



HAL
open science

Perceptions et aspirations des médecins généralistes civils et militaires à propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence en soins primaires

Florence Ferrigno, Joseph Coutin

► **To cite this version:**

Florence Ferrigno, Joseph Coutin. Perceptions et aspirations des médecins généralistes civils et militaires à propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence en soins primaires. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02518598

HAL Id: dumas-02518598

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02518598>

Submitted on 25 Mar 2020

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.

**Perceptions et aspirations des médecins généralistes civils et militaires à
propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence en soins primaires**

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 18 Décembre 2019

Par Madame Florence FERRIGNO

Née le 18 juillet 1992 à Pertuis (84)

Et par Monsieur Joseph COUTIN

Né le 1er juin 1992 à Chambéry (73)

Élève de l'Ecole du Val-de-Grâce – Paris

Ancien élève de l'Ecole de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Assesseur

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Assesseur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Doyen Georges LEONETTI

Vice-doyen aux Affaires Générales et aux Sciences Médicales : Patrick DESSI

Vice-doyen aux Sciences Paramédicales : Philippe BERBIS

Direction d'école :

- **Ecole de Médecine** : Jean-Michel VITON
- **Ecoles de Maïeutique** : Carole ZAKARIAN
- **Ecoles des Sciences de la Réadaptation** : Philippe SAUVAGEON
- **Ecoles des Sciences Infirmières** : Sébastien COLSON

Assesseurs :

- aux Etudes : Kathia CHAUMOITRE
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

Mis à jour 01/01/2019

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUVE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTEY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

- 1990**
MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)
- 1991**
MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)
- 1992**
MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)
- 1994**
MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)
- 1995**
MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)
- 1997**
MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)
- 1998**
MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)
- 1999**
MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)
- 2000**
MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)
- 2001**
MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
- 2002**
MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)
- 2003**
M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)
- 2004**
M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)
- 2005**
M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
- 2006**
M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
- 2007**
M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016		
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017		
M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018		
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOUR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) <i>LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</i></p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)</p>	<p>CHARREL Rémi (PU PH) DRANCOURT Michel (PU-PH) FENOLLAR Florence (PU-PH) FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH) NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) <i>ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018</i> DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) FROMMONOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) <i>MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre</i> TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBACARU/PERLES Tédora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVIERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604	CHIRURGIE DIGESTIVE 5202
<p><i>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre</i> GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SIELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	CHIRURGIE GENERALE 5302
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BIRNBAUM David (MCU-PH)</p>

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002	GUERIN Carole (MCU PH)
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) PARRATTE Sébastien (PU-PH) <i>Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH) OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)	CHIRURGIE INFANTILE 5402 GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERRROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH) SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)	CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH) FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH) FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)	CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH) BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)	BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH) GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202	GENETIQUE 4704
LEPIDI Hubert (PU-PH) <i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	
DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003	BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH) NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)
DUSI	
COLSON Sébastien (MCF)	
ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)	AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETTELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH) BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH) MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)	

IMMUNOLOGIE 4703	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (69ème section)</p> <p>BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
<p>BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
MEDECINE D'URGENCE 4805	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
<p>KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)</p>	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) <i>FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre</i> GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)</p>	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)</p>
NUTRITION 4404	NEPHROLOGIE 5203
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p>ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p>BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROCHIRURGIE 4902
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)</p> <p>CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)</p>

OPHTALMOLOGIE 5502	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	PHILOSOPHIE 17
RANQUE Stéphane (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) MATHIEU Marion (MAST)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH) RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)	
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302	PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOTRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH) MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802	THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH) HRAIECH Sami (MCU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH) DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
RHUMATOLOGIE 5001	UROLOGIE 5204
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)	BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX pour l'honneur que vous nous faites de présider ce jury, pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect

Aux juges, Madame le Professeur Stéphanie GENTILE qui avez accepté très volontiers de juger cette étude, sans même nous connaître, et Monsieur le Professeur Gaëtan GENTILE, qui avez accepté de juger notre travail et qui nous avez toujours soutenu notamment lors de vos participations au Comité de suivi des thèses de l'Hôpital d'Instruction des armées LAVERAN.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Aurélie JANCZEWSKI. Merci à toi d'avoir accepté la direction de la thèse et qui nous a sorti d'une impasse à l'origine de celle-ci. Merci pour ta disponibilité, pour tes conseils avisés. On pensera toujours à toi quand on triera nos chaussettes dans le placard.

Aux médecins généralistes qui ont accepté de nous recevoir et de prendre du temps pour nous. Merci de nous avoir ouvert votre cœur.

Au Comité de suivi des thèses de l'Hôpital d'instruction des armées LAVERAN qui avez su nous aider au moment opportun.

Remerciements de Florence

A mes parents, pour leur éducation exemplaire, leur confiance en moi, leur investissement illimité, leur soutien sans faille malgré le flou que représente la médecine. Tenez bon, c'est bientôt la fin...

A mon père, pour m'avoir appris à toujours repousser les limites et ce dans tous les domaines. Fière, et pas qu'un peu, d'être la fille d'un génie.

A ma mère, pour m'avoir (sup)porté et qui continue de le faire encore mieux que quiconque. Objectif : arriver à la cheville de ton énorme tendresse.

A mon frère, pour m'avoir éclairé et aidé à relativiser. Merci de me retrouver quand je me perds, au sens propre comme au sens figuré. Merci Coco. Merci Koa.

A toute ma famille du soutien qui fut total (c'est-à-dire inversement proportionnel à ma présence, elle quasi-nulle), à mes grands-mères gâteaux, aux petits cousins bientôt grands, aux tata et tonton chaleureux.

A mes grands-pères, des exemples de réussites, m'ayant inculqué le sens de la famille, le goût des bonnes choses, l'amour du travail bien fait.

A mon co-interne, Jojo, et notre rencontre improbable, à sa persévérance face à nos moult péripéties, son sérieux et sa bonne humeur sans qui la thèse ne ressemblerait clairement pas à ça. Bienvenu à Marseille, copain !

Au médecin en chef Chouvet à l'initiative de ce projet. Je retiendrai à jamais la maxime du CMA de Gap du 4^e RCh "*Ubi voluntas, ibi via*".

A tous mes collègues sportifs, qui m'ont aidé à décompresser que ça soit en nageant (Popo, Juju, Max, Céline et les méduses), en courant (Juju, Célie, Wassim, Chiara), au semi (Juju), au trail (Caro), en swin-run (Nicolas, Olivier, Raph), tous ces samedis au crossfit (Maxou et toute la team zeuwane), au bikram yoga (Juju), en s'entraînant en salle (avec la bonne humeur de l'équipe Pertuisienne), en plongeant (chaque plongeur du Vaillant, y compris N'Carbone et Nawa, les capitaines Jean-Mi et

Gabian, le « secrétaire », et ceux qui ne plongent pas mais qui nagent), aux sorties sur le Cap avec Mourad, aux fameuses plongées pirates avec Hervé et JYM (père spirituel de la plongée).

Aux potes musiciens : à Bobby (meilleur bassiste-guitariste-batteur-homme à tout faire et accessoirement prof) et aux Broken Arms (Juliette et Sophie) pour ces répét' et votre patience.

A mes co-externes : « aux filles » (Camille, Eva et Ingrid) pour leurs présences pendant toutes ces heures passées assises à s'aplatir les fessiers sur les bancs de la fac, et surtout à nos vacances ! A Mathilde qui m'a fait relativiser sur ma ponctualité. A ma Juju qui est restée présente de manière constante, sans qui je serai déjà parti très loin.

A tous mes co-internes qui m'ont aussi (beaucoup trop) entendu râler, à tous les Clémensards : parce que Toulon ! A Chiara, qui sera sans doute meilleur médecin du sport que moi.

A tous les médecins, infirmiers, aides-soignants, ambulanciers, permanenciers rencontrés qui m'ont accueilli, écouté dire tant des bêtises, beaucoup appris et surtout rattrapé toutes mes gourdes. Leur patience infinie à toujours répéter la même chose. « *Salt water is for cooking pastas, blood for bleeding* ».

A tous ceux qui m'ont offert ces innombrables cafés et ces nuits interminables.

A ces chefs et ces équipes qui m'ont permis de toucher à tout, qui m'ont soutenu et aidé dans mes projets, qui croient en moi et me donne confiance. Promis, je continuerai à trainer dans vos pattes.

A la plus épatante des assistantes et ses sabots magiques.

Aux trois mousquetaires, pour ces ~~après-post-garde~~ repos de garde à l'hacienda, sur le bateau, au Samana ou à la plage.

A mon parrain pour m'avoir sorti la tête de l'eau. « *Surfer, plutôt que résister* ».

A tous ceux qui m'ont demandé mon sujet, m'ont écouté, n'ont rien compris mais m'ont quand même soutenu malgré tout (c'est l'intention qui compte).

Remerciements de Joseph

A tous les médecins et tous les patients que j'ai rencontré pendant mon cursus et qui m'ont appris la médecine.

Au médecin en chef Pierre CHOUVET qui avait proposé son aide à la genèse de cette thèse.

A Florence, découverte au gré du hasard, pour sa motivation et son entrain.

A mon Papa, également docteur mais en droit, à ma Maman qui m'a aidé à faire mes devoirs afin de me permettre d'accéder à des études supérieures. Merci pour votre éducation et votre amour.

A toute ma famille et plus particulièrement ma Bonne Maman qui m'a toujours reçu avec joie chez elle à Lyon pendant mes années d'étude.

A mes frères et sœurs, merci pour votre amour et votre soutien de toujours.

A mes amis, ceux de la Boate et d'ailleurs et plus particulièrement merci à La Meute.

A Florence avec qui j'ai effectué cette thèse. Découverte par hasard dans l'amphi, je suis content d'avoir travaillé avec toi.

A ma fiancée, Math, que j'aime de tout mon cœur. Merci pour ton soutien et pour ton amour ! Je suis pressé de vivre ma vie avec toi !!

A Jésus, mon amoureux de toujours, le plus grand des docteurs.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	24
a. Définition de la médecine d'urgence	24
b. Place de la médecine d'urgence en médecine générale.....	25
c. Notre thèse.....	27
i. Thématique de recherche	27
ii. Question de recherche	27
iii. Enjeux	27
iv. Retombées éventuelles	27
v. Impact sur la pratique	28
II. MATERIEL ET METHODE	29
a. Choix d'une méthode qualitative	29
i. Les différents types d'approche en méthode qualitative	29
ii. Le choix de l'analyse par « théorisation ancrée »	30
b. L'échantillonnage.....	30
i. Population d'étude	30
ii. Échantillonnage des participants	31
c. Le mode de recueil des données.....	31
d. L'analyse des résultats	32
i. La retranscription et anonymisation des données	32
ii. Le codage et l'analyse des données	32
III. RESULTATS	34
a. Population de l'étude	34
b. Présentation brève du modèle de l'étude	34
c. S'orienter vers moins de pratique de la médecine d'urgence dans l'exercice de la médecine générale.....	35
i. Éléments orientant les médecins vers moins de pratique de la médecine d'urgence	35
1. Un désintérêt pour la médecine d'urgence	35
2. Des freins à pratiquer l'urgence	36
3. <i>Un mode de vie difficile</i>	36
4. <i>La gestion d'un cabinet de médecine générale</i>	37

ii.	Facteurs pouvant amener un médecin vers moins de pratique de la médecine d'urgence	38
1.	<i>Mauvaise expérience de médecine d'urgence</i>	38
2.	<i>Le type de pratique et le lieu d'exercice des médecins généralistes</i>	38
3.	<i>Une mauvaise image de la médecine d'urgence</i>	39
4.	<i>Un manque de formation</i>	39
5.	<i>Des relations compliquées avec les autres intervenants</i>	39
d.	S'orienter vers plus de pratique de médecine d'urgence	40
i.	Faire l'urgence par goût	40
ii.	Ce qu'apporte la médecine d'urgence	40
iii.	Faire de l'urgence, un rôle social	41
iv.	Éléments orientant les médecins généralistes vers une pratique de la médecine d'urgence	41
1.	<i>Une définition unique de la médecine d'urgence</i>	41
2.	<i>Définition plurielle de la médecine d'urgence</i>	42
3.	<i>Pathologies définissant la médecine d'urgence</i>	43
4.	<i>Actes attribués à la médecine d'urgence</i>	43
5.	<i>Le cas des MCS</i>	44
6.	<i>La médecine d'urgence au SSA</i>	45
7.	<i>La médecine d'urgence en médecine générale : une conduite à tenir</i>	45
8.	<i>Impact émotionnel de la médecine d'urgence sur le médecin généraliste</i>	47
9.	<i>Formation universitaire</i>	47
v.	Facteurs pouvant modifier la pratique de la médecine d'urgence par un médecin généraliste	48
1.	<i>Formation personnelle</i>	48
2.	<i>Intérêt intellectuel de l'urgence</i>	48
3.	<i>Partage avec les pairs pour faire de l'urgence</i>	49
4.	<i>Médecine d'urgence en médecine générale : relation avec les autres intervenants, un travail d'équipe</i>	50
5.	<i>Compétences en médecine d'urgence</i>	50
6.	<i>Se rassurer face à l'urgence</i>	51
7.	<i>Pratique et lieux d'exercice de la médecine générale</i>	52
8.	<i>Moyens matériels dédiés à la médecine d'urgence</i>	53
f.	Les représentations de l'urgence par le patient : regard porté par les médecins généralistes	56

IV. MODELISATION DES RESULTATS

VI. DISCUSSION	59
a. Les principaux résultats.....	59
b. Comparaison avec les résultats de la littérature.....	59
i. Une meilleure harmonisation des filières de soins	59
ii. L'organisation des soins primaires en amont d'un service d'urgence ou en aval ⁶⁰	60
iii. La gestion de la demande d'urgence en soins primaires	60
iv. La communication avec les services d'accueil des urgences et le monde hospitalier	62
v. Le caractère stressant de l'urgence	62
vi. La méconnaissance des patients dans les capacités des médecins généralistes et l'organisation de la prise en charge en ambulatoire	63
vii. La formation des médecins généralistes à l'urgence	65
viii. La participation au renfort en aide médicale d'urgence	66
ix. Le passage par le médecin généraliste, une perte de chance	67
c. Validité de l'étude.....	68
i. Forces	68
1. <i>Qualité de l'étude</i>	68
2. <i>Originalité du sujet</i>	69
3. <i>Le statut des chercheurs</i>	69
4. <i>Intérêt suscité par le sujet</i>	70
5. <i>Méthode utilisée</i>	70
ii. Faiblesse	71
1. <i>L'expérience des chercheurs</i>	71
2. <i>L'échantillon étudié</i>	71
3. <i>La saturation</i>	71
4. <i>La vérification</i>	72
d. Perspectives.....	72
i. S'interroger sur la manière de pratiquer	72
ii. Se pencher sur le patient	72
iii. L'organisation de la médecine d'urgence en médecine ambulatoire	73
VII. CONCLUSION	78
VIII. BIBLIOGRAPHIE	79

IX. ANNEXES	83
Annexe 1: Formulaire de consentement éclairé	83
Annexe 2: Canevas d'entretien	84
Annexe 3: Déclaration CNIL	85
Annexe 4: Caractéristiques de la population.....	86
X. ABREVIATIONS	88

I. INTRODUCTION

a. Définition de la médecine d'urgence

On pourrait définir l'urgence comme a tenté de le faire le Collège national de l'ordre des médecins (CNOM) dans son Bulletin du mois de juillet 2008 (1) : « Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. ».

