



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-theses-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>

Double . 174992

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
2004

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 79

THÈSE



Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Thierry KUBEK

Le 28 juin 2004

FONCTIONS ET ENCADREMENT DES RESIDENTS DE MEDECINE GENERALE AU COURS DU STAGE OBLIGATOIRE DANS LES SERVICES D'URGENCES. REFLEXION A PARTIR D'UNE ENQUETE EN LORRAINE.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur DE KORWIN J-D.

Président

M. le Professeur LAMBERT H.

}

M. le Professeur LEVY B.

}

Juges

M. le Docteur BELLOU A.

}

M. le Docteur PETIT J-L.

}

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 229552 7

THÈSE



Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Thierry KUBEK

Le 28 juin 2004

FONCTIONS ET ENCADREMENT DES RESIDENTS DE MEDECINE GENERALE AU COURS DU STAGE OBLIGATOIRE DANS LES SERVICES D'URGENCES. REFLEXION A PARTIR D'UNE ENQUETE EN LORRAINE.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur DE KORWIN J-D.

Président

M. le Professeur LAMBERT H.

}

M. le Professeur LEVY B.

}

Juges

M. le Docteur BELLOU A.

}

M. le Docteur PETIT J-L.

}

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER – Gérard FIEVE

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

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

Professeur Guy PETIET – 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 – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

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 et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

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

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie et maladies métaboliques*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**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)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD

Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel BOULANGE

Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE

Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT

Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des

Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

DEDICACES

A notre Maître et Président de thèse

Monsieur le Professeur J-D. DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence du Jury de cette thèse.

Au cours de nos études, nous avons pu apprécier votre érudition, vos grandes qualités d'enseignant et de clinicien.

Veillez trouver dans ce travail l'expression de notre sincère admiration et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur H. LAMBERT

Professeur de Réanimation Médicale

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions de bien avoir voulu honorer de votre attention ce travail.

Nous avons toujours apprécié votre enthousiasme, votre enseignement et vos qualités humaines.

Que cette thèse soit le témoignage de notre sincère admiration.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur H. LEVY

Professeur de Réanimation Médicale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en siégeant à notre jury.

Vous nous avez fait bénéficier de vos connaissances et de votre savoir tout au long de notre cursus.

Veillez accepter l'expression de notre reconnaissance et de notre grand respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur A. BELLOU

Praticien hospitalier

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant d'être notre juge.

Nous avons pu bénéficier de votre enseignement et de vos connaissances dans le domaine de la médecine d'urgence.

Soyez certain de notre extrême gratitude et de notre grand respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Docteur J-L. PETIT

Praticien hospitalier

Nous vous remercions de nous avoir confié la réalisation de ce travail et d'en avoir suivi le déroulement avec bienveillance.

Nous avons apprécié vos connaissances vastes, vos qualités didactiques remarquables, et aimé travailler à vos côtés pour votre gentillesse et votre humour.

Nous vous exprimons notre sincère reconnaissance et notre profond respect.

A mes parents,
Pour toute l'aide que vous m'avez apporté au long de mes études.
Pour m'avoir aidé à devenir ce que je suis.
Que cette thèse soit aussi votre récompense.
Recevez tout l'amour de votre fils.

A ma grande sœur Françoise,
Pour tout ce que tu as fait pour moi.
Je te remercie du fonds du cœur.

A mon beau-frère Denis, merci pour ton aide.

A mes grands-mères Irène et Stanislaw.

A la mémoire de mes grands-pères Jean et Valentin.

A la mémoire de mon oncle Joel.

A ma famille.

A Audrey.

A Yvonick et Carla, vous vous reconnaissez.

A Dud et Sato, merci pour votre aide.

A Fabien et Nadia.

A Benj, Fred, Dom, Nath... Stéph, Tewfeck, Manu, Sophie, Laetitia, Gaga...

A mes confrères des urgences de Thionville, pour leur confiance.

A l'équipe des urgences de Thionville qui va devoir me supporter : courage.

Aux IADE et chauffeurs du SMUR de Thionville, que la force soit avec vous.

A mes amis.

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 **MATIERES**

DEDICACES	p.8
SERMENT	p.16
TABLE DES MATIERES	p.17
INTRODUCTION	p.21
I) <u>GENERALITES</u>	p.22
II) <u>HISTORIQUE</u>	p.23
III) <u>TEXTES ET NOUVEAUX DECRETS</u>	p.26
1) Textes et décret	p.26
2) Nouveau décret de médecine générale	p.30
3) Choix des stages du résidanat	p.31
IV) <u>OBJECTIF DE CE TRAVAIL</u>	p.32
METHODES	p.34
I) <u>DESCRIPTION GEOGRAPHIQUE – CHRONOLOGIE DE L'ETUDE</u>	p.35
II) <u>MODALITES : les questionnaires</u>	p.38
1) Questionnaires déjà existants	p.38
a) questionnaire DRASS	p.39
b) Bordereaux SAE Q13A et Q13B	p.39
2) Création du questionnaire destiné aux internes	p.40
III) <u>MODALITES D'EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES</u>	p.41
1) pour les questions à réponse binaire	p.41
2) pour les questions à réponse ouverte	p.41
IV) <u>CONCLUSION DES METHODES</u>	p.42

RESULTATS	p.43
I) POPULATION CONCERNEE PAR LES QUESTIONNAIRES	p.44
1) questionnaire DRASS	p.44
2) questionnaire des internes	p.45
II) ACTIVITE DES DIFFERENTS SERVICES	p.50
1) questionnaire DRASS	p.50
2) questionnaire SAE	p.54
III) FORMATION ET ENCADREMENT DES INTERNES	p.60
1) résultats du questionnaire DRASS	p.60
2) résultats du questionnaire des internes	p.66
a. fonctions	p.66
b. encadrement	p.74
3) comparaison des questionnaires	p.82
IV) PROPOSITIONS DU QUESTIONNAIRE INTERNES	p.87
DISCUSSION	p.94
I) LIMITES DE L'ETUDE	p.95
II) COMMENTAIRES	p.96
1 Sur une planification du stage obligatoire dans un service d'urgence	p.96
2 Sur la mise en place d'un référentiel : objectifs et livret de stage	p.97
3 Sur des passerelles entre les différents services et une meilleure répartition des internes	p.99
4 Sur une meilleure implication de tous les acteurs	p.102

III) <u>PROPOSITIONS</u>	p.104
1) de certains auteurs	p.104
2) de notre travail	p.105

CONCLUSION	p.108
-------------------	-------

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p.111
------------------------------------	-------

ANNEXES	p.119
----------------	-------

Annexe 1	p.120
----------	-------

Annexe 2	p.125
----------	-------

Annexe 3	p.130
----------	-------

Annexe 4	p.134
----------	-------

INTRODUCTION

D)GENERALITES

Il me revient souvent à l'esprit cette phrase du Dr Deslandes directeur de la revue Urgence Pratique, anesthésiste-réanimateur et ancien colonel des sapeurs pompiers: «Quand nous sommes sortis fraîchement diplômés de la faculté de médecine, nous autres anesthésistes-réanimateurs pensions que l'urgence c'est nous! 20 ans plus tard, nous réalisons que l'urgence c'est les gars de proximité ».

Partout dans le monde, le premier maillon de l'urgence (le maillon pré hospitalier) est la chasse gardée des médecins généralistes (qu'ils soient privés, publics, ou incorporés dans les rangs de la protection civile ou des sapeurs pompiers)...rompus aux techniques médicales de l'urgence, par le biais de formations pratiques et ponctuelles aux gestes qui sauvent, dispensées par des gens du terrain.

Il ne s'agit pas pour un médecin généraliste en exercice de retourner sur les bancs de l'université pour réapprendre la médecine, mais de posséder un minimum de connaissances pratiques (Conduites à tenir,...) lui permettant de faire des gestes simples (Position Latérale de Sécurité, Massage Cardiaque Externe,...) et d'acquérir les réflexes devant les situations d'urgence où le temps est un véritable tueur!

Aujourd'hui, plus que jamais, il existe un réel besoin de formation cohérent des futurs médecins généraliste à l'urgence (1, 2, 3).

II) HISTORIQUE

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés. En France, l'attention s'est longtemps focalisée sur le volume et l'organisation de la réponse à cette demande (4).

Cette organisation est aujourd'hui une priorité de santé publique.

La médecine d'urgence est une discipline transversale. Elle est la science de l'aigu, c'est-à-dire de la prise en charge des motifs de recours non programmés et indifférenciés. Elle est la médecine de la première heure avec son contexte spécifique du processus de décision : simultanéité de l'identification des signes de gravité et de la décision d'action. Elle est aussi la science de l'organisation et du fonctionnement en une filière de soins centrée sur le patient. Organisée autour de structures et d'acteurs aux compétences synergiques prenant en charge les mêmes patients, elle partage avec d'autres spécialités (réanimation,...) certaines de ces caractéristiques. Elle se situe en amont d'elles.

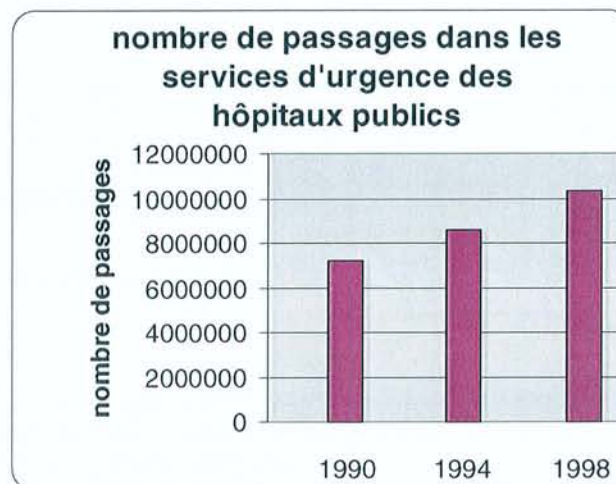
La création et le développement de la spécialité de Médecine d'Urgence aux U.S.A et dans 17 autres pays ont été suivis en France par le développement d'une spécialité d'exercice non officielle (5).

Une recherche clinique et organisationnelle s'est mise en place à travers des initiatives individuelles et les sociétés savantes rassemblant les acteurs de la Médecine d'Urgence : Société Francophone de Médecine d'Urgence et S.A.M.U de France. Depuis 1994, des postes de praticiens hospitaliers ont été mis au concours dans une discipline spécifique : la Médecine Polyvalente d'Urgence, rendant plus évidente la nécessité d'une discipline universitaire. Ainsi, la composition d'un jury est réalisée par des spécialistes hospitaliers.

Des besoins d'enseignement spécifique sont apparus et devinrent obligatoires dans le premier et le deuxième cycle des études médicales. Alors que le travail en garde devenait obligatoire et mieux organisé, l'enseignement est resté fragmenté, sans réelle transversalité ni homogénéité des contenus. Au niveau du troisième cycle, alors que la formation des résidents restait insuffisante ou absente, des diplômes d'Université de Médecine d'Urgence étaient créés, suivis par une Capacité d'Aide Médicale Urgente (1988) puis une Capacité de Médecine d'Urgence (1998). Malgré l'actualisation en cours, la Capacité est devenue insuffisante pour l'acquisition des compétences en Médecine d'Urgence. Elle aura été une étape. Il est maintenant envisagé de créer un Diplôme d'Etude Spécialisée Complémentaire (D.E.S.C.) de médecine d'urgence qui devrait voir le jour dans les prochains mois.

De 1990 à 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics hospitaliers de la France métropolitaine est passé de 7203000 à 10331000 (6), soit une augmentation de 43% en huit ans (+4,6% par an) (graphique 1).

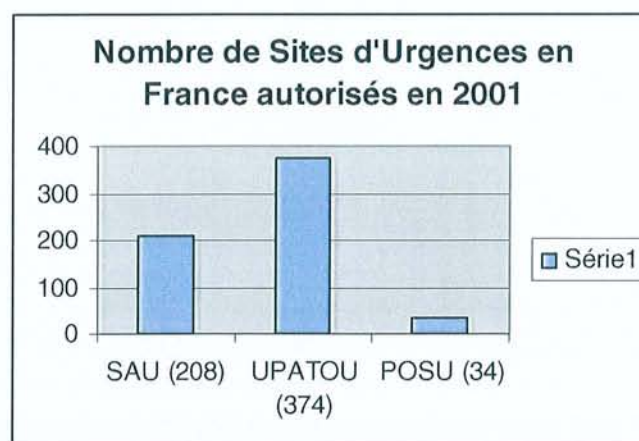
Graphique 1



Sources : DREES – H80 1990, SAE 1994 et 1998

En 1990, on comptait 127 passages en urgence dans les établissements hospitaliers publics pour 1000 habitants et en 1998, on en dénombrait 176. En 2001, les 616 sites d'urgence autorisés (graphique 2) ont enregistré près de 13,4 millions de passages en 2001, soit une augmentation de près de 4% par rapport à 2000. Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64% entre 1990 et 2000, soit une progression annuelle de 4,6%.

Graphique 2



34 pôles spécialisés (POSU), 208 services d'accueil et traitements des urgences (SAU) et 374 unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).

III) NOUVEAUX TEXTES ET DECRETS

1) TEXTES ET DECRETS

L'adaptation et le développement de la Médecine d'Urgence en France devient donc un impératif afin de répondre aux besoins accrus de soins urgents et/ou perçus comme urgents par nos compatriotes, leurs médecins et les organisations de premier secours. Une réponse adaptée est désormais ardemment nécessaire pour suivre les chemins ouverts il y a plus de trente ans par des pionniers : les Professeurs CARA, LARENG, RAPIN ... confortés par les avis rendus par l'Académie Nationale de Médecine et le Professeur STEG en 1992 (7) dans ses deux rapports.

En effet, dans les propositions extraites du rapport de la commission nationale de restructuration des urgences, la formation à l'urgence représente une des composantes majeures du programme. Son objectif est basé sur une formation spécifique à plusieurs niveaux. Il permet d'améliorer à la fois la compétence en matière d'urgence des médecins généralistes, mais aussi de favoriser leur plus grande implication dans la prise en charge quotidienne des urgences.

Toutes ces réflexions ont amené une indispensable réforme de l'enseignement de la médecine, liée aux nouvelles pratiques de soins. La nécessité de promouvoir une recherche clinique, fondamentale, pédagogique et organisationnelle recouvrant toutes ces spécificités s'est imposée.

Les rapports des ministres de la santé successifs, Bernard KOUCHNER (8) et MATTEI (9) abondent dans ce sens.

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a constitué une priorité de santé publique dans toutes les régions. Les ARH ont toutes élaboré un volet urgences dans leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) de 2^e génération (1999-2004) (10) et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services.

Le SROS va désormais au-delà d'un simple exercice de répartition des moyens en installations, déterminés par la carte sanitaire. Il fixe les objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Il prévoit l'organisation territoriale des moyens qui permettent la réalisation des objectifs. Il vise à susciter les adaptations du dispositif hospitalier, notamment les coopérations entre les établissements de santé et avec la médecine ambulatoire. Il peut comporter des recommandations pour réaliser des objectifs.

Le SROS améliore le système de soins en besoins de santé par la promotion de la coordination entre le secteur hospitalier, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Le SROS est un document de cadrage des grands axes de la recomposition hospitalière dans une région. Les objectifs qu'il retient, visent à corriger les principaux dysfonctionnements que le bilan de l'existant ont révélés. Le SROS indique les cibles à atteindre mais laisse des marges de manœuvre aux établissements de santé sur les modalités. Sa mise en œuvre s'appuie sur les contrats d'objectifs et de moyens qui sont négociés entre l'agence régionale de l'hospitalisation et chaque établissement de santé. Il permet par la simple délivrance des autorisations, l'approbation des projets d'établissements ou encore l'agrément des réseaux.

La circulaire du 26 mars 1998 (10) (et ses annexes) donnait des indications de méthode et de contenu que les régions ont largement pris en compte.

Pour sa part, l'Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) (11) a procédé à une vaste enquête auprès des acteurs de la planification sanitaire afin d'apprécier leur participation à la construction du système de santé dans le cadre des SROS.

Ainsi, La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation de Soins (DHOS) s'est engagée, avec les agences régionales d'hospitalisation, à élaborer une méthode de suivi de la mise en œuvre des SROS. Elle traduit par la détermination d'un ensemble d'indicateurs sur la nouvelle organisation des soins, notamment en matière d'urgence, de cancérologie, de périnatalité.

Dans le domaine de l'urgence, les SROS vont permettre de :

- Améliorer la sécurité des soins avec une meilleure répartition des sites d'urgence, leur identification et leur coordination.
- Organiser la régulation pré-hospitalière pour permettre une régulation optimale des urgences vitales.
- Associer les médecins de ville à l'urgence, et optimiser la charge de l'urgence pré-hospitalière.

Ainsi, Il est prévu d'autoriser 600 sites d'urgence (SAU-UPATOU-POSU). Leur autorisation et modalités de fonctionnement, et leurs conditions d'implantation sont présentées en annexe 1.

La prise en charge des urgences est l'une des grandes priorités de l'organisation de notre système de soins. Jean-françois Mattei, lorsqu'il était déjà il y a peu de temps ministre

de la santé, de la famille et des personnes handicapées a souhaité que des mesures opérationnelles soient mises en œuvre rapidement au plan national et régional, grâce au travail entrepris avec l'ensemble des représentants des acteurs de santé.

De son côté, le Comité National d'Evaluation (CNE) des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel avait choisi d'évaluer le 3ème cycle de médecine générale (12). Cela traduisait une préoccupation de plus en plus grande des responsables de l'enseignement supérieur, en France comme en Europe, et particulièrement pour les formations à forte implication professionnelle.

