



Évaluation des besoins des internes de médecine générale de Nice face aux situations d'urgence en soins primaires

Pierre-Damien Dehant

► To cite this version:

Pierre-Damien Dehant. Évaluation des besoins des internes de médecine générale de Nice face aux situations d'urgence en soins primaires. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01925753

HAL Id: dumas-01925753

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01925753>

Submitted on 17 Nov 2018

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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

**EVALUATION DES BESOINS DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE
DE NICE FACE AUX SITUATIONS D'URGENCE EN SOINS PRIMAIRES**

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de Médecine de Nice

Le vendredi 25 Mai 2018

Par

Pierre-Damien DEHANT

Né le 13 avril 1984 à Aix en Provence

En vue de l'obtention du Diplôme d'état de Docteur en Médecine

MEMBRES DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur LEVRAUT

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur FIOL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur GUERIN

Monsieur le Professeur GARDON

Madame le Docteur CIABRINI-MORETTI

Monsieur le Docteur GIUGLIANO

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs Vincent	M. ESNAULT
	M DELLAMONICA Jean
	Mme BREUIL Véronique
	M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque Danièle	Mme AMSELLE
Directrice administrative des services Isabelle	Mme CALLEA
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GRELLIER Patrick
M. BALAS Daniel	M. GRIMAUD Dominique
M. BATT Michel	M. HARTER Michel
M. BLAIVE Bruno	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BOQUET Patrice	M. JOURDAN Jacques
M. BOURGEON André	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-Patrice	M. LOUBIERE Robert

M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy

M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean

M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves

Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraire

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN
Rose-Marie
Mme DONZEAU
Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ
Jacques
Mme MEMRAN
Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-
Claude
Mme ROURE
Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie; Radiothérapie (47.02)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2017 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	HURST Samia	Thérapeutique (48.04)
M.	PAPA Michel	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M	BALDIN Jean-Luc	Médecine Générale (53.03)
Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

REMERCIEMENTS

Au Professeur LEVRAUT,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Votre investissement dans l'enseignement de la médecine d'urgence est gage d'une formation de qualité à Nice. Soyez assuré de l'expression de notre reconnaissance.

Au Professeur GARDON,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis très reconnaissant du savoir que vous transmettez au sein du DES de médecine générale. Soyez assuré de mes sincères remerciements.

Au Professeur GUERIN,

Merci de nous faire l'honneur de participer à ce jury, l'apprentissage que j'ai eu l'honneur de suivre au sein de votre service de Gériatrie laissera de solides connaissances et d'excellents souvenirs.

Au Docteur CIABRINI-MORETTI,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, mille remerciements ne vaudraient pas le semestre passé à arpenter cette magnifique vallée de la Gravonne à vos côtés. De ce savoir de terrain que vous m'avez transmis je vous serais éternellement reconnaissant.

Au Docteur GIUGLIANO,

Vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse, votre vision de la médecine d'urgence lors ce semestre passé à vos côtés, est à l'image de la médecine que vous pratiquez : talentueuse. Je ne peux que remercier l'humilité et le savoir que vous m'avez transmis.

Au Docteur FIOL,

Merci d'avoir pris le temps pour diriger cette thèse, je ne peux que remercier votre prise en charge : vos réflexions et vos commentaires précieux m'ont beaucoup aidé pour avancer dans mes problématiques, ainsi que votre aide à la relecture.

A toi Maman, depuis mon enfance tu as su canaliser mon énergie (et perdre la tienne !) à me mettre derrière un bureau. Je me souviens de ces soirées ping-pong, de ces obligations de réitations. Tu as toujours cru en moi même dans les moments les plus durs. Sache que si je suis devant vous ce soir, c'est grâce à toi.

A toi Papa, tu es l'homme que je voudrai être, je t'écoute peu, mais l'histoire a toujours montré que tu as raison. Ta parole tout comme tes mains valent de l'or.

A ma grande sœur, nous sommes si différent mais dans le fond tellement identique. De tes grandes vertus, tu en as fait ton métier, j'espère n'avoir jamais besoin de tes lumières, ne change jamais.

Je vous aime.

A ma Marraine, ma tante, dans un monde idéal tu aurais été aujourd'hui à coté de Maman, à la fin, nous aurions bu du champagne. J'ai jamais pu te le dire mais désolé pour tes pompons du canapé. Tu es partie bien trop tôt.

A ma grand-mère maternelle, depuis ma naissance tu es mon ange gardien, j'aurais tant aimé te connaître.

A mon Parrain, merci d'avoir soufflé sur mon berceau, je te dois mon hédonisme qui est chose précieuse dans le monde actuel. Je t'embrasse.

A mes grands parents, Arlette & Gabriel, le couple mythique de ce joli village de Provence. Grand-mère, tu fus et resteras la première médecin de la famille, merci pour ta gentillesse. Grand-père tu parles peu, mais tu peux être fier de la famille que tu as construite.

A mon cousin Pierre-Jacques, celui qui m'a donné envie de faire ces longues études (ceci dit tu aurais pu me dire que c'était aussi long et difficile !). J'espère ce soir te faire honneur.

A Ambre, ma filleule, le jeu en vaut la chandelle, et ce soir je te transmets ce flambeau, à toi dans faire grand usage.

A ma famille marseillaise, tatie Josette, tonton marcou, et mon cousin Seb je suis content de vous connaître et on a encore des années à rattraper.

A mes Bro: Nicolas, Alexandre, Jean-Christophe, Fredo, il faudrait s'atteler à l'écriture d'une nouvelle thèse pour décrire notre amitié & nos histoires mais je me contenterai ce soir d'une phrase : « Un pour tous, tous pour un »

A toi Perrine, tu peux être fière de la Femme que tu es. Merci pour ce que tu as fait pour ce travail. Enormément de bonheur ont jalonné ces deux années. L'avenir apportera son lot de réponse comme la nuit apporte son cortège de rêve.

A la Pampelonne academy, Tatai, Papa Mike, medhi, said, c'est avec vous que j'ai connu mes premières urgences de terrain, on savait rien faire, mais on l'a fait.

A mes amis montpelliérains, Ben nous faisons désormais chanter nos moteurs sur les routes loin de la folie de notre jeunesse. Alfred, mon rabzouz préféré, désolé pour l'arbre devant ta porte, je suis fier de t'avoir comme ami. Tom, le chimiste, quel été, quelle année, il va falloir qu'on se le boive ce verre. Et à tous les autres, Marine, Jo, Marie, Bef, Kanaka c'est bon de vous connaître.

Nelly & Amele, indissociable duo qui est le votre, une année difficile qui est devenue si facile avec vos sourires et vos folies.

Benjamin, l'homme qui négociait des gardes autour d'un café à 8 h et qui te vend une colloc en Corse sur une gueule de bois. Je suis fier de te compter parmi mes amis. Merci pour ce que tu as fait et, avec un peu en avance, tous mes vœux de Bonheur.

Audrey le ventilo du PSG, merci de ta bonne humeur, en souvenir de ces folles gardes et soirées.

A mes amis internes niçois, Marion pour commencer, un premier semestre tropézien où tu fus bien gentille de me supporter. Marie, cette petite bordille qui enflamma les plages de pampelonne. Pierre, je ne préfère pas rappeler ici le déguisement où tu te présentas la première fois, mais nos séances de paddle, running et montagne ne sont pas finis. Jeff, l'homme le plus impulsif du 06, va falloir se les refaire ces matinées café.

A Exploits sans frontière, et en particulier Monsieur Noel Smara, ce fut un honneur de partager cette expédition à tes côtés, à Monsieur Restellini, le Mike Horn Jr, à bientôt pour une partie de manivelle et n'oubliez pas les gars le Pic Lénine.

Dr Bartoli, merci « Cher Oncle » de votre confiance, et de m'avoir mis le pied à l'étrier dans ce monde du libéral.

A tous les médecins qui m'ont apporté leur savoir, Dr Volfard, Dr Auguste, Dr Tabbes, Pr Brousard, aux urgentiste de l'Hôpital d'Antibes, Dr Spadoni.

A l'équipe de Consultation 7/7 merci de m'avoir accueilli et de me faire confiance. Merci Philippe pour cette journée Excel, à bientôt pour un tour de bécane.

A tous mes amis « sauveteur », de la Manche à la Méditerranée en passant par l'océan Atlantique, chaque été fut unique.

GLOSSAIRE

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences

AVP : Accident de la Voie Publique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DERMG : Département d'Enseignement et de Recherche en Médecine Générale

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DU : Diplôme Universitaire

ECG : Electrocardiographie

ECOS : Examen Clinique Objectif Structuré

FMC : Formation Médicale Continue

GEASP : Groupe d'entraînement à l'Analyse de Situations Professionnelles

HAS : Haute Autorité de Santé

ISNAR : InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

IDM : Infarctus Du Myocarde

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners

Table des matières

INTRODUCTION	16
1.1 DEFINITION DE L'URGENCE	16
1.2 DEFINITION DU SOIN PRIMAIRE	17
1.3 ROLE DES MEDECINS GENERALISTES DASN LA GESTION DE L'URGENCE	18
1.4 FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE A L'URGENCE	19
1.5 LE CHOIX DE LA QUESTION DE RECHERCHE	20
MATERIEL ET METHODE	22
2.1 PARTICIPANTS	22
2.2 CHOIX DE LA METHODE	22
2.3 DEROULEMENT DES ENTRETIENS	24
2.4 ANALYSE DES DONNEES	25
2.4.1 ANALYSES DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	25
2.4.2 ANALYSE DES VERBATIMS	25
2.4.3 REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE	26
ANALYSE DES RESULTATS	27
DONNEES GENERALES SUR LES ENTRETIENS	27
PARTIE QUALITATIVE	29
3.1 L'URGENCE A TRAVERS LES YEUX DE L'INTERNE PENDANT LES REMPLACEMENTS	29
3.1.1 CAS D'URGENCE RELATE	29
3.1.2 EVALUATION DES RESSOURCES	31
3.1.3 DEFINITION DE L'URGENCE	32
3.2 ETAT DE LA FORMATION A L'URGENCE	34
3.2.1 FORMATION A L'URGENCE HOSPITALIERE	34
3.2.2 LE POIDS DE LA SENIORISATION	36
3.2.3 TRANSPOSITION DE LA FORMATION AUX SOINS PRIMAIRES	37
3.2.4 LES GEASP & LE SEMINAIRE D'URGENCE	39
3.3 VECU PSYCHOLOGIQUE DE L'URGENCE EN SOINS PRIMAIRE	40
3.3.1 L'ANXIETE	40
3.3.2 LA PEUR	40
3.3.3 LE STRESS	41
3.4 L'URGENCE ET LA DECISION DE PRATIQUE FUTURE	42
3.4.1 LOCALISATION DU CABINET	42
3.4.2 L'URGENCE ET LE TYPE DE PRATIQUE	44
3.5 LES INTERNES CONNAISSENT-ILS LE MATERIEL A AVOIR ? DES RECOMMANDATIONS SERAIENT-ELLES UTILES ?	46
3.5.1 CONNAISSANCE DU MATERIEL	46
3.5.2 DES RECOMMANDATIONS SERAIENT-ELLES UTILES ?	47
3.6 LES DESIRS EDUCATIFS DE L'INTERNE	49
3.6.1 EVOLUTION DE L'ENSEIGNEMENT FACULTAIRE	49
3.6.2 DESIR D'EVOLUTION HOSPITALIER	50
3.6.3 PISTES DE RECHERCHE SUR LE TERRAIN	52
3.6.4 INSTALLATION ET CONTINUITE DE FORMATION	55
DISCUSSION	57
CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	70
ANNEXES	77
SERMENT D'HIPPOCRATE	85

1-INTRODUCTION

1.1 Définition de l'urgence

Actuellement, la réponse, aux soins urgents et non programmés, est assurée essentiellement par les structures de médecine d'urgence et la médecine générale libérale dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires.

L'urgence en matière de santé est définie par le patient lui-même ou par son entourage inquiet, devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse à son problème de santé.

1.1.1 Les différents types d'urgence

Les différents types d'urgence représentent un polymorphisme étymologique et/ou de sens selon que l'on soit soignant ou soigné.

Une revue de la littérature nous permet de définir 4 types d'urgence : (1),(2)

- l'urgence vitale : situation qui met en jeu le pronostic vital dans l'immédiat (arrêt cardio respiratoire..).

- l'urgence vraie : face à une symptomatologie ne mettant pas le pronostic vital en question dans un premier temps, mais nécessitant une prise en charge rapide (pyélonéphrite aigue, appendicite ...).

- L'urgence ressentie : symptomatologie anxiogène nécessitant une consultation en urgence, alors que pour un professionnel de santé, il n'existe aucun critère objectif (crise d'angoisse, fièvre).

- L'urgence de confort : majoration de la symptomatologie par le patient

afin d'obtenir une consultation rapidement avec des soins urgents non justifiés.

D'ailleurs, une définition plus globale est proposée par les Unions Régionales des Médecins en exercice libéral dans le livre blanc sur la permanence des soins en 2001 : «tout ce qui peut être ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard». (3)

1.1.2 Epidémiologie

Selon une étude de 2004 de la DREES, les recours urgents chez le médecin généraliste, représentent 12% des consultations soit 35 millions de consultations.(4)

Egalement, en 2004, S. Gentile et al. ont étudié l'attitude et les comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. En cas d'une demande de soins ressentie comme urgente par le patient, 70,5% des patients ont directement recours à un service d'urgence. 27,7% ont recours à la médecine de ville, dont 78,3% à un système de garde libéral, et 21,7% à leur médecin traitant. (6) Ces consultations non programmées représentent 12% des consultations des médecins généralistes, parmi lesquelles 5% constituent des urgences somatiques critiques. (5)

1.2 Définition des soins primaires

Le terme de soin primaire est une adaptation française du « primary care » anglais, terme apparu à la fin des années 1960.

Plus précisément c'est en 1978, que l'OMS définit lors de la conférence de « Alma-Ata » les soins primaires comme « des soins de santé essentiels universellement accessible à tous les individus et à toute les familles de la communauté par des moyens qui leurs sont acceptables avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la

communauté du pays ». (7)

La WONCA, définit ce rôle par l'apport d'une réponse à une grande majorité de besoins individuels. En somme le médecin de soin primaire est celui qui peut donner une réponse pour 90 % des patients dans 90% des situations. Le médecin de santé primaire est donc le premier contact des patients avec le système santé. (8)

En 2009, la France a voté une loi (article L1411-11) définissant les missions du médecin généraliste dans le code de santé publique qui sont : (9)

- La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients
- La dispensation et l'administration des médicaments
- L'orientation dans le système de soin et le secteur médico-social
- L'éducation pour la santé

1.3 Rôle des médecins généralistes dans la gestion de l'urgence vitale

Bien que l'urgence vitale soit rare en médecine générale, avec un recours direct aux Urgences de plus en plus important, elle n'est pas anecdotique.