On s'appuierait alors sur les critères de prise en charge de la Sécurité sociale (2) qui sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de votre état de santé ou de celui d'un enfant à naître ;
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose) ;
- tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement ;
- les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical) ;
- les soins dispensés à des mineurs.

L'autre façon de définir l'urgence de manière plus large est de l'étendre à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient.

On bascule alors sur une description qualitative et non plus quantitative et/ou arbitraire comme le veulent les circulaires, décrets, référentiels de collège des enseignants ou encore la cotation des actes médicaux.

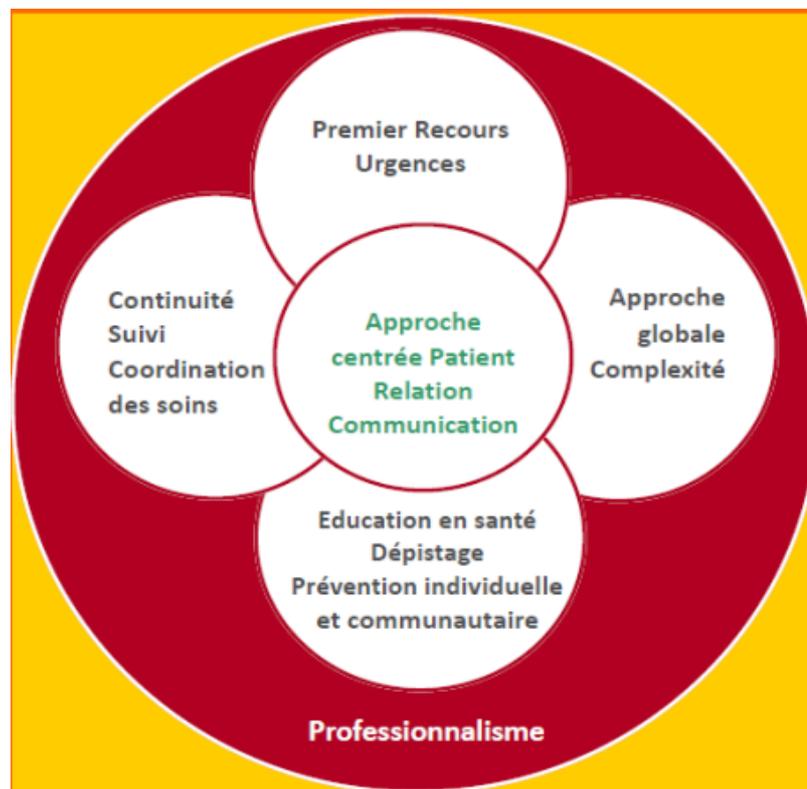
Ainsi, au Burkina Faso (3) on définit la médecine d'urgence comme une situation du vécu humain qui nécessite une intervention médicale immédiate ou rapide sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé. Elle relève d'une décision médicale.

Se pose alors la question de la prise de décision médicale : comment faire ? On pense ainsi à la régulation médicale (4) qui est le pivot de l'organisation et du fonctionnement, non seulement de l'aide médicale urgente, mais également de la permanence des soins en médecine ambulatoire, c'est aussi un élément central de la gestion des crises sanitaires. Les critères de décision du médecin régulateur doivent d'abord être conformes aux obligations du droit (assistance à personne en danger et droits du patient, notamment) et aux règles de l'éthique médicale, ils associent des critères médicaux, opérationnels et contextuels.

b. Place de la médecine d'urgence en médecine générale

Le collège national des généralistes enseignants (CNGE) a mis en évidence six compétences génériques du métier de médecin généraliste. Parmi celles-ci se trouvent celles intitulées « Premiers recours » et « urgences », preuve que la prise en charge de l'urgence et de la consultation non programmée font partie entière du métier de médecin généraliste. (5)

Schéma 1 : marguerite des compétences des médecins généralistes (MG).



Une enquête de 2004 réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de 1 300 médecins généralistes installés en ville et 90 médecins libéraux d'associations organisant des visites à domicile sans rendez-vous a permis de montrer que 12% de l'activité des médecins se situe dans un contexte d'urgence, ce qui est loin d'être négligeable. En outre, le nombre de passages annuels aux urgences sur la période de 2001 à 2011 a augmenté de 36% (de 13,6 millions à 18,5 millions) preuve d'un réel besoin de la population en soins d'urgence. (6)

Plus récemment, le rapport annuel de 2019 de la Cour des comptes (7) confirme cet accroissement avec en 2016 un nombre de passages annuels aux urgences de 21,2 millions contre 18,4 millions en 2012 soit une hausse de presque de 15% en 4 ans et +3,6% par an en moyenne. A noter que cette augmentation se porte essentiellement sur le nombre de passage de patients non hospitalisés à l'issue de leurs venues.

Le motif le plus fréquent reste la traumatologie représentant plus d'un tiers des consultants. Tandis que quatre patients sur cinq regagneront leurs domiciles, plus de la moitié des septuagénaires et plus resteront dans l'enceinte de l'hôpital. Il est intéressant de noter qu'entre 10 et 20% des patients n'auront pas besoin d'examen complémentaires mais seulement d'une consultation (CCMU 1) et que 60 à 70% des patients auront un(des) examen(s) complémentaire(s) bien que leurs états cliniques soient stables.

De nombreuses études ont évalué d'un point de vue pratique la prise en charge de situation d'urgence en médecine générale telles que la traumatologie (8), la douleur aiguë (9) ou la prise en charge du syndrome coronarien aigu, de l'embolie pulmonaire et de l'accident vasculaire cérébral. (10)

Aucune n'est venue étudier auprès des médecins généralistes directement leurs ressentis et leurs perceptions de ce type de pratique et les raisons qui les ont poussés à effectuer ce type d'activité.

c. Notre thèse

i. Thématique de recherche

La thématique de recherche est de comprendre les perceptions et aspirations des médecins généralistes civils et militaires à propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence en soins primaires.

ii. Question de recherche

Quel est le vécu et la représentation des médecins généralistes civils et militaires à propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence en soins primaires ?

iii. Enjeux

L'enjeu de cette thèse est de mieux comprendre la pratique de la médecine d'urgence par les médecins généralistes, c'est à dire comment ils se l'approprient, ils la définissent, les raisons qui ont motivé leur choix vers ce type de pratique afin de mettre en évidence les leviers qui pourraient renforcer la motivation des médecins généralistes à pratiquer de la médecine d'urgence.

Le but in fine est de répondre à la demande croissante des patients en soins d'urgence.

iv. Retombées éventuelles

La retombée de cette thèse est de comprendre la part de la pratique de la médecine d'urgence en soins primaires.

v. Impact sur la pratique

Pour les médecins généralistes :

Amélioration des compétences, bénéficier de formations continues, varier sa pratique (rompre la routine) et répondre à la demande croissante des patients.

Pour les patients :

Renforcer l'harmonisation de la prise en charge entre la médecine hospitalière et la médecine libérale afin que les patients puissent tirer bénéfice de la formation continue en médecine d'urgence de leur médecin traitant.

Rendre plus performant le suivi des patients sortis d'hospitalisation aux urgences par les médecins généralistes en ville grâce à une meilleure connaissance mutuelle des différents acteurs de la prise en charge.

Bénéficier d'un soutien médical de proximité malgré leur isolement géographique.

II. MATERIEL ET METHODE

a. Choix d'une méthode qualitative

i. Les différents types d'approche en méthode qualitative

Au sujet des études dans le champ de la santé, il est habituel de distinguer les études quantitatives et qualitatives. (11)

Une étude quantitative analyse des données quantifiables (pourcentages, taux de rechute...).

L'objectif est d'affirmer ou d'infirmer la véracité d'une hypothèse par le biais d'une série de mesures et de tests.

Dans ce cas, l'étude doit être reproductible et vérifiable.

L'analyse qualitative, à l'inverse, cherche à créer des hypothèses lorsqu'un domaine est mal connu. (12)

Elle a pour objectif de comprendre les perceptions et les comportements des sujets testés, les opinions au sujet de leur propre vie et leurs expériences.

Dans ce cas, on analyse les données descriptives, les paroles écrites ou dites et le comportement observable des personnes.

Notre étude visant à explorer le vécu et la représentation de médecins généralistes civils et militaires à propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence en soins primaires avait pour objectif principal de recueillir le ressenti des médecins généralistes civils et militaires à propos de leurs pratiques de la médecine d'urgence, et les mécanismes qui les ont menés à avoir une pratique d'urgence.

L'objectif secondaire était d'étudier les leviers qui pourraient favoriser la participation des médecins généralistes à la pratique de l'urgence au quotidien.

Il nous a donc paru nécessaire d'étudier le sujet à l'aide d'une méthodologie qualitative.

Les analyses qualitatives peuvent elles-mêmes être dissociées en plusieurs types selon la question de recherche et l'objectif de l'étude : la « théorisation ancrée », la biographie, l'étude de cas, l'ethnographie et la phénoménologie. (13) (14)

La théorisation ancrée est une méthode visant à construire de nouvelles théories à partir de données recueillies auprès des participants de l'étude.

La biographie a pour but de recueillir une chronologie des expériences de vie.

L'étude de cas se base sur l'investigation de phénomènes contemporains dans leur contexte de vie.

L'ethnographie est une immersion du chercheur dans la vie des sujets étudiés et place le phénomène étudié dans le contexte social et culturel.

La phénoménologie consiste à écarter toute interprétation abstraite pour se limiter à la description et à l'analyse des seuls phénomènes perçus.

ii. Le choix de l'analyse par « théorisation ancrée »

Notre choix s'est porté sur la méthode de la « théorisation ancrée » pour cette étude.

Il s'agissait d'établir un recueil du ressenti, des attitudes, des pratiques des médecins généralistes, sans a priori, afin de pouvoir extraire par induction des nouvelles théories sur un sujet qui a peu été exploré et qui est difficilement quantifiable. (15)

b. L'échantillonnage

i. Population d'étude

La population d'étude était constituée de médecins généralistes, civils et militaires sélectionnés pour être le plus représentatif possible des différents modes

d'exercice de la médecine générale (médecine de montagne, médecine militaire, médecine de ville, médecine en milieu périurbain).

De façon à rester dans les canons de la méthodologie d'une recherche qualitative, le nombre de sujets à inclure n'était pas déterminé à priori.

ii. Échantillonnage des participants

Les médecins ont été recrutés de proche en proche par effet «boule de neige» à partir de médecins généralistes connus des investigateurs.

L'échantillonnage théorique nécessaire à obtenir un panel de participants représentatifs de la population a cessé quand nous sommes arrivés à saturation des entretiens.

La saturation a eu lieu lorsque les entretiens menés ne nous ont plus apportés aucun nouvel élément par rapport aux précédents entretiens.

c. Le mode de recueil des données

Les données ont été recueillies auprès des participants par des entretiens semi dirigés.

Il s'agit d'un entretien entre l'investigateur et le médecin, à partir d'une grille de questions définies à priori.

Ces entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin interviewé.

Ces conversations ont été enregistrées par un dictaphone (téléphone portable de l'investigateur).

Avant chaque entretien, le consentement était recueilli à l'écrit (cf Annexe 1).

Les participants étaient informés du caractère anonyme de leur déclaration et de la possibilité qu'ils avaient de faire arrêter l'enregistrement à n'importe quel moment et de demander de supprimer certains éléments de leur discours dans l'analyse.

Un canevas d'entretien a été élaboré avant l'entretien.

Ceci a permis de définir le déroulement de la rencontre et d'être reproductible.

Il comportait six questions ouvertes, assorties de sous questions permettant de relancer la conversation ou de préciser certaines questions.

L'ordre des questions s'adaptait au déroulement de la séance, selon les réponses du sujet interrogé.

d. L'analyse des résultats

i. La retranscription et anonymisation des données

Les enregistrements audios des entretiens semi dirigés ont été retranscrits à l'aide du logiciel Microsoft Word® par les investigateurs.

Les éléments non verbaux (rires, silences, hésitations...) ont également été rapportés.

Les données ont été rendues anonymes à ce moment, conformément à ce qui avait été précisé au sujet.

ii. Le codage et l'analyse des données

Le codage a débuté à l'issue de chaque entretien, au fur et à mesure, de façon à permettre de confronter les premiers résultats de l'analyse aux données suivantes.

Un double codage a été réalisé pour obtenir une triangulation des données.

Le codage final est le résultat d'une mise en commun des données entre les deux investigateurs.

Nous avons commencé par un codage ouvert de façon à extraire les thèmes dégagés par les entretiens.

Ceci nous a donc permis d'aboutir à la réalisation d'une liste de mots clés appelés « codes ».

Au fil de l'étude, nous avons pu faire fusionner les différents « codes » afin de pouvoir en dégager les plus conceptualisant.

Ces « codes » ont ensuite été implémentés dans un livre de code sur fichier Microsoft Excel ®.

Grâce à ces « codes », nous avons pu construire un modèle théorique à l'aide de la directrice de thèse afin de permettre une nouvelle fois une triangulation des données.

e. Déclarations officielles

Ce travail a été déclaré à la CNIL au numéro 2212854 v 0 avec pour finalité :
MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement.
Transferts d'informations hors de l'Union européenne (cf récépissé du 08 avril 2019, Annexe 3).

III. RESULTATS

a. Population de l'étude

Les entretiens ont été menés au cabinet des participants de l'étude. L'entretien le plus court a duré quatorze minutes et huit secondes, l'entretien le plus long a duré quarante-trois minutes et vingt et une secondes. En moyenne, les entretiens ont donc duré vingt-deux minutes et vingt secondes.

Les participants avaient entre vingt-neuf et soixante-huit ans. La moyenne d'âge était de quarante-cinq ans et dix mois. Parmi les médecins interrogés il y avait neuf hommes et six femmes. Cinq médecins exerçaient en zone rurale, trois en zone semi rurale, cinq en zone urbaine et deux médecins en antenne médicale des armées. Trois médecins étaient médecins militaires dont l'un deux à la retraite militaire.

b. Présentation brève du modèle de l'étude

Il a été identifié deux populations dans l'étude :

- Les médecins se déclarant comme ayant une pratique de la médecine d'urgence
- Les médecins se déclarant comme n'ayant pas de pratique de médecine d'urgence

Dans chaque groupe, il a été mis en évidence des éléments "non modificateurs" de la pratique de la médecine d'urgence, c'est à dire ne conduisant pas à une évolution dans un sens ou dans un autre de la pratique de la médecine d'urgence et des éléments "modificateurs" de la pratique de la médecine d'urgence, c'est à dire orientant les médecins généralistes à pratiquer l'urgence ou au contraire à s'en éloigner.

c. S'orienter vers moins de pratique de la médecine d'urgence dans l'exercice de la médecine générale

Les médecins généralistes ont rapporté leurs angoisses et leurs états de stress à se lancer dans la médecine d'urgence.

« *Face à l'urgence je balise* ».

Certains rapportaient également une impression de ne pas savoir faire en urgence.

« *Se retrouver dans des situations dramatiques en ne se sentant pas la légitimité pour intervenir* ».

Tout ceci a donc pour conséquence chez certains médecins un rejet de cette pratique ou de l'urgence en général.

i. Éléments orientant les médecins vers moins de pratique de la médecine d'urgence

1. Un désintérêt pour la médecine d'urgence

Quelques médecins interrogés évoquaient un réel désintérêt de la médecine d'urgence.

Il a été mis en évidence de nombreuses raisons à cette aversion, entre autres :

➤ Le fait de se retrouver dans une situation non souhaitée où le médecin se doit de prendre des décisions rapides.

« *Déprécier l'urgence car situation non souhaitée, préférer d'autres médecines* »

➤ Une lassitude face à l'urgence.

2. Des freins à pratiquer l'urgence

Les médecins allèguent également un certain nombre de freins à l'exercice de la médecine d'urgence :

- Une inquiétude vis-à-vis de la judiciarisation de la médecine et encore plus dans le cadre de situations d'urgence où il s'agit de mener des actions avec moins de délai de réflexion.
« Tu t'aperçois des risques que tu prends ».
- Des limites techniques, humaines et matérielles.

Sur le plan technique cela consiste à réaliser uniquement des gestes simples dans le cadre d'urgence sans se lancer dans des prises en charge évoluées d'urgence.
« On fait des gestes simples. Il ne faut pas demander plus au médecin généraliste ».

Sur le plan matériel, nombreux sont ceux qui ont rapporté le fait de ne pas avoir de matériel.
« Je n'ai pas d'ECG » ou « en ville on n'a pas de drogues ».

Sur le plan humain enfin le fait d'être seul a été rapporté comme une réelle difficulté.
« Une grosse urgence, seul, n'est pas gérable ».

3. Un mode de vie difficile

Le mode de vie a été montré comme un facteur empêchant l'engouement des médecins à pratiquer l'urgence.

En effet, nombreux sont ceux qui déploraient une trop grande place de leur exercice par rapport à leur vie de famille.
« Ça colle à mes attentes, [...] pas nécessairement à nos attentes [familiales] ».

De la même façon certains évoquaient que les gardes se faisaient au détriment du temps personnel et que le fait d'avoir du temps libre était important.

4. La gestion d'un cabinet de médecine générale

Une autre raison orientant vers moins de pratique de la médecine d'urgence était dans l'essence même de la gestion d'un cabinet de médecine générale.

En effet, le fait d'avoir à abandonner son cabinet pour une urgence est compliqué.

« Petit stress de quand on est appelé de devoir euh... lâcher une salle d'attente ».

De la même façon, certains évoquaient le temps comme un frein à faire de la médecine d'urgence.

« Je pense que ça serait chronophage ».

Certains médecins ont montré que l'accueil des patients dans les cabinets de médecine générale sur rendez-vous empêche les médecins à absorber les urgences.

Enfin, il a été mis en évidence que les patients étaient plus enclins à se présenter aux urgences hospitalières plutôt que chez leur médecin généraliste compte tenu de l'absence de tiers payant pour la consultation de médecine générale.

5. Atouts de la médecine générale en amont de l'urgence

Selon les médecins, en amont, la médecine générale a de vrais atouts empêchant d'avoir à arriver à des situations d'urgence.

« En médecine ambulatoire, tu sauves des vies en dépistant, en traitant plus tôt ».

En outre, les médecins généralistes ont tenu à noter que dans leur pratique de médecine générale ils suivent les patients au long cours ce qui leur permet d'anticiper sur les prises en charge grâce à leur connaissance des patients et qu'ils effectuent le aussi le suivi après l'évènement aigu.

« Je les récupère après, j'assure le suivi »

Enfin, les médecins généralistes ont tenu à noter que leur grande caractéristique est de savoir faire la part des choses entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas dans la part de consultation qu'ils ont.

« C'est l'exercice de la médecine et on est obligé de savoir faire ce qui est commun et ce qui est urgent »

ii. Facteurs pouvant amener un médecin vers moins de pratique de la médecine d'urgence

1. Mauvaise expérience de médecine d'urgence

Il a été constaté auprès des médecins une certaine amertume vis-à-vis de la pratique de la médecine d'urgence, du fait de mauvaises expériences. En premier lieu la solitude a été évoquée comme un problème.

« Seul... c'est compliqué ».

En outre certains médecins ont déploré leur épuisement vis-à-vis de l'urgence.

« C'est la fatigue accumulée et l'épuisement ».

2. Le type de pratique et le lieu d'exercice des médecins généralistes

Le lieu d'exercice du médecin généraliste a été décrit comme un facteur entraînant le médecin à moins pratiquer d'urgence.

En effet les patients qui habitent dans des endroits reculés iront plus facilement voir leur médecin généraliste, entraînant ce dernier à se former à la médecine d'urgence.

A l'inverse, les médecins en zone urbaine rencontrent moins de cas d'urgence.

« Les vraies urgences je les évacue du cabinet ».

« pouvoir dropper euh... aux urgences assez facilement ».

3. *Une mauvaise image de la médecine d'urgence*

Les médecins ont rapporté dans leurs vécus des mauvaises représentations au sujet de la médecine d'urgence, les entraînant à se détacher de l'urgence, que ce soit dans les cabinets de médecine générale ou par leur expérience de l'urgence en CHU ou à l'hôpital.

De la même façon d'autres médecins ont constaté une mauvaise communication entre l'hôpital et la ville, entraînant une perte de motivation.

« Les services d'urgence ne se rendent pas forcément compte du travail en ambulatoire ».

4. *Un manque de formation*

Nombreux ont été les médecins à se plaindre de lacunes dans leur formation de médecin généraliste pour appréhender les urgences.

« Les bouquins ne suffisent pas pour pratiquer ».

Pour certains, le temps les a entraînés à se détacher de la médecine d'urgence.

« Petit à petit mes compétences sont parties ».

5. *Des relations compliquées avec les autres intervenants*

Enfin, les médecins ont exposé des problèmes dans la relation avec les autres intervenants dans la prise en charge de cas d'urgence.

Par exemple certains médecins ont expliqué éprouver une réelle anxiété vis-à-vis de la réaction du médecin urgentiste du SAMU dans l'attente de son arrivée.

« J'ai peur de me faire engueuler ».

D'autres encore ont évoqué des discordances de point de vue avec la régulation.

« Les régulateurs ne font pas confiance au médecin ».

d. S'orienter vers plus de pratique de médecine d'urgence

i. Faire l'urgence par goût

Bien que persiste encore l'image des médecins qui font de l'urgence pour « *faire les cowboys* », cela n'a jamais fait partie des raisons évoquées par les praticants.

En effet, il a été argué à plusieurs reprises en définitive une affinité des médecins généralistes pour la médecine d'urgence.

Celle-ci résulte d'une certaine vocation, renforcée par des stages qui permettent d'y prendre goût et confirmée par l'appréciation de la pratique a posteriori avec des prises en charge satisfaisantes personnellement.

Témoignent également de la justesse de cette orientation :

- l'épanouissement « *c'est génial de faire de l'urgence* »,
- la difficulté à s'en passer, le manque « *je suis triste si je ne fais d'urgence* »,
- voire même de s'y complaire alors que ce n'était pas la voie souhaitée préalablement « *en urgence je fais ce que j'aurais aimé faire, je fais plus de cardio que les cardio [avec les prises en charge initiales des phases aiguës]* ».

ii. Ce qu'apporte la médecine d'urgence

D'un commun accord et est revenue assez souvent l'idée que faire de l'urgence permet avant tout de changer de la routine mais aussi représente un avantage financier pour les praticiens.

D'après les médecins, cela est aussi un gain pour le patient que son médecin généraliste pratique de la médecine d'urgence bien que certains médecins ont précisé qu'il est mieux pour le patient de s'arrêter sur ce que le médecin sait faire habituellement.

Enfin, les médecins ont émis l'hypothèse que cela désengorgerait les services d'accueil des urgences s'ils pratiquaient plus d'urgence.

iii. Faire de l'urgence, un rôle social

Les médecins ont relevé que la reconnaissance des patients tient une part importante dans leur pratique de la médecine d'urgence.

Les médecins se sont avoués être fiers de faire des gardes aux urgences.

D'une manière plus générale, sont revenues à travers les interrogatoires les notions « *D'aimer qu'on nous aime en médecine* » ou encore de « *gagner l'estime de la population* ».

Enfin certains médecins ont parlé du rôle messianique de leur travail.

« *Tu es Dieu quand tu fais de l'urgence* ».

iv. Éléments orientant les médecins généralistes vers une pratique de la médecine d'urgence

1. Une définition unique de la médecine d'urgence

Les médecins interrogés ont eu une réponse unanime sur la définition de la médecine d'urgence en médecine générale.

Pour eux, l'urgence est associée à la notion d'un pronostic, y compris vital.

« *En médecine d'urgence tu sauves des vies à l'instant T* ».

Ils se sont accordés pour dire que la prise en charge d'une situation d'urgence ne souffre donc d'aucun retard.

« *Ils ne peuvent pas passer la nuit et attendre le lendemain* ».

L'urgence s'impose donc aux médecins interviewés et est associée au concept de devoir.

Les médecins ont manifesté un sentiment plutôt positif vis-à-vis de cela puisqu'ils ont la sensation d'avoir servi à quelque chose et d'avoir été efficace dans leur action.

« Intérêt de l'efficacité immédiate, donc plaisir d'avoir du répondant au bout de l'aiguille ».

Les médecins généralistes ont également rapporté qu'une urgence dans le cadre de la pratique de la médecine générale reste accidentelle.

A l'opposé de ces définitions, certains médecins ont déclaré que l'urgence en médecine générale pouvait être définie comme une situation ne relevant pas d'une prise en charge d'un Service d'accueil des urgences.

Ils ont donc apporté la notion d'une urgence en médecine générale qui serait différente de celle d'une urgence dans un Service d'accueil des urgences.

A travers les entretiens il a été constaté que la définition de la médecine d'urgence n'était donc pas la même chez tous les médecins généralistes.

2. Définition plurielle de la médecine d'urgence

A travers les entretiens, les médecins généralistes ont fait apparaître une réelle difficulté à définir précisément l'urgence en médecine générale.

« Faire de l'urgence en médecine générale ? euh... bonne question ».

Ils ont mis en évidence une gradation dans la notion d'urgence.

« Il y a des degrés justement dans l'appréciation ».

Par ailleurs, pour les médecins généralistes, il y a différents types d'urgence : l'urgence vitale, l'urgence douleur, l'urgence fonctionnelle et aussi l'urgence ressentie.

Le dénominateur commun à tous ces aspects de l'urgence est que ces situations nécessitent un traitement immédiat.

« Ça peut être des urgences qui ne sont pas forcément des urgences vitales mais qui sont urgentes dans le sens où il faut que ce soit traité rapidement... ».

Les médecins généralistes en guise de résumé ont finalement expliqué que la vision qu'ils ont de la médecine d'urgence dépend finalement de leur définition qui est propre à chacun.

3. Pathologies définissant la médecine d'urgence

A travers les entretiens il a également été identifié les pathologies pouvant amener un médecin à rentrer dans une démarche de soins d'urgence.

Les médecins ont employé le terme de « *tout type de prise en charge en médecine d'urgence* » ou « *l'urgence qui consulterait dans un service euh... d'urgence hospitalière en fait* ».

Plus particulièrement les médecins ont donné des exemples : syndromes appendiculaires, les fractures et la traumatologie en général, les douleurs et plus particulièrement la douleur thoracique et coronarienne, la crise d'épilepsie, l'accident de la voie publique, le panaris, la fièvre à 40° chez un enfant, les situations qui compliquent les patients souffrant d'addictologies.

D'une manière plus générale, les médecins ont constaté que tous les événements aigus pouvaient être considérés comme de l'urgence.

« Toutes les maladies aiguës sont des urgences, des petites urgences de médecine générale ».

4. Actes attribués à la médecine d'urgence

Pour répondre aux problèmes de santé suscités, les médecins ont présenté les actes attribués à la médecine d'urgence qu'ils pouvaient être amenés à effectuer.

Tout d'abord, à la genèse de la prise en charge, l'acte même à réaliser est prendre l'appel.

Les médecins ont déclaré avoir une obligation morale de prendre l'appel d'un patient en état d'urgence et plus particulièrement ceux participant aux renforts SAMU en tant que médecin correspondant du SAMU.

« Morale de répondre aux appels en quelque sorte de jour comme de nuit ».

Ces derniers ont par ailleurs expliqué qu'en tant que médecin correspondant du SAMU ils pouvaient être envoyés sur tout type de prise en charge là où une ambulance du SAMU pouvait l'être aussi et que de ce fait ils orientaient leur geste technique en fonction.

Les médecins ont ensuite défini les actes attribués à l'urgence par le biais des grilles de cotation de l'assurance maladie permettant également leur rémunération en fonction des actes pratiqués.

Plus précisément, ils ont ainsi présenté les gestes pouvant entrer dans la définition : les points de sutures, les réductions de luxations, la réanimation cardiopulmonaire, entre autres.

Plutôt dans un contexte hospitalier avec un plateau technique et des moyens, ils ont également évoqué la réalisation de voie centrale et les intubations.

Néanmoins, les médecins généralistes ont porté le constat que certains gestes techniques ne sont pas maîtrisés par les médecins généralistes, tels que les sutures, par manque d'habitude.

5. Le cas des MCS

Selon la situation géographique et la démographie médicale, la pratique de la médecine d'urgence passe par le fait d'être MCS.

Si quelques-uns ont expliqué retrouver un certain confort d'exercice en étant MCS, d'autres y ont vu plutôt des contraintes associées comme par exemple les astreintes.

6. *La médecine d'urgence au SSA*

La situation du médecin militaire « *[être] médecin urgentiste quand j'ai fait l'armée* » a été également une particularité constatée permettant la pratique de la médecine d'urgence bien que celle-ci soit foncièrement différente de celle pratiquée dans le civil par les libéraux.

En effet, les médecins militaires ont présenté le rôle premier, de l'extrême avant, qui leur est dévolu échu.

Ils se doivent de prendre en charge des blessés graves.

Ils ont donc expliqué bénéficier d'un cursus distinct médico-militaire et des formations spécifiques en plus des formations comme la CAMU, commune avec les civils.

Il est donc ressorti des entretiens que leur vision de l'urgence est plus spécialement tournée vers l'opérationnel.

« *Être armé avec le maximum d'outils pour prendre en charge des blessés instables* ».

Encore ici, a été retrouvé le plaisir dans la pratique à travers les interviews.

« *En opérations extérieures, c'était pour moitié de la médecine d'urgence, c'était vraiment chouette* ».

7. *La médecine d'urgence en médecine générale : une conduite à tenir*

Les verbatims des médecins généralistes ont laissé transparaître différentes visions de la pratique de la médecine d'urgence en médecine générale.

En effet si pour certains, la médecine d'urgence reste cantonnée à des actes limités au médecin généraliste, pour la plupart des autres, « *en médecine générale, on ne peut pas choisir quel type de pratique on fait sinon on n'est pas médecin généraliste* » ce qui fait de la médecine d'urgence une partie intégrante de la pratique du médecin généraliste.

D'une manière plutôt unanime, les médecins généralistes se sont accordés pour dire que l'urgence en cabinet consiste à faire le tri, dépister ce qui est grave, savoir comment orienter le patient selon le degré d'urgence, présumer les urgences par téléphone et savoir quand est-ce que la situation est suffisamment urgente pour déclencher le 15.

A travers les entretiens est venue également la réflexion sur les actes par rapport à leurs coûts, c'est à dire avoir une bonne intelligence dans l'utilisation des examens complémentaires et adapter la prise en charge en fonction de l'heure.

Plusieurs médecins ont évoqué les protocoles de soins qui doivent être suivis sous peine de sanctions, tandis que d'autres ont une vision plus fataliste.

« On n'a pas le choix face à une situation d'urgence ».

Ensuite, il est revenu régulièrement le fait que la fréquence des urgences est faible, surtout dans des domaines bien spécifiques tel que la pédiatrie.

Les contextes d'urgence en cabinet ont été décrits comme des urgences qui ne nécessitent généralement pas d'hospitalisation.

En effet ils ont expliqué gérer les événements de santé en ville, grâce à leurs réseaux de spécialistes et l'accès facile aux examens complémentaires.

Ils ont évoqué la notion qu'ils préféreraient se rassurer en envoyant le patient faire un bilan biologique, en sachant que grâce à leur expérience ils s'estiment posséder la certitude du diagnostic et de la thérapeutique.

D'autres ont souligné le fait qu'ils n'ont pas besoin de formation aux urgences pensant être suffisamment formés.

Enfin, tous se sont accordés pour dire que l'urgence en médecine générale était de *« faire au mieux »*.

Ils ont mis cela en rapport avec le fait que selon eux *« le parapluie est tiré sans arrêt en médecine »*.

8. *Impact émotionnel de la médecine d'urgence sur le médecin généraliste*

D'après les médecins généralistes, la pratique de la médecine d'urgence n'est pas dénuée de conséquences sur la vie du médecin généraliste.

En effet, pour eux, le fait de s'identifier à une situation ou bien de réaliser un transfert sur une situation personnelle peut affecter l'humain derrière le médecin d'où la nécessité pour certains de devoir se protéger.

« Se former une carapace en tant qu'urgentiste » et « de ne pas être trop dans l'affect ».

Il est important de *« prendre recul, [pour que le] métier n'ait pas d'emprise sur la personne, sur des événements qui marquent à vie ».*

D'autres pensent plutôt *« qu'avec l'expérience, il n'y a pas grand-chose qui impacte et qui fait peur ».*

Par ailleurs, l'urgence permet *« de se connaître, y compris ses limites » bien qu'il « ne [faut] pas avoir peur de faire des trucs comme ça ».*

De même, a été souligné le fait de rester humble *« qu'on ne peut pas sauver tout le monde ».*

9. *Formation universitaire*

Il est ressorti des entretiens que la formation universitaire tient une part importante dans l'attrait pour la médecine d'urgence avec notamment les stages durant l'externat et l'internat avec le rythme des gardes au SAU qui forment à l'urgence, mais aussi en SMUR et en service de réanimation d'une manière générale.

D'autres ont fait référence à des formations plus spécifiques pour les MCS via les CESU, les médecins du SAMU avec l'expérience de l'hélicoptère.

Il a été évoqué également les cours de DU et DESC, ou encore la CAMU qui permet l'orientation vers les MSP.

Enfin certains médecins ont rapporté être allés se former ailleurs comme dans les DOM TOM.

v. Facteurs pouvant modifier la pratique de la médecine d'urgence par un médecin généraliste

A travers les entretiens, il a été identifié certains facteurs amenant un médecin généraliste à s'orienter vers davantage de pratique de médecine d'urgence.

1. Formation personnelle

Les médecins généralistes ont également rappelé l'importance de leur formation personnelle dans la pratique de la médecine d'urgence.

En effet pour ceux qui se sont orientés vers davantage de pratique de la médecine d'urgence ils ont expliqué avoir fait le choix de se former davantage à l'urgence durant leur internat, car il sentait avoir des lacunes à ce niveau dans leurs études.

« - Donc tu as été formé disons pas mal dans ton internat avec ton semestre... ?
- Parce que j'avais choisi... »

« Il y a encore des manquements au niveau des études de médecine générale ».

Les médecins ont déclaré également participer à de la simulation pour se former, mais aussi à des congrès, à des gardes aux urgences.

2. Intérêt intellectuel de l'urgence

Les médecins interrogés ont rapporté un réel intérêt vis-à-vis de la médecine d'urgence.

En premier lieu, ils ont reconnu que grâce à l'urgence ils pouvaient faire d'autres activités que ce qu'ils ont l'habitude de faire et qu'ils en éprouvaient alors une certaine stimulation intellectuelle.

« De sortir un peu de cette zone de confort c'est intéressant ».

En second lieu, les médecins généralistes ont constaté que le fait d'acquérir des compétences en médecine d'urgence était la source d'un certain plaisir vis-à-vis des situations d'urgence.

« Aujourd'hui je ressens euh... plus de... héhé... plus de confort et plus de... et... et... voilà ... un peu plus de ... hum... de compétences et un peu moins de stress face à des situations d'urgence ».

Certains médecins ont rapporté ce sentiment à leurs années d'internat où ils ont eu à prendre en charge des patients en tant qu'acteur de la prise en charge.

« A partir du moment où on est actif sur la prise en charge, ça devient gratifiant ».

Par ailleurs, les médecins ont présenté que par la pratique de l'urgence ils ouvrent leur champ d'horizon et ont des raisonnements différents que ceux habituels dans leur cabinet.

Enfin, grâce à leur exercice de l'urgence, les médecins ressentent une stimulation dans leur profession de médecin généraliste.

Ils ont constaté qu'ils leur arrivaient d'oublier les recommandations.

Du fait de leur activité d'urgence en cabinet, ils ont déclaré avoir toujours à cœur de s'améliorer et de progresser.

« Dans l'idée toujours de se corriger ... de ... d'avancer de dialoguer ».

3. Partage avec les pairs pour faire de l'urgence

Un autre élément soulevé par les médecins généralistes était le partage de l'expérience avec les pairs.

En effet pour eux, à l'origine de leur attrait pour la médecine d'urgence, il y a eu la rencontre avec un confrère qui leur a présenté voire même qui leur ont appris l'urgence.

« Apprendre des choses en contact avec les autres médecins ».

Ils ont alors mis en exergue l'importance du dialogue avec les autres confrères afin de renforcer la motivation de leurs confrères à pratiquer l'urgence.

« Je lui parlerai de mes urgences que j'ai eues jusqu'à présent pour donner de mes expériences ».

4. Médecine d'urgence en médecine générale : relation avec les autres intervenants, un travail d'équipe

Les médecins généralistes ont décrit les échanges avec les autres professionnels de santé dans les situations d'urgence, renforçant leur bonne participation à la médecine d'urgence.

Ils ont le sentiment de ne pas avoir été seul dans la prise en charge et qu'ils se sont toujours fait aider par le médecin du SAMU.

« Il faut appeler la régulation ».

« J'ai aussi assisté à des fois où j'ai dit ' je ne suis pas très sûre ' et ils m'ont dit ' mais non tu as bien fait ' ».

Les médecins ont également expliqué que sur place ils interagissent avec succès avec les pompiers.

En somme, les médecins ont retenu que malgré les apparences, ils ne sont pas seuls dans leur prise en charge de cas d'urgence.

5. Compétences en médecine d'urgence

Lors des entretiens il a été dégagé des compétences nécessaires à la pratique de l'urgence par les médecins généralistes.

Tout d'abord, les médecins ont exposé que la médecine d'urgence nécessite d'avoir des réflexes.

« Ce sont des situations qui ne sont pas forcément toujours évidentes. C'est du... c'est du réflexe ».

Ces réflexes s'acquièrent avec la répétition en formation.

Dans le même ordre d'idées, les médecins ont affirmé que la pratique et les formations régulières permettent de s'améliorer en continu.

« L'entretien des compétences en faisant des gardes régulièrement pour euh... avoir l'habitude. De façon à être bon dans mon emploi euh...de médecin militaire ».

Par ailleurs, les médecins ont expliqué que faire de la médecine d'urgence c'est savoir poser un diagnostic d'urgence et anticiper les conséquences de l'action.

Ils ont parlé de l'utilisation de protocoles tout en gardant une certaine distance avec le protocole en sachant s'adapter.

