Place et avenir des médecins généralistes dans les services d'urgences

Florent Polesso

▶ **To cite this version:**

Florent Polesso. Place et avenir des médecins généralistes dans les services d'urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03903272

HAL Id: dumas-03903272

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03903272

Submitted on 16 Dec 2022

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.

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Place et avenir des médecins généralistes dans les services d'urgences

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Décembre 2022

Par Monsieur Florent POLESSO

Né le 21 septembre 1985 à Marseille 08ème (13)

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 Docteur THERY Didier	**Directeur**
Monsieur le Docteur BAR Christian	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

Place et avenir des médecins généralistes dans les services d'urgences

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Décembre 2022

Par Monsieur Florent POLESSO

Né le 21 septembre 1985 à Marseille 08ème (13)

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 Docteur THERY Didier	**Directeur**
Monsieur le Docteur BAR Christian	**Assesseur**

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

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

Assesseurs :

➢ 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. 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

Faculté des sciences médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

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

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1er cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2ème 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
ALBANESE Jacques
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
BOTTA-FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND 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
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain

MM DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
DURAND Jean-Marc
ENJALBERT Alain
FAUGERE Gérard
FAVRE Roger
FIECHI Marius
FARNARIER Georges
FIGARELLA Jacques
FIGARELLA-BRANGER Dominique
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 Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRILLO Jean-Marie
GRIMAUD Jean-Charles
GRISOLI François
GROULIER Pierre
GUYS Jean-Michel
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HARLE Jean-Robert
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEGRE Régis
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTEY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
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
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
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	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

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

2018

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

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

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
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	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

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

1988

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

1989

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

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GRAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel détachement
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke détachement
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (disponibilité)
APPAY Romain
ATLAN Catherine (disponibilité)
BEGE Thierry
BENYAMINE Audrey
BIRNBAUM David
BOBOT Mickael
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
CUNY Thomas
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DEGEORGES/VITTE Joëlle *(disponibilité*
DEHARO Pierre
DELLIAUX Stéphane
DELTEIL Clémence
DESPLAT/JEGO Sophie
DUBOURG Grégory
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMONOT Julien
GASTALDI Marguerite
GAUDRY Marine
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIVARCH Jokthan
HABERT Paul
HAUTIER Aurélie
IBRAHIM KOSTA Manal
JALOUX Charlotte
JARROT Pierre-André
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LAMBERT Isabelle
LENOIR Marien
LEVY/MOZZICONACCI Annie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MALISSEN Nausicaa
MAUES DE PAULA André
MEGE Diane
MORAND-HUGGET Aurélie
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAULTIER Paul
SAVEANU Alexandru
STELLMANN Jan-Patrick
SUCHON Pierre
TABOURET Emeline
TOGA Isabelle
TOMASINI Pascale
TROUDE Lucas
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VENTON Geoffroy
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
MITILIAN Eva
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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)

APPAY Romain (MCU-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)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

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

ANGLAIS *11*

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

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

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

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)

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)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

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)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
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 MEDICALE 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)

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

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

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

CARDIOLOGIE *5102*

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)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

DARIEL Anne (MCU-PH)

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)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (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)

GAUDRY Marine (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

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

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE *4703*

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

FERON François (PR) (69ème section)

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

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE *4805*

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE *5303*

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (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*

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DAVID Thierry (PU-PH)
DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre

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)
RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (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)
SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)
SAULTIER Paul (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022
CERMOLACCE Michel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH) Surnombre
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION *91*

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE *90*

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE *56-01*

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE *57-01*

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE *56-02*

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX *58-01*

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MAILLE Gérald (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoït (MCF ASS)
CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur Patrick GERBEAUX**, Président du jury. Vous me faites l'honneur de présider le jury pour la soutenance de ma thèse. Veuillez recevoir mes plus sincères remerciements et l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le **Docteur Didier THERY**, Directeur de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre accompagnement et vos conseils. Vous avez tout mon respect et ma gratitude.

A Monsieur le **Docteur Christian BAR**, Membre du jury. Je te remercie de ta présence et de ta disponibilité à chaque fois que j'en ai eu besoin, ici pour cette thèse, et également lors de mon passage dans ton service lorsque j'étais en 2ème semestre. Cette thèse d'ailleurs s'inspire de cette expérience très enrichissante, qui a permis de construire mon projet professionnel.

A Monsieur le **Docteur Jérémy KHOUANI**, mon tuteur. Merci pour votre disponibilité et implication envers moi même, et plus généralement envers les internes de médecine générale. Je considère avoir été très chanceux de vous avoir eu comme tuteur.

A Madame le **Docteur Sylvie GALLET**. Tu as été d'une aide remarquable et d'une grande pédagogie durant mon stage de médecine adulte, marqué par une période sanitaire difficile. Je me souviendrai de ton professionnalisme, tes connaissances, ton empathie, ton implication auprès des patients et de la considération dont tu m'as témoigné. Tu garderas toujours mon profond respect et toute ma gratitude.

A Monsieur le **Docteur Emmanuel ROUX**, merci pour ton accueil, tes conseils, tes enseignements, et ta disponibilité. Tu m'as connu comme petit étudiant infirmier en 1ère année il y a 17 ans en 2005. Tu t'es occupé à plusieurs reprises de mon père... Puis nous avons travaillé ensemble, comme IDE dans ton service, et après en réanimation. Puis recroisé, cette fois ci comme interne. Enfin, tu me vois à cette place, et j'en suis vraiment très honoré.

A Monsieur le **Docteur Philippe ZUCCHELLI**. Vous avez été le premier à croire en moi. Et vous m'avez offert ma réussite. Je vous en serai toujours reconnaissant.

A Madame le **Docteur Hana CHELAIFA**, je suis ravi d'avoir été interne à tes cotés, et en route vers une belle collaboration.

A tous les **médecins et soignants du service de Réanimation du CH Aubagne**. C'est la fin d'une magnifique aventure avec vous, depuis l'ancienne réanimation, en passant par l'ouverture de la nouvelle, et mon retour comme interne durant un semestre. Merci pour tout cela. Durant ce semestre, j'ai tellement appris ! Humainement, techniquement, cliniquement et etc... Je me suis senti chouchouté et à ma place comme avant. Merci pour votre soutien, et d'avoir cru en moi. Je ne vous oublierai jamais, et je suis sûr que l'on se reverra.

A mon ancien hôpital**, le CH Aubagne**, auquel je suis attaché depuis 2005 et qui m'a vu grandir.

A tous les **médecins et soignants du service des Urgences du CH Brignoles**. Votre accueil, humanité, professionnalisme, entraide, pédagogie, fraternité et bien d'autres qualités ont fait que j'ai voulu revenir auprès de vous.

Aux Messieurs les **Docteurs BRASSAC Julien** et **ZAVISIC Nicolas**. Les 6 mois de SASPAS avec vous ont été vraiment très enrichissants, humainement et professionnellement. Je pense Nicolas aux nombreuses anecdotes/histoires de chasses que je n'oublierai pas, avec un partage, des conseils ou des sages avertissements sur des situations que je pourrai rencontrer dans ma future vie professionnelle. Je me rappellerai Julien, au delà de ton coté pédagogue et rassurant envers les internes, cette approche remarquable, que je qualifierai de familiarité professionnelle, que j'espère acquérir un jour, et qui faisait systématiquement ressortir de ta consultation tous tes patients avec le sourire.

A ma femme, ma chérie, **Linda**. Je n'oublierai jamais ces 9 ans de sacrifices et de soutien dont tu as fais preuve pour mener à bien ces si longues études. Sans toi je n'aurai jamais pu réussir. Maintenant ça y est, c'est fini ! Enfin ! Nous allons pouvoir profiter pleinement de notre amour et de la vie que nous espérions.

A ma fille, ma petite chérie, **Eleen**. Soit fier de ton père et de ce qu'il a fait. Retiens à travers mon périple que la volonté de réussir est la plus puissante des forces, et que le travail paye toujours. Je vais maintenant pouvoir rattraper le temps que je n'ai pas pu te consacrer comme je le voulais. Pour moi, mes rêves se sont concrétisés, désormais, je m'emploierai à toujours être à tes côtés pour réaliser les tiens. Je suis si fier de toi. « Tu es telle que je voulais que tu sois ».

A ma mère, **Renée**, merci pour ton soutien constant. J'aimerai saluer ton courage dont tu as fais preuve dans les moments difficiles que tu as traversés. Malgré tout cela tu as su rester digne et forte et je suis fier de toi. Tes qualités et ton éducation ont forgé ce que je suis aujourd'hui, et je t'en remercie. A présent, nous pourrons passer plus de temps en famille, je m'occuperai et veillerai sur toi.

A ma sœur, **Ludivine**, félicitons nous ! Très heureux d'avoir suivi ta réussite. Je suis très chanceux de t'avoir comme sœur, et content à l'idée que nous allons pouvoir passer plus de temps ensemble.

A mon père, **Christian**, qui me manque énormément. Je parle souvent de toi à Eleen, et lui parle de ta vie et des épreuves que tu as traversées. Mais aussi de tes qualités que j'essaye de perpétrer et transmettre tous les jours, telles que la gentillesse, l'empathie, le don de soi, et l'altruisme entre autres. Face à ta maladie, une motivation sans doute inconsciente m'a poussé à m'orienter vers les métiers du soin, avec l'objectif de réaliser pour les autres ce que je n'ai pu faire avec toi, te sauver, te guérir.

A **ma famille**, merci pour vos nombreux messages de félicitations et d'avoir répondu présents à mon invitation pour la soutenance de ma thèse.

A mon beau frère, **Mickael**, très heureux et très fier de te savoir auprès de ma sœur et de te compter dans la famille.

A **ma belle famille**, je vous remercie de m'avoir fait une place dans votre formidable famille, et de votre soutien.

A **Vannina**, merci pour ton soutien, ton partage d'expérience, et ton aide à la diffusion de mon questionnaire pour ma thèse.

A **mes amis de l'IFSI d'Aubagne**, Mathieu G, Colombo, Berni, Jordan, Ahmed, Thomas, et nombreux autres collègues. Merci pour votre soutien, pour les moments excellents passés ensemble et les nombreux souvenirs qui ne me quitteront jamais. Il faut en créer plein d'autres !!

Aux collègues de la Faculté de Médecine, et notamment **Alexandra** avec qui j'ai partagé de nombreux moments que ce soit à la fac et en stage avec toujours autant de plaisir. Et à **Guillaume**, merci pour tous les conseils que tu m'as donnés pour la thèse. Je te souhaite beaucoup de bonheur avec ta chérie, je suis sûr que tu seras un médecin formidable. J'espère que l'on gardera contact.

A la **fatigue, au stress, à l'angoisse**, toutes ces émotions négatives qui m'ont accompagné durant ces 9 années. C'est sans regrets que je vous quitte, car une magnifique nouvelle vie m'attend, sans vous. Adieu !

Enfin, à une boisson extra ordinaire, la **Red Bull**. A défaut de prise de café, ou autres stimulants illégaux, elle m'a permis de tenir, à raison d'une à deux cannettes par jour durant toutes mes études. Je vais commencer mon long sevrage, tout en essayant d'éviter un syndrome de manque.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION 3

I.1. Les services d'accueil des urgences (SAU) 3

I.1.1. Aspect juridique et ressources humaines 3

I.1.2. Activité régionale 3

I.2. Le D.E.S. de Médecine Générale 5

I.2.1. Formation pratique 5

I.2.2. Formation théorique 6

I.2.3. Démographie des médecins généralistes 7

I.3. D.E.S. de Médecine d'Urgence (DESMU) 8

I.3.1. Formation théorique 9

I.3.2. Formation pratique 10

I.3.3. Démographie des médecins urgentistes 10

I.4. Constat en lien avec ce travail et recherches bibliographiques préliminaires 12

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE 15

II.1. Type d'étude 15

II.2. Recherches bibliographiques 15

II.3. Objectif de l'étude et critère de jugement principal et secondaire 15

II.4. Population étudiée 16

II.5. Réalisation du questionnaire 16

II.6. Diffusion du questionnaire 17

II.7. Analyse statistique 18

III. RÉSULTATS 19

III.1.Réponses au questionnaire 19

III.2. Description de la population étudiée 21

III.3. Rôles et compétences du médecin généraliste dans un service d'urgence 24

III.4. Perspectives d'exercice des médecins généralistes dans les SAU et collaboration avec les médecins urgentistes 27

III.5.Formation des MG pour un exercice dans un SAU et perspectives d'avenir 29

IV. DISCUSSION 33

IV.1. Justification de l'étude 33

IV.2. Analyse des résultats, perspectives d'application en lien avec l'actualité et les dernières recommandations 35
IV.2.1. Les médecins généralistes dans les SAU 35
IV.2.2. Les médecins généralistes face à la PDSA, aux soins non programmés et la médecine d'urgence 36
IV.2.3. Vers d'autres possibilités d'emploi du médecin généraliste en lien avec les SAU, non évaluées dans cette étude 37
IV.2.4. Formation du médecin généraliste pour un exercice dans le domaine de l'urgence 38
IV.2.5. Profil des médecins généralistes travaillant aux urgences rencontrés dans cette étude, et réflexion sur leur évolution dans les services d'urgences 40
IV.2.6. Concrétisation du rôle du médecin urgentiste comme spécialiste de la prise en charge du patient en situation critique, et collaboration avec la médecine générale 41
IV.3. Points forts et limites de l'étude 43
IV.3.1. Points forts 43
IV.3.2. Limites de l'étude 44

V. CONCLUSION 45

VI. CONFLIT D'INTÉRÊT 46

VII. BIBLIOGRAPHIE 47

VIII. ANNEXE 51

IX. LISTE DES ABRÉVIATIONS 66

I. INTRODUCTION

I.1. Les services d'accueil des urgences (SAU)

I.1.1. Aspect juridique et ressources humaines

La médecine d'urgence est réglementée par le Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 du code de la santé publique.

Selon l'article R. 6123-18 et R. 6123-19 (1), une structure d'urgences au sein d'un établissement de santé est « tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU. [...] Pour assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation, l'établissement organise la prise en charge diagnostique et thérapeutique selon le cas : 1° Au sein de la structure des urgences ; 2° Au sein de l'unité d'hospitalisation de courte durée ; 3° Directement dans une structure de soins de l'établissement, notamment dans le cadre des prises en charge spécifiques »

Le nombre de médecin, et autres personnels dans les services d'urgences, a été proposé par un référentiel édité par l'organisation Samu-Urgences de France. (2)

Par exemple, un service d'urgences avec 100 passages / jour en moyenne, soit 36 500 passages / an, il est recommandé d'avoir une équipe de médecins de 15,6 ETP (Equivalent temps plein).

En plus du service des urgences, et également rattaché un service d'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), où le nombre de médecins par lit est également recommandé par ce référentiel.

I.1.2. Activité régionale

La région PACA compte 55 services d'urgence en activité. (3)
Ce chiffre est stable depuis plus de 10 ans (il y avait en 2011, 56 services d'urgences en PACA, soit un de moins qu'actuellement, conséquence de la création de l'Hôpital Européen à Marseille, et donc de la fusion des hôpitaux Paul Desbief et Ambroise Paré en 2013). (4)
D'année en année, l'activité des urgences en PACA ne cesse de croître : + 2,8 % en 2016 (5), + 1,2 % en 2017 (6), + 1,7 % en 2018 (7) et + 0,9 % en 2019 (3).

Cet accroissement d'activité et la stabilité de l'offre de soin entraine une augmentation des épisodes de tension dans les services d'urgence, passant de 220 épisodes en 2013 à 1350 épisodes en 2019 (3).

Ces épisodes de tension sont définis par une inadéquation entre la demande (flux entrant de patients et besoins d'hospitalisation) et les moyens au niveau des urgences (personnel, plateau technique et service d'urgence) et de l'aval des urgences (lits d'hospitalisation disponibles et fluidité du transfert en lit d'aval). (3)

Ces épisodes de tension sont multifactoriels, et comme le montre la définition citée plus haut, dépendants en partie du personnel, notamment médical.

Cette situation se manifeste souvent dans les actualités, via parfois des cas tragiques de décès de patients aux urgences, et manques de médecin relatés dans les services, voir même des fermetures de services d'urgences. (8)

Dans une lettre du Dr Alain MILON, Président de la FHF-PACA et Sénateur de Vaucluse, Vice-président de la Commission des Affaires Sociales, adressé au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé PACA, Monsieur Philippe de MESTER, du 08 avril 2022, le sénateur fait état d'une situation critique dans la région :

« Une situation critique en termes de RH médicales : Dans le Var [...] : Effectif cible : 147,2 ETP / 39 ETP manquants avec pour certains CH jusqu'à 54% de vacance. Fermeture des Urgences du CH Dracénie à partir de 20h30 depuis le 29 octobre 2021, avec 7 ETP en juillet-août pour une cible à 18,5 ETP [...] Dans les Bouches-du-Rhône : Effectif cible : 187 ETP/ 66 ETP manquants fin janvier 2022 et 10 à 15 départs annoncés de l'APHM (Timone) vers d'autres horizons (Privé, reconversion, Intérim, ...). Fermeture aléatoire du SMUR d'Aix-en-Provence certaines nuits. Dans les Alpes-Maritimes : CH Antibes : Effectif cible : 20 ETP/ 4 ETP manquants. CH Cannes : Effectif cible : 24 ETP/11 ETP manquants. CHU Nice : 13 ETP manquants. Dans les Alpes-de-Haute-Provence : CH Manosque : Effectif cible : 16 ETP/ 7 ETP manquants. Fermeture régulière des Urgences la nuit (déjà 10 nuits programmées fermées en avril). »

I.2. Le D.E.S. de Médecine Générale

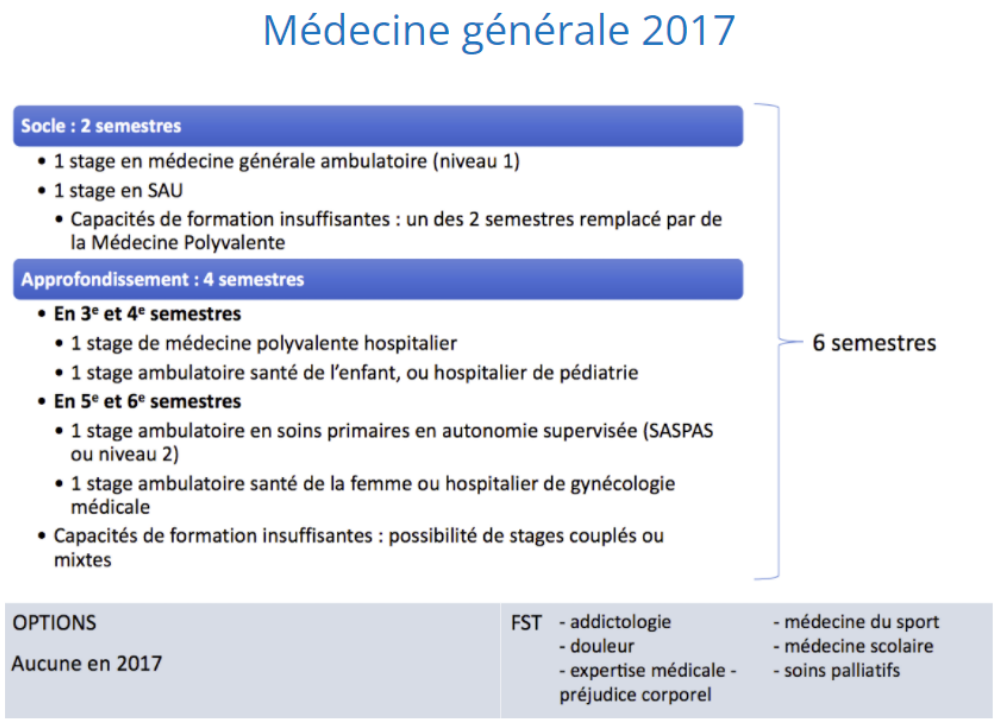
En France, la spécialité de médecine générale est acquise via l'obtention d'un diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine générale.