En effet, une revue de la littérature a permis de mettre en évidence, selon une étude française que 52% des médecins généralistes interrogés pratiquent un geste de réanimation par an et 38 % d'entre eux, plus d'un geste de réanimation par an. (10)

En Loire Atlantique, le Dr Lechevrel retrouve dans sa thèse une médiane de 1,5 urgence vitale par médecin et par an. (11)

La littérature internationale appuie, elle-aussi, ces chiffres; en effet selon l'étude britannique de Soo et al , 92,9% des 592 médecins généralistes participant, affirment

avoir eu recours à une réanimation cardio-pulmonaire, et ce, avec une médiane de 3 ans depuis leur dernière expérience. (12)

En Irlande, une étude portant sur 495 médecins généralistes suivis sur 5 ans, 36 % d'entre eux ont eu à intervenir sur un arrêt cardiaque, 13,2 % en ont rencontré plus d'un, et dans 65,8% des cas, le médecin généraliste était la première personne sur place. (13)

Plusieurs études ont montré que l'intervention précoce, du médecin généraliste avait un impact non négligeable sur la morbi-mortalité. (14)(15)

En effet, les chances de sortir vivant de l'hôpital passe de 6,9% à 23,4 % lorsque que les médecins généralistes pratiquent une réanimation cardio-pulmonaire précoce sur un rythme choquable. (14)

La prise en charge de l'urgence, est encadrée par la législation française. Selon le code de santé publique, celui-ci doit assurer la continuité des soins via la permanence de soin, mission de service public en collaboration avec les services de SAMU / SMUR et les établissements de santé. (16)

De plus, selon le code pénal (17) et l'article 9 du code de déontologie médicale (18), le médecin doit à ses patients des soins appropriés quelque soit leur état et l'endroit où il se situe.

1.4 Formation des internes de médecine générale à l'urgence

En France, la formation des étudiants en médecine suit un cadre législatif.

De ce fait, pour les premiers et deuxième cycles des études médicales, il est stipulé par l'arrêté du 18 mars 1992, consolidé par celui du 1 septembre 2008 (19) que l'étudiant en médecine doit être à même de gérer les situations d'urgence les plus fréquentes et ce

grâce à 11 modules avec lesquels il acquiert les compétences pratique et clinique qui lui seront primordiales en troisième cycle des études médicales pour exercer ses fonctions hospitalières.

En ce qui concerne la formation pratique, au cours du deuxième cycle des études médicales, la loi stipule que l'étudiant doit réaliser un quota validé de 36 gardes ainsi qu'un stage minimum de 4 semaines dans un service d'urgence, de réanimation ou de soins intensifs . (20)

Pour les étudiants du troisième cycle des études médicales, depuis 2001, la législation stipule que ces derniers doivent réaliser un minimum de un semestre dans un service de SAU. (21)

A noter, l'existence d'une formation complémentaire obligatoire, instaurée en 2006, appelée AFGSU. Le ministère de la santé, ainsi que les centres d'enseignement des soins d'urgence sont à la source de ce projet ayant pour mission l'acquisition des connaissances nécessaires à la détection d'une urgence médicale ainsi que dans sa prise en charge, seul ou en équipe, en attendant les secours. (22)(23)

Depuis la rentrée 2007, l'AFGSU est intégrée au programme des étudiants en médecine et celle-ci doit être impérativement validée avant la fin du deuxième cycle. (19)

1.5 Le choix de la question de recherche

Plusieurs études ont démontré qu'il fallait optimiser la formation du DES de médecine générale voir le refondre.

Argumentaire soutenu depuis 2007, via la création des Etats généraux de l'organisation de la santé (EGéOS) (24) soutenu par les rapports Legmann (25) et Hubert (26) ; insistant sur la nécessité d'une augmentation de l'expérience ambulatoire afin de confondre au mieux les futurs praticiens aux réalités du terrain.

De plus, selon une étude française (10), il en ressort que 30 % des médecins généralistes n'ont aucune maîtrise des gestes de réanimation de base sur le terrain. Argumentaire renforcé par les travaux de F.Crocq (40) révélant d'après son étude que 81 % des médecins généralistes considèrent leur manque d'expériences comme un frein à la prise en charge d'une urgence vitale. Pour 76% ce frein trouve sa source dans une carence de formation.

Dès lors, c'est d'après ces postulats, que nous est apparu important de rechercher, si les internes en médecine jugeaient cohérente leur formation, sur un axe bien précis de la médecine générale: celui de l'urgence en soin primaire.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si la formation des internes de médecine générale présente certaines carences, et, si celles-ci, corroborent à la réalité du terrain concernant uniquement la prise en charge des urgences en soin primaire.

L'objectif secondaire est d'identifier les pistes de travaux d'optimisation, s'il en existe.

2 MATERIEL ET METHODE

2.1 Participants

Le recrutement des internes s'est réalisé par différents moyens :

- Envoi d'email au secrétariat du troisième cycle des études de médecine générale de la Faculté de Médecine de Nice.
- Envoi d'email au secrétariat du bureau des internes de la Faculté de Médecine de Nice.
- Appels téléphoniques et envois d'emails aux internes de médecine générale avec notice explicative précisant les critères d'inclusion du panel recherché.

Les critères d'inclusions des participants étaient les suivants :

- Interne en médecine générale dépendant de la faculté de Nice,
- Stage aux Urgences validé,
- Stage chez le praticien effectué,
- Licence de remplacement acquise, et ayant déjà effectué au minimum un remplacement.

2.2 Choix de la méthode

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-structurés auprès des internes de médecine générale de Nice.

Les études qualitatives sont issues des sciences humaines et sociales. C'est un outil de référence en recherche scientifique. Ce type d'étude relève des hypothèses pour la compréhension de phénomènes et de comportements dans leur contexte naturel. (27)(28)

Ces entretiens étaient guidés par un canevas d'entretien préparé en amont. Notre choix s'est porté sur cette méthode d'étude, car nous souhaitions identifier de « nouvelles » causes, moins classiques, freinant ou pas les internes dans leur gestion de l'urgence en soin primaire.

Ainsi, par opposition, la réalisation d'un questionnaire fermé n'aurait laissé aucune place à la genèse de propositions non identifiées en amont par des méthodes de bibliographie classique.

Le guide d'entretien a été réalisé avec l'aide d'un référent « étude qualitative » du département d'enseignement et de recherche de médecine générale (DERMG) de la Faculté de Médecine de Nice.

Ce canevas d'entretien comportait trois parties :

- La première partie était un questionnaire visant à qualifier l'échantillon des internes sur le plan sociodémographique, avec leur sexe, leur âge, année de DES, les DU acquis ou en cours, le lieu et le type des remplacements ainsi que le futur mode d'exercice. Ces informations permettaient aussi d'orienter le recrutement des internes pour les entretiens suivant afin d'obtenir un échantillon le plus représentatif possible.
- La seconde partie était le guide d'entretien lui-même, sous forme d'un questionnaire semi-dirigé. Il s'agissait de neuf questions ouvertes, servant d'amorce à la discussion. Cette méthode permettait une discussion libre avec l'interne, tout en gardant la possibilité de recentrer le débat en cas de divergence

trop importante avec le sujet. L'enquêteur pouvait formuler d'autres questions au cours de l'entretien, en rebondissant sur des propos pour les étayer, ou approfondir.

- La troisième partie quant à elle était suggestive, et abordait des pistes de réflexion émanant de l'interne interrogé.

Enfin, après quelques entretiens, des questions très productives, non programmées initialement, ont été ajoutées au canevas. A contrario des questions qui n'ont pas amené d'argument supplémentaire, ont quant à elles été supprimées.

2.3 Déroulement des entretiens

Après la prise de contact, et une fois que l'interne a donné son autorisation pour participer à l'étude, un rendez-vous était fixé selon ses disponibilités pour la réalisation de l'entretien. Les entretiens individuels en présence physique ont toujours été privilégiés, afin d'obtenir de meilleurs résultats. Les entretiens n'ont jamais été réalisés en présence d'un tiers.

L'enregistrement s'est fait par microphone omnidirectionnel branché sur ordinateur. Les données audio des entretiens ont ensuite été retranscrites mot pour mot sur traitement de texte (Microsoft Office Word). A noter qu'il n'a pas été proposé de relecture des entretiens par les internes concernés, une fois ces derniers retranscrits.

2.4 Analyse des données

L'analyse des données et la présentation des résultats ont été réalisées selon la grille COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research), validée pour la présentation des études qualitatives.

2.4.1 ANALYSE DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Les données issues des questionnaires ont ensuite été retranscrites sur un tableur (Microsoft Office Excel) pour en faire ressortir les caractéristiques dominantes de la population d'étude.

2.4.2 ANALYSE DES VERBATIM

L'analyse des verbatim a été réalisée de manière concomitante à la réalisation des entretiens via le logiciel Nvivo 10. Le recueil des données a été fait jusqu'à saturation des données. Cette dernière a été déterminée par la réalisation de trois entretiens successifs ne récoltant aucune nouvelle idée.

L'analyse a été réalisée par procédure ouverte et inductive. Cela a consisté à repérer les sous-ensembles dans le texte qui correspondaient à des idées de base. Ensuite, après un pré-codage représentant environ 20% du matériel à analyser, le chercheur comparait et regroupait les sous catégories en dimensions plus larges, pour faire ressortir des catégories, selon la méthode du codage axial. Cette façon de procéder permettait d'élaborer une grille de codification qui servirait de base à la suite du codage, et qui serait contrôlée au fur et à mesure de celui-ci. Enfin, les idées qui apparaissaient fréquemment faisaient l'objet d'un codage spécifique pour faire ressortir les idées

centrales. La création des catégories d'analyse répondait aux règles de Berelson, c'est à dire qu'elles devaient être homogènes, exhaustives, pertinentes et qu'elles ne devaient pas faire place à une quelconque subjectivité.

2.4.3 REALISATION DE LA BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie a été réalisée avec le logiciel Zotero, la recherche documentaire quand à elle s'est concentrée sur plusieurs axes :

- Utilisation de moteurs de recherche spécialisés : Pub Med. Utilisation de mots clés pour les différents thèmes de recherche : medical, emergency , primary care, medical education , medical equipment , general practitioner's .
- Utilisation des moteurs de recherche généralistes : Google. Mots clés utilisés : interne , medecine generale , soin primaire , protocole de soin , formation , psychologie, urgence , systeme de soin , cabinet médical , urgences vitales , competences .
- Utilisation du système universitaire de documentation (SUDOC) : base de données des travaux universitaires.
- Documentation fournie par le Directeur de thèse : articles méthodologiques pour la réalisation d'études qualitatives, lecture de thèses.
- Bibliographie des documents identifiés grâce aux précédentes méthodes de recherche
- Recherche sur les sites des sociétés savantes : CNGE ; SFMG ; SFDRMG;
- Recherche sur les sites : HAS ; ANSM ; OMS
- Bibliographie des documents identifiés grâce aux précédentes méthodes de recherche.

3. ANALYSE DES RESULTATS

➤ DONNEES GENERALES SUR LES ENTRETIENS

Les entretiens ont été réalisés par un seul interviewer entre Juillet et Septembre 2017.

Au total, 15 entretiens ont été réalisés auprès des internes de médecine générale de Nice.

Le recrutement a été clos au 15^{ème} entretien, après être arrivé à saturation de données.

Les caractéristiques des internes interrogés sont décrites dans l'annexe 1.

La moyenne d'âge des internes interrogés était de 29,6 ans. Parmi les internes on comptait 8 femmes pour 7 hommes (figure 1). 67 % d'entre eux ont réalisé leur stage chez le praticien en ville contre 33% qui eux l'ont réalisé en milieu rural (figure 2).

Concernant les diplômes réalisés en plus du DES de médecine générale, 6 internes avait fait le DU de médecine d'urgence, 2 internes le DIU de médecine hyperbare, 1 interne le DU plaie et cicatrisation, 1 interne le DU de médecine de montagne, 1 interne le DU de gynécologie et 6 internes n'avaient aucune formation supplémentaire (figure 3).

A propos des lieux de remplacement, 34 % ont connu les cabinets de ville, 27 % les maisons médicales, 21% les cabinets ruraux et 18 % une activité de permanence de soin type « SOS Médecin » (figure 4).

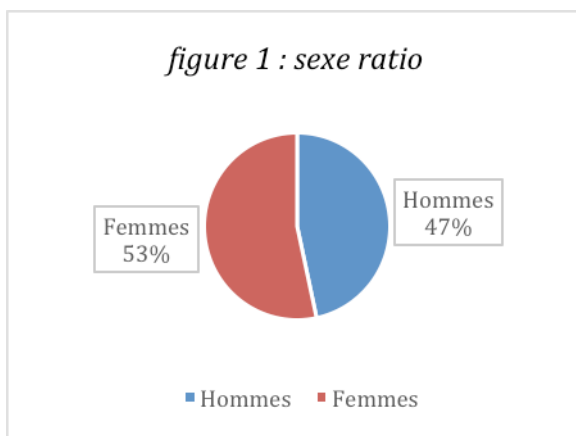


Figure 1 : Sex Ratio

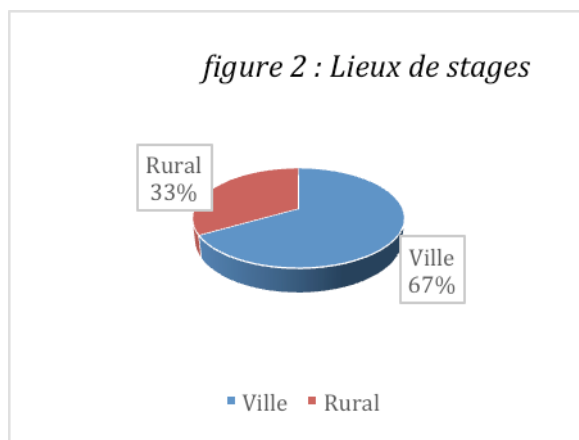


Figure 2 : Lieux de stage chez le praticien.

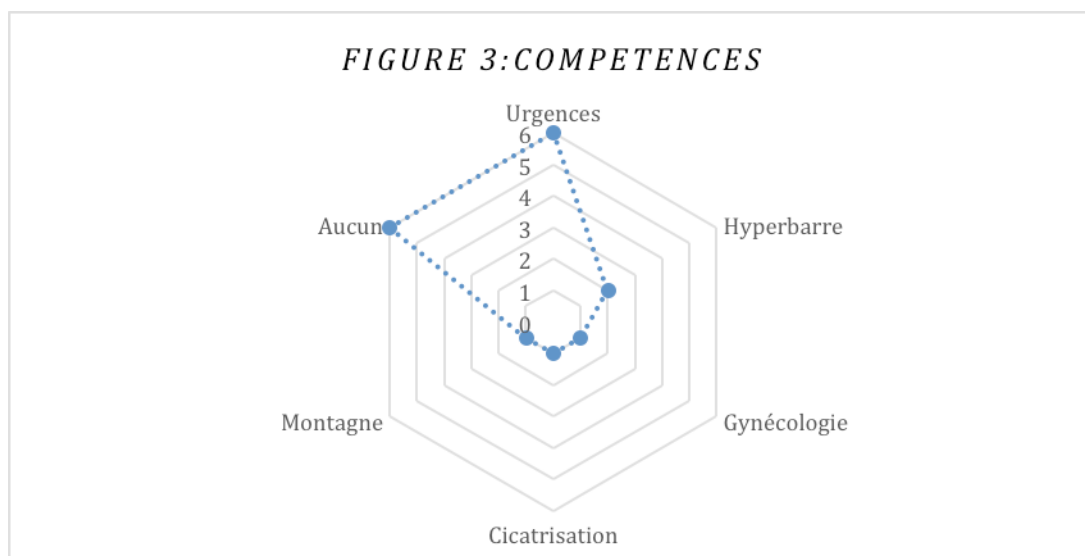


Figure 3 : Diagramme des diplômes obtenus.

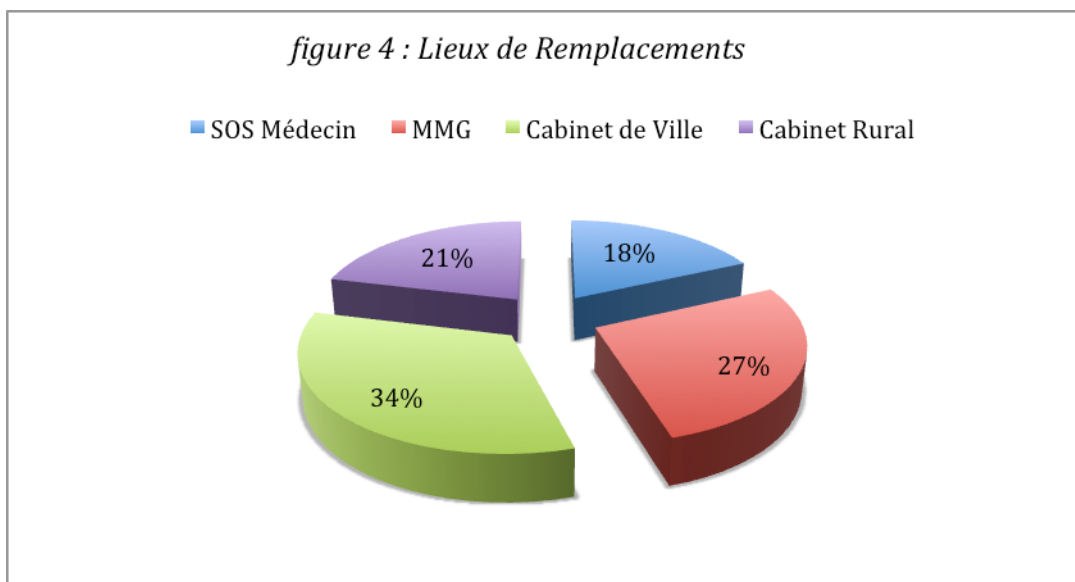


Figure 4 : Lieux de remplacement.

➤ PARTIE QUALITATIVE

Pour la présentation des résultats de l'analyse qualitative, il a été choisi de présenter la réponse à la question : « Evaluation des besoins des internes de médecine générale de Nice face aux situations d'urgence en soin primaire » en 5 grandes parties regroupant toutes les idées soulevées lors des entretiens par les internes de médecine générale, soit :

- L'urgence en soin primaire au travers de l'expérience de l'interne.
- Quid de la formation à l'urgence.
- Vécu de l'urgence.
- Les internes connaissent-ils le matériel à avoir ? Des recommandations sont-elles nécessaires ?
- Désir éducatif de l'interne.

3.1 L'urgence à travers les yeux de l'interne pendant les remplacements

3.1.1 Cas d'urgence relaté

« je dirais qu'il y a les grosses urgences , douleur thoracique , phlébite , traumatologie aussi que j'ai pu connaître quand j'étais plus isolé en rempla, et ensuite l'urgence moins vitale comme un lumbago par exemple . »

« De quel type ?

Interne 11 : Des douleurs thoraciques, des détresses respiratoires »

« Un syndrome coronarien aigu, transféré. Malaise qui était de l'épilepsie. Qu'est-ce que j'ai eu d'autre ? (.....)Je n'ai pas eu d'AVP pour l'instant. Je n'ai pas eu...enfin... oui de la traumato mais enfin pas de l'urgence vitale traumato quoi, des fractures ou autres problèmes douloureux, mais pas d'urgence à mes yeux. »

« Que ce soit une vraie douleur tho typique d'infarctus. Et à 2 ou 3 reprises des fortes suspicions de TVP plus ou moins signe d'embolie »

« Heu... crise convulsive au cabinet, infarctus et voilà... et thrombose »

« Oui j'ai connu des douleurs thoraciques en cabinet à Aups. Après j'ai connu des détresses respiratoires aussi à SOS médecin. Et douleurs abdominales avec défense, contractures tout ça quoi. »

La consultation d'urgence qui revient au premier plan, est la douleur thoracique (SCA ST+ et IDM), en effet, 12 internes sur 15 ont été confrontés à cette situation au cours de leurs remplacements.

S'en suit ensuite, la maladie thrombo embolique pour 6 internes sur 15.

Concernant les urgences abdominales celles-ci sont décrites à la même fréquence que les crises d'épilepsie (3/15) talonnées par les détresses respiratoires (2/15).

L'urgence traumatologique n'est décrite que pour un interne.

Définie comme une urgence de seconde classe par les internes, la prise en charge aigue d'une colique nephretique hyperalgique est citée par 3 internes, tandis que le lumbago par 2 internes.

3.1.2 Evaluation des ressources

« Je pense que non, on n'a pas eu toutes les ressources utiles »

« Oui, par contre si j'étais à la campagne je pense que je ne les aurais pas eues. »

« Alors c'est difficile quand même parce que d'une part on a nos connaissances théoriques et secundo on est quand même loin des livres et on manque clairement de terrain, et puis j'étais quand même bien isolé. »

« Question bien compliquée ça, philosophique limite... Les ressources nécessaires... théoriques oui, pratiques non. »

« Oui, parce que les arrêts cardiaques je sortais des urgences de Cannes donc ça allait. La crise d'épilepsie peut être un peu moins parce que du coup, en plus j'étais toute seule ce jour là dans le cabinet »

« Les ressources pratiques non pas vraiment. Je pense que c'était plus... enfin j'ai tout de suite envoyé aux urgences en fait parce que j'étais un peu démunie. »

« Du coup, pour une des deux douleurs tho non, je n'avais pas l'ECG, je n'avais pas grand-chose donc un peu démuni. »

Les internes eux même dans leur réponse font le distinguo entre d'une part les ressources théoriques et d'autre part les ressources pratiques.

Dès lors une dichotomie dans les résultats est nécessaire afin d'être précis.

15 internes sur 15 estiment avoir eu les ressources théoriques nécessaires à la prise en charge des urgences en soin primaire.

Cependant, concernant les ressources pratiques c'est-à-dire l'acquisition des compétences sur le terrain, le bilan est plus mitigé.

1 interne interrogé estime avoir eu les ressources pratiques, à contrario, 8 internes estiment les ressources pratiques à la gestion de l'urgence non acquises, tandis que 2 ont eu une carence pratique par défaut de moyen (pas d'ECG au cabinet), et un seul estime que s'il était en médecine rurale, les ressources pratiques n'auraient pas été suffisantes.

3.1.3 Définition de l'Urgence

« C'est le trouble aigu qui peut pas spécialement être géré en cabinet ou du moins le trouble aigu dont t'es pas sûr d'avoir tous les moyens suffisants pour pouvoir le gérer en cabinet et faire en sorte qu'il rentre à la maison tranquillement »

« Le mot pour moi ça serait imprévisible, facteur de stress et surtout de désorganisation »

« Il y a les urgences psychologiques et les urgences hémodynamiques. Et alors on va se poser la question est-ce qu'il faut perfuser ? Est-ce qu'on a le traitement adéquat à disposition ? Est-ce que notre traitement n'est pas périmé ? Est-ce que les recommandations sont connues ? »

« Le patient qui la donne lui-même. Du moment où lui il vient sans rendez-vous, pour une plainte qu'il définit comme urgence, c'est là que se définira l'urgence de cabinet. Et après il y a les urgences ultimes qu'on connaît tous, qu'on a appris, et on va dire les urgences de redirection. »

« Les urgences ressenties, que ce soit des douleurs, des malaises, des problèmes, des chocs... voilà... j'estime que le médecin généraliste doit être surtout là présent pour ses patients quand ils en ont besoin et particulièrement en cas d'urgence. »

« Pour moi l'urgence en cabinet c'est l'hypothèse diagnostique pour laquelle j'ai besoin d'un examen urgent pour éliminer ce diagnostic qui met en jeu un pronostic vital »

« C'est toutes les détresses que peuvent exprimer un patient. Alors ça peut être une vraie détresse donc une maladie ou une détresse ressentie par le patient. »

La notion d'urgence est variable auprès des internes et au grès de leurs différentes expériences.

En effet, l'urgence vitale est définie dans 6 entretiens. La définition de l'urgence en tant que pathologie nécessitant un étayage diagnostique via une nécessité d'examen praeclinique est présente dans 5 entretiens.

L'urgence ressentie par le patient est incluse dans 3 entretiens.

L'urgence comme évènement vecteur de désorganisation dans le cabinet pour 2 entretiens.

Tandis que les urgences psychiatriques sont définies par un seul interne.

3.2 Etat de la formation à l'urgence

3.2.1 Formation à l'urgence hospitalière

« Alors si, on a fait un atelier ACR en D3 avec un mannequin mais c'est vrai que sinon c'est très faible. »

« On apprend d'abord lors de notre externat, par les cours qu'on a, le massage cardiaque, tous les cours théoriques. On a une formation premier secours en tant qu'externe. Moi je viens de Marseille il y avait ça. Je la trouve un peu légère c'est quelques heures, une fois pendant l'externat. »

« J'ai l'impression d'avoir eu plus de formation en tant qu'externe, on a une formation de deux jours me semble-t-il, sur l'acr, les malaises, c'était vraiment efficace avant de commencer les gardes. »

La formation durant l'externat revient dans 3 entretiens, et il est intéressant de constater pour les internes l'ayant mentionnée, que cette dernière est très utile.

D'un point de vue pédagogique au premier plan, mais aussi psychologique d'autre part, avec un effet anxiolytique avant de commencer le stage aux Urgences en 3ème année.

« On va dire que les urgences vitales sont un peu réservées aux smuristes et ceux qui veulent participer au DESC d'urgence. Donc non la formation pour les urgences vitales, mise à part de la théorie, on reste très limité. Le stage aux urgences dégrossi quelques cas. »

« Mon stage d'urgence de six mois au CHU... on voit qu'au CHU il y a des protocoles, on apprend des règles et on est mieux encadré, c'est un stage efficace pour l'apprentissage et heureusement qu'il est là. »

« Interne, tu es de suite dans le grand bain, tu n'a pas accès au déchoc ni au smur du coup cela limite le champ des possibilités. »

« Finalement on a été assez bien formé je trouve, puisqu'on a fait régulièrement des gardes. »

« L'internat avec les connaissances surtout théoriques. Et au niveau pratique la base hospitalière des différents stages dans lesquels j'ai pu passer quand j'étais externe, que ce soit en réanimation, aux urgences. Donc globalement c'est une bonne formation à l'hôpital, même si à mon sens rien ne vaut les gardes dites d'étage où tu es plus autonome. »

« Niveau théorique et les cours tout ça, elle n'est pas bonne, même elle est inexistante je pense. Après à part le stage des urgences on ne peut pas dire qu'on a une très bonne formation. Même aux urgences c'est pas forcément des urgences vitales parce qu'on n'a pas trop le droit d'aller au box déchocage. »

« Disons qu'à l'hôpital, enfin au cours du cursus on a le stage obligatoire aux urgences, un très bon stage, mais adapté à l'hôpital. »

« Je trouve qu'on a été bien formé, parce qu'on avait des cours pratiques évidemment quotidiens que ce soit, aux urgences ou en traumatologie, soit à la déchoc. Donc je pense qu'on a une bonne formation, en tout cas six mois d'urgence à Pasteur pour moi ça a été une bonne formation. »

Pour l'ensemble des entretiens, l'entité redondante quand il s'agit de formation à l'urgence est le stage de 6 mois obligatoire au SAU.

Dans ce contexte, ce dernier est plébiscité dans 10 entretiens de part la qualité de la formation théorique et pratique. Il est bon de constater que les internes interrogés, apprécient la présence de protocole dans la prise en charge des pathologies de l'urgence vitale.

Les nuances apportées dans les autres entretiens sont notamment dues à la difficulté d'accéder au plateau de déchoquage et en intervention SMUR.

