



HAL
open science

Le ressenti des médecins correspondants du SAMU l'Aude

Thomas Bordier

► **To cite this version:**

Thomas Bordier. Le ressenti des médecins correspondants du SAMU l'Aude. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02866113

HAL Id: dumas-02866113

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02866113v1>

Submitted on 9 Oct 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.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

BORDIER Thomas

Le 13 juin 2019

**« LE RESSENTI DES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DANS
L'AUDE »**

Directeur de thèse : Docteur DAMBAX Karine

JURY

Président :

Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur SEBBANE Mustapha

Docteur LOGNOS Béatrice

Docteur DAMBAX Karine

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

BORDIER Thomas

Le 13 juin 2019

**« LE RESSENTI DES MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU DANS
L'AUDE »**

Directeur de thèse : Docteur DAMBAX Karine

JURY

Président :

Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur SEBBANE Mustapha

Docteur LOGNOS Béatrice

Docteur DAMBAX Karine

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 - 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORRIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Héléne
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal - Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal - Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie
PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PELISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François - Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amira - Pédiopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive

BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
 CAMU William-Neurologie
 CANOVAS François-Anatomie
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
 CORBEAU Pierre-Immunologie
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
 DE VOS John – Cytologie et histologie
 DROUPY Stéphane -Urologie
 DUCROS Anne-Neurologie
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
 HAYOT Maurice - Physiologie
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire
 LABAUGE Pierre- Neurologie
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
 LECLERCQ Florence-Cardiologie
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
 MATECKI Stéfan -Physiologie
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
 MOREL Jacques - Rhumatologie
 MORIN Denis-Pédiatrie
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 PRUDHOMME Michel - Anatomie
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
 TOUITOU Isabelle-Génétique
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Eric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophthalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétique
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LONJON Nicolas - Neurologie
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophthalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 VINCENT Thierry-Immunologie
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGÉ Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophthalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique
CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion
PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie
PUJOL Joseph-Anatomie
RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie
RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZIORSKI Eric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Aix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENT

Aux Membres de Jury

Au **Professeur LAMBERT**, c'est un grand honneur de vous avoir comme Président du Jury de Thèse. Je vous suis grandement reconnaissant d'avoir accordé votre confiance à ce travail. Merci pour votre réactivité et votre disponibilité.

Au **Professeur SEBBANE**, merci d'avoir accepté de juger ce travail de thèse, merci pour le temps accordé au jugement de mon travail. Soyez assuré de mon respect sincère.

Au **Docteur Béatrice LOGNOS**, je te remercie de participer à ce jury et de juger mon travail. Merci pour ta gentillesse et de ton aide dans ma vie professionnelle.

Au **Docteur Karine DAMBAX**, pour son soutien, sa gentillesse, son aide précieuse dans ce travail de thèse mais aussi pour sa bienveillance au CH de Carcassonne. Sa motivation et son énergie m'ont toujours permis d'avancer et de prendre gout à cette pratique de médecine d'urgence. Un grand MERCI.

A ma famille,

A Ma Mère et ma Sœur, pour votre présence au quotidien, merci d'être là, un bonheur de vous avoir à mes côtés, tellement fier de vous. MERCI

A Mon Père, pour m'avoir inculqué ses valeurs, et pour m'avoir rendu le plus heureux des fils pendant toutes ses années. Je sais que d'où tu nous regardes tu dois être fier de moi, fier de nous trois. Vive la vie.

A mes amis,

A Baris, sans qui je ne serai sûrement pas dans le sud aujourd'hui, une des personnes les plus généreuse que je connaisse. Ne change rien, Merci pour tout !

A Davy, pour son amitié sans faille ! (malgré MPG..), merci de m'avoir ouvert les yeux sur pas mal de choses depuis la P1. Et à nous souvenirs indénombrables que je ne citerai pas ici.

A Swann, bien plus qu'un ami depuis toujours, le frère que j'aurai pu avoir.

A Guillaume, cousin surprise, t'inquiètes... un jour peut être tu accepteras de venir avec nous à Noel.

A Mouss pour son amitié très précieuse. Bon aussi... pour ses cours de Surf marocain, et son sens aiguisé du brushing ! Fais la bise à Platon quand tu le verras s'il te plait... bro.

A Ben, pour énormément de choses, depuis ce premier cours de pré rentrée, jusqu'aux montages photos dédiacés, merci pour tout !

A Duga-Verch le sifflotant espagnol pour ses pronos et son rire diabolique.

A Bach, CESP le plus rentable en termes d'amitié ! Premier croco à avoir échappé à la mort à cause d'une conjonctivite...

A Richton, Julius, que je ne vois pas assez, pour nos révisions de Vidal intensives, Rat vous passe le bonjour. Un jour on arrivera à partir tous ensemble en vacances... un jour.

A Anis que je suis obligé de mettre ici par peur du contenu de son disque dur externe... viens nous voir plus souvent, vida loca.

A toute l'équipe du 9ème, pilier d'une amitié sans faille, Damien, Paul, Badj, Victor, Romain, Amouk, Alex.

A Redha, Hub, Baptiste, magnifiques rencontres Montpelliéraines sans qui le « juste une bière » n'aurait plus aucun sens...

A tout ceux de Paris : Nash, Anas, Kelly, Navid, Amina, Elo, Sonia, Yassine

A Julie pour tous ces périples et souvenirs, ils nous en manque encore quelques-uns , change rien Burrito', ou presque ^^.

A Ouaoua et Dalloul malgré votre snobisme des premiers semestres... vous vous rattrapez bien ! Garbitement votre...

A Nath, Quentin, Guillaume P., Boran.

A Vladimir, Pascal et Maguelone, pour nos escapades précieuses, en espérant pouvoir mieux s'organiser prochainement ;)

A Alizé, merci pour tout, toujours là dans les moments importants, je sais que je pourrai toujours compter sur toi, et vice versa !

A toute la team de Montpellier, Ade, Vic, Sam, Henri, Gael, Ju, Rémi, Darcy, Taki, Romain B.

A la Turkish Family : Reco, Ozgur, Mehmet, Umut, Serdar pour m'avoir intégré comme si j'étais un vrai Fenerli, merci encore !!

Aux Noberitos !! Thomas, Alex, Seb, Guillaume et Benoit, merci de me faire découvrir votre citadelle chaque jour, en rires et en photos.

A Marion T pour son aide précieuse sur cette thèse... et son humeur inébranlable... A Bernard, Nathalie, Kamel, Cécile, Paul, Benoit

Ade, Madlyne, El Manu, Alexia, Sarah, Louise, JB, Dani, Guillaume C, Gauthier

Et toute l'équipe des urgences de Carcassonne, Merci à tous !!

Tominator (alias El Campeon del tres ligas)

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS.....	14
I. INTRODUCTION.....	16
II. CONTEXTE ET ETAT DES LIEUX.....	18
A. Définition et historique	18
1- L'Aide Médicale Urgente (AMU)	18
2- Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS).....	23
B. États des lieux dans l'Aude	27
1. Le maillage territorial et médical	27
2. Le réseau MCS	32
III. METHODES ET MOYENS.....	39
A. Étude qualitative.....	39
B. Entretiens individuels	39
C. L'échantillonnage.....	39
D. Le déroulement des entretiens.....	41
E. Le guide d'entretien (Annexe 3).....	42
F. Analyse thématique	42
IV. RESULTATS.....	43
A. RESENTI DES MCS SUR LEUR PRATIQUE	43
1. Pratique plaisante.....	43
2. Pratique utile.....	46
3. Manque de sollicitation	48
4. Ressenti sur cette faible activité	49
B. LIEN AVEC LE CENTRE 15- SAMU	52
1. La Communication	52
2. La donation de matériel.....	54
3. La formation.....	55
C. VALORISATION DU STATUT DE MCS.....	57
1. Rémunération	57
2. Absence d'astreinte MCS payée par l'ARS	60
D. IMPRESSIONS SUR LE DEVENIR DU RESEAU MCS DANS L'AUDE.....	62

1.	Manque d'effectif.....	62
2.	Inquiétude pour la population.....	64
3.	Manque d'attractive.....	65
4.	Différenciation Médecin généraliste et urgentiste.....	66
V.	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	68
A.	LES FORCES DE L'ETUDE.....	68
B.	LES LIMITES DE L'ETUDE.....	69
VI.	DISCUSSION.....	71
A.	LE RESSENTI SUR LEUR PRATIQUE MCS.....	71
1.	Pratique plaisante.....	71
2.	Pratique utile.....	72
3.	Manque de sollicitation.....	73
4.	Ressenti sur cette faible activité.....	75
B.	LIEN AVEC LE CENTRE 15 – SAMU.....	80
1.	La communication.....	80
2.	Le matériel.....	80
3.	La formation.....	82
C.	VALORISATION DU STATUT MCS.....	83
1.	La rémunération.....	83
2.	L'absence d'astreinte MCS payée.....	85
D.	IMPRESSION SUR LE DEVENIR DU RESEAU MCS DANS L'AUDE.....	86
1.	Manque d'effectif.....	86
2.	Inquiétude pour la population.....	89
3.	Manque d'attractivité.....	91
4.	Tendance à la différenciation Médecin Généraliste/Urgentiste.....	92
VII.	CONCLUSION.....	94
	BIBLIOGRAPHIE.....	96

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR : Arrêt Cardio-Respiratoire

AMCS-34 : Association des Médecins Correspondants du SAMU de l'Hérault

AMU : Aide Médicale Urgente

APSA : Association pour la Permanence des Soins dans l'Aude

ARS : Agence Régionale de Santé

AVP : Accident de la Voie Publique

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

CTRA : Centre de Traitement et de Régulation des Appels

CH : Centre Hospitalier

D.E.S : Diplôme d'Études Spécialisées

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

D.I.U : Diplôme Interuniversitaire

ECG : Électrocardiogramme

ISNAR-IMG : Inter Syndicale Nationale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

MMG : Maison Médicale de Garde

MP : Médecin Pompier

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

ORU : Observatoire Régional des Urgences

PDS : Permanence De Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SCA : Syndrome coronarien aigue

SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

UMUPS : Unité Médicalisée Mobile de l'Urgence et de le Permanence de Soins
de l'Hérault

VRM : Véhicule Radio-médicalisé

VSAV : Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

I. INTRODUCTION

Le médecin correspondant du SAMU est un médecin volontaire pour assurer, sur régulation du Centre 15 -SAMU de sa région, au sein d'une zone où il assure la permanence des soins, la prise en charge pré hospitalière des urgences pressenties comme avérées par la régulation et requérant une prise en charge médicale urgente

Ce médecin généraliste, formé à l'urgence, intervient dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est estimé supérieur à 30 minutes et où l'intervention d'un Médecin correspondant du SAMU (MCS) constitue un gain de temps et de chances pour le patient.

Il agit en complémentarité avec les autres effecteurs intervenant dans la médecine d'urgence

Un des objectifs majeurs du système de santé est de garantir à tous les français un égal accès aux soins d'urgence en moins de 30 minutes. Pour y parvenir ce réseau de MCS renforce le maillage du territoire organisé par les antennes SMUR, mises en place pour réduire le temps d'accès aux soins des personnes vivant dans des secteurs isolés, mais dont le nombre ne permet pas de couvrir les zones les plus reculées du département.

Les MCS réalisent un premier bilan et anticipent les soins d'urgence dans l'attente du renfort de l'équipe SMUR, déclenchée simultanément.

Travaillant depuis un an aux Urgences du CH de Carcassonne en tant que Médecin Généraliste, je me suis intéressé à la situation particulière du département de l'Aude. J'ai trouvé pertinent de réaliser ce travail, afin d'étudier le ressenti de ces MCS, quant à leur pratique et leurs relations avec les différents intervenants de la médecine d'Urgence, 4 ans après la création de ce réseau départemental.

II. CONTEXTE ET ETAT DES LIEUX

A. Définition et historique

1- L'Aide Médicale Urgente (AMU)

Le concept français de l'**AMU (Aide médicale urgente)** a un objectif clair : pouvoir répondre aux situations médicales ou chirurgicales urgentes dans des délais les plus rapides possible, quitte à déplacer l'hôpital au chevet du patient si son état le nécessite. Bien évidemment, il n'est pas possible de disposer d'une équipe SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) auprès de chaque village car il s'agit d'un service hospitalier et les délais d'intervention peuvent être parfois mal adaptés du fait de la géographie et de l'étendue plus ou moins vaste des secteurs concernés.

Le SMUR s'est donc heurté aux limites du maillage territorial, entraînant un secourisme de proximité insuffisant dans certains secteurs. L'intervalle libre médical prend alors toute sa signification.

Il existe schématiquement 3 situations médicales urgentes :

- Situations « sans délais » : départs réflexes d'équipes SMUR en cas de détresse vitale immédiate pouvant engager le pronostic vital du patient à court terme (Arrêt cardio-respiratoire, polytraumatisme, coma...)
- Situations pour lesquelles « le secouriste seul est insuffisant »

(AVC avec troubles de la conscience, Pneumothorax mal toléré, Asthme aigu grave...)

- Situations pour lesquelles « le diagnostic médical est urgent »

(Syndrome Coronarien Aigu, dont le diagnostic rapide et le traitement précoce influence fortement le pronostic...)

Afin de réduire cet intervalle libre médical, des moyens matériels optimaux ont été développés, avec notamment la mise à disposition auprès des SAMU d'hélicoptères, de véhicules, voitures et ambulances, équipés en thérapeutiques et matériel de réanimation, mais aussi des moyens humains avec la mise en place, dans les zones rurales, de Médecins Correspondants du SAMU (MCS).

Les MCS ont permis d'obtenir une réponse médicale de proximité en cas d'urgence dans une zone éloignée de tout centre hospitalier, mettant en œuvre les gestes et thérapeutiques de sauvetage, dans l'attente de l'arrivée du renfort SMUR.

Cette AMU fonctionne grâce à la coordination des trois différents acteurs intervenant dans la prise en charge des urgences pré hospitalière (1):

- **SDIS** (Service Départementale d'Incendie et de Secours) avec la présence possible de Médecin Pompiers (MP)
- **SMUR** (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation)
- **MCS** (Médecins correspondants du SAMU)

Elle est centralisée par le SAMU centre 15, appelé CRRA (Centre de Réception et de Régulation des Appels), auquel la population, sur le territoire français, peut faire appel en composant sur leurs téléphones le 15 ou le 112. La nature, la gravité de la pathologie et le lieu de l'intervention sont trois paramètres importants pris en compte par le Médecin régulateur, dans la répartition des rôles de chacun.

La synthèse de cette répartition est schématisée par un arbre décisionnel, présenté en Annexe 1.

- **Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU)** comportent donc un centre de réception et de régulation des appels ouverts 24h/24. Leur mission est de répondre par des moyens médicaux aux situations d'urgence. Ils déclenchent rapidement des secours adaptés et préparent l'accueil du patient dans des services choisis en fonction des lésions décelées, au sein d'établissements hospitaliers ou de cliniques. En cas de pathologie nécessitant une médicalisation rapide, le régulateur a le choix de faire intervenir l'acteur médical disponible le plus adapté :

- Le **SMUR** assure la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après discussion avec le médecin du SAMU, le transport de ce patient vers un

établissement de santé. L'équipage est composé, au minimum, d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier. Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité est basée à l'hôpital, elle est active 24 heures sur 24 et intervient à la demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement et le transport des patients en situation d'urgence médicale (2).

- Il existe aussi des **Antennes SMUR**, qui permettent de disposer d'une équipe SMUR hors de l'établissement de santé dont elle dépend, dans des zones du département à l'écart de tout établissement de santé ou de tout service de réanimation disponible dans un délai de moins de 30 minutes. Dans le département de l'Aude, il en existe deux, une basée à Castelnaudary, qui dispose d'un centre hospitalier dépourvu de service de réanimation, bloc opératoire et maternité et une seconde à Quillan qui se trouve à plus de 45 minutes de tout établissement de santé. Ce qui permet de délocaliser une équipe SMUR dans ces zones plus isolées. Cependant les antennes SMUR peuvent fonctionner de manière continue ou discontinue. Cela dépend de la démographie médicale de la région concernée.
- **Les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS)** sont chargés de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Ils concourent, avec les autres services concernés, à la protection et à la lutte

contre les autres accidents, sinistres et catastrophes. Ils possèdent aussi des Médecins Pompiers, ce sont des médecins du Service de Santé et de Secours Médical (SSSM) qui est une composante à part entière du SDIS. Dans le passé, certains centres de secours pompiers disposaient de ces médecins pour intervenir dans des situations urgentes, mais ce n'est plus le cas dans le département de l'Aude.

