



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Gautier STOFFEL

Le 26 février 2014

La reconversion professionnelle des médecins urgentistes.

Enquête auprès des médecins urgentistes lorrains reconvertis entre 2003 et 2012.

Examineurs de la thèse :

Mr le Professeur Pierre- Edouard BOLLAERT	} Président
Mr le Professeur Pierre KAMINSKY	} Juge
Mr le Professeur Gérard AUDIBERT	} Juge
Mr le Docteur Michael SEGONDY	} Juge et Directeur de Thèse



**Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine :
Professeur Henry COUDANE**

**Vice-Doyen « Finances » :
Vice-Doyen « Formation permanente » :
Vice-Doyen « Vie étudiante » :**

**Professeur Marc BRAUN
Professeur Hervé VESPIGNANI
M. Pierre-Olivier BRICE**

Assesseurs

- 1 ^{er} Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
<ul style="list-style-type: none">• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »• « <i>Gestion DU – DIU</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER- Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS

Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ

Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE

Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN- Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE

Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN- Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL- Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT- Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE-Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL-Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE -Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ- Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD -Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER- Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET -Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (*Pneumologie ; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (*Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,

ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982) <i>Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)</i>	Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996) Professeur Ralph GRÄSBECK (1996) <i>Université d'Helsinki (FINLANDE)</i>	Professeur Brian BURCHELL (2007) <i>Université de Dundee (Royaume-Uni)</i>
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982) <i>Brown University, Providence (U.S.A)</i>	Professeur James STEICHEN (1997) <i>Université d'Indianapolis (U.S.A)</i>	Professeur Yunfeng ZHOU (2009) <i>Université de Wuhan (CHINE)</i>
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982) <i>Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)</i>	Professeur Duong Quang TRUNG (1997) <i>Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)</i>	Professeur David ALPERS (2011) <i>Université de Washington (U.S.A)</i>
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989) <i>Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)</i> <i>Université de Pennsylvanie (U.S.A)</i>	Professeur Daniel G. BICHET (2001) <i>Université de Montréal (Canada)</i>	Professeur Martin EXNER (2012) <i>Université de Bonn (ALLEMAGNE)</i>
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996) <i>Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)</i>	Professeur Marc LEVENSTON (2005) <i>Institute of Technology, Atlanta (USA)</i>	

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY,

Monsieur le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT, Professeur de Réanimation Médicale.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury.

Merci de l'investissement et de la disponibilité dont vous avez fait preuve au cours de ce travail.

Soyez assuré de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Pierre KAMINSKY, Professeur de Médecine Interne.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

Monsieur le Professeur Gérard AUDIBERT, Professeur d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury.

Veillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A NOTRE JUGE,

Monsieur le Docteur Michael SEGONDY, médecin légiste au CHU de NANCY.

Vous avez été le guide de ce travail, votre aide fut précieuse et votre dévouement sans faille.

Ce fut un honneur de travailler à vos côtés.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Mathilde GEHIN, sans qui ce travail n'aurait pas vu le jour.

A Messieurs les Docteurs Pierre André COLIN et Michel LECLERC de Gironcourt sur Vraine, pour votre amitié et votre fidélité à votre remplaçant.

A Messieurs les Docteurs Yves PEIGNIER et Nicolas HUTIN, pour ces années de collaboration en toute confiance, même si la fin n'est pas à la hauteur des espérances.

Aux médecins et maitres de stage rencontrés au cours de ces dernières années.

A Messieurs les Docteurs BINDI, ROCHE et GILSON du service de Médecine A du CH de VERDUN. Vous fûtes les premiers à me faire confiance, et je vous en remercie.

Aux praticiens du service de Pneumologie de Verdun, aux Docteurs LEVEL, MELINE et AUFFRAY.

Aux Médecins du Service des Urgences de l'hôpital de Verdun et particulièrement aux Docteurs SCHMUTZ, COLIN et BRAUN.

Aux Docteurs Gilles MUNIER et Francis BLEROT, pour la transmission de votre savoir. C'est à vos cotés que j'ai découvert la pratique de mon métier, la Médecine Générale.

A mes co-internes et aux équipes soignantes rencontrées auprès desquelles j'ai beaucoup appris au cours de ces années d'internat.

A Madame le Docteur Jacqueline DELEAU et à toute l'équipe d'HAD de l'hôpital de Verdun.

A Messieurs les Docteur Didier EVARD et Pascal GILLET, pour m'avoir ouvert les yeux sur ce sujet. Merci à MEDIALANE et à tout le personnel de la structure.

A Monsieur Jean Marc VIRION du service d'épidémiologie du CHU de Nancy, pour son aide dans la réalisation de ce travail.

A MA FAMILLE

A Muriel, pour son amour et son aide au quotidien, le meilleur reste à venir.

A mes enfants, Mathilde et Jonas qui illuminent mes journées (et mes nuits).

A mes parents, Evelyne et Jean Luc, présents depuis le départ et sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour votre soutien, votre aide et votre présence tout au long de la vie. Voilà, tout vient à point à qui sait attendre...

A mon frère Julien, l'heureux Belge, pour ce parcours à tes côtés. Merci de ta présence d'ainé !

A mon oncle Pascal. Tu as su me transmettre ta passion dès mon plus jeune âge. Voilà j'y suis arrivé, mais de là à reprendre le cabinet de Marcillat..

A mes neveux, Leo, Liam, Evan, Aurélien, Simon et Joachim.

A mes oncles et tantes, Elisabeth, Guy et Claudie, Jean et Michelle, Monique et Bernard, Françoise et Gérard et Marc et Françoise.

A mes cousins et cousines.

A ma belle famille, de l'Alsace éternelle, pour ces moments partagés.

A tous ceux qui m'ont aidé à grandir et à avancer.

A MES AMIS,

Aux Vosgespattes, Julie, Jacques, Rodrigue, Romain, Thomas, Mathieu, Gueven, Xa, Pedro, Lisa, William, Zouzou, Boubou, Nico et Julien présents depuis le départ et encore là aujourd'hui. Merci pour votre amitié et votre fidélité.

A Nono, pour ce cursus réalisé avec brio à tes côtés, fidèle compagnon de révision, toujours présent pour une petite flèche...

A Céline, Ouriel, Julia, Seb, Laurent, Claire et Jean Bat, Jean Phi, Arnaud, Annabelle, Romain, Caro, Amine. La médecine nous a permis de nous côtoyer, mais l'amitié a pris le dessus. A bientôt pour de nouvelles aventures...

A mes amis dentistes, Julien (et Camille), Alex (et Greg), Charly (et Nath), Adrien (et Laure), Jule. Vous avez choisi une voie différente, mais nous avons su garder l'essentiel.

A mes amis de la vigne : Adrien, Romain, Cyril, Arnaud, Ouriel et Jul'. A quand la prochaine soirée dégustation...

Aux Sage Femmes, Christelle, Emilia, Camille, Anne So et Elodie.

A Ludo, PO, Christophe, Alex, Anaëlle....

A tous ceux que je n'ai pas cités, je ne vous oublie pas. Merci

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES ILLUSTRATIONS

ABREVIATIONS UTILISEES

INTRODUCTION

PARTIE 1 : NOTIONS THEORIQUES.

A. LE MEDECIN URGENTISTE.

1. Historique et définitions.

1.1. Définitions.

1.1.1. L'urgence médicale.

1.1.2. La médecine d'urgence.

1.2. Histoire de la médecine d'urgence.

1.2.1. En France.

1.2.2. En Lorraine.

2. Les différentes formations initiales des médecins urgentistes.

2.1. La Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU).

2.1. La Capacité de Médecine d'Urgence (CMU).

2.3. Le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire de médecine d'urgence (DESC).

3. Les structures hospitalières de médecine d'urgence.

3.1. La Structure des Urgences. (SU)

3.2. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

3.3. Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

3.4. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

4. Les structures hospitalières d'urgence en Lorraine.

4.1. En Meurthe et Moselle.

4.2. En Moselle.

4.3. Dans les Vosges.

4.4. En Meuse.

5. Les spécificités et les contraintes du métier d'urgentiste.

5.1. Le temps de travail et le déficit d'urgentiste.

5.2. Le stress lié à l'exercice de la médecine d'urgence.

5.3. La non reconnaissance de leurs compétences.

5.4. L'engorgement des urgences.

5.5. Violences aux urgences.

B. LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE.

1. Définitions et généralités.

1.1. Définitions.

1.2. La population et les domaines d'activité concernés.

1.3. Les raisons des réorientations.

1.4. Les formations dans la reconversion professionnelle.

2. les outils de la reconversion professionnelle.

2.1. Le Congé Individuel de Formation (CIF).

2.2. Le Droit Individuel à la Formation (DIF).

2.3. Le bilan de compétences.

2.4. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

2.5. Le congé pour création ou reprise d'une entreprise.

2.6. Autres dispositifs utiles.

2.6.1. Le compte épargne temps.

2.6.2. Le congé de reconversion.

2.6.3. La période de professionnalisation.

3. les organismes de formations aidant à la reconversion.

3.1. L'Association pour la Formation Professionnelles des Adultes (AFPA).

3.2. Pole emploi.

3.3. Les formations universitaires.

3.4. Les formations à distance.

3.5. Autres organismes.

4. les spécificités des professions médicales.

4.1. Généralités.

4.2. Le changement de spécialité médicale.

4.3. Les différents types de réorientation possible.

PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE.

A. MATERIEL ET METHODE.

1. Objectifs.

- 1.1. Principal.
- 1.2. Secondaires.

2. Matériel et méthode.

- 2.1. Présentation de l'étude.
 - 2.1.1. Echantillonnage.
 - 2.1.2. Critères d'inclusion.
 - 2.1.3. Critères de non inclusion
- 2.2. Présentation du questionnaire.
- 2.3. Méthode de recueil des informations.
 - 2.3.1. Prise de contact et envoi du questionnaire.
 - 2.3.2. Rappel.
 - 2.3.3. Protection des données.
- 2.4. Données recueillies.
- 2.5. Saisie des données et méthodes d'évaluation statistiques.

B. RESULTATS.

1. Population.

2. Caractéristiques des médecins participant à l'étude.

3. les causes de la reconversion.

4. Le bilan à distance.

PARTIE 3 : DISCUSSION.

1. Discussion de la méthodologie de l'étude.

- 1.1. Généralités.
- 1.2. Biais de recrutement.

1.3. Biais lié aux méthodes de calcul.

1.4. Limites liées aux modes de recueil de données et aux outils utilisés.

2. discussion des résultats.

2.1. Discussion des caractéristiques de la population des médecins urgentistes reconvertis.

2.2. Discussion sur les motifs de sortie de la profession d'urgentistes et sur les différentes orientations professionnelles choisies.

2.3. Discussion du bilan de la reconversion.

3. Bilan et perspective.

CONCLUSION

BIOGRAPHIE

ANNEXES

RESUME

Table des illustrations

Figure 1 : offre de soins des structures d'urgences en Lorraine en 2010.....	40
Figure 2 : nombre total de passages enregistrés par SU en 2011. (Source : ORULOR)	41
Figure 3 : variation des effectifs de médecins urgentistes lorrains entre 2003 et 2012.	67
Figure 4 : taux de reconversion par service d'urgence entre 2003 et 2012.	68
Figure 5 : combien d'enfant(s) avez-vous ?.....	69
Figure 6 : quelle est votre formation initiale de médecin urgentiste?.....	70
Figure 7 : à quel rythme poursuivez-vous votre activité de médecin urgentiste ?	71
Figure 8 : dans quel service avez vous principalement exercé votre profession de médecin urgentiste?	72
Figure 9 : quel était votre statut de médecin urgentiste avant votre reconversion ?.....	72
Figure 10 : quel était votre lieu d'exercice avant votre reconversion professionnelle ?	73
Figure 11 : les motifs de la reconversion professionnelle.	74
Figure 12 : l'absence de poste proposée à la fin de votre formation initiale est elle la raison de votre reconversion ?	75
Figure 13 : la démotivation ou l'ennui sont ils une des raisons de votre reconversion professionnelle ?	75
Figure 14 : des conditions salariales peu intéressantes sont elles responsables de votre réorientation ?	76
Figure 15 : les contraintes horaires (gardes de nuit et de weekend) de la profession d'urgentiste sont elles responsables de votre changement d'activité ?.....	76
Figure 16 : des relations conflictuelles sur votre lieu de travail (hiérarchie, collègues, administration) ont-elles motivées votre changement d'activité professionnelle ?.....	77
Figure 17 : un travail en équipe non satisfaisant est-il une des raisons de votre reconversion ?	77
Figure 18 : l'épuisement professionnel ou burn out est-il une des raisons de votre reconversion professionnelle ?.....	78
Figure 19 : la peur de l'erreur médicale est elle une des raisons de votre changement d'activité ?.....	78

Figure 20 : la confrontation quotidienne à la violence est-elle une des raisons de votre reconversion ?	79
Figure 21 : l'inadéquation entre la pratique de la médecine d'urgence et la vie personnelle et familiale est elle une des raisons de votre reconversion ?.....	79
Figure 22 : le besoin d'un nouveau challenge professionnel a-t-il motivé votre désir de changement d'activité ?	80
Figure 23 : une proposition d'emploi pour un autre poste a t elle motivée votre reconversion ?	80
Figure 24 : lors de votre reconversion professionnelle, avez-vous entrepris une formation professionnelle complémentaire ?.....	81
Figure 25 : quelle est votre nouvelle activité professionnelle ?.....	81
Figure 26 : description des autres activités professionnelles dans le domaine médical.	82
Figure 27 : une reconnaissance de la spécialité d'urgentiste vous aurait-elle permis de rester médecin urgentiste ?.....	82
Figure 28 : la perspective d'une carrière universitaire vous aurait-elle permis de rester médecin urgentiste ?	83
Figure 29 : une diminution de votre temps de travail vous aurait-elle permis de rester médecin urgentiste?	83
Figure 30 : un changement de votre lieu d'exercice vous aurait-il permis de poursuivre votre activité d'urgentiste ?.....	84
Figure 31 : un arrêt des gardes de nuit et de weekend vous aurait-il permis de poursuivre votre carrière aux urgences ?	84
Figure 32 : une augmentation de salaire vous aurait-elle permise de poursuivre votre carrière d'urgentiste ?	85
Figure 33 : êtes-vous satisfait de votre reconversion professionnelle ?	85
Figure 34 : avez-vous réduit votre temps de travail ?.....	86
Figure 35 : avez-vous subi une baisse de revenus?	86
Figure 36 : vous sentez vous plus épanoui dans votre vie professionnelle ?.....	86
Figure 37 : pensez-vous que la mise en place d'un DES de médecine d'urgence soit pertinente ?.....	87
Figure 38 : Tableau récapitulatif de la durée moyenne d'exercice.....	94

Abréviations utilisées

ACC : Assistant Chef de Clinique.

AFPA : Association Française Pour la formation des Adultes.

ALISON : Advanced Learning Interactive Systems Online.

AMU : Aide Médicale Urgente.

AMUF : Association des Médecins Urgentiste de France.

ARS : Agence Régionale de Santé.

BCA : Bilan de Compétences Approfondi.

BTP : Bâtiments Travaux Publics.

CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente.

CDI : Contrat à Durée Indéterminée.

CET : Compte Epargne-Temps.

CEREQ : Centre d'Etude et de Recherches sur les Qualifications.

CESP : Contrat d'engagement de Service Public.

CHG : Centre Hospitalier Général.

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CIF : Congé Individuel de Formation.

CIRC : Centre international de Recherche sur le Cancer.

CME : Commissions Médicale d'Etablissement.

CMU : Capacité de Médecine d'Urgence.

CNED : Centre National de l'Enseignement à Distance.

CNEFAD : Centre national pour l'enseignement et la formation à distance.

CNIPI : Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat.

COLMU : Collège Lorrain de Médecine d'Urgence.

CPNE : Commission Paritaire National de l'Emploi.

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels.

CSP : Code de la Santé Publique.

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées.

DESC : Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires.

DETT : Directive Européenne sur le Temps de Travail.

DIF : Droit Individuel à la Formation.

DIM : Direction de l'Information Médicale.

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

DIU : Diplôme Inter Universitaire.

DU : Diplôme Universitaire.

ETP : Equivalents Temps Plein.

EHPAD : Établissement D'hébergement Pour Les Personnes Âgées Dépendantes.

EuSEM : European Society for Emergency Medicine.

FONGECIF : Fonds de Gestion du Congé Individuel de Formation.

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées.

HPST : Hôpital Patient Santé et Territoire.

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques.

INVS : Institut National de Veille Sanitaire.

MCS : Médecins Correspondant du SAMU.

MOOC : Massive Online Open Courses.

OPACIF : Organismes Paritaires Agréés collectant les fonds de formation.

OPCA : Organismes Paritaires Collecteurs Agréés.

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé.

PH : Praticien Hospitalier.

PHA : Praticien Hospitalier Attaché.

PHC : Praticien Hospitalier Contractuel.

PMO : Prélèvements Multi-Organes.

POSU : Pole Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences.

PU-PH : Praticien Universitaire Praticien Hospitalier.

RNCP : Répertoire National des Certifications Professionnelles.

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.

SDIS : Service Départemental Incendie et Secours.

SESMAT : Santé et Satisfaction des Médecins Au Travail.

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence.

SIS : Service Incendie et Secours.

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

SU : Structure d'Urgence.

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.

UPATOU : Unités de Proximités d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience.

INTRODUCTION

Chaque année, de nombreuses personnes sont confrontées à une réorientation professionnelle par choix ou suite à l'aggravation de la situation économique de notre pays.

Une étude de l'association française pour la formation des adultes (AFPA) réalisée par IPSOS en octobre 2012 [1] estime que 56% des actifs ont déjà changé d'orientation professionnelle, c'est à dire de métier ou de secteur d'activité.

Certes les professions médicales sont moins concernées par les reconversions professionnelles, cependant, en France, un urgentiste sur quatre aurait l'intention de quitter la profession. [2]

Ainsi, les résultats d'une enquête nationale réalisée par l'AMUF (Association des Médecins Urgentiste de France) [3] en 2011 montrent que 92,5 % des praticiens des Urgences et Samu interrogés, envisagent de quitter l'hôpital public avant la fin de leur carrière, si leurs conditions de travail restent identiques. Une désertion attendue alors même que le recours aux urgences est de plus en plus fréquent dans toutes les régions de France. En effet, on constate une augmentation massive des entrées dans les services d'urgences au cours de la dernière décennie passant de 14 millions de passages en 2002 à 18 millions en 2011[4].

Ainsi, parmi les praticiens en médecine d'urgence qui pensent quitter l'hôpital, 58% ont déjà démarré une reconversion professionnelle [3].

Face à ce constat, plusieurs études portant sur les facteurs à l'origine des reconversions ont été réalisées ces dernières années. [2, 5, 6]. Mais nous ne disposons que de très peu de données sur la durée effective d'une carrière d'urgentiste, ou seule une enquête menée dans la Loire entre 2000 et 2010 nous renseigne [7].

Ce travail de thèse a donc pour objectif principal d'évaluer la proportion de médecins urgentistes ayant abandonné l'exercice de la médecine d'urgence entre le premier janvier 2003 et le 31 décembre 2012 en Lorraine.

Après cela, les objectifs secondaires sont d'évaluer la durée moyenne d'exercice de la médecine d'urgence avant une réorientation, de connaître les facteurs et les motivations ayant contribué aux changements d'activité et de décrire les types de reconversion et les différentes voies professionnelles choisies.

Notre travail présentera tout d'abord la profession de médecin urgentiste et étudiera les différents aspects de la reconversion professionnelle.

Puis seront analysés les résultats de l'enquête réalisée sur la région Lorraine en 2013.

PARTIE 1 : NOTIONS THEORIQUES.

A. LE MEDECIN URGENTISTE.

1. Historique et définitions.

1.1. Définitions.

1.1.1 L'urgence médicale.

L'urgence en matière de santé est généralement définie comme une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement [8].

Afin de définir au mieux cette notion d'urgence médicale, il est nécessaire de se projeter vers la situation initiale. Une situation peut être définie comme urgente, car ressentie comme telle par le patient ou son entourage, et devient urgence médicale, lorsqu'elle est ressentie comme telle par un médecin. Cette définition souligne le fait que l'urgence en matière de santé répond en réalité à toute demande dont la prise en charge n'a pas été programmée, quelle que soit la gravité du problème.

1.1.2 La médecine d'urgence.

La médecine d'urgence est définie par la Société Européenne de Médecine d'urgence (EuSEM) comme une spécialité médicale basée sur la connaissance et les aptitudes nécessaires à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de pathologies et d'accidents affectant des patients avec un spectre d'expression indifférenciée au niveau physique et comportemental [9].

La médecine d'urgence émerge depuis plusieurs années comme une nouvelle spécialité médicale en Europe. Elle est déjà reconnue comme tel par 14 pays de l'Union Européenne [10], et cinq autres pays se sont engagés dans la voie de cette reconnaissance.

Elle constitue déjà depuis plusieurs décennies une spécialité à part entière dans l'ensemble des pays de culture anglo-saxonne (Etats-Unis, Canada, Royaume-Uni et Australie) [11].

En France, la médecine d'urgence est une spécialité sans patientèle déterminée, attachée à un territoire au sens de la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) [12].

Les structures d'urgences des établissements hospitaliers publics et privés font l'objet d'un cadre réglementaire déterminé par plusieurs articles du Code de la Santé Publique (CSP). C'est une discipline hospitalière qui s'exerce exclusivement au sein de structures d'urgences (SAMU, SMUR, SU, UHCD) publiques ou privées accréditées par les autorités de tutelles.

Les structures d'urgences comprennent les SAMU centre 15, les SMUR dédiés à la prise en charge préhospitalière et les services d'accueil des urgences qui reçoivent les patients se présentant en urgence dans les établissements de santé, ainsi que les unités d'hospitalisations de court durée (UHCD) qui leur sont rattachées.

Ces structures sont au cœur de l'articulation entre les différentes offres de soins intra et extra hospitalières et les divers réseaux médico-sociaux (gériatriques, palliatifs, addictologiques, psychiatriques, pédiatriques, PASS, ...). Elles sont également un partenaire dans la coordination de la prise en charge des soins médico-judiciaires et carcéraux.

Enfin, elles organisent et coordonnent l'alerte ainsi que la mise en place de moyens humains et matériels en cas de catastrophe ou d'afflux de victime (ex : pandémie, plan blanc) et ont également une mission de Santé Publique en lien avec l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS).

La pratique de la médecine d'urgence regroupe le tri préhospitalier et intra hospitalier, l'évaluation initiale et la prise en charge en urgence de situations pathologiques jusqu'à la sortie ou le transfert vers un autre professionnel du système de soins.

Cette spécialité médicale s'inscrit dans une temporalité immédiate car les prises en charge sont par nature de courte durée. En effet, la mission de l'urgentiste est de trier les urgences en fonction de la gravité, de les traiter et de les orienter vers la structure médicale la plus adéquate.

Cette discipline est également transversale car elle partage avec les autres spécialités des référentiels, des stratégies, des parcours de soins et des techniques spécialisées qui s'inscrivent dans la compétence et les objectifs de formation des urgentistes.

Le champ privilégié de la médecine d'urgence est donc constitué par les urgences susceptibles de nécessiter le recours à un plateau technique de manière urgente (biologie, radiologie, autres spécialités ou multidisciplinarité), à des techniques spécifiques (anesthésie, réanimation, chirurgie) ou à une hospitalisation. La médecine d'urgence est complémentaire des autres disciplines car elle entretient des liens particuliers de complémentarité avec de nombreuses spécialités médico-

techniques, médicales et chirurgicales, en particulier avec la médecine générale, la pédiatrie, l'anesthésie réanimation, la radiologie, la psychiatrie et la chirurgie. [11]

En conséquence, le médecin urgentiste doit posséder des compétences de polyvalence pour exercer son activité dans les différentes unités constituant les structures d'urgence et face à des pathologies variées.

C'est ainsi que les médecins exerçant dans ces structures d'urgences font état de diplôme ou d'expérience défini par le décret 2006-577 du 22 mai 2006[13].

Ils doivent être titulaires du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) en médecine d'urgence ou titulaire d'un diplôme sanctionnant une formation universitaire en médecine d'urgence, ou justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins trois ans dans une structure d'urgences.

1.2. Histoire de la médecine d'urgence.

1.2.1 En France.

L'avènement de la médecine d'urgence a commencé dans les années 1960 avec les premiers SMUR suite à l'application du décret du 2 décembre 1965. Le premier SAMU est créé à Toulouse en 1968 par le Pr Louis LARENG.

Le plus souvent ces premiers SMUR SAMU avaient été créés par les responsables des services et départements d'anesthésie réanimation dont ils faisaient partie intégrante. De ce fait leurs premières équipes médicales étaient constituées de médecins appartenant à cette discipline.

1.2.2 En Lorraine.

En 1963, le premier service SOS est mis en place dans le département de Meurthe et Moselle par le Professeur Alain Larcan en collaboration avec les sapeurs pompiers. Il fut le premier service mobile d'urgence et de réanimation de France.

Ainsi, on peut considérer le Professeur Larcan comme un des pères du SAMU au même titre que les Professeurs Huguenard, Lareng et Cara.

Le Professeur Larcan dirigea le service SOS dès sa création, puis le SAMU 54 à partir de 1975. Celui-ci devient professeur titulaire d'une chaire de pathologie générale et de réanimation à la faculté de médecine de Nancy I en 1969.

Enfin en 1980, il prend la direction du service autonome d'urgence et de réanimation du CHU de Nancy et d'une chaire d'enseignement spécialisée dans cette nouvelle discipline qui fut l'une des trois premières de France [14].

Le service SOS évolue jusqu'en 1984, avec la construction au CHU de Nancy d'un centre d'accueil unique des urgences adulte, développant le concept de structures intégrées, préfigurant le rapport STEG [15].

Le Pr Larcan met en place des structures analogues mais de moindres dimensions dans d'autres secteurs du département de la Meurthe et Moselle en associant les opérations de sauvetage, de secours et de soins.

De nouveaux véhicules d'intervention sont équipés en divers matériels d'urgence (monitorage, respirateurs, défibrillateurs, entraînement électro systolique externe, pantalon antichoc, télémétrie) et les transports médicalisés inter hospitalier (secondaires et tertiaires) et intra hospitaliers sont développés.

Enfin il fait réaliser un caisson mobile d'oxygénothérapie hyperbare et obtient un hélicoptère de transport sanitaire pour le CHU de Nancy.

En 1990, les services de réanimation médicale et chirurgicale, le centre 15, le SAMU 54, le centre anti poison et le caisson hyperbare sont regroupés à l'hôpital Central dans le pavillon Chalnot en hommage au pionnier de la chirurgie moderne à Nancy. Ce bâtiment est intégré fonctionnellement et géographiquement aux services existants de l'hôpital. Des galeries de liaison furent créées afin de permettre un accès rapide entre les blocs opératoires et le service de réanimation chirurgicale qui occupe les 800m² du second étage de ce pavillon Chalnot.

Les urgences neurochirurgicales, dont le service nancéen est le seul en lorraine, bénéficient également de la proximité du service d'accueil des urgences.

Il convient de mentionner que l'accueil en urgence des enfants s'effectue à l'Hôpital d'Enfants sur le site de Brabois à Vandoeuvre-les-Nancy.

2. Les différentes formations initiales des médecins urgentistes.

Le besoin de former des praticiens de médecine d'urgence issus de la médecine générale s'est fait sentir dès le début des années 1980.

Une formation complémentaire s'adressant aux médecins généralistes à été mis en place sous la forme de Diplôme Universitaire (D.U) d'oxyologie-médecine d'urgence. Celle-ci a évolué parallèlement aux techniques et innovations liées à la prise en charge de l'urgence médicale sous les formes suivantes.

2.1. La Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU).

La CAMU a été officiellement créée le 13 mars 1986 [16]. Cet arrêté fut l'objet de quelques modifications dans les années suivantes [17,18]. Cette capacité se différenciait des D.U. car elle était un diplôme national autorisé par l'Ordre des Médecins et reconnue comme une compétence spécifique.