Il est bon de rappeler que tous les indicateurs de santé publique (couverture des soins, taux de mortalité, espérance de vie, etc.) montrent que la France tient une place très honorable dans le domaine de la médecine générale.

Cette évaluation a pour objectif de contribuer à améliorer la formation universitaire des étudiants en médecine générale, d'où le but de cette thèse. Elle ne conduit en aucun cas à juger la qualité de la médecine générale telle qu'elle est exercée en France.

Les finalités de l'évaluation ont été ainsi définies dans le guide pour l'évaluation interne :

“L'évaluation conduite par le CNE doit répondre à plusieurs objectifs : actualiser les informations disponibles ; proposer un état des lieux aussi complet que possible (UFR par UFR) de la formation dispensée aux résidents de médecine générale et des structures en charge de cette formation ; replacer cette formation dans un contexte plus large, depuis l'initiation à la médecine générale offerte avant le 3ème cycle jusqu'à la formation complémentaire et continue ; situer le cursus français dans une perspective internationale, et notamment européenne.

En encourageant, au sein des universités, une démarche d'évaluation interne, en établissant un bilan national de la formation dispensée aux futurs médecins généralistes et en formulant des recommandations, le Comité national d'évaluation entend proposer aux responsables universitaires et politiques des éléments d'aide à la décision."

2) NOUVEAUX DECRETS DE MEDECINE GENERALE

L'organisation des études de 3^e cycle de médecine générale, conformément aux textes du décret du 7 avril 1988, de l'arrêté du 29 avril 1988 et des décrets du 16 mai 1997, comprenait sur une durée de 5 semestres, une formation théorique et une formation pratique. Le décret du 19 janvier 2001 (13) porte maintenant ce 3^e cycle à une durée de 3 ans à temps pleins, soit 6 semestres. La validation des enseignements théoriques et de la formation pratique est prononcée en fonction des critères en vigueur lors de l'entrée du résident en 3^e cycle de médecine générale. L'arrêté du 19 octobre 2001 a fixé les modalités toujours en vigueur de l'enseignement du 3^e cycle de médecine générale particulièrement l'organisation des stages suite à l'introduction du 6^e semestre. Concernant la formation pratique, trois semestres devront obligatoirement être effectués dans des services agréés pour la médecine générale, un en médecine adulte (médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie de court séjour), un en gynécologie-obstétrique et pédiatrie et un en médecine d'urgence (14). Ces stages s'effectuent en milieu hospitalier dans des services ayant l'agrément pour la médecine générale, agrément donné par la Faculté de Médecine en lien avec la DRASS de la région correspondante. Cette commission d'agrément se réunit chaque année, présidée par le doyen de l'U.F.R. de médecine.

3) CHOIX DES STAGES DU RESIDANAT

Le choix des postes hospitaliers (4 semestres) est couplé avec le choix du stage auprès du praticien, et du stage préférentiellement ambulatoire (« 6^e semestre »). Le choix des postes des résidents s'effectue à l'ancienneté et au mérite sur une liste unique arrêtée chaque semestre en fonction du nombre d'étudiants attendus. Le choix a lieu à la faculté de médecine fin septembre début octobre et fin mars début avril. La liste des postes est arrêtée lors de la Commission d'adéquation des stages qui a lieu avant chaque répartition sous l'autorité du Médecin Inspecteur de la D.R.A.S.S. Cette liste est envoyée à chaque étudiant.

Les obligations normales de service du résident, comme de l'interne de spécialité, sont de onze demi-journées par semaine.

La formation du troisième cycle de médecine générale comporte des stages pratiques et un enseignement théorique qui se déroulent sur six semestres. Ces enseignements doivent permettre aux résidents d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires à leur future pratique de médecin généraliste. Les stages hospitaliers ou auprès des praticiens, sont destinés à leur forger des comportements adaptés en situation professionnelle réelle.

Le tronc commun des connaissances médicales leur a été enseigné au cours du deuxième cycle. L'enseignement théorique qui est dispensé au cours du troisième cycle est destiné à fournir un certain nombre de concepts et de connaissances pratiques à leur futur exercice de Médecin Généraliste. Ce nouveau décret rendant un stage obligatoire dans un service d'urgence va dans ce sens. Les objectifs des stages doivent comporter des objectifs de formation en vue de l'exercice de la médecine générale.

IV) OBJECTIF DE CE TRAVAIL

Notre travail a débuté sur une réflexion entre acteurs de l'urgence et enseignants universitaires. Il a été initié à la suite d'une réunion des responsables des services d'urgence organisée par le Professeur De Korwin, enseignant coordonnateur du 3^e cycle de Médecine Générale, pour la mise en place de l'arrêté du 19 octobre 2001. Sa direction en a été confiée au Dr Petit, chef de service du SAU/SMUR/UCHD du Centre Hospitalier Régional de Thionville. Notre but est de réaliser un état des lieux de la formation et de l'encadrement des résidents en médecine générale dans les différents services d'accueil des urgences de Lorraine, principalement dans le cadre de la réforme du 3^e cycle de médecine générale.

En effet, les services d'urgence en France sont au cœur de nombreuses préoccupations dont les enjeux sont forts en terme de santé publique. La nécessité de gérer des flux de patients en augmentation continue devient un réel problème. Il en va de même de trouver des lits disponibles. La réforme définit des exigences élevées pour les SAU, UPATOU, et POSU, et notamment en terme de formation.

La qualité de formation des résidents au cours de leur stage passe par leur responsabilité effective dans la prise en charge des malades. Le service qui les accueille s'engage à développer des conditions favorables à leur formation. En échange, les résidents s'engagent à participer au bon fonctionnement du service.

Ainsi ce travail va essayer d'apporter des éléments de réponse à cette formation de 3^e cycle qui est loin d'être optimale. La problématique réside dans l'existence de deux exigences

contradictoires : la continuité des soins dans les services hospitaliers assurée en grande partie par les internes et résidents, et la nécessité d'une meilleure formation théorique et pratique. Ils devraient être affectés dans des services choisis d'avantage sur leurs capacités formatrices que sur les besoins à satisfaire.

Ce travail n'est pas représentatif de la formation totale des résidents. En effet, il ne s'intéresse qu'au semestre obligatoire en médecine d'urgence.

Nous n'avons pas cherché à comparer les différents services d'urgence de LORRAINE mais plutôt tenté d'évaluer ce qui est proposé en terme de formation et d'encadrement.

Nous allons donc exposer la méthodologie utilisée et analyser les résultats afin d'émettre quelques propositions pour améliorer la formation de ces résidents.

METHODES

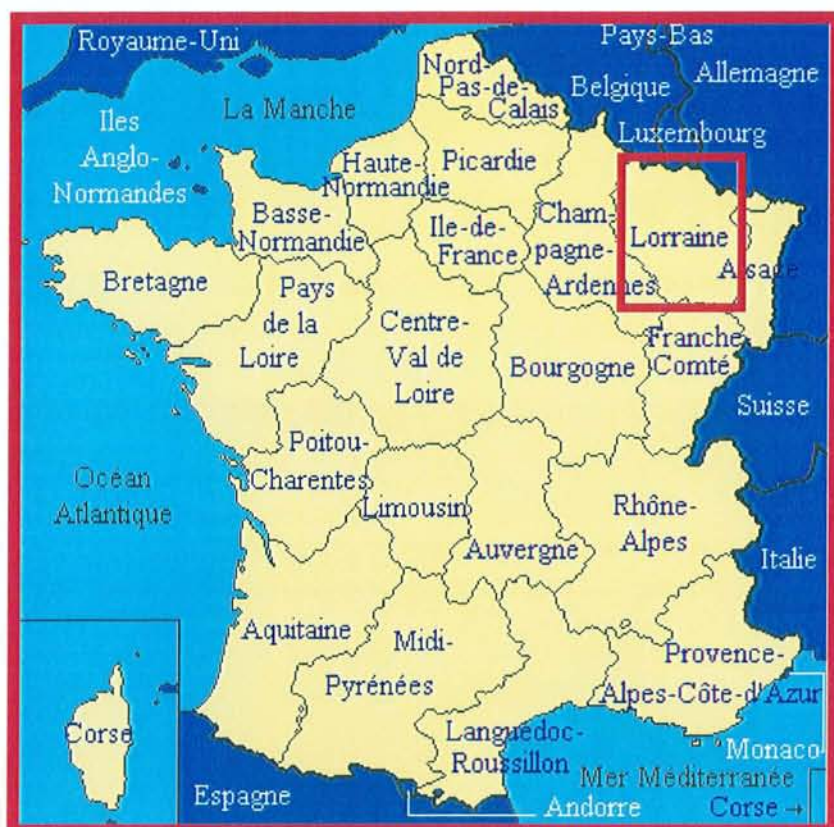
METHODOLOGIE

I) DESCRIPTION GEOGRAPHIQUE – CHRONOLOGIE DE L'ETUDE

La région Lorraine semble idéale pour cette étude. En effet, les autres DRASS du Nord Est de la France (CHAMPAGNE-ARDENNES, ALSACE, FRANCHE-COMTE) répartissent les internes en médecine générale dans les différents services d'accueil d'urgence de manière très différente. Ils ne prennent en compte que la demande des chefs de service et le nombre de postes budgétés par chaque établissement. Ils ne se soucient pas de ce qui est proposé en terme de formation et d'encadrement des internes dans ces différents services ; ce qui n'est pas le cas en région lorraine. Les DRASS évaluent les caractéristiques de ces services par l'intermédiaire des questionnaires du service Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) Q13A et Q13B, qui reflètent l'activité du service. La qualité pédagogique est du domaine des compétences universitaires.

La Commission d'Adéquation des stages de la DRASS Lorraine réunit les responsables universitaires de médecine générale, les représentants des établissements, et la D.R.A.S.S. Lorraine (service de stages). Elle arrête la liste des postes d'internes et de résidents en fonction des besoins (le nombre d'internes en formation), et des moyens mis à disposition dans les différents hôpitaux notamment dans les services d'urgence de Lorraine.

Cette commission n'affecte des postes d'internes que dans les services agréés par la faculté de médecine pour la formation des internes et des résidents. Ce travail est celui de la commission d'agrément des services hospitaliers. Celle-ci se base entre autres sur des questionnaires préalablement remplis par les différents chefs de service dans lesquels sont demandés la description de l'activité du service, les moyens mis en œuvre pour la formation et l'encadrement des internes (questionnaire D.R.A.S.S.). Pour la médecine générale ou les autres Diplômes d'Etude Spécialisée, l'enseignant coordonnateur est chargé de donner un avis pédagogique à la commission d'agrément sur chacun des services demandant la validation dans la discipline.



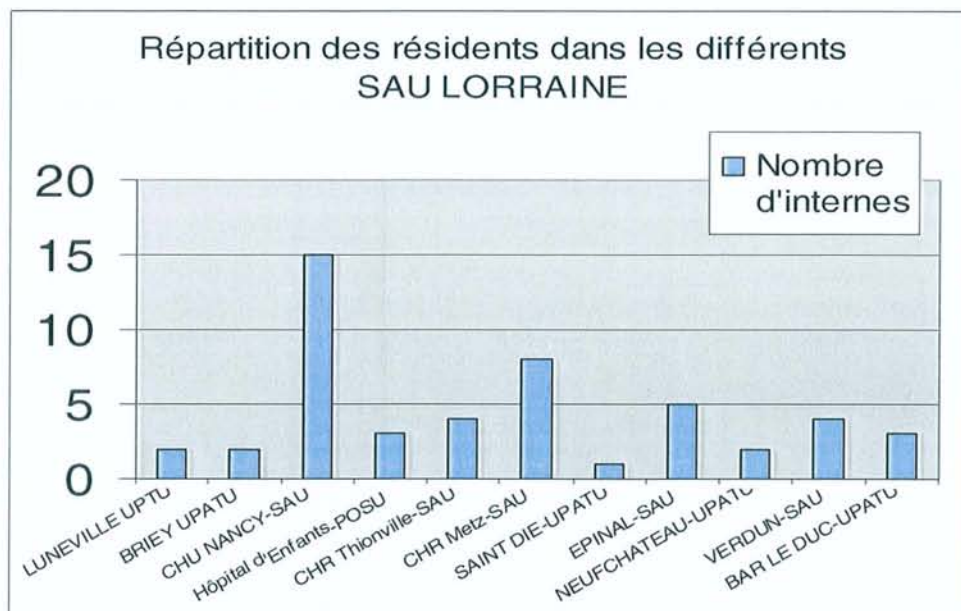
Nous avons donc choisi pour cette étude les différents services d'accueil des urgences de lorraine qui se répartissent sur la carte suivante (carte 1) (15). Parmi ceux-ci, nous avons sélectionné les services dans lesquels des postes d'internes avaient été attribués par la DRASS pendant le 2^e semestre 2002, soit 11 hôpitaux et 49 internes.

Les 11 hôpitaux se répartissent sur la carte lorraine de la façon suivante (carte 1).

Carte 1

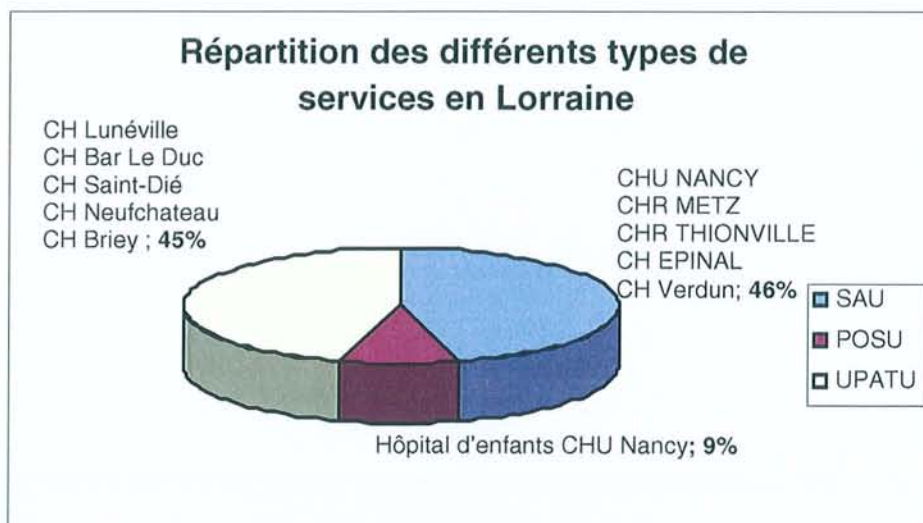


Le nombre de postes d'internes est réparti dans les 11 hôpitaux de la façon suivante (graphique 1).



Graphique 1

Les différents services se répartissent en SAU (Service d'Accueil des Urgences), POSU (Pôle d'Orientation Spécialisé en Urgences) et UPATU (Unité de Proximité d'Accueil et de Traitement des Urgences). Leur répartition en Lorraine est indiquée dans le tableau ci-dessous.



Leurs caractéristiques sont indiquées en annexe 1.

Notre but est de faire l'état des lieux de la formation et de l'encadrement des internes dans les services d'urgence de lorraine. Sont donc exclus de fait les services d'urgence qui ne recevaient pas d'internes. Les données prennent en compte non seulement les services d'urgence mais aussi les structures SAMU/SMUR qui y sont rattachées.

Nous avons réalisé cette étude sur un semestre pour que les internes aient suffisamment de recul sur leur stage et que leurs réponses soient les plus réalistes possibles.

II) MODALITES : LES QUESTIONNAIRES

Dans cette étude, nous avons utilisés 3 questionnaires, dont 2 déjà existants et un que nous avons créé (16, 17).

Les questionnaires existants nous ont permis de faire un bilan de l'activité (questionnaire DRASS et bordereau SAE) de l'offre de formation et de l'encadrement (questionnaires DRASS) des résidents en médecine générale. Ces deux questionnaires nous ont permis de jeter les bases pour la création d'un autre questionnaire. Nous nous sommes particulièrement préoccupés des principaux intéressés : les internes, pour savoir quel était leur ressenti sur ce qu'il leur était proposé.

1) QUESTIONNAIRES DEJA EXISTANTS

Pour les différents services, nous avons récupéré au service des stages de la DRASS Lorraine les questionnaires (annexe 2) adressés à chaque chef de service des SAU de lorraine. Ils proposent 3 rubriques : activité du service, formation et encadrement des internes. Les différents items de ces rubriques se répartissent sous forme de questions ouvertes et fermées.

Ces questionnaires servent de base de travail à la commission d'agrément afin d'agréer un service et de répartir un certain nombre d'internes à chaque semestre. Ils sont spécifiques de la DRASS lorraine, et n'existent pas dans les autres DRASS du Nord-Est de la France.

Ils permettent à la DRASS, et notamment au responsable de la formation des internes en médecine générale, de mieux appréhender l'offre de formation des résidents dans chaque service.

a) Les questionnaires DRASS

Les questionnaires DRASS remplis par chaque chef de service des différents hôpitaux sélectionnés comportent 7 rubriques principales :

- encadrement
- activités du service
- activités hospitalières du résident
- activités hospitalières de garde
- activité de formation et d'enseignement
- activités de recherche
- relations avec la faculté

Chaque rubrique comporte plusieurs items, sous forme de questions ouvertes et fermées, afin de décrire au mieux l'activité proposée.

b) Bordereaux SAE Q13A ET Q13B 2002 :

Nous avons d'autre part récupéré les bordereaux SAE Q13A et Q13B de l'année de l'année 2002 (18, 19) des différents services. Il s'agit de fiches dans lesquelles sont indiquées de façon officielle (validation par le ministère de la santé) les activités des différents services.