- **Le Médecin Correspond du SAMU (MCS)**, médecin libéral exerçant en milieu rural, ayant une formation à l'urgence et une dotation en matériel adaptée pour pouvoir intervenir sur une urgence médicale dans son secteur. Il nécessite le déclenchement simultané d'une équipe SMUR.

2- Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS)

Historiquement, dans les territoires de montagnes, le premier réseau pouvant s'apparenter à un réseau MCS a été fondé en **1953 sous le nom de « Médecins de Montagne »**.

Ensuite, c'est essentiellement au **début des années 2000** que des réseaux MCS sont nés dans différents territoires français à l'initiative des médecins hospitaliers et libéraux locaux.

Dans ces départements, des médecins ruraux éloignés des premières structures d'accueil d'urgences ou de SMUR, en association avec le centre 15, ont décidés de se donner les moyens d'assurer la prise en charge d'urgences pré-hospitalières dans leur secteur d'activité libérale.

Des réseaux de MCS sont nés de cette prise de conscience, des besoins des médecins généralistes, des centres 15 et des populations éloignées d'un service d'urgence. Ils se sont créés indépendamment les uns des autres.

Dés 2003, la **circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003** relative à la prise en charge des urgences donne une place aux MCS dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières avec une ébauche de définition, mais l'on retrouve déjà cette notion de territoires considérés comme éloignés du premier SMUR (3).

C'est le **12 février 2007** que le **Statut de MCS est officialisé**, grâce à l'arrêté publié sous le nom « Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) »

Cet arrêté définit en 7 articles, le rôle et les conditions dans lesquelles vont exercer ces MCS (4).

- Art 1 : « Le MCS est un **relais pour le service d'aide médicale urgente** dans la prise en charge de l'urgence vitale »
- Art 2 : « **MCS et SMUR sont déclenchés simultanément** »
- Art 3 : « les MCS interviennent dans des secteurs où le SMUR ne peut pas intervenir dans un délai adapté à l'urgence »
- Art 4 : « Les MCS ont un contrat avec l'établissement du SAMU auquel ils sont rattachés qui fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de **formation** et de mise à disposition de **matériels** et de médicaments pour l'exercice de cette mission ».
- Art 5 : « Formation sous autorité du service hospitalo- universitaire en relation avec le SAMU et le CESU, ainsi que les structures des urgences et les SMUR ».
- Art 6 : « Bilan annuel présenté au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires et au réseau des urgences. »

- Art 7 : « Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation de soins est chargé de l'exécution de cet arrêté. »

Cet arrêté a conduit tous les réseaux MCS existants sur le territoire français à se fédérer pour le compléter, en apportant des précisions en matière de formation, d'assurance, d'équipement et de rémunération.

C'est ainsi que **le 4 Novembre 2011 née le Fédération Nationale MCS France**. Cette naissance s'est faite sous le patronage du Dr Marc GIROUD, président du SAMU de France, preuve de la prise de conscience par les SAMU de leurs limites d'intervention en matière de délais et de leur nécessaire complémentarité avec les MCS.

L'objectif de cette fédération est de définir un socle commun en matière de relations avec les centres 15 de référence, de formation, d'équipement, d'assurance, et de rémunération.

C'est ensuite en **2012**, qu'est apparu pour la première fois dans le discours des politiques, la notion selon laquelle « **chaque citoyen doit être à maximum 30 minutes d'un service d'urgence** ». Dans ce cadre-là, l'État a considéré que les MCS pouvait représenter une réponse cohérente et sérieuse à ce défi.

Lors du discours du 31 mai 2012 au congrès Urgences 2012 à Paris, le ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine, inclut les MCS comme une solution à l'amélioration du délai de prise en charge des urgences pré-hospitalières (5).

Un **guide de déploiement des MCS** a donc été rédigé en **Juillet 2013** par l'ARS en lien avec la fédération des MCS, des médecins libéraux et des urgentistes. Il a pour objectif de donner plus de lisibilité aux acteurs afin de favoriser le déploiement de la fonction MCS et de sécuriser les conditions d'intervention des professionnels exerçant les fonctions de MCS (6).

Il a donc permis :

- « Promouvoir la fonction des MCS dans des territoires à plus de 30 minutes d'accès aux soins urgents. »
- « Préserver la souplesse du dispositif en laissant aux ARS (Agence Régionales de Santé), le soin d'organiser la réponse la plus adaptée. »
- « Clarifier les cadres juridiques d'intervention du professionnel de santé ainsi que les conditions d'engagement de sa responsabilité et en favorisant le regroupement des médecins volontaires pour assurer les fonctions de MCS »
- « Harmoniser les conditions d'exercice de la fonction de MCS et notamment la formation, le matériel et les médicaments mis à disposition par les centres 15 »
- « Mettre en place, au niveau de l'ARS, un financement ad hoc et pérenne des MCS ».

Le 10 février 2014, la Ministre de la Santé a dressé un premier bilan. La Direction Générale de l'Offre de Soins a avancé des données chiffrées. Entre 2012

et 2014, le nombre de MCS est passé de 150 à 650 sur le territoire français. La Population prise en charge par ce dispositif est passée de 200 000 à 1 000 000 d'habitant (7).

B. États des lieux dans l'Aude

1. Le maillage territorial et médical

Avec 370 245 habitants (Source Insee au 1^{er} Janvier 2018), L'Aude est un département à prédominance rurale, avec une densité de 48 hab./km² soit deux fois moins que la population nationale. C'est aussi l'un des plus âgés de la région, le taux de personnes d'âge supérieur à 75 ans est supérieur à 12% en 2015, soit appartenant à la tranche la plus haute au niveau national (8).

De plus c'est une région qui est vieillissante, l'indice de vieillissement de la population est de 107 personnes âgées de plus de 65ans, pour 100 jeunes de moins de 20ans. Au niveau national ce ratio est de 76 personnes âgées de plus de 65ans (9).

La présence de deux pôles urbains d'importance similaire, Carcassonne au centre et Narbonne à l'Est, est soumise à l'attraction de Toulouse (pour l'Ouest Audois) et de Montpellier/Perpignan (pour l'Est Audois). Le département est

enclavé entre 2 massifs montagneux, la montagne noire au Nord et les Pyrénées au Sud.

Voici quelques éléments diagnostics de la région, d'après le Cahier des Charges Régional de la Permanence de Soins (PDS), 1er Mars 2019 (10):

Les implantations médicales sont (11):

- **3 Centres Hospitaliers (CH)** : Narbonne, Carcassonne, et Castelnaudary
- **SMUR** : Carcassonne (2 SMUR H24), Castelnaudary (8h-20h) et Quillan (H24) (deux antennes SMUR rattachées au CH de Carcassonne) et Narbonne (2 SMUR H24)

- **SAMU** : Carcassonne

Le centre de régulation du SAMU de l'Aude se trouve au niveau du SAMU de Carcassonne, préfecture de l'Aude. Son fonctionnement est couplé avec celui du CTRA (Centre de Traitement et de Régulation des Appels) du SDIS11, sur une plateforme commune. Cette proximité permet non seulement une coordination optimale de la mise à disposition des moyens extra hospitaliers mais aussi d'avoir une entente particulière entre ces deux structures.

- **Maison Médicale de Garde (MMG)**: Carcassonne , Castelnaudary , Lezignan , Narbonne , et Quillan
- **Médecins correspondants du SAMU (MCS)**: Au nombre de 7 en activité , dont 4 à Durban , 1 à Salles sur l’Hers , 1 à Axat , et 1 à Montolieu.

Le Schéma Régional d’Organisation des Soins (SROS) identifie les territoires vulnérables en médecine générale au sein desquels des zones fragiles ont été définies. L’ARS y promeut une politique de maintien de la continuité des soins. Le développement des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) et pôles de santé, pour ce qui est de l’activité ambulatoire de la région. Et pour ce qui relève des territoires identifiés comme isolés, l’ARS incite les MG à assurer la mission de MCS, et les accompagne en termes d’équipement, de formation et de financement.

Une nouvelle sectorisation de la région se met en place avec l’ARS pour 2018-2022, avec pour principal changement le regroupement de plusieurs anciens secteurs afin de parvenir à créer seulement 5 secteurs différents, contre 17 précédemment (10).

- Carcassonne
- Castelnaudary
- Lezignan
- Narbonne
- Vallée de l’Aude

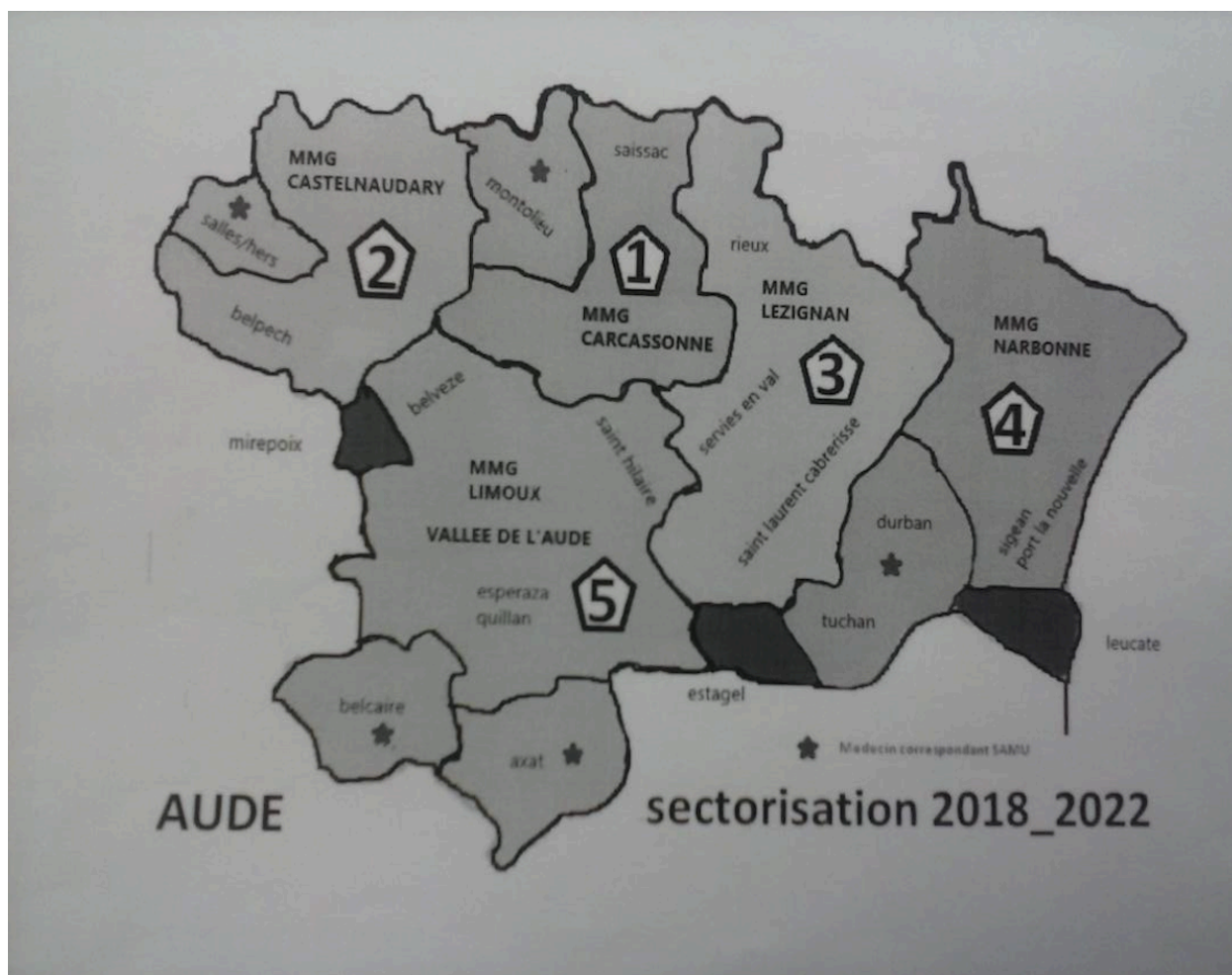


Figure 1 : D'après l'APSA, nouvelle sectorisation de l'Aude

Pour autant l'Aude possède plusieurs zones dites fragiles, la Haute Vallée de l'Aude et l'Est Audois notamment. Avec de plus, une démographie des professionnels de santé vieillissante, il plane une incertitude quant à la relève de ces médecins après leur départ en retraite.

D'où l'importance de pouvoir développer dans ces zones fragiles un réseau de MCS, et ce notamment lors de la PDS.

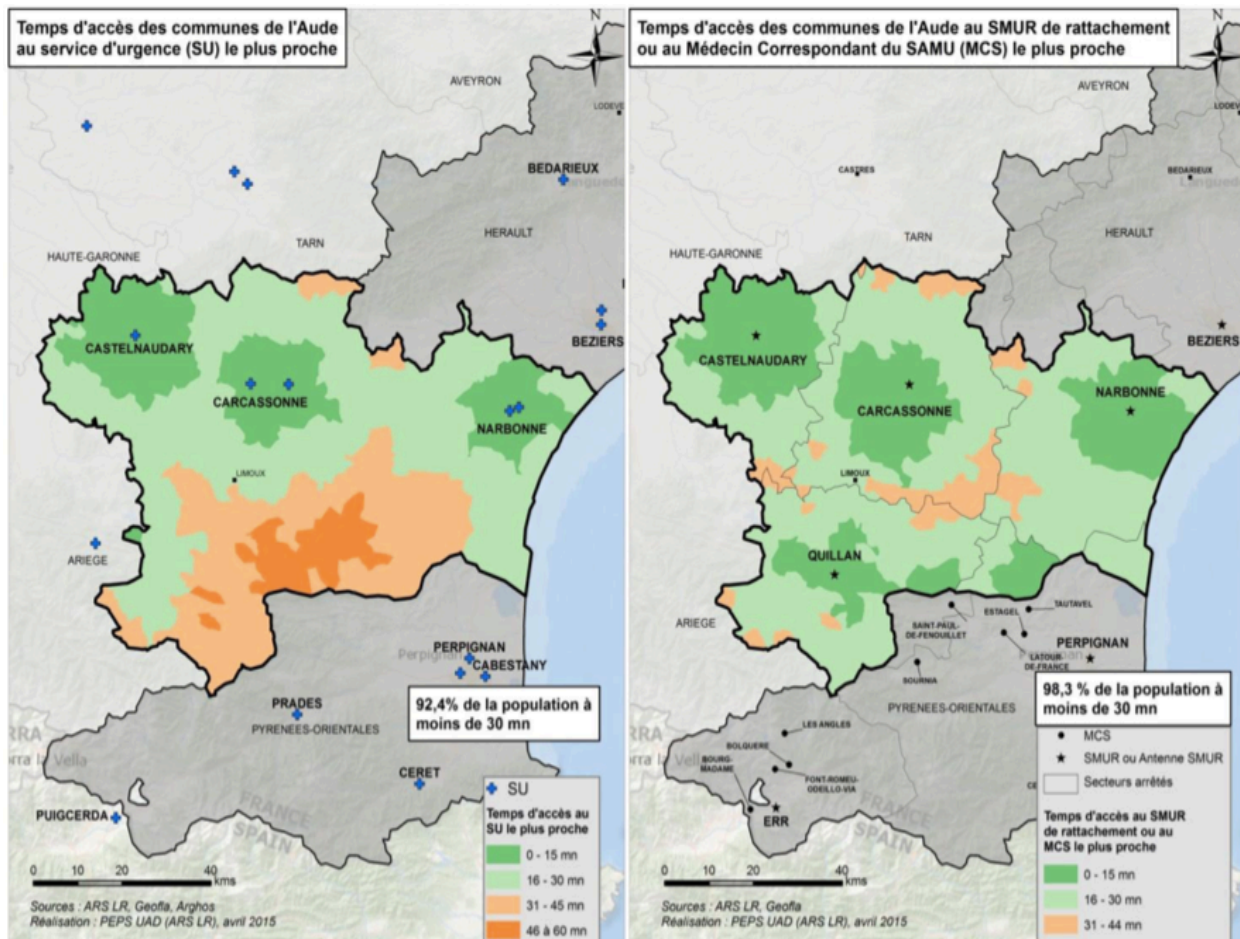


Figure 2 : D'après l'ORU de 2015, cartes du temps d'accès à un service d'urgence, et temps d'accès à une équipe SMUR

2. Le réseau MCS

Ils sont au nombre de 7, repartis sur 4 communes différentes, dans des zones à plus de 30 voir 40 minutes la nuit, de délai d'intervention d'une équipe SMUR.