Par ailleurs en 1995, une étape décisive est franchie en reconnaissant la spécialité de « médecine polyvalente d'urgence » dans le concours national de praticien hospitalier.

2.2. La Capacité de Médecine d'Urgence (CMU).

La Capacité de Médecine d'Urgence remplace en 1998 la CAMU [19]. Elle est accessible au médecin titulaire du diplôme de docteur en médecine et ayant été reçu à l'examen probatoire. La maquette pédagogique de cette nouvelle capacité fut améliorée en 2002 sur la base des conclusions d'un groupe de travail réuni à cet effet par la direction de l'enseignement supérieur [20]. Elle comprend une formation théorique de 80 heures par an sur deux années. La première année comprend 7 modules répartis en 3 séminaires associés à une formation pratique de 8 semaines (400h) de stages dans les services formateurs. La seconde année comprend trois modules théoriques répartis en deux séminaires et un stage de deux mois (400h) dans un service d'urgences, de SMUR ou de réanimation. Les deux années sont sanctionnées par un examen écrit et un oral.

Aujourd'hui, seule une faculté de médecine parisienne (Paris 7 Diderot) organise encore cet enseignement. La CMU est une formation universitaire et elle reste accessible à tout moment de la vie professionnelle.

2.3. Le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire de médecine d'urgence (DESC).

Le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire a été officiellement créé par l'arrêté du 22 septembre 2004 dans le but de promouvoir la médecine d'urgence comme discipline universitaire à part entière et d'homogénéiser le niveau initial des urgentistes en début de carrière [21].

Il s'agit d'un DESC de type 1 qui permet de conserver la qualification du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) initial (médecine générale, anesthésie réanimation ...) contrairement au DESC de type 2 (spécialités chirurgicales et médicales) imposant l'abandon de la spécialité initiale.

Les candidats sont des internes en médecine et sont recrutés dès la fin du troisième cycle des études médicales par un examen probatoire, dont les modalités diffèrent selon les régions.

La formation est à temps plein sur deux années, la première étant la plupart du temps faite au cours de l'internat. La deuxième année doit être réalisée en post internat, comme pour tous les DESC dans une fonction avec responsabilité médicale (assistant chef de clinique, assistant spécialisé, praticien hospitalier contractuel).

La maquette de ce DESC impose quatre semestres de stages hospitaliers obligatoires : dans un service des urgences adultes, au SAMU/SMUR, dans un service ou unité des urgences pédiatriques et dans un service ou unité de réanimation ou de soins intensifs médicaux, chirurgicaux ou médico-chirurgicaux (urgences, SAMU, réanimation, pédiatrie) dont la moitié en CHU avec environ 150 heures de formation théorique en module. Le DESC est délivré après présentation d'un mémoire, différent du DES de médecine générale et de la thèse de docteur en médecine.

Il donne droit au titre de spécialiste de médecine d'urgence et permet l'accès au concours spécifique de Praticien hospitalier. Avec pour objectif d'homogénéiser le niveau médical des urgentistes au moment où la médecine d'urgence est en voie de devenir une spécialité avec la création d'un DESC et bientôt d'un Diplôme d'Etude Spécialisé ou DES de médecine d'urgence, la Société Francophone de Médecine d'Urgence (SFMU) édite en juin 2004 un «référentiel de compétences d'un médecin urgentiste» [22]. Depuis, ce document est une référence qui inspire le tableau des «habilités techniques à acquérir» durant le DESC de Médecine d'Urgence.

En 2011, un référentiel métier-compétence a été rédigé, afin de poursuivre cette homogénéisation des pratiques, et de compléter un projet de maquette de DES remis en 2010 à la Commission Nationale de l'Internat et du Post-Internat (CNIPI) [11].

3. Les structures hospitalières de médecine d'urgence.

L'exercice de l'activité de soins de médecine d'urgence est autorisé suivant une ou plusieurs des trois modalités suivantes : régulation des appels (SAMU), prise en charge des patients par une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), et l'accueil des patients dans la structure de médecine d'urgence [23].

L'effectif de la structure de médecine d'urgence est adapté, au nombre d'appels adressés au SAMU, au nombre de sorties de la structure du SMUR ou au nombre de passage de patients dans la structure des urgences [24].

3.1. La structure des urgences.

Ces structures d'urgences ont pour mission d'accueillir sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique et de le prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgences vitales.

En 2006, deux décrets [25, 26] imposent la disparition des termes SAU (service d'accueil des urgences), POSU (pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences) et UPATOU (unités de proximités d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences) en les remplaçant par le terme générique de SU (structure d'urgence).

En 2010, on dénombre 670 services d'urgences en France dont 19% dans le secteur privé lucratif et 6% dans le secteur privé non lucratif. Ces services ont enregistré la même année, 17,5 millions de passages. Depuis 1996, on observe une augmentation annuelle moyenne de plus de 4,3% du nombre de passages [27].

Définie par l'article 6124-22 du code de santé publique [24], la structure des urgences dispose :

- d'une salle d'accueil préservant la confidentialité,
- d'un espace d'examen et de soins,
- d'au moins une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate,
- d'une unité d'hospitalisation de courte durée comportant au moins deux lits, dont la capacité est adaptée à l'activité de la structure.

Depuis 1991, les unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont définies administrativement en France comme faisant partie intégrante des services d'urgence [28].

3.2. Le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

Dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU) qui « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'il se trouve les soins d'urgence appropriés à leur état », le SAMU, en tant que service hospitalier, a pour mission « de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence ». « Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetages, les SAMU joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par le Service Incendie et Secours (SIS) » [29].

Le SAMU se compose d'un centre de réception et de régulation des appels (CRRA) et assure la régulation médicale des situations d'urgence. Pour atteindre cet objectif fixé par le code de santé publique [30] :

- il assure une écoute médicale permanente,
- il détermine et déclenche la réponse la mieux adaptée à la nature des appels,
- il s'assure de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- il veille à l'admission du patient.

Dans ce cadre, outre ses moyens propres et ceux des SIS, le SAMU peut faire intervenir pour l'accomplissement de ses missions les moyens privés que sont les transporteurs sanitaires privés, les médecins et les paramédicaux libéraux. La participation de ces moyens privés est sous la responsabilité du SAMU et déterminée par convention [31].

La régulation médicale du SAMU a pour objectif d'apporter une réponse médicale adaptée à tout appel venant d'une personne en détresse.

Lorsque l'appel, considéré comme un secours à personne, parvient au centre de traitement des alertes du SIS, il bénéficie de la régulation médicale du SAMU grâce à une interconnexion entre les deux centres de réception [32].

Cette interconnexion permet, « dans le respect du secret médical, les transferts réciproques d'appels et, si possible, la conférence téléphonique avec les centres de réception d'appels téléphoniques des SIS dotés du numéro d'appel 18, ainsi que ceux des services de police et de gendarmerie » [33].

On dénombre 106 SAMU en France et ils ont en 2010, répondu à plus de 25 millions d'appels dont 10 millions ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical [34].

3.3. Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) assure, en permanence, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert, de façon urgente, une prise en charge médicale et de réanimation et, le cas échéant, après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé [35].

Le SMUR est doté d'un matériel de réanimation complet. Cette unité basée à l'hôpital est active 24 heures sur 24, intervient sur demande du SAMU pour assurer la prise en charge, le diagnostic, le traitement des patients en situation d'urgence médicale.

Il est composé d'un médecin spécialiste en médecine d'urgence, d'un infirmier et d'un conducteur ambulancier.

Le SMUR peut être constitué soit par les moyens propres de l'hôpital soit dans le cadre de la convention avec des SDIS ou des entreprises de transport sanitaire privées.

Dans ce cadre, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du SDIS ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier, ils sont placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

L'article L.6112-5 du CSP [32] rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18. Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi.

Le SMUR réalise trois types de sorties : la principale est l'intervention primaire médicalisée sur les lieux de la détresse, il peut également réaliser une intervention secondaire définie par le transport d'un patient entre deux établissements ou d'effectuer une intervention primo secondaire médicalisée c'est à dire l'envoi d'un SMUR en renfort d'un autre.

On dénombre 426 SMUR en France ayant réalisé 700.000 sorties en 2010 dont 95% de sorties terrestres [36].

3.4. L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).

L'UHCD est défini administrativement comme faisant partie intégrante des services d'urgences depuis 1991 [28]. L'appellation UHCD est remplacée en 1995 par décret par le nom de zone de surveillance de courte durée [37]. L'UHCD est une unité d'hospitalisation qui dispose 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 d'une présence médicale ce qui permet des examens cliniques répétés ainsi que la réalisation de décisions diagnostiques, thérapeutiques ou d'orientations (mutations ou retour à domicile).

D'après les textes réglementaires [28,37,38], une UHCD se définit comme une unité d'hospitalisation dont le responsable doit être un praticien du services des urgences et pour laquelle la durée moyenne de séjour recommandée doit être inférieure à 24 heures.

Cette unité doit disposer d'un système de monitoring non invasif de sécurité (pression artérielle non invasive, oxymétrie de pouls, monitoring cardiaque) adaptable à chaque lit.

Le nombre de lits dépend du nombre de passages dans la structure d'urgence associée et chaque lit doit être en chambre individuelle équipée de l'accès aux fluides médicaux et de sanitaires.

Le personnel doit être au moins composé, 24 heures sur 24, d'un infirmier diplômé d'état, d'une aide soignante ainsi que d'un agent des services hospitaliers.

Un médecin urgentiste doit pouvoir donner un avis médical rapidement tout au long du nyctémère mais l'existence d'une présence médicale spécifique à l'UHCD dépend de plusieurs facteurs spécifiques à chaque structure.

Les patients admis en UHCD doivent être selon les recommandations de la SFMU [39] identifiés comme appartenant à l'un des quatre groupes suivant :

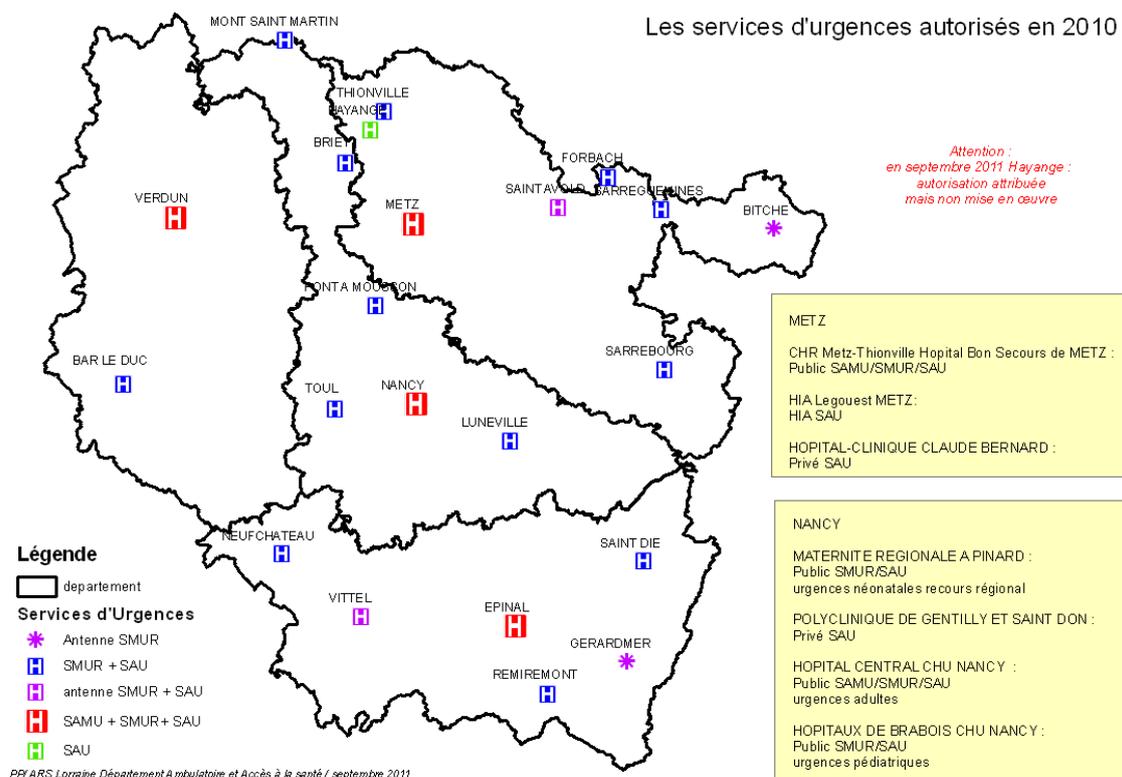
- soit un patient dont le retour à domicile est prévu dans les 24 heures,
- soit en l'attente de lit d'hospitalisation conventionnelle,
- soit si son état de santé nécessite une mise en observation avant l'orientation,
- enfin il peut également s'agir d'un patient admis pour valorisation d'activité c'est à dire admis administrativement mais non couché dans l'unité pour lequel un codage en consultation n'est pas concevable par défaut de valorisation d'activité.

4. Les structures hospitalières d'urgence en Lorraine.

La région Lorraine recense 4 SAMU, 23 SMUR et 24 structures autorisées aux urgences représentant plus de 550 000 passages par an aux urgences et ce, pour une population de 2,3 millions d'habitants [40].

Elle comptabilise 241 praticiens de médecine d'urgence en 2012 d'après la COLMU et l'ARS.

Figure 1 : offre de soins des structures d'urgences en Lorraine en 2010.



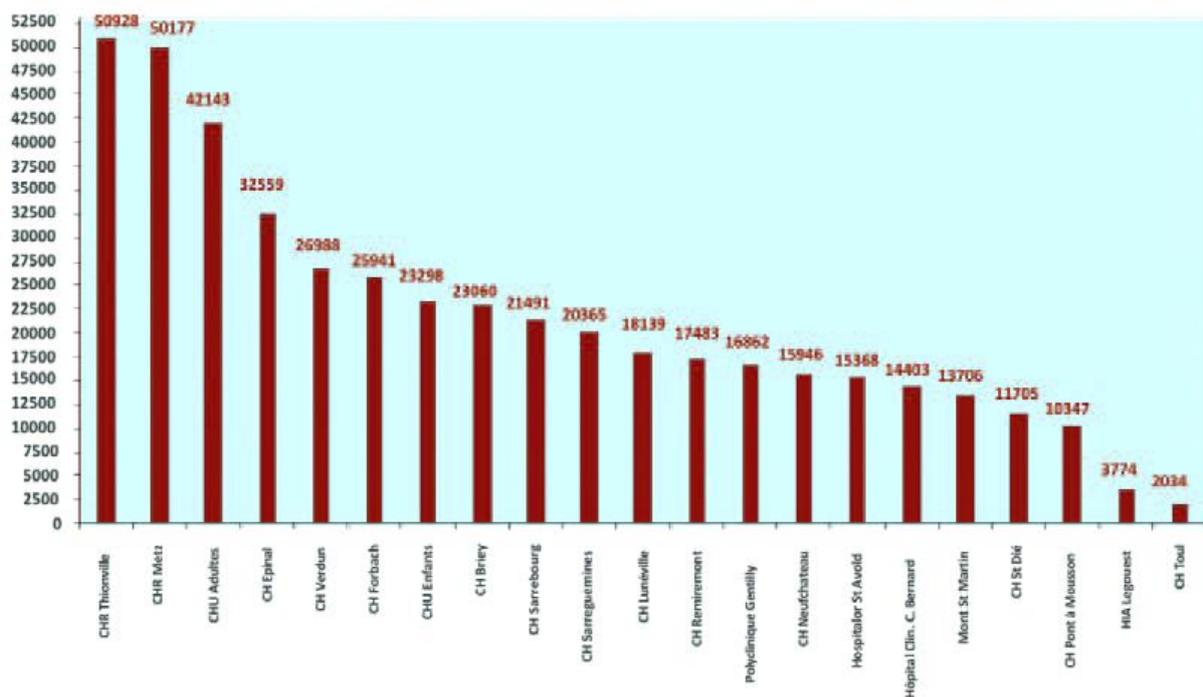
4.1. En Meurthe et Moselle.

Le département de Meurthe et Moselle compte 731.019 habitants au 1er janvier 2009 selon l'INSEE soit une densité de 139 habitants au km² [41].

Le CHU régional est situé à Nancy. Il contient le SAMU 54 situé à l'hôpital central coordonnant les 6 SMUR du département (Nancy, Toul, Lunéville, Pont à Mousson, Briey et Mont St Martin), le SMUR pédiatrique et néonatal à vocation régionale ainsi que l'hélicoptère régional.

On dénombre également 8 structures d'urgences dont 3 situées à Nancy : celle du CHU adultes, celle de la polyclinique de Gentilly et, le CHU enfants situé sur le site de Brabois. Les deux services du CHU de la cité ducale sont les plus fréquentés du département avec respectivement 42143 passages chez les adultes et 23698 passages chez les enfants sur l'année 2011. [40]

Figure 2 : nombre total de passages enregistrés par SU en 2011. (Source : ORULOR)



Les autres structures couvrent le département du nord au sud : Mont St Martin, Briey, Pont à Mousson, Toul et Lunéville.

Le SAMU 54 a géré 138970 affaires sur l'année 2011 ayant entraîné 5515 SMUR primaire 3072 SMUR secondaire [40].

4.2. En Moselle.

Le département de la Moselle est le plus peuplé de la région avec 1.043.898 Habitants comptabilisé par l'Insee en 2009 représentant une densité de 168 habitants au km² [42].

Le SAMU 57 est situé à Metz à l'hôpital de Mercy du CHR Metz Thionville. Il coordonne l'activité de 6 SMUR (Metz, Thionville, Forbach, St Avold, Sarreguemines et Sarrebourg).

Le SAMU 57 a traité 236104 affaires en 2011 entraînant 5922 SMUR primaire et 2062 SMUR secondaire.

Il existe 8 structures d'urgences : 3 sur l'agglomération messine avec l'hôpital de Mercy, celle de la clinique Claude Bernard et, celle de l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Legouest [40].

Les autres structures sont situées à Thionville, Forbach, Saint-Avold, Sarreguemines et Sarrebourg.

Les services hospitaliers ayant enregistré le plus d'activité au cours de l'année 2011, sont ceux du CHR de Thionville suivi de celui CHR de Metz avec respectivement 50928 et 50177 passages [40].

4.3. Dans les Vosges.

Au 1er janvier 2009, la population des Vosges est estimée à 380.192 habitants par l'INSEE ce qui représente une densité de 65 habitants/km² [43].

Le SAMU 88 est situé au centre hospitalier Emile Durkheim d'Epinal. Il est en liaison avec les 4 SMUR du département situé à Epinal, Remiremont, Neufchâteau et Saint Dié. Il existe par ailleurs deux antennes SMUR satellites une à Vittel et celle saisonnière de Gérardmer.

Le SAMU 88 a traité 95058 affaires en 2011 entraînant 2958 SMUR primaire et 954 SMUR secondaire [40].

Le département est équipé de 5 services hospitaliers accueillant des urgences : Epinal, Saint Dié, Remiremont, Neufchâteau et Vittel.

La structure d'urgence d'Epinal a enregistré 32559 passages en 2011[40].

4.4. En Meuse.

La Meuse est le département le moins peuplé de la région avec 194.003 habitants en 2009. C'est un département rural ayant une densité de 31 habitants au km² [44].

Le SAMU 55 est situé au centre hospitalier de Verdun et coordonne l'activité des 2 SMUR du département situé sur Verdun et Bar le Duc.

Cette structure a enregistré 36594 affaires en 2011 ayant conduit à 2051 SMUR primaire et 268 SMUR secondaire [40].

Il existe également une organisation spécifique avec les Médecins Correspondant du SAMU (MCS) liée à la ruralité du département.

Ces médecins correspondants du SAMU participent à l'aide médicale urgente et font donc partie, à titre complémentaire des moyens publics compétents, du réseau des urgences. Cette organisation permet de disposer de relais aptes et formés, afin de réduire les délais de réponse à l'urgence jusqu'à l'arrivée du SMUR systématiquement déclenché. Elle est définie par l'arrêté du 12 février 2007 [45] relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU) et différentes circulaires [46] et directives [47].

Seules les deux structures d'urgences de Verdun et de Bar le Duc couvrent le département. Ils ont enregistré respectivement 26988 et 18855 passages sur l'année 2011 [40].

5. Les spécificités et les contraintes du métier d'urgentiste.

Il existe des spécificités et des contraintes particulières aux professions médicales hospitalières liées à la prise en charge de l'urgence.

La reconnaissance de celles-ci est une demande forte des professionnels de santé en charge de soins non programmés et de leurs représentations syndicales de praticiens.

5.1. Le temps de travail et le déficit d'urgentiste.

Les professionnels de l'urgence prennent en charge des patients à toute heure du jour comme de nuit, 365 jours par an. Cette contrainte imposée par le métier est majorée par l'absence des temps de repos traditionnels des week-end et jours fériés.

Le temps de travail est défini comme toute période durant laquelle le travailleur est au travail à la disposition de son employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions.

Sont donc inclus dans le temps de travail : le travail de jour clinique et non clinique, le travail en permanence sur place, et le temps de formation.

La base de calcul de 39 heures hebdomadaires de travail, commune à tous les praticiens des établissements publics, est rarement respectée dans les structures d'urgence, devant la possibilité réglementaire d'étendre ce temps hebdomadaire à 48 heures pour les services à activité dite continue [48]. Cette durée hebdomadaire de travail ne peut excéder 48 heures en moyenne mesurée sur une période de quatre mois.

Le déficit d'urgentiste devient criant selon les organisations syndicales, même si certaines régions sont moins concernées. En septembre 2013, le deuxième baromètre de l'emploi médical de l'appel Médical Search recense 314 offres d'emploi à la recherche de médecin urgentiste sur le territoire français [49].

D'après cette enquête « ces résultats témoignent de la difficulté du métier, caractérisée par un turn-over plus important que la moyenne. En cause notamment, l'engorgement des services d'urgences, qui rend la question des effectifs et des moyens financiers encore plus cruciale. Exposés à des situations souvent stressantes, les urgentistes doivent parer au plus pressé tout en gérant l'impatience – et parfois la violence – de certains patients ou leurs familles. Ce contexte incite peut-être certains médecins à se détourner de cette spécialité, d'où une pénurie accrue ».

D'autre part, en décembre 2012, certain syndicat de médecins urgentistes évoque un déficit de personnel, équivalent à 25% des Equivalents Temps Plein (ETP) alloués. Ce syndicat estime par ailleurs que les chiffres d'ETP alloués aux urgentistes sont globalement insuffisants [50].

Enfin dans certains départements des déserts d'urgentistes apparaissent (Limousin, Allier...) obligeant les hôpitaux à faire appel à des médecins intérimaires.

La pénibilité des temps de permanence des soins peut aussi être mise en relation avec ce déficit d'urgentistes. Ainsi elle est reconnue dans le rapport de mai 2008 : « Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins ». [51]

Une triple contrainte au temps est évoquée :

- la durée (55 heures hebdomadaires en moyenne), faute d'effectifs suffisants,
- la répartition sur le nyctémère (alternances jour/nuit),
- la répartition sur les temps de repos traditionnels des fins de semaine et jours fériés.

Ces trois contraintes agissent sur la santé et sur la désocialisation des professionnels de santé.

Une quatrième contrainte, plus sournoise et souvent méconnue, est celle des «à-coups». En effet, afin de pouvoir partir en vacances ou bénéficier de formation, un praticien est souvent obligé de cumuler du temps de travail avant et après ses «congrés», afin que ses collègues puissent aussi en profiter.

Devant un temps de travail croissant et un nombre toujours insuffisant de professionnel de l'urgence, beaucoup d'entre eux envisagent une reconversion professionnelle comme le montrent les résultats de l'enquête réalisée par l'AMUF en juillet 2011 ou 92,5% des praticiens interrogés envisageaient de quitter l'hôpital public avant la fin de leur carrière.

5.2. Le stress lié à l'exercice de la médecine d'urgence.

L'exercice de la médecine d'urgence cumule plusieurs facteurs de stress professionnel : l'exposition répétée à des incidents traumatiques, la fatigue liée à des horaires décalés et le déséquilibre entre les obligations professionnelles et personnelles [52]. Pourtant il existe une directive européenne sur le temps de travail (DETT) qui doit permettre au salarié de conserver une vie équilibrée entre son travail et sa vie de famille [53].

Une étude réalisée par Lega et Mengoni montrent que les patients des urgences consultant pour un même symptôme, sont modérément plus anxieux que ceux qui consultent un médecin généraliste [54].

L'imprévisibilité et la gravité des interventions rythment la pratique de la médecine d'urgence et exposent les intervenants à un stress intense et répété. La gravité clinique de certains patients induit un stress lorsqu'il faut agir vite et dans le respect des règles de l'art pour sauver une vie ou un organe. Ainsi, ce contexte de travail peut engendrer un stress chronique appelé stress professionnel.

Selon plusieurs auteurs, ce contexte de travail spécifique constituerait un terrain favorable à des problèmes de santé mentale dans la population d'urgentiste et tout particulièrement à l'épuisement professionnel, également nommé burn out [52,55].

En France, un urgentiste sur deux est sujet à un syndrome du burn out, comme l'a mis en évidence l'enquête SESMAT (Santé Et Satisfaction des Médecins Au Travail) réalisée en 2007 [56]. Avec 51,5% de prévalence du burn out, les médecins urgentistes sont largement au dessus du reste des spécialités médicales chez qui on retrouve une prévalence de 40% en moyenne.

Cette étude met également en évidence la mauvaise qualité des relations de travail en équipe, et leur difficulté à ménager un équilibre entre vie personnelle et professionnelle favorisant l'épuisement professionnel.

5.3. La non reconnaissance de leurs compétences.

Les statuts de Praticiens Attachés ou de Praticien Hospitalier Contractuel (PHC) sont particulièrement fréquents dans les Structures d'urgences. Ces statuts sont précaires et peuvent être considérés comme dévalorisant s'ils sont prolongés sur plusieurs années. En effet, ceux-ci n'offrent pas la même couverture en cas de congé maternité ou d'arrêt de travail et ni, en terme de reconnaissance de l'ancienneté, pénalisant ainsi ces médecins.

Si les compétences et les travaux de ces médecins seraient reconnus, ils devraient être titularisés dans des délais raisonnables comme nous précise le rapport « Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins » de 2008 [51].

Ce rapport souligne aussi des inégalités de rémunération. En effet les médecins urgentistes n'ont pas d'activité privée leur permettant d'augmenter leurs revenus comme peuvent exercer leurs confrères spécialistes.

Les différentes provenances des praticiens, et les différences de statuts, peuvent également être la raison d'inégalités génératrices de tensions au sein des services.

Ces statuts étant plus fréquents aux urgences, l'inégalité de traitement entre les urgentistes et les autres spécialités hospitalières est flagrante.

5.4. L'engorgement des urgences.

Une augmentation significative du nombre de passages aux urgences est observée depuis deux décennies.

Entre 1990 et 2001, on constate une augmentation de 64% des entrées dans les urgences des établissements publics soit une progression annuelle de 4,6% sur cette période [57]. Enfin, le nombre de prises en charge aux urgences a continué d'augmenter, passant de 14 millions de passages en 2002 à 18 millions en 2011 [4].

On retrouve également la même tendance pour les appels d'urgence au centre 15 [58]. Ce nombre croissant de patients retentit sur la qualité de vie professionnelle jusqu'à rendre la prise des repas irrégulière voire inexistante pour les praticiens, accentuant leurs mauvaises conditions de travail.

Devant l'augmentation des entrées, beaucoup de structures d'urgences sont saturées, expliquant ainsi la dégradation des conditions d'accueil du patient et de travail des professionnels.

5.5. Violences aux urgences.

Pour Patrick PELLOUX, président de l'AMUF, « on retrouve, dans les hôpitaux, la même violence qui a progressé dans la société » [59].

Les professionnels de santé expriment leur exaspération devant la multiplication des actes de violence ces derniers mois dans les services d'urgences avec toutes les semaines des faits de violence à l'hôpital faisant la une des journaux.

