



HAL
open science

Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ?

Pauline Rajoelison, Léa Tellier

► To cite this version:

Pauline Rajoelison, Léa Tellier. Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03136369

HAL Id: dumas-03136369

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03136369v1>

Submitted on 9 Feb 2021

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.

**Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin
Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ?**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 3 Février 2021

Par Madame Pauline RAJOELISON

Née le 3 décembre 1991 à Paris 14eme (75)

Et Par Madame Léa TELLIER

Née le 30 novembre 1991 à Reims (51)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Assesseur

Madame le Docteur HIDOUX Marie-Annick

Directeur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Assesseur

**Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin
Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ?**

T H E S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 3 Février 2021

Par Madame Pauline RAJOELISON

Née le 3 décembre 1991 à Paris 14eme (75)

Et Par Madame Léa TELLIER

Née le 30 novembre 1991 à Reims (51)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Assesseur

Madame le Docteur HIDOUX Marie-Annick

Directeur

Madame le Docteur JANCZEWSKI Aurélie

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERLAND Yvon
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMONT Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy
CAU Pierre
CHABOT Jean-Michel
CHAMLIAN Albert
CHARPIN Denis
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques

MM DUFOUR Michel
DUMON Henri
ENJALBERT Alain
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCES Yves
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice

PROFESSEURS HONORAIRES

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

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

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

2017

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

2018

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

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GUEDJ Eric
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ALIMI Yves	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AMBROSI Pierre	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic	<i>GUYS Jean-Michel Surnombre</i>
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
ASTOUL Philippe	<i>CURVALE Georges Surnombre</i>	HARDWIGSEN Jean
ATTARIAN Shahram	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUDOUIN Bertrand	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AUQUIER Pascal	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTHET Marc	<i>DELPERO Jean-Robert Surnombre</i>	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTOLI Christophe	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLI Jean-Michel	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Michel	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BASTIDE Cyrille	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
<i>BERNARD Jean-Paul Retraite au 25/11/2019</i>	EBBO Mikaël	LECHEVALLIER Eric
BEROUD Christophe	EUSEBIO Alexandre	LEGRE Régis
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLAISE Didier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEONE Marc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	LEONETTI Georges
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	LEPIDI Hubert
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEVY Nicolas
BONELLO Laurent	FLECHER Xavier	MACE Loïc
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MAGNAN Pierre-Edouard
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric	MANCINI Julien
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FUENTES Stéphane	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOUFI Mourad	GABERT Jean	MEGE Jean-Louis
BOYER Laurent	GABORIT Bénédicte	MERROT Thierry
BREGEON Fabienne	GAINNIER Marc	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRETELLE Florence	GARCIA Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BROUQUI Philippe	GARIBOLDI Vlad	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUDER Nicolas	GAUDART Jean	MICHEL Fabrice
BRUE Thierry	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Gérard
BRUNET Philippe	GENTILE Stéphanie	MICHEL Justin
BURTEY Stéphane	GERBEAUX Patrick	MICHELET Pierre
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GEROLAMI/SANTANDREA René	MILH Mathieu
CASANOVA Dominique	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILLION Matthieu
CASTINETTI Frédéric	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GIOVANNI Antoine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAGNAUD Christophe	GIRARD Nadine	MOULIN Guy
CHAMBOST Hervé	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOUTARDIER Vincent
CHAMPSAUR Pierre	GONCALVES Anthony	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHANEZ Pascal	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHARREL Rémi	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHAUMOITRE Kathia	GRIMAUD Jean-Charles	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques	OUAFIK L'Houcine
CHINOT Olivier		OVAERT-REGGIO Caroline

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
GUIDA Pierre

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES (disciplines médicales)

LOUIS-BORRIONE Claude

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier (nomination au 1/10/2019)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
REVIS Joana
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

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

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)
DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 CURVALE Georges (PU-PH) *Surnombre*
 FLECHER Xavier (PU PH)
 PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 DELPERO Jean-Robert (PU-PH) *Surnombre*
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)
 FAURE Alice (MCU PH)
 PESENTI Sébastien (MCU-PH)

LOUIS-BORRIONE Claude (PR associé des Universités)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)
 FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,**RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
 LEGRE Régis (PU-PH)

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)
 LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH) retraite au 25/11/2019
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
 SEITZ Jean-François (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
 TOGA Caroline (MCU-PH)
 ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH) Surnombre
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)
 SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
 THIRION Xavier (PU-PH)

BLAISE Didier (PU-PH)
 COSTELLO Régis (PU-PH)
 CHIARONI Jacques (PU-PH)
 GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
 MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
 VEY Norbert (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
 TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
 MEGE Jean-Louis (PU-PH)
 OLIVE Daniel (PU-PH)
 VIVIER Eric (PU-PH)

BARTOLI Christophe (PU-PH)
 LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 VITON Jean-Michel (PU-PH)

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
 MILLION Matthieu (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

DRH Campus Timone

MAJ 01.09.2019

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)

HOFFART Louis (PU-PH) Disponibilité

MATONTI Frédéric (PU-PH) Disponibilité

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanie (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402**PEDIATRIE 5401**

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

FABRE Alexandre (MCU-PH)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101**

BAILLY Daniel (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**RHUMATOLOGIE 5001**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802**UROLOGIE 5204**

GAINNIER Marc (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)

GERBEAUX Patrick (PU-PH)

KARSENTY Gilles (PU-PH)

PAPAZIAN Laurent (PU-PH)

LECHEVALLIER Eric (PU-PH)

ROCH Antoine (PU-PH)

ROSSI Dominique (PU-PH)

HRAIECH Samir (MCU-PH)

MAJ 01.09.2019

REMERCIEMENTS COMMUN

Monsieur le Professeur Patrick Gerbeaux, nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'accepter de présider notre soutenance de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère considération et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Pierre Michelet, nous vous sommes très reconnaissantes d'avoir accepté de participer à notre jury. Nous vous remercions pour l'intérêt porté à notre travail. Veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de tout notre respect.

Madame le Docteur Marie-Annick Hidoux, nous tenons à t'exprimer notre profonde gratitude pour avoir dirigé notre travail avec autant de bienveillance et de disponibilité. Tu nous as soutenues, encouragées et judicieusement conseillées sans relâche. Nous te remercions pour la confiance que tu nous as accordée. Nous avons pris beaucoup de plaisir à travailler à tes côtés et nous tenons à te faire part de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Aurélie Janczewski, nous tenons à te remercier pour ta présence au sein de notre jury, mais également pour ton accompagnement et tes nombreux conseils délivrés tout au long de ce travail. Grâce à toi, nous avons découvert les rouages de la méthode qualitative. Ton expérience a nourri et mis en forme ce travail dans un esprit de convivialité et ce fut un réel plaisir pour nous. Nous te prions de recevoir nos sincères remerciements.

Aux médecins des Hautes-Alpes, qui ont donné de leur temps en acceptant de participer à notre travail. Nous vous remercions pour votre investissement, la franchise de vos réponses, la curiosité dont vous avez fait preuve et votre dévouement quotidien auprès de vos patients.

A nos relecteurs : Jean-Marc, Franck, Odile, Olivier, Pierre et Tich, nous vous adressons un MERCI salubre ! Sans vous, ce qui suit serait jonché de « se réseau MCS ; kon as étudiait », de tableaux affreux, et de tournures de phrases improbables à rallonge sorties des méandres de nos cerveaux rabougris. Merci à vous qui avez contribué à la fluidité, clarté et mise en lumière de notre travail.

REMERCIEMENTS DE LÉA

À ma Paupau. Quel autre binôme espérer ? On a réussi à se scotcher partout pendant trois ans, à vivre et partager tellement de choses ensemble, que finir avec la thèse était une évidence finalement. Bon, j'te cache pas ma très grande déception qu'**Odile** ait, encore une fois, mis son grain de sel entre nous pour « aider ». Toujours sympa celle-là, c'est agaçant. Blague à part, merci ma Pauline pour ta folie, ton optimisme, ta légèreté, ta gentillesse, ton humour et ta générosité. Sache que je suis tellement heureuse d'avoir eu la chance de te rencontrer à Jérico (« ça serait pas mon débardeur ? ») et d'apprendre à te découvrir !

À mes parents Juan-Marco et Mimi, pour l'amour inconditionnel dans lequel je baigne depuis ma plus tendre enfance. Vous avez construit une famille unie et soudée, la meilleure qui puisse exister. Dommage que **Tom** ait tout gâché en arrivant en 98. **Mon frère chéri,** en vrai, je suis si fière de toi et je serai toujours là (pour réparer une fenêtre de la maison, par exemple). Je vous aime tellement.

À ma grand-mère, sensible et dévouée que j'aimais éperdument. Merci pour ta patience du mercredi après-midi et pour tout l'amour que tu m'as témoignée. J'aurais souhaité profiter de ta tendresse plus longtemps et te rendre fière.

À Franck, Aline et Juju, merci pour tous ces bons moments passés ensemble. J'ai aujourd'hui, une pensée émue envers ce bébé citron : arraché trop tôt à sa branche, milles excuses... À toutes ces parties de jeux qui nous attendent !

À Chris, ma tata chérie, souriante et de bonne humeur en toutes circonstances !

À mes grands-parents et à toute la famille : Lulu, Nils, Bruno, Armelle, Herbert, Jasmine, Pierre... dispersés aux quatre coins de la France.

Aux filles :

À Claire, évidemment, qui pour cause de covid-19 (encore lui), ne pourra malheureusement pas venir déguisée à ma soutenance. Merci pour ta précieuse amitié, pour tous les moments forts qu'on a partagés, pour nos fous rires, tes attentions et ton soutien permanent. On a réchappé à Frau Jenny Treibel, aux chutes en snow, au gâteau à l'ananas et aux FARCS... Je veux, j'exige et te supplie que nos aventures perdurent encore et toujours !

À Coco, pour nos expéditions terrestres en Twingo mais également maritimes en cata et voilier ! J'attends les sous-marines avec impatience maintenant ! Merci d'être toujours là quand j'en ai besoin, d'être une amie si prévenante et soucieuse du bien-être des autres. Ta Nabilouch.

À ma Juju, pour les diiiiiingeries, sacrés moustiques ! À ce tatouage qui n'a jamais vu le jour et fort heureusement d'ailleurs (« maybe later »). Merci pour ta joie de vivre et ton réconfort permanent. T'as performé je dois l'admettre en trouvant le meilleur sujet de POST-thèse !

À Vic', dont je n'ai pas assez profité ces trois dernières années, qui se cache en Bretagne la bougresse ! S'il te plait reviens, promis on mettra « la jument de Michao ».

À **Maxou**, pour nos escapades en montagne, à notre meilleure recette de pâtes crues (n'en donne le secret à personne) et nos virées dans les bars. Avoue-le maintenant, avoir le souvenir du « pas sur la bonne liste », je t'aimerais tout autant !

À **Man', Julio, Tony & Manon** (indissociables) : Les prem's, les best, les vrais, mes gapençais d'amour. La fraîcheur des montagnes a rapidement été réchauffée par la chaleur de vos amitiés ! Aaaaan c'est mièvre et mielleux, c'est vrai, mais je dis ce que je veux dans MES remerciements, et toc ! **Trico** on ne t'oubliera jamais. (**Jules** je garde les enceintes, merci). **Manon**, merci de m'avoir enseignée les 360 dans la POW-POW (enfin presque), d'avoir fait semblant d'apprécier mes courgettes infâmes et d'être une amie si attentionnée, dévouée et drôle ! La tricocooo, la tricoloooc !

À **Rémi, Tich, Flo, Marie Prout, Jojo, Cap's, Hugo, Gui-Gui, Maéva, Victor** : La dream team des Hautes-Alpes. Vous avez rendu mon internat tellement doux et chaleureux. Merci mille fois. Même si on s'éparpille (désolée **Tich**), Aile-Froide nous réunira, au moins annuellement ! PS : Une peste et un tricheur se trouvent dans cette liste, ils se reconnaîtront (c'est écrit, c'est acté). Merci au rémois migrateur, **Baptiste**, qui s'est translaté avec moi de la place d'Erlon à la Canebière avec qui j'ai eu la chance de vivre quelques mois !

À **Arthuro**, je t'en veux toujours pour m'avoir emmenée dans ce satané pierrier, soi-disant « par erreur » ! Ces randos, ces soirées, ce talent de cuisto... tout simplement merci. J'espère avoir la chance de partager avec toi un nouveau lever de soleil, au moins aussi beau, que celui de Gleize !

À **Léo, Duj, Inès, Titi, Bibiche et Tom** : Mon **Duj**, on en a bavé entre le « H » bondé, les heures à Falala, les découragements et les fosses de la fac ... MAIS on savait où se réfugier pour trouver consolation : le GP avec les copaings ! Merci à toute la troupe de m'avoir accompagnée pendant toutes ces années, merci pour votre bonne humeur constante et vos excentricités ! **Tommy** est parti cavalier autour du monde, mais on se réunira bientôt, pour la cérémonie de remise du Nobel de **Bibiche** à Ljubljana, et pour l'occasion, on jettera pleins de confettis ! (Désolée mon **Léo**) !

À **Amine**, merci d'avoir enrichi nos longues, longues, longues études de bouffées d'oxygène apaisantes entre deux conf's. Coach sportif invétéré, musicien talentueux et cuisinier hors pair (non, je me refuse à dire que ce sorbet fut un échec, je parlerais plutôt d'une « tentative »), merci pour ta richesse d'esprit et ta bienveillance !

Merci à **Clémence** pour notre amitié qui perdure depuis tant d'années. Maintenant au bout de nos études respectives, on peut, ENFIN tout lâcher, pour notre vraie passion : les comédies musicales.

À **ma Jul'**, la plus belle et souriante ! Tu es beaucoup trop loin de moi en ce moment bab' ! Une amitié scellée à l'ESTAC qui va se poursuivre, je l'espère, à l'infini. Merci à **Mel**, la plus marseillaise des nantaises (tu le sais !) pour tous les bons moments ensemble à Reims city et à Nantes !

Merci à toute la **coloc du « Haut »** : **Alexis, Ben, Justine, Stacy et Etienne** pour les jolis instants passés devant la cheminée. Le time's up indus' c'est le meilleur t'façon.

Et enfin, à **Val**, merci d'apporter la délicatesse, l'équilibre et la légèreté nécessaire à mon existence (eh oui... rien que ça). Merci pour ton soutien infailible pendant cette période de rédaction, mais, également, dans la VRAIE vie. Je déclare ré-ouverte, à compter ce jour : la saison des week-end FREE, loin de ce fichu ordi pour profiter, ensemble, des petits plaisirs de ce monde. J'espère que tu t'es bien reposé mon amour, maintenant on va aller pédaler et payer ! « Plus que tout ».

REMERCIEMENTS DE PAULINE

À Léa, ma co-thésarde, mais surtout ma grande amie. Qui aurait pensé lors de notre rencontre hasardeuse au Brésil, un soir d'été 2017, que nous finirions par prêter serment à l'unisson ? Après avoir passé ces trois incroyables années d'internat ensemble, avoir cohabité pendant deux ans, s'être livrées tous nos secrets (enfin j'espère), après avoir partagé ces fou-rires, ces pleurs, ces joies et ces tristesses, j'en suis sûre maintenant... c'était le destin.

À Rémi, mon amour, mon meilleur ami. Je suis tellement heureuse de t'avoir rencontré. Merci de m'aimer telle que je suis, de me supporter et de partager tous ces doux moments avec moi. Il nous reste encore plein de belles choses à découvrir ensemble. J'ai hâte !

À ma maman, qui a toujours été là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci de m'avoir chouchoutée, comme personne ne le fera jamais, et de m'avoir soutenue pendant ces longues années d'étude. Il paraît que j'ai hérité de tes traits et de ton rire... J'en suis très fière, comme tout ce qui pourra me rapprocher de ta gentillesse et de ta bonne humeur.

À mon papa, qui m'a toujours aidée à l'école et qui m'a poussée dans les études même si pour ce faire, je suis devenue Tanguy. Pourtant... c'était pas gagné. Merci d'avoir été présent, de m'avoir appris la rigueur et le sens du travail, d'avoir essayé de m'apprendre le bricolage (c'était bien essayé), mais surtout d'être là pour moi dans les moments importants !

À ma sœur Marie, ma deuxième maman, sur qui j'ai toujours pu compter et qui me soutient chaque jour qui passe. J'espère que tu sais que c'est réciproque... Maintenant, je te propose de balancer les gamins à Matthieu et de voyager avec moi !

À mon frère Pierre, avec qui je rigole tant, malgré toutes ces bagarres et la lumière du couloir que tu ne m'as jamais laissée allumer. J'espère que tu es fier de moi, même si je n'ai pas fait mieux que toi aux ECN... dommage pour la voiture.

À mes neveux Gabrielle, Mathilde, Paul, Raphaël, Charlotte et Juliette que j'aimerais voir plus souvent. Même si je suis loin et que vous criez très très fort dans mes oreilles, je pense beaucoup à vous.

À ma petite super mamie, qui me manque énormément. Je pense très souvent à toi et j'espère que tu peux faire ton marché là où tu es. **À Maguy et Tonton**, des forces de la nature. Ces moments que je passe avec vous à Espira me sont précieux.

À ma cousine Maëlle. On a grandi ensemble et on vieillira ensemble. Toujours là l'une pour l'autre ! Il est encore temps d'avouer que tu as fait exprès de mettre du chocolat sur ma poupée... Reviens vite, j'ai besoin de toi, plus que les manchots des îles Crozet !

À tous les cousins, tatas et tontons d'Espira et à tous les Rajoelison.

À Josette, ma marraine, qui m'a toujours poussée vers la réussite. J'aurais tellement aimé que tu puisses être là aujourd'hui. J'espère que tu es fière de moi.

À Odile, la seulement dix-huitième de la liste... désolé. Pour proposer de soi-même de relire une thèse faut vraiment être maso ou alors être comme toi : parfaite. Je ne ferai pas une liste de tes qualités car sinon les remerciements feraient 10 pages et puis ça serait mielleux et plus chiant que ça ne l'est déjà... Dans tous les cas, tu seras toujours dans mon petit cœur, ne l'oublie jamais.

À Camille, Lisa, Polo et Sara, les cop's de l'alsacienne, les ptites puces, qui sont là depuis le début, et qui, je l'espère, le seront pour toujours.

À Juju et Clem, les fofolles du lycée. Je suis tellement contente de vous avoir rencontrées et de m'être incrustée dans votre duo, lors de ce voyage à Madrid, où l'on a tant rigolé et surtout compris une chose : c'est qu'on était faites pour être ensemble.

À Cha, Chichou, Ga, Lisa et Perr, mes grandes amies de l'externat. J'ai fait le choix difficile de partir loin de vous, mais sachez que vous me manquez et comptez énormément pour moi.

À Alex, Daph, mon petit Elie, Jojo, Loulou, Luca, Les Martins, Mémé, Thibault, et tous les autres, qui m'ont accompagnée pendant ces années, où j'ai énormément travaillé... euh pardon... où j'ai fait la fête et la folle avec vous surtout.

À Aurore, Dimitri, Isis et Lucie, mes petits psychopathes, mon secteur fermé, mes fofous. Hâte de vivre encore plein de week-ends avec vous. Mention spéciale pour ma petite Iso d'amour avec qui j'ai vécu cette année incroyable en Erasmus et voyagé au Braaaazil !

À Manon, la dernière mais non moins exceptionnelle du fabuleux trio. S'il était possible d'écrire une thèse à 3, je pense qu'on l'aurait fait. Jamais je n'aurais pu imaginer nouer des liens si forts lors de mon internat... Tri-coloc forever !

À Julio, Tony et Manon, la suite de la team des vrais gapençais, qui sont là depuis le début de l'internat. C'était pas un hasard si personne d'autre n'était venu à ce premier verre, dans le grand froid de Gap... On était fait pour être une équipe. Changer de ville tous les 6 mois nous a séparés mais nous a surtout rendu plus forts ! Les vrais gapençais, c'est du solide !

À Charlie, Arthur, Bato, mes colocs, mais surtout mes amis. J'ai hâte de pouvoir un jour, quand ce covid de m... nous le permettra, aller boire des coups en terrasse avec vous.

À Tich, Flo, Hugo, Marie et Val, les copinous de la montagne. Quel incroyable semestre on a passé ensemble ! Et si on décidait de tous aller habiter à Gap ? Mon rêve... D'ici là, c'est parti pour les week-ends raquettes et Aile-Froide, mais pitié, plus de raclette.

À Servane, ma première co-interne qui m'a tout appris. Quand j'avais peur de prescrire un diffu-K, tu étais là pour moi tel un messie. J'ai hâte de vivre de nouvelles aventures avec toi !

À ma Fofu, ma coloc de Salamanque grâce à qui j'ai passé un Erasmus incroyable (surtout quand tu t'es pris le meuble de bouffe dessus). Tu m'as appris à vivre seule et tu m'as fait grandir. Cette année aura toujours une place particulière dans mon cœur grâce à toi.

À Popo la blonde, qui est là depuis les prémices de ces études de médecine et avec qui j'aime toujours autant passer des heures à discuter. Quand est-ce qu'on repart en voyage ?

À toute l'équipe d'internes des urgences d'Aubagne, qui a souffert avec moi et m'a aidée à traverser ce semestre difficile, mais surtout qui m'a fait riiiiigoler.

À l'équipe de l'internat d'Aix, qui m'a redonné le sourire après cet isolement un peu longuet pour avoir été le patient zéro de l'hôpital. Faut pas le dire, mais entre le yoga, la peinture et le secret internat, ce confinement avec vous, c'était de la bombe !

À toutes les filles des petites cochonnes, mon équipe de rugby de Paris 6 : Cassos, Anus, Perrine, Vava, Tata, Teuch, DD, Blanblan, Castra, Caca, Maguette et toutes les autres. Une équipe qui a toujours compté pour moi et qui m'a accompagnée pendant tout l'externat. « Petites cochonnes, grandes championnes. Petites championnes, grosses cochonnes !!

Table des matières

1. Introduction	6
2. Contexte	8
2.1 Genèse de la médecine d'urgence.....	8
2.2 Le réseau MCS	10
2.2.1 La création du réseau	10
2.2.2 Le rôle du MCS	10
2.3 Le réseau MCS des Hautes-Alpes	12
2.3.1 Un département montagneux isolé	12
2.3.2 Le réseau MCS 05	13
3. Matériel et méthodes	17
3.1 Type d'étude.....	17
3.2 Recherche préalable	17
3.3 Population étudiée et échantillonnage.....	18
3.4 Recueil de données.....	19
3.5 Analyse des données	20
3.6 Éthique	20
4. Résultats	22
4.1 Caractéristiques des non-MCS.....	22
4.2 Résultats des entretiens auprès des non-MCS	22
4.2.1 L'organisation des soins d'urgences	22
4.2.1.1 Une meilleure organisation de la régulation des urgences aujourd'hui.....	22
4.2.1.2 Crainte d'une régression du système de soins	23
4.2.2 L'urgence au cabinet médical	24
4.2.2.1 L'urgence s'impose au médecin généraliste	24
4.2.2.2 La gestion de l'urgence	24
4.2.3 Le réseau MCS	26
4.2.3.1 La communication sur le réseau	26
4.2.3.2 Méconnaissance du réseau	27
4.2.3.3 Un <i>a priori</i> d'inutilité	28
4.2.3.4 Le service médical rendu	29
4.2.4 Leur état d'esprit	30
4.2.4.1 Pas d'attirance pour l'urgence	30
4.2.4.2 Pas l'envie de s'engager.....	31

4.2.4.3	Souhait d'indépendance	32
4.2.4.4	Un désir de tranquillité	32
4.2.4.5	Créer du lien (ou pas)	33
4.2.4.6	Diversifier son activité	34
4.2.5	L'aspect pratique au cabinet	34
4.2.5.1	La désorganisation.....	34
4.2.5.2	L'impact sur la patientèle	35
4.2.5.3	L'aspect financier	36
4.2.5.4	Du travail supplémentaire	37
4.2.5.5	Le matériel	38
4.2.6	Un sentiment d'incapacité	38
4.2.6.1	Un manque de pratique	38
4.2.6.2	Des interventions anxiogènes	39
4.2.6.3	Être trop âgé	40
4.2.6.4	L'impact psychologique.....	40
4.2.7	La formation	41
4.3	Modélisation des résultats d'entretiens avec les non-MCS	42
4.4	Caractéristiques des MCS.....	43
4.5	Résultats des entretiens auprès des MCS	43
4.5.1	L'organisation des soins.....	43
4.5.1.1	La médecine d'urgence s'impose au médecin généraliste en milieu rural et montagnard	43
4.5.1.2	Une bonne organisation de l'urgence aujourd'hui.....	44
4.5.2	Le réseau MCS	45
4.5.2.1	Le service médical rendu	45
4.5.2.2	La visibilité du réseau	46
4.5.2.2.1	Le recrutement	46
4.5.2.2.2	Une communication difficile.....	46
4.5.2.3	Une bonne formation	47
4.5.2.3.1	L'aspect pédagogique	47
4.5.2.3.2	Esprit de bienveillance.....	49
4.5.2.3.3	Axes d'amélioration proposés	49
4.5.3	Un MCS heureux d'être MCS.....	50
4.5.3.1	L'amélioration des connaissances	50
4.5.3.2	Se faire plaisir en faisant de l'urgence	51
4.5.3.3	Faire de l'urgence sans être à l'hôpital	52
4.5.3.4	Diversifier son activité : un nouveau challenge	52

4.5.3.5 Être à l'origine de la prise en charge.....	53
4.5.4 Travailler en équipe avec les professionnels de l'urgence	53
4.5.4.1 Un lien avec l'hôpital et les urgentistes	53
4.5.4.2 Connaître les sapeurs-pompiers du département.....	54
4.5.4.3 Tisser des liens entre les médecins généralistes.....	54
4.5.4.3.1 Connaître ses confrères	54
4.5.4.3.2 Partager l'expérience avec d'autres MCS	55
4.5.5 Le MCS en mission	57
4.5.5.1 Des interventions régulées	57
4.5.5.2 Se sentir soutenu par le réseau en mission	58
4.5.5.3 Les craintes lors des déplacements sur les interventions	58
4.5.5.4 La peur d'agir seul	59
4.5.5.5 Les interactions sur le lieu d'intervention	60
4.5.5.5.1 Un environnement déstabilisant : les passants	60
4.5.5.5.2 Identifier le rôle de chaque intervenant.....	61
4.5.5.5.3 Savoir prendre le <i>leadership</i>	61
4.5.5.6 L'impact psychologique post-mission.....	62
4.5.6 Le retentissement émotionnel	62
4.5.6.1 Une fonction valorisante	62
4.5.6.2 Un sentiment d'incapacité.....	63
4.5.6.2.1 La peur de ne pas savoir gérer l'urgence	63
4.5.6.2.2 Le manque de pratique engendre un stress	64
4.5.6.2.3 L'envie de sortir plus.....	65
4.5.6.3 Un gain de confiance en soi.....	66
4.5.6.4 Un impact psychologique non négligeable.....	66
4.5.6.5 Être joignable jour et nuit : une charge mentale supplémentaire	67
4.5.7 L'aspect pratique au cabinet	68
4.5.7.1 La désorganisation du cabinet (ou pas).....	68
4.5.7.2 L'impact sur la patientèle	69
4.5.7.3 Le matériel mis à disposition.....	70
4.5.7.3.1 Des protocoles de qualité	70
4.5.7.3.2 L'équipement médical.....	71
4.5.7.4 Un avantage financier	72
4.5.7.5 Une simple disponibilité sans garde ni obligation	73
4.5.7.6 Être MCS et médecin sapeur-pompier.....	74
4.5.8 Création de projets.....	75
4.6 Modélisation des résultats d'entretiens avec les MCS	76

5. Discussion	77
5.1 Confrontation des résultats à la littérature	77
5.1.1 Un rôle et des compétences de MCS mal compris	77
5.1.1.1 Un rôle mal connu des médecins généralistes, malgré les témoignages des MCS	77
5.1.1.2 Des compétences spécifiques méconnues	78
5.1.2 L'urgence vitale s'impose aux médecins généralistes : le paradoxe des vécus	80
5.1.2.1 Un manque d'aisance dans la prise en charge de l'urgence chez les médecins généraliste, pourtant souvent confrontés à l'urgence	80
5.1.2.2 Face à l'urgence, les MCS ont su tirer profit de leur formation	81
5.1.3 Une formation insuffisamment connue, qui est pourtant appréciée et répond aux besoins	82
5.1.4. Une communication insuffisante et perfectible du réseau MCS des Hautes-Alpes	84
5.1.4.1 Un mode de communication peu impactant	84
5.1.4.2 Un réseau méconnu des patients	85
5.1.5 Le réseau MCS 05 est un service rendu à la population	85
5.1.5.1 Une efficacité avérée du réseau MCS	85
5.1.5.2 Un avantage perçu par la patientèle	87
5.1.5.3 Les missions MCS sont sécurisées	88
5.1.5.4 Un MCS heureux	88
5.1.6 Intégrer le réseau MCS 05, c'est rejoindre le réseau de l'Aide Médicale Urgente sur le territoire	89
5.1.6.1 Un lien avec les pompiers	89
5.1.6.2 Un lien entre les confrères MCS	90
5.1.6.3 Un lien ville-hôpital	91
5.2 Les perspectives d'amélioration	92
5.2.1 Améliorer la communication pour une meilleure visibilité	92
5.2.2 Des déclenchements MCS à améliorer	93
5.2.3 Sécuriser les déplacements des MCS	94
5.2.4 Des répercussions psychologiques à accompagner	94
5.3 Critique de l'étude et validité	95
5.3.1 Forces de l'étude	95
5.3.2 Limites de l'étude	96
6. Conclusion	98
7. Bibliographie	100
8. Annexes	105
8.1 Annexe 1 – Illustrations	105

8.2 Annexe 2 – Guide d’entretien non-MCS	106
8.3 Annexe 3 – Guide d’entretien MCS	107
8.4 Annexe 4 – Formulaire d’information et de consentement	108
8.5 Annexe 5 – Caractéristiques des non-MCS	109
8.6 Annexe 6 – Caractéristiques des MCS.....	110
9. Liste des abréviations	111

1. Introduction

En 2020, des millions de Français sont encore concernés par l'inégalité d'accès aux soins. Il s'agit d'un débat public contemporain omniprésent (1).

