

Université de POITIERS
Faculté de médecine et de pharmacie

Année 2019

THESE
POUR DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Spécialité Médecine générale

Les motivations et les freins à l'exercice de Médecin Correspondant du SAMU :
Etude descriptive qualitative auprès des internes de médecine générale du Poitou-
Charentes

Présentée et soutenue publiquement

Le 05/09/2019

Par

Adrien GRISONI

Né le 13/11/1991

Composition du jury

Président :

- Monsieur le Professeur Olivier MIMOZ

Membres :

-Monsieur le Professeur René ROBERT

-Monsieur le Professeur Philippe BINDER

Directeur de thèse :

-Monsieur le Docteur Louis ASQUIER

Le Doyen,

Année universitaire 2018 - 2019

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie

- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

Professeurs émérites

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Abréviations :

AMU : Aide médicale Urgente

ANSM : Agence Nationale des Médicaments des Produits de Santé

AVP : Accident de la Voie Publique

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CESU : Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence

CNIL : Commission Nationale de l'informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRP-IMG : Comité de la Région Poitou-Charentes des Internes de Médecine Générale

CPP : Comité de Protection des Personnes

DMG : Département de Médecine Générale

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

MCS : Médecin Correspondant du SAMU

MG : Médecine Générale

NC : Non Communiqué(e)

RCP : Réanimation Cardio-Pulmonaire

SAU : Salle d'Accueil d'Urgence

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SIS : Service d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Médicale d'Urgence et Réanimation

STEMI : ST Elevation Myocardial Infarction, infarctus du myocarde avec sus-décalage du segment ST.

UTIM : Unité de Thérapie Intensive Mobile

VSAV : Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes

Remerciements

A mes maîtres,

Au Professeur Olivier MIMOZ,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, Je vous remercie d'œuvrer au développement et à l'éducation de la médecine d'urgence, j'ai la chance de pouvoir terminer mon internat dans votre service et en retire de nombreux apprentissages. Soyez assuré de mon profond respect.

Au Professeur René ROBERT,

Vous me faites le privilège de siéger dans ce jury.

J'ai eu la chance de bénéficier de vos enseignements pendant les six mois passés dans votre service durant lequel j'ai acquis de solides compétences pour ma pratique future. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de ma plus profonde gratitude.

Au Professeur Philippe BINDER,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail en comptant parmi les membres du jury. Je vous remercie du temps que vous m'accordez pour évaluer ce travail.

Vous avez été mon maître de stage à l'occasion de mon semestre en médecine générale libérale pendant lequel j'ai énormément appris notamment sur la communication et la compréhension des relations avec les patients. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde reconnaissance.

Au Docteur Louis ASQUIER,

Je te remercie d'avoir accepté de m'accompagner tout à long de ce travail, d'avoir maintenu ton engagement au cours des difficultés rencontrées. Merci également pour ton investissement malgré tes engagements personnels nécessitant en cette période une grande attention. Tu es quelqu'un de droit, intègre et entier, je me réjouis d'avoir pu réaliser ce travail avec toi.

Au Docteur Marie Dubocage, pour sa patience et son soutien indéfectible, spécifiquement envers les internes de médecine d'urgence, pour son implication dans notre formation et pour m'avoir orienté vers ce sujet de recherche.

Au Docteur Guillaume Negrier,

Mon premier maître de stage pour m'avoir, en plus de ses enseignements, communiqué sa passion de la voile, complétant chez moi cette fascination pour l'océan, cette attirance qui m'avait déjà amené ici, sur les côtes de la Charente Maritime.

À ma famille,

À ma mère pour son soutien et son attention bienveillante depuis toujours, qui progresse dans son « lâcher prise ». L'exemple de son optimisme et l'indépendance avec laquelle elle vit ses passions et mène ses projets est un modèle de réalisation de soi. À mon père pour avoir toujours su répondre présent malgré la distance, pour ses conseils, son exemple. Vous avez toujours su croire en moi sans jamais m'imposer autre chose que mon bonheur.

À ma sœur, avec qui la communication n'a pas toujours été facile mais avec qui je partage beaucoup. C'est un plaisir de découvrir la personne que tu es devenue et j'apprécie ces trop rares moments en ta compagnie.

À mon couz', Big Fat Jack,

Pour chaque excellent moment, chaque vague, chaque aventure partagée depuis toujours et pour longtemps encore.

À Papy, qui reste pour moi un modèle de sagesse, la force tranquille qui m'a appris la réflexion, l'anticipation et la patience. Et à mes grands-parents, mes oncles et tantes, mes cousins et l'ensemble de ma famille dont ma filleule avec qui j'aimerais passer plus de temps, je m'excuse pour chaque fête, chaque anniversaire que je n'ai pu partager avec vous jusqu'à présent.

Mes amis,

La « DreamTeam » pour avoir constitué un socle solide à travers une réelle amitié qui m'a permis de construire sereinement la personne que je suis aujourd'hui.

Lil'Dragonfly, Gremy, Chloé, Nico et les autres qui ont su faire de la P1 un moment de bonheur dans l'adversité.

Marine, Vincent, Mathie, Morgan, Caro, Louis et toute la bande, pour m'offrir une vision de ce qu'est une réelle amitié franche, solide, intemporelle.

À Jenn', pour ton soutien, ta patience, pour m'avoir supporté avec mes histoires. Au Dr Kuku, je ne m'étais pas douté à l'époque qu'un zèbre et un pingouin puissent marcher aussi loin. Et puis la team-pedia complète (ou presque), Marine, Léa, Elise, c'est encore une fois dans l'adversité qu'on fait les meilleures confitures.

Mes Rochelais, Chacha, Nils, Mathilde, Pedro qui ont toujours su trouver une place lors de mes passages à LR à l'improviste.

Et Clinou, qui m'aura quand même soutenue dans les débuts de ce travail, qui a aussi su me dégager beaucoup de temps, nécessaire pour la bonne réalisation de cette étude.

Une petite mention pour Louise qui ne m'a pas du tout aidé...

Et à tous les autres, qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation de ce travail, par leur avis, leur aide rédactionnelle, leur relecture (Lorraine, Julie, Nils, Mam etc) et l'apport de documentation. Merci aux différentes équipes médicales qui m'ont accompagné tout au long de mon externat puis de mon internat, tout particulièrement au personnel des urgences de La Rochelle et de Poitiers. Merci enfin aux 3 promotions de médecine générale de Poitiers qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire malgré le harcèlement qu'ils ont pu subir par mes relances répétées.

À l'océan...

Table des matières

1	INTRODUCTION	1
1.1	Le Médecin Correspondant du SAMU	1
1.1.1	Historique	1
1.1.1.1	Naissance du SMUR et du SAMU	1
1.1.1.2	Le modèle français	1
1.1.1.3	La création des MCS	2
1.1.2	La fonction des MCS.....	2
1.1.3	Rôle et mission	4
1.1.4	Formation	5
1.1.5	Équipement.....	6
1.1.6	Déclenchement des MCS	6
1.1.7	Rémunération	7
1.1.8	Evaluation.....	8
1.2	Particularité de la Charente Maritime.....	8
1.2.1	Géographie	8
1.2.2	Variation saisonnière.....	9
1.3	Les offres de soins :	10
1.3.1	Les hôpitaux, SAMU et vecteurs SMUR	10
1.3.2	Les médecins généralistes	11
1.3.3	Les autres effecteurs médicaux, le SDIS.....	11
1.3.3.1	SDIS et VSAV.....	11
1.3.3.2	Médecin pompier (MSP).....	12
1.3.3.3	Les infirmiers sapeur-pompiers (ISP).....	12
1.4	Problématique	13
2	MATERIELS ET METHODES	15
2.1	Type d'étude	15
2.2	Données recueillies.....	15
2.3	Critères d'inclusion.....	16
2.4	Critères d'exclusion.....	16
2.5	Critère de jugement principal	17
2.6	Critères de jugement secondaires	17
2.7	Analyse statistique.....	19

2.8	Ethique.....	19
3	RESULTATS	19
3.1	Caractéristiques de l'échantillon	20
3.2	Critère de jugement principal	22
3.3	Critères de jugements secondaires.....	23
3.3.1	Exploration des freins.....	23
3.3.1.1	Frein à la connaissance du dispositif	23
3.3.1.2	Exploration des autres freins	24
3.3.1.3	Contraintes organisationnelles.....	25
3.3.1.4	Performance à l'urgence vitale.....	26
3.3.1.5	Charge émotionnelle.....	27
3.3.1.6	Frein à l'installation en zone concernée	27
3.3.2	Motivations.....	28
3.3.2.1	Intérêt pour la médecine d'urgence	28
3.3.2.2	Apport relationnel.....	29
3.3.2.3	Amélioration des performances.....	30
3.3.3	Rémunération	30
3.3.4	Diversification de l'activité.....	30
4	DISCUSSION	32
4.1	Résultats.....	32
4.1.1	La connaissance du dispositif par les internes de MG.....	32
4.1.2	Les autres freins évoqués.....	32
4.1.3	Les motivations	34
4.2	Validité interne	35
4.3	Avenir et proposition	36
5	CONCLUSION	37
6	Références bibliographiques	39
7	Annexes.....	42
8	SERMENT	59
9	Abstract	60
10	Résumé.....	1

1 INTRODUCTION

1.1 Le Médecin Correspondant du SAMU

1.1.1 Historique

1.1.1.1 Naissance du SMUR et du SAMU

L'origine du premier service mobile de réanimation remonte à 1956. Il fut créé pour le transport des malades sous assistances respiratoires entre les différents hôpitaux de Paris lors de l'épidémie de poliomyélite (1).

Le premier SMUR préhospitalier est ensuite fondé à Toulouse en intégrant des étudiants en médecine dans les véhicules de police-secours. Le SAMU toulousain élaboré par le Pr Louis LARENG et officialisé en 1976, est chargé de coordonner les SMUR avec les services d'urgences, à travers un numéro unique permettant la régulation médicale des secours (2). Le numéro unique « 15 » départementalisé et recevant les appels directement du public est adopté le 6 février 1979 (3), par Simone VEIL alors ministre de la santé .

L'adoption de la loi n°86-11 du 6 janvier 1986 (4), défendue par le Pr L. LARENG devenu député, étend le principe du SAMU aux autres départements français.

1.1.1.2 Le modèle français

La création de ce dispositif permettant le déplacement d'une équipe médicale en préhospitalier constitue une particularité du système de soins français. Il s'appuie sur le constat historique que les polytraumatisés au cours d'accident de la voie publique (AVP) décédaient la plupart du temps lors du trajet vers l'hôpital. Une étude de WC Schoemaker en 1988 (5) démontrait également que la mortalité post-opératoire était principalement due à l'hypoxie tissulaire survenant avant le début de la prise en charge chirurgicale.

Dès lors il est apparu l'intérêt d'un premier contact médical précoce afin de stabiliser la victime avant le transport. Ce modèle porte le nom de "*stay and play*" en opposition avec le modèle Américain "*scoop and run*".

En effet, le modèle outre-Atlantique s'appuie avant tout sur le concept de "golden hour". Partant du constat que certains polytraumatisés souffrant notamment d'hémorragie interne nécessitaient un passage au bloc dans l'heure, il fallait que le patient puisse se trouver sur la table d'opération dans « l'heure d'or ».

1.1.1.3 La création des MCS

Parallèlement au développement de l'AMU naquit en 1953 un premier réseau de médecins généralistes exerçant dans des milieux reculés et difficiles d'accès : les médecins de montagne.

Les Médecins Correspondants du SAMU (MCS) apparaissent dans différents territoires français et de façon indépendante au début des années 2000, majoritairement en région montagnaise, ils s'inscrivent dans une logique comparable aux médecins de montagne.

Ce sont les médecins généralistes, soucieux d'assurer la prise en charge des urgences préhospitalières de leur secteur de patientèle qui prennent l'initiative de créer un réseau en association avec leur centre 15 référent.

1.1.2 La fonction des MCS

La fonction de MCS est définie pour la première fois par l'arrêté du 12 février 2007 (6) à travers 7 articles :

- Le MCS est un « relais pour le service d'aide médicale urgente dans la prise en charge de l'urgence vitale ». (Article 1)
- « Le SAMU déclenche systématiquement et simultanément l'intervention du médecin correspondant du SAMU et de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ». (Article 2)

- Le MCS intervient dans des zones prédéfinies par l'ARH (l'Agence Régionale d'Hospitalisation), « notamment lorsque le SMUR ne peut pas intervenir dans un délai adapté à l'urgence ». (Article 3)
- Les MCS ont un contrat avec l'établissement du SAMU auquel ils sont rattachés (article 4) qui "fixe les conditions d'intervention, et notamment le lien fonctionnel entre le médecin et le SAMU, les modalités de formation et de mise à disposition de matériel et de médicaments pour l'exercice de cette mission"
- Le MCS est un médecin formé à l'urgence. Cette formation est dispensée sous l'autorité du service hospitalo-universitaire de référence, en liaison avec le SAMU, le centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU) ainsi que les structures des urgences et les SMUR. (Article 5)
- Un « Bilan annuel de l'évaluation du dispositif, (...) présenté au comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires et au réseau des urgences » (article 6)
- « Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française » (article 7)

Le 4 novembre 2011 est alors créé la fédération nationale des MCS sous l'égide du Dr GIROUD, président du SAMU de France, avec le but de fédérer et harmoniser les différents réseaux de MCS se créant sur le territoire.

En 2012 le candidat à l'élection présidentielle François Hollande présente dans son programme la promesse n°19 : « je fixerai un délai maximum d'une demi-heure pour accéder à des soins d'urgences » (7). Cette même année il est demandé aux ARS d'élaborer un bilan de ces « zones blanches » à plus de 30 minutes des structures de soins, dans le cadre du « pacte territoire santé ».

Le maillage du territoire est alors révisé et devient un enjeu majeur : 15 millions d'euros sont investis pour renforcer les services d'urgences en tension, des nouvelles lignes de SMUR sont créées et le nombre de MCS est multiplié par quatre, passant de 150 en 2012 à 580 fin 2016. Entre l'évaluation de 2012 et celle d'aout 2015 le ministère de la santé et des affaires

sociales avait estimé que ces mesures avaient permis à 1 million de Français supplémentaires d'avoir accès aux soins urgents en moins de 30 minutes. (8)

Au 31 décembre 2015, un peu plus de 1 million de personnes se trouvaient encore à plus de 30 minutes d'un accès aux soins urgents, en tenant compte de l'ensemble des modalités d'accès actuelles comprenant SMUR, Héli-SMUR et MCS. (7)

1.1.3 Rôle et mission

Le Médecin Correspondant du Samu (MCS) est un médecin de premier recours, formé à l'urgence. Il intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale, dans des territoires où le délai d'accès à des soins urgents est supérieur à trente minutes. L'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient dans ces zones reculées.

