



HAL
open science

Composition de la trousse médicale d'urgence au sein de SOS Médecins France en 2014

Marion Leveau

► **To cite this version:**

Marion Leveau. Composition de la trousse médicale d'urgence au sein de SOS Médecins France en 2014. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01150640

HAL Id: dumas-01150640

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01150640v1>

Submitted on 11 May 2015

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

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

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

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N°9

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Composition de la trousse médicale d'urgence
au sein de SOS Médecins France en 2014

Présentée et soutenue publiquement
le 11 février 2015

Par

LEVEAU, Marion

Née le 31 juillet 1987 à Paris (75)

Codirigée par Mme Le Docteur Salloum, Mirna
et M. Le Docteur Leveau, Jean

Jury :

M. Le Professeur Ray, Patrick Président
Mme Le Professeur Noel, Frédérique Membre
M. Le Docteur Freund, Yonathan Membre
M. Le Docteur Benainous, Olivier Membre
M. Le Docteur Barraqué, Patrick Membre



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Au Professeur Patrick Ray,

Merci de m'avoir guidée durant ces années d'internat, merci pour ton soutien dans mes projets professionnels passés et futurs, merci de ta confiance. Tu me fais l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury, sois certain de ma reconnaissance et de ma gratitude.

Au Professeur Frédérique Noel,

Merci pour votre investissement dans l'enseignement de la médecine générale au sein de la Faculté Paris V René Descartes, merci à vous et à votre équipe de nous permettre d'accéder à un enseignement d'une telle qualité. Vous me faites l'honneur de participer à ce jury, soyez assurée de ma considération et de mon profond respect.

Au Docteur Yonathan Freund,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail en participant à ce jury de thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Au Docteur Mirna Salloum,

Merci pour ton investissement total et ton soutien dans ce projet, merci de ta disponibilité et de ta réactivité, merci de ta confiance dans ce travail. Un grand merci pour toutes ces heures passées avec toi à refaire la médecine et le monde, merci pour ces visites passionnantes chez les patients. Sois assurée de toute ma reconnaissance et de mon amitié sincère.

Au Docteur Jean Leveau,

Merci d'avoir accepté de participer à cette aventure en co-dirigeant ma thèse, pour ton investissement sans bornes dans ce travail, merci pour tes encouragements et tes conseils tout au long de ce projet, merci pour ta patience, merci pour ces heures précieuses passées avec toi. Sois assuré de toute ma reconnaissance et de ma gratitude.

Au Docteur Olivier Benainous,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury, soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Au Docteur Patrick Barraqué

Merci d'avoir accepté de quitter la Brie pour participer à ce jury, merci pour l'intérêt que tu portes à ce travail, sois assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Merci au Dr Patrick Simonelli et au Dr Serge Smadja de leur confiance en ce travail et de leur investissement dans ce projet.

Merci à tous les médecins de SOS médecins ayant participé à l'étude pour votre aide précieuse, merci en particulier aux présidents des associations locales de SOS Médecins de m'avoir permis de mener à bien ce projet.

Merci à tous mes professeurs qui m'ont transmis leurs connaissances durant toutes ces années.

A mes parents,

A ma mère, merci pour tout ce que tu m'as appris, merci d'être une maman formidable, merci d'être un modèle de gentillesse, un modèle de médecin, merci pour ta confiance en moi, merci d'être là.

A mon père, merci de m'avoir appris autant sur la vie que sur les contrepèteries, autant sur l'exigence que sur la tolérance, merci de m'avoir transmis ton amour de la médecine, merci pour l'admiration que je lis dans tes yeux, merci d'être là.

A ma famille,

A Julie, tu es une grande sœur formidable, merci pour notre complicité, merci pour ta confiance en moi, merci pour ton soutien dans tous mes projets. A ta petite Adèle, qui vient de rejoindre notre monde et qui nous apporte plein de bonheur.

A Martin, mon petit frère juste exceptionnel, merci pour ta bonne humeur permanente, merci pour ton soutien.

A Riad et Marie, qui rejoignent notre famille, pour notre plus grand bonheur

A mes grands-mères, pour m'avoir appris les rites de salle de garde et les paillardes, l'amour de la cuisine et des grandes tablées familiales.

A mes grands-pères, une pensée particulière va vers vous, à mon Papi, qui restera un modèle de médecin et de grand-père, je sais que tu aurais été fier de mon parcours, et à mon Daddy, qui restera un modèle d'ouverture sur le monde et de dévouement aux autres.

A mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour ces cousinades, ces weekends et vacances passées avec vous.

A mes proches,

Aux amis de toujours, à Anna, merci pour ta relecture précieuse, merci pour notre amitié qui dure et qui dure, merci pour ton aide sans faille. A Caro et Alex, Romain, à Mary Catherine, ma jumelle new yorkaise, merci pour votre soutien et merci pour ces moments ressourçants avec vous.

Aux amis des années lycées, à Aldric, Alex, Chacha, Jean Gui, Geoffroy, Sylvia, et à tous ceux un peu perdus de vue...

Aux amis médecins, merci pour toutes ces années passées ensemble, merci de m'avoir aidée à tenir. A Oriana, coloc de choc, pour ton soutien et pour ce quotidien partagé avec toi. A Claire qui est partie loin batifoler avec les tortues. A Louise, pépite par excellence, heureusement que tu étais là durant ces derniers stages et en cette fin d'internat.

A Thomas pour toutes ces heures passées à débriefer de nos vies et de la médecine, merci pour tes conseils, ton soutien et pour le renforcement positif que tu maîtrises de mieux en mieux...

A Hélène et Rémi, revenez !! A Titi, Olivier, Tomtom, Nina, Laura, Hélène,

A tous mes cointernes, coexternes, rencontrés au cours de ces années.

A tous ceux que j'oublie...

Enfin,

Un immense merci à toutes les équipes avec qui j'ai eu l'honneur de travailler durant mes études, pour tout ce qu'ils m'ont appris, merci de m'avoir aidée à mûrir, merci de m'avoir aidée à aimer profondément la médecine.

Abréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de Santé

C3G : Céphalosporine de 3^{ème} génération

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

CFFE : Centre Francophone de Formation en Echographie

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CSP : Code de Santé Publique

DAE : Défibrillateur Automatique Externe

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Electrocardiogramme

HAS : Haute Autorité de Santé

IM : Intra musculaire

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IV : Intraveineux

MACSF : Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français

OGDPC : Organisme Gestionnaire du Développement Personnel Continu

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PDS : Permanence Des Soins

PO : Per Os

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SC : Sous Cutané

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

VSAV : Véhicule de Soins et d'Assistance aux Victimes

Table des matières

Page de titre	1
Remerciements	2
Abréviations	5
Table des matières	7
I-INTRODUCTION	9
II-CONTEXTE	10
1. Cadre médico-légal.....	10
a. Textes de loi	10
b. Responsabilité médicale	11
c. Protocoles et recommandations	12
d. Données à l'étranger.....	13
2. La visite à domicile.....	14
3. Historique de la trousse médicale	16
4. La fédération SOS Médecins France	18
a. Présentation générale.....	18
b. Place de SOS Médecins France dans la permanence des soins	19
c. Choix de la population	20
5. Objectifs	20
III-MATERIEL ET METHODES.....	21
1. Population étudiée	21
2. Elaboration du questionnaire.....	21
3. Phase de test	24
4. Analyse des résultats	24
a. Tableau de données	24
b. Plan de l'analyse.....	25
IV-RESULTATS	26
1. Résultats descriptifs	27
a. Données démographiques.....	27
b. Matériel diagnostique	31
c. Matériel thérapeutique non médicamenteux.....	33
d. Matériel thérapeutique médicamenteux	35
e. Données administratives.....	41

f. Analyse des commentaires.....	41
2. Analyses multi variées.....	43
a. Analyse Factorielle Discriminante	43
b. Représentation du poids de la trousse	49
3. Représentations graphiques de la composition de la trousse	55
V-DISCUSSION	58
1. Biais	58
2. Proposition de trousse médicale d’urgence.....	58
3. Cohérence de la trousse par rapport aux données de la littérature.....	61
4. Cohérence de la trousse par rapport à la pratique médicale de SOS médecins.	62
5. Validité externe de l’étude	63
6. Place de l’échographie en visite à domicile.	64
7. Perspectives.....	68
VI-CONCLUSION	69
BIBLIOGRAPHIE	71
ANNEXES.....	74
ANNEXE 1 : Questionnaire de recueil de données	75
ANNEXE 2 : Commentaires des participants concernant le questionnaire	84
ANNEXE 3 : Commentaires des participants concernant l’échographie à domicile.....	97
Résumé	101

I-INTRODUCTION

Le médecin généraliste est l'acteur pivot de l'offre de soins de premier recours que garantit notre système de santé, offre définie par le Code de Santé Publique (article L1411-11).

A ce titre, le médecin généraliste est amené à prendre parfois en charge ses patients dans le cadre de l'urgence. Il a une obligation de soins, d'évaluation diagnostique puis de décision thérapeutique, quel que soit l'état du patient et le lieu où il se trouve. Il peut ainsi intervenir en dehors de son cabinet, le plus souvent au domicile des patients. Il pourra par la suite être relayé par d'autres structures de soins d'urgence (structure hospitalière, SMUR...) mais reste bien souvent le premier contact du patient.

Afin d'assurer cette mission, le médecin généraliste a la nécessité d'avoir un matériel diagnostique et thérapeutique à apporter au chevet du patient. Ces éléments sont réunis dans une trousse médicale que le médecin emmène avec lui lors de ses visites.

J'ai eu l'occasion au cours de mon stage d'internat en médecine de ville, de découvrir auprès de ma maître de stage exerçant au sein de SOS médecins Paris, une activité de médecine générale hors cabinet, souvent au domicile des patients. Grâce à cette expérience particulièrement enrichissante j'ai pu apprécier l'importance, pour une prise en charge de qualité des patients, d'avoir une trousse médicale optimisée. Cela permet ainsi de s'adapter aux situations variées qu'un médecin généraliste peut rencontrer au domicile.

Il n'existe cependant pas de consensus ni de règles quant à la composition de cette trousse médicale d'urgence. Chaque trousse doit être adaptée au médecin qui l'utilise, à son lieu d'exercice et à son type d'activité^[1].

Les Associations SOS médecins France, réparties sur l'ensemble du territoire, assurent depuis 48 ans des consultations en urgence, à domicile ou sur d'autres lieux hors cabinet.

Les médecins exerçant au sein de ce réseau, spécialistes en médecine générale pour la plupart, ont donc une expérience toute particulière de l'utilisation de la trousse médicale d'urgence.

L'étude a été effectuée exclusivement auprès des praticiens exerçant au sein de la fédération SOS médecins France, ce qui nous permet d'observer les pratiques d'exercice d'un groupe homogène de médecins.

L'objectif de ce travail de thèse est d'évaluer la composition de la trousse médicale d'urgence des médecins exerçant au sein de SOS médecins en France en 2014. L'étude ne jugera pas l'utilisation que les médecins font de leur trousse mais analysera leur composition. L'étude sera tout d'abord un état des lieux des pratiques actuelles. Dans un second temps, l'analyse étudiera les déterminants de la composition de cette trousse. Enfin, une proposition de composition de trousse médicale d'urgence sera établie.

II-CONTEXTE

1. Cadre médico-légal

La trousse médicale est l'outil indispensable au médecin lors de ses visites à domicile. Afin d'analyser son contenu, nous avons en premier lieu étudié le cadre médico-légal qui le régissait. Nous avons ensuite cherché l'existence d'un consensus de pratiques en France, puis à l'étranger.

a. Textes de loi

Selon l'article L4130-1 du Code de la Santé Publique défini par la loi du 20 juillet 2009, le médecin généraliste de premier recours doit « *participer à la mission de service public de permanence des soins* » selon les modalités fixées avec les Agences Régionales de Santé, existant depuis 2010 (Article L6314-1).^[2]

Dans ce contexte, le médecin généraliste est amené à traiter des patients en situation d'urgence, parfois hors de son cabinet.

Conformément à l'article 9 du Code de Déontologie (article R.4127-9 du Code de la Santé Publique) : « *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.* »^[3].

Cet article fait écho à l'article 223-6, alinéa 2 du code pénal auquel, comme tous les citoyens, les médecins sont soumis : « *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.* ».

Afin d'assurer au mieux cette mission, le médecin a-t-il des obligations quant aux moyens à mettre en œuvre ?

Le code de déontologie nous rappelle dans l'article 71 (article R.4127-71 du CSP) que « *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* »^[4].

Le médecin a une obligation traditionnelle de moyens et non de résultat.

Le traitement et la prise en charge du patient sont encadrés par l'article 8 du code de déontologie (article R.4127-8 du CSP) : « *Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance [...]* »^[5].

Les textes de loi laissent à l'appréciation de chaque médecin l'organisation de son cabinet. Il s'assure d'avoir le matériel nécessaire à la prise en charge de ses patients en fonction de son activité et de son type d'exercice.

La seule législation existante concerne la suspicion clinique de purpura fulminans. Un avis du conseil supérieur d'hygiène publique en France a été émis le 22 septembre 2006^[6]. Il stipule que dans une situation de suspicion clinique de purpura fulminans, l'administration immédiate d'une céphalosporine de 3ème génération doit être faite.

Mais cet avis reste insuffisamment précis: ce terme « immédiat » implique-t-il d'avoir obligatoirement le produit injectable disponible à tout moment, au cabinet ou en visite à domicile ?

De plus, un médecin peut-il engager sa responsabilité médicale s'il n'a pas ce produit au cabinet ou disponible dans sa trousse médicale au domicile d'un patient ?

Nous avons essayé de trouver des éléments de réponse à ces questions dans le chapitre suivant.

b. Responsabilité médicale

Nous avons étudié les contentieux rendus publics sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)^[7]. Nous avons également eu un entretien téléphonique avec une de leurs avocates. Nous apprenons ainsi que le Conseil de l'ordre n'a jamais eu à traiter de contentieux entre médecin et patient concernant un manque de matériel lors d'une visite à domicile.

Nous avons obtenu les mêmes réponses de la part du service juridique du Groupe Pasteur Mutualité et auprès du groupe MACSF contactés par téléphone et par mail.

L'exercice d'activité médicale à domicile est donc régi par les codes de déontologie et de Santé Publique comme tout type d'exercice médical. Il n'existe pas actuellement en France de législation plus spécifique.

La responsabilité du médecin est de mettre tout en œuvre pour la prise en charge de son patient. Soit par l'administration de thérapeutique au domicile ; soit en déclenchant la chaîne des secours (Brigade des sapeurs-pompiers, SAMU...) ou en adressant son patient dans une structure hospitalière adaptée, en fonction des situations cliniques rencontrées au domicile. Le médecin peut donc engager sa responsabilité en fonction de sa prise en charge globale du patient. Il semble qu'il ne peut pas engager sa responsabilité concernant uniquement le matériel qu'il emporte à domicile.

c. Protocoles et recommandations

Nous avons ensuite cherché l'existence d'un consensus, d'une recommandation de bonne pratique élaborée par un groupe d'experts concernant la composition de la trousse médicale d'urgence.

Nous avons effectué cette recherche au niveau :

- du Collège National des Généralistes Enseignants CNGE ^[8], fournissant des informations scientifiques validées par leur comité d'expert concernant des problématiques de médecine générale.
- de la Société Française de Médecine d'Urgence SFMU ^[9], qui élabore de nombreuses recommandations concernant la médecine d'urgence.
- de l'Organisme Gestionnaire du Développement Personnel Continu OGDPC ^[10], à la recherche d'une éventuelle formation proposée aux professionnels de santé dans le cadre de leur formation continue.
- de la bibliothèque médicale AF Lemanissier, recueil de consensus, référentiels et protocoles élaborés par les sociétés savantes des différentes spécialités ^[11].

Nous n'avons pas trouvé au cours de cette recherche de recommandation concernant la composition de la trousse médicale d'urgence.

Nous avons par la suite cherché l'existence d'un consensus dans quelques autres pays anglophones et au niveau international.

d. Données à l'étranger

En Australie, le système de couverture sociale s'appelle le Pharmaceutical Benefits Scheme. L'organisme propose, aux médecins pratiquant des visites à domicile dans le cadre de l'urgence, de leur fournir gratuitement certains médicaments qu'ils estiment de première ligne de prise en charge afin de composer leur trousse médicale ^[12]. Cependant, ils indiquent que leur liste n'est pas un référentiel destiné aux médecins. Elle n'est pas exhaustive et les articles scientifiques australiens concernant la trousse médicale d'urgence conseillent des médicaments complémentaires afin de suivre les recommandations de bonne pratique des sociétés savantes ^[13]. Les médecins généralistes australiens s'intéressent particulièrement à ce sujet avec de nombreux articles publiés, en comparaison à d'autres pays, retrouvés sur le moteur de recherche Pubmed ^[14.15.16.17]. Le collège australien de médecine générale, le Royal Australian College of General Practitioners, suggère une trousse médicale « type », uniquement à titre indicatif, sur son site internet ^[18].

Aux Etats-Unis, nous n'avons pas retrouvé de recommandation spécifique de l'American Medical Association. Cette association regroupe au sein de son bureau les différents groupes d'experts de chaque spécialité émettant des recommandations de bonne pratique clinique. Elle édite de plus le JAMA, Journal of American Medical Association, journal scientifique médical dont la renommée est internationale ^[19].

Au Royaume Uni, nous avons trouvé sur le site de l'assurance maladie, destinée aux patients mais aussi aux professionnels de santé, une proposition de trousse médicale qui n'a pas été élaborée par un groupe d'experts. La bibliographie cite les références australiennes que nous venons d'évoquer, qui font également partie de cette étude, mais aucune recommandation de bonne pratique n'a été rédigée ^[20].

Le moteur de recherche international commun de recommandations, International Guidelines Network ^[21], ne retrouve pas de recommandation concernant la composition de la trousse médicale. Nous avons recherché « doctor's bag » et « home visit ». Ces mots clés Mesh sont référencés dans les articles anglophones faisant partie de la recherche bibliographique de ce travail.

Nous pouvons ainsi constater que certains pays s'intéressent tout particulièrement à la question de la composition de la trousse médicale d'urgence. Aucune recommandation de bonne pratique ou référentiel élaboré par un groupe d'experts, ne semble exister, à la vue de cette recherche bibliographique.

2. La visite à domicile.

Historiquement, l'activité du médecin généraliste se compose de son activité de consultation au cabinet et d'une activité de visite à domicile. Cet exercice à domicile permet au médecin une approche complémentaire de son patient. En effet, cela lui permet de le prendre en compte dans son environnement personnel. Il peut ainsi analyser de nombreux facteurs souvent insuffisamment évaluables au cabinet (habitat, exposition environnementale, confort, hygiène, entourage, autonomie, etc...). Cette approche est souvent utile voire nécessaire à une adaptation réaliste de la prise en charge globale d'un patient.

L'évolution des pratiques médicales tend à diminuer cette activité. Elle reste cependant nécessaire pour certains patients manquant d'autonomie, ou dans des situations d'urgence justifiant un déplacement à domicile.

En 2001, l'activité de visite à domicile des médecins généralistes en France représentait 23.5% de leurs actes, avec d'importantes disparités régionales. L'Assurance Maladie a remboursé 65 millions d'actes de visites à domicile en 2001^[22].

Le coût total d'une visite à domicile comprend le prix de la consultation et une indemnité de déplacement. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie a mis en place un Accord de Bon Usage des Soins le 1^{er} octobre 2002. L'objectif était de diminuer de 5% le nombre de consultations à domicile. Il a été créé dans un but d'économie des coûts de santé. Depuis cet accord, la majoration de déplacement est prise en charge par la sécurité sociale en cas de difficultés de déplacement de la part du patient. Ceci peut être dû à une maladie chronique ou chez les personnes âgées. Par ailleurs, des facteurs environnementaux (ruralité) ou médico-sociaux peuvent justifier d'un déplacement à domicile^[22].

Suite à cette mesure, le taux de visites à domicile a chuté, pour arriver à 16.8% de l'activité des médecins généralistes en 2003^[23].

Par la suite, l'activité de visite à domicile des médecins généralistes ne cesse de diminuer. Le taux de visites à domicile était de 11.8% en 2010, puis 11.2% en 2011 et 10.8% en 2012. Cela représente encore environ 30 millions de visites à domicile par an. Le nombre de consultations de médecine générale s'élève à environ 230 millions par an, entre 2010 et 2012.^[24]

D'après le rapport des comptes nationaux de la santé de 2011, la part de visites à domicile des médecins généralistes des patients de 19 à 69 ans est de 6%. Ce chiffre s'élève à 35% chez les patients de plus de 70 ans^[25].

Il serait intéressant d'étudier les raisons de cette diminution importante que nous constatons depuis 2001. Est-ce uniquement pour des raisons de coût ? Retrouvons nous d'autres facteurs comme les habitudes des médecins et des patients ? Est-ce favorisé par le manque de médecins et donc le manque de temps pouvant être consacré aux visites à domicile?

Une enquête réalisée en 2005 par l'Union des Médecins Libéraux d'Ile de France ^[26] fait un état des lieux des pratiques auprès des médecins généralistes franciliens pratiquant des visites à domicile. L'étude révèle que sur 1387 médecins effectuant des visites à domicile, 68.1% possèdent une trousse médicale. L'étude portait sur la justification et la pertinence des visites à domicile. Elle n'apporte donc pas d'informations complémentaires sur la composition de cette trousse.

Dans cette étude, les principaux motifs justifiant pour les médecins un déplacement à domicile sont :

- Une pathologie lourde empêchant le patient de se déplacer
- Des symptômes aigus et les visites dites « d'urgence » (les symptômes de fièvre et douleur sont le plus fréquemment évoqués dans cette étude)
- Le manque d'autonomie par le contexte familial empêchant le patient de se déplacer (enfants en bas âge...)