6 d'entre eux exercent depuis le début de la création du projet MCS dans l'Aude, en Janvier 2013, le dernier a pris le statut de MCS le 01/12/2017.

Sur les 7, 6 ont plus de 50ans, ce sont tous des hommes.

Chacun a reçu une formation d'urgentiste. Ils travaillent tous dans une MSP.

Seulement 1 d'entre eux ne participe pas à la PDS de régulation libérale organisée au centre 15 de Carcassonne, le soir de 20h à minuit, les WE et jours fériés de 8h à minuit.

Un 8ème a arrêté son activité de MCS depuis le 31/12/2017.

Grace à l'APSA (Association pour la Permanence des Soins de l'Aude), qui suit l'activité du dispositif MCS, nous avons pu récupérer les statistiques sur les deux dernières années, des interventions effectuées par ces MCS (12) (13).

Nous avons ainsi appris que 51 interventions MCS ont été réalisées dans le département de l'Aude pour l'année civile 2017, contre 42 interventions pour l'année 2018, le nombre de MCS passant de 8 en 2017 à 7 en 2018

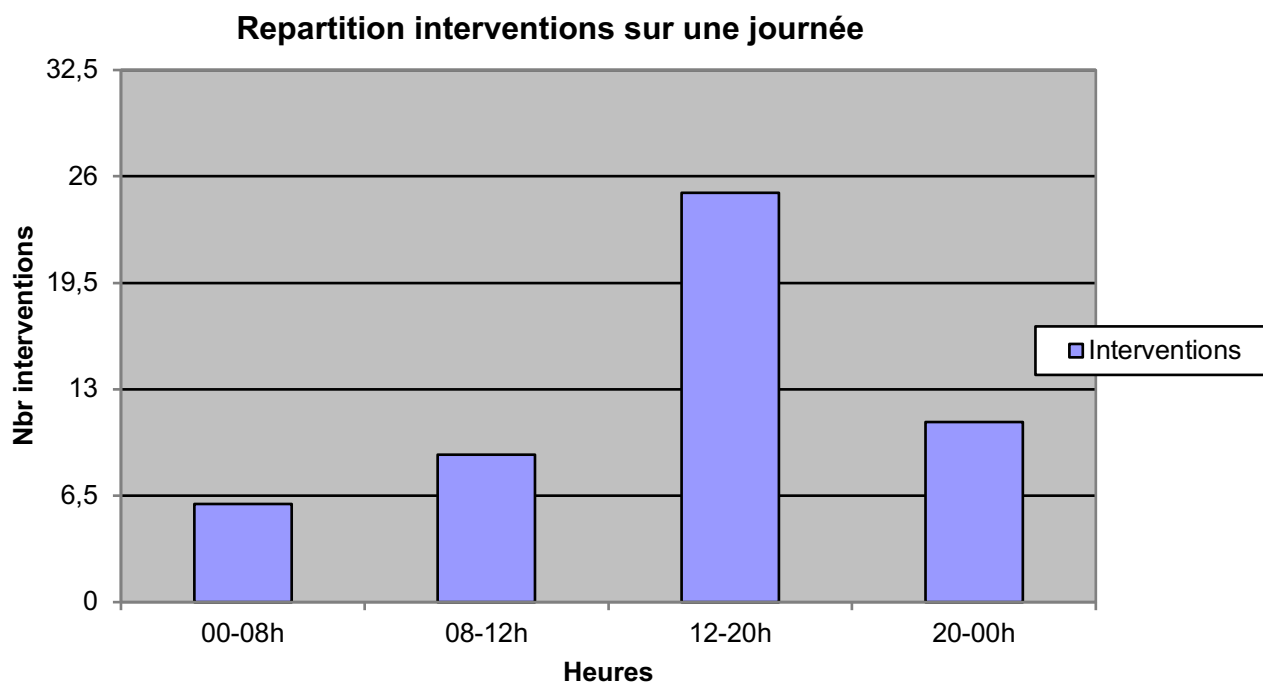
En moyenne il a été relevé qu'une intervention durait 1h, ce chiffre pouvant être très variable suivant le type et le lieu d'intervention.

Il n'y a pas d'astreinte payée pour les MCS, ils sont donc en droit de refuser ou de se déclarer non disponible lors d'un appel. Cependant les statistiques de ces deux dernières années montrent qu'il n'y a eu aucun refus de leur part. 100% des appels ont été suivi d'une intervention.

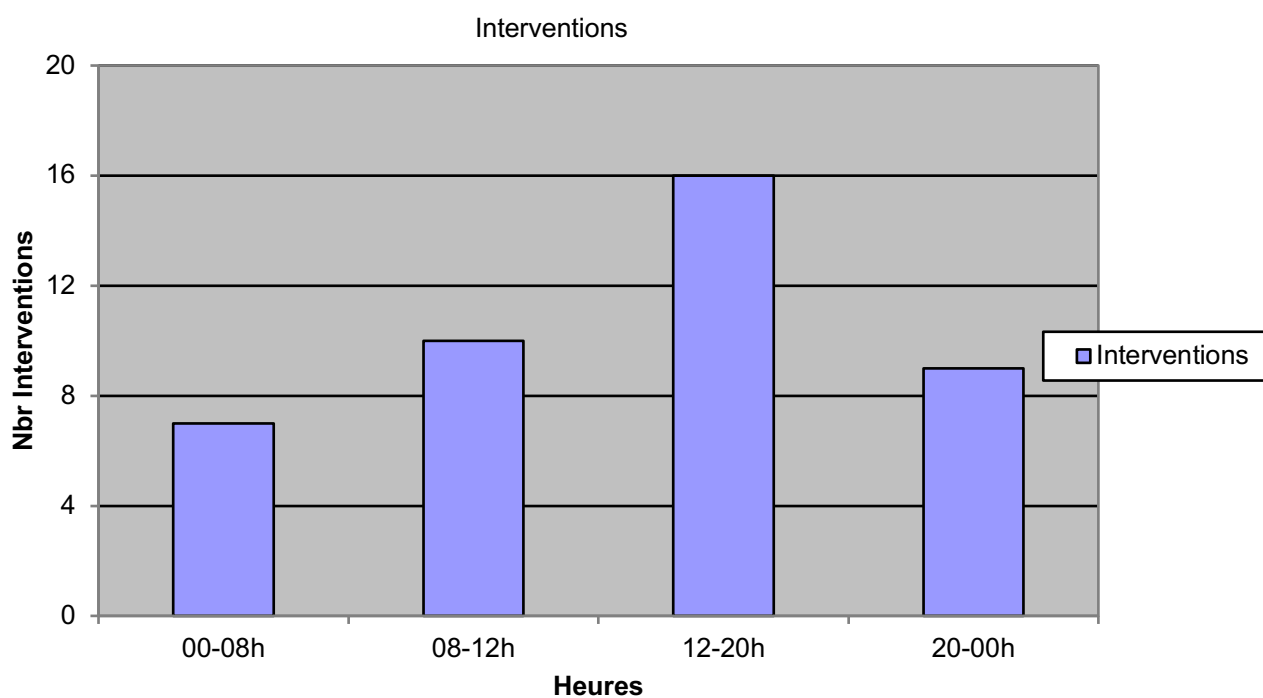
Nous avons voulu étudier ses statistiques de façon plus précise avec notamment la répartition des interventions dans une journée ainsi que dans la semaine de travail d'un MCS. Afin de pouvoir évaluer la potentielle répercussion que peut avoir l'activité de MCS sur la pratique quotidienne de ces médecins généralistes.

- Répartition des interventions MCS sur une journée :

Année 2017 :

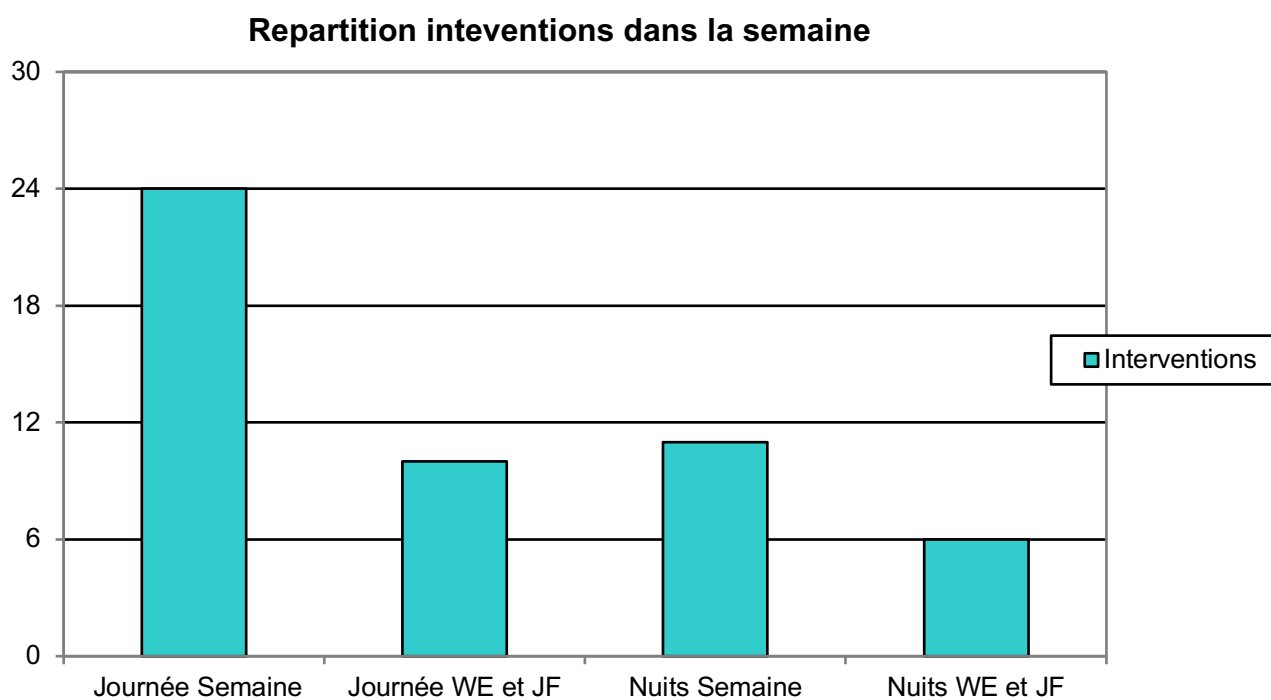


Année 2018 :

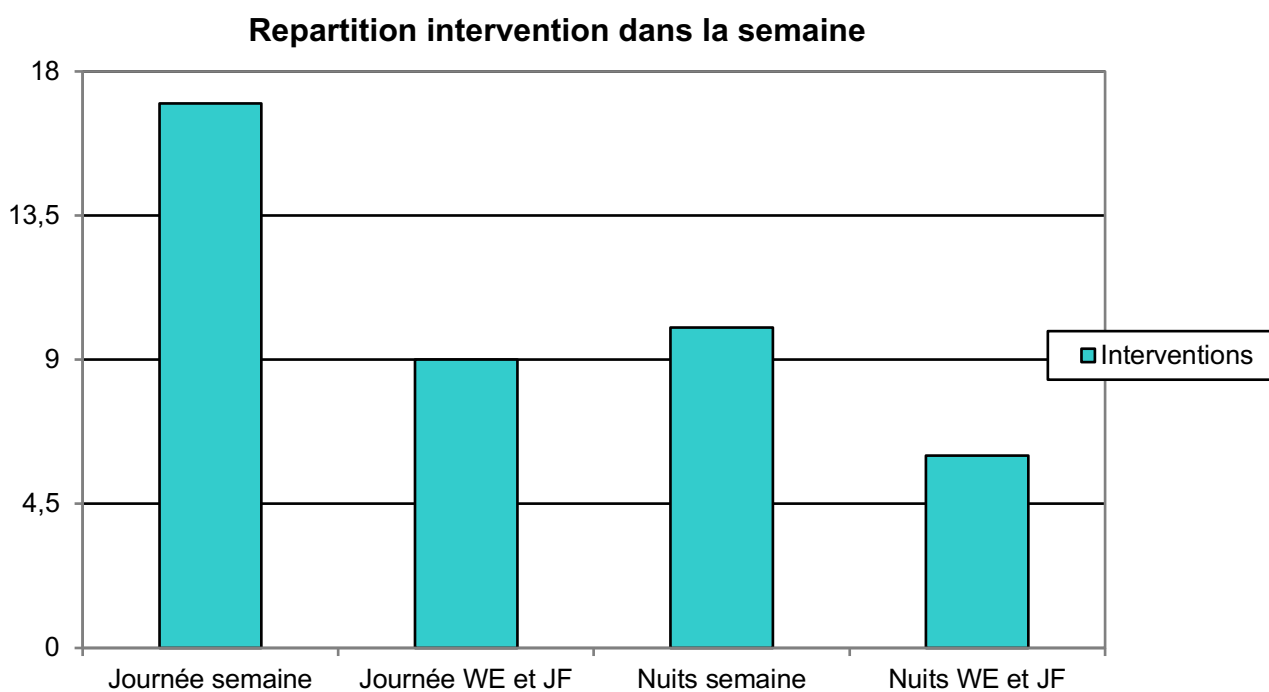


- Répartition des interventions MCS sur une semaine :

Année 2017 :



Année 2018 :



On remarque que la majorité des interventions sur les deux dernières années se font entre 12h et 20h, soit en heures ouvrables de cabinet de médecin généraliste en semaine. Mais, si l'on additionne les interventions qui ont lieu lors de la Permanence de soins (PDS), soirées et nuits profondes, on arrive à une proportion qui reste non négligeable, avec 33% en 2017 et 38% en 2018.

Au niveau de la répartition hebdomadaire, si l'on compare les appels lors des heures ouvrables à ceux lors de la PDS, on note 47% pour les premiers contre 53% pour les seconds, en 2017. En 2018, 40% pour les interventions en heures ouvrables contre 60% en heures de PDS.

Sur ces deux dernières années, la répartition de l'activité PDS journalière et hebdomadaire est stable, la légère diminution du nombre d'interventions en 2018 peut s'expliquer par le retrait d'un des MCS fin 2017.

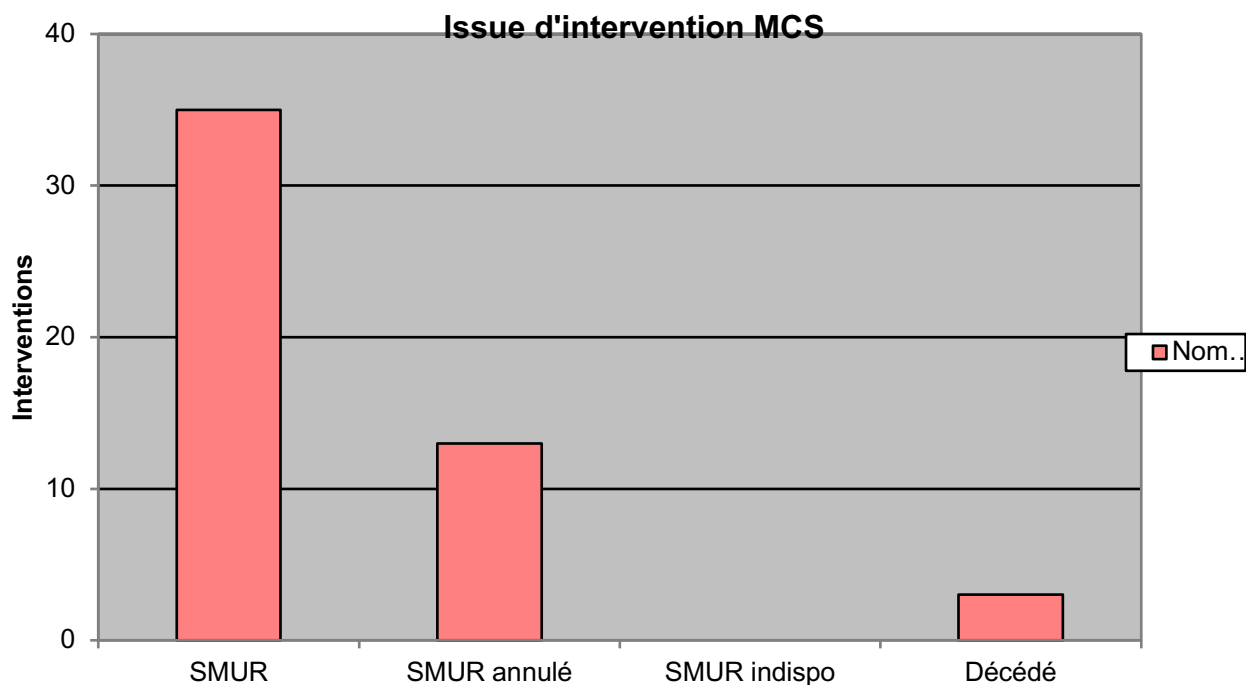
Pour autant le nombre global d'intervention sur une année peut paraître peu élevé, par rapport au nombre de sorties SMUR sur une même année, par exemple 4489 sorties SMUR primaires en 2017, selon l'ORU (Observatoire Régional des Urgences).