En 2012, Marisol Touraine, ministre de la Santé, propose le « Pacte territoire santé », afin de lutter contre les déserts médicaux et diminuer les disparités territoriales. Parmi les douze objectifs, l'un consiste à garantir l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes à l'ensemble de la population française (2). Diverses stratégies sont alors déployées, dont l'incitation des médecins généralistes à rejoindre le statut de *médecin correspondant du SAMU* (MCS), reconnu par la loi (3) depuis 2007.

Le réseau MCS est un partenaire de l'*aide médicale urgente* (AMU). Il est composé de médecins le plus souvent généralistes, volontaires, formés à l'urgence, qui interviennent en précurseur d'un *service mobile d'urgence et réanimation* (SMUR), à la demande du SAMU-Centre 15 dans des territoires isolés. Les MCS ont des conditions d'exercice sécurisées. Ils bénéficient d'un accompagnement juridique, d'un équipement, de formations et d'un soutien financier (4). L'efficacité d'une telle organisation a déjà fait l'objet de nombreux travaux scientifiques (5,6).

Ces dernières années, le nombre de MCS a rapidement progressé. En 2017, la France comptait 580 MCS, soit quatre fois plus qu'en 2012, ce qui représente une possibilité d'accès à des soins urgents en moins de 30 minutes pour un million de personnes supplémentaires (7).

Il existe cependant une inégalité territoriale dans la répartition des MCS qui peut s'expliquer, en partie, par une couverture hétérogène des cabinets de médecins généralistes sur le territoire français. Mais, bien que cette justification soit souvent avancée, elle ne prend pas en compte le choix du médecin d'adhérer ou non au dispositif.

Dans le département des Hautes-Alpes, par exemple, le réseau MCS est très actif et développé. Il a, de ce fait, servi de modèle pour les autres réseaux MCS de la région *Provence-Alpes-Côte d'Azur* (PACA). L'efficacité des MCS du 05 a été démontrée, notamment pour la prise en charge de l'arrêt cardiaque (8). Leur temps d'intervention sur le terrain est en moyenne inférieur de trente et une minute à celui du SMUR dans la prise charge des urgences vitales, d'origine essentiellement cardiovasculaire et traumatologique, dont le traitement doit être délivré sans délai (9). Leurs missions constituent ainsi un gain de temps qui améliore le pronostic vital des patients.

En 2020, le réseau MCS des Hautes-Alpes compte, à lui seul, quarante-deux MCS sur les soixante-cinq de la région. Trente sont en activité, douze ont rejoint la formation en cours d'année et quatre l'ont quittée pour des raisons personnelles. Il paraissait donc intéressant de relever les motivations et les réticences des médecins généralistes haut-alpins à intégrer ce réseau.

Pour ce faire, nous avons mené une étude qualitative en interrogeant deux catégories de médecins généralistes au sein du département : ceux ayant intégré le réseau MCS et ceux n'y ayant pas adhéré. L'objectif principal était de mettre en relief les facteurs motivants et les freins à l'intégration au réseau MCS.

Les objectifs secondaires de ce travail étaient de proposer des pistes d'amélioration du réseau MCS 05 pour recruter de futurs médecins, et de dégager, au-delà du territoire haut-alpin, des arguments qui pourraient s'avérer utiles au développement des différents réseaux MCS en France.

La justification d'un tel travail reposait sur le souhait d'améliorer les pratiques afin de garantir à la population française un accès aux soins le plus équitable possible.

2. Contexte

2.1 Genèse de la médecine d'urgence

Au V^{ème} siècle avant Jésus-Christ, Hippocrate aborde déjà la notion de l'urgence des soins dans son traité des maladies : « *Il faut profiter de l'occasion de porter secours avant qu'elle n'échappe, et on sauvera ainsi, le malade pour avoir su en profiter* ». Il est conscient de la nécessité de prendre en charge rapidement les patients et préconise aux médecins de conserver leur trousse en permanence à disposition, pour pouvoir administrer des soins en urgence.

Au XVIII^{ème} siècle, les chirurgiens militaires français de l'empire napoléonien, comme le baron Larrey ou encore Pierre-François Percy, développent les concepts de « mort évitable » et de « triage des blessés » sur les champs de bataille. Un corps de chirurgie mobile est créé grâce à des charrettes, intégrant une table d'opération et une trousse d'amputation mobile. Les premières ambulances tirées par des chevaux voient le jour (schéma en Annexe 1) et des soins sont pratiqués sur place avant le transport des blessés (10). Une première forme du service de santé des armées est ainsi créée (11).

Il s'agit des prémices du modèle européen toujours en vigueur en France, appelé « *stay and stabilize* », que l'on peut traduire par « rester et stabiliser ». Il se distingue du modèle anglo-saxon nommé « *scoop and run* », en français « charger et courir », dont le principe est d'évacuer la victime le plus rapidement possible vers un centre hospitalier. La pertinence respective de ces deux méthodes reste encore débattue de nos jours (12,13).

Dans les suites de la Seconde Guerre mondiale se développent les techniques modernes d'anesthésie et de réanimation, avec notamment l'amélioration des méthodes de transfusions sanguines (14).

Dans les années 1950, une épidémie de poliomyélite touche la France. On observe une mortalité élevée, principalement due à des insuffisances respiratoires

aiguës. C'est dans ce contexte que Maurice Cara, médecin des hôpitaux de Paris, crée en 1956 la première ébauche du SMUR en organisant des transferts secondaires grâce au « poumon d'acier » (photo en Annexe 1), une nouvelle technique d'assistance respiratoire (15).

En parallèle, l'augmentation des accidents de la route liée à l'important essor de l'automobile en France entraîne la mobilisation d'équipes de secours spécialisées. En 1955, le professeur Marcel Arnault, chirurgien des hôpitaux de Marseille, est à l'initiative de la création du « Secours routier français » et il établit la notion de polytraumatisé en 1957 (16). En 1965, le professeur Lareng, médecin au *centre hospitalier universitaire* (CHU) de Toulouse, propose le premier projet d'un SMUR avec à son bord un infirmier et un médecin. En 1968, le premier SAMU est créé sous sa directive afin de coordonner l'action des équipes préhospitalières du SMUR avec celle des services d'urgence hospitaliers. Il comporte un centre de régulation médicale des appels (17). La loi du 31 décembre 1970 contraint tous les hôpitaux généraux et CHU à assurer un service d'urgence continu (18).

En 1974, des médecins généralistes libéraux participent à la régulation médicale en complément des praticiens hospitaliers. En 1978 sont créés les centres de réception et de régulation des appels, appelés aussi « Centre 15 », joignables par un numéro national gratuit, le 15, avec écoute et conseil immédiat d'un médecin (19).

En 1986, la loi du 6 janvier relative à l'AMU et aux transports sanitaires définit clairement les missions du SAMU (20) :

- réceptionner et trier les appels via un numéro unique ;
- assurer une écoute 24 heures sur 24 et apporter un conseil médical ;
- assurer l'envoi et la coordination des moyens de secours les plus adaptés dans les délais les plus rapides ;
- assurer la coordination des SMUR et de leurs unités mobiles hospitalières ;
- vérifier la disponibilité des lits d'hospitalisations publics ou privés afin d'orienter le patient vers la structure la mieux adaptée à sa pathologie ;

- participer à l'élaboration et à l'organisation des différents plans de secours (*organisation de la réponse de sécurité civile* (ORSEC), plan blanc, plan rouge) ;
- assurer la formation des personnels médicaux et paramédicaux aux soins d'urgences via les *centres d'entraînement des soins d'urgence* (CESU).

L'AMU doit permettre d'assurer des soins d'urgence appropriés aux malades blessés et aux parturientes, quelle que soit leur localisation et ce, en relation avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours (21).

2.2 Le réseau MCS

2.2.1 La création du réseau

Le concept de MCS est défini par la circulaire du 16 avril 2003 (22) comme un « relais dans la prise en charge de l'urgence vitale ». Il couvre des territoires isolés, dont la population dispersée et les moyens de secours limités restreignent les possibilités de prise en charge dans des délais acceptables par le SMUR. Les réseaux MCS ont été reconnus par le décret du 22 mai 2006 et l'arrêté du 12 février 2007 qui en définissent les fonctions et les modalités d'interventions (3).

En 2012, François Hollande intègre dans son programme de campagne la notion des « 30 minutes » comme valeur étalon souhaitable pour accéder aux soins d'urgence (23). Avec le « Pacte territoire santé » (2012-2015), Marisol Touraine, alors ministre des Affaires Sociales et de la Santé, promeut le déploiement des MCS en France (2), et parvient à tripler leur effectif. En 2015, dans le « Pacte territoire santé 2 », le déploiement des MCS est maintenu et renforcé. L'objectif est de recruter et financer 700 médecins correspondants du SAMU sur le terrain pour 2017 (24).

2.2.2 Le rôle du MCS

Le guide de déploiement des MCS de la *direction générale de l'offre de soins* (DGOS) explique clairement toutes les propriétés et fonctions des MCS (4).

Le MCS est un médecin volontaire et formé à l'urgence. Cette fonction peut être accordée aux généralistes, urgentistes à temps partiel, sapeurs-pompiers, salariés s'ils sont conventionnés pour cet exercice par leur établissement d'origine, ainsi qu'aux internes remplaçants de MCS formés et ayant signés la convention.

Il participe à la mission du service public de l'AMU, en intervenant sur des urgences vitales, ou potentiellement vitales, à la demande du médecin régulateur du SAMU-Centre 15. Les territoires d'intervention des MCS sont déterminés par les *agences régionales de santé (ARS)*, en lien avec les acteurs locaux, dont le SAMU-Centre 15, sur la base d'une évaluation des territoires et des populations éloignés, où le délai d'accès aux soins urgents est supérieur à 30 minutes.

L'intervention du SMUR est déclenchée de façon simultanée. Il appartient au régulateur d'apprécier le degré d'urgence en fonction du bilan du MCS et d'ajuster les moyens pour répondre aux besoins du patient.

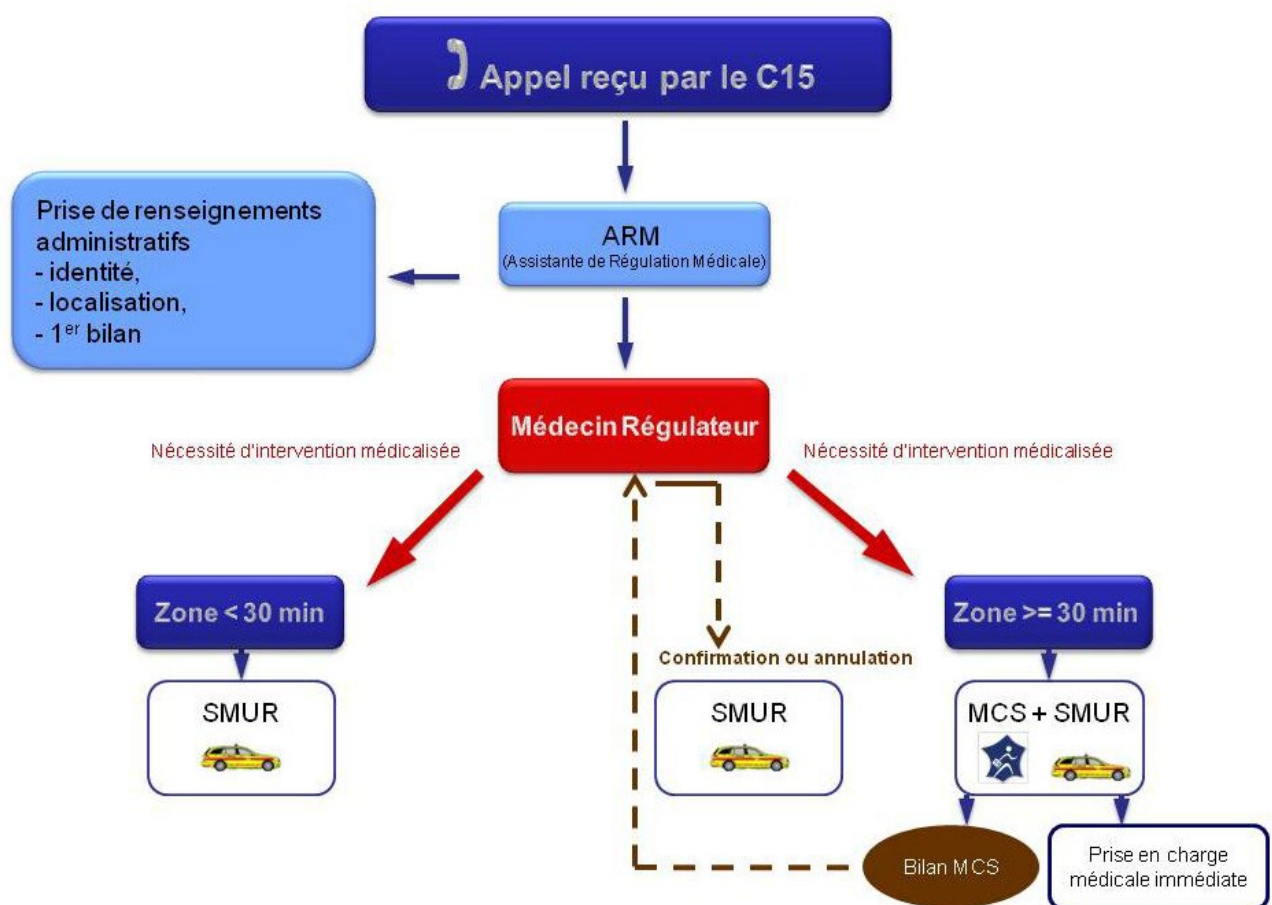


Figure 1 : Organigramme du déclenchement du MCS (25)

Le MCS doit signer un contrat avec l'établissement siège du SAMU ou avec une structure pilote de type associatif pour définir ses conditions d'interventions.

La formation intervient sous l'égide des SAMU et des CESU. Elle est constituée d'une formation initiale théorique et pratique, à laquelle s'associe une formation continue annuelle visant à actualiser les connaissances. Elle doit être conforme aux procédures et protocoles établis à partir des recommandations de la *Société française de médecine d'urgence* (SFMU), validés par le *Collège Français de Médecine d'Urgence* (CFMU).

L'ARS recommande la mise en place de protocoles d'intervention SAMU/MCS, définis localement dans chaque SAMU-Centre 15.

Matériels et dotations médicamenteuses sont mis à disposition du MCS par l'établissement siège du SAMU avec lequel il a passé convention. La liste détaillée du matériel fourni au MCS est définie dans le cadre du protocole d'intervention, qui précise également les conditions de son entretien et renouvellement.

L'ARS avalise l'attribution d'enveloppes budgétaires. Ces sommes versées par le fonds d'intervention régional permettent le pilotage et la permanence des MCS. Chaque intervention est ainsi rémunérée et les journées de formation sont indemnisées.

2.3 Le réseau MCS des Hautes-Alpes

2.3.1 Un département montagneux isolé

Les Hautes-Alpes appartiennent à la région PACA. Au 1^{er} janvier 2020, ce département compte 141,8 milliers d'habitants selon l'estimation de population de l'INSEE (26). Il s'agit du troisième département le moins peuplé de France. La totalité de son territoire est située en zone montagneuse.

La ville de Gap est la plus haute préfecture de France et elle compte 40 000 habitants. Briançon est la sous-préfecture du département avec 12 000 habitants. Trois autres agglomérations peuvent être qualifiées de ville : Embrun avec 6 155 habitants, Laragne avec 3 511 habitants et Veynes avec 3 182 habitants.

En 2020, le maillage territorial des services d'urgences et des SMUR compte : un SAMU-Centre 15 à Gap et quatre services d'urgence situés à Gap, Sisteron, Briançon et Embrun. Il existe également quatre lignes de SMUR : deux au départ de Gap, une au départ de Sisteron et une au départ de Briançon.

La configuration géographique complexifie souvent les moyens de prise en charge de la population locale, certaines communes étant situées à plus d'une heure d'un *service d'accueil des urgences* (SAU) (27). Les conditions météorologiques hivernales augmentent également le temps d'intervention, rendant certains lieux difficiles d'accès. L'afflux touristique, important en été comme en hiver, entraîne une hausse de la densité de population et constitue également un paramètre majeur à maîtriser dans la gestion des soins.

2.3.2 Le réseau MCS 05

Ce réseau créé en 2012, n'a depuis cessé de se développer. La région PACA s'est appuyée sur son modèle afin d'élaborer son cahier des charges MCS (28).

Le département des Hautes-Alpes recense actuellement quarante-deux MCS : quarante et un actifs et un interne en cours de formation avec un projet d'installation à plus de 30 minutes d'un SMUR du département. Par ailleurs, quatre MCS des Alpes-de-Haute-Provence partagent la formation par simulation en santé, et deux MCS de la Drôme suivent le programme complet de formation des MCS 05. Au total quarante-huit MCS suivent la formation MCS 05 au CESU/SIMULSanté 05.

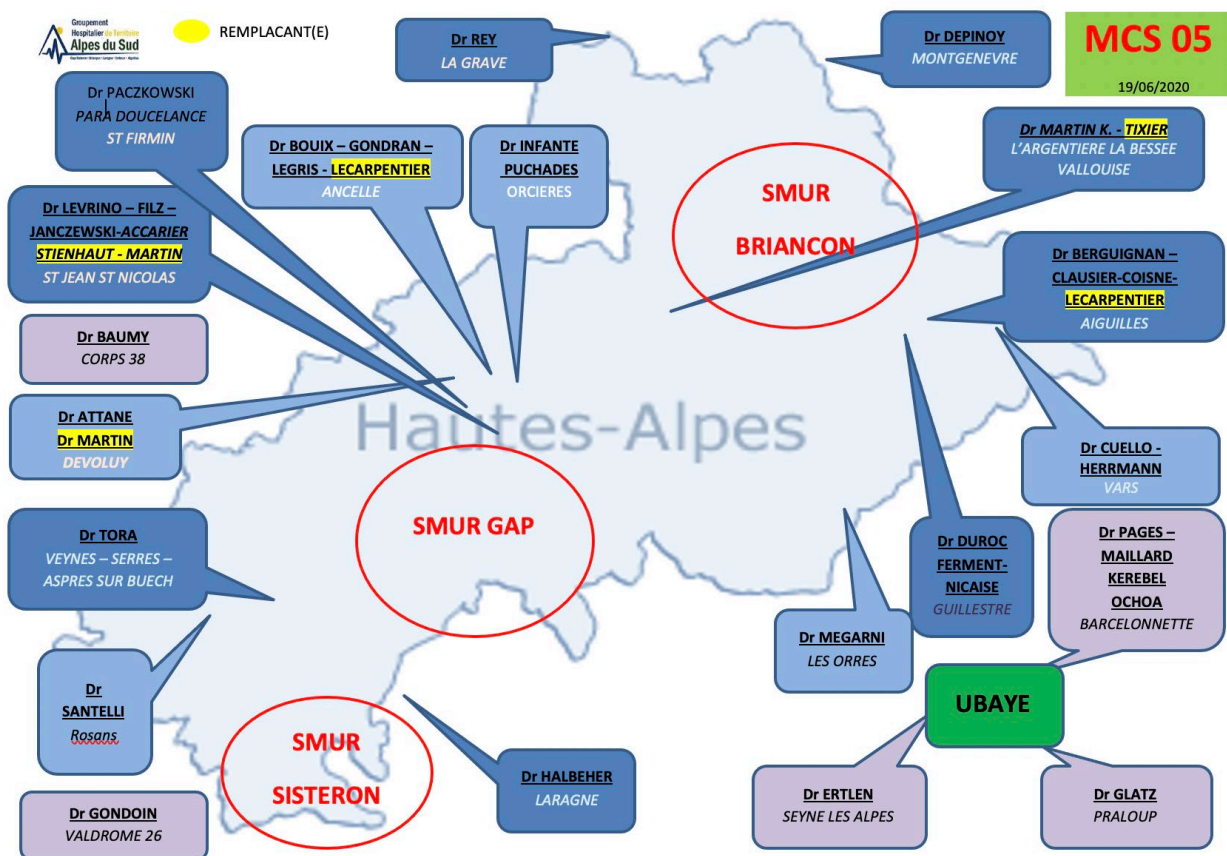


Figure 2 : Organisation du réseau MCS 05 en 2020

Ces effecteurs de terrain interviennent à la demande du SAMU 05. Ils ont également la possibilité de s'auto-déclencher, en visite ou en consultation, s'ils estiment que la situation répond aux critères d'urgence vitale ou potentiellement vitale. Après prise d'avis et validation du médecin régulateur du SAMU 05, un renfort du SMUR est envoyé.

Chaque MCS a signé une convention avec le directeur du *centre hospitalier intercommunal des Alpes-du-Sud* (CHICAS).

Ils sont les premiers acteurs médicaux de la filière d'AMU, l'objectif étant d'apporter un accès aux soins urgents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, sans imposer de système d'astreintes ni de gardes obligatoires aux MCS. En parallèle, ils peuvent aussi participer à la *permanence des soins ambulatoires* (PDSA).

Une formation qualifiante et obligatoire est assurée par le CESU 05.

La formation initiale de sept jours comprend :

- Formation aux gestes et soins d'urgences, sur deux jours ;
- Module 1 - Urgences vitales, durant deux jours, sur les thèmes : arrêt cardiaque, *accident vasculaire cérébral (AVC)*, ateliers procéduraux (intubation simple, *pose de voie veineuse périphérique (VVP)* et *d'intra osseuse (IO)*).

À l'issue de ces quatre premières journées, le MCS pourra être sollicité par la régulation du SAMU.

- Module 2 - Urgences vitales, durant deux jours, sur les thèmes : *syndromes coronariens aigus (SCA)*, troubles du rythme, comas ;
- Accouchement inopiné eutocique hors maternité, sur une journée.

La formation continue se poursuit ensuite sur quatre jours par an. Différents modules sont proposés :

- Module 3 - Analgésie/sédation, ateliers procéduraux (*bloc ilio fascial (BIF)*, pose de VVP, d'IO et intubation orotrachéale (IOT) simple) ;
- Module 4 - Détresse respiratoire aiguë, traumatisé sévère, intubation difficile et *intubation à séquence rapide (ISR)* ;
- Module 5 - Urgences pédiatriques ;
- Les ateliers procéduraux de l'urgence (intubation difficile, ISR, pose d'IO, pose VVP et BIF) ;
- Module 6 - Les urgences psychiatriques et circonstancielles (piqûre de serpent, choc anaphylactique, brûlure, intoxication au monoxyde de carbone et aux fumées d'incendie) ;
- Module 7 - Les états de chocs, les syncopes et suite des urgences circonstancielles (noyade, électrisation, électrocution) ;
- *Situations sanitaires exceptionnelles (SSE)* et *nombreuses victimes (NOVI)* ;

- Les urgences obstétricales (hémorragie de la délivrance, gestes qui sauvent un siège, troubles de l'adaptation à la vie extra utérine du nouveau-né) ;
- Module 8 - Hypnose à l'usage du MCS.

Des séances de simulation en santé sont systématiquement couplées à tous les modules. D'autres thèmes pourront être proposés selon les besoins exprimés par les MCS.

3. Matériel et méthodes

3.1 Type d'étude

Afin de mettre en évidence les motivations et les réticences à intégrer le réseau MCS 05, nous avons réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins, MCS et non-MCS, installés dans les Hautes-Alpes. Cette méthode nous a paru un choix judicieux, dans la mesure où, les motivations et les freins relèvent de phénomènes subjectifs. En effet, la recherche qualitative ne sert ni à quantifier, ni à mesurer, mais consiste le plus souvent à recueillir des données verbales, permettant une démarche interprétative. Elle permet d'explorer les émotions, les sentiments, ainsi que les comportements et les expériences personnelles (29).

3.2 Recherche préalable

En amont de la réalisation des entretiens, nous avons effectué une recherche bibliographique afin d'acquérir les connaissances nécessaires à la réalisation des guides d'entretien. Celle-ci concernait particulièrement le rôle du MCS et son histoire, qui nous étaient jusqu'alors peu connus. Elle fut succincte, afin de ne pas nous influencer lors de la réalisation des entretiens et de pouvoir rester les plus objectives possible. Nous souhaitions rester ouvertes à toute idée nouvelle, en limitant toute possibilité de préjugé relatif au thème de l'étude. Après avoir réuni toutes les données nécessaires à cette thèse et les avoir codées, nous avons poursuivi cette revue de la littérature pour densifier les concepts et faire évoluer les théories.