La visite à domicile a donc encore sa place dans la pratique de la médecine actuelle en France avec 11% des consultations de médecine générale en 2012. Les motifs de déplacement des médecins paraissent cependant avoir évolué. En premier lieu, un manque d'autonomie de la part du patient est invoqué. Il peut s'agir d'une maladie chronique limitant le déplacement ou d'une personne âgée. Par ailleurs, des facteurs environnementaux et médico-sociaux peuvent limiter le déplacement du patient. Enfin, les médecins généralistes effectuent des visites à domicile en cas d'urgence.

3. Historique de la trousse médicale

Dans son « Traité des maladies », Hippocrate (460-370 av JC), instaure la notion d'urgence: « *Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe et on sauvera le malade pour avoir su en profiter* ». Hippocrate conseille ainsi aux médecins de posséder en permanence leur trousse avec eux pour les soins nécessaires à des situations d'urgence.^[27]

Galien, au IIème siècle après JC rappelle ce principe « *[...] que les médecins aient toujours sous la main leurs appareils et leur trousse pour les soins à donner d'urgence* »^[27]. Par la suite, la trousse, classiquement en cuir noir, restera longtemps emblématique du médecin. Elle sera de plus en plus fournie en appareils au fur et à mesure des avancées scientifiques, initialement essentiellement en matériel de petite chirurgie, puis en pharmacopée.

Un article recense le contenu de la trousse du médecin en 1911.^[28] Elle contient alors un thermomètre à mercure développé en 1866. Elle contient également un stéthoscope, développé par Laennec en 1816, puis amélioré au cours des 19^e et 20^e siècles. On retrouve un sphygmomanomètre, un marteau à réflexes, un abaisse langue, un set d'otoscope et spéculums et un ophtalmoscope (découvert par Hermann von Helmholtz en 1851). Tous ces éléments se retrouvent encore actuellement dans la plupart des trousse médicales, en dehors de l'ophtalmoscope.



La trousse contenait parallèlement des produits pharmacologiques rangés dans des fioles. Une lampe à pétrole était utilisée pour l'asepsie. Un nécessaire de vaccination est présenté en bas à droite de l'image, largement utilisé à cette époque pour le vaccin contre la variole.



Les outils diagnostiques retrouvés dans la trousse présentée en 1911 se sont ensuite améliorés mais restent identiques. La trousse médicale s'est enrichie en matériel diagnostique et surtout thérapeutique au rythme des progrès pharmacologiques réalisés au XXème siècle.

4. La fédération SOS Médecins France

a. Présentation générale

Le Dr Lascar, médecin généraliste à Paris, a été confronté au décès d'un de ses patients, un samedi après-midi, d'un infarctus du myocarde alors qu'il essayait de joindre un médecin disponible. Le weekend précédent, le Dr Lascar avait été aidé par SOS dépannage en 20 minutes pour une fuite dans sa salle de bain. Jalouxant l'efficacité des plombiers, il crée l'association SOS médecins le 20 juin 1966.

Actuellement, le réseau SOS Médecins France est composé de 64 associations couvrant les deux tiers du territoire national. Il est composé de mille praticiens libéraux. Ils sont regroupés en Fédération depuis 1982.

La grande majorité des médecins ont une formation de médecine générale. Certains ont des compétences supplémentaires en médecine d'urgence (DESC d'urgence, CAMU, DU d'urgence...). Ils effectuent un exercice de soins non programmés exclusivement, en majorité en visite à domicile. Quelques centres fixes de consultation existent dans des zones de désert médical en général.

Ils interviennent en majorité au domicile des patients. Mais également fréquemment auprès des personnes âgées en maison de retraite ou auprès des personnes institutionnalisées.

Une régulation médicale est disponible 24/24h tous les jours de l'année au niveau des plateformes d'appels. Six millions d'appels en France en 2013 ont été enregistrés. Ils ont donné lieu à l'ouverture de 4 millions de dossiers médicaux. Ils ont ainsi abouti à 2.5 millions de visites par an. Les autres appels concernent des conseils, des réorientations, des renseignements médicaux ^[29].

Grâce à leur expérience et à cette couverture du territoire national, une convention a été signée en décembre 2005 avec l'Institut de Veille Sanitaire (InVS). Le but est ainsi de créer un réseau épidémiologique participant à la veille sanitaire en France ^[29].

Une commission scientifique a été créée au sein de SOS Médecins, ayant pour but d'élaborer des recommandations pratiques à destinée de ses praticiens. Il s'agit d'outils d'aide au diagnostic ou à la prise en charge de pathologies variées. Douze membres, issus de différentes zones géographiques et ayant donc un exercice différent de la médecine générale, constituent cette commission qui se réunit plusieurs fois par an.

b. Place de SOS Médecins France dans la permanence des soins

En France, la permanence des soins (PDS) est une organisation de l'offre de soins qui permet d'assurer la continuité et l'égalité de l'accès aux soins. L'organisation s'effectue tant au niveau libéral qu'hospitalier. Elle prend sa place aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux, donc en soirée, les weekends et jours fériés. Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés et régulés. Il s'agit d'une « mission de service public » selon l'article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi du 21 juillet 2009 (loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires, loi HPST). Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels ^[30.31].

Conformément aux décrets du 7 avril 2005 puis du 21 juillet 2009 (loi HPST) et selon l'article L6314-1 du Code de Santé Publique, « *la régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.* »

Les associations SOS médecins France participent donc à la permanence des soins. Elles sont en interconnexion avec les centres nationaux de régulation du 15. Ces centres sont sous la réglementation des Agences Régionales de Santé (ARS) depuis leur création en 2010.

Initialement, l'association SOS médecins a été créée afin de répondre à une demande de soins non programmés hors période d'ouverture des cabinets médicaux. Son rôle se situait alors uniquement en période de permanence des soins.

Sur le réseau France de SOS Médecins, 2,4 Millions de dossiers sont ouverts aux heures de permanence des soins. Entre 20 et 24h cela représente 850 000 visites et 350 000 entre minuit et 8h du matin. La place du réseau SOS médecins dans l'offre de soins non programmés est donc importante.

Aujourd'hui, la part de l'activité de SOS médecins effectuée aux heures d'ouverture des cabinets médicaux (donc hors permanence des soins) est en augmentation. Elle atteint 40 à 45 % du total de ses actes en 2012 ^[29]. Cela pourrait être expliqué par le fait que les médecins de cabinet ont de plus en plus de difficultés à intégrer dans leur activité quotidienne la prise en charge des soins non programmés et nous avons vu que le taux de visites à domicile ne cessait de diminuer.

c. Choix de la population

La population de médecins généralistes libéraux exerçant au sein de SOS médecins est une population homogène de médecins. Ils ont un exercice médical commun hors cabinet. Les motifs d'intervention à domicile sont identiques à ceux des médecins généralistes exerçant en cabinet. Leur place dans la permanence des soins en France est certaine. Leur expérience est donc particulièrement pertinente afin d'étudier ce qui compose leur trousse médicale.

5. Objectifs

Dans une tendance actuelle de valorisation de la sécurité des moyens techniques et des produits à usage médical et dans un souci d'harmonisation des pratiques, l'étude systématique de la composition de la trousse médicale paraît intéressante. Nous avons fait le choix d'effectuer cette étude au sein du réseau SOS Médecins France, donc sur une population homogène de médecins pratiquant quotidiennement des visites médicales à domicile.

Cette étude fera tout d'abord un état des lieux des pratiques actuelles au sein des associations SOS médecins réparties sur le plan national. Nous étudierons par la suite quels sont les éléments déterminant la composition de cette trousse.

Nous nous attacherons enfin à établir une proposition de trousse médicale d'urgence, qui pourrait permettre d'aider les médecins de SOS médecins dans leur pratique actuelle. Elle pourrait s'étendre à être un guide pour tout médecin généraliste exerçant une activité de visite à domicile.

III-MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude quantitative, observationnelle, prospective, multicentrique.

1. Population étudiée

L'enquête a été menée auprès d'une population homogène, les médecins associés des différentes associations SOS médecins sur le territoire national. Elles comportent 1000 médecins libéraux associés.

Le questionnaire a été envoyé par courrier électronique au président de la commission scientifique de SOS médecins. Il a ensuite lui-même relayé ce mail aux différents présidents des associations SOS en France afin qu'ils le diffusent aux médecins de leur association. Il est donc difficile d'évaluer le nombre exact de questionnaires envoyés.

2. Elaboration du questionnaire

Nous avons pu présenter notre projet d'étude à l'occasion d'un groupe de travail de la commission scientifique de SOS médecins à Lyon en octobre 2013. Il a été soutenu par tous ses membres. Nous avons réalisé ensemble une pré-étude afin d'élaborer le questionnaire. Nous avons réalisé une liste exhaustive des différents éléments composant la trousse médicale des membres de la commission. Nous avons étudié le matériel et les produits utilisés, qui furent ensuite la base du questionnaire. Il a ensuite été comparé aux différentes compositions retrouvées dans la littérature ^[32.33.34.35].

Le questionnaire a été réalisé par informatique avec le logiciel AdobeFormsCentral® et est présenté en Annexe 1.

Cette application permet :

- de visualiser le questionnaire sur écran,
- de le remplir en ligne (connexion internet),
- d'envoyer le questionnaire sur un serveur central,
- d'envoyer au participant un accusé de réception avec les réponses,

- d'enregistrer toutes les réponses sous forme d'un tableau exportable en format Excel.

Les médecins interrogés ont reçu par mail un courrier présentant le projet de l'étude, et contenant un lien hypertexte vers le questionnaire. Ils le remplissaient ensuite directement en ligne à leur convenance.

Pour chaque item matériel, il était demandé aux participants d'indiquer, dans le cas où l'item était présent dans leur trousse médicale, s'ils estimaient que le matériel ou le produit en question leur paraissait « utile » ou « indispensable ». Dans le cas où ils ne possédaient pas l'item en question, ils cochaient la colonne « je n'en ai pas ».

Plusieurs façons de recueillir leurs réponses étaient possibles. Il nous a paru intéressant d'avoir l'opinion des participants quant au matériel qu'ils possèdent. C'est pourquoi nous leur avons demandé pour les cas où ils possédaient l'item s'ils le jugeaient « indispensable » ou « utile » afin d'analyser la pertinence de l'item en question dans leur trousse. Nous n'avons pas fait plus de propositions d'opinions dans un souci de simplicité, de facilité de réponse au questionnaire de leur part. De plus, nous voulions limiter le temps nécessaire pour remplir le questionnaire à 15 minutes afin d'optimiser le taux de réponse.

Pour le matériel thérapeutique, plusieurs galéniques (per os, injectable...), une différenciation de posologie adulte ou pédiatrique étaient proposées quand cela paraissait pertinent.

Les produits thérapeutiques ont été classés par appareil anatomique afin de faciliter les réponses. Certains produits auraient pu apparaître dans différents appareils donc leur classement n'est qu'indicatif. Il n'était pas demandé d'indication concernant l'utilisation des médicaments. Nous avons estimé qu'ils étaient utilisés selon les recommandations de bonne pratique et selon leurs Autorisations de Mise sur le Marché (AMM).

Des champs libres ont été laissés après chaque partie du questionnaire leur permettant d'indiquer tout matériel supplémentaire non cité ou pour tout commentaire.

Le questionnaire débute par un texte explicatif de l'organisation du questionnaire et de son fonctionnement.

Il est ensuite composé de six parties :

- **Des données démographiques concernant la population** : âge, sexe, département d'exercice.
- **Des données concernant le type d'exercice** : nombre d'années d'expérience, lieu d'exercice (zone rurale, urbaine, semi-rurale), le temps d'accès moyen à un centre hospitalo-universitaire, la formation des médecins interrogés.

- **Des données concernant le matériel diagnostique :** stéthoscope, sphygmanomètre (tensiomètre), otoscope, masques chirurgicaux, abaisse langue, thermomètre, appareil à électrocardiogramme, oxymètre de pouls, détecteur d'oxyde de carbone, lampe torche, lecteur de glycémie capillaire, test urinaire de grossesse, Test de Diagnostic Rapide (Streptatest®), appareil d'échographie, bandelette urinaire, ophtalmoscope.
- **Des données concernant le matériel thérapeutique non médicamenteux :** Solution antiseptique, solution hydro-alcoolique, gants, aiguilles SC/IM/IV, cathéters veineux (cathlons), seringues, tubulures, compresses, atelles (cheville, poignet, doigt...), kit de suture, kit de pansement, mèche hémostatique, matériel de nébulisation (BabyHaler®), kit d'intubation, canule de Guédel, bouteille d'oxygène, défibrillateur automatique externe.
- **Des données concernant le matériel thérapeutique médicamenteux :** Classé en différentes spécialités
 - Antibiotiques : C3G, pénicilline, macrolide, fluoroquinolone,
 - Antalgiques : paracétamol, paracétamol codéiné, tramadol, nalbuphine, néfopam, AINS, morphine, triptan,
 - Cardiologie : adrénaline, atropine, inhibiteur calcique, aspégic, diurétique, trinitrine, anti thrombotique injectable,
 - Pneumologie – Allergologie : béta-2 mimétique, anticholinergique, corticoïdes, antihistaminique,
 - Neurologie – Psychiatrie : G30%, benzodiazépine, antagoniste opiacé, antagoniste des benzodiazépines, hypnotique, anxiolytique non BZD, neuroleptique,
 - Gastro-entérologie : antiémétique, anti diarrhéique, anti spasmodique, soluté de réhydratation orale,
 - Autres : anti vertigineux, poche de sérum physiologique.
- **Des données concernant le matériel administratif et de documentation :** Accès au Vidal® ou autre recueil thérapeutique, outils de documentation médicale (traité d'urgence, fiches personnelles, internet...), feuilles de soin, arrêt de travail, bon de transport, ordonnancier normal et bizone, certificat de décès, lecteur de carte vitale, lecteur de carte bancaire.

Après avoir rempli et envoyé le questionnaire, les participants recevaient un email de confirmation de prise en compte de leur réponse. Une copie nous était également envoyée.

3. Phase de test

Le questionnaire a été testé pendant une semaine du 1^{er} au 8 juin 2014, auprès de 6 médecins de SOS médecins volontaires. Le but était de tester sa faisabilité, sa clarté ainsi que le temps de réponse nécessaire. Le temps de réponse moyen a été de 15 minutes et a été donné aux autres participants à titre indicatif.

Des modifications ont été faites au niveau du texte explicatif introduisant le questionnaire, afin de le simplifier. Aucune modification n'a été faite dans le corps du questionnaire. Ces 6 réponses ont ainsi pu être prises en compte dans les résultats finaux.

4. Analyse des résultats

a. Tableau de données

Les réponses au questionnaire ont été directement exportées dans Excel.

Avant le gel de la base, des corrections ont été faites afin de rendre les données exploitables :

- Une erreur d'indication de sexe faite par une des participantes au sein de son questionnaire et signalée par mail a été corrigée.
- Homogénéisation des champs de réponses (suppression d'espace, mise de côté des commentaires)

Puis gel de la base.

Création par la suite de variables complémentaires.

Les résultats descriptifs sont exprimés en fréquence de réponse « utile », « indispensable » ou « je n'en ai pas ». Ils sont indiqués avec leur intervalle de confiance à 95%.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de l'add on XLSTAT sur Excel sur le tableau de données gelé.

Nous avons utilisé un export sous forme de capture d'écran d'XLSTAT de façon à ne pas recopier les résultats afin de limiter les erreurs.

Tous les résultats sont exprimés pour un risque alpha de 5%.

b. Plan de l'analyse

Le plan a été élaboré avant le gel des données.

L'analyse porte sur l'expression des données non paramétriques en fréquence assorties d'un intervalle de confiance à 95%. Les données paramétriques sont sous forme de moyenne assorties de leur écart-type.

L'ensemble de ces données descriptives se fera sur tous les items du questionnaire.

Une représentation cartographique montrera la répartition des réponses sur le plan national par département.

Dans la deuxième partie de cette analyse, nous chercherons à comprendre ce qui différencie les compositions des trousse. Nous effectuerons des analyses multivariées pour tous les items matériels, en fonction de certaines données démographiques, afin de déterminer si certains facteurs influent la composition de la trousse médicale.

Un certain nombre de critères sont a priori susceptibles de modifier la composition de la trousse d'urgence ; nous retenons les critères suivants :

- Age
- Sexe
- Distance au CHU
- Formation complémentaire d'urgence ou non
- Nombre d'années d'expérience

La distance au CHU paraît être un élément important dans le choix par le médecin de la composition de sa trousse. Afin de rechercher si ce critère est en effet significatif, nous avons considéré que seul le département de Paris se situe forcément dans un réseau de santé de proximité à un CHU. C'est la raison pour laquelle nous ferons une distinction Paris/non Paris sur les départements. Les autres départements paraissent disparates concernant les zones urbaines et rurales et ne pourraient être pris en compte en tant qu'entité.

Enfin, de façon à représenter la charge, la complexité, la quantité de recours possible de la trousse d'urgence, nous avons tenté de créer une variable « poids », destinée à être utilisée comme un outil pour cette étude. L'intérêt de représenter la trousse sous forme d'une variable « poids » est d'obtenir un chiffre ergonomique permettant des comparaisons mathématiques plus robustes et multivariées.

IV-RESULTATS

Le questionnaire a été envoyé aux participants à partir du 1^{er} août 2014. Le recueil des réponses a été fait jusqu'au dimanche 26 octobre 2014.

Un mail de relance a été envoyé début octobre 2014. Certains présidents d'associations ont fait le choix de n'envoyer le questionnaire que début septembre et non au 1^{er} août après les congés annuels de beaucoup de médecins, afin d'optimiser le taux de réponses.

Nous avons reçu au total 162 réponses au questionnaire.

Le taux de réponses a été de 16% au minimum (1 000 médecins au sein de SOS médecins), mais le taux final est probablement plus important. Il est non chiffrable car le nombre exact de questionnaires envoyés n'est pas connu. Le taux de réponses est cependant satisfaisant.

1. Résultats descriptifs

a. Données démographiques

Tableau 1				
Fréquences des réponses des 162 participants				
Données Démographiques				
Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I	C]95%
Age	< 35 ans	12,3	7,3	17,4
	35-55 ans	62,3	54,9	69,8
	>55 ans	25,3	18,6	32,0
Sexe	Femme	12,3	7,3	17,4
	Homme	87,7	82,6	92,7
Depuis combien d'années pratiquez vous des visites à domicile?	1 à 5 ans	17,7	11,8	23,7
	Plus de 5 ans	82,3	76,3	88,2
Dans ce cadre, combien d'actes réalisez-vous par semaine?	10-50	29,7	22,5	36,9
	Plus de 50	70,3	63,1	77,5
Exercez-vous en milieu	Rural	0,6	0,0	1,8
	Semi rural	9,9	5,3	14,5
	Urbain	89,5	84,8	94,2
A quelle distance maximale êtes vous d'une structure hospitalière	< 15 minutes	69,0	61,8	76,2
	15 - 60 minutes	30,4	23,2	37,6
	> 60 minutes	0,6	0,0	1,9
Exercez-vous uniquement en période de Permanence Des Soins (PDS) ?	.Oui	21,4	15,0	27,8
	non	78,6	72,2	85,0
Disposez-vous de ?	Une trousse adulte	1,2	0,0	2,9
	Une trousse adulte; Une réserve voiture	3,1	0,4	5,7
	Une trousse adulte; Une trousse commune adulte/enfant; Une réserve voiture	1,9	0,0	3,9
	Une trousse adulte; Une trousse enfant	1,2	0,0	2,9
	Une trousse adulte; Une trousse enfant; Une réserve voiture	3,1	0,4	5,7
	Une trousse commune adulte/enfant	13,0	7,8	18,1
	Une trousse commune adulte/enfant; Une réserve voiture	76,5	70,0	83,1
Vérifiez vous votre trousse	...à chaque vacation	31,0	23,8	38,2
	...toutes les semaines	38,6	31,0	46,2
	.Moins d'une fois par mois	12,0	7,0	17,1
	tous les mois	18,4	12,3	24,4
Avez vous une check-list de son contenu?	.Oui	24,7	18,0	31,4
	Non	75,3	68,6	82,0
Formation Urgence	.MG seule	54,3	46,7	62,0
	FC Urgence	45,7	38,0	53,3

Le tableau 1 présente les résultats d'effectifs de réponse au questionnaire concernant les données démographiques. Nous pouvons constater que la grande majorité (89.5%) des médecins exerce en zone urbaine, et 69% se trouvent à moins de 15 minutes d'un CHU. Moins de 1% exercent en zone rurale, à plus de 60 minutes d'un CHU. La plupart des médecins ayant répondu à cette enquête, 82.3% dans cette étude, pratiquent des visites à domicile depuis plus de 5 ans et ont donc de l'expérience dans ce domaine.

Une majorité, 76.5% des réponses, possède une trousse commune adulte et enfant ainsi qu'une réserve dans leur voiture.

La trousse médicale d'urgence, pour répondre à des exigences de sécurité et d'hygiène et afin d'être un véritable outil du médecin, nécessite d'être vérifiée régulièrement. Ainsi, le fonctionnement du matériel, la présence des produits et leurs dates de péremption doivent être contrôlés.