Le bordereau Q13A SAE s'intéresse aux profils d'activités des différents services, mais en aucun cas sur la formation et l'encadrement des internes.

Il se répartit en 4 rubriques : identification du service, équipement, personnel intervenant, nombre de passages. Les renseignements concernant les différentes rubriques sont indiqués en annexe 3 (20).

Le bordereau Q13B SAE s'intéresse à l'activité SMUR des différents services. On y retrouve le nombre de sorties primaire ou secondaire, ainsi que les transferts primaires ou secondaires hélicoptérés.

2) CREATION DU QUESTIONNAIRE DESTINE AUX INTERNES

Ce questionnaire DRASS représente donc une base de travail à la commission d'agrément des différents stages aux urgences. Il permet d'agréer un service et d'ouvrir donc le cas échéant un certain nombre de postes d'internes ; cependant, ces données ne sont validées que par les chefs de service.

Le retour d'opinion des internes n'était connu que par le livret édité par l'association des internes en médecine générale de la faculté de médecine de NANCY (RAOUL), livret non validé par le service des stages de la scolarité ni par la DRASS ni par le département de médecine générale.

Afin d'optimiser le mieux possible le travail de la Commission d'Adéquation, il nous apparaît utile d'analyser, en complément des éléments déjà existants, le ressenti des internes ayant réalisé leur stage dans les différents services d'urgence.

Nous avons ainsi élaboré un questionnaire destiné aux résidents en médecine générale (annexe 4) afin de connaître leur jugement et impressions pour les confronter à ce qui était proposé en terme de formation et d'encadrement. Nous avons ainsi réalisé une enquête prospective en l'adressant aux différents internes des services concernés. Certains items de ce questionnaire se rapprochent souvent de ceux du questionnaire DRASS, partie formation et encadrement, afin de pouvoir comparer ce qui était proposé à ce qui était ressenti. De plus, nous avons réalisé une partie propositions dans laquelle nous demandions aux résidents si des améliorations en terme de formation étaient possibles et si oui sous quelle forme.

Les questionnaires ont été envoyés aux différents intéressés au 3^{ème} mois de leur stage par courrier dans leurs différents services. Des relances téléphoniques ont été effectuées à 1, 2, puis 3 mois avec recueil soit par courrier, soit par fax. L'exploitation des questionnaires, ainsi que les résultats, ont été réalisés à l'aide du logiciel EXCEL de Microsoft.

III) MODALITES D'EXPLOITATION DES QUESTIONNAIRES

1) Pour les questions à réponse binaire

Les questions qui sont concernées par ce type de réponse sont les plus facilement analysables. En effet, la réponse consiste en un choix entre 2 possibilités : OUI ou NON. Le problème qui se pose est celui des questions sans réponse. Comment considérer ces non-réponse ? Veulent-elles dire non ou représentent elles un oubli de réponse. Nous avons choisi de considérer les non-réponse comme des « sans réponse »

2) Pour les questions à réponse ouverte

Pour l'exploitation des réponses à questions à réponse ouverte, nous avons décompté les opinions se dégageant selon de grandes idées directrices et classé ces réponses en listes codées.

IV) CONCLUSION DES METHODES

Nous disposons donc de 3 supports qui traitent de l'activité, de la formation et de l'encadrement des internes en médecine générale dans les services d'accueil des urgences de Lorraine.

On peut les présenter dans le tableau récapitulatif ci-dessous.

QUESTIONNAIRE DRASS	QUESTIONNAIRE SAE	QUESTIONNAIRE INTERNES
-Partie activité du service	-Partie activité du service	
-Partie formation des internes		-Partie formation des internes
-Partie encadrement des internes		-Partie encadrement des internes
		-Partie propositions/améliorations

RESULTATS

ANALYSE DESCRIPTIVE

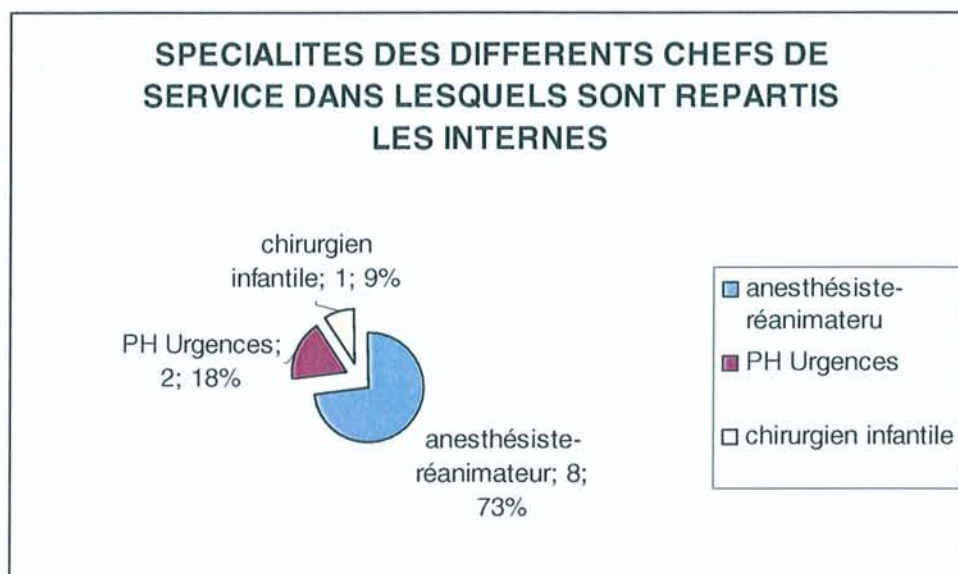
I) POPULATION CONCERNEE PAR LES QUESTIONNAIRE

1) Questionnaire DRASS

Les 11 questionnaires DRASS sont remplis par 11 médecins, dont la spécialité est indiquée dans le tableau ci-contre. La majorité sont des anesthésiste réanimateurs (8 Praticiens Hospitaliers (PH) anesthésistes-réanimateurs, 1 Professeur d'Université/ Praticien Hospitalier (PU/PH) de chirurgie infantile, 2 Praticiens Hospitaliers (PH) en médecine d'urgence)

SERVICE	TYPE DE SERVICE	SPECIALITE DU CHEF DE SERVICE
CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	UPATU	Anesthésie-réanimation
CENTRE HOSPITALIER DE BRIEY	UPATU	Médecine d'Urgences
CHU NANCY HOPITAL CENTRAL ET BRABOIS	SAU	Anesthésie-réanimation
CHU NANCY HOPITAL D'ENFANTS	POSU	Chirurgie Infantile
CHR THIONVILLE	SAU	Anesthésie-réanimation
CHR METZ	SAU	Anesthésie-réanimation
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE	UPATU	Anesthésie-réanimation
CENTRE HOSPITALIER D'EPINAL	SAU	Anesthésie-réanimation
CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU	UPATU	Médecine d'Urgences

CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN	SAU	Anesthésie-réanimation
CENTRE HOSPITALIER DE BAR-LE-DUC	UPATU	Anesthésie-réanimation

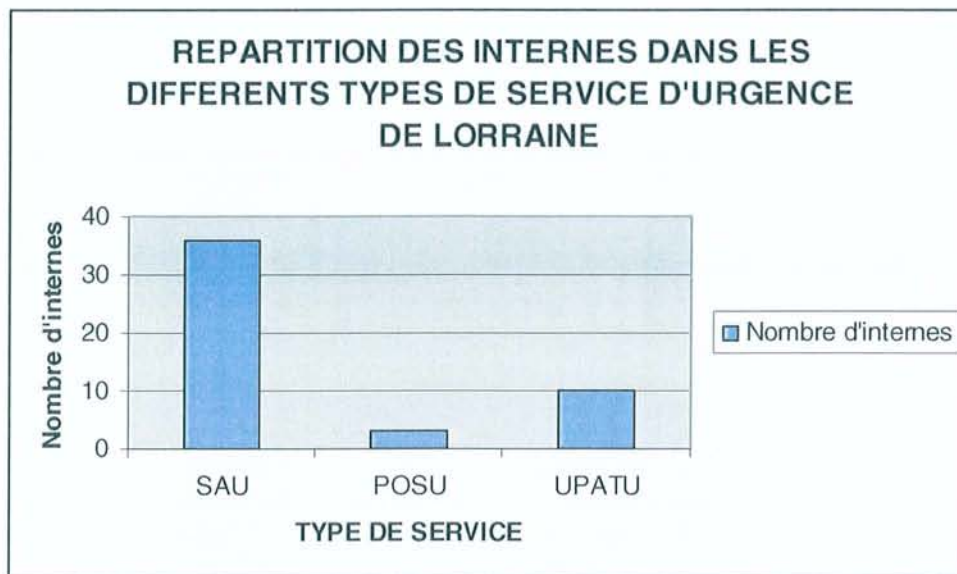


La majorité des chefs de service d'accueil des urgences sont des anesthésistes réanimateurs (8 soit 73%) ; 2 sont des médecins urgentistes (18%) et 1 un chirurgien infantile (soit 9%).

2) Questionnaire des internes

L'effectif concerné par ce questionnaire représente 49 résidents en médecine générale. 49 questionnaires ont été sollicités, et 48 ont répondu au questionnaire. Le taux de réponse est de 100%.

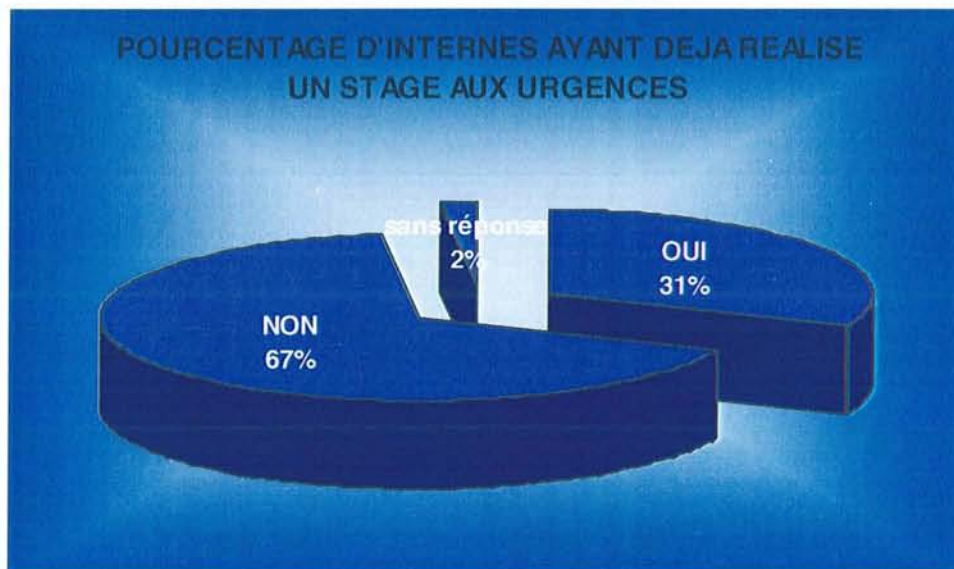
On remarque que la répartition de ces internes est très inhomogène en fonction du lieu de stage.



Lorsque nous nous intéressons aux types de services, là aussi, la répartition est inhomogène.

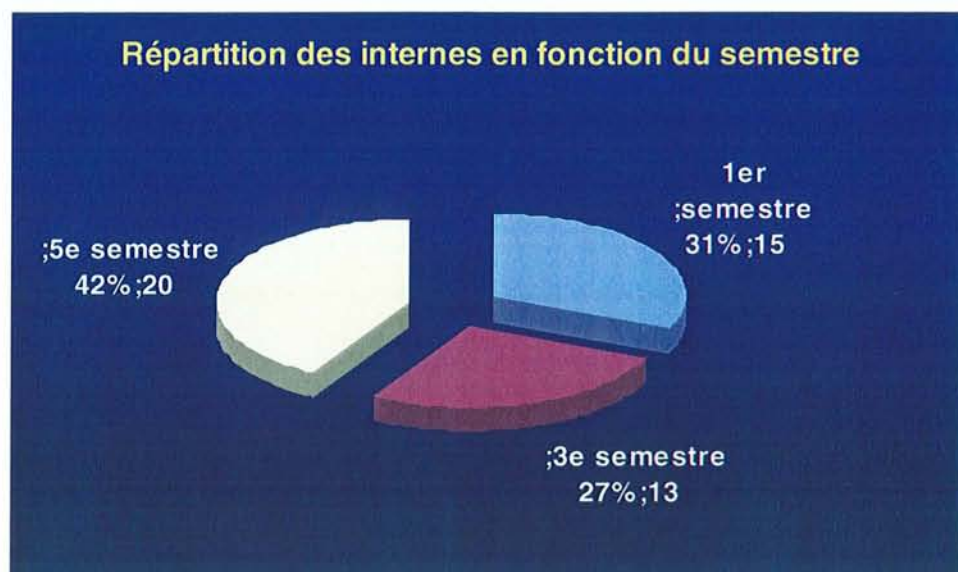
Cependant, on ne peut prendre en compte dans cette comparaison le POSU car il est tout seul, alors que les SAU et UPATU sont au nombre de 5 chacun. C'est pour cela qu'il est plus logique de prendre en compte la moyenne par type de service.

Là encore, on note une inhomogénéité entre les moyennes des différents type de service ; un plus grand nombre d'internes, en moyenne, est affecté dans les SAU.

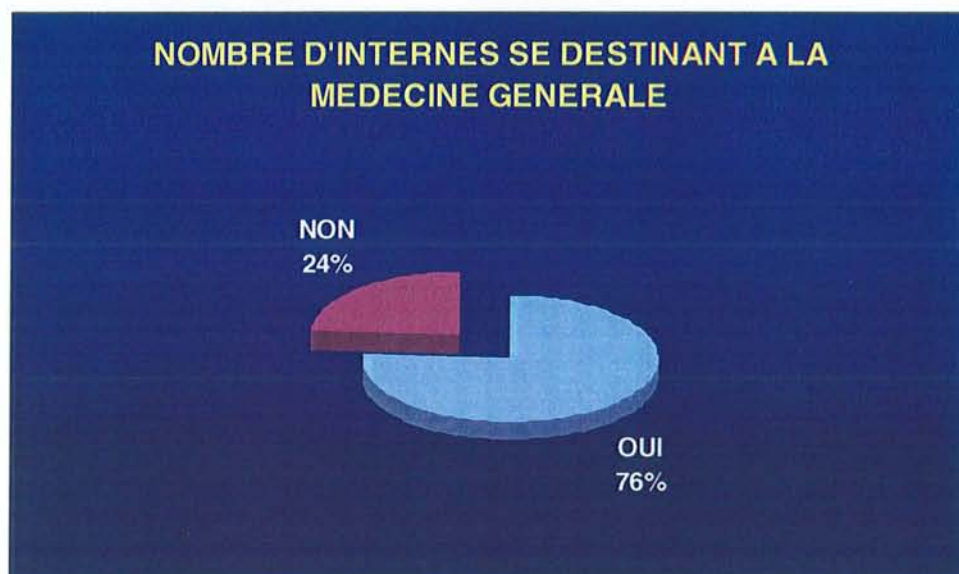


31% des internes ont déjà réalisé un stage dans un service d'urgence (en tant qu'interne et non en tant qu'externe).

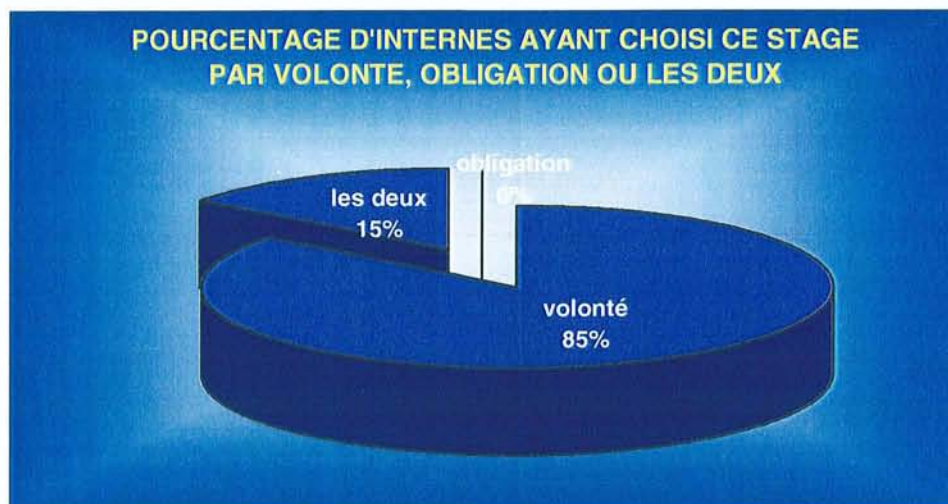
Lorsque nous étudions la population des résidents, nous avons considéré leur nombre de semestres de formation. La répartition est assez homogène avec (figure ci-contre) 31% de 1^{er} semestre, 27% de 3^e semestre et 42% de 5^e semestre.