L'étude bibliographique a été effectuée dans les catalogues en ligne de la Bibliothèque universitaire d'Aix-Marseille et du SUDOC. Nous avons aussi eu recours aux moteurs de recherche tels que *PubMed*, *Cairn* et *Google Scholar* pour enrichir notre travail. Enfin, notre directrice de thèse, coordinatrice du réseau MCS des Hautes-Alpes, nous a permis d'accéder à de nombreuses données épidémiologiques concernant les MCS.

3.3 Population étudiée et échantillonnage

Pour notre étude, nous avons choisi de nous entretenir avec deux populations de médecins des Hautes-Alpes : ceux faisant partie du réseau MCS et d'autres pratiquant à plus d'une demi-heure d'un accès aux soins urgents, ayant fait le choix de ne pas y adhérer. Nous avons pensé que les leviers motivationnels concernant l'adhésion au réseau pouvaient différer chez ces deux catégories de médecins : plus proche des réels avantages et inconvénients chez les MCS et plus proche des idées reçues chez les non-MCS.

Nous avons eu accès à la liste des MCS du département grâce à la coordinatrice du réseau des Hautes-Alpes, et avons recherché les médecins exerçant à plus de 30 minutes des SMUR de Gap et Briançon sur internet. Les médecins répondant aux critères d'inclusion ont été contactés dans un premier temps par courriel puis par téléphone. Certaines demandes sont restées sans réponse malgré nos relances, d'autres ont permis un échantillonnage par « effet boule de neige ».

Nous aspirions à obtenir un échantillonnage le plus diversifié possible de par le nombre d'années d'exercice dans le département, l'ancienneté dans le réseau MCS, la variabilité des lieux d'exercice et le mode de fonctionnement du cabinet. Le recrutement s'est fait exclusivement dans le département des Hautes-Alpes, afin de pouvoir intégrer les particularités de cette zone géographique à notre travail.

L'étude était présentée aux participants comme s'adressant aux médecins des Hautes-Alpes, sans détail supplémentaire, afin de ne pas influencer le recrutement. Nous avons supposé que l'évocation du réseau MCS risquait de conduire certaines personnes, n'ayant pas beaucoup de connaissances sur celui-ci, à automatiquement s'exclure.

Le nombre de sujets nécessaires n'a pas été déterminé *a priori* mais consécutivement à la saturation des données. Le recrutement s'est ainsi arrêté lorsqu'aucun nouveau concept majeur n'a été évoqué pendant deux entretiens successifs (30).

3.4 Recueil de données

Le recueil des données a été réalisé à partir d'entretiens téléphoniques semi-dirigés. En pleine crise sanitaire de la Covid-19, il nous était en effet impossible d'organiser des entretiens présentiels comme nous l'avions envisagé initialement.

Dans un premier temps, nous avons élaboré conjointement deux guides d'entretien (Annexe 2 et 3), distincts pour chaque population, et évolutifs au cours de l'étude. Les questions étaient ouvertes, au nombre maximum de huit et accompagnées de reformulations et relances. Une partie épidémiologique répertoriait les années d'expérience du médecin, sa formation et son parcours ainsi que l'organisation de son cabinet. Ces informations nous permettaient d'établir un profil professionnel, tout en instaurant un climat de confiance et de bienveillance avant d'aborder le questionnaire. L'ordre des questions était plus ou moins modifié en fonction de l'orientation donnée par les médecins à la conversation. Le questionnaire concernant les non-MCS a dû être remanié après le premier entretien afin d'obtenir une version plus adaptée aux intervenants ne connaissant pas bien le réseau.

Les dix-neuf entretiens se sont déroulés entre les mois de mars et octobre 2020. Ils ont été enregistrés à l'aide du logiciel Audacity® et d'un dictaphone. Ils ont été retranscrits mot à mot sur Word® en conservant les rires, les silences et les aposiopèses. Les entretiens étaient dès lors anonymisés par une lettre et un chiffre se substituant au nom de chaque participant. Chaque intervenant a rempli un consentement écrit (Annexe 4) concernant l'enregistrement des données.

Afin d'enrichir la triangulation des données et de ne pas cloisonner la réflexion, chacune d'entre nous a effectué un nombre d'entretiens équivalent dans chaque catégorie de population.

3.5 Analyse des données

Dans le cadre de notre étude qualitative, nous avons choisi d'analyser les données selon la « théorisation ancrée » de B.Glaser et A.Strauss (31) : *Théoriser* c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. Et le résultat devra être *ancré* dans les données empiriques recueillies par nos soins (32).

La première étape, dite de codification, consiste à analyser les entretiens au fur et à mesure du recueil. À l'aide du tableur Excel®, l'enquêteur dégage des groupes de mots appelés *verbatim* et les codifie. Ce codage est réalisé par chacune des chercheuses en parallèle, indépendamment l'une de l'autre, puis mis en commun afin d'assurer la *triangulation des investigateurs*, qui permet de limiter le biais de préconception.

La seconde étape, dite de catégorisation, consiste à regrouper les codes de manière à voir émerger des idées plus larges, des concepts. Ces catégories sont reliées entre elles et hiérarchisées afin de produire une modélisation synthétique qui en détaille les interactions.

Tout au long de notre recherche, nous avons tenu un cahier de terrain dans lequel nos réflexions, doutes et idées étaient notés afin de faciliter la discussion.

La qualité de rédaction de notre étude qualitative est garantie par le respect des critères COREQ.

3.6 Éthique

Notre étude n'a pas nécessité d'avis auprès du *comité de protection des personnes* (CPP) ni d'assurance. En effet, les intervenants étant tous des professionnels de santé, elle n'est pas concernée par la loi Jardé n° 2012-300 du 5

mars 2012, modifiée par l'ordonnance n° 2016-800 du 16 juin 2016, relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Elle n'a pas nécessité non plus d'accord de la part d'un comité d'éthique car elle ne comporte ni recueil de données sensibles sur l'orientation sexuelle ou la religion, ni entretien avec des personnes mineures ou majeures sous mesure de protection.

Les entretiens ont été anonymisés de telle manière qu'aucun praticien concerné ne soit identifiable, conformément au *règlement général sur la protection des données* (RGPD) du 14 avril 2016. Dans un premier temps, nous avons attribué à chacun la première lettre du prénom de la chercheuse et un chiffre par ordre croissant (L1, L2, L3... et P1, P2, P3...). Les retranscriptions achevées, nous avons regroupé nos deux groupes d'entretien MCS que nous avons renommés par la lettre M et classé par ordre chronologique (M1, M2, M3...). Nous avons fait de même pour la population des non-MCS à laquelle nous avons attribué la lettre N (N1, N2, N3...). Les enregistrements ont été effacés dès la retranscription des travaux.

4. Résultats

4.1 Caractéristiques des non-MCS

De mars à octobre 2020, 9 médecins généralistes des Hautes-Alpes non adhérents au réseau MCS ont été interrogés : 5 hommes et 4 femmes. Ils étaient âgés de 31 à 75 ans avec une moyenne d'âge de 49,3 ans et une médiane de 57 ans. Tous étaient installés à plus de 30 minutes d'un SMUR, en milieu rural ou semi-rural, la plupart travaillant en cabinet de groupe. Le temps moyen d'entretien était de 28,6 minutes. Un tableau consultable en Annexe 5 détaille les caractéristiques de cette population.

Certains médecins possédaient des diplômes complémentaires. Nous avons sciemment fait le choix de ne pas intégrer ceux-ci au tableau dans un souci d'anonymat. Nous avons remarqué qu'aucun des *diplômes universitaires* (DU) réalisés par les non-MCS n'était en lien avec la médecine d'urgence.

La saturation des données a été obtenue avec l'entretien N8 et confirmée par l'entretien N9.

4.2 Résultats des entretiens auprès des non-MCS

4.2.1 L'organisation des soins d'urgences

4.2.1.1 Une meilleure organisation de la régulation des urgences aujourd'hui

Plusieurs médecins pratiquant depuis de nombreuses années nous ont fait part de leur soulagement, consécutif au développement du SAMU-Centre 15 dans les Hautes-Alpes, dans les années 1990. Avant sa création, ils étaient en effet très fréquemment sollicités pour des urgences injustifiées.

N1 : « *Moi je suis de la génération où arrivait le SAMU. Avant, on partait sur tout, tout le temps, y'avait pas de régulation. C'était une période un peu chaude et fatigante du coup. »* »

N9 : « *Houlala oui j'en ai assez fait ! Surtout qu'au début c'était jour et nuit pour rien du tout le plus souvent. »* »

Dorénavant, les médecins estiment être plus soutenus par le centre 15 et en sont satisfaits.

N1 : « *On a pris goût à la régulation (...) Maintenant c'est confortable, on est régulé, on n'est jamais seul, donc ça va. »* »

4.2.1.2 Crainte d'une régression du système de soins

Un médecin généraliste interrogé redoute d'être instrumentalisé, en vue de pallier la crise sanitaire de l'hôpital public s'il adhérerait au réseau.

N6 : « *Enfin je sais pas, mais dans l'état actuel de l'hôpital public, on a plutôt l'impression que c'est quelque chose qui essaye de pallier un manque d'effectif dans les hôpitaux. C'est aussi ça qui fait que j'ai pas du tout envie de faire cette formation. »* »

Des médecins exerçant dans les environs d'Embrun craignent la fermeture des urgences du centre hospitalier, si un système de permanence de soin s'organisait et si les MCS se développaient.

N8 : « *En fait à Embrun, c'est vraiment des petites urgences : bio, radio et point (...). L'hypothèse des médecins, c'est de dire "Pour préserver un peu les urgences de l'hôpital et pour éviter qu'il y ait des remaniements de ce côté-là, il faut pas forcément mettre en place ce genre de choses." »* »

Quelques non-MCS souhaitent que les urgences soient gérées par des spécialistes compétents. Ils perçoivent l'implication des médecins généralistes dans la prise en charge des urgences comme une régression du système déjà en place.

N7 : « *Je trouve que la médecine va du médecin de la sécu au réanimateur. Je trouve que tout le monde a sa place et devrait y trouver son bonheur, c'est ce qui est super dans la médecine. Après, il faut que chacun trouve sa place et éventuellement y reste, ce qui simplifierait le monde. »*

N6 : « *Après de toute façon, les urgences SMUR c'est pour les urgentistes. La place du médecin généraliste, pour moi, elle est plutôt d'appuyer l'urgentiste quand il va être amené à quitter les murs de l'hôpital. Si y'a un médecin généraliste qui est de garde aux urgences ça peut être intéressant pour faire le renfort, mais pas pour aller jouer les cow-boys. »*

4.2.2 L'urgence au cabinet médical

4.2.2.1 L'urgence s'impose au médecin généraliste

Le médecin généraliste se retrouve forcément confronté à des situations d'urgence, particulièrement en milieu rural.

N1 : « *C'est vrai que nous, en milieu rural... les urgences ça fait partie de notre job. »*

N2 : « *C'est un aboutissement de pratiquer la médecine de campagne avec la prise en charge de l'urgence sur le territoire où l'on intervient, où l'on vit, où l'on travaille. Il y a cette notion de prise en charge de l'urgence de proximité. »*

4.2.2.2 La gestion de l'urgence

Certains des médecins interrogés ne se sentent pas complètement à l'aise avec la prise en charge des urgences.

N9 : « *On n'est jamais vraiment trop à l'aise avec l'urgence, enfin, ça dépend des urgences. Je fais ce que je sais faire. J'ai quand même assez souvent des infarctus. Je fais l'électro, j'appelle le SAMU. Je mets la trinitrine en attendant et puis c'est tout, c'est tout ce que j'ai sous la main. »*

N4 : « *La question c'était "Est-ce que je pose une voie ou pas ?". Mais comme de toute manière je ne suis pas à l'aise pour poser des voies, je l'ai pas fait. »*

Il paraît en effet difficile de maîtriser des situations peu fréquemment rencontrées.

N1 : « *C'est stressant de se retrouver dans une situation dont on n'a pas trop l'habitude... »*

N5 : « *Quand on pratique pas, vous avez beau mettre des croix dans toutes les cases qu'on peut vous présenter, le jour où ça arrive si vous en avez pas fait depuis quelques temps bah... Je crois que c'est le genre de choses qu'il faut pratiquer. »*

Cependant ces situations d'urgence ne leur paraissent pas insurmontables, car ils peuvent appeler le SAMU-Centre 15. Certains demandent aussi de l'aide à leurs collègues MCS.

N4 : « *Eh bien, soit je peux avoir des collègues MCS qui sont là pour m'aider, c'est rassurant, soit le 15 peut monter, il n'est pas loin. »*

Deux des médecins interrogés trouvent que leur formation a été suffisante durant leur cursus. Ils sont sereins concernant leurs prises en charge en situation d'urgence.

N6 : « *Je me trouve assez à l'aise. Pendant l'internat et même l'externat, j'ai l'impression d'avoir fait pas mal d'urgences, donc cet aspect-là ne m'intéresse pas trop parce que j'ai l'impression que ma formation me l'a déjà apporté. »*

N7 : « *Dans mes études, j'ai fait pas mal de stages de réa, je suis passé au déchocage et j'ai fait des gardes aux urgences. J'ai été médecin-pompier aussi. Alors je suis peut-être pas à la pointe de la technologie, mais il me reste des petits souvenirs sur l'urgence vitale, je fais ce que j'ai à faire. »*

4.2.3 Le réseau MCS

4.2.3.1 La communication sur le réseau

La majeure partie des médecins généralistes interrogés ont été peu marqués par leur premier contact avec le réseau.

N1 : « *Ça fait longtemps, j'avoue je sais plus quand j'en avais entendu parler... »*

Ils ont eu connaissance de l'existence du réseau par différents moyens : au cours de l'internat, de *formations médicales continues* (FMC) ou par des collègues MCS.

N2 : « *On avait des FMC où l'on se retrouvait assez régulièrement entre médecins du terrain et on avait commencé à en parler, on avait un collègue qui était très motivé pour ça. »*

Très peu se souviennent avoir été contactés par les organisateurs du réseau par courrier ou par téléphone.

N8 : « *Au moment où je me suis installée, j'ai reçu une lettre expliquant et proposant le rôle en question. »*

N7 : « *Il y a trois ou quatre ans, j'ai reçu une lettre de recrutement il me semble, je l'ai mise à la poubelle. »*

Certains préféreraient une présentation du réseau par le biais du dialogue afin de favoriser le côté relationnel et humain.

N1 : « Ça fait partie des papiers qu'on reçoit par milliers. On les empile, on y pense, on se dit " Qu'est-ce que je fais ? " et après on y pense plus et ça repart sur la pile (...). Pour avoir une petite motivation, pourquoi pas un contact téléphonique ou des soirées de promotion, pour parler de ça de vive voix. »

D'autres suggèrent, en s'appuyant sur leur expérience dans une autre région, de proposer la formation aux internes.

N2 : « Je pense que les internes qui ont fait la formation ne le regrettent pas, même si on n'a pas finalisé la mise en pratique (...). Tous m'ont dit : " Ouais c'était sympa, ça nous a confortés dans une approche qu'on était capables de faire face à une situation critique". »

4.2.3.2 Méconnaissance du réseau

Quelques médecins généralistes connaissent globalement le rôle du réseau. Ils en donnent des définitions quasi-correctes, mais souvent imprécises.

N3 : « Bah c'est un médecin qui est sur place et qui peut intervenir un peu plus rapidement qu'un SAMU en attendant sa venue. »

N6 : « Euh il me semble que c'est eeeuh... c'est être eeeuh... en fait euh... non la définition je la connais pas parfaitement mais il me semble que c'est d'être euh... en appui au SAMU quand il y a des interventions pour lesquelles on pourrait apporter des gestes urgents avant que le SAMU n'arrive sur place. »

D'autres définissent les MCS d'une manière très approximative.

N7 : « Euh Médecin Correspondant SAMU, c'est celui qui trimballe la petite valise pour faire des urgences non ? »

Ils attribuent aux MCS des fonctions qui ne sont pas les leurs.

N4 : « Des fois j'imagine qu'ils répondent par des conseils téléphoniques directement. »

Certains associent le MCS au médecin régulateur.

N9 : « J'ai été à un moment donné médecin régulateur aussi donc, oui je connais (...) Humm je ne sais pas ce que vous appelez correspondant SAMU en fait. »

Un médecin pense qu'il devrait se réserver, sur le temps de cabinet, des plages dédiées de disponibilité en cas d'adhésion au réseau.

N8 : « Après on s'était posés la question, avec mon compagnon, de faire une sorte d'alternance, un qui consulterait, l'autre qui resterait en dispo. »

Cette méconnaissance génère du stress et certains aimeraient avoir de meilleures informations sur le réseau et ses formations.

N1 : « Il faudrait juste qu'on reprecise à quoi ça correspond, quelles sont les limites de l'action. Définir le rôle, et à quoi ça engage. »

4.2.3.3 Un a priori d'inutilité

Un médecin ayant accompagné son maître de stage sur le terrain pendant son internat a observé une arrivée concomitante du SMUR et du MCS. Selon lui, il n'y a donc pas de bénéfice de la coexistence des missions pour la population.

N6 : « Plutôt un ressenti d'inutilité profonde de la chose. Y'a eu deux interventions pendant mon stage et on est arrivé en même temps que le SAMU ou sur un état de mort avancée (...). Je vois pas ce que ça pourrait m'apporter ni ce que ça pourrait apporter à la population. »

Ce médecin pense ne pas pouvoir être utile dans la prise en charge des urgences vitales. Il pense même que son intervention risque d'être délétère, car le généraliste n'est pas un urgentiste.

N6 : « *En termes de chance pour la population, c'est pas génial si on se repose sur les MCS. Moi si je fais un infarctus demain, je préférerais que ce soit le SMUR qui vienne, plutôt qu'un MCS qui fasse quelque chose avec ses petites mains en attendant que le SMUR de Gap arrive. Moi je le ferais en pleurant parce que je pense que je ne le ferais pas bien. On peut pas remplacer un SMUR. »*

Un autre généraliste interrogé estime ne pas avoir besoin d'être MCS pour savoir gérer des urgences. Chaque médecin devrait gérer les urgences de ses propres patients.

N7 : « *Mes urgences, c'est mon quotidien. Je les assure, je vois pas très bien l'intérêt d'appeler un collègue si je suis sur place. Je vois pas pourquoi le médecin habituel du patient ne le gérerait pas quand il y a un problème aussi. »*

Quelques médecins travaillant dans leur cabinet avec des MCS ne voient pas l'utilité d'adhérer au réseau, car il n'y a pas de perte de chance pour les patients, selon eux. Le territoire est déjà couvert.

N3 : « *Y'en a déjà deux, donc je ne me pose pas de question de conscience, comme je me dis qu'ils sont déjà deux. »*

4.2.3.4 Le service médical rendu

Un certain nombre de médecins considère que le réseau MCS aide la population.

N4 : « *Mais en tout cas c'est un vrai service pour la population. »*

Cela les inciterait à y adhérer car ils sont soucieux de la collectivité.

N5 : « *Le seul argument qui me ferait participer, c'est le fait de pouvoir être utile à la collectivité et aux gens même si ça peut paraître désuet. Moi ce serait quasiment ma seule motivation. »*

Grâce au réseau, on retrouve la notion de rendre service d'une manière plus sécurisée qu'auparavant. Cette amélioration est bénéfique pour le médecin, mais également pour la population.

N2 : « *On a fait les cow-boys dans les années 80-90, on a fait des choses qu'on pourrait plus faire maintenant. Il faut réfléchir de façon raisonnée, raisonnable et sécurisée à la fois pour les effecteurs, et pour les populations qui bénéficient de ces recours. »*

Apporter de l'aide à la population valorise le médecin généraliste.

N1 : « *Rendre service dans l'urgence, c'est toujours aussi gratifiant ! »*

4.2.4 Leur état d'esprit

4.2.4.1 Pas d'attirance pour l'urgence

Certains non-MCS ne prennent aucun plaisir dans la réalisation des soins urgents.

N5 : « *C'est sans enthousiasme parce c'est une médecine qui m'emballe pas. Bon si faut le faire, bah faut le faire, mais sans plus. Je préfère être tranquillement dans mon cabinet, à essayer de comprendre pourquoi y'a un œdème en regard de la branche horizontale de la mandibule chez quelqu'un (...). J'ai pas une âme d'urgentiste, c'est pas quelque chose qui m'intéresse vraiment. »*

N3 : « *On choisit d'être généraliste ou de faire urgentiste, on a des fibres pour certaines choses et puis moins pour d'autres quoi. »*

Gérer les urgences ne correspond pas à tous les types de personnalités.

N4 : « *L'urgence c'est bien pour ça que je n'en fais pas, je ne pense pas que ce soit quelque chose qui me convienne, ça correspond pas à ce que je suis. (...) Moi j'ai un rythme intérieur qui est plutôt paisible. Donc c'est pour ça que quand je suis stressée, ça me convient pas beaucoup.* »

Certains ne s'épanouissent pas à exercer la médecine d'urgence qui est décrite comme trop éloignée de leur domaine de compétence.

N5 : « *Je crois que c'est trop éloigné de la pratique quotidienne.* »

Certains sont lassés des protocoles d'urgences, pour eux la médecine générale s'exerce autrement.

N1 : « *Ça m'apporte moins sur le plan de la satisfaction personnelle. C'est vrai que quand j'étais jeune, me mettre à gérer un infarctus ou un OAP (Œdème aiguë pulmonaire – NDA) ou un truc comme ça, je trouvais ça intéressant mais maintenant... Quand on en a fait un certain nombre... il arrive un moment où ça n'a pas d'intérêt dans la médecine quoi. L'art médical ne s'exprime pas là, là on applique des protocoles.* »

N5 : « *Je trouve que c'est une médecine qui devient un peu algorithmique et ça j'aime pas.* »

4.2.4.2 Pas l'envie de s'engager

Le choix d'adhérer au réseau peut avoir un impact sur l'entourage du médecin, comme la famille ou des collègues. Certains ne souhaitent pas s'engager afin de préserver leurs proches.

N8 : « *Après la vie professionnelle, il reste une vie de famille, on peut pas tout faire.* »

N2 : « Outre l'acte médical qui est très engagé, on engage aussi nos proches en termes de travail, nos proches professionnels, nos associés, nos secrétaires. On engage aussi notre famille, notre vie familiale dans tout ce qui est garde, etc. Faire des gardes d'astreinte, de permanence de soins simples et faire des gardes médecin correspondant SAMU c'est pas la même chose. »

Certains médecins savaient d'emblée qu'ils n'intégreraient pas le réseau MCS, alors que d'autres ont mûrement réfléchi avant de prendre une décision.

N3 : « Oui j'y ai pensé à un moment et puis au final : non. »

N4 : « Je savais d'emblée que je voudrais pas le faire. »

Des médecins engagés auparavant comme médecin sapeur-pompier n'ont plus envie de s'engager à nouveau dans un réseau.

N7 : « J'ai pas envie de me re-rendre disponible. »

4.2.4.3 Souhait d'indépendance

Un des médecins apprécie son isolement et son autonomie. Il ne souhaite pas être tributaire de l'hôpital.

N7 : « L'avantage du médecin généraliste, c'est qu'il fait ce qu'il veut, il rend des comptes à son comptable et à sa famille, c'est tout. »

4.2.4.4 Un désir de tranquillité

Quelques médecins souhaitent avoir une vie paisible et sereine en dehors des horaires de leur cabinet. Devoir rester joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 effraie les médecins interrogés. Ils expriment le besoin d'avoir des moments de tranquillité.

N6 : « *J'ai choisi un emploi du temps à mi-temps, c'est pas pour travailler plus, mais travailler mieux. »* »

N3 : « *J'aime mon métier, mais j'ai une vie à côté et j'ai pas envie de faire que ça. Il y a un côté qui te stresse. Moi je fais des gardes et ça me plaît bien, mais j'aurais pas envie d'être joignable forcément tout le temps à n'importe quelle heure. »* »

Quelques médecins avoisinant l'âge de la retraite considèrent la fonction MCS comme trop épuisante et souhaitent avoir des plages de repos.

N9 : « *Moi je suis retraité pratiquement... je tiens à avoir un peu de tranquillité surtout les week-ends, c'est surtout ça hein. »* »

4.2.4.5 Créer du lien (ou pas)

La quasi-totalité des médecins perçoivent comme un avantage le fait de pouvoir créer du lien avec les équipes hospitalières.

N8 : « *Je trouve que c'est bien de travailler en équipe et se faire des contacts à la régulation. »* »

N4 : « *Je pense que le lien ville-hôpital est important. Ils sont formés avec les gens avec qui ils vont être amenés à travailler. Donc, ça c'est positif. »* »

Cependant, un médecin généraliste décrit une divergence de vision entre les mondes du libéral et hospitalier, et se sent parfois déprécié par ses confrères. De ce fait, il ne souhaite pas rapprocher ces deux sphères et veut rester indépendant.

N7 : « *Je pense qu'il y a une divergence de vision entre le monde hospitalier et le monde libéral. Ce qui fait que j'ai pas trop envie quoi. Je pense qu'il y a un côté " Ouais ce que fait le médecin généraliste c'est pas si important ". Il y a des gens qui devraient plus sortir de l'hôpital et voir ce que l'on fait. »* »

4.2.4.6 Diversifier son activité

Intégrer le réseau MCS permettrait de varier son activité.

N1 : « *C'est un mode d'exercice différent, ça fait varier son exercice (...). C'est un petit coup de stress, ça revigore un peu quoi !* »

N8 : « *Je trouve que ça permet de varier un peu la pratique, de se rendre à domicile pour évaluer les gens, avoir un regard tout à fait différent, une approche différente, et d'essayer de régler un problème ou d'établir un premier bilan. Ça me paraît intéressant de par le côté plus varié et le travail en équipe que ça peut impliquer, et par l'approche totalement différente de ce que l'on fait tout le temps.* »

La condition pour vouloir diversifier son activité, est d'aimer être confronté à l'urgence, ce qui n'est pas le cas de tous les généralistes.

N2 : « *Moi pour mes collègues qui aiment justement ce genre d'adrénaline, je trouve que c'est super bien qu'il puisse y avoir ce système-là, autant pour les patients que pour les médecins. Mais moi non.* »

N5 : « *Bah ceux qui aiment ça peuvent se faire plaisir.* »

4.2.5 L'aspect pratique au cabinet

4.2.5.1 La désorganisation

Quasiment la totalité des non-MCS nous ont fait part d'un frein majeur concernant leur adhésion au réseau : la peur du désordre organisationnel généré par les sorties MCS.

N1 : « *Le frein, enfin en tout cas le mien, serait celui de devoir quitter le cabinet comme ça, en catastrophe, de revenir (...) avec un emploi du temps complètement perturbé (...). C'est quand même pas simple à organiser !* »

Cette perturbation du planning engendrée par les missions peut générer un sentiment d'angoisse.

N9 : « *Après le gros point noir, c'est l'organisation. Devoir quitter le cabinet à n'importe quel moment de la journée alors qu'on a des consultations, souvent une salle d'attente déjà bien remplie, c'est vraiment un facteur de stress important.* »

N6 : « *Moi je pense vraiment qu'en terme d'organisation, ça ne me correspond pas. C'est ça qui me fait le plus pencher pour rester non-MCS, parce que j'aime bien être à l'heure et ça chamboulerait beaucoup trop ma journée pour que ce soit intéressant d'être MCS. J'aurais trop de stress par rapport à ma journée de travail.* »

Certains médecins considèrent d'ailleurs qu'être MCS sans avoir de secrétaire serait inenvisageable.

N2 : « *Partir sur une urgence c'est vraiment bousculer beaucoup de choses donc ça veut dire qu'au minimum on ait un secrétariat qui gère notre absence, qui gère les patients en attendant.* »

Une seule des personnes interrogées ne semble pas dérangée par cet aspect.