Je me suis également intéressé aux 'issues de chaque interventions MCS, répertoriées sur le document fourni par l'APSA, reparties en 4 catégories :

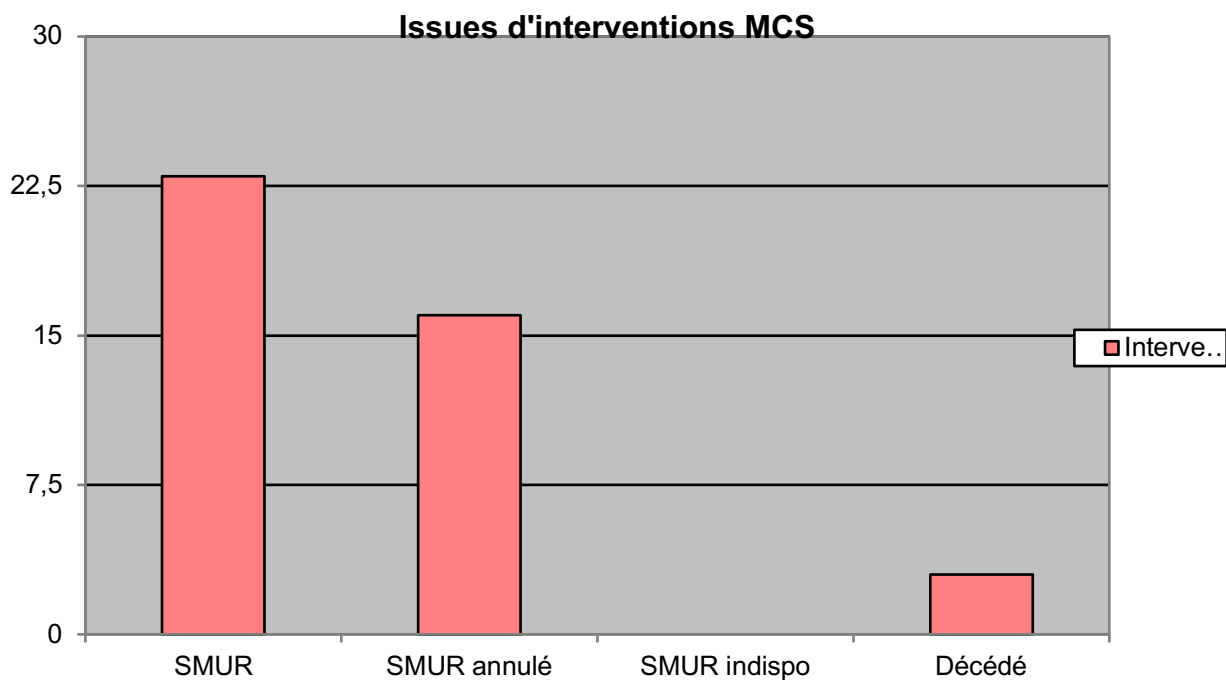
- Prise en charge SMUR (déclenché en même temps que le MCS)
- Non prise en charge SMUR, sur demande du MCS

- Non prise en charge SMUR car non disponible
- Patient décédé avant prise en charge SMUR.

Année 2017 :



Année 2018 :



Ces tableaux montrent que dans le respect du cadre législatif de la pratique des MCS, aucune intervention de MCS n'a été déclenchée sans qu'un SMUR ne soit disponible (6). Dans certains cas, les MCS étant les premiers sur les lieux de l'intervention, peuvent annuler la sortie SMUR après avoir évalué la situation, en accord avec le centre 15.

Mais cependant, la majorité des interventions font intervenir une équipe SMUR en renfort et relais du MCS.

III. METHODES ET MOYENS

A. Étude qualitative

Une étude qualitative a été réalisée dans le but de recueillir les ressentis, les expériences professionnelles, ainsi que la vision des professionnels de santé interviewés. Cette méthode est apparue comme la plus adaptée car elle a permis de comprendre et d'explorer le fonctionnement d'un réseau complexe, qui s'articule autour de multiples facteurs indépendants.

B. Entretiens individuels

Les entretiens se sont déroulés à l'aide d'un guide d'entretien de type semi-directif, établi au préalable, et composé de questions ouvertes. Quelques sous-questions posées en fonction des réponses données, permettant de développer les idées si nécessaire.

C. L'échantillonnage

Les MCS de l'Aude en activité sont au nombre de 7, repartis sur 4 communes différentes. Un 8ème ne fait plus de garde depuis Décembre 2017.

Leurs coordonnées ont été récupérées auprès de l'association pour la permanence des soins de l'Aude (APSA). Les médecins ont été recrutés au préalable par téléphone, pendant leurs consultations au cabinet, seul moment où ils ont pu être joignable. Une explication sur le projet et le déroulement des entretiens a été détaillée ainsi que la convenance des rendez-vous, après avoir certifié préserver leur anonymat.

L'idée initiale avait été de réaliser 1 focus groupe mais nous nous sommes très vite confrontés à des refus (manque de temps, difficulté de déplacement, impossible à trouver une date commune).

C'est pourquoi nous avons opté pour des entretiens individuels, choix plus judicieux car cela a permis à l'interviewer de se rendre directement sur place (au cabinet), et de faire un état des lieux de l'environnement et des distances les séparant des antennes SMUR.

Les 7 médecins correspondants du SAMU en activité ont participé aux entretiens, nous les nommerons comme suit : MCS1, MCS2... Et MCS7

86% des médecins interrogés ont plus de 50 ans.

100% sont des hommes.

Les 7 médecins exercent dans des Maison de Santé Pluridisciplinaires.

Les entretiens individuels ont duré entre 13 minutes et 26 minutes.

Ces MCS exercent dans les communes suivantes (Figure 1) :

- Axat
- Belpech
- Durban
- Montolieu

D. Le déroulement des entretiens

Les interviews se sont déroulées sur les lieux de travail de chacun, dans la salle de repos de leur cabinet médical, sauf pour une qui a eu lieu au CH de Carcassonne, dans un bureau médical isolé.

Après m'être présenté comme l'interne en fin de cursus de Médecine Générale, le projet a pu être expliqué de façon synthétique en exposant les grandes lignes. Il a été rappelé que l'anonymat serait préservé. Les entretiens ont pu être enregistrés à l'aide d'un téléphone.

Ils ont été regroupés en 3 journées :

- le vendredi 1 Février 2019
- le jeudi 14 Février 2019
- le vendredi 29 Mars 2019

E. Le guide d'entretien (Annexe 2)

Le guide utilisé est identique pour chaque entretien. Il est initialement constitué de questions ouvertes, et au fur et à mesure, il aborde des thèmes plus précis.

Des sous-questions permettent de relancer les interviews s'ils ne développent pas spontanément, tout en sachant respecter les éventuels « blancs ».

Il est à noter que les questions n'ont pas toujours respectées l'ordre précis du guide d'entretien, certains anticipant les items.

F. Analyse thématique

Une retranscription intégrale des réponses apportées par les médecins interrogés a été réalisée afin de constituer le verbatim. Les données ont pu être analysées dans un premier temps par une lecture globale afin d'en tirer les grandes lignes directrices.

Puis, une seconde lecture, « revisitée » plusieurs fois pour éviter des oublis, a permis d'encoder de manière précise les données afin de les comparer et les classer de façon thématique (Thèmes et sous-thèmes), à l'aide du logiciel XMind.

IV. RESULTATS

A. RESENTI DES MCS SUR LEUR PRATIQUE

1. Pratique plaisante

- En début d'entretien, les MCS expriment pour la majorité **du plaisir à l'exercice de cette pratique particulière pour laquelle ils ressentent un réel intérêt, voire même une passion**, comme le rapporte le MCS2 « *pour nous c'est une bonne chose, ça nous plait et on a tous les trois la CAMU (Capacité d'Aptitude à la Médecine d'Urgence), ça nous plait de faire de l'urgence* ». Pour le MCS7 « *À Quillan, il faut aimer les urgences, il faut aimer être sollicité pour des urgences, moi c'était mon moteur quand je suis arrivé ici* ».

Le MCS5 rapporte un exemple concret et vécu pour nous faire partager son plaisir d'exercer l'urgence en extrahospitalier : « *exemple du type qui, en ramassant des tilleuls, tombe à la renverse sur une dalle en béton depuis 14m de haut (...). Quand j'arrive il convulse, je le présente au SMUR qui arrive bien après les pompiers qui m'avaient aidé à le perfuser et le sédaté. Le SMUR arrive au moment où je vais l'intuber et c'est le médecin du SMUR qui l'intube. Du coup, on n'est pas mauvais parce que ça s'est bien passé (...) et que ce type est toujours en vie aujourd'hui avec quand même un fracas cervical, un*

volet costal... Voilà un vrai polytraum, comme on les aime quand on aime ce travail ».

L'adhésion au réseau MCS étant fondée sur la base du volontariat, on comprend que c'est l'engouement qu'ont ces médecins généralistes à exercer la médecine d'urgence qui les motive.

- Pour tous, le fait d'être MCS est complètement **compatible avec leur pratique quotidienne** de médecine générale en milieu rural. Comme nous dit le MCS1 « *ce n'est pas non plus une servitude qui pose problème, qui pose souci, le vécu est quand même très bon* », ou encore le MCS3 « *c'est un peu fondu dans notre activité, on l'a toujours fait et on le fera toujours* » et pour finir le MCS6 « *ah oui tout à fait, plus que compatible, complémentaire, enrichissante, pour tout le monde, pour moi, pour mes patients* ».

La charge de travail supplémentaire qu'apporte ce statut de MCS n'est donc pas un frein à leur pratique habituelle de médecin généraliste en cabinet.

- **La notion de devoir** revient aussi dans plusieurs entretiens, l'image du médecin engagé et responsable est très présente. Le MCS3 témoigne : « *on a fait partie de la branche qui disait, un appel on l'honore, que l'on soit en consultation ou pas, je ne vois pas un médecin refuser un appel pour une douleur thoracique sous prétexte qu'il a deux consultations à faire tranquille dans son cabinet, on peut reconvoquer une angine. Ça paraît complètement à*

côté de la plaque, il y a une urgence on plaque tout et on y va quelle que soit la cause ».

Le même sentiment émane du discours du MCS6 : *« mon ressenti est, qu'étant médecin généraliste à la campagne, depuis toujours, l'urgence fait partie de mes missions ».*

Et enfin, le MCS7 nous fait part de son expérience passée : *« il n'y avait pas de SMUR, il n'y avait rien du tout, il y avait une équipe chirurgicale à Quillan et donc c'est moi qui assurais toutes les urgences de A à Z nuit et jour et 7 jours sur 7. Il n'y avait pas de tour de garde... Pour nous c'était un devoir et c'est toujours un devoir, comme on est deux à se partager les gardes ».*

En tant que médecins généralistes en milieu isolé, **ils se sentent concernés et très impliqués dans la pratique de la médecine d'urgence** et ce, avant même la création de ce réseau MCS.

- Pour le MCS6 cette **pratique est de plus très enrichissante** sur le plan professionnel, *« bien sur ce n'est pas mon travail à temps complet, donc plus je suis mobilisé plus je gagne en expérience et en compétence. »* , avant de surenchérir au sujet de sa relation avec le centre 15 *« oui les contacts que j'ai vis à vis de la régulation au 15 ou vis à vis des confrères et consœurs lors des interventions se passent très bien, je suis très content, c'est des rencontres enrichissantes pour moi, pour ma pratique, pour mes patients. »*

Tous les MCS n'ont pas la même expérience à la pratique de la médecine d'urgence, leurs parcours étant tous différents, certains se forment à l'urgences en entrant dans le réseau MCS alors que d'autres ont eu une formation d'urgentiste ou de médecin pompier au préalable.

2. Pratique utile

- Tous les **MCS sont unanimes pour défendre l'intérêt et l'utilité de leur pratique**, découlant d'une situation médico-géographique très compliquée, avec notamment l'isolement de la population rurale qui la tient éloignée des centres d'interventions médicaux d'urgence.

Le MCS1 explique « *le ressenti, c'est qu'on a une utilité évidente puisqu'on exerce en secteur isolé, on a très souvent des urgences qui attendent l'arrivée du SAMU ou du SMUR, et avec des délais d'attente qui sont trop longs quand il y a vraiment un problème d'antalgie, un problème de survie, un problème vital* » et de rajouter « *ce gage de sécurité est une garantie de l'État, en quelque sorte c'est l'État qui assure la sécurité des patients dans les zones isolées, reculées grâce aux MCS* ».

Il fait, ici, référence à l'Aide Médicale Urgente, qui engage l'État à fournir une équipe médicale à moins de 30 minutes de chaque patient.

Le MCS5 s'exprime « *j'en veux pour preuve mon expérience de médecin généraliste installé dans un village où un VSAV en premier appel est là en environ 30-40minutes et le SMUR au moins autant.* ».

Le MCS6 précise « *le SAMU est ici à 20km la journée et 45km la nuit, ce qui est énorme, car il y a une antenne SMUR à proximité mais qui fonctionne uniquement en journée* ».

Et pour finir le MCS7 nous expose sa situation, « *pour nous ici en Haute Vallée, on est à presque 1h de tout hôpital* ».

- **Les MCS se rendent bien compte du besoin de la population concernée**, qui en milieu rural fait face à une carence médicale immédiate, et d'un accès aux soins difficile., comme nous dit le MCS1 « *la population a besoin quand même d'avoir une sécurité immédiate en cas d'urgence et que les MCS représentent ce gage de sécurité* », ainsi que de l'intérêt direct de leur pratique de MCS, comme en témoigne le MCS6 « *Ca coule de sens, c'est une mission qui a beaucoup de sens pour les patients et pour les médecins, que ça soit les généralistes ou mes confrères et consœurs du SAMU, c'est bien pour tout le monde qu'on soit mobilisable pour couvrir cette demi-heure* », et le MCS5 « *Sachant que de toute façon dans les dix minutes ou dans le quart d'heure dans lequel on peut être efficace on va anticiper les bonnes manœuvres, qui vont permettre au SMUR d'arriver dans des bonnes conditions* ».

Tous ces médecins généralistes se sentent concernés par l'urgence, notamment le MCS7 qui nous dit « *pour moi il n'y a pas d'autre intérêt, pour moi, je suis de l'ancienne génération, si je ne suis pas là quand mes patients*

ont vraiment besoin de moi, à quoi je sers ? pour renouveler les ordonnances ce n'est pas intéressant (...) c'est dans l'urgence que vous servez à quelque chose ».

3. Manque de sollicitation

Tous les médecins interrogés sont unanimes sur la déception de n'être que très peu déclenchés, et de ne pas l'être sur des situations pour lesquelles, selon eux, ils auraient pu apporter une réelle plus-value pour la prise en charge de l'urgence.

Tous ces médecins ont parfois le **sentiment d'être oubliés** dans l'urgence. Il peut arriver qu'ils n'aient pas connaissance d'une urgence à proximité de leur lieu de travail, en semaine ou lors d'astreinte le week-end et l'apprennent fortuitement dans les jours suivants.

- MCS1 : *« Disons qu'il y a déjà peu d'intervention MCS donc on estime sur tout le département à peu près quatre ou cinq interventions par mois donc ça ne fait pas beaucoup »*
- MCS3 : *« Depuis un an, j'ai pratiquement zéro appel »*
- MCS4 : *« Je trouve qu'on n'est peut-être pas assez appelé ou pas lorsque qu'il le faudrait, et moi j'ai deux trois cas comme ça où assez récemment on aurait pu intervenir et on n'intervient pas, donc on est peut-être un petit peu sous*

utilisé et ça de plus en plus depuis quelques mois », ou encore « ce qui est le plus gênant c'est le fait de ne pas sortir quand on peut sortir, voilà ma problématique actuelle moi. »

- MCS5 : *« je n'ai jamais été mobilisé dans le cadre de mes gardes cantonales par le SAMU alors qu'il y a eu des sorties médicalisées par le SMUR de Carcassonne pour lesquelles je n'ai jamais été prévenu »*
- MCS6 : *« c'est difficile de parfois savoir qu'il y avait une urgence vitale à quelques secondes de chez moi et je n'étais pas appelé »*
- MCS7 : *« par contre dans la forme ça ne se passe pas aussi bien que je le souhaiterai, parce que les appels sont peu fréquents ».*

4. Ressenti sur cette faible activité

- Pour la majorité des MCS interviewés, le **rôle du médecin régulateur du Centre 15** est primordial dans la gestion des interventions. Le premier facteur limitant au niveau de leur activité pourrait être, selon eux, lié directement à l'activité du médecin régulateur.

