASTET
DESBREST	Yves	64160	MORLAAS
DESJOUIS	Marie Agnes	64000	PAU
DESMOULINS	Pierrette	64000	PAU
DESSALES QUENTIN	Pascal	64300	ORTHEZ
DEYRIES	Jean François	64000	PAU
DOBRZELEWSKI	Bernard	64150	MOURENX
DOLIE	Michel	64121	SERRES CASTET
DORLHIAC	Bénédicte	64320	BIZANOS
DORLHIAC	Jean Pierre	64320	BIZANOS
DORNON	Xavier	64400	OLORON SAINTE MARIE
DOURNET	Valérie	64320	IDRON
DUBEDOUT	Bruno	64290	GAN
DUBRANA	Eric	64230	SAUVAGNON
DUCOS	Delphine	64800	BENEJACQ
DUFOUR	Christine	64440	LARUNS
DUFOURCQ	Corinne	64140	BILLERE
DUISIT	Lionel	64800	MONTAUT
DUMOULIN	Alain	64160	MORLAAS
DUPOUY	Luc	64190	SUSMIOU
DUPOUY	Jean	64410	ARZACQ ARRAZIGUET
DUPUY	Jean-Pierre	64420	SOUMOULOU
DUSART	Olivia	64230	SAUVAGNON
DUTHILLEUL	Gregory	64230	MAZEROLLES
DUTOYA	Thierry	64000	PAU

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une 180 trousse type.

DUVIAU	Jean Pierre	64800	NAY
ENJALBERT	Olivier	64000	PAU
ESOAIN	Bertrand	64150	LAGOR
ETCHEBAR	Frédéric	64130	MAULEON SOULE
ETCHEBAR	Françoise	64000	PAU
ETCHEBEST	Jean	64350	LEMBEYE
FABRE	Annie Claude	64000	PAU
FASSY	Michel	64800	NAY
FAUCIE	Philippe	64260	ARUDY
FAUCIE	Alain	64260	ARUDY
FEITOR	Stéphanie	64510	ASSAT
FERNANDEZ	Alberto	64260	ARUDY
FERNANDEZ	Jean Marc	64230	LESCAR
FLEURISSON	Joël	64290	LASSEUBE
FOLIN	Marie Claude	64800	NAY
FOUCAULT	Philippe	64000	PAU
FOULON	Gérard	64150	LAGOR
FRADET	Corinne	64230	LESCAR
FRANCKE	Philippe	64400	OLORON SAINTE MARIE
FROMAGER	Léone	64170	ARTIX
FROMAGET	Catherine	64160	MORLAAS
FUMEAU	Jean Marie	64260	ARUDY
GABE	Geneviève	64400	OLORON SAINTE MARIE
GAILLARD	Jean Claude	64130	MAULEON SOULE
GANNE	Patricia	64450	NAVAILLES ANGOS
GASSIE	Pierre	64800	NAY
GATAULT	Florent	64000	PAU
GAULTIER	Pierre	64800	BENEJACQ
GAUTHIER	Bruno	64000	PAU
GAZEL	Jean	64260	ARUDY
GEGU	Yann	64190	RIVEHAUTE
GEMIN	Alain	64140	BILLERE
GENY	François	64000	PAU
GEORGET	Dominique	64140	BILLERE
GLAVAN	Simona	64490	BEDOUS
GOMER	Jean Pierre	64320	BIZANOS
GOUGNE	François	64130	MAULEON SOULE
GUEDJ	Jérôme	64400	OLORON SAINTE MARIE
GUILLERM	Isabelle	64300	ORTHEZ

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une 181
trousse type.