N5 : « *Non, moi ma vie c'est quand même mon métier. Donc ça peut perturber l'organisation de mon cabinet. C'est sûr que si j'ai un rendez-vous et que vous m'appellez quelque part, je vais devoir mettre fin à la consultation, mais ça fait partie des choses qu'on doit accepter.* »

4.2.5.2 L'impact sur la patientèle

Certains médecins ont peur de perdre une partie de leur patientèle à cause de la désorganisation du cabinet et surtout du retard engendré par les missions.

N8 : « *En tout cas, chez nous, on est plusieurs médecins et je pense que les patients ont vite fait de changer en disant "Voilà, malheureusement j'ai plusieurs cas où elle est partie donc je ne veux plus y aller".* »

Un des médecins pense au contraire que les patients accepteraient facilement l'inconfort généré par une mission.

N2 : « *Après, dans une population de patients qui est habituée à ça et qui sait qu'il y a peu de médecins et qu'il est amené à partir... pourquoi pas. Je pense que les gens respectent.* »

Partir en plein milieu d'une journée de consultation pourrait aussi nuire à la relation médecin-malade.

N8 : « *C'est aussi cassant dans la relation de suivi médecin-patient je trouve, enfin moi c'est ce qui me limite le plus. Parce que quand on va chez un médecin et que finalement on l'attend à la porte plusieurs heures parce qu'il est parti ou alors qu'il part en plein milieu de la consultation, je trouve que ça casse beaucoup le lien médecin-patient.* »

4.2.5.3 L'aspect financier

Un des médecins interrogés considère que s'occuper des urgences entraîne une perte d'argent.

N7 : « *Alors j'ai beaucoup aimé jouer au cow-boy quand j'étais petit, mais maintenant je trouve que ça me fait plus perdre du temps et je vais être carrément cynique : de l'argent.* »

Un autre pense qu'il faudrait revaloriser le salaire du MCS.

N2 : « *Je pense qu'il faut qu'il y ait une valorisation mais je m'avancerais jamais sur un chiffre.* »

La très grande majorité n'a pas abordé le sujet de la rémunération.

4.2.5.4 Du travail supplémentaire

Plusieurs intervenants estiment ne pas avoir le temps d'intégrer le réseau. Deux d'entre eux évoquent le manque de disponibilité pour se former.

N5 : « *Moi, je dispose pas de beaucoup de temps. Pas par rapport aux interventions du MCS, mais plutôt par rapport au temps d'apprentissage. Le week-end, en général je fais ma paperasse, la comptabilité, j'essaye de lire mes revues, mais j'ai même pas le temps de faire tout ça, je dois juste sélectionner des articles intéressants. Donc, si en plus il faut que je me farcisse de la médecine d'urgence... alors que je n'y ai que peu d'intérêt... je ne sais pas où je vais trouver le temps. »*

N7 : « *Honnêtement, mon mode d'exercice a évolué. Actuellement, je n'ai pas la disponibilité pour me reformer (...). C'est sûrement très bien, mais après il faut avoir la possibilité d'assumer ce à quoi on s'engage et moi, j'ai pas cette possibilité-là. »*

Devenir MCS pourrait aussi interférer avec la médecine générale du cabinet, dont la charge de travail est déjà trop importante.

N3 : « *On a déjà un planning qui est bien chargé, on a des choses pas forcément faciles à gérer et ça rajoute du travail. En fait, c'est pas vraiment un manque d'envie, c'est plus un manque de temps. »*

N6 : « *Je pense que c'est déjà difficile d'être bon en médecine générale, donc il faut pas rajouter d'autres choses. Je le vois comme un élément perturbateur en fait. »*

N7 : « *Le problème c'est qu'actuellement on travaille depuis plusieurs années en repoussant d'un jour sur l'autre des visites qu'on ne peut pas faire dans la semaine. J'ai déjà un emploi du temps qui est assez surchargé, donc je voyais pas très bien l'intérêt. »*

La charge administrative fait aussi partie des différents freins abordés par les non-MCS.

N7 : « *Pour les freins, on peut parler de la charge administrative, du côté déclaratif et tout ça...* »

N5 : « *Après si on me demande trois tonnes de paperasse à chaque fois qu'on prend un patient en charge, non merci...* »

4.2.5.5 Le matériel

Quelques médecins généralistes ont évoqué l'avantage d'avoir un équipement complet mis à disposition par le réseau.

N1 : « *Les MCS ont une formation et du matériel. C'est quand même super bien !* »

N9 : « *Ça permet de se familiariser avec les urgences, surtout au niveau technique et matériel. Quand j'étais aux pompiers, on travaillait avec le SAMU. Dans les VSAB (Véhicule de secours aux asphyxiés et blessés – NDA) c'était bien équipé, on avait un défibrillateur, on faisait des ECG (Électrocardiogramme – NDA), on pouvait perfuser tout de suite... C'est sûr que c'est pratique.* »

4.2.6 Un sentiment d'incapacité

4.2.6.1 Un manque de pratique

Certains médecins ont peur de ne pas savoir gérer l'urgence par manque de pratique s'ils intervenaient en tant que MCS.

N4 : « *Pour être à l'aise, il faut être formé ça c'est sûr, mais je pense aussi qu'il faut vivre les situations de façon répétée.* »

N6 : « *Je pense que pour être à l'aise sur une intervention type SMUR et bien la gérer, il faut en faire tous les jours. C'est un peu illusoire de penser qu'on puisse être à l'aise à faire ça en faisant une petite formation et en faisant une intervention par an.* »

4.2.6.2 Des interventions anxiogènes

Beaucoup d'entre eux évoquent le stress supplémentaire que peut engendrer la prise en charge de l'urgence.

N6 : « *Non, ça m'apporterait pas grand-chose de plus à part du stress.* »

N5 : « *Moi ça serait plus anxiogène qu'autre chose, mais si ça peut être utile c'est toujours ça.* »

N9 : « *Quand j'étais sapeur-pompier je stressais beaucoup. Sur les grosses urgences et les accidents j'étais pas à l'aise, ça m'est arrivé de stresser sérieusement. Bon, toujours intérieurement, mais j'étais pas du tout à mon aise.* »

Des médecins généralistes estiment avoir un profil émotionnel incompatible avec la fonction MCS du fait d'une trop grande anxiété. Elle peut générer une inefficacité chez certains.

N4 : « *Moi dans les situations d'urgence, j'ai plutôt l'impression que le stress ne va pas être quelque chose... je vais pas être lucide et efficace. J'ai plutôt l'impression que je vais perdre mes moyens.* »

Un des intervenants nous a fait part de son appréhension concernant les trajets à effectuer pour arriver sur le terrain.

N6 : « Souvent il faut prendre la voiture, déjà t'as pas de gyrophare, t'es pas prioritaire. Si t'as un accident, c'est un peu dommage. Nous on a des routes qui sont plutôt encombrées donc, c'est se mettre en danger je trouve. Enfin moi ce que j'avais retenu sur les interventions avec le médecin du Champsaur c'est que c'était un gros stress, le déplacement et le reste. »

4.2.6.3 Être trop âgé

Deux des médecins interrogés de 60 et 75 ans évoquent un âge trop avancé pour pouvoir pratiquer en tant que MCS.

N1 : « C'est plus de mon âge, on va laisser ça aux jeunes. Ça peut ne pas être inintéressant, quand on a encore la pêche. (...). J'aurai été content d'avoir cet encadrement et formation à l'époque où on faisait tout ça tout seul quoi. Quand on est plus jeune, c'est vrai que l'acte d'urgence c'est une motivation particulière. »

N9 : « Mais bon, maintenant, j'ai passé la période (...). Si c'était pas l'âge, je le ferais très volontiers. »

4.2.6.4 L'impact psychologique

Travailler en tant que MCS implique une confrontation plus fréquente avec des situations graves.

N3 : « Et puis, c'est une pratique un peu particulière. Il y a quand même du stress et des choses qui sont pas toujours drôles. Même si en médecine y'a toujours des choses qui sont pas drôles, là, on est confronté à des situations plus violentes donc c'est vrai que j'en ai pas envie. »

N5 : « Quelqu'un qui travaille avec le SAMU il verra beaucoup plus de situations graves. »

Certains médecins ne pensent pas pouvoir assumer l'impact psychologique que pourrait impliquer ce genre d'interventions.

N3 : « *J'ai une sensibilité importante et y'a certaines sorties qui pourraient me travailler beaucoup. J'ai pas forcément envie de me faire mal. »*

N1 : « *Le frein, enfin en tout cas le mien serait celui de devoir quitter le cabinet comme ça en catastrophe, de revenir tout chamboulé. »*

4.2.7 La formation

La plupart des médecins interrogés ont une vision positive de la formation proposée. Selon eux, elle permet d'apprendre à gérer des urgences vitales, de réactualiser ses connaissances et de maintenir son niveau.

N4 : « *Être MCS, ça permet d'être un peu mieux formé sur les urgences vitales (...). Je pense que les formations faites à l'hôpital sont très bien. »*

N1 : « *C'est sûrement très bien, en plus y'a une formation, y'a du matériel donc... c'est fait de manière très correcte il me semble. Ça permet de se maintenir à niveau. »*

N3 : « *Dans la pratique ça peut nous apprendre la gestion de certains gestes de l'urgence, qu'on a que de théorique et puis qu'on a fini par oublier. »*

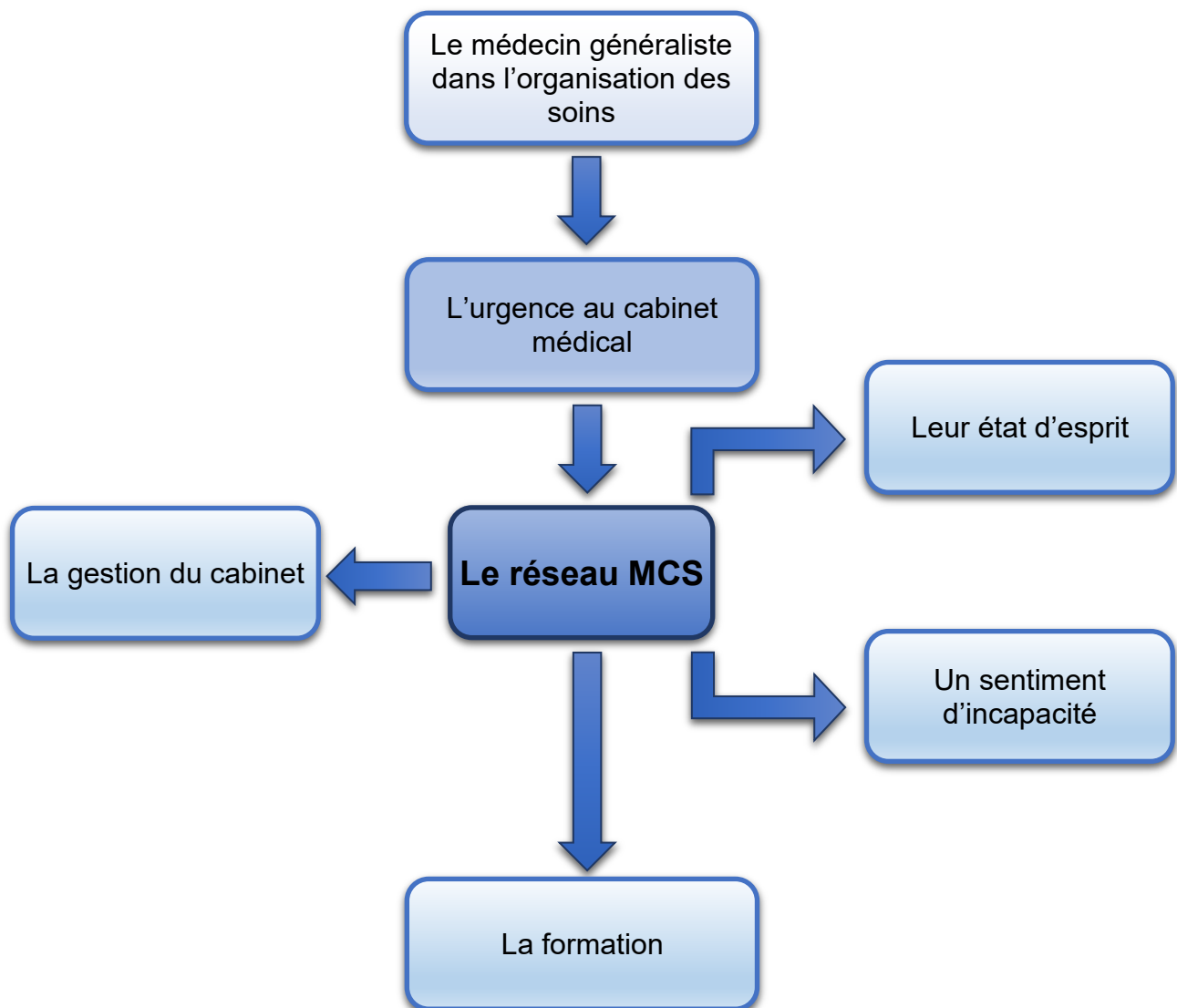
N8 : « *Je suis installé depuis pas longtemps mais les automatismes tendent déjà à disparaître sur la gestion des situations urgentes, des médicaments de l'urgence, des poses de voie veineuse, même les petits gestes... J'ai peur de perdre les réflexes au fur et à mesure donc la formation m'intéresserait beaucoup. »*

Certaines personnes aimeraient participer à une formation concernant les situations d'urgence, sans pour autant intégrer le réseau des MCS.

N3 : « Ils proposeraient des formations pour se former pour le cabinet j'y participerais avec plaisir, mais là, c'est pour être MCS donc non. »

N4 : « Je l'ai pas fait, mais parfois je me dis : "J'irais bien à une formation pour être un peu plus à l'aise sur les urgences vitales ", mais sans pour autant devenir MCS. »

4.3 Modélisation des résultats d'entretiens avec les non-MCS



4.4 Caractéristiques des MCS

De mars à octobre 2020, 10 médecins généralistes adhérents au réseau MCS ont été interrogés : 6 hommes et 4 femmes. Ils étaient âgés de 29 à 62 ans, avec une moyenne d'âge de 42,1 ans et une médiane de 35 ans. Tous étaient installés à plus de 30 minutes d'un SMUR, en milieu rural ou semi-rural, la plupart travaillant en cabinet de groupe. La moitié des MCS avaient également la fonction de médecin sapeur-pompier. La durée moyenne des entretiens était de 30,8 minutes. Ces informations sont disponibles dans le tableau en Annexe 6.

Tous les médecins interrogés possédaient des diplômes complémentaires concernant principalement la médecine du sport, la médecine de montagne et la médecine d'urgence. Nous avons choisi délibérément de ne pas les présenter dans le tableau afin de préserver l'anonymat des médecins interrogés.

La saturation des données a été obtenue avec l'entretien M9 et confirmée par l'entretien M10.

4.5 Résultats des entretiens auprès des MCS

4.5.1 L'organisation des soins

4.5.1.1 La médecine d'urgence s'impose au médecin généraliste en milieu rural et montagnard

Pour la plupart des médecins interrogés, l'urgence fait partie intégrante de la médecine générale. Ils y sont souvent confrontés dans leur cabinet ou en visite à domicile.

M3 : « *Le médecin généraliste a quand même une place dans l'urgence.* »

Certains d'entre eux se trouvent confrontés aux urgences liées aux sports de montagne (ski, VTT, ...) dont l'accidentologie est élevée.

M1 : « *Ça me semble indispensable de savoir gérer l'urgence en station. »* »

En milieu rural, ces situations sont d'autant plus difficiles à gérer que le SMUR met du temps à arriver. Certains médecins se sentent isolés sur leur lieu d'exercice.

M2 : « *De toute façon, dans des coins comme ici, on est forcément confronté à des situations d'urgence et est on est forcément loin de l'hôpital. C'est pas en cinq minutes que le SMUR est là. »* »

M10 : « *Moi je suis à vingt-cinq minutes des urgences de Briançon, mais je me sens déjà quand même un peu éloignée d'un centre d'urgence. »* »

4.5.1.2 Une bonne organisation de l'urgence aujourd'hui

On retrouve, parmi les médecins les plus âgés, la notion d'évolution des pratiques de l'urgence. Ils décrivent l'amélioration des connaissances et de la technicité.

M4 : « *J'ai vu l'évolution de la pratique, maintenant tout est protocolisé alors qu'à mon époque c'était un peu au feeling. (...) On avait moins de scanners, les moyens d'imagerie étaient différents (...), donc c'est plus facile de prendre en charge les urgences maintenant. »* »

D'autres décrivent une prise en charge globale des urgences mieux organisée et plus encadrée qu'au début de leur exercice, notamment grâce à l'arrivée du SAMU et la création du réseau MCS.

M9 : « *Parce qu'avant on n'avait rien, on était un peu impuissants sans formation ni matériel. »* »

4.5.2 Le réseau MCS

4.5.2.1 Le service médical rendu

Le réseau MCS permet d'apporter une aide à la population locale. Il s'agit d'une priorité largement partagée lors des entretiens.

M8 : « *Et puis c'est aussi se dire que ça peut donner une chance supplémentaire à ceux qui en ont besoin, par rapport à des appels qui peuvent être à risque vital.* »

Il importe aux médecins de prodiguer des soins d'urgences de qualité aux habitants de leur commune.

M10 : « *Je pense que pour les patients qui sont là, c'est important pour eux qu'il y ait quelqu'un qui puisse gérer les urgences vitales.* »

Afin d'assurer une continuité des soins, certains médecins ont intégré le réseau MCS en souhaitant prendre le relais d'un MCS en fin de fonction.

M1 : « *Et ça me paraissait tout à fait normal en station d'avoir une formation d'urgences et de pouvoir apporter l'avantage d'un MCS qui allait bientôt arrêter.* »

Les MCS sont efficaces sur le terrain et permettent un gain de temps pour le patient, mais également pour les équipes médicales du SMUR venant prendre le relais lors des interventions.

M5 : « *Les urgentistes, quand ils arrivent en hélico, ils sont toujours étonnés quand on a rempli une poche de 500, mis de la morphine, de la kéta, le patient il est réaligné, stable. (...) C'est aussi notre satisfaction de bien faire le boulot et faire gagner du temps. Les MCS sont en général très utiles je trouve.* »

M8 : « *Ici c'est du rural, semi-rural, avec vraiment un côté gain de temps qui est non négligeable.* »

4.5.2.2 La visibilité du réseau

4.5.2.2.1 Le recrutement

La plupart des MCS interrogés ont entendu parler du réseau par diverses personnes : leur maître de stage pendant l'internat, leurs collègues de travail, ou d'autres médecins lors de réunions professionnelles.

M8 : « *Nous ça passe beaucoup par le bouche à oreille en fait.* »

M7 : « *J'ai été mis au courant de l'existence du réseau par..., c'est une bonne question... par une de mes collègues qui en avait entendu parler.* »

M10 : « *Pendant mon dernier stage d'internat, j'étais en SASPAS avec le Dr X et on a pu discuter de ça, elle m'a mise au courant de cette formation et je me suis rapprochée de Gap.* »

Deux intervenants ont été motivés par le médecin chef des sapeur-pompier.

M8 : « *Je suis devenu MCS après sollicitation par le médecin chef des pompiers des Hautes-Alpes qui m'a proposé de faire la formation MCS.* »

Un seul mentionne le recrutement téléphonique, aucun n'évoque de courrier reçu.

4.5.2.2.2 Une communication difficile

Nous avons noté rapidement qu'aucun MCS ne semblait réellement marqué par sa première présentation du réseau.

M5 : « *Alors comment ça s'est passé, ça c'est une bonne question, je m'en souviens plus trop...* »

Un perfectionnement de la communication auprès des médecins du département apparaît d'ailleurs comme un axe d'amélioration notable pour mieux recruter.

M2 : « *Il faudrait communiquer sur le pourquoi ça existe, les chiffres qu'on a sur le département qui sont quand même assez bons des prises en charge de l'arrêt cardiaque. »*

M6 : « *Bah pour les motiver, moi je pense surtout à la communication. Parce que je pense que y'en a qui connaissent pas. Que ce soit plus proposé dans les DPC (Développement Professionnel Continu – NDA), dans nos formations continues et surtout de manière un peu plus lisible. Parce que moi je l'ai su par le bouche à oreille, mais pour les formations comme par exemple les FMC, je reçois un petit livret avec toutes les propositions de tel et tel organisme. »*

Certains proposent des rencontres entre MCS et non-MCS, pour pouvoir rassurer leurs collègues et les motiver.

M4 : « *C'est peut-être le contact avec d'autres médecins MCS, de la même génération ou un peu plus âgés, mais guère plus, qui leur montre ce que c'est. »*

M10 : « *Il faudrait échanger là-dessus avec eux, organiser des repas pour leur montrer de façon objective en quoi ça consiste, avec les avantages et les inconvénients. Je pense que si y'en a qui le font pas, c'est surtout parce qu'ils sont pas au courant. »*

4.5.2.3 Une bonne formation

4.5.2.3.1 L'aspect pédagogique

La formation pendant les études de médecine est inégale. Les terrains de stage pendant l'internat peuvent varier, bien que le modèle actuel tende vers une meilleure harmonisation des maquettes. Nous avons retrouvé la notion d'égalisation des savoirs via la formation du CESU qui apporte un socle solide et commun de connaissances.

M10 : « *J'étais pas forcément très à l'aise avec les urgences vitales parce que j'avais jamais fait de stage pendant mon externat ni mon internat d'urgences extrahospitalières. »*

Globalement tous les médecins se rejoignent sur la qualité des formations proposées par le CESU, qui sont décrites comme variées, adaptées, complètes et concrètes. Le contenu théorique et la mise en pratique pendant les simulations sont appréciés.

M3 : « *Une formation conséquente et bien adaptée (...) intéressante, vraiment bien et suffisante.* »

M4 : « *Je trouve qu'on a des formations qui sont très bien faites, par des gens compétents qui nous racontent pas de bêtise et qui vont tout de suite à l'essentiel.* »

La formation semble convenir aux participants aussi bien sur le fond que sur la forme.

M10 : « *C'est génial, les formateurs sont très pédagogues, (...) Y'a beaucoup d'interactions, de mises en situation, des jeux de rôle, des cas cliniques et des cas en groupe, enfin je trouve que la forme d'apprentissage est géniale.* »

La formation permet de revaloriser la place de l'urgence chez les futurs médecins MCS.

M4 : « *La formation m'a redonné goût à l'urgence.* »

Ils apprécient la diversité des intervenants.

M1 : « *J'ai jamais été déçu des intervenants qu'on a pu avoir, que ça soit des spécialistes de type réanimateur, des pédiatres qui viennent te parler des nourrissons, les sages-femmes... il y a toujours des intervenants de qualité.* »

L'évolution constante de la médecine rend rapidement obsolète les connaissances et ces formations permettent une réactualisation fréquente des protocoles.

M6 : « *Être en formation régulièrement ça permet de se mettre au point, de savoir quelles sont les actualisations.* »

Se former dans des services hospitaliers spécialisés plait à une majorité de MCS, bien que certains d'entre eux ne parviennent pas à se libérer du temps pour y aller.

M9 : « *Eh bien j'ai pas commencé (...). Il faut téléphoner, se rendre à Gap pour passer une journée dans un service, apprendre à intuber... C'est très bien, mais j'ai pas encore fait.* »

D'autres, au contraire, estiment que la formation est largement compatible avec le planning d'un médecin généraliste.

M4 : « *C'est pas contraignant dans le temps. C'est ça qui m'a poussé aussi, parce que ce n'était pas contraignant par rapport à l'emploi du temps.* »

4.5.2.3.2 Esprit de bienveillance

Au-delà de l'aspect pédagogique, la formation permet un temps d'échange et de partage entre les formateurs et MCS de différentes générations.

M8 : « *C'est-à-dire que c'est vraiment un temps où on peut absolument faire part de tout ce qui nous interroge, de toutes nos remarques, et de toutes nos questions, nos angoisses éventuellement.* »

M4 : « *C'est très sympa de se retrouver avec tous ces jeunes.* »

M7 : « *Bah c'est génial. Non j'en suis très très content. Toujours très bien accueilli, très bien formé. Beaucoup de bienveillance donc c'est très chouette. C'est toujours très motivant d'aller en formation.* »

4.5.2.3.3 Axes d'amélioration proposés

Les MCS n'éprouvent pas les mêmes besoins concernant la fréquence nécessaire des formations. Certains souhaiteraient bénéficier de modules de simulations

supplémentaires, alors que d'autres parviennent déjà à peine à suivre les formations proposées actuellement.

M1 : « *Je pense que si on avait plus de mise en situation par an ça serait... ça serait toujours mieux. Mais on a des plannings bien occupés, ça semble difficile d'en faire plus.* »

M5 : « *La formation est très bien. Moi plus de formation ça me dérangerait pas, mais je sais que pour certains médecins quatre jours ça suffit. Moi à l'intersaison je perds pas de consultation.* »

Il a été suggéré d'avoir éventuellement accès à des vidéos pédagogiques explicatives, pouvant être visualisées en fonction des disponibilités de chacun.

M1 : « *Peut-être des vidéos de simulations. Des vidéos de simulations que tu pourrais regarder... Je sais pas une chaîne style YouTube MCS qui mette en lien des situations un peu compliquées.* »

4.5.3 Un MCS heureux d'être MCS

4.5.3.1 L'amélioration des connaissances

Beaucoup de MCS envisagent leur fonction comme une suite logique de leur cursus médical. Ils perfectionnent et réactualisent les connaissances qu'ils ont acquises pendant l'internat.

M10 : « *Moi j'avais fait les urgences de la Timone donc c'était à l'hôpital. C'était pour continuer à me former là-dessus, je voulais étoffer mes connaissances et mes pratiques en médecine d'urgence.* »

M5 : « *Ça apporte pas mal de connaissances, parce qu'on refait les formations de base de secourisme et toutes les prises en charge des urgences vitales à Gap, qu'on avait oubliées depuis la fin des études.* »

La gestion des urgences est rendue plus confortable et moins anxiogène grâce à la formation, qui rassure en apportant des connaissances solides.

M6 : « *Je suis plus sereine pour la prise en charge des urgences vitales, plus confiante grâce aux protocoles. Pour moi c'est rassurant, plus on apprend et mieux on sait réagir face à ce genre de situation (...) Ça me déstresse finalement d'avoir la formation.* »

Les MCS se sentent aussi plus à l'aise au quotidien dans leur cabinet pour gérer les situations d'urgence.

M1 : « *Je voulais savoir gérer les cas de médecine d'urgence qu'on peut rencontrer au cabinet ou en dehors. C'est une situation potentiellement angoissante pour moi.* »

M10 : « *Maintenant, dans ma vie de tous les jours au cabinet, c'est plus organisé dans ma tête : comment gérer son patient en urgence. J'ai plus les protocoles en tête et ça me détend quand je suis face à une urgence vitale.* »

4.5.3.2 Se faire plaisir en faisant de l'urgence

Certains MCS s'épanouissent dans la gestion de l'urgence.

M3 : « *Mes motivations c'est que l'urgence ça m'a toujours intéressé, j'aime l'urgence tout simplement.* »

Beaucoup de MCS des Hautes-Alpes aiment les sports de montagne à titre personnel. Être MCS est une manière d'associer sa profession à une passion.

M6 : « *Surtout que ça m'était utile en montagne ! Parce que moi je fais souvent de la montagne dans ma vie personnelle et y'a souvent de la traumato.* »

4.5.3.3 Faire de l'urgence sans être à l'hôpital

Être MCS est un bon compromis entre l'urgentiste et le médecin généraliste. Il peut être amené à prendre en charge des urgences vitales, tout en travaillant en cabinet libéral.

M6 : « *J'ai hésité avec les urgences, mais au final je voulais pas être urgentiste. J'avais quand même bien aimé gérer les situations d'urgences (...), donc faire MCS c'était faire de l'urgence tout en restant au cabinet, sans être à l'hôpital. »*

4.5.3.4 Diversifier son activité : un nouveau challenge

Intégrer le réseau MCS permet de diversifier son activité et de casser sa routine habituelle.

M6 : « *Moi j'aimais bien aussi avoir une petite décharge d'adrénaline, de dire que ça change, c'est varié, ça enrichit l'activité... »*

M3 : « *Cette pratique m'apporte de me sortir du cabinet et de faire autre chose que de la médecine générale, de me remettre un coup de fouet, de me rebooster à des moments où on a peut-être un petit peu moins envie de faire tout ça. »*

C'est un nouveau challenge pour le médecin généraliste qui accède à une fonction différente.

M2 : « *Ça permet d'avoir un peu de temps en temps des défis... un peu de stress par des situations inédites, inconnues... »*

M3 : « *J'en fais beaucoup de la médecine générale, mais il y a des moments où c'est... voilà... un peu marre, donc c'est arrivé au bon moment, ça me sort de ma zone de confort. »*

4.5.3.5 Être à l'origine de la prise en charge

Un des aspects stimulants de la fonction MCS est d'arriver en premier sur les lieux, de faire sa propre évaluation de la situation et d'initier la prise en charge.

M5 : « *C'est vachement intéressant pour nous de partir de la base de la prise en charge, même s'ils partent en SAMU après. »*

4.5.4 Travailler en équipe avec les professionnels de l'urgence

4.5.4.1 Un lien avec l'hôpital et les urgentistes

Appartenir au réseau MCS permet de se rapprocher de l'hôpital. Les médecins généralistes connaissent ainsi le fonctionnement du Centre Hospitalier de Gap et ses locaux.

M7 : « *J'étais pas de Gap, et donc je ne connaissais pas du tout l'hôpital de Gap et les urgences. Ce que je cherchais aussi, c'était faire du lien avec l'équipe de l'hôpital. »*

Ils rencontrent les urgentistes avec lesquels ils sont amenés à travailler dans leur pratique courante. Ce lien leur permet d'être singularisé et d'améliorer le relationnel lors des appels passés au 15 ou lorsqu'une équipe SMUR vient chercher un patient au cabinet.

M6 : « *Ça permet de rester en contact avec l'hôpital et les correspondants hospitaliers. »*

M7 : « *Je trouve que c'est un des principaux avantages d'être à l'aise avec les chefs des urgences, ça permet d'avoir une meilleure qualité relationnelle avec les urgentistes et l'hôpital dans sa globalité. (...) Le fait d'avoir un bon relationnel avec les urgentistes c'est quelque chose aussi qui enlève du stress dans une situation urgente, parce qu'on connaît la personne qu'on a au bout du fil et il y a une certaine bienveillance qui aide dans ces situations. »*

Le bilan annuel présenté à l'hôpital permet aussi aux équipes de se retrouver et de faire connaissance avec les instances administratives.

4.5.4.2 Connaître les sapeurs-pompiers du département

La majeure partie des MCS s'enthousiasme à l'idée de rencontrer et collaborer avec les équipes de sapeurs-pompiers du département.

M5 : « *Ça apporte un relationnel avec l'équipe de secours et les pompiers avec qui on collabore du coup, et c'est vachement sympa de faire du pré-hospitalier tous ensemble, plutôt que d'attendre juste qu'ils nous amènent des patients au cabinet.* »

4.5.4.3 Tisser des liens entre les médecins généralistes

4.5.4.3.1 Connaître ses confrères

Le réseau permet de se rencontrer entre médecins et de faire plus ample connaissance. C'est un avantage pour les nouveaux médecins qui s'installent dans le département.

M7 : « *Le fait de pouvoir surtout connaître mes confrères (...), parce que quand je me suis installé, bah j'étais pas de Gap et donc je ne connaissais personne.* »

M10 : « *Et ça permet de rencontrer d'autres MCS qui travaillent dans d'autres endroits.* »

Lorsque les MCS sont amenés à travailler ensemble sur d'autres problématiques que le réseau, ils apprécient avoir un interlocuteur familier.

M6 : « *Quand on se voit quand on en a besoin au boulot, c'est toujours plus agréable de connaître les gens aussi.* »

Ils sortent ainsi de leur isolement géographique en partageant des informations médicales, mais également logistiques et pratiques.

M5 : « *On a fait un groupe Whatsapp, on a un peu la même façon de travailler, on communique avec les chirurgiens de Briançon, on envoie des radios, on voit comment les gens pratiquent et réagissent. L'ambiance de groupe est super, ça facilite l'échange sur le département. Quand quelqu'un cherche un adjoint ou un interne on se demande entre nous.* »

M1 : « *Et c'est vrai que, par exemple là, la COVID, je pense que j'étais particulièrement au courant puisque j'étais justement dans la mailing liste des MCS, Il y a beaucoup de choses qui se sont partagées. C'est un avantage qui est loin d'être négligeable, surtout quand on est dans une zone reculée.* »

M10 : « *On peut donc échanger sur nos pratiques, que ce soit en MCS ou en médecine générale, donc c'est des moments qui sont précieux.* »

4.5.4.3.2 Partager l'expérience avec d'autres MCS

Alors que certains médecins adhèrent au réseau encouragés par leurs collègues déjà MCS, d'autres y voit l'occasion de participer à une formation entre amis.

M6 : « *C'est parce que c'était mon collègue qui le faisait que je me suis dit "Ah bah tiens, ça peut être sympa".* »

M10 : « *J'avais d'autres copains aussi qui étaient intéressés par la formation, des copains qui travaillent sur Barcelonnette et du coup ça permet de faire une formation ensemble.* »

Les MCS sont rassurés de connaître les compétences de chacun sur le territoire étendu des Hautes-Alpes.

M5 : « *Après on se fait aussi un réseau, on sait quel médecin travaille dans quelle station, on sait qu'on a eu la même formation et qu'on a les mêmes compétences.* »

Être plusieurs MCS au sein du même cabinet permet d'avoir des qualifications homogènes et standardisées. Les compétences de chacun étant similaires, ils deviennent interchangeables.

M5 : « *Je suis devenue MCS pour qu'on ait tous les deux les mêmes capacités et qu'on soit au maximum interchangeables.* »

M7 : « *Et l'avantage c'est que ça permet d'avoir une dotation standardisée que les autres médecins avec qui on travaille connaissent aussi, parfois on a des remplaçants qui sont dans le cycle de formation MCS qui connaissent donc la dotation et qui peuvent aussi l'utiliser.* »

Être MCS à plusieurs dans le même cabinet permet une meilleure couverture du territoire en partageant le temps de disponibilité et ainsi l'activité.

M7 : « *Donc j'y suis allé et après j'en ai parlé à tous mes autres collègues pour les motiver à faire cette formation, parce que je voyais un intérêt pour eux sur le plan de la formation aux gestes d'urgence, mais aussi qu'on puisse être plusieurs à pouvoir participer et à donner plus de disponibilités sur le secteur s'il y en a un qui est en vacances, malade ou autre, qu'on puisse mieux couvrir le territoire.* »

M9 : « *Et heureusement que X. et X. se forment pour prendre le relais parce que c'était très lourd pour moi, j'étais appelé tout le temps, à un point que je mettais en sourdine le téléphone quand j'étais pas de garde... voilà... d'être trop à la merci.* »

Adhérer au réseau et rencontrer d'autres MCS permet d'avoir du soutien lorsqu'on en ressent le besoin.

M8 : « On trouve d'autres échappatoires, on en parle avec X. éventuellement, parce qu'on est MCS tous les deux et que voilà, on a le même type de "stress" et de pression. »

4.5.5 Le MCS en mission

4.5.5.1 Des interventions régulées

Pour la plupart des MCS, les interventions sont dûment justifiées grâce à la régulation des missions par le SAMU.

M7 : « Voilà, c'est l'intérêt du dispositif MCS, on sait que c'est des urgences régulées par un médecin régulateur, donc c'est pas n'importe quoi. »

M2 : « Mais là, le système est vachement bien rodé, c'est trié par les ARM et la régul. J'ai jamais été appelé en tant que MCS pour rien. »

Certains privilégient d'ailleurs les sorties MCS à celles des sapeurs-pompiers car la régulation leur paraît mieux appropriée.

M7 : « Aujourd'hui, de façon opérationnelle je fais surtout des sorties dans le cadre MCS. J'en fais relativement peu dans le cadre des médecins sapeurs-pompiers parce que c'est pas le même mode de régulation. »

Plusieurs d'entre eux ont cependant évoqué l'impression d'être oubliés sur certaines interventions.

M2 : « Ça arrive pas souvent, mais ça arrive de temps en temps, qu'au niveau de la régul ils oublient d'appeler le MCS. »

M6 : « Parfois, je sortais avec les pompiers alors que le SAMU m'avait pas appelé et que ça pouvait être des urgences vitales... »

4.5.5.2 Se sentir soutenu par le réseau en mission

En intervention, la plupart des MCS n'hésitent pas à rappeler la régulation pour se faire aider.

M4 : « *Parfois je me fais reconfirmer la prise en charge par le régulateur, par un "sachant" qui me rassure et je dirais presque qu'il me fait l'ordonnance et que moi j'exécute. Et c'est ce que j'attends du médecin régulateur. »*

Savoir qu'ils seront relayés par une équipe du SMUR les rassure.

M7 : « *Je sais que de toute façon si je suis en difficulté, il y a le régulateur qui saura m'aider et une équipe SMUR qui va arriver donc je me sens à l'aise. »*

M6 : « *Voilà quand on est MCS, après on sait qu'on va être relayés, on n'est pas urgentiste. »*

Dans la mesure du possible, l'équipe du SMUR prend le temps de débriefer la situation avec le MCS. De plus, l'équipe du CESU est toujours disponible pour répondre aux diverses interrogations.

M10 : « *Et je sais que je peux les rappeler, que ça soit eux à Briançon, ou les personnes qui m'ont formées au CESU. Je peux les avoir au téléphone après les interventions pour parler et ça c'est vachement bien. »*

4.5.5.3 Les craintes lors des déplacements sur les interventions

L'appréhension de ne pas pouvoir identifier rapidement et précisément le lieu de l'intervention se retrouve chez certains MCS.

M8 : « *C'est un facteur de stress par rapport à la situation, quand vous ne savez pas exactement où vous allez. Parce que nous, dans la région, y'a quand même beaucoup d'endroits où y'a pas de numéro sur les maisons, voire pas de nom. »*

Lors du déplacement, certains MCS regrettent la non-visibilité de leur véhicule. Ils ne sont pas prioritaires : cette situation peut être accidentogène et peut retarder la prise en charge lorsque la circulation est dense.

M10 : « *Les gyrophares, ce serait pas mal parce que c'est pas évident de circuler parfois dans l'urgence.* »

M8 : « *Y'avait quasiment deux kilomètres de voitures arrêtées (...) moi j'étais côté passager, j'avais juste le caducée dans la main, on était sous un orage pas possible et je faisais signe aux voitures en face de s'écarter pour qu'on puisse remonter toute la colonne...* »

Quelques médecins regrettent également l'absence de signe distinctif physique en arrivant sur l'intervention.

M8 : « *Quelque chose qui soit amovible mais qui puisse nous faire repérer de façon plus explicite. Les pompiers ils arrivent, ils sont en tenue de pompiers... (...) Non sérieusement un gyrophare et un gilet fluo ça serait bien utile parce que ça, c'est pas fourni dans le matériel.* »

4.5.5.4 La peur d'agir seul

Plusieurs MCS ressentent de l'appréhension à l'idée de se retrouver seuls sur le terrain, particulièrement vis-à-vis des gestes techniques.

M1 : « *Ça n'enlève pas l'appréhension qu'on a face à toute situation d'urgence, quand on est seul sans infirmière pour piquer ou autre.* »

Pour d'autres, cette crainte est arrivée après les premières missions. Ils avaient sous-estimé l'ampleur de la réalité du terrain.

M5 : « À la base, j'avais pas plus d'appréhensions que ça, mais c'est vrai que quand on commence à faire une ou deux interventions où on est tout seul, on s'aperçoit de... je vais pas dire de l'étendue de nos lacunes, mais que c'est pas aussi simple qu'on l'avait imaginé. On se dit que c'est pas si évident que ça de partir tout seul avec son sac, d'arriver le premier avant les pompiers et de devoir tout faire. C'est pas comme en SMUR où on a un ambulancier, une infirmière, etc... là on est un peu livrés à nous-même donc on a l'appréhension d'arriver et de ne pas réussir à trouver de veine. »

Certains médecins se font accompagner par l'infirmière du cabinet ou par l'interne.

M9 : « Alors de quoi j'aurais besoin... ben non c'est bon parce qu'avant j'avais pas d'infirmière, mais maintenant il y a une infirmière et c'est bien. C'est bien de travailler en étant soutenu. »

M5 : « En plus, ça aide pas mal d'avoir un interne sur le terrain. »

4.5.5.5 Les interactions sur le lieu d'intervention

4.5.5.5.1 Un environnement déstabilisant : les passants

Ces circonstances accidentelles attisent parfois la curiosité des flâneurs. Certains MCS se sont exprimés à ce sujet et ressentent des difficultés face aux badauds qui interfèrent dans leur prise en charge.

M5 : « La dernière inter, c'est un jeune d'une trentaine d'année qui avait fait un arrêt au bord de la piste, y'avait plein de monde autour. Les difficultés sont plus sur le plan environnemental que sur le plan médical. »

M10 : « Y'avait des passants qui regardaient, donc tout ça c'était déstabilisant. »

L'existence du réseau est très peu connue du grand public. Les curieux regardent ce qu'il se passe et n'identifient pas immédiatement les MCS, ce qui peut générer des dysfonctionnements lors des missions.

M10 : « *Peut-être que c'est pas assez connue cette entité de MCS dans le grand public. Les gens connaissent pas bien ce que c'est, donc quand on arrive sur l'intervention ils savent pas qui on est.* »

4.5.5.5.2 Identifier le rôle de chaque intervenant

Par méconnaissance des rôles de chacun lors des interventions, les MCS craignent parfois d'empiéter sur le travail des autres professionnels de santé, tels que les sapeurs-pompiers. Il s'agit de bien connaître sa place et d'agir en conséquence.

M2 : « *Faut pas en faire trop. Faut savoir ce que tu dois faire, les pompiers, eux, connaissent bien le matos... toi tu connais pas... enfin tu fais chier tout le monde quoi... Faut savoir ce que tu dois faire.* »

4.5.5.5.3 Savoir prendre le *leadership*

Au-delà de l'aspect purement médical, il convient de savoir prendre l'ascendant sur le groupe pour donner des directives. Certains MCS ont exprimé leurs difficultés à prendre le *leadership* en mission.

M2 : « *En même temps, t'as aussi un rôle de manager que tu connais pas et ça c'est vraiment compliqué, mais c'est aussi intéressant. Pour moi, la difficulté c'est aussi de devenir manager d'équipe et de trouver sa place.* »

M4 : « *Et en plus on est avec d'autres personnes qui attendent beaucoup de vous, y'a le regard des autres intervenants. C'est pas comme quand on s'essaye sur les mannequins au CESU, dans la salle entre nous. L'ambiance est complètement différente, plus le stress de l'urgence que l'on vit, qui est en face de nous.* »

Certains, au contraire, endossent cette fonction avec beaucoup de facilité.

M9 : « *Il y a même des fois où on fait pas grand-chose, on fait que donner des ordres. Ils sont parfois tellement nombreux qu'on donne juste des ordres.* »

4.5.5.6 L'impact psychologique post-mission

Le retour au cabinet médical peut être angoissant. Il faut réussir à affronter le retard accumulé, tout en restant concentré, ce qui peut s'avérer compliqué après une mission MCS perturbante.

M10 : « *Ce qui est un peu difficile, c'est que quand on rentre au cabinet, c'est difficile de se concentrer, d'écouter les problèmes des gens, parce que je repensais à l'intervention.* »

4.5.6 Le retentissement émotionnel

4.5.6.1 Une fonction valorisante

Il existe des *a priori* négatifs sur la nouvelle génération de médecins. Elle est parfois considérée comme moins impliquée qu'auparavant dans la vie locale des villages et souhaitant diminuer son temps de travail.

M4 : « *Je suis désolée, mais toute votre génération, toute la génération de jeunes médecins, c'est travailler douze heures sur trois jours, et le reste de la semaine je ne fais plus rien, et surtout ne pas travailler la nuit (...). C'est un changement de pratique, qui, je pense, n'est pas bien. Il n'y a plus le médecin de famille, plus de visites à domicile.* »

Devenir MCS implique pourtant d'accorder du temps personnel pour aider la population locale, ce qui montre un investissement de la part des médecins généralistes du département, de l'ancienne comme de la nouvelle génération.

M7 : « Je pense que c'est quelque chose de très intéressant, motivant, un mode d'organisation assez innovant parce que ça montre que y'a des médecins généralistes qui sont prêts à se rendre disponibles pour de l'urgence vitale, même en dehors de leur journée de cabinet. »

M8 : « C'est une formation qui m'intéressait aussi parce que localement c'est l'endroit où je vis, où j'habite, où y'a mes enfants, où on s'est fait des relations professionnelles et amicales. »

Ce rôle valorise le médecin généraliste, qui se sent gratifié de savoir faire face à l'urgence en milieu isolé.

M2 : « Ici, c'est de la médecine semi-rurale. Dans mon rêve idéal, je ferais de la médecine rurale, voire même de la médecine insulaire, c'est-à-dire complètement isolée (...) parce que ça veut dire tout gérer, y compris les urgences, et c'est la médecine la plus excitante et gratifiante. »

4.5.6.2 Un sentiment d'incapacité

4.5.6.2.1 La peur de ne pas savoir gérer l'urgence

On retrouve, chez la majorité des médecins interrogés, la crainte de ne pas connaître la prise en charge adéquate et de ne pas savoir l'appliquer. La prise de décisions appropriées apparaît comme un exercice difficile.

M1 : « Mon appréhension, c'était : "Est-ce que je m'embarque pas dans un truc que je vais pas savoir faire ?". »

M10 : « J'ai peur de me tromper, de pas faire comme il faut... »

M2 : « Il y a la difficulté médicale, la difficulté de la gestion de l'urgence, la difficulté de réagir correctement tout de suite, de prioriser... enfin bref. Voilà ça c'est... la médecine j'ai envie de dire. »

4.5.6.2.2 Le manque de pratique engendre un stress

Tous les MCS de notre étude ont abordé lors de l'entretien le lien entre le manque de pratique et leur crainte d'être incompetent.

M4 : « Je suis devenue MCS parce qu'en étant médecin sapeur-pompier, je sortais pas beaucoup et j'avais la trouille de sortir, parce que je me sentais plus du tout à l'aise vis-à-vis des urgences (...). Plus le temps passe et plus on se dit "Est-ce que je vais être capable d'assurer face à ma douleur thoracique ou autre ?". »

M7 : « Les facteurs limitants à la pratique des interventions MCS, c'est la gestion du stress en situation d'urgence vitale. Pour réussir à gérer ce stress, il faut pouvoir y être confronté un certain nombre de fois, régulièrement. Et effectivement, dès que ça fait longtemps qu'on n'a pas fait d'intervention MCS, en général, il commence à y avoir une appréhension de la fois où on va être appelé : " Est ce que je vais réussir à être toujours aussi performant ? Est-ce que je vais pas oublier des choses ? ". »

M9 : « Il faut pratiquer ! Si par malheur on ne sort pas pendant six mois, on perd ! Et si on n'a pas de formation pendant six mois, on perd ! On perd dans notre efficience... »

Les gestes techniques rarement pratiqués effraient la plupart des médecins interrogés.

M1 : « Mon appréhension c'était (...) mes compétences techniques aussi. Piquer, quand tu le fais pas régulièrement, tu te demandes si tu vas y arriver. »

M4 : « Y'a certains gestes qu'on fait pas très souvent, comme l'intubation ou l'intra-osseuse, les blocs ilio fasciaux c'est pareil. Il y a certains gestes techniques, le jour où faudra que je fasse...euh... bon bah je respirerai un grand coup... »

La formation, puis l'expérience de terrain, apparaissent comme les meilleurs moyens pour faire face à ses doutes.

M10 : « Non, je dirais pas "à l'aise", parce que je manque beaucoup d'expérience et je sors pas souvent. Là, ça va, parce que je sors d'une formation la semaine dernière. »

M3 « Après, y'a des situations on est moins à l'aise parce qu'on en fait moins. Mais voilà. En sept ans, je vais avoir fait le tour de tout ça aussi. L'accident de la voie publique, c'est des trucs qu'on fait moins, mais au fur et à mesure, plus vous en faites et plus vous prenez de l'aisance, enfin... pas de l'aisance parce qu'on n'est jamais vraiment sûrs et certains de ce qu'on fait. Mais disons qu'on est de plus en plus rapides, de plus en plus efficaces et les choses se passent pas trop mal. »

4.5.6.2.3 L'envie de sortir plus

Afin d'acquérir plus d'expériences et de perfectionner leur prise en charge, certains médecins sont d'ailleurs désireux de sortir plus en intervention.

M6 : « J'aimerais sortir plus souvent, parce qu'en sortant plus je serais meilleur à chaque fois. (...) Pour moi, le frein principal, c'est le manque de pratique. »

Quelques MCS paraissent regretter d'habiter loin de leur lieu de travail, dans une zone plus urbaine, car ils ne peuvent pas participer aux missions en dehors de leur journée au cabinet.

M2 : « Alors, l'inconvénient énorme c'est de ne pas habiter sur place. Ça, c'est un inconvénient considérable puisque ça fait rater... enfin, tu passes à côté de pleins d'interventions (...), c'est un peu frustrant. »

M7 : « Les facteurs limitants, c'est aussi de ne pas habiter près de la zone... Parce que y'a des gens qui exercent sur un territoire MCS, mais qui habitent sur Gap le reste du temps. Ils participent à MCS seulement la journée, et du coup ils ont forcément moins d'interventions. Je trouve que c'est encore plus difficile pour ces gens-là de rester opérationnels dans la durée. »

4.5.6.3 Un gain de confiance en soi

L'accès à cette formation et au matériel permet aux médecins généralistes de gagner en assurance et de mieux affronter leurs appréhensions.

M5 : « *Ma formation de MCS a été suffisante pour que je me sente... alors peut-être pas "à l'aise", mais au moins capable de faire... ce que je devais faire. »*

M6 : « *Ça m'apporte d'être plus confiante pour la prise en charge des urgences vitales, de mieux connaître les protocoles, pour être plus efficace et plus sereine aussi. (...) Pour moi, c'était quelque chose de rassurant, plus on apprend et mieux on sait réagir face à ce genre de situation. »*

M1 : « *Heureusement, à chaque formation, le fait de faire de la simulation simple et fidèle, ça permet de dédramatiser les choses et de se dire qu'après tout, on sait toujours faire, pas toujours à la perfection, mais on apporte toujours un avantage aux patients qui l'auraient pas eu si on n'avait pas été là. »*

4.5.6.4 Un impact psychologique non négligeable

Être confronté à des situations émotionnellement difficiles a constitué pour certains un frein important à l'adhésion au réseau MCS.

M8 : « *Ce qui a pu me freiner aussi, c'est le fait de pouvoir être confronté à des cas qui pouvaient être psychologiquement pas facile à vivre. Pour le moment, ça s'est vraiment très bien passé, mais psychologiquement y'a... y'a quand même un impact. »*

M4 : « *Ce qui m'a freiné, c'était de me dire "Est-ce que je vais être capable de réabsorber le côté émotionnel de l'urgence ?". »*

Pour quelques MCS, ces angoisses sont toujours présentes.

M10 : « *J'ai peur de sortir sur des interventions choquantes auxquelles je n'ai jamais été confrontée, surtout sur des AVP (Accident de la voie publique – NDA), sur des enfants ou des gens que je connais, ça me fait peur de ressasser. »*

4.5.6.5 Être joignable jour et nuit : une charge mentale supplémentaire

Rester joignable de jour comme de nuit génère un stress chez les MCS, qui s'inquiètent de l'imprévisibilité des appels. Cette appréhension paraît maximale au début de la prise de fonction et s'atténue avec l'expérience.

M7 : « *Ce qui m'a freiné, c'était la peur d'être sollicité régulièrement pour des urgences, de devoir y aller souvent, ou même à l'inverse de ne pas pouvoir y répondre. Ce que j'ai ressenti dans les premiers mois où j'étais MCS, c'est que j'avais la charge mentale de me dire " Ah tu peux être potentiellement appelé pour une intervention " (...). Parfois, je me mettais un peu la pression pour toujours avoir mon téléphone à proximité, même avec ma famille. »*

M10 : « *Alors avant, quand je savais pas bien comment c'était organisé, j'avais peur d'être appelée tout le temps, qu'on m'appelle sur mon portable à tout moment. Alors que finalement, j'ai été appelée que trois fois depuis juin. C'est pas si fréquent que ça, je suis moins stressée maintenant car c'est pas une si grande contrainte et si on est pas disponible c'est pas grave. »*

M7 : « *Enfin, y'avait une certaine charge mentale liée à un possible appel la nuit ou le week-end, que j'aurais pu rater. Maintenant, j'essaye d'être vigilant, mais y'a moins cette charge mentale et je me dis que tant que y'a pas de garde, bah si je suis disponible j'y vais et si je suis pas disponible, tant pis. C'est regrettable parfois, mais on peut pas tout le temps être disponible, ou alors sinon c'est un système de garde. »*

Certains médecins plus chevronnés paraissent moins impactés par cette disponibilité continue.

M3 : « *Il faut accepter l'idée que vous pouvez être appelé sur tout et n'importe quoi et que quand vous partez, vous savez pas sur quoi vous partez, voilà juste ça. Si vous aimez pas ça, alors ça sert à rien d'y aller.* »

Cette disponibilité est largement acceptée par les MCS, qui estiment être sollicités raisonnablement.

M5 : « *Mais honnêtement, si je suis appelé une fois par mois, c'est le grand maximum, donc c'est pas hyper gênant quoi.* »

4.5.7 L'aspect pratique au cabinet

4.5.7.1 La désorganisation du cabinet (ou pas)

La perturbation de l'enchaînement des consultations liée aux interventions a été fortement évoquée lors de nos entretiens. C'est un réel problème à gérer, surtout pour les médecins isolés, seuls au cabinet.

M1 : « *Le seul truc chiant, c'est quand je suis tout seul au cabinet, qu'il y a trente personnes dans la salle d'attente en plein hiver et que je dois partir (...). Je t'avoue que c'est un peu galère, surtout quand j'ai pas mon collègue à côté pour me filer un coup de main. Je laisse la salle d'attente comme ça et je sais pas quand je vais revenir (...), ça c'est un peu la galère.* »

C'est une inquiétude qui ne fait cependant pas l'unanimité. Certains MCS s'adaptent rapidement, en acceptant cette contrainte. Quelques MCS délèguent la réorganisation des consultations à leur secrétaire, ce qui les décharge de cette charge mentale.