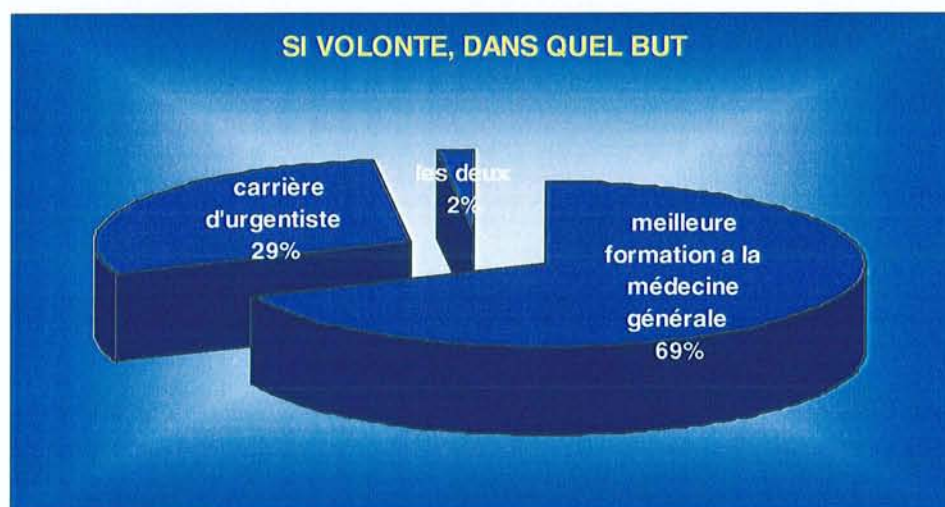
Cependant, le nombre en 1^{er} et dernière année de formation est plus important. On remarque que 76% d'entre eux se destinent à la médecine générale en cabinet de ville.



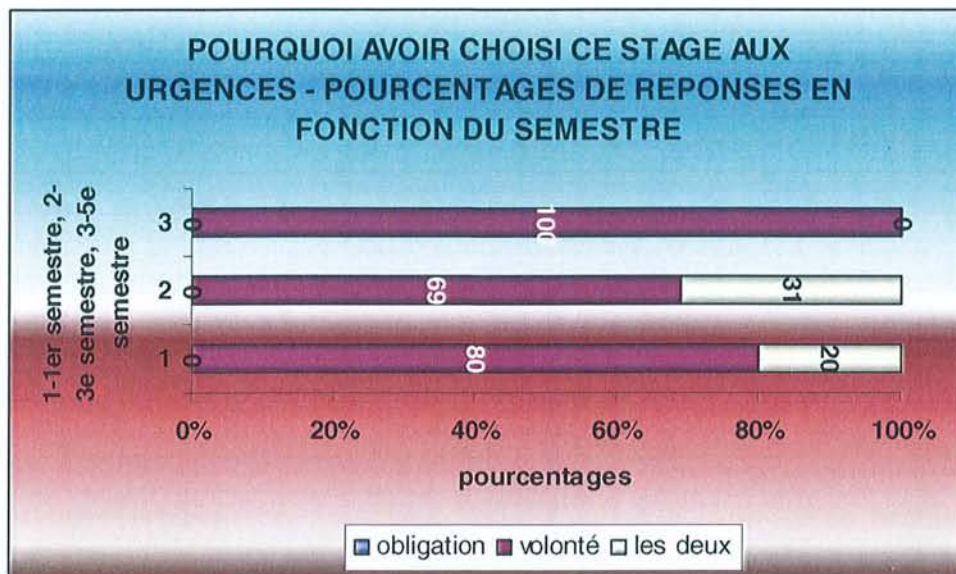
Si on leur demande si le choix de ce stage est une volonté ou une obligation, dans 100% des cas c'est une volonté et dans 15% des cas une volonté et une obligation.



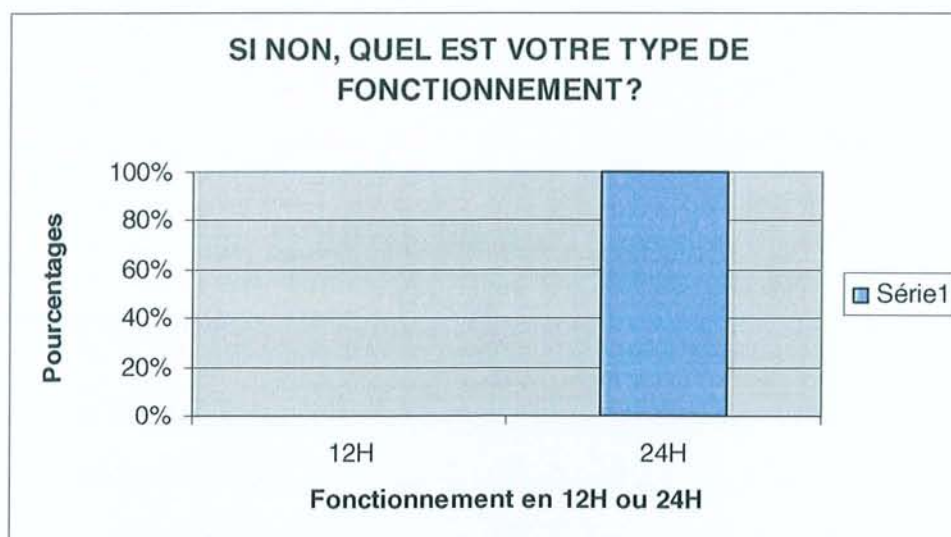
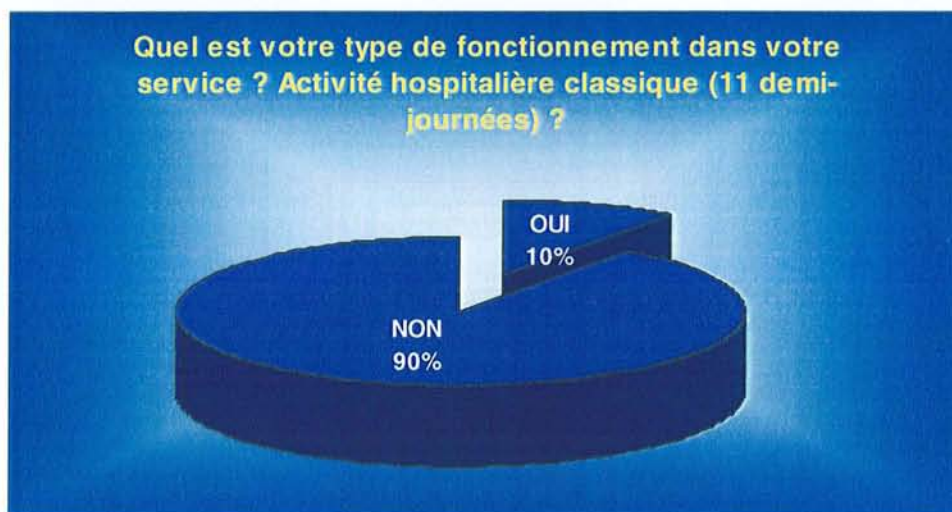
Lorsque l'on distingue le type de réponse en fonction du semestre, on s'aperçoit que la majorité des internes ont choisi ce stage par volonté, et non pas par obligation, comme l'impose le nouveau décret de médecine générale.



Les réponses en fonction du semestre montrent une plus grande volonté des internes en dernier semestre de choisir un stage dans un service d'urgence (100% des cas).



Lorsqu'on demande quel est leur type de fonctionnement, la majorité des internes (90%) fonctionnent en système de garde de 24h.



L'explication de cette répartition à la vue des résultats ci-dessus peut s'expliquer par:

Pour les internes en début de cursus :

Une curiosité du domaine de l'urgence, un fonctionnement par système de garde sans présence obligatoire quotidienne.

Pour les internes en dernière année :

Soit une volonté de formation plus spécifique face aux urgences avant des remplacements en libéral ou une installation éventuelle

Ou une orientation vers une activité d'urgentiste à laquelle ils se destinent.

II) ACTIVITE DES DIFFERENTS SERVICES

1) QUESTIONNAIRE DRASS

Les différents items sélectionnés du questionnaire DRASS décrivant l'activité du service sont reportés dans le tableau (1).

On remarque que tous les services ont répondu, mais que parfois certaines cases ne sont pas remplies. Il en est question pour les postes médicaux vacants et occupés. Cependant, les cases correspondant à la permanence médicale de jour et de nuit sont remplies entièrement.

Lorsqu'on regarde plus précisément certaines colonnes, on remarque par exemple qu'un seul service a rempli le nombre de consultations externes avec un médecin senior ; si on s'intéresse ensuite au nombre de consultations externes (de médecine générale), on note que certains services n'ont pas répondu, et de plus, pour ceux qui ont répondu, sur quels chiffres se basent-ils ?

Il en est de même pour le nombre de consultations de psychiatrie.

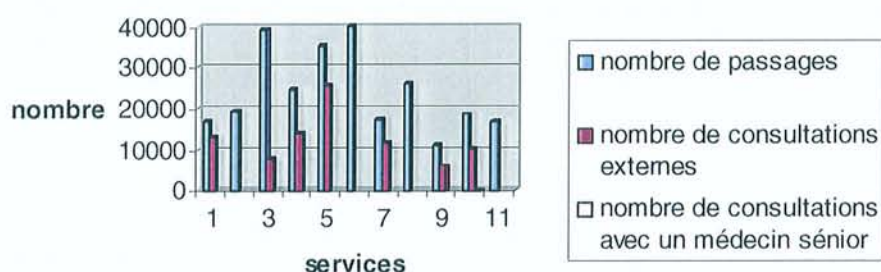
L'activité du service est représentée par le nombre de passages par an, le nombre de sorties SMUR primaires et secondaires.

TABLEAU 1 : QUESTIONNAIRES DRASS LORRAINE - remplis par les chefs de service des urgences accueillant des internes - année 2002

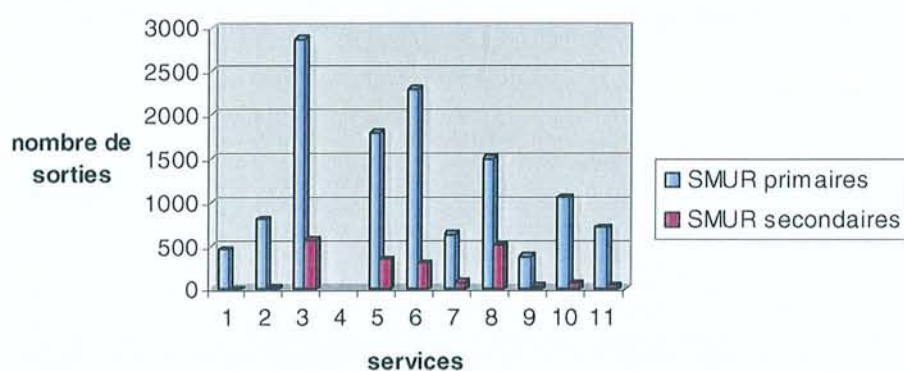
RAISON	AUTORISATI ON	Postes médicaux	Postes médicaux	Présence	Présence	Nombre de lits	Nombre de passages/a n	Nombre de consultations externes (médecine générale) par an	Nombre de consultations externes avec un médecin sénior	Consulta tions de psychiatr ie	Nombre de consultatio ns par an	SMUR: nombre de sorties primaires	SMUR: nombre de sorties secondaires
SOCIALE	DETENUE	vacants	occupés	médicale jour	médicale nuit	UHCD							
LUNEVILLE	UPATU		4,5	2	2	0	16702	13017		OUI	165	461	0
BRIEY	UPATU	2	4	2	2	4	19306			OUI		800	22
CHU NANCY	SAU	0	19,5	3	1	8	39000	7800		OUI	3500	2874	566
POSU HOPITAL D'ENFANTS	POSU			1	1	0	24570	14000		NON			
CHR BEL AIR THONVILL E	SAU	1	13	5	4	6	35091	25729		OUI		1800	350
CHR BON SECOURS METZ	SAU		14	5	5	11	40000			OUI	2500	2300	300
SAINT DIE	UPATU	2	5	2	2	3	17321	11396		NON		634	83
EPINAL	SAU	3	12	2	2	6	26000			NON		1500	500
NEUFCHAT EAU	UPATU	1	3	2	1	2	11000	6000		NON		380	40
VERDUN	SAU	3	6	3	3	0	18522	10155	140	OUI	425	1058	78
BAR LE DUC	UPATU	2	6	2	2	5	16693			NON		712	42

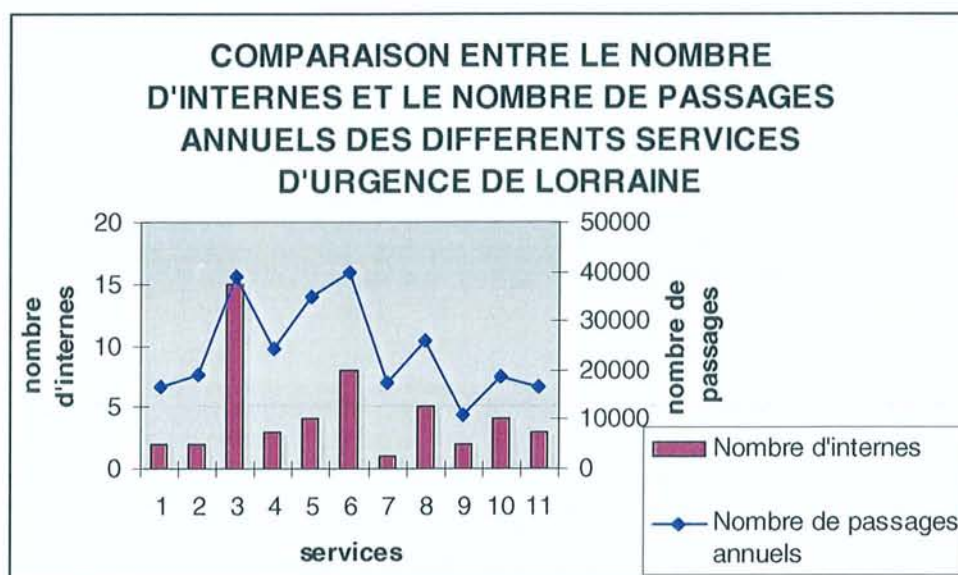
Si on s'intéresse de plus près à cette activité, en prenant en compte le nombre de passages annuels et l'activité SMUR, on note une assez grande inhomogénéité ; en effet, par exemple, on peut avoir 39000 passages pour l'activité la plus forte contre 11000 passages pour l'activité la plus faible et 2874 sorties SMUR primaires pour le nombre de sorties le plus important contre 380 pour le nombre de sorties le plus faible.

Représentation du nombre de passages, du nombre de consultations externes et de consultations avec un médecin sénior dans les différents services d'urgence de Lorraine

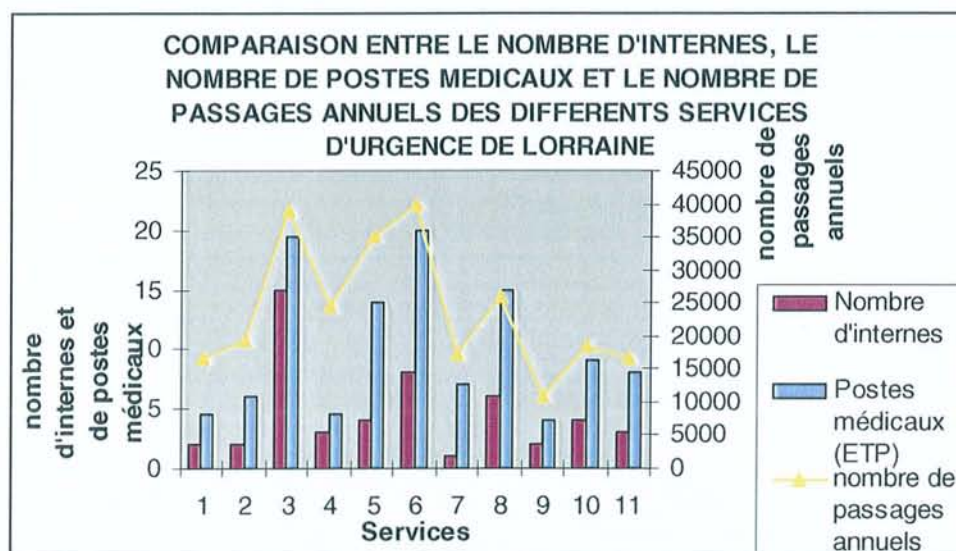


ACTIVITE SMUR DES DIFFERENTS SERVICES

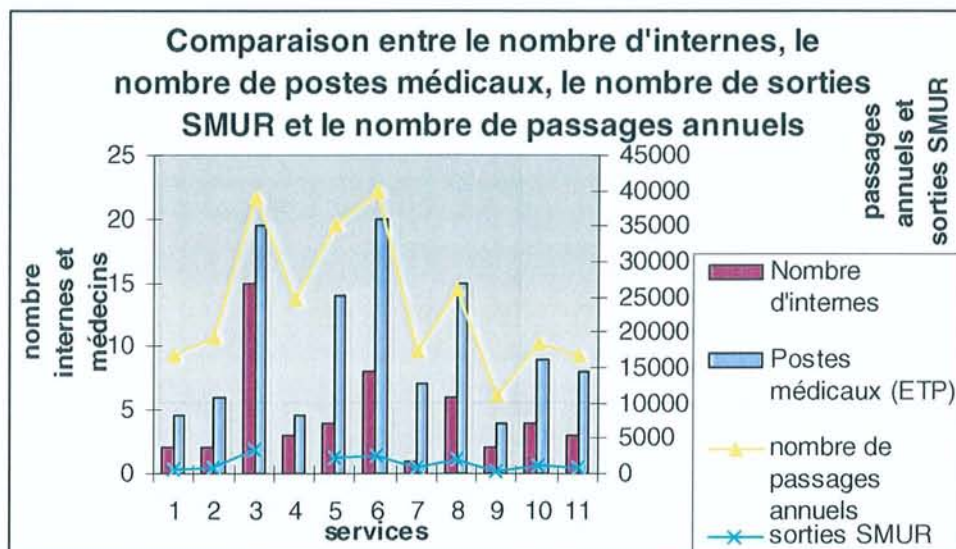




Si on compare le nombre de postes d'internes en fonction du nombre de passages annuels d'un service, on remarque en général une augmentation du nombre en fonction du nombre de passages, avec cependant quelques disparités de répartition pour un nombre de passages équivalents (par exemple pour les services 8 et 10).