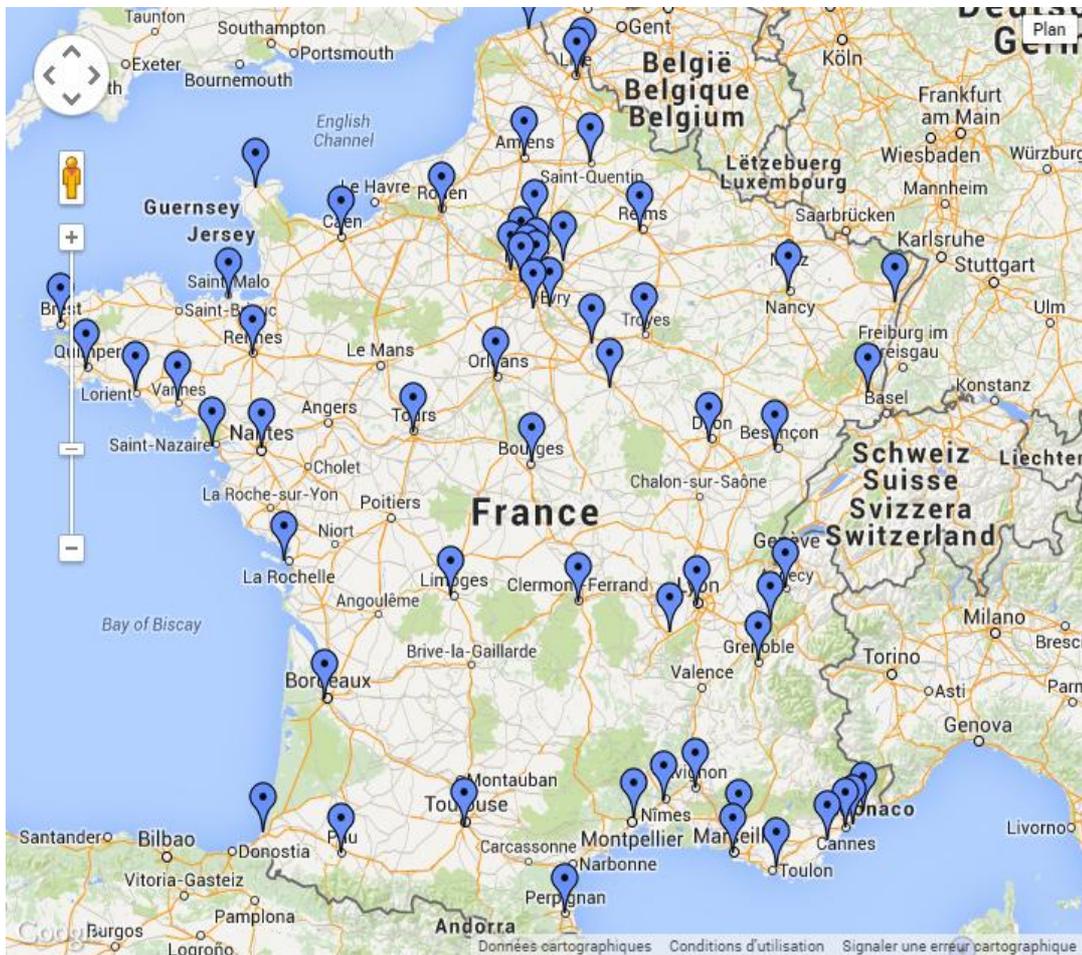
La trousse est vérifiée à chaque vacation pour un tiers des participants, toutes les semaines dans 38.6% des cas, 18.4% d'entre eux la vérifient tous les mois et 12% moins d'une fois par mois. Dans ces cas, la question de la péremption de leurs produits et la présence de tout matériel nécessaire à leur pratique se pose.

Comment optimiser le temps de la vérification, facteur qui pourrait être déterminant pour les praticiens et qui pourrait augmenter la fréquence de vérification ?

Une des solutions pourrait être d'avoir une check-list de son contenu, éventuellement organisée en « secteurs » de leur trousse. Ces secteurs peuvent être différents des choix que nous avons fait dans le questionnaire (per os/trousse à injectable, trousse de « petite chirurgie » etc...). Nous constatons que 24.7% des participants possèdent une liste du contenu de leur trousse. Ce chiffre reste cependant assez bas. Par retour de mail automatique à l'envoi de leur réponse au questionnaire, chaque participant a reçu un récapitulatif de leurs réponses à chaque item. Ils ont ainsi directement une liste du matériel qui est contenu dans la trousse et qui était demandé dans le questionnaire. Cette liste ne saurait être exhaustive pour chaque médecin mais pourrait être une aide à l'élaboration d'une check-list. Nous leur avons ainsi proposé d'utiliser cet outil.

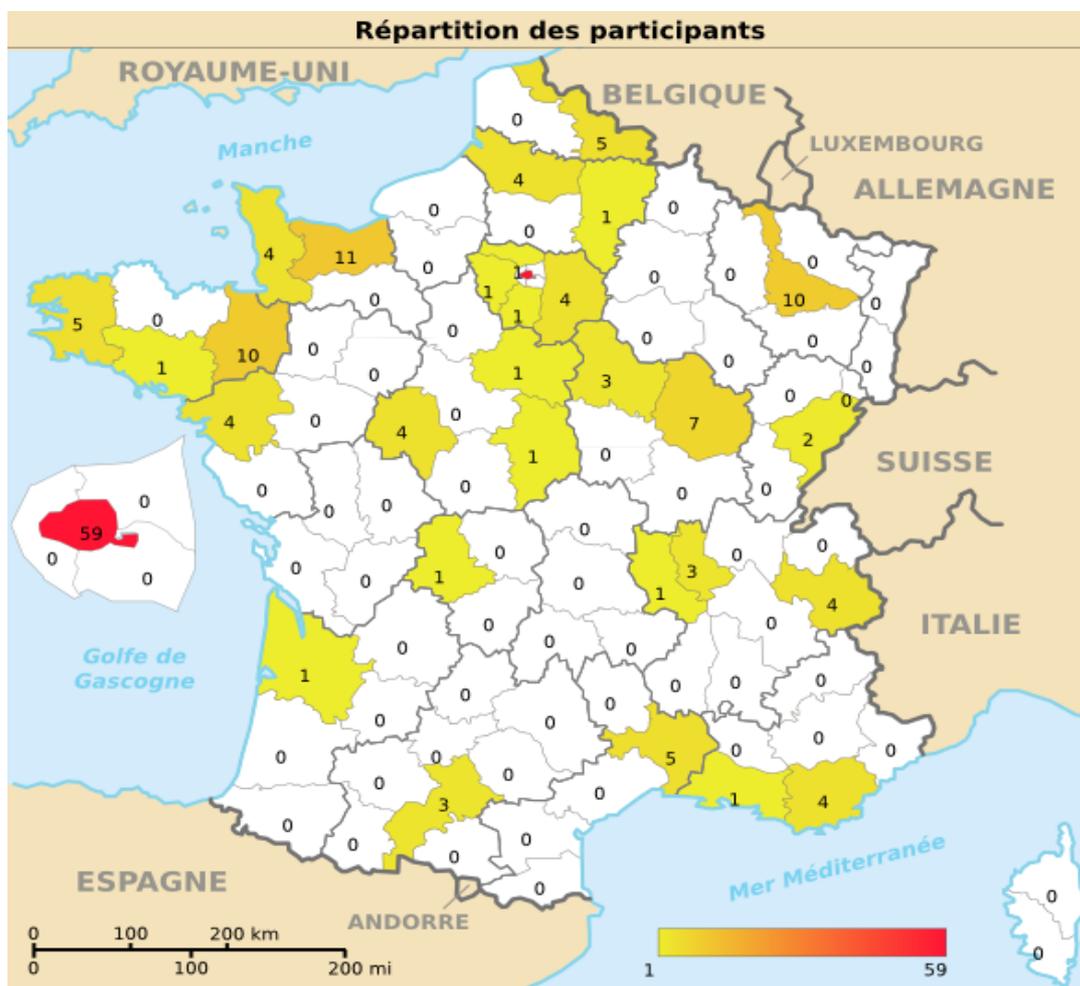
Nous constatons que 45.7% des participants ont noté avoir une formation à la médecine d'urgence complémentaire de leur formation de médecine générale (DESC d'urgence, DU d'urgence, CAMU...).

Carte n°1 : Répartition des associations SOS médecins sur le territoire en 2014.



La première carte présentée dans cette étude représente l'implantation des associations SOS médecins sur le territoire national en 2014, à l'exception de la Corse. L'association SOS d'Ajaccio comporte 6 médecins. Les associations SOS médecins couvrent 60% de la population.

Carte n°2 : Répartition sur le territoire national des réponses à l'étude.



Cette seconde carte représente la répartition des réponses au questionnaire de l'étude.

Nous pouvons ainsi noter une bonne représentativité de la répartition géographique des réponses. Il manque cependant des données concernant le nombre de médecins dans chaque association. Les données ne nous permettent donc pas d'évaluer la représentativité pondérée de chaque centre.

Les seules données disponibles concernent l'association SOS médecins Paris, qui comporte 150 médecins. Nous avons eu 59 réponses à Paris, 36.3% des réponses au total. Donc un taux d'un tiers de réponses concernant ce centre qui, comparé au taux de réponse moyen de 16%, nous permet d'avoir une bonne représentativité du département de Paris.

Nous pouvons cependant affirmer que cette étude évalue une représentation nationale des pratiques de SOS Médecins et que toutes les zones dans lesquelles existent les associations sont représentées.

b. Matériel diagnostique

Tableau 2				
<i>Fréquences des réponses des 162 participants</i>				
<i>Matériel diagnostique de la trousse</i>				
Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%	
Sthétoscope	<i>..Indispensable</i>	100,0	100,0	100,0
Tensiomètre	<i>..Indispensable</i>	100,0	100,0	100,0
Otoscope	<i>..Indispensable</i>	99,4	98,2	100,0
	<i>.Utile</i>	0,6	0,0	1,8
Abaisse langue	<i>..Indispensable</i>	51,9	44,2	59,5
	<i>.Utile</i>	31,5	24,3	38,6
	<i>Je n'en ai pas</i>	16,7	10,9	22,4
Thermomètre	<i>..Indispensable</i>	79,0	72,7	85,3
	<i>.Utile</i>	15,4	9,9	21,0
	<i>Je n'en ai pas</i>	5,6	2,0	9,1
Lampe torche	<i>..Indispensable</i>	65,4	58,1	72,8
	<i>.Utile</i>	24,1	17,5	30,7
	<i>Je n'en ai pas</i>	10,5	5,8	15,2
Electrocardiogramme	<i>..Indispensable</i>	96,9	94,3	99,6
	<i>.Utile</i>	3,1	0,4	5,7
Oxymètre de pouls	<i>..Indispensable</i>	88,3	83,3	93,2
	<i>.Utile</i>	9,3	4,8	13,7
	<i>Je n'en ai pas</i>	2,5	0,1	4,9
Détecteur de CO	<i>..Indispensable</i>	51,9	44,2	59,5
	<i>.Utile</i>	27,8	20,9	34,7
	<i>Je n'en ai pas</i>	20,4	14,2	26,6
Lecteur de glycémie capillaire	<i>..Indispensable</i>	88,3	83,3	93,2
	<i>.Utile</i>	7,4	3,4	11,4
	<i>Je n'en ai pas</i>	4,3	1,2	7,5
Test de grossesse urinaire	<i>..Indispensable</i>	12,3	7,3	17,4
	<i>.Utile</i>	23,5	16,9	30,0
	<i>Je n'en ai pas</i>	64,2	56,8	71,6
Test de Diagnostic Rapide (TDR) Streptatest	<i>..Indispensable</i>	20,4	14,2	26,6
	<i>.Utile</i>	46,9	39,2	54,6
	<i>Je n'en ai pas</i>	32,7	25,5	39,9
Bandelette Urinaire	<i>..Indispensable</i>	92,0	87,8	96,2
	<i>.Utile</i>	6,8	2,9	10,7
	<i>Je n'en ai pas</i>	1,2	0,0	2,9
Appareil d'échographie	<i>..Indispensable</i>	1,2	0,0	2,9
	<i>.Utile</i>	10,5	5,8	15,2
	<i>Je n'en ai pas</i>	88,3	83,3	93,2
Ophthalmoscope	<i>..Indispensable</i>	3,1	0,4	5,7
	<i>.Utile</i>	1,9	0,0	3,9
	<i>Je n'en ai pas</i>	95,1	91,7	98,4

Le tableau 2 recense les résultats descriptifs concernant le matériel diagnostique de la trousse.

Certains éléments ne font pas débat, 100% des participants possèdent un stéthoscope, un tensiomètre, un appareil à électrocardiogramme et un otoscope et ces outils sont en effet non remplaçables.

Pour d'autres items, en fonction des pratiques de chacun, le matériel peut prendre différentes formes et un même outil peut avoir différentes fonctions.

Ainsi, le marteau à réflexe n'est pas présent dans notre liste. De nombreux médecins utilisent le stéthoscope ou un autre outil afin de tester les réflexes ostéo-tendineux. Sur le même modèle, un abaisse langue cassé en deux permet de rechercher le signe de Babinski par exemple. Mais de nombreux participants nous ont précisé qu'ils possédaient un marteau à réflexes dans leur trousse. Cet outil pourrait donc faire partie de la trousse médicale.

Un taux de 16,7% des participants ne possède pas d'abaisse langue. Certains médecins m'ont précisé qu'ils préféreraient utiliser du matériel qu'ils trouvent au domicile du patient, une petite cuillère par exemple, qu'ils trouvent plus confortable pour leurs patients. Ils utilisent donc en soi un abaisse langue, mais qui peut ne pas être contenu dans leur trousse. Le taux de présence de l'item pourrait donc être sous-estimé.

De la même façon, beaucoup n'ont pas de lampe torche. De nombreux médecins utilisent leur otoscope ou leur smartphone par exemple. Le taux de réponses négatives peut également être biaisé par cette question, certains médecins ayant répondu qu'ils n'en avaient pas mais utilisent une lampe au cours de leurs consultations à domicile.

Un taux de 32.7% des médecins ne possède pas de test de diagnostic rapide dans leur trousse. Certains d'entre eux évoquent des difficultés de conditionnement dans leur trousse ou dans leur voiture notamment en raison d'une sensibilité importante des réactifs utilisés aux variations de température. Il reste cependant une indication certaine à utiliser des Tests de Diagnostic Rapide en médecine générale.

Un appareil d'échographie est utilisé par 11,7% des médecins participants à l'enquête. Ce chiffre est en nette augmentation depuis quelques années et ne cesse d'augmenter. Nous avons ainsi porté un intérêt particulier à cette question, qui sera développée dans un point de discussion.

c. Matériel thérapeutique non médicamenteux

Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I	C]95%
Solution Antiseptique	..Indispensable	85,0	79,5	90,5
	.Utile	13,8	8,4	19,1
	Je n'en ai pas	1,3	0,0	3,0
Solution hydro-alcoolique	..Indispensable	76,3	69,7	82,8
	.Utile	18,8	12,7	24,8
	Je n'en ai pas	5,0	1,6	8,4
Masques chirurgicaux/FFP2	..Indispensable	22,2	15,7	28,6
	.Utile	50,0	42,2	57,8
	Je n'en ai pas	27,8	20,9	34,8
Gants	..Indispensable	88,7	83,8	93,6
	.Utile	10,7	5,9	15,5
	Je n'en ai pas	0,6	0,0	1,9
Seringues	..Indispensable	100,0	100,0	100,0
Aiguilles SC/IM/IV	..Indispensable	100,0	100,0	100,0
Cathéter veineux (cathlon)	..Indispensable	34,8	27,4	42,1
	.Utile	34,8	27,4	42,1
	Je n'en ai pas	30,4	23,3	37,5
Tubulure	..Indispensable	34,6	27,2	41,9
	.Utile	31,5	24,3	38,6
	Je n'en ai pas	34,0	26,7	41,2
Compresse	..Indispensable	89,5	84,8	94,2
	.Utile	9,3	4,8	13,7
	Je n'en ai pas	1,2	0,0	2,9
Atelle (cheville, doigt...)	..Indispensable	1,2	0,0	3,0
	.Utile	24,2	17,6	30,8
	Je n'en ai pas	74,5	67,8	81,3
Kit de pansement	..Indispensable	45,3	37,7	53,0
	.Utile	42,9	35,2	50,5
	Je n'en ai pas	11,8	6,8	16,8
Kit de suture	..Indispensable	70,4	63,3	77,4
	.Utile	24,7	18,1	31,3
	Je n'en ai pas	4,9	1,6	8,3
Bandes (vepeau, nylex...)	..Indispensable	54,7	47,0	62,3
	.Utile	39,1	31,6	46,7
	Je n'en ai pas	6,2	2,5	9,9
Mèche hémostatique	..Indispensable	65,4	58,1	72,8
	.Utile	30,9	23,8	38,0
	Je n'en ai pas	3,7	0,8	6,6
Matériel de nébulisation (aérosols)	..Indispensable	51,9	44,1	59,6
	.Utile	14,4	8,9	19,8
	Je n'en ai pas	33,8	26,4	41,1
Chambre d'inhalation (Babyhaler...)	..Indispensable	64,2	56,8	71,6
	.Utile	22,8	16,4	29,3
	Je n'en ai pas	13,0	7,8	18,1
Kit d'intubation	..Indispensable	16,8	11,0	22,5
	.Utile	19,3	13,2	25,3
	Je n'en ai pas	64,0	56,6	71,4
Bouteille d'O2	..Indispensable	47,8	40,0	55,6
	.Utile	14,5	9,0	19,9
	Je n'en ai pas	37,7	30,2	45,3
Canule de Guédel	..Indispensable	42,5	34,8	50,2
	.Utile	29,4	22,3	36,4
	Je n'en ai pas	28,1	21,2	35,1
DAI/DAE (Défibrillateur externe)	..Indispensable	30,2	23,1	37,3
	.Utile	11,9	6,9	17,0
	Je n'en ai pas	57,9	50,2	65,5

Le tableau 3 regroupe les résultats descriptifs concernant le matériel thérapeutique non médicamenteux.

Plus de 80% des médecins possèdent du matériel de traumatologie (kit de pansement, kit de suture, bandes...).

Environ 65% des médecins ont du matériel (cathlon et tubulure) pour poser une voie veineuse périphérique.

Le matériel nécessaire à l'intubation d'un patient est présent dans 36% des trousse.

Il est intéressant de noter que 37,7% des médecins de SOS médecins ne possèdent pas de bouteille d'oxygène. Cela semble cependant souvent au moins utile voire indispensable en situation d'urgence. Les raisons de ce taux de réponses négatives pourraient être multiples. Tout d'abord, pour des raisons d'assurance et de sécurité, posséder une bouteille d'oxygène dans le coffre de sa voiture n'est pas sans risques. Par ailleurs, certains médecins nous ont précisé qu'en cas de besoin urgent ils appelaient les pompiers. En effet, les brigades des sapeurs-pompiers (BSP) interviennent au domicile des patients en moyenne en 16 minutes 45 sur le territoire. Tous les Véhicules de Soins et d'Assistance aux Victimes (VSAV) ont le matériel nécessaire à une ventilation d'urgence.

d. Matériel thérapeutique médicamenteux

- Antibiotiques

Tableau 4			
<i>Fréquences des réponses des 162 participants</i>			
<i>Matériel thérapeutique: Antibiotiques</i>			
Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%
C3G injectable (Rocéphine, Claforan...)	..Indispensable	91,4	87,0 95,7
	.Utile	7,4	3,4 11,4
	Je n'en ai pas	1,2	0,0 2,9
Pénicilline PO (Amoxicilline, Augmentin...)	..Indispensable	18,1	12,2 24,1
	.Utile	47,5	39,8 55,2
	Je n'en ai pas	34,4	27,0 41,7
Macrolide PO (Azithromycine, Pyostacine...)	..Indispensable	7,0	3,0 11,0
	.Utile	36,3	28,8 43,8
	Je n'en ai pas	56,7	48,9 64,4
Fluoroquinolone (Ofloctet, Ciflox...)	..Indispensable	23,5	16,9 30,0
	.Utile	45,1	37,4 52,7
	Je n'en ai pas	31,5	24,3 38,6

Au total, 98.8% des trousse contiennent une céphalosporine de 3^{ème} génération. Ce taux est cohérent par rapport à l'avis du Comité d'Hygiène en France du 26 septembre 2006 qui recommande d'administrer immédiatement une C3G en cas de suspicion de purpura fulminans.

Dans ce tableau 4, il s'agit du seul antibiotique évalué indispensable de la trousse médicale d'urgence.

Les autres antibiotiques, bien que fréquemment prescrits aux patients, sont présents en général dans la trousse afin d'aider les patients à prendre précocement une première dose d'antibiotique avant de se rendre en pharmacie, notamment en période de permanence des soins.

- Antalgiques

Tableau 5			
<i>Fréquences des réponses des 162 participants</i>			
<i>Matériel thérapeutique: Antalgiques</i>			
Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%
Paracétamol PO adulte	..Indispensable	40,7	33,2 48,3
	.Utile	38,3	30,8 45,8
	Je n'en ai pas	21,0	14,7 27,3
Paracétamol enfant PO/suppositoire	..Indispensable	32,9	25,7 40,2
	.Utile	37,3	29,8 44,7
	Je n'en ai pas	29,8	22,7 36,9
Paracétamol codéine	..Indispensable	28,7	21,6 35,7
	.Utile	42,7	34,9 50,4
	Je n'en ai pas	28,7	21,6 35,7
AINS Injectable	..Indispensable	92,6	88,6 96,6
	.Utile	6,8	2,9 10,7
	Je n'en ai pas	0,6	0,0 1,8
AINS PO	..Indispensable	23,9	17,3 30,5
	.Utile	49,1	41,3 56,8
	Je n'en ai pas	27,0	20,1 33,9
Pommade AINS	..Indispensable	0,6	0,0 1,9
	.Utile	5,1	1,6 8,5
	Je n'en ai pas	94,3	90,7 97,9
Néfopam (Acupan)	..Indispensable	82,7	76,9 88,5
	.Utile	15,4	9,9 21,0
	Je n'en ai pas	1,9	0,0 3,9
Tramadol PO	..Indispensable	15,7	10,1 21,4
	.Utile	50,9	43,2 58,7
	Je n'en ai pas	33,3	26,0 40,7
Tramadol injectable	..Indispensable	1,9	0,0 4,1
	.Utile	10,3	5,5 15,0
	Je n'en ai pas	87,8	82,7 93,0
Morphine PO	..Indispensable	46,5	38,7 54,3
	.Utile	33,1	25,8 40,5
	Je n'en ai pas	20,4	14,1 26,7
Morphine injectable	..Indispensable	74,7	68,0 81,4
	.Utile	11,1	6,3 16,0
	Je n'en ai pas	14,2	8,8 19,6
Nalbuphine (Nubain)	..Indispensable	7,8	3,6 12,0
	.Utile	7,1	3,1 11,2
	Je n'en ai pas	85,1	79,4 90,7
Triptan (Zomig, Imigrane...)	..Indispensable	9,4	4,9 14,0
	.Utile	32,7	25,4 40,0
	Je n'en ai pas	57,9	50,2 65,5

Nous notons dans ce tableau un taux de présence important des antalgiques de palier I selon la classification de l'OMS. Nous retrouvons du paracétamol dans 79% des trousse, un AINS injectable dans 99.4% des trousse.