Le MCS2 nous dit *« très déçu par le centre 15, parce que souvent on ne nous appelle pas, sur des trucs cardiaques, des douleurs thoraciques, ou même des œdèmes aiguë pulmonaires (OAP), ils ne nous appellent pas, ils nous oublient, alors que c'est dans notre secteur. »*

Le MCS4 ajoute, répondant à la sous-question concernant la cause de cette faible activité, « *certainement par différents problèmes au niveau des régulateurs du SAMU* ». Ou encore le MCS5 « *je pense que c'est régulateur dépendant, je pense que la régulation aujourd'hui du SAMU11 est déficiente* ».

Différentes raisons sont donc évoquées. Comme le **défaut de connaissance de la situation géographique du département** par les médecins régulateurs, nous témoignons ici le MCS1 « *la plupart des médecins régulateurs ne connaissent pas le secteur, ne connaissent pas les problématiques de l'Aude et des secteurs isolés, donc ils réagissent exactement de la même façon que ce soit une intervention urgente en ville ou dans des secteurs bien couverts par les urgences, ou des secteurs isolés, ils ne font pas la différence, ils ne connaissent pas assez bien la géographie de l'Aude pour faire vraiment la différence* ».

Le MCS4 surenchérit en évoquant de plus la pénurie de médecin régulateur dans le département, « *la détérioration des interventions MCS, sur notre canton en tout cas, va de pair avec la diminution de la démographie de régulateurs libéraux, qui ne sont peut-être pas forcément originaire du coin ou connaissent peut-être pas trop la situation géographique du coin, ne savent même pas qu'on existe* ».

Cette notion de **manque d'information auprès des médecins régulateurs** revient aussi dans le discours du MCS6 « *peut-être que les régulateurs ne sont pas toujours informés qu'on est mobilisables, disponibles.*

Bon, dans mon secteur ici, il y a le handicap, que parmi les quatre médecins qui assument la PDS, je suis malheureusement le seul qui ai cet engagement MCS, donc je comprends aussi que pour un régulateur, il n y a pas l'automatisme de savoir que dans ce secteur il y a un MCS 25% du temps. » et dans celui du MCS7 « Je suis assez déçu de l'organisation des MCS, franchement, alors des fois le régulateur fait son boulot correctement et la plupart du temps ne le fait pas, ne fait pas son boulot, on est là, on est prêt à intervenir sur les urgences et.. Bon, le message ne se fait pas ».

Le MCS2 émet plus de réserve au sujet de cet hypothétique manque d'information, « *très décevant parce que, une fois sur deux on ne nous appelle pas, et pourtant au centre 15, les régulateurs, nous sommes régulateurs libéraux tous les quatre (en parlant de ses associés eux aussi MCS) ils nous connaissent, ils savent qu'on est MCS, qu'on a un ECG, qu'on a tout ce qu'il faut, donc normalement ils devraient nous appeler, mais ce n'est pas systématique ».*

- **Le second frein à cette activité**, identifié par les MCS est celui du **cadre législatif dans lequel un MCS peut être déclenché.**

En effet, comme expliqué dans la première partie de cette Thèse, un MCS ne peut être sollicité sur une urgence que si une équipe SMUR est déclenchée au même moment.

Ce problème est souligné par le MCS1 et le MCS3, « *Le problème du centre 15, c'est que l'on est un petit peu ficelé par les textes, c'est à dire qu'au*

centre 15, le médecin régulateur ne peut déclencher un MCS, que s'il déclenche simultanément une équipe SMUR, donc il ne peut pas nous envoyer en éclaireur pour ensuite voir s'il déclenche une équipe SAMU ou SMUR. Ce qui limite beaucoup les interventions ».

Sujet sur lequel ce même MCS revient plus tard dans l'entretien, « donc le déclenchement simultané des deux équipes, finalement très souvent ils (les régulateurs) n'en voient pas l'utilité. Ils envoient directement une équipe SAMU ou SMUR ou hélico, et le gain de temps de 30minutes pour eux ne rentre pas tellement en ligne de compte. »

Et enfin, « on te déclenche toi en même temps qu'un SMUR, déjà faut-il que le SMUR soit disponible ».

Le MCS3 parle lui de machine administrative en parlant de l'organisation MCS, « l'histoire MCS, il faut voir le service rendu à la population si tu veux, et c'est vrai que, comment dirai-je... c'est une machine administrative qui est lourde »

B. LIEN AVEC LE CENTRE 15- SAMU

1. La Communication

Le fait d'avoir officialisé ce statut de MCS a permis de relier directement la médecine libérale avec la médecine hospitalière et le centre 15. La

communication et l'entente entre ces trois acteurs de soin est indispensable au bon fonctionnement de cette mission MCS.

D'après le MCS3, s'entretenir avec le centre 15 n'est pas un exercice facile mais enrichissant, « *passer un message au centre 15 est un exercice très difficile, il faut pas mal d'années pour le maîtriser et en être digne j'ai envie de dire, et de ne pas être tout fouillis... mais c'est très difficile à faire, mais il n'y a aucun problème bien-sûr.* » mais malgré cette difficulté ce lien reste appréciable pour un médecin libéral isolé. Le MCS6 témoigne « *oui les contacts que j'ai vis à vis de la régulation au 15 ou vis à vis des confrères et consœurs lors d'interventions se passent très bien, ce sont des rencontres enrichissantes pour moi, pour ma pratique, pour mes patients, donc globalement ça se passe très bien.* »

Pour les MCS3 et 4, le fait de faire de la régulation libérale au centre 15, leur permet d'avoir non seulement un regard différent sur cette pratique de médecin régulateur mais aussi de pouvoir connaître les différents intervenants et de se faire connaître, « *j'en ai fait pendant 10ans (de la régulation médicale), c'est très bien, ça nous permet de connaître les gens, ça nous permet de connaître les problèmes de régulation, on a souvent tendance en tant que médecin installé à critiquer le médecin régulateur* ».

Le MCS4 déplore lui le manque de communication directe avec le médecin régulateur, « *je fais de la régulation libérale, on a quand même pour consigne de discuter avec le médecin qu'on envoi nous sur une visite pour une urgence de degrés moindre, une visite classique, et malheureusement on a pas en direct le régulateur, on a souvent l'ARM (Assistant(e) de Régulation Médicale), on les aime*

bien, on les adore les ARM, il y a pas de soucis, mais c'est vrai qu'un discours de médecin à médecin est préférable, surtout quand tu fais une sortie qui est justement limite. »

2. La donation de matériel

C'est le **SAMU de Carcassonne** qui fournit à chaque MCS le matériel nécessaire pour leurs interventions et qui s'occupe de le renouveler régulièrement. Il existe une liste officielle publiée par le Ministère de la Santé qui peut permettre de support, mais chaque ARS forme sa propre liste de donation. Les MCS de l'Aude en sont, pour la majorité, très satisfaits.

- MCS1 : *« oui on a des sacs, des sacs SMUR qui sont opérationnels et donc ça se passe bien avec le SAMU de Carcassonne ».*
- MCS2 : *« oui, on a tous ce qu'il faut »*
- MCS3 : *« c'est très bien, alors on avait le matériel avant, personnel, mais c'est vrai que c'est plus sympa de l'avoir, et surtout entretenu, on fait peu d'urgence, ça périmé, donc c'est quand même très bien de temps en temps de remplacer. »*
- MCS4 répondant à la même question : *« Excellent ».*

Les MCS6 et 7 sont eux aussi satisfait mais **émettent quelques réserves**,
« *oui, je suis satisfait, il y a toujours la question d'évoquer, est ce qu'il ne faudrait pas qu'on ait des défibrillateurs qu'on n'a pas ? À part ça non le matériel est bien.* »
» Et le MCS7 surenchérit en faisant part de son expérience personnelle, « *on n'a pas de défibrillateur d'une part et de deux on n'a pas d'hémocue (mesure de l'hémoglobine capillaire), alors sur les accidents de la route, sur des postes en montagne ou chez les forestiers, ou il y a des traumatismes et poly traumatismes il faudrait quand même se rendre compte si le mec saigne ou pas* ».

3. La formation

La formation des MCS dans l'Aude, consiste **en une formation initiale de deux semaines d'observation et de pratique, ainsi qu'une formation continue de deux séminaires d'une soirée, par an**. Elle est réalisée via le CESU (Centre d'Enseignement en Soins d'Urgence) par des Praticiens Hospitaliers exerçant à l'Hôpital de Carcassonne, étant formateurs agréés.

S'agissant de la qualité de cette formation, tous les médecins interrogés sont d'accord pour dire que c'est **un des points forts de la création de ce réseau MCS**.

- MCS1: « *Question formation on a deux formations annuelles en soirée, formation continue, qui sont à Carcassonne avec le Dr****, et puis donc une formation initiale qui pour nous a été faite il y a déjà quelques années, ont été déjà formés à aux urgences, car ici à ***** , sur 4 (médecins) on étaient 3 à avoir fait la CAMU, la capacité de médecine d'urgence, à avoir aussi travaillé aux urgences de Narbonne, on était attaché aux urgences de Narbonne depuis quelques années, et le 4ème (médecin) à être arrivé (dans la MSP), avait travaillé aux urgences, et donc était habitué à gérer les urgences »*
- MCS2 : « *on est formé tous les deux ou trois mois, il n'y a pas de problème »*
- MCS3 : « *que ce soit la formation, elle est de qualité..., de ce côté là rien à dire, c'est le point positif des MCS »*
- MCS5 : « *j'ai assisté une fois à un séminaire organisé par l'un des PH qui était d'un bon niveau, qui était intéressante. »*

Tous les MCS n'ont pas le même parcours de formation initiale, certains ont pratiqués l'urgence durant plusieurs années avant d'être MCS alors que d'autres se forment pour accéder à ce statut de MCS.

Le peu d'activité ne leur permettant pas d'acquérir rapidement de l'expérience certains aimeraient donc une formation plus soutenue de la part du Centre 15.

- MCS4 : « *je pense qu'on mériterait d'en faire un peu plus, après la formation est au top, vraiment sans aucun problème* ». Ou encore « *le fait d'être de garde assez souvent comme ça en milieu reculé, j'ai fait une formation l'an dernier, donc pour moi ce n'est pas suffisant* ».
- MCS6 : « *En termes de formation on a deux soirées de formation par an qui sont très bien aussi, maintenant la difficulté pour moi, du MCS pour être que voilà... On n'est pas dans... Enfin ce n'est pas notre pratique quotidienne donc... (Pensif)* ».
- MCS7 : « *ce n'est pas suffisant à mon avis pour une formation médicale continue et je pense que là aussi on devrait de nouveau faire une ou deux journées de pratique dans l'année, parce que l'intubation moi j'en fais une par an. Donc ce n'est pas suffisant.* »

C. VALORISATION DU STATUT DE MCS

1. Rémunération

La rémunération des MCS se fait au forfait, pour chaque intervention un MCS touche, via l'ARS, 150e forfaitaire. En effet il est difficile de faire payer un acte d'urgence directement au patient tant l'ambiance peut s'avérer tendue sur le moment. **Cette somme est fixe quel que soit le type d'intervention et le lieu de l'intervention, ce montant est-il suffisant ?**

Le MCS1 nous l'explique « *on a une rémunération à l'acte, à chaque sortie on a une rémunération de 150e forfaitaire, que ce soit la nuit, le weekend, quel que soit les kilomètres parcourus, c'est forfaitaire.* »

Pour le MCS2, ce tarif n'est pas adapté à toutes les situations, il nous fait part de son ressenti et de son expérience, « *150e la rémunération, c'est bien quand on reste sur **** (ville où se trouve son cabinet), quand on va en pleine nuit sur T***, ça fait 44km aller-retour, en pleine nuit c'est 150e, c'est pas beaucoup, surtout qu'on peut pas faire payer le patient, il n'y a que notre « truc » MCS, 150e, ça fait léger quand même* ».

Plus loin dans l'entretien il revient sur ce même sujet « *il faudrait au moins qu'ils rajoutent une indemnité de nuit et des indemnités kilométriques en plus, voilà* ».

Il est vrai que dans ces zones isolées le lieu et le motif de l'urgence influence énormément la durée d'une intervention.

Les MCS3 et MCS4 nous font part de quelques exemples personnels dans lesquels la législation du réseau MCS au sujet de la rémunération fait encore défaut.

En pratique les MCS sont parfois utilisés sur des urgences dans leur secteur alors qu'aucune équipe SMUR n'est disponible pour être déclenchée simultanément. Dans ce cas de figure, **l'intervention du MCS n'est pas comptabilisée comme sortie MCS**, car le cadre législatif impose le déclenchement simultané d'une équipe SMUR. Le fait est que l'intervention du MCS est quand même utile voire même indispensable, cependant **le MCS ne**

touche alors pas d'indemnité de déplacement au titre de son statut MCS, car son intervention n'est pas classée « MCS ».

- MCS3 : *« je m'explique, si tu veux, on te déclenche en même temps qu'un SMUR, déjà faut-il que le SMUR soit disponible. C'est vrai que parfois, l'été on a tous eu des exemples où on nous a déclenché parce que le SMUR n'était pas disponible justement ; il était sur la plage sur une noyade, l'autre de Carcassonne n'était pas là, il y avait une urgence ; on était bien content de nous avoir. Dans ce cas-là, on ne peut pas être payé, car le SMUR ne part pas, et dans les textes, il est dit que... (hochement de tête) ». Avant de surenchérir quelques minutes plus tard, « c'est bien mais c'est très rigide, comme je le disais toute à l'heure, il faut que le SMUR soit déclenché, s'il n'est pas déclenché sous prétexte qu'il est déjà occupé, on fait le même boulot, même job, pourquoi dans un cas on va être payé et dans l'autre ne pas être payé, ça paraît aberrant, complètement ».*

- MCS4 : « ce qui pourrait être amélioré c'est sur certaines sorties du coup, on sort plutôt en reconnaissance, on n'est pas forcément MCS, on pourrait être MCS, sur certaines qui ne sont pas dans le cadre légal et on n'est pas rémunéré pour ça... il y a quelques petites sorties qu'on pourrait passer sous couvert MCS et qui malheureusement passent un petit peu à la trappe. C'est toujours pareil, c'est dans l'histoire de la reconnaissance et ce pourquoi on sort. »

2. Absence d'astreinte MCS payée par l'ARS

Autre sujet de désaccord avec le cadre législatif mis en place par l'ARS, il **n'existe pas de paiement d'astreinte MCS**. Les astreintes en PDS sont calquées sur les gardes qui existaient déjà avec cette même PDS, par contre **en journée, il n'y a pas d'astreinte MCS payée**. Pendant les heures ouvrables de cabinets médicaux les MCS ne touchent aucun paiement d'astreinte, alors qu'ils sont susceptibles d'être déclenchés à n'importe quel moment par le SAMU. En pratique, ils seraient dans leur droit de pouvoir refuser une intervention proposée par le SAMU, mais ils ne le font jamais. **Cette astreinte est donc simplement morale.**

- MCS1 : « *MCS en fait n'est pas rémunéré à l'astreinte, il n'y aucune astreinte spécifique MCS sur l'Aude, et même ailleurs. Donc le MCS en fait se calque sur l'astreinte payée par l'ARS concernant les gardes de nuits profondes et les gardes en soirées et les gardes de weekend. Dans la journée aucune astreinte n'est payée par personne, donc le MCS peut très bien dire, je ne suis pas libre j'ai trop de monde, trop de travail, je ne vais pas sur l'urgence. On ne le fait pas bien sûr, mais on pourrait ne pas le faire, alors qu'en astreinte, aux horaires d'astreintes 20h-8h00 et les weekends, on est obligés d'intervenir en tant que médecin de garde de secteur. Mais voilà, le non-paiement de l'astreinte MCS est un problème c'est sûr. On devrait avoir un paiement d'astreinte MCS dans la journée ».*

- MCS3 : *« peut-être que le paiement à l'acte n'est plus du tout d'actualité, parce qu'il y a de l'astreinte, parce que voilà... (pensif...) et ça n'est pas revalorisé et c'est un énorme problème en milieu rural, ce côté d'astreinte est heu... Est très mal, on s'en occupe pas du tout quoi ».*

- MCS5 : *« Elle est nulle (en parlant de la rémunération) puisqu'on ne fait pas ça pour l'argent puisque toute la période d'immobilisation, du fait d'être d'astreinte n'est pas rémunérée et seul l'engagement sur le terrain permet une rémunération. »*

Le MCS7, lui, refuse de toucher les indemnités liées à son activité MCS. **Il voudrait que celles-ci soient non imposables.** Pour manifester son mécontentement il ne les touche jamais. *« En ce qui concerne la rémunération, je vais vous étonner, j'ai toujours préconisé que les rémunérations, quand on fait du MCS, devraient être défiscalisées, elles ne le sont pas, donc je ne demande pas les gardes, ne demande pas les forfaits, j'en fais cadeau ».* Avant de surenchérir plus tard dans l'entretien, *« ce n'est pas normal, je ne vois pas pourquoi en travaillant plus hein... On est payé plus mais on est imposé plus, je ne vois pas l'intérêt, on est perdant-perdant, à 64ans, me lever à 3h du matin ou 4h du matin et payer des impôts là-dessus, il y a un problème quelque part, personne ne le fait ça, je ne suis pas d'accord là-dessus, ils le savent, je l'ai déjà dit, répète et répète mais ça ne fait rien... On continue. C'est pour ça qu'il y en a de moins en moins déjà, et puis je trouve qu'on est moins motivé. »*

D. IMPRESSIONS SUR LE DEVENIR DU RESEAU MCS DANS L'AUDE

Quand on interroge les MCS de l'Aude sur leur avis au sujet de l'avenir du réseau, leur réponse est assez **pessimiste**. La plupart pense que cette pratique ne va pas pouvoir perdurer dans le temps. Et ce, malgré le fait qu'ils soient tous convaincus que celle-ci est clairement indispensable pour la population vivant dans ces zones isolées.