GUIRESSE	Maïaita	64140	BILLERE
GUIRESSE	Pierre	64130	MAULEON SOULE
GUITARD	Marion	64121	SERRES CASTET
GUTH	Arielle	64000	PAU
HADJ	Nordine	64400	OLORON SAINTE MARIE
HAMTAT	Kamel	64121	SERRES CASTET
HAMZA	Marius Augustin	64390	SAUVETERRE DE BEARN
HARGUINDEGUY GARAT	Christine	64570	ARETTE
HARMANT	Sylvie	64000	PAU
HOPPE	Patrice	64000	PAU
HOSTYN	Nicolas	64140	BILLERE
HUNAUT	Nicolas	64000	PAU
IRIART	Jean Louis	64300	ORTHEZ
ISCH	Jean François	64170	ARTIX
JAMBON	Isabelle	64000	PAU
JASICKI	Christophe	64800	BENEJACQ
JAUREGUIBERRY	Jean-Pierre	64570	ARETTE
JEMET-DEFOIS	Janine	64800	COARRAZE
JOBERT	Romain	64110	MAZERES LEZONS
JOUHET	Christophe	64800	COARRAZE
JOUSSEIN REMACLE	Sophie	Exerçait auparavant en cabinet (d'avril à juin 2011)	ASSAT
JUGE-BOULOGNE	Agnès	64000	PAU
JUSTES	Nathalie	64320	IDRON
KERLOC'H	Carl	64140	BILLERE
KIELAR	Sébastien	64160	MORLAAS
LABARRERE	Robert	64350	LEMBEYE
LABORDE	Hervé	64000	PAU
LACLAU	Philippe	64000	PAU
LACOSTE	Olivier	64370	ARTHEZ DE BEARN
LACOSTE	Jean	64000	PAU
LACOSTE LABRIT	Philippe	64230	DENGUIN
LAFARGUE	Janine	64260	ARUDY
LAFONT	Marc	64300	ORTHEZ
LAFOURCADE	Marie Thérèse	64110	LAROIN
LAFOURCADE	Robert	64110	JURANCON
LAFOURESSE	Bernard	64270	SALIES DE BEARN
LAGEYRE	Philippe	64000	PAU
LAGNOUS	Daniel	64420	SOUMOULOU

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une 182 trousse type.

LAGNOUS	Jean	64420	SOUMOULOU
LAGUNA	Françoise	64230	DENGUIN
LAITSELART	Mireille	64000	PAU
LALANNE MAGNE	Philippe	64800	COARRAZE
LAMAZOU-BETBEDER	Christine	64160	MORLAAS
LANGLE-ANDREU	Christine	64400	OLORON SAINTE MARIE
LANVIER	Estelle	64800	MONTAUT
LAPORTE DAUBE	Paul	64300	ORTHEZ
LARIVIERE	Thierry	64190	SUSMIOU
LARRALDE	Olivier	64400	OLORON SAINTE MARIE
LARREGLE	Jérôme	64130	MAULEON SOULE
LARREGLE	Xavier	64110	GELOS
LARRIBAU	Paul	64000	PAU
LARTIGUE LAUTANT	Isabelle	64160	MORLAAS
LASFAR	Aziz	64400	OLORON SAINTE MARIE
LASSALLE	Pierre	64000	PAU
LASSAUBE	André	64300	MASLACQ
LASSU GILLET	Agnès	64360	MONEIN
LATOURE	Pierre	64330	GARLIN
LAVIGNE	Jean Philippe	64400	OLORON SAINTE MARIE
LAVIGNE	Marie Catherine	64270	PUYOO
MARCHAND LE BLEIS	Marine	64121	SERRES CASTET
LE BLEÏS	Renaud	64800	NAY
LE BORGNE	Christophe	64000	PAU
LE JOUAN-GAILLAC	Béatrice	64000	PAU
LE NOUAILLE	Yves	64150	LAGOR
LEBOUTEILLER	Emmanuelle	64360	MONEIN
LECOCQ	Marie Christine	64121	SERRES CASTET
LECOMTE	Serge	64230	LESCAR
LEFRANCOIS	Valérie	64150	MOURENX
LEMASSON	Arnaud	64400	OLORON SAINTE MARIE
LENFANT	Patrice	64230	ARBUS
LERNOUT	Patrick	64530	PONTACQ
LESAQUE	Serge	64190	NAVARENX