3.2.2 Le poids de la séniorisation

« On travaille sous couvert des chefs du fait aussi de l'augmentation des procès, du coup nous en tant qu'interne on travaille un peu sans pression. »

« Après il y a effectivement l'apprentissage hospitalier, qui lui nous donne un aperçu, mais on est tellement chapoté qu'au final on le vit pas »

« Maintenant on n'a plus le droit de faire plein de trucs on est obligé de sénioriser tous les dossiers. On ne peut pas faire, on ne peut pas prescrire certains médicaments sans avoir l'autorisation des chefs »

« Tu te reposes tellement sur les chefs que tu travailles quand même détente. C'est dommage je pense que moins de séniorisation, ferait de nous de meilleurs médecins, malheureusement on apprend de nos erreurs ! »

Spontanément, lors de 6 entretiens, la séniorisation au cours du stage aux urgences a été évoquée sur un versant positif dans le sens où elle prend en charge nettement les angoisses de l'interne sur les gardes. Cependant, elle subit un revers de médaille et pas des moindre, puisqu'ils jugent plus durement son impact sur la formation. En effet ces derniers estiment être trop chaperonnés et ainsi trop se reposer sur leurs aînés pour les décisions importantes. Dès lors, ils estiment apprendre plus dans les gardes dites d'étage où ils sont plus autonomes.

3.2.3 Transposition de la formation aux soins primaires

« Si j'ai une urgence vitale en cabinet je me sens seule, on manque clairement de pratique de terrain pendant la formation ; alors oui on fait de l'hospitalier, mais nous on va finir en cabinet et là très franchement c'est une carence néfaste. Il faudrait adapter l'internat à notre cursus. »

« En l'état actuel des choses, elle ne l'est pas, nous ne sommes pas formés pour les urgences de cabinet, une fois sortis de l'hôpital nous allons à la découverte de notre monde. Un système de débrouille empirique. »

« Pas forcément, puisque comme on disait la formation hospitalière nous apprend à faire des doses d'adrénaline, des dosages, des choses qu'on ne pourra pas forcément faire en cabinet. En cabinet on est un peu dépourvu de tout ça, on a notre petite trousse d'urgence, d'accord, qui est un peu faite de manière anarchique en fonction des médecins. Il y en a qui sont très peureux donc ils ont peut être beaucoup de choses. D'autres en disant ben moi je ne sais pas gérer ça donc je ne l'utilise pas »

« Justement non. Là-dessus on a une formation qui est purement hospitalière. Même pour moi le stage obligatoire chez le prat ce n'est pas suffisant. (...)Enfin il y a un gros biais quand on est à l'hôpital. Donc pour moi ce serait vraiment multiplié, enfin c'est transposable oui et non mais une grande majorité des motifs de consultations ce n'est pas transposable par rapport à ce qu'on voit à l'hôpital pour moi. »

« Très légère, superficielle, pas assez étoffée, il aurait fallu avoir beaucoup plus de mise en conditions réelles. En fait on la découvre au fil du temps au cabinet. »

« Oui donc, voilà du coup, je trouve que l'on apprend sur le tas pour les prendre en charge. En fait toute la prise en charge, que ce soit le déroulé diagnostique, ou les moyens ne sont pas du tout adaptés au cabinet. Il y a vraiment rien qui nous met sur la voie, que ce soit dans le matériel ou dans la médecine d'aval pour pouvoir les prendre en charge au cabinet. »

« Non pas vraiment, parce que la théorie ils nous apprennent surtout... on a pas mal de formations pour tenir un cabinet ou des trucs comme ça, la communication, la relation, mais on n'a pas du tout les urgences au final, rien du tout. »

« C'est pas tellement la pathologie qui me gêne, mais la gestion du plateau technique parce que c'est pas la même chose d'être vraiment à l'hôpital (...) Tout ça c'est un point de vue différent que celui de l'hôpital et c'est vraiment dans ce domaine que pour moi il existe une carence de compétences lors de notre formation. La pratique n'est pas acquise très clairement pour le monde extra hospitalier. »

La réponse de la non transposabilité de la formation à la médecine d'urgence revient dans 14 interrogatoires.

Pour 8 d'entre eux, la carence est purement technique, avec des urgences qui à leurs yeux non jamais été abordées sur le plan théorique et vues en extra hospitalier au cours de la formation.

Pour 2 d'entre eux ce n'est pas la pathologie qui est le problème, mais la carence de plateau technique.

Dans 2 interrogatoires, c'est la gestion logique de ce plateau et de la chaîne de secours qui pose problème.

3.2.4 Les Geasps et le Séminaire d'Urgence

« Les GEASP ont permis un petit peu de débayer les situations de médecine d'urgence, etc. mais ce n'était que de la théorie »

« Même s'il existe les geasp mais je ne me rappelle pas avoir eu un cas sur l'urgence en ville, et le séminaire d'urgence ou au final on devait poser des questions mais des questions de personne n'ayant pas d'expérience cela tourne court »

« On a un séminaire d'urgence obligatoire mais il a duré 1 h, et pour être franc j'en ai rien retenu, pas de cas pratique, on aurait pu avoir un mannequin, ou faire des simulations de cas un peu théâtrales à la place de ça un question/réponse flou »

« Là, les GEASP, c'est des discussions sur des situations qui nous posent problème. Le plus souvent c'est même pas des situations d'urgence vitale, c'est des situations de la vie de tous les jours, les pathologies des cancers, la prise en charge de la douleur, tout ça »

« Je me souviens du séminaire d'urgence, sur le papier c'est bien mais manque clairement de praticité, et de durée. »

8 internes posent le Geasp comme élément pouvant apporter des réponses à des contraintes d'urgence vu en ville.

Le Séminaire d'urgence en ville, est spontanément abordé par 5 interrogatoires, jugé nécessaire par les internes ; mais clairement pas assez poussé en profondeur et ce, pour tous les interrogatoires.

3.3 Vécu psychologique de l'urgence en soin primaire

3.3.1 L'anxiété

« La première chose c'est l'anxiété, de dire ne pas passer à côté. Après avoir vu 26 angines... oui quand on a une urgence vitale c'est l'anxiété qui prime »

« Intérieurement je suis angoissée mais sinon je reste calme devant les patients »

« La première c'est un peu l'anxiété quand même hein... Enfin ça reste une urgence, d'autant plus vitale »

« C'est anxiogène dans le sens où ça perturbe des consultations à un ordre établi de la journée. Après je trouve que c'est d'autant plus anxiogène selon où l'on exerce. (..). Quand on est en ville on a tendance à quand même, à être déjà un peu plus rassuré. »

Pour 1/3 des interrogatoires, l'urgence est ressentie lors des remplacements comme une source d'anxiété, l'argumentaire étoffant cet aspect psychologique est lié d'une part à une carence d'expérience au cours de la formation et, d'autre part par l'isolement. Il est intéressant de constater que plus le cabinet est éloigné d'un centre hospitalier plus l'anxiété ressentie augmente.

3.3.2 La peur

« La peur, (...) le besoin d'aide quoi, l'appel à un médecin... »

« La peur de se tromper aussi, dans la prise en charge »

« De la peur, peur de ne pas savoir faire, peur de ne pas reconnaître, peur de passer à côté de quelque chose »

Un autre tiers, exprime le sentiment de peur face à ces situations. Là aussi la peur est corrélée pour quatre d'entre eux à une méconnaissance de la gestion de la pathologie sur ce terrain.

3.3.3 Le stress

« Je me souviens un stress exacerbé en allant au travail, un stress négatif, en m'imaginant des situations où je savais que ma pratique de terrain était limitée. »

« Un stress dans un premier temps avec une montée peut-être d'adrénaline pour ceux qui aiment ça. (...) Plutôt positif, parce qu'on fait ce métier pour soigner les gens »

« La gestion du stress, justement de passer à côté d'un diagnostic... enfin d'un pronostic vital et justement d'être à court de moyen. (...) Moi je le vis positivement puisque j'avais bien aimé mon stage aux urgences »

« Ben le stress, forcément, (...) ça me pousse à m'interroger, donc dans le bon sens, à réfléchir vite et ça pousse peut être positivement »

« Pierre Damien : Et le stress chez toi il est plutôt positif ou négatif ? Interne 5 : Ah oui non il est positif (...) Moi ça va, ça me booste. »

Le stress est le troisième ressenti majeur au cours des entretiens (7 interrogatoires), dans la majorité des cas celui-ci est vécu comme positivement, et pousse l'interne remplaçant à exceller face à la situation qu'il a à gérer.

3.4 L'urgence et la décision de pratique future

3.4.1 Localisation du cabinet

« Ce sera en effet beaucoup plus simple si je suis en ville qu'isolé dans la campagne. (..) . La formation y est pour beaucoup puisque comme je l'ai dit, dans les livres c'est facile à l'hôpital aussi mais l'expérience de terrain manque énormément, perfuser, intuber, les protocoles de massage cardiaque par exemple. (..). Donc oui de devoir sédater un patient, intuber un patient, ne sont pas des gestes que l'on fait tous les jours. Donc oui ça peut être très anxiogène une prise en charge vitale. Et du fait de mon cursus je ne me vois pas me lancer dans une installation en milieu rural. »

« C'est sûr que s'il m'arrive une grosse urgence que je dois intuber ou quoi et que je ne sais pas gérer toute seule heu... c'est sûr on y pense. Du coup clairement pour moi un cabinet seul en milieu semi rural à rural c'est clairement non car pas assez formé »

« Alors lorsqu'on fait du rural ou de la montagne on est un peu seul au monde (...) je dois bien avouer, que pour moi c'est clairement un frein, certes c'est une médecine intéressante, mais je n'ai pas la formation requise. Et je me vois pas ouvrir mon cabinet dans ces territoires »

« ça peut oui, dans la mesure où on a des stages qui sont quand même isolés. Il y en a qui sont à St Martin du Var ou des choses comme ça. (...). Oui je pense que ça a une influence et par ce fait si tu as quand même dégrossi avec un terrain de stage en rural, tu te sens plus prêt à remplacer là haut. »

« Oui, la localisation déjà je pense qu'elle a effectivement une influence (..). Mais, donc quand même ça influence sur l'établissement du réseau d'aval du médecin et sur ce point si précis de la localisation, à mes yeux pour moi ça peut être un facteur de me dire

je préfère la qualité de l'urbain, la proximité du CHU plutôt qu'à risquer une médecine qui peut être vite plus grave où ma formation a péché »

« C'est certain. On voit en France qu'il y a une disparité des médecins. On nous parle de plus en plus de déserts médicaux. Il y a des zones sur dotées en médecin et d'autres sous dotées. Donc forcément si on est en campagne, qu'on est seul, que le premier centre hospitalier est à 35 km (...).et du coup je reviens sur ces déserts médicaux mais moi je te dis un truc, peut être que si j'avais eu un prat et plus de formation je me sentirai les épaules de m'installer en rural mais la clairement non, trop chaud !! »

« Un milieu totalement isolé comme dans un milieu de vallée ou un milieu de montagne, c'est clairement une perte, un abord négatif à la gestion de ces urgences vitales. Déjà moi je n'ai jamais vu cette médecine, deux stages avec des prat en ville, zéro expérience de la campagne, alors je ne vais pas aller m'aventurer là bas. »

Dans 8 entretiens, l'urgence est un facteur influençant du lieu d'installation. L'interne ayant ressenti une carence de formation de terrain, ainsi qu'un stage chez le praticien urbain ne souhaite pas remplacer et encore moins s'installer en milieu semi rural ou rural malgré la pleine conscience pour ces derniers des déserts médicaux, réel problème de santé publique à l'heure actuelle.

« Clairement Oui (...), j'ai vu mon prat faire et ça m'a pas mal dégrossi la prise en charge, bien sur pas sur toutes les pathologies, mais du coup je me sentirai de m'installer loin de la ville. »

« Oui c'est certain, et de ce fait cela devient dépendant à mes yeux de ton stage chez le praticien, j'ai pu faire 3 mois en semi rural et je peux te dire que la médecine est pas la même, nettement plus intéressante, mais nettement plus intellectuellement pratique si tu me permets l'expression et à l'instant T, je fais des rempla parce que j'ai un peu de bouteille. »

« Oui, bien sûr puisqu'on ne gère pas les mêmes urgences quand on se trouve en centre ville de Nice que quand on se trouve à la montagne à St Etienne de Tinée (...). Après cela me gêne pas on va dire, mon prat était là haut du coup j'ai vu pas mal de trucs alors je fais des piges là haut, non sans pression mais ça me plait, une vraie médecine de premier recours. »

Le corolaire s'affirme au point que sur les trois internes ayant fait leur stage chez le praticien en milieu rural, et qui ont été confrontés à des cas complexes sur le terrain, sont à même de gérer et de s'adapter aux pathologies associées à la carence de plateau technique ; et ainsi remplacent régulièrement dans ces territoires , et donc ils estiment que les pathologies de l'urgence ne sont en l'occurrence pas un frein à une future installation dans ces territoires loin du soin de premier recours urbain.

3.4.2 L'urgence et le type de pratique

« Je pense que oui (..). Si on travaille à plusieurs oui on peut gérer l'urgence d'une meilleure manière. On peut se reposer sur les confrères, sur les collègues. D'une on va dire prendre en charge le patient, discuter pour que le collègue puisse déjà appeler le 15 et prévenir les urgences. Oui un travail d'équipe est forcément mieux que travailler seul. »

« Après ça sera en cabinet de groupe hein de toute façon si je m'installe en semi-rural ça ne sera jamais seule parce que... oui on pense surtout aux contraintes du cabinet, aux urgences si jamais, et... »

« En cabinet de groupe, le stress n'est pas du tout le même et je pense qu'on peut s'entre-aider avec les différents collaborateurs que l'on a dans le cabinet. Donc le stress est déjà plus modéré. Je me sens plus à l'aise oui dans un cabinet de groupe. »

« Donc je pense que c'est un gain quand même d'être en cabinet de groupe. Alors je parle de groupe de médecine générale, mais si en plus c'est un cabinet de groupe ou maison médicale où il y a plusieurs autres spécialistes c'est encore bien plus facile pour pouvoir prendre en charge ces urgences. »

« Oui bien sûr, les maisons médicales c'est carrément mieux tu peux aller demander un avis aux médecins à côté : « oui qu'est-ce que tu penses, qu'est-ce que tu ferais là ? »

« Les maisons médicales c'est vachement plus attrayant qu'un cabinet seul. Ça me donne plus du tout envie maintenant. »

« Le cabinet de groupe est quand même une aide et un confort. Et je vais te dire la médecine moderne, c'est les maisons med : bio, radio, 2 médecins. Et même les urgences des hôpitaux cela les désengorge en plus. Tout le monde est gagnant »

« Plutôt de groupe, parce que maintenant je pense c'est totalement dépassé le cabinet seul. J'ai pu connaître en rempla une maison médicale, hyper bien structurée. Et je suis clairement tombé fan du concept, tu as les radios, on a travaillé à plusieurs, intellectuellement c'est super et c'est important d'avoir une discussion ou alors au moins des collègues pour se reposer dessus. »

La totalité du panel interrogé estime que pour la gestion de l'urgence, le travail en groupe apporte une plus value et ce sur plusieurs points.

L'argument majoritaire étant celui de la réassurance vis à vis de la pathologie à gérer.

L'autre point soulevé, est, intellectuel, ces derniers estiment qu'en groupe, en discutant du cas présenté on se maintient plus au fait des dernières recommandations ainsi la gestion des pathologies de l'urgence en est améliorée d'un point de vue qualitatif.

Spontanément, dans 8 entretiens, est plébiscité le travail dans les maisons médicales, ces dernières reprennent l'argumentaire cité plus haut mais ajoute à celui-ci, le fait qu'elles permettent aussi de désengorger par une optimisation de la prise en charge les SAU.

Autre constat et pas des moindre, 6 entretiens montrent que la prise en charge des urgences en médecine isolée est un des freins à l'installation. Et, comme citée par le même interne ayant stipulé cet écueil, ces derniers estiment que la création de maisons médicales en territoire isolé remettra en question ce frein à l'installation.

3.5 Les internes connaissent-ils le matériel à avoir ? Des recommandations seraient-elles utiles ?

3.5.1 Connaissance du matériel

« Je n'en ai strictement aucune idée, parce que tous les stages que j'ai fait en médecine générale c'est pas leur dada et ils ont très très peu de matériel, (..). Donc ça fait vraiment pas partie de la formation que l'on nous donne. »

« Pourtant c'est vrai qu'il y a des remplacements que j'ai fait où j'avais vraiment rien. J'avais un stéthoscope, un thermomètre et encore. Et puis je portais comme ça en visite

sur des urgences ou des trucs comme ça. Non, non je t'avoue que franchement je n'en ai aucune idée des dispositifs nécessaires. »

« Non pas du tout. Je n'en ai jamais entendu parler. Je me suis fait mon nécessaire par expérience, mais rien de cadrer »

10 interrogatoires mettent en avant une carence de formation sur l'information concernant le nécessaire à avoir pour la prise en charge des urgences. Cette carence se voit pour le matériel du cabinet ainsi que celui de la trousse d'urgence.

« En fait je m'adapte à ce que je trouve au cabinet des médecins que je remplace. »

« Moi je me suis fait ma mallette à moi (..), et de mon expérience donc au début j'avais pas grand chose »

« Enfin voilà des choses comme ça je me renseigne au fil de temps, selon les situations que je rencontre. »

Dès lors pour la majorité des internes interrogés, la création de la trousse d'urgence est tout à fait empirique, basée d'une part au fil des situations rencontrées au cours du temps et, d'autre part sur l'expérience des médecins remplacés.

3.5.2 Des recommandations seraient-elles utiles ?

« Que durant mon cursus c'est un sujet qui n'a pas été abordé, peut être sur un Geasp mais rien de majeur en somme alors que c'est extrêmement important. »

« Non pas du tout. Je l'avais fait dans le cadre d'un GEASP, mais parce que c'était volontaire et que moi je l'avais évoqué parce que je me suis dit que c'était quand même

super intéressant de savoir ce que je mettrais dans ma valise mais jamais on n'en a parlé. »

« On s'est posé la question en GEASP, lors de notre formation d'internat. C'est quelque chose dont on a discuté plusieurs fois, parce que certains faisaient des gardes à SOS médecin, se demandaient comment se fournir heu. Quoi mettre dans leurs trousse d'urgence, qu'avoir au cabinet ? »

6 internes interrogés, ont eu une fois au cours de leur formation accès à ce sujet lors des Geasp et séminaires. Ils en apprécient le sujet mais estiment à l'unanimité, que cela n'a été qu'un préliminaire avec un manque de fond et de structuralité.

« Hum... mais j'ai pas vu de recommandations du ministère ou quoi, l'HAS. Non ça on n'a jamais été trop formé en plus mais si le sujet était cadré je peux te dire que ce serait bien »

« Après, franchement on a eu aucune formation comme ça notamment sur la trousse d'urgence et j'aurai aimé connaître le nécessaire. »

« A mon avis, je pense que c'est sûr et si y en a pas c'est nécessaire »

« Pour moi non, je ne pense pas. Je pense qu'il y a certains médicaments que tu dois avoir, mais je ne sais s'il y a vraiment des réelles recommandations écrites. Je crois pas, mais après. (..)Pas du tout mais cela aurait été bien une formation avec les recos. »

Consensuellement, le panel ne sait pas d'une part s'il existe des recommandations de l'HAS tout comme si le nécessaire à avoir est encadré par la sphère législative.

Pourtant, ces derniers seraient preneurs de recommandations officielles émanant des autorités ainsi qu'au niveau local, d'un approfondissement de la formation en mettant à profit, les Geasps et surtout le séminaire d'urgence.

3.6 Les désirs éducatifs de l'interne

3.6.1 Evolution de l'enseignement facultaire

« Je pense que la meilleure pratique c'est la simulation. C'est-à-dire que certes on peut simuler, d'ailleurs à Nice on peut simuler sur des mannequins qui sont disponibles à la FAC, mais la simulation libérale, enfin la situation de cabinet ce n'est pas la même simulation que la simulation hospitalière. Je pense que c'est important de se mettre, on va dire, en amont en scénario avant de tomber pendant un remplacement dans le fameux scénario quoi. »

« Je ferais intervenir des urgentistes ou je ferais... voilà... soit des ateliers, soit des séminaires dédiés à la prise en charge de telle ou telle pathologie. Mais des choses plus concrètes, pas des choses qu'on a apprises à l'internat qu'on connaît tous par cœur. Des situations un petit peu plus pratiques. »

« Tous en groupe et on essaie de gérer de fausses situations d'urgence, ça je trouve que ça rentre bien en tête, mais qu'on en a pas eu assez. »

L'élément sollicité majoritairement serait une théâtralisation des scénarii spécifiques aux cas rencontrés en soin primaire. Notamment lors des heures de geasp qui sont nombreuses et donc elles pourraient être mises plus facilement à contribution.

« Un cours... bah un cours... déjà par exemple une idée de la législation concernant les urgences en cabinet. Ça c'est vrai que qu'est-ce qu'on est censé avoir, parce qu'on est

prêt à s'installer et on est très mal renseigné donc on va devoir faire ça tout seul. Mais en attendant si on pouvait avec quelque chose qui dans notre cursus nous le dise clairement ça serait bien. »

« Un séminaire supplémentaire sur ça. Sur... heu... oui déjà un petit livret ça pourrait être pas mal. Comme on a aux urgences à l'entrée sur quoi faire avec le matos à avoir, ce qui serait pas mal même pour un médecin gé en visite ou en cabinet. Parce que ça on le sait pas quoi. On ne sait pas tout ce qu'on peut faire au final. »

Secondairement, ces derniers aimeraient plus de formation théorique, avec comme sujet principal : le matériel nécessaire, au cabinet et dans la trousse d'urgence.

3.6.2 Désirs d'évolution hospitalier

« Qu'on puisse aussi nous ouvrir les portes du SMUR lors de nos gardes. Parce qu'on y a accès quand on est externe, mais on fait que porter les sacs. »

« Le passage au SMUR ça peut être une bonne chose effectivement »

« Et être amené aussi à faire un petit peu de SMUR tant qu'à faire, puisqu'on a un stage obligatoire aux urgences »

« Reste le stage au SAMU, qui devrait être obligatoire aussi. Parce que c'est le seul endroit où on fait vraiment de l'urgence primaire, comme tu dis, à domicile dans des conditions extrêmes. Des conditions qui se rapprochent un peu de ce qu'on fait en cabinet. Parce qu'on est en première ligne en cabinet. »

Les internes à l'unisson souhaite être armés de l'expérience solide des sorties en SAMU/SMUR afin d'être mieux préparés dans leur pratique quotidienne.

« Il faudrait qu'on passe un petit plus souvent. Parce qu'on est dans une promotion maintenant plus importante et que le nombre de garde reste très minime. On peut faire des stages qu'avec 3 gardes par mois. Ce qui est à mon avis, sur 6 mois de formation, est très peu. »

« Aux urgences, il faudrait augmenter les gardes mais surtout celles d'étage ou sinon moins les sénioriser. »

Second point relevé, celui d'une augmentation du nombre de gardes. Augmentation aux urgences mais surtout des gardes dites d'étage qui, aux yeux des internes interrogés sont plus formatrices.

« Augmenter l'autonomie des internes sur certains stages »

« Disons que c'est toujours un plus, notamment les gardes d'étage où tu es plus autonome »

Autre point souligné, celui d'une augmentation de l'autonomie des internes lors du passage aux Urgences.

3.6.3 Piste de recherche sur le terrain

Concernant le stage chez le praticien plusieurs pistes de travail nous ont été fournies par les internes interrogés :

« Alors concernant les stages chez le praticien, il en faudrait beaucoup plus. On a une formation de médecine générale où on a juste un stage obligatoire. Les terrains de stage sont trop pauvres. On n'a pas assez de diversité de terrain de stage. (...) J'imaginerai bien, un jour par semaine chez un praticien en ville ou en rural, afin d'avoir un pied dans cette médecine qui va être notre quotidien. »

« Chez le praticien qu'on ait aussi un praticien plutôt en ville et un praticien plutôt isolé. Pour qu'on voit un petit peu le contraste de la médecine générale qui est très diversifiée et qui est totalement différente. »

« Je pense à mon avis c'est important, pour voir d'une part la disparité de médecine qui se passe actuellement et pour voir l'application de la pratique qu'on a... l'adaptation de la pratique médicale qu'on a en milieu isolé. »

« Comme je t'ai dit c'est augmenter le nombre de stage chez le praticien avec une plus grande autonomie rapidement »

Le premier souhait est celui d'une augmentation de la durée du stage chez le praticien accompagnée de cette demande, est faite celle d'une nécessité d'avoir une constitution de binôme hétérogène. Les internes soulèvent la nécessité d'avoir un praticien en ville et un praticien en territoire rural voir isolé.

« Il faudrait arriver à ce que tout le monde est accès au SASPAS. »

« Le deuxième point c'est généraliser les SASPAS. Quand on fait le stage chez le praticien, il y a 2 mois d'observation, 2 mois de mise en situation, 2 mois

d'autonomisation. Ça c'est dans la théorie, ça dépend des praticiens. Le SASPAS peut permettre d'acquérir une confiance, de voir nos limites et tout en étant encadré un peu de loin avant d'être jeté dans le grand bain et de pouvoir dors et déjà avoir les premières urgences »

Le second souhait, est celui d'une généralisation du SASPAS, ces derniers l'estiment nécessaire avant de commencer les remplacements.

Autre point soulevé dans les entretiens serait celui d'une participation à la permanence de soin et ce via différentes voies pédagogiques :

« On pourrait imaginer avoir des gardes du genre SOS, des gardes qui sont plus... qu'on sera amené à faire plus tard, avec les moyens qu'on aura sur place »

« Plutôt pour les permanences de soins. (...) Comme SOS médecin qui sont notre future pratique et on ne nous en parle pas tellement. »

« J'ai fait des gardes de permanence de soins. Donc on est avec notre petite besace, on va chez les patients, type SOS médecin. Beh finalement on apprend énormément en faisant ça, parce qu'on ne sait pas sur quoi on va (.. .) »

« Introduire le SOS médecin dans le cursus ça pourrait être pas mal. Parce que moi j'ai quand même appris plein, plein, de trucs pendant mes remplacements que je n'avais pas vu ou appris pendant mes stages chez le généraliste. »

Première piste, les internes et pour la plupart, désirent avoir des gardes d'observation au sein de structures réalisant des visites à domicile et régulées par le 15 de type SOS MEDECIN.

« Pour voir un p'tit peu comment on gère, l'idée du centre 15 aussi, les types d'appel qu'il y a sur le terrain »

« Ouvrir les portes du centre de régulation 15 afin de savoir comment se traite les problèmes en ville »

« Les gardes en régulation c'est peut être pas mal oui. Par exemple, ça permet de voir tout ce qui peut... tout ce que les gens peuvent appeler, les réelles situations d'urgence. »

Seconde piste, ces derniers souhaitent voir d'une part et participer d'autre part à la régulation téléphonique du centre 15. Permettant de réaliser ce à quoi ils peuvent être confrontés en soin primaire.

« Un stage dans les maisons médicales, c'est très à la mode et c'est le futur de la médecine générale à mes yeux. »

« Et il y a d'autres cabinets qui existent, des cabinets comme consultation 7/7 qui existent à Nice où je sais là j'ai des collègues qui ont été se former là dedans et qui ont fait des remplacements. Et effectivement là ils ont une activité d'urgence en ville du coup avec des radios, la biologique qui sont accessibles et ils m'ont dit que c'était pas mal du tout pour se mettre dans le bain avant de commencer en cabinet. »

« Il faut des stages, en maison médicale, tout est géré différemment par rapport au cabinet, de plus c'est le futur. »

« Oui, beh oui, le futur de la médecine passe par la maison médicale, alors il faudrait avoir un stage en maison médicale »

Autre argument cité de manière récurrent est de réaliser des vacations dans les maisons médicales. Les internes les sollicitent comme vecteur d'expérience pragmatique pour la prise en charge de pathologies de l'urgence en soin primaire.

3.6.4 Installation et continuité de la formation

« Non je pense qu'une formation tous les ans de type FMC. Mais ça c'est vraiment subjectif comme idée il n'y a pas vraiment d'étude qui explique ou autre. Mais une petite mise à jour ça fait du bien avec une nécessité d'un retour des cas vus en ville, de la praticité technique (intubation..) sous couvert d'un urgentiste ou réa. »

« Comme une FMC quoi, des gestes thérapeutiques d'urgence de formation continue ou de perfectionnement ou de...une semaine par an. »

« L'idéal serait quand même je ne sais pas à quelle fréquence se servir d'un stage par exemple d'une semaine avec remise à niveau via des urgentistes »

« Je pense qu'une formation tous les ans de type FMC. Mais ça c'est vraiment subjectif comme idée il n'y a pas vraiment d'étude qui explique ou autre. Mais une petite mise à jour ça fait du bien avec une nécessité d'un retour des cas vus en ville, de la praticité technique (intubation..) sous couvert d'un urgentiste ou réa. »

La moitié des entretiens mettent en avant un premier axe de réforme, en stipulant de la nécessité d'une semaine de formation par an rentrant dans le cadre de FMC, encadré par des médecins participant à la permanence de soin, des médecins urgentistes. Avec une nécessité de mise à jour sur les nouvelles recommandations, et participation à des ateliers de mise en situation avec réalisation de gestes techniques.

« Bon après il y a toujours les groupes de paire. Les groupes de paires ça pourrait être pas mal d'en axer quelques uns sur les urgences capter par un médecin urgentiste ou des doc de Sos médecin par exemple »

« Les groupes de paires, les accès directement sur cette pratique de l'urgence plusieurs fois par an avec des médecins d'expérience et supervisé pourquoi pas par un mec du SMUR afin d'agréments avec les nouvelles recos »

« Ou aussi des groupes de paire par exemple des médecins généralistes formés à ça par ex ceux réalisant la permanence de soin , qui soient capable aussi de transférer leur savoir aux nouveaux qui arrivent. »

Un tiers des entretiens met en avant les groupes de paires. Il estiment qu'ils peuvent être le point de remise à niveau dans ce domaine, et estime la nécessité qu'il soit dirigé par un médecin urgentiste afin d'être tenu au courant des nouvelles recommandations.

4. DISCUSSION

Il s'agit d'une étude sur les internes de la faculté de médecine de Nice, concernant l'évaluation des besoins de ces mêmes internes face aux situations d'urgence en soin primaire.

L'objectif principal de l'étude était d'explorer les représentations des internes de médecine générale en capacité de remplacer, afin de connaître si ces derniers avaient des attentes concernant la formation sur la prise en charge des pathologies relevant de l'urgence sur le terrain.

L'intérêt est de décrire la pratique médicale de terrain, au travers de la vision des internes par la recherche qualitative.

Grace à cette diversité les internes ont exprimé une vision, un vécu, et des idées différentes selon des variables de formation, d'expérience de remplacement, et le futur type d'exercice.

Les interviewés se sont montrés motivés à répondre et les verbatim ont été riches et relativement longs.

Limite de cette étude qualitative :

Rappelons ici qu'une étude qualitative a pour but de générer des idées, des hypothèses, en explorant les opinions et les expériences d'un petit nombre d'internes.

Ainsi les résultats ne visent pas la généralisation à l'ensemble de la population.

Les réponses obtenues au cours des entretiens semi-dirigés restent spontanées mais limitées à un instant T.

Lors de l'appel téléphonique pour demander aux médecins leur accord pour participer à cette enquête et les informer du thème, le recruteur est resté volontairement peu explicite afin de ne pas influencer leurs réponses.

De ce fait, seuls les internes les plus intéressés par le sujet ont répondu positivement.

Limite de recueil :

Le caractère semi-dirigé des entretiens par un seul enquêteur entraîne une influence sur le contenu de l'entretien. Je me suis rendu compte que l'entretien le plus court est le premier du fait de mon inexpérience dans le domaine de l'enquête qualitative. On peut également envisager le fait que l'enregistrement par un dictaphone a pu provoquer une certaine retenue chez les internes, en dépit du fait qu'il leur ait été assuré du caractère anonyme de l'entretien.

Les biais de ce travail :

- Biais liés à la constitution de l'échantillon de population :

L'échantillon de notre population n'a pas pour vocation d'être représentatif, cependant la plus grande diversité possible en termes d'âge, de sexe, de nombre de remplacement effectué, de projet d'exercice futur, a été recherchée avec la réalisation d'un échantillonnage en variation maximale.

Lors d'un premier temps un mail commun aux internes de médecine générale toutes années confondues, a été envoyé leur demandant de participer à l'étude.

Dans un second temps il a fallu faire corroborer ces réponses aux critères de validation.

Un entretien téléphonique finit par confirmer les critères et sceller une date pour l'entretien.

- Biais liés au recueil des données :

Les biais internes dus aux caractères personnels du chercheur et des participants étaient difficilement contrôlables, nous n'avons qu'une personne réalisant les entretiens mais celle-ci reformulait le discours des participants à certains moments pour vérifier la bonne compréhension.

La personnalité de l'enquêteur, son caractère, son expérience, ses opinions personnelles peuvent retentir de manière plus ou moins consciente sur les entretiens.

Des biais de suggestion, verbaux ou d'attitude, peuvent modifier les discours des interviewés. Ceux-ci ont été minimisés par l'étude préalable d'une documentation sur les méthodes de l'entretien, mais le manque d'expérience du chercheur dans ce domaine psycho-social laisse inévitablement des traces.

Les biais d'investigation, de recueil des données par le chercheur lors d'un interrogatoire ayant pu influencer le discours ont cependant été réduits par la réalisation d'une trame, d'un questionnaire validé et testé avant réalisation des entretiens.

Les biais externes dus à l'environnement ont été minimisés en choisissant un lieu d'entretien neutre pour chaque interview et n'ayant aucun observateur lors des échanges.

-Biais liés à l'analyse des données

Présence d'un biais d'interprétation dans les résultats. Une analyse en double codage a été faite pour le contrôler mais faute de temps, une triangulation (en comparant les résultats obtenus avec les résultats issus d'autres études utilisant une méthode de recueil différente) qui aurait renforcé la validité des résultats, n'a pas pu être réalisée.

RESUME DES PRINCIPAUX RESULTATS ET COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE :

D'après les résultats relevés via les différents entretiens plusieurs axes de travaux ont pu émerger. En effet, les internes interrogés ont mis en avant des pistes de réflexion de la formation.

Dans un premier temps sur un versant purement hospitalier, et concernant le stage de six mois aux urgences pendant le cursus du DES.

Ce dernier a été fortement plébiscité par une grande majorité, et de ce fait les internes de part la qualité de formation et d'un polymorphisme des cas vus lors de ce stage, ces derniers mettent en avant la nécessité, d'une augmentation du nombre de gardes au SAU. Ils ont ce désir car dès lors en augmentant le nombre de gardes, on multiplie le nombre de cas vus et on améliore la prise en charge d'un point de vue qualitatif.

Toutefois, les internes soulignent la nécessité de participer à des gardes actives au SMUR. Bon nombre d'entre eux soulignent cette nécessité afin d'être confrontés à la prise en charge de pathologies urgentes hors contexte hospitalier et hors du confort dans lequel ils ont l'habitude d'évoluer. A l'heure actuelle, à la faculté de médecine de Nice, l'accès au SMUR, est uniquement obligatoire pour les internes de médecine générale ayant intégrés le DESC d'urgence, ou pour les internes d'anesthésie-réanimation et laissé au libre choix de l'interne de DES de médecine générale sur une semaine dite « OFF ». Hors de ce libre choix peu d'internes ont la motivation et la responsabilité de la pratique de terrain qui par manque d'expérience de pratique ambulatoire n' imagine pas encore la carence future.

Proposition faisant écho, à celles de l'ISNAR évoquées en Avril 2011 quand à la refonte du DES de médecine générale, sur la nécessité d'un passage obligatoire au SAMU/SMUR pendant le semestre de stage aux urgences. (29)

Autre point relevé lors de ces auditions, celui d'un poids trop fort de la séniorisation lors de ce même stage. Les internes relevant cet écueil estiment pouvoir trop se reposer sur les connaissances des médecins les supervisant, et de ce fait leur facilitent intellectuellement trop la tâche. C'est pour cela, qu'ils stipulent préférer une augmentation du nombre de gardes dites d'étage au cours de leur cursus. Car confrontés à des pathologies complexes, et urgentes avec un degré d'autonomie avancé mais toutefois ils peuvent compter sur un senior à un stade extrême de la prise en charge.

Il est non sans rappeler que la sonorisat[i]on est soumise à un cadre législatif comme le stipulent les Articles D6124-3 et D6124-26-1 du Code de Santé Publique : (30)

« Le service doit obligatoirement assurer une séniorisation sur place, permanente et indépendante des autres services »

Au yeux de la loi, au SAU, la séniorisation doit être faite obligatoirement en temps réel, sur place alors que lors des fameuses gardes d'étage c'est-à-dire tout service hors des urgences et urgence pédiatrique, la séniorisation peut avoir un tout autre visage, senior d'astreinte joignable par téléphone... Toutefois il faut avoir en tête que, l'interne en médecine n'agit que par « *délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* », toute garde doit être séniorisée.

De ce fait, il faut trouver la juste distance de compagnonnage entre l'interne et son senior afin en priorité d'assurer des soins optimaux au patient puis ensuite permettre une qualité d'apprentissage à l'interne en restant sous la protection de la loi. Une distance différente doit être trouvée entre chaque interne, en fonction de leur investissement, et de leur qualité propre.

Autre point de formation, qui prend en compte le fait que la médecine générale présente des singularités qui lui sont propres, avec un apprentissage qui se doit d'être spécifique et comme révélé par ces entretiens avec une certaine idée de refonte du dogme d'apprentissage.

Un des premiers points revenant systématiquement lors des entretiens est le fait que le contact avec le praticien de ville qui est la source du futur mode d'exercice, ne dure que 6 mois. L'ISNAR dans son évaluation émet une nécessité d'un passage du DES de médecine générale à 4 ans afin, de proposer 6 mois de plus d'activité pratique de terrain (31). Idée renforcée un peu plus par le Rapport Drouai de 2015, remis au ministre de la santé sur l'augmentation d'une année pour le DES de médecine générale à l'instar des autres spécialités. (9)

Corroborant quelque peu les résultats ici retrouvés, par le fait que les internes dans leur ensemble souhaite rendre les 6 mois de SASPAS obligatoire quitte à rallonger la durée de cursus afin de palier à cette carence de praticité ambulatoire notamment dans la gestion de l'urgence .

Plusieurs travaux soulignent les bienfaits du SASPAS, dans sa thèse, D. FRAIZY (32) montre que les internes ayant fait un SASPAS estimaient que leur stage avait eu une forte influence dans l'acquisition de connaissances des pathologies quotidiennes rencontrées en médecine générale. Tout comme les travaux de J. Le Grand –Penguilly qui montrent une influence évidente du SASPAS dans la gestion des urgences en ambulatoire. (33)

Autre travail et pas des moindres celui du département de médecine générale de Poitiers, (34) appuyant le fait de l'utilité claire du SASPAS dans la prise en charge des pathologies de l'urgence mais aussi sur d'autres versants de la médecine générale comme la confiance en soi pour l'interne en formation.

L'évolution du SASPAS, n'est pas le seul axe de travail sur lequel se pencher. Les résultats de nos entretiens ont révélé d'une nécessité d'accentuer nettement la présence des stages ambulatoires. En ressort, le stage chez le praticien, de manière quasi unanime il est impératif d'augmenter lors du cursus celui-ci. Agir sur la durée de ce stage ou son nombre. Ce stage permet à l'interne d'être confronté directement aux cas rencontrés et aux situations à gérer, d'ailleurs ces derniers estiment qu'il est nécessaire d'avoir un praticien en ville et un autre en territoire plus isolé afin de multiplier les cas vus, et les façons différentes de les prendre en charge. Ces modifications vont dans le sens de la littérature et notamment du rapport ministériel Hubert (26) qui lui stipule un passage de

deux semestres chez le praticien de ville et en territoire plus isolé. L'augmentation de la durée de la praticité ambulatoire est vecteur pour l'interne en formation de réassurance psychologique dans la gestion des cas, d'une diminution du temps de latence entre le passage de la thèse, latence nécessaire à l'heure actuelle à la réalisation de remplacements afin de parfaire leur expérience de terrain. Et dernier point, l'augmentation de ces stages, et nous l'avons vu dans les résultats, pourrait amener certains internes à pourvoir des postes dans des territoires isolés, réel problème de santé publique pour la médecine générale à l'heure actuelle.

Il est intéressant de prendre le temps de parapher sur l'aspect psychologique et ce pour plusieurs raisons quand à l'optimisation de la santé psychique de l'interne et par corolaire l'optimisation de la gestion des pathologies de l'urgence en soin primaire.

Dès 2006, le Rapport Wauquiez (35) alerte l'Assemblée Nationale sur le manque de prise en charge et l'augmentation des troubles psychiques des étudiants. Dans nos résultats nous avons vu que le vécu de l'interne face aux situations d'urgence était le stress, l'anxiété voir la peur, crédibilisant un peu plus les travaux de Vidal –Gleizes-Razavet (Gleize et al 2002) (36) qui ont démontré aussi à plus grande échelle que le stress des étudiants est éminemment corrélé aux gestions des situations de l'urgence.

Or le modèle de stress défini par Lazarus et Folkman comme la perception d'un environnement menaçant excédant les ressources adaptatives du sujet et compromettant son bien être.

Ainsi en agissant sur les ressources, multiplication des stages ambulatoires, obligation du stage de niveau II. Directement on agit sur la variable de stress en la diminuant et de ce fait, agir en amont sur les signes d'épuisement professionnel à terme (burn out) du futur praticien. En effet nous pouvons nous baser sur l'étude de Truchot de 2010 (37) qui a démontré que 47 % des praticiens présentant un burn out l'ont été suite au stress vécu au travail. Hors la prise en charge des pathologies de l'urgence est une composante

de ce stress mais pas l'unique, et si déjà agir sur celle-ci en amont peut diminuer ce ressenti alors le gain n'est pas négligeable pour les acteurs de la médecine de demain.

Des solutions peuvent être mises en place par la faculté, en s'appuyant sur les travaux de M-L Cresmiere sur son étude qualitative du stress chez les internes de médecine générale (38) comme la mise en place de groupes de parole, d'une ligne téléphonique à disposition, ou même d'un suivi psychologique annuel des internes de médecine générale.

Dans le cadre de notre réflexion sur l'évolution de la formation ambulatoire vient de la nécessité d'intégrer l'interne à la permanence de soin. Relevées dans nos résultats, évoquées dans différents rapports (29) : plusieurs pistes d'optimisation ont émané, la première, celle d'une participation active aux gardes de ville type « SOS médecin » sous la supervision directe d'un médecin.

La seconde, former l'interne à la régulation des appels médicaux, via les plateformes du centre 15 (SAMU, ASSUM) permettant là aussi un gain d'expérience inévitable dans le futur champ d'activité du praticien en devenir.

Une autre piste de travail a été proposée lors de ces entretiens concernant les maisons médicales de garde et font écho au rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 26 juillet 2017 au Sénat (39). La démographie actuelle a vu la création de 1600 maisons médicales afin de parfaire à l'afflux de l'offre de soin et permettre un désengorgement des SAU.