Le MCS2 nous dit, « Ça ne perdurera pas, malheureusement mais bon, c'est comme ça. » Ou encore le témoignage du MCS4 « *je ne sais pas si ça va permettre de maintenir l'activité dans les campagnes, l'activité étant ce qu'elle est, moi je pense que le MCS dans l'Aude, en tout cas, n'a pas d'avenir.* ».

Et enfin le MCS5 est lui assez catégorique « *La situation du maillage, de la prise en charge des urgences... dans mon quotidien, c'est à dire dans le département de l'Aude me fout le trac aujourd'hui* ».

1. Manque d'effectif

Le faible nombre de MCS sur le département de l'Aude est un problème majeur. Il y a seulement 7 MCS, répartis de façon hétérogène, sur tout le département. Les secteurs d'intervention de chacun ne pouvant être élargis, il

reste plusieurs zones dépourvues de MCS. De même pour le roulement des gardes de MCS, seules quelques gardes peuvent être couvertes par un MCS.

- MCS1 : « *la difficulté c'est qu'il n'y a pas beaucoup de MCS reparti sur le département, donc le problème actuel c'est ça, c'est de recruter avant tout* ».

Étant tout particulièrement au courant de la situation actuelle le MCS1 nous fait part de l'état des lieux actuel de l'effectif des MCS du département, « *Actuellement combien on a de MCS ? En fonction on en a 1 sur Axat 1 sur Belpech ,4 à Durban, 6, en tout, celui de Montolieu est parti donc actuellement on est à 6 avec pt être St Laurent peut être Esparaza, et peut être un de plus à Axat, donc pt être 3 de plus dans les mois qui viennent donc ce n'est pas suffisant pour couvrir tous les secteurs isolés du département.* »

- MCS4 : « *C'est un souci général de démographie, je pense que les MCS ça va être compliqué dans les années qui viennent.* »

Pour deux autres MCS, **ce manque de médecin n'ira certainement pas en s'arrangeant au vu de l'âge vieillissant de l'effectif MCS actuel.** Et sont donc aussi très pessimistes sur le devenir de ce réseau.

- MCS2 : « *parce que dans l'Aude je crois qu'on est 6 MCS sur 6 il y en a 4 à Durban, je connais les 3 vieux et le 4ème heu... 3 vieux qui partent à la retraite et le 4ème on ne sait pas où il ira, t'as plus que 2 MCS dans l'Aude... Voila* ».

- MCS3 : « *on est 3 de plus de 64ans euh... La fin est proche pour 3 d'entre nous, la grande majorité, et le dernier (médecin de la même MSP) je ne sais même pas s'il va rester, donc on va se retrouve dans un désert médical, un de plus* ».

2. Inquiétude pour la population

Tous les MCS sont bien conscients de leur utilité auprès de cette population défavorisée en termes d'accès aux soins urgents. De fait, ils s'inquiètent tous de la potentielle disparition de ce réseau, et de l'impact que celle-ci aura sur la prise en charge de ces patients.

Le MCS1 nous fait part de son inquiétude, « A mon avis c'est un risque pour la population certains, mais le problème c'est que je ne suis pas du tout sûr qu'il y aura encore des médecins pour faire MCS dans quelques années, pas du tout certains... »

Quant au MCS3 il nous rapporte « *d'ailleurs quand on va partir ça va être une grande gifle pour les gens* ».

3. Manque d'attractive

L'adhésion au réseau MCS étant basée sur le volontariat, **peu de médecins généralistes se décident à s'engager dans cette discipline** qu'ils n'ont pas forcément tous l'habitude de pratiquer. L'attractivité du statut faisant défaut, c'est **un véritable frein à l'augmentation du nombre de MCS** dans le département, que ce soit pour des jeunes futurs médecins, ou alors pour des médecins généralistes déjà installés en zone rurale qui voudraient se former à cette pratique.

- MCS1 : « *Le statut de MCS va dépendre surtout des médecins de secteurs isolés, s'ils vont jouer le jeu et continuer à vouloir être MCS ou s'ils vont baisser la garde et se plier en fait à ce qu'il se passe dans les villes et autour des villes, c'est-à-dire l'absence totale de garde* ».
- MCS2 : « *Il faudrait des volontaires. Ce qui n'est pas le cas* »
- MCS3 : « *on va se retrouve dans un désert médical, un de plus, c'est dommage mais bon d'un autre côté, de tout notre vie on n'a pas été reconnu non plus, on a gagné même pas la moyenne de ce que gagne un médecin normal, en étant, en cumulant médecin urgentiste MSU...* »
- MCS4 : « *je suis assez pessimiste parce que dans une situation assez pessimiste en ce moment au niveau rurale là, je ne pense pas que ça attire beaucoup les jeunes, je ne sais pas si ça va permettre de maintenir l'activité dans les campagnes* ».

- MCS7 : « *quand il y a des mecs passionnés comme moi ça le fera parce que pour moi c'est un devoir, pour moi c'est le devoir de donner cette assurance aux gens qui me font confiance et qui nous sont fidèles mais pour moi il n'y a pas d'autre intérêt* ».

4. Différenciation Médecin généraliste et urgentiste

Le ressenti du MCS3 est assez pertinent, il observe que **de plus en plus les médecins généralistes ne pratiquent plus et ne se forment plus à l'urgence**. En milieu urbain cela a peu de répercussion grâce à la proximité des Hôpitaux, mais en milieu rural cela pose un tout autre problème. Pour lui, un médecin de campagne doit être un urgentiste, « *je suis un peu de la vieille école entre, mais pour moi un médecin de campagne et un médecin urgentiste c'est la même chose, alors qu'actuellement on scinde en deux. Le médecin généraliste ne va pas pouvoir se déplacer sur une urgence qui relève du SMUR etc. il va dire, non c'est pour les urgences, ce n'est pas pour moi, pour moi un médecin généraliste doit....., c'est pour ça que on a toujours été, on a été MCS.* »

Il nous livre son ressenti sur cette problématique :

« Très difficile avec ce qu'il se passe actuellement, si on a des gens qui sont capables de tout faire comme nous, mais on est en... voit de disparition. Donc l'avenir je le sens pas du tout avec cette séparation d'activité de médecine générale et médecine d'urgence, les deux doivent être réalisées par la même personne, et dans un même canton. »

« D'autant plus que si on continue de scinder l'activité de médecine générale aux familles, avec l'activité d'urgentiste ça va être à mon avis impossible de joindre les deux bouts, il faut absolument que les médecins soient polyvalents, qu'ils fassent de la médecine générale mais qu'ils soient aussi formés à la médecine d'urgence ».

V. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

A. LES FORCES DE L'ETUDE

L'étude qualitative m'a semblé être la plus adaptée pour recueillir le ressenti d'un médecin sur une pratique particulière, comme ici, celle de MCS. Un entretien semi-dirigé mené par des questions ouvertes a permis d'obtenir un recueil de données le plus objectif possible. Permettant au praticien interrogé de pouvoir aborder tous les sujets qui lui paraissaient pertinents, tout en gardant un fil conducteur, grâce à des relances ou des sous questions.

Le faible nombre de sujets à inclure dans l'étude, nous a permis de réaliser tous les **entretiens de façon individuelle**, leur temps de parole a donc été optimal, de plus, le biais d'influence a été réduit au maximum.

Tous les sujets éligibles à cette étude ont pu être interviewés, il n'y a eu aucune annulation, et aucun entretien n'a été effectué par téléphone.

La population étudiée est donc strictement représentative de la population cible. Il n'y a pas de biais de sélection.

B. LES LIMITES DE L'ETUDE

Des **biais interne** à l'étude, comme le manque certains d'expérience de l'interviewer, a pu interférer avec le déroulement de certains entretiens.

Nous avons cependant tenu à respecter les « blancs », pour laisser place à la réflexion de chaque MCS, afin de recueillir des données les plus personnelles possibles.

Quant aux participants, leurs réponses ont pu être incomplètes, et pour certains d'entre eux ont révélé des informations qu'une fois le dictaphone éteint.

De plus, le fait que la population étudiée soit peu nombreuse peut avoir tendance à limiter la quantité des informations recueillies, cependant on a vite remarqué que l'on arrivait à une saturation des données au bout des 7 entretiens.

Des **biais externes** à l'étude peuvent aussi être soulignés.

Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet de chacun des MCS, les moments choisis pour les interviews ont été des créneaux de consultations réservés au préalable et dédiés à l'entretien, pendant une journée de travail. Par conséquent, il a pu être ressenti un empressement pour répondre à certaines questions. Mais tous ont tenu à y répondre et à utiliser le temps imparti.

Un seul un entretien, s'est réalisé au CH de Carcassonne dans un bureau médical, dut à un souci d'organisation et de planning de l'intervenant. Pour autant l'entretien s'est déroulé dans une pièce fermée et à l'écart de toute distraction.

Et enfin, des **biais d'interprétation** ont pu être relevés du fait de l'analyse qualitative employée. L'analyse a été faite suivant le modèle de la Théorie Ancrée. On a cherché à collecter des données sans a priori, sans hypothèse initiale. Puis on les a codées, regroupées en différents thèmes communs aux différents entretiens, pour pouvoir les analyser et leur donner un sens final. L'interprétation personnelle de l'enquêteur peut donc être un biais non négligeable.

VI. DISCUSSION

A. LE RESSENTI SUR LEUR PRATIQUE MCS

1. Pratique plaisante

Nous retrouvons chez **tous les MCS interrogés cette notion de plaisir** à pratiquer la médecine d'urgence. En tant que médecins généralistes installés en milieu rural, c'est une pratique qui faisait déjà partie intégrante de leur activité quotidienne. Avant même la création et l'officialisation de ce statut de MCS.

Comme nous le rappelle **le guide de déploiements des Médecins Correspondants du SAMU publié par le DGOS en Juillet 2013**, « la fonction de MCS repose sur le volontariat des médecins» (6). Ils ont fait le choix de devenir MCS.

Pour ces médecins **c'est une vocation**, s'ils sont venus s'installer en milieu rurale c'est qu'ils aiment la médecine d'urgence, et sont heureux de la pratiquer. Le discours du MCS7 est assez parlant « *un médecin est là pour servir, assister les gens et leur porter secours quand ils en ont vraiment besoin, quand ils sont là et qui viennent chercher leur ordonnance et que je leur prescris des examens pour leur diabète avec une HbA1c... c'est tellement formater ça... il n'y a aucun intérêt,*

c'est chiant. C'est chiant. L'urgence c'est ça qui est bon, à 3h du matin le téléphone sonne vite parce que papi il s'étouffe ou il fait du sang, là ça fait monter l'adrénaline, là c'est chaud, c'est ça qui est bien, après ce qui n'aiment pas ça, ils n'aiment pas ça. Mais moi j'aime ! »

2. Pratique utile

Tous les Médecins généralistes interviewés sont bien conscients de l'utilité de cette pratique. Ils la qualifient même d'**indispensable pour la sécurité de la population rurale**. Pour eux, ce statut est une solution logique, adaptée et cohérente pour réduire au maximum l'intervalle libre entre le patient et l'équipe médicalisée la plus proche.

Pour **la Fédération MCS France**, « le médecin généraliste est prédestiné à l'urgence parce qu'il est (6):

- Le plus près géographiquement de la demande de prise en charge urgente de son patient
- Disponible sur le terrain
- Expert dans la connaissance de son patient et de ses antécédents personnels

- En collaboration régulière avec le SAMU (activité de régulation PDS dans un centre 15, MSP volontaire)

Le choix d'installation rurale d'un Médecin Généraliste marque un engagement fort envers un territoire et auprès d'une population. Cet engagement se prolonge tout naturellement dans la fonction de MCS.

Cependant, du fait de la faible activité du réseau MCS de l'Aude, certains ont un sentiment mitigé. Ils aimeraient pouvoir être encore plus utile en étant bien plus sollicité qu'ils ne le sont actuellement.

3. Manque de sollicitation

Il est indéniable que dans l'Aude **les MCS ne sont pas assez exploités**. Les chiffres récupérés auprès de l'APSA et exposés en première partie de cette Thèse sont assez parlant et vont de pair avec ce ressenti omniprésent chez tous les MCS, celui de ne pas être sollicité suffisamment par le SAMU.

La plupart des MCS relatent des situations concrètes pour lesquelles ils auraient pu être appelés sur des interventions dans leur secteur et dans le cadre de leur astreinte MCS alors que seul un SMUR fut mobilisé.

Il nait de ce fait, un **sentiment de mise à l'écart** qui s'oppose à la volonté et à la motivation de ces MCS. Certains MCS pensant même à un manque de reconnaissance au niveau du SAMU.

Ressentis bien retranscrits dans ces deux témoignages :

- MCS4 : *« on serait aussi déjà peut être intervenu, donc je sais que ça nous enquiquine un petit peu, ce qui est plus gênant c'est le fait de ne pas sortir quand on peut sortir, voilà ma problématique actuelle moi. »*
- MCS6 : *« le problème principal puisqu'on n'est pas appelé systématiquement quand le SAMU est mobilisé dans le secteur, parfois on l'apprend après, donc on a un vrai problème encore de reconnaissance. »*

Cette mise à l'écart a aussi une **répercussion négative sur les patients**.
Devant une population demandeuse, qui ne comprend pas pourquoi elle doit attendre un SMUR plus de 30 ou 40 minutes alors qu'elle sait pertinemment que des médecins compétents sont à proximité de leur domicile.

Par conséquent, le MCS7 se permet de laisser son numéro de téléphone personnel afin de « shunter » le SAMU, en cas de problème.

Comme il nous l'explique « *après bon, je fais beaucoup d'urgences quand même, car les gens ont toujours mon numéro et savent toujours que je suis là pour les urgences.* »

Il intervient donc en dehors du cadre de MCS. Comme ils le faisaient avant la création de ce statut.

Nous avons pu comparer avec une des structures de l'Hérault, basée à Clermont l'Hérault, l'UMUPS (Unité Médicalisé Mobile de l'Urgence et de la Permanence de soin), composée uniquement de MCS. Cette structure a un mode de fonctionnement complètement différent. Les MCS prennent des gardes de 24h en plus de leur activité libérale, ils sont sur place et sont sollicités via le centre 15 ou le 18, pour des missions en rapport avec l'urgence mais aussi pour des missions administratives (certificat de décès et examen dans cadre de procédures de mise en garde à vue) (14).

En 2015, ils étaient 25 à se partager ces gardes, pour une activité de 1700 interventions par an. L'activité est telle, qu'une antenne SMUR va bientôt y voir le jour.

4. Ressenti sur cette faible activité

Deux axes de réflexions prédominant largement quant au ressenti des MCS envers les causes de cette faible activité.

Le premier se tourne vers le **rôle central et primordial du médecin régulateur du centre 15**, et le second vers **l'aspect limitant que peut engendrer le cadre législatif du statut de MCS**.

Le centre de régulation du SAMU11 se trouve à Carcassonne, il est couplé avec celui du SDIS 11. Les médecins régulateurs sont des urgentistes, qui pour la plupart, travaillent aux Urgences sur le CH de Carcassonne.