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type. 183

LESCOS	Xavier	64130	MAULEON SOULE
LEUGER	Jean Claude	64000	PAU
LEVY-CASSOU	Bernard	64000	PAU
LIBERSAC	Hervé	64000	PAU
LOISEAU	Sylvain	64230	LESCAR
LOISEAU	Thierry	64320	BIZANOS
LONGHI	Régis	64000	PAU
LOUET	Christophe	64000	PAU
LUCANTE	Michel	64800	COARRAZE
MAGNET	Philippe	64000	PAU
MAGOT	Elisabeth	64000	PAU
MAGOT	Laurent	64140	LONS
MAILHAC	Christophe	64400	GEUS D OLORON
MAINHAGU	Henri	64000	PAU
MALVEZIN	Hugues	64370	ARTHEZ DE BEARN
MAMERT	Jean	64140	BILLERE
MARCHAT	Philippe	64800	SAINT ABIT
MARCIACQ ARROZE	Eric	64420	SOUMOULOU
MARCINIAK	Robert	64190	SUSMIOU
MARION	Didier	64400	OLORON SAINTE MARIE
MARLIER	Laurent	64000	PAU
MARQUE	Bertrand	64000	PAU
MARTEL	Patrick	64000	PAU
MARTIN	Bernard	64000	PAU
MARTIN	Laure-Elise	64000	PAU
MARTINEZ	Maria Eugenia	64000	PAU
MASSE	Benoit	64140	BILLERE
MASTON	Nicolas	64530	PONTACQ
MATHIEU	Alexandre	64000	PAU
MAUMUS	Michel	64290	LASSEUBE
MAUPOME	Jean Pierre	64530	GER
MAURICE	Roger	64000	PAU
MAUTALEN	Patrice	64000	PAU
MAYSOUNAVE	Christine	64000	PAU
M'BAREK	Samy	64150	MOURENX
MENOU	Denis	64230	LESCAR
MENOU	Jacques	64000	PAU
MESNARD	Carmen	64800	IGON
MESTRESSAT	Bertrand	64400	OLORON SAINTE MARIE

MICHAUD	Gilles	64110	GELOS
MICOULEAU	Xavier	64230	LESCAR
MINGUILLON	Faustine	64230	MAZEROLLES
MINGUILLON	Pierre	64230	MAZEROLLES
MINVIELLE	Véronique	64410	ARZACQ ARRAZIGUET
MINVILLE	François	64320	BIZANOS
MOYSSET	Laurent	64140	BILLERE
MRUGALSKI	Jules	64800	COARRAZE
NATIVITE	Amélie	64300	SAULT DE NAVAILLES
NAUTIN	Thierry	64800	NAY
NAVARRO	Pierre	64390	SAUVETERRE DE BEARN
ORDOQUI	Marie Hélène	64000	PAU
PANAÏT	Laurentia	64350	LEMBEYE
PARASCHIV	Iulian	64270	SALIES DE BEARN
PARGADE	François	64230	ARTIGUELOUVE
PARIS	Marie Paule	64140	LONS
PAYAN	Philip	64000	PAU
PELLE	Zhen	64000	PAU
PELTIER-MARTIN	Sandrine	64420	SOUMOULOU
PERROUTIN	Laurent	64400	OLORON SAINTE MARIE
PETIT	Nicolas	64230	POEY DE LESCAR
PILON	François	64150	MOURENX
PINAUD	Benoit	64160	SEVIGNACQ
PIOT	Michel	64000	PAU
PITZ	Patrick	64400	GURMENCON
POLI	Marc	64000	PAU
POMES	Jean-Pierre	64300	ORTHEZ
POMMIES ARNOUX	Anne	64270	PUYOO
PONS	Christophe	64320	IDRON
POUGET	Philippe	64320	IDRON
PRAT CAILLOL	Christiane	64300	SAULT DE NAVAILLES
PRIBAT	Jean Yves	64470	TARDETS SORHOLUS
PRUDHOMME	Bruno	64000	PAU
QUIERZY	Jean Claude	64140	LONS
RACINE	Jean Luc	64800	NAY
RAMOND	Caroline	64510	BOEIL BEZING
RAMOS	Jean Claude	64300	BAIGTS DE BEARN