Certains médecins ont employé même leur ressenti pour prendre en charge une situation d'urgence.

« Le get feeling... le truc d'en gros j'ai eu le nez quoi... ».

En outre, les médecins ont constaté que la prise en charge de l'urgence passe aussi par l'empathie.

« Elle a besoin d'être rassurée ».

Enfin une dernière compétence soulevée par les médecins est d'identifier leurs compétences justement.

Ils ont le sentiment de ne pas tout savoir en médecine qu'il leur faut savoir passer la main au bon moment afin d'éviter de faire une erreur.

6. Se rassurer face à l'urgence

Les médecins ont parlé à de nombreuses reprises de leur stress lors des situations d'urgence.

Ils ont également présenté les moyens qu'ils ont pour faire face à leur anxiété.

En tout premier lieu ils prennent en compte leur environnement et le contexte de la prise en charge.

« Savoir où est ce que ça se passe, au bon endroit... euh... euh... qui c'est qui va m'accueillir ».

Ensuite, ils se concentrent sur leur prise en charge et ils anticipent les événements qui pourraient arriver.

« Je me concentre. Et... j'anticipe ».

Certains médecins ont même déclaré avoir le sentiment qu'ils ont le temps face à une urgence.

De manière très pragmatique les médecins se rassurent en disant quoiqu'ils fassent ils ont toujours une plus-value à apporter dans la prise en charge savoir se situer lors de la prise en charge.

« Tu feras toujours mieux que personne ».

Enfin les médecins ont expliqué avoir à cœur de se former à la médecine d'urgence et à la pratiquer régulièrement.

Ils éprouvent alors une meilleure sérénité vis-à-vis de certaines situations.

« Ça donne de la sérénité parce qu'on ne sait jamais sur quoi on peut tomber ».

7. Pratique et lieux d'exercice de la médecine générale

Les médecins généralistes ont montré que le lieu d'exercice de la médecine générale avait un impact sur leur pratique de la médecine d'urgence.

Ceux-ci ont constaté que le fait d'avoir un service d'urgence à proximité était un facteur orientant les médecins vers moins de pratique de la médecine d'urgence.

« J'ai la chance de pas être très loin de l'hôpital. Donc de pouvoir euh... dropper aux urgences assez facilement ».

Il s'agit alors d'un élément très important dans la décision d'installation d'un médecin

A l'inverse, le médecin dans une situation plus isolée verra plus de cas d'urgence parmi sa patientèle.

Parmi les raisons, les médecins ont noté que les patients vivant dans des secteurs géographiques reculés préféraient aller voir leur médecin à proximité que se rendre dans un service d'urgences hospitalier plus éloigné.

Un médecin a noté de son côté que travaillant pour une patientèle plutôt jeune il bénéficiait de moins de prise en charge de patients en urgence.

8. Moyens matériels dédiés à la médecine d'urgence

Les médecins interviewés ont établi une liste des moyens qu'ils avaient afin de répondre à une pathologie en urgence.

Des médecins en position isolée ont déclaré posséder un appareil de radiologie et d'échographie.

Ils se servent également d'un électrocardiogramme.

Pour ceux n'en ayant pas, ils connaissent un réseau de spécialistes à proximité avec lesquels ils travaillent leur permettant d'accélérer les prises en charge par un accès rapide aux examens.

Des médecins ont rapporté avoir du matériel et des drogues pour pratiquer l'urgence.

Ceux qui en avaient ont néanmoins expliqué que c'était grâce à l'hôpital en tant que MCS ou grâce au SDIS en tant que médecin pompier qu'ils pouvaient se permettre d'en posséder, compte tenu de la péremption des molécules et des coûts des médicaments.

e. La conception des urgences hospitalières par les médecins généralistes

En plus de ce qui a été suscité dans les orientations des médecins généralistes vers la médecine d'urgence, les médecins ont eu à cœur de parler de leur ressenti sur la médecine d'urgence à l'hôpital.

Tout d'abord pour ce qui est de la pratique de l'urgence à l'hôpital, certains médecins ont rapporté ce qu'ils ont appelé « *des petites urgences* », gérées en médecine de ville qui s'opposent aux « *grosses urgences* », gérées en hôpital et qu'il est exceptionnel de voir en cabinet de médecine générale.

« On peut être confronté à des urgences, ça sort un peu de la médecine générale ».

Pour ce qui est du fonctionnement des urgences de l'hôpital, les médecins ont constaté que le diagnostic et la thérapeutique sont relayés aux médecins spécialistes de l'hôpital.

A contrario eux sont seuls et font au mieux.

« Dans la médecine d'urgence de premier recours en milieu libéral bah... on fait ce qui est le mieux pour le patient, c'est qu'un plus ».

Par ailleurs, ils ont observé qu'il existe une obligation de moyens dans les urgences hospitalières.

De leur côté, ils ont avancé le postulat que s'ils n'ont pas de moyens on ne peut pas leur faire de reproches.

« On n'a pas les moyens, on ne peut rien nous reprocher... mais si on a l'ECG et qu'en fait on a fait l'ECG et qu'on a loupé un micro-truc... ».

C'est la raison pour laquelle certains médecins ont déclaré ne pas posséder d'ECG par exemple.

Les médecins ont également exposé leur ressenti vis-à-vis de l'organisation des urgences hospitalières.

Tout d'abord, ils ont porté le constat que les urgences véritables à l'hôpital sont peu importantes par rapport aux admissions à l'hôpital.

« L'urgence véritable [...] représente très peu de choses par rapport à tout ce qu'il se passe au niveau des admissions ».

Pour les médecins généralistes, les médecins urgentistes se retrouvent dans la position d'avoir à gérer des cas de médecine générale et qu'avec la création du nouveau DES de MU ils seront moins capables de s'en occuper.

« C'est super ils sont très bien formés mais ... ils sont de moins en moins formés à la médecine générale et ce qu'il se passe en médecine générale ».

La solution pour les médecins généralistes serait dans une meilleure communication entre les deux corps de métier.

« sans les urgentistes je serais bien démunie, mais je pense qu'eux sans nous ils... [...] en médecine générale ils font de la daube, ils font n'importe quoi ».

Les médecins généralistes ont enfin émis certains griefs vis-à-vis des services d'urgence de l'hôpital et du SAMU.

Ils ont remarqué que malgré la surcharge de travail des équipes du SAMU et des services d'urgences à l'hôpital, il existe une mainmise de ces derniers et on ne fait pas assez appel à eux.

« main mise hospitalière sur les tableaux cliniques régulés par téléphone ».

Ils ont rapporté que ceci était une réalité y compris dans les départements ruraux sous dotés en moyen SAMU et que différentes solutions pouvaient être apportées comme communiquer avec les médecins généralistes ou bien s'appuyer sur les éléments paramédicaux.

« On a vraiment un travail en passerelle à faire entre euh... entre euh cette ... euh... bah la régulation, euh... les équipes SAMU qui ne sont pas ... en nombre conséquent dans le ... département ».

« Le SAMU a un temps de retard, ils ne veulent pas passer vers les paramédicaux ».

Un autre écueil rapporté par les médecins généralistes au sujet des services d'urgence était que ces derniers voient des patients qu'ils ne connaissent pas et qu'ils ne suivent pas par la suite.

Pour eux, ceci est la source de prises en charge inadaptées.

« Des gens qui ne les connaissent pas, qui risquent de leur filer des médicaments euh... pas franchement appropriés ».

Les médecins ont enfin constaté qu'il existe aussi des situations difficiles également en médecine ambulatoire pouvant avoir un impact sur l'état thymique du médecin.

« En cabinet de ville on peut aussi rentrer dans l'affect... quand il y a des diagnostics gravissimes... [...] les urgentistes ils font leurs trucs et puis après les patients il les voit plus, ils ne rentrent pas dans la problématique familiale et tout ça ce qui est un peu fort... ».

f. Les représentations de l'urgence par le patient : regard porté par les médecins généralistes

Durant les entretiens, il a été recueilli des réflexions concernant les patients et leur vision de l'urgence par les médecins généralistes.

Les médecins ont constaté un nombre important de consultations des patients dans les services d'urgence à l'hôpital.

Les problèmes financiers des patients pouvaient en être une des causes.

« Les gens préfèrent attendre longtemps car ils n'ont pas les moyens ».

Une autre cause avancée, est celle de l'urgence ressentie par le patient.

D'une part les médecins reconnaissent que les patients décident la plupart du temps de leur propre chef de consulter aux urgences.

« Les gens qui décident d'aller aux urgences le décident seul ».

D'autre part, pour les médecins, l'urgence ressentie reste malgré tout une urgence et qu'on ne peut pas leur en vouloir.

« On ne peut pas reprocher aux gens d'avoir peur au sujet de l'urgence ressentie ».

Selon les médecins, il y a une éducation à faire des patients à ce sujet.

« Il y a quand même une éducation à la santé à faire ».

Les médecins évoquent aussi dans le même temps une méconnaissance des patients des systèmes de garde organisés en ambulatoire.

« Les gens ne sont pas au courant du service de garde ».

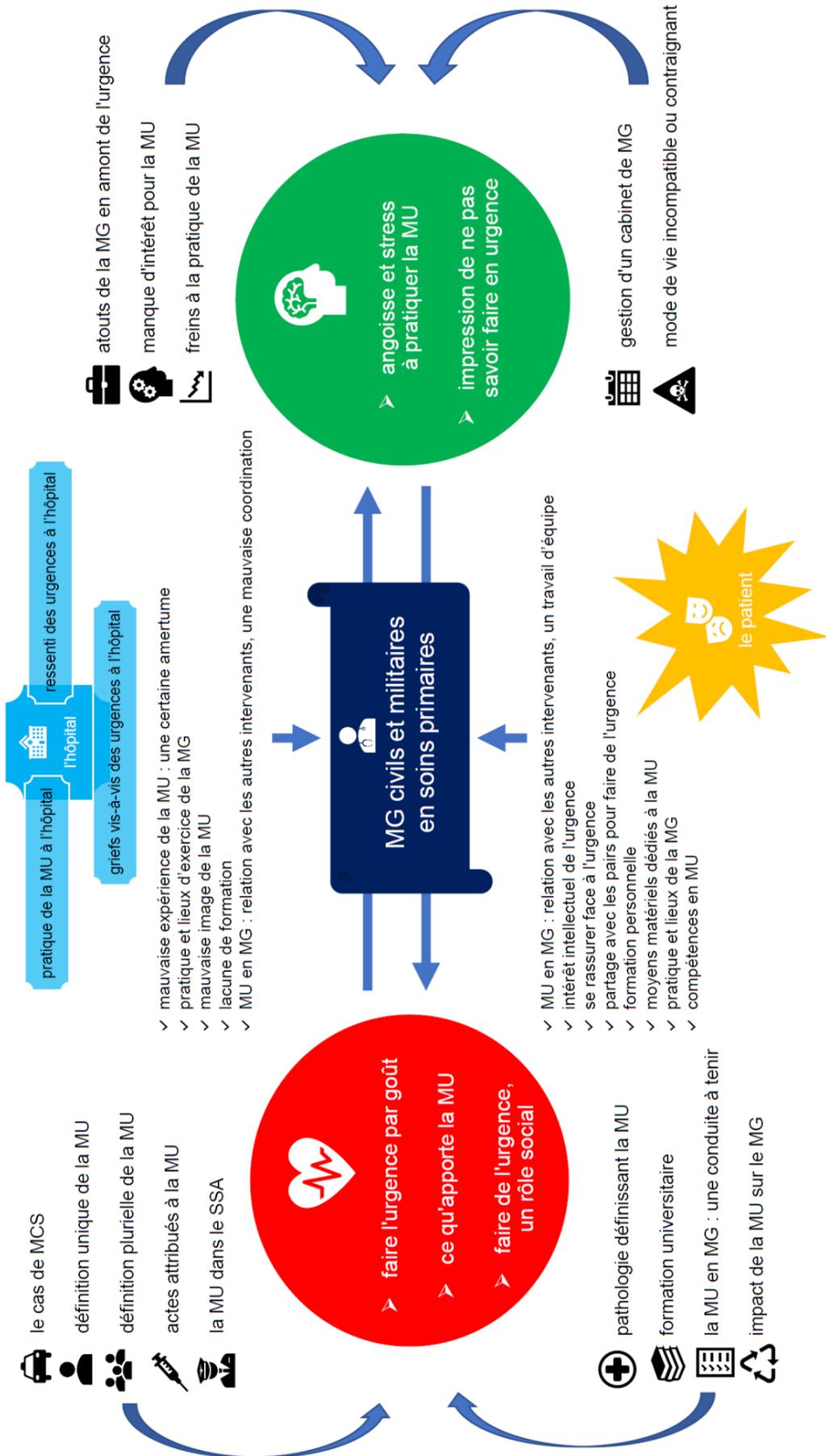
D'un autre côté les médecins ont rapporté que leurs patients venaient quand même se présenter à leur consultation pour des motifs urgents.

Les raisons apportées par les médecins étaient la proximité et la confiance en son médecin traitant.

« Les patients isolés vont plus souvent voir leur médecin généraliste local pour s'éviter des kilomètres avant de trouver les urgences ».

« [Ils] préféreront aller chez leur médecin traitant parce qu'ils ont confiance ».

IV. MODELISATION DES RESULTATS



VI. DISCUSSION

a. Les principaux résultats

Le premier résultat de cette étude concerne la motivation des médecins généralistes à la pratique de la médecine d'urgence et les facteurs influençant cette pratique.

Le second réside dans les échanges entre pairs.

Cette étude met en exergue aussi les défauts de communication entre les praticiens et les manques ressentis dans la formation.

b. Comparaison avec les résultats de la littérature

i. Une meilleure harmonisation des filières de soins

Une thèse marseillaise de 2016 (16), avait pour objectif d'évaluer la possibilité d'une prise en charge extrahospitalière des patients adressés au service d'accueil des urgences par leur médecin traitant.

Il en sort que parmi les 144 patients inclus, 22 patients (15,28%) auraient pu bénéficier d'une prise en charge extrahospitalière.

Ceci corrobore donc le ressenti des médecins généralistes, se déclarant aptes à recueillir l'urgence dans leur cabinet.

ii. L'organisation des soins primaires en amont d'un service d'urgence ou en aval

Concernant l'organisation des soins primaires, une thèse arlésienne de 2019 (17) avait pour objectif d'évaluer l'impact de la mise en place d'une filière de consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences sur la durée de séjour des patients orientés dans ce circuit court.

Il a pu être démontré une diminution significative de la durée de séjour des patients relevant de ce circuit court.

D'une manière similaire, une thèse marseillaise de 2010 (18), a étudié la consultation de médecine générale libérale du service d'accueil des urgences de l'hôpital d'Instruction des Armées Laveran.

Cet essai fut concluant puisque les contractants ont élargi leurs horaires à ceux de la Permanence des Soins.

De la même façon, au sujet des consultations de post-urgence, une thèse marseillaise de 2015 (19) a eu pour objectif d'évaluer l'intérêt d'une consultation post-urgences d'orthopédie dans un service d'urgences pour les patients et pour la formation des internes en Médecine Générale.

L'auteur a pu démontrer l'intérêt majeur pour la qualité des soins des patients et pour la formation des internes en médecine générale dans leur pratique de soins primaires.

iii. La gestion de la demande d'urgence en soins primaires

Une thèse normande de 2012 (20) s'est penchée sur le fonctionnement du triage par les secrétaires médicales recevant les appels des patients.

Cette étude qualitative interrogeait plus particulièrement les facteurs influençant ce triage et les conséquences ressenties par les secrétaires.

Les secrétaires hiérarchisaient les demandes d'urgence non programmées (DUNP) en fonction de l'urgence des motifs recueillis.

Lorsque l'agenda du médecin était complet, certaines continuaient à effectuer le triage, seules, et ne faisaient appel au médecin que pour disposer de créneaux supplémentaires.

D'autres au contraire transmettaient directement toutes les DUNP au médecin.

Les obstacles au triage identifiés par les secrétaires étaient les limites de leurs connaissances, les difficultés de recueil des informations, les réticences des patients à accepter le triage et la non-disponibilité du médecin.

Le triage générait chez les secrétaires un stress lié à la fois à leur responsabilité ressentie vis à vis des patients et à l'agressivité de ces derniers.

Cette étude a permis de mieux connaître les conditions du triage des DUNP et suggère une amélioration des conditions matérielles et d'encadrement médical.

Ces résultats sont intéressants car ils explorent un sujet qui a été peu abordé dans cette thèse puisque les médecins en ont peu parlé.

Dans le domaine militaire, une thèse corse de 2016 (21) a évalué le devenir des patients admis en salle d'urgence du Centre Médical des Armées de Calvi.

Les résultats ont montré que dans ce cas le parcours de soins est dépendant de la géographie et de l'isolement du régiment avec un transfert préférentiel sur les structures hospitalières les plus proches.

La gestion des urgences graves en ville a aussi été abordée dans une thèse de 2016 dans les Alpes Maritimes (22), celle-ci pointe du doigt le malaise dans la gestion des gestes de techniques de traumatologie et dans la prise en charge des patients traumatisés graves.

Une des solutions proposées est la formation PHTLS.

Un autre exemple est apporté par une thèse normande de 2012 (23) où l'objectif était d'analyser à l'aide d'entretiens semi-dirigés la gestion des urgences par les médecins généralistes et de déterminer les facteurs qui l'influençaient.

Les sujets n'avaient pas tous la même approche.

Souvent, ils jugeaient une situation comme urgente lorsqu'ils n'étaient plus en mesure de la gérer seuls au cabinet.

Leurs décisions reposaient sur un faisceau d'arguments et une réflexion complexe.

L'amélioration de la gestion des urgences selon eux passe entre autres par une aide logistique sur le matériel et la formation.

iv. La communication avec les services d'accueil des urgences et le monde hospitalier

Une thèse de 2014 (24) s'est intéressée à la perception des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône concernant la communication avec les services d'urgence.

Il en sort que les médecins généralistes souhaiteraient voir se développer le dossier patient informatisé.

Par ailleurs, une meilleure connaissance des contraintes inhérentes à chacun des protagonistes serait également nécessaire pour améliorer cette communication.

Toujours dans la communication, une thèse de 2019 soutenue à Rouen (25), a permis de donner la parole aux médecins régulateurs de la permanence de soins afin de recueillir le ressenti actuel des professionnels de santé dans un contexte médiatique difficile et à l'aube d'une réorganisation de la PDS par l'ARS.

Ce travail fait également ressortir la nécessité d'une collaboration étroite entre le monde hospitalier et libéral.

v. Le caractère stressant de l'urgence

De nombreux médecins interrogés ont évoqué leur stress dans les situations d'urgence ainsi que leur mauvais vécu des urgences.

Une thèse niçoise de 2019 (26) s'est intéressée au ressenti des internes en gardes aux urgences.

Le but étant d'analyser par entretiens semis dirigés les témoignages sur des situations anxiogènes vécues aux urgences pour participer à la compréhension de l'origine de ce stress.

Cette thèse met en évidence un sentiment d'impuissance des internes face à la disproportion entre les responsabilités auxquelles ils ont à faire face et leur manque de savoir-faire en situation.

D'après les auteurs, ce ressenti est lié à une transition brutale du statut d'externe à celui d'interne provoquant un changement identitaire tout aussi brutal passant du statut d'étudiant à celui de médecin.

Une autre source majeure de stress retrouvée est la confrontation permanente à la mort, que ce soit de manière directe ou de manière indirecte par l'annonce du décès aux proches, les internes n'étant nullement préparés à cela.

A l'issue de cette étude, il a été proposé de mieux préparer la transition entre l'externat et l'internat et de mieux communiquer sur la réflexion éthique autour de la mort.

Il est permis de rapprocher ces résultats des vécus des médecins généralistes interrogés à propos de leur étude, à la source d'une moins grande participation à la médecine d'urgence.

vi. La méconnaissance des patients dans les capacités des médecins généralistes et l'organisation de la prise en charge en ambulatoire

Les médecins généralistes ont expliqué leur faible participation à la médecine d'urgence par le manque de connaissances par les patients des systèmes de garde organisés par les médecins généralistes en ambulatoire.

Une étude qualitative menée en Ile-et-Vilaine et dans le Morbihan auprès de 12 médecins généralistes, corrobore cette observation. (27)

Une étude quantitative observationnelle réalisée par un questionnaire auprès de 139 médecins en 2014 au sujet de la “petite traumatologie” arrive à cette même conclusion. (28)

Les médecins sont relativement bien équipés (94% possèdent de quoi réaliser des pansements, 49% des kits de suture et 5% du matériel pour plâtres).

La majorité des médecins prennent en charge moins de 5 actes par mois (sutures, brûlures ou entorses).

Les raisons apportées à ces chiffres sont une faible demande de la part des patients et la proximité d'un service hospitalier d'urgence.

Les médecins rappellent également qu'ils souhaiteraient prendre en charge les entorses et les sutures plus volontiers si l'acte était valorisé.

Une autre étude, des mêmes auteurs, prospective observationnelle réalisée auprès de patients consultant au SAU d'un centre hospitalo-universitaire pour motif de “petites traumatologies” a prouvé que dans 82% dans des cas les patients n'ont pas eu de contact médical ou paramédical préalable. (28)

Les motivations des patients venant consulter aux urgences sont la croyance en une meilleure prise en charge à l'hôpital (18%), le fait que l'accident se soit produit sur le lieu de travail (18%).

Les conclusions de ces études vont donc dans le même sens que les résultats ici présents montrant un manque de connaissance des patients au sujet des capacités diagnostiques et thérapeutiques de leur médecin traitant.

Une autre étude sur les usagers de l'hôpital Nord de Marseille (29) a permis de montrer une différence selon les heures pendant lesquels l'événement de santé survenait et selon le degré de ressenti de l'urgence.

Cette enquête transversale descriptive avait été recueillie à l'aide de questionnaires.

D'après les résultats, les patients consultent d'eux-mêmes les urgences sans avoir recours à un médecin auparavant, dans l'heure qui suit le début du problème, la plupart du temps pour un traumatisme ou une douleur.

La principale raison apportée à ce phénomène est l'accès sans rendez-vous à un plateau technique.

Cette étude a également permis de montrer que les patients ont une démarche liée aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux et au ressenti de l'urgence.

Elle met une nouvelle fois en valeur que les patients manquent d'informations sur les possibilités de prise en charge en ambulatoire.

vii. La formation des médecins généralistes à l'urgence

Les médecins ont à plusieurs reprises parlé de leur formation à l'urgence.

Une étude qualitative a été menée entre 2016 et 2017 auprès de médecins de l'Hérault pour évaluer les déterminants d'une participation pratique à une formation des médecins généralistes à des gestes d'urgence (Massage cardiaque externe, pose de voies veineuses périphériques et ventilation au masque). (30)

Les médecins généralistes plaçaient leur formation initiale comme un déterminant à leur participation aux gestes d'urgence.

Pour ce qui est du besoin ressenti de se former, il a été noté l'expérience professionnelle, la disponibilité de matériel dédié et le vécu du praticien.

Une autre étude réalisée en Nouvelle Zélande, publiée en 2005 a évalué la simulation comme moyen de formation auprès des médecins généralistes. (31)

Durant une journée, les médecins ont été confrontés à des scénarios qui pourraient leur arriver dans la pratique.

Ils étaient assistés d'une infirmière et d'un comédien jouant le rôle de proche de la victime.

Ils étaient filmés et discutaient ensuite entre eux de la prise en charge de chaque cas.

Ils ont retenu comme bénéfique cette journée sur le plan de l'apprentissage de la prise de décision, du travail de groupe et de la communication.

Ils ressentaient plus de fruits à l'aide de ce type de journée qu'une journée de formation classique grâce à ses aspects pratiques.

La simulation, l'apprentissage entre pairs pourraient donc être une réponse au manque de formation ressenti par certains médecins, frileux dans les prises en charge d'urgence, comme l'ont très justement relevé les médecins dans cette thèse.

Au sujet de la formation, une autre étude spécifiquement menée auprès des médecins militaires, a permis de montrer l'importance de la formation initiale mais aussi d'une formation cursive au cours de la carrière. (32)

Il s'agissait d'une étude au sein d'une cohorte de blessés français en Afghanistan de 2010 à 2012.

Dans cette cohorte, 32,6% des patients pris en charge l'avaient été dans le cadre de soins d'urgence, prouvant bien l'importance de l'aptitude à bien prendre en charge l'urgence par les médecins militaires.

Cette étude avait également mené l'enquête par questionnaires auprès des 119 médecins ayant pris en charge ces patients.

Les médecins rapportaient une bonne diffusion des formations initiales militaires et moindre des formations civiles en médecine d'urgence et une forte demande en formation continue.

Dans cette thèse, les médecins notent l'aspect important du contact avec les structures ambulatoires de proximité.

C'est également le constat posé par les médecins généralistes anglo-saxons nouvellement diplômés qui ont noté l'importance de continuer à garder des contacts avec les personnels de SAU et à pratiquer des stages dans leur structures. (33)

viii. La participation au renfort en aide médicale d'urgence

Certains médecins ont parlé dans les entretiens de leur pratique de la médecine d'urgence par le biais de médecin correspondant du SAMU.

Ils évoquaient être satisfaits de ce type de pratique.

Une étude quantitative descriptive a été réalisée auprès de médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. (22)

166 des 326 médecins interrogés ont répondu, parmi ceux-ci, 114 se sont déclarés défavorables à cet exercice, qui désorganiserait leur emploi du temps et produirait des contraintes supplémentaires.

ix. Le passage par le médecin généraliste, une perte de chance

Enfin, une étude, allant à l'encontre de la prise en charge de l'urgence par les médecins généralistes a mis en évidence la perte de chance lors d'une prise en charge de cas d'urgence par ces derniers. (35)

Il s'agissait d'une étude réalisée au sein de la cohorte E-MUST regroupant tous les SCA-ST + du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2015.

Pour 2 851 patients de cette cohorte (13% du total) le lanceur d'alerte était un médecin généraliste.

Le taux de recours au médecin généraliste est passé de 20% en 2003 à 8% en 2015.

Le délai médian entre la douleur et l'appel et celui entre la douleur et la ponction étaient plus longs pour les patients passés par le médecin généraliste.

Le passage par le médecin généraliste selon cette étude a donc été montré comme une perte de chance pour les patients passant par le médecin généraliste, se manifestant par une diminution de la décision de répercussion chez ces derniers.

Cette notion n'a jamais été évoquée lors des entretiens avec les médecins généralistes.

c. Validité de l'étude

i. Forces

1. *Qualité de l'étude*

La recherche qualitative contrairement aux études qualitatives n'a pas pour but d'être reproductible.

Elle répond à des critères de validation qui lui sont propres.

Les éléments de la grille COREQ ont été utilisés afin de respecter les critères de validité d'une étude qualitative.

Concernant l'acceptation interne : Une étude avant d'être menée doit pouvoir en premier lieu être acceptée par les personnes, sujets de la recherche.

Le thème ainsi que le but de ce travail a été présenté une première fois par courrier électronique avant l'accord pour une participation mais a aussi été rappelé au préalable à l'oral par les investigateurs avant chaque début d'entretien.

De plus, il a été demandé un consentement oral et écrit pour participer lors des entretiens.

Pour ce qui est de la validité : La méthodologie qualitative n'opère pas sur des données numériques.

La validité d'une méthodologie qualitative couvre alors deux aspects : la crédibilité et la validation.

La crédibilité dans cette étude a été vérifiée par la saturation des données de l'étude obtenue lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de données par rapport aux autres entretiens et la recherche de sujets pouvant avoir un point de vue différent des autres.

La validation a été obtenue par un codage réalisé par les deux investigateurs séparément puis par une mise en commun des codes afin d'affiner la précision des codes et de limiter le phénomène d'interprétation propre au chercheur.

Il y a eu également une triangulation des données avec la directrice de thèse lors de l'établissement du modèle de l'étude.

A propos de la fidélité : la méthode de l'étude a été mise au point par les chercheurs et expliquée en début de ce travail ce qui permet d'être ré-utilisée par d'autres investigateurs.

Au sujet de la fiabilité : les critères de méthodologie établis au préalable ont été scrupuleusement suivis lors de l'étude.

2. Originalité du sujet

A notre connaissance il s'agissait de la première étude interrogeant le ressenti et les attentes des médecins généralistes en matière de médecine d'urgence.

Cette thèse a la particularité de présenter ce ressenti parmi deux populations distinctes, les médecins généralistes civils et les médecins généralistes militaires.

3. Le statut des chercheurs

Les chercheurs étaient débutants en matière de recherche qualitative.

Ils ont travaillé cette thèse en binôme.

Les deux chercheurs ont pu confronter leur point de vue et leur ressenti propre du sujet, étant pour l'un militaire et l'autre civil.

Cela a été une force autant pour le recrutement des médecins interviewés que dans l'élaboration du canevas d'entretien ou encore lors de la discussion.

4. Intérêt suscité par le sujet

Les médecins interrogés ont tous été intéressés par le sujet de la thèse.

C'est la raison pour laquelle, il n'a pas été nécessaire d'effectuer de relances pour obtenir des rendez-vous.

C'est aussi pour cela que malgré le manque d'expérience des chercheurs, les médecins ont fourni des codes suffisants pour réaliser cette thèse.

5. Méthode utilisée

Le choix d'une étude qualitative était complètement approprié à la question de recherche.

Le choix des entretiens semi-dirigés a été optimal pour recueillir des avis sur le ressenti et les représentations.

Quelques codes ont été inattendus comme la manière de définir et concevoir la médecine d'urgence.

Le fait d'avoir eu un panel de médecins différents a aussi participé à la richesse des résultats qui ont été recueillis sur 15 médecins.

L'anonymisation des verbatims des médecins interrogés a permis de leur laisser plus de liberté dans leur discours, permettant alors d'obtenir des réponses plus complètes sans crainte de jugement s'ils avaient pu être reconnus.

En plus d'une trace écrite sous forme de note afin de relever les points forts de l'entretien, l'enregistrement audio a été un élément infallible quant à la retranscription.

ii. Faiblesse

1. L'expérience des chercheurs

Les deux chercheurs ont réalisé ici leur tout premier travail d'étude qualitative.

Cela explique en partie les défauts de l'étude.

Les entretiens ont également manqué d'approfondissement puisque les investigateurs ont eu des difficultés à s'approprier les techniques de relance des entretiens.

Enfin, l'expérience personnelle a largement participé à la conception de la médecine d'urgence mais aussi et surtout à conditionner le ressenti du médecin généraliste.

2. L'échantillon étudié

Une part des interviewés était connu des chercheurs.

D'une part on peut émettre le reproche que les médecins généralistes ont été « choisis », ce qui va à l'encontre de l'acceptation interne de l'étude.

D'autre part il est permis de penser que le passé commun entre les deux protagonistes peut influencer les réponses apportées.

On peut considérer que ce dernier point entame la validité de l'étude.

3. La saturation

Il n'a pas été établi de nombre de sujets nécessaires au préalable de cette étude qualitative, compte tenu de critères de saturation.

Le critère de saturation a été arbitrairement choisi par les investigateurs quand il leur semblait qu'il n'y avait plus de nouveaux codes créés.

Néanmoins, il est permis de penser que l'interrogatoire d'autres médecins auraient pu permettre de créer d'autres codes inexplorés jusqu'alors.

4. La vérification

Pour des soucis pratiques, les entretiens une fois retranscrits, n'ont pas été corrigés ni même restitués aux médecins interrogés.

Cela aurait pu apporter une plus-value en précisant certains termes, en rectifiant des dires ou encore en rajoutant des propos a posteriori après réflexion.

d. Perspectives

i. S'interroger sur la manière de pratiquer

L'étude ici présente permet de s'interroger sur les pratiques non pas à partir d'une évaluation des compétences mais à partir du ressenti des médecins.

Ce travail n'a pas permis de produire un nouveau protocole à suivre mais plutôt d'essayer d'apporter des solutions afin d'améliorer le vécu de ces situations qui sont ressenties comme anxiogènes pour certains praticiens.

ii. Se pencher sur le patient

L'étude a montré qu'en matière d'urgence, les patients influent sur la pratique des médecins généralistes.

Il serait intéressant d'interroger le point de vue du patient afin de relever les attentes en matière d'urgence et les discordances qui pourraient exister avec le corps médical dans le but in fine d'améliorer les pratiques.

iii. **L'organisation de la médecine d'urgence en médecine ambulatoire**

1. La permanence des soins en médecine ambulatoire par le biais des maisons médicales de garde

La PDSA pourrait être une des solutions à la gestion du flux entre la ville et l'hôpital.

Les maisons médicales de garde qui sont des centres pluridisciplinaires territoriaux de santé (CPTS) ont pour but de répondre à une demande d'accès aux soins, assurer la permanence des soins (PDS) et permettre la continuité des soins. (36)

- Un centre pluridisciplinaire : regroupant généralement plusieurs médecins généralistes (MG), parfois d'autres spécialistes et bien souvent des paramédicaux tels que des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des masseurs kinésithérapeutes diplômés d'Etat (MKDE).
- Un centre territorial : se veut être à proximité d'une population en demande de soins facilitant ainsi l'accès aux soins dans des zones où la démographie médicale fait défaut.
- L'accès aux soins : le CPTS se doit d'accueillir tout patient relevant des soins primaires, de même que les conditions d'accessibilité culturelle et financière ne doivent pas être un frein à la consultation.
- La permanence des soins : le CPTS est ouvert au moins dix heures par jour du lundi au vendredi et en dehors de ces horaires est assurée une garde médicale, que ce soit la nuit, les week-ends et jours fériés.

- La continuité des soins : comme dans tout cabinet de médecine générale, la tenue de dossier un point clé permettant une coordination des soins optimale.

La PDS fonctionne actuellement sur le mode du volontariat qui se rarifie au fil des années et se fait selon une sectorisation définie par l'agence régionale de santé (ARS). (37)

Ce système libéral se veut être l'équivalent des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Il s'inscrit dans le trépied du fonctionnement de la permanence des soins composée donc de la régulation (Centre 15), de l'aide médicale d'urgence (AMU) via les services d'accueil des urgences (SAU) et des communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS).

Ce modèle associatif se dit porteur de projets avec pour missions optionnelles la formation des médecins ou encore l'accueil des jeunes favorisant la création de liens et in fine améliorer la qualité de vie au travail.

Le fonctionnement est régi par la circulaire du 23 mars 2017 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. (38)

Concernant les horaires : le CPTS est ouvert pendant les horaires de la PDS fixés par le préfet suivant les besoins locaux. (39)

On retiendra donc la plage horaire de 20h à 08h voire de 20h à 24h en semaine, le dimanche et les jours fériés, ainsi que sur le samedi après-midi.

Toutefois, il peut y avoir des variations selon le territoire concerné et selon la saison de l'année.

Concernant l'accès : le système voudrait que l'accès soit préférentiellement régulé par le centre 15 (40) mais il peut aussi être direct.

Financièrement parlant, le tiers payant doit être applicable lors que la régulation est possible, pour les cas relevant des soins non programmés ou encore pour les patients en situation de grande précarité. (41)

Concernant les protagonistes : un nombre minimum de médecins est nécessaire au bon fonctionnement du tableau de garde sans que la législation ait fixé de seuil.

Les médecins remplaçants ne sont pas exclus de ce fonctionnement. Les étudiants en médecine sont admis.

Les textes en vigueur

- loi : hôpital patient santé et territoires de 2009 (HPST) (42)
- projet de loi : ma santé 2022 (43)
- cf. références bibliographiques sus et sous citées

L'intérêt pour les patients étant l'accessibilité aux soins et la continuité des soins. L'intérêt pour l'offre locale de soins est d'assurer une PDS.

Les modalités de financement sont également régies par la circulaire du 23 mars 2017 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. (38)

Le financement s'inscrit dans la convention entre la mission régionale de santé (MRS) et le CPTS via les crédits du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ce sur une période de 5 ans. (44) L'enveloppe est de 20 000 à 25 000 € maximum pour la 1ère année aidant à l'acquisition de matériel médical, informatique et téléphonique ainsi que le mobilier. Puis l'enveloppe est de 8 000 à 15 000 € par an couvrant les consommable et petit matériel. S'ajoutent à cela les charges de personnel, les prestations de ménage et les frais de gestion.

Il peut y avoir des partenariats avec les collectivités locales.

2. Particularité de la médecine du service de santé des armées

Le Service de santé des armées a été créé par Édikt royal du Roi Louis XIV du 17 janvier 1708. (30)

L'objectif du Roi était d'apporter le soutien médical des militaires dans leur régiment, où qu'ils soient. `

C'est ainsi que les médecins militaires ont toujours eu l'expérience de prodiguer des soins d'urgence à leurs patients, (31) comme l'ont souligné les médecins généralistes de cette étude, et ce dans des positions reculées avec des moyens dégradés.

Cet aspect-là explique le discours tenu par les médecins généralistes dans cette étude et la part que revêt pour eux la médecine d'urgence, qui ne peut être généralisée aux autres praticiens.

Dans le même temps, il est permis de penser que le monde civil pourrait profiter de l'expertise des médecins militaires en matière d'urgence, et plus particulièrement dans le contexte actuel de patients victimes de traumatismes par attentat. (31)

3. La médecine d'urgence hospitalière

Comme l'évoque le rapport de la cour des comptes de 2019 (7), des solutions ont été trouvées, afin de limiter l'attente dans les services d'urgence comme par exemple le fait de disposer d'un triage à l'entrée, d'orienter les cas légers vers un circuit court, d'être aidé par des gestionnaires de lits pour fluidifier l'aval ou encore la mise en place de consultations faites par des médecins de ville.

Malheureusement, toutes ces mesures s'avèrent insuffisantes comme le prouve la mise en tension des services d'urgences.

De plus, les services sont en sous-effectif médical.

Parmi les difficultés à tisser des liens entre la ville et l'hôpital, en premier lieu l'aspect financier est un réel problème de tarification mettant en porte à faux l'assurance maladie, problème qui pourrait être résolu entre autres en ré orientant les patients vers la ville via les maisons de santé pluridisciplinaire partenaires.

Autre point noir du tableau, l'offre de soins non programmés qui reste insuffisante en ville malgré les maisons médicales de garde pour assurer la PDSA ou les maisons de santé pluridisciplinaires qui se multiplient ou encore les associations telles que SOS médecins.

Afin de pallier ces difficultés, plusieurs solutions ont été proposées et sont en cours d'expérimentations dans certaines régions qui essaient de rediriger les patients en passant par des centres consacrés aux soins non programmés. Il paraît essentiel de revoir de nouveaux modes d'organisation tels que les projets de GHT et de la CPTS.

De plus, il serait intéressant de déployer les MCS et les antennes SMUR notamment pour les périodes de « nuit profonde ». Il est nécessaire de développer la prise en charge des soins non programmés en ville en valorisant les visites à domicile par exemple.

En prenant exemple sur nos confrères européens dont les pratiques diffèrent peu, on pourrait s'inspirer des walk-in-centers comme en Angleterre qui sont des maisons de soins pluridisciplinaires qui peuvent prendre en charge les patients équivalents à une CCMU 2 avec un petit plateau technique sous réserve de disposer de compétences médicales et de matériel bien sûr.

D'une manière similaire, aux Pays Bas il existe des coopératives pour assurer la PDSA avec l'aide d'une IAO et des moyens de transport adaptés avec des ambulances. Du côté hospitalier, il serait utile de réorganiser les urgences afin d'optimiser les filières en fonction du profil des patients ; en effet, on remarque que les personnes âgées, les personnes souffrant de pathologies psychiatriques et celles atteintes de toxicomanies représentent une majorité des passages.

On pourrait par exemple dans le cas des personnes âgées, ouvrir des postes d'IDE en EHPAD, développer encore plus l'HAD ou encore créer une filière gériatrique.

De même, que ce soit en intra ou extra hospitalier il faudra envisager une délégation de tâches des médecins aux IDE.

VII. CONCLUSION

L'exercice de la médecine d'urgence en médecine générale est une réalité complexe, d'une part dans la définition même de celle-ci par les médecins généralistes et par la diversité des pratiques des médecins généralistes.

Il a été identifié des facteurs associés au fait même d'avoir une habitude de la médecine d'urgence ou de ne pas en avoir.

Il a été aussi découvert d'autres éléments permettant d'amener les médecins généralistes à davantage de participation à la médecine d'urgence ou au contraire moins de contribution à celle-ci.

Les médecins interrogés ont également identifié deux paramètres indépendants à prendre en compte dans leur exercice de la médecine d'urgence : les patients et la prise en charge des urgences à l'hôpital.

Au terme de cette étude, il semble que l'urgence fasse bien partie intégrante de la pratique de tous les médecins interrogés.

Une des perspectives de celle-ci est la possibilité de renforcer la motivation des médecins généralistes à la pratique de la médecine d'urgence en améliorant le dialogue qu'ils entretiennent avec le monde hospitalier ou bien en discutant avec leur pair afin de ne plus se sentir seuls dans ce type de prise en charge.

Une autre étude plutôt centrée sur les patients pourrait également s'intéresser à ces derniers en interrogeant leurs attentes vis-à-vis de leur médecin généraliste en matière d'urgence.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Droit medical. Qu'est-ce qu'une urgence médicale ?
2. ARS. La médecine d'urgence.
3. Les urgences - Ministère de la Santé.
4. Giroud M. Régulation médicale en médecine d'urgence. EM Premium. 2018;6.
5. ISNAR IMG. Apprentissage par compétences - Le guide. 2013.
6. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Panor Établ Santé. 2013;
7. Cour des comptes. Rapport public annuel 2019 - urgences hospitalieres.pdf. 2019 févr.
8. Priour I. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine de ville. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
9. Guyot S, Pinet M. Prise en charge des douleurs aiguës sévères par le médecin généraliste: rapport du système « "Médecin Correspondant SAMU" » au sein du réseau des médecins de montagne. Université Joseph Fourier Faculté de médecine de Grenoble; 2010.
10. Ferry A. Gestion d'une situation d'urgence en soins primaires: enquête de pratiques devant un syndrome coronarien aigu, une embolie pulmonaire et un accident vasculaire cérébral. UPEC. Faculté de médecine; 2013.
11. Christophe Lejeune. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer. 2015.
12. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone: GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

13. Martin A, Tourtoy L. Être en bonne santé: quelles sont les attentes et les perceptions des patients. 2017.
14. Laurent Letrilliart, Isabelle Bourgeois, Anne Vega, Jacques Cittée, Matthieu Lutsman. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;20(87):74-9.
15. Nicolas Hennebo. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. 2009.
16. Chanson M, Chauvet L, Meguerditchian C. Patients adressés par le médecin traitant aux urgences: une prise en charge extra-hospitalière était-elle possible? étude rétrospective du 1er juin au 30 décembre 2016. 2017.
17. Balestrieri V. Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles. 2019.
18. Sarrat S, Cini S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recoursd. [S.l.]: s.n.; 2010.
19. Ballester A, Baldovini D. Consultations post-urgences d'orthopédie: intérêts pour les patients et pour la formation des internes en médecine générale. 2015.
20. Thiberville M. Le triage par les secrétaires médicales des demandes de soins urgents ou non programmes en médecine générale de ville. 2012.
21. Freville B, Aigle L. Diagnostic et devenir des patients admis en salle d'urgence du Centre Médical des Armées de Calvi: étude sur 3 ans. Aix Marseille Université; 2016.
22. Gabrielli M. Urgences traumatologiques graves en médecine générale libérale. 2016.
23. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands. 2012.

24. Senent L, Guida P. Communication médecine de ville et médecine d'urgence hospitalière au travers du ressenti des médecins généralistes des Bouche du Rhône. [S.l.]: s.n.; 2014.
25. Lefrançois C. Les difficultés actuelles engendrées par la régulation : quel ressenti pour les médecins libéraux régulateurs au Samu de Rouen ? 2019.
26. Garling J. Phénoménologie du stress des jeunes internes de garde aux urgences : la confrontation à l'impuissance et à la mort. 2015.
27. Herviaux L. Consultation de traumatologie urgente en médecine générale: déterminants évoqués par les praticiens : étude qualitative. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
28. Priour I. Prise en charge de la petite traumatologie en médecine de ville. Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2015.
29. Gentile S, Daurès J-P. Analyse des attitudes et comportements des consultants ayant recours au service des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. [S. l.]: s. n.; 2004.
30. Gallo S. Déterminants de la participation des médecins généralistes à une formation pratique sur la prise en charge des urgences: une étude qualitative auprès des médecins généralistes héraultais en 2016/2017. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2017.
31. Weller J, Dowell A, Kljakovic M, Robinson B. Simulation training for medical emergencies in general practice. Med Educ. nov 2005;39(11):1154-1154.
32. Vial V, Puidupin A. Soins d'urgence et médicalisation à l'avant: étude de la mise en oeuvre des compétences de médecine d'urgence par les médecins généralistes militaires français en médecine de guerre et de leurs modes d'acquisition. Aix Marseille Université; 2016.
33. Hall WL, Nowels D. Colorado family practice graduates' preparation for and practice of emergency medicine. J Am Board Fam Pract. août 2000;13(4):246-50.

34. C. Pince. Place du médecin généraliste dans l'aide médicale d'urgence en zones éloignées de SMUR: étude quantitative dans la région Midi-Pyrénées. 2015.
35. Hadjem A. Le médecin généraliste comme mode d'entrée dans la filière de prise en charge de l'infarctus du myocarde. [France]: Université Paris 13; 2017.
36. fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Qu'est ce qu'une maison médicale ? 2011.
37. CNOM. la permanence des soins. 2015.
38. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137-SANT4-Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 mars 23, 2007.
39. Code de la santé publique - Article R6315-6. Code de la santé publique.
40. Code de la santé publique - Article R6315-3. Code de la santé publique.
41. Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes | Legifrance.
42. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
43. Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022. sept 18, 2018 p. 6.
44. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

IX. ANNEXES

Annexe 1: Formulaire de consentement éclairé



Formulaire de consentement éclairé

Je soussigné (e) accepte de participer à une recherche sur l'urgence en médecine générale, dirigée par le Dr Aurélie JANCZEWSKI, médecin généraliste à Saint Jean, Saint Nicolas (05 260) et menée sur le terrain par Florence FERRIGNO et Joseph COUTIN.

Il m'a été précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. J'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :

- Il s'agit d'un travail de thèse sur le thème de l'urgence en médecine générale ;
- J'ai compris que cette recherche comporte un entretien individuel, dont les données seront ensuite analysées ;
- Je peux arrêter l'entretien à tout moment ;
- Je bénéficierai d'information concernant les résultats de ce travail si je le souhaite
- Les données qui me concernent resteront confidentielles et ne pourront être exploitées dans le cadre d'une publication, qu'à condition que les réponses utilisées préservent mon anonymat

Fait à

Le.....

Signature de l'interne menant la recherche
Joseph COUTIN, Florence FERRIGNO

Nom et signature de la personne participant à la recherche

Annexe 2: Canevas d'entretien

1. Pour vous, faire de l'urgence en médecine générale, ça signifie quoi?
(perception ? conception ? quelle représentation avez-vous de la médecine d'urgence ? selon vous c'est quoi la médecine d'urgence ? à quoi correspond-elle ?)
2. Quel est votre parcours qui vous a mené à votre pratique d'urgence?
(quelle formation : apprentissage théorique et pratique ? depuis quand ? quelle évolution ? comment : mode d'exercice et dans quelle structure ?)
3. Que ressentez-vous face à une situation d'urgence ?
(sentiments ? quel est votre ressenti ? qu'éprouvez-vous ? l'impact dans votre quotidien ?)
4. Quelles ont été vos motivations et vos intérêts à pratiquer de la médecine d'urgence : qu'est-ce que ça vous apporte dans votre pratique ?
(quelles raisons ? que cherchez-vous ? quels évènements ou quelles rencontres ont contribué à votre décision ? Quelles sont vos attentes initiales dans la pratique de la médecine d'urgence ? votre objectif ? votre intérêt ? votre souhait ? votre espoir ? quel est l'impact dans votre pratique ?)
5. Quelles sont vos limites à pratiquer l'urgence ? Pour quelles raisons ?
6. Si vous devez convaincre un confrère de pratiquer de la médecine d'urgence, que lui diriez-vous ? (Pourquoi ?)

Annexe 3: Déclaration CNIL



RÉCÉPISSÉ

Monsieur COUTIN Joseph
54 BOULEVARD DE LA FÉDÉRATION
13004 MARSEILLE

**DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À
UNE MÉTHODOLOGIE DE
RÉFÉRENCE**

Numéro de déclaration

2212854 v 0

du 08 avril 2019

A LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

N° SIREN ou SIRET :

Nom : Monsieur COUTIN Joseph

Service :

Code NAF ou APE :

Adresse : 54 BOULEVARD DE LA FÉDÉRATION

Tél. : 0698648867

Code postal : 13004

Fax. :

Ville : MARSEILLE

Traitement déclaré

Finalité : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 08 avril 2019
Par délégation de la commission

Marie-Laure DENIS
Présidente

Annexe 4: Caractéristiques de la population

Entretiens		Interviewés			Pratique	
N°	Durée	Sexe	Age	Statut	Années	Lieux
1	33'20	Homme	34 ans	Civil	5 ans	Rural
2	22'56	Homme	36 ans	Civil	8 ans	Semi Rural
3	24'10	Homme	33 ans	Militaire	6 ans	SSA
4	17'46	Homme	29 ans	Militaire	3 ans	SSA
5	14'08	Femme	49 ans	Civil	20 ans	Rural
6	37'13	Homme	68 ans	Civil	42 ans	Rural
7	18'31	Homme	62 ans	Civil	35 ans	Semi Rural
8	43'21	Femme	55 ans	Civil	28 ans	Semi Rural
9	14'31	Homme	48 ans	Militaire/Civil	21 ans	Rural
10	24'57	Femme	34 ans	Civil	7 ans	Urbain
11	30'04	Femme	59 ans	Civil	32 ans	Rural
12	23'40	Homme	60 ans	Civil	32 ans	Urbain
13	16'06	Homme	42 ans	Civil	15 ans	Urbain
14	17'28	Femme	46 ans	Civil	19 ans	Urbain
15	40'48	Femme	32 ans	Civil	5 ans	Urbain

Annexe 6 : Critères COREQ

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

X. ABREVIATIONS

ACLS : advanced cardiac life support

AVC : accident vasculaire cérébral

AVP : accident de la voie publique

CAMU : capacité de médecine d'urgence

CES : complément études spécialisées

CCMU : classification clinique des malades aux urgences

CHU : centre hospitalier universitaire

CNGE : collège national des généralistes enseignants

CNOM: collège national de l'ordre des médecins

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

DES : diplôme d'études spécialisées

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplôme universitaire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

EP : embolie pulmonaire

FHF : fédération hospitalière de France

GHT : groupes hospitaliers de territoire

HAD : hospitalisation à domicile

HIA : hôpitaux d'instructions des armées

IAO : infirmier d'accueil et d'orientation

IDE : infirmier diplômé d'état

IDM : infarctus du myocarde

MCS : Médecin correspondant du SAMU

MG : médecin généraliste / médecine générale

MHC : masque à haute concentration

MT : médecin traitant

MU : médecine d'urgence

MSPV : médecin sapeur-pompier volontaire

OAP : œdème aigu du poumon

Op. Ex. : opération extérieure

PDS : permanence des soins

PHTLS: pre hospital trauma life support

SAMU : service d'aide médicale d'urgence

SASPAS : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SAU : service d'accueil des urgences

SCA : syndrome coronarien aigu

SIC : soins intensifs de cardiologie

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SP : sapeur-pompier

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 de mes patients 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.”

RESUME

Contexte : La pratique de la médecine d'urgence en médecine générale est une partie du travail du médecin généraliste en soins primaires. L'objectif de cette étude est d'explorer le vécu et la représentation des médecins généralistes au sujet de la médecine d'urgence en soins primaires.

Méthode : Pour cela il a été réalisé une étude par méthode qualitative avec approche par théorisation ancrée et réalisée à partir de 15 entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

Résultats : Il a été identifié à travers cette étude deux catégories de médecin : ceux pratiquant habituellement la médecine d'urgence et ceux la pratiquant moins. Parmi ceux qui pratiquaient la médecine d'urgence, il a été détecté des déterminants en lien avec cette pratique : le goût de la médecine d'urgence, l'apport tant sur le plan personnel que social. Il a été également identifié des facteurs pouvant orienter un médecin généraliste vers la médecine d'urgence : la formation, l'intérêt intellectuel à pratiquer de l'urgence, le partage avec les pairs, la sensation de ressentir des compétences et la pratique ou les lieux d'exercice du médecin généraliste. Il a été aussi authentifié des éléments restreignant la pratique de la médecine d'urgence par les médecins généralistes : les mauvaises expériences en médecine d'urgence, le lieu d'exercice, les mauvaises représentations de la médecine d'urgence, le manque de formation, les mauvaises relations avec les autres intervenants. Le patient est une réalité essentielle dans la pratique de la médecine d'urgence, tout comme les relations avec l'Hôpital.

Conclusion : La pratique de la médecine d'urgence en médecine générale est une réalité complexe tant par l'appréciation qu'en ont les médecins généralistes que par le type de pratique associé à cet exercice. Il a été montré par cette étude que la participation des médecins généralistes à la médecine d'urgence pouvait être augmentée en favorisant les liens entre ville et hôpital et entre les différents médecins entre eux.

Mots clés : Médecine générale, médecine d'urgence, perceptions, pratiques