Travaillant dans le service en tant que Médecin généraliste depuis 2ans, je sais pertinemment que le service fait face à une **pénurie de médecins urgentistes** depuis les 3 dernières années. Le service doit souvent faire appel à des médecins intérimaires, il existe donc un **turn-over assez régulier des effectifs de médecins urgentistes, et de surcroit des médecins régulateurs**.

Nous avons pu récupérer auprès des affaires médicales du CH de Carcassonne les chiffres exacts de l'année 2017-2018 (15). Ce que confirme le rapport de l'ARS de Mars 2018 (16):

Sur un effectif cible de 34 ETP (Équivalent temps plein) pour le service des Urgences, l'effectif réel était de 17 ETP sous contrat régulier. D'où la nécessité de recruter des médecins urgentistes intérimaires.

Cela pourrait facilement expliquer le fait que certains régulateurs ne soient pas informés de toutes les subtilités du maillage médical de la région. Et notamment de la mise à disposition de MCS dans certains secteurs de l'Aude.

Les médecins régulateurs ne sont donc pas assez sensibilisés à ce réseau MCS.

D'après les recommandations de bonnes pratiques du guide de déploiement des MCS de Juillet 2013 fourni par le Ministère de la Santé (6):

« Il est recommandé la mise en place de protocoles d'intervention SAMU/MCS. Ces protocoles sont à définir localement dans chaque SAMU-Centre 15 dans le cadre d'une discussion entre le SAMU et les MCS ou leurs représentants et sont en cohérence avec les exigences de formation du MCS.

Ils s'appliquent à l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence et ont vocation à être diffusés auprès de tous les acteurs du territoire. L'homogénéisation et la coordination des interventions sur le territoire sont essentielles. »

A l'heure actuelle, au centre 15 de l'Aude, ce sont les ARM (Assistante de Régulation Médicale) qui ont accès à un tableau Excel, mis à jour quotidiennement, qui récence les MCS en poste pour chaque journée. C'est donc à elles d'informer le médecin régulateur car celui-ci n'a pas directement l'information. L'information n'est pas informatisée directement sur le logiciel de régulation.

Il y a un manque d'information au niveau du centre de régulation du SAMU11.

Une solution pourrait être d'intégrer dans le logiciel des régulateurs, une alerte automatique qui les avertirait de la disponibilité d'un MCS dans le secteur de

l'appel reçu. Cela lui permettrait d'avoir directement l'information, plutôt que de devoir aller la chercher sur une liste d'astreinte, et ce, sans avoir à vérifier si le secteur correspond ou pas à celui du MCS. Ce serait un gain de temps certains pour le régulateur et surtout un accès à l'information direct, pour les régulateurs qui n'ont pas l'habitude de réguler dans la région.

Idée soulevée par le MCS 4 : « des solutions... peut-être, sur les ordis de régulation ou re-briefer un peu les parms ou ce genre de chose, pour que chaque fois qu'il y ait une sortie susceptible d'être MCS chez nous, qu'on soit déclenché automatiquement. »

D'après les praticiens interrogés, **le deuxième frein à l'activité des MCS est le cadre législatif strict des sorties MCS.**

Comme souligné dans l'article 2 de « l'arrêté du 12 février 2007 », un MCS ne peut être sollicité seulement si un SMUR est disponible au même moment (4):

« Le SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du MCS et de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), chargée de prendre en charge le patient. Le SAMU adapte, après réception du premier bilan du MCS, les moyens de transports nécessaires aux besoins du patient. »

En effet cette condition peut paraître limitante, surtout l'été dans cette région de France, où le SMUR est très sollicité. La présence d'un SMUR est bien évidemment souhaitable pour chacun des MCS, cependant lorsque celui-ci n'est

pas disponible, se priver d'un MCS représente une réelle perte de chance pour le patient.

Alors que ces sorties sur des situations urgentes, les médecins ruraux avaient l'habitude de faire avant la création du projet MCS.

Le ressenti du MCS 3 est assez explicite « *on est entre deux chaises, entre le service rendu à la population, la réalité de notre action sur le terrain et la machine administrative qu'est le MCS.* »

Certains régulateurs qui connaissent bien les MCS se permettent de les appeler pour les prévenir de l'urgence, mais en dehors du cadre MCS.

Le MCS 2 témoigne : « il est arrivé une fois où ils m'ont appelé sur un village très loin, 30km, ils n'avaient pas de SMUR, ils m'ont dit ***** (prénom du MCS), « tu veux y aller ? on n'a pas de SMUR, une douleur thoracique », pas de problème, j'y vais »

Serait-il possible de déclencher un MCS en l'absence d'un SMUR en cas d'urgence jugée comme vitale par le régulateur ?? Et ce, sous le cadre juridique du réseau MCS ?

En comparant à nouveau, avec l'UMUPS dans le département de l'Hérault, une convention avec l'ARS leur permet de sortir sans déclencher un SMUR obligatoirement, les MCS jouant en plus un rôle d'éclaireur. Ceci est en accord avec chaque MCS, et participe en grande partie à cette forte activité enregistrée (14).

B. LIEN AVEC LE CENTRE 15 – SAMU

1. La communication

En grande majorité, les Médecins généralistes interrogés reconnaissent que leur **fonction de MCS a des répercussions positives sur leurs relations avec le SAMU-Centre 15**. Les deux systèmes évoluent par complémentarité, ils ont des relations confraternelles, et enrichissantes. Les MCS et SMUR agissent de manière conjointe et coordonnée.

Cela permet une communication régulière, qui n'existerait pas sans ce statut de MCS. **La barrière symbolique séparant le médecin libéral et le médecin hospitalier est abolie.**

Chacun peut mieux appréhender les problématiques de l'autre, en tient compte et leur coopération entre chaque intervenant est, au quotidien est renforcée.

Les MCS sont très demandeur d'échanger directement avec le médecin régulateur. Ce qui peut permettre aussi aux médecins régulateurs de mieux connaître les MCS, et de pouvoir établir une relation de confiance.

2. Le matériel

La dotation de matériel mise en place par le SAMU-Centre 15 est réellement un point fort du réseau MCS.

Il se charge de la mise à disposition du matériel, des modalités de mise à jour et d'entretien de celle-ci. La liste précise du matériel fourni au MCS est définie dans le cadre du protocole d'intervention mis en place localement avec son SAMU- Centre 15. Il précise également les conditions de son entretien et de son renouvellement (6).

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) a fourni une liste à titre indicatif, chaque Centre15 l'adapte au besoin des MCS de sa région.

Dans l'Aude certains MCS déplorent l'absence de **DAI** (Défibrillateur automatique implantable) dans leur dotation, il en existe désormais dans de nombreux lieux publics, mais en pleine campagne ce matériel est indispensable pour leur pratique. Le cout non négligeable est peut-être le frein au niveau du SAMU, cependant la majorité des MCS exerçant en MSP, cela pourrait être une dotation partagée, réduisant le nombre de DAI à fournir.

Le MCS 7, aimerait, lui, la présence d'un **Hemocue** (Appareil mesurant l'hémoglobine capillaire). Cette demande peut paraître licite pour certaines situations d'urgence, telles les polytraumatisés ou les chocs hémorragiques. Ce qui permettrait au médecin d'avoir un résultat rapide et fiable, sur la gravité du saignement.

3. La formation

Les MCS sont tous d'accord pour dire que la qualité de **la formation proposée par le CESU de Carcassonne est très satisfaisante**. Les séminaires sont pertinents, adaptés à leur pratique, répondent à leurs attentes.

C'est au niveau de la quantité et du nombre de séminaires que certains MCS trouvent que la formation est un peu légère, notamment en ce qui concerne la pratique de certains gestes techniques, comme l'intubation par exemple, qui ne font que très rarement dans leur pratique quotidienne.

MCS 2 : « *malheureusement on en fait pas assez.* »

MCS 6 : « *J'aurai besoin encore de plus d'expérience pour acquérir davantage de compétences pour couvrir la première demi-heure (d'intervention)* ».

Ce constat **dépend vraiment de la formation initiale** et du parcours médical de chacun.

Comme énoncé dans le DGOS de Juillet 2013 « Le dispositif des MCS est accessible à tout professionnel médical, quel que soit son statut et son mode d'exercice, volontaire pour répondre aux sollicitations du SAMU- Centre 15 dans le cadre de l'aide médicale urgente et qui remplit les conditions d'intervention et de formation décrites ultérieurement. » (6).

La formation doit donc être plus personnalisée et adaptée au médecin qui souhaite intégrer le dispositif MCS en fonction de sa pratique. Un médecin qui, en

pratique, remplit déjà les fonctions de correspondant du SAMU sans être « labellisé » MCS, n'a pas les mêmes besoins et attentes qu'un médecin « novice » en la matière.

Cette formation devrait bénéficier d'un espace internet dédié avec des fiches de cours, des protocoles afin que chaque MCS soit en mesure d'y accéder quand bon lui semble.

Par exemple, le site de l'association des médecins correspondants du SAMU de l'Hérault (AMCS34), recense les différentes formations possibles et quelques protocoles (17)

C. VALORISATION DU STATUT MCS

1. La rémunération

L'intérêt d'une facturation des actes par un système de tiers payant forfaitaire payé par l'ARS est de résoudre les problèmes des actes d'urgence qui restent souvent impayés. Des actes réalisés dans des conditions difficiles pour lesquels une demande de paiement reste délicate.

Cependant, le problème majeur soulevé par les MCS envers ce paiement forfaitaire, est qu'il **n'est pas adaptable à chaque situation**.

Une intervention en milieu d'après-midi à 5min du cabinet sera indemnisée de la même manière qu'une intervention en nuit profonde à 40km du domicile du MCS.

Pour que cette rémunération soit plus représentative de la charge de travail et du temps passé sur une intervention, il pourrait s'ajouter au forfait par acte, des **indemnités kilométriques**, ainsi que des **indemnités** supplémentaires lors d'intervention en « **nuit profonde** », de Minuit à 6h du matin.

Ce concept qui s'applique déjà à la pratique libérale, lors des visites à domicile en PDS.

Le MCS 7 lui, aimerait que **les indemnités perçues lors d'interventions MCS soient défiscalisées (18)**, au même titre que dans certaines zones isolées dites « zones franches ».

Les médecins de l'UMUPS sont, quant à eux, rémunérés sous forme de forfait à la garde, forfait fixe quel que soit l'activité pendant la garde, rémunération défiscalisée au même titre que peuvent l'être les médecins pompiers. Cependant comme vu ci-dessus se sont deux formes d'exercices différents. Mais les deux sont donc possibles (19).

De plus, comme nous l'avons évoqué précédemment, certaines interventions se font hors du statut MCS, en cas de non disponibilité d'une équipe SMUR. Le MCS réalisant l'intervention ne touche donc aucune indemnité, aucun forfait.

La plupart des MCS considèrent ce manque comme une faille du système MCS et revendiquent le droit de pouvoir toucher cette rémunération. De leur point de vue ils réalisent exactement le même travail.

Ce qui permettrait, dans un second temps, d'augmenter l'activité de ce réseau MCS.

2. L'absence d'astreinte MCS payée

Concernant « l'astreinte morale », dont le paiement a été refusée par l'ARS, tous les MCS ont le sentiment de ne pas être reconnus pour tout ce temps d'astreinte où ils sont joignables, mobilisables, au détriment de leur activité libérale quotidienne, ou de leur repos.

Ils ressentent l'astreinte comme un service public qui devrait être rémunéré au même titre que leur garde de PDS en soirée et nuit profonde.

D. IMPRESSION SUR LE DEVENIR DU RESEAU MCS DANS L'AUDE

1. Manque d'effectif

Le ressenti global sur le devenir du réseau MCS dans l'Aude est pessimiste. Les MCS en activité ont du mal à penser que cette activité va pouvoir perdurer dans le temps.

Leur principal argument est le manque d'effectif médical. D'autant plus que la plupart des MCS en activité sont proches de l'âge de la retraite, beaucoup pensent que la relève de se fera pas. Sur les 7 MCS interrogés, 5 ont plus de 60ans.

Le MCS 1 étant à la tête du projet MCS, il est tout particulièrement au courant de l'évolution de l'effectif. MCS 1 « *En fonction, on en a 1 sur Axat, A sur Belpech, 4 à Durban, ça fait 6, et celui de Montolieu s'arrête, donc actuellement on est 6, avec peut être 1 à St Laurent, peut être Esperaza et peut être un de plus à Axat (il y en a déjà un sur place). Donc peut être 3 de plus dans les mois qui viennent, donc ce n'est pas suffisant pour couvrir tous les secteurs isolés du département.* »
Même avec des suppositions, l'effectif futur ne suffirait pas à combler tous les territoires et à permettre d'augmenter l'activité du réseau MCS.

L'urgence pour sauvegarder ce réseau est donc de recruter.

MCS 1 : « *Le problème actuel c'est ça, c'est de recruter* »

Il est vrai que de nos jours, les jeunes médecins semblent moins enclins que leurs aînés à venir s'installer dans les milieux ruraux, où la densité médicale est faible, et les contraintes d'une permanence des soins plus importantes.

Pourtant plusieurs mesures sont mises en œuvre pour aider et inciter de nouveaux médecins à venir s'installer dans ces zones médicalement sous-dotées. L'ARS met en place une aide financière de 50 000 euros pour un médecin généraliste s'installant dans une zone recensée comme « sous-dense ». Il faut qu'il exerce une activité libérale en secteur 1 pendant au moins 4 jours par semaine, et en groupe médical ou pluri-professionnel. Cette aide est versée en deux fois, 50% à la signature du contrat et 50% un an plus tard. En contre-partie le médecin doit exercer dans cette zone pendant 5 ans une activité libérale conventionnée, et participer à la PDS (20).

Il est licite de penser qu'une **sensibilisation à la pratique de la médecine libérale rurale est indispensable** lors du cursus d'interne de médecine générale. Une pratique au final peu connue d'un grand nombre de jeunes médecins.

Le MCS 7 nous raconte d'ailleurs que c'est en venant faire un remplacement en zone rurale qu'il a découvert cette activité et qu'il a voulu en faire sa pratique quotidienne.

MCS 7 : « quand j'ai fait un remplacement ici, justement il s'est trouvé que c'était le mois de juillet août où il y a beaucoup de monde ici et donc on a eu beaucoup d'urgences en fait, je me suis aperçu que finalement ce n'était pas plus

mal que ça, en plus ici ce médecin cherchait un associé et en plus j'étais urgentiste donc c'était l'idéal et je me suis installé ici. »

La deuxième chose qui pourrait limiter les contraintes et la surcharge de travail, serait de **promouvoir les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP)** (21).

Condition qui est, de plus, nécessaire aux médecins en projet d'installation pour pouvoir toucher l'aide financière de l'ARS (L'Agence Régionale de Santé).

C'est une structure, qui je pense, est indispensable à la pratique d'un MCS. Cela permet un allègement des gardes, et de la charge de travail au quotidien. En cas de sortie MCS la journée, les patients peuvent être redirigés vers les confrères de la MSP. Et enfin le matériel peut être mutualisé.

Tous les MCS en activité dans l'Aude font partie d'une MSP.

La population cible pour recruter de potentiels MCS est large, les conditions pour être éligible à ce statut sont répertoriées dans le DGOS Juillet 2013 (6):

- Médecin généraliste installé exerçant en secteur isolé volontaire pour intégrer un réseau organisé de MCS
- Interne en DES de médecine générale ayant validé le stage chez le praticien et titulaire ou prétendant d'une licence de remplacement ou encore médecin remplaçant.
- Tout autre docteur en médecine volontaire pour intégrer un réseau organisé de MCS.

Il est indispensable de promouvoir cette pratique sur un large public de professionnels de santé, à l'aide d'une communication adaptée et pertinente. Cela pourrait toucher à la fois les médecins libéraux, mais aussi certains médecins urgentistes en quête de changement d'activité, et bien sûr, les jeunes internes ou médecins remplaçants à la recherche d'une nouvelle pratique.

En exemple, l'ARS de nouvelle aquitaine a publié en Mai 2017 un flyer publicitaire destiné aux médecins généralistes intitulé « 3 bonnes raisons de devenir médecin correspondant du SAMU » (22).

2. Inquiétude pour la population

Les MCS étant pessimiste sur le devenir de ce réseau MCS, ils se font tous du souci pour la prise en charge future de toute cette population rurale de l'Aude. Les médecins libéraux restant ne pourront pas couvrir tout le planning de PDS, et encore moins les urgences médicales en lieux isolés.