Le MCS est défini par la DGOS (9) comme un médecin qui :

- Participe à la mission de service public d'aide médicale urgente ;
- Est formé à l'urgence ;
- Est un relais compétent des SAMU-Centre 15 ;
- Agit en priorité dans des zones isolées ou dans des zones où les délais d'intervention du SMUR dépassent les 30 minutes ;
- Permet de réduire les délais de réponse à l'urgence par une prise en charge de proximité et de qualité.

Le dispositif de MCS est proposé comme une fonction et non comme un statut, en conséquence le médecin qui remplit les fonctions de MCS conserve ses fonctions, missions et mode d'exercice habituels. Il est accessible à tout professionnel médical sur la base du volontariat et quel que soit son mode d'exercice. Les médecins remplaçants et les internes titulaires d'une licence de remplacement peuvent également prendre part au dispositif.

La fonction MCS n'est donc pas incompatible avec les autres missions du médecin sur le territoire comme la permanence des soins ambulatoires. Ces deux missions poursuivant un but différent ne sont donc pas exclusives l'une de l'autre à condition d'être intelligemment articulées. De la même façon un médecin exerçant la fonction de MCS peut également être

engagé en tant que médecin sapeur-pompier volontaire sans obstacle réglementaire. Les modalités d'intervention seront alors définies par contrat et toujours régulées par le centre-15.

Par nature, les interventions demandées par le SAMU-centre15 au titre de l'aide médicale urgente priment sur les autres missions.

1.1.4 Formation

Selon l'arrêté de 2007 (6), le MCS doit être formé à l'urgence « sous l'autorité du service hospitalier universitaire de référence et en liaison avec le SAMU et le CESU ainsi que la structure des urgences et le SMUR ». Les modalités exactes de la formation seront donc explicitées dans le contrat liant le MCS à son centre-15 de référence.

L'objectif de cette formation est d'acquérir les compétences permettant la prise en charge des urgences dans les 30 premières minutes et dans l'attente de l'arrivée d'une équipe SMUR. La formation minimale est définie au niveau national par la SFMU et dispensée sous la responsabilité de l'université, elle est accessible à tous permettant le partage de connaissances et des compétences entre les différents acteurs de l'aide médicale urgente.

Le CESU local assure donc la formation initiale théorique et pratique, il est suggéré par l'ARS une formation sous la forme de 6 modules répartis sur 2 jours grâce entre autres à des séances de simulation et mises en situations pratiques.

- Un module organisationnel, expliquant les missions et la responsabilité du MCS ainsi que les procédures d'intervention. Il y est exposé l'articulation des filières de soins, les particularités locales et la place du MCS dans l'aide médicale urgente.
- Un module cardio-respiratoire qui prépare notamment à la gestion des différents états de choc, à la gestion de l'ACR, de l'œdème pulmonaire, la détresse respiratoire, la douleur thoracique et la lecture de l'ECG.
- Un module neurologique qui s'articule autour des troubles de conscience, de l'AVC, de l'état de mal convulsif, des intoxications volontaires et des comas toxiques.
- Un module traumatologie pour le crâne, le thorax, l'abdomen, le rachis et les membres combiné aux différentes techniques d'analgésie.
- Un module obstétrical et pathologie circonstancielle pour l'accouchement inopiné mais également le choc thermique, le brûlé, blasté et noyé.

- Un module technique sur la mise en condition du patient, comme les accès vasculaires, l'intubation, la contention, la sédation ou la ventilation par exemple.

Ces six modules peuvent être complétés par les formateurs par des notions optionnelles comme les états d'agitation aiguë ou de la pédiatrie.

Cette formation initiale est complétée par un stage d'immersion dans une structure d'urgence afin de s'approprier le matériel et se familiariser avec les techniques nécessaires aux interventions futures du MCS.

Les connaissances ainsi acquises seront entretenues par la réalisation de deux demi-journées de formation par an (formation continue). Les frais pédagogiques du CESU sont couverts par l'ARS (150 € par journée de formation). Le médecin participant à ces formations est dédommagé par l'ARS à hauteur de « 24C » (24 consultations soit actuellement 600€) par journée via l'établissement siège du SAMU.

1.1.5 Équipement

Le matériel est mis à disposition par l'établissement siège du SAMU avec lequel le MCS a passé convention. Il est idéalement harmonisé avec celui utilisé pendant la formation et celui utilisé dans les SMUR, il est également adapté à l'urgence et à l'activité du MCS.

L'entretien et le renouvellement est à la charge du SAMU-centre 15 et indexé au contrat qui stipule la liste des matériels et médicaments mis à disposition.

Le contenu précis du sac d'urgence du MCS doit être apprécié et validé sur chaque territoire par l'établissement siège du SAMU contracté, à titre d'exemple la SFMU propose la liste de matériel exposée en Annexe 1.

1.1.6 Déclenchement des MCS

Ils interviennent dans des territoires déterminés par les ARS comme étant à plus de trente minutes d'accès aux soins urgents afin d'assurer une prise en charge de l'urgence vitale dans ces zones particulièrement isolées. Le MCS est donc déclenché par le SAMU centre-15

lorsque le délai d'intervention du SMUR est estimé à plus de 30 minutes. Le MCS peut être déclenché pour tout motif nécessitant un SMUR dans la mesure où son intervention précoce peut améliorer le pronostic du patient.

En pratique on observe grâce au travail du Dr BORTHOMIEU que cette règle simple connaît quelques limites puisqu'on remarque que les MCS ne sont déclenchés que dans 13.6% des cas éligibles, et que les déclenchements se font statistiquement davantage sur certains motifs tels que les suspicions d'ACR et les états de mort apparente plutôt que les douleurs thoraciques pour lesquelles ils sont peu sollicités par la régulation. (10)

Le départ effectif du médecin est ensuite conditionné par l'heure d'appel puisque le MCS n'intervient souvent que sur ses horaires de présence au cabinet, ceux-ci étant auparavant renseignés au SAMU. Le MCS peut également s'estimer indisponible lors de la sollicitation du SAMU comme c'était le cas dans 34% des cas, limitant les interventions à 8.9% de sorties effectives sur l'ensemble des sollicitations des MCS sur leurs heures ouvrables. (10)

On remarque également que même si le déclenchement du MCS se fait de façon concomitante à l'envoi d'un SMUR, le bilan médical passé à la régulation permet l'annulation précoce et donc l'économie dans 21.6% (10) à 55% des cas (11) selon les études.

1.1.7 Rémunération

La rémunération des MCS est actuellement financée par l'ARS, c'est elle qui valide les dossiers de candidature notamment en fonction de la zone d'exercice du médecin concerné. Le MCS est lié par un contrat tripartite entre lui-même, l'ARS et l'établissement siège du SAMU. Même si différents modes d'exercice sont proposés dans le guide de déploiement de la DGOS de 2007, les médecins généralistes conservent en pratique bien souvent leur activité libérale pure sans autre investissement dans les missions de l'hôpital. Dans ce cas de figure, l'ARS finance le forfait d'intervention du MCS à hauteur de 260 € l'intervention régulée et validée par le SAMU, indépendamment du temps passé en intervention. (Annexe 2, contrat ARS Nouvelle Aquitaine).

1.1.8 Evaluation

Les réseaux de MCS se développent progressivement sur le territoire et l'évaluation du dispositif souffre souvent de certaines limites, comme le nombre estimé encore trop faible de MCS (12) ou un défaut de connaissance du dispositif comme opportunité parmi les effecteurs, à la régulation (10).

Le délai d'intervention des MCS est jugé plus court par rapport au SMUR dans les études du Dr JOMIN (13) où le MCS intervient en moyenne en 9 minutes dans la zone étudiée, ou dans l'étude du Dr MINET (14) où le délai est significativement plus court mais selon les estimations des MCS eux-mêmes.

Une étude rétrospective du registre des arrêts cardiaques extrahospitaliers du REseau Nord Alpin des Urgences (RENAU) de 2003 à 2007 montrait une survie significativement plus importante à l'entrée en soins intensifs, à la sortie de l'hôpital et à un an chez les patients ayant bénéficié d'un contact précoce par un MCS (15). Une étude complémentaire montrait que les MCS intervenaient toutefois sur des personnes significativement plus jeunes, sur des arrêts en dehors du domicile et bénéficiant déjà d'une RCP avant l'arrivée du MCS (16). En 2014 une étude sur cette même banque de données montrait l'efficacité des MCS dans la fibrinolyse précoce des STEMI en zone éloignée. (17)

Le dispositif a également montré un intérêt dans la prise en charge des douleurs aiguës sévères par les MCS comparativement à leurs confrères non MCS en 2010 dans les stations de sport d'hiver de l'arc nord alpin (18).

1.2 Particularité de la Charente Maritime

1.2.1 Géographie

La Charente maritime occupe une superficie de 6 864 km² soit 8% de la région Nouvelle Aquitaine. Bordée par 470 km de côtes, on compte 4 îles rattachées au département. L'île Oléron est la plus grande de France métropolitaine après la Corse, avec 174.4 km² elle regroupait 22 324 habitants en 2016 selon l'Insee (19). Elle forme avec l'île de Ré les deux plus grosses îles du département. L'île d'Aix n'est quant à elle accessible que par voie

maritime de même que l'île Madame à marée haute. La carte géographique est disponible en annexe 3.

Le département de la Charente-Maritime regroupe sur 472 communes un total de 639 600 habitants au recensement de janvier 2015, soit une densité de 92 hab./m² avec 3 personnes sur 10 habitants dans une commune du littoral.

Avec un âge moyen de la population de 44,5 ans, la part des plus de 80 ans a fortement augmenté, elle est passée de 5 à 8 % de la population. Le vieillissement est notamment accentué par les migrations résidentielles. Une carte de la densité de la population en Charente maritime est disponible en annexe 4.

Le parc de logements de la Charente-Maritime s'élève à 409 655 habitations. Il est composé pour 71 % de résidences principales et 22 % de résidences secondaires dont le littoral concentre 83 % de ces dernières.

1.2.2 Variation saisonnière

Avec ses 170 km de plages, son patrimoine architectural et culturel, la Charente-Maritime est le 2e département touristique français derrière la Vendée, en termes de nuitées sur la façade atlantique. Sur les îles, les résidences secondaires sont plus nombreuses que les résidences principales. On recense sur le département 7 689 chambres d'hôtel et 48 119 emplacements de camping en 2019 (20).

Les structures de soins doivent donc faire face une grande variation de passages au cours de l'année, spécifiquement sur le littoral. Une gestion optimale des ressources et une adaptation de moyens sont donc nécessaires principalement pendant l'été, à l'image par exemple de la création d'une antenne SMUR sur l'île d'Oléron aux mois de juin, juillet et août.

1.3 Les offres de soins :

1.3.1 Les hôpitaux, SAMU et vecteurs SMUR

Le Centre Hospitalier Régional de La Rochelle abrite le SAMU centre 15 et bénéficie de deux équipes dédiées 24h/24h. Le SAMU peut avoir recours à une UTIM hélicoptérée de la sécurité civile basée à proximité de l'hôpital pour intervenir dans les zones éloignées comme les îles d'Oléron ou de Ré ainsi que pour réaliser certains transferts inter-hospitaliers. Une astreinte est également mise en place pour les sorties de SMUR maritime, réalisée par un hélicoptère militaire en raison des manœuvres complexes à effectuer.

Le centre hospitalier de Saintes jouit également de deux équipes de SMUR dont une qui peut réaliser des transferts depuis le sud du département.

Les centres de Rochefort, Royan, Jonzac et Saint Jean d'Angely sont dotés d'antennes SMUR formées d'une seule équipe et aptes à réaliser les sorties primaires. Les transferts ne pouvant être effectués principalement du fait que le médecin de SMUR est également en poste au SAU.

La carte des hôpitaux du département avec les antennes SMUR est jointe en annexe 5.

La régulation médicale effectuée par le SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée aux besoins du patient (21). Elle permet d'orienter les patients vers la juste prestation médicale que requiert son état en disposant d'un éventail de réponses correspondant à différents niveaux de gravité et d'urgence.

Les missions du SAMU sont définies par le code de santé publique (22), pour les mener à bien il peut faire intervenir plusieurs intervenants :

- Les structures mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)
- Les services départementaux d'incendie et de secours
- Les transporteurs sanitaires privés selon convention locale
- Les médecins et paramédicaux libéraux.

Le médecin régulateur peut également choisir les décisions suivantes :

- Conseil médical et patient laissé sur place

- Conseil d'aller aux urgences par leurs propres moyens
- Les forces de l'ordre peuvent également être amenées à intervenir.

Le dispositif de MCS permet d'élargir l'éventail des moyens mobilisables permettant l'envoi rapide d'un effecteur médical doté de compétences en médecine d'urgence.

1.3.2 Les médecins généralistes

Les Médecins généralistes libéraux représentent la principale cible du dispositif des MCS. En Poitou-Charentes on comptait au 1^{er} janvier 2018, 939 médecins généralistes installés en activité régulière, ce qui correspondait à une augmentation de 0.21 % par rapport à 2017. Malgré tout, l'augmentation de la population et plus particulièrement des plus de 60 ans engendre une diminution de la densité de ces médecins généralistes de -0.70% sur cette même période, égale à 142.6 au 1^{er} janvier 2018.

La densité des médecins inscrits au tableau de l'ordre en Charente Maritime est par ailleurs plus faible que la densité nationale, toutes spécialités confondues, égale à 270.3 médecins pour 100 000 habitants. (23)

1.3.3 Les autres effecteurs médicaux, le SDIS

1.3.3.1 SDIS et VSAV

Le Service départemental d'incendie et de secours (SDIS) est un des effecteurs principaux de l'AMU sur le territoire. Il est sollicité directement par la régulation du SAMU centre-15 pour les ouvertures de portes et les interventions sur les lieux publics dont la voie publique lors des A.V.P. Il est également déclenché de façon concomitante à celle du SAMU sur les urgences vitales, c'est donc le partenaire privilégié de l'équipe SMUR lors de la réanimation préhospitalière. Il s'agit souvent du premier contact avec l'équipe SMUR à l'arrivée sur les lieux, le SDIS bénéficiant d'un meilleur maillage sur le territoire avec des antennes plus nombreuses et distribuées de façon homogène sur le département comme l'illustre la carte en annexe 6.

Ce premier contact avant l'arrivée du SMUR permet de disposer d'un premier bilan situationnel, de constantes ainsi que l'initiation de gestes de réanimation précoces.

1.3.3.2 Médecin pompier (MSP)

Le SDIS dispose de médecins appartenant au SSSM, le service de santé et de secours médical. Ces médecins professionnels engagés ou volontaires peuvent être amenés à intervenir dans le cadre de missions définies par la circulaire interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 (24) relative à l'organisation des secours et l'aide médicale urgente. Ces Médecins Sapeur-Pompiers (MSP) bénéficient d'une formation équivalente à celle des MCS, leur exercice est régi par convention passée entre le SIS et les ARS qui précise notamment leurs secteurs d'intervention, les modalités opérationnelles de fonctionnement, les dotations en matériel ou les formations complémentaires requises. Les MSP mobilisés par les SAMU restent sous l'autorité administrative des SIS. A la différence des MCS dont la rémunération est prise en charge par les ARS, les SIS assurent dans les conditions habituelles la prise en charge financière et la couverture juridique des interventions auxquelles participent les MSP.