Ce DES est régit par l'Arrêté du 27 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. (9)

Celui-ci clôture un internat d'une durée de 3 ans, qui se décompose en stages pratiques et formations théoriques.

I.2.1. Formation pratique

Du point de vue pratique, 6 stages de 6 mois doivent être réalisés, selon une maquette qui prévoit de façon obligatoire deux stages en médecine générale ambulatoire, un aux urgences adulte, un en médecine polyvalente, un en pôle santé de la femme et un en pôle santé de l'enfant. La répartition des stages se fait en deux phases, une phase socle d'une durée de 2 semestres et une phase d'approfondissement d'une durée de 4 semestres.



Maquette du DES MG : https://isni.fr/medecine-generale/

On note également la possibilité pour l'étudiant de réaliser une formation spécialisée transversale (FST), notamment en addictologie, douleur, expertise médicale, préjudice corporel, médecine du sport, médecine scolaire, soins palliatifs.
Ces FST rajoutent un an de formation supplémentaire pour les internes de médecine générale, sous forme de deux semestres dans des stages dédiés, avec une formation théorique en parallèle.
Ces FST sont gratuites et ne se substituent pas aux DU.
La répartition par faculté de médecine et le nombre total de places pour chaque FST sont fixés chaque année par arrêté, (exemple de Arrêté du 10 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2021-2022) (10)

I.2.2. Formation théorique

D'un point de vue théorique, l'interne en médecine générale bénéficie d'enseignements hors stage répartis en six modules en liens avec les six semestres de stages. (11)
Le but de ces enseignements, et à terme de ce diplôme, est la maîtrise de compétences, définies par un « référentiel métier et compétences des médecins généralistes ». (12)
Dans ces compétences, on retrouve notamment la n°3 Premier recours, urgences : **c**apacité à gérer avec la personne les problèmes de santé indifférenciés, non sélectionnés, programmés ou non, selon les données actuelles de la science, le contexte et les possibilités de la personne, quels que soient son âge, son sexe, ou toutes autres caractéristiques, en organisant une accessibilité (proximité, disponibilité, coût) optimale.
En lien avec les compétences, des grandes familles de situation cliniques ont été décrites pour mettre en évidence les situations auxquelles le médecin généraliste peut être confronté dans sa pratique. (13)
Dans le cadre de ce travail, il est intéressant d'exposer plus en détail la situation n°3 : Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties :
« Ces situations peuvent être rencontrées dans les stages en médecine ambulatoire de niveau 1 et 2, et dans les stages hospitaliers de médecine polyvalente et d'urgence. [...] Il peut s'agir d'urgences « vraies » ou « ressenties », d'urgences où le risque vital est évident ou au contraire où ce risque n'est pas évident à première vue, nécessitant une analyse globale de la situation clinique. Il existe aussi des urgences psychiatriques et des urgences médicosociales pour lesquelles la démarche décisionnelle est par nature différente.

L'interne devra avoir été mis en situation de gérer :

• des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature somatique médicaux : défaillances des fonctions vitales ou risque de défaillances de ces fonctions ;

• des situations de patients qui présentent des plaintes ou états urgents de nature chirurgicale ;

• des situations de patients qui présentent des plaintes du domaine des urgences ressenties ;

• des situations de patients présentant des crises aiguës de nature psychiatrique ou psychique/ou relationnelle (patient très agressif) ; caractéristiques de ces situations : situations dans lesquelles la relation thérapeutique peut être perturbée par la symptomatologie psychique. Le MG peut intervenir sans l'accord du patient. La demande de soins peut venir de l'entourage ou de la société. Le MG peut courir un danger personnel, et le patient peut courir un risque vital. Le MG risque de s'impliquer hors de son rôle habituel de médecin ;

• des situations de patients présentant des problèmes médico-sociaux aigus nécessitant une réponse rapide. »

A la vue des éléments cités plus haut, il est donc évident que les internes en médecine générale bénéficient d'une formation en médecine d'urgence. D'abord pratique via le semestre obligatoire en service d'urgences, puis théorique en accord avec le « référentiel métier et compétences des médecins généralistes »,(notamment la compétence n°3 premier recours, urgences), et via les familles de situations cliniques (notamment N°3 : Situations liées à des problèmes aigus dans le cadre des urgences réelles ou ressenties).

I.2.3. Démographie des médecins généralistes

Au premier janvier 2021, le Tableau de l'Ordre recensait 85 364 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice), soit une diminution de 9% des effectifs depuis 2010 et une diminution de 0.9% depuis 2020**.** La croissance annuelle moyenne est de -0.9%. (14)

D'après les analyses et le calcul du taux de croissance moyen annuel, la tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 82 018 médecins généralistes en activité régulière. (14)

Ce nombre englobe les médecins généralistes également titulaires d'un DESC jusqu'à la réforme de 2017. On peut donc y inclure les médecins généralistes titulaires d'un DESC de médecine d'urgences, sans toutefois avoir un chiffre précis en liens avec cette spécialité complémentaire.

Du point de vue de l'offre de formation, le nombre de postes affectés à la médecine générale a connue une nette diminution depuis la réforme du 3ème cycle.

En effet, il est à noter qu'il y avait en 2015, 3894 postes disponibles avec 3876 internes affectés en médecine générale (15), par rapport à 2021 où 3280 postes était proposés (16). Soit 650 postes en moins. Cependant, l'augmentation du nombre de CESP (contrat d'engagement de service publique) permet de relever le nombre d'interne affectés en médecine générale en 2021 à 3489.
Ainsi, on peut conclure en disant que l'augmentation du numérus clausus depuis ces dernières années ne profite pas à la médecine générale.

I.3. D.E.S. de Médecine d'Urgence (DESMU)

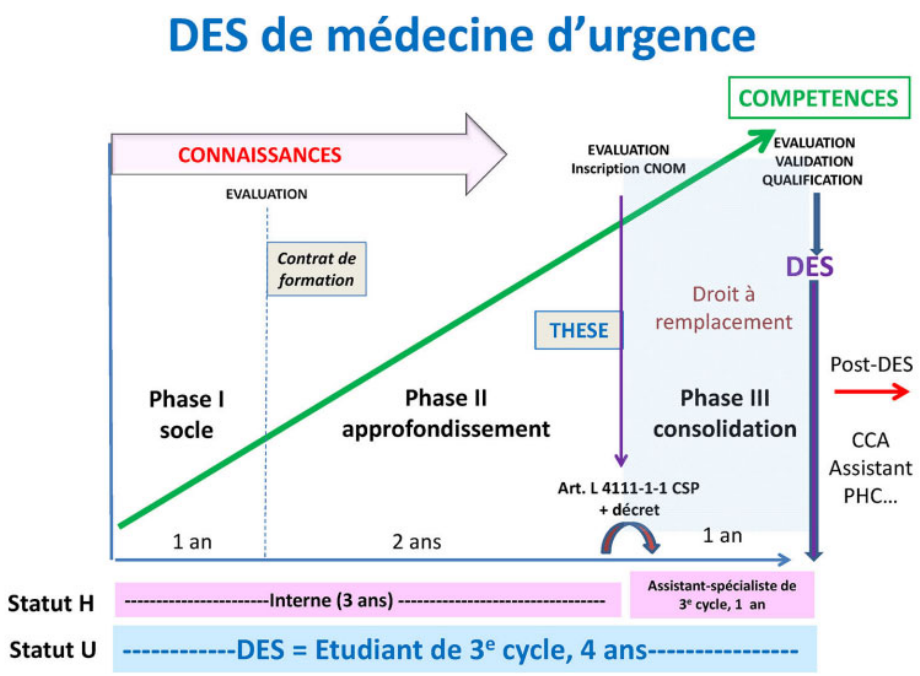
Ce DES est une spécialité créé à l'issue de l'Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine, JORF n°0281 du 4 décembre 2015, et est l'aboutissement de la réforme du 3ème cycle des études de médecine , Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation. JORF n° 0276 du 27 novembre 2016.

Ainsi, depuis 2017, on assiste a une filiarisation de la médecine d'urgence dès le choix de l'ECN, et donc à une individualisation d'une spécialité qui autrefois était accessible seulement via un diplôme d'étude spécialisé complémentaire (DESC).

Actuellement, ce DES d'une durée de quatre ans est organisé en trois phases, comme les autres DES : phase socle, d'approfondissement et de consolidation.

Ce qui diffère avec la médecine générale, c'est la phase de consolidation, d'une durée d'un an dans la maquette du DESMU, il s'agit d'une phase de préprofessionnalisation, en autonomie supervisée, avec un nouveau statut d'assistant spécialiste de troisième cycle.
C'est durant cette phase de consolidation que l'interne DESMU est autorisé à remplacement via inscription à l'Ordre des médecins.

Enfin, l'accès à cette dernière phase est soumis au préalable à la présentation de la Thèse de médecine. (17)



Schémas du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence. CCA : chef de clinique assistant des universités ; PHC : praticien hospitalier contractuel ; CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins. Redessiné d'après le diaporama du Pr Benoît Schlemmer (Doyen honoraire, Conseiller pour la réforme du 3e cycle des études médicale). (17)

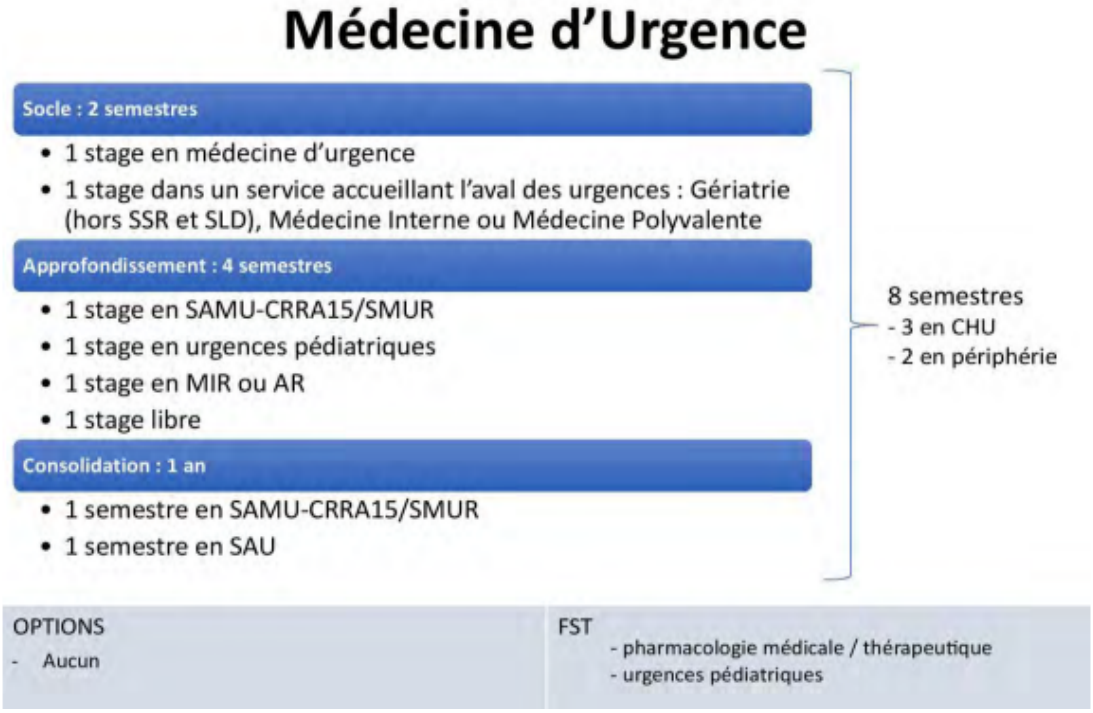
Ainsi, précédemment accessible via un DESC de 4 semestres, les DES de médecine d'urgence à donc permis de multiplier par deux le temps de formation des médecins urgentistes, avec comme objectifs une progression en terme de qualité et de spécificité d'enseignement, tels que l'ont souhaité les représentants et enseignants de médecine d'urgence.

I.3.1. Formation théorique

La formation théorique du DESMU se caractérise par plusieurs modalités d'enseignement qui sont détaillées par le Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence. (18)
Tout d'abord, on retrouve des séances de formation en présentiel qui sont de la responsabilité de chaque faculté de médecine. S'y ajoutent des séances d'e-learning réparties par modules. Enfin, les cours théoriques sont complétés par des séances de simulation de prise en charge des situations critiques, et des séances d'apprentissage de l'échographie clinique. L'ensemble de ces formations répondent à la nécessitée de maitrise de nombreuses connaissances et compétences, à la fois transversales ou spécifiques à la médecine d'urgence.
Elles sont soumises à évaluation notamment pour la validation de chaque phase.

I.3.2. Formation pratique

La formation pratique dispensée au cour du DESMU se fait via 8 semestres de stage hospitalier. Tout d'abord, durant la phase socle, l'interne doit réaliser un semestre en service d'urgence et un semestre en médecine interne, gériatrie ou médecine polyvalente d'aval des urgences. Puis en phase d'approfondissement, l'interne devra justifier des semestres suivants : un semestre en service de pédiatrique ou de service de pédiatrie avec urgence, un semestre en Samu/Smur, un semestre en réanimation/USI, et un semestre libre. Enfin, en phase de consolidation, l'internat se terminera par un semestre en service d'urgence et un semestre en Samu/Smur. De plus, on note la possibilité de réalisation des FST : Urgences pédiatriques et pharmacologie médicale / thérapeutique.



I.3.3. Démographie des médecins urgentistes

Il n'y pas de chiffres officiels et précis sur la démographie des médecins urgentistes en temps que spécialiste et en activité.

On peut pour autant recouper les chiffres de plusieurs rapports récents pour avoir une estimation du nombre d'urgentistes :

- celui de la cours des comptes (19), où il est stipulé qu'au « 31 décembre 2016, environ 9 500 médecins travaillaient au sein de services d'urgence. Depuis 2013, leur nombre a augmenté de 13 %, soit un rythme légèrement inférieur à celui de la progression de l'activité (15 % sur la même période) ».

Ce nombre de 9500 médecins semble pour autant assez imprécis. En effet sa source n'est pas citée dans le rapport de la cour des comptes, et il ne met pas en avant la qualification du médecin exerçant dans les services d'urgences, ni son mode d'exercice (salarié ou libéral) et son temps de travail.

- Deux rapports du CNG (20) (21), nous renseignent seulement sur la démographie des médecins urgentistes exerçant dans le milieu hospitalier. Il permet néanmoins de montrer une augmentation continue depuis 2013 du nombre d'urgentistes passant de 3915 en 2012, à 4922 en 2021.

Ces chiffres doivent cependant être nuancés par le rapport « Pour un Pacte de Refondation des Urgences » de Thomas Mesnier et du Pr Pierre Carli, de décembre 2019 (22), et celui de la cour des comptes cité ci dessus, qui montrent un nombre de postes vacant en augmentation, et qui est de 1 709 postes de vacants de PH temps plein recensés au 1er janvier 2019, ainsi que 435 postes de PH à temps partiel.

De plus, pour trouver des chiffres pouvant nous faire progresser dans nos recherches démographiques, on peut se baser sur les capacités de formations offertes en médecine d'urgences.

Avant 2017, la médecine d'urgence était accessible via un DESC de quatre semestres, dans la continuité des DES suivant : Anesthésie-réanimation, Cardiologie et maladies vasculaires, Chirurgie générale, Gastroentérologie et hépatologie, Médecine générale, Médecine interne, Néphrologie, Neurologie, Pédiatrie, Pneumologie, Psychiatrie. (23)

Il apparait par ailleurs qu'en 2013, 99 % des étudiants inscrits en DESC de médecine d'urgence sont issus d'un DES de médecine générale. (23)

Enfin, au niveau quantitatif, le DESC de médecine d'urgence permettait de former environ 300 médecins urgentistes chaque année.

Pour exemple, la faculté de médecine de Marseille avait une capacité de formation de 26 médecins urgentistes chaque année. (23)

Depuis la réforme de 2017, le DESC de médecine d'urgence à été supprimé et comme tous les DES, les effectifs de la filière médecine d'urgence sont définis au niveau national par le CNG suivant une planification sur des critères de besoins régionaux.

Ainsi, à son ouverture, le DESMU offrait 460 postes, puis 469 en 2018 et 2019, 471 en 2020 et 474 postes en 2021. Concernant la situation marseillaise, on note un nombre de poste ouvert en médecine d'urgence stable à 25 par an. (24)

On peut conclure que le DESMU a permis une réelle avancée en terme de formation à la médecine d'urgence, tant sur le plan qualitatif, que quantitatif, via une augmentation du nombre d'urgentistes formés de plus de 50 % (174 postes en plus entre 2014 et 2021).

I.4. Constat en lien avec ce travail et recherches bibliographiques préliminaires

Les chapitres précédents ont permis de montrer que l'activité des services d'urgences est de plus en plus importante, avec des problèmes d'effectifs médicaux significatifs.

De plus, par exigence de compétences spécifiques et de qualité de prise en charge des patients, cette discipline a obtenu une reconnaissance en tant que spécialité à part entière via le DES de médecine d'urgence.

Cette formation est désormais la seule diplômante en médecine d'urgence, de part la suppression du DESC de médecine d'urgence ouvert auparavant à des multiples spécialités.

Le Rapport Mesnier / Carli de 2019, « Pour un Pacte de Refondation des Urgences » (22), parle même d'un cloisonnement de la médecine d'urgence, au détriment notamment de la médecine générale dont était issue quasiment l'exclusivité des urgentistes avant la réforme.

Au début du DESC, il avait été estimé que 97 % des étudiants inscrits provenaient du DES de médecine générale. Ce pourcentage est en 2013 supérieur à 99 % et est de 100 % dans la plupart des régions. (23)

Il est également important de souligner qu'à terme, selon les perspectives de la CNUMU (17), « les médecins urgentistes titulaires d'une capacité d'aide médicale urgente (CAMU 1986-98), ou d'une capacité de médecine d'urgence (CMU depuis 1998), ou d'un DESC de médecine d'urgence devront faire un choix de conserver leur spécialité ordinale actuelle (la médecine générale principalement) ou de demander la nouvelle spécialité de médecine d'urgence en passant devant une commission de qualification du Conseil de l'Ordre de Médecins. »

Il est précisé cependant que le fait de ne pas avoir la qualification en médecine d'urgence n'empêchera pas l'exercice dans une structure de médecine d'urgence. Seuls les postes de direction dans cette structure ne seront pas accessibles. Ceci est d'ailleurs confirmé d'un point de vue législatif (25), en précisant que « les médecins justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans un service ou une structure de médecine d'urgence peuvent également exercer leur fonction dans une structure de médecine d'urgence.

[...] D'autres médecins peuvent également exercer leurs fonctions au sein de cette structure, dès lors qu'ils s'engagent corrélativement dans une formation universitaire en médecine d'urgence. » Il faut aussi mettre en évidence que depuis la suppression du DESC de médecine d'urgences, il n'existe pas d'autre formation universitaire qualifiante en médecine d'urgente, notamment sous forme de FST.

L'individualisation de la spécialité de médecine d'urgence tend donc vers l'amélioration qualitative de cette discipline, mais n'a pas permis pour l'instant de résoudre l'aspect quantitatif marquant de cette spécialité, c'est à dire le manque de médecins urgentistes dans les services d'urgences. Un déficit qui semble d'ailleurs s'accroitre malgré une augmentation nationale des capacités de formation en DESMU.

On peut toutefois nuancer cette dernière affirmation au niveau régional car la capacité de formation actuelle à la faculté de médecine de Marseille en médecine d'urgence est de 25 postes, alors qu'elle était de 26 lors du DESC de médecine d'urgence.

Ainsi, d'un point de vue quantitatif, et face au déficit de médecins urgentistes, la médecine générale, forte de ses effectifs, et de sa proximité historique et universitaire avec la médecine d'urgence, semble avoir un rôle à jouer pour pallier à ce problème.

Pour autant, il semble important d'aller au delà de l'aspect purement démographique des problèmes rencontrés dans les services d'urgences.

En effet, depuis la création du DESMU, nous sommes face à un service de soin à part entière, les services d'urgences, qui disposent donc de leur propre personnel médical spécialiste, et réciproquement. S'inscrivant donc dans la logique de services hospitaliers et de spécialités correspondantes.

Comme il parait inapproprié d'affecter un médecin généraliste dans un bloc opératoire, qui n'est pas un service adapté d'un point de vue qualitatif si l'on se base sur les différences de compétences et de formation, la réciproque serait elle valable désormais pour un médecin généraliste dans un service d'urgence ?

Plusieurs travaux récents se sont intéressés au positionnement et l'intérêt d'un médecin généraliste dans un service d'urgences.

Par exemple, l'organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles (26), a permis un « rapport gagnant-gagnant, chaque

partenaire est complémentaire, l'urgentiste centré sur la médecine d'urgence ; le médecin généraliste assurant la médecine de premier recours avec l'élargissement de ses compétences grâce à l'accès au plateau technique, et pouvant à tout moment solliciter l'urgentiste. Concluant à une diminution significative de la durée de séjour des patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours. »

Même résultat pour cette seconde thèse (27), cette fois ci aux urgences de Lisieux, qui se positionne pour l'ouverture d'une consultation de médecine générale à proximité, voire au sein même du service d'urgences, comme une solution à la désertification médicale et à l'engorgement des urgences,

Pour autant ces études ont été menées seulement dans une optique de positionnement d'un médecin généraliste pour une consultation de médecine générale, soit uniquement en « filière courte », soit « à coté » des services d'urgences.

Le seul travail retrouvé, se rapprochant du sujet étudié, est une étude observationnelle de 2018 auprès des urgentistes d'Auvergne quant à une possible coopération avec un médecin généraliste au sein d'un service d'urgence. (39) Des urgentistes ont été interrogés, et ceux ci se montrent très majoritairement favorables à cette coopération avec cependant des réserves sur la méconnaissance théorique et le manque de pratique de certains gestes techniques du médecin généraliste, pouvant nuire à la prise en charge d'une urgence vitale.

L'objectif de cette étude est donc de mener une réflexion, auprès des médecins généralistes et urgentistes, sur la place qu'occuperont à l'avenir les médecins généralistes dans les services d'urgences, et sur leur prise en charge de tous patients et toutes filières de soins confondues.

Pour cela, il semble donc important de faire une évaluation des attentes et du vécu des médecins généralistes et des médecins urgentistes quant à leur collaboration dans les services d'urgences. Avec également une réflexion sur leurs perspectives d'évolution de carrière des généralistes au sein de ce service.

II. MATÉRIELS ET MÉTHODE

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale évaluant les positionnements de médecins généralistes et médecins urgentistes exerçant dans les Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse, sur l'avenir et la place des médecins généralistes dans les services d'urgences.

II.2. Recherches bibliographiques

Les recherches bibliographiques ont été menées via les moteurs de recherche LiSSa, CiSMeF et Sudoc.

Les sources utilisées pour cette étude sont principalement des rapports institutionnels, articles scientifiques, articles de Loi, thèses de médecine, des sites internet de société savantes ou instances représentatives médicales (Haute Autorité de Santé, Société Française de Médecine d'urgences) et divers sites internet à thème médical.

Les mots clés utilisés étaient : Médecine générale – Médecin généraliste – Médecine d'urgence – Services d'urgence – Médecin urgentiste.

Les références bibliographiques ont été répertoriées et classées en norme Vancouver à l'aide du logiciel Zotero.

II.3. Objectif de l'étude et critère de jugement principal et secondaire

L'objectif de l'étude est de mener une réflexion sur la place qu'occuperont à l'avenir les médecins généralistes dans les services d'urgences, sur leur prise en charge de tous patients et toutes filières de soins confondues.

Pour cela, le critère de jugement principal sera l'évaluation des attentes et du vécu des médecins généralistes et des médecins urgentistes quant à leur collaboration dans les services d'urgences.

Le critère de jugement secondaire sera l'étude des possibles évolutions de carrière des généralistes au sein des services d'urgences.

II.4. Population étudiée

Pour cette étude, les personnels médicaux pouvant exercer dans les services d'urgences ont été inclus. Il s'agit :

- Des médecins urgentistes : soit titulaire d'un DES de médecine d'urgences, soit internes en DES de médecine d'urgences, soit d'un DESC de médecine d'urgences ou d'une capacité en médecine d'urgences.
- Des médecins généralistes (non urgentistes) travaillant dans un service d'urgences.
- Des internes en médecine générale.
- Des médecins généralistes ne travaillant pas dans un service d'urgences.

II.5. Réalisation du questionnaire

Pour cela, un questionnaire informatique a été élaborer via l'application Google form*.

Cet autoquestionnaire est anonyme et est composé de questions fermées. Pour chaques questions, plusieurs propositions sont formulées, et la personne interrogée peut répondre par « OUI » ou par « NON » pour chacune d'entre elles.

La première question permet à la personne interrogée de s'identifier dans une des populations étudiées. Ceci permet par la suite, d'avoir quelques questions modulées en fonction de la spécialité étudiée.

Ainsi, le questionnaire comporte :

- 9 questions pour le sous-groupe des médecins urgentistes.
- 12 questions pour le sous-groupe des médecins généralistes exerçant dans des services d'urgences.
- 11 questions pour le sous-groupe des internes en médecine générale.
- 11 questions pour le sous-groupe des médecins généralistes n'exerçant pas dans des services d'urgences.

Dans chacune des parties relatives à population étudiée, plusieurs thèmes sont abordés :

- Les modalités d'exercices.
- Etats des lieux des services d'urgences en termes d'activité, de population médicale et de présence de médecins généralistes.
- Avis sur les compétences et le rôle des médecins généralistes dans les services d'urgences.
- Formations, évolutions de carrière potentielles des médecins généraliste dans la médecine d'urgences.
- Perspective de collaboration des médecins généralistes avec les médecins urgentistes.

II.6. Diffusion du questionnaire

La diffusion du questionnaire s'est faite du 09 février 2022 au 01 juillet 2022.
Elle s'est faite de plusieurs façons :

- Pour les internes en médecine générale, le questionnaire a été publié sur la page du groupe Facebook du syndicat des internes de médecine générale de Marseille.
- Pour les médecins urgentistes et médecins généralistes exerçant dans les services d'urgences, un mail a été envoyé aux chefs de service de plusieurs structures d'urgences pour l'obtention d'accord et de diffusion du questionnaire auprès des membres de leur équipe médicale.

  Les services d'urgences dont les chefs de services ont été contactés sont : CH Brignoles ; CH Aubagne ; CH Hyères ; CH Aix en Provence ; CH Manosque ; CHU Nord, CHU La Timone.
- Pour les médecins généralistes, le questionnaire a tout d'abord été diffusé auprès des médecins de SOS Médecins de Marseille.

Puis une diffusion plus large, par mail, a été faite auprès des médecins généralistes des bouches du Rhône, du Var, et du Vaucluse, dont les adresses mail ont été transmises directement via l'auteur d'une précédente thèse ciblant la même population cible, et ayant fait l'objet de diverses vérifications auprès du site internet et de l'annuaire Amélie, Doctolib, Google, et de la Faculté de Médecine de Marseille.

II.7. Analyse statistique

La saisie des données a été réalisée grâce au logiciel Microsoft Excel*. Les données ont été décrites sous forme de fréquence et pourcentage.

La présentation des résultats ne prend en compte que les réponses « OUI » aux différentes propositions dans chaques questions.

Plusieurs réponses étant possible dans chaque question, l'analyse des réponses du questionnaire s'est fait en fonction du nombre de réponses affirmatives à chaque proposition au sein d'une question.

L'analyse statistique a été réalisée via le site internet du logiciel en ligne p-value.io* qui est une interface graphique du logiciel de statistique R*.

Les calculs statistiques ont été réalisés en analyse univariée, et ont fait appel au test de Chi 2 ou Fisher pour les variables qualitatives et au test de Student pour les variables quantitatives.

Ces tests ont été réalisés avec un risque alpha de 5%. Le seuil de significativité était fixé à $p<0,05$.

III. RÉSULTATS

III.1.Réponses au questionnaire

Pour la population des médecins urgentistes, le questionnaire à été envoyé en deux phases séparées :

- D'abord aux services d'urgences des hôpitaux périphériques : CH Brignoles, CH Aubagne, CH Hyères, CH Aix en Provence, CH Manosque. Représentant un total de 86 médecins urgentistes. 57 d'entre eux ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 66%.
- Puis aux services d'urgences des CHU Nord et CHU La Timone à Marseille. Représentant un total 50 médecins urgentistes. 20 d'entre eux ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 38%.

Pour la population des internes en médecine générale, le questionnaire a été publié sur la page du groupe Facebook du syndicat des internes de médecine générale de Marseille. La population visée était donc les internes issus des ECN 2019, 2020 et 2021, soit 577 internes en médecine générale rattachés à la Faculté de Marseille. Un total de 97 internes en médecine générale a répondu au questionnaire, soit un taux de réponses de 17%.

Les médecins généralistes ont été approché via :

- Premièrement l'envoi de questionnaires auprès des membres de SOS Médecins de Marseille. Sur un total de 34 médecins exerçants dans cette structure, 24 ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 70%.
- Deuxièmement, l'envoi de questionnaires par mail, et de manière non objective, auprès de 374 médecins généralistes du Var, Vaucluse et Bouches du Rhône. Parmi ces derniers, 65 ont répondus au questionnaire, soit un taux de réponse de 17%.

Au total, l'ensemble des personnes correspondant aux populations étudiées représente un nombre de 1121 médecins. 263 réponses ont été recueillies et analysées, soit un taux de réponse total de 24%.

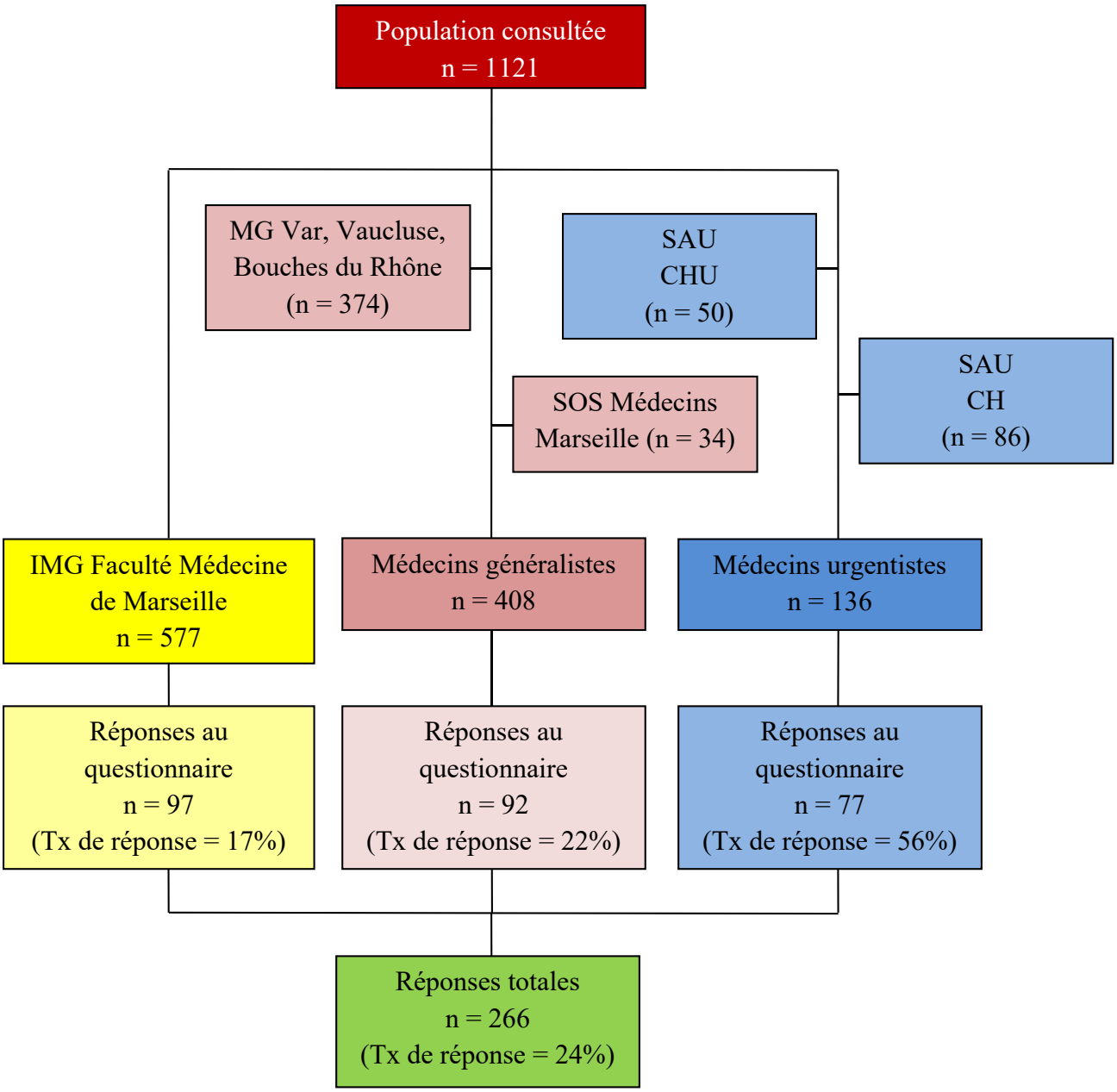


Figure 1 : Diagramme de flux

III.2. Description de la population étudiée

Réponses*	IMG (n = 97)	MG hors SAU (n = 74)	Médecins urgentistes (n = 70)	MG dans SAU (n = 25)	p	Test
CH	**73 (75%)**	64 (86%)	51 (73%)	**15 (60%)**	**0.038**	Chi2
CHU	**22 (23%)**	49 (66%)	22 (31%)	**3 (12%)**	**<0.001**	Chi2
Clinique / HP	0 (0%)	10 (14%)	2 (2.9%)	**9 (36%)**	**<0.001**	Fisher
Hôpital militaire	6 (6.2%)	6 (8.1%)	2 (2.9%)	0 (0%)	0.38	Fisher

Tableau 1 : Répartition des différents lieux d'exercices en SAU (passé ou présent) en fonction de chaques sous groupe de population.
*Proportion et pourcentage de réponses positives.

Les deux premières questions renseignent sur la spécialité de la personne interrogée et son lieu d'exercice dans un service d'urgences, permettant par la suite de comparer les lieux d'exercice en fonction des 4 sous groupes.

Pour les sous groupes des internes en médecine générale et les médecins généralistes (ne travaillant pas dans un service d'urgence), le lieu de service d'accueil des urgences est celui fréquenté dans le passé et/ou durant l'internat de médecine générale.

Le sous groupe des médecins urgentistes représente un total de 70 personnes.
Ces dernières déclarent travailler en centre hospitalier périphérique (n = 22), CHU (n= 22), clinique / hôpital privé (n = 2), hôpital militaire (n = 2).

Le sous groupe des internes en médecine générale est composé de 97 personnes.

Ces dernières ont effectué durant leur internat, un et des stages en SAU, qui se décompose au CH (n=73), CHU (n=22), hôpital militaire (n=6).

Le sous groupe des médecins généralistes ne travaillant pas dans un SAU représente 74 personnes. Ces dernières ont déclaré ayant travaillé dans le passé dans un SAU d'un CH (n=64), d'un CHU (n=49), d'une clinique / hôpital privé (n=10), d'un hôpital militaire (n=6).

On peut remarquer des différences entre :

- le nombre total d'urgentistes (n=70), et le nombre de questionnaire remplis à destination des médecins urgentistes (n=77) ;
- le nombre total de médecins généralistes ne travaillant pas dans un SAU (n=74), et le nombre de questionnaire remplis à destination des médecins généralistes ne travaillant pas dans un SAU (n=92).

Cela est du au fait que dans les différents questionnaires remplis, et à destinations des deux sous groupes ci dessus, plusieurs médecins généralistes se sont positionnés comme médecins généralistes non urgentistes travaillant dans des SAU, permettant de distinguer ce sous groupe, d'un nombre de 25 médecins.

Parmi les 25 médecins généralistes (non urgentistes) travaillant dans un service d'urgences, 15 exercent dans un CH, 3 dans un CHU, 9 dans une clinique privée / HP.

Il faut aussi mettre en avant le fait que le tableau 1 montre des décalages entre le nombre total de réponses positives dans lieu d'exercice (n=334) et l'effectif total de la population étudiée (n=266), cela est du au fait que plusieurs médecins exercent ou ont exercé dans plus d'un service d'urgences.

On remarque que les internes en médecine générale sont surreprésentés de manière significative dans les SAU des CH, de même pour les médecins généralistes (non urgentistes) qui travaillent majoritairement dans des SAU de CH et de clinique privé / HP.

Par rapport à la population des médecins généralistes travaillant dans les SAU, deux questions leurs étant destinées (tableaux 1.1 et 1.2) ont montré que 44% d'entre eux travaillent à temps plein dans un SAU, les autres majoritairement sous forme de vacations (28%), ou via un cumul d'activité, soit hospitalière (16%), soit libérale (12%). De plus, leur temps de travail semble se calquer majoritairement sous forme de gardes, soit 24h, de journées ou de nuit.

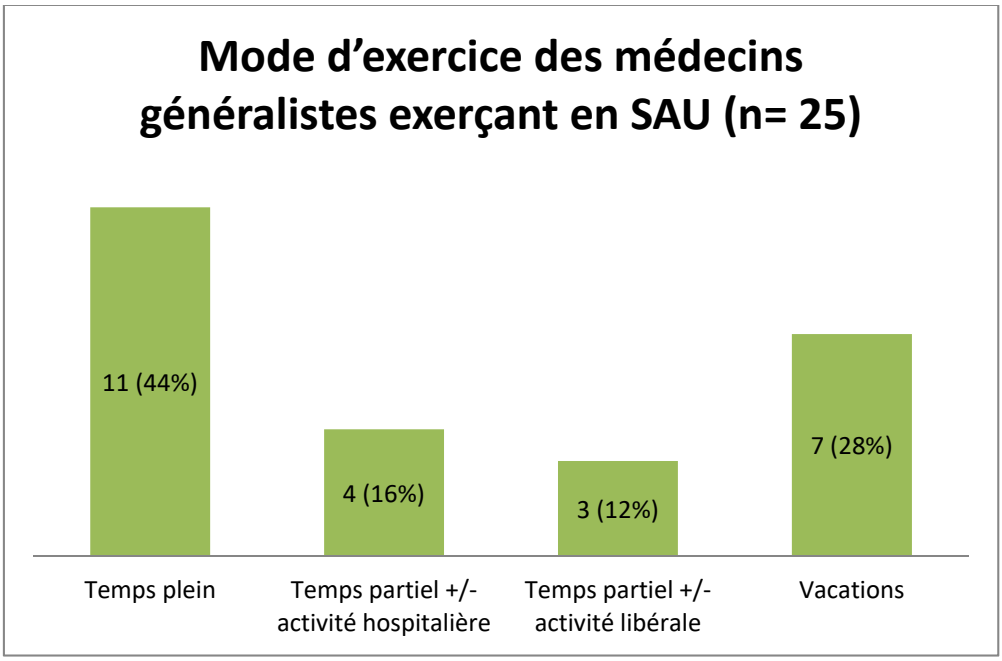


Tableau 1.1 : Mode d'exercice des médecins généralistes exerçant en SAU

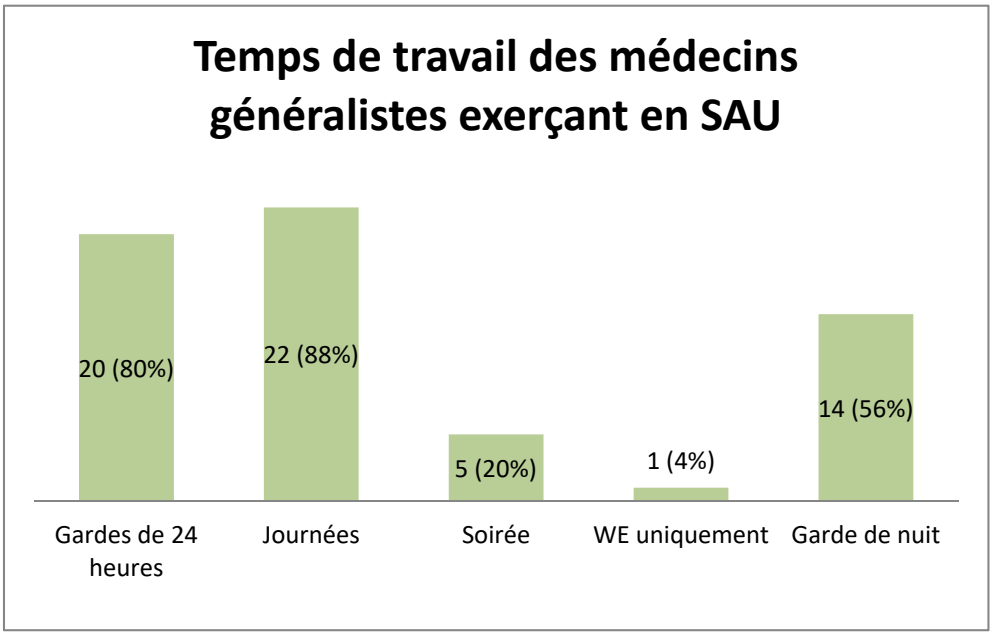


Tableau 1.2 : Temps de travail des médecins généralistes exerçant en SAU

III.3. Rôles et compétences du médecin généraliste dans un service d'urgence

Les services d'urgences effectuent un tri des patients en filières courte et longue, et en fonction de leur gravité.

Dans le tableau 2, les personnes sont interrogées sur la présence et le rôle des médecins généralistes (non urgentistes) dans le SAU dans lequel ils travaillent (ou ont travaillé). Ainsi, on ne remarque pas de différences significatives dans le rôle et donc la prise en charge des patients par les médecins généralistes (non urgentistes) travaillant dans les services d'urgences, en fonction du lieu d'exercice. Ni même de différence de répartition des médecins généralistes (non urgentistes) en fonction du lieu d'exercice.

Réponses*	CH (n=203)	CHU (n=96)	Clinique / HP (n=21)	HIA (n=14)	p	Test
FC + FL, sans détresse vitale	136 (67%)	58 (60%)	17 (81%)	9 (64%)	0.32	Fisher
FC uniquement	55 (27%)	30 (31%)	7 (33%)	6 (43%)	0,53	Fisher
MMG	81 (40%)	44 (46%)	7 (33%)	8 (57%)	0,41	Chi2
Pas de MG	40 (21%)	15 (16%)	1 (8.3%)	2 (14%)	0,63	Fisher
PEC tous les patients	61 (30%)	21 (22%)	4 (19%)	5 (36%)	0,34	Fisher

Tableau 2 : Rôles des médecins généralistes (non urgentistes) dans les SAU
*Proportion et pourcentage de réponses positives.

En revanche, d'après le tableau 3, si l'on prend en compte le point de vue de chaque médecin par rapport aux compétences des MG, les avis divergent de manière significative. Notamment sur la prise en charge des patients de filières longue, où 71% des urgentistes se sont prononcés favorablement, contre 94% pour les IMG et 81% pour les médecins généralistes.

De même pour la prise en charge des patients en détresse vitale, où seulement 2,9% des urgentistes pensent que les médecins généralistes sont capables de les prendre en charge.

Cependant, cette compétence dans la prise en charge de l'urgence vitale est également sous représenté dans les autres sous groupes, où seulement 19% des IMG et 18% des médecins généralistes s'estiment être compétents dans la prise en charge dans patients en détresse vitale.

Il est à souligner qu'aucun médecin urgentiste ne déclare les médecins généralistes comme totalement incompétents à un exercice dans un SAU. C'est par contre le cas de 11% des médecins généralistes qui s'expriment dans ce sens.

Réponses*	Internes MG (n=97)	MG hors SAU (n=74)	Médecins urgentistes (n=70)	p	Test
Filière courte	97 (100%)	71 (96%)	66 (94%)	**0.03**	Fisher
Filière longue	91 (94%)	**60 (81%)**	**50 (71%)**	**<0.001**	Chi2
Incompétent SAU	0 (0%)	**8 (11%)**	0 (0%)	**<0.001**	Fisher
PEC patients en détresse vitale	**18 (19%)**	13 (18%)	**2 (2.9%)**	**<0.01**	Chi2

Tableau 3 : compétences des MG dans les SAU en fonction des sous groupes de population
* Proportion et pourcentage de réponses positives

Enfin, ce que montre le tableau 4, c'est qu'en termes de compétences des MG vis à vis de la réalisation d'actes techniques, là aussi les avis divergent de manière significative.

Pas tant sur les actes de petites traumatologies comme les sutures ou les plâtres, mais sur les actes invasifs, potentiellement risqués ou à dispenser chez des patients graves.

Et ce sont notamment les médecins urgentistes qui émettent le plus de réserves, et principalement dans la prise en charge par le MG de la détresse respiratoire aiguë via l'IOT où seuls 3% des urgentistes se prononcent favorablement, de même que la mise en place d'une VNI, accepté par seulement 16% des urgentistes.

Dans le même sens, la mise en place d'un drain thoracique par les MG recueil 7,1% d'avis favorable par les urgentistes, suivi de 10% d'avis favorable pour la réalisation d'une sédation courte.

En termes de traumatologie, il faut isoler toutefois la réduction d'une luxation d'épaule, où deux catégories ressortent. Les IMG et les MG travaillant en SAU se prononce compétant dans plus de 75% des cas, alors que les médecins urgentistes et les MG exerçant en dehors d'un SAU sont plutôt autour de 50 % à affirmer qu'un MG est compétant pour cet acte technique.

Au niveau des actes invasifs brefs, comme les PL, les ponctions d'ascite ou pleurale, la population des urgentistes est celle qui exprime le moins d'opinions favorables à la réalisation de ces gestes par les MG.

Il faut également remarquer des différences entre médecins généralistes.

En effet, il est constaté que les MG travaillant dans les SAU se déclarent compétents dans la majorité des cas pour l'ensemble des actes techniques proposés, y compris la gestion de la détresse respiratoire aiguë via l'IOT, la mise en place d'une VNI ou d'un drain thoracique.

De plus, les IMG se prononcent plus favorablement compétants dans quasiment l'ensemble des gestes techniques proposés, par rapport aux MG n'exerçant pas dans un SAU.

Réponses*	IMG (n = 97)	MG hors SAU (n = 74)	Médecins urgentistes (n = 70)	MG travaillant SAU (n = 25)	p	test
Sutures	97 (100%)	74 (100%)	69 (99%)	25 (100%)	0.36	Fisher
Plâtres / résines	96 (99%)	70 (95%)	69 (99%)	25 (100%)	0.3	Fisher
Ponction d'ascite	87 (90%)	53 (72%)	**47 (67%)**	22 (88%)	**<0.01**	Chi2
Ponction pleurale	**43 (44%)**	**24 (32%)**	**20 (29%)**	18 (72%)	**<0.001**	Chi2
PL	77 (79%)	**50 (68%)**	**48 (69%)**	23 (92%)	**0.038**	Chi2
Réduction luxation d'épaule	74 (76%)	**42 (57%)**	**33 (47%)**	21 (84%)	**<0.001**	Chi2
Sédation courte	60 (62%)	31 (42%)	**7 (10%)**	21 (84%)	**<0.001**	Chi2
VNI	56 (58%)	**31 (42%)**	**11 (16%)**	18 (72%)	**<0.001**	Chi2
Drain thoracique	30 (31%)	8 (11%)	**5 (7.1%)**	**14 (56%)**	**<0.001**	Chi2
IOT	26 (27%)	21 (28%)	**3 (4.3%)**	**15 (60%)**	**<0.001**	Chi2

Tableau 4 : Avis sur les gestes techniques réalisables par les MG en fonction des sous groupes de population.
*Proportion et pourcentage de réponses positives.

III.4. Perspectives d'exercice des médecins généralistes dans les SAU et collaboration avec les médecins urgentistes

Le tableau 5 met en lumière le fait que de manière majoritaire et unanime, la présence des MG dans les SAU semble plébisciter. Permettant de renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital, cela permettrait également le développement des compétences des MG en matière d'urgences, mais également pour les MU dans le développement des compétences en médecine générale.

A noter néanmoins que les MG qui ne travaillent pas dans un SAU s'expriment à hauteur de 22% et différemment des autres sous groupe de population de manière significative, que cela serait une perte de chance, si des MG prennent en charge des patients en détresse vitale.

Réponses*	IMG (n = 97)	MG hors SAU (n = 74)	Médecins urgentistes (n = 70)	MG dans SAU (n = 25)	p	test
Développement compétence des MU	62 (64%)	50 (68%)	42 (60%)	15 (60%)	0.79	Chi2
Développement compétences des MG	92 (95%)	69 (93%)	63 (90%)	23 (92%)	0.66	Fisher
Lien médecine de ville - hôpital	83 (86%)	60 (81%)	60 (86%)	19 (76%)	0.56	Fisher
Perte de chance pour patients en détresse vitale	8 (8.2%)	**16 (22%)**	5 (7.1%)	1 (4%)	**0.018**	Fisher
Plus value	79 (81%)	59 (80%)	**45 (64%)**	17 (68%)	**0.046**	Chi2

Tableau 5 : Avis sur l'apport qualitatif des MG dans le SAU
*Proportion et pourcentage de réponses positives

Cependant le tableau 6 nous montre que les avis divergent au sujet de l'apport quantitatif et la présence à long terme des MG dans les SAU.

En effet, les MG exerçant dans les SAU et les médecins urgentistes se montrent les plus optimistes quant à la présence des MG dans les SAU sur le long terme et comme solution pérenne. Les IMG et les MG n'exerçant pas dans un SAU vont dans le même sens, mais dans une moindre proportion.

Réponses*	IMG (n = 97)	MG hors SAU (n = 74)	Médecins urgentistes (n = 70)	MG dans SAU (n = 25)	p	test
Pallier au manque de personnel médical	75 (77%)	**41 (55%)**	**42 (60%)**	20 (80%)	**<0.01**	Chi2
Pas une bonne solution	17 (18%)	**35 (47%)**	8 (11%)	6 (24%)	**<0.001**	Chi2
Réponse à l'augmentation des besoins	62 (64%)	44 (59%)	47 (67%)	15 (60%)	0.79	Fisher
Solution pérenne	57 (59%)	39 (53%)	**43 (61%)**	**23 (92%)**	**<0.01**	Chi2
Solution provisoire	**40 (41%)**	**33 (45%)**	19 (27%)	5 (20%)	**0.035**	Chi2

Tableau 6 : Avis sur l'apport quantitatif de la présence des MG dans le SAU
*Proportion et pourcentage de réponses positives

Au niveau de la collaboration entre les MU et les MG exerçant dans un SAU, le tableau 7 fait ressortir de manière majoritaire parmi tous les sous groupe de population, que les MG doivent être supervisé par les MU qu'en matière de prise en charge d'une urgence vitale.

Encore une fois, les MG n'exerçant pas dans les SAU semblent se dévaloriser, en s'exprimant à 68 %, et de manière significative par rapport aux autres médecins, comme ne pouvant exercer en SAU de manière autonome sans supervision, comme pour la prise en charge de patient en filière courte.

Enfin, une donnée remarquable est celle des MG travaillant dans les SAU, où 36% d'entre eux estiment ne pas avoir besoin de supervision pour la prise en charge de n'importe quel patient.

Réponses*	IMG (n = 97)	MG hors SAU (n = 74)	Médecin urgentistes (n = 70)	MG travaillant SAU (n = 25)	p	test
Autonomie uniquement pour FC	21 (22%)	**50 (68%)**	28 (40%)	2 (8%)	**<0.001**	Chi2
Pas de supervision	19 (20%)	5 (6.8%)	6 (8.6%)	**9 (36%)**	**<0.01**	Fisher
Supervision pour UV uniquement	71 (73%)	54 (73%)	44 (63%)	16 (64%)	0.41	Chi2
Supervision systématique	0 (0%)	2 (2.7%)	4 (5.7%)	0 (0%)	0.069	Fisher

Tableau 7 : Avis sur l'intérêt d'une supervision par les MU des MG exerçant en SAU
*Proportion et pourcentage de réponses positives

III.5.Formation des MG pour un exercice dans un SAU et perspectives d'avenir

Le tableau 8 permet d'exclure de manière unanime la nécessité pour un MG de s'inscrire dans une démarche de changement de spécialité vers la médecine d'urgence pour pouvoir exercer dans un SAU.

Il semble ressortir par contre un besoin de formation, tant théorique par l'intermédiaire de DU ou DIU dans le domaine de la médecine d'urgences, que pratique par la réalisation d'un deuxième semestre en SAU durant l'internat de médecine générale.

Réponses*	IMG (n = 97)	MG hors SAU (n = 74)	Médecins urgentistes (n = 70)	MG dans SAU (n = 25)	p	test
Changement spécialité vers MU	4 (4.1%)	11 (15%)	9 (13%)	3 (12%)	0.063	Fisher
DU, DIU	80 (82%)	58 (78%)	52 (74%)	17 (68%)	0.37	Chi2
1 semestre en SAU	25 (26%)	28 (38%)	11 (16%)	7 (28%)	**0.028**	Chi2
2 semestres en SAU	45 (46%)	37 (50%)	39 (56%)	9 (36%)	0.36	Chi2

Tableau 8 : Avis sur la formation préalable requise des MG pour exercer en SAU
*Proportion et pourcentage de réponses positives

Les données du tableau 9 renforcent les arguments allant vers un besoin de formations diplômantes dans la médecine d'urgence, par le bais de DU/DIU, ou par la création d'une FST (Formation spécialisée transversale).

Il est à noter que l'ancien dispositif de DESC formant à la médecine d'urgence connait toujours un écho positif.

En termes de changement de spécialité ou de reconnaissance dans le domaine de la médecine d'urgence, la possibilité d'une validation des acquis et de l'expérience via une décision ordinale semble également plébiscitée, notamment par les médecins généralistes thésés exerçant ou non dans un SAU.

Réponses*	**IMG (n = 97)**	**MG hors SAU (n = 74)**	**Médecin urgentistes (n = 70)**	**MG dans SAU (n = 25)**	p	test
DESC MU	59 (61%)	49 (66%)	36 (51%)	18 (72%)	0.19	Chi2
DU, DIU	60 (62%)	66 (89%)	44 (63%)	22 (88%)	**<0.001**	Chi2
FST, n	77 (79%)	57 (77%)	41 (59%)	18 (72%)	**0.02**	Chi2
Pas besoin évolution de spécialité	11 (11%)	18 (24%)	3 (4.3%)	2 (8%)	**<0.01**	Fisher
VAE / Ordre	58 (60%)	58 (78%)	38 (54%)	21 (84%)	**<0.01**	Chi2

Tableau 9 : Avis sur la possibilité d'évolution de spécialité vers la médecine d'urgence pour les médecins généralistes via plusieurs dispositifs.
*Proportion et pourcentage de réponses positives

Après les besoins de formation ou d'évolution de spécialité exprimés, le tableau 10 renseigne sur les raisons qui pousseraient les médecins généralistes à travailler dans un SAU.

Tout d'abord, des impératifs de rémunération semblent à exclure comme motivation principale, de même que la nécessité d'un projet de changement de spécialité vers la MU. Cependant, 24% des MG travaillant dans un SAU s'expriment dans ce sens.
C'est plutôt des raisons médicales qui très majoritairement pousseraient les médecins généralistes à exercer dans les SAU, comme l'acquisition et/ou le maintient des acquis dans le domaine de l'urgence et la prise en charge de situations et pathologies non retrouvées en cabinet.

De plus, des raisons de mode de travail sont également mises en avant, comme le travail en équipe et le fait de garder un lien avec l'exercice hospitalier.

Enfin, il faut nuancer l'attractivité des SAU à cause du rythme de travail proposé, qui ne présente pas une forte adhésion chez les IMG et chez les MG n'exerçant pas dans un SAU.

Réponses*	**IMG (n = 97)**	**MG hors SAU (n = 74)**	**MG dans SAU (n = 25)**	p	test
Acquisition et/ou maintient des acquis dans le domaine des soins d'urgences	82 (85%)	63 (85%)	23 (92%)	0.72	Fisher
Travail en équipe	76 (78%)	59 (80%)	24 (96%)	0.1	Fisher
Prise en charge de situations et pathologies non retrouvées en cabinet	68 (70%)	55 (74%)	22 (88%)	0.19	Chi2
Rythme de travail	8 (8.2%)	10 (14%)	13 (52%)	**<0.001**	Fisher
Projet de changement de spécialité vers la MU	4 (4.1%)	13 (18%)	6 (24%)	**<0.01**	Fisher
Rémunération attractive	31 (32%)	24 (32%)	10 (40%)	0.74	Chi2
Garder un lien avec l'exercice hospitalier	58 (60%)	50 (68%)	24 (96%)	**<0.01**	Chi2

Tableau 10 : Raisons qui pousseraient les médecins généralistes à travailler dans un SAU.
*Proportion et pourcentage de réponses positives

A propos de l'avenir professionnel des médecins généralistes, le tableau 11 montre tout d'abord qu'un changement de spécialité vers la MU est totalement exclu chez les IMG et les MG n'exerçant pas en SAU, et seuls deux personnes interrogées parmi les MG exerçant dans un SAU déclarent avoir ce projet.

Ces derniers s'expriment d'ailleurs plutôt vers la réalisation de DU/DIU dans le domaine de la MU, avec une poursuite dans l'avenir dans 48% des cas de leur activité actuelle dans un SAU, et dans 76% des cas sous forme d'exercice mixte (SAU et autre activité professionnelle).

On peut remarquer que l'exercice en centre médical d'urgence ne présente pas une forte attractivité parmi les IMG et les MG ne travaillant pas dans un SAU, mais plutôt des exercices ponctuels ou mixte dans les SAU qui recueillent plus d'avis favorables.

Cependant, ce n'est pas le cas des MG travaillant dans les SAU qui semblent plus enclins à un exercice en centre médical d'urgence.

Parmi les potentiels futurs médecins généralistes pouvant exercer dans un SAU, les IMG sembles les plus intéressés, à hauteur de 32% d'entre eux, par rapport aux MG ne travaillant pas dans un SAU (seulement 19%). En effet, dans l'avenir, 91 % des MG ne travaillant pas dans un SAU souhaitent poursuivre leur activité actuelle, et 49% des IMG envisagent un exercice libéral ou hospitalier hors SAU.

Réponses*	**IMG (n = 97)**	**MG hors SAU (n = 74)**	**MG dans SAU (n = 25)**	p	test
DU, DIU	22 (23%)	14 (19%)	18 (72%)	**<0.001**	Chi2
Exercice en centre médical d'urgences	18 (19%)	6 (8.1%)	11 (44%)	**<0.001**	Fisher
Projet professionnel incertain	14 (14%)	14 (19%)	3 (12%)	0.68	Fisher
Changement spécialité vers la MU	0 (0%)	0 (0%)	2 (8%)	**0.016**	Fisher
Exercice libéral ou hospitalier hors SAU	48 (49%)	-	1 (4%)	**<0.001**	Chi2
Exercice mixte (SAU et autre)	27 (28%)	9 (12%)	19 (76%)	**<0.001**	Chi2
Exercice ponctuel ou temps plein dans SAU	31 (32%)	14 (19%)	-	**<0.01**	Chi2
Poursuite de l'activité actuelle	-	67 (91%)	12 (48%)	**<0.001**	Chi2

Tableau 11 : Projet professionnel des médecins généralistes.
*Proportion et pourcentage de réponses positives

IV. DISCUSSION

IV.1. Justification de l'étude

Les services d'urgences ont été au cœur de l'actualité cet été face à la fermeture de certains d'entre eux, liée à un manque de personnel. Une situation marquante et inquiétante entraînant une pénurie de soins et de prise en charge des pathologies urgentes dans les territoires touchés par ces fermetures. C'est dans cette optique, qu'une mission flash, à l'initiative du Président de la République, M. Emmanuel Macron, a été mise en place, sous la direction du Ministre de la Santé actuel, le Dr François Braun. (28)

Cette situation s'inscrit dans une problématique beaucoup plus vaste et ancienne, celle de la difficulté d'assurer une permanence de soins ambulatoires, celle de la diminution de l'offre médicale, de la fermeture et/ou diminution du nombre de lits d'hôpitaux disponibles, malgré une augmentation de la consommation de soin en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population.

Face à cette diminution de l'offre médicale, et notamment l'accès à une consultation de médecine générale dans des délais rapides pour un problème aigu, de nombreux patients se tournent vers les services d'urgences pour des consultations de médecine générale.

Des services d'urgences eux aussi impactés par un accroissement d'activité et une diminution de l'offre médicale.

C'est ce qui est souligné dans le rapport de Thomas MESNIER et du Pr CARLI Pierre, Pour un pacte de refondation des urgences, de 2019 : « Malgré les mesures entreprises depuis les années 1990 dans les domaines de la sécurité des prises en charge, de la médicalisation des urgences, des investissements immobiliers, de l'organisation de la permanence des soins ambulatoire (PDSA), l'affluence dans les services d'urgence pour des soins non urgents est croissante alors que la proportion d'urgences graves reste stable » [...] « Même si ces urgences vitales et graves nécessitent une grande quantité de soins spécialisés, elles ne sont que peu responsables de la tension observée dans les SU. Mais ce sont les demandes de soins non programmés, non régulées et se présentant directement dans les SU qui en posent. Ces soins dont la nature est variée, reposant sur des situations diverses qui, soit auraient pu être traitées en dehors du contexte de l'urgence, soit n'impliquent pas nécessairement le recours au SU de l'hôpital (phases aiguës de maladies chroniques, soins aux personnes âgées, détresses psychique ou sociale, ressentis divers, …) et qui, souvent, pourraient trouver une réponse adaptée auprès d'autres structures et/ou d'autres professionnels, notamment en secteur ambulatoire. » [...] « Les urgences hospitalières jouent ainsi un rôle qui n'est pas le leur dans la prise en charge de soins

non programmés, à laquelle la médecine ambulatoire ne semble plus pouvoir apporter, actuellement, de réponse suffisante et adaptée, alors qu'elle prend déjà en charge la plus grande partie des soins non programmés de la population. »

Les principales raisons évoquées par les patients, se rendant aux urgences, pour une consultation qui pourrait relever de la médecine d'urgences sont (22) :

- Urgence ressentie comme telle par le patient, sans réel critères de gravité,
- impossibilité d'obtention d'un rendez-vous le jour même ou le lendemain,
- vulnérabilité sociale, méconnaissance du système de santé,
- absence de ressources économiques,
- refus de recevoir le patient par un médecin de ville.

Aussi en 2014, une enquête de la DREES (29) ajoutait comme motifs de recours inappropriés des SAU:
- Le besoin d'un règlement rapide du problème de santé,
- la possibilité de réaliser des examens complémentaires,
- la proximité géographique,
- la possibilité de consulter un médecin spécialiste,
- la prise en charge en dehors des horaires de travail,
- la gratuité,
- l'absence d'un médecin traitant.

On est donc face à un problème quantitatif d'offre de soin, et également qualitatif, où les consultations de médecine générale n'ont pas pour vocation à se trouver dans des services d'urgences, mais pour autant, il est fréquent de voir que c'est dans les services d'urgences que les patients viennent chercher des consultations de médecine générale.

Face à cela, j'explore la possibilité d'exercice des MG dans les SAU, leur compétence et leur place à accorder dans ces services, en recueillant l'avis des professionnels concernés.

IV.2. Analyse des résultats, perspectives d'application en lien avec l'actualité et les dernières recommandations

IV.2.1. Les médecins généralistes dans les SAU

L'étude réalisée montre que la présence de MG dans un SAU recueil majoritairement des avis positifs par l'ensemble des médecins interrogés. Affichée comme une plus value pour les patients, elle permet à la fois le développement des compétences des médecins généralistes en matière d'urgences, et le développement des compétences des médecins urgentistes dans les domaines de la médecine générale.

D'un point de vue quantitatif, le fait de placer des médecins généralistes aux urgences obtient des avis majoritairement positif, répondant au manque de personnel médical dans les urgences et à l'augmentation des besoins de santé de la population, et tout ceci de façon pérenne.

D'un point de vue qualitatif, les médecins urgentistes se montrent majoritairement accueillant et confiant envers les compétences des médecins généralistes quant à leur positionnement et prise en charge de patients relevant de filières courte et longue, voir même en situation d'urgences vitale à condition d'une supervision par un médecin urgentiste.

Points de vue confirmés par les intéressés qui se déclarent compétant pour prendre en charge tous type de patient quelque soit le type de filière et de façon autonome, sauf pour la gestion des urgences vitales.

En termes de lieu d'exercice, il apparait que ce sont les centres hospitaliers périphériques qui sont le lieu majoritaire d'exercice des MG dans les SAU et de formation des IMG. Cela se confirme à l'heure actuelle par l'offre de stage aux urgences pour les IMG au sein de la faculté de Médecine de Marseille, où les postes proposés sont au nombre de 23 pour les CHU Nord et la Timone, et au nombre de 83 pour les CH.

Par rapport aux projections des IMG quant à leur futur exercice, ces derniers semblent constituer une potentielle réserve de personnel médical pour les services d'urgences. En effet, environ un tiers des IMG interrogés ont répondu positivement à l'éventualité d'un exercice en SAU. Ce chiffre est nettement inférieur chez les médecins généralistes déjà installé, 19% d'avis favorables à un éventuel exercice en SAU, faisant suggérer le fait que l'exercice dans un service d'urgences requière une pratique régulière, peut être sous forme de garde ponctuelle.

IV.2.2. Les médecins généralistes face à la PDSA, aux soins non programmés et la médecine d'urgence

L'idée d'obligation de garde a d'ailleurs refait surface cet été face à la crise des urgences, via un discours du Président de la Fédération Hospitalière de France, M. Valletoux Frédéric (30) : « Les obligations qui pèsent sur les acteurs rémunérés par les cotisations sociales obligatoires demeurent déséquilibrées. Ainsi, les professionnels des hôpitaux publics doivent assumer la permanence des soins, répondre à une obligation de gardes et astreintes, et assumer un poids toujours plus grand dans les soins non programmés. Dans le même temps, j'observe que deux réalités cohabitent chez les médecins libéraux. Il y a les 40% de médecins généralistes qui participent aux gardes, qui acceptent que le non programmé fasse partie de leur exercice et prennent plus que leur part et, en même temps, une autre partie de la profession, 60%, qui ne participe pas aux gardes. » [...] « Chaque praticien devrait s'inscrire sur une ligne de garde ou d'astreinte, en ville (PDSA) ou à l'hôpital (PDSES), lorsqu'elle est jugée indispensable pour l'accès aux soins sur le territoire d'exercice. Nul ne devrait pouvoir s'y soustraire sauf dérogations en raison de son état de santé ou de son âge. » [...] « Une place devrait être ouverte d'abord à la négociation territoriale, puis à la réquisition si nécessaire. »

Une obligation de garde non reprise dans le rapport de la mission flash sur les urgences et soins non programmés du Dr François Braun (28), mais basée plutôt sur le volontariat via la recommandation n°30 : « Favoriser le recrutement de professionnels de santé libéraux qui acceptent de participer à l'activité hospitalière en plus de leur activité libérale », avec une rémunération sous forme de « forfait national à la vacation, modulé selon le zonage et centralisé dans le système de paiement de l'Assurance maladie pour éviter les dérives et bien différencier cet appui libéral de la gestion des ressources humaines médicales hospitalières. »

Il y a 3 ans, le rapport de Thomas MESNIER et du Pr CARLI Pierre, Pour un pacte de refondation des urgences, de 2019 (22), allait dans le même sens et argumentait que « les relations entre les urgences et leur environnement peuvent aussi être améliorées par le recrutement sur vacations de médecins généralistes libéraux installés dans les environs de l'hôpital », en rajoutant une citation du Pr STEG dans un rapport de 1993 : « L'hôpital a pris la place du médecin de famille dans la gestion de l'urgence », [...], il est « nécessaire d'intervenir en amont de l'hôpital et de réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence ».

IV.2.3. Vers d'autres possibilités d'emploi du médecin généraliste en lien avec les SAU, non évaluées dans cette étude

- Premièrement, le positionnement en amont des urgences comme l'évoque le rapport de Thomas MESNIER et du Pr CARLI Pierre (22) via « Le développement des maisons médicales de garde et l'augmentation d'amplitude des plages d'ouverture. [...] La généralisation de la présence d'une MMG à proximité de tous les SAU de plus de 50 000 passages/an. »
Ce rapport met en avant également le développement des centres de soins non programmés, avec le soutient des ARS.

- Deuxièmement, un positionnement en aval des urgences, notamment au sein des UHCD et/ou des services de médecine polyvalente. C'est ce qui est stipulé dans la mission flash sur les urgences et soins non programmés du Dr François Braun (28) : « Ainsi, la Médecine Polyvalente exercée par des médecins généralistes dans ces hôpitaux concentrerait l'aval des urgences et pourrait s'associer à la Médecine Interne ».

- Troisièmement : Il est préconisé par les différents rapports cités plus hauts (22) (28) de renforcer le tri fait en amont des urgences et d'améliorer l'orientation des patient dans le système de soins, notamment lors des demandes de consultation, via la généralisation du SAS (service d'accès au soin). Ce système ne pourra prendre de l'ampleur sans le recrutement en nombre conséquent de médecins régulateurs généralistes.

- Quatrièmement : Depuis l'Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente, les médecins généralistes peuvent prétendre devenir MCS (médecin correspondant du SAMU), en plus de ses activités habituelles et sur le volontariat. Il intervient en amont du SMUR, sur demande du SAMU, généralement sur des lieux où le délai d'intervention d'un SMUR est de plus de trente minutes. Tout ceci basé sur des règles de déploiement précisées via un guide de la DGOS de 2013 (31). Puis sur des compétences précisées dans un référentiel (32), et par l'intermédiaire de formations dispensées par voie universitaire (comme vu précédemment) et/ou par le CESU local (centres d'enseignement des soins d'urgence). Cette possibilité d'exercice est d'ailleurs encouragée par le rapport de la mission flash sur les urgences et soins non programmés du Dr François Braun (28), dans sa recommandation n°20 : Renforcer les liens et développer les médecins correspondants du SAMU (MCS) dans les zones sous-denses.

IV.2.4. Formation du médecin généraliste pour un exercice dans le domaine de l'urgence

Comme vu précédemment, la maquette du DES de médecine générale dispose d'un semestre obligatoire dans un service d'urgences, et l'acquisition de compétences (n°3 : premier recours, urgences) en lien avec cette discipline. Les modalités d'enseignement de cette compétence étant à la charge et organisation de chaque faculté de Médecine.

Cette étude démontre qu'il y a une demande de formation complémentaire de la part de l'ensemble des populations interrogées, dans le domaine de l'urgence, majoritairement sous forme de DU / DIU.

Dans ce domaine, et à l'heure actuelle, sur trente trois Facultés de Médecine en France, seulement dix proposent des formations complémentaires en médecine d'urgences pour les médecins généralistes. Chaque Faculté organise le contenu de la formation car il n'y pas de diplôme inter universitaire (DIU) proposés, mais uniquement des diplômes universitaires (DU) d'une durée d'un an en moyenne. Dans le sud de la France, la Faculté de Médecine de Nice propose un DU d'initiation à la médecine d'urgence, et la Faculté de Médecine de Montpellier a mis en place un DU d'apprentissage et perfectionnement en médecine d'urgence pour les médecins correspondants du SAMU.

La proposition d'une FST de médecine d'urgence semble grandement plébiscitée par une majorité de médecins interrogés, cependant, elle n'existe pas encore, même si elle fait partie des recommandations émises par le rapport de Thomas MESNIER et du Pr CARLI Pierre, Pour un pacte de refondation des urgences, de 2019 (22). En effet il est indiqué qu'« au plan universitaire, un autre levier mobilisable est la capacité de médecine d'urgence (CMU, dont la durée de formation est de deux ans), qui pourrait évoluer sous la forme d'une FST. » [...] la recommandation étant de « remplacer la capacité de médecine d'urgence par une FST de Médecine d'urgence destinée aux médecins militaires tout en évaluant la pertinence de son maintien dans les années à venir en fonction de l'évolution du nombre d'inscriptions. »

En revanche, depuis le 03 mars 2022, sur proposition également du rapport vu précédemment (22), et confirmé dernièrement par la mission flash sur les urgences et soins non programmés du Dr François Braun (28), un arrêté (33) acte la mise en place de la FST de Médecine Hospitalière Polyvalente qui « a pour objectif de former des médecins pour exercer, à plein temps ou à temps partiel, dans des services ayant une activité de médecine polyvalente, notamment d'aval des urgences mais aussi de soins de suite et de réadaptation (SSR). Elle permet notamment de renforcer les liens entre les prises en charge hospitalière et ambulatoire pour garantir une prise en charge coordonnée et favoriser les exercices partagés. »

Parallèlement, à peu prés la moitié des IMG, médecins urgentistes et MG ne travaillant pas dans un SAU, expriment le besoin d'effectuer un deuxième semestre durant l'internat dans un service d'urgences.

Cette demande fait écho à l'actualité, notamment par de la proposition inscrite dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) de 2023 prévoyant la mise en place d'une 4ème année d'internat de médecine générale. Mais celle ci est conditionnée à la réalisation exclusive de deux semestres de stages ambulatoires supervisés dans les zones où la démographie médicale est sous dense. (34)

Comme indiqué dans le texte : « Au préalable, cette évolution nécessitera une concertation avec le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) et les syndicats d'internes dans le cadre d'un groupe de travail qui sera en charge de déterminer les conditions et modalités de mise en œuvre de cette évolution de la scolarité. » Il sera alors décidé d'une nouvelle maquette de formation pour le DES de médecine générale, pour la rentrée 2023.

Maquette dans laquelle le Dr François Braun, dans son rapport sur la mission flash sur les urgences et soins non programmés (28), souhaite « adapter l'enseignement des DES de médecine générale [...] et de prévoir une expérience en régulation médicale pour les internes généralistes. » « Concernant la maquette du DES de médecine générale, aujourd'hui, si la maquette du DES de médecine générale prévoit une expérience aux urgences en phase socle, elle ne prévoit pas de passage à la régulation médicale. Il apparait cependant que celle ci constitue un aspect important de l'exercice, impliquant de mobiliser des compétences spécifiques. Dans un contexte marqué par le développement de la télémédecine et la mise en place prochaine du service d'accès aux soins (SAS), il importe que les étudiants en médecine générale puissent découvrir cet exercice pour être initiés à la régulation téléphonique. Il ne s'agirait pas de cibler le SAMU exclusivement, mais aussi la régulation libérale, pour les soins non programmés, notamment dans la perspective d'une régulation ouverte en permanence, 24h/24h. Le signal ainsi lancé serait fort et permettrait aux internes de médecine générale d'être sensibilisés à l'importance d'une régulation médicale de qualité, condition d'un parcours de soins fluide et adapté. Juridiquement, une telle évolution implique de modifier la maquette du DES de médecine générale. Il parait opportun de prévoir cette modification dans le cadre de la révision de la durée du DES de médecine générale. Recommandation n°2 Adapter la maquette du DES de médecine générale pour prévoir un temps de régulation médicale (SAMU, régulation libérale, etc.), dans le contexte du futur déploiement du service d'accès aux soins (SAS). »

IV.2.5. Profil des médecins généralistes travaillant aux urgences rencontrés dans cette étude, et réflexion sur leur évolution dans les services d'urgences

Cette étude a permis d'interroger 25 médecins généralistes travaillant dans des services d'urgences. Permettant de dresser un profil type de ces individus en fonction des réponses obtenues.

Il apparait que ces médecins travaillent majoritairement dans des hôpitaux périphériques, sous forme de vacations ou de temps partiel, avec un temps de travail calqué sur l'organisation du service sous forme de gardes de 12 h, journée / nuit, ou de 24 heures.

Par rapport aux raisons motivant l'exercice des MG dans des SAU, l'attrait financier n'est pas mis en avant, à l'inverse de la volonté de prendre en charge des pathologies plus graves et plus variées que celles rencontrées en cabinet de médecine générale, le tout en travail d'équipe, et de conserver un lien avec le monde hospitalier.

Les MG travaillant dans les SAU, à la différence des IMG et des MG ne travaillant pas dans des SAU, se déclarent compétents dans la prise en charge d'un patient en situation d'urgence vitale, sans supervision d'un médecin urgentiste pour un tiers d'entre eux. Se disant également compétents dans la réalisation de gestes d'urgences tels que la mise en place d'une sédation, d'une VNI, d'un drain thoracique, d'une sonde d'intubation orotrachéale.

Un profil donc se rapprochant de celui d'un médecin urgentiste, cependant seul un quart de ces derniers envisage à l'avenir d'entamer des démarches en vue d'un changement de spécialité vers la médecine d'urgences. Les autres s'orientent plus vers la réalisation de diplômes universitaires ou d'une FST en lien avec la médecine d'urgence, tout en gardant un exercice mixte, dans un SAU et en cabinet par exemple. Enfin, pour les MG exerçant dans les SAU, leur présence est une solution pérenne face à la pénurie de médecins dans les SAU.

Dans l'optique d'un changement de spécialité, de la médecine générale vers la médecine d'urgence, le rapport de Thomas MESNIER et du Pr CARLI Pierre, Pour un pacte de refondation des urgences, de 2019 (22), pointe la nécessité de « reconnaitre le statut de médecin urgentiste par des leviers plus souples que le DES de médecine d'urgence, dans certaines situations spécifiques. Afin d'assurer une certaine souplesse au système, il importe de prévoir des alternatives afin de reconnaitre, par exception, le statut de médecin urgentiste sans validation préalable du DES de médecine d'urgence. A titre d'exemple, le CNOM prévoit des procédures de validation des acquis de l'expérience (VAE) ordinales, permettant de reconnaitre

un certain nombre de compétences acquises au cours de l'expérience professionnelle d'un médecin, en dehors de sa spécialité. La VAE permet aux médecins concernés d'obtenir un droit d'exercice complémentaire ».

Autre possibilité, universitaire cette fois ci, consiste à la réalisation d'un deuxième DES, possible depuis l'arrêté du 25 avril 2022 (35), pour changer de spécialité. Possible seulement après 3 ans d'exercice temps plein dans le DES d'origine, les modalités sont encore à définir, notamment la création de « ponts entre la médecine générale et la médecine d'urgence et il sera possible de ne pas repasser certaines unités d'enseignement déjà validées, voire de réduire l'internat de moitié ». (36)

Il est également utile de parler de l'aspect statutaire du MG en SAU. Dans cette étude, un peu plus d'un quart des MG travaillant dans un SAU le font sous forme de vacations. Ce mode d'exercice de moins en moins plébiscité par les autorités, à l'image de la mesure 9 de la mission flash sur les urgences et soins non programmés du Dr François Braun (28) : « lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical », et de Loi « Rist » du 26 avril 2021, qui prévoit sa régulation et un plafonnement des paiements des vacations. (37) Cette mesure qui devait entrer en vigueur le 27 octobre 2021 a été suspendue en lien avec la crise sanitaire et la pénurie médicale actuelle, et son application repoussée, sans date précise. (38)

IV.2.6. Concrétisation du rôle du médecin urgentiste comme spécialiste de la prise en charge du patient en situation critique, et collaboration avec la médecine générale

La mise en place du DES de médecine d'urgences, et précédemment le DESC de médecine d'urgence, ont contribué à l'individualisation de cette discipline comme spécialité, avec reconnaissance de nombreuses compétences dans ce domaine.

Les résultats de cette étude vont dans le sens que ces compétences sont d'ailleurs reconnues et même réservées à cette spécialité.

En effet une grande majorité des IMG (81%) et des MG ne travaillant pas en SAU (82%) se déclarent incompétents dans la prise en charge des patients en situation de détresse vitale. Positionnement confirmé par les médecins urgentistes où seul 3% d'entre eux estiment que les médecins généralistes possèdent les compétences pour prendre en charge un patient en détresse vitale.

Compétences théoriques pourtant annoncées comme enseignées durant le DES de médecine générale (13), mais également techniques où l'étude montre que les médecins urgentistes, les IMG et les MG ne travaillant pas des les SAU partagent, en proportion, plus de positionnements négatifs sur la réalisation par les MG d'une intubation orotrachéale, la mise en place d'un drainage pleural, une pose d'un drain thoracique. De même en termes de mise en place d'une sédation courte ou d'une VNI pour les urgentistes et les MG hors SAU.

Par conséquent, il apparait que les gestes d'urgences semblent être du ressort du médecin urgentiste, notamment la suppléance ventilatoire, la sédation et l'abord trachéal et thoracique.

On peut alors imaginer, que le rôle du médecin urgentiste soit celui du spécialiste qui peut intervenir à la demande et en collaboration avec le médecin généraliste travaillant en service d'urgence, dans le cas d'un patient en situation instable ou susceptible de le devenir.

Cette reconnaissance du médecin urgentiste est par ailleurs soulignée par la mission flash sur les urgences et soins non programmés du Dr François Braun (28), recommandant de « Recentrer l'activité des médecins urgentistes sur leur cœur de métier, c'est à dire sur la prise en charge des urgences nécessitant des soins spécialisés et une hospitalisation ».

La situation actuelle, « où de nombreux patients consultent les services d'urgences pour des problèmes de santé relevant en réalité de la médecine générale [...] doit cependant être tempérée par le fait qu'il s'agit d'une dérive et non du cœur de métier de la spécialité de médecine d'urgence. »

Dans cette optique, le rapport cité plus haut (28) recommande « d'adapter la maquette du DES de médecine d'urgence pour prévoir une expérience en médecine générale. ». En effet, « La maquette du DES de médecine d'urgence ne prévoit pas d'expériences en médecine générale bien que, la médecine générale et la médecine d'urgence soient très complémentaires. [...] La médecine générale mobilise par ailleurs des compétences très utiles aux futurs médecins urgentistes [...] La proximité de ces deux spécialités impose donc d'examiner la maquette du DES de médecine d'urgence, afin de prévoir un temps en médecine générale. »

IV.3. Points forts et limites de l'étude

IV.3.1. Points forts

Par rapport à la validité interne, cette étude a le mérite d'avoir interrogé plusieurs populations de médecins spécialistes, notamment des médecins et internes en médecine générale, et cela en fonction de leur mode d'exercice. Ainsi que des médecins urgentistes, de manière multicentrique, permettant de minimiser le biais "effet centre" en ayant à la fois des médecins urgentistes de CHU et de CH.

Il peut également être mis en avant un nombre de réponse totale conséquente, qui se démarque des autres études retrouvées et de thème similaire**,** variant entre 13 et 97 réponses**.** Ce nombre de réponses permet de retrouver des différences significatives entre les sous groupes de médecins interrogés, suggérant une puissance significative de l'étude.

En terme de validité externe, outre le fait qu'il s'agit d'un sujet d'actualité, il peut être souligné l'aspect original de cette étude via le peu de recherches retrouvées dans la littérature, ces dernières n'interrogeant que les médecins urgentistes, ou mettant plutôt l'accent sur, soit la place du médecin généraliste aux urgences, mais ne s'occupant que de la filière courte, ou de consultations non programmées de médecine générale ; soit de recherches en lien avec la prise en charge de situations d'urgences, mais en amont des services d'urgences, via le dispositif de médecin correspondant du SAMU.

Les résultats obtenus vont dans le sens des précédentes études retrouvées dans les recherches préliminaires (39), c'est à dire, entre autres, vers une collaboration entre le médecin généraliste et urgentiste, dans un souci d'amélioration de la prise en charge des patients, et une demande de formation plus approfondie dans le domaine de l'urgence de la part des médecins généraliste. Egalement, les résultats reprennent la plupart des recommandations des deux principaux et récents rapports sur l'état des urgences en France. (22) (28)

IV.3.2. Limites de l'étude

Au sujet de la validité interne, un biais d'évaluation subjective de l'enquêteur est à prendre en compte, notamment dans la réalisation de l'auto-questionnaire à questions fermées, avec un risque de réponses suggérées allant dans le sens des conclusions attendues par l'enquêteur.

Il est à noter également qu'aucun calcul de « nombre de sujet nécessaire » à l'étude n'a été réalisé. Ce nombre a été jugé satisfaisant de manière arbitraire, au bout de cinq mois de diffusion du questionnaire et après l'obtention de plus de 250 réponses.

Au niveau de la validité externe, des biais de sélection peuvent être évoqué. Tout d'abord géographique, car l'étude ne se base que sur une population médicale des Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse, avec donc le risque que l'échantillon de population étudiée ne soit pas représentatif et applicable dans une autre région. Puis le mode de recrutement des personnes interrogées est également à mettre en avant quant à l'extrapolation des résultats. Ce moyen de recueil par un questionnaire en ligne et envoi de celui ci par mail, est soumis à l'obtention des adresses mail professionnelles des participants, et qui a été difficile à obtenir, notamment pour la population des médecins urgentistes. En effet, même si sept services d'urgences via leurs médecins urgentistes ont répondu au questionnaire, d'autres n'ont pas donné suite à mes demandes. Cet envoi par mail est donc à risque de biais de sélection en excluant les médecins et SAU dont je n'ai pas obtenu l'adresse mail.

Le taux de réponse est faible, à 24 %, toujours en lien avec la méthode d'envoi de questionnaires par mail. Pour autant, 266 réponses ont été obtenues, choses qui n'auraient pas été possible de réaliser par des entretiens en étude qualitative, et également dans le temps imparti et de manière isolée.

Enfin, il est important de faire remarquer que ce type d'étude est de faible niveau de preuve, avec donc la nécessité de recherches plus poussées, peut être sous forme d'étude d'évaluation de la qualité des soins, de manière comparative et randomisée, en opposant des SAU avec et sans MG dans leur effectif médical.

V. CONCLUSION

La diminution de l'offre de soin en France a connu son paroxysme cet été face à la fermeture de nombreux services d'urgences. Cela s'inscris dans une problématique beaucoup plus vaste, celle de la permanence de soins ambulatoires, lié à la fois à un déficit chronique de médecins spécialistes, notamment les généralistes et urgentistes, et une habitude de consommation médicale par les patients qui semble parfois inappropriée, mais surtout sans solution à court et moyen terme autre que de se rendre aux urgences.

A travers une réflexion sur un possible apport qualitatif et quantitatif des médecins généralistes dans les services d'urgences, cette étude a abordé la formation et les compétences du médecin généraliste, et la collaboration de ces derniers avec les médecins urgentistes.

Il en ressort que la présence des médecins généralistes dans les services d'accueil des urgences recueil des avis positifs, et est considéré comme une plus value de la part des médecins concernés. Cette présence est même considérée majoritairement comme une solution pérenne à long terme. Avec un rôle et une prise en charge de patient identique au médecin urgentiste, mais avec une supervision de ce dernier lorsque des soins relevant de l'urgence vitale sont nécessaires.

Malgré la réforme du troisième cycle, la médecine générale reste proche du domaine des urgences de part sa richesse en terme de modalités d'exercice : post urgences, permanence de soins ambulatoire / non programmés, régulation SAMU / SAS, médecin correspondant du SAMU et dans les services d'urgences.

Les internes de médecine générale semblent constituer une réserve potentielle de personnel médical futur pour les services d'urgences. Dans cette étude, un tiers des IMG interrogés sont intéressé par un exercice en SAU.

La question de la formation des médecins généralistes est importante. Il ressort qu'environ 50% des médecins interrogés considèrent qu'un seul semestre en SAU durant l'internat n'est pas suffisant. On peut alors s'interroger sur les modalités de mise en place d'un deuxième semestre dans un SAU, soit à intercaler dans la maquette actuelle, ou à intégrer durant la quatrième année d'internat de médecine générale qui est en cours d'élaboration actuellement.

En post internat, la nécessité de réaliser des formations en médecine d'urgences, notamment sous forme de diplômes universitaires obtient une majorité des avis. Ces DU sont pour l'instant peu nombreux, et d'autres type de formation, comme des FST ne sont pas encore disponibles.

Aussi, cette étude a fait ressortir deux profils de médecins différents dans leurs spécialités mais proche dans leurs exercices. Tout d'abord le médecin urgentiste qui est reconnu dans cette étude par ses paires comme la référence de la prise en charge des patients en situation d'urgences vitale ; et les médecins généralistes exerçant déjà dans les SAU, qui ont une susceptibilité pour la médecine d'urgence, mais qui pour autant ne souhaite pas de changement de spécialité vers cette dernière. Cette proximité d'exercice fait ressortir le besoin, d'ailleurs formulé par plusieurs rapports institutionnel, de formation croisée et de rencontres plus nombreuses entre la médecine générale et la médecine d'urgence.

En lien avec les péripéties de l'été 2022, où le terme de triage des patients, en amont ou aux urgences, a été prononcé à de nombreuses reprises, il serait peut être intéressant de réfléchir sur l'éventuel rôle de médecin d'accueil et d'orientation (MAO) que pourrait endosser le médecin généraliste.

Par rapport à la PDSA, et face la proposition d'obligation de garde proposé par le Président de la Fédération Hospitalière de France cette étude pourrait servir de base à des réflexions ultérieures sur la valorisation et l'attractivité des médecins généralistes pour la réalisation de gardes aux urgences, et se pencher sur le coté statutaire et assuranciel de ses gardes.

Enfin, pour assurer et formaliser une bonne collaboration entre ces deux spécialités, il serait intéressant que les sociétés savantes de médecine générale et de médecine d'urgence s'emparent conjointement de ce sujet, afin d'y mener une réflexion plus approfondie et surtout réglementaire.

VI. CONFLIT D'INTÉRÊT

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt et n'avoir reçu aucune aide financière pour la réalisation de cette étude.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Articles R. 6123-18 et R. 6123-19 du Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 du code de la santé publique. [12/02/2022] https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00000 0788651/

2. Samu et Urgences de France , Référentiel, Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence (Samu, Smur, Service des Urgences, UHCD), Novembre 2011. [13/03/2022] https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files.155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf

3. Bresson B, Deniau J, Guilhem N, Panorama 2019, Activité des services d'urgences, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Innovation e-Santé Sud, janvier 2021.

4. Viudes G, Vig V, Deniau J, Guilhem N, Philippot B, ATLAS 2011, Activité des services d'urgences, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Observatoire régional des urgences PACA, GIP ORU PACA, juin 2012.

5. Viudes G, Bes V, Deniau J, Meda N, Guilhem N, Philippot B, Panorama 2016, Activité des services d'urgences, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Groupement Régional D'appui Au Développement De La e-Santé PACA, mars 2017.

6. Bresson B, Bes V, Deniau J, Meda N, Guilhem N, Philippot B, Panorama 2017, Activité des services d'urgences, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Groupement Régional D'appui Au Développement De La E-Santé PACA, décembre 2018.

7. Bresson B, Bes V, Deniau J, Guilhem N, Panorama 2018, Activité des services d'urgences, Région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Innovation e-Santé Sud, , janvier 2020.

8. Manelli S, Podcast Bande Passante, La Provence, Marseille, Arles, Manosque... Partout, des urgences à l'agonie, avril 2022. [24/07/2022] https://www.laprovence.com/ videos/marseille-arles-manosque-partout-des-urgences-l-agonie/s3XInEp29OY

9. Arrêté du 27 novembre 2017, modifiant l'arrêté du 12 avril 2017 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine. [26/05/2022] https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT00003 6237037/

10. Arrêté du 10 mai 2021 fixant le nombre d'étudiants de troisième cycle des études médicales autorisés à suivre une option ou une formation spécialisée transversale au titre de l'année universitaire 2021-2022. [26/05/2022] https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/5/ 10/SSA H21131 61A /jo/texte

11. DUMG, Guide de la phase socle et Guide de la phase d'approfondissement, DES de médecine générale, Faculté des sciences médicale et paramédicales de Marseille Version 3 - Mise à jour Janvier 2020

12. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer 2013;108: page 148 – 155

13. Attali C, Huez J, Valette T. Les grandes familles de situations cliniques. Exercer, La Revue Française de médecine générale. 2013 ; 24(108) :165- 9

14. Patrick B, Gerard-Varet JF, Atlas de la démographie médicale en France, Conseil national de l'ordre des médecins, situation au 01/01/2021

15. Rangs limites en 2015, Concours de l'internat, CNG. [04/04/2022] https://www. cng.sante.fr/sites/ default/files/tableau/ rangs_limites_2015.html

16. Rangs limites en 2021, Concours de l'internat, CNG. [04/04/2022] https://www.cngsante. fr/chiron/celine/ limite.html

17. Riou B, 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence, Ann. Fr. Med. Urgence, DOI 10.1007/s13341-017-0710-z, 2017. [06/06/2022] https://www. sfmu.org/upload/referentielsSFMU/desmu 2017.pdf

18. CNUMU, Maquette complète du DESMU. [06/06/2022] https://cnumu.fr/medias/files/ desmu/DES%20medecine %20urgence.pdf
19. Cours des Comptes, Rapport public annuel 2019, Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités, février 2019. [03/02/2022] https://www.ccomptes.fr/ system/files/2019-02/08-urgences-hospitalieres-Tome-2.pdf

20. CNG, Praticiens hospitaliers (PH) éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers (PH) temps plein et temps partiel statutaires - situation au 1er janvier 2022. [03/02/2022] https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Fichiers/Statistiques,%20%C3%A9tudes% 20et%20publications/Praticiens_Hospitaliers_2022_VF.pdf

21. CNG, Praticiens hospitaliers (PH) éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers (PH) exerçant en médecine d'urgence, situation au 1er janvier 2017. Consulté le 03/03/2022 sur https://www.cng.sante.fr/sites/default/files/Gait%20Cheminant/La%20m%C3%A9decine% 20d'urgence.pdf

22. Mesnier T, Carli P, Pour un Pacte de Refondation des Urgences, rapport, décembre 2019. [01/05/2022] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_pour_un_pacte_de_refon dation_des_urgences_2019-058r.pdf

23. Riou B, Carli P, Carpentier F, Kopferschmitt J, Le Conte P, Lauque D, Levraut J, Veber B, Combien formons-nous de médecins urgentistes en France ?, SFMU et Springer-Verlag France 2013, Article, Annales Francaises de Medecine d'Urgence, Janvier 2014

24. CNG, rangs limites épreuves nationales classantes. [04/04/2022] https://www.cng.sante.fr/concours-examens/epreuves-classantes-nationales-ecn

25. Article D6124-1, du Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence. [04/04/202022] https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006053734/

26. Balestrieri V. Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02363530

27. Boivin V. Profil du médecin généraliste intéressé pour ouvrir une consultation de médecine générale aux urgences de Lisieux. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03120615

28. Braun F, Tazarourte K, Leveneur A, Tortiget D, Mission flash sur les urgences et soins non programmés, juin 2022.

29. Boisguerin B, Valdelièvre H, « Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation », Études et Résultats DREES, n° 889, juillet 2014

30. Valletoux F, Discours inaugural du salon SANTEXPO de la FHF, le mardi 17 mai 2022, [15/08/2022] https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-05/discours_santexpo2022 _1705 .pdf

31. DGOS, Médecin correspondant du SAMU, Guide de déploiement, juillet 2013. [12/09/2022] https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

32. ANCESU, CNGE, CNUMU, MCS France, SFMU, SUdF Médecin Correspondant du SAMU (MCS), Référentiel et évaluation, , Mai 2020. [12/09/2022] https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/R%C3%A9f%C3%A9rentiel%20national%20MCS%20-%20V1.0.pdf

33. Arrêté du 3 mars 2022 portant modification de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de maquettes de formation de diplômes d'études spécialisées et création d'option et de formations spécialisées transversales. [12/09/2022] https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2022/3/3/SSAH2200243A/jo/texte

34. Projet de loi de financement de la sécurité sociale nº 274 pour 2023, Article 23 [30/09/2022] https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b0274_projet-loi

35. Arrêté du 25 avril 2022 relatif aux modalités d'accès des médecins en exercice au troisième cycle des études de médecine, JORF n°0097, Texte n° 53, [30/09/2022] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045654099

36. Jort M, Se réorienter, changer de spé, ajouter une option à son diplôme quand on est médecin : mode d'emploi, Egora, Juin 2022 [30/09/2022] https://lesgeneralistes-csmf.fr/2022/06/01/egora-se-reorienter-changer-de-spe-ajouter-une-option-a-son-diplome-quand-on-est-medecin-mode-demploi

37. Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, Article 33. [30/09/2022] https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2021/4/26/SSAX2029985L/jo/article_33

38. Godeluck S, Intérim médical : le plafonnement systématique des tarifs repoussé à l'an prochain, Les Echos, Octobre 2021. [30/09/2022], https://www.lesechos.fr/economie-france/social/interim-medical-le-plafonnement-systematique-des-tarifs-repousse-a-lan-prochain-1357274

39. Theuret-Martin C, Etude observationnelle auprès des urgentistes d'Auvergne quant à une possible coopération avec un médecin généraliste au sein d'un service d'urgence, thèse d'exercice, 2018

VIII. ANNEXE

Lien internet du questionnaire :
https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdtyStF6E3g1-jPgXC5rw-a7zLbIOkkjYPgC0glRAXcKHmCxw/viewform?usp=sf_link

Questionnaire de Thèse –

Bonjour,

Je m'appelle Florent POLESSO et je suis interne en médecine générale.

Sous la direction du Dr THERY Didier, je réalise ma thèse sur la place et l'avenir des médecins généralistes (non DESC d'urgences, non CAMU, ...) travaillant dans les services d'urgences.

Il apparaît depuis plusieurs années une pénurie en personnel médical dans chacune des spécialités, et notamment dans les services d'urgences, dont plusieurs d'entre eux se retrouvent souvent au cœur de l'actualité pour des fermetures de services soit la nuit pour manque de personnel ou des définitives.

Pour cela, le médecin généraliste semble avoir un rôle à jouer dans les soins non programmés, tant en cabinet, mais également dans les services d'urgences. Service d'ailleurs où la majorité des consultations semble relever de la médecine générale, sans critères d'urgence.

Auparavant, les médecins généralistes pouvaient se spécialiser en médecine d'urgence par l'intermédiaire d'un DESC, mais depuis 2017, le DESC de médecine d'urgence a été supprimé au profit de la création d'un DES de médecine d'urgence.
Il n'y a donc plus la possibilité d'obtention d'un diplôme qualifiant en médecine d'urgence pour les médecins généralistes.
Pour autant, ces derniers disposent toujours durant leur internat d'une formation à la médecine d'urgence dans le cadre de leur stage obligatoire en service d'urgences au cour de la phase socle.

Ainsi, depuis 2017, les médecins généralistes peuvent se retrouver à travailler dans les services d'urgences, sans pour autant avoir officiellement de spécialité ou compétences reconnues dans la pratique de la médecine d'urgence.

Il semble donc important de faire un état des lieux sur la présence des médecins généralistes en service d'urgences, et de mettre en lumière les attentes des généralistes et des urgentistes quant à l'avenir et la place à accorder aux médecins généralistes dans les services d'urgences. Avec également une réflexion sur leurs perspectives d'évolution de carrière au sein de ce service.

Ce questionnaire s'adresse aux médecins généralistes (travaillant ou ayant travaillé dans des services d'urgences), aux médecins urgentistes, et aux internes de ces spécialités, et est complètement anonyme. Cela devrait prendre environ 5 minutes à compléter.

Je vous remercie pour votre participation.

Question 0 : Vous êtes :

	OUI	NON
Médecin urgentiste ou interne en médecine d'urgence.	☐	☐
Médecin généraliste (travaillant dans un service d'urgences).	☐	☐
Interne en médecine générale.	☐	☐
Médecin généraliste (ne travaillant pas dans un service d'urgence).	☐	☐

Sous groupe n°1 : Vous êtes médecin urgentiste ou interne en médecine d'urgence

Question 1 : Vous travaillez :

	OUI	NON
Centre hospitalier périphérique	☐	☐
Centre hospitalier universitaire	☐	☐
Clinique / Hôpital privé	☐	☐
Hôpital militaire	☐	☐

Question 2 : Votre service dispose t'il de médecins généralistes (non urgentistes) ?

	OUI	NON
Pour prendre en charge les patients relevant d'une filière courte uniquement	☐	☐
Pour prendre en charge les patients relevant d'une filière courte ou longue, sans détresse vitale	☐	☐
Pour prendre en charge tous les patients, peu importe leur niveau de gravité	☐	☐
Pour assurer des vacations en maison médicale de garde	☐	☐
Votre service ne dispose pas de médecins généralistes	☐	☐

Question 3 : Selon vous, un médecin généraliste est t'il compétent pour :

	OUI	NON
Prendre en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Prendre en charge des patients relevant d'une filière longue	☐	☐
Prendre en charge des patients en situation de détresse vitale	☐	☐
Prendre en charge uniquement des patients en ambulatoire en dehors d'un service d'urgences	☐	☐
N'est pas compétent pour travailler dans un service d'urgences.	☐	☐

Question 4 : Selon vous, pour qu'il puisse exercer dans un service d'urgences, un médecin généraliste (non urgentiste) doit :

	OUI	NON
Avoir effectué seulement un semestre aux urgences durant son internat	☐	☐
Au préalable avoir effectué au minimum 2 semestres dans un service d'urgences au cours de son internat	☐	☐
Faire des formations relatives à la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
S'inscrire dans une démarche de changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐

Question 5 : Selon vous, quels sont les gestes techniques qui peuvent être réalisés par les médecins généralistes (non urgentistes)?

	OUI	NON
Sutures	☐	☐
Réalisation de plâtres / résines	☐	☐
Ponction / prélèvement d'ascite	☐	☐
Ponction lombaire	☐	☐
Mise en place d'une VNI	☐	☐
Réduction d'une luxation d'épaule	☐	☐
Ponction pleurale	☐	☐
Mise en place de drain thoracique	☐	☐
Mise en place d'une sédation courte durée avant des gestes douloureux (emploi de Kétamine et/ou Midazolam)	☐	☐
Intubation orotrachéale	☐	☐

Question 6 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Doit systématiquement être supervisé par un médecin urgentiste pour chaque patient	☐	☐
Peut exercer en autonomie uniquement pour la prise en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Doit être supervisé uniquement pour les urgences vitales	☐	☐
N'a pas besoin d'être supervisé par un médecin urgentiste, quelque soit le patient et la situation	☐	☐

Question 7 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Serait une plus value dans la prise en charge médicale des patients	☐	☐
Serait une perte de chance pour les patients requérant des soins urgents	☐	☐
Permettrait de favoriser le lien médecine de ville - hôpital	☐	☐
Permettrait au médecin généraliste de développer ses compétences dans le domaine de l'urgence	☐	☐
Permettrait au médecin urgentiste de développer ses compétences dans le domaine de la médecine générale	☐	☐

Question 8 : Par rapport au déficit de médecins urgentistes, le recours à des médecins généralistes dans les services d'urgences :

	OUI	NON
Permettrait de pallier au manque de personnel médical	☐	☐
Serait une solution provisoire en attendant la formation d'un plus grand nombre de médecins urgentistes	☐	☐
Serait une solution pérenne, permettant une mixité des spécialités exerçant dans les services d'urgence	☐	☐
Permettrait de répondre à l'augmentation des besoins de santé de la population	☐	☐
Ne serait pas une bonne solution pour pallier au manque de personnel médical dans les services d'urgences	☐	☐

Question 9 : Pensez vous qu'il serait intéressant de remettre en place une possibilité d'évolution de spécialité vers la médecine d'urgence pour les médecins généralistes via :

	OUI	NON
Il n'y a pas besoin d'évolution et de changement de spécialité	☐	☐
La remise en place d'un DESC de médecine d'urgence	☐	☐
Une reconnaissance de l'ordre des médecins, soit la forme d'une qualification ordinale ou VAE (validation des acquis et de l'expérience)	☐	☐
De la formation continue et l'acquisition de diplômes universitaires	☐	☐
La mise en place d'une FST (formation spécialisée transversale) de médecine d'urgence pendant l'internat de médecine générale	☐	☐

Sous groupe n°2 : Vous êtes médecin généraliste (non urgentiste) travaillant en service d'urgences

Question 1 : Vous travaillez :

	OUI	NON
Centre hospitalier périphérique	☐	☐
Centre hospitalier universitaire	☐	☐
Clinique / Hôpital privé	☐	☐
Hôpital militaire	☐	☐

Question 2 : Dans votre service d'urgences, vous travaillez :

	OUI	NON
Sur un poste à temps plein	☐	☐
Sur un poste à temps partiel, +/- avec une autre activité hospitalière	☐	☐
Sur un poste à temps partiel, +/- avec une autre activité libérale	☐	☐
Sous forme de vacations ponctuelles	☐	☐

Question 3 : Dans votre service d'urgences, les médecins généralistes (non urgentistes) travaillent :

	OUI	NON
En gardes de 24 heures	☐	☐
En journée de 10 ou 12 heures	☐	☐
En soirée (exemple 20 h - 00h)	☐	☐
Le week end uniquement	☐	☐
En garde de nuit	☐	☐

Question 4 : Quelles sont les raisons qui vous poussent à exercer dans un service d'urgences ?

	OUI	NON
Travail en équipe	☐	☐
Acquisition ou maintien des acquis dans le domaine des soins d'urgences	☐	☐
Garder un lien avec l'exercice hospitalier	☐	☐
Projet de changement de spécialité vers la médecine d'urgence	☐	☐
Rythme de travail	☐	☐
Rémunération attractive	☐	☐
Prise en charge de situations et pathologies non retrouvées en cabinet	☐	☐

Question 5 : Dans votre service d'urgences, les médecins généralistes peuvent :

	OUI	NON
Prendre en charge les patients relevant d'une filière courte uniquement	☐	☐
Prendre en charge les patients relevant d'une filière courte ou longue, sans détresse vitale	☐	☐
Prendre en charge tous les patients, peu importe leur niveau de gravité	☐	☐
Assurer des vacations en maison médicale de garde	☐	☐

Question 6 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Doit systématiquement être supervisé par un médecin urgentiste pour chaque patient	☐	☐
Peut exercer en autonomie uniquement pour la prise en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Doit être supervisé uniquement pour les urgences vitales	☐	☐
N'a pas besoin d'être supervisé par un médecin urgentiste, quelque soit le patient et la situation	☐	☐

Question 7 : Selon vous, pour qu'il puisse exercer dans un service d'urgences, un médecin généraliste (non urgentiste) doit :

	OUI	NON
Avoir effectué seulement un semestre aux urgences durant son internat	☐	☐
Au préalable avoir effectué au minimum 2 semestres dans un service d'urgences au cours de son internat	☐	☐
Faire des formations relatives à la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
S'inscrire dans une démarche de changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐

Question 8 : Selon vous, quels sont les gestes techniques qui peuvent être réalisés par les médecins généralistes (non urgentistes)?

	OUI	NON
Sutures	☐	☐
Réalisation de plâtres / résines	☐	☐
Ponction / prélèvement d'ascite	☐	☐
Ponction lombaire	☐	☐
Mise en place d'une VNI	☐	☐
Réduction d'une luxation d'épaule	☐	☐
Ponction pleurale	☐	☐
Mise en place de drain thoracique	☐	☐
Mise en place d'une sédation courte durée avant des gestes douloureux (emploi de Kétamine et/ou Midazolam)	☐	☐
Intubation orotrachéale	☐	☐

Question 9 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Serait une plus value dans la prise en charge médicale des patients	☐	☐
Serait une perte de chance pour les patients requérant des soins urgents	☐	☐
Permettrait de favoriser le lien médecine de ville - hôpital	☐	☐
Permettrait au médecin généraliste de développer ses compétences dans le domaine de l'urgence	☐	☐
Permettrait au médecin urgentiste de développer ses compétences dans le domaine de la médecine générale	☐	☐

Question 10 : Par rapport au déficit de médecins urgentistes, le recours à des médecins généralistes dans les services d'urgences :

	OUI	NON
Permettrait de pallier au manque de personnel médical	☐	☐
Serait une solution provisoire en attendant la formation d'un plus grand nombre de médecins urgentistes	☐	☐
Serait une solution pérenne, permettant une mixité des spécialités exerçant dans les services d'urgence	☐	☐
Permettrait de répondre à l'augmentation des besoins de santé de la population	☐	☐
Ne serait pas une bonne solution pour pallier au manque de personnel médical dans les services d'urgences	☐	☐

Question 11 : Pensez vous qu'il serait intéressant de remettre en place une possibilité d'évolution de spécialité vers la médecine d'urgence pour les médecins généralistes via :

	OUI	NON
Il n'y a pas besoin d'évolution et de changement de spécialité	☐	☐
La remise en place d'un DESC de médecine d'urgence	☐	☐
Une reconnaissance de l'ordre des médecins, soit la forme d'une qualification ordinale ou VAE (validation des acquis et de l'expérience)	☐	☐
De la formation continue et l'acquisition de diplômes universitaires	☐	☐
La mise en place d'une FST (formation spécialisée transversale) de médecine d'urgence pendant l'internat de médecine générale	☐	☐

Question 12 : Concernant votre avenir, vous envisagez :

	OUI	NON
De poursuivre un exercice dans un service d'urgence	☐	☐
Un changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐
Je n'ai pas encore d'idée précise sur mon avenir professionnel	☐	☐
De faire des formations en rapport avec la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
Un exercice mixte (service d'urgences et activité autre)	☐	☐
D'arrêter l'exercice dans un service d'urgence et d'exercer en libéral et/ou en secteur hospitalier	☐	☐
Un exercice en centre médical d'urgence	☐	☐

Sous groupe n°3 : Vous êtes interne en médecine générale :

Question 1 : Vous avez effectué votre semestre en service d'urgences dans :

	OUI	NON
Centre hospitalier périphérique	☐	☐
Centre hospitalier universitaire	☐	☐
Clinique / Hôpital privé	☐	☐
Hôpital militaire	☐	☐

Question 2 : Dans le service d'urgences dans lequel vous avez été en stage, des médecins généralistes (non urgentistes) étaient présents ? :

	OUI	NON
Pour prendre en charge les patients relevant d'une filière courte uniquement	☐	☐
Pour prendre en charge les patients relevant d'une filière courte ou longue, sans détresse vitale	☐	☐
Pour prendre en charge tous les patients, peu importe leur niveau de gravité	☐	☐
Pour assurer des vacations en maison médicale de garde	☐	☐
Votre service ne dispose pas de médecins généralistes	☐	☐

Question 3 : Selon vous, un médecin généraliste est t'il compétent pour :

	OUI	NON
Prendre en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Prendre en charge des patients relevant d'une filière longue	☐	☐
Prendre en charge des patients en situation de détresse vitale	☐	☐
Prendre en charge uniquement des patients en ambulatoire en dehors d'un service d'urgences	☐	☐
N'est pas compétent pour travailler dans un service d'urgences.	☐	☐

Question 4 : Selon vous, pour qu'il puisse exercer dans un service d'urgences, un médecin généraliste (non urgentiste) doit :

	OUI	NON
Avoir effectué seulement un semestre aux urgences durant son internat	☐	☐
Au préalable avoir effectué au minimum 2 semestres dans un service d'urgences au cours de son internat	☐	☐
Faire des formations relatives à la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
S'inscrire dans une démarche de changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐

Question 5 : Selon vous, quels sont les gestes techniques qui peuvent être réalisés par les médecins généralistes (non urgentistes)?

	OUI	NON
Sutures	☐	☐
Réalisation de plâtres / résines	☐	☐
Ponction / prélèvement d'ascite	☐	☐
Ponction lombaire	☐	☐
Mise en place d'une VNI	☐	☐
Réduction d'une luxation d'épaule	☐	☐
Ponction pleurale	☐	☐
Mise en place de drain thoracique	☐	☐
Mise en place d'une sédation courte durée avant des gestes douloureux (emploi de Kétamine et/ou Midazolam)	☐	☐
Intubation orotrachéale	☐	☐

Question 6 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Doit systématiquement être supervisé par un médecin urgentiste pour chaque patient	☐	☐
Peut exercer en autonomie uniquement pour la prise en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Doit être supervisé uniquement pour les urgences vitales	☐	☐
N'a pas besoin d'être supervisé par un médecin urgentiste, quelque soit le patient et la situation	☐	☐

Question 7 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Serait une plus value dans la prise en charge médicale des patients	☐	☐
Serait une perte de chance pour les patients requérant des soins urgents	☐	☐
Permettrait de favoriser le lien médecine de ville - hôpital	☐	☐
Permettrait au médecin généraliste de développer ses compétences dans le domaine de l'urgence	☐	☐
Permettrait au médecin urgentiste de développer ses compétences dans le domaine de la médecine générale	☐	☐

Question 8 : Par rapport au déficit de médecins urgentistes, le recours à des médecins généralistes dans les services d'urgences :

	OUI	NON
Permettrait de pallier au manque de personnel médical	☐	☐
Serait une solution provisoire en attendant la formation d'un plus grand nombre de médecins urgentistes	☐	☐
Serait une solution pérenne, permettant une mixité des spécialités exerçant dans les services d'urgence	☐	☐
Permettrait de répondre à l'augmentation des besoins de santé de la population	☐	☐
Ne serait pas une bonne solution pour pallier au manque de personnel médical dans les services d'urgences	☐	☐

Question 9 : Quelles sont les raisons qui vous pousseraient à exercer au sein d'un service d'urgences ?

	OUI	NON
Travail en équipe	☐	☐
Acquisition ou maintien des acquis dans le domaine des soins d'urgences	☐	☐
Garder un lien avec l'exercice hospitalier	☐	☐
Projet de changement de spécialité vers la médecine d'urgence	☐	☐
Rythme de travail	☐	☐
Rémunération attractive	☐	☐
Prise en charge de situations et pathologies non retrouvées en cabinet	☐	☐

Question 10 : Concernant votre avenir, vous envisagez :

	OUI	NON
Un exercice ponctuel ou à temps plein dans un service d'urgences	☐	☐
Un changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐
Je n'ai pas encore d'idée précise sur mon avenir professionnel	☐	☐
De faire des formations en rapport avec la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
Un exercice mixte (service d'urgences et activité autre)	☐	☐
D'arrêter l'exercice dans un service d'urgence et d'exercer en libéral et/ou en secteur hospitalier	☐	☐
Un exercice en centre médical d'urgence	☐	☐

Question 11 : Pensez vous qu'il serait intéressant de remettre en place une possibilité d'évolution de spécialité vers la médecine d'urgence pour les médecins généralistes via :

	OUI	NON
Il n'y a pas besoin d'évolution et de changement de spécialité	☐	☐
La remise en place d'un DESC de médecine d'urgence	☐	☐
Une reconnaissance de l'ordre des médecins, soit la forme d'une qualification ordinale ou VAE (validation des acquis et de l'expérience)	☐	☐
De la formation continue et l'acquisition de diplômes universitaires	☐	☐
La mise en place d'une FST (formation spécialisée transversale) de médecine d'urgence pendant l'internat de médecine générale	☐	☐

Sous groupe n°4 : Vous êtes médecin généraliste (ne travaillant pas dans un service d'urgences)

Question 1 : Durant votre internat, ou une fois thésé, vous avez travaillé aux urgences d'un (une) :

	OUI	NON
Centre hospitalier périphérique	☐	☐
Centre hospitalier universitaire	☐	☐
Clinique / Hôpital privé	☐	☐
Hôpital militaire	☐	☐

Question 2 : Dans le service d'urgences dans lequel vous avez travaillé, des médecins généralistes (non urgentistes) étaient présents ? :

	OUI	NON
Pour prendre en charge les patients relevant d'une filière courte uniquement	☐	☐
Pour prendre en charge les patients relevant d'une filière courte ou longue, sans détresse vitale	☐	☐
Pour prendre en charge tous les patients, peu importe leur niveau de gravité	☐	☐
Pour assurer des vacations en maison médicale de garde	☐	☐
Votre service ne dispose pas de médecins généralistes	☐	☐

Question 3 : Selon vous, un médecin généraliste est t'il compétent pour :

	OUI	NON
Prendre en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Prendre en charge des patients relevant d'une filière longue	☐	☐
Prendre en charge des patients en situation de détresse vitale	☐	☐
Prendre en charge uniquement des patients en ambulatoire en dehors d'un service d'urgences	☐	☐
N'est pas compétent pour travailler dans un service d'urgences.	☐	☐

Question 4 : Selon vous, pour qu'il puisse exercer dans un service d'urgences, un médecin généraliste (non urgentiste) doit :

	OUI	NON
Avoir effectué seulement un semestre aux urgences durant son internat	☐	☐
Au préalable avoir effectué au minimum 2 semestres dans un service d'urgences au cours de son internat	☐	☐
Faire des formations relatives à la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
S'inscrire dans une démarche de changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐

Question 5 : Selon vous, quels sont les gestes techniques qui peuvent être réalisés par les médecins généralistes (non urgentistes)?

	OUI	NON
Sutures	☐	☐
Réalisation de plâtres / résines	☐	☐
Ponction / prélèvement d'ascite	☐	☐
Ponction lombaire	☐	☐
Mise en place d'une VNI	☐	☐
Réduction d'une luxation d'épaule	☐	☐
Ponction pleurale	☐	☐
Mise en place de drain thoracique	☐	☐
Mise en place d'une sédation courte durée avant des gestes douloureux (emploi de Kétamine et/ou Midazolam)	☐	☐
Intubation orotrachéale	☐	☐

Question 6 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Doit systématiquement être supervisé par un médecin urgentiste pour chaque patient	☐	☐
Peut exercer en autonomie uniquement pour la prise en charge des patients relevant d'une filière courte	☐	☐
Doit être supervisé uniquement pour les urgences vitales	☐	☐
N'a pas besoin d'être supervisé par un médecin urgentiste, quelque soit le patient et la situation	☐	☐

Question 7 : Selon vous, un médecin généraliste (non urgentiste) exerçant dans un service d'urgences :

	OUI	NON
Serait une plus value dans la prise en charge médicale des patients	☐	☐
Serait une perte de chance pour les patients requérant des soins urgents	☐	☐
Permettrait de favoriser le lien médecine de ville - hôpital	☐	☐
Permettrait au médecin généraliste de développer ses compétences dans le domaine de l'urgence	☐	☐
Permettrait au médecin urgentiste de développer ses compétences dans le domaine de la médecine générale	☐	☐

Question 8 : Par rapport au déficit de médecins urgentistes, le recours à des médecins généralistes dans les services d'urgences :

	OUI	NON
Permettrait de pallier au manque de personnel médical	☐	☐
Serait une solution provisoire en attendant la formation d'un plus grand nombre de médecins urgentistes	☐	☐
Serait une solution pérenne, permettant une mixité des spécialités exerçant dans les services d'urgence	☐	☐
Permettrait de répondre à l'augmentation des besoins de santé de la population	☐	☐
Ne serait pas une bonne solution pour pallier au manque de personnel médical dans les services d'urgences	☐	☐

Question 9 : Quelles sont les raisons qui vous pousseraient à exercer dans un service d'urgences ?

	OUI	NON
Travail en équipe	☐	☐
Acquisition ou maintien des acquis dans le domaine des soins d'urgences	☐	☐
Garder un lien avec l'exercice hospitalier	☐	☐
Projet de changement de spécialité vers la médecine d'urgence	☐	☐
Rythme de travail	☐	☐
Rémunération attractive	☐	☐
Prise en charge de situations et pathologies non retrouvées en cabinet	☐	☐

Question 10 : Concernant votre avenir, vous envisagez :

	OUI	NON
Un exercice ponctuel ou à temps plein dans un service d'urgences	☐	☐
Un changement de spécialité vers la médecine d'urgences	☐	☐
Je n'ai pas encore d'idée précise sur mon avenir professionnel	☐	☐
De faire des formations en rapport avec la médecine d'urgences (DU, DIU ...)	☐	☐
Un exercice mixte (service d'urgences et activité autre)	☐	☐
D'arrêter l'exercice dans un service d'urgence et d'exercer en libéral et/ou en secteur hospitalier	☐	☐
Un exercice en centre médical d'urgence	☐	☐

Question 11 : Pensez vous qu'il serait intéressant de remettre en place une possibilité d'évolution de spécialité vers la médecine d'urgence pour les médecins généralistes via :

	OUI	NON
Il n'y a pas besoin d'évolution et de changement de spécialité	☐	☐
La remise en place d'un DESC de médecine d'urgence	☐	☐
Une reconnaissance de l'ordre des médecins, soit la forme d'une qualification ordinale ou VAE (validation des acquis et de l'expérience)	☐	☐
De la formation continue et l'acquisition de diplômes universitaires	☐	☐
La mise en place d'une FST (formation spécialisée transversale) de médecine d'urgence pendant l'internat de médecine générale	☐	☐

IX. LISTE DES ABRÉVIATIONS

APHM : Assistance Publique Hôpitaux Marseille
ARS : Agence Régionale de Santé
CAMU : Capacité de médecine d'urgence
CESP : Contrat d'engagement de service public
CH : Centre hospitalier
CHU : Centre hospitalo-universitaire
CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
DES : Diplôme d'études spécialisées
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaire
DESMU : Diplôme d'études spécialisées en médecine d'urgence
DIU : Diplôme interuniversitaire
DU : Diplôme universitaire
ECN : Examen classant national
FC : Filière courte
FHF : Fédération Hospitalière de France
FL : Filière longue
FST : Formation spécifique transversale
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
HP : Hôpital privé
IMG : Interne en médecine générale
IOT : Intubation orotrachéale
MCS : Médecin correspondant du SAMU
MG : Médecin généraliste
MMG : Maison médicale de garde
MAO : Médecin d'accueil et d'orientation
MU : Médecine d'urgences
PACA : Provence Alpes Cote d'Azur
PDSA : Permanence de soins ambulatoires
PDSES : Permanence de soins en établissement de santé
PH : Praticien hospitalier
PL : Ponction lombaire
PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale
RH : Ressources humaines
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR : Soins de suite et de réadaptation
SU : Service d'urgences
TX : Taux
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
UV : Urgences vitales
VAE : Validation des acquis de l'expérience
VNI : Ventilation non invasive

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 et méprisé si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RÉSUMÉ

Titre : Place et avenir des médecins généralistes dans les services d'urgence

Introduction : Depuis 2017, le DES de médecine d'urgence est la seule formation diplômante en médecine d'urgence. Pour autant, les médecins généralistes disposent toujours durant leur internat d'une formation à la médecine d'urgence. Face à cela, on assiste à une augmentation de l'activité des services d'urgences couplée à des problèmes d'effectifs médicaux. La médecine générale, forte de ses effectifs, et de sa proximité avec la médecine d'urgence, pourrait contribuer à résoudre ce problème. L'objectif de cette étude est donc de mener une réflexion, auprès des médecins généralistes et urgentistes, sur la place qu'occuperont à l'avenir les médecins généralistes dans les services d'urgences.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive et transversale évaluant quatre populations de médecins : internes en médecine générale, médecins généraliste travaillant en service d'urgence, médecins urgentistes, médecins généralistes ne travaillant pas en service d'urgence ; exerçant dans les Bouches du Rhône, du Var et du Vaucluse, sur leur positionnements quant à la place et l'avenir des médecins généralistes dans les services d'urgences. Cela via la diffusion d'un questionnaire envoyé par mail et sur le groupe Facebook des internes de médecine générale de Marseille, soit un total de 1121 personnes.

Résultats : Au total 266 médecins ont répondu au questionnaire. Les avis exprimés vont dans le sens que les médecins généralistes sont compétents pour un exercice en services d'urgences, avec des réserves exprimés sur la prise en charge de l'urgence vitale. Dans cette étude, un tiers des internes de médecine générale interrogés sont intéressés par un exercice en service d'urgences, mais seul 19% des médecins généralistes déjà installés sont favorables à un éventuel exercice en SAU. Un déficit de formation est également exprimées par une majorité des interrogés, avec des demandes de réalisation de DU, DUI ou FST dans le domaine de l'urgence, voir même un 2ème semestre en service d'urgence durant l'internat.

Conclusion : La présence de médecins généralistes dans les services d'urgences est perçue comme une solution concrète et adaptée à la fois d'un point de vue quantitatif et au niveau qualitatif.

Mots-clés : Médecine Générale – Médecine d'Urgence – Service d'urgences – Collaboration – Compétences – Internes en médecine générale – Formation – Exercice