L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) recense au cours de l'année 2012, plus de 11000 signalements de faits de violence déclarés par 350 établissements. Dans 51% des cas il s'agit de violences physiques, soit une hausse de 4% par rapport à 2010. Les trois services les plus touchés sont la psychiatrie (25%), les urgences (15%) et la médecine générale (12%). Dans les services d'urgences en 2012, l'ONVS relate 1611 signalements dont 74 % d'injures et de menaces et 26% d'agressions physiques [60].

Pour le sociologue François DANET « la médecine d'urgence est une sorte de baromètre des problèmes non résolus ailleurs ». Les services d'urgences « reçoivent

entre autre toute la détresse du monde, c'est-à-dire les situations difficilement classables, voire impossible à classer selon la nosologie médicale, comme les victimes et auteurs de violence, les toxicomanes, les alcooliques, les suicidaires, tous les précaires, les clandestins ... »

B. LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE.

1. Définitions et généralités.

1.1. Définitions.

La reconversion ou réorientation professionnelle est définie par Pole Emploi comme une démarche visant à changer de métier, de secteur d'activité ou de statut (passer du statut de salarié au statut d'entrepreneur ou inversement).

Elle peut résulter :

- d'un choix personnel pour diverses raisons (par exemple : « mon métier actuel ne correspond plus à mes aspirations »).
- de difficultés pour des raisons économiques à trouver un emploi dans son métier actuel ou le manque de débouchés dans sa filière.
- d'une inaptitude à un poste de travail liée aux conséquences d'un problème de santé, à des évolutions technologiques... [61]

Ce changement d'orientation professionnelle a pour but d'améliorer les conditions de vie globale de l'intéressé et de trouver un équilibre optimal entre vie professionnelle et vie privée.

Qu'elle résulte d'un choix personnel ou de l'adaptation à des contraintes, il s'agit d'une forme de bifurcation si l'on considère que son issue comporte une dimension d'imprévisibilité et souvent aussi d'irréversibilité.

1.2. La population et les domaines d'activités concernés.

Une enquête réalisée par le CEREQ (Centre d'Etude et de Recherches sur les Qualifications) a étudié la réorientation effectuée pendant les sept premières années de vie active d'une génération de jeunes professionnels ayant achevé leurs études initiales en 1998. Celle-ci a mis en évidence que 15% des personnes interrogées déclarent s'être déjà réorientées professionnellement [62].

Toutes les catégories socioprofessionnelles (CSP) sont concernées mais trois CSP

se distinguent particulièrement : les ouvriers non qualifiés avec près de 10% de réorientés 7 ans après la sortie des études, les employés de commerce (7,1%) et enfin, les professions intermédiaires de la santé et du travail social (4,9%). Les professions libérales sont peu concernées avec seulement 0,3% de réorientés [63].

Une autre étude menée sur la situation professionnelle en 2003 des personnes en emploi en 1998, réalisée par Simonnet et Ulrich [64] montre que 29 % des personnes ont changé de métier. 8 % sont restées dans le même domaine et 21 % travaillent dans un domaine différent. Certains métiers, comme les médecins ou les assistantes maternelles, sont peu affectés par ce phénomène. On retrouve seulement 7% de médecins ayant changés d'activité professionnelle en cinq ans.

1.3. Les raisons des réorientations.

L'enquête du CEREQ nous renseigne également sur les principales raisons évoquées lors du changement d'emploi.

Pour 40% des personnes interrogées, la raison essentielle de la réorientation se trouve dans l'intérêt du nouveau métier, et pour 30% des cas dans l'obtention de meilleures conditions d'emploi.

Cette réorientation est effectuée de manière volontaire par 70% des personnes interrogées et subie par 20 % d'entre eux faute d'emploi dans l'ancien métier exercé.

On distingue schématiquement trois cas de figure :

- le premier regroupe ceux qui ont dû changer de métier par nécessité afin d'échapper à la précarité, souvent peu ou faiblement qualifié et se retrouvent dans l'item « faute d'emploi dans l'ancien métier ».
- le second regroupe ceux qui ont décidé de quitter leur ancien métier pour améliorer des conditions de travail jusque là difficiles et peu compatibles avec la constitution d'une famille.
- le troisième regroupe des personnes dont la réorientation peut constituer un choix positif, pour l'intérêt du métier visé, alors même que la situation antérieure était convenable. Les personnes de ce troisième groupe sont dotées de compétences professionnelles plus affirmées et abordent le changement dans des conditions favorables.

Il est certes rare pour les professionnels de santé de changer de métier en début de vie active, mais, lorsqu'elles le font, c'est le plus souvent pour l'intérêt du nouveau métier avec 52% des réorientations. Après cela, on retrouve pour 27,5% des raisons invoquées, l'amélioration des conditions de travail. Et enfin les raisons extra-professionnelles arrivent en dernière position, représentant seulement 5,3% des reconversions [63].

Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête IPSOS/AFP réalisée en octobre 2012, où le choix volontaire de réorientation représente 55% des réponses. La seconde raison évoquée pour 20% des cas est la perte ou l'absence d'emploi dans le secteur

recherché et, la dernière raison évoquée, sont les causes extra-professionnelles (16%) [1].

Certes 70% des reconversions professionnelles sont la résultante d'un choix délibéré qui englobe deux motifs : l'intérêt pour une nouvelle activité et l'insatisfaction de sa situation professionnelle.

Cependant, elle peut également être vécue comme une obligation.

Qu'elle soit due à des raisons de santé ou à une invalidité, ou elle peut aussi résulter d'une interdiction d'exercice de la profession qui peut être d'origine judiciaire, ou disciplinaire si la profession est régie par un ordre professionnel. Dans ce cas toute personne physique appartenant à un ordre professionnel, qui ne respecte pas le code de déontologie, peut être sanctionnée.

1.4. Les formations dans la reconversion professionnelle.

L'étude du CEREQ préalablement citée nous indique que 41% des personnes interrogées ont suivi une formation dans le cadre de leur réorientation.

On remarque également que les titulaires du baccalauréat général (23% contre 14% pour l'ensemble de la population étudiée), et spécialement les femmes (61% d'entre elles), ont eu recours à une formation. Cela peut s'expliquer par le fait que les titulaires du baccalauréat général disposent d'une formation peu qualifiante. La formation reprise permet de répondre aux attentes des employeurs par une acquisition de savoir et de compétences adaptés.

A l'opposé, les plus diplômés (3ème cycle d'étude supérieure et écoles) en formation initiale ne sont qu'un sur trois (33%) à reprendre une formation.

2. Les outils de la reconversion professionnelle.

Quelque soit le domaine d'activité concerné, le constat et le cheminement de la réorientation sont les mêmes et les moyens de réalisation sont identiques.

Plusieurs dispositifs publics sont à disposition des salariés dans le cadre d'une reconversion professionnelle :

- le CIF (Congé Individuel de Formation)
- le DIF (Droit Individuel à la Formation)
- le bilan de compétences
- la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)
- le départ pour une création d'entreprise
- le plan de formation, si c'est une reconversion dans l'entreprise.

2.1. Le Congé Individuel de Formation (CIF) [65].

Le CIF est particulièrement adapté pour changer d'activité ou de profession dans le cadre d'une reconversion afin d'acquérir une nouvelle qualification et de perfectionner et d'élargir ses compétences.

Le CIF permet à tout travailleur de suivre à son initiative et à titre individuel, au cours de sa vie professionnelle des actions de formation, pour se qualifier, évoluer ou se reconvertir indépendamment de sa participation aux stages compris dans le plan de formation de l'entreprise. Le salarié peut aussi utiliser le CIF pour préparer et passer un examen.

Tout salarié qui remplit les conditions, peut accéder à un CIF, quelque soit l'effectif de l'entreprise et la nature de son contrat de travail.

La prise en charge du CIF est d'une année maximum pour les formations à temps complet ou de 1200 heures pour les formations à temps partiel. La durée minimale d'un CIF est de 30 heures, néanmoins le CIF a pour vocation de permettre la mise en œuvre de projets nécessitant une formation longue. La formation peut se dérouler en plusieurs temps, sur une durée de 3 ans maximum.

La première étape formule et motive les envies de changement afin de construire un projet dans ce cas, un bilan de compétences peut aider à faire le point.

La seconde étape consiste à trouver la formation adaptée au projet parmi les différents organismes formateurs.

La troisième étape est la rédaction d'une demande d'autorisation d'absence à l'employeur en précisant l'intitulé de la formation, ses dates et sa durée ainsi que l'organisme qui la dispense.

Enfin la dernière étape constitue la demande de financement au FONGECIF (Fonds de gestion du congé individuel de formation).

Par ailleurs, le fait que le CIF puisse donner lieu à une formation de longue durée certifiée (comme un diplôme par exemple), ou au moins, à une qualification reconnue, offre notamment au salarié la possibilité d'inscrire son projet professionnel dans le cadre d'une reconversion externe à l'entreprise. Le FONGECIF privilégie d'ailleurs les reconversions de métiers dans le financement du CIF. Et selon les contextes professionnels des salariés, et les OPACIF (Organismes Paritaires Agréés collectant les fonds de formation), si la formation donne lieu à une certification (au minimum inscrite au RNCP - Répertoire National des Certifications Professionnelles) cela constitue un critère qui rentre en jeu dans l'obtention de son financement [66,67].

2.2. Le Droit Individuel à la Formation (DIF) [68].

Le DIF (Droit Individuel à la Formation) constitue une des étapes envisageables lors d'un projet de reconversion professionnelle dans la mesure où il permet facilement

à tout salarié de bénéficier régulièrement d'actions de formation professionnelle rémunérées ou indemnisées, réalisées pendant ou en dehors du temps de travail.

La durée du DIF est de 20 heures par an, cumulable sur 6 ans, avec un plafond des droits au DIF fixé à 120 heures.

Le DIF est donc une modalité d'accès à la formation (et donc à la reconversion), à l'initiative du salarié et avec l'accord de l'employeur, en complément du plan de formation de l'entreprise. Mais compte tenu du nombre d'heures de formation possibles avec le DIF, ce dispositif est plutôt adapté, contrairement au CIF, à des reconversions proches du métier d'origine.

Le droit individuel à la formation (DIF) a pour objectif de permettre au salarié de se constituer un crédit d'heures de formation.

Une formation DIF permet :

- d'adapter des compétences aux évolutions d'un métier, de préparer l'obtention d'un diplôme ou d'une certification,
- de favoriser une mobilité interne ou externe,
- d'aider à la création d'une entreprise,
- de découvrir de nouveaux champs d'activité professionnelle,
- et enfin d'acquérir des compétences utiles dans un autre emploi ou dans une évolution de carrière.

La formation suivie dans le cadre du DIF se déroule en dehors du temps de travail sauf disposition conventionnelle contraire. Pendant la durée de sa formation, le salarié bénéficie de la législation sur les accidents de travail et les maladies professionnelles.

Le DIF est un droit reconnu au salarié. Si celui-ci décide de ne pas l'utiliser, il ne peut pas demander de compensation financière à son employeur au titre des heures acquises.

Chaque salarié est informé une fois par an par son employeur du total des droits acquis au titre du DIF. L'accès au droit individuel à la formation repose sur l'initiative du salarié et nécessite l'accord de son employeur sur le choix de la formation envisagée. Pour le calcul des droits ouverts au titre du DIF, la période d'absence du salarié pour un congé de maternité, d'adoption, de présence parentale ou pour un congé parental d'éducation est intégralement pris en compte. Toute action de formation effectuée dans le cadre du DIF vient s'imputer au capital acquis. Ainsi le salarié qui avait atteint le plafond de 120 heures tombe à 80 s'il entreprend une formation de 40 heures. Il peut ensuite de nouveau acquérir des droits dans la limite de 120 heures. Les actions de formation accessibles au titre du DIF sont les actions de promotion, d'acquisition, d'entretien ou de perfectionnement des connaissances.

Le DIF peut s'avérer intéressant dans le cadre d'une reconversion car il permet notamment de financer un bilan de compétences.

Celui-ci est un outil particulièrement utile dans les projets de reconversion professionnelle parce qu'il offre aux salariés, en amont de toute autre démarche (de formation notamment), un cadre propice pour réfléchir à leur projet [67, 69, 70].

2.3. Le bilan de compétences [71].

La période de réorientation professionnelle est souvent associée à une période de doute, de recherche de soi. Dans ce cas, il est souhaitable d'effectuer un bilan de compétences, celui-ci a pour « objet de permettre à des travailleurs d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et leurs motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation » [70, 72].

Le bilan de compétences concerne toute personne désireuse :

- d'analyser ses aptitudes, ses compétences personnelles et professionnelles, ses motivations,
- d'organiser ses priorités professionnelles,
- d'utiliser ses atouts comme instrument de négociation pour un emploi, une formation ou en terme de choix de carrière.

Pour l'entreprise, c'est aussi l'occasion de mieux organiser la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de favoriser la gestion des carrières et la mobilité professionnelle.

Cette démarche comprend trois phases sous la conduite d'un prestataire habilité par le FONGECIF :

- une phase préliminaire qui a pour objet de confirmer l'engagement du bénéficiaire dans sa démarche et de définir ou d'analyser la nature de ses besoins. Il l'informe également des conditions de déroulement du bilan de compétences, ainsi que des méthodes et techniques mises en œuvre.
- une seconde phase d'investigation qui permet au bénéficiaire d'analyser ses motivations, et ses intérêts professionnels et personnels. Puis il identifie ses compétences et aptitudes professionnelles et personnelles et, le cas échéant, évalue ses connaissances générales afin de déterminer ses possibilités d'évolution professionnelle.
- une phase de conclusion qui, par la voie d'entretiens personnalisés, permet au bénéficiaire de prendre connaissance des résultats détaillés de la phase d'investigation, de recenser les facteurs susceptibles de favoriser ou non la réalisation d'un projet professionnel et, le cas échéant, d'un projet de formation. Tout ceci afin de prévoir les principales étapes de la mise en œuvre de ce projet. Cette phase de conclusion se termine par la présentation au bénéficiaire du document de synthèse en vue de définir ou de confirmer un projet professionnel, et le cas échéant, un projet de formation.

La durée du bilan varie. Elle est au maximum de 24 heures lorsque le bilan se déroule dans le cadre du congé de bilan de compétence mais se répartit généralement sur plusieurs semaines. Le bilan de compétences est une démarche volontaire et individuelle qui se destine à tous les salariés (ouvriers, cadres, employés, techniciens, dirigeants ...). Il peut être mis en œuvre dans le cadre du plan de formation, à

l'initiative de l'entreprise, ou dans le cadre d'un congé de bilan de compétences, à l'initiative du salarié. On peut également utiliser les heures acquises au titre du Droit Individuel à la Formation (DIF).

Enfin les demandeurs d'emploi peuvent également bénéficier d'une action de bilan dénommé Bilan de Compétences Approfondi (BCA). Celui-ci ne peut-être effectué qu'avec l'accord du conseiller Pole Emploi référent.

2.4. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) [73].

La validation des acquis de l'expérience (VAE) permet d'obtenir une certification, c'est à dire un diplôme, un titre ou un certificat de qualification à finalité professionnelle créé par la Commission Paritaire National de l'Emploi (CPNE) d'une branche professionnelle et inscrit au Répertoire National des Certifications Professionnelles.

Toute personne, quelque soit son âge, sa nationalité, son statut et son niveau de formation, ayant au moins trois ans d'expérience salariée, non salariée ou bénévole peut en bénéficier.

La durée totale des activités exercées de manière continue ou discontinue, à temps plein ou à temps partiel, en France ou à l'étranger est calculée par cumul. Les périodes de formation initiale ou continue, ainsi que les stages en milieu professionnel, n'entrent pas dans le calcul de la durée d'expérience requise pour la validation des acquis de l'expérience [74, 75].

Les centres et les Points Information Conseil (PIC), placés sous la responsabilité des Conseils régionaux, accueillent et informent sur la démarche de VAE. Ils aident les candidats à analyser la pertinence de leur projet VAE, les réorientent, si besoin vers d'autres démarches et informent des possibilités de financement. La demande de VAE doit être adressée à l'autorité ou à l'organisme qui délivre la certification. Elle s'appuie sur un dossier complet, comprenant les documents justificatifs des expériences acquises, des formations suivies et des diplômes obtenus précédemment. Le candidat ne peut déposer qu'une seule demande par certification et jusqu'à trois demandes pour des certifications différentes, au cours de la même année civile.

2.5. Le congé pour création ou reprise d'une entreprise [76, 77].

Quand une reconversion s'inscrit dans le projet de créer ou de reprendre une entreprise, ou encore de participer à la direction d'une « jeune entreprise innovante », le «congé pour création ou reprise d'entreprise» est un dispositif particulièrement utile

parce qu'il permet de se lancer dans une reconversion tout en préservant une certaine sécurité d'emploi.

Ce congé donne en effet la possibilité à tout salarié, sous certaines conditions, de suspendre son contrat de travail afin de retrouver, si besoin est, au terme de son congé, l'emploi précédemment occupé (ou un emploi similaire).

Le salarié adresse une demande à son employeur deux mois au moins avant le début du congé, par lettre recommandée avec avis de réception ou lettre remise en main propre contre décharge. Elle doit impérativement préciser la date de départ prévue, la durée envisagée, l'activité de l'entreprise qu'il prévoit de créer ou de reprendre, ou de l'entreprise répondant aux critères de « jeune entreprise innovante » dans laquelle il prévoit d'exercer des responsabilités de direction. L'employeur peut accepter, demander au salarié de reporter son projet ou le refuser.

2.6. Autres dispositifs utiles.

2.6.1. Le compte épargne temps [78].

Le Compte Epargne-Temps (CET) peut s'avérer utile dans le cadre d'une reconversion dans la mesure où il permet au salarié de se financer un congé de formation en dehors du temps de travail ou encore un congé pour création ou reprise d'entreprise.

Une convention ou un accord collectif, au sein d'une entreprise, peut prévoir la création d'un compte épargne-temps. Outre le fait que cela permette de constituer une épargne, le CET permet également à un salarié d'accumuler des droits à un congé rémunéré sur plusieurs années.

Pour les entreprises ayant signé un accord le stipulant, tout ou partie des droits accumulés dans le compte épargne-temps peut-être utilisé par le salarié, à son initiative, pour payer, totalement ou partiellement, un CIF non pris en charge par l'organisme paritaire, sur la base du salaire perçu au moment de son départ [79].

2.6.2. Le congé de reconversion [80].

Dans les situations de licenciement économique, un salarié peut bénéficier d'un «congé de reconversion » proposé dans le cadre de mesures de reclassement.

Le congé de reconversion est fait pour permettre à des salariés spécialisés dans un secteur fragilisé économiquement de changer de métier pour retrouver plus facilement un emploi après leur licenciement. Cependant il n'est possible que sous certaines conditions.

2.6.3. La période de professionnalisation [81].

L'objectif d'une « période de professionnalisation » est de favoriser, par des actions de formation, le maintien dans l'emploi de salariés en CDI jugés prioritaires. Ce dispositif permet à ces salariés d'acquérir un diplôme ou un titre à finalité professionnelle, par le biais d'une alternance entre des enseignements généraux, professionnels ou technologiques reçus dans un organisme de formation et une activité professionnelle maintenue dans l'entreprise. Une « période de professionnalisation » peut être l'occasion de se reconverter en apprenant un nouveau métier.

3. Les organismes de formations aidant à la reconversion.

3.1. L'Association pour la Formation Professionnelles des Adultes (AFPA) [82].

L'AFPA informe et accompagne les actifs intéressés par la reconversion professionnelle en les aidant à établir leur bilan de compétences et à construire le projet le plus adapté à leurs ambitions. Elle fournit un conseil personnalisé, sous la forme d'un bilan de compétences et d'un bilan de seconde partie de carrière. Elle propose également une large gamme de formations pour apprendre un métier tout en mettant au plus vite un pied dans l'entreprise.

Une reconversion implique souvent l'acquisition de nouvelles méthodes de travail dispensées dans les nombreux centres de formations présent sur le territoire. L'AFPA propose plus de 700 formations réparties sur 186 campus en France. Son domaine couvre plus de 300 métiers, depuis l'ouvrier qualifié jusqu'au technicien supérieur dans les secteurs du BTP, de l'industrie ou du tertiaire. Les formations sont dispensées par des professionnels ayant travaillé au moins cinq années dans le secteur où ils enseignent.

L'AFPA dispose également d'une branche d'enseignement à distance s'intitulant le Centre national pour l'enseignement et la formation à distance (CNEFAD).

Enfin, les centres de formation facilitent grandement l'accès à un emploi. Ils permettent de se constituer un réseau avec les autres stagiaires, les formateurs, les collègues et supérieurs hiérarchiques rencontrés en entreprise. En outre, dans ces centres, les stagiaires bénéficient de ressources très utiles pour construire leur projet et trouver un emploi.

3.2. Pole emploi [83].

L'organisme d'état, Pole Emploi, met à disposition des demandeurs d'emploi différentes formations et un accompagnement personnalisé.

Il offre un accompagnement spécifique avec un conseiller Pole Emploi, disponible pour aider le chômeur à bâtir un nouveau projet professionnel en permettant l'accès à de nombreuses formations.

3.3. Les formations universitaires.

Toute personne titulaire du diplôme adapté peut reprendre une formation universitaire diplômante. Celle-ci peut prendre le forme d'un Diplôme Universitaire (DU) ou Diplôme Inter Universitaire (DIU). Ces diplômes constituent une spécialisation dans un domaine professionnel très précis. Ils complètent un cursus universitaire ou consolident des compétences métier dans le cadre de la formation continue.

A la différence d'un diplôme national (licence, master, etc.), il n'est pas délivré par le ministère de l'enseignement supérieur mais directement par l'université. Le niveau du diplôme, les conditions d'accès et la durée des études varient en fonction de l'objectif du DU. Ce type de formation spécifique concerne particulièrement les professions médicales.

3.4. Les formations à distance.

Un grand nombre de formations sont aujourd'hui accessibles à distance grâce à l'outil informatique.

Tout d'abord après avoir évoqué le CNEFAD, branche spécifique à l'AFPA, il convient de présenter le Centre National de l'Enseignement à Distance (CNED) [84]. Il s'agit d'un établissement public français du Ministère de l'Éducation Nationale offrant des formations à distance. Il prépare aux épreuves de sélection (écrite et orale) de différents concours de diplôme d'état ou propose différents cursus universitaires accessibles à distance parmi près de 3000 formations, accompagnés de services personnalisés.

Ensuite il existe aujourd'hui une multitude de cours et formations accessibles en ligne. La plateforme ALISON (Advanced Learning Interactive Systems Online), entreprise sociale basée en Irlande propose des cours en ligne gratuit à vocation professionnelle. Cette plateforme ouverte en 2008, a d'après des statistiques en date de janvier 2013, livré 60 millions de leçons et compte plus de 1,2 millions de visiteurs

par mois. Cette plateforme a délivré 250.000 diplômes depuis son ouverture, sur les 500 cours différents disponibles [85].

En France, la Ministre de l'Enseignement Supérieur Mme Geneviève Fioraso a lancé, le 2 octobre 2013, France Université Numérique [86], qui vise notamment à améliorer la visibilité des formations numériques grâce à la création d'une plate-forme de MOOC (massive online open courses). Les étudiants pourront suivre gratuitement, à leur rythme, des cours du Conservatoire National des arts et Métiers, de l'École Centrale Paris, de l'École Polytechnique, de l'Institut Mines-Télécom, de Sciences Po, de l'Université Michel de Montaigne Bordeaux 3, de l'Université Montpellier 2, de l'Université Panthéon-Assas - Paris II, de l'Université Paris Ouest Nanterre la Défense, et du Centre Virchow-Villermé. Cette plateforme a été mise en place afin de concurrencer les MOOC des grandes universités américaines mises en ligne des 2008 et, de proposer une alternative francophone en matière de formation à distance.

3.5 Les autres organismes.

Il existe un grand nombre d'organismes de formations reconnu par les instances. Il ne s'agit pas de faire une liste exhaustive des différents organismes mais de citer les plus connus.

Le GRETA est un groupement d'établissements publics d'enseignement qui mutualise leurs compétences et leurs moyens pour proposer des formations continues pour adultes. Il y a en France 210 Greta, au moins un par département. Les Greta étant des groupements d'établissements, il existe en tout plus de 6 500 lieux où peuvent se dérouler leurs prestations [87].

Des formations professionnelles sont également accessibles dans les différentes Chambres départementales, que se soit la Chambre de l'Agriculture, du Commerce et de l'Industrie ou des Métiers et de l'Artisanat.

Il existe également un grand nombre d'organismes privés proposant des formations professionnelles permettant d'accéder à une reconversion.

Enfin, les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés (OPCA), ont été créés par les employeurs et les syndicats professionnels pour collecter les sommes versées par les entreprises à destination de la formation de leurs employés. Il existe des OPCA pour chaque branche professionnelle.

4. Les spécificités des professions médicales.

4.1. Généralités.

La reconversion professionnelle dans les professions médicales est peu décrite et mal chiffrée et cela même, si l'on rencontre quotidiennement des médecins aujourd'hui devenus hommes politiques ou journalistes de presse et de télévision par exemple.

Concernant les pharmaciens, le dernier atlas démographique évalue l'évaporation des jeunes diplômés (c'est-à-dire le pourcentage de pharmaciens ayant obtenu leur diplôme et ne s'inscrivant pas à l'Ordre) à 25% en 2012. C'est donc un quart des jeunes diplômés qui n'exerce pas le métier pour lequel ils ont été formés. On peut alors vraisemblablement s'interroger sur les motivations initiales des étudiants et le manque d'attractivité de la profession. De plus, la situation est aggravée par le départ de jeunes pharmaciens au bout d'un, deux ou trois ans d'inscription ce qui représente 4% des jeunes pharmaciens en 2011 contre 2% en 2008.

Concernant les médecins, l'Ordre ne donne pas de chiffre sur les reconversions professionnelles, seul est disponible, le nombre de cessation anticipée d'activité des médecins libéraux en 2011. Ce dispositif concerne 927 libéraux, ayant 49 ans en moyenne et étant à 54 % des hommes.

On dénombre également différentes études [88,89] et thèse [90] qui renseignent sur les motifs des reconversions professionnels des médecins généralistes ainsi que sur les orientations prises. La plupart du temps, il s'agit d'un changement de statut ou de secteur d'activité.

4.2. Le changement de spécialité médicale [91].

En 1949, les pouvoirs publics ont demandé à l'Ordre d'organiser des commissions de qualification dans chaque spécialité avec le concours de l'Université et des représentants de la profession.

Ces commissions de qualification de première instance et d'appel ont fonctionné depuis sans aucune contestation. Elles sont composées en majorité de Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers qui en assurent statutairement la présidence. Le caractère national de ces commissions garantit la cohérence et l'objectivité scientifique de leurs décisions.

L'Ordre des médecins ne se substitue pas à l'Université pour la délivrance des diplômes. Sa mission est d'attribuer des attestations et des autorisations d'exercice en veillant à la compétence des médecins, acquise par l'expérience, dont l'Ordre est officiellement le garant. La directive européenne 2005/36/CE attribue cette responsabilité à l'Ordre des Médecins au même titre qu'à l'Université, alors que les

textes officiels, et notamment l'article 43 de la loi HPST [12], soulignent la nécessité d'une régulation de la profession médicale. Il semble donc indispensable qu'un dispositif national soit chargé de la mission de la validation des acquis de l'expérience et de l'autorisation d'exercer sur le territoire français.

Un médecin peut être titulaire de plusieurs qualifications, mais il ne peut être inscrit que sur la liste d'une seule spécialité (arrêté du 30 juin 2004 modifié portant règlement de qualification des médecins). Pour obtenir une spécialité, il doit justifier d'une formation et d'une expérience assurant des compétences équivalentes à celles qui sont requises pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées ou du diplôme d'études spécialisées complémentaire du groupe II (qualifiant).