Là encore, on note des disparités si on prend en compte le nombre de postes médicaux de chaque service (graphique ci-dessus), et enfin le nombre de sorties SMUR (graphique ci-dessous).



2) QUESTIONNAIRES SAE

Les questionnaires SAE Q13 A et Q13B sont reportés respectivement dans les tableaux 2 et 3.

Le questionnaire Q13A décrit l'activité des services d'urgence. Dans le Q13A, tous les items sont remplis précisément ; en effet, il n'y a pas de « case vide ». Il y est indiqué précisément :

- l'autorisation détenue (SAU, POSU ou UPATU)
- le personnel intervenant : personnel soignant (médical et infirmier), assistant de service social, personnel non médical (administratif,...)
- le nombre de lits UHCD avec le nombre de RSA (Résumé Standardisé de Sortie) générés, c'est-à-dire le nombre d'hospitalisations
- le nombre total de passages, classés selon la classification GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) avec la durée de prise en charge de chaque malade ; cette classification repose sur une distinction du mode d'accueil et du mode de sortie de tous les patients, indépendamment des différences d'organisation tant médicale que structurelles. Elle permet de savoir le nombre précis de consultations ambulatoires (passage non suivi d'une hospitalisation), soit des passage de type GEMSA 2 et 3, le nombre de patients hospitalisés

(GEMSA 4 et 5), ainsi que les patients « lourds » (nécessitant une prise en charge thérapeutique importante (technique de réanimation) GEMSA 6) et des patients décédés à l'arrivée ou avant toute réanimation

Le questionnaire Q13B décrit lui l'activité des Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Il y est indiqué précisément l'ensemble des sorties, terrestres et hélicoptées, primaires et secondaires. De plus, l'ensemble des sorties primaires sont décrites de façon précise avec :

- d'une part, le nombre des sorties primaires non suivies de transport médicalisé et la raison (patients décédés avant ou après réanimation, patients laissés sur place avec ou sans traitement, ceux transportés à l'hôpital par un moyen non médicalisé)
- d'autre part, le nombre total de patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins, avec leur destination précise (entrée directe en réanimation, passage par le service des urgences, ou entrée directe en psychiatrie).

Les résultats de ces 2 questionnaires sont présentés dans les tableaux 2 et 3 qui suivent.

tableau n°2 - BORDEREAUX SAE 2002 - Q13A

n° FINESS	RAISON SOCIALE	Autorisation détenue	Boxes de surveillance de très courte durée		Personnel							
					Médecins		Infirmiers		Assistants de Service Social		Autre personnel de l'unité	
			Nbr de Boxes	Nbr de RSA générés	Eff	ETP	Eff	ETP	Eff	ETP	Eff	ETP
540000080	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	UPATOU	0		3	3	9	8,5	0	0	9	8,37
540000767	CENTRE HOSPITALIER DE BRIEY	UPATOU	0		5	5	19	18,2	2	0,45	16	16
540001138	HOPITAL CENTRAL CHU NANCY	SAU	8		8	6,5	55	46,47	0	0	61	55,66
540005303	HOPITAL D'ENFANTS CHU NANCY	POSU	0		5	4,5	25	19,5	0	0	17	12,53
550000020	CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN	SAU	8		8	5,3	24	23,25	2	2	12	11,6
550003354	CENTRE HOSPITALIER DE BAR LE DUC	UPATOU	4		8	6,3	1	0	0	0	18	17,77
570000349	CHR METZ-THIONVILLE - HOPITAL BEL AIR	SAU	10		15	12,9	67	58,14	2	2		
570000570	CHR METZ - HOPITAL BON SECOURS	SAU	11		25	8	39	32,76	1	0,8	65	60,91
880780051	CENTRE HOSPITALIER JEAN MONNET EPINAL	SAU	6		11	7	24	24	2	0,42	16	15,85
880780077	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE	UPATOU	6		7	6,1	18	18	1	0,5		
880780085	CENTRE HOSPITALIER DE NEUFCHATEAU	UPATOU	4		5	4,5	13	10,5	0	0	8	4

tableau n°2 (suite) - BORDEREAUX SAE 2002 - Q13A

Nombre total de Passages		Passages non suivis d'une orientation vers un autre établissement (au mois d'octobre)								Passages suivis d'une orientation vers un autre établissement (en octobre)	
Dans l'année	en octobre									Dans la même entité juridique	Dans une autre entité juridique
Nbr	Nbr	Nombre	Nombre	Durée de prise en charge (mn)	Nombre	Nombre	Durée de prise en charge (mn)	Nombre	Nombre		
16797	1504	0	901	70	199	373	104	0	1		30
20640	1631	3	1081	71	78	462	90	3	1	0	3
35966	2900	0	2258	100	0	203	154	0	171	176	92
24398	1949	0	1509	75	38	400	75	0	0	0	2
19359	1644	0	1023	89	58	527	136	10	10	0	16
17148	1315	0	794	45	73	296	80	124	12	0	16
37010	3080	3	2028		265						
40383	3758	2	2339	1403	116	609	1441	11	160	346	175
27216	2166	1	1528	104	69	393	113	25	20		130
17554	1444	0	948	123	0	454	235	0	23	0	19
11610	938	2	478	56	17	355	99	2	67	0	17

tableau n°3 - BORDEREAUX SAE 2002 - Q13B

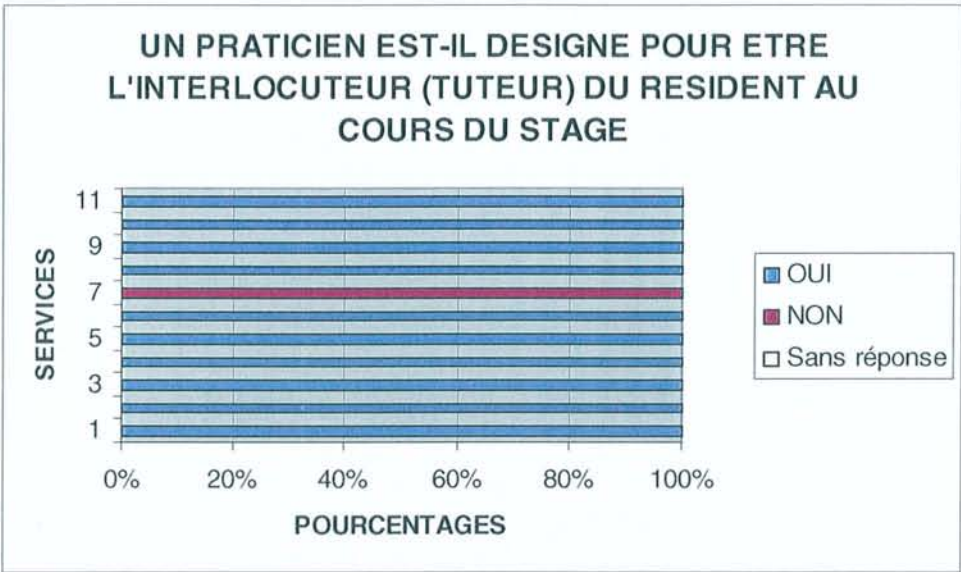
n° FINESS	RAISON SOCIALE	Autorisation détenue	Ensemble des sorties des UMH-SMUR				Sorties primaires non suivies de transport médicalisé par le SMUR					
			Sorties terrestres primaires	Sorties terrestres secondaires	Sorties aériennes primaires	Sorties aériennes secondaires	TOTAL	Dont patients dcd sans réa	Dont patients dcd après réa	Dont patients laissés sur place	Dont patients traités sur place	Dont patients transportés à l'Hôpital
540000080	CENTRE HOSPITALIER DE LUNEVILLE	UPATOU	504	7			72	13	31	5	8	74
540000767	CENTRE HOSPITALIER DE BRIEY	UPATOU	526	74	0	7	120	36	33	10	41	0
540001138	HOPITAL CENTRAL CHU NANCY	SAU	3674	482	151	404	412	95	125	46	15	384
550000020	CENTRE HOSPITALIER DE VERDUN	SAU	1200	89			197	30	16	46	7	98
550003354	CENTRE HOSPITALIER DE BAR LE DUC	UPATOU	783	43		0	221	27	30	75	1	88
570000349	CHR METZ-THIONVILLE - HOPITAL BEL AIR	SAU	1371	268			566	217	186	138	2	
570000570	CHR METZ - HOPITAL BON SECOURS	SAU	1749	293			310	50	75	130	29	26
880780051	CENTRE HOSPITALIER JEAN MONNET EPINAL	SAU	1427	452	0	0	234	34	91	77	2	30
880780077	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DIE	UPATOU	529	73	6	0	66	18	38	11	1	0
880780085	CENTRE HOSPITALIER DE NEUF CHATEAU	UPATOU	354	83	0	0	51	10	7	18	3	13

tableau n°3 (suite) - BORDEREAUX SAE 2002 - Q13B

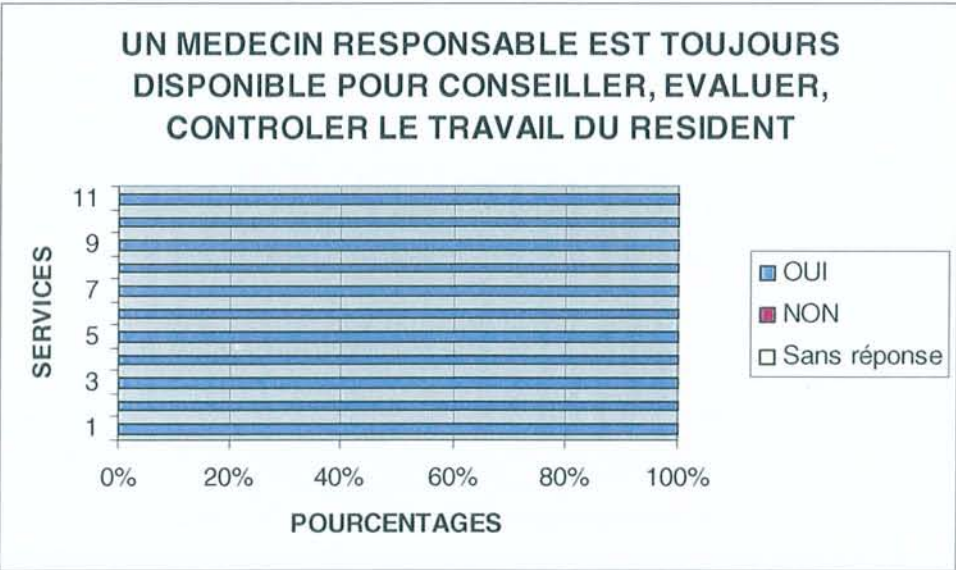
Sorties primaires - SUIVIES DE TRANSPORT MEDICALISE PAR LE SMUR										
Nbr total de patients transportés par le SMUR vers un établissement de soins	Dont total des patients transportés vers l'établissement siège du SMUR	Dont patients dirigés directement vers une unité de réanimation	Dont patients dirigés vers le service des Urgences	Dont patients traités uniquement aux Urgences	Dont patients hospitalisés dans une unité de soins de courte durée	Dont patients hospitalisés par la suite dans une unité de psychiatrie	Nbr de patients transportés vers un autre établissement	Dont patients dirigés directement vers une unité de réanimation	Dont patients dirigés directement vers une unité de psychiatrie	Dont patients dirigés vers le service des urgences
228	151	6	140				77	40		17
405	320	35	285	55	0	230	85	36	0	19
1823	1675	719	907				148	49	0	71
1003	995		995				8			
562	470	0	470	164	0	306	92	0	14	78
1228	993	17	976	74	20	250	235	43	14	178
1176	1002	187	725	240	12	487	174	46	0	46
536	465	56	465	0	0	465	71	65	0	6
354	353	0	148	40		108	1	0	1	0

III) FORMATION ET ENCADREMENT DES INTERNES

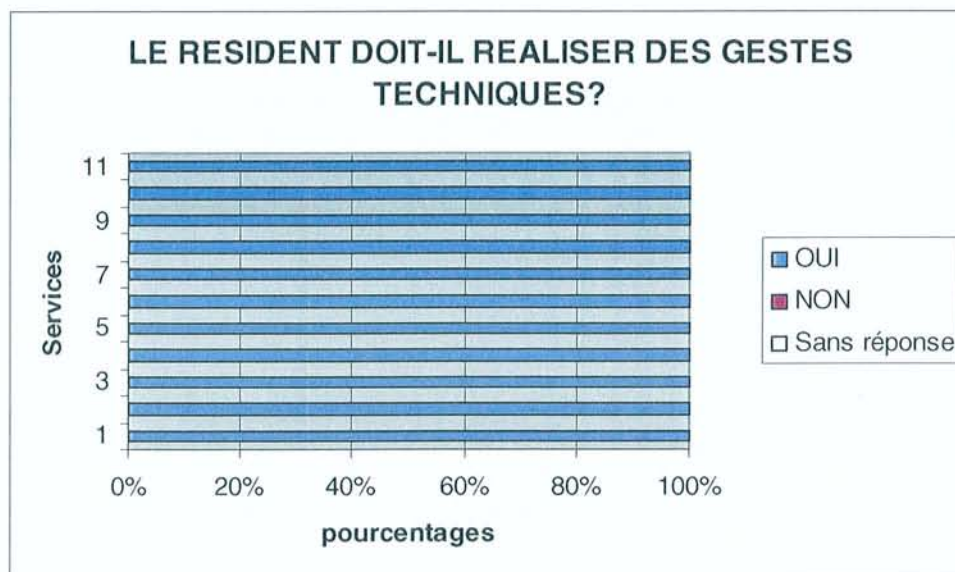
1) RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DRASS



Sur 11 services, on remarque que dans 10 services un médecin est désigné pour être le « tuteur » du résident au cours de son stage.



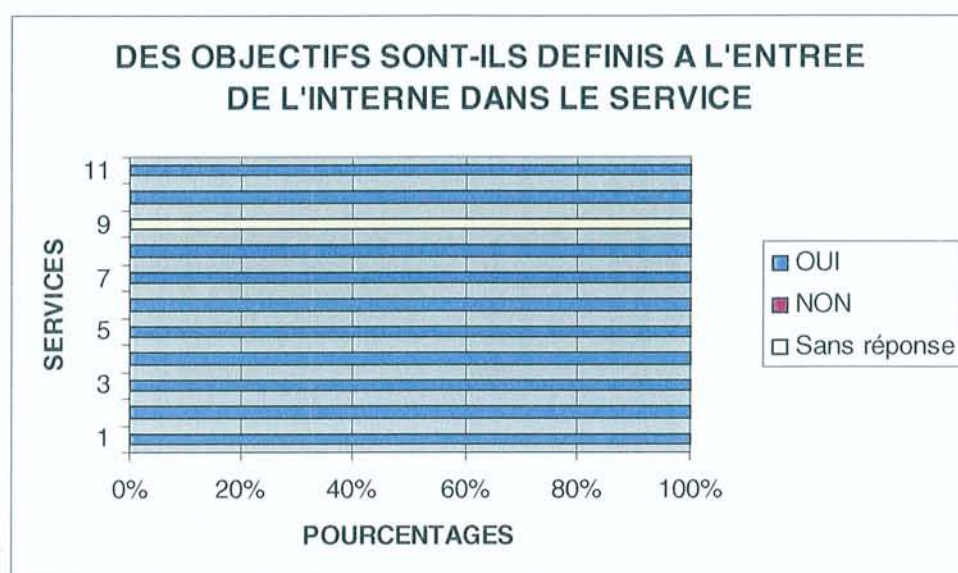
De plus, dans tous les services un médecin « senior » est toujours disponible pour conseiller, évaluer et contrôler le travail du résident.



Si OUI, lesquels ?	
Service 1	Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé + CEE + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite)
Service 2	Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé + CEE
Service 3	Abords veineux (VVP/VVC) + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé
Service 4	Abords veineux (VVP/VVC) + Sutures + Plâtres + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite) + Réductions fractures, hernies
Service 5	Préparations des drogues + Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé + CEE + Sutures + Plâtres + Pantalon anti-choc + anesthésie générale en urgence + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite) + Sondes urinaires + Réduction fracture, hernie
Service 6	Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + LVAS + Intubation + Masque laryngé + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite) + Sondes urinaires
Service 7	tous les gestes d'urgence
Service 8	tous les gestes d'urgence
Service 9	pas de réponse
Service 10	pas de réponse
Service 11	pas de réponse

Dans 100% des services, les résidents doivent réaliser des gestes techniques « d'urgence », ce qui est somme toute logique pour des médecins en formation dans un service aussi technique, qui regroupe toutes les spécialités médicales et chirurgicales sur un même plateau.