RAMOS-CASALIS	Anne	64300	BAIGTS DE BEARN
REBUFIE	Isabelle	64000	PAU
REDIN	Maryse	64000	PAU
REMACLE	Adrien	64510	ASSAT
RENARD	Guy	64140	LONS
RICHIER	Pierre	64300	ORTHEZ
ROBIN	François	64300	ORTHEZ
RODERO	Maryse	64110	MAZERES LEZONS
ROGER	Jean Jacques	64270	SALIES DE BEARN
ROGET	Christian	64130	BARCUS
ROLLAND	Didier	64410	ARZACQ ARRAZIGUET
ROSSIGNOL	Dominique	64000	PAU
ROUMAS	André	64370	ARTHEZ DE BEARN
ROUX DESLANDES	Claude	64000	PAU
SACCONÉ LAGRAVE	Pascale	64350	LEMBEYE
SAFRAOUI	Marie Annick	64800	NAY
SAINT MARTIN	Christian	64400	OLORON SAINTE MARIE
SALLENAVE CARREY	Marie Pierre	64400	OLORON SAINTE MARIE
SALTI	Zafer	64230	LESCAR
SAMMARRO	Jérôme	64400	OLORON SAINTE MARIE
SANTOUL	Sandrine	64360	MONEIN
SARTHOULET	Pierre	64160	MORLAAS
SAUFFIER	Laurent	64290	GAN
SAUVAGE	Thierry	64140	BILLERE
SAUZON	Jean Louis	64420	SOUMOULOU
SCAMPUCCI	Jean François	64270	SALIES DE BEARN
SCHOUMACHER	Jean Noël	64330	GARLIN
SENNES	Guillaume	64320	BIZANOS
SERP	Roland	64680	OGEU LES BAINS
SOULERE	Jacques Henri	64000	PAU
SOUNTHONE	Elodie	64121	SERRES CASTET
SOUVIRON	Pascal	64400	OLORON SAINTE MARIE
SUPERVIELLE BROUQUES	Jean Louis	64170	ARTIX
SURUN	Christian	64320	IDRON
TACHOIRES	Michel	64110	GELOS

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B : étude prospective, proposition d'une trousse type. 186

TASTET	Jacques	64170	ARTIX
TEILHAUD	Cécile	64140	LONS
TELLIER	Karine	64121	MONTARDON
TERCE	Jean Pierre	64400	OLORON SAINTE MARIE
TESTE	Robert	64800	NAY
THEBAULT	Bernard	64140	BILLERE
THORE	Christophe	64530	GER
TOUYAROT	Ginette	64230	ARTIGUELOUVE
TOUZET	Pierre	64300	ORTHEZ
TRAVERT	Maurice	64110	GELOS
TRISTAN	Jean François	64570	ARETTE
TROGNO	Julien	64140	BILLERE
TRUNET	Christophe	64230	LESCAR
UYTTEWAAL	Sébastien	64140	BILLERE
VALLET	Michel	64000	PAU
VALTON	Bernard	64140	BILLERE
VALVERDE- CARRILLO	Angel	64510	BOEIL BEZING
VASSAL-HEBRARD	Bérangère	64000	PAU
VAUTRIN	Jean Marc	64000	PAU
VINACUA	Danielle	64190	NAVARENX
VIREPINTE	Frédéric	64530	PONTACQ
WARREN	Bertrand	64140	BILLERE
WARREN-FAYDI	Isabelle	64000	PAU
WERBROUCK	Jean Jacques	64170	ARTIX
ZELLER	Dominique	64000	PAU

ANNEXE N°6 : Questionnaire de l'étude : Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes sur le secteur 64B Béarn et Soule.

Questionnaire Trousse d'Urgence 64B

Thèse sur la composition de la trousse d'urgence d'un médecin généraliste dans le secteur 64B Béarn et Soule.

1. Etes vous un homme ou une femme?

- Homme
- Femme

2. Quel est votre âge?

- 30 à 40 ans
- 40 à 50 ans
- 50 ans et plus

3. Participez vous à un tour de garde?

- OUI
- NON

4. Dans votre exercice quotidien, faites vous des visites? Si oui combien par jour?

- OUI
- NON
- Moins de 5 par jour
- Plus de 5 par jour

5. Quel est votre mode d'exercice et quelle est la distance d'intervention du SMUR?

- Rural
- Semi rural
- Urbain
- Moins de 15 km
- Entre 15 et 30 km
- Plus de 30 km

6. Avez vous une trousse d'urgence ou du matériel spécifique pour les gardes?

- OUI
- NON

7. Jugez vous utile d'avoir une trousse d'urgence?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

8. Quelle est la dernière pathologie pour laquelle vous avez eu besoin d'ouvrir votre trousse d'urgence?

9. Combien de fois par an avez vous besoin de votre trousse d'urgence?

10. Quelle est la nature du contenant de votre trousse d'urgence?

- Souple
- Rigide
- Autre :

11. Quel est le contenu de votre trousse quotidienne, concernant le MATERIEL DIAGNOSTIQUE?

- Stéthoscope
- Tensiomètre
- Thermomètre
- Saturomètre
- Lampe
- Otoscope
- Abaisse langue
- Peak Flow
- ECG
- Lecteur de glycémie et bandelettes
- Bandelettes urinaires
- Autre :

12. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant le MATERIEL DE SOINS?