Le SDIS 17 comprend 39 MSP, dont 36 volontaires (MSPV) et 3 professionnels (MSPP). Cependant, seuls 18 de ces médecins ont une activité opérationnelle en fonction de leur disponibilité et de leur activité professionnelle.

1.3.3.3 Les infirmiers sapeur-pompiers (ISP)

Le SSSM comprend également des infirmiers sapeurs-pompiers (ISP), qui participent à l'AMU sur le territoire opérationnel du SIS. Ces ISP peuvent, avant l'intervention d'un médecin et sous certaines conditions, initier des protocoles infirmiers de soins d'urgence (PISU) en raison du bénéfice attendu pour le patient d'une réponse urgente et formalisée jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces PISU doivent répondre aux données actuelles de la science et sont communiqués au chef de service du SAMU par le médecin chef du SIS. Ils peuvent être mis en place dans des situations définies par l'arrêté du 15 juin 2015 telles que

l'arrêt cardiaque, l'hémorragie sévère, le choc anaphylactique, l'hypoglycémie, l'état de mal convulsif, les brûlures, l'asthme aigu grave de la personne asthmatique connue et traitée, l'intoxication aux fumées d'incendie et la douleur aiguë.

Les ISP peuvent également réaliser des actes sur prescription du médecin régulateur du SAMU, s'inscrivant dans le cadre de la télémédecine. Ils sont donc amenés à intervenir dans des situations semblables à celles du MCS en pouvant apporter également une expérience et une technicité spécifique de médecine d'urgence, la part diagnostique pouvant être réalisée par le médecin régulateur grâce aux outils actuels et au développement de la télémédecine. Il s'agit vraisemblablement d'un grand débat pour les prochaines années, à qui dirigera la gestion de ces interventions préhospitalières.

On compte 80 ISP en Charente Maritime qui réalisent en moyenne plus de 3 000 interventions par an.

1.4 Problématique

La fonction de Médecin Correspondant du SAMU se développe progressivement depuis quelques années, son but est de pallier les inégalités de l'offre de soin sur le territoire. A terme et grâce à un engagement suffisant, les MCS doivent permettre d'atteindre l'objectif des 30 minutes d'accès aux soins urgents fixé par le gouvernement depuis 2012.

L'efficacité de la fonction MCS peut être difficile à évaluer, elle souffre parfois d'un recul insuffisant car les réseaux sont encore jeunes ou en création dans certains départements. Plusieurs études ont montré l'intérêt du dispositif, comme la survie des arrêts cardiaques extrahospitaliers (15) notamment grâce à la fibrinolyse précoce des STEMI (17) ou les délais d'interventions plus courts des MCS par rapports aux SMUR (10) (14) . Les bilans précoces passés à la régulation permettant une part non négligeable d'annulation de la mission et l'épargne d'une équipe SMUR (10).

La fonction MCS semble donc prometteuse dans l'AMU et est amenée à se développer avec l'aide du gouvernement à travers les ARS. Bien que le recrutement sur l'ensemble du

territoire français ne cesse de croître, il existe une diversité majeure d'un département à l'autre. Les zones de montagnes sont mieux pourvues en MCS pour des raisons historiques de parenté avec les Médecins de Montagne.

Le département de Charente Maritime ne dispose plus de MCS depuis 2018, il est sujet à de grandes variations démographiques saisonnières et spécifiquement dans des zones d'interventions de SMUR supérieures à 30 minutes définies par l'ARS comme éligibles à l'implantation d'un MCS.

Dès lors il est intéressant de connaître ce qui limite les médecins de Charente Maritime à rejoindre le dispositif MCS. Plusieurs études ont été menées dans d'autres départements français explorant les leviers favorables ou non à l'adhésion au dispositif chez les médecins généralistes installés dans les zones concernées. La thèse du Dr RENAUD (25) effectuée dans la région d'Auvergne évoquait d'abord un manque de connaissance du dispositif, un manque d'investissement à la diversification de l'activité de la part des vieux médecins proches de la retraite et un défaut de formation chez les médecins interrogés. Il semble donc intéressant d'orienter cette recherche sur les internes de médecine générale formés dans la région dans la mesure où ils représentent les jeunes généralistes susceptibles de s'installer à court terme dans le département et possiblement pour l'ensemble de leur carrière. Ils sont d'autre part probablement plus enclins à diversifier leur activité la médecine d'urgence qui est enseignée à travers la réalisation obligatoire d'un semestre aux urgences dans la maquette de leur internat. Les internes en poste en Charente Maritime dépendent de l'enseignement de la faculté de médecine et de pharmacie de Poitiers.

L'objectif de ce travail est donc d'évaluer les motivations et les freins à l'exercice de Médecin Correspondant du SAMU chez les internes de Médecine Générale du Poitou Charentes. L'objectif principal de l'étude est d'apprécier dans un premier temps la connaissance ou l'ignorance du dispositif qui semble être le frein principal selon la littérature, avant d'évaluer par des critères de jugements secondaires les autres éléments en cause, limitants ou motivationnels.

2 MATERIELS ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive qualitative adressée aux internes de médecine générale du Poitou-Charentes quel que soit leur semestre en cours.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un formulaire en ligne sur GOOGLE FORM©, disponible uniquement par lien à l'adresse suivante : <https://forms.gle/KCNqc8DoGnU3fGicA> disponible en annexe 7.

La période de réception des formulaires pour l'inclusion s'est déroulée sur 4 mois du 14/03/19 au 14/07/2019.

2.2 Données recueillies

Ce formulaire était divisé en 4 parties. La première était un paragraphe d'une vingtaine de lignes destiné à présenter la fonction de MCS de façon à permettre aux participants de se prononcer sur le reste du questionnaire sans avoir connaissance auparavant de la fonction MCS.

La deuxième partie rassemblait des données épidémiologiques : l'âge, le sexe, le nombre de semestres validés en médecine générale et le lieu de la faculté d'externat. Cette partie portait également sur les projets professionnels et s'enquérissait des modalités d'exercice de la médecine libérale, de la distance d'installation à l'hôpital le plus proche, de la volonté de s'installer en Charente Maritime et celle de pratiquer les visites à domicile. Une troisième partie évaluait différents éléments face à l'urgence dont la formation spécifique reçue lors du cursus, les compétences acquises, l'appréhension d'une urgence vitale et l'intérêt global porté à la médecine d'urgences. La dernière partie plus spécifique s'attachait à enquêter sur la connaissance initiale du dispositif, les autres freins éventuels et les motivations possibles à rejoindre le rang des MCS. Les freins évoqués exploraient la part émotionnelle, les contraintes organisationnelles, temporelles et administratives ainsi que l'aspect financier. Les motivations évoquées exploraient l'amélioration de la pratique quotidienne, le bien du patient

pris en charge, la satisfaction personnelle, les rapports professionnels ainsi que la rémunération.

Ce formulaire a été envoyé sous forme de lien par e-mail à 3 ou 4 reprises à chaque interne grâce aux mail-listes de la faculté ainsi qu'aux adresses e-mails personnelles fournies par le CRP-IMG. Une présentation de l'étude avec le lien a également été postée sur le réseau social FACEBOOK© par l'intermédiaire du CRP-IMG. Le formulaire a également été communiqué en version papier, directement imprimé depuis GOOGLE FORM©, aux internes de médecine générale présents le 05/04/19 à la journée de choix de stage.

2.3 Critères d'inclusion

Etait inclus dans l'étude toute personne consentant à répondre au formulaire, au format papier ou numérique, ce dernier n'étant envoyé qu'aux internes de médecine générale du Poitou Charentes et non accessible autrement que par lien privé. Etant donné la période d'inclusion, les internes interrogés appartiennent principalement aux promotions 2018, 2017 et 2016. Il n'est cependant pas exclu que quelques internes ayant pris des semestres de disponibilités appartiennent aux promotions antérieures.

2.4 Critères d'exclusion

Les personnes n'ayant pas coché « oui » à la question « Etes-vous Interne de Médecine Générale en Poitou-Charentes ? » étaient exclues.

2.5 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était la réponse à la question n°16 du formulaire intitulée « Connaissez-vous le statut de MCS avant l'introduction ? », question à choix unique à laquelle le candidat ne pouvait répondre que par « oui » ou « non ».

2.6 Critères de jugement secondaires

Les critères de jugement secondaires explorent les motivations à travers les questions :

-n°24 « Pensez-vous que la formation au statut MCS puisse être bénéfique à votre pratique quotidienne ? », question à choix unique « Oui » ou « Non ».

-n°25 « Pensez-vous que l'adhésion à la fonction de MCS améliore vos rapports professionnels avec le service des urgences », question à choix unique « Oui », « Non » ou « Je ne sais pas ».

-n°26 « Pensez-vous que vous puissiez tirer satisfaction de votre prise en charge face à une urgence vitale ? », question à choix unique « Oui », « Non » ou « Je ne sais pas ».

-n°30 « Pensez-vous que la rémunération soit un facteur déterminant dans l'adhésion à la fonction de MCS ? », question à choix unique « Oui » ou « Non »

Les différents freins outre la question n° 16 sont évalués par les questions :

- n°12 « Comment évalueriez-vous votre anxiété à l'idée de gérer une situation d'urgence ? », cotée de 0 « Inexistante » à 10 « Maximale ».

- n°15 « Seriez-vous prêt à interrompre une consultation pour une intervention en urgence ? », question à choix unique « Oui » ou « Non »

- n°22 « Pensez-vous qu'un Médecin Généraliste exerçant en milieu rural doive s'investir en tant que premier recours en cas d'urgence vitale à proximité de son cabinet ? », question à choix unique « Oui » ou « Non »

- n°27 « Pensez-vous qu'il vous soit émotionnellement difficile de reprendre vos consultations après une sortie sur une urgence vitale ? », question à choix unique « Oui » ou « Non, pas particulièrement »

- n°28 « Trouvez-vous que la fonction de MCS soit trop contraignante d'un point de vue organisationnelle ? », question à choix multiple entre :

- « Oui, administrativement »

- « Oui, sur la gestion du temps »

- « Oui, pour une autre raison » qui n'a pas été explorée dans l'étude

- « Non, pas particulièrement »

- n°29 « Quel est le principal frein à votre adhésion à la fonction MCS ? », question à choix unique proposant les items :

- « le manque d'Intérêt pour l'urgence »

- « la peur de ne pas être performant en cas d'urgence vitale »

- « la peur de contraintes organisationnelles trop importantes »

- « la charge de travail supplémentaire »

- « une rémunération compensatrice qui serait trop faible »

- un item « Autre » permettant de rédiger une proposition en texte libre.

- n°30 « Pensez-vous que la rémunération soit un facteur déterminant dans l'adhésion à la fonction de MCS ? », question à choix unique « Oui » ou « Non ».

Les questions n° 20 et 21 exploraient les autres effecteurs possibles de l'AMU :

- n° 20 : « Connaissez-vous la différence du MCS avec Médecin pompier ? », le candidat pouvant répondre par « oui », « non » ou « je ne connais pas le rôle d'un Médecin Pompier »

- n° 21 : « Etes-vous déjà engagé dans un projet de médecin pompier ou DESC d'urgence ? », dont les réponses proposées étaient « oui » ou « non ».

Le formulaire est disponible en annexe n°7.

2.7 Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées sur Excel (Microsoft corporation© office 2016), les données qualitatives sont présentées en nombres absolus et pourcentages. Le nombre de chiffres significatifs des pourcentages était respectés en fonction du nombre de sujets participants à la question.

Les variables quantitatives sont données en médianes, moyennes et écarts types.

2.8 Ethique

Les données étaient recueillies de manière anonyme, aussi bien par formulaire papier que numérique, sur la base du volontariat et directement auprès des internes visés. Ces questionnaires ne contenaient ni données patients ni données de santé, ni information sensible.

Les adresses mails n'ont pas été récoltées dans le processus, car cela obligeait l'interne à se connecter à un compte Google© (Googleplex, Mountain View, Etats-Unis), ce qui aurait pu réduire le taux de participation. Le choix du formulaire par Google Form© se justifie par la facilité d'accès du site, son utilisation intuitive tant pour la création que pour la participation. Cette plateforme permet également une personnalisation esthétique visant à augmenter le taux de réponse des participants.

Notre étude n'est donc pas concernée par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, dite « loi Jardé ». A ce titre ni l'ANSM ni aucun CPP n'ont été avisés. De la même façon, la CNIL n'est pas concernée par les données complètement anonymes recueillies.

3 RESULTATS

Du 14 mars 2019 au 14 juillet 2019, 211 questionnaires ont été complétés, 122 sur internet et 89 sur formulaires papier. Cinq formulaires ont été exclus car répondant « non » ou ne

répondant pas à la question n°4 « Etes-vous Interne de Médecine Générale en Poitou-Charentes ? ».

Deux cent six formulaires ont donc été analysés pour répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires de l'étude. Cela représente 59.5% des 346 internes de la population cible (internes inscrits au CRP IMG).

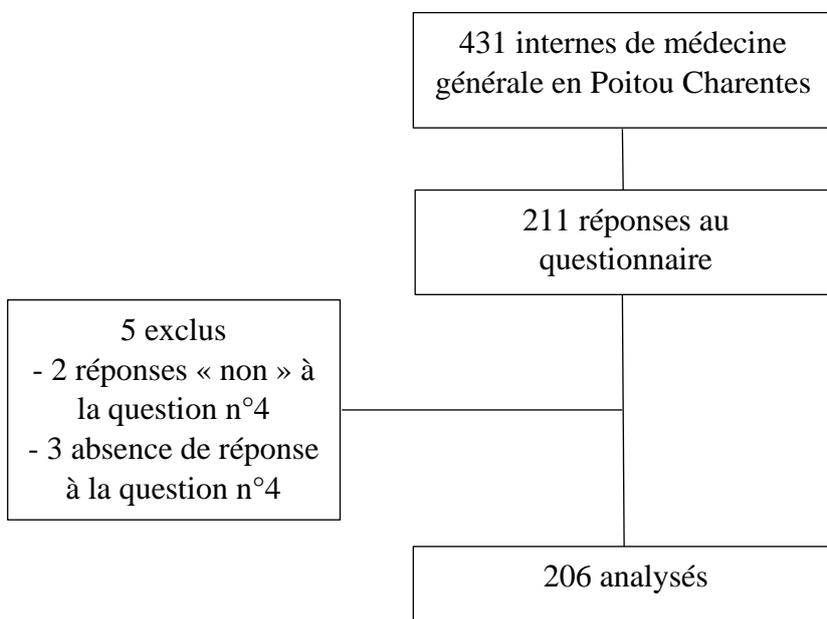


Figure 1 : Flow chart

3.1 Caractéristiques de l'échantillon

Il y avait 133 femmes et 73 hommes sur 206 réponses soit 64.6% de femmes.