M2 : « *Bon, après y'a l'inconvénient d'abandonner son cabinet mais bon, les gens font avec et puis s'ils font pas avec, tant pis. Pour moi, c'est annexe.* »

M3 : « *C'est les secrétaires qui sont les plus embêtées, pas moi.* »

Quelques MCS ressentent une méfiance à l'égard des patients qui restent seuls en salle d'attente. Ils redoutent d'éventuels actes délictueux en leur absence.

M6 : « Ça va quand on les connaît bien. Mais si y' a des touristes et tout, y'a toute notre compta... (...) Y'en a en qui on a toute confiance de laisser le cabinet, mais parfois quand on les connaît pas... »

Au retour de mission, il convient de reprendre ses consultations et de gérer le retard accumulé, ce qui est source de tension interne pour les MCS.

M8 : « Ça peut être compliqué quand on a un planning plein, parce que de toute façon, une fois qu'on est intervenu, on remonte au cabinet et on essaye de récupérer du retard et c'est pas toujours confortable. »

Les interventions n'étant pas quotidiennes, cette pression de la désorganisation du cabinet reste relativement bien tolérée par les MCS.

M7 : « Y'a le stress quand on part en intervention et le stress quand on va rentrer au cabinet. On prend sur nous et tant que ça reste ponctuel, à titre personnel, j'accepte de le faire. »

4.5.7.2 L'impact sur la patientèle

L'intervention se répercute sur le planning de consultation. Certains patients peuvent être mécontents, ou se sentir délaissés selon les MCS.

M7 : « C'est toujours délicat, quand on a une activité avec des gens qui ont pris rendez-vous, de devoir partir et tout planter pour aller sur une mission, ça m'est arrivé une fois qu'il y ait une personne pas contente après. »

Dans la majeure partie du temps, ils adoptent une attitude compréhensive vis-à-vis de la situation, d'autant plus qu'on leur explique en amont.

M8 : « *On a affiché dans le cabinet un petit mot, en précisant qu'on était MCS et qu'il y avait des possibilités qu'on soit appelés en pleine consultation, donc qu'on soit obligés de laisser le cabinet un peu en plan.* »

D'après les MCS, de nombreux patients semblent rassurés et sécurisés à l'idée de savoir leur médecin de famille formé à intervenir sur le terrain.

M8 : « *Ils sont rassurés. Ils comprennent qu'on puisse avoir besoin de partir (...) soit ils se mettent en situation en se disant "si ça m'arrivait à moi" ou si c'est déjà arrivé dans la famille, ils comprennent ce que ça implique.* »

M10 : « *Quand on rentre, on se rend compte que les gens sont super compréhensifs. Y'en a qui ont laissé des mots "je prendrai rendez-vous plus tard", y'en a qui ont attendu et ont dit "aucun problème, on comprend bien".* »

Le risque de perdre de la patientèle persiste, mais ne semble pas être une préoccupation essentielle pour les MCS.

M3 : « *Les gens ont parfaitement compris et ceux qui n'ont pas compris vont voir quelqu'un d'autre. Je lâche pas ma consultation pour aller jouer au golf. Donc les gens s'ils comprennent pas, ça c'est leur problème, pas le mien.* »

4.5.7.3 Le matériel mis à disposition

4.5.7.3.1 Des protocoles de qualité

Des protocoles sont fournis à la fin de chaque module de formation. Ils sont décrits par les MCS comme clairs, utiles et précis. Ils reprennent toutes les notions importantes évoquées en formation. Les MCS y ont ainsi accès rapidement avant chaque intervention ou lorsqu'ils en ressentent le besoin.

M1 : « *Tous les protocoles qui sont hyper précis (...) c'est un plus énorme. Il y qu'à sortir le protocole de la situation en question et voilà, t'es paré après.* »

M8 : « *Je sais aussi que j'ai des protocoles et que de toute façon ces protocoles-là me permettent aussi d'avoir une tranquillité plus importante.* »

4.5.7.3.2 L'équipement médical

L'accès au matériel médical de qualité et renouvelé dès que nécessaire est un des avantages majeurs relayé par l'ensemble des MCS.

M2 : « *Le réseau MCS permet d'avoir du matériel de qualité.* »

M1 : « *La dotation à dispo en tant que MCS est super intéressante, puisqu'elle est tout le temps renouvelée. On a des drogues etc...* »

Les médecins MCS sont rassurés d'avoir ce soutien matériel au cabinet, car l'urgence peut survenir en dehors d'une intervention régulée par le réseau. Ils se sentent mieux parés pour affronter les interventions.

M7 : « *En théorie, l'usage du matériel c'est pour les gens qui sont dans le cadre d'une mission MCS. Mais ça arrive qu'on ait un doute, donc j'utilise quand même le matériel parce je pense que ça peut relever d'une mission MCS. (...) La douleur thoracique qui arrive au cabinet où je pense que c'est un infarctus, bah je vais le scoper et utiliser le matériel. Je vais pas attendre d'être déclenché pour faire quelque chose, c'est du bon sens.* »

Certains MCS font état d'un inconfort de pratique, à devoir partager l'équipement entre collègues MCS au sein du même cabinet. Malgré une bonne organisation entre eux, ils estiment que cela peut leur faire perdre du temps et rallonger les délais d'intervention en sortie.

M6 : « On est trois et on a que le matos pour un MCS. On se le partage avec le cabinet. Si y'avait un matériel par personne, je trouve que ça serait plus commode (...), pour l'avoir toujours dans ma voiture, parce que mine de rien si je suis en visite et que je dois aller récupérer le sac au cabinet, ça fait perdre un peu de temps. »

M7 : « Le problème logistique, c'est aussi de devoir répartir le matériel entre les quatre médecins. Il faut imaginer que le cab' est à un endroit et après nous on habite à dix minutes de là, et si on veut arriver le plus vite possible sur les lieux, l'idéal est d'avoir le sac avec soi pour pas perdre dix minutes aller, dix minutes retour. (...) On essaye donc de définir de façon informelle un tour de garde pour prendre le sac. Le problème c'est que si on travaille pas le lendemain matin, c'est une contrainte de devoir le ramener au cabinet pour que les gens l'aient dans la journée. (...) Dans l'idéal, chacun aurait sa dotation personnelle, et ça permettrait de l'avoir dans sa voiture en permanence. »

4.5.7.4 Un avantage financier

Le matériel médical mis à disposition des MCS est un atout majeur. Ils n'ont pas à investir dans des équipements onéreux et les dotations sont renouvelées après usage ou péremption des produits.

M7 : « C'est un énorme avantage d'avoir ce matériel disponible au cabinet, parce qu'il y a le coût à l'installation. C'est pas forcément la chose que j'aurais acheté : un scope avec un saturomètre et ECG intégrés. Ça a un coût ! (...) La deuxième chose, c'est que y'a la gestion des périmés qui est faite avec la pharmacie de l'hôpital et donc, ça pareil, ça a un coût quand il faut renouveler tous les six mois ou tous les ans... »

M10 : « Le matériel, c'est des choses difficiles à avoir. Ça coûte très cher d'avoir chez-soi un défibrillateur, un scope, le matériel pour perfuser, donc ça permet une certaine accessibilité. »

La rémunération de la formation et des missions semble convenir aux MCS.

M5 : « *Moi la rémunération me semble correcte. »* »

4.5.7.5 Une simple disponibilité sans garde ni obligation

On parle de disponibilité pour le réseau, car il n'existe pas de système de garde MCS dans les Hautes-Alpes. Chaque MCS se rend disponible au moment qu'il estime opportun : au cabinet ou en dehors de ses horaires de travail, de jour ou de nuit. Certains MCS y voient un gage de liberté. Ils sont autonomes et ont le droit de refuser une mission.

M3 : « *Chacun gère comme il veut, si on veut sortir, on en a la liberté. »* »

M8 : « *Quand on peut pas y aller, on le fait pas. Et ça ne pose aucun souci. On nous demande si on est dispo. Si on ne l'est pas, ben c'est pas grave quoi. Faut pas se mettre la tête à l'envers parce que on a répondu non (...) C'est assez bienveillant. (...) Vraiment, ça reste de la disponibilité et je me mets pas une charge mentale en me disant "bon, faut absolument que tu sois prête, à tout prix". »* »

Un MCS a fait le choix de diminuer ses gardes en tant que sapeur-pompier, qu'il estimait plus envahissantes sur sa vie personnelle que la disponibilité.

M8 : « *Je prends pas les gardes pompiers, parce qu'au niveau de l'emploi du temps, les gardes pompiers c'est 24 à 48 heures, et moi j'ai le cabinet, j'ai des enfants, j'ai un mari, j'ai une maison... Mais de fait, quand j'interviens avec les pompiers, c'est en tant que MCS. »* »

Quelques MCS aimeraient voir cette structure évoluer vers un système de garde, en fonction des possibilités locales.

M7 : « Si les gens sont assez nombreux sur un territoire, réfléchir à un système de garde qui ne soit pas imposé, car sinon ça peut au contraire freiner les motivations, car c'est contraignant. Mais s'il y a assez de MCS sur un même secteur, qu'il y ait un roulement et qu'on sache par exemple que tous les lundis on est potentiellement appelable, ça permet de se libérer de la charge mentale le reste de la semaine. »

Une des intervenantes exerçant dans un cabinet parmi plusieurs MCS nous a fait part de leur volonté d'être appelées la nuit, en fonction du planning d'astreinte de leur maison médicale et non en fonction de leur lieu d'habitation.

4.5.7.6 Être MCS et médecin sapeur-pompier

Cumuler les deux fonctions ne semble pas problématique pour les MCS, malgré les inquiétudes initiales de certains. Quelques tensions, sur lesquelles ils sont restés évasifs, semblent cependant parfois exister.

M2 : « Je sais qu'on intervient avec les pompiers (...) il y a une espèce de rivalité (...) des tensions libéral/hôpital (...). Ma seule crainte, c'était de me mettre en porte-à-faux vis-à-vis des pompiers mais ce qui a priori n'est pas trop le cas (...) voilà, j'ai l'impression que ça se passe plutôt bien même. Y'a pas très longtemps, y'a encore eu un petit coup de chaud. »

M3 : « Avec l'administration des pompiers, ça commence à être un peu pénible. »

À l'inverse, pour d'autres, les deux fonctions sont complémentaires. Un MCS, aussi médecin sapeur-pompier, a suggéré l'intérêt de compléter la formation MCS en abordant des notions propres à celle des pompiers.

M4 : « Je trouve que ce qui manque quand on est que "blanc", c'est-à-dire côté hôpital, c'est qu'on n'a pas la culture du plan, par exemple NOVI. Il y a un commandant des opérations de secours, un directeur de secours médicaux, enfin il y a toute une organisation et ça, on l'a pas. Ça, par contre, on l'a du côté pompier. Moi je trouve que ce sont des formations complètement complémentaires. »

4.5.8 Création de projets

Le lien entretenu entre les MCS et les différents acteurs de l'hôpital donne lieu à des échanges et des réflexions sur les pratiques médicales dans le département. Cette relation privilégiée peut être à l'origine de la création de nouveaux projets.

M7 : « *On essaye de travailler sur d'autres choses hors MCS, dans le cadre d'un partenariat entre Centre 15 et médecins travaillant en MSP (maison de santé pluridisciplinaire – NDA). Ce partenariat permet d'avoir une meilleure qualité de relation avec l'hôpital.* »

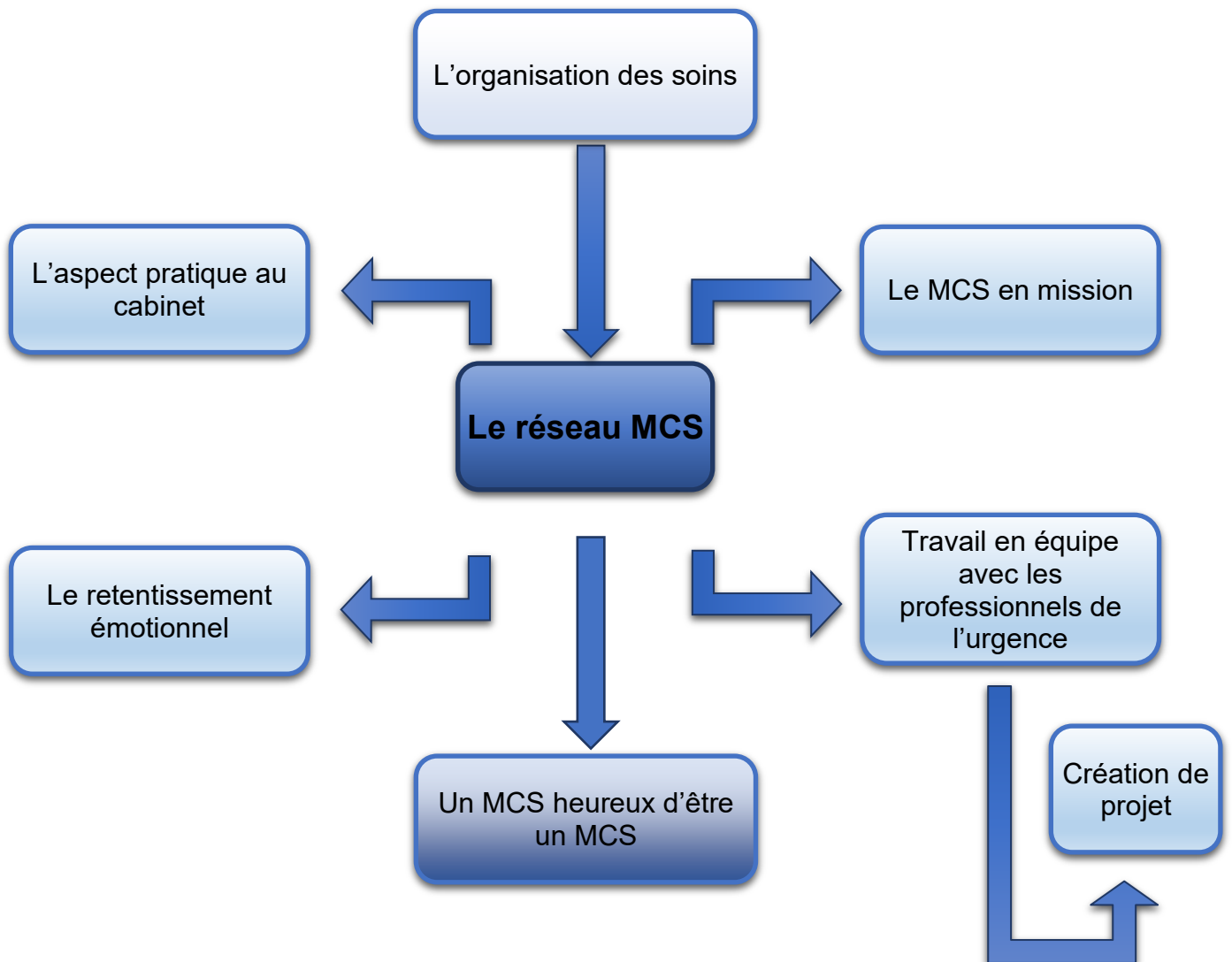
Le réseau a permis de faire découvrir à certains MCS la fonction de médecin sapeur-pompier et d'y adhérer.

M5 : « *Du coup, je suis devenu aussi médecin pompier pour pouvoir un peu m'intégrer à ce cadre-là.* »

Une MCS a reconnu avoir fait la formation initialement pour se rassurer, sans avoir l'intention de faire des interventions. La formation lui a finalement donné l'envie d'y participer.

M8 : « *Au départ, très honnêtement, j'avais décidé que je ferai la formation sans sortir, et puis une fois qu'on est dans la formation avec tout le monde, je me suis dit que c'est idiot de pas intervenir, et puis depuis le mois de juin je suis sorti 9 fois ... donc... ça peut avoir un intérêt.* »

4.6 Modélisation des résultats d'entretiens avec les MCS



5. Discussion

5.1 Confrontation des résultats à la littérature

5.1.1 Un rôle et des compétences de MCS mal compris

5.1.1.1 Un rôle mal connu des médecins généralistes, malgré les témoignages des MCS

Nous avons mis en évidence une méconnaissance du réseau chez les non-MCS, avec une perception parfois erronée, faisant état de la crainte d'une régression du système de soins actuel. La définition du MCS leur est approximative et confuse. Le MCS n'a pas pour vocation de remplacer un urgentiste, ni de médicaliser les interventions jusqu'à l'hôpital. Il n'est ni de garde aux urgences, ni d'astreinte, ni régulateur au SAMU-Centre 15.

Il apparaît donc nécessaire de préciser clairement la fonction des MCS, en s'appuyant sur le cahier des charges des MCS en PACA (28). Il s'agit de médecins volontaires, le plus souvent des généralistes. Ils interviennent à la demande du SAMU-Centre 15, dans des zones où les délais d'interventions sont supérieurs à 30 minutes d'accès aux soins urgents. Ils agissent en avant-coureur des SMUR, sur des urgences vitales ou potentiellement vitales. Ils bénéficient d'une formation à l'urgence de qualité, sous l'égide des CESU et des SAMU, qui est indemnisée pour compenser leur perte d'activité libérale. De plus, chaque intervention est rétribuée à raison de six consultations de l'heure, auxquelles peuvent être rajoutés les majorations nuit, dimanche ou jour férié, selon les tarifs de la Caisse primaire d'assurance maladie. Ils sont équipés de matériel et d'une dotation médicamenteuse, dont le centre hospitalier assure le renouvellement et le bon fonctionnement.

Quant aux MCS, ils se définissent comme étant à l'origine de la prise en charge préhospitalière des urgences. Ils qualifient leur travail de gratifiant et de très diversifié.

5.1.1.2 Des compétences spécifiques méconnues

Le MCS est un intermédiaire entre deux mondes : celui de l'urgentiste hospitalier et celui de la médecine générale. Aucun référentiel de compétences intégré MCS n'existe à ce jour. Son exercice est très particulier. Il nécessite des capacités propres, afin de pouvoir agir adéquatement dans les situations complexes de l'urgence.

Le travail de thèse de C. Barthet-Barateig de 2019 (33) a permis d'identifier dix compétences requises pour la prise en charge des pathologies cardio-respiratoires, lesquelles sollicitent le plus les MCS. On parle ainsi de compétence « prestées », car elles émanent de l'analyse de l'activité réelle des MCS. Elles diffèrent des compétences « prescrites » du guide de déploiement des MCS de la DGOS, qui sont calquées sur le métier d'urgentiste d'après les sociétés savantes (SFMU) (4). Si l'on pouvait s'attendre surtout à des compétences techniques, seules quatre ont été retrouvées par C. Barthet-Barateig :

1. Réaliser des gestes techniques rapidement et correctement ;
2. Diagnostiquer et prendre en charge les principales étiologies d'une douleur thoracique de l'adulte ;
3. Diagnostiquer et prendre en charge un arrêt cardio-respiratoire de l'adulte ;
4. Diagnostiquer et prendre en charge les principales étiologies d'une détresse respiratoire aiguë.

Six autres compétences s'articulent autour de qualités non techniques :

1. Assurer seul, rapidement et efficacement la prise en charge d'un problème aigu de tout patient, régulièrement suivi ou inconnu ;
2. Développer et entretenir un réseau local de soutien ;
3. S'adapter aux différentes conditions d'intervention ;
4. Être « team leader » ;
5. Organiser son emploi du temps autour des interventions non programmées ;

6. S'investir dans les activités de formation.

En 2020, son travail a été complété par celui de L. Galletti et de M. Picard (34), qui se sont intéressées à d'autres pathologies rencontrées par le MCS (hors urgences circonstancielles et obstétricales). Elles ont mis en lumière des compétences similaires à celles identifiées par C. Barthet-Barateig. Ces deux travaux ont permis de mettre à jour des compétences spécifiques de l'exercice MCS, en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégré.

Certaines de ces capacités appartiennent au domaine de la médecine générale, quelques-unes à celui des urgentistes mais d'autres sont propres au MCS, qui a un rôle bien singularisé. Il n'est ni un *cow-boy*, ni un médecin régulateur comme certains non-MCS le définissent dans nos entretiens. Son rôle n'est pas non plus de remplacer celui de l'urgentiste. C'est un véritable médecin de premier recours, dans des zones identifiées comme étant à 30 minutes d'accès d'un SMUR ou d'un accès aux soins urgents.

Dans notre travail, les MCS témoignent de leurs compétences et revendiquent un réel savoir-faire, même s'ils admettent quelques difficultés dans la réalisation de certaines tâches. Savoir prendre le *leadership* semble problématique pour quelques MCS. Ils sont plutôt habitués à l'exercice solitaire dans leur cabinet, face au patient. Dans leur fonction MCS, ils peuvent être tour à tour seuls en intervention, puis en équipe avec des pompiers et infirmiers sapeurs-pompiers, où ils doivent devenir *team leader* et enfin travailler comme *follower* avec les équipes SMUR. La notion de *team leader* est définie par les compétences que le leader doit mobiliser pour gérer et orienter l'équipe : il est celui qui priorise et répartit les tâches (35). Maîtriser cette compétence au travers de méthodes pédagogiques spécifiques est essentiel. Elle aboutit aux notions de communication efficace au sein d'une équipe. Un *team leader* inadapté est impliqué dans 50% des issues défavorables en médecine aigüe (36).

5.1.2 L'urgence vitale s'impose aux médecins généralistes : le paradoxe des vécus

5.1.2.1 Un manque d'aisance dans la prise en charge de l'urgence chez les médecins généraliste, pourtant souvent confrontés à l'urgence

Les praticiens interrogés dans notre étude expliquent que, malgré l'évolution organisationnelle des soins permettant une meilleure prise en charge des urgences, le médecin généraliste se retrouve nécessairement confronté à des patients dont le pronostic vital est engagé.

Peu d'études se sont intéressées aux urgences vitales en cabinet de médecine générale ces dernières années. Cependant, il a été démontré qu'une situation d'urgence peut s'y manifester à tout moment. Ce constat implique donc une nécessaire anticipation de la part du médecin généraliste (37,38). Une étude australienne de 2001 rapporte que 95 % des médecins généralistes interrogés en milieu rural ont dû faire face à au moins une urgence vitale au cabinet pendant les douze derniers mois, avec une moyenne de huit urgences vitales par an (39).

Les urgences vitales les plus souvent rencontrées dans un cabinet de médecine générale regroupent les syndromes coronariens aiguës, les asthmes aiguës graves, les chocs anaphylactiques, les crises d'épilepsies, les arrêts cardiaques... (40) Bien que cette réalité soit connue par tout le milieu médical, la plupart de ces cabinets ne dispose pas de l'équipement nécessaire à la prise en charge optimale de ces situations (41).

Le risque de recevoir une urgence vitale au cabinet diffère en fonction des caractéristiques des patients (âges extrêmes, pathologies chroniques, comorbidités), du type de pratique médicale (actes invasifs, désensibilisation, anesthésie locale), et bien sûr de la localisation du cabinet. Ceux situés dans un territoire reculé, sans hôpital de proximité rapidement accessible et exposés à des conditions météorologiques extrêmes verront leur risque d'être confronté à une urgence vitale augmenté (42).

Les médecins généralistes des Hautes-Alpes situés à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents ont donc une probabilité plus forte de recevoir une urgence vitale au cabinet, ou d'y être confrontés en visite à domicile. Ce d'autant plus que l'accès au SAU de l'hôpital le plus proche, ou l'arrivée d'une équipe du SMUR peuvent être ralentis par des chutes de neige importantes et qu'il existe une recrudescence des urgences en période touristique hivernale ou estivale (9).

En 2019, 28,6 % des interventions MCS dans les Hautes-Alpes ont été auto-déclenchées (9). Le patient n'a pas été régulé au préalable par le SAMU-Centre 15, il s'est donc présenté spontanément au cabinet ou face au MCS en visite, qui a demandé recours à l'intervention d'un SMUR.

Même s'ils considèrent que c'est un exercice trop éloigné de leur pratique quotidienne et qui ne les intéresse pas particulièrement, les médecins interrogés ne faisant pas partie du réseau se retrouvent forcément confrontés à des urgences. Ils semblent pourtant peu à l'aise face à ces situations qui peuvent avoir des impacts majeurs pour le patient, mais aussi pour le praticien. Pour le malade, les conséquences se mesurent en morbi-mortalité et en perte de chance. Pour le praticien, la présentation d'une urgence vitale au cabinet peut à *minima* perturber son fonctionnement, mais elle peut surtout induire une réponse inadaptée, voire délétère, selon le type et le lieu de pratique, l'expérience du praticien et l'organisation de son cabinet (43).

5.1.2.2 Face à l'urgence, les MCS ont su tirer profit de leur formation

Les MCS se sentent plus à l'aise que les non-MCS face à l'urgence. Ils engrangent des connaissances et acquièrent des compétences qu'ils peuvent réutiliser en cas de besoin, au cabinet ou en visite. Ils ont ainsi plus confiance en eux et abordent les urgences vitales plus sereinement.

Lorsqu'une situation d'urgence vitale se présente au cabinet, il faut d'abord savoir l'identifier comme telle et appeler rapidement le SAMU-Centre 15, ce qui semble ne poser aucun souci à nos deux catégories de population. Comme expliqué dans un article de la Revue Médicale Suisse (40), en attendant le SMUR, il s'agit de débiter les gestes de premiers secours tels que maintenir les fonctions vitales selon la

méthode ABCDE (ou X-ABCDE) par exemple, et effectuer les premiers gestes thérapeutiques adaptés à la situation (par exemple, pose de VVP et médication IV urgente). Le médecin devra par la suite faire son bilan au SAMU Centre 15 et à l'équipe SMUR, sans oublier de débriefing avec l'équipe du cabinet si besoin. C'est dans la deuxième partie de la prise en charge que les non-MCS sont mal à l'aise. Ils attendent plus ou moins passivement l'arrivée des secours, ou demandent de l'aide à leurs collègues MCS car ils ne savent pas faire, ou n'ont tout simplement pas le matériel adapté.

De façon générale, il a ainsi été démontré qu'une formation appropriée et un équipement adéquat devraient être généralisés auprès du corps médical (44).

5.1.3 Une formation insuffisamment connue, qui est pourtant appréciée et répond aux besoins

Au cours de notre recherche, nous avons constaté que la plupart des médecins généralistes n'ayant pas intégré le réseau avaient une opinion favorable de la formation MCS. Ils ignorent cependant son contenu, son organisation et partagent beaucoup d'*a priori*. Certains l'envisagent comme un apprentissage chronophage ou une simple série de protocoles donnés aux médecins, à appliquer tel quel. Deux autres non-MCS ne comprennent pas bien son intérêt et estiment avoir été suffisamment formés lors de leurs études. Il a pourtant été montré que la formation des médecins généralistes concernant les gestes d'urgence et de premiers secours reste sous-optimale (45) et qu'une formation continue semblerait plus que nécessaire (46). Cette méconnaissance des conditions de formation peut faire partie des freins à intégrer le réseau.

Le programme de formation des MCS 05 au CESU/SIMUL Santé 05 fait appel aux théories de l'apprentissage socioconstructiviste, basées sur la perception d'expériences passées (47). Les protocoles sont construits après analyse des pratiques et des nouvelles recommandations en santé. Le travail réel des MCS a été recensé, analysé, et une traduction didactique en a permis une transposition pédagogique et évolutive en différents modules qui intègrent tous la simulation en santé. Les séances de simulation sont contextualisées au cabinet ou à domicile, elles

sont issues de situations authentiques. Elles se font soit en équipe pluri-professionnelle (avec des sapeur-pompiers et un infirmier sapeur-pompier), soit seul ou à 2 MCS et toujours en relation avec le médecin régulateur du SAMU.