Se rajoutent à cette crainte, les difficultés actuelles d'effectif dans le milieu hospitalier.

En effet l'antenne SMUR de Quillan a dut fermer plusieurs fois l'été dernier pour cause de manque de médecins urgentistes (23).

La population est très inquiète, et bien consciente de la répercussion que cela peut avoir sur la prise en charge des urgences dans leur secteur. Ils ont d'ailleurs mis en place une pétition pour éviter cette fermeture (24).

Et ce problème risque de se répéter cette année aussi. Ce qui a pour conséquence, une nouvelle fois, d'augmenter le délai d'intervention d'une équipe SMUR dans ces mêmes zones isolées et bientôt dépourvues de MCS.

De plus, du point de vue de la démographie professionnelle médicale, le département de l'Aude fait face à une diminution de l'effectif des médecins libéraux, et un vieillissement de celui-ci.

D'après le cahier des charges 2019 de l'Aude publié par l'ARS, on a observé qu'entre 2012 et 2016, la densité de médecins généralistes libéraux a fortement baissée, -16,2% dans l'Aude, contre -3,9% à l'échelle nationale (25). Ajoutez à cela, on note que plus du tiers des médecins généralistes libéraux ont 60ans ou plus (33%) dans le département.

3. Manque d'attractivité

Les médecins interrogés sont conscients qu'il faudrait rendre ce statut de MCS bien plus attractif afin de pouvoir le promouvoir et de donner envie à de futur médecins libéraux d'y adhérer.

La faible activité du réseau MCS de l'Aude ne permet pas d'avoir des gardes rémunératrices, car peu d'actes sont effectués durant ces gardes. Elles sont donc peu attractives du point de vue financier. De plus, on a vu que dans un même temps, le manque d'effectif était lui aussi un frein à l'activité et au nombre d'actes effectués.

C'est donc un cercle vicieux. L'augmentation de l'activité actuelle pourrait donc servir à attirer plus de médecins via l'augmentation de l'attractivité des gardes.

Comme expliqué ci-dessus, le rôle du médecin régulateur est donc primordial. Il est le point essentiel à cette augmentation d'activité.

L'augmentation de l'effectif MCS aura, de plus, pour conséquence directe une augmentation de l'activité globale du réseau.

Le second axe qui pourrait rendre le statut de MCS plus attractif dans l'Aude est le matériel et les moyens mis à disposition des MCS pendant leurs interventions.

Comme nous le fait remarquer le MCS 1 : « *sur d'autres départements ça tourne beaucoup plus, sur le Gard, sur les PO, sur les secteurs ou ça tourne apparemment plus que nous mais avec des statuts différents, avec des statuts*

combinés, médecins pompiers/MCS sur certains secteurs ils ont même une voiture de fonction avec un chauffeur ».

En effet, l'UMUPS met à disposition 24h/24 un ambulancier avec une VRM (Véhicule Radio Médicalisé) qui est sur place de garde avec le MCS (26).

L'amélioration des conditions d'intervention peut donc, aussi, participer à l'augmentation de l'attractivité de la pratique sur un point de vue purement technique et professionnel.

Ces conditions permettront aussi d'accroître la rentabilité et l'efficacité des MCS, et seront donc plus sollicités.

4. Tendance à la différenciation Médecin Généraliste/Urgentiste

Une problématique a été soulevée quant au fossé qui se creuse entre la médecine générale et la médecine d'urgence ces dernières années.

La médecine libérale déléguant de plus en plus les urgences à la pratique purement hospitalière. Cette division a pour conséquence directe l'isolement des populations rurales des premiers soins médicaux d'urgence.

Cette tendance est d'autant plus d'actualité, que des réformes récentes sur le cursus des internes en médecine générale les orientent vers une pratique purement libérale, au détriment de la médecine hospitalière (27). Depuis la rentrée

2017, les internes de médecine générale ne seront plus obligés de passer en CHU (Centre hospitalier Universitaire) et à terme auront plus de 50% de leurs stages en extra-hospitalier. Un semestre aux urgences lors de la première année d'internat reste néanmoins obligatoire.

Ce qui, je pense, est une très bonne chose pour les sensibiliser à une pratique libérale et pourquoi pas rurale, mais qui peut aussi les éloigner d'une pratique polyvalente, notamment en matière d'expérience dans la médecine d'urgence.

Alors que l'on a vu que pour les MCS, être à l'aise avec cette pratique est indispensable pour pouvoir s'installer en milieu rural.

De plus, la médecine d'urgence fait désormais parti d'un DES à part entière (28). Depuis la rentrée universitaire 2017 les nouveaux internes voulant devenir Urgentistes, doivent choisir ce DES dès la sortie de l'internat. Ils deviendront donc des médecins urgentistes hospitaliers, qui ne pourront par la suite pas exercer en cabinet libéral.

Ce qui peut être un frein certains à une augmentation future de l'effectif des MCS, ou de praticiens libéraux participant à une PDS en zone rurale avec des soins de médecine d'urgences.

VII. CONCLUSION

Les MCS de l'Aude sont unanimes quant à l'importance de leur rôle dans l'AMU, et l'utilité qu'ils ont auprès d'une population à risque, vieillissante dans la région, et surtout isolée de tout SMUR. C'est une charge de travail qui ne leur pose pas problème, et surtout une pratique qui leur plait. Ce sont tous des passionnés de la médecine rurale et d'urgence.

Cependant leur principal ressenti est la frustration de n'être que très peu sollicité par le SAMU-Centre 15. Malgré leur volonté et leur motivation l'activité du réseau MCS de l'Aude est faible. La demande est pourtant bien réelle dans cette région qui possède de nombreuses zones dites « blanches », sous – dotées en médecins.

Les MCS montrent du doigt les défauts de régulation du SAMU, ainsi que les failles de ce statut et de la rigidité de sa législation.

Le manque d'effectif, le défaut d'attractivité du statut et les nouvelles optiques de la médecine d'urgence extrahospitalière ne permettent pas, d'après eux, d'envisager un avenir pour ce statut de MCS, dans l'Aude.

Plusieurs axes de réflexion peuvent être envisagés :

- Intégrer directement au logiciel de régulation du Centre 15, la possibilité de déclencher un MCS, si celui-ci est disponible.
- Assouplir le cadre législatif en permettant aux MCS qui le souhaitent, de pouvoir être sollicité sans avoir de SMUR disponible, et ce, dans le cadre de leur mission MCS.
- Augmenter l'attractivité des gardes de MCS, en payant l'astreinte en semaine, en défiscalisant les revenus générés par cette pratique, et en y ajoutant des indemnités kilométriques. Au même titre que les visites en PDS dans les zones franches.
- Sensibiliser la nouvelle génération de médecin à cette pratique en leur donnant l'information et en les motivant à venir faire des remplacements ou stages dans ces zones rurales. Le recrutement est indispensable à la survie du dispositif actuel.
- Il existe beaucoup de mode de fonctionnement différents entre les régions et ARS respectives quant à l'organisation de ces réseaux. Il serait pertinent de les comparer entre eux...

BIBLIOGRAPHIE

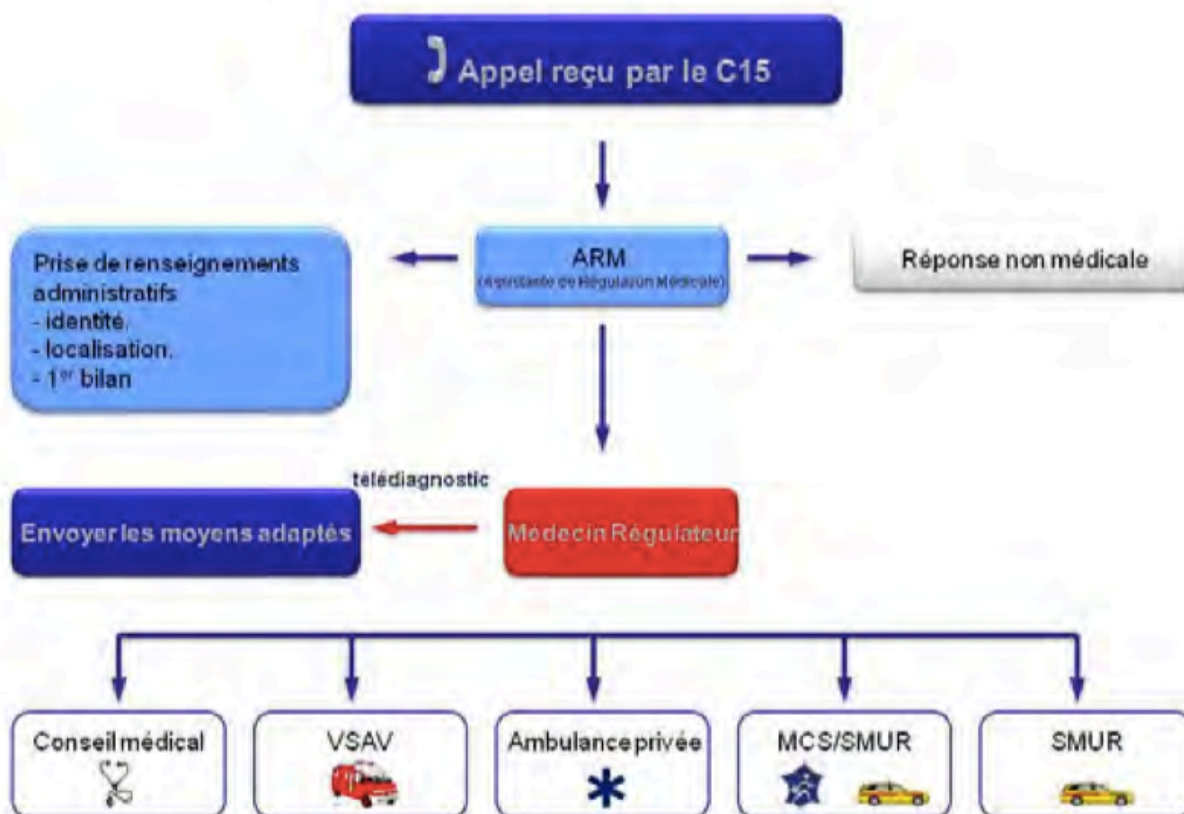
1. Médecins Correspondants du Samu [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.mdem.org/france/MENU2/page/Medecins-Correspondants-du-Samu.html>
2. secours_personne__aide_medicale_urgente.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.secourisme.net/IMG/pdf/secours_personne__aide_medicale_urgente.pdf
3. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>
4. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
5. TOURAINE Marisol. Déclaration de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, sur la prise en charge des patients dans les services médicaux d'urgence, leur accès sur tout le territoire et leur financement, Paris le 31 mai 2012. [Internet]. Premier ministre, Service d'Information du Gouvernement, le 31 mai 2012. 2012 [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://discours.vie-publique.fr/notices/123001041.html>
6. Guide_MCS_31-07-13.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
7. rapport_activite_dgos_2014.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_activite_dgos_2014.pdf
8. Dossier complet – Département de l'Aude (11) | Insee [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-11>
9. 11_Carcassonne_VF.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/11_Carcassonne_VF.pdf
10. ARS Occitanie_CDC PDSA_VF_2019_0.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/ARS%20Occitanie_CDC%20PDSA_VF_2019_0.pdf
11. GHT_Ouest_Audois.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/GHT_Ouest_Audois.pdf
12. APSA activite MCS 2017. :2.
13. Activité du dispositif MCS et suivi des indicateurs 2018.docx.pdf.
14. Thèse : l'UMUPS du Pays Coeur d'Hérault, évaluation 2013 [Internet]. prezi.com. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://prezi.com/847a2laaswnw/these-lumups-du-pays-coeur-dherault-evaluation-2013/>

15. RAPPORT D'ACTIVITE 2017.pdf.
16. GHT_Ouest_Audois_PPPCP.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2018-03/GHT_Ouest_Audois_PPPCP.pdf
17. Formation [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.amcs34.fr/www/amcs34/formation-amcs34>
18. Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?, Defiscalisation des revenus [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r07-014/r07-0143.html>
19. Une approche pragmatique [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.amcs34.fr/www/l-umups/une-approche-pragmatique-umups>
20. Aide à l'installation en zone sous-dotée | ameli.fr | Médecin [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/aides-financieres/pratique-zones-sous-dotees>
21. Maisons de santé pluriprofessionnelles en Occitanie [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.occitanie.ars.sante.fr/maisons-de-sante-pluriprofessionnelles-en-occitanie>
22. MCS_NA_Flyer_devenir_MCS.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2017-11/MCS_NA_Flyer_devenir_MCS.pdf
23. Le Smur de Quillan fermé en août et... pour toujours ? [Internet]. lindependant.fr. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lindependant.fr/2018/07/27/le-smur-de-quillan-ferme-en-aout-et-pour-toujours,4664548.php>
24. Contre la fermeture du Smur : le SMP de Quillan maintien la pression - lindependant.fr [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.lindependant.fr/2018/10/07/contre-la-fermeture-du-smur-le-smp-de-quillan-maintien-la-pression,4723460.php>
25. 11_Carcassonne_VF.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/11_Carcassonne_VF.pdf
26. Equipements [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.amcs34.fr/www/l-umups/equipements-umups>
27. R3C-en-3-min-ISBNAR-IMG.pdf [Internet]. [cité 23 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.isnar-img.com/wp-content/uploads/R3C-en-3-min-ISBNAR-IMG.pdf>
28. Riou B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. *Ann Fr Médecine Urgence*. févr 2017;7(1):1-4.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

Fonctionnement de la mission MCS



GUIDE D'ENTRETIEN

Le but de cette étude qualitative est de recueillir le ressenti des médecins correspondants SAMU dans l'Aude, depuis sa création il y a maintenant plus de 3ans.

Pour se faire, nous allons les interviewer lors d'entretiens individuels semi-dirigés, à l'aide d'enregistrements audio, anonymes, qui seront retranscrits et analysés.

Le questionnaire suivant, composé de questions ouvertes servira de fil conducteur pour les entretiens.

Le but étant d'avoir un témoignage personnalisé pour chaque médecin interviewé.

Q1- AVEZ VOUS RENCONTRE DES DIFFICULTES DANS VOTRE PRATIQUE DE MCS AU QUOTIDIEN ?

- Quel est votre ressenti sur la partie MCS de votre travail ?
- Est-elle compatible avec le travail en cabinet ?

Q2- COMMENT SE PASSE VOTRE COOPERATION AVEC LE SAMU ? SDIS ?

- En termes de régulation ?
- En termes de matériel fourni ?
- En termes de formation ?

Q3- QUE PENSEZ VOUS PERSONNELLEMENT DE LA VALORISATION DU STATUT DE MCS ?

- Revenu ? Astreintes non payées ?

Q4- QUEL EST SELON VOUS LE DEVENIR DES MCS ?

- Comment pourrait-on optimiser l'utilisation des MCS ?

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé

Le médecin Correspondant du SAMU (MCS) est un collaborateur occasionnel du service public, intervenant dans l'Aide Médicale Urgente, dans des zones isolées, situées à plus de 30 minutes d'une structure hospitalière d'urgence.

Notre travail est d'analyser le ressenti des MCS exerçant dans l'Aude.

Notre étude a consisté à interviewer les 7 MCS du département. Cette étude qualitative est parue comme la plus adaptée pour traduire au mieux les opinions et les expériences personnelles de chaque médecin interrogé.

Ils sont tous convaincus de l'intérêt et de l'utilité du réseau MCS dans l'Aude. C'est une pratique qui ne leur pose aucun problème au quotidien, ce sont des médecins généralistes passionnés et motivés par la médecine d'urgence.

Cependant, ils ne sont pas suffisamment sollicités. Leur principal ressenti est donc négatif. Ils se sentent mis à l'écart du rôle de médecin de premier secours qu'ils avaient tous l'habitude de pratiquer avant la création de ce réseau. Les contraintes que sont le cadre législatif des MCS, et la dépendance au médecin régulateur sont les deux principales causes de cette faible activité. De plus le manque d'effectif ne permet pas une couverture optimale des zones isolées du département.

Les MCS de l'Aude sont donc pessimiste sur l'avenir de ce réseau. Le travail en équipe avec le SAMU- Centre 15 de l'Aude doit être renforcé, avec un accès plus direct à l'information pour les médecins régulateurs. Une souplesse législative notamment sur la nécessité ou non d'une sortie SMUR simultanée pourrait directement augmenter l'activité du réseau. La dernière priorité est de rendre ce statut plus attractif en termes de rémunération et de moyens, afin de pouvoir recruter de nouveaux MCS.

MOTS CLES : Médecins Correspondants du SAMU - Aide Médicale Urgente – Zones rurales isolées – Ressenti