L'âge des participants s'étendait de 24 à 36 ans avec une médiane à 26.5 ans et un écart type standard à 2.06 ans.

Les internes ayant validé 1, 3 ou 5 semestres représentaient 71.7% des réponses.

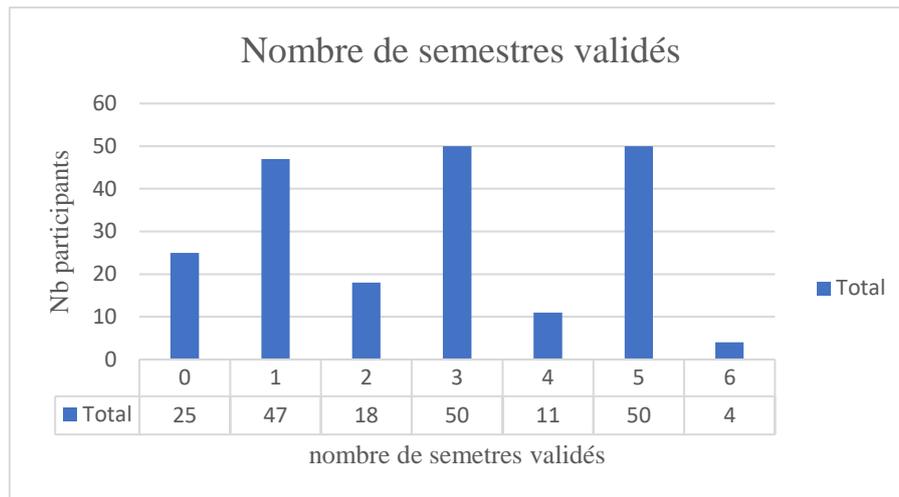


Figure 2 : Nombre de semestres validés

Les facultés d'origine des internes étaient inégalement représentées. 98 internes soit 47.5% avaient effectué leur externat à Poitiers tandis que 19.2% venaient de Bordeaux et 13.1% de Tours, ces 3 facultés représentant plus de 80% des 206 internes de l'échantillon.

A la question n°6 « Dans le cas où vous envisagez un exercice libéral, quelles en seraient les modalités ? », 203 sujets ont répondu dont 109 n'ont coché qu'un item, 57 en ont coché 2, 29 en ont coché 3, 6 en ont coché 4, un 5 et un 6. Les effectifs donnés en pourcentages sont rapportés aux 206 sujets analysés et reportés dans le tableau 1.

Tableau 1 : modalité de l'exercice libéral envisagé

Item	Effectif en pourcentage (nb)
Installé avec d'autres professionnels de santé	93.2 (192)
En remplacements	35.4 (73)
En établissement de Soins (Hôpital ou Clinique)	18.0 (37)
En humanitaire	13.6 (28)
Seul, dans un cabinet	6.3 (13)
Autre	1.5 (3)

Un seul participant parmi les 13 ayant coché « seul, dans un cabinet » n'a pas coché « installé avec d'autres professionnels de santé ».

L'item « Autre » était renseigné :

- « SOS médecin » pour deux participants

- « PMI, médecin scolaire » pour un troisième.

Cent-quatre-vingt-sept sujets soit 90.8% envisagent les visites à domicile dans leur pratique future contre 15 participants soit 7.3% qui ne l'envisagent pas. 4 participants ont coché l'item « non pertinent, je ne souhaite pas m'installer en cabinet » en répondant à la question n° 9 « Envisagez-vous les visites à domicile dans votre pratique future ? ».

Soixante-et-un internes soit 30% de notre échantillon estimaient connaître les différences du MCS avec les MSP, 40% estimaient que non alors que 30 % répondaient simplement ne pas connaître le rôle de MSP.

Dix sujets ont déclaré être déjà engagés dans un projet de médecin pompier ou de DESC d'urgence, ils représentent moins de 5% des participants. Six d'entre eux avaient déjà validés 5 semestres, les 4 autres sujets en ayant validé un nombre moindre, ils ne peuvent faire partie de la dernière promotion de DESC d'urgence.

Enfin, 182 sujets soit 88.3% ont répondu « Oui » à la question n° 32, « Trouvez-vous que les informations données en introduction vous permettent de répondre à ce questionnaire ? ».

3.2 Critère de jugement principal

Sur les 206 réponses recueillies, 98 participants estimaient connaître le dispositif MCS contre 108 qui estimaient l'ignorer.

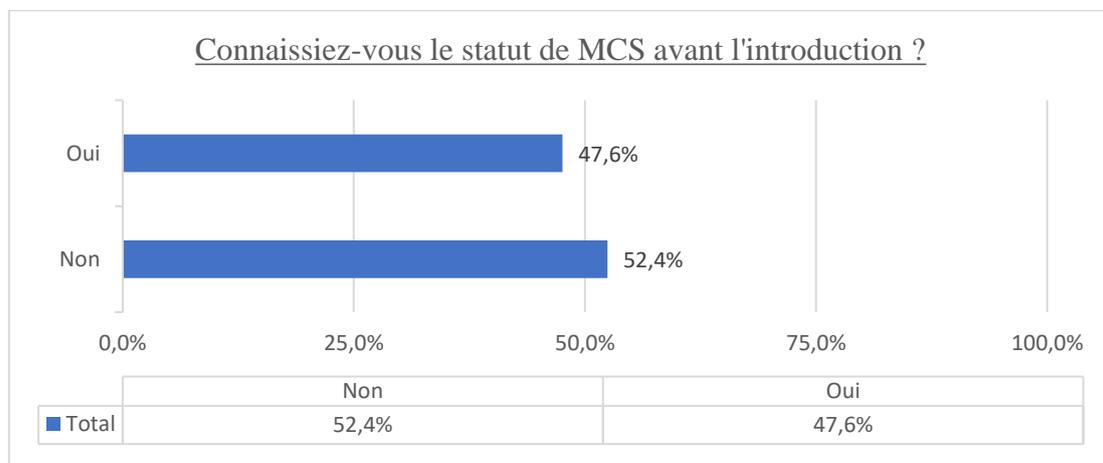


Figure 3 : (CdJP) Connaissiez-vous le statut de MCS avant l'introduction ?

3.3 Critères de jugements secondaires

3.3.1 Exploration des freins

3.3.1.1 Frein à la connaissance du dispositif

Quatre-vingt-dix-huit participants ont répondu à la question n° 17 « si oui, comment ? », faisant suite à la question « Connaissez-vous le statut de MCS avant l'introduction ? ». Cette question était à choix multiple, 77 sujets ont coché une case, 20 en ont coché 2 et un participant en a coché 3 pour un total de 120 cases cochées. Les résultats exprimés en pourcentages sont rapportés au nombre de participants à la question et reportés dans le tableau 2.

Les 3 réponses « Autres » sont :

- « Un reportage »
- « Recherches personnelles en envisageant le DESC avant la réforme »
- « Analyse d'article externat bordeaux »

Tableau 2 : Vecteur d'information vers le dispositif MCS

Item	Effectif en % (nb)
Par le bouche-à-oreille, amis, famille ou collègues	44.9% (44)
Durant un stage aux urgences	29.6% (29)
Car je connais un MCS	28.6% (28)
Par une campagne d'information, une brochure...	7.1% (7)
Lors d'une formation universitaire	6.1% (6)
Lors du stage de niveau 1	3.1% (3)
Autre	3.1 % (3)

3.3.1.2 Exploration des autres freins

À la question N° 29 « Quel est le principal frein à votre adhésion à la fonction MCS ? », 177 internes n'ont répondu qu'à un seul item comme demandé. La version papier permettait de s'affranchir du choix unique en outrepassant la consigne.

Selon le protocole en respectant la nécessité de la réponse unique, l'analyse montre que 61 d'entre eux soit 34.5% mettaient en cause la contrainte organisationnelle comme principal frein. 60 évoquaient d'abord la peur de ne pas être performant en cas d'urgence vitale, 22 indiquaient un manque d'intérêt pour l'urgence et 9 estimaient que le principal frein serait une rémunération trop faible.

Tableau 3 : Principal frein à l'adhésion évoqué

Quel est le principal frein à l'adhésion ?	Nombre	Pourcentage
La peur de contraintes organisationnelles trop importantes	61	34,5%
La peur de ne pas être performant en cas d'urgence vitale	60	33,9%
Le manque d'Intérêt pour l'urgence	22	12,4%
La charge de travail supplémentaire	19	10,7%
Une rémunération compensatrice qui serait trop faible	9	5,1%
Autre	6	3,4%
Total général	177	100%

Six personnes ont coché la case « autre » et rédigés une des propositions suivantes :

- « aucun »
- « déjà dans le cursus DESCMU »
- « le manque d'information et la flemme d'aller la chercher »
- « Manque de connaissance sur les modalités pratiques »
- « Pas de frein, je repousserais les consultations à plus tard tanpis... »
- « Je ne suis pas dans un secteur concerné »

En analysant l'ensemble des données recueillies par déviation au protocole, c'est-à-dire en incluant les items cochés par :

- 14 sujets ayant cochés 2 cases
- 9 sujets ayant cochés 3 cases

- 3 sujets ayant cochés 4 cases
- 1 sujet ayant coché 5 cases
- 2 sujets n'ayant pas répondu à cette question

En rapportant ces 251 cases cochées au 206 sujets analysés, les pourcentages sont exposés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4 : Principaux freins évoqués à l'adhésion au dispositif

Quel est le principal frein à votre adhésion à la fonction MCS ?	Effectif en Pourcentage (Nb)
La peur de contraintes organisationnelles trop importantes	39.8 (82)
La peur de ne pas être performant en cas d'urgence vitale	40.3 (83)
Le manque d'Intérêt pour l'urgence	13.1 (27)
La charge de travail supplémentaire	18.0 (37)
Une rémunération compensatrice qui serait trop faible	6.8 (14)
Autre	2.9 (6)
NC	1.0 (2)

3.3.1.3 Contraintes organisationnelles

Deux-cent-six sujets ont répondu à la question n°28 « trouvez-vous que la fonction de MCS soit trop contraignante d'un point de vue organisationnelle ? », 162 d'entre eux n'ont coché qu'un item, 38 d'entre eux en ont coché deux, et six d'entre eux en ont coché trois. Les effectifs en pourcentages sont ramenés au nombre de sujets.

Tableau 5 : Contraintes évoquées de l'aspect organisationnel

Item	Effectif en % (nombre absolu)
Sur la gestion du temps	85.4 (176)
Administrativement	19.9 (41)
Pour une autre raison	7.3 (15)
Non, pas particulièrement	11.7 (24)

Cent-soixante-douze soit 83.5% des internes interrogés se déclareraient prêts à interrompre une consultation pour intervenir en urgence selon leur réponse à la question n°15.

3.3.1.4 Performance à l'urgence vitale

Les participants estimaient en moyenne à 6.2/10 la qualité de la formation face à l'urgence reçue lors du cursus. La médiane était de 7 pour un écart type à 1.71.

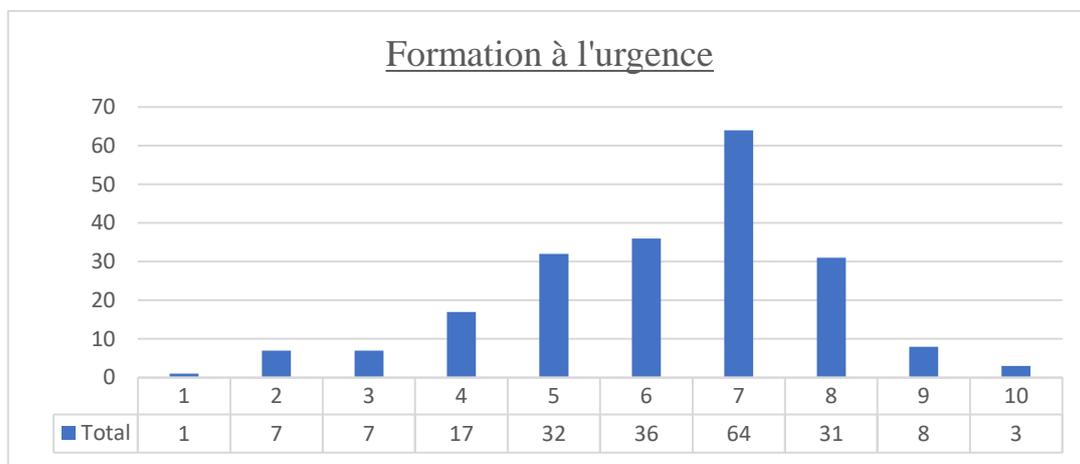


Figure 4 : Estimation de la qualité de la formation à l'urgence reçue lors du cursus

Les compétences à gérer une situation d'urgences étaient estimées en moyenne à 5.6/10 avec une médiane de 6, écart type à 1.70.

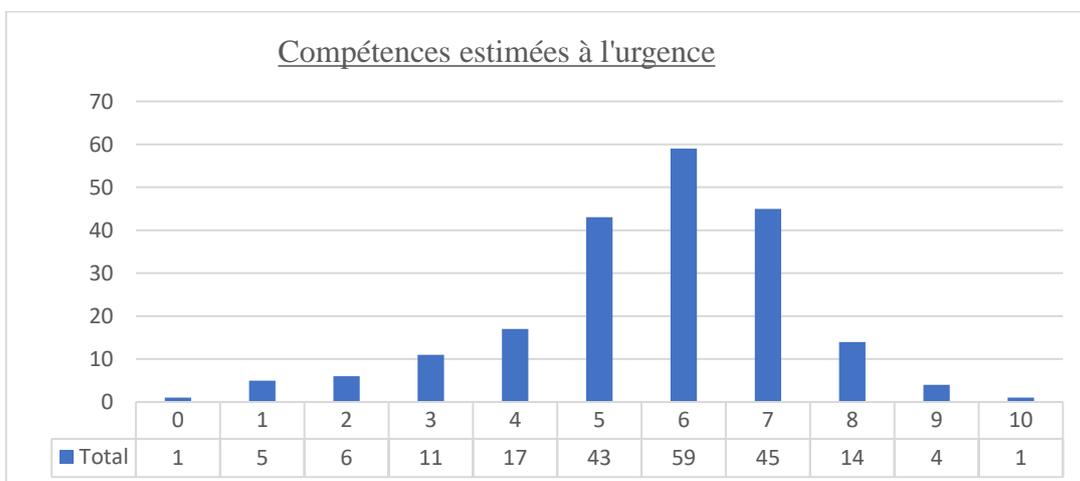


Figure 5 : Estimation des compétences à gérer une situation urgente

3.3.1.5 Charge émotionnelle

L'anxiété à l'idée de gérer une situation urgente était ressentie supérieure ou égale à 7/10 chez au moins la moitié des participants (médiane), une moyenne à 6.6 et l'écart type était de 2.13.