Chez les MCS interrogés, tous les retours concernant la formation sont très positifs, bien qu'elle soit plus longue que la durée suggérée dans le guide de déploiement des réseaux MCS de la DGOS (4). Ils la qualifient de variée, adaptée, complète et concrète. Certains apprécieraient même des journées facultatives supplémentaires. Les séances de simulation systématiquement couplées aux différents modules abordés sont particulièrement appréciées. Leur efficacité a déjà été démontrée par de nombreuses études (48).

Dans la thèse de R. Thorel, écrite en 2015 (49), la formation MCS des Hautes-Alpes est évaluée principalement selon les deux premiers niveaux du modèle de Kirkpatrick. C'est-à-dire, non seulement selon le niveau de satisfaction des participants, mais aussi par l'évaluation des apprentissages. La formation a ainsi été jugée « très satisfaisante » par la grande majorité des MCS et une progression statistiquement significative des connaissances et des compétences a été mise en évidence pour chaque module de formation.

Dans sa thèse rédigée en 2019, E. Lambert (48) complète ce travail en évaluant cette même formation selon le troisième niveau du modèle de Kirkpatrick. C'est-à-dire en s'intéressant aux changements de comportement des apprenants en situation d'urgence. Il a ainsi été mis en évidence que la formation permet de mieux mobiliser les connaissances, dans l'optique de transférer les compétences sur le terrain. Le sentiment d'efficacité personnelle du MCS s'améliore à la suite des séances de simulation et est encore plus élevé lorsque les médecins ont pratiqué en situation réelle en post-formation. Ceci est d'autant plus intéressant qu'un sentiment d'efficacité personnelle élevé est corrélé à un meilleur transfert en milieu clinique (50).

D'autre part, quelques médecins généralistes interrogés nous ont fait part de leur réticence à devenir MCS, trouvant la gestion des urgences trop protocolaire. Il est à noter que la médecine d'urgence est une médecine qui évolue très rapidement, nécessitant la conception régulière de nouveaux protocoles.

Le réseau permet aux MCS d'avoir des protocoles fréquemment renouvelés et actualisés ce qui est une véritable aide pratique, que chacun peut utiliser en cas de nécessité.

5.1.4. Une communication insuffisante et perfectible du réseau MCS des Hautes-Alpes

5.1.4.1 Un mode de communication peu impactant

Les médecins interrogés n'ont pas été marqués par leur première présentation du réseau. Tous, ont dû réfléchir un long moment avant de pouvoir répondre à la question abordant ce sujet. Certains se souviennent vaguement d'un courrier qu'ils ont jeté à la poubelle, d'autres ont été contactés par téléphone et n'ont finalement pas pu avoir accès à des informations complémentaires. Les moyens développés pour le recrutement paraissent insuffisants.

Un article concernant les MCS 05 a mis en lumière l'exercice du Dr Tora, qui a la plus forte activité dans le réseau du département. Il est paru dans le quotidien *Le Dauphiné libéré* en 2019 (51), mais aucun médecin ne l'a pourtant abordé au cours des entretiens.

Il semblerait que les moyens de communication écrits n'ont que très peu d'impact sur le recrutement des médecins généralistes. Comme nous l'explique un article de revue de 2010 (52) sur la communication de recrutement dans le milieu hospitalier, il est très important d'établir un dialogue proactif avec les personnes que l'on souhaite recruter, le but étant de transmettre des connaissances médicales et des informations sur le poste en question. Les employés potentiels recherchent une institution permettant de s'épanouir et d'avoir de bons rapports avec les collègues, dans une ambiance agréable. La communication de recrutement ne devrait donc pas se réduire à une simple diffusion des informations concernant le poste de travail, mais plutôt aller au-delà et communiquer les avantages émotionnels et identitaires proposés par l'institution.

On comprend donc mieux que, pour les MCS des Hautes Alpes, le bouche à oreille soit devenu le moyen de recrutement principal. Ils font la promotion du réseau MCS 05 entre eux : il comptait douze MCS à sa création, ils sont actuellement quarante-deux en 2020.

Néanmoins, comme nous l'avons précédemment vu, certaines fausses informations peuvent circuler. Cela participe à la méconnaissance globale du réseau MCS par les médecins généralistes du département.

Dans la thèse de S. Moumen (53), on retrouve ce problème de visibilité et de défaut de communication. Elle conclut que la promotion du réseau reste maigre malgré une amélioration. Seuls les nouveaux installés s'intéressent au statut MCS. Les médecins installés depuis plusieurs années, eux, ne souhaitent pas rejoindre le réseau MCS.

5.1.4.2 Un réseau méconnu des patients

Le statut du MCS est très peu connu de la population française. Les patients ne sont pour la plupart pas au courant que cela existe et encore moins que leur médecin traitant puisse participer à ces missions. Lorsqu'un MCS intervient sur le terrain, il n'est d'ailleurs pas reconnu par les passants, d'autant plus qu'il ne possède aucun signe physique distinctif. Cette méconnaissance du réseau MCS par le grand public peut démotiver certains médecins à l'intégrer. Ils craignent une perte de leur clientèle qui ne comprendrait pas forcément un départ inopiné en cours de consultation.

5.1.5 Le réseau MCS 05 est un service rendu à la population

5.1.5.1 Une efficacité avérée du réseau MCS

Une des sources de motivation principale de tous les médecins, est d'aider la population locale en apportant des soins de qualité. L'intégralité des MCS est convaincue de l'efficacité du réseau MCS. Cette certitude est fortement partagée par les autres médecins généralistes non-MCS, bien que certains émettent des doutes sur son utilité.

Quelques-uns redoutent d'être délégués à la population en situation d'urgence de par leur manque de compétences. D'autres sont convaincus que l'arrivée du MCS est quasi-concomitante à celle du SMUR. Un trop court délai d'intervention n'apporterait, selon eux, aucun bénéfice au patient. Cependant, en analysant le bilan d'activité MCS 05 de 2019, on remarque qu'en moyenne les MCS des Hautes-Alpes arrivent en douze minutes sur les lieux d'intervention alors que le SMUR met en moyenne quarante-trois minutes. L'intervalle libre médical durant lequel le patient attend un premier contact avec un médecin est donc raccourci de trente et une minutes (9). Il s'agit d'un temps précieux dans un contexte d'urgence. Le patient est vu plus rapidement par le MCS en premier recours, qui apporte son expertise et met en place rapidement un traitement adapté à la situation.

Les MCS participent activement aux soins et apprécient le bénéfice apporté à leur patientèle. Dans son travail de thèse en 2020, C. Porchez (8) compare les taux de récupération d'activité cardiaque spontanée (RACS) des arrêts cardiaques obtenus par les MCS 05 aux chiffres nationaux des SMUR : respectivement de 20,54% et 20,00%. Il identifie aussi un taux de survie immédiate et en post-hospitalisation des arrêts cardiaques dans le groupe MCS 05 superposable au niveau national. L'éloignement des SMUR n'est donc plus une perte de chance de survie dès lors que des MCS sont en première ligne. D'autant plus que les pathologies cardio-vasculaire, principaux motifs d'intervention des MCS 05, représentent 35,2 % des missions, avant la traumatologie (25,8%), les pathologies neurologiques (16,2%), pulmonaires et métaboliques (8,6%), psychiatriques (5%) et circonstancielle (5%) (9).

La thrombolyse des SCA sus-ST par les MCS est possible depuis 2020 dans les Hautes-Alpes. Quelques MCS pilotes ont suivi la formation et sont équipés du Métalyse®, traitement thrombolytique indiqué chez les adultes en cas de suspicion d'infarctus du myocarde. Dans le département, 40% des SCA sus-ST bénéficient d'un traitement par thrombolyse (54). De tels chiffres s'expliquent par l'éloignement des tables de coronarographie, la géographie et des conditions météorologiques parfois compliquées. On comprend aisément l'intérêt d'initier la thrombolyse le plus précocement possible dès la prise en charge MCS après réalisation de l'ECG.

Les médecins adhérant au réseau MCS s'accordent à dire que le temps est optimisé pour les patients, mais également pour les équipes du SMUR. Ils apprécient d'apporter un secours profitable à tous. A titre d'exemple, on observe qu'en 2019, 5,5% des SMUR ont été annulés après bilan et soins des MCS (9). Ce temps médical préservé peut ainsi être mis à profit pour d'autres urgences, représentant un avantage pour le département.

Quelques médecins généralistes, travaillant avec des MCS au sein de leur cabinet, n'adhèrent pas au réseau MCS car ils estiment que le territoire est déjà couvert par leurs collègues, sans perte de chance pour les patients. Pour rappel, les MCS accordent du temps de disponibilité au réseau, sans aucune obligation de garde ni d'astreinte. Il n'est pas imposé aux médecins d'accepter les interventions proposées par le SAMU-Centre 15. Par conséquent plus le nombre de MCS est important, y compris au sein du même cabinet, plus la probabilité d'avoir un médecin disponible augmente et donc plus l'efficacité du réseau MCS augmente. En ce sens, l'activité du réseau a augmenté de 34% en 2019 grâce à plusieurs facteurs, tel qu'une importante recrudescence du nombre de médecins MCS (9).

5.1.5.2 Un avantage perçu par la patientèle

Les médecins non adhérents au réseau MCS craignent un impact négatif des missions sur leur patientèle. Certains appréhendent un mécontentement des patients à l'égard du médecin à cause du retard sur les consultations et une perte qualitative dans leur relation médecin-malade du fait de leur départ en pleine consultation.

A l'inverse, selon les MCS, leurs patients semblent rassurés à l'idée de savoir leur médecin de famille formé à intervenir sur le terrain. La majeure partie du temps, les patients sont compréhensifs vis-à-vis de la situation, d'autant plus qu'on leur explique en amont, notamment par le biais d'affiches dans les salles d'attente, que certains ont créées. Les patients sont donc moins surpris lorsque la situation se présente.

Une enquête d'opinion réalisée en 2003 (55) révélait que devant l'éloignement des structures d'urgence, les patients ont recours aux cabinets de proximité et s'y

rendent par leur propre moyen pour des pathologies ressenties comme urgente qui, en ville, auraient fait l'objet d'un appel au 15 ou d'une consultation aux services d'accueil des urgences (SAU). Les patients ont confiance en leur médecin généraliste et l'un des avantages à être MCS est le fait de pouvoir s'auto-déclencher devant une situation clinique nécessitant des soins de premiers recours. En 2019, 23,8% des interventions ont été auto-déclenchées par les médecins. Le MCS n'est donc pas démuni et peut assurer des soins appropriés et sécurisés à sa patientèle.

S. Moumen a étudié l'impact du cahier des charges des réseaux de MCS en PACA, dans le département du Var en 2020. Elle évoque le fait que la difficulté à quitter son cabinet s'estompe lorsque les MCS réalisent plus d'interventions. Ceci pourrait s'expliquer par une habitude, voire une validation de cette activité par la patientèle (53).

5.1.5.3 Les missions MCS sont sécurisées

Grâce au réseau, les médecins peuvent participer à la gestion de l'urgence d'une manière plus sécurisée qu'auparavant. Les MCS sont entraînés à être confrontés à des situations mettant en cause le pronostic vital de leur patient, même si cela est toujours vecteur de stress car les simulations ne sont jamais identiques aux situations réellement rencontrées, ils sont sereins car ils sont préparés et soutenus.

Leurs connaissances et le matériel fourni leur permettent d'apporter une réponse appropriée aux situations cliniques. Les interventions sont régulées par le SAMU qui les rassure et reste un soutien pour les MCS tout au long des interventions.

Des non-MCS plus âgés émettent des doutes sur ces missions car ils ont connu, dans le passé, un système de soin sans régulation, où les prises en charge étaient plus anarchiques et ont peur de se retrouver dans des situations complexes qui les dépassent.

5.1.5.4 Un MCS heureux

Il se dégage un sentiment global de satisfaction d'exercice de la fonction. Les MCS ont accès à une formation qui les aide au quotidien dans leurs interventions et

au cabinet. Pour la majeure partie des MCS, gérer l'urgence semble être un plaisir qui leur permet de diversifier leur activité. Ils ont un statut intermédiaire entre monde hospitalier et libéral qui leur permet d'être à l'origine des prises en charge médicales de leur patient. Il est ainsi gratifiant et motivant pour les MCS d'adopter ce statut. Cela rejoint le travail de thèse de L. Pigeyre, qui s'intéressait à l'intérêt de la mise en place du réseau MCS dans les Hautes-Alpes après un an de fonctionnement (5). Elle retrouvait une satisfaction globale des différents acteurs, ce qui renforce l'idée que ce type de réseau est bénéfique au département, dont la fréquentation augmente en période touristique.

Les MCS restent cependant lucides face à leurs conditions d'exercice et expriment certaines difficultés qui ne sont pas à méconnaître.

5.1.6 Intégrer le réseau MCS 05, c'est rejoindre le réseau de l'Aide Médicale Urgente sur le territoire

5.1.6.1 Un lien avec les pompiers

En intégrant le réseau MCS, les médecins sont amenés à travailler avec les équipes de pompiers. La moitié des MCS 05 interrogés sont Médecins Sapeurs-Pompiers (MSP). Ce double statut est encouragé dans les Hautes Alpes et en PACA. Malgré les quelques tensions ressenties parfois entre les deux corps de métier, ils apprécient cette relation de collaboration et de partage d'expériences. Par exemple, deux MSP ont intégré le réseau MCS après proposition faite par leur chef des pompiers, elle-même MCS. Et, inversement, l'un des MCS interrogés a intégré les Médecins Sapeurs-Pompiers après avoir rejoint le réseau MCS.

Les pompiers participent aussi à la formation en simulation en santé avec les MCS, afin de recontextualiser au mieux les situations et surtout de faire bénéficier à tous les acteurs des mêmes protocoles et procédures. Ils apprennent et s'entraînent à travailler ensemble. Les prises en charge en équipes pluriprofessionnelles des patients éloignés des services d'urgence sont ainsi optimisées.

Ce statut de MSP est antérieur à celui des MCS et s'est développé progressivement au gré des réformes et des évolutions, mais il n'est que partiellement connu des médecins. Le *médecin sapeur-pompier volontaire* (MSPV) exerce la fonction en complément de son activité principale libérale ou hospitalière. En France, ce sont 4000 MSPV qui sont recensés par la Direction générale de la sécurité civile et de la gestion des crises. On compte 95% de MSPV pour seulement 5% de (56).

En intégrant le réseau MCS, les médecins peuvent ainsi rencontrer les acteurs de l'Aide Médicale Urgente locaux, dont les pompiers, et travailler ensemble.

5.1.6.2 Un lien entre les confrères MCS

Certains nouveaux médecins généralistes du département perçoivent le réseau comme un moyen de découvrir et rencontrer leurs confrères.

Le lien social créé dans le cadre du réseau MCS permet aux médecins de se sentir en confiance avec leurs collègues lorsqu'ils travailleront ensemble par la suite. Il a été montré que les connaissances professionnelles et la familiarité constituées pendant les études et les formations médicales créent un lien social fort qui active la confiance (57). Les MCS ont ainsi un temps de parole, d'écoute et de partage d'expérience, notamment pendant les formations. Dans leur ouvrage ayant reçu le prix *Prescrire* 2016, C. Richard et M.T Lussier affirment que « la rencontre entre professionnels peut faciliter les échanges d'informations et bonifier la collaboration » (58).

Leurs compétences sont homogénéisées et les informations médicales se partagent au sein du groupe. Le lien social ainsi créé facilite leur pratique quotidienne. Ils s'entraident et se soutiennent. L'isolement géographique en devient moins contraignant. Le réseau MCS valorise ainsi le code de la santé publique si l'on se réfère à l'article R.4127-56 en rapport avec la confraternité : « Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité (...) les médecins se doivent assistance dans l'adversité » (59).

Quelques médecins sont également motivés pour entretenir et enrichir un lien préexistant avec des amis médecins *via* la formation.

Le réseau MCS fait progresser les pratiques et les connaissances par le partage d'expériences et de savoir-faire. Il est indispensable aux médecins généralistes de nouer des liens d'entraide, de travail en commun, et de complémentarité avec les autres praticiens. (60). Les MCS ressentent ce lien social et l'ont valorisé dans nos entretiens.

5.1.6.3 Un lien ville-hôpital

Le réseau MCS 05 permet d'être en lien avec les urgentistes, les *assistants de régulation médicaux* (ARM), les praticiens hospitaliers, mais également les membres de la direction du *groupement hospitalier du territoire* (GHT) des Alpes du sud. Cela est vécu comme un élément motivationnel important pour les non-MCS comme pour les MCS.

En effet, ce lien « ville-hôpital » constitue un avantage, comme le montre une étude de l'École nationale de santé publique montrant que les relations avec l'hôpital sont souvent médiocrement appréciées par les médecins libéraux, du fait notamment du sentiment de traiter avec un monde à part (61). L'hôpital apparaît parfois comme un milieu opaque, froid et moins confraternel que le monde libéral (57). Ce ressenti a été retrouvé chez quelques non-MCS qui apprécient la fragmentation des monde hospitalier et libéral. Ils n'adhèrent donc pas au réseau car ils souhaitent préserver leur indépendance et craignent de devenir tributaire de l'hôpital.

Il est appréciable pour les MCS de pouvoir identifier les correspondants médicaux avec lesquels ils travaillent. Ils les rencontrent en formation, souvent comme experts, et échangent de manière constructive. Ils apprennent mutuellement à se connaître, peuvent ainsi sortir de leur anonymat et connaître le fonctionnement interne du CHICAS. Se rencontrer et échanger peut donner lieu à la création de nouveaux projets.

Une des MCS a intégré le réseau en étant initialement uniquement motivée par la formation, sans envisager de pratiquer réellement la fonction MCS. La relation établie avec la structure hospitalière l'a rassurée et motivée à intervenir en tant que MCS.

Le renforcement du lien ville-hôpital *via* le réseau des MCS s'insère dans le mouvement du projet gouvernemental de 2018 « Ma santé 2022 », promu par le Président Emmanuel Macron, dont l'un des objectifs est de rassembler les soignants en ville et à l'hôpital (62).

5.2 Les perspectives d'amélioration

5.2.1 Améliorer la communication pour une meilleure visibilité

Pour mieux communiquer auprès des professionnels de santé, l'organisation de soirées promotionnelles permettant une rencontre entre MCS et non-MCS, ainsi qu'une présentation des informations officielles, apparaît être une option intéressante. Cela permettrait d'exposer les activités du réseau MCS, d'aborder son organisation ainsi que sa formation, et de répondre aux questionnements des médecins du département. D'autres effecteurs de l'AMU (pompiers, ambulanciers, secouristes, etc...) pourraient aussi être invités, afin de favoriser le « *travailler ensemble* ». À ce jour, il n'existe qu'une seule réunion annuelle dite « comité technique MCS 05 ». Elle est appréciée des participants, mais seuls les acteurs du réseau MCS 05, les représentants des instances hospitalières du département et la délégation territoriale ARS 05 y sont conviés.

Un site internet MCS en PACA, porté par l'ARS, avec les déclinaisons départementales apparaît nécessaire. Cet outil de communication a d'ailleurs été développé dans d'autres régions (53). Actuellement, sur le site de l'ARS PACA, il n'existe aucun *listing* des différents référents départementaux permettant de les contacter. Aucune définition du statut MCS, comme on en trouve sur le site ARS

Rhône-Alpes ne peut être trouvée, ni aucun *flyer* comme sur le site ARS Nouvelle-Aquitaine (53).

D'autre part, il pourrait être intéressant de développer une campagne d'information adressée au grand public, afin de faire connaître le réseau MCS aux patients.

L'un des freins à s'engager réside dans la difficulté à quitter le cabinet en pleine consultation. Ainsi, des affiches expliquant le rôle du MCS pourraient être conçues, afin d'être exposées en salle d'attente et permettraient d'informer les patients d'un possible départ du médecin au cours de la journée.

Enfin, il serait intéressant de promouvoir cette activité au cours de la formation des futurs médecins généralistes. Dans les Hautes-Alpes, les internes sont aussi accueillis par le médecin coordinateur du réseau MCS 05 qui en fait la promotion. Ils ont la possibilité d'intégrer la formation des MCS dès lors qu'ils ont un projet d'installation dans une zone à plus de 30 minutes d'un SMUR. De nouveaux MCS 05 ont ainsi intégré le réseau grâce à cette organisation. Pour aller plus loin, la découverte du rôle d'un MCS pourrait être inscrite sur la maquette de stage obligatoire aux urgences ou en SASPAS chez des MCS.

5.2 2 Des déclenchements MCS à améliorer

Parmi les MCS interrogés, certains ont l'impression d'être oubliés lors d'interventions où ils pourraient être utiles. Ils aimeraient partir plus souvent en mission, afin de pratiquer davantage et se sentir plus à l'aise. Malgré la communication régulière entre le coordinateur du réseau MCS et le SAMU 05 ayant permis la création d'une affiche de déclenchement MCS, c'est une doléance fréquemment exprimée. Il serait judicieux de revoir le déclenchement des MCS avec la régulation du SAMU pour qu'il soit le plus adapté possible aux MCS, en organisant des réunions d'échanges entre ARM, urgentistes et MCS 05.

5.2.3 Sécuriser les déplacements des MCS

Dans l'ambulance du SMUR, le stress de la conduite du véhicule est entièrement supporté par l'ambulancier ou par un infirmier formé, comme c'est le cas dans les Hautes-Alpes. Le MCS doit, quant à lui, supporter seul la conduite jusqu'au lieu d'intervention, et ce, le plus rapidement possible. Certaines conditions spécifiques aux départements montagneux peuvent générer un stress supplémentaire comme la météorologie (pluies verglaçantes, chutes de neige...), ou l'augmentation du nombre de véhicules sur la route durant les périodes touristiques.

Certaines mesures pourraient inciter les médecins généralistes des Hautes-Alpes à devenir MCS, comme le financement d'un stage de conduite en conditions difficiles. Il pourrait être judicieux de fournir à chaque MCS un gyrophare bleu, ainsi qu'un uniforme floqué « Médecin Correspondant de SAMU » afin d'être reconnu parmi les autres automobilistes et les passants.

5.2.4 Des répercussions psychologiques à accompagner

Il existe, parmi certains médecins interrogés, une lourde appréhension du revers psychologique des missions. La confrontation à des cas graves, voire à la mort, peut être difficilement supportée en fonction de la personnalité et des expériences de chacun.

Comme cela a pu être noté, en cette année 2020, marquée par la pandémie de Covid-19 (63) ou récemment dans une enquête sur la santé mentale des jeunes médecins en France (64), les médecins sont plus touchés que la population générale par l'anxiété et la dépression. Les soignants des urgences ou du SMUR sont particulièrement impactés par ce stress psychologique (65).

Pour ces raisons, un nouveau système de supervision, déjà en place dans le Var, est en projet pour le département des Hautes-Alpes. Les MCS pourront participer à des séances de groupe avec un psychologue afin d'apprendre à gérer leur stress et leurs émotions. Des débriefings pourront aussi être organisés de façon ponctuelle, s'ils en ressentaient le besoin, à la suite d'une mission compliquée.

5.3 Critique de l'étude et validité

5.3.1 Forces de l'étude

Notre étude aborde un sujet d'actualité : les réseaux des Médecins Correspondant du SAMU et plus spécifiquement celui des Hautes-Alpes, créé récemment, au cours de l'année 2012. Fin 2015, en France, plus d'un million de personnes habitaient encore à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents. Poursuivre le développement de ce réseau est apparu, pour le gouvernement, comme une des mesures évidentes destinées à remédier à ce problème de santé publique (62). La réalisation d'une étude concernant les freins et les motivations à intégrer ce réseau, nous semblait donc essentielle pour savoir comment améliorer le recrutement des MCS.

Le choix d'une méthode qualitative paraissait être le mieux adapté au sujet et nous a permis d'étudier des phénomènes subjectifs. Nous avons recueilli un très grand nombre de données nous ayant permis d'explorer en profondeur les motivations et les freins que pouvaient avoir ces deux populations et d'acquérir une vision d'ensemble de cette problématique multifactorielle.

Comme décrit dans les résultats, la population de l'étude est essentiellement représentée par des médecins exerçant en cabinet de groupe. En revanche, nous avons constaté une variabilité significative des intervenants en termes d'âge et de genre. Dans l'ensemble, la diversité des critères a été respectée, et nous avons réussi à obtenir des profils de médecins différents tout au long de l'étude.

La réalisation d'un travail en binôme a été une véritable force. Elle nous a permis de limiter la subjectivité de l'analyse en assurant une triangulation des investigateurs. Chaque étape de cette recherche a été effectuée distinctement par les deux chercheuses, du codage à la modélisation, avant d'être discutée et mise en commun par la suite.

Nous avons fait le choix délibéré de ne pas nous répartir les deux catégories de médecins. Chacune des chercheuses a mené des entretiens auprès des deux types de population, afin de diminuer l'aspect subjectif de notre interprétation et le biais d'enquêteur.

Nous avons choisi de contacter des médecins que nous n'avions jamais rencontrés auparavant, afin d'éviter un lien chercheuse-médecin pour diminuer un biais, à la fois dans la verbalisation des réponses et dans l'interprétation des résultats.

Il est à noter qu'aucun participant n'a souhaité abandonner l'étude en cours de réalisation. Une seule personne nous a demandé de supprimer une partie de sa retranscription, qui n'était pas en rapport avec les MCS.

Tout au long de notre étude, chacune des investigatrices a tenu à jour un carnet de bord afin d'objectiver les évolutions de notre recherche.

Enfin, notre travail s'applique à suivre la grille des critères COREQ (66), afin de garantir une qualité optimale de notre recherche qualitative.

5.3.2 Limites de l'étude

La première limite de notre thèse consiste en la faible expérience des chercheuses concernant la méthode qualitative. Aucune d'entre nous n'avait participé à une recherche de ce type avant la réalisation de ce travail. Nous nous sommes formées grâce à la lecture d'ouvrages sur le sujet et par le biais d'une journée de formation organisée par le *Département universitaire de médecine générale* (DUMG). Une médecin du DUMG spécialisée en recherche qualitative nous a apporté son aide à plusieurs étapes de notre thèse.

Notre étude s'est étendue sur le territoire géographique étroit que représente les Hautes-Alpes pour pouvoir explorer ses spécificités (zones montagneuses isolées,

rurales et semi-rurales). Cependant, choisir une zone géographique restrictive est limitant vis-à-vis des particularités des autres départements.

En pleine pandémie de la Covid-19, nous avons seulement pu effectuer des entretiens sous forme d'enregistrements audios. La communication non-verbale des participants n'a pas pu être analysée, mais il est possible que les médecins se soient sentis plus à l'aise pour s'exprimer.

Nous n'avons pas envoyé la retranscription des entretiens aux différents intervenants pour relecture, estimant qu'une transcription « mot-à-mot » des enregistrements serait suffisamment fidèle, mais également pour éviter un risque d'autocensure des participants.

Comme dans toute recherche qualitative, l'interprétation subjective des *verbatim*s peut biaiser les résultats. L'association de deux chercheuses a cependant permis de réduire les biais d'interprétation.

De la même manière, en tant qu'internes de médecine générale ayant réalisé chacune plusieurs semestres dans les Hautes-Alpes, nous connaissions bien la démographie du département et ce réseau. Nous ne pouvions pas négliger l'influence de nos *a priori* lors des entretiens. Étant conscientes de ce biais, nous nous sommes efforcées de rester les plus neutres possible afin de ne pas fausser les résultats.

L'analyse des données a été effectuée manuellement à l'aide du logiciel Excel®, sans utilisation d'un logiciel spécialisé dans la recherche qualitative. Le recours à ce genre de programme n'est pas toujours pertinent car il nécessite une bonne maîtrise de l'outil, que nous n'avions pas au moment de l'étude.

Enfin, la validité externe est limitée par le manque d'études qualitatives sur les freins et motivations des MCS. Nous n'avons identifié que très peu de littérature abordant ce sujet.

6. Conclusion

Depuis la création de la fonction MCS en 2007 en France, le nombre de médecins volontaires adhérents aux réseaux MCS n'a cessé d'augmenter. L'efficience de ces réseaux n'est plus à démontrer et il convient de poursuivre leur développement, à l'échelle nationale et régionale, afin que tout patient, situé à plus de 30 minutes d'un SMUR ou des urgences, puisse bénéficier des mêmes chances que ceux résidant à proximité des grands centres hospitaliers. L'accès aux soins d'urgence pour tous reste un défi majeur dans de nombreuses zones isolées.

Inévitablement confrontés à l'urgence dans leur pratique, les médecins généralistes éprouvent parfois des difficultés à la gérer. La formation ainsi que le matériel procurés par l'accession à la fonction MCS apparaissent comme un levier motivationnel majeur. De même, le service médical rendu à la population, la création de liens interprofessionnels et la diversification de leur activité libérale apparaissent comme des incitations à intégrer le dispositif pour les médecins non adhérents au réseau MCS.

Devenir MCS séduit, logiquement, les médecins ayant une appétence pour l'urgence. Ils peuvent ainsi la pratiquer sans appartenir à l'hôpital, tout en étant à l'initiative des prises en charges. Il demeure que les médecins interrogés craignent d'agir seuls, même si la plupart des MCS s'estiment soutenus en intervention grâce aux protocoles établis et à la régulation joignable en continu. Il subsiste une appréhension chez certains MCS à envisager sereinement la réalisation des gestes techniques, elle s'affirme d'autant plus que la fréquence des interventions est espacée. Le manque d'aisance et de confiance en soi est régulièrement évoqué lorsqu'il s'agit de prendre le *leadership*, d'évaluer la situation sur le plan médical comme environnemental, même si la formation permet d'augmenter leur sentiment d'efficacité personnelle. L'absence de signe distinctif identifiant les MCS en déplacement ou sur le lieu d'intervention est regrettée par beaucoup d'entre eux. Ce manque peut générer un sentiment d'insécurité chez certains, durant lesdites interventions.

D'autres freins concernant les non-MCS, mis en exergue dans notre travail, semblent irréductibles, comme le désintérêt de certains médecins pour l'urgence, le désir d'indépendance, le rejet d'une charge de travail supplémentaire ou le refus de s'engager.

Ces obstacles s'expliquent parfois par une méconnaissance du réseau MCS 05 chez les médecins non adhérents. Celle-ci pourrait être amoindrie par une communication plus affirmée de la part de ses administrateurs. Convier les acteurs de l'AMU et l'ensemble des médecins généralistes à des réunions promotionnelles favorisant une connaissance plus précise, plus juste et plus objective de la fonction MCS pourrait, sans doute, susciter davantage d'engouement à intégrer le réseau MCS.

D'autres réticences tiennent davantage à l'appréhension d'une dégradation de la pratique quotidienne : désorganisation du cabinet, perte de patientèle, apparaissent comme des raisons centrales dans le manque de motivation à adhérer au réseau MCS chez certains médecins. La mise en place d'outils de communication au cabinet pourrait contribuer à faire diminuer ces craintes, voire à valoriser cette nouvelle fonction auprès de la patientèle.

Enfin, l'impact psychologique ressenti par les MCS ou appréhendé pour les non-MCS, peut venir assombrir la perspective d'envisager ces missions et donc, entraver l'adhésion des médecins au réseau. Être confronté en première ligne à des situations émotionnellement éprouvantes nécessite un accompagnement psychologique adéquat des MCS. Les liens créés au sein du réseau et les temps de formation permettent un échange bienveillant, mais il apparaît insuffisant, faute d'être orchestré par des corps de métier spécialisés.

Interroger directement des MCS et des médecins ayant fait le choix de se détourner du réseau MCS pour comprendre leurs motivations ou au contraire leurs réticences à s'y engager permet de dégager des axes d'amélioration du réseau MCS. Ce travail pourrait être extrapolé aux autres réseaux MCS du territoire national. L'objectif est de proposer un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes à tous les français, d'améliorer la qualité et la sécurité de prise en charge des patients.

7. Bibliographie

1. Vergier N, Chaput H. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? - Ministère des Solidarités et de la Santé. Doss DRESS Numéro 17. 11 mai 2017;
2. DGOS. Pacte territoire santé 2012-2015. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012.
3. Journal Officiel. Circulaire DHOS/O1 no 2007-65 relative à la prise en charge des urgences. févr 13, 2007.
4. DGOS. Guide de déploiement - Médecin Correspondant SAMU. 2013.
5. Pigeyre L. Intérêt de la mise en place d'un réseau Médecins Correspondants du SAMU dans le département des Hautes-Alpes. Faculté de Médecine de Marseille; 2014.
6. Seewald E. Évaluation du réseau médecins correspondant Samu des Alpes-Maritimes après un an et demi de fonctionnement, d'août 2018 à janvier 2020. Faculté de Médecine de Nice; 2020.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. Déserts médicaux : Marisol Touraine renforce encore les moyens de lutte. 2017.
8. Porchez C. Analyse comparative de la prise en charge des arrêts cardiaques par les Médecins Correspondants de SAMU et les médecins urgentistes du SMUR, dans la région des Hautes Alpes. Faculté de Médecine de Marseille; 2020.
9. Dr Hidoux M-A. Bilan d'activité 2019 du réseau de Médecin Correspondant SAMU des Hautes Alpes. 2019.
10. Portraits de médecins. Pierre-François PERCY (1754-1825) [Internet]. Disponible sur: <https://www.medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/percy.html>
11. Barot F. La médecine d'urgence : Evolution du contexte de l'Antiquité au SAMU. Thèse de doctorat en médecine, Université de Picardie Jules Verne; 1998.
12. Beuran M, Paun S, Gaspar B, Vartic N, Hostiuc S, Chiotoroiu A, et al. Prehospital trauma care : a clinical review. Chirurgia (Bucur). oct 2012;107(5):564-70.
13. Vital-Durand B. Le samu est-il responsable de la mort de Diana? Libération. 18 févr 1998;
14. Club de l'histoire de l'anesthésie et de la réanimation. Anesthésie, Analgésie, Réanimation et Samu (de 1945 aux années 2000). Glyphe. Vol. Tome I : L'anesthésie-réanimation. 2014. 340 p.

15. Histoire du SAMU [Internet]. samu.fra.co. Disponible sur:
<https://samu.fra.co/t1-histoire-du-samu>
16. Burggraeve D. Marcel Arnaud - La providence des blessés de la route. Vol. Tome II. 1997.
17. La Revue des SAMU. La naissance du Samu. 2005;319 à 320.
18. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 déc 31, 1970.
19. Samu - Urgences de France. Objectifs & Historique [Internet]. Disponible sur:
<https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/objectifs/>
20. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participants au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. 87-1005 déc 16, 1987.
21. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
22. Ministère de la Santé, de la Famille et des personnes Handicapées. Bulletin Officiel n°2003-20. 2003.
23. Hollande F. Mes 60 engagements pour la France - Élection présidentielle 22 avril 2012. 2012.
24. Touraine M. Pacte Territoire Santé 2 - Ministère de la Santé, de la Famille des personnes Handicapées. 2015.
25. Médecins de Montagne. Médecins Correspondants du Samu [Internet]. Médecins de montagne. Disponible sur:
<http://www.mdem.org/france/MENU2/page/Les-Medecins-Correspondants-du-Samu.html>
26. Insee. Tableaux de l'économie française [Internet]. 2020. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277596?sommaire=4318291>
27. Observatoire Régional des Urgences PACA. Atlas 2012 - Activité des Services d'Urgences. 2012.
28. Agence Régionale de Santé. Cahier des charges des réseaux de Médecins Correspondant du SAMU (MCS) en PACA. 2019.
29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 19:4.
30. Dorais M. Diversité et créativité en recherche qualitative. Serv Soc. 1993;42(2):7-27.
31. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research. Routledge; 2017. 282 p.

32. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 27 avr 2011;(23):147-81.
33. Barthet-Barateig C. Vers un référentiel de compétences intégré pour les Médecins Correspondants du SAMU : Quelles compétences intégrées pour le cardio-respiratoire ? Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2019.
34. Galletti L, Picard M. Quelles compétences utilisées par les Médecins Correspondant du SAMU en interventions (hors pathologies cardio respiratoires), en vue de l'élaboration d'un référentiel de compétences intégrées des MCS ? Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille; 2020.
35. Künzle B, Kolbe M, Grote G. Ensuring patient safety through effective leadership behaviour: A literature review. Saf Sci. 1 janv 2010;48(1):1-17.
36. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Jt Comm Perspect. 2006;26(10):14-5.
37. Fuchs S, Jaffe DM, Christoffel KK. Pediatric emergencies in office practices: prevalence and office preparedness. Pediatrics. juin 1989;83(6):931-9.
38. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale: analyse des pratiques de généralistes normands. Faculté mixte de pharmacie et médecine de Rouen; 2012.
39. Johnston CL, Dick M-LB, Coulthard MG, Schluter PJ. Medical emergencies in general practice in south-east Queensland: prevalence and practice preparedness. Med J Aust. 2001;175(2):99-103.
40. Netgen. Urgences vitales au cabinet médical : implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours. Rev Médicale Suisse. 2008;
41. Toback SL. Medical emergency preparedness in office practice. Am Fam Physician. juin 2007;75(11):1679-84.
42. Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. Can Fam Physician. sept 2002;48:1464-72.
43. Szot JF. Emergencies in the Outpatient Setting. Med Clin North Am. mai 2017;101(3).
44. Kofler A, Rainer B, Lederer W, Wiedermann FJ, Kroesen G. Review on the importance of an emergency kit for physicians in out-of-hospital emergencies. Off J Eur Soc Emerg Med. déc 2006;13(6):380-2.
45. Audouin C, Bouzille G, Leloup M, Fanello S. La formation des futurs médecins généralistes aux gestes d'urgence et de premier secours reste sous-optimale en France. Pédagogie Médicale. août 2013;14(3):229-31.
46. Roger C, Lefrant J-Y, Bousquet PJ, Bonnec JM, Jaber S, Ripart J, et al. Formation des médecins généralistes aux gestes de réanimation d'urgence:

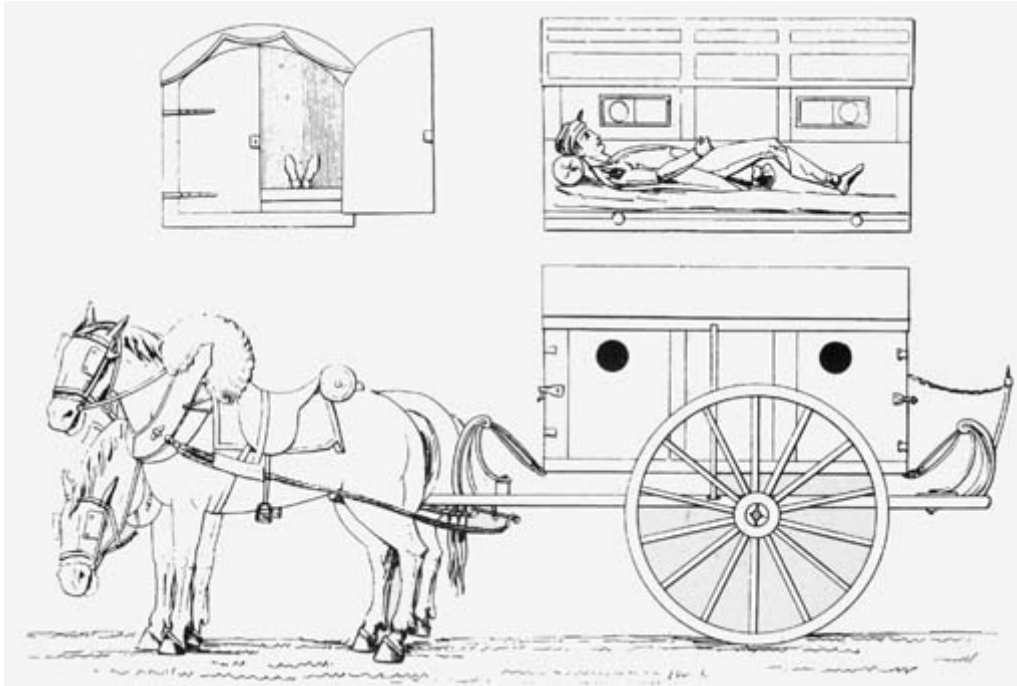
Étude auprès des médecins généralistes de 4 départements du Sud de la France. *Presse Médicale*. juin 2008;37(6, Part 1):929-34.

47. Lambert E. De la simulation en santé à la pratique professionnelle : le transfert des compétences existe-t-il chez les MCS du 05 ? *Faculté des sciences médicales et paramédicales de Marseille*; 2019.
48. Jouffroy R, Khélifi G, Fontaine M, Parlavecchio J, Carli P, Vivien B. Apport de la simulation pour la prise en charge des urgences vitales. 2016;11.
49. Thorel R. Evaluation de la formation des Médecins Correspondants du SAMU dans les Hautes Alpes. *Faculté de Médecine de Marseille*; 2015.
50. Hubens V, Raemdonck I, Bruwier G, Devos C. Les leviers du transfert des acquis en formation continue du médecin généraliste. *Elaboration d'un modèle conceptuel opérationnalisable. Pédagogie Médicale*. nov 2016;17(4):221-32.
51. Tora P. Urgences : des généralistes en première ligne dans les zones reculées. *Le Dauphiné*. 2019; Disponible sur: <https://www.ledauphine.com/hautes-alpes/2019/08/12/urgences-des-generalistes-en-premiere-ligne-dans-les-zones-reculees>
52. Medina P. La communication de recrutement dans le milieu hospitalier. *Commun Organ*. juin 2010;(37):103-13.
53. Moumen S. Impact du cahier des charges des réseaux de médecins correspondant du SAMU en PACA dans le Var. *Faculté de Médecine d'Aix-Marseille*; 2020.
54. Dr Fernandez M. *Registre SCA ST+ - CHICAS*. 2019.
55. Gentile S, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. 2004. (*Santé Publique*; vol. 16).
56. Fantoni Quinton S. Les sapeurs-pompiers volontaires, des travailleurs méconnus ? *Arch Mal Prof Environ*. avr 2019;80(2):125-31.
57. Sejourne E, Pare F, Moulevrier P, Tanguy M, Fanello S. Modalités de constitution du carnet d'adresses des médecins généralistes. *Prat Organ Soins*. 2010;Vol. 41(4):331-9.
58. Richard C, Lussier MT. *Communication professionnelle en santé. Renouveau Pédagogique*. Québec; 2005.
59. Article R.4127-56 - Confraternité. *Code de la Santé Publique*.
60. Laurent D. La déontologie médicale en 2015. *Trib Sante*. 23 oct 2015;n° 48(3):23-32.
61. Étude exploratoire auprès des professionnels de santé médecins spécialistes et généralistes. *École nationale de santé publique (ENSP)*; 2005.

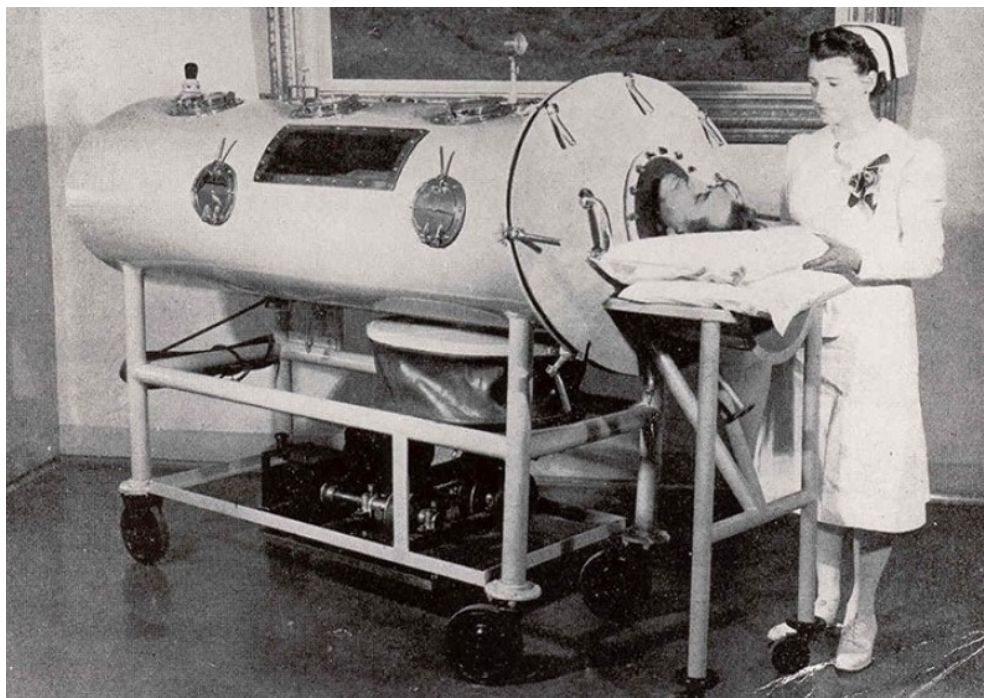
62. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif. 2018.
63. Vignaud P, Prieto N. Impact psychique de la pandémie de Covid-19 sur les professionnels soignants. Actual Pharm. oct 2020;59(599):51-3.
64. ISNI. Santé mentale des jeunes médecins - Enquête et résultats. 2017; Disponible sur: <http://www.revue-hospitaliere.fr/Actualites/Sante-mentale-des-jeunes-medecins-Enquete-et-resultats>
65. Schlienger G. Etude du stress des soignants dans les services d'urgence et SMUR de Meurthe et Moselle : à propos de 62 cas recueillis en 2000. 2006;106.
66. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. 1 janv 2015;15(157):50-4.

8. Annexes

8.1 Annexe 1 – Illustrations



Ambulance sous l'empire napoléonien



Le « poumon d'acier »

8.2 Annexe 2 – Guide d’entretien non-MCS

- 1- Connaissez-vous le rôle d’un MCS ? En quoi consiste-t-il selon vous ?

Si la réponse est non : Le MCS est un médecin généraliste qui est formé à l’urgence. C’est un relai du SAMU-Centre 15 qui agit en priorité dans des zones isolées où le délai d’intervention du SMUR dépasse les 30 minutes. Il permet de réduire le délai de réponse à l’urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.

- 2- Quand et comment en avez-vous entendu parler pour la première fois ? Quel a été votre ressenti immédiat ?

- 3- Êtes-vous actuellement à l’aise dans la gestion de l’urgence au cabinet ?

Comment la gérez-vous ?

- 4- Avez-vous déjà envisagé de devenir MCS ? Selon vous qu’est-ce que cette fonction peut apporter au médecin qui la pratique ?

- 5- Pouvez-vous m’expliquer ce qui vous a empêché d’intégrer le réseau ou tout simplement qui ne vous attire pas dans la fonction MCS ?

Quelles inquiétudes avez-vous rencontrées ?

Selon vous, quels sont les inconvénients rencontrés par vos collègues MCS ?

- 6- Qu’est ce qui pourrait vous motiver, ainsi que les autres médecins du département, à devenir MCS ?

Qu’est-ce qui vous donnerait envie d’être MCS ?

- 7- Pour conclure, est-ce que vous auriez quelque chose à rajouter que j’aurais oublié d’aborder ?

8.3 Annexe 3 – Guide d’entretien MCS

- 1- Pouvez-vous me raconter pourquoi et comment êtes-vous devenu MCS ?
- 2- Quelles ont été vos motivations à devenir MCS ?
Qu’est-ce qui vous a donné envie d’être MCS ?
- 3- Que vous apporte cette pratique ?
Quels sont pour vous les avantages à être MCS ?
- 4- Qu’est-ce qui vous a freiné à l’idée de devenir MCS ?
Quelles appréhensions avez-vous rencontrées ? Comment les avez-vous surmontées ?
- 5- Il y a peut-être des facteurs limitants à cette pratique. Pourriez-vous me donner votre ressenti à ce sujet ?
Quels sont pour vous les inconvénients à être MCS ?
Cumuler les fonctions de sapeur-pompier et de MCS vous a-t-il posé un problème ?
- 6- Êtes-vous toujours à l’aise dans votre fonction de MCS ?
Auriez-vous des propositions pour améliorer vos conditions ?
De quoi auriez-vous besoin de plus pour assurer cette fonction au mieux ?
Qu’est ce qui selon vous, pourrait motiver les médecins généralistes du département à devenir MCS ?
- 7- Comment s’est passée votre formation ? Comment l’avez-vous vécu ?
Estimez-vous avoir été suffisamment formé ?
Vous est-il arrivé de vous sentir dépassé en tant que MCS ?
Que pensez-vous des formations du Centre d’Enseignement des Soins d’Urgences (CESU) au Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud ?
- 8- Pour conclure, est ce que vous auriez des précisions à apporter, une anecdote ou un fait marquant à rajouter ?

8.4 Annexe 4 – Formulaire d’information et de consentement

Recherche qualitative :

Population étudiée : les médecins généralistes MCS et non-MCS exerçant dans les Hautes-Alpes.

Le titre de la thèse est le suivant : Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir MCS dans les Hautes-Alpes ?

Réalisation de l’entretien :

Cet entretien téléphonique sera réalisé par Léa TELLIER ou Pauline RAJOELISON suivant vos disponibilités.

Il durera environ 30 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu’est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l’on vous posera quelques questions par téléphone.

Vous avez la possibilité de quitter l’étude à n’importe quel moment sans fournir d’explication.

Comment sera traitée l’information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L’analyse des données sera réalisée par Pauline RAJOELISON et Léa TELLIER en collaboration avec Marie Annick HIDOUX.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

Je confirme avoir lu et compris l’information ci-dessus et que j’ai eu la possibilité de poser des questions.

Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d’avis à n’importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l’étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.

Je donne mon consentement à l’enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.

Je donne mon consentement à l’utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l’entretien dans une thèse ou dans une publication.

Je suis d’accord pour participer à l’étude.

Signature (participant) _____
Date _____

Signature (investigateur) _____
Date _____

8.5 Annexe 5 – Caractéristiques des non-MCS

Participant	Genre	Âge	Nombre d'années de pratique	Nombre d'années dans le département	Caractéristiques du cabinet	Autres activités	Temps d'entretien (minutes)
N1	M	60	34	34	Cabinet de groupe	Fonction universitaire	20
N2	F	58	30	6 mois	Cabinet de groupe	Fonction universitaire	45
N3	F	31	4	4	Cabinet de groupe	Aucune	18
N4	F	35	7	3	Cabinet de groupe	Fonction hospitalière	30
N5	M	61	28	3	Cabinet de groupe	Aucune	32
N6	M	36	3	3	Cabinet de groupe	Aucune	34
N7	M	57	30	27	Cabinet seul	Aucune	26
N8	F	31	3	1,5	Cabinet de groupe	Aucune	29

8.6 Annexe 6 – Caractéristiques des MCS

Participant	Genre	Âge	Nombre d'années de pratique	Nombre d'années dans le département	Nombre d'années de pratique en tant que MCS	Caractéristiques du cabinet	Autres activités	Temps d'entretien (minutes)
M1	M	32	6	6	4	Cabinet seul	Aucune	20
M2	M	32	3	3	3	Cabinet de groupe	Visites en EHPAD	28
M3	M	52	22	13	7	Cabinet de groupe	Visites en EHPAD	18
M4	F	62	35	30	4	Ne travaille pas en cabinet	Médecin sapeur-pompier	30
M5	M	33	5	4	2	Cabinet de groupe	Médecin sapeur-pompier. Gardes aux urgences et médicalisation d'évènements sportifs hors saison.	28
M6	F	37	7	5	4	Cabinet de groupe	Médecin sapeur-pompier. Travaille à la PASS de Gap.	39
M7	M	33	6	6	4	Cabinet de groupe	Médecin sapeur-pompier. MSU.	36
M8	F	51	18	1	6 mois	Cabinet de groupe	Médecin sapeur-pompier. MSU.	47
M9	M	60	34	34	10	Cabinet de groupe	Visite en EHPAD	25
M10	F	29	1	1	6 mois	Cabinet de groupe	Aucune	37

9. Liste des abréviations

AMU : Aide médicale urgente

ARM : Assistant de régulation médicale

ARS : Agence régionale de santé

BIF : Bloc ilio-fascial

CESU : Centre d'enseignement des soins d'urgence

CHICAS : Centre hospitalier intercommunal des Alpes-du-Sud

CHU : Centre hospitalier universitaire

COREQ : Consolidated criteria for reporting qualitative research

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DU : Diplôme universitaire

DUMG : Département universitaire de médecine générale

ECG : Electrocardiogramme

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IO : Intra-osseuse

ISR : Intubation à séquence rapide

MCS : Médecin correspondant du SAMU

MSP : Médecin sapeur-pompier

MSPV : Médecin sapeur-pompier volontaire

NOVI : Nombreuses victimes

ORSEC : Organisation de la réponse de sécurité

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

RACS : Récupération d'activité cardiaque spontanée

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

SAU : Service d'accueil des urgences

SCA : Syndrome coronarien aigu

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et réanimation

SUDOC : Système universitaire de documentation

VVP : Voie veineuse périphérique

Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

RÉSUMÉ

Introduction : Les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) sont le plus souvent des médecins généralistes, qui prennent en charge des urgences vitales, ou potentiellement vitales, dans des zones isolées à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents. L'objectif principal de ce travail est de mettre en évidence les facteurs motivants et les freins à intégrer le réseau MCS dans les Hautes-Alpes. Les objectifs secondaires sont de proposer des pistes d'amélioration du réseau MCS 05, afin de recruter de futurs médecins, et de dégager, au-delà du territoire haut-alpin, des idées qui pourraient s'avérer utiles au développement des différents réseaux MCS en France.

Méthode : Réalisation d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés chez deux populations de médecins généralistes haut-alpins : ceux ayant intégré le réseau MCS et ceux n'y ayant pas adhéré. Les données ont été analysées par la méthode de théorisation ancrée.

Résultats : Les MCS et non-MCS des Hautes-Alpes sont motivés par le service médical rendu à la population, la création de liens interprofessionnels, la diversification de leur activité libérale, la formation, ainsi que l'accès à du matériel et à des dotations médicamenteuses. Les MCS craignent d'agir seuls sur le terrain, d'endosser le rôle de *teamleader* et ressentent une insécurité lors des interventions. Les non-MCS sont freinés par la désorganisation du cabinet, la crainte de la perte d'une partie de leur patientèle et redoutent un impact psychologique fragilisant.

Discussion : Le réseau MCS 05 est estimé par les médecins des Hautes-Alpes et n'a de cesse de se développer depuis sa création en 2012. Il apparait cependant des axes d'amélioration comme : renforcer la communication du réseau MCS, améliorer les déclenchements MCS, sécuriser leurs déplacements et accompagner les répercussions psychologiques.

Mots clefs : Médecin Correspondant du SAMU, Hautes-Alpes, motivations et freins, Aide Médicale Urgente, SMUR, accès aux soins urgents.