- Gants
- Seringues de 5ml, 10ml, 20ml
- Aiguilles IM, IV, SC
- Antiseptique
- Compresses stériles
- Garrot
- Pansements
- Set à perfusion
- Collecteur d'aiguilles
- Ciseaux
- Set à suture
- Mèches ORL
- Sonde urinaire
- Canule oro-pharyngée type GUEDEL©
- Canule intra rectale
- BAVU et masque
- Oxygène
- Autre :

13. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les thérapeutiques à visée CARDIOLOGIQUE?

- Adrénaline
- Aspirine
- Clopidogrel
- Héparine
- Antihypertenseur
- Atropine
- Diurétiques
- Dérivés nitrés
- Digitaliques
- Autre :

14. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les thérapeutiques à visée ANTALGIQUES?

- Paracétamol per os
- Tramadol
- Anti inflammatoires per os
- Anti inflammatoires injectables
- Morphiniques per os
- Morphiniques injectables
- Anti spasmodiques per os
- Anti spasmodiques injectables
- Autre :

15. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les thérapeutiques à visée PNEUMOLOGIQUE?

- Anti histaminiques
- Bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en spray
- Bronchodilatateurs bêta-2-agonistes en aérosols
- Bronchodilatateurs anticholinergiques: bromure d'ipatropium
- Autre :

16. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les thérapeutiques à visée infectieux?

- Céphalosporines de troisième génération: Rocéphine
- Autre :

17. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les thérapeutiques à visée PSYCHOTROPES?

- Benzodiazépines per os
- Benzodiazépines injectables
- Neuroleptiques per os
- Neuroleptiques injectables
- Autre :

18. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les thérapeutiques à visée de PERFUSIONS?

- Soluté de Na Cl 0,9%
- Soluté de G5%
- Soluté de G10%
- Autre :

19. Avez vous d'autre thérapeutiques dans la liste ci dessous?

- Ampoule de G30%
- Anti vertigineux
- Anti émétiques per os
- Anti émétiques injectable
- Corticoïdes per os
- Corticoïdes injectables

20. Quel est le contenu de votre trousse d'urgence, concernant les CERTIFICATS?

- Ordonnancier
- Modèles de certificats d'hospitalisation sous contrainte
- Certificats de décès
- Tampons

21. Quel est le rythme de vérification de votre trousse d'urgence?

- Tous les 6 mois
- Tous les ans
- Autre :

22. Comment avez vous élaboré votre trousse d'urgence?

- Revues de la littérature
- Expérience personnelle
- Formation
- Autre :

23. Pensez vous qu'une formation sur la composition de la trousse d'urgence est nécessaire?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

24. Ce questionnaire va-t-il vous faire modifier votre trousse d'urgence?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

25. Avez vous une idée du coût d'une trousse et du matériel spécifique à l'urgence? Si oui combien?

- OUI
- NON
- Moins de 300€
- Entre 300 et 600€
- Plus de 600€

26. Seriez vous intéressé par recevoir une aide à partir de ce travail pour élaborer une trousse d'urgence?

- OUI
- NON
- Ne sais pas

27. Avez vous des remarques ou des suggestions, si oui lesquelles?

ANNEXE N°7 : Liste de Trousse d'urgence type quelque soit l'activité du médecin généraliste avec dosage, forme, durée de vie des molécules, et coût.

1. Matériel Diagnostique :

a) *Indispensable :*

Matériel	Coût
Stéthoscope	65€
Tensiomètre	38€
Thermomètre	7,90€
Saturomètre	59€
Lampe	9,90€
Otoscope	49€
Abaisse langue	1,11€ pour 1 boîte de 100
Peak flow	19€
ECG	900€
Lecteur de glycémie et bandelettes	50€
Bandelettes urinaires	25,50€ pour 1 boîte de 50
Marteau réflexe	4,90€