Des commissions de qualification nationales de première instance et d'appel sont instituées dans chacune de ces spécialités (42 spécialités). Il existe 40 commissions car la chirurgie générale et la chirurgie viscérale et digestive ainsi que la gynécologie-obstétrique et la gynécologie médicale ont été regroupées au sein d'une même commission.

Afin de pouvoir changer de spécialité, il faut donc présenter un dossier à la commission. Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins peut aider dans l'élaboration du dossier de qualification en remettant un questionnaire conçu par la section Formation et Compétences Médicales de ce même conseil pour aider à formuler la demande. Le dossier doit également comprendre toutes les pièces demandées justifiant le cursus, les expériences, les diplômes et les compétences requis à la spécialité.

Ensuite, le dossier est vérifié par le Conseil Départemental de l'Ordre qui le transmet à la commission nationale de première instance de spécialité afin de pouvoir examiner la validité de la demande. Elle transmet ensuite son avis au Conseil Départemental.

Si cet avis est favorable, le Conseil Départemental suit cet avis et qualifie le praticien. Il est alors inscrit sur la liste correspondante et cette décision est notifiée à l'ARS et aux organismes de sécurité sociale.

Si cet avis est défavorable, le Conseil Départemental de l'Ordre ne qualifie pas le médecin. Il est alors possible d'interjeter appel de cette décision et dans ce cas le praticien dispose d'un délai de deux mois pour le faire.

La commission nationale d'appel de la spécialité peut donner un avis favorable ou un sursis à statuer si elle estime que le dossier n'est pas suffisamment complet ou que le candidat doit effectuer un stage ou une formation complémentaire afin que son dossier puisse être accueilli favorablement.

Par contre si un avis est défavorable, le médecin devra interjeter appel de cette décision auprès du tribunal administratif de Paris. Si le tribunal confirme la décision du Conseil national de l'Ordre des médecins, l'affaire est classée. S'il l'infirme, le dossier revient devant la commission nationale d'appel de spécialité, où il devra être réexaminé.

Les commissions de qualification, sont placées auprès de l'Ordre National, mais sont indépendantes.

Chaque commission est composée d'un président, médecin qualifié dans la discipline intéressée et PU-PH ou, pour la commission de qualification en médecine générale, par un enseignant associé en médecine générale. Ce médecin est proposé à la désignation du Ministre de la Santé par le ministre chargé de l'enseignement supérieur.

Au coté du président réside quatre médecins qualifiés dans la discipline intéressée, dont deux proposés par le Conseil national de l'Ordre des Médecins et deux par le ou les syndicats nationaux les plus représentatifs de la discipline intéressée. Des suppléants sont également désignés suivant la même procédure et en même nombre afin de siéger en l'absence des titulaires.

De plus, un médecin inspecteur régional de la santé et un médecin-conseil de la caisse régionale d'assurance maladie siègent à la commission nationale de première instance. Par ailleurs la ou un représentant du Ministre chargé de la Santé et un représentant du Ministre chargé de la sécurité sociale siègent à la commission nationale d'appel. Ces professionnels assistent à la commission avec une voix consultative.

Enfin, les membres titulaires ou suppléants ne peuvent siéger à la commission nationale d'appel s'ils ont déjà eu à examiner la demande en première instance.

La composition des commissions, la procédure d'examen des dossiers et la liste des spécialités sont fixées par un arrêté du Ministre portant règlement de qualification, pris après avis du Conseil national de l'Ordre des Médecins [92].

4.3. Les différents types de réorientation possible.

Le médecin désirant se réorienter peut changer de métier, mais le changement de statut demeure le plus accessible et le moins risqué.

Une réorientation peut ainsi se faire vers une activité libérale ou dans une activité salariée ou un nombre important de postes sont actuellement à pourvoir. Tous les domaines de la santé sont concernés, et les possibilités nombreuses comme le rappelle le second baromètre de l'emploi médical [49] avec en septembre 2013, 4 356 postes de médecins généralistes et spécialistes à pourvoir en France.

Il existe différentes formations, aujourd'hui accessible afin d'organiser sa reconversion. Environ 1500 diplômes universitaires sont accessibles en France au médecin suivant leur spécialité initiale. Ces formations universitaires ou interuniversitaires permettent d'orienter son activité.

Certaines spécialités, comme la médecine du travail organise leur recrutement. Ainsi, en 2010, dans le cadre du concours spécial de Médecine du Travail [93], tout médecin justifiant d'au moins 3 ans d'activité professionnelle peut accéder au DES de Médecine du Travail après avoir réussi les épreuves du concours spécial. Ce concours est organisé tous les ans. Les candidats admis sont soumis aux mêmes dispositions que celles applicables aux autres internes. Toutefois, la prise en compte des fonctions déjà accomplies permet le plus souvent de réduire le parcours de validation à 2 ans.

Enfin, certaines Facultés de médecine comme celle de Rouen et l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Haute-Normandie ont lancé un dispositif qui facilite la requalification de médecins spécialistes en médecins généralistes. Ce dispositif, qui s'inspire largement du Contrat d'engagement de Service Public (CESP) pour les internes lancé dans le cadre du Pacte territoire santé offre la possibilité, aux médecins qui souhaitent se reconvertir, de se faire financer une partie de leur formation par l'ARS. En contrepartie de cette prise en charge financière, le médecin s'engage à exercer dans une zone déficitaire. Un premier CESP de requalification a été signé le 29 mai 2013 avec un médecin biologiste, qui souhaite exercer la médecine générale. Son stage de reconversion durera deux ans. La première année, indique l'ARS, est financée par le médecin, tandis que la deuxième année est prise en charge par l'ARS, qui rémunère le médecin biologiste à hauteur de la rémunération d'un interne. L'ARS prend également en charge la rémunération du maître de stage. Si ce médecin était retourné à la faculté, il aurait dû étudier trois ans, plutôt que deux ans via le CESP. L'expérimentation devrait durer deux ans, avant de tirer des conclusions, et d'envisager la pérennité de ce dispositif. L'ARS espère toutefois convaincre 5 à 10 médecins chaque année, à rentrer dans ce dispositif [94].

PARTIE 2 : METHODOLOGIE ET RESULTATS DE L'ENQUETE.

A. MATERIEL ET METHODE.

1. Objectifs.

1.1. Principal.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la proportion de médecins urgentistes ayant abandonné l'exercice de la médecine d'urgence entre le premier janvier 2003 et le 31 décembre 2012 en Lorraine.

1.2. Secondaires.

Les objectifs secondaires sont :

- d'évaluer la durée moyenne d'exercice de la médecine d'urgence avant une réorientation,
- de connaître les facteurs et les motivations ayant contribué aux changements d'activité aussi bien professionnels que personnels,
- de décrire les types de reconversions et les différentes voies professionnelles choisies.

2. Matériel et méthode.

2.1. Présentation de l'étude.

2.1.1. Echantillonnage

La population visée concernait les médecins urgentistes exerçant dans un centre hospitalier public lorrain entre le 1^{ER} janvier 2003 et le 31 décembre 2012 et ayant réalisé une reconversion professionnelle.

Dans ce sens, le Professeur Pierre Edouard Bollaert a adressé au mois de mars 2013, à chaque responsable des services d'urgences des hôpitaux publics de Lorraine, un courrier (Annexe 1) expliquant la démarche et demandant à chacun, leur effectif de médecins en activité dans leur service entre le premier janvier 2003 et le 31 décembre 2012 ainsi, que leur devenir lors du départ de leur service.

Chaque service d'urgence de la région (hormis les hôpitaux de Lunéville et de Saint Avold qui n'ont pas répondu à ce courrier), nous a transmis la liste des praticiens ayant exercé et exerçant dans leur service, avec leurs dates d'arrivée et de départ ainsi que leurs coordonnées personnelles.

Il ne nous a pas paru utile d'inclure les médecins exerçant la médecine d'urgence dans une structure hospitalière privée au vue de la difficulté à recueillir ces données.

Nous avons donc pu établir une population regroupant 72 urgentistes ayant changé d'orientation professionnelle entre le premier janvier 2003 et le 31 décembre 2012.

2.1.2. Critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- médecins urgentistes ayant exercé dans un service d'urgence entre le 1^{er} janvier 2003 et le 31 décembre 2012 et exerçant actuellement une activité professionnelle principale différente,
- ceux-ci exerçant dans un hôpital public situé dans la région Lorraine,
- avec un statut lors de leur activité d'urgentiste d'assistant spécialiste/chef de clinique, praticien hospitalier titulaire ou de PH contractuel ou PH attaché,
- certains médecins pouvant encore exercer l'activité d'urgentiste mais à temps partiel (<50% ETP) et ayant une activité principale différente.

3. Critères de non inclusion

Il s'agit :

- de médecin intérimaire ou exerçant dans une structure hospitalière d'urgence privée,
- ou de médecin ayant encore une activité d'urgentiste supérieure à 50% d'un ETP.

Un recul de 10 ans a été choisi afin que la période étudiée concerne des médecins urgentistes pouvant avoir reçu différentes formations initiales comme la CAMU, la CMU ou le DESC. Ce dernier a été mis en place en 2004 et la première promotion est sortie en 2007.

2.2. Présentation du questionnaire. (Annexe 2)

Le questionnaire a été élaboré à partir de la littérature et du questionnaire de l'enquête nationale de l'AMUF réalisé par Garrigue et Delasra en 2011[3] et cela, avec l'aide du Dr Michael Secondy, médecin urgentiste reconverti en médecin légiste et du Professeur Pierre-Edouard Bollaert. Dans un second temps, au titre d'un usage dit « pilote », le questionnaire a été soumis à 3 médecins urgentistes. L'un en cours de reconversion et les deux autres reconvertis dans une activité de télé-médecine. En fonction de leurs remarques, le questionnaire a été modifié afin de le rendre plus compréhensible mais aussi pour faciliter l'interprétation des réponses.

Le questionnaire adressé aux médecins urgentistes est construit en 3 parties, comportant chacune plusieurs questions. Les 19 questions qui constituent le questionnaire se divisent en un ou plusieurs items.

La première partie interroge sur le profil du médecin urgentiste s'étant reconverti professionnellement. Ce recueil de données générales renseigne sur le sexe, l'âge, la situation familiale et le nombre d'enfant de chaque médecin. Il permet également de connaître la formation initiale de médecine d'urgence, ainsi que le dernier lieu d'exercice de la médecine d'urgence, la durée de carrière et le statut hospitalier du médecin urgentiste lors de sa réorientation.

La seconde partie du questionnaire présente les raisons ayant conduit à l'abandon de carrière en médecine d'urgence, les moyens mis en œuvre pour y parvenir ainsi que la nouvelle activité exercée par le médecin urgentiste.

La dernière partie réalise un bilan à distance et permet ainsi d'évaluer les avantages et les inconvénients de leur nouvelle activité professionnelle.

Le questionnaire se termine par un item remarque afin de recueillir des précisions que les médecins interrogés jugeraient utiles de préciser.

2.3. Méthode de recueil des informations.

2.3.1. Prise de contact et envoi du questionnaire.

Cette étude descriptive rétrospective a été réalisée par questionnaire auto-administré adressé par envoi postal ou par mail entre mai et septembre 2013.

Les médecins correspondant aux critères d'inclusion étaient contactés par téléphone ou par mail afin de leur expliquer les objectifs et les modalités de l'étude.

Certains praticiens ont été contactés directement par courrier, devant l'absence de coordonnées téléphoniques ou d'adresse mail.

Après accord téléphonique, un questionnaire leur était adressé par courrier ou email ou un rendez vous était programmé. Chaque questionnaire était accompagné d'un courrier

expliquant les objectifs de l'étude, le questionnaire et les modalités de remplissage ainsi que d'une enveloppe affranchie si nécessaire pour la réponse.

2.3.2. Rappel.

Un rappel a été programmé début septembre 2013, avec un contact téléphonique ou par email de tous les médecins pour lesquels nous n'avions pas encore reçu de réponse. Quelques questionnaires papiers ont été ré adressés aux médecins le souhaitant.

2.3.3. Protection des données.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données recueillies ont été rendues anonymes avant tout traitement informatique.

L'identité des médecins urgentistes ne figurait pas sur les questionnaires papiers. Un registre de correspondance entre l'identité des médecins généralistes et un numéro attribué sur les questionnaires adressés par courrier nous permettait de rattacher le questionnaire réceptionné à l'identité du médecin.

2.4. Données recueillies.

Le recueil des données a été effectué du 1/5/2013 au 1/10/2013. La saisie a été effectuée sur logiciel Microsoft Excel 2007.

Les données démographiques recueillies sont l'âge, le sexe, la situation familiale du médecin ainsi que le nombre d'enfant. Ces données nous semblaient nécessaires car ils reflètent la population étudiée. Les autres données du questionnaire concernent la carrière en médecine d'urgence du praticien, les causes de son départ et sa situation actuelle. Le questionnaire propose quelques questions semi ouvertes afin de permettre aux médecins urgentistes d'apporter des précisions sur le sujet traité. L'item remarque présent en fin de questionnaire a permis également de recueillir le ressenti, lorsqu'il le souhaitait, sur la médecine d'urgence.

2.5. Saisie des données et méthodes d'évaluation statistiques.

Les questions ouvertes ont été analysées une par une et nous seront utiles pour apporter des précisions aux questions soumises aux médecins interrogés. Les réponses nous serviront également dans la discussion.

Nous avons réalisé une analyse descriptive des données au vue du type d'étude réalisée avec l'aide de Jean Marc VIRION du service d'épidémiologie du CHU de Nancy à l'aide du logiciel SAS. Une saisie des données a été réalisée dans le logiciel Microsoft Word 2007 après l'élaboration d'un masque de saisie. L'analyse descriptive des données et leur représentation graphique ont été réalisées avec le logiciel Microsoft Excel 2007.

L'intégralité des variables qualitatives est exprimée en pourcentage. Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et écart type. Le seuil de significativité retenu est de 5% ($p < 0,05$).

Nous avons utilisé :

- le Test de Wilson pour le calcul des écarts type des petits effectifs que sont chaque structures d'urgences,
- la Loi Normale ou loi de Gauss pour le calcul de l'intervalle de confiance de notre taux global de reconversion devant la taille suffisante de l'effectif.

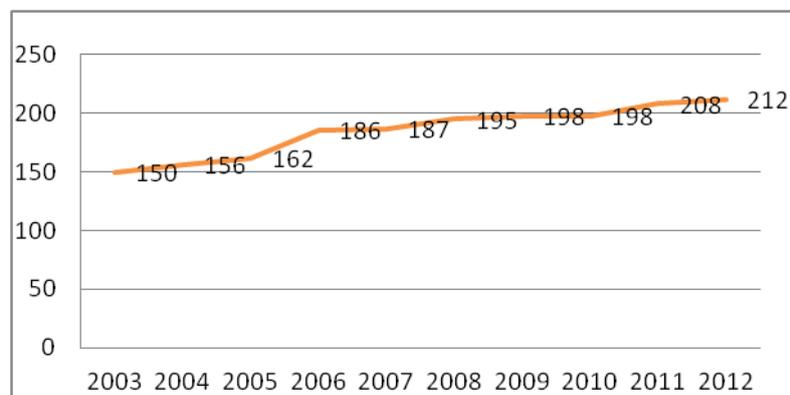
B. RESULTATS

1. Population.

L'analyse de l'intégralité des effectifs de médecins urgentistes exerçant dans les 16 hôpitaux publics de la région Lorraine ayant participé à l'étude, a permis de recenser 72 médecins urgentistes reconvertis entre 2003 et 2012.

Au cours de cette décennie le nombre de praticiens de médecine d'urgence est passé de 150 à 212 soit une augmentation de 41,3% des effectifs.

Figure 3 : variation des effectifs de médecins urgentistes lorrains entre 2003 et 2012.



Parmi les 72 urgentistes ayant changé d'orientation professionnelle, 10 médecins ont été exclus de l'étude pour les raisons suivantes :

- 1 médecin est décédé dans le mois précédent le début de l'étude.
- 1 médecin a évoqué clairement son refus de participer à l'étude lors de notre premier contact par téléphone.
- 8 praticiens ont été « perdus de vue ». Leurs coordonnées n'ont pas été transmises par les services hospitaliers et les différentes recherches effectuées n'ont pas permis de les retrouver.

Au total 62 questionnaires ont été adressés, 42 par email, 2 lors d'entretien et 18 par courrier.

Au final, 36 questionnaires ont été retournés entre mai et octobre 2013 soit un taux de participation de 58% (n=62).

Les données recueillies lors de la réalisation de l'enquête, nous ont permis de calculer un taux de reconversion global des médecins urgentistes ayant exercé en Lorraine entre 2003 et 2012.

Dans le tableau ci-dessous, le nombre de sujets correspond aux nouvelles arrivées au sein de la structure d'urgence sur la décennie étudiée. La proportion de reconversion est calculée avec le nombre de médecins reconvertis renseigné par les chefs de services interrogés.

Figure 4 : taux de reconversion par service d'urgence entre 2003 et 2012.

VILLE	Nombre de sujets	Proportion de reconversion	Ecart type de la proportion binomiale	Borne inf. (Wilson), proportion binomiale	Borne sup. (Wilson), proportion binomiale
BAR LE DUC	13	7,7%	7,4%	1,4%	33,3%
BRIEY	11	45,5%	15,0%	21,3%	72,0%
EPINAL	32	25,0%	7,7%	13,3%	42,1%
FORBACH	17	0%			
METZ	48	18,8%	5,6%	10,2%	31,9%
MONT ST MARTIN	9	0%			
NANCY	64	25,0%	5,4%	16,0%	36,8%
NEUFCHATEAU-VITTEL	19	10,5%	7,0%	2,9%	31,4%
PONT A MOUSSON	12	8,3%	8,0%	1,5%	35,4%
REMIREMONT	13	15,4%	10,0%	4,3%	42,2%
SAINT DIE	17	23,5%	10,3%	9,6%	47,3%
SARREBOURG	18	11,1%	7,4%	3,1%	32,8%
SARREGUEMINES	21	14,3%	7,6%	5,0%	34,6%
THONVILLE	35	22,9%	7,1%	12,1%	39,0%
TOUL	11	18,2%	11,6%	5,1%	47,7%
VERDUN	26	34,6%	9,3%	19,4%	53,8%

Avec un total de 72 médecins reconvertis renseignés, et un effectif estimé de 366 urgentistes ayant travaillé sur la période choisie, on obtient ainsi un taux de reconversion des médecins urgentistes ayant exercé au moins une fois dans un service d'urgence en Lorraine entre 2003 et 2012 égal à **19,7%** [15,6 ; 23,7].

Le chiffre de 366 médecins urgentistes est obtenu en additionnant l'effectif total de l'année 2003 (150 médecins) avec les nouvelles arrivées au sein des structures d'urgences entre les années 2004 et 2012.

L'intervalle de confiance est calculé avec le test de Wilson sur les effectifs des structures d'urgence, et avec la loi Normale sur l'ensemble de l'effectif régional.

2. Caractéristiques des médecins participant à l'étude.

Cette première partie du questionnaire correspond aux questions 1 à 10.

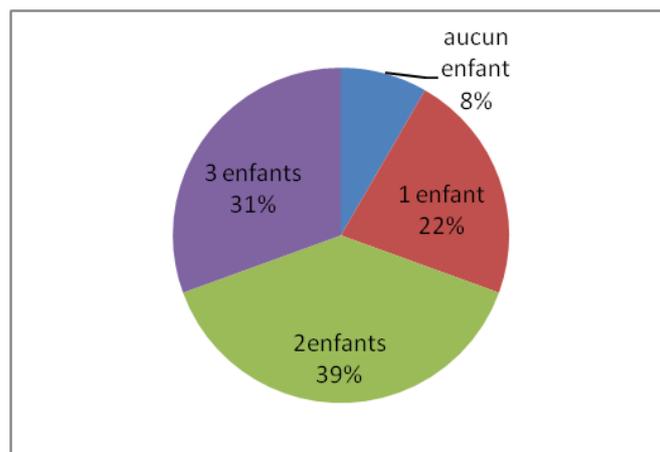
1) La population de notre étude est composée de 21 hommes (58,3%) et de 15 femmes (41,7%).

2) L'âge moyen au moment du recueil de données est de $42.5 \pm 7,6$ ans (âges extrêmes : 32 et 62 ans).

3) La situation familiale des praticiens interrogés retrouve 33 personnes en couple (soit 91,6%) pour 3 célibataires (8,4%).

4) On retrouve les mêmes données à la quatrième question sur le nombre d'enfant. Seuls 3 praticiens n'ont pas d'enfants (8,4%) tandis que 33 médecins (91,6%) ont un ou plusieurs enfants dont voici la répartition :

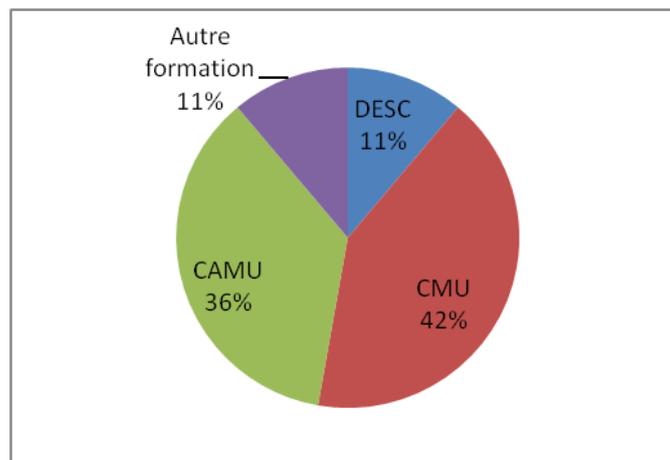
Figure 5 : combien d'enfant(s) avez-vous ?



5) Cette cinquième question interroge sur la formation initiale de médecine d'urgence suivie par le praticien lors de son cursus.

Les réponses recueillis montrent 13 médecins ayant la Capacité d'Aide Médicale Urgente (CAMU), 15 ayant la Capacité de Médecine d'Urgence (CMU), 4 possédant le Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire de médecine d'urgence (DESC) enfin, 4 professionnels ont suivi une formation différente.

Figure 6 : quelle est votre formation initiale de médecin urgentiste?



Parmi les 4 médecins ayant réalisé une autre formation, 2 ont suivi les Diplômes Universitaires (DU) de médecine de catastrophe et d'analgésie sédation. Un médecin n'a pas d'autre formation complémentaire de médecine d'urgence en dehors de son Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale. Un médecin est titulaire du DES d'anesthésie réanimation.

6) La question numéro six interroge sur le nombre d'années travaillées comme médecin urgentiste avant le changement d'orientation.

La durée moyenne de carrière d'urgentiste pour les praticiens interrogés est de **8,9 ± 6,5 ans**. On retrouve des extrêmes allant de 9 mois à 30 ans de carrière. Nous avons exprimé cette durée moyenne d'exercice selon le sexe du praticien, son diplôme initiale de médecine d'urgence, son lieu d'exercice et son statut. Les calculs ont été réalisés par le logiciel SAS et sont présentés dans les tableaux suivants.

Variable d'analyse : Q 6. Combien d'année(s) avez-vous travaillé comme médecin urgentiste ?						
Vous êtes :	N Obs	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	p
un Homme	21	11.0	6.9	0.8	30.0	0.0254
une Femme	15	6.1	4.8	1.0	16.0	

Quelle est votre formation initiale d'urgentiste ?	N Obs	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	p
CAMU	13	11.9	7.6	2.0	30.0	0.0137
CMU	15	8.0	4.4	2.0	20.0	
DESC	4	2.3	1.3	1.5	4.0	

Dans quelle structure avez-vous exercé votre métier d'urgentiste, avant votre reconversion professionnelle ?	N Obs	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	p
CHU.	7	6.3	4.5	1.5	12.0	0.2918
CHG / CHR.	28	9.6	6.9	0.8	30.0	

Avant votre reconversion professionnelle, quel était votre statut lors de votre activité d'urgentiste ?	N Obs	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	p
ACC / Assistant spécialiste.	8	3.5	2.9	1.5	10.0	0.0003
Praticien Hospitalier.	16	13.2	6.0	6.0	20.0	
PHC / PHA.	11	4.7	5.6	0.8	30.0	

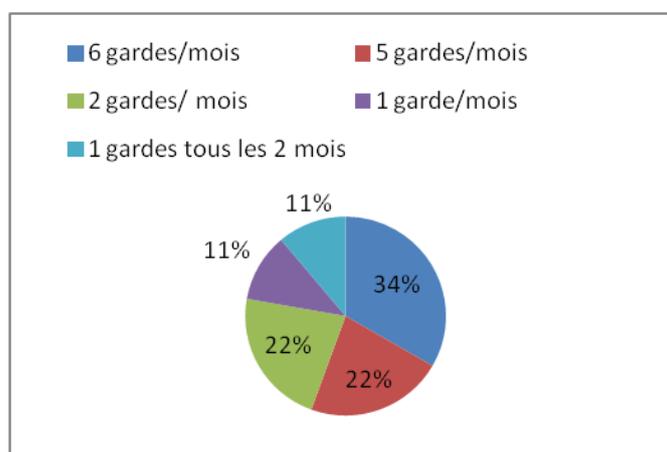
* p = Test de Kruskal-Wallis (significatif si <0.05)

7) Cette septième question interroge les praticiens sur la poursuite d'une activité de médecin urgentiste à temps partiel.

Aujourd'hui, 9 praticiens poursuivent une activité en médecine d'urgence soit 25% tandis que 27 médecins (75%) ont totalement arrêté la pratique de cette spécialité pour se consacrer exclusivement à leurs nouveaux métiers.

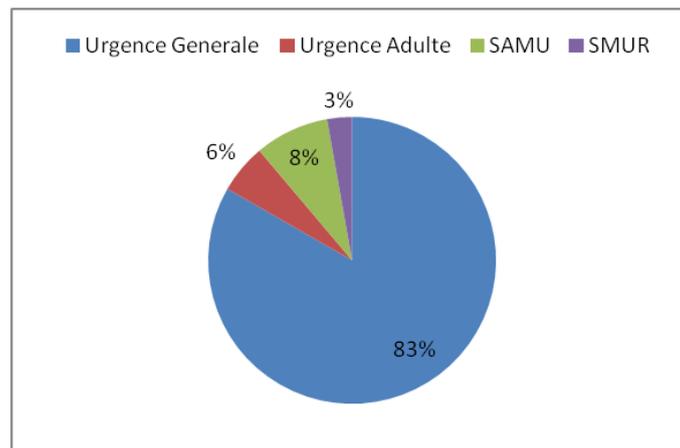
Parmi les 9 praticiens exerçant encore partiellement en médecine d'urgence, 5 ont gardé une activité significative de médecin urgentiste avec plus de 5 gardes par mois (3 médecins réalisent 6 gardes et 2 réalisent 5 gardes/mois). Seul 2 praticiens réalisent 2 gardes par mois. Leurs activités se répartissent selon le graphique suivant.

Figure 7 : à quel rythme poursuivez-vous votre activité de médecin urgentiste ?



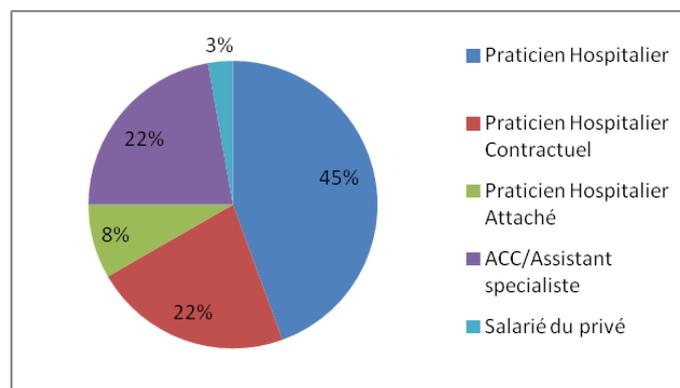
8) Cette question demande aux médecins interrogés, dans quel service ils ont exercé l'essentiel de leur carrière en médecine d'urgence. 30 d'entre eux (83%) l'ont réalisé dans un service d'urgences générales (adultes, enfants, SMUR et SAMU).