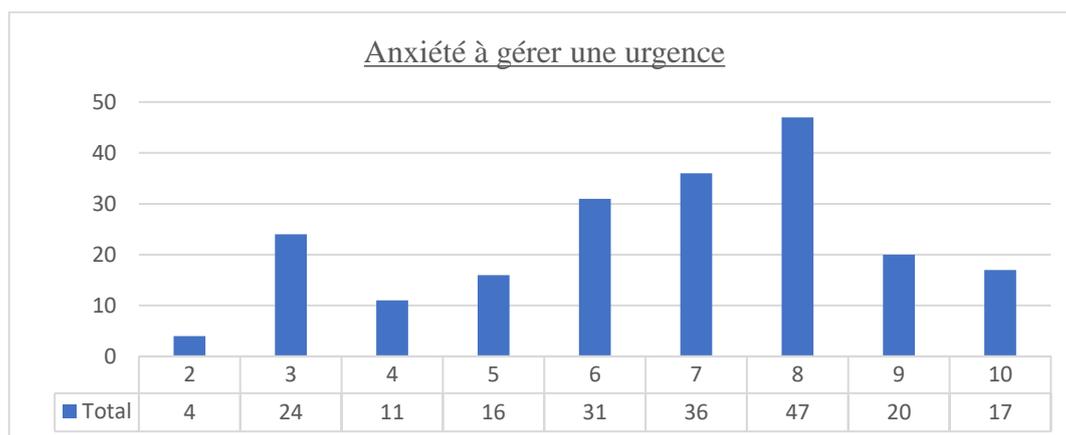


Figure 6 : Estimation de l'anxiété à l'idée de gérer une situation urgente

En répondant à la question n° 27, 149 soit 72.3% des participants ont estimé qu'il serait émotionnellement difficile de reprendre leurs consultations après une sortie sur une urgence vitale.

Cinquante-six participants soit 27.2% ne le pensent pas particulièrement, et un participant n'a pas répondu.

3.3.1.6 Frein à l'installation en zone concernée

Les internes désireux de s'installer à plus de 30 minutes d'un hôpital représentent 17.5% de notre échantillon.

Tableau 6 : Distance d'installation estimée avec l'hôpital

Installation > 30 min	Nombre	Pourcentage
Ne sais pas	85	41,3%
< 30 min	85	41,3%
≥ 30 min	36	17,5%
Total général	206	100%

Le département de Charente Maritime attire 27.2% des internes de médecine générale de la région selon leur réponse à la question n° 8.

Tableau 7 : Volonté à l'installation en Charente Maritime

Installation dans le 17 ?	Nombre	Pourcentage
Ne sais pas	74	35,9%
Non	76	36,9%
Oui	56	27,2%
Total général	206	100%

Sur l'ensemble des internes interrogés, seuls deux internes seraient éligibles à rejoindre le dispositif MCS dans le 17 en cumulant une réponse positive à ces deux dernières questions. Ces deux internes se déclaraient également intéressés par le dispositif en fin de questionnaire, ils représentent moins de 1% des participants.

3.3.2 Motivations

3.3.2.1 Intérêt pour la médecine d'urgence

Deux cents internes soit 97.1% trouvent pertinent qu'un médecin généraliste sache intervenir en cas de situation d'urgence.

De plus, 175 des internes interrogées soit 85.0% estiment qu'un médecin généraliste installé en milieu rural doit s'investir en tant que premier recours en cas d'urgence vitale à proximité de son cabinet.

Au moins la moitié des internes interrogés cotent leur attirance pour la prise en charge des urgences médicales à 4 sur 5 ou plus (médiane), avec un écart type à 1.24.

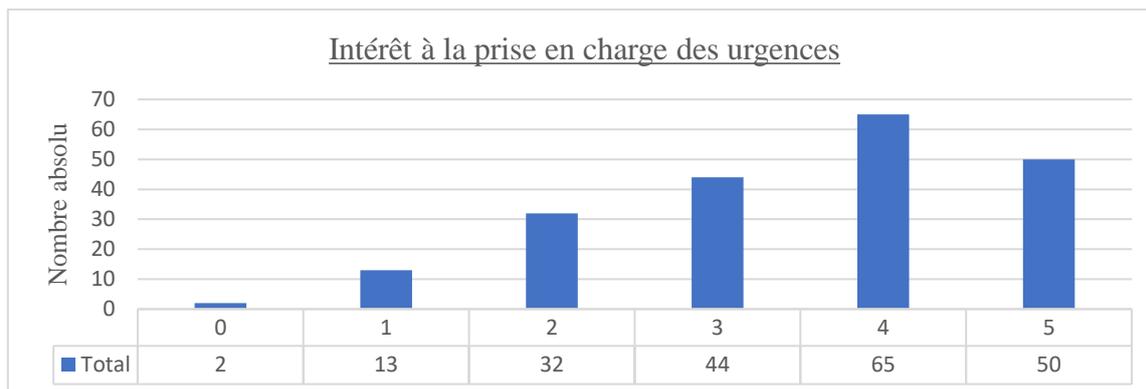


Figure 7 : Intérêt estimé des internes à prendre en charge des urgences

Cent trente-quatre soit 65.1% des internes pensent pouvoir tirer satisfaction de leur prise en charge face à une urgence vitale.

Tableau 8 : satisfaction potentiellement valorisante d'une urgence

Satisfaction éprouvée	Nombre	%
Oui	134	65,1%
Non	11	5,3%
Ne sais pas	61	29,6%
Total général	206	100%

3.3.2.2 Apport relationnel

En répondant à la question n° 25, 54.4 % des internes pensent que l'adhésion à la fonction MCS améliorerait leurs rapports professionnels avec le service des urgences.

Tableau 9 : amélioration estimée de la relation avec le SAU

Relation avec les urgences	Nombre	%
Je ne sais pas	70	34.0%
Non	24	11,7%
Oui	112	54,4%
Total général	206	100%

3.3.2.3 Amélioration des performances

À la question n°24 « Pensez-vous que la formation au statut MCS puisse être bénéfique à votre pratique quotidienne ? », 163 soit 79.1% des participants ont répondu « Oui ».

3.3.3 Rémunération

Cent quinze soit 55.8% des internes interrogés ne considèrent pas la rémunération comme un facteur déterminant à l'adhésion au dispositif MCS.

Tableau 10 : Estimation de la rémunération en tant que facteur déterminant

Rémunération déterminante	Effectif	Pourcentage
Non	115	55,8%
Oui	89	43,2%
NC	2	1,0%
Total général	206	100%

Les participants évaluent la rémunération juste pour une sortie à 135.20€ en moyenne, avec une médiane à 100€ et un écart type à 135.40€. La médiane reste à 100€ dans les groupes ayant répondu « Oui » et ayant répondu « Non ».

Cinquante-trois participants n'ont pas répondu à la question, un participant a répondu « 000 » et un autre « 1500 » qui représentent les valeurs extrêmes des réponses. Si l'on excluait ces deux valeurs, l'écart type serait de 77.16 pour une moyenne à 126.16€ et une médiane inchangée à 100€.

3.3.4 Diversification de l'activité

À la question n°23 « En cas de volonté de diversification de votre activité professionnelle, vous orienterez-vous vers la médecine d'urgence, de manière générale ? » on constate que

50.0% des internes ne s'orienteraient pas ou probablement pas vers la médecine d'urgence pour diversifier leur activité contre 30.1% qui le feraient certainement ou probablement.

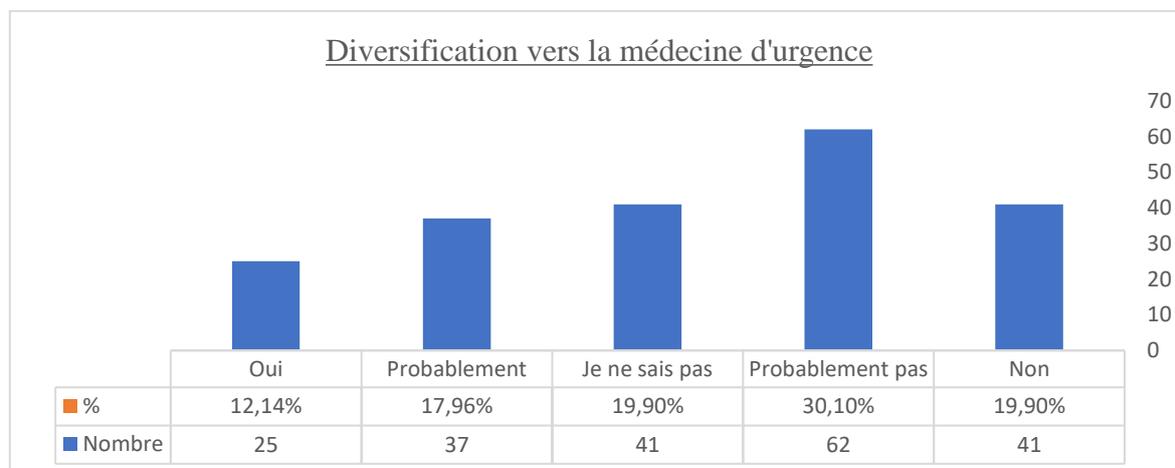


Figure 8 : Disposition estimée à envisager la médecine d'urgence en cas de diversification d'activité.

En répondant à la question n°19, 111 internes soit 53.9% estiment la fonction de MCS compatible avec leur projet professionnel.

Finalement, 103 internes sur 206 participants ont répondu positivement à la question n°33 « La fonction de MCS vous intéresserait-elle à priori ? ».

On remarque que 40.7% des internes ne connaissant pas la fonction MCS à priori, se déclarent potentiellement intéressés à rejoindre le dispositif.

On note que 57.3% des internes potentiellement intéressés avaient connaissance du dispositif avant l'étude. Les effectifs sont exposés en nombres absolus dans le tableau 11 ci-dessous.

Tableau 11 : intérêt des internes de MG pour la fonction MCS en fonction de la connaissance préalable du dispositif.

Nombre absolu	Connaissance à priori		Total général
	Non	Oui	
Intérêt pour MCS			
Non	64	39	103
Oui	44	59	103
Total général	108	98	206

4 DISCUSSION

4.1 Résultats

4.1.1 La connaissance du dispositif par les internes de MG

D'après notre critère de jugement principal, plus de la moitié des internes de médecine générale en Poitou-Charentes ne connaissait pas la fonction de Médecin Correspondant du SAMU avant notre étude. Il s'agit d'un frein majeur à l'adhésion des futurs médecins généralistes dans le dispositif de MCS.

Ces résultats sont compatibles avec la thèse du Dr RENAUD qui constatait la grande proportion de médecins généralistes installés en Auvergne ne connaissant pas le dispositif en 2013 (25).

On remarque également qu'après avoir reçu une courte information à travers la présentation de l'étude, 40.7% des internes ne connaissant initialement pas le dispositif se déclarent potentiellement intéressés à le rejoindre. La connaissance du dispositif paraît légèrement meilleure chez les internes potentiellement intéressés par la fonction MCS. Cela laisse tout de même sous-entendre un intérêt à développer l'information de cette population pour augmenter l'adhésion au dispositif chez les jeunes généralistes.

On constate par ailleurs que si 44.9% ont eu connaissance du dispositif par leurs proches, seuls 7.1% des internes ont rencontré une présentation de la fonction MCS par une campagne d'information et 6.1% lors d'une formation universitaire. Ce constat rejoint celui du Dr RENAUD qui dénonçait une mauvaise gestion du projet par les autorités administratives locales et régionales en Auvergne par défaut de communication et d'implication envers les médecins généralistes en quête d'informations.

4.1.2 Les autres freins évoqués

Un des deux principaux freins évoqués par les internes lors de l'étude est pour 33.9% la peur de ne pas être performant en cas d'urgence. Il semble en effet être davantage question de

l'inconfort à traiter une situation urgente qu'un défaut de compétence. Plus de la moitié des internes évalue leur formation à l'urgence au moins à 7/10 et leurs compétences au moins à 6/10 dans ces mêmes situations. En revanche la moitié des sujets évalue leur anxiété au moins à 7/10 à l'idée de devoir gérer une situation urgente et 72.3% pensent que la charge émotionnelle serait trop importante pour reprendre les consultations à la suite d'une sortie sur une urgence vitale. Bien que cette anxiété puisse être diminuée par la formation, l'expérience et l'habitude de mises en situation, le manque d'intérêt pour l'urgence représente tout de même le frein principal pour 13.1% d'entre eux.

L'autre frein principalement évoqué à 34.5% est celui de la contrainte organisationnelle. Pour 84.5% des sujets c'est sur la gestion du temps que va se poser le problème. Les internes interrogés sont tout de même 83.5% à être prêts à interrompre leur consultation pour une intervention en urgence. Ils sont 93.2% à vouloir s'installer avec d'autres professionnels de santé, ce qui pourrait permettre éventuellement de partager les interventions avec d'autres médecins généralistes et réduisant potentiellement ces contraintes organisationnelles vis-à-vis notamment de la patientèle.

Ils craignent la désorganisation de leur journée de consultation, à mettre en parallèle avec la charge de travail croissante en médecine générale et évoquée comme facteur principal chez 10.7% des internes. Dans la thèse du Dr JOMIN (13), 55% des MCS interrogés avouaient rencontrer des difficultés à se libérer pendant leur activité libérale.

Malgré tout, en cas de volonté de diversification de leur activité, 50.0% des internes interrogés ne s'orienteraient pas ou probablement pas vers la médecine d'urgence, ce qui peut suggérer que le facteur organisationnel n'est peut-être pas le frein limitant dans l'adhésion au dispositif MCS.

La rémunération n'est estimée déterminante que chez 43.2% des sujets, avec une médiane estimée à 100€ pour une intervention, rappelons que l'ARS finance l'intervention d'MCS à hauteur de 260€. Elle ne semble donc pas être un facteur à inclure dans les freins à l'exercice de MCS pour les internes. Les MCS interrogés par le Dr JOMIN estiment pour 50% d'entre eux que la rémunération est inadaptée, principalement par l'absence de distinction entre les cycles jour/nuit et l'absence d'adaptation au temps passé en intervention.

Enfin une part négligeable, inférieure à 5%, des internes semblent déjà engagés en tant qu'effecteur de l'AMU à travers le DESC d'urgence ou le statut de MSP.

Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature, en 2017 le Dr PEREZ estimait le manque de temps et la peur de l'urgence à l'origine de l'abandon des médecins généralistes qui avaient pourtant participé à la formation initiale pour rejoindre le dispositif. (12)

4.1.3 Les motivations

La quasi-totalité des internes de médecine Générale (97.1%) estime qu'un médecin généraliste doit savoir intervenir en cas d'urgence, ils sont même 85.0% à penser qu'il doit s'investir en tant que premier recours lorsqu'il exerce en zone rurale. Ces chiffres illustrent ce qui semble être la principale motivation à rejoindre le dispositif MCS : le bénéfice apporté au patient. En effet il semble que lorsqu'un MG s'engage dans ce dispositif c'est d'abord par responsabilité, pour répondre à un besoin local en vue d'améliorer la prise en charge urgente du bassin de population dans lequel il est implanté. On notait d'ailleurs que 93% des MCS interrogés dans le travail du Dr FANTIN (26) considéraient leur rôle dans leur zone d'exercice comme important voire indispensable.

Lorsqu'il rejoint le dispositif, le futur MCS bénéficie d'une formation à l'urgence que les internes estimerait à 79.1% bénéfique à leur pratique quotidienne. Cela peut être mis en parallèle avec une formation à l'urgence qu'ils estiment plutôt bonne mais imparfaite avec une anxiété encore marquée vis-à-vis de la prise en charge des urgences médicales. Une majorité (65.1%) pense d'ailleurs pouvoir tirer satisfaction de leur prise en charge d'une de ces urgences même si la charge émotionnelle provoquée peut avoir un impact négatif majeur pour le reste de leur journée de consultation.

La part relationnelle avec la patientèle n'a pas été explorée dans cette étude en raison du caractère hypothétique de la situation proposée, les MCS interrogés dans la thèse du Dr MINET (14) ne trouvaient pas de répercussion négative de leur fonction sur les rapports avec leur patientèle. Ils rapportaient même des relations améliorées vis-à-vis de leurs confrères ainsi qu'avec le centre 15. Les internes interrogés dans notre étude imaginaient pour 54.4 % d'entre eux une amélioration de leur rapport avec les urgences mais une part non négligeable (34.0%) ne pouvait se prononcer, probablement parce qu'il est compliqué de se représenter la

situation en tant qu'interne, n'étant pas impliqué dans le dispositif. C'est une des limites de l'étude portant sur le choix des internes en tant que population étudiée restreignant la population étudiée aux seuls internes.

4.2 Validité interne

Dans notre étude, nous avons fait le choix d'étudier les impressions des internes de médecine générale car ils représentent les futurs généralistes installés à très court terme sur le territoire. Ils bénéficient par ailleurs d'une formation obligatoire à l'urgence et sont plus à même de s'investir dans le dispositif MCS. Nous avons pris le parti de limiter notre population d'étude aux internes inscrits à la faculté de Poitiers afin d'avoir une meilleure représentativité sur la région du Poitou-Charentes. En effet la connaissance et l'intérêt du dispositif sont vraisemblablement différents en fonction de la géographie locale, du nombre de MCS présents dans la région d'exercice et des politiques locales mises en place par l'ARS. L'étude de cette population souffre de certaines limites quant aux critères de jugements secondaires. La moitié des internes interrogés ne connaissant pas la fonction de MCS auparavant ne répondent qu'avec les informations données en introduction, ils sont presque 12% à estimer que les informations délivrées ne leur permettent pas de répondre totalement au questionnaire. Une partie des questions portant sur les critères de jugement secondaires impose à l'interne de s'imaginer être déjà MCS en activité et doit donc être interprétée avec circonspection. Notons qu'avec les nouvelles maquettes de DES en place depuis 2017, la quasi-totalité des internes interrogés doit déjà avoir effectué leur premier stage de médecine libérale au moins en partie, puisqu'il devient obligatoire au cours de la première année d'internat.

Quatre-vingt-neuf dossiers ont été complétés en version papier dont trois dossiers exclus. Ces versions papier permettant de s'affranchir de certaines consignes, certains QCM n'ont pas été remplis, par négligence ou par choix, diminuant l'effectif total des réponses à certaines questions. La plupart des questions étant indépendantes entre elles, ces dossiers n'ont pas été systématiquement exclus.

4.3 Avenir et proposition

La communication autour de l'existence du dispositif de MCS semble insuffisante puisqu'un interne de médecine général sur deux n'a même pas connaissance de cette fonction. Les MCS interrogés dans l'étude du Dr BORTHOMIEU préconisaient l'information aux internes de MG pour 80% d'entre eux. 95% des MCS interrogés dans le travail du Dr FANTIN (26) estiment que le développement des MCS est souhaitable dans les territoires ruraux qui en sont dépourvus.

Une information doit donc être faite et il convient de définir exactement les moyens et la cible visée.

Il paraît excessif de promouvoir le dispositif auprès de la population générale, les futurs généralistes restent donc accessibles soit pendant leur externat, soit après leur choix de spécialité lors de l'internat, ce qui paraît plus judicieux. En effet seule la moitié des jeunes externes seront spécialisés en médecine générale, de plus on peut imaginer que les internes se sentiront davantage concernés après leur choix vers cette spécialité.

Lors de l'internat, les internes de médecine générale sont préférentiellement répartis dans les hôpitaux périphériques et en médecine libérale, leur passage par la faculté ou le CHU est souvent annuelle et anecdotique. Dès lors il semble difficile d'y mettre en place une communication efficace.

Tout au long de leur internat, les internes bénéficient de cours dispensés par le DMG lors desquels ils sont réunis en groupe par promotion et par département. Ces moments de rassemblement semblent être une première opportunité pour aborder cette possibilité dans leur pratique future. La condition étant que le DMG se sente concerné par le dispositif et consente à l'inclure dans ses présentations.

La deuxième option envisageable est celle de leur semestre dans une structure d'urgence, obligatoire lors de leur première année. Les différents services d'urgences prodiguent généralement des cours à l'attention des internes en poste durant lesquels on peut imaginer une communication autour de la fonction MCS. Ces services d'urgences devraient se sentir davantage motivés puisque directement concernés par la présence de ces effecteurs de l'AMU sur leur territoire.

Il conviendrait de proposer une explication sur l'aspect organisationnel de cette fonction voire une rencontre avec un MCS afin d'avoir un retour sur expérience sur la gestion de la journée de consultation par exemple. Cette entrevue pourrait être éventuellement organisée par le CRP-IMG si suffisamment d'internes étaient intéressés, comme c'est le cas pour les « formation fiscalités », « formation LATA » ou « formation planning familial » par exemple.

5 CONCLUSION

Les Médecins correspondants du SAMU semblent être une bonne réponse à l'objectif de l'accès aux soins urgents à l'ensemble de la population en moins de 30 minutes. Les prises en charge médicales sont plus précoces et semblent améliorer notamment la survie des SCA extrahospitaliers. Le nombre de MCS est croissant depuis 2012 grâce aux politiques ministérielles et aux subventions des ARS, il persiste cependant des inégalités d'implantation selon les départements dont la plupart présentent toujours des zones dites « blanches », non couvertes par la présence d'un MCS.

Plus de la moitié des internes de médecine générale du Poitou-Charentes n'ont jamais entendu parler du dispositif, la principale source d'information vient des proches et collègues à travers le bouche-à-oreille, il ne semble pas y avoir eu de campagne d'information à l'attention des internes.

Ce manque d'information semble préjudiciable puisque la moitié des internes interrogés se déclare pourtant intéressée par la fonction MCS à priori. Ils semblent comprendre l'intérêt du premier contact précoce et de l'implication du médecin généraliste dans l'aide médicale urgente.

Ils se déclarent de plus intéressés par la formation dispensée à l'adhésion au dispositif car bien qu'ils semblent assez satisfaits de la formation à l'urgence reçue durant leur cursus, ils conservent une importante anxiété à l'idée de se retrouver en situation d'urgence. Les internes semblent également freinés dans leur implication par les contraintes temporelles inhérentes à la charge de travail importante et croissante en médecine libérale. L'apport financier ne semble en revanche pas être un facteur déterminant à l'adhésion au dispositif, les rémunérations évoquées étant bien en deçà de celles fournies par l'ARS.

Notre étude permet de suggérer l'intérêt d'une campagne d'information à l'attention des internes de médecine générale dans l'espoir d'augmenter les effectifs sur le territoire afin d'améliorer l'Aide Médicale Urgente dans les zones éloignées. Cette campagne pouvant être complétée par une information plus ciblée pour les internes les plus intéressés leur permettant d'échanger avec un MCS sur la participation au dispositif d'un point de vue plus pratique.

6 Références bibliographiques

1. Objectifs & Historique / Samu - Urgences de France [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/sudf/objectifs>
2. La naissance du SAMU [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/154/111/319-320%20lareng.pdf>
3. Circulaire DGS/103/AS 3 du 6 février 1979 relative à l'aide médicale urgente - Coopération entre le service public hospitalier et la médecine privée - Mise en place des Centres 15 Bulletin officiel du ministère chargé de la santé n° 79/17, texte 16555 (8 p.) [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007106023&ordre=CROISSANT&nature=&g=ls>
4. Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.
5. Shoemaker WC, Appel PL, Kram HB. Tissue oxygen debt as a determinant of lethal and nonlethal postoperative organ failure: Crit Care Med. nov 1988;16(11):1117-20.
6. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).
7. DGOS. Engagement 4 : assurer l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/les-10-engagements-du-pacte-territoire-sante/article/engagement-4-assurer-l-acces-aux-soins-urgents-en-moins-de-30-minutes>
8. Actualités de l'Urgence - APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/acces-aux-soins-urgents-en-moins-de-30-minutes-un-nouveau-diagnostic-demande-aux-ars-instruction/new_id/59234
9. Médecins correspondants du SAMU, guide de déploiement DGOS [Internet]. [cité 3 août 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf
10. Borthomieu L. Evaluation de l'activité des Médecins Correspondants SAMU et retour d'expérience des acteurs intervenant dans ce dispositif en Vienne entre 2015 et 2018. [Internet]. [Poitiers]: facultée de médecine et de pharmacie; 2019 [cité 3 août 2019]. Disponible sur: <https://www.mcs-aura.fr/sites/default/files/documents/the%CC%80se%20DEFINITIVE.pdf>
11. Villatte E. Efficience du dispositif médecin correspondant du SAMU dans la réponse à l'aide médicale urgente. [Grenoble]: Faculté de médecine de Grenoble; 2019.

12. Deprez C. Evaluation à un an de la mise en place d'un dispositif Médecin Correspondant du SAMU dans le Pas-de-Calais. [Lille 2]: FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG; 2017.
13. Jomin E. Place des médecins correspondants du SAMU dans l'organisation des urgences pré-hospitalières du Sud meusien. 2001.
14. Minet M. Médecins correspondants du SAMU en France : Profil, pertinence dans la prise en charge des urgences pré-hospitalières, réponse au défi des « 30 minutes ». [Clermont Ferrand]; 2013.
15. Audema B, Ageron F-X, Baré S, Belle L, Debaty G, Ledoux J-N, et al. Évaluation des arrêts cardiaques extrahospitaliers pris en charge par les médecins correspondants Samu en zone isolée de montagne entre 2003 et 2007.; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/216091/data/revues/09939857/v22sS2/S0993985709004105/> [Internet]. 2 juin 2009 [cité 4 août 2019]
16. Chaumont C. Analyse des arrêts cardiaques extra hospitaliers dans les zones isolées de l'arc Nord Alpin : étude du registre des arrêts cardiaques de 2004 à 2009, médecins correspondants SAMU, Réseau Nord Alpin des Urgences [Internet]. 2009 [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00633904>
17. Yayehd K, Ricard C, Ageron F-X, Buscaglia L, Savary D, Audema B, et al. Role of primary care physicians in treating patients with ST-segment elevation myocardial infarction located in remote areas (from the REseau Nord-Alpin des Urgences [RENAU], Network). Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. févr 2015;4(1):41-50.
18. Guyot S, Pinet M. Prise en charge des douleurs aiguës sévères par le médecin généraliste: Apport du système « "Médecin Correspondant SAMU" » au sein du réseau des médecins de montagne. [Grenoble]; 2010.
19. La Charente-Maritime à grands traits - Insee Analyses Nouvelle-Aquitaine - 13 [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1908390>
20. Dossier complet – Département de la Charente-Maritime (17) | Insee [Internet]. [cité 4 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-17#chiffre-cle-8>
21. Code de la santé publique - Article L6311-1. Code de la santé publique.
22. Code de la santé publique - Article R6311-2. Code de la santé publique.
23. CNOM. Atlas CNOM 2018 [Internet]. 2018 [cité 7 août 2019]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf
24. CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/06/cir_39707.pdf

25. Renaud P. L'Aide médicale urgente en Auvergne : pourquoi les généralistes auvergnats ne s'engagent-ils pas dans un dispositif de médecins correspondants du SAMU ? Clermont-Ferrand; 2013.
26. Fantin H. Cahier des charges régional des Médecins Correspondants du SAMU (MCS) : intérêts et limites pour le praticien. Université de Grenoble; 2016.

7 Annexes

Annexe 1 = Liste matériel sac d'urgence MCS proposé par le DGOS dans son 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 Compresse 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

Et de manière optionnelle :

Kétamine
Fibrinolytique type Ténecteplase
Curare
Celocurine

Médicaments de Base
Analgésie Antalgique palier I Antalgique palier 3 type morphine
Cardio Vasculaire Antiagrégants plaquettaire 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
Accouchement Syntocinon Clamp de Barr
Pneumo / Allergie Ventoline spray Salbutamol nébulisation Ipratropium (adulte et pédiatrique) Salbutamol Corticoïdes type solumedrol Antihistaminiques Kit adrénaline auto injectable
Antidotes Naloxone Flumazénil
Sédation Hypnotique type Midazolam
Anticonvulsivant Type Diazepam + canule intra-rectale
Sédation agité Loxapine
Antibiotiques Céphalosporine 3 ^{ème} génération type Ceftriazone Amoxicilline / Acide clavulanique
Solutés Sérum physiologique Hydroxy Ethyl Amidon
Divers Glucosé 30% Eau pour préparation injectable

**Contrat portant sur les modalités d'interventions
du Médecin correspondant du SAMU**

- 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 (MCS)
- Vu l'instruction DGOS/R2/2013/289 du 16 juillet 2013 relative à la diffusion du guide de déploiement des médecins correspondants du SAMU
- Vu le cahier des charges régional

Entre les soussignés :

L'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine, établissement public de l'Etat à caractère administratif, régi par les dispositions des articles L.1431-1 et suivants et L. 1432-1 et suivants du code de la santé publique, dont le siège social est fixé au 103 bis rue Belleville CS 91704 330063 BORDEAUX CEDEX, représentée par son Directeur Général

Ci-après désignée « ARS » d'une part,

Le docteur.....

Dont le cabinet médical est situé

Ci-après désigné « Médecin Correspondant du SAMU » d'autre part,

Et l'établissement siège de SAMU représenté par son directeur,

Ci-après désigné « le CH »,

Préambule

La fonction de Médecin Correspondant du Samu (MCS) est réservée à un médecin du premier recours **volontaire**, formé à l'urgence, qui intervient en avant-coureur du SMUR, sur demande de la régulation médicale du SAMU.

L'objectif est d'améliorer la réponse aux urgences qui mettent en jeu le pronostic vital ou fonctionnel à court terme, par la mise en place d'un réseau d'intervention rapide associant médecins généralistes, SAMU, SMUR et hôpitaux de proximité dans des territoires où le délai d'accès à un SMUR terrestre est supérieur à trente minutes et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

Ces médecins qu'ils soient médecins pompiers ou non, doivent être formés à l'urgence et dotés d'un équipement en matériel de réanimation.

Le dispositif des MCS est proposé aux professionnels comme une fonction, celle de participer à l'aide médicale urgente. Le médecin qui remplit les fonctions de MCS, bien qu'il conserve à titre principal son mode d'exercice habituel, est lié à l'établissement siège de SAMU par contrat. Il participe à une mission de service public et prend en charge des patients admis dans le cadre du service public d'aide médicale urgente.

Ce contrat a pour objet de préciser les engagements respectifs du MCS, du SAMU et de l'ARS pour améliorer la réponse à l'aide médicale urgente sur les territoires d'Aquitaine à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre.

Article 1 | Objet du contrat

Le MCS est un médecin volontaire pour assurer une réponse à l'urgence, sur demande de la régulation médicale du SAMU-Centre 15. Son territoire d'intervention est tout ou une partie des communes qui composent le **secteur qualifié à plus de 30 min d'un SMUR terrestre** ci énoncé :

La reconnaissance de la qualité de médecin correspondant du SAMU (MCS) est attribuée par l'établissement siège du SAMU après validation de la qualification par le CESU.

Article 2 | Statut du MCS

Le MCS agit en tant que collaborateur du SAMU, dans le cadre du contrat le liant à l'établissement siège du SAMU et à l'ARS.

Article 3 | Modalités d'intervention du médecin correspondant du SAMU

L'intervention du MCS est régulée par le SAMU-Centre 15, qui déclenche ou valide l'intervention du MCS et adapte les moyens nécessaires à l'intervention en déclenchant simultanément l'intervention du SMUR.

Article 4 | Les engagements contractuels des parties

❖ Engagements du MCS

Le MCS est volontaire et s'engage à répondre à la demande du SAMU pour prendre en charge le patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale selon les protocoles définis lors des formations des MCS sur le territoire défini à l'article 1 du dit contrat.

L'intervention est déclenchée par le SAMU centre 15.

Le MCS s'engage à fournir au SAMU de son territoire, toutes les coordonnées utiles à la bonne marche du dispositif et à rendre compte immédiatement de sa mission.

Le MCS s'engage à faire connaître ses disponibilités au SAMU selon les modalités retenues en lien avec le SAMU.

Le MCS s'engage à suivre une formation initiale et une formation continue chaque année organisée dans la région par les CESU.

Le MCS rend compte de son activité de MCS au SAMU selon les modalités prédéfinies validées par le comité régional des MCS (fiche de suivi des patients).

Le MCS sera garant du bon entretien du matériel prêté ainsi que par son bon fonctionnement.

Le MCS assure le renouvellement des médicaments de la trousse d'intervention individuelle, en liaison avec son SAMU de référence.

Le MCS s'engage à compléter et à transmettre au SAMU l'attestation prévue pour le paiement de ses indemnités (formation ou interventions).

Le MCS s'engage à ne pas établir de feuille de soins et à ne pas réclamer un règlement direct au patient dans le cadre des prestations dérogatoires mises en place pour le règlement forfaitaire de l'intervention du MCS.

Le MCS s'engage à déclarer à son assureur le présent contrat et vérifie que les dommages subis dans l'exercice de sa mission sont bien couverts.

Le MCS s'engage à transmettre le présent contrat au conseil départemental de l'ordre des médecins.

❖ **Engagements de l'établissement siège de SAMU et/ou de SMUR**

Le SAMU est responsable de la régulation de l'aide médicale urgente dans le département.

L'établissement siège de SAMU s'engage à mettre à disposition **les matériels** et en assure le suivi, la maintenance et le renouvellement en lien avec le MCS

L'établissement siège de SAMU s'engage à fournir les médicaments et les consommables et en assure le suivi, la maintenance et le renouvellement en lien avec le MCS.

La liste des matériels, médicaments et consommables mis à disposition du MCS est annexée au présent contrat.

L'établissement siège de SAMU s'engage à couvrir par son assurance le MCS sur sa RCP, dans le cadre des dommages éventuels causés par le MCS à l'occasion de l'exercice de cette fonction.

Le SAMU déclenche le MCS en tenant compte des modalités d'organisation du territoire du MCS. En cas d'indisponibilité du MCS, le SAMU s'engage à dépêcher tout autre moyen qu'il juge nécessaire pour secourir le patient.

Le SAMU s'engage à déclencher un MCS pour actes d'urgences et conjointement à engager le SMUR.

Le SAMU s'engage à valider la participation à la formation du MCS, après s'en être assuré auprès du CESU, à **valider l'exécution de la mission** par le MCS (interventions) et à transmettre à l'ARS les documents nécessaires.

Les CESU assurent l'élaboration et l'organisation des formations de MCS.

❖ Engagements de l'ARS

L'ARS s'engage à financer le dispositif MCS selon les modalités suivantes :

L'ARS finance le forfait d'intervention du MCS à hauteur de 260 € l'intervention régulée et validée par le SAMU.

L'ARS finance les frais pédagogiques engagés par les CESU pour la formation, à réception de l'attestation transmise par l'établissement.

L'ARS finance l'indemnisation du temps de participation du MCS à sa formation obligatoire, à hauteur de 24 C par jour, via l'établissement siège du SAMU.

L'ARS finance la trousse d'intervention délivrée à chaque MCS via l'établissement siège du SAMU, sur présentation des factures, ou selon l'accord localement trouvé, via le SDIS qui le met à disposition et en assure l'entretien, la maintenance et le renouvellement.

Article 5 | Durée du contrat

Le présent contrat est établi pour une durée de 1 an, renouvelable par tacite reconduction.

Article 6 | Modalités d'évaluation du contrat

L'évaluation du contrat sera établie à partir du respect des engagements des différentes parties signataires de ce contrat.

Article 7 | Modalités de résiliation

Le présent contrat peut être résilié, par dénonciation de l'une ou l'autre des parties, après un préavis de 3 mois, par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de manquements graves et réitérés d'une des parties aux engagements pris dans le présent contrat, les parties avertissent l'ARS qui procède à la résiliation du contrat après avoir pris les avis des différentes parties.

Fait à

Le en trois exemplaires

Le Directeur de
l'établissement
de santé siège de SAMU

Le médecin libéral
MCS

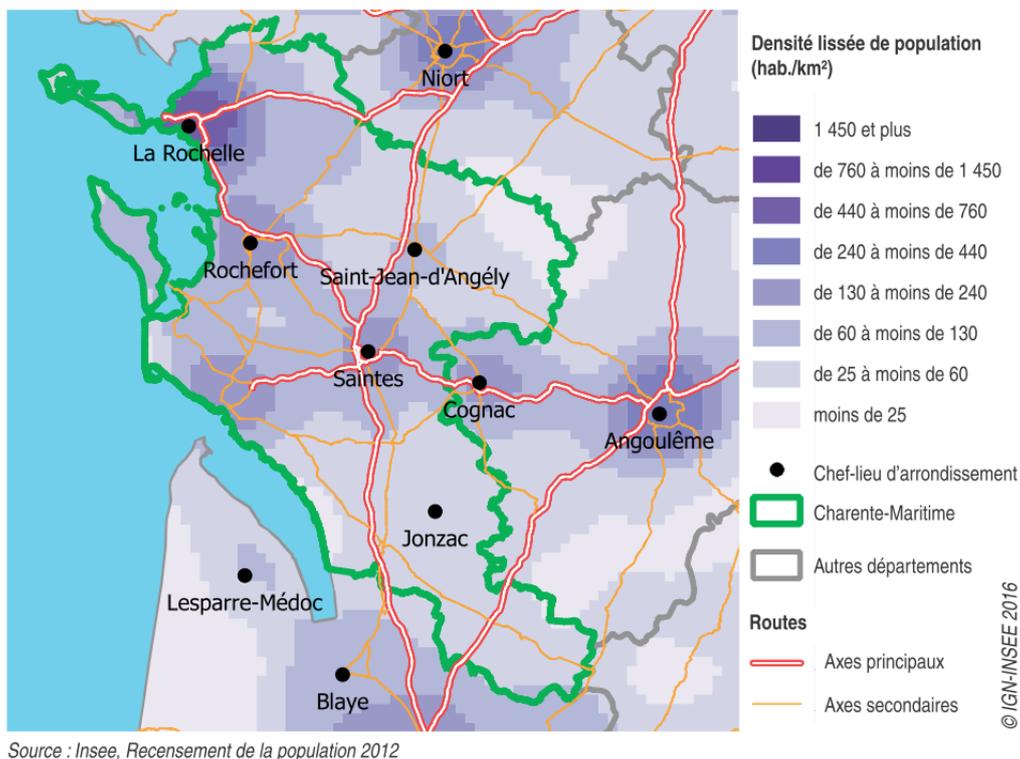
Le Directeur général
de l'ARS

Annexe 3 : Carte géographique de la Charente Maritime



Annexe 4 : Carte de densité lissée en Charente Maritime

Carte lissée de densité de population de la Charente-Maritime en 2012

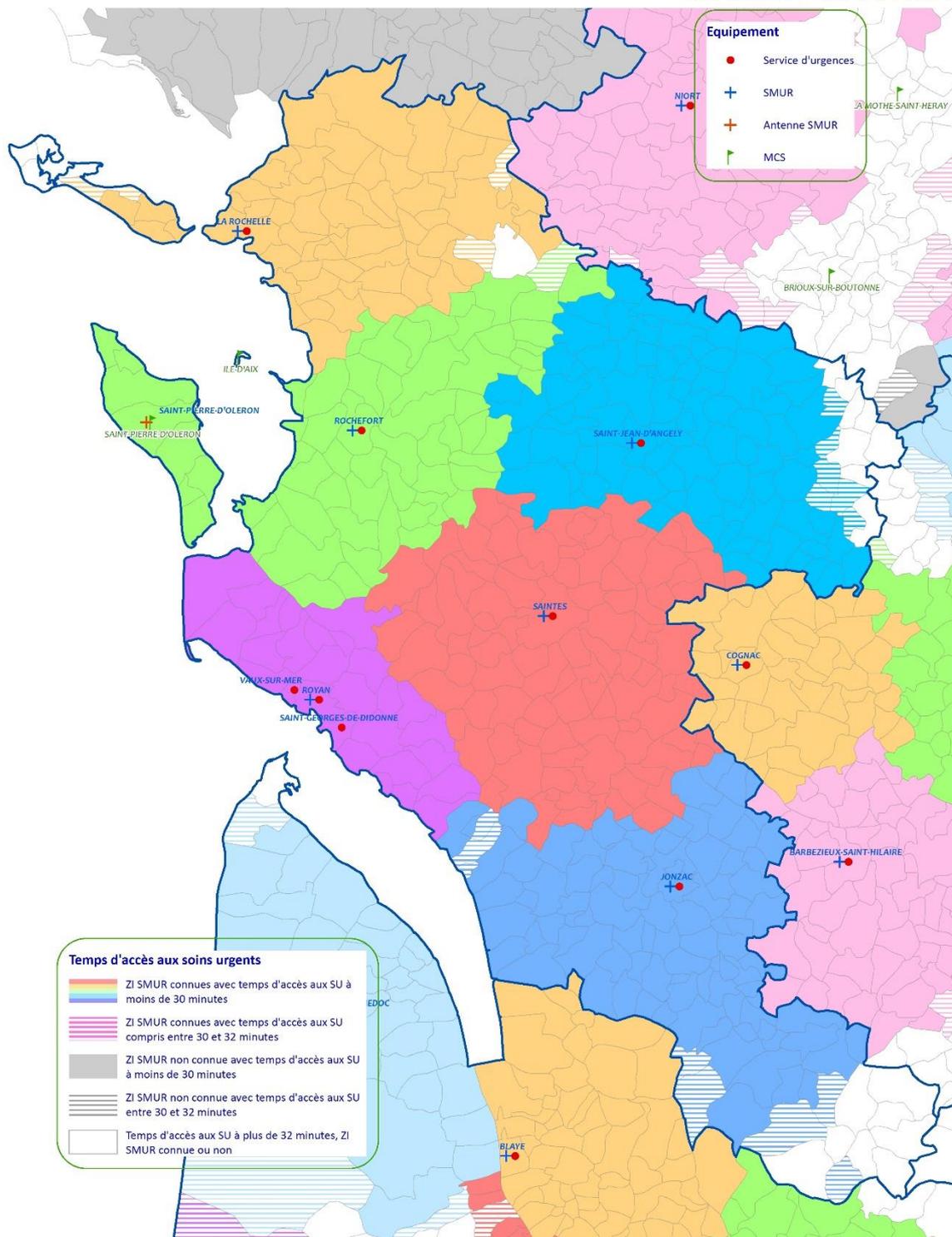


Annexe 5 : carte MCS 2018



**ZONES D'INTERVENTION DES SMUR ET
TEMPS D'ACCES AUX SOINS URGENTS 2018**

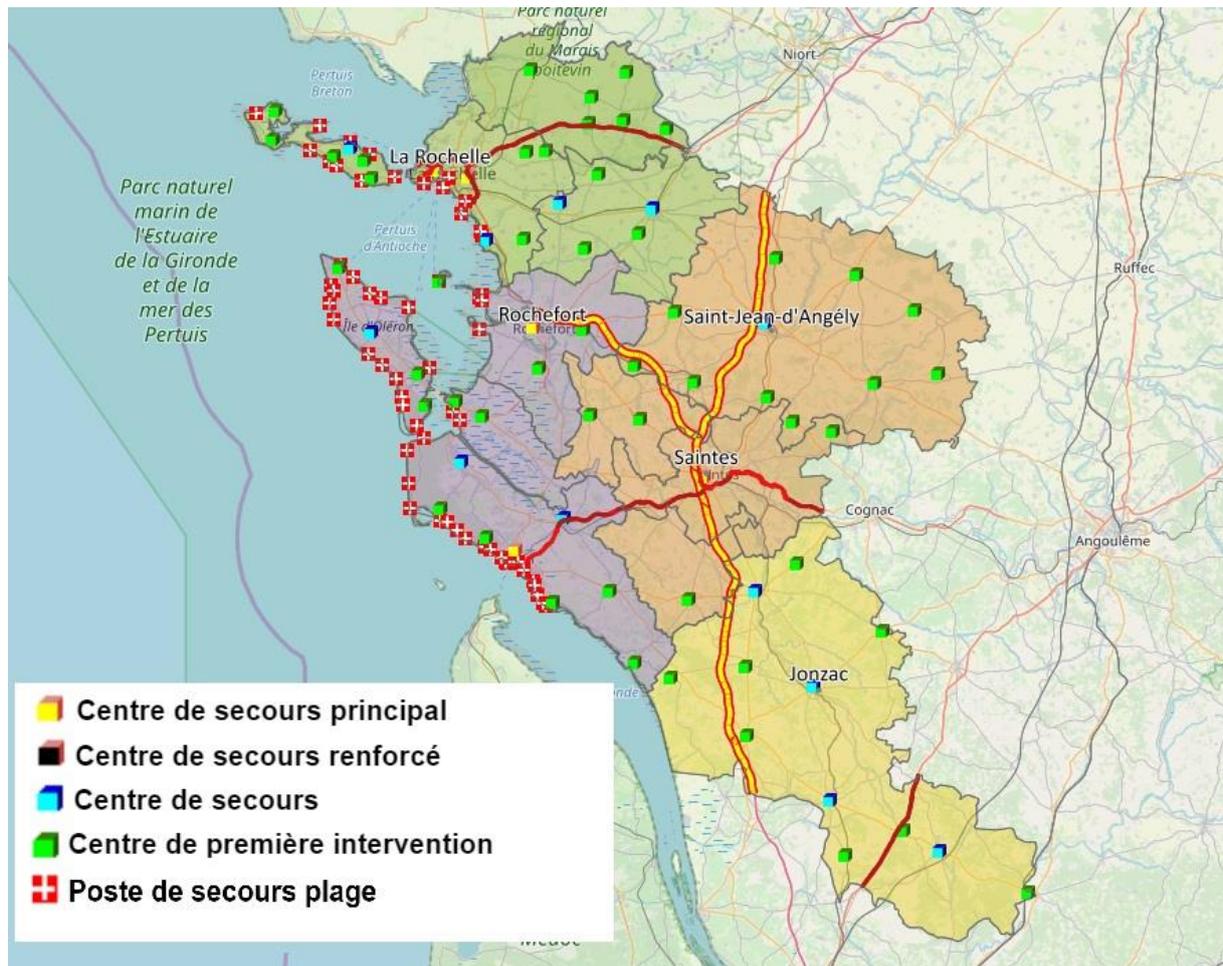
CHARENTE-MARITIME



Sources : FINISS Mars 2018 - DOSA MCS Août 2018
Fonds : IGN au 01/01/2016 - Distancier METRIC 07/2018
Exploitation / Cartographie : ARS Nouvelle-Aquitaine - DPSP, PESE