Le néfopam (Acupan®), hors paliers de la classification OMS, est présent dans 98.1% des trousse.

Nous notons une présence plus faible d'antalgiques de paliers II. Un taux de 71.4% des trousse contiennent du paracétamol associé à la codéine et 66.3% pour le tramadol PO. Ce taux diminue à 12.2% pour le tramadol injectable.

Le taux de présence dans la trousse augmente pour les antalgiques de palier III, avec 79.6% des trousses qui contiennent de la morphine PO et 85.8% pour la morphine injectable. La nalbuphine, utilisée essentiellement en pédiatrie, n'est présente que dans 14.9% des cas.

- Cardiologie

Tableau 6			
Fréquences des réponses des 162 participants			
Matériel thérapeutique: Cardiologie			
Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%
Adrénaline injectable	<i>..Indispensable</i>	94,4	90,9 98,0
	<i>.Utile</i>	4,3	1,2 7,5
	<i>Je n'en ai pas</i>	1,2	0,0 3,0
Atropine	<i>..Indispensable</i>	61,9	54,3 69,4
	<i>.Utile</i>	27,5	20,6 34,4
	<i>Je n'en ai pas</i>	10,6	5,9 15,4
Inhibiteur calcique PO/Injectable (Loxen...)	<i>..Indispensable</i>	54,4	46,7 62,1
	<i>.Utile</i>	23,8	17,2 30,3
	<i>Je n'en ai pas</i>	21,9	15,5 28,3
Diurétique PO (Lasilix, Burinex...)	<i>..Indispensable</i>	32,9	25,6 40,2
	<i>.Utile</i>	29,1	22,0 36,2
	<i>Je n'en ai pas</i>	38,0	30,4 45,5
Diurétique injectable	<i>..Indispensable</i>	82,0	76,1 87,9
	<i>.Utile</i>	13,7	8,4 19,0
	<i>Je n'en ai pas</i>	4,3	1,2 7,5
Trinitrine (Natispray)	<i>..Indispensable</i>	87,6	82,5 92,7
	<i>.Utile</i>	10,6	5,8 15,3
	<i>Je n'en ai pas</i>	1,9	0,0 4,0
Aspégic	<i>..Indispensable</i>	52,2	44,4 60,0
	<i>.Utile</i>	32,1	24,8 39,3
	<i>Je n'en ai pas</i>	15,7	10,1 21,4
Antithrombotique injectable (Lovenox, Arixtra...)	<i>..Indispensable</i>	64,6	57,2 72,0
	<i>.Utile</i>	28,6	21,6 35,5
	<i>Je n'en ai pas</i>	6,8	2,9 10,7

Les médicaments classés en cardiologie dans ce questionnaire sont fortement représentés dans la trousse d'urgence.

L'adrénaline est présente dans 98.7% des cas et paraît indispensable à 94.4% des médecins interrogés.

Un diurétique injectable, de la trinitrine sublinguale et un antithrombotique injectable sont présents dans plus de 90% des trousses.

- Pneumologie-allergologie

Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%
Béta2+ inhalé (Ventoline, Bricanyl...)	..Indispensable	95,7	92,5 98,8
	.Utile	3,1	0,4 5,8
	Je n'en ai pas	1,2	0,0 3,0
Béta2+ injectable (salbutamol)	..Indispensable	45,9	38,1 53,7
	.Utile	19,7	13,5 26,0
	Je n'en ai pas	34,4	27,0 41,8
Anticholinergique inhalé (Atrovent)	..Indispensable	36,9	29,4 44,5
	.Utile	21,7	15,2 28,1
	Je n'en ai pas	41,4	33,7 49,1
Corticoïde inhalé (pulmicort...)	..Indispensable	25,6	18,8 32,5
	.Utile	16,7	10,8 22,5
	Je n'en ai pas	57,7	49,9 65,4
Antihistaminique PO (zyrtec, aeries...)	..Indispensable	43,8	36,1 51,4
	.Utile	31,3	24,1 38,4
	Je n'en ai pas	25,0	18,3 31,7
Antihistaminique IV (polaramine...)	..Indispensable	73,3	66,5 80,1
	.Utile	18,6	12,6 24,6
	Je n'en ai pas	8,1	3,9 12,3
Corticoïdes PO	..Indispensable	70,4	63,3 77,4
	.Utile	21,0	14,7 27,3
	Je n'en ai pas	8,6	4,3 13,0
Corticoïdes injectable	..Indispensable	85,1	79,6 90,6
	.Utile	12,4	7,3 17,5
	Je n'en ai pas	2,5	0,1 4,9
Stylo adrénaline (Anapen...)	..Indispensable	21,7	15,4 28,1
	.Utile	14,9	9,4 20,4
	Je n'en ai pas	63,4	55,9 70,8

Un béta-2-mimétique inhalé, des corticoïdes PO et injectables et un antihistaminique PO sont présents dans plus de 90% des trousseaux médicaux. Seul le beta-2-mimétique inhalé paraît indispensable à plus de 95% des médecins interrogés.

Peu de médecins possèdent un stylo d'adrénaline. Ceci peut être expliqué par le fait que nous avons vu dans la partie cardiologie que 98.7% d'entre eux possèdent de l'adrénaline injectable.

- Neurologie – Psychiatrie

Tableau 8			
<i>Fréquences des réponses des 162 participants</i>			
<i>Matériel thérapeutique: Neurologie</i>			
Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%
G30%	<i>..Indispensable</i>	76,1	69,5 82,7
	<i>.Utile</i>	13,8	8,5 19,2
	<i>Je n'en ai pas</i>	10,1	5,4 14,7
Antagoniste opiacés Naloxone (Narcan)	<i>..Indispensable</i>	17,3	11,4 23,2
	<i>.Utile</i>	23,1	16,5 29,7
	<i>Je n'en ai pas</i>	59,6	51,9 67,3
Antagoniste BZD Flumazénil (Anexate)	<i>..Indispensable</i>	4,4	1,2 7,6
	<i>.Utile</i>	12,0	7,0 17,1
	<i>Je n'en ai pas</i>	83,5	77,8 89,3
Anxiolytique benzodiazépine (BZD) PO	<i>..Indispensable</i>	63,1	55,6 70,6
	<i>.Utile</i>	35,0	27,6 42,4
	<i>Je n'en ai pas</i>	1,9	0,0 4,0
Benzodiazépine injectable	<i>..Indispensable</i>	61,0	53,4 68,6
	<i>.Utile</i>	28,9	21,9 36,0
	<i>Je n'en ai pas</i>	10,1	5,4 14,7
Anxiolytique non BZD (atarax...)	<i>..Indispensable</i>	28,0	21,0 34,9
	<i>.Utile</i>	46,0	38,3 53,7
	<i>Je n'en ai pas</i>	26,1	19,3 32,9
Hypnotique (Imovane, Stilnox...)	<i>..Indispensable</i>	11,1	6,3 16,0
	<i>.Utile</i>	38,3	30,8 45,8
	<i>Je n'en ai pas</i>	50,6	42,9 58,3
Neuroleptique PO (Tercian...)	<i>..Indispensable</i>	19,3	13,2 25,3
	<i>.Utile</i>	29,2	22,2 36,2
	<i>Je n'en ai pas</i>	51,6	43,8 59,3
Neuroleptique injectable (Loxapac...)	<i>..Indispensable</i>	33,5	26,2 40,8
	<i>.Utile</i>	27,3	20,4 34,2
	<i>Je n'en ai pas</i>	39,1	31,6 46,7

Le seul médicament évalué indispensable par plus de 75% des médecins dans cette étude est le sérum glucosé à 30% afin de traiter une hypoglycémie sévère.

Une benzodiazépine PO est présente dans 98.1% des troussees et en injectable dans 89.9% des troussees.

- Gastro-entérologie

Tableau 9
Fréquences des réponses des 162 participants
Matériel thérapeutique: Gastro-entérologie

Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I	C]95%
Anti-émétique PO (primperan, motilium...)	..Indispensable	38,9	31,4	46,4
	.Utile	37,7	30,2	45,1
	Je n'en ai pas	23,5	16,9	30,0
Anti émétique PO enfant	..Indispensable	18,8	12,7	24,8
	.Utile	31,9	24,7	39,1
	Je n'en ai pas	49,4	41,6	57,1
Anti-émétique injectable (vogalène...)	..Indispensable	84,0	78,3	89,6
	.Utile	13,6	8,3	18,9
	Je n'en ai pas	2,5	0,1	4,9
Anti-diarrhéique (Tiorfan, Smecta...)	..Indispensable	14,3	8,9	19,7
	.Utile	30,4	23,3	37,5
	Je n'en ai pas	55,3	47,6	63,0
Anti-diarrhéique enfant	..Indispensable	10,6	5,9	15,4
	.Utile	18,8	12,7	24,8
	Je n'en ai pas	70,6	63,6	77,7
Anti-spasmodique (Spasfon, Débridat...)	..Indispensable	46,6	38,9	54,3
	.Utile	34,8	27,4	42,1
	Je n'en ai pas	18,6	12,6	24,6
Soluté de Réhydratation Orale (Picolite, Adiaril...)	..Indispensable	13,6	8,3	18,9
	.Utile	26,5	19,7	33,3
	Je n'en ai pas	59,9	52,3	67,4

Un anti-émétique injectable est le seul médicament présent dans 97.5% des trousse et semble indispensable à 84% des médecins interrogés.

Les autres médicaments présents dans cette liste sont nettement moins représentés, aucun autre n'est évalué indispensable par plus de 50% des médecins de SOS médecins.

- Autres

Tableau 10
Fréquences des réponses des 162 participants
Matériel thérapeutique: Autres

Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I	C]95%
Anti vertigineux (Tanganil)	..Indispensable	39,4	31,7	47,0
	.Utile	49,7	41,8	57,5
	Je n'en ai pas	11,0	6,0	15,9
Poche sérum physiologique NaCl 0.9%	..Indispensable	35,0	27,6	42,4
	.Utile	26,3	19,4	33,1
	Je n'en ai pas	38,8	31,2	46,3

Un anti vertigineux est présent dans 89% des trousse médicales.

Un taux de 61.3% médecins possède du sérum physiologique NaCl à 0.9%. Ce résultat est cohérent avec le taux de 65% de médecins ayant le matériel nécessaire à la pose d'une voie veineuse périphérique que nous avons retrouvé dans le matériel thérapeutique non médicamenteux (tableau 3).

e. Données administratives

Un seul médecin a déclaré ne pas avoir de feuille de soins dans sa trousse, probablement remplacées par le lecteur électronique de carte vitale.

Seulement 2 médecins n'ont pas d'ordonnancier normal, ils emportent probablement un ordonnancier bizona qu'ils utilisent pour tous les patients afin de transporter moins de matériel. L'ordonnancier bizona est présent dans 117 troussees soit 72% des participants.

Tous les médecins ont des formulaires d'arrêt de travail dans leur trousse.

Un taux de 89.5% des médecins possède un lecteur électronique de carte vitale.

Une grande majorité d'entre eux ont des certificats de décès (95%) et des bons de transport (93%).

Plus de 90% des participants ont un lecteur de carte bancaire dans leur trousse.

Tous les médecins utilisent un recueil thérapeutique dans leur pratique quotidienne. Pratiquement 90% des médecins utilisent le Vidal® au cours de leurs consultations, la plupart en version électronique sur leur smartphone, quelques uns en version papier. Les autres utilisent d'autres recueils thérapeutiques comme le Dorosz® ou autres applications médicales.

Uniquement 15 médecins n'ont pas accès à internet ou à un réseau 3G lors de leurs visites à domicile. De nombreux médecins citent des sites web qu'ils utilisent comme aide diagnostique ou thérapeutique au cours de leurs consultations.

Certains utilisent également des fiches personnelles, des livres regroupant les recommandations HAS, des traités médicaux d'urgence.

f. Analyse des commentaires.

Après chaque « partie » du questionnaire, un champ libre était laissé aux participants afin d'indiquer tout commentaire additionnel concernant un matériel ou un produit qu'ils possédaient et que nous n'aurions pas cité, ou afin de commenter leur pratique ou leur trousse.

Les commentaires bruts concernant chaque partie du questionnaire sont en annexe 2.

Concernant leur activité, certains médecins ont précisé s'ils exerçaient uniquement au sein du réseau SOS médecins, ou s'ils avaient une pratique libérale autre que SOS médecins, une activité dans un service d'urgence, de régulation médicale au centre 15, dans un SAMU-SMUR...

Un médecin nous précise qu'il remplace chaque médicament ou chaque matériel utilisé dans sa trousse lors de sa vacation à la fin de sa garde. Cela pourrait être une façon intéressante de compléter et de vérifier la trousse quotidiennement.

Concernant le matériel, plusieurs médecins nous ont précisé qu'ils avaient du matériel d'exercice de bouchons de cérumen, poires de lavement auriculaire ou anse de Snellen par exemple, qui peut également servir pour les corps étrangers nasaux ou auriculaires.

Un certain nombre d'entre eux nous ont indiqué qu'ils utilisaient régulièrement et donc trouvaient pertinent d'avoir un tire-tique dans leur trousse.

Plusieurs commentaires ont été faits sur le matériel qu'ils trouvaient au domicile des patients et qu'ils utilisaient dans leur pratique quotidienne comme une petite cuillère au lieu de l'abaisse langue en bois etc., ce point a été discuté dans la partie résultats du matériel diagnostique.

Une boîte à aiguilles usagées, un garrot, un peak flow, de la fluorescéine, des brassards de tension adaptés au poids du patient (pédiatrique, obèse), ont également été cités par plusieurs participants et pourraient apparaître dans la trousse. En l'absence de données précises sur l'item nous ne pouvons pas conclure sur leur pertinence ou non dans la trousse médicale.

Concernant les médicaments, beaucoup de médecins possèdent des substances absentes du questionnaire, par habitude de pratique, ou en fonction des compétences de chacun. Nous retrouvons par exemple cités une fois l'oramorph®, le diamox®, la digoxine®, la cordarone® etc... Ces éléments seront utiles à rajouter dans leur trousse personnelle, en complément de la trousse médicale que chaque médecin pratiquant des visites à domicile doit avoir.

De plus, plusieurs participants ont précisé qu'ils avaient dans leur trousse des médicaments per os qu'ils ne jugeaient pas indispensable dans leur pratique mais qu'ils possédaient afin de rendre service à leurs patients (monuril®, bactrim®...) en période de permanence des soins avec un accès à une pharmacie de garde plus difficile.

Nous notons que plusieurs médecins nous ont indiqué avoir du lepticur®, du glucagon®, de la xylocaine® afin de réaliser des anesthésies locales. De nouveau, nous ne pouvons pas conclure sur ces médicaments, n'ayant pas été testés dans le questionnaire mais cités régulièrement dans les commentaires.

Concernant le matériel administratif, de nombreux médecins nous ont indiqué avoir des certificats d'hospitalisation sous contrainte, des certificats enfant malade, des certificats de dispense de sport, des formulaires d'accident de travail.

Les formulaires d'accident de travail sont des certificats cerfa et ne peuvent être remplacés et paraissent donc utiles à avoir dans le matériel administratif. Nous ne pouvons pas conclure dans cette étude quant à leur pertinence, n'ayant pas été étudiés précisément.

Les autres certificats cités paraissent utiles dans la pratique quotidienne dans un but de gain de temps. Ils peuvent être réalisés sur une ordonnance simple et pourraient donc rester à l'appréciation de chacun.

2. Analyses multi variées

a. Analyse Factorielle Discriminante

Dans cette partie, nous avons cherché à savoir quels étaient les facteurs déterminant du choix de la composition de la trousse médicale. Nous avons en effet constaté dans les analyses descriptives une hétérogénéité dans le contenu des trousse. Quels sont les facteurs influant le choix du matériel et des thérapeutiques ? Des analyses multivariées ont été réalisées en fonction des données démographiques analysées dans cette étude.

Paramètre	Modalité	Fréquence (%)	[I C]95%
Paris ou non	Paris intra muros	36,4	29,0 43,8
	hors Paris	63,6	56,2 71,0
Urbain ou non	Non Urbain	10,5	5,8 15,2
	Urbain	89,5	84,8 94,2
Moins de 15' ou plus	Moins de 15 minutes	67,3	60,1 74,5
	Plus de 15 minutes	32,7	25,5 39,9

Dans un souci de simplification des calculs statistiques et de l'analyse, les réponses ont été regroupées « Paris » et « hors Paris » comme prévu a priori dans l'analyse des résultats. Nous avons considéré que dans le département de Paris tous les lieux d'intervention à domicile se situent à moins de 15 minutes d'un CHU, seul département aussi dense sur tout son territoire. Nous allons ainsi effectuer des analyses multi variées sur ces items, cette question n'était pas spécifiée aux participants.

De même, les catégories « exercice rural » et « semi-rural », puis « 15 à 60 minutes au CHU » et « plus de 60 minutes au CHU » ont été regroupées dans un but identique.

Nous avons réalisé en premier lieu une Analyse Factorielle Discriminante, qui est une méthode ancienne décrite par Fisher en 1936. Cette méthode, à la fois explicative et prédictive, est utilisée pour identifier quelles sont les caractéristiques des groupes sur la base de variables explicatives. Les calculs statistiques ont été effectués avec l'aide du logiciel XLStat.

Une Analyse Factorielle Discriminante a été effectuée sur l'ensemble des paramètres afin de tenter d'expliquer leur présence (noté "indispensable" ou "utile") ou leur absence (noté "je n'ai pas").

Les variables explicatives proposées sont:

- Age (<35 ans – 35 à 55 ans - > 55 ans)
- Sexe (Homme ou Femme)
- Paris ou non (département 75 ou non)
- Activité en zone urbaine ou non
- Centre hospitalier à moins de 15 minutes ou à plus de 15 minutes
- Formation complémentaire à la médecine générale ou non
- Exercice en période de Permanence de Soins ou non

Du fait de la répétition des tests statistiques, le seuil de significativité a été choisi à 1% (p value < 0.01)

Tableau 12 : Analyse factorielle discriminante des paramètres de la trousse en fonction de variables explicatives démographiques.

Présence significative (p value<0,01) si...	Age	Sexe	Paris ou non	Urbain ou non	Moins de 15' ou plus (CHU)	Formation Urgence	Permanence Des Soins
Abaisse langue							
Thermomètre							
Lampe torche							
Oxymètre de pouls							
Détecteur de CO			hors Paris				
Lecteur de glycémie capillaire			hors Paris				
Test de grossesse urinaire			hors Paris				
Test de Diagnostic Rapide (TDR) Streptatest			hors Paris				Absence
Bandelette Urinaire							
Appareil d'échographie							
Ophthalmoscope							
Solution Antiseptique							
Solution hydro-alcoolique							
Masques chirurgicaux/FFP2							
Gants							
Cathéter veineux (cathlon)			hors Paris				
Tubulure			hors Paris				
Compresse							
Atelle (cheville, doigt...)						Présence	
Kit de pansement							
Kit de suture			hors Paris				
Bandes (velpeau, nylex...)							
Mèche hémostatique							
Matériel de nébulisation (aérosols)	<55 ans		hors Paris				
Chambre d'inhalation (Babyhaler...)							
Kit d'intubation			hors Paris			Présence	

Bouteille d'O2	<55 ans		hors Paris				Absence
Canule de Guédel			hors Paris				
DAE (Défibrillateur externe)	<35 ans		hors Paris				Absence
C3G injectable (Rocéphine, Claforan...)							
Pénicilline PO (Amoxicilline, Augmentin...)							
Macrolide PO (Azithromycine, Pyostacine...)							
Fluoroquinolone (Ofloctet, Ciflox...)							
Paracétamol PO adulte							
Paracétamol enfant PO/suppositoire			hors Paris				
Paracétamol codéine			hors Paris				
AINS PO			hors Paris				
Pommade AINS							
Néfopam (Acupan)							
Tramadol PO			hors Paris		Plus de 15'		
Tramadol injectable							
Morphine PO							
Morphine injectable							
Nalbuphine (Nubain)		Femme					
Triptan (Zomig, Imigrane...)			hors Paris				
Adrénaline injectable							
Atropine							
Inhibiteur calcique PO/Injectable (Loxen...)							
Diurétique PO (Lasilix, Burinex...)							
Diurétique injectable							
Trinitrine (Natispray)							
Aspégic							
Antithrombotique injectable (Lovenox, Arixtra...)							
Béta2+ inhalé (Ventoline, Bricanyl...)							
Béta2+ injectable (salbutamol)	<35						

	ans						
Anticholinergique inhalé (Atrovent)			hors Paris		Plus de 15'		Absence
Corticoïde inhalé (pulmicort...)			hors Paris				
Antihistaminique PO (zyrtec, aeri...)			hors Paris				
Antihistaminique IV (polaramine...)							
Corticoides PO			hors Paris		Plus de 15'		
Corticoides injectable							
Stylo adrénaline (Anapen...)							
G30%							
Antagoniste opiacés Naloxone (Narcan)							
Antagoniste BZD Flumazénil (Anexate)							
Anxiolytique benzodiazépine (BZD) PO							
Benzodiazépine injectable							
Anxiolytique non BZD (atarax...)							
Hypnotique (Imovane, Stilnox...)	>35 ans						
Neuroleptique PO (Tercian...)			hors Paris				
Neuroleptique injectable (Loxapac...)			hors Paris				
Anti-émétique PO (primperan, motilium...)							
Anti émétique PO enfant							
Anti-émétique injectable (vogalène...)							
Anti-diarrhéique (Tiorfan, Smecta...)							
Anti-diarrhéique enfant							
Anti-spasmodique (Spasfon, Débridat...)							
Soluté de Réhydratation Orale (Picolite, Adiaril...)							
Anti vertigineux (Tanganil)							
Poche sérum physiologique NaCl 0.9%			hors Paris				

Cette analyse nous permet de constater qu'il semble exister assez peu de paramètres qui ressortent statistiquement significatifs pouvant expliquer l'hétérogénéité de composition des troussees médicales. Notamment, la distance à un CHU et la formation des médecins ne sont pas des éléments discriminant.