Figure 8 : dans quel service avez vous principalement exercé votre profession de médecin urgentiste?



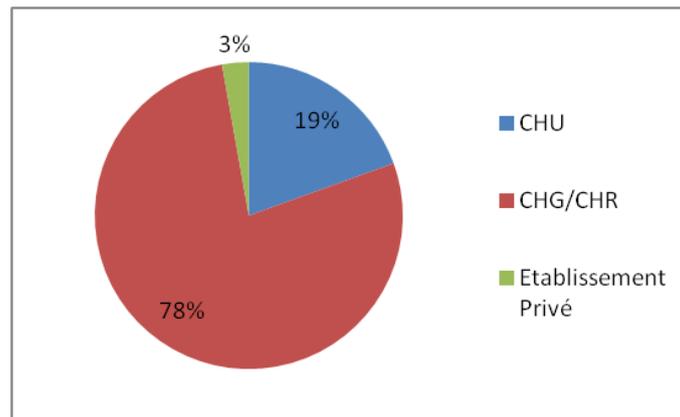
9) La question numéro neuf interroge le praticien sur son statut de médecin urgentiste avant sa reconversion. Seize médecins (45%) avaient le statut de Praticien Hospitalier (PH) avant leur changement d'activité. Les praticiens hospitaliers contractuels (PHC) sont au nombre de 8 (22%), comme les assistants chef de clinique (ACC) ou assistants spécialisés. Il y a 3 Praticiens Hospitaliers attachés (8%) et 1 salarié du privé.

Figure 9 : quel était votre statut de médecin urgentiste avant votre reconversion ?



10) Cette dixième question renseigne sur le type de structure hospitalière où le médecin urgentiste exerçait son activité avant sa réorientation. 28 médecins travaillaient au sein d'un Centre Hospitalier Général (CHG) ou Régional (CHR). 7 d'entre eux au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy (CHU) et 1 en établissement privé.

Figure 10 : quel était votre lieu d'exercice avant votre reconversion professionnelle ?

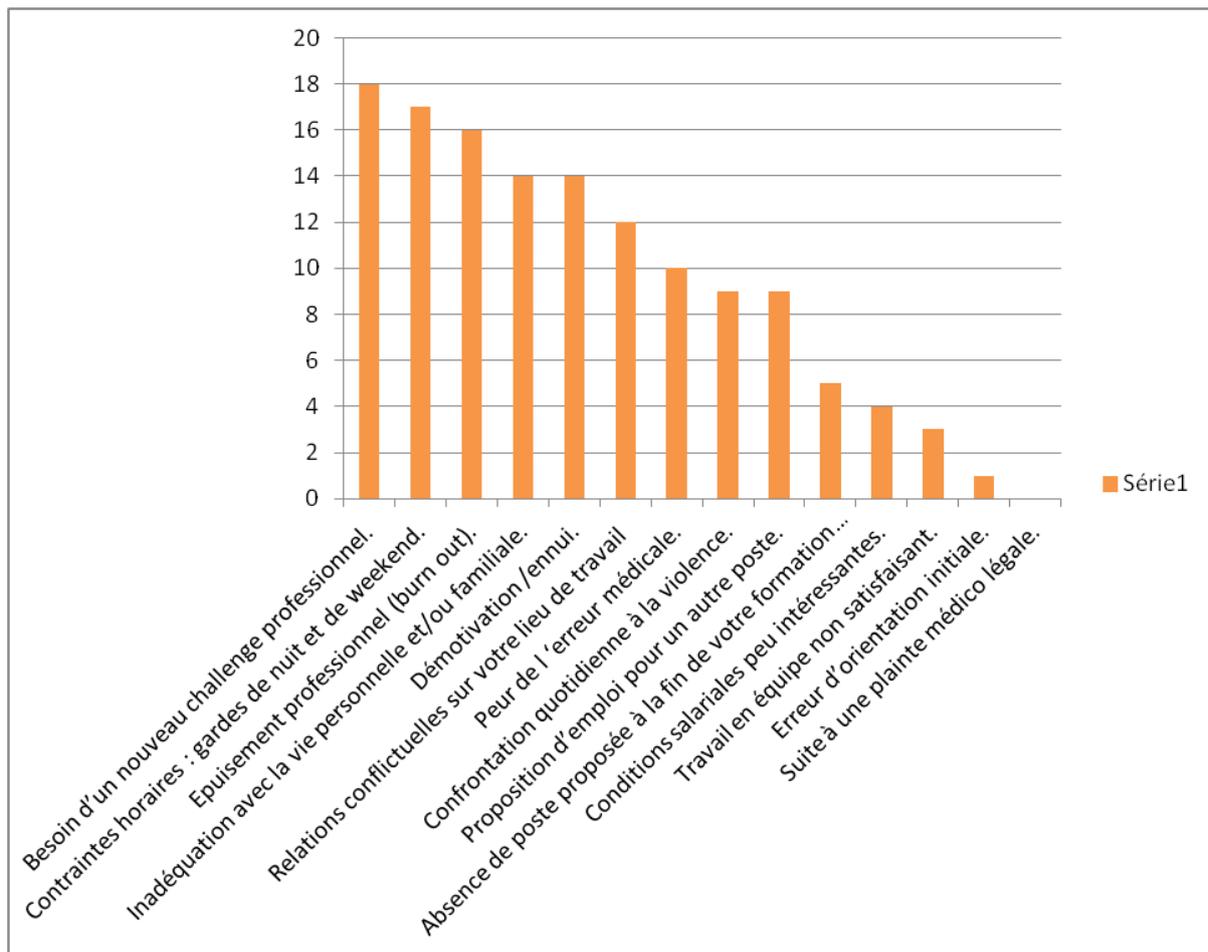


3. Les causes de la reconversion.

11) Cette onzième question aborde les raisons du changement d'orientation professionnelle parmi quatorze items. La réponse de chaque item étant positive ou négative.

Le tableau suivant récapitule les différents motifs d'abandon de carrière en médecine d'urgence selon la fréquence des réponses évoquées.

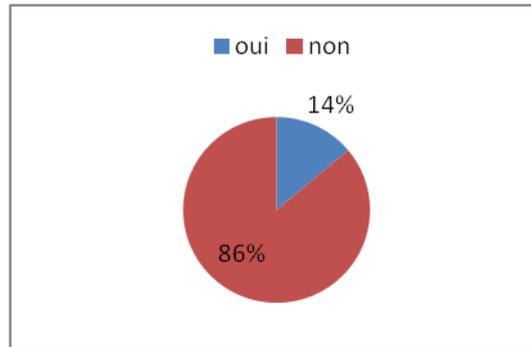
Figure 11 : les motifs de la reconversion professionnelle.



- Le premier item interroge sur une erreur d'orientation initiale ayant conduit le praticien vers un mauvais choix de carrière. Pour 35 praticiens (97%) la réponse fut négative mais seul un médecin (3%) a répondu positivement à cet item. (Celui-ci présente la durée d'exercice la plus courte avec seulement 9 mois de pratique de la médecine d'urgence avant une réorientation en médecin généraliste).

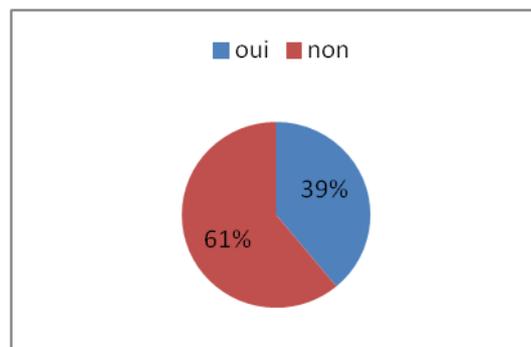
- Le second item renseigne sur l'absence de poste proposée à la fin de la formation initiale de médecine d'urgence. 5 urgentistes (14%) n'ont pas poursuivi dans cette voie du fait de l'absence de poste proposée correspondant à leur attente.

Figure 12 : l'absence de poste proposée à la fin de votre formation initiale est elle la raison de votre reconversion ?



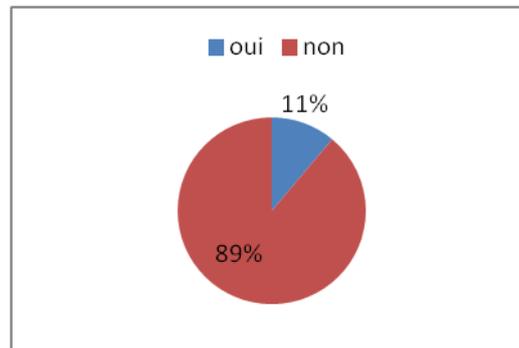
- Le troisième item questionne sur l'ennui ou la démotivation comme étant une des raisons de changement d'activité. Pour 39% soit 14 médecins urgentistes interrogés, la démotivation ou l'ennui est la cause de leur changement d'orientation. 22 praticiens n'ont pas éprouvé ce ressenti.

Figure 13 : la démotivation ou l'ennui sont ils une des raisons de votre reconversion professionnelle ?



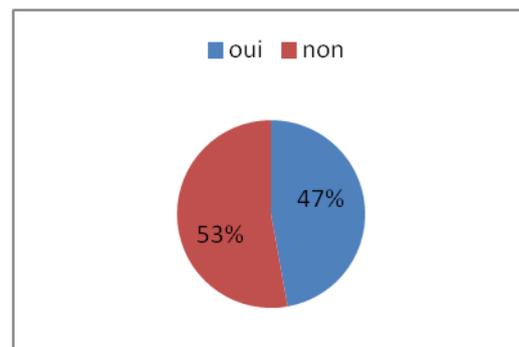
- Ensuite, le quatrième item interroge les urgentistes sur leurs conditions salariales. Pour 11% des répondants, les conditions salariales étaient peu intéressantes et ont contribué à leur changement d'exercice.

Figure 14 : des conditions salariales peu intéressantes sont elles responsables de votre réorientation ?



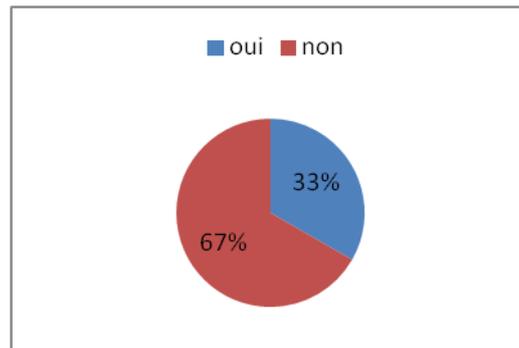
- Cet item interroge les praticiens sur les contraintes horaires inhérentes à la profession de médecin urgentiste. Dans près de la moitié des cas (47%), les contraintes horaires avec l'enchaînement des gardes de nuit et de week end, constituent, pour les médecins interrogés une raison de leur changement d'activité professionnelle.

Figure 15 : les contraintes horaires (gardes de nuit et de weekend) de la profession d'urgentiste sont elles responsables de votre changement d'activité ?



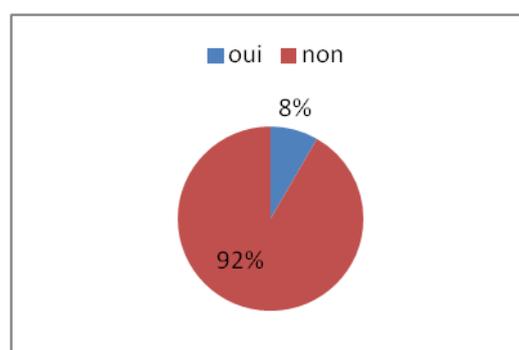
- L'item suivant interroge les participants sur l'existence de conflit sur leur lieu de travail avec l'entourage immédiat (hiérarchie, collègue, administration) comme pouvant être la raison de leur changement de voie professionnelle. Pour 1/3 d'entre eux (33%), des relations professionnelles conflictuelles sont responsables de leur mobilité.

Figure 16 : des relations conflictuelles sur votre lieu de travail (hiérarchie, collègues, administration) ont-elles motivées votre changement d'activité professionnelle ?



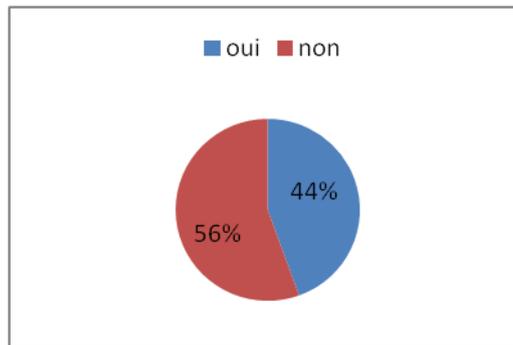
- Le septième item questionne sur la qualité du travail en équipe comme facteur influençant le changement d'orientation professionnelle. Pour 3 personnes (8%) interrogées, la mauvaise qualité du travail en équipe fait partie des raisons de leur reconversion.

Figure 17 : un travail en équipe non satisfaisant est-il une des raisons de votre reconversion ?



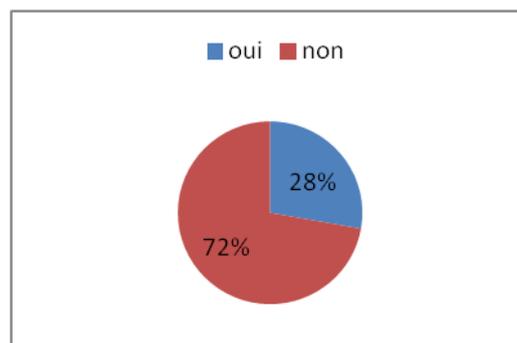
- Cet item interroge le praticien sur le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out comme étant la raison de son changement d'orientation. Pour près d'un soignant sur deux (44%), le burn out est une des raisons de leur reconversion.

Figure 18 : l'épuisement professionnel ou burn out est-il une des raisons de votre reconversion professionnelle ?



-Le neuvième item interroge sur la peur d'une erreur médicale comme étant une des raisons du changement de profession. Cette crainte de l'erreur médicale est évoquée par 10 professionnels soit 28% de la population interrogée.

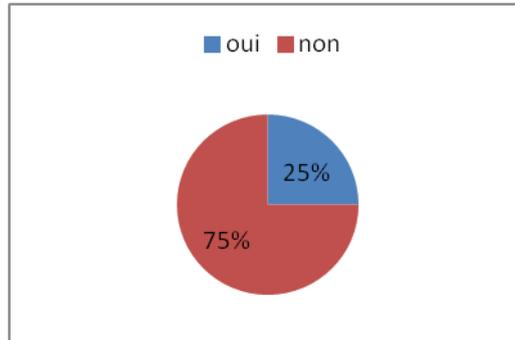
Figure 19 : la peur de l'erreur médicale est elle une des raisons de votre changement d'activité ?



-Aucun médecin n'a répondu positivement à l'item suivant : votre reconversion professionnelle est elle due à une plainte médico-légale ?

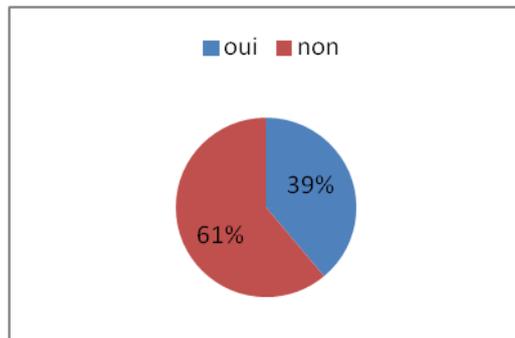
-Le dixième item demande au praticien si la confrontation quotidienne à la violence est une des causes de la réorientation. Nous avons recueilli 9 réponses positives soit 25%.

Figure 20 : la confrontation quotidienne à la violence est-elle une des raisons de votre reconversion ?



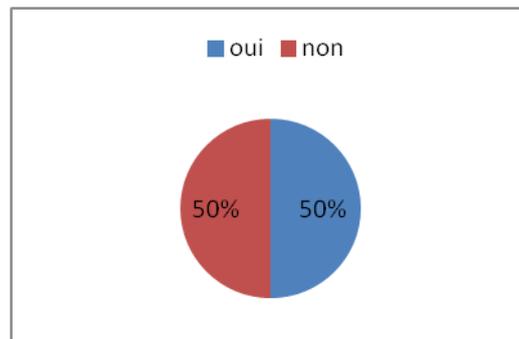
-L'item suivant interroge sur la question de l'inadéquation entre la pratique de la médecine d'urgence et la vie personnelle et familiale des intéressés. Pour 39% des personnes interrogés, cette raison est un motif justifiant le changement de profession.

Figure 21 : l'inadéquation entre la pratique de la médecine d'urgence et la vie personnelle et familiale est elle une des raisons de votre reconversion ?



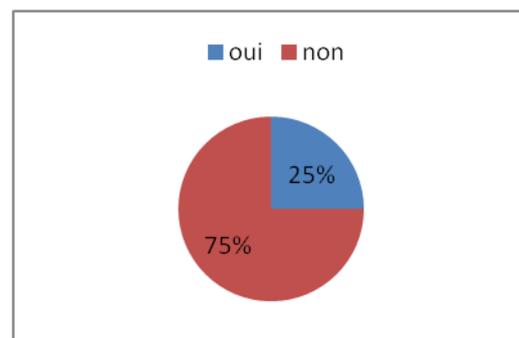
- Cet item évoque le besoin d'un nouveau challenge professionnel. Pour un médecin interrogé sur deux (50%), ce besoin de nouveauté est une raison de sa reconversion.

Figure 22 : le besoin d'un nouveau challenge professionnel a-t-il motivé votre désir de changement d'activité ?



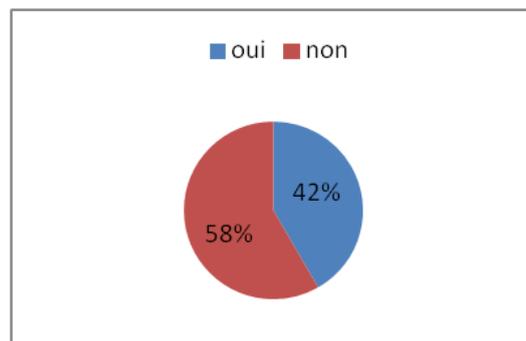
- Enfin, le dernier item de la question demande au médecin si une proposition pour un autre emploi a motivé le changement d'orientation. Pour un quart des médecins interrogés (25%) la proposition d'emploi pour un autre poste est une raison de leur changement d'activité.

Figure 23 : une proposition d'emploi pour un autre poste a t elle motivée votre reconversion ?



12) La douzième question du questionnaire interroge le médecin urgentiste sur la réalisation d'une formation professionnelle complémentaire au moment de sa reconversion professionnelle. Une question ouverte complémentaire est proposée aux personnes répondant positivement afin de préciser l'intitulé de la formation réalisée. 42% des personnes interrogées ont répondu positivement et une douzaine de formations différentes ont été énoncées, nous les évoquerons au cours de la discussion.

Figure 24 : lors de votre reconversion professionnelle, avez-vous entrepris une formation professionnelle complémentaire ?



13) La treizième question interroge le médecin sur sa nouvelle activité. 39% des anciens urgentistes sont actuellement médecins généralistes, 14% médecins réanimateurs, 5% gériatres et 3% médecins légistes ou médecins de soins palliatifs.

Plus d'un tiers des médecins, 36%, ont répondu par l'item : autres professions dans le domaine médical. Ces résultats sont précisés dans le second graphique ci-dessous.

Figure 25 : quelle est votre nouvelle activité professionnelle ?

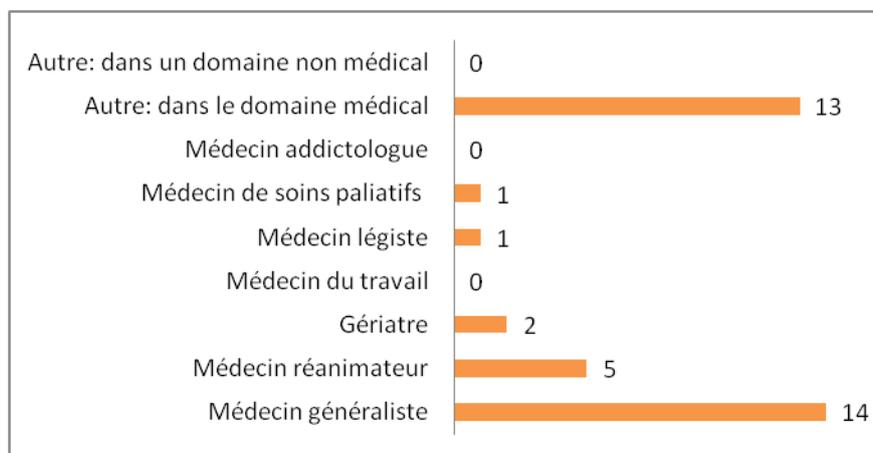
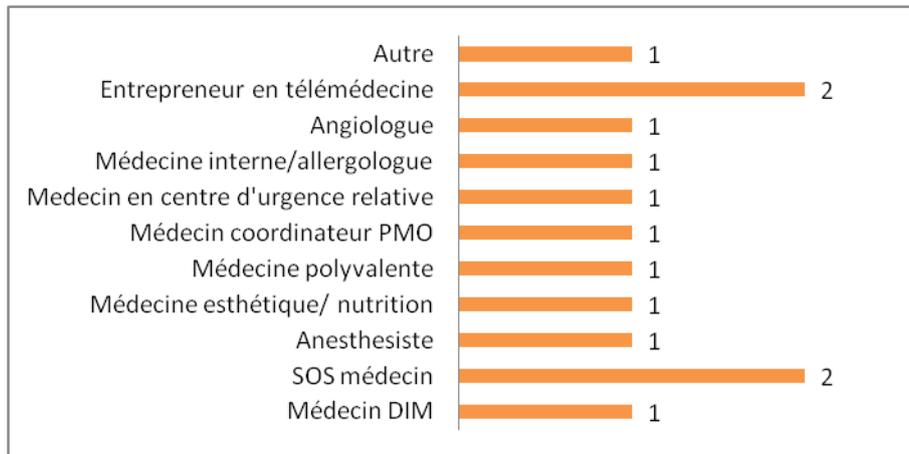


Figure 26 : description des autres activités professionnelles dans le domaine médical.

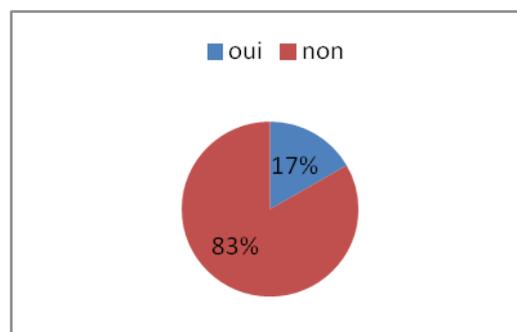


On remarque qu'il existe un nombre important de réponses, avec 17 types d'orientations différentes sur un échantillon de 36 professionnels.

14) La question numéro quatorze du questionnaire revient sur les changements nécessaires à mettre en place pour rester médecin urgentiste. Cette question propose 7 items correspondant à 6 propositions et un dernier item en réponse libre apportant des précisions discutées dans notre dernière partie.

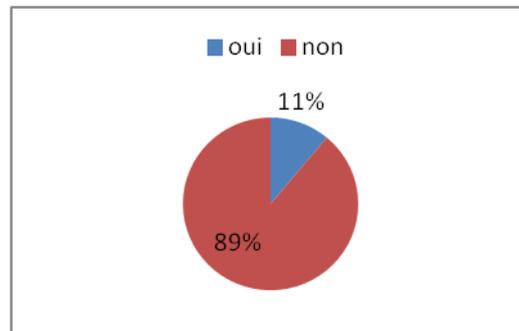
-le premier item demande au médecin si une reconnaissance de la spécialité d'urgentiste lui aurait permis de rester urgentiste. Pour 6 praticiens, cette reconnaissance aurait permis la poursuite de cette activité professionnelle.

Figure 27 : une reconnaissance de la spécialité d'urgentiste vous aurait-elle permis de rester médecin urgentiste ?



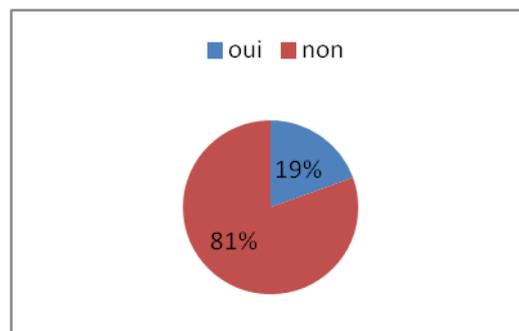
-le second item évoque la perspective d'une carrière universitaire dans la spécialité de médecine d'urgence. Pour 4 praticiens cette éventualité aurait permis la poursuite de cette activité professionnelle.

Figure 28 : la perspective d'une carrière universitaire vous aurait-elle permis de rester médecin urgentiste ?



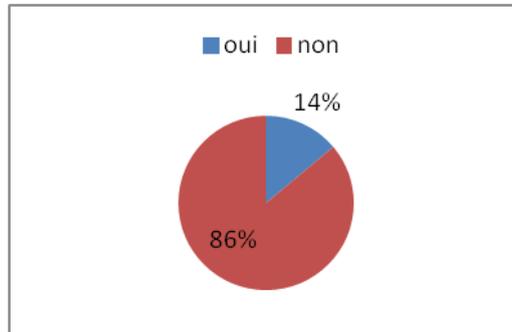
- Ce troisième item évoque la diminution du temps de travail comme facteur permettant la poursuite de l'activité d'urgentiste. Pour 7 médecins interrogés (19%), cette mesure aurait permis la poursuite de la profession d'urgentiste.

Figure 29 : une diminution de votre temps de travail vous aurait-elle permis de rester médecin urgentiste ?



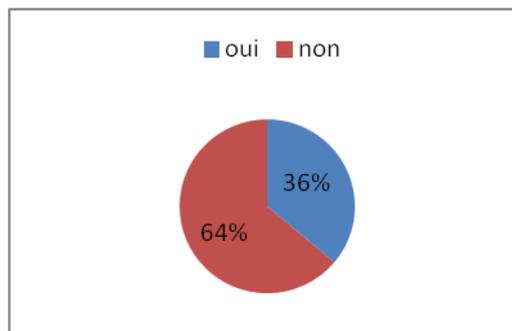
- L'item suivant interroge sur un changement de lieu d'exercice comme une éventualité permettant la poursuite de l'activité d'urgentiste. Cette mesure aurait permis la continuation d'une carrière d'urgentiste pour 5 médecins (14%).

Figure 30 : un changement de votre lieu d'exercice vous aurait-il permis de poursuivre votre activité d'urgentiste ?



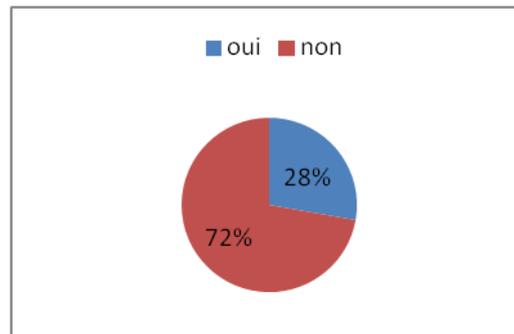
- Cette item évoque un arrêt des gardes de nuit et de week-end, comme solution pour poursuivre dans la profession d'urgentiste. Pour plus d'un tiers des médecins interrogés (36%), ce changement est nécessaire à la poursuite de leur activité.

Figure 31 : un arrêt des gardes de nuit et de weekend vous aurait-il permis de poursuivre votre carrière aux urgences ?



- Le sixième item interroge sur les conditions salariales. Une majoration de la rémunération du métier de médecin urgentiste est pour 10 professionnels interrogés (28%), le changement nécessaire à la poursuite de cette activité.

Figure 32 : une augmentation de salaire vous aurait-elle permise de poursuivre votre carrière d'urgentiste ?