A l'unisson, à la lecture de nos entretiens, les internes y voient une vision moderne de leur mode d'exercice et stipulent de réaliser des stages dans ces structures afin de parfaire leur approche pratique. Certains internes interrogés ont quant à eux déjà remplacés dans ces structures et unanimement dénotent une qualité de prise en charge bordée d'un certain confort dans les prises en charges des maladies de l'urgence avec la possibilité en bonus d'un retour d'expérience avec les différents acteurs encadrant ces centres.

Les perspectives d'évolution du socle de la formation n'est pas uniquement celui du champ du terrain mais affecte aussi l'enseignement du DES.

En effet, l'enseignement théorique et clinique propre à la médecine générale doit prendre une place plus importante au cours du cursus de formation. Cette formation doit faire découvrir les spécificités propres à cette médecine qui est une spécialité à part entière. Argumentaire de poids que celui retrouvé dans le travail de thèse de F.Crocq (40) démontrant que 76% des médecins généralistes hauts normands interrogés estiment avoir un manque de formation à la médecine d'urgence de terrain.

Comme souligné par les internes, ils prônent un apprentissage par théâtralité des cas à prendre en charge au cabinet, au cours d'ateliers spécifiques, pour coller au maximum à la réalité du terrain. Dans l'évaluation des compétences des internes de médecine générale parue dans la revue « Exercer » (41) les auteurs mettent en avant de la nécessité d'utiliser des examens cliniques objectifs structurés, basés sur l'art de la comédie afin de représenter la relation médecin-malade et de mieux l'appréhender. Ce genre d'apprentissage dit d'examen clinique objectif structuré (ECOS) pourrait donc être extrapolé très justement à la simulation de cas d'urgence, vus en cabinet pour y connaître les spécificités de la prise en charge.

Dans cette même veine, les internes souhaitent une optimisation du « séminaire à l'urgence en cabinet » mais stipulent qu'il faudrait surtout le répéter, l'idée d'un séminaire par année d'étude semble une bonne piste de travail dans une optique de refonte du socle du DES de médecine générale.

Celui-ci doit notamment être axé sur le nécessaire à avoir dans sa trousse d'urgence par exemple, problème soulevé par une grande majorité des internes lors des entretiens et gênant grandement les internes lors des remplacements. L'absence de consensus clair avec un cadre législatif quelque peu alambiqué, est un poids pour l'interne. Plusieurs travaux dont nous pouvons citer en exemple celui de P.Faraut (42), émet une proposition type de trousse d'urgence selon les lieux d'activité dont il serait fort utile de se servir dans un cadre éducatif.

Dans cette entité protocolaire, et dans l'objectif d'installation future les résultats nous ont là aussi démontré qu'ils souhaitent plus d'informations voir même simplement de l'information concernant le cadre législatif sur le nécessaire à avoir au cabinet pour la gestion de l'urgence de premier recours. Naturellement plusieurs études ont cerné ce sujet rendu quelque peu flou de par une loi évasive. L'enquête descriptive de 2003 sur l'état des lieux chez les médecins du département de l'Ain (43) s'articule parfaitement avec l'imposante étude Vaudoise de nos confrères Helevete de 2008 sur « l'urgence vitale au cabinet médical : implication pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours » (44). Démontrant de concert, un complément de matériel à avoir pour l'urgence de premier recours en fonction de la localisation du cabinet par rapport aux structures hospitalières et du temps de transfert d'ambulance. Parfait parallèle avec les diverses études européennes (45), (46), (47), et notamment l'étude canadienne (47) concluant que les cabinets de médecine générale ne sont pas équipés pour prendre en charge des urgences vitales.

Cependant, la rentrée 2017/2018 a vu une refonte du DES de médecine générale (48), prenant le nom de promotion « Alma-Ata » pour les acteurs niçois de cette réforme.

La première année considérée comme une phase de socle, avec un semestre aux urgences adultes et un semestre de stage chez le praticien dit de niveau 1.

Les 2ème et 3ème années appelées phase d'approfondissement oblige un semestre en médecine adulte polyvalente (gériatrie, médecine interne ...), un semestre appelé phase ambulatoire ou à défaut hospitalier, un semestre dit stage enfant ambulatoire ou à défaut hospitalier et un SASPAS si possible .

Favorablement des pistes d'évolution ont précédé nos travaux et les demandes des internes des promotions ultérieures avec notamment l'augmentation du nombre de stage ambulatoire dont un semestre débutant dès la première année.

Concernant l'apprentissage théorique, une évolution notable et intéressante celle-ci mise en place par le DERMG de Nice concerne la diversification de certaines séances de GEASP par des séances délocalisées à proximité de lieux de stage, des séances de formation à la compétence de travail en équipe par la simulation. Ainsi, nous pouvons

logiquement imaginer l'intégration de la gestion des urgences en soin primaire lors de ces ateliers. (48)

Concernant le futur, dans nos résultats bon nombre d'internes met en évidence le fait d'une absence de données concernant les remises à niveau sur les pathologies de l'urgence, une fois l'activité libérale commencée et là encore cela est source d'un stress pour le futur praticien.

Dans l'idée, nos résultats se rapprochent et pourquoi pas s'en inspirer de la formation et suivi des médecins correspondants Samu. La formation certes dense est accessible aux internes en capacité de remplacer, est pourtant parfaitement cohérente avec la pratique de terrain notamment pour ceux désireux mais angoissés à l'idée de s'installer en milieu isolé. Dans le suivi, celle-ci est faite de manière annuelle, comme demandée par la plupart de nos résultats avec une remise à niveau dans la gestuelle notamment. (49)

La littérature suisse est en parfaite adéquation avec la nécessité d'une formation annuelle mais va encore plus loin avec l'obligation de participation et de validation d'un cours axé sur la médecine d'urgence et cohérente avec la médecine de terrain. Dispensée sous formes de 18 ateliers dont les thèmes traités concernent uniquement les urgences en cabinet ou au domicile. Une piste de travail intéressante afin d'optimiser les prises en charge de ces urgences en soin primaire. (44)

5. CONCLUSION

Aujourd'hui, la formation médicale française est source de qualité unanimement reconnue de part le monde. Cependant se reposer sur ce statut serait gage de régression et d'échec à long terme. Dogme que le ministère de la santé considère tout comme les différents DERMG de France et notamment celui de Nice, instigateur de diverses études et dès lors ouvrant une nouvelle ère pour le DES de Médecine générale dès la promotion 2017/2018.

Notre étude qualitative a permis d'explorer les opinions et les expériences des internes de médecine générale niçois afin d'évaluer si ces derniers avaient des besoins spécifiques face aux situations d'urgences en soin primaire.

Nous avons pu montrer que ces pistes de travaux vont dans le sens de la refonte du socle du DES de médecine générale mais des évolutions doivent être réalisées.

L'augmentation des stages ambulatoires qui comme le veut cette réforme a pour projet en 2020 de pourvoir l'interne de la moitié de son cursus sur le terrain de son futur lieu d'exercice. Fort de notre enquête nous pouvons modestement ajouter notre pierre à l'édifice et proposer que les internes niçois intègrent de manière active la permanence de soin, un passage au SAMU/SMUR obligatoire, des stages dans les maisons médicales de garde répondant sur le terrain à leur stress sur la gestion de ces pathologies de l'urgence. Ce socle refondu en apporte les promesses, aussi sur le plan théorique avec des GEASP qui peuvent être transformés en atelier de simulation, chose qui était importante aux yeux du futur praticien.

Toutefois, l'ajout de ces variables, ne peut être fait raisonnablement sans un passage du DES à 4 ans, tant la somme des connaissances étant dense pour l'apprentissage et la maîtrise des pathologies du soin primaire.

De plus, afin de border au mieux les internes, nous aurions tort d'occulter le soutien psychologique qui pourrait faire parti intégrante du compagnonnage. Optimiser la

réassurance et l'écoute, ne serait que positif pour la prise en charge du patient et le bien être de l'étudiant.

Un dernier effort semble nécessaire mais dépendant d'enveloppe budgétaire étatique afin de donner au DES de médecine générale tout le grade qu'il mérite.

BIBLIOGRAPHIE

(1) CNGE Prise en charge de l'urgence. Médecine générale (Elsevier Masson SAS, Paris) p53-57.

(2) Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute-Garonne en 2007, M. Delay.

(3) Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral. Livre blanc. Organisation de la permanence des soins en Médecine Libérale. juillet 2001 : 77.

http://www.upmlra.org/doc/doc_63_doc.pdf

(4) Genèse des recours urgents ou non programmes à la médecine générale DREES nov 2007

(5) Gouyon M. Une typologie des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville. Solidarité et Santé. 2006;(1):61-7.

(6) Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand A, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;18(1):63-74.

(7) OMS. Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata(URSS), 6-12 Septembre 1978.Journal de Geneve-5000(R) ;83/5688.Geneve, 1978.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39243/9242800001.pdf;jsessionid=A9244C474DFA4A7C4599D9407581122F?sequence=1>

(8) Gay B. Actualisation de la définition européenne de la Médecine générale. Presse Med. 2013 ; 42 :258-260

(9) Druais PL.R apport : « La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé ». 15 Mars 2015.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_druais_mars_2015.pdf

(10) Roger C, Lefrant JY, Bousquet PJ, Bonnet JM, Jaber S, Ripart J, et al. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence: Étude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *Presse Med.* 2008; 37(6):929-34.

(11) Lechevrel A. La formation des médecins généralistes aux gestes et soins d'urgence en Loire-Atlantique : état des lieux -Thèse d'exercice-[UFR de Médecine et Techniques Médicales]: Université de Nantes; 2011.

(12) Soo L, Smith N, Gray D. The place of général practitioners in the management of out-of-hospitalcardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation.* 1999; 43: 57-63.

(13) Bury G, Headon M, Egan M, Dowling J. Cardiac arrest management in général practice in Ireland : a 5-year cross-sectional study. *BMJ open.* 2013; 3(5).

(14) Soo LH, Gray D, Young T, Huff N, Skene A, Hampton JR. Resuscitation from out-ofhospitalcardiac arrest: is survival dependent on who is available at the scene? *Heart Br CardSoc.* janv 1999;81(1):47-52.

(15) Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation.* Août 2006; 70(2):229-37

(16) Code de la santé publique : Article L 6314-1, L 6315-1,L 4131-2,R 4127-77

(17) Code pénal : article 223-6 alinéa 2

(18) Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Code de Déontologie Médicale - Article 9 (Article R.4127-9 du Code de Santé Publique). CNOM; 2012.

(19) République Française. Arrêté du 18 mars 1992 relatif à l'organisation du premier

cycle et de la première année du deuxième cycle des études médicales (Internet).

JORF n°74 du 01 septembre 2012.

Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006078898>

(20) Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 2 mai 2007 Études médicales : deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (Internet). 2007.

Disponible sur:

<http://www.education.gouv.fr/bo/2007/22/MENS0753287A.htm>

(21) République Française. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales (Internet). JORF n°250 du 27 octobre 2001 p. 16963.

Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000773722&dateTexte=&categorieLien=i>

(22) Ministère de la santé et des solidarités. Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence (Internet).

JORF n°59 du 10 mars 2006 page 3630 mars 3, 2006.

Disponible

sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000640580&fastPos=1&fastReqId=1204515602&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

(23) République Française. Arrêté du 20 avril 2007 relatif à la formation aux gestes et soins d'urgence au cours des études médicales, odontologiques et pharmaceutiques (Internet). JORF n°107 du 8 mai 2007 page 8203 texte n°60.

Disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000645383>

(24) Discours de Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, première synthèse nationale des Etats généraux de l'organisation de la santé, Paris, 8 février 2008

(25) Avril 2010 – Rapport de M. LEGMANN « Définition d'un nouveau modèle de la Médecine Libérale ».

(26) Novembre 2010 – Rapport E. HUBERT sur la médecine de proximité.

(27) Frappé, Paul. Initiation à la recherche. Association française des jeunes chercheurs en médecine générale: Broché ; 2011.

(28) Alami S, Desjeux D, Garabua-Moussaoui I. Les méthodes qualitatives Vendôme. PUF ; 2009

(29) Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale. Propositions de l'ISNAR-IMG – Adopté en Conseil d'Administration à Poitiers – Mars 2008 Modifié et adopté en Conseil d'Administration à Strasbourg – Avril 2011

(30) Code de Santé Publique. Art D6124-3 et Art D6124-26-1.
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196697
&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060522](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006196697&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20060522)

(31) : Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale
Propositions de l'ISNAR-IMG – Adopté en Conseil d'Administration à Poitiers – Mars 2008 Modifié et adopté en Conseil d'Administration à Strasbourg – Avril 2011

(32) Fraizy D. Modalités de débuts d'exercice professionnel des internes de médecine générale bourguignons ayant effectué un SASPAS. [Thèse de doctorat d'université, Médecine] Dijon. Faculté de Médecine de Dijon. Dijon 2012 ; p38

(33) Le Grand-Penguilly J. Influence du SASPAS sur le devenir socioprofessionnel des internes brestois: étude descriptive de novembre 2003 à avril 2009. Th.: Méd.: Brest. 2009.

(34) Freche B, Le Grand-Penguilly J, Le Reste JY, Nabbe P, Barrais M, Le Floch B. Les débuts et les modalités d'exercice des étudiants de la Faculté de Brest sont ils influencés par le SASPAS ?. Revue Exercer 2011 ; 95 :21-4.

(35) Wauquiez L. Rapport d'information sur la santé et la protection sociale des étudiants. Assemblée Nationale n°3494. 2006.

(36) Gleizes M, Vidal M. Evaluation du stress perçu chez le médecin généraliste et recherche de ses causes en Haute-Garonne et à Paris. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Toulouse: Université Paul Sabatier, Faculté des sciences médicales. Rangueil, Université Paris Diderot - Paris 7, Faculté de Médecine; 2002

(37) Truchot D. Le Burn out des médecins généralistes de Poitou-Charentes - Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes: Université de Franche-Comté. 2004.

(38) Marion Lestienne Crémère. Stress chez les internes en médecine générale: une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2014. <dumas-01100440>

(39) Rapport d'information n° 685 (2016-2017) de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 26 juillet 2017

(40) Crocq F. Rôle des médecins généralistes et besoins en formation dans le domaine de l'urgence vitale en Haute-Normandie. [Thèse de doctorat d'université, Médecine]. Rouen : Faculté Mixte de Médecin et de Pharmacie de Rouen. Médecine humaine et pathologie. Rouen, 2015 ; p65.

(41) : Pierre Le Mauff, Philippe Bail, François Gargot L'évaluation des compétences des internes de médecine générale , Aspects théoriques, réflexions pratiques , La Revue Exercer - Mars / Avril 2005 n°73 - 67

(42) Faraut P. Consensus sur la composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste dans les alpes maritimes en 2013. [Thèse de doctorat d'université, Médecine] .Nice . Université de Nice Sophia-Antipolis. Faculté de Médecine de Nice. Nice .2013 ; p55.

(43) Le Goaziou MF. Enquête descriptive : L'équipement du cabinet médical. Revue Exercer 2003 ; Nov-Dec 2003, n°67-20.

(44) Pottin M, Pittet V, Burnand B, Staeger P, Vallotton L, Yersin B. Urgences Vitales au cabinet médical : Implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours . Rev Med Suisse 2008 ; Volume 4 ; 1768-1772

(45) Potin M, Pittet V, Staeger P, Vallotton L, Burnand B, Yersin B. [Life-threatening emergencies at the office: implications for medical education and equipment of the primary care physician]. Rev Médicale Suisse. 20 août 2008;4(167):1768-72.

(46) Niegsch ML, Krarup NT, Clausen NE. The presence of resuscitation equipment and influencing factors at General Practitioners' offices in Denmark: a cross-sectional study. Resuscitation. janv 2014;85(1):65-9.

(47) Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. Can Fam Physician Médecin Fam Can. Sept 2002;48:1464-72.

(48) Tric E , Baque P , Hofliger P. Guide du diplôme d'études spécialisées de médecine générale , Promotion 2017 « Alma-Ata ».CNGE Nice ; 2017 .
https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/Guide_du_DES_de_MG_2017_volume_1.pdf

(49) Direction générale de l'offre de soin ; Ministère chargé de la santé. Médecins correspondant du SAMU : Guide de déploiement. Juillet 2013 ; Fiche 4-p19.

http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

ANNEXES

ANNEXE 1

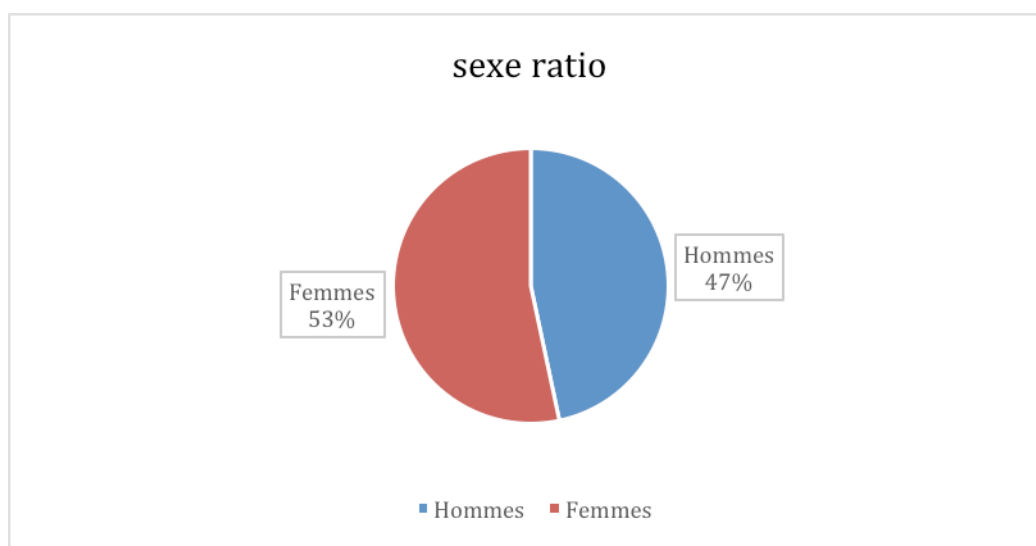


Figure 1 : Sex ratio .

ANNEXE 2

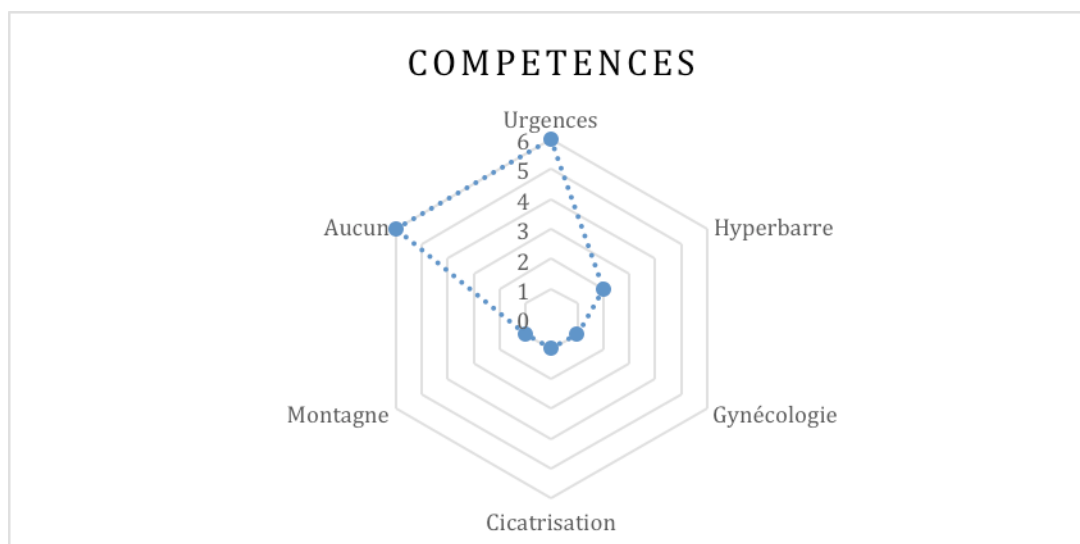


Figure 3 : Diagramme des diplômes obtenus

ANNEXE 3

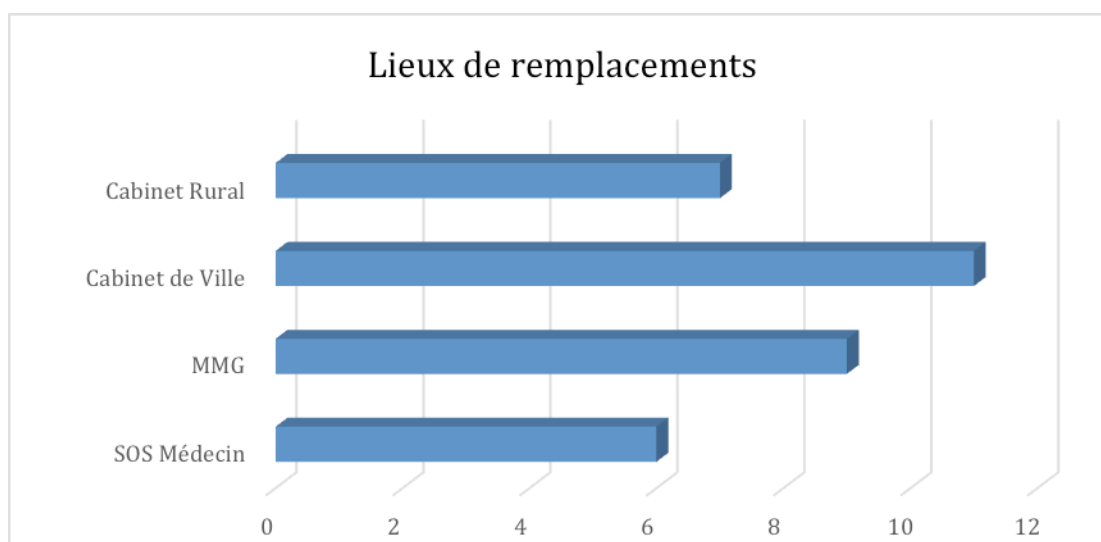


Figure 6 : Diagramme des lieux de remplacement.

ANNEXE 4

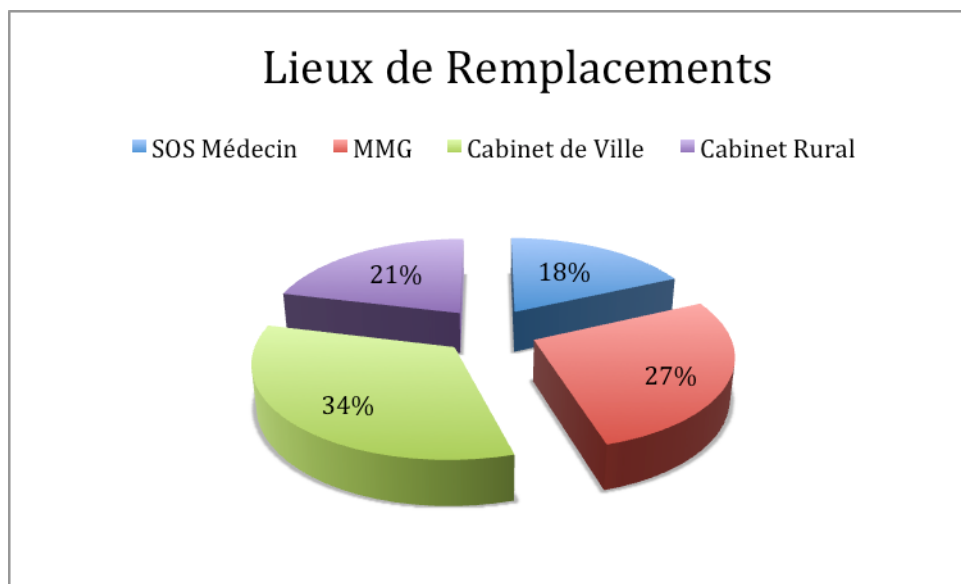


Figure 4 : Lieux de remplacement.

ANNEXE 5

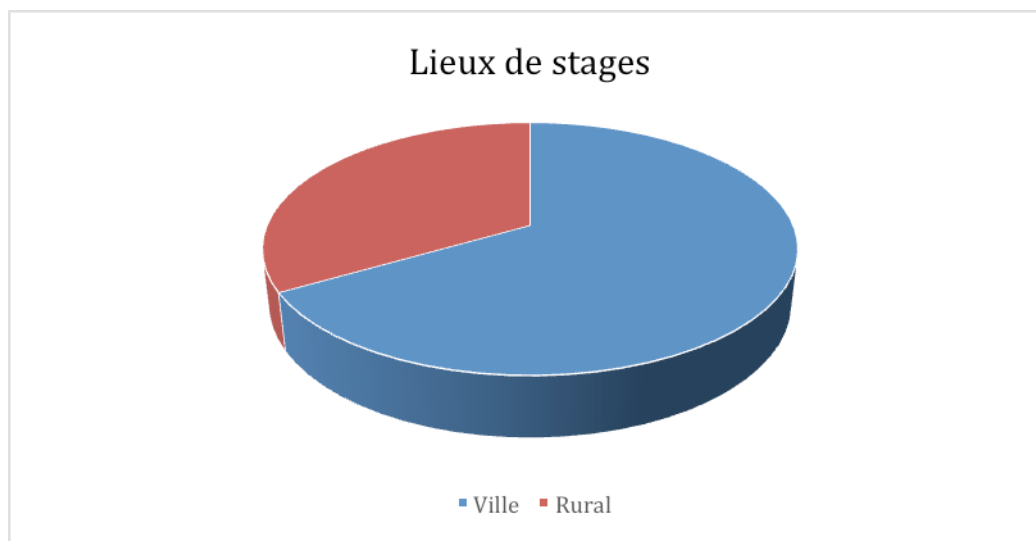


Figure 2 : Lieux de stage chez le praticien.

ANNEXE 6

Interne	Sex	Age	DES	Licence Remplacement	Titres, Compétences (DU, DIU)						Lieu de stage		Lieux de Remplacement			
											Ville	Rural	Sos Médecin	M M G	Cabinet Ville	Cabinet Rural
1	h	30	3	2015		Urgence					x	x	x	x		
2	h	29	3	2016	Aucun						x			x	x	
3	f	27	3	2015			Hyperbare				x			x	x	x
4	h	26	3	2015	Aucun						x			x		x
5	f	28	3	2016				Gynécologie				x		x	x	x
6	h	30	3	2015	Aucun						x		x		x	
7	f	32	3	2014		Urgence					x				x	x
8	f	29	3	2017	Aucun						x	x			x	x
9	f	30	3	2016		Urgence	Hyperbare				x	x	x		x	
10	f	30	3	2014					Cicatrisation		x	x		x	x	x
11	h	30	3	2014	Aucun						x		x		x	
12	h	30	3	2014		Urgence				Montagne	x	x		x		x
13	f	31	3	2015		Urgence					x		x		x	
14	h	32	3	2014	Aucun						x	x		x	x	
15	f	30	3	2015		Urgence					x		x	x		

Figure 7 : Tableau des caractéristiques générales concernant les entretiens.

ANNEXE 7

Thèse qualitative : Canevas d'entretien.

1-Questions générales d'introduction :

- Sexe/âge
- Année de DES
- Lieu du stage chez le praticien
- Licence de remplacement : date d'obtention ? Remplacement effectué ? Lieu ?
- Diplôme universitaire : acquis et en cours
- Futur mode d'exercice : lieu ? Cabinet de groupe ?

2-Question initiale de départ :

« Nous allons parler de l'évaluation des besoins des IMG de Nice face aux situations d'urgence en soin primaire, quelles sont vos opinions ? »

->Questions thématiques de relance :

-Avez vous connu des situations d'urgence en cabinet ? Pensez vous avoir eu les ressources nécessaires pour y répondre ?

-Que représente pour vous l'urgence en cabinet ?

- quel regard portez vous sur la formation reçue concernant la prise en charge des urgences vitales?

-cette formation est elle transposable pour leur pec en cabinet ?

- quelles émotions prédominent lors de la prise en charge de pathologies vitales en cabinet

-Pour vous, la localisation du cabinet a-t-elle une influence sur la gestion de ces situations ?

- le mode d'exercice (les cabinets de groupe ou seul, maison médicale de santé ...) influence t-il la gestion d'une urgence ?

-L'urgence en cabinet rentre-t-elle en compte dans votre décision du lieu d'installation et du mode de pratique ?

- connaissez vous les recommandations concernant les dispositifs nécessaires à la prise en charge de ces urgences en cabinet ?

3-Quelles sont vos suggestions : « *Après avoir mis en exergue ces différents écueils qu'auriez vous à suggérer »*

-> Questions thématiques de relance :

Au cours de votre cursus hospitalier :

Concernant le stage chez le praticien / SASPAS :

Pour la pratique future :



SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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