b) *Pouvant se discuter, laisser au libre choix du médecin :*

Application type Vidal ou SMUR	30€
--------------------------------	-----

2. Matériel de Soins :

a) *Indispensable :*

Matériel	Coût
Gants stériles	24€ pour 1 boîte de 40
Seringues 5ml, 10ml, 20ml	5€ pour 1 boîte de 100
Aiguilles IM, IV, SC	3€ pour 1 boîte de 100
Antiseptique	4€ le flacon de 250ml
Garrot	0,75€
Pansement	7,90€ la boîte de pansement 6cm x 5m
Set à perfusion	6€ le set à usage unique
Collecteur d'aiguilles	1,70€
Ciseaux	6€
Set à suture	6,90€ le set à usage unique et 37,20€ la

	boite de 12 fils
Mèches ORL	0,50€ la sonde
Sonde urinaire	0,28€ la sonde
Canule de GUEDEL©	0,97€ le lot de 3
Canule intra rectale	1€ la canule
BAVU et masque	23,80€ à usage unique
Chambre d'inhalation et masque	60€

b) *Pouvant se discuter, laisser au libre choix du médecin :*

Oxygène	
---------	--

3. **Matériel Thérapeutique :**

a) *Cardiologique :*

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix en €
Adrénaline	1 mg/ml	ampoule	18 mois	21,70€ la boîte de 10 ampoules
Acide acétylsalicylique	500 mg	sachet	36 mois	2,93€ la boîte de 30
Atropine	0,5 mg/ml	ampoule	36 mois	17,86 la boîte de 10 ampoules
Clopidogrel	75 mg	comprimé	24 mois	21,61€ la boîte de 30
Héparine : Exonaparine sodique	0,4 ml	ampoule	36 mois	14,22€ la boîte de 2
	0,6 ml	ampoule	36 mois	16,31€ la boîte de 2
Antihypertenseur : Nicardipine	20mg	comprimé	36 mois	5,31€ la boîte de 30
Diurétique : Furosémide	40 mg	comprimé	36 mois	2,77€ la boîte de 30
	20 mg/ 2ml	ampoule	24 mois	0,70€ l'ampoule
Dérivés nitrés : Trinitrine		spray	24 mois	6,13€ le flacon de 200 doses
Digitaliques : Amiodarone	200 mg	comprimé	36 mois	9,63€ la boîte de 30

b) Antalgiques :

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix en €
Paracétamol	500mg	comprimé	36 mois	1,95€ la boîte de 16
Tramadol	50 mg	comprimé	24 mois	4,85€ la boîte de 30
AINS per os : Kétoprofène	100 mg	comprimé	24 mois	4,18€ la boîte de 20
AINS injectable : Kétoprofène	100 mg/ 2 ml	ampoule	36 mois	5,07€ la boîte de 6
Morphine per os : Oxycodone	5 mg	comprimé	36 mois	3,55€ la boîte de 14
Morphine injectable : Chlorhydrate de morphine	10 mg/ ml	ampoule	36 mois	10,06€ la boîte de 10
Anti spasmodique per os : Spasfon©	160 mg	comprimé	5 ans	2,95€ la boîte de 30
Anti spasmodique injectable : Spasfon	40 mg/ 4 ml	ampoule	18 mois	3,64€ la boîte de 6
Néfopam	20mg/ 2 ml	ampoule	24 mois	4,19€ la boîte de 5

c) Pneumologique :

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix en €
Anti histaminiques : Lévocétirizine	5 mg	comprimé	4 ans	3,73€ la boîte de 14
Bronchodilatateurs bêta-2-agonistes : Salbutamol	100 ug	spray	24 mois	5,06€ le flacon de 200 doses
Bronchodilatateurs bêta-2-agonistes : Salbutamol	5 mg/ 2,5 ml	aérosol	24 mois	21,87€ la boîte de 60

Bronchodilatateurs anticholinergiques : Atrovent	0,5 mg/ 1 ml	aérosol	24 mois	20,88€ la boîte de 30
--	--------------	---------	---------	-----------------------

d) Infectieux :

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix en €
C3G : Ceftriaxone	1 g	ampoule	36 mois	7,69€ l'unité

e) Psychotropes :

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix unitaire en €
Benzodiazépine per os : Diazépam	10 mg	comprimé	36 mois	1,89€ la boîte de 30
Benzodiazépine injectable : Diazépam	10 mg/ 2 ml	ampoule	24 mois	3,16€ la boîte de 6 ampoules
Neuroleptique per os : Cyamémazine	25 mg	comprimé	5 ans	7,12€ la boîte de 30
Neuroleptique injectable : Cyamémazine	50 mg/ 5 ml	ampoule	5 ans	23,57€ la boîte de 5

f) Perfusions :

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix en €
Soluté Na Cl 0,9%	500 ml	poche	24 mois	2,91€ la poche
Soluté G5%	500 ml	poche	24 mois	2,91€ la poche
Soluté G10%	500 ml	poche	24 mois	2,91€ la poche

g) Autres thérapeutiques :

Nom de la molécule	Dosage	Forme	Durée de vie	Prix en €
G 30%	10 ml	ampoule	5 ans	6,25€ la boîte de 10
Anti vertigineux : Acétylleucine	500 mg	comprimé	5 ans	4,80€ la boîte de 30
Anti émétique per os : Métopropramide	10 mg	comprimé	5 ans	3,87€ la boîte de 40
Anti émétique injectable : Métopropramide	10 mg/ 2 ml	ampoule	5 ans	1,90€ la boîte de 3
Corticoïde per os : Prednisolone	20 mg	comprimé	36 mois	4,33€ la boîte de 20
Corticoïde injectable : Prednisolone	40 mg/ 2 ml	ampoule	36 mois	2,65€ l'ampoule et le solvant

4. Certificats :

Ordonnancier	
Certificats de décès	
Modèles de certificats sous contrainte	
Tampon	

5. Coût :

Le coût total de cette trousse type est de 1698,22€.

La répartition est la suivante :

- Pour le matériel diagnostique : 1259,31€.
- Pour le matériel de soins : 151,8€.
- Pour les thérapeutiques : 287,11€.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

Composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes du secteur 64B: étude prospective, proposition d'une trousse type.

La trousse d'urgence des médecins généralistes est un outil qui fait partie du quotidien des médecins généralistes. Il existe une grande disparité dans la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes.

Cette thèse présente une étude descriptive, réalisée du 17 Novembre 2013 au 17 Janvier 2014, auprès des médecins généralistes du secteur des Pyrénées-Atlantiques 64B. La première partie étudie la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes par la diffusion d'un questionnaire. La seconde partie de l'étude a été de réaliser une fiche type de composition de la trousse d'urgence à partir de données de la littérature. Cette fiche a été proposée aux médecins généralistes du secteur 64B.

Le taux de participation, à la première partie, est de 41,3%. Les résultats de la composition de la trousse d'urgence sont détaillés selon le sexe, l'âge, la participation ou non à un tour de garde, le mode d'exercice, la pratique ou non de visites à domicile. Concernant la deuxième partie, le taux de participation est de 30,5%. 80,6% des médecins ont jugé la fiche type réalisée utile.

Cette thèse a montré un aperçu de la composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes. La fiche type réalisée peut être une aide à la composition de la trousse d'urgence.

MOTS CLES : Urgence en médecine générale, Soins urgents, Permanence des soins ambulatoire, Médecins généralistes, Médecin correspondant SAMU, Trousse d'urgence, Matériel médical, Médicaments essentiels, Pyrénées-Atlantiques, Enquête descriptive.

Composition of the 64B area general practitioners emergency kit: prospective study, proposal of a standard form kit.

The emergency kit is a tool which has an integral part in the General Practitioners daily routine. The content of the kit varies greatly from one practitioner to the other.

This Thesis is a descriptive study carried out between November 17, 2013 and January 17, 2014 in General Practitioners surgeries of the Pyrenees – Atlantiques 64B area.

The first part of the study is about what can be found in the emergency kits via a questionnaire aimed at General Practitioners.

The second part deals with producing a standard form emergency kit list based on the results of the survey. The standard form kit list has been distributed to all General Practitioners of the 64B sector.

41.3% of General Practitioners have been part of the survey. The contents of the kit have been classified according to the gender, age, participation or not in a duty rota, location of surgery, participation or not in home visits. 30.5% of general practitioners took part in the second part of the study and 80.6% of them considered the standardised kit list useful.

This thesis has given an insight into the content of the General Practitioners emergency kit. The standard form list could be helpful when putting the components of the kit together.

KEY WORDS: General Practitioners emergency clinic, Emergency procedures, Outpatients surgeries, General Practitioners, Emergency service, Emergency kit, Medical supplies, Essential medicine, Pyrenees Atlantiques, Descriptive survey.

DISCIPLINE: MEDECINE GENERALE

UFR: Université Bordeaux 2 Victor Segalen, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex