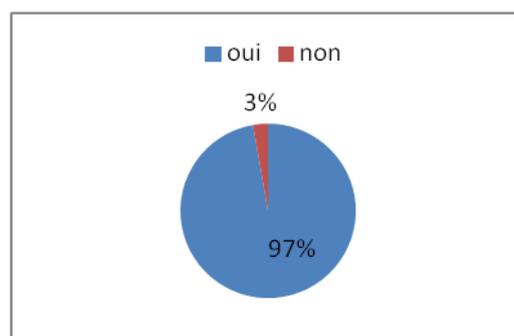
4. Le bilan à distance.

Cette dernière partie du questionnaire, intitulé bilan à distance interroge le médecin sur sa situation actuelle et nous apporte son ressenti sur sa reconversion professionnelle.

Elle se divise en cinq questions numérotées de 15 à 19. La dernière interroge sur l'avenir de la profession de médecin urgentiste avec la mise en place d'un Diplôme d'Etude Spécialisé de médecine d'urgence accessible à l'Examen National Classant.

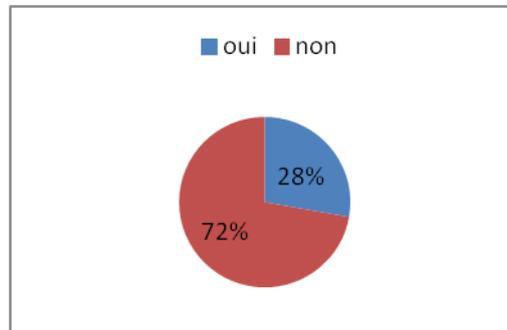
15) Cette question demande au praticien s'il est satisfait de sa réorientation professionnelle. Seul un médecin (3%) a répondu négativement.

Figure 33 : êtes-vous satisfait de votre reconversion professionnelle ?



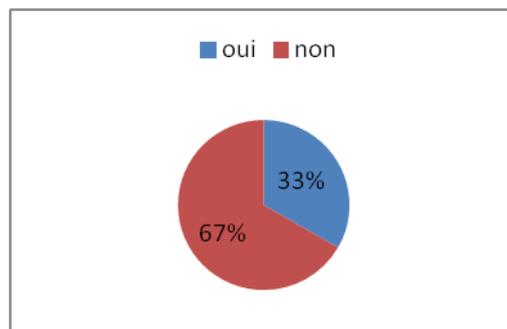
16) Dix praticiens (28%) ont réduit leur temps de travail suite à leurs changements d'activités professionnelles. Pour les 26 autres personnes interrogées (72%) leur temps de travail est égal ou supérieur à leur ancienne activité d'urgentiste.

Figure 34 : avez-vous réduit votre temps de travail ?



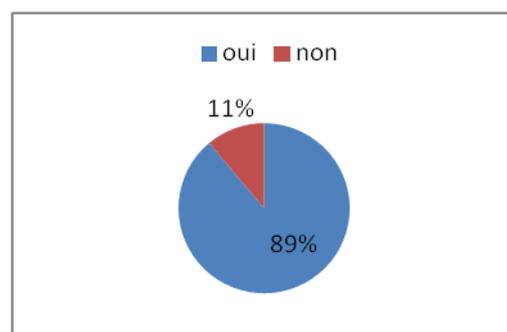
17) Pour un tiers des médecins interrogés (33%), une baisse de revenus a été subie lors du changement d'activité. Par contre, 24 praticiens (67%) ont quant à eux, majoré ou stabilisé leurs rémunérations.

Figure 35 : avez-vous subi une baisse de revenus?



18) Près de neuf médecins sur dix (89%), se sentent plus épanouis aujourd'hui dans leur nouvelle activité professionnelle. Malgré tout, on constate que 4 anciens urgentistes (11%) sont actuellement moins épanouis dans leur nouvelle profession.

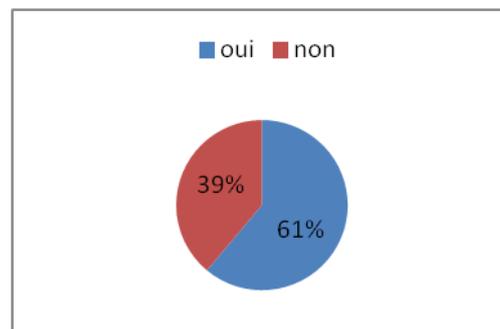
Figure 36 : vous sentez vous plus épanoui dans votre vie professionnelle ?



19) Cette dernière interrogation du questionnaire demande aux anciens praticiens de médecine d'urgence si la mise en place d'un DES de médecine d'urgence est aujourd'hui pertinente.

Pour 61 % des urgentistes la mise en place de cette nouvelle spécialisation de médecine d'urgence serait appropriée. Ils sont par contre, 14 professionnels (39%) à penser que ce diplôme n'est pas adapté à l'exercice de ce métier.

Figure 37 : pensez-vous que la mise en place d'un DES de médecine d'urgence soit pertinente ?



PARTIE 3 : DISCUSSION.

1. Discussion de la méthodologie de l'étude.

1.1. Généralités.

L'objectif de cette étude était de connaître le nombre de médecins urgentistes ayant changé d'orientation professionnelle entre 2003 et 2012 en Lorraine, d'évaluer la durée moyenne d'exercice de la médecine d'urgence dans la région avant leur reconversion et de connaître les raisons de leur départ ainsi que leurs nouvelles professions.

La motivation des médecins urgentistes reconvertis participant à cette étude était purement intellectuelle et confraternelle, il n'y avait pas d'intéressement financier à leur réponse.

Nous avons reçu un bon accueil des médecins interrogés lors de notre premier contact téléphonique ou par email afin de leur présenter l'objet de notre thèse et les solliciter, à participer à cette étude. Un nombre important de médecins se sont montrés intéressés par ce sujet et nous ont demandé de les tenir informés des résultats de notre travail.

Avec un taux de participation de 58% (n=62), nos résultats sont comparables aux études de ce type réalisées sur une population d'urgentistes. Messieurs Vermare et Frappé ont recueilli un taux de réponse de 62 % lors de leur étude intitulé « Abandons de carrières en médecine d'urgence » [7]. Cette enquête fut réalisée uniquement sur le département de la Loire en 2011. Le même taux de réponse (62%) est retrouvé dans le travail de thèse de M. Wimel, de 2010, où une population d'urgentistes du bassin de Roanne et du nord ouest de Lyon, était interrogée sur leur relation avec les médecins généralistes [95]. Par contre, notre taux de participation est supérieur à celui du travail de thèse de FX. Moronval [96] qui interrogeait les médecins urgentistes lorrains en 2012. Seul, 35,7% des médecins urgentistes interrogés ont répondu sur le thème des gestes techniques en médecine d'urgence. Ainsi, le taux de participation obtenu à notre questionnaire nous semble relativement conforme à ce que l'on peut attendre de la méthode de recueil d'information choisie.

Une autre difficulté réside certainement dans la période de réalisation de notre enquête. Les questionnaires ont été adressés au début de la saison estivale, période de

vacances pour certains médecins, de même que le rappel téléphonique a été réalisé en septembre, date coïncidant avec la rentrée scolaire et la reprise du travail à l'échelle nationale.

1.2. Biais de recrutement.

Plusieurs biais peuvent être recensés lors du recrutement de notre population de médecins urgentistes reconvertis.

Le premier biais est celui du nombre incomplet de réponses des chefs de services des urgences des hôpitaux publics lorrains lors de l'envoi du courrier par le Professeur Bollaert. En effet, malgré les rappels effectués, il manque les effectifs de deux hôpitaux du territoire étudié. Ainsi les effectifs des structures d'urgences de Saint-Avold et de Lunéville manquent à notre échantillon.

Ensuite, la provenance des documents demandés aux chefs de service variait selon les structures hospitalières. Certains hôpitaux, nous ont mis en relation directe avec le service des affaires médicales afin de nous transmettre les effectifs ainsi que les mouvements du personnel sur la période demandée. D'autres chefs de services nous ont transmis les informations demandées directement de leurs archives personnelles.

De plus, certaines données étaient erronées voir incomplètes, avec un manque de données relatives aux coordonnées des médecins urgentistes ayant quitté les services. Certaines de ses données ont été retrouvées grâce aux confrères interrogés ou aux différents annuaires professionnels et autres outils informatiques. Ainsi huit praticiens de médecine d'urgence n'ont pas pu être retrouvés malgré la connaissance de leurs identités.

Ainsi, la petite taille de l'échantillon et son mode de sélection ne permettent évidemment pas d'extrapoler les données à tous les médecins urgentistes reconvertis de France.

1.3 Biais liés aux méthodes de calcul.

Pour le calcul du taux de reconversion, plusieurs hypothèses ont été formulées ce qui est responsable de biais dans le calcul.

Tout d'abord, il faut pondérer les chiffres de médecins reconvertis, car certaines données recueillies lors de la réalisation de l'enquête peuvent être incomplètes ou erronées.

Ensuite, un médecin reconverti peut travailler au sein des structures d'urgence avec un ETP supérieur à 50% et dans ce cas ne pas être comptabilisé dans les médecins réorientés. Par ailleurs, un médecin reconverti peut revenir vers la médecine d'urgence après une expérience professionnelle différente au cours de la décennie étudiée, et dans ce cas ne pas être comptabilisé comme reconvertis. Sachant également que l'on ne prend pas en compte les médecins travaillant moins de 50% d'un ETP au sein des Structures d'Urgences, ceux-ci ayant déjà pour la plupart une seconde activité différente de la médecine d'urgence. Ces différents biais minorent probablement le chiffre de médecins urgentistes reconvertis obtenu lors de notre enquête.

Enfin, concernant les effectifs de médecins urgentistes ayant exercé au cours de la décennie étudiée, il faut également pondérer ce chiffre.

Nous avons émis l'hypothèse que tous les départs des structures d'urgences soient des changements de structures, des départs en retraite ou des décès mais pas des reconversions professionnelles en dehors de celles chiffrées et renseignées par les chefs de services interrogés.

L'autre hypothèse émise sur les sorties impose que celles-ci ne correspondent pas à une entrée l'année suivante au sein de la même structure ou dans une autre structure d'urgence de la région, ce qui comptabiliserait deux fois le même praticien.

De part nos différents biais, il est probable que l'on majore le nombre de praticiens ayant exercé sur le territoire lorrain entre 2003 et 2012 dans les structures d'urgence.

Pour conclure il est probable que notre taux de reconversion des médecins urgentistes Lorrains obtenu soit minoré par rapport à la réalité du terrain.

1.4. Limites liées aux modes de recueil de données et aux outils utilisés.

Le recueil des données par questionnaire auto administré constitue une des limites de cette étude.

Utilisant différents outils pour recueillir les résultats, ceux-ci peuvent varier. On remarque un taux de réponse supérieur chez les médecins interrogés par courrier ou rencontrés lors d'entretien individuel par rapport aux personnes contactées par email. Enfin, certaines questions personnelles ou subjectives peuvent être interprétées différemment selon les personnes interrogées.

2. Discussion des résultats.

2.1. Discussion des caractéristiques de la population des médecins urgentistes reconvertis.

Premièrement, on remarque une augmentation importante de l'effectif global de médecins urgentistes Lorrains au cours de la décennie étudiée. Entre 2003 et 2012, cette augmentation d'effectif global est chiffrée à 41,4%. Cette majoration des effectifs est corrélée à l'augmentation du nombre de passages dans les Structures d'Urgences de Lorraine et, elle est due en grande partie au « Plan Urgences » initié en septembre 2003 par le gouvernement et reconduit de façon annuel jusqu'en 2008. Ces différents « Plan Urgences » se sont traduits par des mesures globales pour l'ensemble de la filière de prise en charge des urgences (amont, intra hospitalier, aval). Pour la mise en œuvre 500 millions d'euros ont été répartis, aboutissant à la création de 5300 emplois dont près de 830 emplois médicaux sur le territoire national [97].

Ensuite, notre enquête a permis d'évaluer un taux de reconversion globale des médecins urgentistes ayant exercé au moins une fois dans une structures d'urgence en Lorraine entre 2003 et 2012. On retrouve un taux de reconversion global de **19,7%**, ce qui est proche des résultats des deux autres enquêtes retrouvées dans la littérature évaluant un taux de reconversion des médecins urgentistes [3,7].

On remarque d'abord que la plupart des établissements interrogés sont concernés par ce phénomène. Dans les structures d'urgences de Forbach et de Mont Saint Martin, on ne retrouve pas de médecins reconvertis sur la période étudiée. On peut trouver comme probable explication, le fait d'avoir été incomplètement renseigné sur l'évolution de leurs effectifs et de la mobilité de leurs praticiens de médecine d'urgence sur la décennie étudiée.

Ensuite, on remarque également qu'il n'y a pas de lien entre l'activité du service et le nombre de médecins reconvertis. Les Structures d'Urgences de Briey et Verdun présentent les taux de reconversion les plus élevés avec respectivement un taux de reconversion de 45,5% et 34,6%. Tandis que les structures d'urgences présentant le plus de passages annuels (CHU de Nancy, le CHR de Metz et celui de Thionville) ont des taux de reconversion inférieur compris entre 25% et 18,8%. Ces différences notables proviendraient peut être d'une plus grande facilité de reconversion dans des établissements de petite taille, avec des propositions pour d'autres postes plus fréquentes du fait de la proximité des services et des relations plus étroites entre les différents médecins spécialistes exerçant au sein de ces hôpitaux.

Par ailleurs, on note que les quatre départements Lorrains sont concernés par ces réorientations professionnelles, quelle que soit la démographie du lieu ou l'attractivité du territoire. Le CHU de Nancy, structure d'urgence de la région avec l'effectif le plus important, n'est pas plus concerné par le phénomène de reconversion professionnel de ces médecins urgentistes que les autres centres hospitaliers généraux de Thionville, ou Epinal.

Enfin, les capacités d'hébergement des établissements hospitaliers, ainsi que la présence d'un éventuel plateau technique ne semblent pas non plus modifier le taux de reconversion.

La population de notre échantillon est composée de 58% hommes et 42% de femmes. Le sex-ratio des urgentistes lorrains a été évalué par Moronval et Parant en 2012 [97]. Il est de 2/3 d'hommes pour 1/3 de femmes. Ce sex-ratio correspond également à la répartition nationale de la démographie médicale en 2010 selon l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de Santé). On retrouve aussi des valeurs proches de celle-ci dans l'enquête nationale de l'AMUF [3] réalisée en 2011 par Garrigue et Delasra qui indiquait que les femmes représentent 27,5% des effectifs de médecins urgentistes.

On peut donc noter, que la population de médecins urgentistes reconvertis de notre étude est significativement plus féminine que la population nationale d'urgentistes interrogés par l'AMUF mais du fait du faible effectif de notre échantillon nous ne pouvons conclure que les femmes médecins urgentistes se reconvertissent plus que les hommes ayant la même fonction.

L'âge moyen de notre population est de **42,5 ± 7,6 ans**. Ce qui est proche de l'âge moyen des médecins urgentistes lorrains en activité en 2012, évalué à 40,6 ans par Moronval et Parant [98]. Ces valeurs peuvent s'expliquer par le fait que la profession d'urgentiste est un métier récent. À titre de comparaison, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, la moyenne d'âge des médecins généralistes lorrain est de 52 ans en 2013[99].

La situation familiale des médecins urgentistes reconvertis retrouve plus de neuf médecins sur dix en couple (91,5%). Ils sont autant à avoir des enfants. Nous n'avons pas connaissance de ces données démographiques de la population d'urgentistes lorrains, mais l'enquête de Garrigue et Delasra retrouvait plus de huit urgentistes sur dix en couple. Nos résultats sont supérieurs à ceux de la population d'urgentiste en activité ayant répondu à l'enquête du syndicat, reflétant probablement le rôle majeure de la famille et de l'entourage lors d'une reconversion professionnelle.

La formation initiale de la population de notre étude retrouve 78% de CMU/CAMU (42% CMU et 36% CAMU) et 11% de DESC. L'enquête sur l'abandon de carrière en médecine d'urgence de Vermare et Frappé retrouve les mêmes valeurs. Cependant, sur la population d'urgentiste lorrain décrite par l'article de Moronval [98], on retrouve une valeur équivalente pour les CMU/CAMU avec 79%, mais une proportion supérieure de DESC avec 18%. Cette différence sur les urgentistes titulaires du DESC est probablement liée au fait que le DESC a été mis en place récemment (en 2004) et que peut être ces médecins n'ont pas encore ressenti le désir de changement. On retrouve également 14 % de professionnels ayant une formation à la médecine d'urgence différente des précédentes, correspondant à un anesthésiste réanimateur et à des médecins généralistes ayant réalisé pour certains d'entre eux des DU. Cette représentation est du même ordre chez les médecins reconvertis de la Loire, mais elle

est nettement supérieure à la population d'urgentistes lorrains car en 2012, ils ne représentent que 3% des effectifs.

La durée moyenne de carrière d'urgentiste pour les praticiens interrogés avant une reconversion professionnelle est de **8,9 ans**. A titre de comparaison on retrouve une durée moyenne d'exercice de 6,9 ans pour les médecins urgentistes de la Loire [7] en 2010 avant changement d'activité. D'après les résultats de notre enquête nous pouvons affiner cette durée moyenne d'exercice selon le sexe du praticien, son statut hospitalier, son diplôme initial de médecine d'urgence ainsi que selon le lieu d'exercice de sa profession.

On remarque ainsi que la durée d'exercice du métier varie de façon significative selon le sexe du médecin urgentiste. Les femmes, anciennement urgentistes, interrogées exercent la médecine d'urgence pendant **6,1 ans** en moyenne, alors que les hommes ont une moyenne d'exercice de **11 ans**. Cette différence notable peut trouver son explication dans le fait que ces femmes ont quasi toutes des enfants (sauf une), et qu'il peut être difficile de s'épanouir dans une carrière de médecin urgentiste en étant mère de famille (probables contraintes de planning de travail inhérentes à la profession).

Notre enquête met également en avant des durées de carrières différentes selon le statut hospitalier du médecin au sein de son service d'urgence. Les praticiens hospitaliers ont une durée d'exercice moyenne avant reconversion de **11,5 ans**, les praticiens hospitalier contractuels et attachés durent en moyenne dans la profession **6,8 ans**, alors que les assistants spécialistes ou assistants chef de clinique exercent le métier **3,5 ans** en moyenne avant de se réorienter. Ces différences notables de durée d'exercice peuvent trouver une explication dans le fait qu'un statut de PH offre une sécurité au niveau de la protection sociale et des perspectives dans l'évolution de carrière que les autres statuts ne peuvent apporter.

Après cela, on remarque que cette durée moyenne d'exercice varie fortement selon le diplôme de médecine d'urgence du praticien reconverti. Les médecins titulaires de la CAMU ont exercé la médecine d'urgence **11,8 ans** en moyenne, ceux titulaires de la CMU ont exercé en moyenne **8 ans** et ceux titulaires du DESC seulement **2,4 ans**. Ces durées variables peuvent s'expliquer par les années de mise en place de ces différents diplômes. Le DESC a été mis en place en 2004 et les premières promotions sont sorties en 2007, la CMU en 1998 et la CAMU en 1986. Il faut néanmoins pondérer ce résultat sur les médecins titulaires du DESC de médecine d'urgence du fait de leur faible représentativité au sein de notre échantillon.

Enfin, la durée moyenne d'exercice de la profession d'urgentiste varie également selon le lieu d'exercice. Les médecins exerçants en CHU ont, une durée moyenne de carrière de **6,2 ans** quand ceux exerçant en CHR ou CHG travaillent **9,6 ans** avant de se reconvertir. Cette différence peut sans doute provenir du plus faible nombre de poste de PH proposé au CHU de Nancy par rapport aux autres structures d'urgence de la région.

Figure 38 : Tableau récapitulatif de la durée moyenne d'exercice.

	Homme	Femme	PH	PHA/PHC	ACC/CCA	CAMU	CMU	DESC	CHU	CHG/CHR
Durée moyenne d'exercice en année.	10,9	6,1	13,2	4,7	3,5	11,9	8	2,4	6,3	9,6
Ecart type	6,9	4,8	6	5,6	2,9	7,6	4,5	1,3	4,5	6,9

On retrouve ainsi un profil de praticien qui se reconverti rapidement. Il semble qu'une femme, exerçant en CHU, titulaire du DESC et au statut d'assistante chef de clinique à statistiquement une durée d'exercice de la médecine d'urgence la plus faible. A contrario, un homme, exerçant en CHG, PH et titulaire de la CAMU aura la durée d'exercice probable la plus élevée.

Nous n'avons pas retrouvé d'autre article dans la littérature de façon à étayer ce résultat sur la durée de carrière effective d'un urgentiste.

Par ailleurs, un médecin reconverti sur quatre (25%) poursuit une activité de médecin urgentiste à temps partiel. Les raisons de cette poursuite d'activité n'étant pas connues, on peut supposer que la passion du métier subsiste et qu'il existe probablement un contexte financier bénéfique à la poursuite de cette activité.

La plupart des médecins urgentistes reconvertis (83%) interrogés a exercé la médecine d'urgence dans des services d'urgences générales c'est-à-dire ayant une activité variée (adultes, enfants, SMUR et SAMU). Seulement 17% avaient un exercice exclusif, soit juste du SAMU (8%), de l'urgence adulte (6%) ou du SMUR (3%). Faut-il voir dans ces résultats, une usure plus précoce lors d'un exercice varié ? Ou bien, ne pourrait-on pas nuancer ce propos, car cette spécialité d'urgence est exercée le plus fréquemment en activité variée.

Dans notre étude, 45% des médecins urgentistes reconvertis ont un statut de PH. Ce statut, aboutissant à une situation stable, est inférieur aux caractéristiques de la population d'urgentistes lorrains qui sont en 2012 [98], 64% à être praticien hospitalier. Les assistants, constituant 22% de notre échantillon, sont représentés à la même proportion dans la population générale d'urgentistes lorrains. Ce qui signifie qu'un quart des médecins reconvertis sont des jeunes assistants, que la médecine d'urgence n'arrive pas à retenir malgré une perspective de carrière, peut être peu attractive ou trop contraignante. On retrouve par contre, dans notre échantillon beaucoup plus de PH Contractuel (22%) ou PH Attaché (8%) que dans la population d'urgentistes de la région (11%) [98]. On peut probablement envisager que ces statuts précaires ne les incitent pas à poursuivre dans cette voie. En effet ces statuts n'apportent pas les mêmes avantages que celui de PH en terme de rémunération, d'avancement de carrière, de protection sociale en cas d'arrêt maladie ou de congé maternité.

Enfin, 78% de notre échantillon exerçaient dans un CHR ou un CHG avant leur changement d'activité. Ils ne sont qu'un sur cinq à provenir du CHU. Ces résultats

sont proches de ceux de l'enquête de l'Association des Médecins Urgentistes de France [3] ou ils étaient moins de 20 % à exercer en CHU.

2.2. Discussion des motifs de sortie de la profession d'urgentiste et des différentes orientations professionnelles choisies.

Les principaux motifs de sortie de la profession évoqués peuvent être divisés en deux catégories.

La première aborde les motifs de changement d'orientation comme étant lié aux conditions de travail des médecins urgentistes.

Les contraintes horaires du métier imposant la multiplication des gardes de nuit et de week-end et le stress professionnel ou burn out sont évoqués par près d'un médecin sur deux, puis viennent le problème des relations conflictuelles avec le personnel ou la hiérarchie, la violence ressentie au quotidien lors de la confrontation au patient et à leur famille et la peur de l'erreur médicale. Ces différents motifs sont évoqués par plus d'un quart des praticiens interrogés.

Enfin, environ un sur dix évoque, une absence de poste "pérenne" proposée à la fin de leur formation initiale en médecine d'urgence, des conditions salariales peu intéressantes, et un travail en équipe non satisfaisant comme motivations à leur changement d'activité.

Tous ces motifs aboutissent à une démotivation croissante pour 40% des professionnels de l'urgence interrogés et ils sont ainsi plus de la moitié à évoquer le besoin d'un nouveau challenge professionnel.

La seconde catégorie met en lumière des motifs de sortie liés à l'environnement du professionnel. Le premier motif évoqué est l'inadéquation entre le métier d'urgentiste et la vie familiale ou personnelle pour près de 40% d'entre eux.

Enfin, un quart des urgentistes déclare avoir reçu des offres d'emploi pour un autre travail, ce qui est probablement le facteur déclenchant, expliquant le changement de profession.

Aucun professionnel n'a arrêté son parcours d'urgentiste suite à une affaire judiciaire consécutive à une plainte médico-légale.

Les motifs les plus fréquemment cités liés aux conditions de travail se retrouvent dans l'enquête de Vermare et Frappé [7] dans des proportions similaires, ainsi que dans l'enquête SESMAT [56] à la différence que le manque de qualité du travail en équipe n'est pas significatif dans notre étude.

Ce résultat montre à quel point les conditions de travail peuvent apparaître comme une question encore plus préoccupante et fondamentale dans l'exercice de la profession de médecin urgentiste et une amélioration de celles-ci paraissent aujourd'hui rapidement indispensables, afin de conserver les effectifs en place.

Lors de leur reconversion, plus de 40% des médecins ont réalisé une formation complémentaire afin de diversifier leur connaissance et d'acquérir de nouvelles compétences. Ces résultats concordent avec l'étude du CEREQ [63] réalisée en 2008

sur la population générale et sont proches de ceux de l'enquête de Garrigue et Delasra [3], où un urgentiste sur deux avait entrepris une formation dans l'optique d'une reconversion. Ce nombre important de médecins réalisant des formations est à mettre en corrélation avec la grande variété des nouvelles activités professionnelles exercées.

Même si 40% de l'échantillon s'est reconverti vers la Médecine Générale, on dénombre 17 types d'orientations différentes. Cette part importante de reconversion vers la médecine générale est dû au fait qu'il s'agit de la discipline de formation initiale de la majorité des urgentistes, tout comme le médecin reconverti en médecin anesthésiste. Ensuite, une part non négligeable de notre échantillon (14%) se reconvertit vers la réanimation. Cette spécialité, en contact étroit avec les médecins urgentistes de par leur prise en charge commune, attire les praticiens de médecine d'urgence souhaitant poursuivre une carrière hospitalière en restant dans un domaine médical proche de leur activité initiale. Les autres reconversions les plus fréquemment recensées sont l'activité de SOS médecins, la médecine gériatrique et l'activité de télé-médecine avec pour chacun d'entre elle 5% de réorientés. A titre de comparaison, on retrouve les mêmes types de réorientations dans le travail de Vermare et Frappe [7], avec en première position la Médecine Générale, suivi par la Réanimation et enfin les autres spécialités médicales. Nous retrouvons dans notre enquête des trajectoires professionnelles très diverses pouvant aller de l'ancien urgentiste reconverti en médecin Angiologue en Bretagne ou celui pratiquant la médecine esthétique au Luxembourg. Au delà des opportunités présentées pouvant expliquer un certains type de trajectoire professionnelle, on remarque que la réorientation se fait également vers des domaines variés correspondant aux affinités et centres d'intérêts de chacun.

On retrouve un nombre important de reconvertis ayant gardé une activité salariée. Qu'ils soient réanimateurs, gériatres, médecin DIM, coordonateur de PMO, interniste, légiste, médecin de soins palliatif ou en centre d'urgence relative, ils sont plus de 40% à avoir gardé une activité salariée dans une structure hospitalière privée ou publique. Par contre, la majorité a choisi une activité libérale, soit en rapport avec leur formation originale comme la médecine générale ou la pratique de SOS médecins, ou dans des domaines comme l'angiologie ou la médecine esthétique qui ont nécessité des formations complémentaires.

On note aussi que deux anciens urgentistes, se sont reconvertis dans le domaine de la télé-médecine en ouvrant un centre d'appels dédié à la communication et à la prévention en santé dans l'agglomération de Nancy.

Par ailleurs, en interrogeant les médecins sur les modifications à apporter pour durer en médecine d'urgence, peu nombreux sont ceux qu'une reconnaissance de la médecine d'urgence en tant que spécialité, offrant ainsi une possibilité de carrière hospitalo-universitaire, aurait permis de retenir. La plupart des revendications correspondent à une diminution du temps de travail, des gardes de nuit et de weekend ainsi qu'une amélioration des conditions salariales avec la revalorisation des heures travaillées la nuit et le weekend. Dans ce sens un médecin urgentiste a donné certaines « clefs pour bien vieillir » dans la profession avec un maximum de 48 heures hebdomadaires, 20 à 25% de temps non clinique dédié à la recherche ou à la formation

et un maximum d'une nuit par semaine et de un weekend par mois. Car pour lui, « tel que le travail d'urgentiste est actuellement organisé, il n'est pas un métier mais une occupation de jeune : il permet de gagner sa vie en début de carrière mais ne permet pas de vieillir dans la profession. Quelles que soit les qualifications et les diplômes, la désorganisation qui semble être la norme dans les services d'urgences actuellement ne permet pas de s'impliquer comme on le souhaiterait ». Enfin, le changement de lieu d'exercice est également cité par certain (14%), plus particulièrement avec une mobilité du CHU, vers un CHR. Avec comme justification le « manque de postes de PH proposés par rapport au nombre d'assistants, un rythme de travail peu compatible avec une vie personnelle et familiale amenant à une désociabilisation et une absence de considération des urgentistes de la part des spécialistes ».

2.3. Discussion du bilan de la reconversion.

Il existe peu de données dans la littérature permettant d'étayer les résultats de cette partie du questionnaire et les réponses données à ces questions personnelles peuvent être interpréter différemment selon les interlocuteurs.

La quasi-totalité des médecins réorientés dressent un bilan positif de leur reconversion professionnelle et se sentent aujourd'hui plus épanoui dans leur vie professionnelle. Malgré leur changement d'activité, la plupart décrit la profession de médecin urgentiste comme un métier passionnant pour sa diversité clinique et son imprévisibilité et décrit leurs années d'exercices comme de « magnifiques années sur le plan humain et professionnel ». Ils évoquent même une certaine nostalgie de la médecine d'urgence lors de la vision du passage d'un SMUR.

Un médecin nous a fait part de ses difficultés concernant la reconversion, « elle est finalement assez compliquée car l'étiquette d'urgentiste est omniprésente et assez difficile à faire oublier, en dehors des filières de reconversion "classiques" en Lorraine (gériatrie, médecine légale), ce qui peut être un frein ».

Ensuite, seul un quart des médecins interrogés pense avoir réduit leur temps de travail dans leur nouvelle vie professionnelle. Ainsi, la majeure partie des médecins n'a pas réduit leur temps de travail, mais décrivent une amélioration de leur « qualité de vie ». Car comme le cite un urgentiste interrogé, « l'argument souvent mis en avant par les urgentistes est la qualité de vie qu'offre le fait de travailler par plages de 24h mais avec le recul, il s'agit d'un leurre, car bien que travaillant tous les jours et ayant des astreintes parfois mouvementées, ma qualité de vie actuelle est bien meilleure que celle du temps où j'étais urgentiste ».

Enfin, un tiers des médecins reconvertis estiment avoir subi une baisse de revenu lors de leur changement d'activité. L'aspect financier de la reconversion est une composante importante à prendre en compte lors du changement d'activité. Car pour certains médecins hospitalier, le « problème lorsque vous envisagez une reconversion est la baisse de salaire, car le salaire d'urgentiste est plus que confortable avec les gardes. Cette baisse se compense finalement en 2 à 3 ans avec l'avancement

en échelon (si votre échelon n'est pas trop important au moment où vous arrêtez les gardes), d'où la nécessité d'entreprendre une reconversion avant d'avoir trop avancé dans la carrière hospitalière ». Concernant les reconversions vers des activités libérales, la baisse de revenu est également une réalité surtout lors de la période critique de lancement de cette nouvelle activité.

La dernière question sur la mise en place d'un DES de médecine d'urgence sera abordée dans la partie suivante.

3. Bilan et perspectives.

Cette étude confirme un taux important de reconversion professionnelle chez les médecins urgentistes lorrains évalué à 19,7% des effectifs entre 2003 et 2012 et une durée moyenne d'exercice inférieure à 9 ans. Ces chiffres sur la reconversion recensés dans notre étude, rejoignent ceux de l'étude française SESMAT [56] réalisée en 2011 où ce taux est de 21% et ceux de l'enquête de Vermare et Frappé [7] en 2012 sur le département de la Loire avec 23%. On remarque également que les médecins urgentistes sont plus touchés que les autres spécialités médicales par ce phénomène car on retrouve 7% de reconversion chez l'ensemble des médecins suivis pendant cinq ans entre 1998 et 2003 par Simmonet et Ulrich [64].

Ensuite, nombreux sont les personnels médicaux en activité à ressentir le besoin d'accroître leur disponibilité pour leur vie privée, en visant ou en privilégiant des situations d'emploi allant dans ce sens. En général, ils se fixent cet objectif au fil de leur parcours, après s'être impliqués fortement dans leur activité. La naissance d'enfant(s) est sans aucun doute le principal facteur influent, mais dans une moindre mesure il y a aussi le souci de réduire les désagréments liés aux transports, l'envie d'accroître son temps de loisirs... La fixation d'un tel objectif pèse alors sur les itinéraires professionnels ou appelle en tout cas certains arbitrages. Ces reconversions professionnelles mettent en évidence la place qu'occupe le travail dans nos vies et dans la société. Le travail est un élément de notre identité, à la fois facteur d'épanouissement personnel et d'intégration sociale. Il doit donc correspondre, dans l'idéal, à un choix de la personne. Lorsqu'elle n'est plus satisfaite du métier qu'elle exerce, elle peut choisir librement d'en changer. On le voit même chez les médecins urgentistes qui quittent un emploi stable et bien rémunéré pour commencer une nouvelle carrière répondant davantage à leurs aspirations personnelles.

Quant à la durée moyenne d'exercice des urgentistes, peu de donnée de la littérature permet de discuter. La seule durée moyenne d'exercice recensée avant une réorientation est celle des urgentistes de la Loire évaluée à 6,9 ans. Les motifs de réorientation invoqués dans notre enquête et dans celle de Vermare et Frappé, coïncident avec ceux favorisant le burn-out, mis en évidence dans une publication de 2012 du Department of Homeland Security des Etats Unis [100] qui recensait des expositions répétées à des incidents traumatisants, une fatigue liée à des

horaires décalés ou prolongés, un déséquilibre entre les obligations professionnelles et personnelles ainsi que l'incertitude sur certaines compétences et la surcharge périodique de travail. Les urgentistes semblent être particulièrement exposés au stress professionnel influençant un changement d'activité, comme l'a déjà montré de nombreuses études internationales [101,102]. Cette proportion importante de burn-out retrouvée dans notre travail comme dans l'enquête nationale réalisée par Sede et Jbeili en 2012 [102] montre la nécessité d'une action préventive forte, sachant que les facteurs de stress sont aujourd'hui bien documentés.

Ainsi il semble pertinent de mettre en place des solutions afin de limiter cet épuisement professionnel. Dans ce sens, il convient d'abord de renforcer les effectifs lors des pics d'activité des structures d'urgence pour lutter contre les surcharges périodiques de travail, et recruter des effectifs médicaux suffisants [103] de façon à limiter le recours à des intérimaires. Une enquête réalisée en 2010, pour la conférence des présidents des Commissions Médicales d'Etablissement (CME) mettait en évidence que 76% des centres hospitaliers interrogés avaient recours à des médecins intérimaires [104] pour combler le déficit de praticien dans leurs services d'urgences. En effet, ces médecins qui du fait de leur intervention ponctuelle ne s'investissent pas dans le fonctionnement des hôpitaux, et qui sont en moyenne mieux rémunérés que leurs collègues en poste, peuvent être à l'origine de conflits et de démotivation des médecins urgentistes en postes. Ce phénomène, ancien dans les faits, mais se majorant vient d'être mis en avant par le rapport du député de l'Isère, Olivier Veran en décembre 2013.

Par ailleurs, de nombreux urgentistes interrogés ont proposé d'envisager un travail de 40h/semaine à temps plein ne pouvant être dépassé, avec des gardes sur place de 8 à 10h. Une réelle prise en compte de la pénibilité du travail doit être faite car d'après Garrigue et Delasra, 92,5 % des praticiens interrogés estiment ne pas pouvoir continuer à exercer en tant qu'urgentiste dans les mêmes conditions de travail jusqu'à leur fin de carrière. Et ils sont 56 % à imaginer quitter les urgences dans les trois ans qui viennent si leurs conditions de travail n'évoluent pas. Cela risque par ailleurs d'être aggravé par la modification récente du départ de l'âge à la retraite à 67 ans. Il faut donc envisager une évolution du métier en fonction de l'âge du praticien, car l'enchaînement des gardes de nuit n'est pas vécu de la même façon suivant les âges. Dans ce sens, une étude menée par des chercheurs de l'Inserm et publiés dans International Journal of Cancer [105] montre que le risque de cancer du sein est augmenté d'environ 30 % chez les femmes ayant travaillé de nuit par rapport aux autres femmes. Cette augmentation du risque était particulièrement marquée chez les femmes ayant travaillé de nuit pendant plus de 4 ans, ou chez celles dont le rythme de travail était de moins de 3 nuits par semaine, impliquant des décalages de phase plus fréquents entre le rythme de jour et le rythme de nuit. Le travail de nuit est d'ailleurs classé comme cancérigène probable (catégorie 2A) par le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC).

Ces horaires atypiques favorisent aussi l'apparition de certaines pathologies (troubles digestifs, stress, syndromes dépressifs, maladies cardiovasculaires) et contribuent à l'usure prématurée des salariés.... De plus, le travail de nuit hospitalier n'est ni reconnu, ni valorisé de façon juste. Sachant qu'une garde de nuit de 12 heures à la

même valeur que 12 heures de travail de jour dans les obligations de service, et les indemnités de sujétions n'ont pas été revalorisées depuis plus de 10 ans. Cette charge de travail nocturne conduit ainsi à une exposition à de nouveaux risques professionnels (burn out et risques psycho-sociaux) et en sachant qu'actuellement le suivi en médecine du travail des médecins de la nuit n'est toujours pas réglementé et encore moins effectif.

Les autres motifs de reconversion comme la pression du patient et de son entourage, ou les conflits entre collègues, nécessitent la mise en place de programmes de bien-être et de développement de la résistance à l'échelle individuelle comme institutionnelle au sein des établissements.

On peut également envisager d'augmenter le nombre de postes de PH ou au mieux, en améliorer l'accessibilité. Ainsi pourrai-t-on offrir aux médecins un statut stable offrant de réelles perspectives d'évolution afin de limiter les départs des assistants, PHC et PHA qui représentent à eux trois plus de 50% des praticiens reconvertis interrogés dans notre étude.

Ensuite, mettre en place des formations spécifiques afin d'améliorer certaines compétences [106], et mutualiser des postes comme le préconisent les recommandations Samu-Urgences de France concernant l'organisation du travail en médecine d'urgence, semblent nécessaires. Cela consiste pour un même praticien à pouvoir effectuer son temps de travail de manière partagée entre plusieurs types d'activité d'urgence, essentiellement en alternance entre SU, UHCD, SAMU et SMUR. Le terme de « temps partagé » est préconisé et constitue une excellente pratique pour le médecin urgentiste lui permettant ainsi de varier son exercice professionnel, développer et maintenir ses compétences et sa polyvalence. Il faut permettre au praticien sur son temps de travail de réaliser de l'enseignement ou des protocoles de recherche.

Enfin, il faut envisager d'adapter les locaux des structures d'urgence à la pratique de cette spécialité [107], et améliorer l'amont des urgences. C'est-à-dire en évitant l'envoi intempestif des sujets âgés aux urgences alors que des solutions plus programmées, d'admission directe peuvent être mises en place. Ceci passe par la mise en place des recommandations du rapport de l'IGAS de juin 2013, sur la prise en charge des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) [107]. Cela inclut notamment la création d'IDE d'astreinte dans les EHPAD, des équipes mobiles territoriales, l'optimisation des réseaux gériatriques ville-hôpital et « post-MCO (Médecine, Chirurgie et spécialité d'Organe) »... Il en est de même pour la prise en charge des maladies chroniques et de la « bobologie » que la médecine générale libérale doit prendre en charge, en améliorant peut être l'accessibilité et la disponibilité des omnipraticiens. C'est dans ce sens qu'a été mis en place un service d'urgence relative associé au service d'accueil des urgences de la policlinique de Gentilly à Nancy, ou, des cabinets médicaux disponibles pour des soins non programmés comme celui ouvert par SOS médecins à Vandoeuvre les Nancy.

Il faut également agir sur l'inertie de l'aval (lenteur des examens complémentaires et avis spécialisés) en travaillant à l'échelle d'un établissement de soins ou d'une région sur des protocoles de prise en charge, des filières de soins spécifiques répondant aux besoins, et des plateaux techniques adaptés de façon à faciliter les sorties et les hospitalisations des patients comme le préconise le rapport

Carli [109] de septembre 2013. Actuellement, est mise en place des « Bed-manager », qui est un concept anglo-saxon visant à mettre en place une personne affectée à gérer les flux d'aval aux urgences en ayant une vision global de l'hospitalisation, notamment des lits disponibles dans son établissement.

Après cela, il semble aujourd'hui que la mise en place d'un Diplôme d'Etude Spécialisée de Médecine d'Urgence soit inéluctable devant l'harmonisation européenne des cursus universitaire et cela, comme le pense plus de 60% des urgentistes reconvertis interrogés.

Les diplômes de médecine d'urgence ont évolué depuis une trentaine d'années et ont abouti à une reconnaissance universitaire du diplôme. Cette évolution a également amélioré le contenu de l'enseignement de la médecine d'urgence.

La mise en place du DES dans les années à venir permettrait :

- une reconnaissance européenne et ordinale de la spécialité de médecine d'urgence.
- une meilleure gestion des effectifs. En effet actuellement il n'est pas possible d'appréhender le nombre d'urgentistes qui va réellement exercer la profession. Cela explique en partie les effectifs déficitaires de beaucoup de structures d'urgences obligeant le personnel en place à multiplier les heures supplémentaires. Ainsi tous les médecins inscrits au DESC de médecine d'urgence, une fois ce diplôme obtenu, ne vont pas forcément exercer comme urgentistes.
- la filialisation des internes directement en médecine d'urgence et la possibilité de planifier le post-internat de façon à adapter les effectifs en fonction des besoins. Dans ce sens, il faut rendre la spécialité de médecine d'urgence attractive afin d'attirer les étudiants venant de passer l'Examen National Classant.
- de dispenser une formation plus homogène à l'ensemble des futurs urgentistes avec une maquette commune à réaliser au cours de l'internat.
- d'améliorer la formation en initiant la réalisation de stages pour les internes dans plusieurs services de spécialités médicales (médecine interne, réanimation médicale, gériatrie, radiologie, anesthésie...) en plus des services d'urgences habituels déjà présents dans la formation actuelle.

Le niveau élevé de cette future formation et sa durée de 5 ans faciliteront la reconnaissance des futurs médecins urgentistes par leurs confrères des autres spécialités qui ont encore souvent tendance à sous-estimer les praticiens de médecine d'urgence.

Cette reconnaissance du statut de spécialité, avec la mise en place du DES, pourrait enfin offrir une vraie perspective de carrière avec des postes de PU-PH en médecine d'urgence offrant des possibilités d'enseignement universitaire et de développement des filières de recherche spécifiques à la spécialité améliorant les connaissances.

Cependant le DES présente des inconvénients. Sauf possibilité de faire un droit au remord, sa mise en place va limiter la possibilité aux internes de médecine générale (et des autres spécialités) qui souvent découvrent la spécialité d'urgentiste au cours de leur stage obligatoire aux urgences d'exercer cette profession. Par ailleurs la mise en place d'un DES limite les possibilités de reconversion professionnelle. Dans ce sens, il faut également mettre en place des passerelles afin que le DES ne condamne pas les

médecins à rester dans la filière contre leur volonté. Elles permettront ainsi une évolution des carrières médicales et faciliteront le passage de la médecine d'urgence à d'autres pratiques. Il faut également envisager des possibilités de temps partiel avec d'autres activités rattachées à la médecine d'urgence, cette pratique se démocratisant, permettrait de varier les activités et de moins ressentir l'usure inhérente à la profession d'urgentiste.

La mise en place du DES est prévue dans les deux à trois années à venir et elle sera facilitée par la trame inter régionale actuel du DESC de médecine d'urgence qui comporte les principaux éléments nécessaires à sa mise en place.

Enfin, la région Lorraine présente un déficit migratoire avec un solde important de départ selon l'INSEE entre 2001 et 2006 évalué à plus de 29000 sortants en 5 ans. Cela représente un taux annuel de migration nette avec la métropole de l'ordre de -2,6 pour 1000 habitants [110].

Une autre statistique du Conseil de l'Ordre des Médecins présentée dans l'atlas de la démographie médicale de l'année 2013 montre que parmi les 198 médecins nouvellement inscrit au cours de l'année 2007 en Lorraine, 56 ont quitté la région [99]. Ces données relatent la faible attractivité de la région Lorraine, et peuvent en partie participer à expliquer le taux élevé de reconversion retrouvé dans notre enquête au sein des structures d'urgences.

CONCLUSION

Ce travail de thèse, réalisé sur la région Lorraine en 2013, confirme que la spécialité de médecine d'urgence est aujourd'hui confrontée à une vague importante de départ volontaire de ces médecins urgentistes. Notre enquête met en évidence un taux global de reconversion des médecins urgentistes élevé, de l'ordre de **20%** sur la région Lorraine entre 2003 et 2012. Même si le territoire Lorrain présente un solde migratoire des actifs déficitaire, cette désertion du métier se retrouve dans d'autres départements français comme la Loire et également au niveau national. Ce constat, majoré par le fait que la spécialité est déjà déficitaire en terme d'effectif, nous invite à agir rapidement sur les facteurs influençant cette reconversion professionnelle et à tenter de conserver en poste les médecins déjà formés à la prise en charge des urgences.

Les motifs d'abandon de carrière les plus fréquemment évoqués sont, la contrainte de l'organisation des horaires de travail, l'épuisement professionnel ou burn-out et la difficulté à concilier vie professionnelle et familiale. Ces motifs aboutissent à la démotivation de ces praticiens de médecine d'urgence qui ressentent ainsi le besoin d'un nouveau challenge professionnel. Dans ce sens, il serait pertinent d'améliorer les conditions de travail des médecins des structures d'urgences de façon à limiter l'érosion des effectifs d'urgentistes. La profession de médecin urgentiste a également besoin, aujourd'hui, d'une réelle reconnaissance de la pénibilité de son exercice par les instances nationales, car on peut craindre dans les années à venir que tous les hôpitaux du territoire national soient concernés par un manque de personnel formé puisque le recours aux urgences est de plus en plus fréquent dans toutes les régions françaises.

Ce travail, nous renseigne également sur la durée moyenne de carrière des médecins urgentistes avant d'abandonner la profession. On remarque ainsi, qu'après moins de 9 ans d'exercice en médecine d'urgence, près d'un quart d'entre eux quitte le métier suite à des conditions et un rythme de travail inadaptés à un épanouissement professionnel et personnel au long cours. Moins d'un médecin urgentiste sur deux se dirige vers la médecine générale, discipline de formation initiale de la majorité d'entre eux. La spécialité médicale de réanimation arrive comme la seconde voie professionnelle choisie par ces professionnels. Concernant les autres médecins, on observe de trajectoires professionnelles diverses regroupant la télémédecine comme la pratique d'autres spécialités médicales (médecine légale, angiologie, médecine interne, ou médecine esthétique).

La question de la reconversion en médecine d'urgence ouvre ainsi le débat sur l'attractivité de la profession et pose la question essentielle du bien vieillir dans le métier d'urgentiste. La médecine d'urgence est une spécialité jeune sur le plan universitaire et qui a subi de nombreuses évolutions de ses diplômes qualifiants depuis une trentaine d'années. Le diplôme permettant d'exercer en tant qu'urgentiste a évolué en débutant par le stade de capacité, pour évoluer vers un diplôme d'études

spécialisées complémentaires (DESC) actuellement délivré et d'ici 2-3 ans pour devenir un diplôme d'études spécialisées (DES). A l'aube de la mise en place du DES de médecine d'urgence, ce métier doit aujourd'hui évoluer afin de permettre de vivre la médecine d'urgence tout au long de sa vie professionnelle en améliorant les conditions de travail de façon à promouvoir les métiers de l'urgence auprès des jeunes générations.

BIBLIOGRAPHIE.

1. ISPOS / AFPA. La reconversion professionnelle. Enquête réalisée auprès des Français exerçant une activité professionnelle ou en recherche d'emploi. Octobre 2012. 15 p. disponible sur: http://www.ipsos.fr/sites/default/files/attachments/rapport_ipsos_afpa_octobre_2012.pdf (consulté le 03/06/2013).
2. ESTRYN-BEHAR M, DOPPIA MA, GUETARNI K et al. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. 2010 Emerg Med J 2010, 28, pp 397-410.
3. GARRIGUE R, DELASRA C, CASENOVE L et al. Enquête nationale AMUF 2011 : « Médecins urgentistes, quel avenir ? » disponible sur : <http://www.amuf.fr/derni-res-news/enqu-te-nationaleamuf-2011.html> (consulté le 4/03/2013).
4. DREES. La statistique annuelle des établissements (SAE). Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr /enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences,11113.html> (consulté le 01/09/2013).
5. WRENN K, LORENZEN B, JONES I et al. Factors affecting stress in emergency medicine residents while working in the ED. Am J Emerg Med 2010, 28, pp 897-902.
6. LI S, GRANT K, BHOJ T, et al. Resident experience of abuse and harassment emergency medicine: ten years later. J Emerg Med, 2010, 38, pp 248-250.
7. VERMARE E, FRAPPE P. Abandons de carrière en médecine d'urgence. Ann. Fr. Med. Urgence, 2012, 2, pp 232-236.
8. ANONYME. « Urgence ». In Encyclopédie Larousse (en ligne), disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704?q=urgence#79758> (consulté le 02/06/2013).
9. Manifesto for emergency medicine in Europe. Council of the European Society for Emergency Medicine (EuSEM). Eur J Emerg Med, 1998, 5, pp 389-390.
10. Anonyme. La directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005.

11. NEMITZ B, CARLI P, CARPENTIER F, et al. Référentiel métier-compétences pour la spécialité de médecine d'urgence. Ann. Fr .med. urgence, 2011, 2, pp 125-138.
12. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (En ligne). Journal officiel du 22 juillet 2009, disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475> (consulté le 5/08/2013)
13. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique. (En ligne) JO n°119 du 23 mai 2006, p 7535. Disponiblesur :<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT0000788652&dateTexte=&categorieLien=id>. (consulté le 05/08/2013).
14. LEGRAS B. Association des Amis du Musée de la FACULTE de MEDECINE de NANCY. (En ligne) disponible sur : consulté le http://www.aamfmn.fr/Larcan_A.htm (consulté le 21/07/2013).
15. STEG A. L'urgence médicale. Rapport présenté au nom du Conseil économique et social. Journal officiel de la République française, 28 juillet 1984, 77.
16. Anonyme. Arrêté du 13 mars 1986 complétant l'arrêté du 25-07-1985 fixant la liste et la réglementation des capacités en médecine. Journal officiel de la République française, 16 mars 1986, p 4355.
17. Anonyme. Arrêté du 29 avril 1988 fixant la réglementation et la liste des capacités de médecine, Journal officiel de la République française, 8 mai 1988, p 6706.
18. Anonyme. Arrêté du 15 juin 1989 modifiant l'arrêté du 29-04-1988 fixant la réglementation et la liste des capacités de médecine, Journal officiel de la République française, 23 juin 1989, p 7792.
19. Anonyme. Arrêté du 3 juin 1998 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à la réglementation et à la liste des capacités de médecine, Journal officiel de la République française, 11 juin 1998, p 8821.
20. Anonyme. Arrêté du 11 mars 2002 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à la réglementation et à la liste des capacités de médecine, Journal officiel de la République française, 20 mars 2002, 67, p 4957.

21. Anonyme. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées complémentaires de médecine Journal officiel de la République française, 6 octobre 2004, 233, p 17077.
22. PREVEL M, ANDROIKOF M, COUDERT B, et al. Référentiel de compétences d'un médecin urgentiste. Société Française de Médecine d'Urgence, juin 2004. (En ligne) disponible sur : http://www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/competences_medecins_urgences.pdf (consulté le 5/08/2013).
23. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique, JORF n°119 du 23 mai 2006, p 7531. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&dateTexte=&categorieLien=id>. (consulté le 10/08/2013).
24. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article D6124-2 relatif à la médecine d'urgence du Code de Santé Publique, modifié par le Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 – JORF n° 23 du 23 mai 2006, p 1.(en ligne) disponible sur :http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=4E3A90B331E6D1C4940606A47691A4DE.tpdjo07v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916939&dateTexte=20131206&categorieLien=cid.(consulté le 12/08/2013).
25. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique JORF n°119 du 23 mai 2006, p 7535 texte n° 12. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788652&dateTexte=&categorieLien=id>. (consulté le 13/08/2013).
26. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique JORF n°119 du 23 mai 2006, p 7531, texte n° 11.(en ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000788651&dateTexte=&categorieLien=id>. (consulté le 13/08/2013).
27. DRESS. La Statistique annuelle des établissements de santé. L'activité des établissements de santé en 2008. Études et résultats N° 716, février 2010. Publié le 11 février 2010. (En ligne) disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/l-activite-des-etablissements-de-sante-en-2008-en-hospitalisation-complete-et-partielle.5456.html>. (Consulté le 15/08/2013).
28. Direction des Hôpitaux. Circulaire n°4B/D.G.S 3^e/91-34 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements à vocation générale : guide d'organisation. Du 14 mai 1991.

29. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article L6311-1 relatif à l'Aide Médicale Urgente du Code de Santé Publique, modifié par l'Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003, JORF 6 septembre 2003, article 11 (En ligne) disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affich_CodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006691296&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=vig. (Consulté le 22/08/2013).

30. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article L6311-2 relatif à l'Aide Médicale Urgente du Code de Santé Publique, modifié par la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009, article 1. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886395&dateTexte=>. (Consulté le 15/08/2013).

31. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article R 6311-8 relatif au SAMU du Code de Santé Publique, modifié par le Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, JORF n° 172 du 26 juillet 2005. (En ligne) disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affich_CodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006919219&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090709&oldAction=rechCodeArticle. (Consulté le 22/08/2013).

32. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article L.6112-5 relatif au SAMU du Code de Santé Publique, JORF n°5, art 92 du 5 mars 2002. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690690&dateTexte=>. (Consulté le 03/09/2013).

33. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article L.6311-6 relatif au SAMU du Code de Santé Publique, JORF n°172 du 26 juillet 2005. (En ligne) disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=782F509CBD1B5BFCFFAE45774BBD2E35.tpdjo09v_3?idArticle=LEGIARTI000006919216&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20131213. (Consulté le 04/09/2013).

34. MARDEGAN P, Direction Générale de l'Offre de Soins » (D.G.O.S.), Ministère de la Santé et des Sports. Rapport de la mission D.G.O.S relative à la modernisation des SAMU. Etat des lieux, objectifs et recommandations. Juillet 2010, p 25. (En ligne) disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/mission_dgosrapport_modernisation_des_samu-07-2010.pdf. (Consulté le 03/09/2013).

35. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Article R6123-15 relatif au SMUR du Code de la Santé Publique. JORF du 23 mai 2006, article 2. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006916768&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090709&oldAction=rechCodeArticle>.(consulté le 12/09/2013).

36. DRESS. La statistique annuelle des établissements (SAE). Le panorama des établissements de sante. Édition 2012.Novembre 2012, p175. (En ligne) disponible sur : http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/usr%5C../usr/Panorama2012.pdf. (Consulté le 20/09/2013).

37. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins Accueil et traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique. JORF du 10 mai 1995. (En ligne) disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=C7513886402D7FC4EF21876B30CAD49D.tpdjo04v_2?cidTexte=JORFTEXT000000512359&dateTexte=19950510&categorieLien=cid.(Consulté le 15/09/2013).

38. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique. JORF du 10 mai 1995. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000719792>.(Consulté le 15/09/2013).

39. GERBEAUX P, BOURRIER P, et al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. 2001, 14, pp 144-152.

40. ORULOR, Observatoire Régional des Urgences de Lorraine. Activité des structures d'urgences en lorraine. Rapport Annuel 2011.p 90. (En ligne) disponible sur : https://www.sante-lorraine.fr/portail/gallery_files/site/347/355/388.pdf. (Consulté le 12/03/2013).

41. INSEE. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Chiffres clés sur un territoire. Département de la Meurthe-et-Moselle. Janvier 2013. p 2. (En ligne) disponible sur : http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/RS/DEP/RS_DEP54.pdf. (Consulté le 29/09/2013).
42. INSEE. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Chiffres clés sur un territoire. Département de la Moselle. Janvier 2013, p 2. (En ligne) disponible sur : http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/RS/DEP/RS_DEP57.pdf. (Consulté le 29/09/2013).
43. INSEE. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Chiffres clés sur un territoire. Département des Vosges. Janvier 2013, p 2. (En ligne) disponible sur : http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/RS/DEP/RS_DEP88.pdf. (Consulté le 29/09/2013).
44. INSEE. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Chiffres clés sur un territoire. Département de la Meuse. Janvier 2013, p 2. (En ligne) disponible sur : http://www.statistiques-locales.insee.fr/FICHES/RS/DEP/RS_DEP55.pdf. (Consulté le 29/09/2013).
45. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU). Version consolidée au 28 février 2007. (En ligne) disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=0497B521BE59A9F5C2D63CDF05A7A269.tpdjo04v_1?cidTexte=JORFTEXT000000611010. (Consulté le 29/09/2013).
46. MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en des urgences. (En ligne) disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm>. (Consulté le 01/10/2013).
47. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. Instruction DGOS/R2 n° 2013-228 du 6 juin 2013 visant à clarifier le cadre juridique et financier des médecins correspondants du SAMU (MCS). (En ligne) disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/1307/ste_20130007_0000_0073.pdf. (Consulté le 23/09/2013).

48. Anonyme. Décision du Conseil d'Etat n°254024 du 4 février 2005 relative à la durée hebdomadaire de travail des praticiens hospitalier. p 12. (En ligne) disponible sur : <http://www.premiumwanadoo.com/revue.mhp/gardesastreintes/Conseil%2520ETAT%2520SNPHAR%2520Fev%252005.pdf>. (Consulté le 08/10/2013).
49. Appel Médical Search. Deuxième baromètre Appel Médical Search des offres d'emploi médicales. Septembre 2013, p 4. (En ligne) disponible sur : http://www.Appelmedical.com/files/img_am/CP%202%C3%A8me%20%C3%A9dition%20Barom%C3%A8tre%20Appel%20M%C3%A9dical%20Search.pdf. (Consulté le 08/10/2013).
50. PELOUX P, FAGGIANELLI B et al (2011) Enquête nationale AMUF 2011.Médecins urgentiste, quel avenir ? Communiqué de presse (en ligne) disponible sur : <http://www.amuf.fr/derni-res-news/enqu-te-nationaleamuf-2011.html> (Consulté le 29/11/2013).
51. CORIAT P, BRAUN F et al. Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins. Mai 2008, p 29. (En ligne) disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Pierre_Coriat.pdf. (Consulté le 26/09/2013).
52. COLVIN HM, TAYLOR RM. Building a resilient work force opportunities for the department of homeland security. The national academies press, 2012, Washington DC.
53. Anonyme. DIRECTIVE 2003/88/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail du 4 novembre 2003. Journal officiel de l'Union Européenne, 18 novembre 2003, L299/9.
54. LEGA F, MENGONI A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. Health Policy. Decembre 2008, 88(2-3), pp 326-338.
55. POPA F, RAED A, et al. Occupational burnout levels in emergency medicine-a nationwide study and analysis. J Med Life, 2010, 3, pp 207-215.
56. ESTRYN-BEHAR M, DOPPIA MA, et al (2010) Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians-results from the French SESMAT study. Emerg Med J 28, pp397-410.

57. BREMOND M, KRIKORIAN S. Du bon usage de la permanence des soins et de l'urgence. Présentation de la campagne de communication. (En ligne) disponible sur : http://www.urmlra.org/upload/urmlra/urm_etude/pj/hp_685_doc.pdf. (Consulté le 2 janvier 2013).
58. BAUDEAU D, DEVILLE A. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Etudes et Résultats. Juillet 2000, p 72. (En ligne) <http://www.sante-sports.gouv.fr/les-passages-aux-urgences-de-1990-a-1998-une-demande-croissante-de-soins-non-programmes.html>. (Consulté le 04/01/2013).
59. PELLOUX P. Violence aux Urgences. Le Monde. 5 Mai 2012. (En ligne) disponible sur : http://www.lemonde.fr/sante/article/2012/05/09/violences-aux-urgences-il-ne-faut-pas-plus-de-vigiles-mais-plus-de-medecins_1698405_1651302.html?xtmc=pelloux_violence_urgence&xtr=1. (Consulté le 06/05/2013).
60. ONVS. Rapport annuel 2012 de l'observatoire national des violences en milieu de santé. 11 juin 2013. P46. (En ligne) disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/bilan_2012_ONVS-2.pdf. (Consulté le 14/07/2013).
61. POLE EMPLOI. La reconversion professionnelle. 14 novembre 2011. (En ligne) disponible sur : <http://www.pole-emploi.fr/actualites/la-reconversion-professionnelle-@/suarticle.jspz?id=68899>. (Consulté le 03/04/2013).
62. COUPPIE T, GASQUET C et al. Les sept premières années de vie active de la génération 1998. Entre insertion et début de carrière. Bref CEREQ, n° 234, 2006, 9 p.
63. LEGAY A, MARCHAL N. La réorientation professionnelle et le retour en formation : quel impact sur le devenir professionnel des jeunes adultes ? CEREQ Relief, n° 24, 2008, pp 245-259.
64. SIMONNET V. et ULRICH V. La mobilité entre métiers : 30 % des personnes en emploi en 1998 avaient changé de métier en 2003, Premières synthèses, DARES, janvier 2009, n°05, 3 p.
65. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Le congé individuel de formation. Les fiches pratiques du droit du travail. 21 juin 2013, p 4. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/formation-professionnelle,118/le-conge-individuel-de-formation,1070.html>. (Consulté le 23/06/2013).

66. Articles L. 6322-1 du Code du Travail relatif au congé individuel de formation. JORF n° 329 du 13 mars 2007. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI00006904159&dateTexte=20131217>. (Consulté le 13/08/2013).

67. Anonyme. LOI n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie. JORF n° 273, 25 novembre 2009. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021312490>. (Consulté le 15/07/2013).

68. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Le Droit Individuel à la Formation. Les fiches pratiques du droit du travail. 4 octobre 2013. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/formation-professionnelle,118/le-droit-individuel-a-la-formation,1071.html>. (Consulté 08/10/2013).

69. Articles D. 6323-1 à D. 6323-3 du Code du travail relatif au Droit Individuel de Formation. JORF n°329 du 13 mars 2007. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006904223&cidTexte=LEGITEXT000006072050>. (Consulté le 17/07/2013).

70. Décret n°2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'Etat. JORF n°240 du 16 octobre 2007, 32. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000469540&dateTexte=&categorieLien=id>. (Consulté le 17/07/2013).

71. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Le Bilan de Compétence. Les fiches pratiques du droit du travail. 14 mai 2010. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/formation-professionnelle,118/le-bilan-de-competences,1073.html>. (Consulté le 17/07/2013).

72. Article R. 6322-32 du Code du travail relatif au bilan de compétence. JORF n°329 du 13 mars 2007. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000018498154&dateTexte=&categorieLien=cid>; (Consulté le 17/07/2013).

73. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. La validation des acquis de l'expérience. Les fiches pratiques du droit du travail. 4 avril 2012. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/formation-professionnelle,118/la-validation-des-acquis-de-1,1074.html>. (Consulté le 17/07/2013).

74. Article L. 6313-1 du code du travail relatif à la validation des acquis de l'expérience. JORF n° 273, 25 novembre 2009. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000021341894&cidTexte=LEGITEXT000006072050>.(Consulté le 17/07/2013).

75. POLE EMPLOI. Bulletin Officiel. Mise en œuvre des aides et mesures de Pôle emploi : Fiche 6 - Aide à la validation des acquis de l'expérience (VAE).Instruction Pôle emploi n° 2009-305 du 8 décembre 2009. (En ligne) disponible sur : <http://www.pole-emploi.org/communication/instruction-pe-n-2009-305-du-8-decembre-2009-bope-n-2009-101--@/communication/1750/view-article-2577.html>. (Consulté le 18/07/2013).

76. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Le congé pour création ou reprise d'une entreprise. Les fiches pratiques du droit du travail. 7 janvier 2013. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/creation-d-entreprise,128/le-conge-pour-creation-ou-reprise,1169.html>. (Consulté le 18/07/2013).

77. Article L3142-78 du code du travail relatif au congé pour la création ou la reprise d'une entreprise. JORF 30 août 1986. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006902746&dateTexte=&categorieLien=cid>. (Consulté le 18/07/2013).

78. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Le compte épargne temps. Les fiches pratiques du droit du travail. 26 novembre 2010. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/conges-et-absences-du-salarie,114/le-compte-epargne-temps-cet,1045.html>. (Consulté le 18/07/2013).

79. Décret n° 2009-1184 du 5 octobre 2009 relatif aux conditions et modalités de la garantie et de la consignation des droits épargnés par un salarié sur son compte épargne-temps (CET). JORF n° 321 du 7 octobre 2009. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021118968&dateTexte=&categorieLien=id>. (Consulté le 19/07/2013).

80. MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. Les dispositifs publics d'accompagnement des restructurations. Les fiches pratiques du droit du travail. 26 novembre 2010. (En ligne) disponible sur : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/les-fiches-pratiques-du-droit-du,91/formation-professionnelle,118/> (Consulté le 19/07/2013).

81. Direction de l'information légale et administrative. Notice pour le contrat de professionnalisation. 19 juillet 2012. (En ligne) disponible sur : <https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/getNotice.do?cerfaNotice=51650&cerfaFormulaire=12434>. (Consulté le 19/07/2013).

82. AFPA. Reconversion professionnelle : choisir la bonne formation. 14 décembre 2012. (En ligne) disponible sur : <http://www.afpa.fr/actualites/fil-info/details/article/reconversion-professionnelle-choisir-la-bonne-formation.html>. (Consulté le 19/07/2013).

83. POLE EMPLOI. Information, accompagnement et aides pour compléter mes compétences par la formation. (En ligne) disponible sur : <http://www.pole-emploi.fr/candidat/je-me-forme-@/index.jspz?id=77299>. (Consulté le 19/07/2013).

84. CNED. La mission du CNED. (En ligne) disponible sur : <http://www.cned.fr/le-cned/institution/missions-cned.aspx>. (Consulté le 20/07/2013).

85. ALISON. A new world of free certified learning. (En ligne) disponible sur : <http://fr.alison.com/>. (Consulté le 20/08/2013).

86. MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE. France Université Numérique. Octobre 2013. (En ligne) disponible sur : <http://www.france-universite-numerique.fr/>. (Consulté le 12/11/2013).

87. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. La formation tout au long la vie. GRETA. Février 2013. (En ligne) disponible sur : <http://www.education.gouv.fr/cid50753/la-formation-continue-des-adultes-a-l-education-nationale.html#Qu%27est-ce%20qu%27un%20Greta>. (Consulté le 12/11/2013).
88. VEGA A, CABE MH et al. Cessation d'activité libérale des médecins généralistes : motivation et stratégies. Dossiers solidarité et santé n°6, 2008, 15 p.
89. CABE MH, BLANDIN O. « Cessation d'activité des médecins généralistes libéraux – tome II », Document de travail, série Études et Recherche, DREES, Avril 2008, n° 77.
90. JOUATEL L. Cessation anticipée d'activité des médecins généralistes libéraux. Thèse de Médecine. Rennes. Université de Rennes 1, 2010, 119 p.
91. LEGMANN M, NICODEME R. Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins. Janvier-Février 2010, n°9, pp 13-14.
92. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste. JORF 21 mars 2004. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000796401>. (Consulté le 13/11/2013).
93. MINISTERE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DE LA COHESION SOCIALE. Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail. JORF n° 175 du 30 juillet 2004, p 13570. (En ligne) disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000419260&dateTexte=&categorieLien=id>. (Consulté le 13/11/2013).
94. ARS HAUTE NORMANDIE. L'ARS de Haute-Normandie et la Faculté de médecine de Rouen mettent en place un dispositif expérimental :le contrat d'engagement de service public de requalification en médecine générale. Publie le 4 juin 2013. (En ligne) disponible sur : <http://www.ars.haute-normandie.sante.fr/L-ARS-de-Haute-Normandie-et-la.157804.0.html>. (Consulté le 13/11/2013).
95. WIMEL M. Que pensent les médecins généralistes et urgentistes de leurs relations. Etat des lieux dans le bassin de Roanne et dans le Nord Ouest de Lyon. Thèse de médecine. LYON. Université Lyon 1, 2010, p 184.
96. MOROVAL FX. Les gestes techniques de médecin d'urgence : description, apprentissage et maintien des compétences. A propos d'une étude réalisée en Lorraine. Thèse de Médecine. Nancy. Université de Lorraine, 2012, p 350.

97. GRALL JY. Evaluation du plan urgences 2004-2008. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins. Janvier 2007. (En ligne) disponible sur : <http://www.snmrhp.org/Data/ModuleGestionDeContenu/application/218.pdf>. (Consulté le 20/01/2014)
98. MORONVAL FX, PARANT C et al. Cartographie des urgentistes. Qui sommes-nous actuellement ? Les RDV de l'urgence. SFMU. Juin 2013. (En ligne) disponible sur : <http://www.sfm.org/urgences2013/urgences2013/donnees/communications/resume/posters/P023.pdf>.(consulté le 15/11/2013).
99. RAULT JF, LE BRETON-LEROUVILLOIS G. La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2013. Ordre National des Médecins.2013. (En ligne) disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf. (Consulté le 15/11/2013).
100. COLVIN HM, TAYLOR RM. Building a resilient workforce. Opportunities for the Department of Homeland Security. The national academies press, Washington DC, 2012.
101. POPA F, RAED A, PURCAREA VL, et al. Occupational burnout levels in emergency medicine-a nationwide study and analysis. J Med Life, 2010, 3, pp 207-215.
102. SENDE J, JBEILI C, SCHVAHN S et al. Stress factors and stress consequences among emergency physicians: National survey. Annales Fr Med Urg, 2012, vol. 2, n°4, pp 224-231.
103. Référentiel Samu-Urgences de France. (2011) Recommandations sur les effectifs des structures d'urgence : les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence. Novembre 2011, p22. (En ligne) disponible sur : http://www.samu-defrance.fr/fr/ressources_pro/exercice_pro/exercice_pro_actu/front/afficher/?id_actu=654. (Consulté le 10 septembre 2013).
104. Conférence Nationale des Centres Hospitaliers. Présidents des Commissions Médicales d'Etablissements. Enquête sur la démographie médicale aux urgences. Juillet 2010. (En ligne) disponible sur : http://www.frequencem.com/pdf/enquete_demographie_medicale_Urgences2010.pdf. (Consulté le 12 novembre 2013).
105. MENEGAUX F, TRUONG T, ANGER A et al. Night work and breast cancer: a population-based case-control study in France (the CECILE study). Int J Cancer, 2013 feb 15, 132, 4, pp 924-931.
106. MERCIER JC, MARTINOT A, PAREZ N, et al (2012) Référentiel métier compétences pour la sur spécialité de médecine d'urgence pédiatrique. Ann Fr Med Urg 2012, 2, pp 139-146.

107. Société francophone de médecine d'urgence. Recommandations de la SFMU sur l'architecture des services d'urgence. 2004. (En ligne) disponible sur : http://www.sfmu.org/fr/ressources/referentiels/recom_sfmu_archi_service_urg.pdf (Consulté le 11 juillet 2013).
108. MOUNIER C, WAQUET C. Comité national de pilotage sur le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : rapport sur la mise en œuvre des projets pilotes. Inspection générale des affaires sociales, juin 2013, p 85.
109. CARLI P. Propositions de recommandations de bonne pratique facilitant l'hospitalisation des patients en provenance des services d'urgences. Septembre 2013. (En ligne) disponible sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Carli_2013_aval_des_urgences.pdf. (Consulté le 8 octobre 2013).
110. INSEE. Les migrations en Lorraine : un bilan préoccupant pour l'avenir. Economie Lorraine N°191-192. Novembre 2009. (En ligne) disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=15621&page=EL/EL191-192/EL191-192_1.htm. (Consulté le 1 décembre 2013).

ANNEXES

ANNEXE 1



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
PÔLE URGENCES ET REANIMATION MEDICALE
SERVICE DE REANIMATION MEDICALE

Chefs de services
Services d'Accueil des Urgences
Région Lorraine

Le 11 Mars 2013

Chers Collègues, Cher(e)s Ami(e)s,

Comme vous le savez toutes et tous, les difficultés de démographie médicale n'épargnent pas la médecine d'urgence dans la région lorraine. En tant que coordonnateur régional du DESC de médecine d'urgence, j'ai eu l'occasion d'avoir de fréquents contacts avec vous et de mesurer les difficultés de stabiliser une équipe d'effectifs suffisants pour fonctionner dans des bonnes conditions, préalable sans doute indispensable à une bonne sédentarisation des médecins dans notre région.

Beaucoup de spécialités médicales ont travaillé sur leurs perspectives démographiques, les résultats de ces travaux ayant été d'affiner les nombres d'internes dans les filières de leurs DES respectifs. Un tel travail n'a pas encore été entrepris, en tous cas récemment pour ce qui concerne la médecine d'urgence. Celle-ci est en attente d'obtention d'un DES, qui permettra d'obtenir la consécration d'une véritable spécialité et également d'une véritable filière au sein de l'internat avec un nombre annuel garanti de postes.

Les calculs démographiques simples fondés sur l'âge des médecins actuellement en poste ont leurs limites pour la médecine d'urgence, dans la mesure où un certain « taux de fuite » est observé, lié peut être à une région moins attractive que d'autres, à la pénibilité indéniable et probablement croissante du métier, à l'usure...

Il nous a donc paru important de faire un état des lieux précis de la situation avec notamment l'estimation de la durée de vie professionnelle moyenne d'un urgentiste dans la région lorraine et des facteurs qui peuvent y être associés. Nous souhaitons de plus connaître les raisons des départs ou mutations ou reconversions de ces médecins.

Ce travail soutenu par le COLMU et indispensable à brève échéance pour l'ARS doit être entrepris sans délai et nous serons aidés pour cela par Monsieur Gautier STOFFEL dont ce sera le travail de thèse de doctorat en médecine sous la direction du Docteur Michaël SEGONDY.

Pour ce qui vous concerne, notre souhait est que vous puissiez nous fournir une liste de l'ensemble des médecins urgentistes assistants ou praticiens hospitaliers (employés à 50 % ETP minimum) ayant travaillé dans votre service entre le 1^{er} Janvier 2003 et le 31 Décembre 2012 avec le mois et l'année d'embauche et, le cas échéant, le mois et l'année de départ du médecin considéré de votre service (ou son passage à moins de 50 % ETP). De plus, les coordonnées de ces personnes nous seront très utiles si vous en disposez. Je pense que vos directions respectives des affaires médicales doivent pouvoir vous fournir facilement ce type de renseignements. Pour les services de petite taille, c'est probablement réalisable encore plus simplement à l'aide de vos archives.

Secrétariat : 33 (03) 83.85.14.94
Télécopie : 33 (03) 83.85.85.11
E-mail : pe.bollaert@chu-nancy.fr

CHU de NANCY- Hôpital Central - 29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - CO 60034 - 54035 NANCY CEDEX - Tel : 33 (0)3 83 85 85 85



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
PÔLE URGENCES ET REANIMATION MEDICALE
SERVICE DE REANIMATION MEDICALE

Il serait souhaitable que ces données puissent m'être réadressées avant le 15 Avril prochain, afin de travailler dans des délais raisonnables. L'ensemble des médecins ayant quitté votre service durant la période considérée sera contacté par G. STOFFEL pour renseigner un questionnaire concernant notamment les raisons de leur mutation, arrêt d'activité ou réorientation professionnelle.

Vous serez bien entendu informés de l'ensemble des résultats de ce travail dont l'importance capitale pour l'avenir de la discipline en Lorraine ne peut vous échapper. Je vous remercie donc à l'avance de votre indispensable contribution, qui ne devrait pas vous prendre trop de temps.

Je vous prie de croire, Chers Collègues, Cher(e)s Ami(e)s, à l'assurance de mes sentiments dévoués et très cordiaux.

Professeur P.E. BOLLAERT
Coordonnateur du DESC
de médecine d'urgence

Docteur M. SEGONDY

G. STOFFEL

ANNEXE 2

Questionnaire : reconversion professionnelle des médecins urgentistes.

A. Votre profil :

1. Vous êtes :

- un homme.
- une femme.

2. Quel est votre âge :

.....

3. Votre situation familiale :

- célibataire
- en couple

4. Avez-vous des enfants ?

- aucun.
- un.
- deux.
- trois.
- quatre et plus.

5. Quelle est votre formation initiale d'urgentiste ?

- CAMU : Capacité d'Aide Médicale Urgente.
- CMU : Capacité de Médecine d'Urgence.
- DESC de médecine d'urgence.
- autre. précisez...

6. Combien d'année(s) avez-vous travaillé comme médecin urgentiste ?

Durée cumulée d'exercice

7. Exercez vous encore une activité d'urgentiste ?

- oui.
- non.

Si oui, à quel rythme ?

8. Dans quel service avez-vous principalement exercé ?

- urgences générales (adultes, enfants, SMUR et SAMU)
- urgences adultes.
- urgences pédiatriques.
- SAMU.
- UHCD.
- SMUR.
- autre (CAP/ UMJ...).

9. Avant votre reconversion professionnelle, quel était votre statut lors de votre activité d'urgentiste ?

- ACC / Assistant spécialiste.
- praticien Hospitalier.
- praticien Hospitalier Contractuel.
- intérimaire.
- praticien hospitalier attaché.
- salarié privé ou médecin libéral.
- autre.

10. Dans quelle structure avez-vous exercé votre métier d'urgentiste, avant votre reconversion professionnelle ?

- CHU.
- CHG.
- établissement privé.
- autre. Précisez.....

B. Les raisons de votre reconversion :

11. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous souhaité vous réorienter professionnellement ?

Erreur d'orientation initiale.

- Oui
- non

Absence de poste proposé à la fin de votre formation initiale.

- Oui
- non

Démotivation /ennui.

- Oui
- non

Conditions salariales peu intéressantes.

- Oui
- non

Contraintes horaires : gardes de nuit et de weekend.

- Oui
- non

Relations conflictuelles sur votre lieu de travail (hiérarchie /collègues/administration).

- Oui
- Non

Travail en équipe non satisfaisant.

- Oui
- non

Epuisement professionnel (burn out).

- Oui
- non

Peur de l'erreur médicale.

- Oui
- non

Suite à une plainte médico légale.

- Oui
- non

Confrontation quotidienne à la violence.

- Oui
- non

Inadéquation avec la vie personnelle et/ou familiale.

- Oui
- non

Besoin d'un nouveau challenge professionnel.

- Oui
- non

Proposition d'emploi pour un autre poste.

- Oui
- non

Autre. Précisez...

12. Lors de votre reconversion professionnelle, avez-vous entrepris une formation professionnelle complémentaire ?

- non.
- oui. Si oui, quelle est cette formation ?
Est-elle universitaire ?

13. Quelle est votre nouvelle activité professionnelle ?

- médecin généraliste.
- médecin Réanimateur.
- gériatre.
- médecin du travail.
- Médecin légiste
- médecin de soins palliatifs
- médecin addictologue
- autre activité dans le domaine médical. Précisez...
- autre activité dans un domaine non médical. Précisez...

14. Quels changements dans votre statut et /ou dans votre activité, vous auraient-ils permis de rester médecin urgentiste ?

Une reconnaissance de la spécialité d'urgentiste ?

- oui
- non

Une carrière universitaire ?

- oui
- Non

Une diminution de votre temps de travail ?

- Oui
- Non

Un changement de votre lieu d'exercice ?

- Oui
- Non

Un arrêt des gardes nuit/ weekend ?

- Oui
- Non

Une augmentation de salaire ?

- Oui
- Non

Autre : précisez.....

C. Bilan à distance.

15. Etes-vous satisfait de votre reconversion professionnelle ?

- oui
- non.

16. Avez-vous réduit votre temps de travail ?

- oui
- non.

17. Avez-vous subi une baisse de revenus?

- oui
- non.

18. Vous sentez vous plus épanoui dans votre vie professionnelle ?

- oui.
- non.

19. Pensez-vous que la mise en place d'un DES de médecine d'urgence soit pertinente ?

- oui
- non.

REMARQUE(S) :

VU

NANCY, le **28 janvier 2014**
Le Président de Thèse

NANCY, le **29 janvier 2014**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur P.E. BOLLAERT

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6748

NANCY, le **7 février 2014**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Pour le Président et par délégation

Le Vice-Président

Martial DELIGNON

RESUME DE LA THESE

Objectifs : l'objectif principal de cette étude était d'évaluer la proportion d'urgentistes en exercice entre le premier janvier 2003 et le 31 décembre 2012 dans la région Lorraine ayant abandonné la médecine d'urgence. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la durée d'exercice de la médecine d'urgence avant reconversion, de connaître les facteurs et les motivations ayant contribué aux changements d'activités et de décrire les types de reconversion et les différentes voies professionnelles choisies.

Matériel et méthodes : une enquête par questionnaire papier et internet a été réalisée entre mai et octobre 2013 auprès de l'ensemble des urgentistes Lorrains s'étant reconvertis lors de la décennie étudiée.

Résultats : sur les 72 urgentistes reconvertis, 10 n'ont pu être contactés et 36 (58 %) des 62 médecins contactés ont répondu. Entre 2003 et 2012, soixante douze urgentistes ont arrêté d'exercer la médecine d'urgence sur les 366 médecins ayant exercé la médecine d'urgence en Lorraine, soit 19,7 % IC95 [15,6 ; 23,7] après 8,9 années d'exercice en moyenne. 40% d'entre eux se sont réorientés vers la médecine générale. Les autres reconversions les plus fréquemment recensées sont pour 14% la réanimation puis l'activité de SOS médecins, la médecine gériatrique et l'activité de télé médecine avec pour chacune d'entre elles 5% de réorientés. Les motifs de réorientation étaient essentiellement liés aux contraintes horaires du planning, à l'épuisement professionnel, au retentissement de la profession sur la vie personnelle ainsi que la violence et les relations conflictuelles sur le lieu de travail. Ces motifs aboutissent à une démotivation des médecins urgentistes, exprimant ainsi le besoin d'un nouveau challenge professionnel.

Conclusion : Entre le 1^{ER} janvier 2003 et le 31 décembre 2012, environ 20% des médecins urgentistes Lorrains se sont reconvertis. Les motifs d'abandon incriminés sont essentiellement liés aux conditions d'exercices de cette spécialité.

TITRE EN ANGLAIS:

Retraining of emergency doctors. Interviews conducted with emergency doctors of Lorraine retrained between 2003 and 2012.

THESE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2014

MOTS CLES:

Médecine d'urgence, reconversion professionnelle, abandon de carrière, trajectoire professionnelle.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye,
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex