



HAL
open science

La connaissance de la fonction Médecins Correspondants du SAMU par les internes de médecine générale picards : exploration des motivations et freins potentiels

Marina Lievin

► To cite this version:

Marina Lievin. La connaissance de la fonction Médecins Correspondants du SAMU par les internes de médecine générale picards : exploration des motivations et freins potentiels. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04185172

HAL Id: dumas-04185172

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04185172v1>

Submitted on 22 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2023

Thèse n°2023-43

THÈSE

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine
Spécialité Médecine Générale

**La connaissance de la fonction Médecins Correspondants du
SAMU par les internes de médecine générale picards :
exploration des motivations et freins potentiels**

Présentée et soutenue publiquement le 02 juin 2023

Par Marina LIEVIN

Devant un jury composé de :

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON, Président du jury

Madame le Docteur Edith ANCEY

Monsieur le Docteur Fadi CHEHAB

Madame le Docteur Marion DELZARD-CHAMOT, directrice de thèse

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Maxime GIGNON, Président du jury

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé
Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie CHU Amiens
Membre du Haut Conseil de Santé Publique*

Vous avez l'expression de ma gratitude et de mon profond respect, je suis honorée de vous avoir en tant que président du jury.

Je vous remercie de votre présence, et de votre engagement auprès des étudiants, que cela soit en stage et même en dehors.

À Madame le Docteur Edith ANCEY

*Maître de Conférence Associé
Département de Médecine Générale*

Merci d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Merci également pour votre encadrement pendant le stage partagé avec vous, du temps que vous m'avez accordé à chaque fin de journée pour parler, m'écouter et merci d'avoir accepté mes doutes.

À Monsieur le Docteur Fadi CHEHAB,

*Praticien Hospitalier en médecine d'urgence
Chef du service des urgences de Péronne*

L'homme le plus gentil que je connaisse, mon mentor, mon ami, mon confident. Être dans mon jury de thèse est un des plus beaux cadeaux que tu puisses me faire, je me fais une joie de t'y voir présent.

Merci pour toutes ces gardes partagées, que ce soit en tant qu'interne ou désormais en tant que cheffe, ces gardes dont je ne voyais pas le temps passer en ta présence. Tu as eu un grand impact dans ma vie professionnelle. Mes remerciements ne suffiront jamais par rapport à tout ce que tu as fait pour moi. Merci pour les Mcdo (j'étais obligée !). J'espère un jour pouvoir te rendre tout cela.

À Madame le Docteur Marion DELZARD-CHAMOT, Directrice de thèse

Assistante universitaire au Département de médecine générale à Amiens

Médecin Généraliste installée à Quevauvillers

Merci de m'avoir guidée, à travers cette thèse et au-delà dans mes questionnements concernant mon parcours professionnel, merci d'avoir répondu à toutes mes interrogations et d'avoir pris des soirées pour m'expliquer le monde obscur de l'administratif !

À ma famille :

À mes deux parents, ce travail est le fruit de votre amour et de votre dévotion m'ayant amenée là où je suis, merci d'avoir fait le maximum pour me mettre sur le chemin de la réussite.

À Maman, toi qui as beaucoup donné de ta personne, je sais que tu es très fière et que ce jour est une belle consécration pour toi en tant que maman. Il l'est pour moi aussi.

À Papa, qui ne dit rien mais n'en pense pas moins, merci de m'avoir rassurée pour tous les examens de ma vie avec ta fameuse phrase : « Mais t'inquiète je sais que tu vas réussir » et merci de m'avoir préparé tant d'assiettes de pâtes en rentrant de mes conférences et autres gardes.

À Yoyo, nos parcours et caractères ont été radicalement différents, aujourd'hui le temps nous fait grandir et nous rapproche, merci de m'avoir accompagnée sur la fin de cette thèse.

À mon petit Soso, mon « Pioupiou » d'amour, mon jumeau, toi qui m'as toujours connu « à l'école », toi qui es né le jour de mon concours Paces ! Ça y est ta grande sœur a enfin fini ! Je t'aime.

À Harry, mon fidèle compagnon à 4 pattes qui m'a accompagnée tant d'heures en dormant sur mes livres de médecine.

À toute la famille présente, merci

À mes amis

À Marie, ma marraine de médecine, toi qui m'as suivie depuis toute petite, merci de m'avoir mis ce stéthoscope sur les oreilles et donner cette envie de faire médecine, de m'avoir accueillie en tant que première stagiaire au cabinet. Je n'en garde que des bons souvenirs et de nombreux fous rire. Merci d'être celle que tu es, j'espère pouvoir apprendre de ta gentillesse et de ton humilité tout au long de ma vie.

Aux Enorceleuses, Emilie et Caroline, que dire ! La D4 et la vie n'auraient pas été les mêmes sans vous, merci pour ces moments de sport intensifs, ces goûters de fou du dimanche, ça y est Petit chef passe sa thèse !

À Vincent, mon binôme, mon frère de médecine, merci d'être là depuis tant d'années pour moi, à nos soirées, nos révisions et tous ces moments de partage. Merci frérot !

À Romain, Anis, Hugo, Grégoire, Chloé, Margaux mes copains de médecine et compagnons de beuverie (forcément ça va de pair !).

À Océane, ma première co-interne ! Merci pour ton oreille attentive, à nos voyages passés et à venir.

À Clément, mon frère de stage, merci d'avoir supporté mes colères et d'avoir évité l'explosion du service. Par contre, plus jamais de garde avec toi !

À Flora, pour ton amitié fidèle.

À toute la team du lycée encore présente, quel plaisir de pouvoir déconnecter de la médecine avec vous pendant toutes ces années !

À Samir, tu as réussi à me supporter pendant toutes ces gardes, merci d'avoir su me rassurer sur mes prises en charge, d'avoir su calmer mes larmes. Merci pour tout ce qu'il y a à côté, l'appartement, les stages et tout le reste.

Aux Docteurs Benoit BRIHAYE et Louisa HEBIB je vous remercie tous les deux pour votre encadrement, votre disponibilité, et cette bonne humeur instaurée en stage. Je me fais une joie de pouvoir travailler avec vous à l'avenir et espère continuer sur cette lancée.

À Emilie et Claire, mes (jeunes) mamans de Péronne, votre petit boulet inattentif est désormais docteur ! J'ai beaucoup apprécié travailler avec vous deux, merci pour votre encadrement, votre aide (pour toutes mes galères de vie) et votre amitié.

À Caroline, une collègue devenue amie, merci d'avoir participé à l'impression de cette thèse, merci de ton soutien fidèle. Merci pour les cafés partagés.

À toute l'équipe des urgences et du service de médecine de Péronne, vous m'avez vue grandir en tant que bébé docteur, merci à tous ceux m'ayant encadrée de près ou de loin.

À l'équipe de médecine polyvalente de Montdidier, merci pour votre bonne humeur à tous.

Aux médecins généralistes m'ayant encadrée en stage, merci.

À tous ceux présents de près ou de loin, de façon ponctuelle ou plus régulière, que j'ai pu oublier, merci à tous ceux ayant croisé mon chemin.

TABLE DES MATIERES

I. Introduction	10
1.1 Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS)	10
1.1.1) Définition	10
1.1.2) Statut juridique	10
1.1.3) Assurances	11
1.1.4) Rémunération	12
1.1.5) Les médicaments	13
1.1.6) La formation	13
1.1.7) L'implantation des MCS sur le territoire	14
1.2. La Région Picardie	15
1.2.1) La population et sa démographie médicale	15
1.2.1) L'Aide Médicale Urgente en Picardie	16
1.2.1.1 Les centres hospitaliers avec Service d'accueil des urgences (SAU)	16
1.2.1.2 Le SAMU et le SMUR	17
1.2.1.3 Les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)	18
1.2.1.4 Les ambulances privées	21
1.3. Problématique	22
II. Matériels et Méthodes	23
2.1. Type d'étude	23
2.2. Données recueillies	23
2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion	24
2.4. Critère de jugement principal	24
2.5. Critères de jugement secondaires	24
2.6. Analyse statistique	25
2.7. Ethique	25
III. Résultats	26
3.1. Caractéristiques de l'étude	26
3.2. Mode d'exercice	27
3.3. Critère de jugement principal	28
3.4. Critères de jugement secondaires	29
3.4.1) La formation aux gestes d'urgence	29
3.4.2) Le niveau de gestion des urgences	30
3.4.3) Le niveau de stress lors d'une situation d'urgence	31
3.4.4) Les avantages	31
3.4.5) La rémunération	32
3.4.6) L'organisation au cabinet	32
3.4.7) Les freins à l'exercice de MCS	33
3.4.8) La diversification	34
3.4.9) Exercer la fonction MCS	34

IV. Discussion	35
4.1. Les forces de l'étude	35
4.2. Les limites de l'étude	35
4.3. La méconnaissance des MCS et le manque de communication	36
4.4. Les avantages de la fonction MCS	37
4.5. Les freins de la fonction MCS	39
4.6. Perspectives d'avenir	40
V. Conclusion	42
BIBLIOGRAPHIE :	43
<i>Annexe 1 : Exemple de contrat entre un MCS et le SAMU (ici SAMU 62)</i>	46
<i>Annexe 2 : Liste de matériel fournie à titre indicatif dans le guide de déploiement</i>	51
<i>Annexe 3 : Questionnaire de thèse distribué aux internes</i>	53
<i>Questionnaire de thèse</i>	53
RESUME	56

ABREVIATIONS

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

AMU : Aide Médicale Urgente

SAMU : Service d'Aide médicale urgente

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

ARS : Agence régionale de santé

HDF : Hauts de France

RCP : Responsabilité civile et professionnelle

FIR : Fond d'intervention régional

CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie

DPC : Développement personnel et continu

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

SFMU : Société française de médecine d'urgence

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

SAU : Service d'accueil des urgences

SDIS : Services départementaux d'incendie et de secours

SSSM : Service de santé et de secours médical

MSP : Médecin Sapeur-Pompier

IMG : Internes de Médecine Générale

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CPP : Comité de Protection des Personnes

CAMU : Capacité de Médecine d'Urgence

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

I. Introduction

1.1 Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS)

1.1.1) Définition

Le Médecin Correspondant du SAMU est défini comme un médecin de premier recours qui est volontaire, formé et équipé pour répondre à des besoins d'urgences afin de participer à la mission de service publique de l'aide médicale urgente (AMU) [1].

Comme le prévoient le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et l'arrêté du 12 février 2007, le MCS intervient dans des situations nécessitant des compétences spécifiques, il est un relais médical du SAMU (Service d'aide médicale urgente) et intervient avant celui-ci, en lien direct dans des territoires où le délai avec un centre hospitalier est supérieur à 30 minutes. [2] De plus, il intervient avec du matériel et des médicaments mis à disposition par le centre 15 de référence.

Le MCS établit, pour le médecin régulateur du SAMU, un premier bilan médical de la victime. Ce dernier peut l'accompagner dans l'évaluation et la prise en charge de celle-ci si besoin. Le MCS peut, après son évaluation, annuler le déclenchement du SMUR (Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation) s'il le juge nécessaire.

En pratique, dans la majorité des cas, la Dr. Marie Annick Hidoux déclare que le médecin correspondant du SAMU est le plus souvent un « médecin généraliste » volontaire, installé à plus de 30 minutes des SMUR. [3]. Les médecins signalent chaque mois leur disponibilité au SAMU de rattachement, selon les réseaux existants, une astreinte est parfois mise en place. Leur organisation est dépendante du nombre de MCS et de l'organisation avec le SAMU de rattachement lui-même.

1.1.2) Statut juridique

Puisqu'il ne s'agit pas d'un mode d'exercice à proprement parlé, le médecin conserve ses fonctions, ses missions et son mode d'exercice qui lui sont habituels. Les missions du MCS rentrent dans le cadre des soins urgents non programmés. Lors de l'exercice de cette fonction, il agit comme collaborateur occasionnel du service public, le médecin peut coupler l'exercice de cette fonction avec son activité habituelle qu'elle soit libérale ou salariale. [4]

Le dispositif des MCS est accessible à tout professionnel médical, « quel que soit son statut et son mode d'exercice ». [4] Il est d'ailleurs précisé que les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement qui remplissent les conditions de formation et d'intervention des MCS peuvent également prendre part au dispositif, si l'interne ou le médecin remplace régulièrement des médecins MCS, s'il a suivi la formation annuelle et s'il a signé un contrat à son nom propre.

Un contrat d'engagement est établi entre le médecin aspirant à la fonction, le réseau MCS pilote de la région (si celle-ci existe, ce qui n'est pas le cas dans les Hauts de France), l'Agence Régionale de Santé (ARS) et le centre hospitalier siège du SAMU-Centre 15 territorialement compétent [1] dont dépend son secteur d'intervention. Un exemple de contrat MCS avec le SAMU d'Arras, fournie par l'ARS Hauts de France (HDF) après contact par e-mail, est disponible en annexe 1.

1.1.3) Assurances

L'établissement siège du SAMU prend en charge la couverture assurantielle du médecin s'engageant dans la fonction, étant donné son statut de collaborateur occasionnel du service public, pour les dommages éventuels causés aux patients et aux tiers dans le cadre de sa mission. L'assurance de l'établissement siège du SAMU ne prend pas en charge les pertes d'activité libérales ultérieures éventuelles en cas d'accident par exemple [4] car elle ne rentre pas en compte dans l'activité de MCS.

Le médecin exerçant en tant que MCS s'engage également à informer son assureur de responsabilité civile professionnelle (RCP) de l'activité de MCS afin de garantir les éventuels dommages subis dans le cadre de cette activité et les éventuels dommages causés par sa faute personnelle (faute détachable du service).

En cas de déplacement avec sa voiture personnelle, il doit vérifier que son assurance prend également en charge les déplacements professionnels.