Nous notons cependant 24 items qui sont significativement plus présents en dehors de Paris. Nous notons que les items de matériel de « réanimation » sont plus présents en dehors de Paris, le kit d'intubation, la bouteille d'oxygène, le nécessaire à la pose d'une voie veineuse périphérique, la canule de Guédel, le défibrillateur externe. Nous avons vu que cela ne peut pas être expliqué uniquement par la distance à un CHU, ce facteur n'étant pas significativement discriminant dans cette analyse. Nous pensons que cette différence pourrait être liée à la densité médicale et à la densité des secours disponibles dans le département de Paris (Brigade des Pompiers, SAMU, Associations de médecine libérale effectuant des visites à domicile en urgence...).

D'autres médicaments sont plus présents dans les troussees médicales en dehors de Paris, comme les antalgiques per os de niveau I et II, les triptans, les neuroleptiques per os etc... Nous pourrions penser que de la même façon, la densité de pharmacies disponibles dans le département de Paris étant plus importante, ces items sont moins présents dans les troussees des participants afin de pouvoir fournir ces produits aux patients.

Il est intéressant de constater qu'aucun autre de ces facteurs ne se révèle statistiquement significatif pour la composition de la trousse médicale. Cependant, nous notons des variations interindividuelles importantes, même dans une population homogène de médecins ayant le même exercice médical au sein du réseau SOS médecins France. Ces variations ne sont pas expliquées par cette analyse multivariée.

Nous avons ainsi cherché un test statistique plus robuste, en émettant l'hypothèse initiale que les tests que nous venions de réaliser n'étaient peut-être pas assez puissants. Ainsi, aucun facteur ne ressortait de façon significative.

b. Représentation du poids de la trousse

Nous avons retrouvé dans les analyses descriptives de la trousse des variations interindividuelles importantes dans la composition de la trousse. Le simple constat de tendance à une différence dans les analyses préalables ne nous permet pas de conclure pour autant à une différence en l'absence de preuve statistique. Les analyses multivariées effectuées sur ces données sont elles suffisamment puissantes pour isoler un facteur discriminant ?

Nous avons ainsi cherché un moyen de représenter le contenu de la trousse, de façon quantitative et non qualitative, qui permettrait d'effectuer des calculs statistiques plus robustes pour répondre à ces hypothèses.

Le poids de la trousse est un facteur important. Son poids absolu est souvent cité dans les commentaires comme étant un problème. Le poids représente aussi l'encombrement, la charge de la vérification, la quantité des différents items que le médecin souhaite avoir à sa disposition pendant ses interventions.

Nous avons ainsi essayé de représenter le poids de la trousse par une variable « poids ».

Deux évaluations du poids de la trousse ont été testées :

- Soit en attribuant les poids de 0 à "Je n'ai pas" et 1 à "utile" ou "indispensable" (variable=Poids01)
- Soit en attribuant les poids de 0 à "Je n'ai pas", 1 à "utile" et 2 à "indispensable" (variable=Poids012)

Ces deux façons de pondérer les items de la trousse étant arbitraires, la variable qui suit le mieux une répartition gaussienne sera retenue, de façon à utiliser le "poids" comme une mesure paramétrique.

Les tests de Normalité (test de Shapiro-Wilk) tendent à ne retenir que le POIDS012 comme suivant une répartition gaussienne. C'est donc la variable retenue pour tenter de décrire la charge de la trousse.

Cette mesure paramétrique du poids va pouvoir permettre d'effectuer des tests statistiques robustes afin de tester l'hypothèse d'une différence entre les troussees et par la suite permettra d'essayer d'expliquer cette différence en fonction de données démographiques.

Une analyse de variance a été réalisée pour tenter d'expliquer les différents "poids" selon les données démographiques recueillies:

- Ancienneté (1 à 5 ans versus plus de 5 ans)
- Nombre d'acte par semaine (10 à 50 versus plus de 50)
- Permanence de soins (oui ou non)
- Age
- Sexe
- Paris ou non
- Urbain ou non
- Moins de 15 minutes d'un hôpital ou non
- Formation complémentaire en urgence ou non

Un certain nombre de données manquantes dans les questionnaires reçus sur ces variables ont nécessité la suppression de 14 observations afin d'effectuer l'analyse de variance qui portera donc sur 148 réponses.

Tableau 13 : Poids de la trousse, moyenne et écart-type. Analyse de variance du « poids » de la trousse en fonction des données démographiques.

Statistiques descriptives :					
Variable	Observations	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Poids012	148	51,0	148,0	103,1	19,7
Variable	Modalités	Effectifs	%		
ancienneté	1 à 5 ans	22	14,9		
	Plus de 5 ans	126	85,1		
Actes/semaine	10-50	42	28,4		
	Plus de 50	106	71,6		
PDS	.Oui	32	21,6		
	non	116	78,4		
Age	.< 35 ans	16	10,8		
	35-55 ans	93	62,8		
	>55 ans	39	26,4		
Sexe	Femme	17	11,5		
	Homme	131	88,5		
Paris ou non	Paris intra muros	56	37,8		
	hors Paris	92	62,2		
Urbain ou non	Non Urbain	16	10,8		
	Urbain	132	89,2		
Moins de 15' ou plus	Moins de 15 minutes	101	68,2		
	Plus de 15 minutes	47	31,8		
Formation Urgence	.MG seule	77	52,0		
	FC Urgence	71	48,0		
Analyse de la variance :					
Source	DDL	F	Pr > F		
Modèle	10	5,736	< 0,0001		
Erreur	137				
Total corrigé	147				
<i>Calculé contre le modèle Y=Moyenne(Y)</i>					
Coefficients normalisés :					
Source	Valeur	t	Pr > t	I	C 95%
ancienneté-1 à 5 ans	-0,035	-0,309	0,758	-0,256	0,187
ancienneté-Plus de 5 ans	0,000				
Actes/semaine-10-50	-0,007	-0,095	0,924	-0,159	0,145
Actes/semaine-Plus de 50	0,000				
PDS-.Oui	0,064	0,813	0,418	-0,091	0,218
PDS-non	0,000				
Age-< 35 ans	-0,003	-0,024	0,981	-0,238	0,233
Age-35-55 ans	-0,116	-1,266	0,208	-0,298	0,065
Age->55 ans	0,000				
Sexe-Femme	0,028	0,373	0,710	-0,122	0,178
Sexe-Homme	0,000				
Paris ou non-Paris intra muros	-0,574	-6,372	< 0,0001	-0,752	-0,396
Paris ou non-hors Paris	0,000				
Urbain ou non-Non Urbain	-0,058	-0,696	0,488	-0,224	0,107
Urbain ou non-Urbain	0,000				
Moins de 15' ou plus-Moins de	-0,024	-0,266	0,791	-0,200	0,152
Moins de 15' ou plus-Plus de 15	0,000				
Formation Urgence-.MG seule	-0,118	-1,585	0,115	-0,265	0,029
Formation Urgence-FC Urgence	0,000				

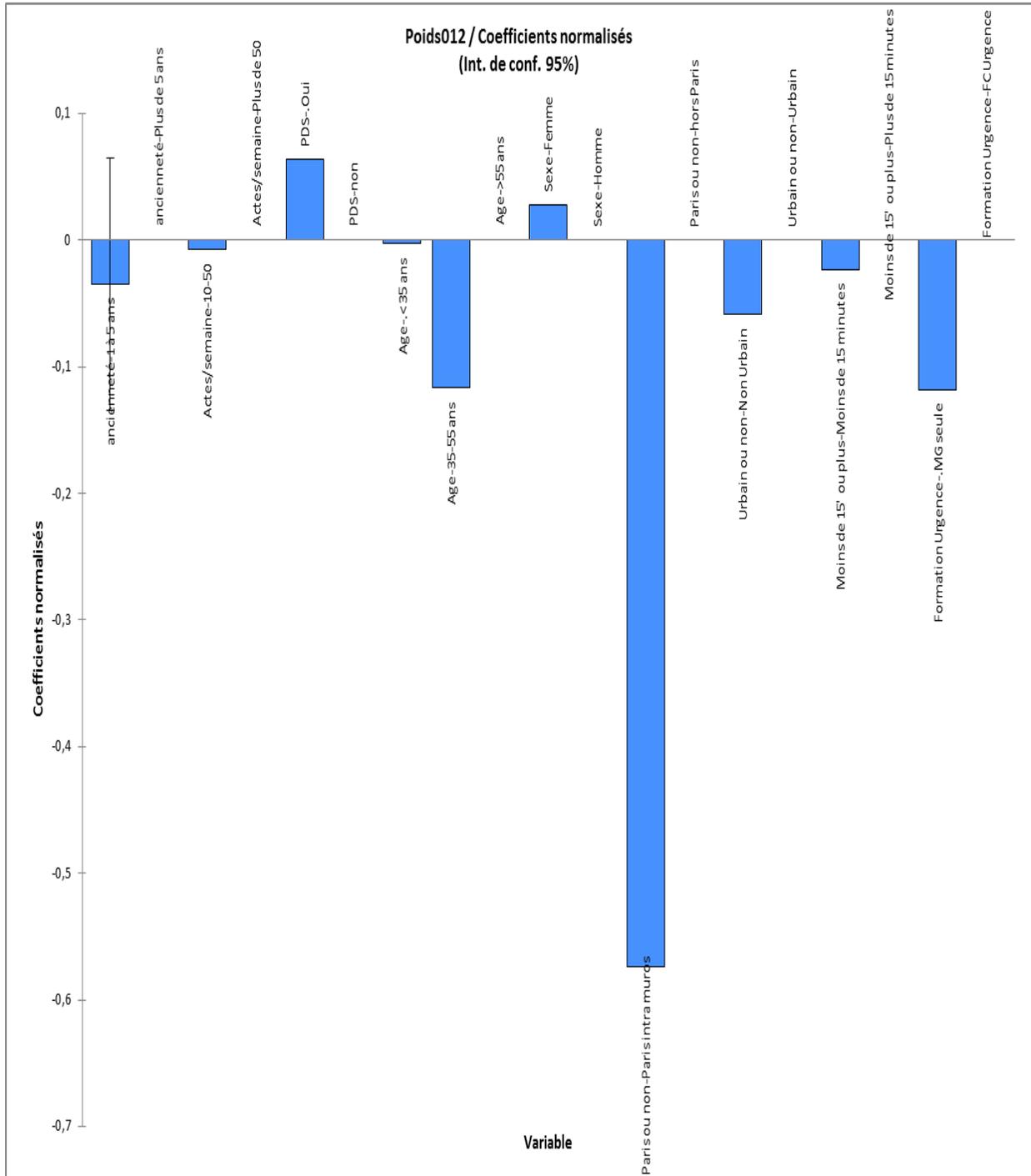
Le "poids" (en moyenne 103) varie d'un minimum de 51 à un maximum de 148 chez les 162 participants. Le "poids" de la trousse varie donc considérablement (un facteur 3). Cela témoigne de l'hétérogénéité de la composition de la trousse. Le "poids" ne peut constituer en soi ni un score ni un critère de qualité ou de performance. Il est indicatif d'une charge que seul son porteur peut justifier. Ce résultat confirme l'existence d'une différence dans les trousse que nous constatons dans les analyses descriptives.

Dans le but de déterminer ce qui justifie ces différences, une analyse de variance a été réalisée en fonction de données démographiques.

L'analyse de variance est significative dans sa globalité ($p < 0.0001$). Il est donc permis de chercher les variables explicatives de cette analyse. Nous retrouvons que seule la variable "Paris versus non Paris" permet d'expliquer cette différence de variable "poids" et ressort statistiquement significative ($p < 0.0001$).

L'analyse montre graphiquement les résultats suivants:

Graphique 1 : Poids de la trousse analysé en fonction de facteurs démographiques



Les calculs effectués pour les facteurs : ancienneté de plus de 5 ans, actes >50/semaine, masculin, > 50ans, hors période de permanence des soins, hors Paris, zone urbaine, plus de 15 minutes de distance à un CHU et formation d'urgence complémentaire ne retrouvent aucune différence et se situent donc sur la ligne du zéro.

Nous constatons sur ce graphique un "poids" inférieur pour les participants:

- Paris intra-muros ($p < 0.0001$)

Et de façon non significative:

- Les 35-55 ans
- Les MG sans formation complémentaire
- Les non urbains
- Les moins anciens (1-5 ans)
- Ceux à moins de 15' d'un centre hospitalier

Nous constatons une tendance à un "poids" supérieur pour :

- Ceux en PDS
- Les femmes

Mais les résultats pour ces deux facteurs sont non significatifs.

Cette analyse du poids de la trousse par un test statistique robuste nous confirme les résultats retrouvés dans la précédente analyse. La seule caractéristique des participants étudiés ici étant significative est le département de Paris. La trousse à Paris contient moins d'items.

Comme détaillé lors des premiers résultats, nous pensons que la densité médicale et de secours disponibles dans le département de Paris explique le poids inférieur des trousse.

3. Représentations graphiques de la composition de la trousse

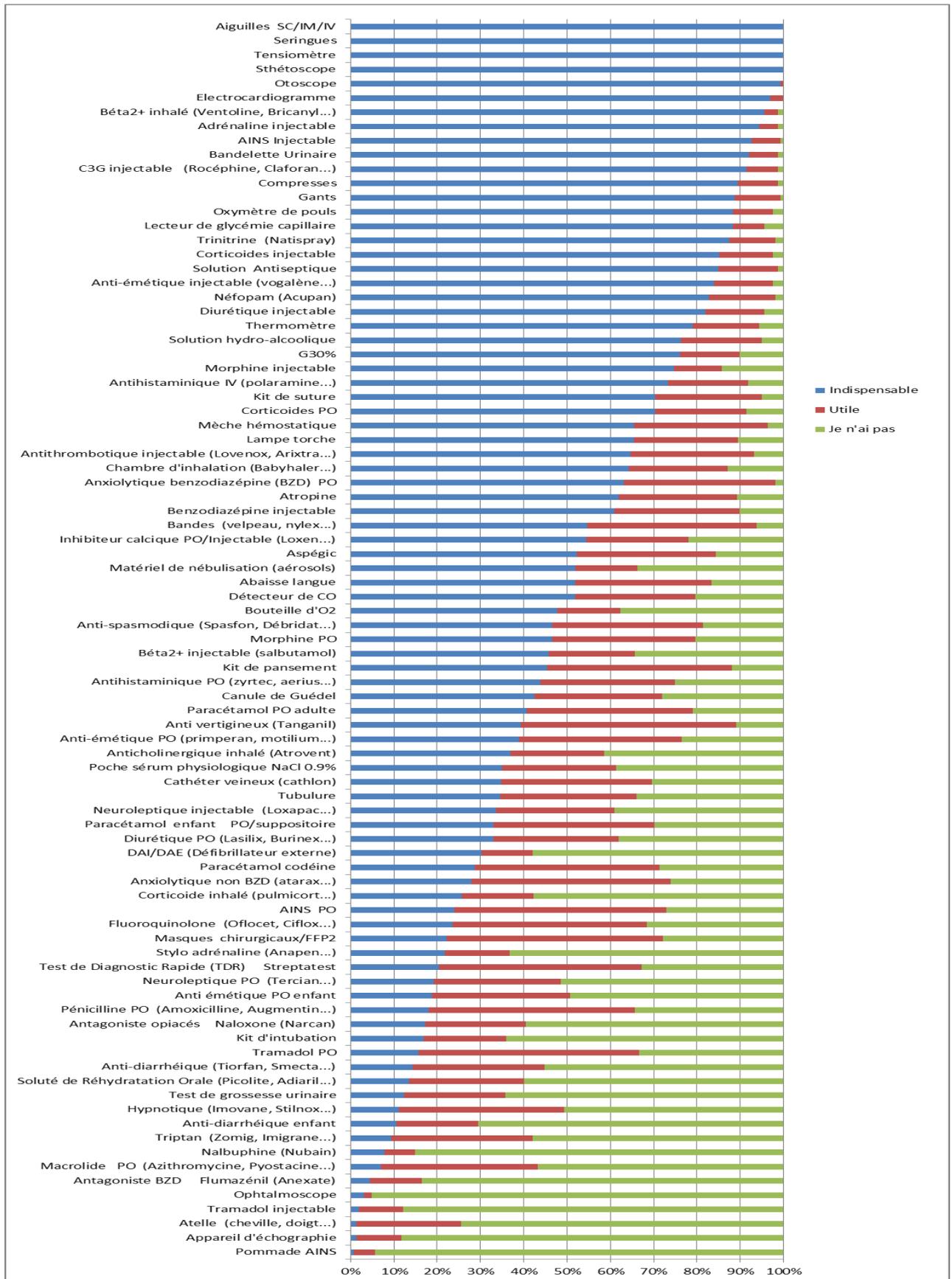
Les deux représentations graphiques suivantes constituent une synthèse de la composition de la trousse médicale d'urgence effectuée selon les réponses des 162 participants de SOS médecins France.

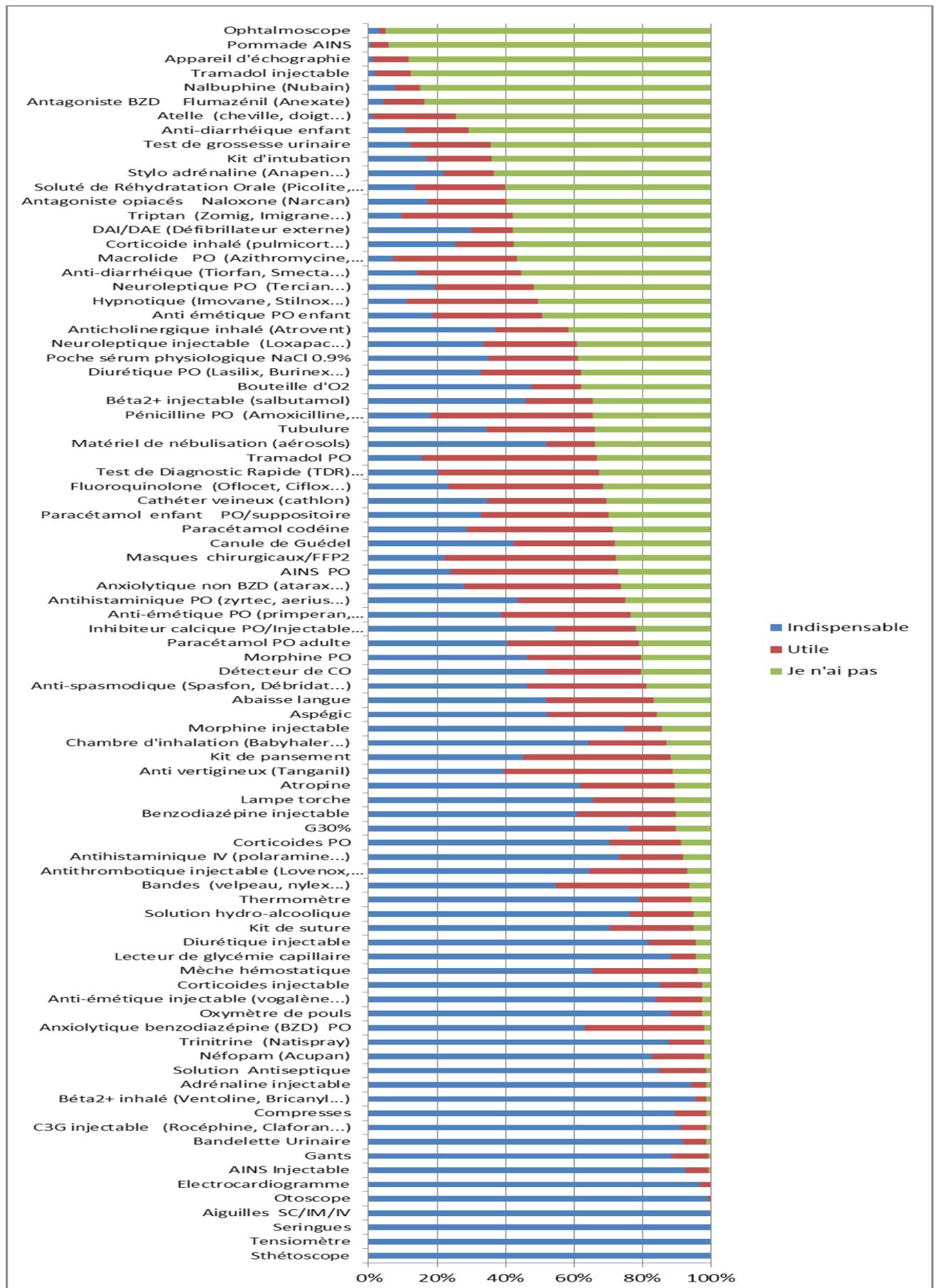
Elles représentent une hiérarchie des besoins de la trousse et de ceux qui paraissent moins utiles.

A partir de ces graphiques, nous discuterons dans le chapitre suivant d'une liste du matériel diagnostique, thérapeutique et administratif de la trousse médicale d'urgence.

Graphique 2 (page 56) : Items de la trousse classés par ordre de fréquence du plus indispensable au moins présent

Graphique 3 (page 57) : Items de la trousse classés par ordre de fréquence du moins présent au plus indispensable





V- DISCUSSION

1. Biais

Cette étude a été réalisée auprès des 1000 médecins de la fédération SOS Médecins France. Un total de 162 questionnaires a été collecté. Les 162 médecins ayant répondu, motivés pour participer à l'étude et pour observer leur pratique médicale, pourraient avoir une trousse médicale plus fournie que l'ensemble des médecins du réseau SOS médecins, un biais de recrutement est possible. Le taux de réponses et la représentativité de l'échantillon sur le plan national nous permettent de limiter ce biais.