août 2018

Annexe 6 : Carte SDIS 17



Consulté le 07/08/2019 sur :

https://www.geoplateforme17.fr/index.php?option=com_easysdi_map&view=map&id=9

Annexe 7 : Formulaire

Questionnaire sur les Médecins Correspondants du S.A.M.U.

Ce questionnaire cherche à évaluer l'intérêt que portent les internes de médecine générale pour la fonction de Médecin Correspondant SAMU (MCS).

Une présentations succincte du MCS (2 min) vous est proposé avant de remplir un rapide questionnaire (< 5min).

Ce questionnaire s'inscrit dans un travail de recherche en vue de la réalisation d'une thèse de Médecine Générale.

Vos réponses sont anonymes, ce questionnaire n'enregistre pas votre adresse mail. Dans ces conditions, merci de ne remplir ce questionnaire qu'une seule fois.

Merci des quelques minutes que vous saurez consacrer à cette étude.

*Obligatoire

La fonction de Médecin Correspondant du SAMU (MCS), présentation :

Le Médecin Correspondant du SAMU intervient en avant-coureur du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), sur demande de la régulation médicale, dans les territoires où le délai d'accès à des soins urgents est long et où l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient.

L'intervention du MCS est obligatoirement déclenchée par le SAMU-Centre 15, de manière simultanée à celle du SMUR. Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée du SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU-Centre 15, qui va adapter les moyens de transports aux besoins du patient identifiés par le MCS.

L'intervention des MCS repose sur le volontariat, cette fonction s'adresse à tout médecin intervenant dans un secteur qualifié par l'ARS à plus de 30 minutes d'un SMUR terrestre quel que soit son mode d'exercice.

Le médecin libéral peut ainsi choisir de maintenir son mode d'exercice habituel, de signer un contrat d'admission en établissement public de santé, ou devenir praticien attaché.

La rémunération de son intervention sera fonction de son mode d'exercice et du cadre juridique choisi pour son intervention (honoraires ou salaires).

Le MCS bénéficie d'une formation théorique et pratique sur les gestes d'urgences nécessaire pour intégrer le dispositif. Une formation initiale complète sur 2 jours est dispensé par le CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences) de l'hôpital du SAMU avec un accès à des supports en e-learning, ainsi qu'un stage pratique de 48h aux urgences, tous deux indemnisés.

Dans le cadre des ses interventions en tant que MCS, la couverture assurantielle du médecin est prise en charge par l'établissement de santé siège du SAMU avec lequel il a passé convention.

Le matériel adapté et les médicaments correspondants aux besoins des interventions en urgences sont mis à disposition et assurés par l'établissement siège du SAMU.

Pour plus d'information, consulter le guide de déploiement de la DGOS de 2013 :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_MCS_31-07-13.pdf

Informations personnelles

1. Sexe: *

Une seule réponse possible.

Homme

Femme

2. Age : *

3. Nombres de semestres validés en MG : *

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5 6

4. Etes-vous Interne de Médecine Générale en Poitou-Charentes ? *

Une seule réponse possible.

Oui

Non

5. Quelle est la ville de votre faculté d'externat? *

Une seule réponse possible.

- Amiens
- Angers
- Besançon
- Bordeaux
- Brest
- Caen
- Clermont Ferrand
- Dijon
- Grenoble
- Guadeloupe
- Lille
- Limoge
- Lyon
- Marseille
- Montpellier
- Nancy
- Nantes
- Nice
- Paris
- Poitiers
- Rennes
- Reims
- La Réunion
- Rouen
- Saint-Etienne
- Strasbourg
- Toulouse
- Tours
- Autre

**6. Dans le cas où vous envisagez un exercice libéral, quelles en seraient les modalités ?
(plusieurs réponses possibles)**

Plusieurs réponses possibles.

- Seul, dans un cabinet
- installé avec d'autres professionnels de santé
- En remplacements
- en humanitaire
- en établissement de Soins (Hôpital ou Clinique)
- Autre : _____

7. Pensez-vous vous installer à plus de 30 minutes de route d'un hopital ? *

Une seule réponse possible.

- oui \geq 30 min
 non $<$ 30 min
 Ne sais pas du tout

8. Pensez vous exercer en Charente Maritime (17) ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Ne sais pas

9. Envisagez-vous les visites à domicile dans votre pratique future ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 Non
 non pertinent, je ne souhaite pas m'installer en cabinet

Situation face à l'urgence

10. Comment évalueriez-vous votre formation face à l'urgence lors de votre cursus ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
inexistante	<input type="radio"/>	complète										

11. Comment évalueriez-vous vos compétences à gérer une situation d'urgence ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
inexistantes	<input type="radio"/>	parfaite										

12. Comment évalueriez-vous votre anxiété à l'idée de gérer une situation d'urgence ? *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Inexistante	<input type="radio"/>	Maximale										

13. Évaluez l'intérêt que vous portez à la prise en charge d'urgences médicales: *

Une seule réponse possible.

	0	1	2	3	4	5	
Aversion	<input type="radio"/>	Attrance					

14. **Trouvez-vous pertinent qu'un médecin généraliste doive savoir intervenir en cas de situation d'urgence ? ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non

15. **Seriez-vous prêt à interrompre une consultation pour une intervention en urgence ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

A propos des Médecins correspondants du SAMU

16. **Connaissiez-vous le statut de MCS avant l'introduction? ***

Une seule réponse possible.

- Non
 Oui

17. **Si oui, comment ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Par une campagne d'information, une brochure ...
 Par le bouche à oreille, amis, familles ou collègues
 Durant un stage aux urgences
 Car je connais un MCS
 Lors d'une formation universitaire
 Autre : _____

18. **Vous êtes-vous déjà renseigné sur la fonction MCS auparavant ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

19. **La fonction de MCS vous semble-t-elle compatible avec votre projet professionnel ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

20. **Connaissez-vous la différence du M.C.S. avec Médecin-Pompier ? ***

Une seule réponse possible.

- oui
 non
 Je ne connais pas le rôle d'un Médecin Pompier

21. **Êtes-vous déjà engagé dans un projet de Médecin-pompier ou DESC d'urgence ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

22. **Pensez-vous qu'un Médecin Généraliste exerçant en milieu rural doive s'investir en tant que premier recours en cas d'urgence vitale à proximité de son cabinet ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

23. **En cas de volonté de diversification de votre activité professionnelle, vous orienteriez-vous vers la médecine d'urgence, de manière générale ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Probablement
 Je ne sais pas
 Probablement pas
 Non

24. **Pensez-vous que la formation au statut MCS puisse être bénéfique à votre pratique quotidienne ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

25. **Pensez-vous que l'adhésion à la fonction de MCS améliore vos rapports professionnels avec le service des urgences ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Je ne sais pas
 Non

26. **Pensez-vous que vous puissiez tirer satisfaction de votre prise en charge face à une urgence vitale ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Je ne sais pas
 Non

27. **Pensez-vous qu'il vous soit émotionnellement difficile de reprendre vos consultations après une sortie sur une urgence vitale ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non, pas particulièrement

28. **Trouvez-vous que la fonction de MCS soit trop contraignante d'un point de vue organisationnelle ? (plusieurs réponses possible) ***

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, administrativement
- Oui, sur la gestion du temps
- Oui, pour une autre raison
- Non, pas particulièrement

29. **Quel est le principal frein à votre adhésion à la fonction MCS ? ***

Une seule réponse possible.

- le manque d'Intérêt pour l'urgence
- la peur de ne pas être performant en cas d'urgence vitale
- la peur de contraintes organisationnelles trop importantes
- la charge de travail supplémentaire
- une rémunération compensatrice qui serait trop faible
- Autre : _____

30. **Pensez-vous que la rémunération soit un facteur déterminant dans l'adhésion à la fonction de MCS ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

31. **A combien évalueriez vous la rémunération juste, pour une sortie ? (en €)**

32. **Trouvez-vous que les informations données en introduction vous permettent de répondre à ce questionnaire ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

33. **La fonction de MCS vous intéresserait-elle à priori ? ***

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

34. **Pour finir, avez-vous des remarques, ou des précisions générales que vous souhaiteriez ajouter ?**



Université de Poitiers



Faculté de Médecine et de Pharmacie

8 SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



9 Abstract

Introduction: The Médecin Correspondant du SAMU (MCS, Corresponding physician for emergency medical services) program, officially effective since 2007, seems to be an efficient solution to address the need for urgent care in a thirty minutes time period. Despite a recruiting policy, MCSs are unevenly distributed over the french territory, and particularly in the Charente-Maritime sub-region, which ceased to have MCSs in 2008. The aim of this study was to characterise motivations and restraints by general practitioner residents to join this system.

Materials and Methods: Paper and online surveys were answered anonymously by general practitioner residents of the Poitou-Charentes region between 03/14 and 07/14/19. A short introduction to the program was followed by a 34-points multiple-choice survey aimed at exploring motivations and restraints of these interns towards this program. The primary endpoint of this study was the awareness towards the program.

Results: We analysed 206 forms (59.5% of the target). 52.4% of the residents were unaware of the program before the study was conducted. Those aware were informed through word of mouth (44.9%). The main restraint to enrol in the program was the fear of organisational constraints (34.5%), including for 85.4% of the residents the fear of time constraints. 33.9% feared a lack of performance in the case of resuscitation care. Anxiety for resuscitation care accounted for 6.6/10 of cases, and lack of knowledge for 5.6/10. Lack of interest accounted for 12.4% of residents. The median estimated income for a consult was 100€ and the remuneration is not determinant for 55.8% of the residents. Considering life threatening emergencies nearby the office, 85.0% of residents think that rural physicians must treat them. Furthermore, 79.1% of them think that the MCS formation would a valuable addition for their daily practice.

Conclusion: The majority of the general practitioner residents of the Poitou-Charentes region didn't know the MCS's role before the study, which seems to be the first limit to the MCS membership. The other constraints are the fear of ineffective performances despite the proper education they assess having received, organisational difficulties mainly through time management, and a frequent lack of interest for emergency medicine. The main motivation seems to be an improved patient care. The training provided is also seen as a good way to improve the daily consultations. The remuneration doesn't seem to be determinant.

Résumé

Introduction : Le dispositif Médecins Correspondant du SAMU (MCS) officialisé en 2007 semble être une réponse efficace à l'objectif de l'accès aux soins urgents pour tous en moins de 30 minutes. Malgré une politique de recrutement, la présence des MCS est inégalement distribuée sur le territoire français comme la Charente Maritime qui n'en possède plus depuis 2018. Cette étude s'intéresse à l'ensemble des internes de médecine générale de la région Poitou-Charentes et s'efforce d'explorer leurs freins et leurs motivations à rejoindre le dispositif.

Matériel et Méthode : Les formulaires ont été complétés en ligne et sur papier par les internes de médecine générale du Poitou-Charentes du 14 mars au 14 juillet 2019 de façon anonyme. Une courte présentation du dispositif précédait un ensemble de 34 QCM explorant les éventuelles motivations et les différents freins à rejoindre le dispositif. Le critère de jugement principal était la connaissance de la fonction MCS avant la participation à l'étude.

Résultats : Dans notre étude, 206 formulaires ont été analysés soit 59.5% de la population cible. Ils étaient 52.4% des internes interrogés à estimer ne pas connaître le dispositif de MCS avant de répondre à l'étude, ceux en ayant eu connaissance l'avaient été par le bouche-à-oreille à 44.9%. Le frein principal était pour 34.5% la peur des contraintes organisationnelles, dont 85.4% sur la gestion du temps. Parmi les autres freins, 33.9% évoquaient d'abord la peur de ne pas être performant en cas d'urgence vitale avec une anxiété moyenne estimée à 6.6/10 et des compétences à 5.6/10 face à l'urgence. Le manque d'intérêt est évoqué en priorité pour 12.4% des internes. La rémunération n'est pas déterminante selon 55.8% des internes, elle est estimée à 100€ pour une sortie. Ils sont 85.0% des internes à estimer qu'un médecin installé en milieu rural doit s'investir dans les urgences vitales à proximité de son cabinet, de plus ils sont 79.1% à estimer que la formation MCS serait bénéfique à leur pratique quotidienne.

Conclusion : La majorité des internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes ne connaissaient pas la fonction MCS, ce qui semble être la première limite à l'adhésion au dispositif. Les autres freins sont la peur de ne pas être performant, malgré une formation à l'urgence qu'ils jugent correcte, une difficulté organisationnelle principalement sur la gestion du temps, et un manque d'intérêt par certains pour la médecine d'urgence. La principale motivation reste le gain de chance pour le patient, la formation initialement dispensée est également un argument. La rémunération ne semble pas être un élément déterminant majeur.

Mots clefs : Médecin correspondant SAMU, MCS, AMU, 30 minutes, internes de Médecine Générale, régulation, pré-hospitalier.