1.1.4) Rémunération

Des indemnités financières pour les interventions sont prévues et sont fixées par les ARS référentes et sont financées par la FIR (fond d'intervention régional) [2].

Les types d'indemnités et leurs montants sont indiqués sur le contrat du MCS. La contrainte de disponibilité demandée au médecin justifie une contrepartie financière, soit par un complément de rémunération pour chaque intervention, soit par une indemnité d'astreinte. Cette rémunération complémentaire a pour objectif d'inciter les acteurs à participer au dispositif et est variable selon les différents territoires.

Elle est dépendante de chaque ARS. A titre d'exemple, sur une précédente thèse qui évaluait la mise en place du dispositif MCS dans le Pas de Calais, réalisé en 2016 [5] et confirmé après contact avec l'ARS Hauts de France : la rémunération par l'intermédiaire de la CPAM (Caisse primaire d'Assurance Maladie) est à 7C (175€), ajouté à cela les cotations actives en médecine générale avec complément forfaitaire de 2C par heure si l'intervention dépasse une heure.

A titre d'information, l'ARS Nouvelle Aquitaine, par exemple, rémunère sur la base d'un forfait qui s'élève à 260€ avec frais kilométriques inclus. De la même manière que les gardes assurant la permanence de soins ambulatoires, les MCS peuvent prétendre à une exonération de l'impôt sur le revenu à hauteur de 60 jours de permanence par an conformément à l'article 151 ter du Code général des impôts [6].

L'indemnisation des journées de formation s'effectue par convention soit via le développement professionnel continu (DPC) à hauteur de 3C (3 consultations) de l'heure [6] soit par l'établissement siège de SAMU (en convention avec l'ARS) soit via le réseau MCS régional. [1]

1.1.5) Les médicaments

La liste des médicaments (disponible en annexe 2) proposée dans le guide de déploiement de la Direction Générale de l'offre de soins (DGOS) est donnée à titre indicatif par la société française de médecine d'urgence (SFMU) [4], le contenu précis de la « trousse du MCS » doit être évalué et validé sur chaque territoire par le siège SAMU avec lequel le MCS a signé son contrat. Le dispositif distribue la dotation des différents médicaments à chaque cabinet médical, quel que soit le nombre de MCS y exerçant. Elle est conservée au cabinet, et constitue une réserve pour approvisionner le sac d'intervention [1]

1.1.6) La formation

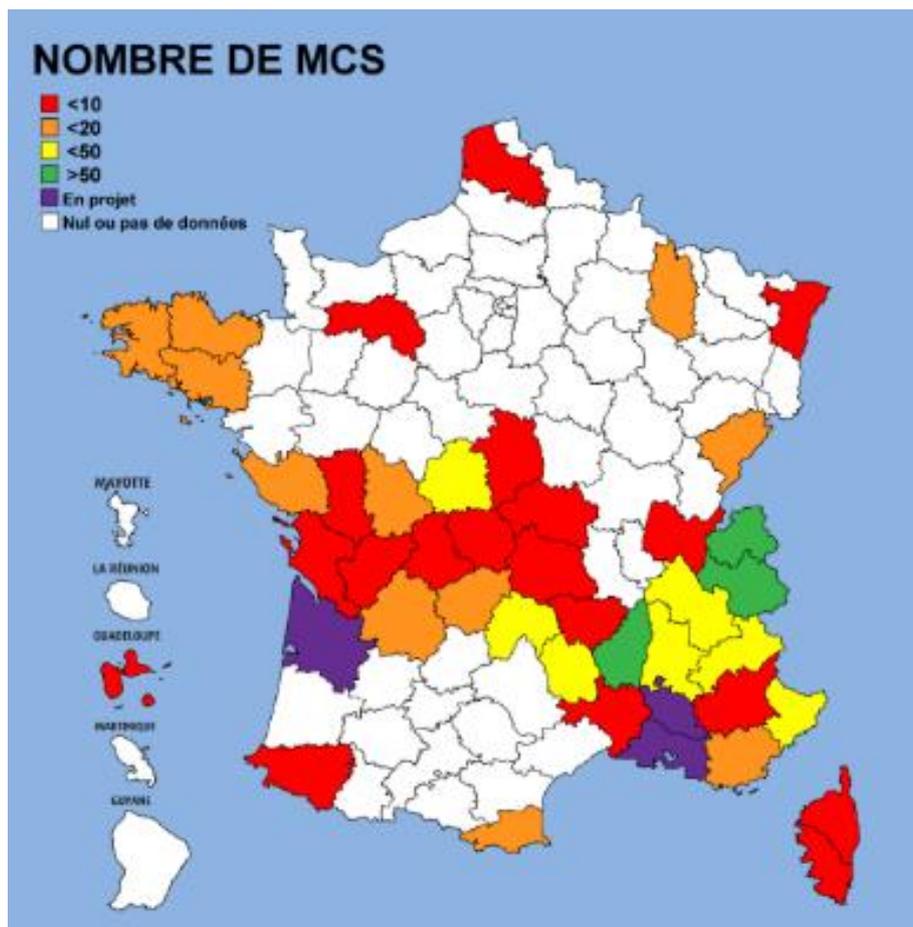
La formation afin d'exercer la fonction MCS se décline comme suit et est gérée par le réseau MCS régional [4] :

- Une formation théorique et pratique sous formes de 6 modules d'une durée totale de 2 jours, assurée par le CESU sous la forme d'un enseignement physique et d'un e-learning.
- Un stage pratique de 48 heures dans les structures d'urgences du CH siège de son SAMU d'origine ;

Les thématiques traitent prioritairement de la gestion des urgences vitales (arrêt cardio-respiratoire, gestes d'intubation, syndrome de détresse respiratoire, urgences pédiatriques, traumatologies, accouchement inopiné...). La formation continue est également obligatoire avec 2 jours par an. Les différents SAMU jouent un rôle majeur dans la formation des MCS via l'intermédiaire des universités et des Centre d'Enseignement des Soins Urgents (CESU) puisqu'ils élaborent des protocoles d'urgences avec les MCS agissant dans les territoires concernés [1].

1.1.7) L'implantation des MCS sur le territoire

Elle est déterminée par l'ARS en association avec le SAMU et à partir des territoires et populations situés à plus de 30min d'accès aux soins urgent (service d'urgence ou SMUR). Ils tiennent compte des besoins de la population, des attentes des professionnels et des territoires de permanence de soins ambulatoires. Actuellement, on dénombre entre 500 et 600 médecins correspondants de SAMU inégalement répartis sur le territoire. [3] Il n'en existe aucun en Picardie (ancienne iconographie de MCS-France).



Carte 1 : Répartition des MCS en France

1.2. La Région Picardie

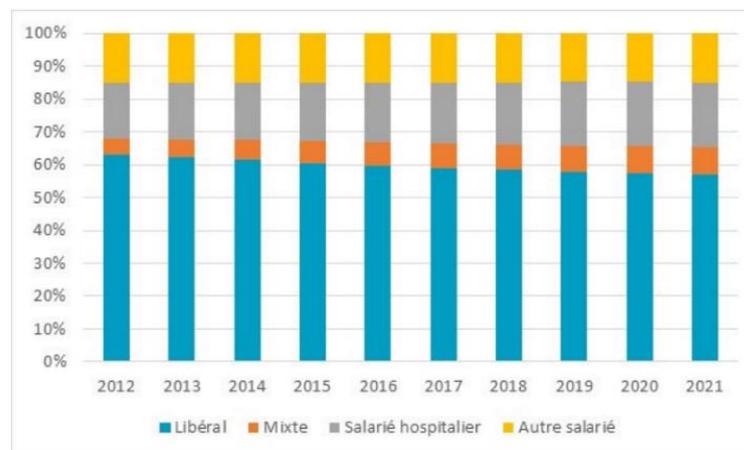
1.2.1) La population et sa démographie médicale

En 2020, la région Picardie recense 1 927 000 habitants et la nouvelle région Hauts de France comptabilise 5 997 700 habitants [7].

Avec le regroupement des régions, quelques données ne sont disponibles que pour la région Hauts de France dans son ensemble. En 2022, la région Hauts de France comptait 9006 médecins généralistes sur 84 133 en activité régulière [8], celle-ci est en baisse progressive depuis plusieurs années et est inégalement répartie sur le territoire que ce soit à l'échelle de la région ou du département en lui-même. En effet en se concentrant sur la région Picardie la densité médicale était de 143,9 médecins pour 100 000 habitants dans la Somme, 88.9 médecins pour 100 000 habitants dans l'Oise et 84,4 dans l'Aisne [9] pour une norme nationale à 121 médecins pour 100 000 habitants [8].

Chez les médecins généralistes comme chez les autres spécialistes, l'exercice libéral a tendance à reculer au profit de l'exercice mixte et salarié. [10]

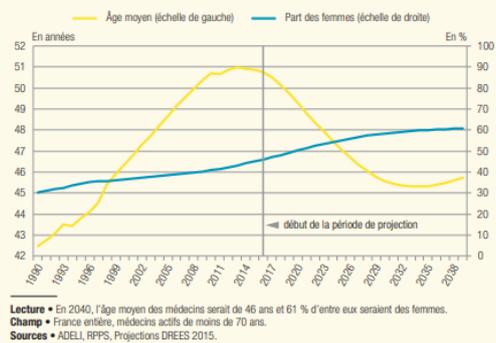
Généralistes



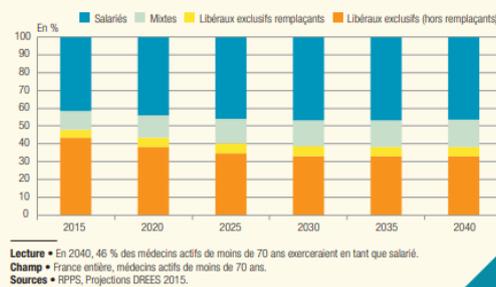
Graphique 1 : Répartition des médecins par mode d'exercice et spécialité entre 2012 et 2021

Selon une étude de la DRESS réalisée par Bachelet M. et Anguis M. [11] l'effectif de médecins sera composé à l'avenir d'ici 2040 d'une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée.

GRAPHIQUE 3
Évolution de l'âge et de la répartition par sexe des médecins selon le scénario tendanciel



GRAPHIQUE 4
Répartition des médecins en activité à l'horizon 2040 par mode d'exercice



Graphique 2 et 3 : Répartition de l'âge, du sexe et de l'activité des médecins généralistes

1.2.1) L'Aide Médicale Urgente en Picardie

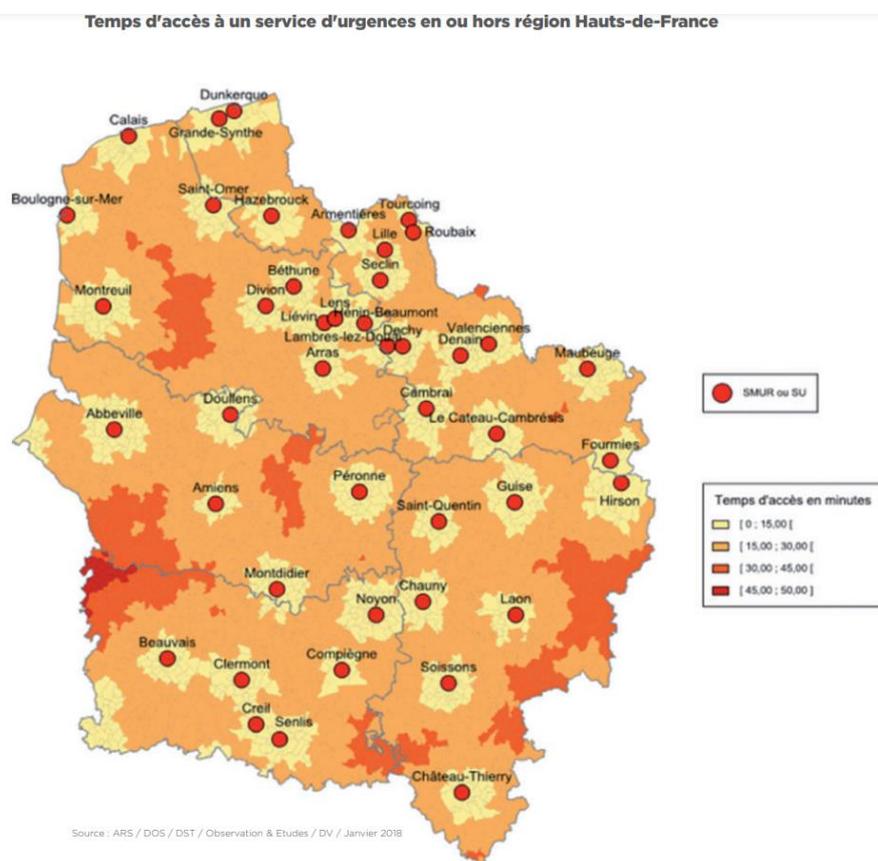
L'Aide Médicale Urgente (AMU) repose sur le principe d'une régulation médicale réalisée par le SAMU associée à des effecteurs et différentes équipes spécialisées pouvant assurer la prise en charge d'un patient [12].

1.2.1.1 Les centres hospitaliers avec Service d'accueil des urgences (SAU)

La région Picardie possède 18 structures d'accueil des urgences disponibles 24h/24 : 5 dans la Somme : Abbeville, Doullens, Amiens, Péronne, Montdidier ; 5 dans l'Oise : Noyon, Compiègne, Clermont, Creil, Beauvais (à l'heure de l'écriture de cette thèse les urgences de l'hôpital de Senlis sont toujours fermés depuis décembre 2021 [13]) ; et 7 dans l'Aisne : Saint Quentin, Guise, Hirson, Chauny, Laon, Soissons, Château-Thierry.

Il existe de nombreuses zones sensibles où l'accès à un service d'urgence est supérieur à 30minutes : dans la région aux alentours d'Albert, au-delà de Poix de Picardie, dans l'est de l'Aisne. Il existe à l'Ouest de l'Oise une zone où le temps d'accès aux urgences est même supérieur à 45 minutes [14].

En 2017, 2% de la région Hauts de France se situe à 30min ou plus d'un SAU ou d'un SMUR soit plus de 111 000 habitants [15] avec une forte disparité entre l'ex région Picardie et l'ex région Nord Pas de Calais.



Carte 2 : Temps d'accès à un service d'urgence dans la région Hauts-de-France

1.2.1.2 Le SAMU et le SMUR

Le SAMU est un centre d'appels disponible 24h/24 pour les besoins de santé de la population afin d'intervenir sur les prises en charge préhospitalière. La régulation médicale effectuée par le SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux patients, elle dispose de différents acteurs impliqués dans l'AMU afin de pouvoir les déclencher selon le degré d'urgence et le niveau de gravité du patient [16].

Cette régulation médicale est accessible par le numéro d'appel d'urgence "15" et est gérée par des médecins urgentistes et des médecins généralistes. Il existe un SAMU dans chaque département : Amiens pour la Somme, Beauvais pour l'Oise et Laon pour l'Aisne.

Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) est composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un ambulancier pour les véhicules légers et les ambulances de réanimation. L'hélicoptère peut parfois être déclenché. Ils interviennent directement au domicile du patient ou sur le lieu de l'accident. Le véhicule SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. [16]

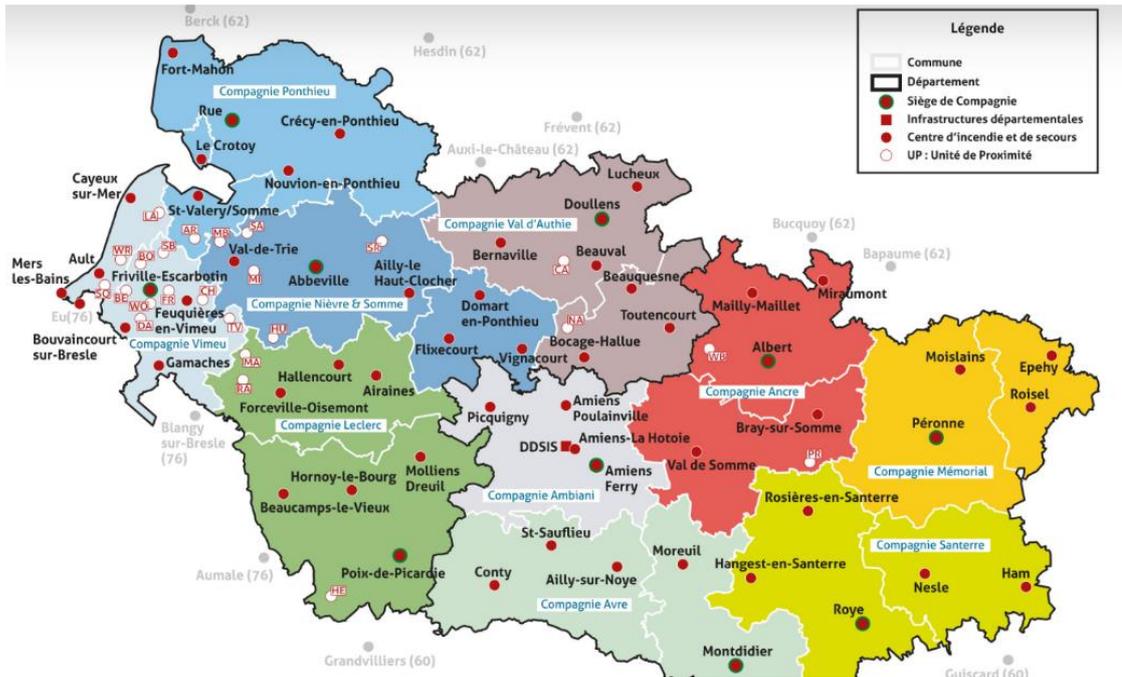
Concernant les services mobiles, il existe dans la Somme le SMUR de Amiens, Montdidier, Doullens, Péronne et Abbeville. Dans l'Oise, il existe le SMUR de Beauvais, Clermont, Compiègne, Creil et Noyon. Enfin dans l'Aisne, il existe le SMUR de Saint Quentin, Château-Thierry, Soissons, Chauny, Hirson, Guise. [17]

1.2.1.3 Les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS)

Les sapeurs-pompiers possèdent différentes missions parmi lesquelles [18] :

- Le secours d'urgence aux personnes qui représente 85% de leur activité : malades, blessés, noyés, intoxiqués
- L'intervention sur les accidents de circulation routiers, ferroviaires, aériens et de navigation
- L'intervention sur les incendies et les feux de forêts
- L'intervention sur les risques industriels et de pollution
- La protection de la faune
- Les plans d'urgence

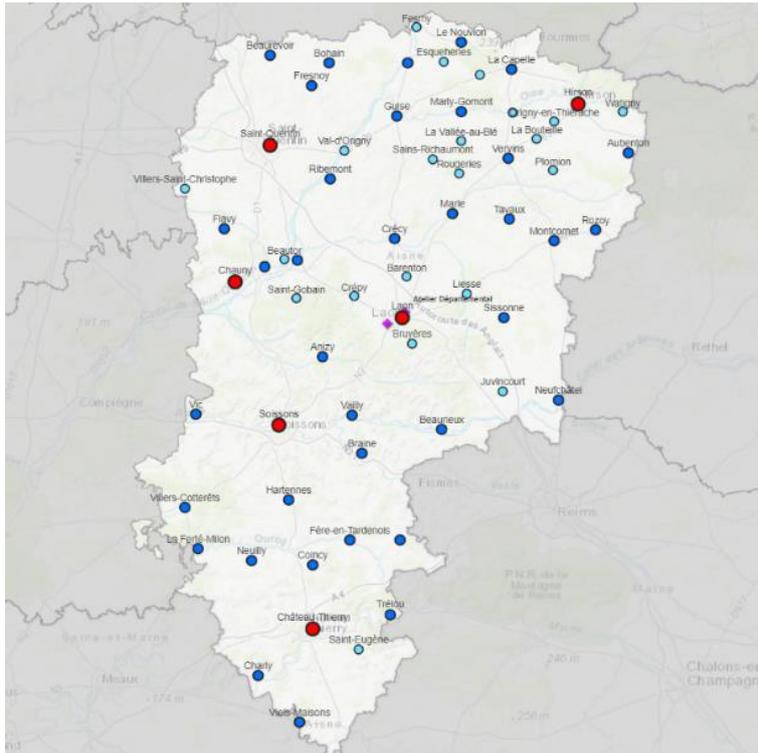
Il existe 57 casernes dans la Somme, 42 centres dans l'Oise, 63 dans l'Aisne



Carte 3 : Lieu d'implantation des casernes SDIS dans la Somme (80)



Carte 4 : Lieu d'implantation des casernes SDIS dans l'Oise (60)



Carte 5 : Lieu d'implantation des casernes SDIS dans l'Aisne (02)

Il est possible d'intégrer la SDIS en tant que médecin participant au Service de santé et de secours médical (SSSM), en tant que volontaire ou professionnel. Le médecin possède plusieurs missions [19] :

- Apporter un renfort médical de proximité aux secours déjà engagés
- Assurer une médicalisation dans l'attente de l'intervention éventuelle d'une équipe constituée (SMUR, ...)
- Participer aux plans de secours en cas de catastrophe
- Evaluer l'aptitude médicale de vos collègues sapeurs-pompier
- Mener auprès d'eux une politique de prévention
- Apporter si nécessaire des soins aux sapeurs-pompier blessés sur les interventions de grande ampleur ou comportant des risques particuliers

Après contact avec les différents responsables Médecin Sapeur-Pompier (MSP), il existe dans la Somme 14 médecins Sapeurs-Pompier volontaires (confirmé par le Dr. lieutenant CHAPON), 41 MSP volontaires dans l'Aisne confirmé par le Dr. BARDON.

Dans l'Oise, le Dr. SIMON FOLGAS confirme qu'il existe 15 MSP volontaires en précisant leurs missions qui sont différentes des MSP professionnels :

Les MSP volontaires ne participent pas à l'aide médicale urgente. Ils effectuent les visites médicales d'aptitudes de nos sapeurs-pompiers et parfois, selon leurs compétences, à la formation.

Les MSP professionnels assurent une astreinte « Officier santé » pour répondre à tous problèmes rencontrés par les sapeurs-pompiers concernant les interventions ou pour assurer un soutien sanitaire lors des interventions de longues durées ou interventions particulières. Les MSP professionnels peuvent intervenir en renfort pour de l'aide médicale urgente en lien avec le médecin régulateur du SAMU lors de situations de multiples victimes par exemple.

1.2.1.4 Les ambulances privées

Les ambulances privées sont déclenchées par le médecin régulateur du SAMU afin d'intervenir dans des délais appropriés, pour la prise en charge et le transport du patient dans un établissement de santé selon la décision du médecin. Pendant le transport du patient, l'ambulancier qualifié veille à la surveillance du patient et à intervenir par les gestes de premiers secours si l'état du patient le requiert, il peut également réaliser un bilan secouriste à la demande du SAMU [20]

1.3. Problématique

A l'heure où les déserts médicaux ne cessent de s'étendre, le délai d'arrivée du SAMU peut être assez long pour la prise en charge des patients, qui peut malheureusement s'avérer être fatale dans certains cas. Le MCS arrive en moyenne en 11 mn sur les lieux d'intervention quand les SMUR mettent entre 35 et 55 mn pour atteindre ces zones isolées [3]. Depuis 2012, le gouvernement s'est donné pour objectif de développer et d'inciter les médecins à prendre part au dispositif de MCS notamment à travers le lancement du guide de déploiement de l'ARS en 2013 [4].

Mais à ce jour, il n'existe aucun médecins généralistes MCS en Picardie malgré l'existence de zones situés à plus de 30minutes d'un SAU ou SMUR, vues précédemment et représentées géographiquement par la carte 1.

Dès lors il est intéressant de connaître ce qui peut limiter les médecins à rejoindre le dispositif MCS. Dans la thèse du Dr. Mentz [21], il est évoqué d'abord un manque de connaissance du dispositif, un manque d'investissement à la diversification de l'activité notamment de la part des médecins proches de la retraite et un défaut de formation chez les médecins généralistes interrogés.

C'est la raison pour laquelle j'ai décidé d'orienter cette recherche aux internes de médecine générale (IMG) en formation en Picardie, qui sont d'abord plus susceptible de s'y installer, d'autant plus que les internes en médecine générale ont désormais une formation d'un semestre aux urgences dans le cadre du DES de médecine générale. De plus, cette thèse peut leur amener la connaissance de cette fonction si celle-ci ne leur était pas connue auparavant et de fil en aiguille de pouvoir apporter une compétence supplémentaire dans notre spécialité.

Mon objectif à travers cette thèse est d'évaluer en tant que critère de jugement principal les connaissances des internes picards sur ce sujet, ainsi que leurs potentielles motivations ou les potentiels freins en tant que critères de jugement secondaires.

II. Matériels et Méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive transversale quantitative adressée à l'ensemble des internes de médecine générale de Picardie en formation en septembre 2022 des trois promotions différentes en formation.

Une brève présentation de la fonction MCS était effectuée par moi-même au début du cours, avec accord des enseignants concernés, afin d'expliquer ce qu'est un MCS et en quoi consiste les missions de sa fonction.

Le questionnaire, imprimé en format papier, a été distribué au début de chaque cours magistral courant du mois de septembre 2022 : le 1^{er} septembre 2022 pour les internes de 1^{ère} année, le 8 septembre 2022 pour les internes de 2^{ème} année et le 29 septembre 2022 pour les internes de 3^{ème} année. Il a ensuite été récupéré à la fin du cours concerné.

2.2. Données recueillies

Ce questionnaire, disponible en annexe 3, était divisé en plusieurs parties. La première partie comprend un résumé de la fonction de MCS en cas de non compréhension lors de la présentation orale.

La deuxième partie rassemblait quelques données épidémiologiques comme le sexe, le nombre de semestres validés et les projets professionnels (le mode d'exercice souhaité, le lieu d'installation).

Une troisième partie évaluait la connaissance ou non de la fonction MCS ainsi que l'évaluation des différents freins et motivations qui ont pu être mis en avant lors des différents travaux sur les MCS.

Les motivations qui ont été évaluées sont principalement la formation pratique et continue dans le domaine de l'urgence, la satisfaction personnelle, les rapports professionnels avec le travail d'équipe et la permanence de soins assurée.

Les freins évalués étaient l'aspect émotionnel comprenant le stress, la formation dans le domaine de l'urgence et l'aspect organisationnel avec le cabinet. L'aspect financier pouvait être évalué à la fois comme un frein ou comme une motivation.

Une quatrième partie se focalisait sur la diversité d'activité avec un intérêt ou non dans le domaine de l'urgence, et conclut sur un attrait ou non au dispositif de MCS.

2.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Tout interne consentant ayant répondu et rendu le questionnaire étaient inclus dans l'étude. Les internes étaient libres de ne pas rendre le questionnaire s'ils ne souhaitaient pas participer à l'étude. Les personnes exclues étaient les internes ayant répondu « NON » à la question n°3 et ceux n'ayant pas rempli ou n'ayant pas rendu le questionnaire complété.

2.4. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était évalué par la réponse à la question n°8 « Connaissez-vous avant ce questionnaire la fonction de MCS ? » Auquel l'interne ne peut répondre que par oui ou par non.

2.5. Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires explorent les motivations à travers les questions 13, n°14, n°15, n°16 pour la formation et la gestion de l'urgence. Par la question 21 pour la permanence de soins et par les questions 22 et 23 pour la diversité d'activité.

Les différents freins étaient évalués par les questions n°10, n°11, n°12 pour la gestion de l'urgence. Par les questions n°18, n°19, n°20 pour l'organisation au cabinet et la question n°24 d'un point de vue général sur les potentiels freins.

La rémunération pouvait, à la question n°17, selon le choix de l'interne, être évalué comme une motivation ou un frein.

Les intitulés des questions sont disponibles en annexe 3.

2.6. Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées sur Excel (Microsoft corporation© office 2016), les données descriptives sont analysées en nombres et pourcentages arrondis au dixième.

2.7. Ethique

Les données du questionnaire papier étaient recueillies de manière anonyme, sur le volontariat et directement auprès des internes concernés. Il n'y avait aucune question concernant de potentielles données de santé ni autres informations sensibles concernant les internes.

Cette étude n'est donc pas concernée par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 (« Loi Jardé ») relative aux recherches impliquant la personne humaine. De ce fait, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et le Comité de Protection des Personnes (CPP) n'ont pas été contactés pour la réalisation de cette thèse.

Par ailleurs, cette étude n'a bénéficié d'aucun financement autre que personnel pour sa réalisation, il n'existe donc aucun conflit d'intérêt.

III. Résultats

3.1. Caractéristiques de l'étude

A l'issue des 3 cours magistraux, un total de 193 questionnaires a été récupéré, 2 formulaires n'étaient pas du tout remplis et 1 n'a pas été comptabilisé car partiellement rempli (jusqu'à la question 5). Un total de 190 questionnaires a été analysé.

Parmi les 190 internes, on retrouve 97 hommes et 93 femmes. Tous sont internes en médecine générale à Amiens (n= 190 soit 100%) ce qui a permis de ne pas exclure d'autres questionnaires supplémentaires au sein de cette étude.

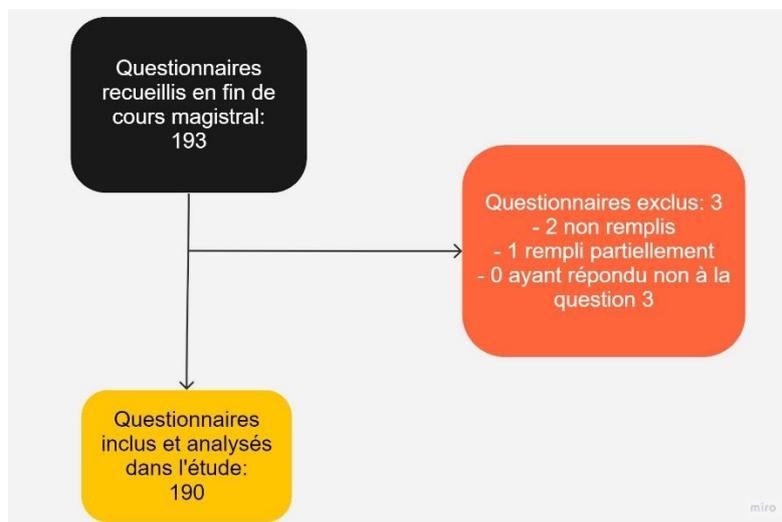


Figure 1 : Diagramme de flux (Flow chart)

Le questionnaire ayant été distribué en fin de semestre au mois de septembre, les internes sont majoritairement de 2^{ème}, 4^{ème} et 6^{ème} semestre (respectivement 70, 54 et 62 internes).

Il existe 1 interne en 1^{er} semestre et 1 interne en 5^{ème} semestre. 2 d'entre eux ont coché « Autre » et ont précisé « FST médecine du sport » ainsi que « Reprise de l'internat de médecine générale après une longue période ». Les principales caractéristiques de la population sont présentées dans le tableau 1.

Caractéristiques	n	%
Sexe		
Femme	93	49
Homme	97	51
Numéro de semestre en cours (en semestres)		
1	1	0,5
2	70	36,9
3	0	0
4	54	28,4
5	1	0,5
6	62	32,6
Autre	2	1,1
Interne en médecine générale à Amiens		
Oui	190	100
Non	0	0

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

3.2. Mode d'exercice

Les internes de médecine générale picards ont été interrogés sur leur (potentiel) futur mode d'exercice, 141 étudiants pensent exercer en libéral, 8 ont répondu vouloir faire de l'hospitalier/clinique, 3 souhaitent exercer chez SOS médecins, 1 interne souhaite intégrer une équipe de l'HAD, 4 ont répondu « Autre ».

Certains internes ont coché plusieurs modes d'exercice, parmi les plus représentés on retrouve le duo « Libéral » et « Hospitalier » pour 12 internes, ainsi que « Libéral » et « SOS médecins » pour 13 internes.

Dans son ensemble, le libéral y est majoritairement représenté. D'autres combinaisons étaient représentées mais à plus faible échelle et ne sont pas détaillées (1 ou 2 internes).

La majorité des internes pensent exercer en Picardie : 129 internes (67,9%) pensent y rester, 57 ne pensent pas exercer dans la région (30%) et 4 n'ont pas répondu (2,1%).

Une grande partie d'entre eux comptent effectuer des visites à domicile : 160 l'envisagent (84,2%) contre 30 qui ne le souhaitent pas (15,8%). L'exercice se fera dans des zones éloignées (c'est-à-dire à plus de 30min d'un SMUR) pour 107 internes (56,3%) contre 80 dans un domaine non rural (42,1%), 3 internes n'ont pas répondu (1,6%).

Mode d'exercice	n	%
En région Picardie		
Oui	129	67,9
Non	57	30
Pas de réponses	4	2,1
Visite à domicile		
Oui	160	84,2
Non	30	15,8
Milieu rural		
Oui	107	56,3
Non	80	42,1
Pas de réponses	3	1,6

Tableau 2 : Mode d'exercice envisagé

3.3. Critère de jugement principal

En ce qui concerne la question 8 « Connaissez-vous avant ce questionnaire la fonction de MCS ? » 31 internes, soit 16,3% d'entre eux, connaissaient déjà la fonction de MCS avant la distribution de ce questionnaire, 159 internes ; soit 83,7% ; ne connaissaient pas ce dispositif.

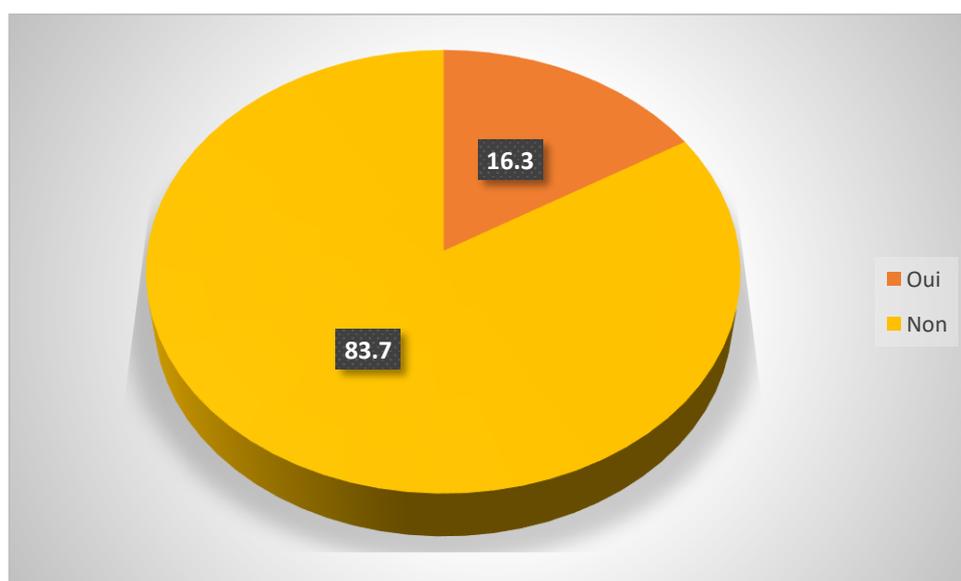
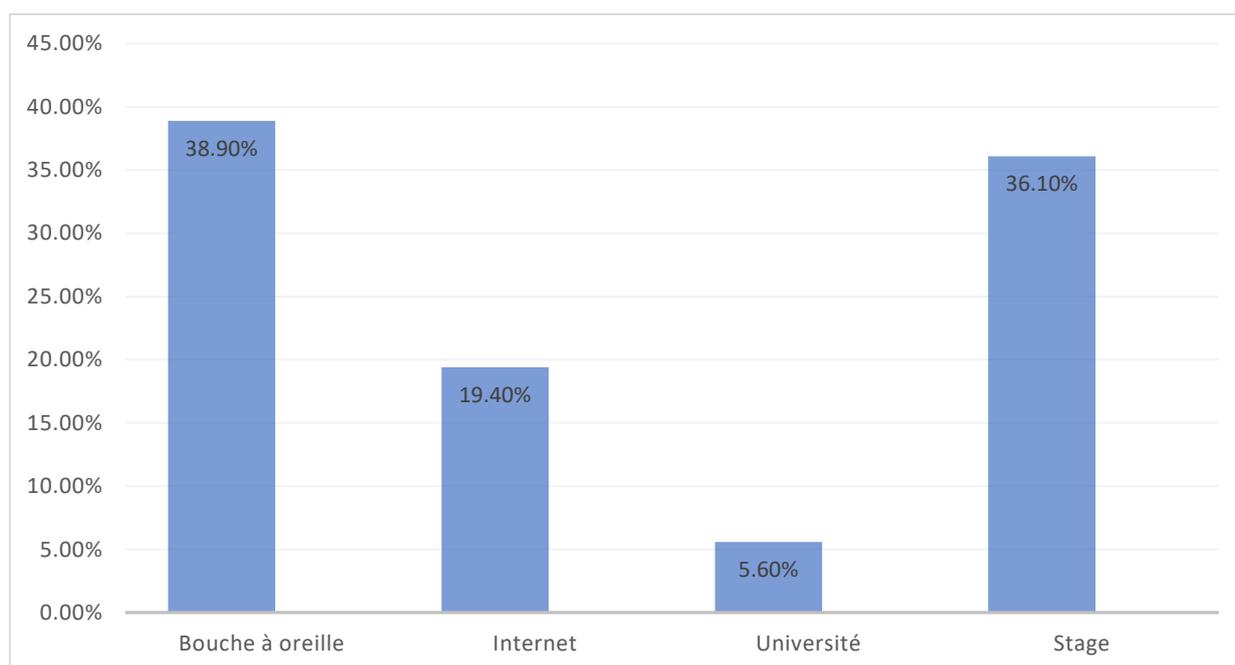


Diagramme 1 : Connaissance de la fonction MCS (en %)

Parmi les 31 internes connaissant ce dispositif, le bouche à oreille a été coché par 14 étudiants, 7 en ont entendu parler par Internet, 13 en stage, 2 avait connaissance de ce dispositif via l'université.

	Bouche à oreille	Stage	Internet	Université
Nombre d'interne ayant coché la case correspondante	14	13	7	2
Pourcentage (%)	38,9	36,1	19,4	5,6

Tableau 3 : Moyen de connaissance de la fonction MCS

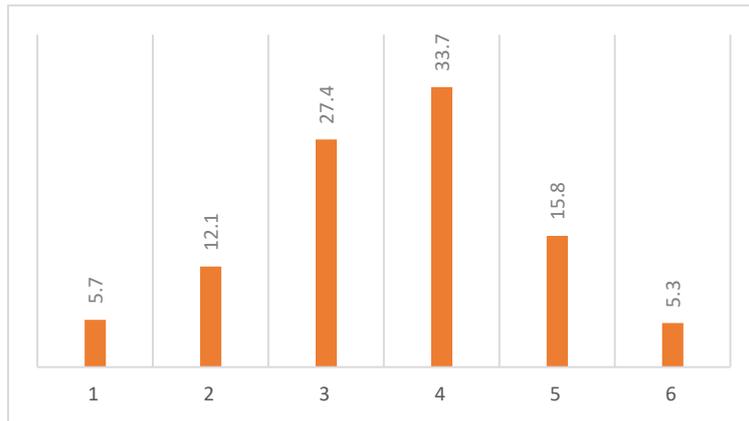


Graphique 4 : Moyen de connaissance de la fonction MCS en pourcentage (en %)

3.4. Critères de jugement secondaires

3.4.1) La formation aux gestes d'urgence

La formation était évaluée via la question 10 « Pensez-vous être formé pour les gestes d'urgences ? » sur une échelle de 1 à 6 : 11 étudiants ont jugé être peu formé et ont répondu 1 (soit 5,7%) ; 23 ont répondu 2 (soit 12,1%) ; 52 ont répondu 3 (soit 27,4%) ; 64 ont répondu 4 (soit 33,7%) ; 30 ont répondu 5 (soit 15,8%) et 10 étudiants ont estimé être bien formé et ont répondu 6 (soit 5,3%). La moyenne est à 3,6/6.

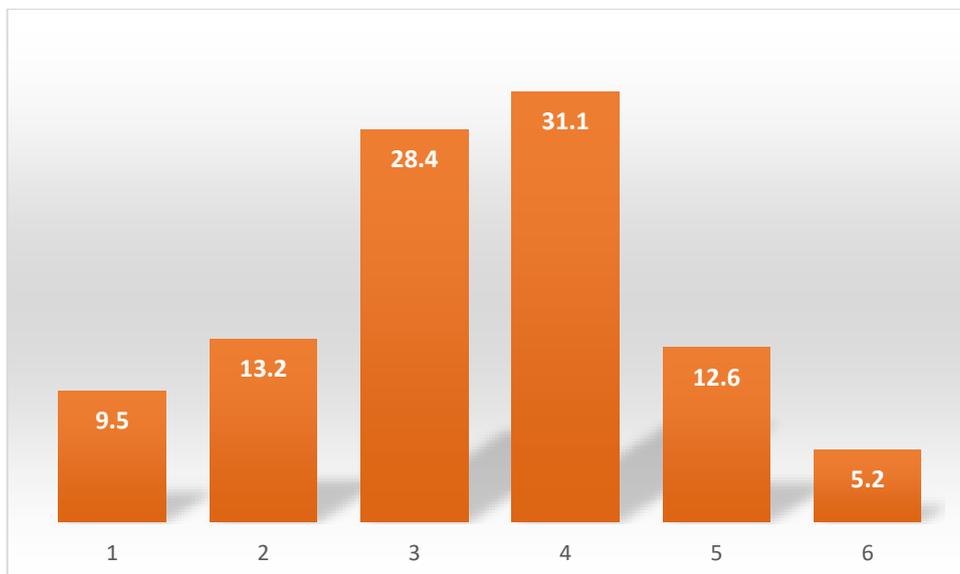


Graphique 5 : Formation aux gestes d'urgence (en %)

3.4.2) Le niveau de gestion des urgences

Le niveau de gestion a été demandé via la question 11 aux internes de médecine générale : « Pensez-vous pouvoir gérer une urgence en tant que seul médecin présent sur place ? » de même sur une échelle de 1 à 6.

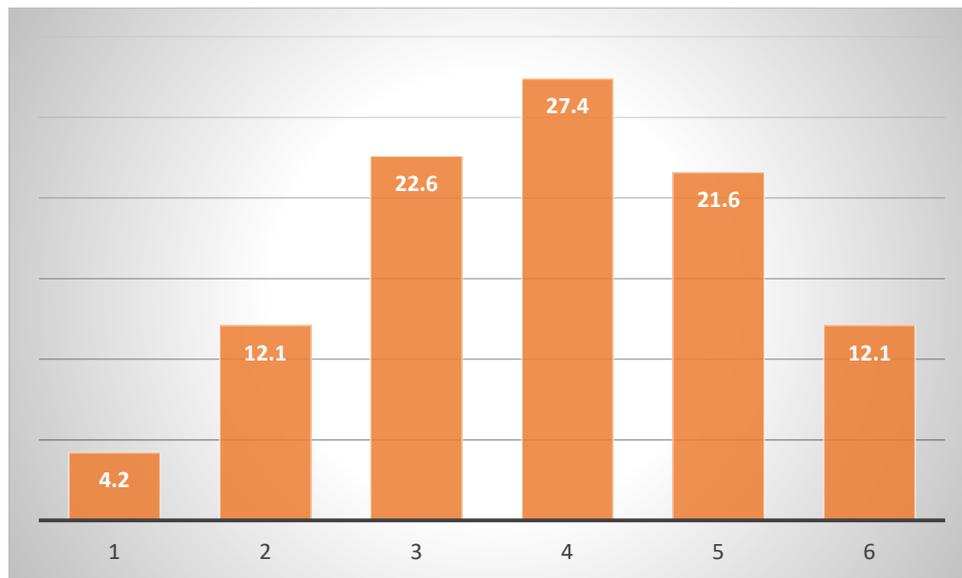
18 internes ont répondu 1 (9,5%), 25 ont répondu 2 (13,2%), 54 ont répondu 3 (28,5%), pour 59 étudiants le niveau est évalué à 4 (31,1%) tandis que 24 l'ont évalué à 5 (5,6%) et enfin 10 ont jugé une très bonne gestion des urgences en répondant 6 (5,2%). La moyenne est à 3,4/6.



Graphique 6 : Estimation du niveau de gestion d'une urgence (en %)

3.4.3) Le niveau de stress lors d'une situation d'urgence

Avec la question 12 : nous avons évalué le niveau de stress des internes lors d'une gestion d'une situation d'urgence. 8 d'entre eux (4,2%) juge n'avoir aucun stress en évaluant leur niveau à 1, 23 (12,1%) ont répondu 2, 43 internes l'ont évalué à 3 (22,6%), puis 52 ont choisi de l'évaluer à 4 (27,4%), 41 à 5 (21,6%), et enfin 23 (12,1%) jugent n'avoir aucun stress et ont répondu 6. La moyenne est à 3,9/6.



Graphique 7 : Evaluation du niveau de stress lors de la gestion d'une situation d'urgence (en %)

3.4.4) Les avantages

96,8% des étudiants considèrent que l'urgence est une capacité utile dans l'exercice de la médecine générale (184 étudiants ont répondu oui tandis que 6 ont répondu non).

77,4% des internes (soit 143 internes sur 190) considèrent avoir un sentiment de satisfaction après la gestion d'une situation d'urgence, 47 internes ont répondu non.

Évalué par la question 15, 162 internes pensent que l'exercice de MCS permet d'améliorer les relations avec les urgences de proximité (85,3%), ; 24 internes ont répondu non (12,6%) ; 4 n'ont pas répondu (2,1%).

Enfin avec la question 16, on constate que 179 internes pensent qu'une formation médicale dans le domaine de l'urgence est utile à la formation de médecine générale, ce qui représente 94,2%. 2 internes n'ont pas répondu (1,1%) et 9 ont cochés Non (4,7%).

Garantir l'accès de l'urgence à la population est considérée comme un argument motivant selon 162 internes (85,3%), 28 ont répondu non (14,7%).

3.4.5) La rémunération

98 étudiants (51,6%) considèrent que la rémunération d'une sortie MCS est un argument motivant tandis qu'elle est considérée comme freinatrice pour 20 d'entre eux (10,5%). Pour 72 autres étudiants (37,9%), la rémunération n'influence pas leur choix.

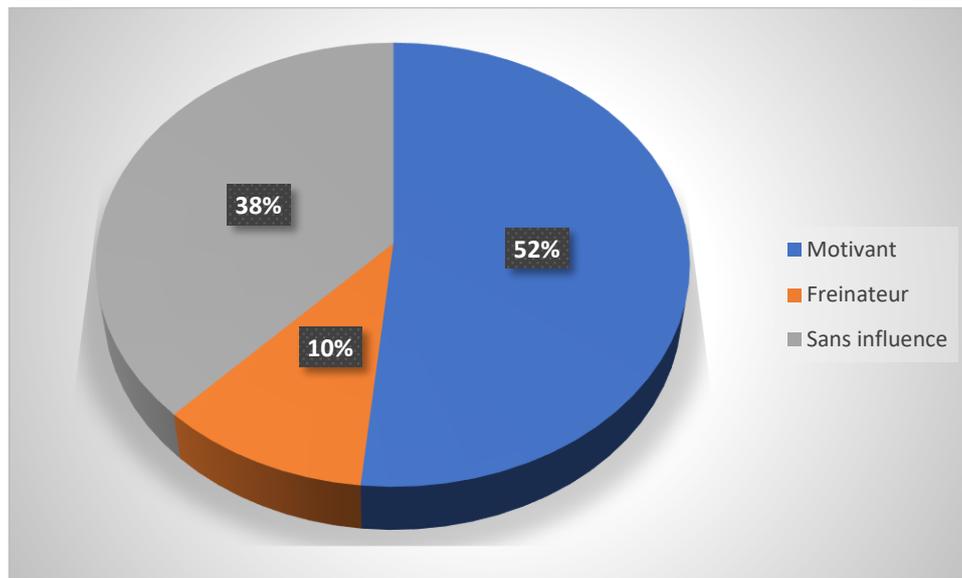


Diagramme 2 : Argument de la rémunération dans l'exercice de la fonction MCS (en %)

3.4.6) L'organisation au cabinet

Les internes ont été interrogés concernant la faisabilité de partir du cabinet pour aller gérer une urgence, 37,4% considèrent que cela est faisable (71 étudiants) tandis que 60,5% pensent que cela ne l'est pas (115 étudiants), 4 n'ont pas répondu (2,1%).

D'un point de vue émotionnel, sur une échelle de 1 à 6 reprendre une consultation est considérée comme facile pour 17 étudiants (9%) qui ont répondu 1, 48 étudiants (25,3%) ont répondu 2, 41 étudiants (21,6%) ont répondu 3, 32 étudiants (16,9%) ont répondu 4, 31 étudiants (16,1%) ont répondu 5 et 19 ont trouvé cela difficile et ont répondu 6 (10%). 2 étudiants n'ont pas répondu (1,1%).

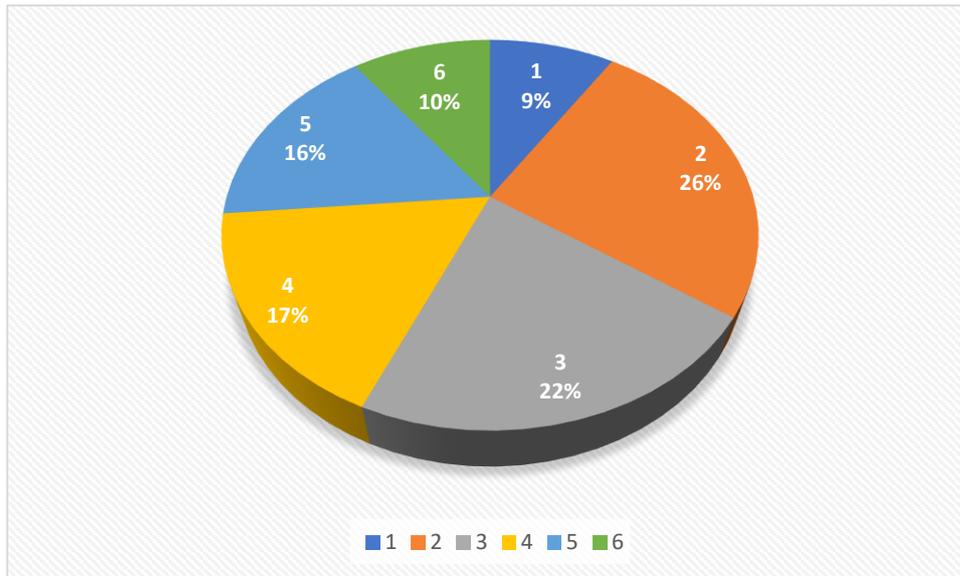


Diagramme 3 : Evaluation des difficultés émotionnelles à reprendre une consultation (en %)

165 étudiants soit 86,9% trouvent cela contraignant sur le plan organisationnel, 24 étudiants ont répondu non (soit 12,6%) ; 1 étudiant n'a pas répondu.

3.4.7) Les freins à l'exercice de MCS

Les internes ont été interrogés sur la question 24 concernant leur avis sur leur principal frein à l'exercice de MCS.

60 internes (31,6%) considèrent que la peur de ne pas être performant sur place est leur principal frein à l'exercice de la fonction, 55 internes (28,9%) considèrent que la contrainte organisationnelle est la plus importante, 44 internes (23,2%) ont considéré que la contrainte organisationnelle et la performance sur place sont toutes les deux leurs freins potentiels.

6 internes (3,2%) considèrent l'argument financier comme le frein le plus important, 5 internes (2,6%) ne sont pas intéressés, 5 internes (2,6%) considèrent qu'il n'y a aucun frein à l'exercice MCS. De façon isolée, les quelques internes restants ont répondu d'autres combinaisons de réponses.

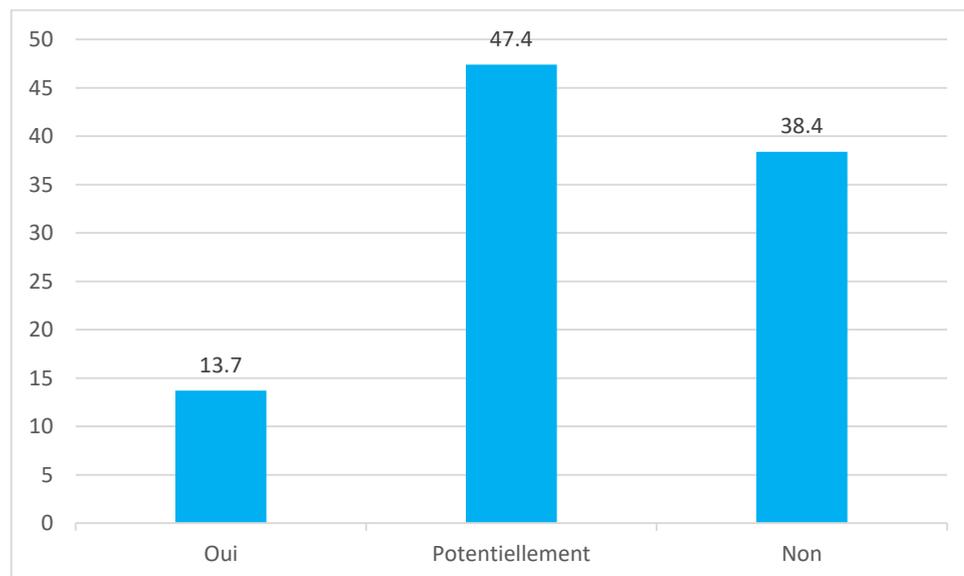
3.4.8) La diversification

La diversification est envisagée par 149 internes soit 78,4% ; 40 internes (21,1%) ne l'envisagent pas et s'orientent vers une activité unique, non mixte. 1 interne n'a pas répondu.

56 internes ont répondu vouloir se diversifier dans le domaine de l'urgence (29,5%), 87 internes envisagent une diversification mais dans un autre domaine (45,8%), 43 internes ont répondu non (22,6%), 2 internes ont répondu vouloir se diversifier dans le domaine de l'urgence et aussi dans un autre domaine que l'urgence, 2 internes n'ont pas répondu.