Le questionnaire a été rempli par les participants, un biais d'information est toujours possible dans ce type d'étude déclarative. Les consignes données en début de questionnaire afin d'expliquer les mentions « indispensable », « utile » et « je n'en ai pas » paraissaient claires pour la grande majorité des participants, un seul commentaire discutant cette classification a été recueilli.

2. Proposition de trousse médicale d'urgence

La trousse médicale d'urgence est indispensable à chaque médecin en visite à domicile. Elle se doit d'être fournie en matériel diagnostique et thérapeutique afin que le médecin réponde à son obligation de moyens et à sa mission de prise en charge globale de son patient.

L'étude de la variable poids de la trousse nous a permis de constater un écart important entre les trousse, avec une variable poids allant du simple au triple.

L'analyse multivariée puis l'analyse de variance effectuées en fonction des données démographiques recueillies nous ont permis de constater que le seul facteur discriminant retrouvé dans cette étude réalisée sur une population homogène de praticiens était le département de Paris. Nous pensons que la densité médicale, de soins et de secours disponibles à Paris permet d'expliquer cette différence.

Aucune différence n'a été retrouvée en fonction de l'âge, du sexe, de l'expérience, de la formation médicale, de la distance à un CHU, du lieu d'exercice. Les variations interindividuelles constatées dans la composition de la trousse sont donc expliquées par le médecin lui-même.

Il apparaît donc d'autant plus pertinent d'harmoniser les pratiques des médecins effectuant des visites à domicile. Nous avons choisi d'effectuer une proposition de trousse médicale couvrant une majorité des situations cliniques retrouvées dans ce type d'exercice

médical. La trousse proposée est une composition de base, chaque médecin peut bien entendu l'améliorer et la compléter en fonction de ses pratiques et de ses compétences.

Nous proposons à partir des données recueillies dans cette étude d'élaborer en premier lieu les éléments de base de la trousse, qui devraient être retrouvés dans chaque trousse médicale. Nous avons estimé que dans cette base devaient se trouver les items paraissant indispensables à la majorité des médecins soit à plus de 50% des participants.

○ Les « indispensables » de la trousse :

- Stéthoscope
- Tensiomètre
- Otoscope
- Appareil à ECG
- Thermomètre
- Lampe torche
- Abaisse langue
- Bandelette urinaire
- Détecteur de CO
- Oxymètre de pouls
- Lecteur de glycémie capillaire

- Compresses
- Gants
- Aiguilles SC/IM/IV
- Seringues
- Solution antiseptique
- Mèche hémostatique
- Solution hydro-alcoolique
- Kit de suture
- Bandes
- Chambre d'inhalation

- AINS injectable
- Néfopam
- Morphine injectable

- C3G injectable
- Adrénaline injectable
- Atropine injectable
- Aspirine
- Trinitrine en spray
- Diurétique injectable
- Inhibiteur calcique injectable
- Antithrombotique injectable

- Beta2 mimétique inhalé
- Corticoïde injectable
- Corticoïdes per os
- Antihistaminique injectable
- Matériel de nébulisation

- Antiémétique injectable

- Sérum glucosé à 30% (G30%)
- Benzodiazépine injectable

- Lecteur de carte vitale/feuille de soin
- Bon de transport
- Certificat de décès
- Arrêt de travail
- Lecteur de carte bancaire
- Recueil thérapeutique

- Les « utiles » de la trousse

Ces items sont présents dans 20 à 80% des réponses et pourraient donc avoir leur place dans la trousse médicale d'urgence, cependant ils paraissent indispensables à moins de 50% des participants. Ainsi, il paraît légitime de laisser au médecin concernant ces items le choix de l'avoir ou non dans leur trousse en fonction de leurs habitudes et de leur type d'exercice.

- Test de diagnostic Rapide
- Masques chirurgicaux
- Test de grossesse urinaire

- Bouteille d'oxygène
- Kit de pansement
- Canule de guédel
- Cathéter veineux
- Tubulure
- Défibrillateur automatique externe
- Kit d'intubation

- Fluoroquinolone
- Pénicilline PO
- Macrolide PO

- Paracétamol PO adulte
- Paracétamol pédiatrique
- Paracétamol codéiné
- AINS PO
- Tramadol PO
- Morphine PO

- Diurétique PO
- Anticholinergique inhalé
- Beta 2 mimétique injectable
- Antihistaminique PO
- Stylo adrénaliné

- Neuroleptique injectable
- Neuroleptique PO
- Anxiolytique non BZD
- Antagoniste opiacé
- Hypnotique
- Triptan

- Antiémétique PO adulte
- Anti émétique PO pédiatrique
- Soluté de réhydratation orale
- Antispasmodique
- Anti diarrhéique
- Anti diarrhéique pédiatrique

- Antivertigineux
- Sérum physiologique NaCl 0.9%

Les items suivants ne sont présents que dans 20% des trousse des participants, ils n'ont pas leur place dans la trousse de base, mais restent à envisager par chaque médecin en fonction de son exercice médical et de ses compétences.

- Ophtalmoscope
- Pommade AINS
- Appareil d'échographie
- Antagoniste benzodiazépine
- Tramadol injectable
- Nalbuphine

3. Cohérence de la trousse par rapport aux données de la littérature.

Nous avons cherché à comparer les éléments qui se trouvaient dans la trousse composée à partir des réponses à cette enquête par rapport aux études réalisées sur le sujet. Il s'agit de travaux de thèse ^[32,33], d'articles de l'Encyclopédie Médico Chirurgicale ^[1,35], ou d'études publiées dans d'autres journaux scientifiques ^[34]. Nous avons également comparé la trousse aux données à l'étranger citées en première partie de ce travail.

La composition de la trousse des «indispensables » de notre étude est cohérente avec les données retrouvées dans la littérature.

Les différents articles s'accordent sur le fait que la trousse doit avoir certains éléments matériels et thérapeutiques quelle que soit la pratique du médecin. Il s'agit ainsi de notre liste d'éléments indispensables. La trousse médicale peut ensuite être complétée par d'autres éléments en fonction de la pratique et des compétences de chaque médecin.

Tous s'accordent également sur le fait que la trousse ne doit pas être trop lourde, doit être vérifiée et contrôlée régulièrement, doit être pratique et fiable afin de permettre au médecin de s'adapter à chaque situation.

4. Cohérence de la trousse par rapport à la pratique médicale de SOS médecins.

Le matériel diagnostique et thérapeutique que contient la trousse médicale d'urgence est-il cohérent avec les situations cliniques les plus fréquemment retrouvées au domicile des patients ? Permet-elle d'aider le médecin à répondre à cette demande ?

Une étude a été réalisée en 2014 en commun avec la fédération SOS médecins et le centre de recherche INSERM afin d'étudier la typologie des appels à SOS médecins en France en période de permanence des soins. Grâce à la base de données créée par le réseau SOS médecins, l'étude a permis d'étudier les motifs d'appels ainsi que les diagnostics effectués au lit du patient [36].

Tableau 13 : classement des 15 diagnostics classés PDS les plus fréquents de la population globale de l'étude

Diagnostic	nombre	% PDS	% Actes totaux
Gastro-entérite aiguë	16726	11,58%	7,59%
Otite moyenne	7286	5,05%	3,31%
Crise d'angoisse	6671	4,62%	3,03%
Angine	6466	4,48%	2,94%
Rhino-pharyngite	5996	4,15%	2,72%
Fièvre isolée	4805	3,33%	2,18%
Vomissements/nausées	4654	3,22%	2,11%
Bronchite aiguë	4071	2,82%	1,85%
Cystite	3903	2,70%	1,77%
Grippe	3319	2,30%	1,51%
Vertiges périphériques	1983	1,37%	0,90%
Lumbago aiguë	1976	1,37%	0,90%
Gastrite	1932	1,34%	0,88%
Virose	1731	1,20%	0,79%
Sciatique/Sciatalgie	1632	1,13%	0,74%
Total	73151	50,66%	33,21%

L'étude a par la suite isolé les diagnostics dits « d'urgence vraie » effectués en visite à domicile en période de nuit profonde (de minuit à 8h).

Tableau 14 : classement des 15 diagnostics classés « urgence vraie » les plus fréquents de la population globale de l'étude

Diagnostic	nombre	% UNR	% Actes totaux
Douleur abdominale aiguë	7020	11,67%	3,19%
Colique néphrétique	4691	7,80%	2,13%
Laryngite	4737	7,87%	2,15%
Crise d'asthme	2622	4,36%	1,19%
Migraine	2089	3,47%	0,95%
Douleur thoracique atypique	1871	3,11%	0,85%
Insuffisance cardiaque aiguë	1433	2,38%	0,65%
Pyélonéphrite	1346	2,24%	0,61%
Céphalées	1202	2,00%	0,55%
Poussée d'HTA	1071	1,78%	0,49%
Trouble du rythme	1025	1,70%	0,47%
Œdème aiguë du poumon	952	1,58%	0,43%
Dyspnée aiguë	837	1,39%	0,38%
Appendicite	811	1,35%	0,37%
Bronchiolite	803	1,33%	0,36%
Total	32510	54,03%	14,76%

Cette étude récente nous permet de juger la composition de la trousse médicale d'urgence réalisée au cours de cette étude cohérente par rapport aux motifs d'appels reçus par SOS médecins. Les éléments qui la composent permettent de répondre à de nombreuses situations cliniques différentes en fonction des âges. La trousse est donc cohérente par rapport à la pratique clinique des médecins de SOS médecins.

5. Validité externe de l'étude

Cette étude fait un état des lieux des pratiques d'une population homogène de médecins exerçant au sein de la fédération SOS médecins en France en 2014. Elle a permis d'élaborer une trousse médicale d'urgence adaptée à la pratique médicale de visite à domicile et aux situations cliniques rencontrées quotidiennement auprès des patients.

Le réseau SOS médecins composé de médecins généralistes a un rôle majeur dans la permanence des soins et dans la demande de soins non programmés sur l'ensemble du territoire. Leur expérience et la trousse composée à partir de leur pratique de visite à domicile pourrait donc être utilisée par tout médecin généraliste, exerçant en zone urbaine ou rurale, ayant une pratique de visite à domicile.

6. Place de l'échographie en visite à domicile.

L'appareil d'échographie était un des items de matériel diagnostique que nous avons mis dans le questionnaire. Les résultats nous ont permis de constater que 11.7% des médecins participants à l'étude possédaient un appareil d'échographie.

De nombreux médecins nous ont fait des commentaires à ce sujet. Certains en étaient déjà équipés et étaient convaincus de son utilité en visite à domicile. D'autres paraissaient très intéressés par le sujet et comptaient s'en équiper rapidement.

L'échographie a actuellement toute sa place en médecine d'urgence. Des échographies « de débrouillage » sont réalisées par des médecins non radiologues formés à cette technique. Cet examen ne prétend en aucun cas se substituer à un examen réalisé par un radiologue expérimenté. C'est pourquoi certains praticiens la nomment l'échoscopie. Cet examen a pour but d'être une aide au diagnostic de pathologies graves et dont le diagnostic échographique pourrait être effectué avec une formation courte et avec l'expérience du praticien. L'examen doit permettre uniquement de conclure à un examen contributif ou non. Le résultat est quantitatif, permet de répondre à la question « oui » ou « non ». Il ne prétend pas être dans des détails de diagnostic réservés au radiologue. Dans les services d'urgence, cet examen est déjà pratiqué quotidiennement par les médecins urgentistes et par les réanimateurs.

Nous avons donc cherché à préciser la place de l'échographie en visite à domicile.

Devant le taux de réponse positive de 11.7% au sein de la Fédération SOS médecins, nous avons voulu approfondir ce point.

Nous avons renvoyé un mail aux participants qui avaient répondu qu'ils étaient équipés d'un appareil d'échographie et à ceux qui nous ont répondu qu'ils s'y intéressaient particulièrement et qui prévoyaient de s'en équiper. Nous l'avons envoyé à 19 médecins participants. Le but était de préciser leur formation en échographie et leur pratique de l'échographie en visite à domicile.

Les commentaires bruts sont détaillés en **Annexe 3**.

- **Avez-vous une formation spécifique à la pratique de l'échoscopie ? Si oui, laquelle ? (Formation SOS, DU/DIU ...)**

Certains médecins ont un DU d'échographie appliquée à l'urgence, ou avec une spécialité appareil locomoteur pour un des participants qui a une activité parallèle de traumatologie du sport.

La plupart des médecins ont une formation à l'échographie d'urgence proposée par le CFFE (Centre Francophone de Formation à l'Echographie) qui rentre dans les programmes de l'OGDPC (organisme de développement personnel continu) qui dure 2 à 3 jours.

- **Qu'en attendez-vous dans votre pratique ?**

Les médecins utilisent leur appareil d'échographie comme aide au diagnostic. Le but est d'éliminer ou de confirmer un diagnostic urgent. L'examen leur permet ainsi d'optimiser la prise en charge et l'orientation du patient, par exemple vers un établissement de soins ou vers une prise en charge en ville.

- **La pratique en situation répond- t-elle à vos attentes ?**

Tous les médecins ayant répondu sont satisfaits par leur pratique. Certains encore partiellement en raison d'un manque d'expérience. Les autres sont totalement satisfaits de leur pratique voire « conquis ». Tous s'accordent sur le fait que l'outil est de plus en plus utile avec de l'expérience, et certains l'estiment indispensable.

- **Environ à quelle fréquence utilisez-vous votre appareil ?**

La fréquence d'utilisation est encore variable, jusqu'à un usage quotidien par certains.

Une étude a été réalisée au sein de l'Association SOS Médecins Bordeaux en 2012, après l'acquisition par l'association de ses premiers appareils d'échographie. Le but était d'étudier la place de l'échographie en visite à domicile au sein de SOS médecins ^[37].

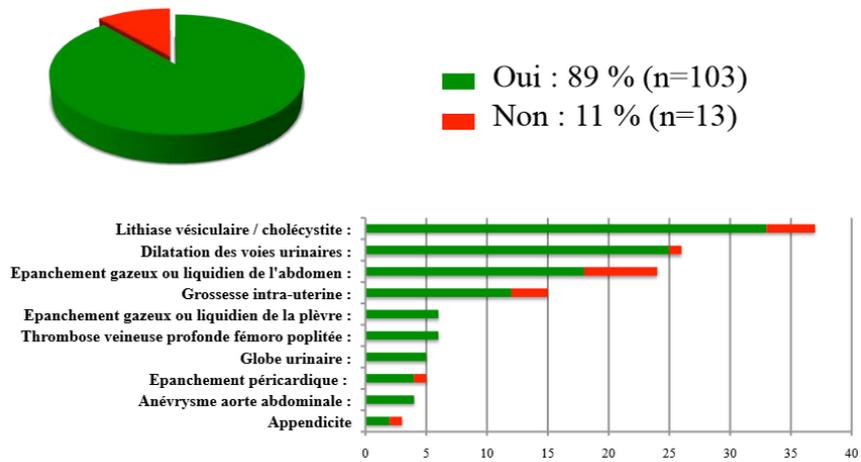
Les 13 médecins de l'association avaient suivi une formation au Centre Francophone de Formation à l'Echographie.

Au total, 55 échoscopies ont été réalisées en 9 mois en visite à domicile.

La durée de l'examen a été de moins de 5 minutes dans 79% des cas et de moins de 10 minutes dans 95% des cas.

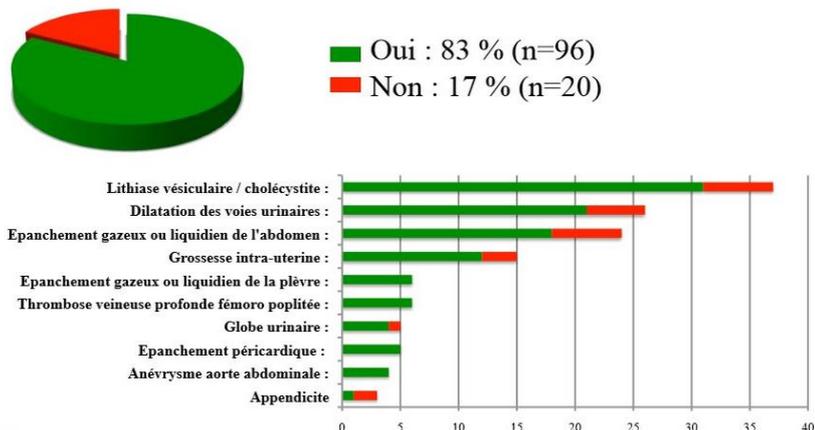
Graphique 7 : Apport de l'échoscopie dans la démarche diagnostique au lit du patient en fonction de situations cliniques

L'échoscopie a t'elle permis d'affirmer ou d'éliminer le diagnostic évoqué ?



Graphique 8 : Apport de l'échographie au lit du patient dans la décision thérapeutique ou l'orientation du patient en fonction de situations cliniques

Le résultat de l'échoscopie a t'il influencé la décision thérapeutique ou l'orientation du patient ?



Cette enquête complémentaire nous permet de constater une tendance à l'équipement en appareil d'échographie par les médecins du réseau SOS médecins France. Elle est encore partielle mais une augmentation est visible.

L'échographie est une aide au diagnostic clinique. Elle permet d'affirmer ou d'infirmer un diagnostic dans 89% des situations cliniques étudiées durant l'étude de SOS médecins Bordeaux en 2013.

Elle est accessible à tout médecin après une formation courte. Son utilité grandit ensuite avec l'expérience du praticien.

Elle est également une aide précieuse à la prise en charge globale du patient. Nous voyons dans l'étude que la réalisation d'une échographie a influencé la décision thérapeutique ou d'orientation dans 83% des cas.

Son utilisation semble tout à fait satisfaisante en visite à domicile. Au même titre que son utilité déjà prouvée en établissement de soins, elle pourrait avoir toute sa place en médecine de ville et donc en visite à domicile. L'échographie pourrait être présente à l'avenir dans la liste des outils de la trousse médicale d'urgence.

7. Perspectives

La pratique médicale de SOS médecins est une pratique de médecine générale de soins non programmés. En dehors des interventions régulées par le centre d'appel du 15, les motifs d'intervention à domicile de SOS médecins sont similaires aux motifs de consultation d'urgence de médecine générale de cabinet. La trousse constituée à partir de l'expérience des médecins de SOS médecins peut donc être utilisée par tout médecin généraliste ayant une activité de visite à domicile. Elle pourrait être un guide pour tout médecin généraliste cherchant à constituer ou à optimiser sa trousse médicale d'urgence. Ce travail pourrait être une aide pour un groupe d'experts élaborant une recommandation de bonne pratique concernant la trousse médicale d'urgence.

De façon plus générale, le sujet de cette étude porte sur la visite à domicile et la trousse apportée par le médecin, mais la question du matériel diagnostique et thérapeutique se pose également pour le cabinet. Que doit-on trouver au cabinet du médecin généraliste ?

Ce travail permet d'observer les pratiques et de les référencer. L'hétérogénéité que nous constatons est-elle nécessaire et souhaitable ? Ou au contraire, le médecin généraliste pourrait-il améliorer sa pratique en la comparant à celle de ses confrères ? La liste d'outils établie dans cette étude pourrait être un référentiel de pratique.

VI-CONCLUSION

La trousse médicale d'urgence est l'outil indispensable à tout médecin exerçant une activité de visite à domicile, qu'il doit apporter au chevet de ses patients. Elle doit permettre de répondre aux diverses situations cliniques rencontrées par le médecin dans son exercice. La trousse doit répondre à des exigences de fiabilité, de sécurité, d'hygiène. Le choix de sa composition est donc particulièrement important afin de répondre à ces exigences et à ces besoins multiples.

Cette étude a permis de faire un état des lieux des pratiques d'une population homogène de médecins généralistes exerçant au sein de la fédération SOS médecins France en 2014. L'échantillon de 162 participants à cette étude est représentatif des 1000 médecins exerçant au sein de la fédération SOS médecins France. Cette étude a été réalisée d'août à octobre 2014 par le biais d'un questionnaire de pratiques.

L'analyse des données démographiques de la population retrouve que 90% des médecins interrogés exercent en zone urbaine et 70% se situent à moins de 15 minutes d'un CHU.

Plus de 95% des médecins possèdent dans leur trousse un stéthoscope, un tensiomètre, un appareil à électrocardiogramme, un otoscope, un oxymètre de pouls, un lecteur de glycémie capillaire, un thermomètre et des bandelettes urinaires.

Concernant le matériel thérapeutique, nous retrouvons que plus de 95% des médecins emportent une solution antiseptique, une solution hydro-alcoolique, des gants, des seringues, des aiguilles à injection SC/IM/IV, des compresses, un kit de suture et une mèche hémostatique.

Sur le plan des médicaments, plus de 95% des médecins ont une C3G, de l'adrénaline injectable, un AINS injectable, du néfopam, un diurétique injectable, un béta-2-mimétique inhalé, des corticoïdes injectables, une benzodiazépine PO et un antiémétique injectable.

Du matériel administratif est également nécessaire dans la trousse. Plus de 95% des médecins ont dans leur trousse des feuilles de soins ou un lecteur électronique de carte vitale, un ordonnancier normal et bizona, des formulaires d'arrêt de travail, des certificats de décès et un recueil thérapeutique.

Plus de 95% des médecins s'accordent sur certains matériels diagnostiques et thérapeutiques à emporter dans leur trousse médicale d'urgence, que nous venons de citer. Pour d'autres items, nous retrouvons une différence importante entre les médecins participants. Les analyses descriptives et l'élaboration d'une variable « poids » de la trousse nous permettent de confirmer cette différence, elle varie en effet d'un facteur simple au triple. Des analyses multivariées et une analyse de variance ont permis d'étudier cette différence en fonction des facteurs démographiques qui auraient pu la justifier. Le seul facteur démographique statistiquement significatif est le fait d'exercer dans le département de Paris. Le poids des trousse à Paris est inférieur, les trousse contiennent moins d'items. Etant donné qu'aucun autre facteur étudié dans ce travail n'explique cette différence dans le poids des trousse, notamment la distance à un CHU, nous pensons que cette différence est expliquée par la densité médicale et des secours présents à Paris. Outre ce facteur géographique, aucun autre ne ressort significatif, seul le médecin lui-même est le facteur discriminant entre les différentes trousse.

Pour un même exercice médical au sein du réseau SOS médecins, dans un environnement similaire (zone urbaine pour plus de 90% des médecins), sans facteur démographique expliquant une différence entre les trousse, une harmonisation des pratiques paraît indiquée.

Nous avons proposé une composition de trousse médicale d'urgence à partir des données recueillies auprès des praticiens expérimentés de SOS médecins. Une première liste contient des outils diagnostiques et thérapeutiques «indispensables» qui devraient être retrouvés dans toutes les trousse médicales des médecins ayant une activité de visite à domicile. Une seconde liste contient des outils qui sont à discuter par chaque médecin en fonction de ses compétences et de son type d'exercice.

La trousse proposée dans ce travail est cohérente par rapport aux données de la littérature et par rapport à l'activité de SOS médecins. Cette trousse pourrait être utilisée par les médecins généralistes libéraux exerçant une activité de visite à domicile.

Une recommandation de bonne pratique élaborée par un comité d'experts concernant la composition de la trousse médicale d'urgence permettrait de guider et d'encadrer l'exercice de visite à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Girier P, Figon S, La trousse d'urgence en médecine générale - Publié par Elsevier SAS. 1762-4193/\$ - s© 2005.
- 2- Code de la Santé Publique, Article L4130-1 <http://www.legifrance.gouv.fr>
- 3- Ordre National des Médecins- Code de déontologie. Article 9 Assistance à personne en danger. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- 4- Ordre National des Médecins- Code de déontologie. Article 71 Installation convenable. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- 5- Ordre National des Médecins- Code de déontologie. Article 8. Liberté de prescription. <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
- 6- Ministère de la Santé, Avis du Conseil supérieur d'hygiène publique en France- 22 septembre 2006
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Avis_du_22_septembre_2006_relatif_a_la_conduite_a_tenir_immediate_en_cas_de_suspicion_clinique_de_purpura_fulminans.pdf
- 7- Site de l'Ordre National des Médecins Section jurisprudence
<http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/>
- 8- Site du Collège National des Généralistes Enseignants <http://www.cnge.fr/>
- 9- Site de la Société Française de Médecine d'Urgence <http://www.sfm.org>
- 10- Site de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu
<https://www.ogdpc.fr/>
- 11- Bibliothèque AF Lemanissier <http://www.bmlweb.org>
- 12- Site agréé du ministère de la Santé en Australie, The Pharmaceutical Benefits Scheme
<http://www.pbs.gov.au/browse/doctorsbag>
- 13- Baird A, Drugs for the doctor's bag, Australian Prescriber 2007; 30:143-6
- 14- Hiranmanek N, O'Shea C, Lee C et al. What's in the doctor's bag? Aust Fam Physician.2004 Sep;33 (9):714, 716-20.
- 15- Seidel R, Sanderson C, Mitchell G, Currow DC. Until the chemist opens - palliation from the doctor's bag. Aust Fam Physician. 2006 Apr;35(4):225-31.
- 16- Drugs for the doctor's bag: 1—adults Drug Ther Bull. 2005 Sep;43(9):65-8
- 17- Drugs for the doctor's bag: 2—children Drug Ther Bull. 2005 Nov;43(11):81-4
- 18- Standard for general practices (4th edition) Equipment for comprehensive care – Doctor's bag www.racgp.org.au

- 19- Site de l'American Medical Association <http://www.ama-assn.org/ama>
- 20- Site de la couverture sociale nationale au Royaume Uni <http://www.patient.co.uk/>
- 21- Site de l'International Guidelines Network <http://www.g-i-n.net/>
- 22- Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins- Journal Officiel du 30 août 2002
- 23- Des tendances de fond aux mouvements de court terme, Point de Conjoncture. CNAMTS ; Juin 2003 ; n°14
- 24- Comptes annuels d'activité de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés CNAMTS 2010, 2011 et 2012. www.ameli.fr
- 25- Comptes nationaux de la santé 2011, publiés par le Drees, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/comptes_sante_2011.pdf
- 26- Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France - La visite à domicile chez les médecins franciliens. 2005. URML IdF.
- 27- Danel V- Urgences préhospitalières- un peu d'histoire - UE Santé Société Humanité – Université Joseph Fourier de Grenoble – 2011
- 28- Low JA- The doctor's bag in 1911. CMAJ. 2012 Jan 10;184(1)
- 29- Guerin P- La place de SOS médecins dans la permanence des soins
- 30- La permanence et continuité des soins : l'accès à un médecin lorsque les cabinets médicaux sont fermés. www.sante.gouv.fr
- 31- Circulaire DHOS/01 n° 2006-470 du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire - Organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture assurancielle des médecins libéraux au sein des SAMU <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-12/a0120041.html>
- 32- Delay M, Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute-Garonne en 2007- Thèse d'exercice- Université : Toulouse Année 2007. N° 2007 TOU3 1069
- 33- Masson E, La composition de la trousse d'urgence des médecins généralistes remplaçants en Haute Normandie en 2012 – Thèse d'exercice - Université : Rouen Année 2012
- 34- La rédaction de Prescrire. Élaborer sa trousse d'urgence- Rev Prescrire 1990;10:462–71.
- 35- Crocheton N. Trousse d'urgence. EMC - Médecine d'urgence 2007;1-7 [Article 25-010-A-10]

- 36-Nicolas M., Chansard P. Evaluation en Permanence des Soins de la Typologie des Appels des structures SOS Médecins en Nuit Profonde entre 0h et 7h: étude rétrospective en 2011 et 2012 sur un panel de 20 associations SOS Médecins en France SOS-ETANP - Thèse d'exercice – Caen octobre 2014
- 37-Rouxel L. Echographie à SOS médecins : Utopie ou stéthoscope de demain ? Congrès national SOS médecins Perpignan 2013

ANNEXES

ANNEXE 1

Questionnaire de recueil de données

Bonjour,

Voici le questionnaire concernant la composition de votre trousse médicale d'urgence.

Concernant le contenu en matériel et en pharmacologie, plusieurs façons de trier vos réponses étaient possibles, j'ai fait le choix de vous demander si les différents items que vous avez dans votre trousse vous paraissent "indispensable" ou "utile" en fonction de votre pratique, ou si vous n'avez pas l'item en question.

Nous avons testé le temps de remplissage de ce questionnaire, il devrait vous prendre environ 15 minutes.

A la fin du remplissage vous devrez seulement cliquer sur "envoyer" en bas de page.

Vous recevrez un e-mail de confirmation que votre réponse a bien été prise en compte et une copie des résultats.

Je me tiens à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercie de votre participation

Marion Leveau

DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Age	< 35 ans 35-55 ans >55 ans	Sexe	Homme Femme	Département	<input type="text"/>
Formation	Médecine Générale Spécialité DU Urgence DESC Urgence CAMU (Capacité de Médecine d'Urgence) Autre (détailler) <input type="text"/>				
Depuis combien d'années pratiquez-vous des visites à domicile?	Moins d'un an 1 à 5 ans Plus de 5 ans	Dans ce cadre, combien d'actes réalisez-vous par semaine?		Moins de 10 10-50 Plus de 50	
Exercez-vous en milieu	Rural Urbain Semi rural	A quelle distance maximale êtes vous d'une structure hospitalière		< 15 minutes 15 - 60 minutes > 60 minutes	
Exercez-vous uniquement en période de Permanence Des Soins (PDS) ?	oui non				
Disposez-vous de ?	Une trousse adulte Une trousse enfant Une trousse commune adulte/enfant Une réserve voiture	Vérifiez vous votre trousse		à chaque vacation toutes les semaines tous les mois moins d'une fois par mois	
Avez-vous une check-list de son contenu?	Oui Non				
Votre mail? (obligatoire!)	<input type="text"/>				

Commentaire d'activité

MATERIEL DIAGNOSTIQUE

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Sthétoscope			
Tensiomètre			
Otoscope			
Abaisse langue			
Thermomètre			
Lampe torche			
Electrocardiogramme			
Oxymètre de pouls			
Détecteur de CO			
Lecteur de glycémie capillaire			
Test de grossesse urinaire			
Test de Diagnostic Rapide (TDR) Streptatest			
Bandelette Urinaire			
Appareil d'échographie			
Ophtalmoscope			

Commentaire additionnel sur le matériel

MATÉRIEL THÉRAPEUTIQUE NON MÉDICAMENTEUX

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Solution Antiseptique			
Solution hydro-alcoolique			
Masques chirurgicaux/FFP2			
Gants			
Seringues			
Aiguilles SC/IM/IV			
Cathéter veineux (cathlon)			
Tubulure			
Compresse			
Atelle (cheville, doigt...)			
Kit de pansement			
Kit de suture			
Bandes (velpeau, nylex...)			
Mèche hémostatique			
Matériel de nébulisation (aérosols)			
Chambre d'inhalation (Babyhaler...)			
Kit d'intubation			
Bouteille d'O2			
Canule de Guédel			
DAI/DAE (Défibrillateur externe)			

Commentaire additionnel sur le matériel

MATERIEL THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUX

Antibiotiques

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
C3G injectable (Rocéphine, Claforan...)			
Pénicilline PO (Amoxicilline, Augmentin...)			
Macrolide PO (Azithromycine, Pyostacine...)			
Fluoroquinolone (Oflocet, Ciflox...)			

Autres Antibiotiques

Antalgiques

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Paracétamol PO adulte			
Paracétamol enfant PO/suppositoire			
Paracétamol codéine			
AINS Injectable			
AINS PO			
Pommade AINS			
Néfopam (Acupan)			
Tramadol PO			
Tramadol injectable			
Morphine PO			
Morphine injectable			
Nalbuphine (Nubain)			
Triptan (Zomig, Imigrane...)			

Autre

Cardiologie

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Adrénaline injectable			
Atropine			
Inhibiteur calcique PO/Injectable (Loxen...)			
Diurétique PO (Lasilix, Burinex...)			
Diurétique injectable			
Trinitrine (Natispray)			
Aspégic			
Antithrombotique injectable (Lovenox, Arixtra...)			

Autre

Pneumologie - Allergologie

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Béta2+ inhalé (Ventoline, Bricanyl...)			
Béta2+ injectable (salbutamol)			
Anticholinergique inhalé (Atrovent)			
Corticoïde inhalé (pulmicort...)			
Antihistaminique PO (zyrtec, acrius...)			
Antihistaminique IV (polaramine...)			
Corticoïdes PO			
Corticoïdes injectable			
Stylo adrénaline (Anapen...)			

Autre

Neurologie-Psychiatrie

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
G30%			
Antagoniste opiacés Naloxone (Narcan)			
Antagoniste BZD Flumazénil (Anexate)			
Anxiolytique benzodiazépine (BZD) PO			
Benzodiazépine injectable			
Anxiolytique non BZD (atarax...)			
Hypnotique (Imovane, Stilnox...)			
Neuroleptique PO (Tercian...)			
Neuroleptique injectable (Loxapac...)			

Autre

Gastro-entérologie

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Anti-émétique PO (primperan, motilium...)			
Anti émétique PO enfant			
Anti-émétique injectable (vogalène...)			
Anti-diarrhéique (Tiorfan, Smecta...)			
Anti-diarrhéique enfant			
Anti-spasmodique (Spasfon, Débridat...)			
Soluté de Réhydratation Orale (Picolite, Adiaril...)			

Autre

Autres produits

	Indispensable	Utile	Je n'en ai pas
Anti vertigineux (Tanganil)			
Poche sérum physiologique NaCl 0.9%			

Autre médicament ou produit

Commentaires sur les médicaments

DOCUMENTATION

Avez vous accès au VIDAL?

Oui

Si

Vidal papier

Non

oui

Vidal électronique sans connexion

Vidal sur internet

Si non, avez vous un autre recueil ? (Dorosz...)

Documentation médicale

Fiches personnelles

Livre de Recommandations HAS

Traité d'urgence (Hellrodt...)

Accès internet sur portable/tablette

Autre source

Administration et gestion

Feuilles de soin
Lecteur de carte TPE
Ordonnancier normal
Ordonnancier bizonne
Arrêt de travail
Certificat de décès
Bon de transport
Lecteur Carte Bancaire

Autre document

Merci d'indiquer tout
commentaire général
concernant votre trousse
d'urgence

Merci d'avoir répondu à cette enquête, il vous reste à cliquer sur la case

[envoyer]

ANNEXE 2

Commentaires des participants concernant leur trousse

Aucune modification n'a été apportée (orthographe, abréviations...)

Commentaires sur l'activité

- SOS Médecins (visites exclusives)
- sos médecins
- SOS médecins 31
- sosmedecins
- SOS MEDECINS PARIS
- sos medecin
- Sos médecins
- Visites exclusives
- Urgentiste SOS Médecins Paris
- Sos medecins
- sos med exclusif
- SOS Medecins exclusivement
- Trousse évolutive avec les années et les pathologies changent
- SOS Med + service d'Urgence en clinique
- visite et consultation
- SOS MEDECINS LILLE
- sos médecins
- mixte
- sos medecins
- sos médecins , urgences privées
- SOS AMIENS
- SOS + régulation libérale SAMU
- check list uniquement trousse suture et inj
- SOS Médecins
- SOS médecins
- SOS medecins
- SOS médecins Dijon
- chaque médicament utilisé est remplacé à la fin de garde
- sos medecins
- sos medecins
- SOS Médecins
- sos medecins
- ACTIVITE URBAINE+PERIURBAINE+ TRANSFERT SECONDAIRES SAMU
- sos medecins
- SOS médecins
- sos medecins
- rempla chez sos depuis 4 ans
- Passionnant
- sos medecins
- Exerce également Urgences/SMUR/USI
- Sosmédecins

Commentaires additionnels sur le matériel

- le streptatest me semble Utile bien que je n'en aie pas
- L'échographe est en cours d'équipement à Toulouse, mais c'est devenu Indispensable. Je rajouterai aussi: anse de snellen ou billau pour exérèse du cérumen, ou pour les corps étranger nez/oreille
- MARTEAU A REFLEXES; Problèmes avec le lecteur de glycémie car les bandelettes ou la cassette sont très vite périmées
- TDR difficile en pratique en visite, réactifs sensibles aux variations de températures du coffre de voiture...
- Marteau réflexe
- Abaisse langue inutile : petite cuillère des patients. ECG en permanence dans la trousse. Lampe torche inutile (lumière de l'otoscope et application Iphone).
- PINCE DE MAGILL PORTE COTON GARROT
- cassette troponine, marteau reflexe,
- Tire-tique;
- Peak flow, loupe pour la dermato, lampe bleue et fluoresceine, mètre ruban. stheto adulte et pédiatrique, Tensiomètre adulte, obèse, pédiatrique, marteau réflexe, et mon iPhone et ses applis médicales.
- certains matériels, je les trouve éventuellement utiles, mais je n'en ai pas (coût et impossibilité de coter, pour l'écho p ex), mais les deux items s'excluent. liste un peu folklorique... si vous trouvez un médecin qui ne trouve pas Indispensable le sthétoscope, c'est intéressant... l'abaisse langue peut aisément être remplacé par un manche de cuiller.
- + spiromètre + doppler foetal + fluoresceine NB test strepta test remplace par score de mac isaac
- Je demande des cuillères aux patients mieux accepté par les enfants que les abaisses langues (gout bois), pas de lampe torche j'utilise l'otoscope
- Peak Flow, Appareil d'échographie dans un future proche, Fluorocéine unidose.
- peak flow
- kits recueil ECBU, boîte aiguilles
- ma trousse d'urgence est dissociée de mon matériel de base l'urgence vraie ne représentant qu'une petite partie de l'activité journalière. la trousse d'urgence est réservée à la visite puisque au cabinet les locaux sont équipés avec le matériel d'urgence.
- flacon ECBU
- marteau à réflexe, épingle pour examen neuro, canule pour retrait de bouchons de cerumen
- Brassard multiple enfant et adulte et obèse.
- tdr pas en V
- Appareil écho fin 2014
- le thermomètre se soit être l'Indispensable ... de la pharmacie familiale
- Marteau réflexe
- Écho portative en cours d'achat, bientôt Indispensable ! Manquent qq items .Utiles : diapason, test TNT sublingual que je range dans les outils de diagnostic. Embouts et Peak Flow, chrono pour la FR, marteau réflexes, coton pour le tract épicrotique. Curette auriculaire. Test de

grossesse urinaire trop peu fiable d'un point de vue médico-légal. Enfin test grippe en hiver fourni par le réseau GROG

- Lampe torche en doublon avec ophtalmoscope Du d echographiste en 2014 achat prevu. D echographe portable
- bavu
- Les sutures à domicile sont plus délicates, exploration difficile, je ne le fais que chez les patients avec trouble cognitif en institution pour éviter un transfert aux urgence
- L'oxygène dangereux en voiture . Ambu ..Indispensable . Tiretigue. Canule rectale enfant
- débit mètre de pointe
- Tire-tique
- ciseaux, tire-tiques
- Manque Tire-tic et stérstrip dans la liste
- La reponse est difficile car ca peut etre .Utile et on peut ne pas en avoir
- tire tique,boite a aiguilles usagees,
- Recueil aiguilles usagées ; un garrot; doigtiers; piles électriques; électrodes à ECG; bandelettes pour le lecteur de glycémie
- Steristrip, doigtiers, vaseline, compresses stériles, tulle gars, sparadrap, pince Kocher, ciseaux, élastoplaste 2,5cms
- Tir Tique, Tampon alcoolisés (ou alcool+compresse)
- attentionO2 est considéré comme un médicament
- sutures adhésives. masques O2 pur. Canule intra-rectale. Ambu : présent mais jamais utilisé.
- les masques chir et FFP2, c'est différent !
- Et un tire tique. Un garrot. Une boîte déchets médicaux
- DAE JAMAIS UTILISÉ
- RISQUE DE VOL
- sonde urinaires et son matériel, canules rectales (pour Valium dans épilepsie)
- idem... tire-tique (.Utile en pratique quotidienne), spéculums, pinces à CE, écarteurs de narine, lampe bleue, fluoresceine, anesthésiques locaux OPH, doigtiers, lubrifiant, test dépistage grippe, fils sutures, stérstrip, aspirateur de mucosités à main et sondes, etc...
- canule intra-rectale, pinces, ciseaux, tire-tique, ambu
- Sonde urinaire, canule rectale pour le valium, Pocket masque, Ambu adulte et pédiatrique, masque O2 haute concentration, cathlon (partie plastique) pour lavage d'oreille, pince pour corps étranger
- masques à haute concentration
- bistouris, curette oreille, pince à tique
- corps étranger ; kit trchéotomie et kit laryngo+Magill / KIT ACCOUCHEMENT
- Défibriateur: arrivée rapide ou conjointe avec les pompiers qui sont équipés de défibrillateur.
- J'ai eu pendant quatre ans une bouteille O2 je ne m'en suis servi que trois foisje l'ai redonné les pompiers sont dispo dans le 1/4 heur
- DSA en procédure de choix obus O² en voiture lames de bistouri pinces fines/corps étranger oreille nez elasto ++ entorses et fract cote
- Pince à tique, pince ORL, curette ORL
- Canule rectale pour valium. Bavu ds la voiture.
- Pic flow. Scalpel. Lunette et masque haute concentration

- Le kit d'intubation m'a servi une fois en trois ans, le DAI ne sort jamais chez mes collègues; manquent : epicraniennes et masques à haute concentration et surtout le kit ambu et les masques ambu adulte ado enfant
- j ai un ambu mais je me refuse l intubation car plus de pratique
- Poire lavement ORL, Pot ECBU
- pas forcément dans la trousse mais en stock dans voiture
- tire-tique

Commentaires additionnels sur les produits pharmacologiques

Autres Antibiotiques

- Noroxine
- Meme commentaire
- Monuril
- C3G PO (oroken)
- Les allergiques à la péni vont à la pharmacie.....
- CE QUE JE RECUPERE
- fosfomycine
- Monuril, Pivmecillinam (la nuit)
- cefixime PO
- Pour rendre service seulement la nuit : monuril ou bactrim
- Nitrofurantoin

Autres Antalgiques

- Oxycodone po.
- Aspirine
- codeïne pédiatrique
- Oxycodone per os
- Il aurait fallu si je peux me permettre une colonne in.Utile et avoir la possibilite de cocher in.Utile et je n en ai pas ou .Utile et je n en ai pas (pas encore ou pas ..Indispensable)
- forme suppo peu adaté (ça fond en été...)
- Tramadol : effets secondaires fréquents!
- myorelaxants. corticoïdes
- Durogesic. Scopolamine inj.
- idem... ce serait pas plus simple de mettre j'ai/ j'ai pas mais ça pourrait être .Utile/ j'ai pas parce que je vois pas l'utilité- tout ce que je n'ai pas dans votre liste, c'est parce que j'ai de bonnes raisons de ne pas l'avoir (indications, utilité, problèmes de sécurité, de pharmacovigilance, de rapport bénéf/risques...)
- Paracetamol adulte patients ont souvent, j'aime pas faire pharmacie ambulante non plus, mais si vraiment besoin dépanner donne 2*500 MG
- profenid inj
- Suppos : Dafalgan600 Doliprane 1000 Lamaline Profenid ou Voltarene Xylo inj
- spafon si c est pas classé ailleurs!
- spafon injectable Acupan

Autre Cardiologie

- Inhibiteur calcique injectable dangereux sans surveillance scope!
- autres antihypertenseurs
- ATP, cordarone, digoxine
- Plavix
- Cordarone DN patch antiHTA (loxen...)
- naco pas sa place en trousse d urgence...
- eupressyl

- patches TNT ..Indispensable
- CORDARONE INJ.:Utile PLAVIX.:Utile
- Cordarone mais très difficile de s'en procurer hors hôpital et très rarement .Utile
- patch nitre
- Antiagrégant (Plavix)
- bêtabloquant, xarelto, striadyne, inhibiteur calcique bradycardisant

Autre Pneumologie-Allergologie

- Ampoule adrénaline déjà dans cardio
- Peut être que si un médecin n'a que un des deux types de beta 2 c'est parce qu'il pense qu'une seule forme suffit . Pour l'adrenaline, il y a déjà une question ds le tableau précédent avec de l'adrenaline formulée différemment. Le stylo anapen est il ..Indispensable si l'on a de l'adrenaline?
- Antihistaminique PO enfant (Primalan, etc)
- anapen = adrénaline !
- asso B2
- ANAPEN PB DE PEREMPTION
- beta2 aerosols et cortic
- Anapen peut être rendu in.Utile par l'adrenaline injectable
- Adrenaline inj donc Anapen...