3.4.9) Exercer la fonction MCS

Il a été demandé aux internes si la fonction MCS les intéresserait, 26 internes sont intéressés (13,7%) ; 90 le sont potentiellement (47,4%), tandis que 73 internes ne l'envisagent pas (38,4%). 1 interne n'a pas répondu.



Graphique n°8 : Intérêt pour l'exercice de la fonction MCS (en %)

158 internes (83,2%) aimeraient que cette fonction soit présentée en cours tandis que 32 étudiants (soit 16,8%) ne le souhaitent pas. A noter que sur 190 étudiants interrogés, 5 personnes avaient déjà une activité de médecin sapeur-pompier en parallèle.

IV. Discussion

4.1. Les forces de l'étude

Cette étude a eu un taux de réponse élevé, en effet, le fait d'avoir distribué les questionnaires directement sur les bancs de l'amphithéâtre a permis de récolter un taux de réponse important, proche de 100% parmi ceux qui étaient présents en cours.

Un total de 190 questionnaires a été récupéré, ce qui est non négligeable en regard des tailles des promotions et permet de pouvoir généraliser ces résultats aux internes de médecine générale picards en formation lors de la distribution du questionnaire.

De plus, questionner les internes au mois de septembre a permis à toute la promotion de 1^{ère} année d'internat de médecine générale d'avoir quasiment tous finalisé leur semestre aux urgences et permet d'avoir une bonne évaluation de leurs compétences dans le domaine des urgences.

Ensuite, on constate qu'environ 70% des internes de médecine générale picards comptent rester dans la région, cette étude a permis de toucher directement les personnes concernées en cas de lancement prochain du dispositif.

Enfin, cette étude est la première étude réalisée sur la fonction MCS en Picardie, de manière générale que ce soit chez les internes ou chez les médecins généralistes.

4.2. Les limites de l'étude

Un biais de subjectivité existe de façon générale dans un questionnaire, tout le monde ne se représente pas de la même façon leurs capacités de gestion d'une urgence : entre une urgence au cabinet, une urgence à l'extérieur sur la voie publique ou au domicile, et une urgence à l'hôpital. Toutes les urgences ne se ressemblent pas, et chacun peut avoir des capacités de gestion très diverses et une confiance en soi différente qui est propre à chacun.

Il en va de même pour les autres questions concernant les potentiels freins évoqués : il peut être difficile pour un interne, surtout pour les plus jeunes n'ayant pas encore remplacé, de se projeter sur les difficultés rencontrées au cabinet malgré la réalisation systématique d'un stage en libéral en 1^{ère} année.

Malgré l'étude des freins retrouvés dans les différentes thèses réalisées auprès des différents médecins généralistes, il peut exister certains freins ou certaines motivations qui n'ont pas été explorés dans ce questionnaire au sein d'une étude quantitative et qui peuvent être spécifiques aux internes de médecine générale (en Picardie).

Pour finir, la fonction MCS reste un sujet très récent, mis en avant en 2013, il existe de manière générale peu d'informations sur le sujet, quelques thèses ont été réalisées chez les médecins généralistes MCS et quasiment aucune auprès des internes d'où une discussion et une bibliographie « limitées ».

4.3. La méconnaissance des MCS et le manque de communication

Comme vu lors de la précédente partie, seulement 16,2% des internes avaient connaissance de l'existence de cette fonction avant diffusion du questionnaire, la grande majorité en avait eu la connaissance principalement via le bouche à oreille et/ou en stage.

Cela met en évidence un manque de communication à promouvoir ce type d'exercice. On retrouve des constats similaires dans la thèse du Dr. Mentz [21] qui évoquait déjà un manque de connaissance de la fonction MCS sur le plan national, ainsi que dans la thèse du Dr. Rajoelison et du Dr. Tellier [22], la communication y est jugée comme insuffisante, peu impactante, le bouche à oreille est également le moyen le plus utilisé pour convaincre de nouveaux médecins généralistes à entrer dans le dispositif.

D'un point de vue local, il n'existe à ce jour aucun site ou document de référence sur le site de l'ARS ou des autres acteurs impliqués dans la promotion de la fonction MCS contrairement à la région Auvergne Rhône-Alpes qui possède une page internet spécifique [23] avec les différents éléments d'informations nécessaires et les personnes à contacter, tout comme l'ARS Nouvelle Aquitaine qui a développé un guide et un flyer avec un système de questions-réponses et également la liste des différentes personnes à contacter selon le département d'exercice [6]. Elle fait probablement partie d'une des raisons de cette méconnaissance de la fonction.

Une thèse similaire réalisée par Dr. Grisoni auprès des internes de Poitou-Charentes (maintenant dans la région « Nouvelle Aquitaine ») montre cette ambivalence de communication locale, en effet 47,6% des internes interrogés connaissaient la fonction MCS [24], dans une région où il existe déjà des médecins MCS (voir carte 1).

Cela est d'autant plus dommageable en sachant que plus de la moitié des internes sont ou seraient intéressés par ce type d'exercice. Dans un contexte où 78,4% des internes envisagent une diversification d'activité dont presque 30% dans le domaine de l'urgence : ce qui est cohérent avec l'évolution de l'exercice de la médecine générale, moins de libéral et plus d'activité mixte (voir graphique 3) [10].

Une meilleure communication semble nécessaire, et peut être faite également via les cours à l'université : 83,2% des internes sont sensibles à une information via les cours. Un cours sur les différents modes d'exercice en médecine générale serait un élément intéressant à exploiter et à créer. Après contact téléphonique avec Dr. Hidoux, présidente de l'association MCS France, on apprend qu'à l'université de Marseille, il existe un cours réalisé en distanciel (car certains internes habitent en Corse) intitulé « Urgences au cabinet médical » où une partie est consacrée à la présentation de l'exercice des MCS. Une présentation par l'ARS lors de la journée annuelle d'accueil des internes peut également s'envisager d'un point de vue local.

4.4 Les avantages de la fonction MCS

Au cours de l'évaluation des résultats du questionnaire, il a été mis en évidence qu'environ 77% des internes déclarent ressentir un sentiment de satisfaction lors de la gestion d'une situation d'urgence. Les résultats étaient similaires lors des différentes thèses explorant le ressenti du médecin généraliste ; dans la thèse du Dr. Basile, le sentiment de satisfaction est même jugé comme « unanime » [25] par les médecins généralistes MCS.

D'autant plus que l'urgence est une compétence utile pour environ 97% des internes, en effet, selon le Dr. Hidoux, le médecin généraliste reçoit environ 7 urgences au cabinet par an [3]: l'urgence se présente d'elle-même au cabinet. Faire partie du dispositif MCS permet de bénéficier d'une formation continue dans le domaine des urgences, celle-ci est jugée utile par 94% des internes.

Selon ces derniers, l'exercice de MCS peut être motivant et permet d'améliorer les relations avec les urgences de proximité et le SAMU selon 85,3% d'entre eux. C'est effectivement ce que ressentent beaucoup de médecins libéraux exerçant la fonction de MCS décrit dans la thèse du Dr. Bordier [26], puisqu'ils agissent avec le SAMU de manière conjointe et coordonnée, cela permet une communication régulière où « la barrière symbolique séparant le médecin libéral du médecin hospitalier est abolie ».

L'argument financier fait également partie des avantages à l'exercice de cette fonction pour plus de la moitié des internes (52%) même si plus d'un tiers d'entre eux y accordent peu d'importance.

Garantir l'accès aux urgences à la population semble également important pour 85,3% des internes, ce ressenti est également exprimé par plusieurs médecins généralistes : garantir l'accès aux urgences permet d'assurer « une réponse de sécurité et d'égalité des chances pour la population résidant dans notre ruralité » selon Dr. Bertaud [6] , surtout dans un contexte où en 2012, sous la présidence de François Hollande, il existait un net projet de garantir l'accès aux soins urgent à la population à moins de 30 minutes du domicile [27].

Enfin, nous avons constaté précédemment que les nouveaux médecins et les internes interrogés semblent de plus en plus ouverts à la diversification d'activité. Pour la majeure partie des MCS, gérer l'urgence semble être un plaisir qui leur permet de diversifier leur activité et de développer des compétences différentes qu'ils ne feraient pas au sein du cabinet [22].

4.5. Les freins de la fonction MCS

Les résultats sont environ équitables à 30% chacune entre la « part organisationnelle » et la part « compétences sur place », elles représentent les principaux freins à l'exercice de la fonction MCS selon les internes. Par contre, la part financière reste moindre à 3,2%.

La moyenne du niveau de formation en urgence des internes est à 3,6/6, celle de la gestion d'une urgence est à 3,4/6 tandis que le niveau de stress est au-dessus à 3,9/6 ce qui affirme que l'un des freins principaux soit la peur de ne pas être performant sur place malgré un niveau de formation et de gestion sur place qui est légèrement au-dessus de la moyenne mais imparfaite devant cette anxiété.

On observe le même constat dans la thèse du Dr. Deprez [5] : 14 personnes ont participé à la formation initiale mais seulement 3 médecins se sont engagés comme MCS. Il semble au premier abord que ce soit le manque de temps et la peur de l'urgence qui soient à l'origine de l'abandon du projet pour certains médecins.

Une formation médicale dans le domaine de l'urgence semble utile selon 94,2% des internes, pour renforcer ses connaissances et compétences. Dans les commentaires libres du questionnaire, un des internes déclare : « *Dispositif intéressant pour la population mais les difficultés organisationnelles et le manque de formation en lien avec un manque d'informations au cours de notre cursus le rendent moins attractif* », cette même remarque revient plusieurs fois et confirme ce constat: « *Intéressant dans les milieux ruraux mais formation régulière +++* », « *Formation en médecine générale insuffisante au niveau des urgences (notamment urgences vitales)* ».

Les clés du succès du réseau MCS étaient déjà jugées comme « une affaire de formation » [12]. Celle-ci peut paraître néanmoins difficile à mettre en place en sein d'un département si seulement 2 ou 3 médecins généralistes sont intéressés par la fonction. L'idée de faire une formation générale sur le plan régional est une idée évoquée dans la thèse du Dr. Henry [28] et semble être une solution potentielle au problème.

Concernant l'organisation au cabinet, 60,5% des internes pensent que cela est difficile d'envisager de partir du cabinet au milieu d'une consultation pour aller gérer une urgence. Pour pallier à cette difficulté, l'association MCS France a développé une « affiche type » pouvant être affichée dans une salle d'attente (Image 1 disponible sur l'interview effectué sur le site MACSF [3]), il peut également être intéressant de travailler dans des cabinets de groupe et à l'avenir de documenter le ressenti des patients ayant pour médecin traitant un MCS.



Image 1 : Sensibilisation à la fonction MCS destiné à la patientèle

4.6. Perspectives d'avenir

Dans la thèse de S. Moumen [29], il est observé que seuls les nouveaux installés s'intéressent au statut MCS. Dans cette thèse, 107 internes (56,3%) envisagent de s'installer dans un milieu rural à plus de 30 minutes d'un centre hospitalier, 129 internes (67,9%) pensent rester dans la région Picardie. Ces dernières sont les personnes éligibles à cette fonction dans la région.

En conclusion du questionnaire, 26 internes disent être intéressés (13,7%) ; 90 le sont potentiellement (47,4%) ce qui représente plus de la moitié de la promotion susceptible de participer à la formation.

Les médecins installés depuis plusieurs années, eux, ne souhaitent souvent pas rejoindre le réseau MCS. Comparativement aux anciens MCS, les profils aujourd'hui sont différents, auparavant les médecins généralistes pouvaient bénéficier d'une formation en médecine d'urgence en parallèle via la CAMU (Capacité de Médecine d'Urgence) et certains médecins généralistes MCS se servaient de cette formation lors de l'exercice de leur fonction MCS. Aujourd'hui les deux spécialités sont très distinctes depuis la création du Diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) et certaines compétences ne sont plus enseignées systématiquement en médecine générale.

Des questions émergent de la part des internes potentiellement intéressés et peuvent être intéressantes à évaluer le cas échéant si le dispositif se met en place : un des internes déclare : « *Les zones situées à plus de 30min de SMUR sont des déserts médicaux avec déjà une charge de travail importante* ». Effectivement, 22 % des personnes éloignées des urgences ont également un accès difficile aux médecins généralistes, essentiellement dans des espaces ruraux périurbains (45 % des cas) et ruraux isolés (36 %) [15]. F. Braun déclarait également « Les déclenchements MCS seront-ils pertinents ? Il ne faut pas dépasser le cadre et les limiter aux urgences vitales » [12].

Le Dr Hidoux déclare que 50% des interventions aboutissent à un non déclenchement du SMUR [3], mais pour quelle raison ? F. Braun annonce également : « C'est une affaire de confiance entre le SAMU-Centre 15 et ces Médecins qui ne doivent être engagés que dans le cadre de l'AMU et surtout pas être utilisés comme supplétifs d'une PDSA défaillante... » [12].

Pourtant, certains MCS jugent de ne pas être assez sollicités, cela semble dépendant du territoire et de la sensibilité et des habitudes des différents centres de régulation et serait régulateur-dépendant [28].

En cas de lancement de la fonction dans la région, il serait intéressant de documenter les raisons des déclenchements et/ou le ressenti des premiers MCS à la manière de ce qui a été fait dans plusieurs départements ou régions. Le ressenti des patients seraient également une piste secondaire à explorer.

V. Conclusion

La fonction MCS et un sujet relativement récent (mis en évidence seulement en 2012-2013) et il semble nécessaire de la développer dans ces territoires isolés, dans un contexte où l'accès aux soins dans les milieux reculés est de plus en plus remis en question. Néanmoins, cette fonction est peu connue des internes de médecine générale en Picardie, seulement 16,2% d'entre eux en avaient connaissance, principalement par les stages ou le bouche à oreille. Cela semble préjudiciable puisque plus de la moitié des internes sont intéressés ou potentiellement intéressés, cela va dans le même sens que leur désir de diversifier leur activité.

Néanmoins les contraintes organisationnelles et de formation semblent les plus préoccupantes pour les internes interrogés, là où la part financière semble plus en retrait. Une nécessité d'information et de formation plus continue dans le domaine de l'urgence semble souhaitable pour beaucoup, là où le stress peut prédominer, contraster par la satisfaction de la gestion d'une urgence et la garantie de l'accès aux soins urgents de la population. Une patientèle informée et l'exercice dans un cabinet de groupe peuvent potentiellement palier au problème organisationnel, et semble intéressant à évaluer si ce dispositif est déployé sur le territoire.

Une communication concernant les possibilités de diversification d'activité semble également intéressante à envisager, comme lors d'un cours dispensé à l'université aux internes, devant des étudiants désireux de diversification et pouvant permettre l'émergence d'une nouvelle fonction en parallèle de leur exercice principal. Une communication en lien avec l'ARS et les différents responsables au sein du SAMU semble nécessaire pour pouvoir développer cette fonction au sein de la région.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Société Française de Médecine d'Urgence. Médecin Correspondant du SAMU: Référentiel et Evaluation. Mai 2020.
2. Bertrand X. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU). Legifrance.gouv.fr. 12 février 2007.
3. Dr. Hidoux M-A. Médecins correspondants de SAMU : urgences médicales en zone isolée [en ligne]. MACSF.fr. Disponible sur: <https://www.macsf.fr/responsabilite-professionnelle/cadre-juridique/medecins-correspondants-de-samu-une-reponse-aux-urgences-en-zone-isolee>.
4. Direction générale de l'offre de soins. Guide MCS. [en ligne]. Juillet 2013. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
5. DEPREZ Camille. Evaluation à un an de la mise en place d'un dispositif Médecin Correspondant du SAMU dans le Pas-de-Calais. [Thèse d'exercice]. Faculté de Lille. 2017.
6. ARS Nouvelle- Aquitaine. Guide Médecins correspondants du SAMU Comment ça marche ? [en ligne]. 14 avril 2022. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-correspondants-du-samu-mcs>
7. Insee. L'essentiel sur les Hauts-de-France [en ligne]. 31 janvier 2023. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4481460#consulter>
8. Arnault DF. Ordre National des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2022.
9. Arnault DF. Ordre National des Médecins. Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. 2022.
10. Anguis M, Bergeat M, Pisarik J, Vergier N, Chaput H, Laffeter Q, et al. DRESS Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Mars 2021.
11. Anguis M, Bachelet M. DRESS. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. Mai 2017. N°1011.
12. Braun F. Samu-Urgences de France. Les médecins correspondants de SAMU (MCS). [en ligne]. 13 septembre 2012. Disponible sur : https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Les_1eres_assises_de_l_Urgence- Samu- Urgences de France Paris 13 septembre 2012.pdf
13. Erzilbengoa E., Tanzit H. Fermeture des urgences de Senlis pour une durée indéterminée. [en ligne]. 13 décembre 2021. Disponible sur : <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/oise/fermeture-des-urgences-de-senlis-pour-une-duree-indeterminee-les-patients-rediriges-vers-creil-ce-n-est-pas-leur-donner-de-chance-2376607.html>

14. ARS Hauts de France. Schéma Régional de Santé 2018-2023. [en ligne]. 5 juillet 2018.
15. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Les dossiers de la DRESS. Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? [en ligne]. Mai 2017. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd17.pdf>
16. Ministère de la santé et de la Prévention. Structures de soins. [en ligne]. Juillet 2016. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/article/samu-smur>
17. Samu-Urgences de France. Structures d'urgence. [en ligne]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/annuaires/autres/>
18. Pompiers.fr. Missions des sapeurs-pompiers [en ligne]. 2015. Disponible sur: <https://www.pompiers.fr/pompiers/nous-connaître/missions-des-sapeurs-pompiers>
19. Pompiers.fr. Intégrer le service de santé et de secours médical (SSSM) [en ligne]. Pompiers.fr. 2015. Disponible sur: <https://www.pompiers.fr/grand-public/devenir-sapeur-pompier/integrer-le-service-de-sante-et-de-secours-medical-sssm>
20. J.-F. Mattei. Circulaire du 29 mars 2004 relatif au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente. [Internet]. 2004. Bulletin Officiel n°2004-16. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-16/a0161215.htm>
21. Mentz C. Médecins Correspondants du SAMU dans la vallée de la Bruche : Evaluation du dispositif et études des freins à la participation des médecins généralistes libéraux. [Thèse d'exercice]. Faculté de Strasbourg. 2020.
22. Rajoelison P, Tellier L. Quels sont les facteurs de motivation et les freins à devenir Médecin Correspondant du SAMU dans les Hautes Alpes ? [Thèse d'exercice]. Faculté de Aix-Marseille. 2021.
23. PAPS Auvergne Rhones Alpes. Devenir Médecin Correspondant du SAMU. [Internet] 2023. Disponible sur : <https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/devenir-medecin-correspondant-du-samu-2>
24. Grisoni A. Les motivations et freins à l'exercice de Médecin Correspondant du SAMU : Etude descriptive qualitative auprès des internes de médecine générale du Poitou-Charentes. [Thèse d'exercice]. Faculté de Poitiers. 2019.
25. Basile C. Evaluation du réseau de Médecin Correspondant du SAMU des Hautes-Alpes. [Thèse d'exercice]. Faculté de Aix-Marseille. 2022.
26. Bordier T. Le ressenti des Médecins Correspondants du Samu dans l'Aude. [Thèse d'exercice]. Faculté de Montpellier-Nimes. 2019.
27. Hollande F. Le Changement c'est maintenant – Mes 60 engagements pour la France. [en ligne]. 2012. Disponible sur : http://www.ps29.org/IMG/pdf/Projet_FH2012.pdf

28. Henry P. Médecins correspondants Samu vendéens : ressenti des médecins ayant intégré le dispositif étude qualitative à partir de 13 entretiens semi directifs. [Thèse d'exercice]. Faculté de Nantes. 2022.
29. Moumen S. Impact du cahier des charges des réseaux de médecins correspondant du SAMU en PACA dans le Var. [Thèse d'exercice]. Faculté d'Aix Marseille ; 2020.

Annexe 1 : Exemple de contrat entre un MCS et le SAMU (ici SAMU 62)

Contrat relatif aux modalités d'intervention et de formation du Dr. X, Médecin correspondant du SAMU, lors de la prise en charge des Urgences pré- Hospitalières dans le cadre d'un contrat d'admission des médecins libéraux en EPS

Vu les articles R.4127-1 et suivants, ainsi que les articles L.6146-2 et R.6146-17 et suivants du code de la Santé Publique ;
Vu le décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence ;
Vu l'arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente ;
Vu la circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences ;
Vu l'instruction N°DGOS/R2/2013/228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU ;
Vu Le code de déontologie médicale,
Vu l'arrêté du 28 mars 2011 relatif à la redevance prévue à l'article R.6146-21 du code de la santé publique
Vu l'arrêté du 28 mars 2011 relatif à l'indemnisation forfaitaire des médecins exerçant à titre libéral admis à participer à l'exercice des missions d'un établissement public de santé prévue à l'article R.6146-23 du code de la santé publique.
Vu la Circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée
Vu le règlement intérieur du Centre Hospitalier

Il est convenu entre :

D'une part

Le Centre Hospitalier

D'autre part

Le Docteur X, médecin libéral, inscrit au Tableau de l'Ordre des Médecins dans la spécialité sous le numéro désigné ci-après comme le « médecin correspondant du SAMU ».

Après avoir préalablement exposé ce qui suit :

Le directeur du Centre Hospitalier a, sur proposition du chef de pôle, après avis du président de la commission médicale d'établissement décidé d'admettre le Dr X exerçant à titre libéral, à participer à l'exercice des missions de service public et aux activités de soins de cet établissement.

Article 1- Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de préciser les modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU (MCS), lors de la prise en charge des urgences pré hospitalières, ainsi que les modalités de sa formation. Il s'agit d'un engagement fonctionnel uniquement.

Article 2 – Statut

Le médecin correspondant du SAMU exerce dans le cadre d'un contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé (art L.6146-2 du code de la santé publique).

Article 3 – Les missions du médecin libéral, correspondant du SAMU

Le médecin correspondant du service d'aide médicale urgente (MCS) est un médecin volontaire pour assurer, sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15, au sein du territoire du Littoral sur l'ensemble des communes définies à plus de trente minutes d'un SMUR identifié par l'Agence Régionale de Santé, et hors du centre hospitalier, la prise en charge pré hospitalière des urgences évaluées comme avérées par la régulation médicale et requérant une prise en charge médicale et de réanimation.

La reconnaissance de la qualité de médecin correspondant du SAMU (MCS) est subordonnée à l'accomplissement d'une formation spécifique reconnue par le SAMU Centre 15 d'Arras et la faculté de médecine de Lille comme permettant d'accomplir les fonctions de correspondant du SAMU.

Le MCS exercera en parfaite indépendance professionnelle et dans le respect du secret médical.

Article 4 – Les obligations du médecin libéral, correspondant du SAMU

Le Docteur X s'engage à respecter :

- les recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la Haute Autorité de santé et les sociétés savantes ;
- les règles et procédures en vigueur au Centre hospitalier, dans la mesure où il est concerné et où elles lui ont été communiquées, et plus spécifiquement le protocole « Médecins correspondants du SAMU » ;
- le programme d'actions visant à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, dans la mesure où il est concerné.

Article 5 – Les modalités de transmission d'informations et de coordination avec les autres professionnels de santé / Suivi de l'intervention du MCS

Le SAMU mettra à disposition des MCS une fiche d'intervention avec calque permettant de transmettre une copie de l'intervention au SMUR qui intervient afin de conserver une traçabilité de l'intervention dans le dossier.

Les indicateurs de suivi d'activité proposés sont :

- date et heure d'appel au SAMU
- type d'appelant
- motif de recours
- lieu d'intervention : domicile, maison de retraite, milieu du travail, milieu scolaire, voie publique...
- horaire d'arrivée du MCS et du SMUR
- diagnostic
- protocole utilisé
- devenir du patient
- nombre d'interventions sans relais SMUR (dont nombre de SMUR annulé et nombre de SMUR indisponible)
- nombre de sollicitation du MCS sans réponse (MCS non joint ou MCS non disponible).

Ils seront relevés par le SAMU via le logiciel de régulation et les MCS via un applicatif mis en place par l'ARS dédié à l'évaluation du dispositif, dès lors que cet applicatif serait disponible.

Ces indicateurs seront présentés au sous-comité médical du département et au CODAMUPS.

Article 6 – Les conditions d'intervention du médecin libéral, correspondant du SAMU

L'intervention du MCS est systématiquement régulée par le SAMU-Centre15.

Ce dernier déclenche obligatoirement l'intervention du MCS de manière simultanée à celle du SMUR. Il appartient au SAMU d'apprécier le degré de l'urgence et d'ajuster les moyens les plus adaptés à sa disposition pour répondre au besoin du patient.

Le MCS est tenu d'établir un premier bilan au médecin régulateur dès sa première évaluation de la victime. Le médecin régulateur peut l'accompagner dans l'évaluation et la prise en charge de la victime selon les protocoles définis par le SAMU. Il s'assure que la disponibilité des MCS soit accessible et connu en temps réel de l'équipe de régulation.

Le MCS s'engage à respecter les procédures auxquelles il a été formé, présentées lors des formations. Le matériel requis pour ces missions est fourni par le centre hospitalier d'Arras.

Article 7 - Mise à disposition de médicaments, de dispositifs médicaux et de fournitures médicales

L'équipement du MCS, mis à disposition par le Centre hospitalier, comprend notamment :

- Un scope multiparamétriques + 1 kit batteries avec chargeur et mode d'emploi + rouleaux ECG.
- Un sac d'intervention doté du matériel référencé au sein du protocole « Médecins correspondant du SAMU » du Centre hospitalier.
- Un gyrophare à LED avec sirène intégrée.
- Un ampoulier contenant les thérapeutiques listées au sein du protocole « Médecins correspondant du SAMU » du Centre hospitalier.
- Des fiches d'intervention identifiées « Médecins correspondants du SAMU ».

Le matériel mis à disposition des MCS est la propriété du Centre hospitalier qui en assure la maintenance.

Le remplacement des thérapeutiques ou consommables utilisés sur chaque intervention est assuré par le Centre hospitalier, en vertu du protocole interne « Médecins correspondant du SAMU », que ceux-ci s'engagent à respecter.

Les MCS ont la responsabilité du matériel, des dispositifs médicaux, des médicaments et stupéfiants dont ils sont dotés, ce qui implique notamment :

- la vérification des péremptions ;
- le respect des conditions de conservation des thérapeutiques fournies (réfrigération) ;
- L'entretien et la désinfection des matériels (scope, brassard à tension...) utilisés entre chaque patient.

Article 8 – Les modalités de la formation du praticien

Le médecin correspondant du SAMU est formé aux premiers gestes de médecine d'urgence. Il s'engage à participer aux séances de formation organisées par le CESU, le SAMU et la faculté de médecine de Lille.

Le SAMU attestera de la participation du MCS aux formations organisées et validera sa participation au dispositif de MCS.

Cette formation est organisée en 7 soirées assurées sur le territoire d'intervention du MCS, soirées pour lesquelles le MCS est indemnisé à hauteur d'une demi-journée de formation (7,5C).

Deux sessions de formation continue par an seront organisées sur des sujets soulevés par les MCS au regard de leur activité.

Une demi-journée au SAMU sera organisée.

La formation est financée par le centre hospitalier sur les crédits notifiés par l'ARS pour la mise en place du dispositif de MCS.

Article 9 – Temps de travail

L'organisation des médecins correspondants du SAMU est distincte de la PDSA mais non exclusive. Elle est laissée libre à chacun des secteurs définis dans la mesure où la continuité du dispositif est au maximum assuré. Les médecins correspondants du SAMU transmettront au minimum tous les mois un tableau de permanence au SAMU.

Article 10 - Rémunération des interventions du médecin correspondant du SAMU

Dans le cadre du contrat d'admission des médecins libéraux en établissement public de santé, le médecin participe à la mission de service public d'aide médicale urgente tout en conservant son mode d'exercice libéral.

Par dérogation au droit commun, les honoraires du médecin, calculés à l'identique que dans le cadre de son exercice habituel de médecine libérale, sont facturés directement par le centre hospitalier d'Arras à l'assurance maladie. Ils sont ensuite versés au médecin correspondant du SAMU par l'intermédiaire du centre hospitalier.

Le centre hospitalier d'Arras reverse au MCS, en sus de cet acte, une indemnisation du temps passé en intervention et du déplacement en urgence du MCS à hauteur de 7C. Au-delà d'une heure d'intervention (durée fixée entre le départ du médecin correspondant du SAMU de son cabinet ou son domicile jusqu'à l'arrivée du SMUR), un complément forfaitaire de 2C par heure supplémentaire viendra s'ajouter aux 7C.

Une convention liant l'ARS au centre hospitalier d'Arras fixe les montants notifiés sur le FIR au centre hospitalier afin d'assurer le financement de cette indemnisation.

Un suivi du nombre d'interventions et des montants attribués au MCS sera assuré ; le centre hospitalier d'Arras informera l'ARS tous les 6 mois de l'évolution des dépenses.

Article 11- Responsabilités et assurances

Dans le cadre de ses fonctions de médecin correspondant du SAMU, la responsabilité du centre hospitalier s'étend au professionnel. En pratique l'assurance de l'établissement prend en charge la responsabilité civile de ceux-ci pendant l'exercice de leur mission.

Le MCS informe néanmoins son assureur personnel qu'il participe à l'aide médicale urgente dans le cadre du dispositif des MCS.

Article 12- Durée du contrat

Le présent contrat est établi pour une durée d'un an à compter du, renouvelable par tacite reconduction.

A compter de la date de signature du contrat, un délai de rétractation de deux mois calendaires est ouvert aux parties.

Pendant cette période, chacune des parties pourra librement dénoncer le contrat sans indemnité et sans avoir à justifier d'aucun motif, à condition de respecter un délai de préavis de sept jours calendaires, qui ne peut pas avoir pour effet d'augmenter la durée du délai de rétractation.

Article 13- Modalités de résiliation

Il peut être mis fin à ce contrat de façon anticipée, par lettre recommandée avec avis de réception, dans le respect d'un préavis d'un mois, à l'initiative du directeur du Centre hospitalier, ou à la demande du directeur général de l'ARS, après avis du Président de la CME, en cas de :

- manquements graves ou réitérés d'un médecin aux engagements pris dans le présent contrat, après mise en demeure ;
- sanction pénale ou ordinaire d'une durée égale ou supérieure à 3 mois d'interdiction d'exercice ;
- fin du dispositif MCS ou modification substantielle de ses modalités de financement.

Le présent contrat peut également être résilié, par dénonciation du médecin libéral, après un préavis d'un mois, par lettre recommandée avec accusé de réception. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé devra être également destinataire, en copie.

En cas de litige entre le MCS et le Centre Hospitalier, une conciliation peut être sollicitée auprès de l'Agence Régionale de Santé et du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

Article 14- Communication du contrat

Ce contrat, conclu en application de l'article L.6146-2 du code de la santé publique sera adressé :

- Au Directeur général de l'ARS,
- Au conseil départemental de l'Ordre au tableau duquel le praticien est inscrit.

Fait à , le

Le Praticien
Dr. XXXXXX

Le Directeur

Annexe 2 : Liste de matériel fournie à titre indicatif dans le guide de déploiement

Matériel de base
Stéthoscope Tensiomètre Ciseaux Lampe
Appareil ECG / Scope avec possibilité de télétransmission de l'ECG Saturomètre Appareil de mesure de la glycémie capillaire
Matériel abord vasculaire périphérique Matériel pose de voie intra osseuse adulte et pédiatrique
Ventilation : Insufflateur (BAVU) + poche réservoir Masques oxygénothérapie Masques nébulisation
Protection des Voies Aériennes Canules de Guedel
Matériel Pansements Sutures Hémostase Compresses Pansement hémostatique d'urgence type CHUT Antiseptiques Agrafes Plateau suture à usage unique Fil suture Sparadrap
Divers : Sac poubelle DASRI Gants à usage unique Gants stériles Fiches d'intervention suicide Protocoles validés par le réseau

Médicaments de Base
<p>Analgésie Antalgique palier I Antalgique palier 3 type morphine</p>
<p>Cardio Vasculaire Antiagrégants plaquettaires dont aspirine Anti coagulant type Héparine bas poids moléculaire Antihypertenseur injectable Anti arythmique (Amiodarone, Diltiazem, Krenosin, Lidocaïne) Adrénaline injectable IV Atropine Dérivés nitrés (Sub lingual, injectable) Diurétiques type Furosémide</p>
<p>Accouchement Syntocinon Clamp de Barr</p>
<p>Pneumo / Allergie Ventoline spray Salbutamol nébulisation Ipratropium (adulte et pédiatrique) Salbutamol Corticoïdes type solumedrol Antihistaminiques Kit adrénaline auto injectable</p>
<p>Antidotes Naloxone Flumazénil</p>
<p>Sédation Hypnotique type Midazolam Anticonvulsivant Type Diazepam + canule intra-rectale Sédation agité Loxapine</p>
<p>Antibiotiques Céphalosporine 3^{ème} génération type Ceftriazone Amoxicilline / Acide clavulanique</p>
<p>Solutés Sérum physiologique Hydroxy Ethyl Amidon</p>
<p>Divers Glucosé 30% Eau pour préparation injectable</p>

Annexe 3 : Questionnaire de thèse distribué aux internes

Questionnaire de thèse

Ce questionnaire cherche à évaluer le potentiel intérêt des internes de médecine générale picards à l'exercice de la fonction « Médecins Correspondants SAMU » (MCS).

Vos réponses sont anonymes. Merci de vos réponses.

⇒ Présentation MCS

Le Médecin Correspondant SAMU (MCS) est un médecin volontaire, déclenché en avant-coureur et de manière simultanée au SMUR, sur demande de la régulation médicale, afin d'intervenir dans des territoires où le délai d'accès aux soins urgents (CH, SMUR) est supérieur à 30min où le MCS constitue un gain de chance pour le patient.

Basé sur le volontariat, cette fonction s'adresse à tout médecin, quel que soit son mode d'exercice, situé dans ces territoires éloignés. Il est rémunéré en fonction de son mode d'exercice et du contrat établi avec l'ARS.

Le MCS bénéficie d'une formation théorique de 2 jours dispensée par le CESU et d'une formation pratique de 48heures aux urgences, toutes deux indemnisées.

1) Vous êtes ?

Une femme Un homme

2) En quel semestre êtes-vous actuellement ?

1^{er} 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème} 6^{ème} Autre

3) Êtes-vous interne en médecine générale à Amiens ?

Oui Non

4) Après votre internat, vous souhaitez vous orienter principalement vers :

Libéral/Remplaçant Exercice hospitalier/clinique HAD
 SOS médecins PMI/Médecine scolaire Intérim
 Autre Précisez :

5) Pensez-vous exercer en Picardie ?

Oui Non

6) Pensez-vous effectuer des visites à domicile dans le cadre de votre exercice ?

Oui Non

7) Pensez-vous exercer dans un milieu rural, à environ 30min d'un centre hospitalier ?

Oui Non

8) Connaissez-vous avant ce questionnaire la fonction de MCS ?

Oui Non

9) Si oui par quel moyen ?

Par le bouche à oreille Par internet Via la formation universitaire
 En stage J'ai répondu Non à la précédente question

URGENCES

- 10) Pensez-vous être formé pour les gestes d'urgences ? (Sur une échelle de 1 à 6)
Non 1 2 3 4 5 6 Oui
- 11) Pensez-vous pouvoir gérer une urgence en tant que seul médecin présent sur place ?
Non 1 2 3 4 5 6 Oui
- 12) Comment évalueriez-vous votre stress lors d'une gestion d'une situation d'urgence ?
INEXISTANTE 1 2 3 4 5 6 IMPORTANTE
- 13) L'urgence est-elle une compétence utile pour vous dans la pratique de la médecine générale ?
 Oui Non
- 14) Personnellement, tirez-vous une satisfaction à gérer une situation d'urgence ?
 Oui Non
- 15) Personnellement, pensez-vous que la fonction MCS est un avantage/une motivation d'un point de vue relationnel avec les urgences de proximité et le centre 15 ?
 Oui Non
- 16) Personnellement, trouvez-vous cela intéressant d'avoir une formation continue dans le domaine de l'urgence ?
 Oui Non

REMUNERATION

- 17) Une sortie sur une intervention est rémunérée 7C (soit 175€) + les cotations de médecine générale en fonction de l'intervention effectuée, est-ce pour vous ?
 Un argument motivant Un argument freinant Cela n'influence pas mon choix

ORGANISATION AU CABINET

Une intervention MCS dure entre 60 et 80mn, à raison de 7 interventions en moyenne par an.

- 18) Est-ce pour vous faisable de partir du cabinet pour aller gérer une urgence ?
 Oui Non
- 19) Est-ce pour vous facile de reprendre une consultation d'un point de vue émotionnel après avoir géré une urgence vitale ?
PAS DU TOUT 1 2 3 4 5 6 TOTALEMENT
- 20) Trouvez-vous que la fonction de MCS soit contraignante d'un point de vue organisationnel ?
 Oui Non
- 21) Est-ce pour vous un argument motivant de pouvoir assurer l'accès aux urgences à la population ?
 Oui Non

RESUME

LA CONNAISSANCE DE LA FONCTION MEDECINS CORRESPONDANTS DU SAMU PAR LES INTERNES DE MEDECINE GENERALE PICARDS : EXPLORATION DES MOTIVATIONS ET FREINS POTENTIELS

Introduction : Le Médecin Correspondant du SAMU (MCS) est une fonction permettant des interventions médicales rapides dans des zones isolées. Mise en avant en 2013, il n'existe aucun MCS en Picardie. Nous avons évalué la connaissance des internes de médecine générale picards de la fonction MCS ainsi que leurs potentiels freins et motivations.

Matériel et méthodes : Une étude observationnelle descriptive quantitative a été réalisée par la distribution d'un questionnaire auprès des trois promotions en formation lors de la fin de l'année scolaire 2021-2022.

Résultats : Dans cette étude, 190 internes ont répondu et 159 (83,7%) ne connaissaient pas la fonction MCS. Leurs motivations pour devenir MCS sont le sentiment de satisfaction lors d'une gestion d'une urgence (77,4%), garantir l'accès aux urgences à la population (85,4%), l'amélioration de la relation avec les urgences de proximité (85,4%) et l'argument financier (51,6%). Les freins sont la gestion du stress, la peur de ne pas être performant sur place (31,6%), la difficulté organisationnelle (28,9%) ou les deux (23,2%).

Discussion : Il existe une méconnaissance de la fonction MCS qui semble être la cause d'une mauvaise communication de la part des acteurs concernés. Les MCS exerçant dans d'autres régions ont ressenti les mêmes motivations et inquiétudes. L'exercice en groupe et la formation continue pour les urgences sont les idées évoquées pour faire découvrir cette fonction chez de jeunes médecins motivés.

Conclusion : La fonction MCS est à mettre en avant par les acteurs locaux devant cette méconnaissance par les jeunes internes intéressés, dans un contexte d'accès aux soins compliqué pour la population rurale.

Mots clés : Médecin Correspondant SAMU ; MCS ; Etude quantitative ; Aide Médicale Urgente ; Internes ; Médecine générale

KNOWLEDGE ABOUT "SAMU CORRESPONDING PHYSICIANS" 'S FUNCTION BY PICARDY'S GENERAL PRACTITIONER RESIDENT: EXPLORATION OF POTENTIAL MOTIVATIONS AND BARRIERS

Introduction: "SAMU Corresponding Physicians" (MCS in French) is a position allowing for fast medical intervention in isolated areas. Highlighted in 2013, there is no MCS in Picardy. We assessed for the knowledge of the MCS position among general practitioner residents in Picardy and also their potential motivations and barriers.

Materials and Methods: A quantitative and descriptive observational study was realized by distributing a survey to the three promotions in formation at the end of the academic year 2021-2022.

Results: In this study, 190 residents answered and 159 among them (83,7%) weren't aware of the MCS position. The motivations to become MCS are satisfaction when managing emergency (77,4%), guaranteeing emergency access to people (85,4%), the improvement of relationship with local emergency departments (85,4%) and financial argument (51,6%). The barriers are stress management, fear of no being able to perform (31,6%), organizational difficulty (28,9%) or both (23,2%).

Discussion: There is a lack of knowledge about MCS position which seems to be the results of poor communication from the concerned actors. MCS in others regions felt the same motivations and concerns. Group practice and continuing formation in emergency skills are ideas to introduce this position among motivated general practitioners.

Conclusion: MCS position needs to be highlighted by local actors to face this lack of knowledge from the young general practitioners interested in the context of difficulties of healthcare access for the rural population.

Keywords: SAMU CORRESPONDING PHYSICIANS; MCS; Quantitative study; Emergency Medical Assistance; Residents; Knowledge; General Medicine.