Autre neurologie

- Glucagon IM plutôt que G30
- Lepticur/
- Lepticur
- Ampoules G30 trop fragiles. Si nécessaire pose de perf de G5
- LOXAPAC TRES DELICAT A MANIER, ARTANE .Utile, BRICANYL SS CUT
- tranxene inj, valium inj
- Loxapac gouttes
- LEPTICUR INJECTABLE
- haldol inj tiapride PO et inj
- Valium injectable

Autre gastro-entérologie

- Vogalene suppositoire.
- antiémétique enfant suppo
- Je n'en ai pas mais .Utile et peut-être que j'en aurai dorénavant grâce à votre check list(c'est pareil pour beaucoup d'autres cases cochées je n'en ai pas dans d'autres tableaux)
- Antiémétique suppo pour adulte et enfants
- Les antiémétiques deviennent compliqués à donner...
- ranitidine
- IPP. Topiques gastro-intestinaux
- antiémétique SUPPO

- En pédiatrie, je me borne volontairement au SRO dans un soucis de pédagogie, crainte de voir les parents ne donner que médoc au détriment de rehydrat
- phloroglucinol inj++ et PO IPP PO

Autre médicament ou produit

- Lepticur
- Instanyl très intéressant (fentanyl nasal)
- NOVESINE ou autre collyre anesthésique , anti-acide gastrique
- LEPTICUR injectable METHERGIN injectable
- Xylocaine pour suture, vaseline,
- coalgan,collyre tetracaine 0,4ml
- Manque glucagen, xylocaïne injectable
- Dacudoses
- anesthésique oculaire lepticur oramorph gouttes
- Polaramine injectable peut-être .Utile en alternative à une injection de corticoïdes
- Boîte à aiguille Un Garrot (pour Injection IV)
- Mag 2. Xylocaïne
- Exacyl.
- agyrax, lepticur,
- Biafine Flammazine Tulle gras Betadine pommade Pansements OPH (coques) sérum serum physio dosettes unitaires, oxybroprocaine, anesth local, pommade HEC, coalgan, sérum physio dosettes unitaires
- G5 EN PLUS
- diamox, clopidogrel...
- Glucagen kit, Dicynone inj, Magnesium inj
- Lepticur, Poche G10%,
- POCHE G5
- methergin inj
- Xylo / sutures
- ARTANE INJ:INDISP
- poche SGI
- Poche Sérum Glucose
- Valium intrarectal et canule intrarectale
- boîte déchets aiguille, garot, vaseline ou tulle gras, IPP ou topique type gaviscon
- Kit sondage urinaire double voie; fluoresceine pour l'ulcération cornéenne en lumière verte
- Voluven, G5%. Normacol !

- dorosz papier
- Dorosz quasi exclusivement, parfois perlmutter
- Dorosz
- Application smartphone Médicaments - Simon de Bernard -Drugs DB
- dorosz papier
- Dorosz
- Dorosz
- Doroz papier

Autres sources

- antibioclic, medileg
- smart fiches
- Antibioclick lecrat.fr
- antibioclic, gestatcllic,crat, pediadoc, epilly sur portable
- ugence 1 clic
- Il serait tres interessant d avoir une liste de sutes que l on peut consulter au lit du patient : un site fiable comme antibioclic qui est tres bien fait (a recommander) si vous faites une liste c est le premier a mettre...
- Fiches protocoles (appli iphone)
- "Guide thérapeutique" sur iphone
- Wikisos
- Encyclopedie Medicale Hamburger, Urgence 1 clic,BMPM Smur,Intervention Urgence pratique
- Antibioclic / radio/ lecrat ...
- REVUE DU PRACT...
- prescrire bibliothèque
- appli médicales sur iPhone et android
- prescrire
- Urgence1clic
- Banque claudes bernard
- Antibio guide d'Antibiolor
- CRAT
- Guide des premières ordonnances
- epocrates - smur BMPM
- Wiki Sos (de plus en plus)
- Reco HAS Reco Vidal
- WikiSOS !
- litterature medicale
- wikiSOS.fr
- fiches de la commission scientifique sos

Autres documents

- certificats préimprimés (gav, absence scolaire/garde enfant) , hospitalisations sous contrainte, courrier pour hospitalisation, courrier pour médecin traitant
- Payplug
- accident travail
- certificats HDT/ certificats GAV ou requisitions/
- Feuille transmission pour SAU, feuille courrier pour médecin traitant. Feuille protocole syncope. Feuille compte rendu echographie
- formulaires hospiti sous contrainte
- certificats sport, enfants malades
- TAMPON (impératif certifié décès)
- Accident de travail.
- hdt/ho
- Accident de travail
- tampons professionnels
- Accident du travail
- certificat medical enfant malade ...
- Acc travail
- tampon,certificat medicaux,
- Certificat à cocher (sport, école, justificatif parent ...)
- certificats médicaux (absence, dispense, présence des parents...)
- Compte rendu d'intervention (fait personnellement avec "Word" facile à remplir!)
- Fiches conseils (morphine, TC, suture, rehydratation enfants, colique nephretique..)
- certificats divers dont hospiti sous contrainte, CCB
- certificat jour enfants malades. certificat coups et blessures. modèles HDT/HO. diptyques courrier médecin traitant. diptyque facture. certificat accident de travail.
- accidents travail + tous certificats préétablis (CNH, dispenses, etc
- Accident de travail
- Factue type (DC), courrier d'hospitalisation, enveloppes, accidents travail,
- HDT HO ACCIDENT DU TRAVAIL CERTIF SCOLAIRES
- fiches de conseils, courriers préformatés pour les bios, les radios, les hospiti, les SDT, les SDRE, les Accidents du travail,
- atmp
- accident du travail
- certificat de soins sans consentement (SDRE, SDT),
- certificat de demande de soins psy,
- Pour les GAV, pour les ex HDT et HO
- certifié SDT (HDT HO) note hono courrier type CR med tt conseils Trauma cranien certifié accdt travail
- CERTIFS HDT ACC TRAVAIL CCB GAV ABSENCE SCOLAIRE...
- certificat SDT, SDRE, procedure urgente, levée de corps, certifié GAV, certifié Coups et blessures, contention mécanique
- feuille de conseils tc fièvre diarrhée colique nephretique

- certificats SDT et SDRE
- Lettre type pour le médecin traitant et une hospitalisation . Certificat SDRo, SDT. Déclaration accident de travail.
- certificats SDT/ SDRE
- feuilles GARDE A VUE , CERTIFICAT COUPS ET BLESSURES
- Les certificats : GAV, CCB, hospit contraintes : ho hdt.. Certificat enfants malade et arret sport
- feuille hospit sous contrainte, feuille avec les IK selon les villes et avec les principales cotations.feuilles avec coordonnées des interlocuteurs (urgences, antipoison, centre douleur tho, ambulanciers...)
- certificats HDT/HO, certificats examen garde à vue, certificats CCB, fiches conseils GEA bronchiolite
- Courriers (hospit, confrère libéral) pré-rempli, items à renseigner...
- certificats aspd
- certificat garde enfants malade pour parents

Merci d'indiquer tout commentaire général concernant votre trousse d'urgence

- trop lourde et volumineuse. avec le temps, de plus en plus difficile à porter. cherche ..toutes solutions pour alléger en ayant tout à porter de mains rapidement
- Des clamps pour un accouchement inopiné Un bistouri
- il faut qu'elle soit la plus légère possible
- la trousse a nettement évoluée au fur et à mesure du temps, dans l'amaigrissement ! Il est vrai d'être en ville avec un SMUR dispo rapidement aide beaucoup!
- Il serait intéressant de tester au cours d'une thèse ou d'un mémoire les test rapide troponine
- Problème du poids de la trousse
- tire tique steri strip
- boîte à aiguilles 2 clamps de bar ombilical agrafes à peau IPP omeprazole
- Mallette plutôt lourde, mais je ne sais pas travailler sans, compte tenu des surprises possibles en visite
- La trousse est lourde (8 Kg), la façon de la porter est importante pour éviter les tendinites (coude, épaule). Je la porte à la main, mais avec une poignée flexible qui permet les rotations et m'évite les épicondylites.
- assez lourde, j'ai du retirer le matériel de perfusion
- speculum jetable. Caoutchouc souple pour garrot veineux. Une paire de ciseaux. elastoplaste membre inferieur (entorse). Coton hemostatique. Steri-strip.
- ecg petit modèle dans la trousse en permanence pas dans le coffre de la voiture!!
- kit oph: dacryoserum,cebesine,fluoresceine,vitamine A,vitabact,dexafree
- Double de stéthoscope; réserve de seringues; aiguilles; bandelettes urinaires et pour glycémie; de médicaments... Dans le coffre de la voiture, le tout organisé dans des boîtes de rangements et des sacoches. Dans ma trousse les injectables sont dans des "trousses pour injectables".
- Bêta bloquants non Cardio sélect, kit ophtalmo,pince pour corps étranger intra auriculaire,colle,flamazine,lepticur

- 1-Il faudrait peut être différencier une rubrique "Matériel ou Matériel thérapeutique MEDICO-LEGAL" dans une trousse d'urgence! (Adré, Rocéphine, etc) 2- Il manque à mon avis deux outils ..Indispensables : BOITE A AIGUILLE, UN GARROT
- Je travail avec un sac dimatex qui est très .Utile et me permet d'avoir un maximum de materiel avec moi lors des visites.
- Une partie du matériel rarement .Utile reste dans la voiture. Accès au Vidal parfois utilisé au décours de la visite elle-même, idem pour reco
- RAS
- Le questionnaire me semble mélanger la trousse d urgence et le matériel nécessaire/..Indispensable au travail quotidien à domicile. Le questionnaire me semble plutôt répondre à la question : " matériel utilisé pour la visite à domicile " , ce qui inclus la trousse d'urgence.
- en trois trousse en fait: a part: ecg + materiel et drogues cardio, O2 + materiel aerosol, intub, etc
- Double trousse , une de base dans ma sacoche et une dans la voiture . Problème lié aux injectables dans un coffre de voiture , soucis des périmes
- Pour une femme elle est toujours trop lourde: j'apprécie un modèle à roulettes!. Parfois les patients "galants" nous offrent leur aide. Il nous faut aussi éviter les températures extrêmes...
- Vérification fréquentes. Toujours savoir à quel endroit est le matériel.
- j'ai peut-être oublié des choses, je peux vous envoyer la doc que je donne à mes internes sur le sujet, mon mail: jf.brundoc@sosmedecins35.org
- fiche conseil gastro pour parents mettant accent sur hydratation et le caractere tres accessoire des trt per os... cf supra
- pas de commentaires particulier, bon courage pour la thèse
- ..Indispensable à mettre en ordre régulièrement pour ne pas avoir à "farfouiller" quand on en a besoin !
- -Mèches grasses et pince à mécher. -Scalpel jetable. -Tire-Tiques. -marteau réflexe. - anesthésiant local : xylocaïne.
- Contenu de la trousse varie avec expérience et situations rencontrées, par exemple un élément dans ce questionnaire et qui est manquant à mon sens est le doigtier+++ pour TR
- peak flow+ piko 6 bof toujours avoir double des appareils en voiture otoscope stétho tensio tampon prof lampes piles et réserve de documents
- POIDS SACOCHE VISITE=ENV 9KGS. DANS LA VOITURE: SACOCHE ECG,PERF,DEXTRO+VALISE INTUBATION,O2+STOCS MEDOCS+PAPERASSERIE
- Trousse la plus légère possible avec le strict nécessaire pour la pratique quotidienne et la "grande" urgence, le reste étant dans le coffre de ma voiture
- Trousse sac à dos DYMATEX, permet les déplacements aisés sur bateaux et dans escaliers en gardant les mains libres.
- Un peu lourde..
- A connaître par coeur !
- J ai aussi poire enema orl pour bouchon dans ma voiture Des lavements type normacol et microlax nourrisson Des sondes urinaires Pince a tique
- Miniaturisation souhaitée

ANNEXE 3

Commentaires des participants concernant l'échographie en visite à domicile.

**Avez-vous une formation spécifique à la pratique de l'échoscopie ?
Si oui, laquelle ? (Formation par SOS Médecins, DU/DIU ...)**

- 1) DIU d'échographie
- 2) Aucune formation pour le moment, mais j'envisage l'inscription au DIU avec le module urgence.
- 3) PREP faite par le CFFE : ma formation est celle du CFFE centre français de formation en échographie, validant et reconnu par l'OGDPC. Il s'agit du Fast Echo anglosaxon, basé sur un apprentissage accéléré centré sur la technique d'acquisition d'images indiscutables ou faciles à obtenir, en vue d'affirmer/exclure quelques diagnostics urgents avec quasi certitude. Bref, l'échographie centrée sur la pratique courante du généraliste (SOS+++), et basée sur des publications sérieuses affirmant des quasi certitudes diagnostiques à portée de tout médecin un peu entraîné
- 4) PREP faite par le CFFE <http://www.echographie.com>
- 5) sur 13 médecins de l'association (Limoges), 8 viennent de passer le premier niveau par formation SOS par le CFFE du Dr bourgeois référent en la matière au niveau national. L'obtention du diplôme nous permet d'effectuer et coter les échographies
Nous nous considérons surtout pas comme échographistes et on parle d'échoscopie car nous ciblons nos examens à qqes données pour nous aider au quotidien pour prendre une décision ou s'aider dans notre exercice! L'examen est soit contributif soit non !! et cette phrase est la base de tout !!
- 6) J'ai effectué la formation PREP echoscopie de DPC
- 7) avec le Pr Bourgeois, CFFE 2 formations : bases physiques et techniques des ultrasons puis perfectionnement en échographies urgentes, agréées FMC

Qu'en attendez-vous dans votre pratique ?

- 1) Aide au diagnostic, orientation voire confirmation diagnostique et décision sur prise en charge : hospit en urgence ou bilan en ville ?
- 2) En pratique pour SOS = recherche de globe, d'épanchements, etc ...
- 3) - affirmer/exclure des diagnostics de pathologies urgentes ou des diagnostics de gravité de pathologies urgentes (TVP, épanchement pleural, pneumothorax, épanchement péricardique, péritonéal, GEU, lithiases biliaires, urinaires, dilatations calicelles, anévrysmes aortiques abdominaux: ce sont presque tous les diagnostics de la formation de base du CFFE)
- améliorer le bénéfice/risque de la pratique de la médecine générale (bénéfice d'un traitement tout de suite adapté, des moindres hospitalisations, risque d'ignorer des patho graves ou des complications graves)
- plaisir intellectuel d'affiner le diagnostic, de préciser ou agrandir ses connaissances
- améliorer le dialogue généraliste-spécialiste/PH en améliorant la précision des cas où nous adressons les patients (un beau courrier avec une image écho parlante agrafée dessus!)
- 4) orientation voire confirmation diagnostique et décision sur prise en charge : hospit en urgence ou bilan en ville ?

- 5) Utilité pour les pbs de vésicule, les coliques nephretiques, pneumothorax, grossesse extra utérine ou vérifier si il ya un épanchement abdo , éliminer une phlébite haute fémorale uniquement et non surale (par ex ce qui nous laisse largement le temps d hospitaliser sans urgence la nuit ou de programmer un doppler), appendicite mais fiabilité moyenne, tamponnade, anévrisme aorte, rétention urine ..
- 6) -Je ne savais pas initialement ce que j'en attendais, maintenant j'en attends tout! c'est un outil exceptionnel
- 7) me permettre un meilleurs tri des patients qui doivent aller aux urgences et de ceux qui peuvent être soignés en ambulatoire: éliminer un pneumothorax dans une douleur thoracique, une matité est elle une pleurésie, diag précoce de pneumopathie, péricardite ou tamponnade, phlébite menaçante, épanchement peritoineal, pneumo peritoine, dilatation pyelocalicielle menaçante, douleur abdominale et souffle: dissection ou anevrysme aortique et plus tard peut-être l'appendicite aiguë, la torsion détorsion testiculaire ? pas capable pour le moment

La pratique en situation répond t- elle à vos attentes

- 1) Oui
- 2) Pas de pratique à SOS pour le moment.
encore tôt pour l'affirmer (formation toute fraîche et expérience naissante) mais avec la pratique il est évident que ces attentes seront toutes validées.
- 3) En consultation dans nos points fixes d'abord, et je l'espère en visite ensuite (requiert plus d'efficacité dans l'obtention d'images parlantes). L'un d'entre nous a son DU Echo et le confirme
- 4) pas encore équipé en échographie. Coût +++
- 5) l'echoscopie à domicile et le devenir de la medecine de demain pour nous comme l etait l ecg il ya 20 ans mais nous ne nous substituons pas aux echographistes purs car nous ne ciblons que qqes données très précises
- 6) -La pratique: J'ai acquis un appareil nomade, Nanomax de chez Sonosite, et la pratique répond au delà de mes attentes. Dans ma pratique de Médecin « de garde » « de pds » cela m'apporte une aide au diagnostic et surtout une aide à la décision. Au diagnostic: outil génial dans la pneumopathie surtout chez l'enfant: sensibilité, spécificité 100% au lit du patient, A la décision: fini le dilemme du soir à 19h de la « grosse jambe » une thrombose éliminée au dessus du creux poplité nous laisse 24h pour orienter notre patient. Sur les douleurs abdominales essentiellement chez la personne âgée (permet de voir les occlusions, les épanchements, les globes.....)
- 7) nous sommes récemment formés et n'avons pour le moment qu'un appareil en consultation. En attente d'un appareil correct pour les visites à domicile. L'outil est intéressant en complément de l'examen clinique dans des situations précises où l'échographie permet une assurance pour une plus juste décision pour le devenir du

patient. Nous n'avons pas le temps de l'utiliser pour tout son champs d'indication puisque notre souci est clairement de soulager les urgences de ce qui serait encombrement pour elles. Pour le pneumothorax, l'hydronephrose, ou l'épanchement péritonéal sur GEU probable,.. cela a été utile

Environ à quelle fréquence utilisez-vous votre appareil ?

- 1) Utilisation quotidienne
- 2) Aux urgences : une écho au moins une fois par jour
- 3) 2 à 3 fois par jour de consultation (1/3 de nos vacances à Quimper) 0 par jour de visite pour le moment
- 4) depuis la formation en avril 2014, j'y pense et si j'avais un appareil je pense qu'il pourrait être utilisé au moins une fois par garde
- 5) *Pas de réponse a cette question par le participant*
- 6) La fréquence? je ne le quitte plus, cela est devenu un deuxième stéthoscope, j'explore, je regarde, en deux mois j'ai diagnostiqué une grossesse de 16 semaines sur des douleurs abdo, découvert une polykystose hépatorenale chez une jeune de 15 ans. je recompte pas les pneumopathies. et pour le fun: chez une jeune femme de 30 ans vue le lundi pour asthénie: un nodule thyroïdien donc le lundi matin, bio l'après midi, écho chez un « pro » le mardi, scinti le vendredi et chir le lundi suivant!
- 7) en consultation, environ 15 cas par mois.
nous sommes débutant, ne faisons pas pour le moment payer ce service car nous ne nous sentons pas encore fiables : l'absence de certitude lors de notre examen nous conduit à demander l'examen par un échographiste/radiologue et leur expertise est souvent demandée pour un suivi suite à un maintien éventuel à domicile.

Résumé

La trousse médicale d'urgence est l'outil indispensable à tout médecin exerçant une activité de visite à domicile.

Cette étude fait un état des lieux, par le biais d'un questionnaire, des pratiques des médecins exerçant au sein du réseau SOS Médecins France, ayant une expérience particulière de visite à domicile et de soins non programmés, concernant la composition de leur trousse médicale d'urgence.

Un total de 162 réponses a été recueilli. Plus de 95% des médecins ont un stéthoscope, un tensiomètre, un appareil à électrocardiogramme, un otoscope, un oxymètre de pouls, un lecteur de glycémie capillaire, un thermomètre et des bandelettes urinaires. Concernant le matériel thérapeutique, plus de 95% des médecins emportent une solution antiseptique, une solution hydro-alcoolique, des gants, des seringues, des aiguilles à injection SC/IM/IV, des compresses, un kit de suture et une mèche hémostatique. Sur le plan des médicaments, plus de 95% des médecins ont une C3G, de l'adrénaline injectable, un AINS injectable, du néfopam, un diurétique injectable, un bêta-2-mimétique inhalé, des corticoïdes injectables, une benzodiazépine PO et un antiémétique injectable.

Des différences importantes quant au nombre d'items existent entre les troussees. Une analyse multivariée a étudié ces différences en fonction de facteurs démographiques. Nous montrons que le seul facteur statistiquement significatif est le département de Paris, les troussees sont moins fournies en items.

Nous proposons une trousse médicale d'urgence type, afin d'homogénéiser les pratiques au sein du réseau SOS médecins, et qui pourrait être utilisée par tout médecin généraliste effectuant des visites à domicile.

Mots Clés MeSH: Médecine générale, Médecine d'urgence, Trousse d'urgence.