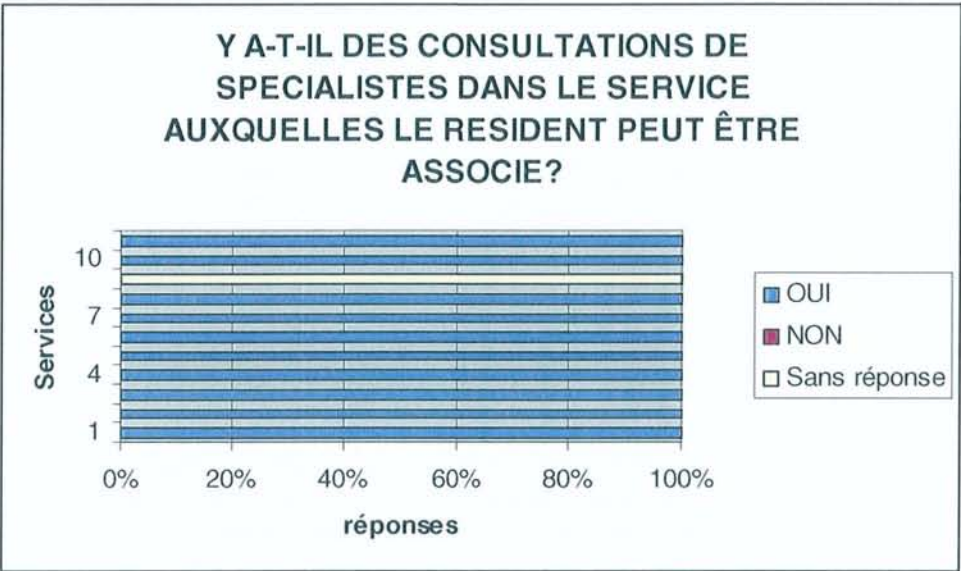
Néanmoins, si on s'intéresse aux gestes que les internes doivent réaliser au cours de leur stage, les réponses formulées par les différents chefs de services sont très hétérogènes, et parfois même, on note l'absence de réponse.



Si OUI, quels objectifs ?	
Service 1	Pas de réponse
Service 2	Pas de réponse
Service 3	Pas de réponse
Service 4	Pas de réponse
Service 5	Pas de réponse
Service 6	Pas de réponse
Service 7	Pas de réponse
Service 8	Pas de réponse
Service 9	Pas de réponse
Service 10	Pas de réponse
Service 11	Pas de réponse

Lorsque dans le questionnaire DRASS, il est demandé aux différents chefs de service si des objectifs sont définis à l'arrivée de l'interne dans le service, 10 services sur 11 répondent OUI, alors qu'un service est sans réponse.

Néanmoins, lorsqu'il leur est demandé quels objectifs sont définis, on note 100% d'absence de réponse.



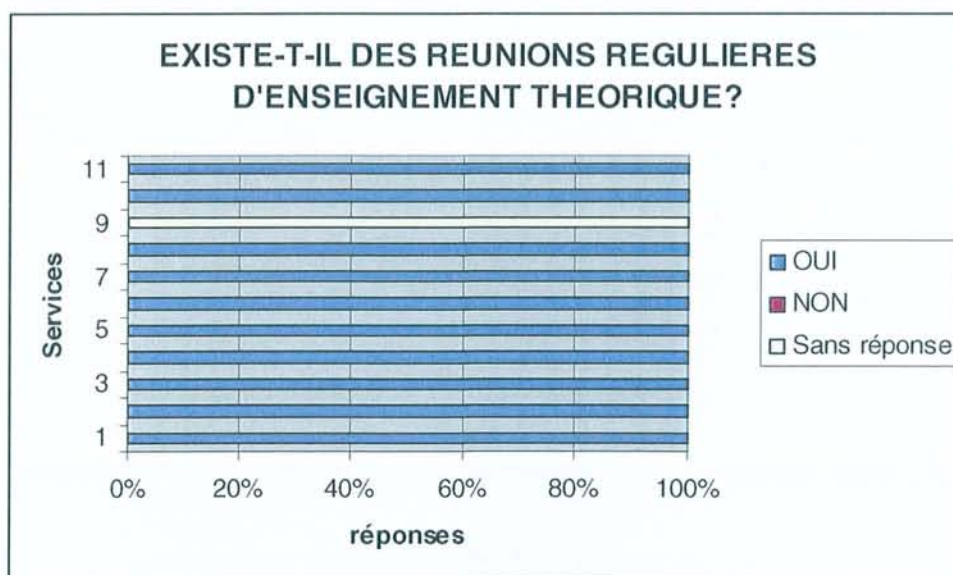
Globalement, dans 10 services sur 11, le résident peut participer à des consultations de spécialistes dans le service, alors qu'un service n'a pas répondu.

QUELS SONT LES GESTES TECHNIQUES QUE VOUS POUVEZ ENSEIGNER DANS LE SERVICE ?

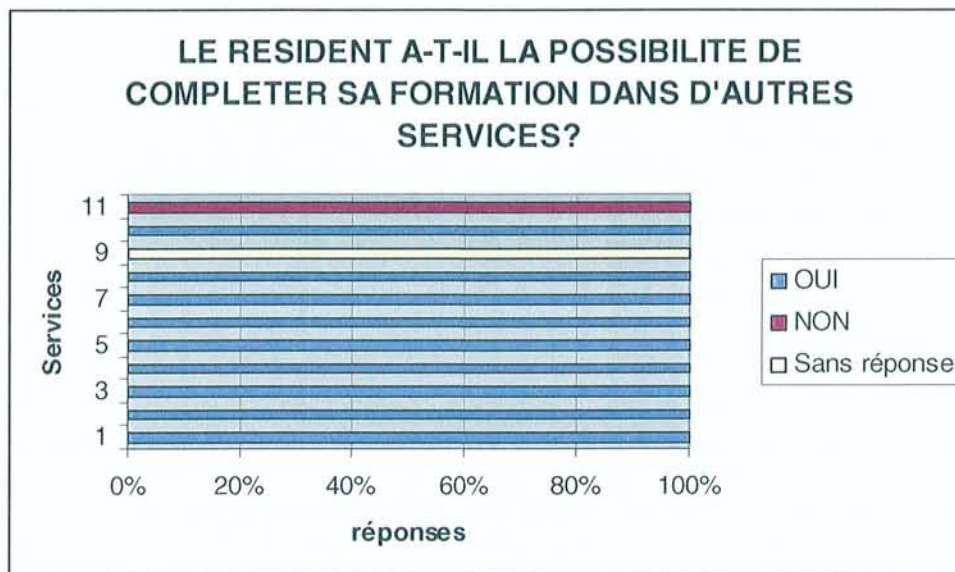
Service 1	Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé + CEE + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite)
Service 2	Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé + CEE
Service 3	Abords veineux (VVP/VVC) + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé
Service 4	Abords veineux (VVP/VVC) + Sutures + Plâtres + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite) +

	Réductions fractures, hernies
Service 5	Préparations des drogues + Abords veineux (VVP/VVC) + RCP + Ventilation masque + LVAS + Intubation + Masque laryngé + CEE + Sutures + Plâtres + Pantalon anti-choc + anesthésie générale en urgence + Ponctions (lombaire, pleurale, ascite) + Sondes urinaires + Réduction fracture, hernie
Service 6	tous les gestes d'urgence
Service 7	tous les gestes d'urgence
Service 8	tous les gestes d'urgence
Service 9	pas de réponse
Service10	tous les gestes d'urgence
Service 11	pas de réponse

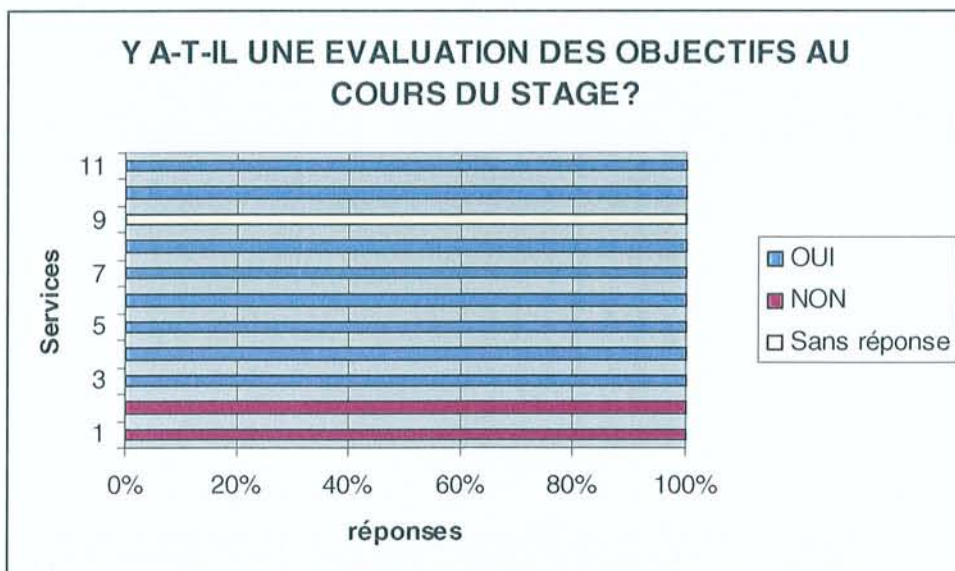
Là encore, si on s'intéresse aux gestes que les différents services peuvent enseigner aux internes, les réponses formulées par les différents chefs de services sont très hétérogènes, et parfois même, on note l'absence de réponse.



Dans 10 services sur 11, des réunions d'enseignement théorique sont organisées à l'attention des internes; 1 service n'a pas répondu.



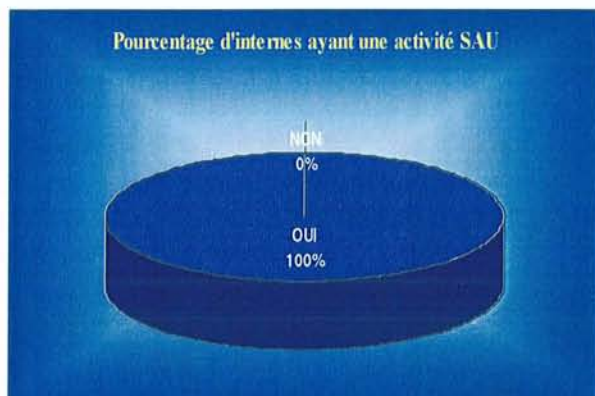
Dans 9 services sur 11, le résident a la possibilité de compléter sa formation dans d'autres services ; 1 service n'a pas répondu et un service ne le permet pas.



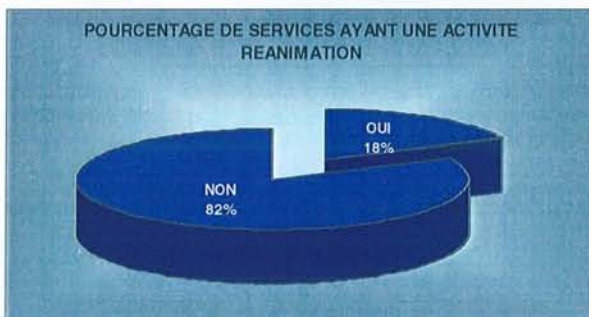
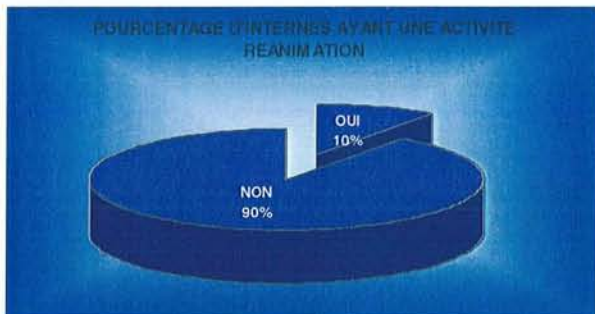
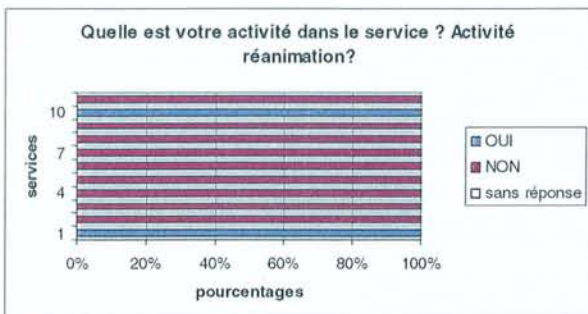
Sur 11 services, 8 services réalisent des évaluations des objectifs au cours du stage, 2 ne le font pas et 1 n'a pas répondu.

2) RESULTATS DU QUESTIONNAIRE DES INTERNES

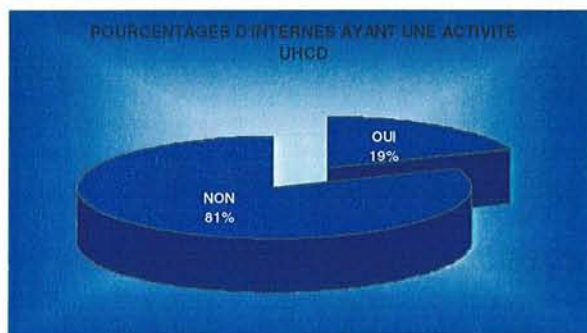
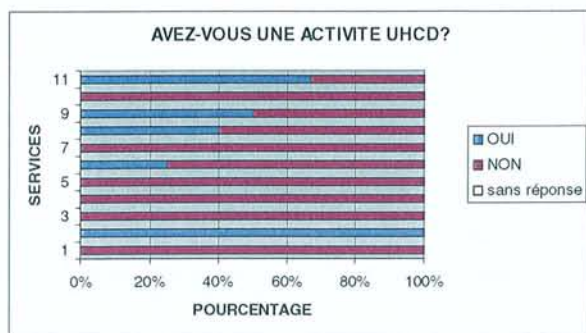
a) FONCTIONS



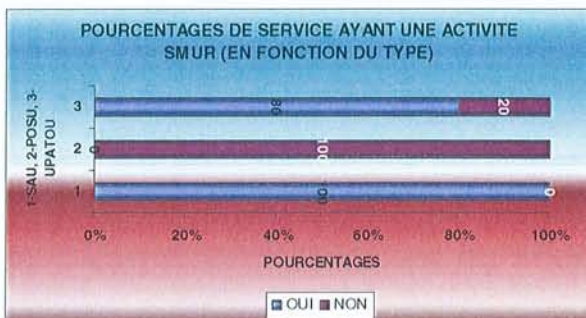
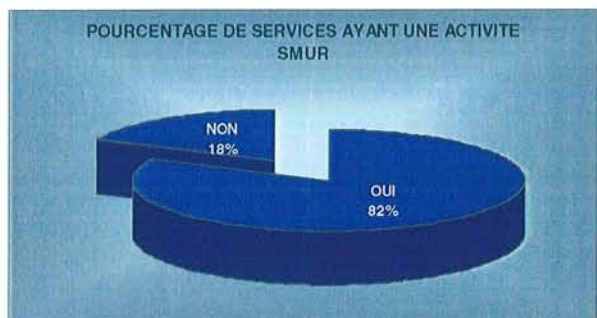
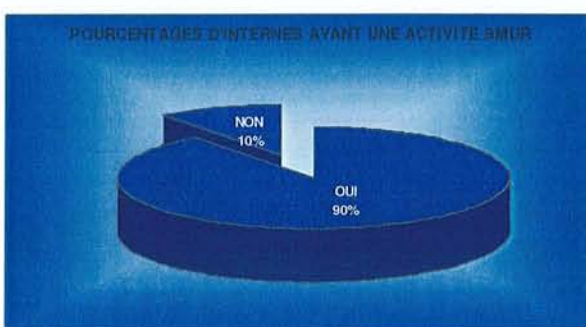
100% des internes ont une activité accueil des urgences, ce qui est somme toute logique.



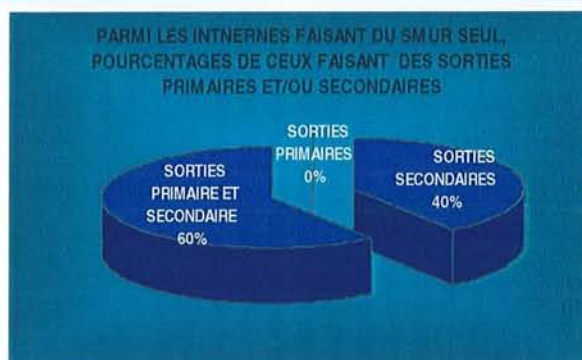
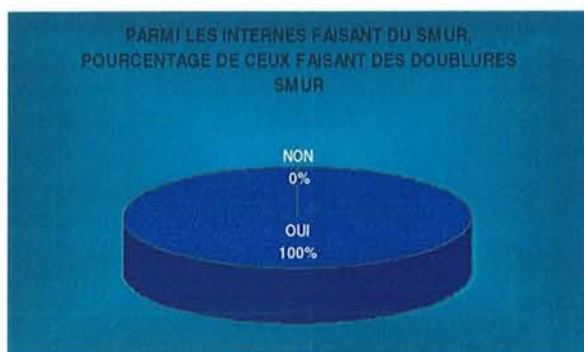
10% des internes ont aussi une activité réanimation, ce qui représente 2 services sur 11 soit 18% des services.



19% des internes ont une activité UHCD.

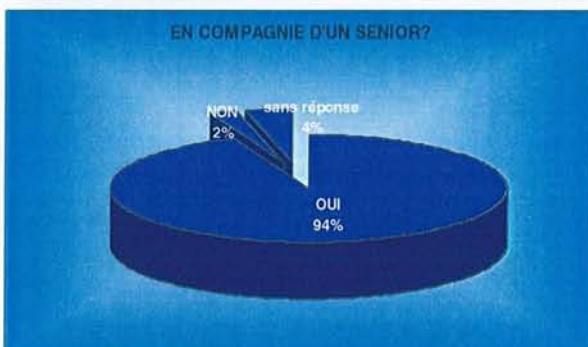
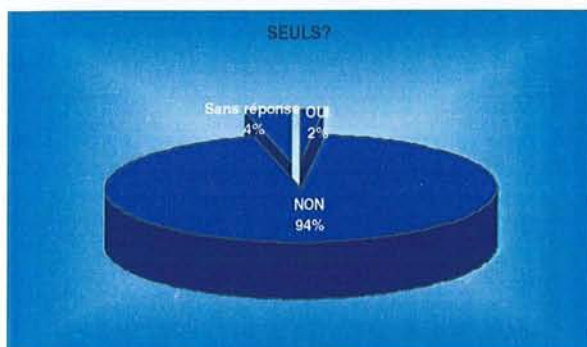
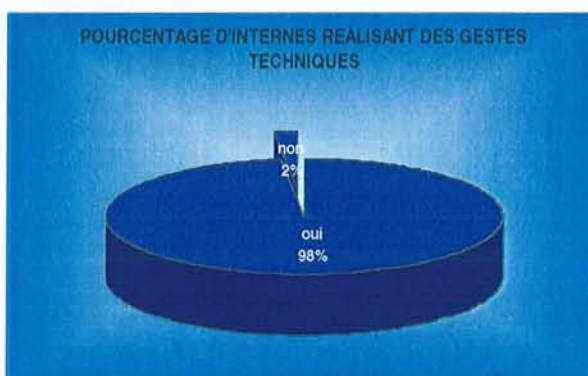


Concernant l'activité SMUR, 2 services sur 11 ne proposent pas d'activité SMUR, ce qui représente 10% des internes ; si on s'intéresse aux différents types de services, 100% des internes des SAU bénéficient d'une formation SMUR, alors que 100% des internes des POSU et 20% des UPATU n'en bénéficient pas.

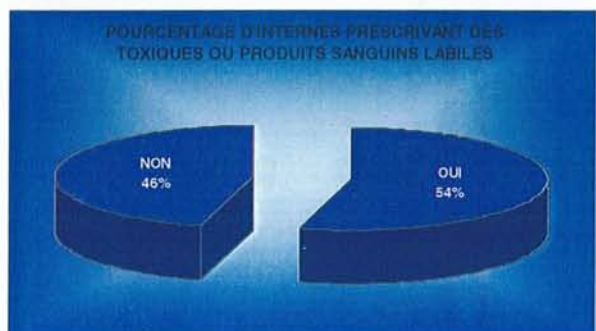
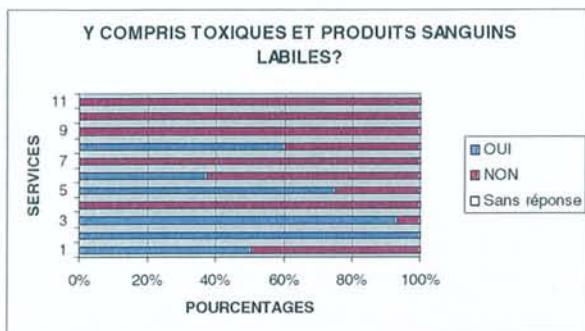
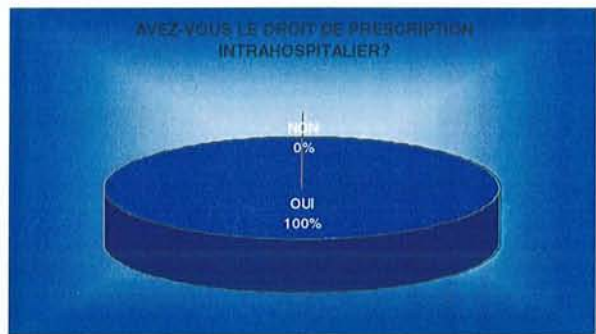
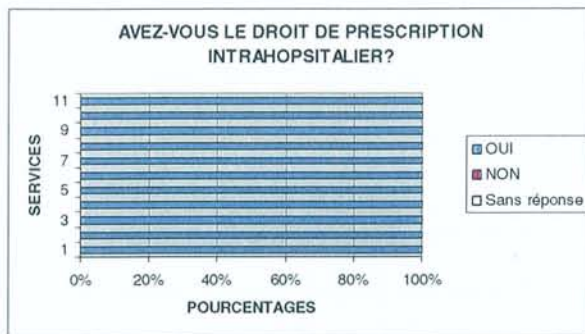


Parmi les internes faisant des sorties SMUR, on remarque que 78% le font en tant que doublure mais que 20% en tant que faisant fonction de médecin seul.

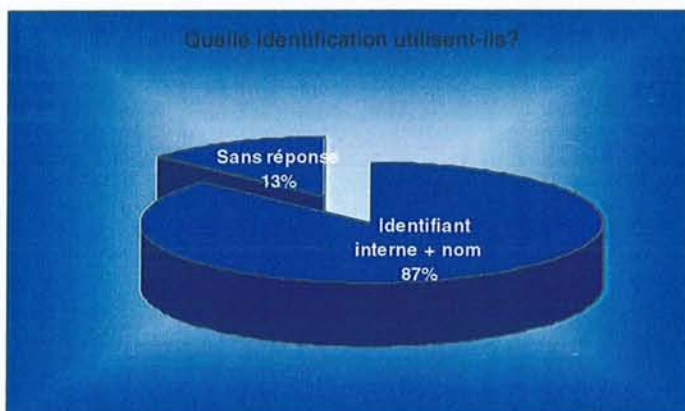
De plus, parmi ceux qui sortent seuls, 60% sortent en primaires et secondaires, et 40% en sorties secondaires uniquement.



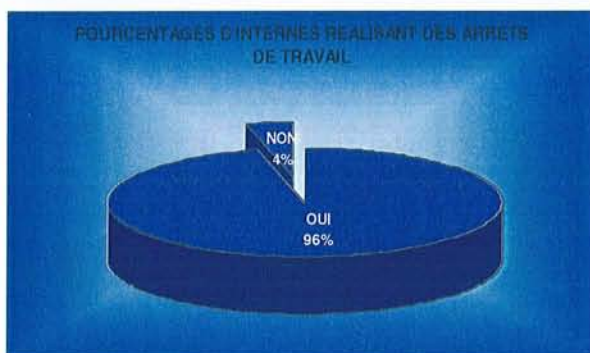
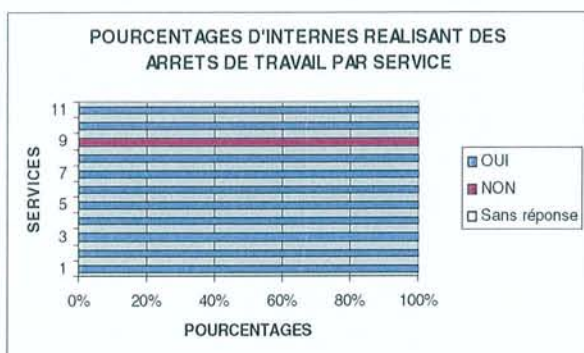
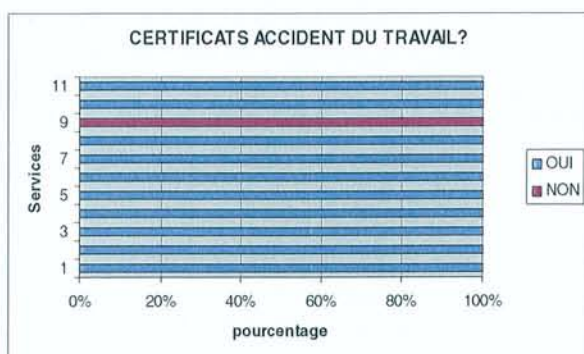
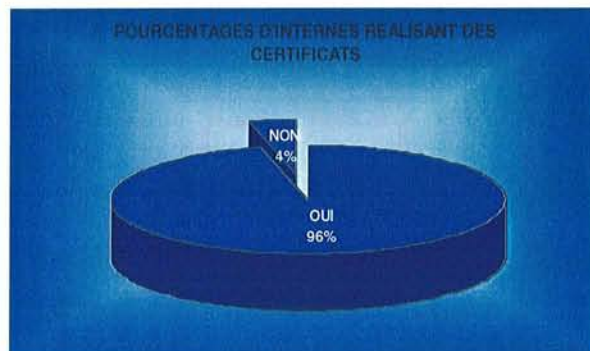
Lorsqu'on demande aux internes s'ils réalisent des gestes techniques, seulement 2% répondent NON ; ensuite si on leur demande s'ils réalisent ces gestes seuls, 2% répondent OUI, 4% sont sans réponse et 94% répondent NON. Sur les 94% qui répondent NON, 94% les réalisent en compagnie d'un médecin senior.



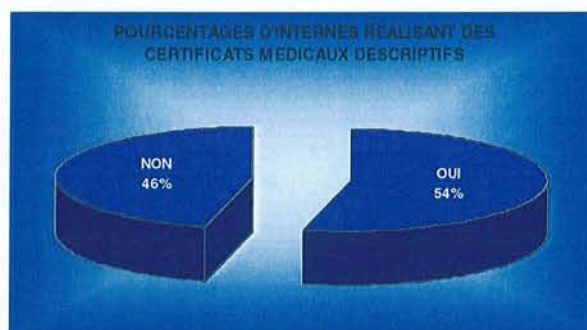
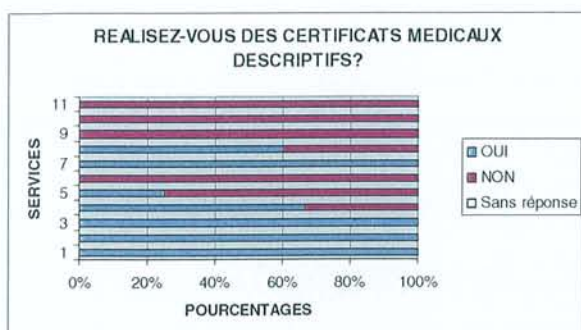
100% des internes répondant qu'ils ont le droit de prescription intra-hospitalier ; cependant, 54% seulement ont le droit de prescription de produits toxiques sanguins labiles.



Si on leur demande quelle identification ils utilisent, 13% sont sans réponse alors que 86% utilisent leur nom et qualité d'interne.

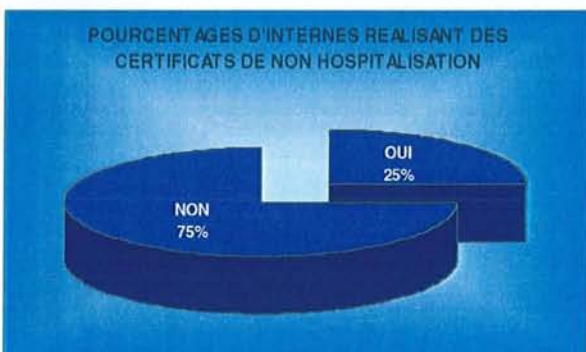
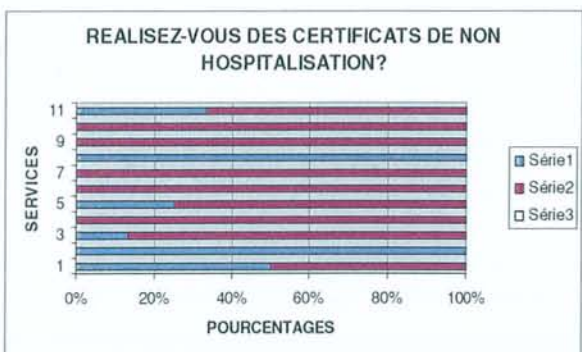
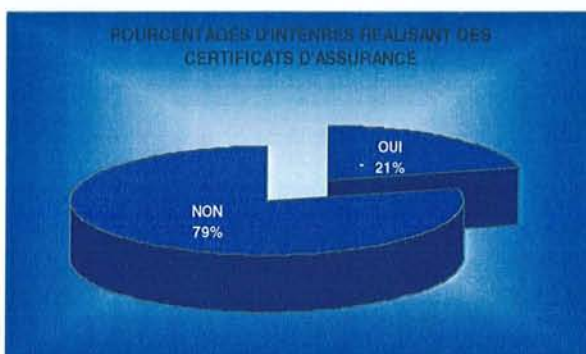


96% des internes réalisant des certificats, certificats accident du travail, arrêts de travail. Un seul service ne leur permet pas d'en réaliser.

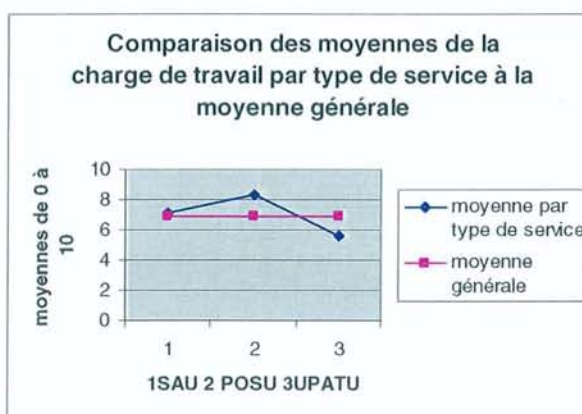
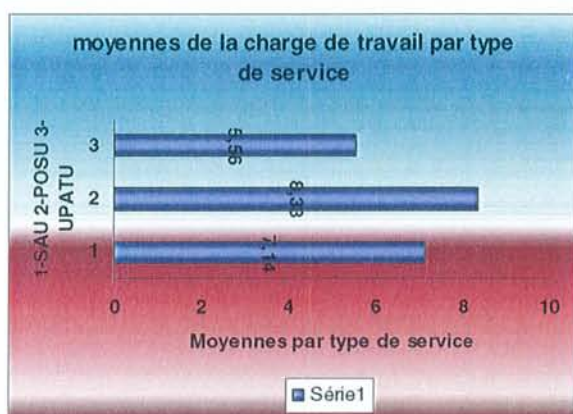
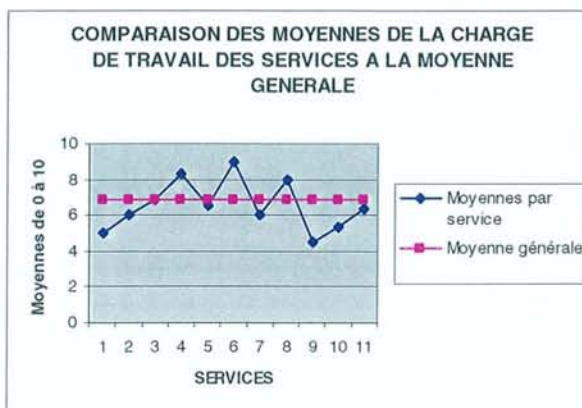
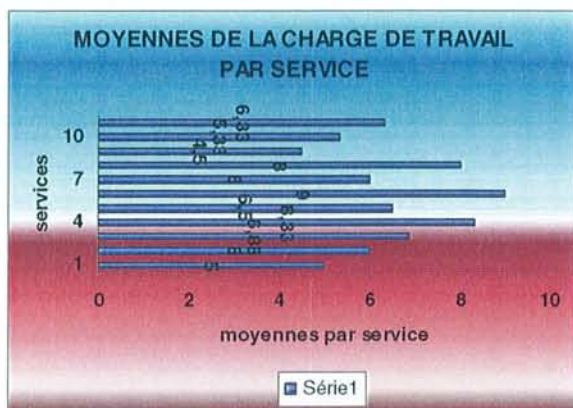




Si on s'intéresse à des certificats pouvant être utilisés dans des affaires judiciaires, 54% des internes réalisent des certificats médicaux descriptifs et 35% des certificats d'ITT.

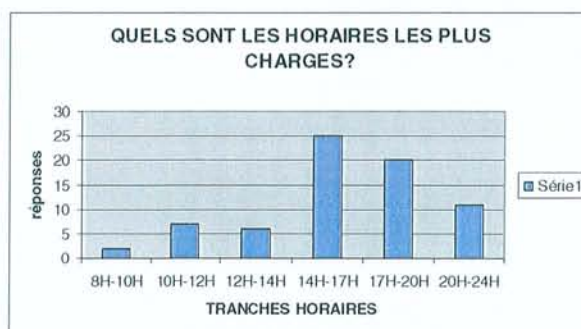
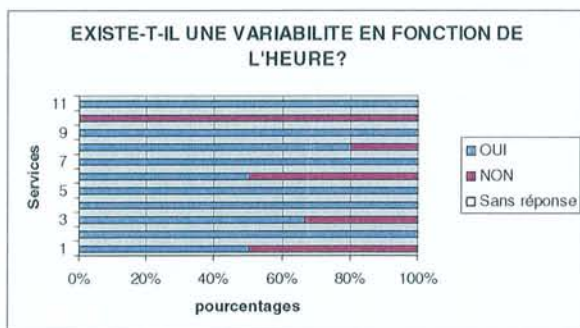
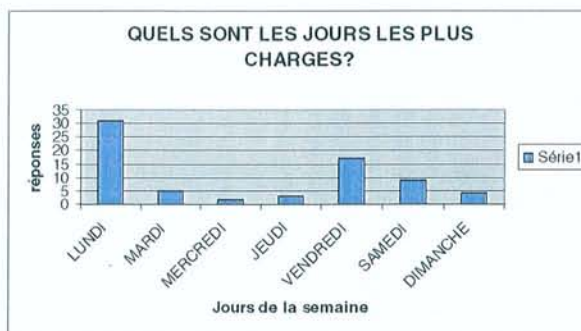
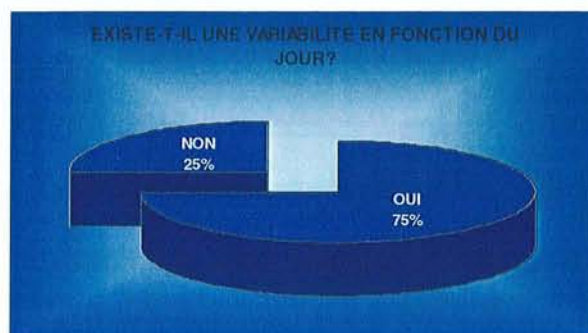
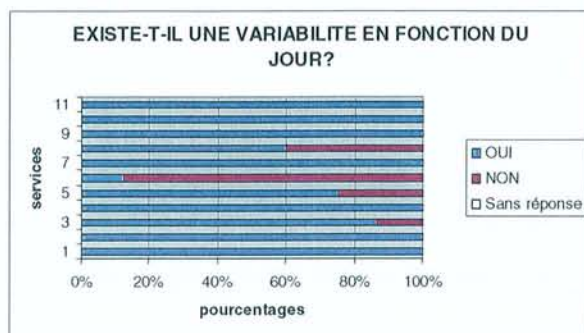


Concernant d'autres types de certificats, 21% font des certificats d'assurance, et 25% des certificats de non hospitalisation.



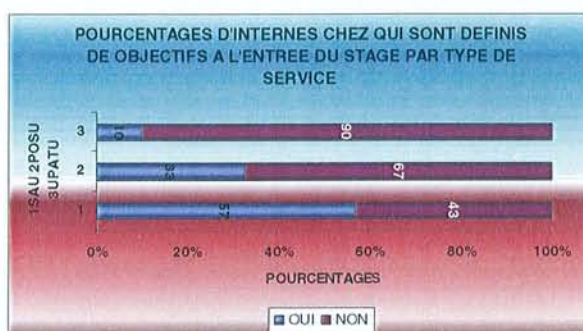
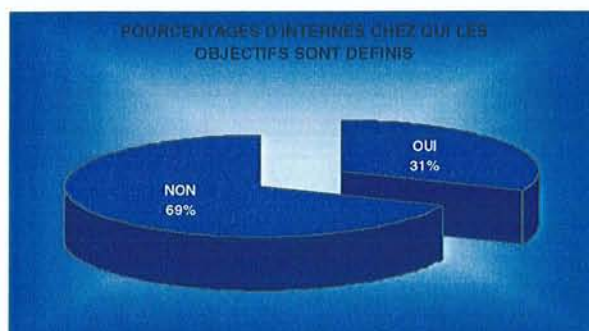
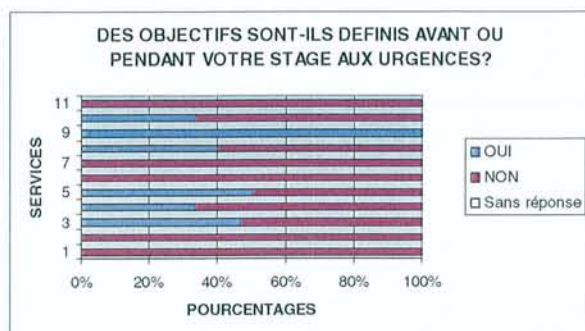
L'unité de mesure pour la charge de travail est une échelle visuelle analogique (EVA), graduée de 0 à 10.

La charge de travail ressentie par les résidents est différente d'un service à un autre avec parfois de gros écarts (du simple au double). De plus, si on s'intéresse à la charge de travail par type de service, on remarque une différence entre les SAU et POSU d'une part, dont la charge de travail est supérieure à la moyenne générale, et les UPATU d'autre part.

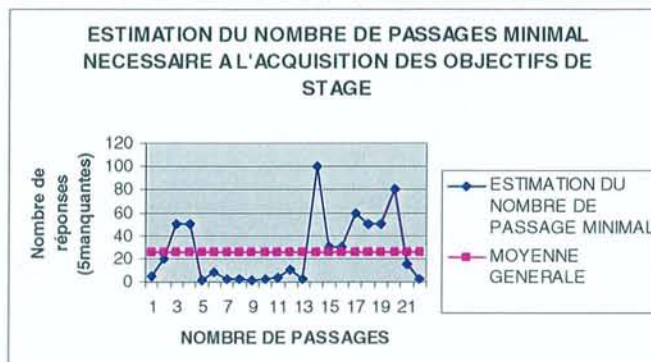
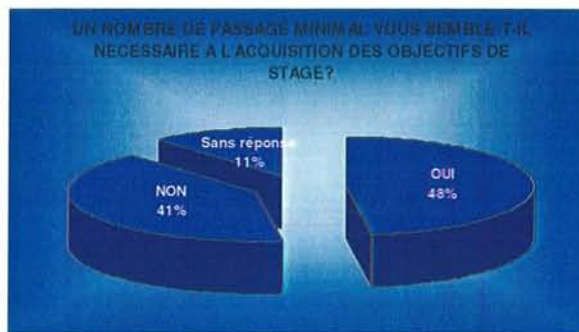
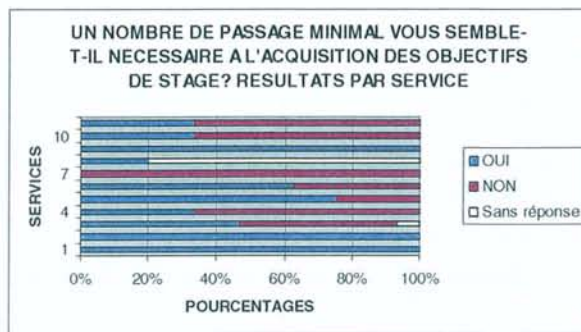


Les graphiques ci-dessus montrent une variabilité de la charge de travail en fonction de certains jours et de certains horaires. Le lundi est le jour où la charge de travail est la plus élevée, alors que l'après-midi est la période de la journée où la charge de travail est la plus élevée.

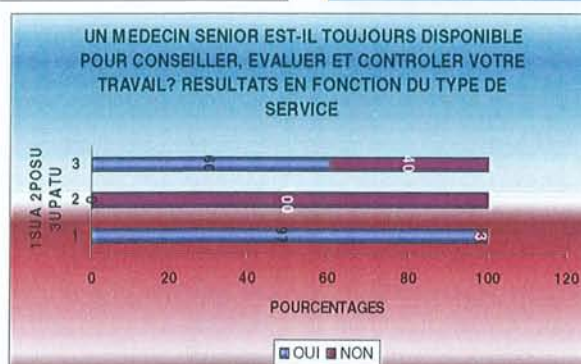
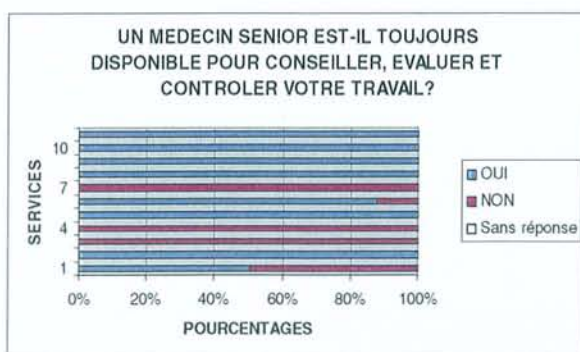
b) ENCADREMENT



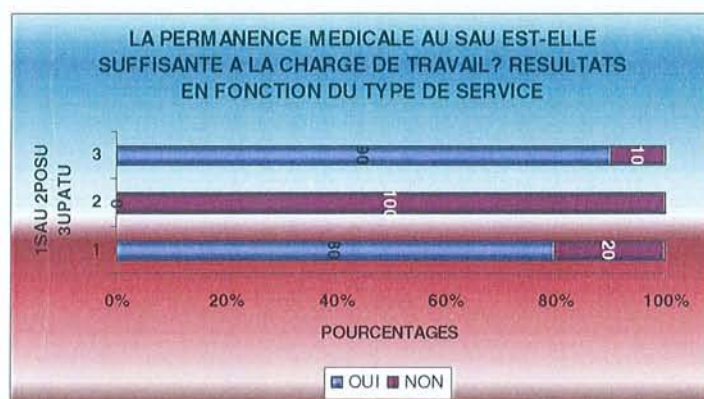
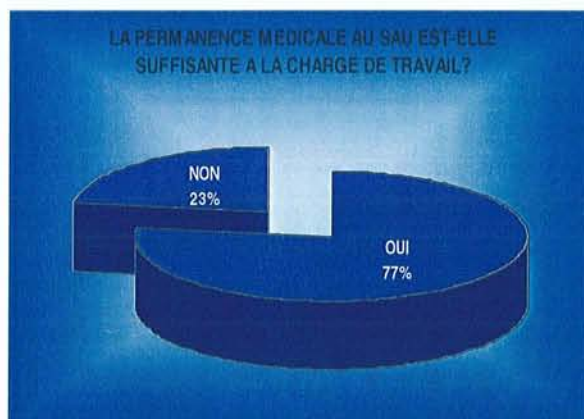
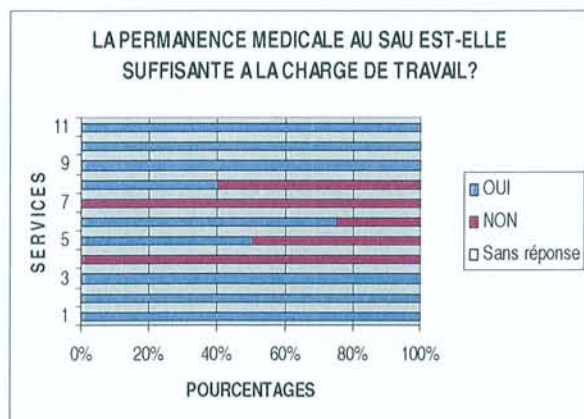
Dans la majorité des cas, des objectifs ne sont pas définis dans les différents services (69% des réponses) ; on note aussi une proportion plus grande dans les UPATU que dans les SAU et POSU.



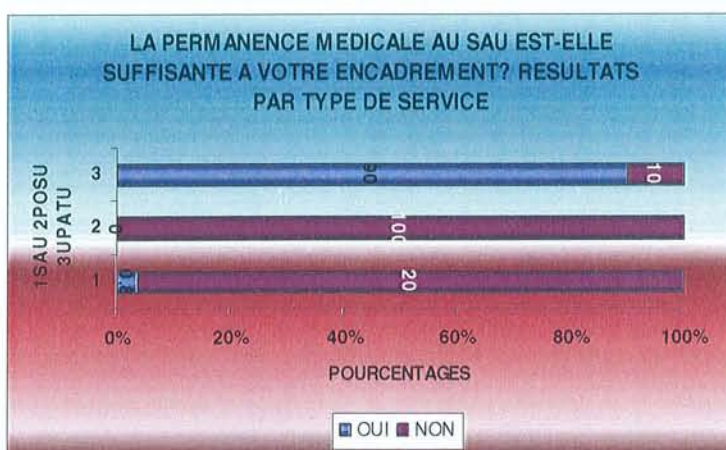
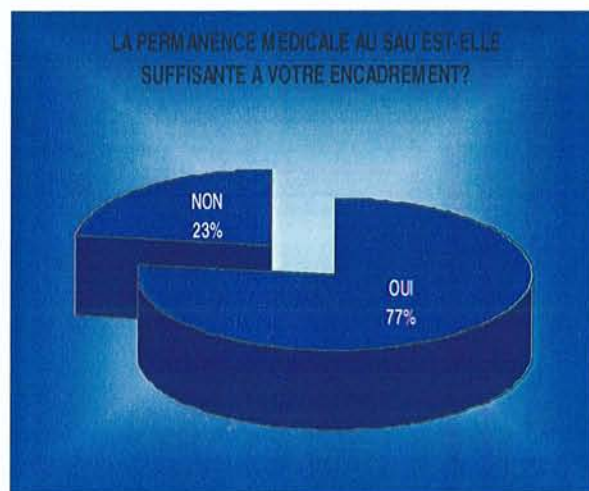
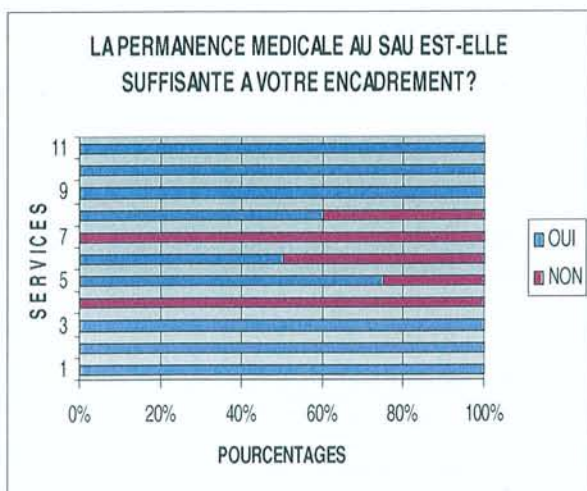
Lorsqu'on demande aux internes si un nombre de passages minimal leur semble nécessaire à l'acquisition des objectifs de stage, une majorité (48%) répond que OUI. L'estimation du nombre de passages minimal alors demandé est très différent d'un interne à un autre si on se réfère au graphique ci-dessus, car on remarque que ce chiffre peut aller d'une dizaine par jour à plus de cent.



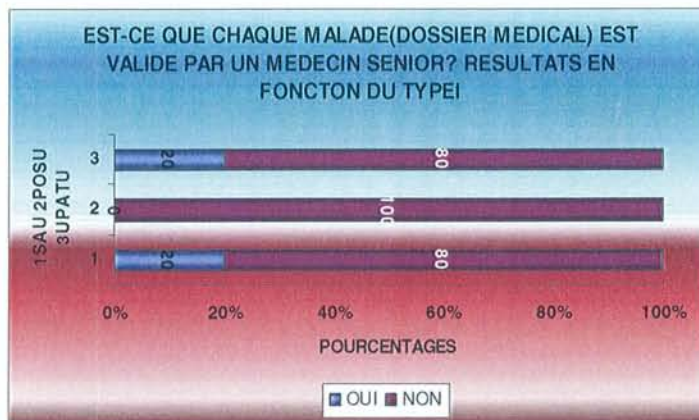
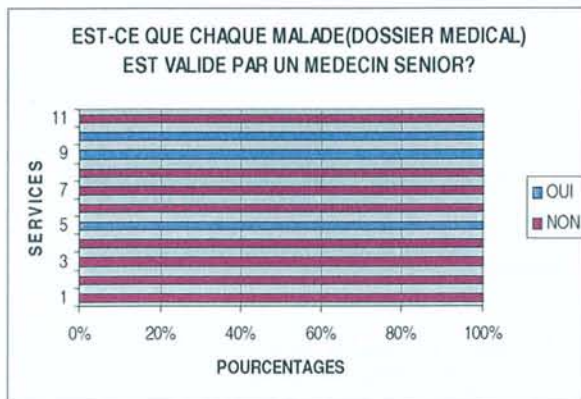
A la question « Un médecin senior est-il toujours disponible pour conseiller, évaluer, et contrôler votre travail ? », la majorité des internes (66%) répond que OUI ; cependant, il existe une réelle disparité selon si l'interne est dans un SAU, POSU ou UPATU.



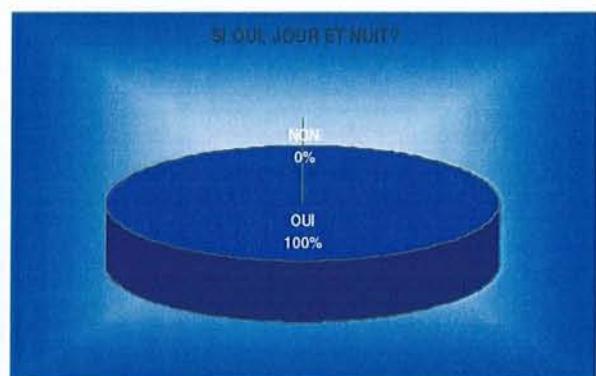
Pour 77% des internes, la permanence médicale est au service d'accueil est suffisante à la charge de travail. Les résultats sont à peu près identiques entre SAU et UPATU, mais différents des POSU.

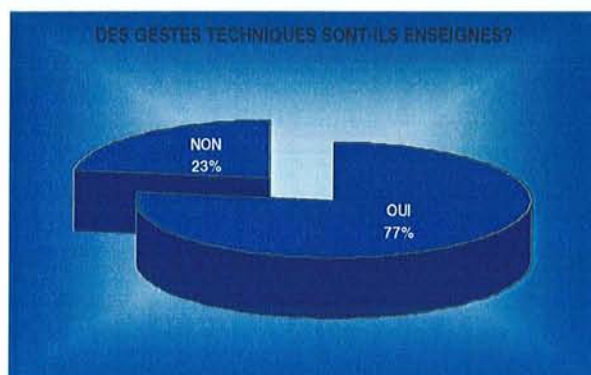
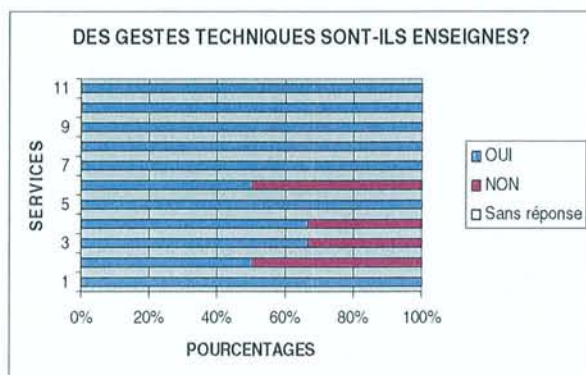


Lorsqu'on leur demande si cette permanence médicale est suffisante à leur encadrement, là encore 77% des internes répondent que OUI. Cependant, on note une différence entre UPATU d'un côté où les réponses sont très positives (90%), et POSU et SAU de l'autre où les réponses sont presque toutes négatives.

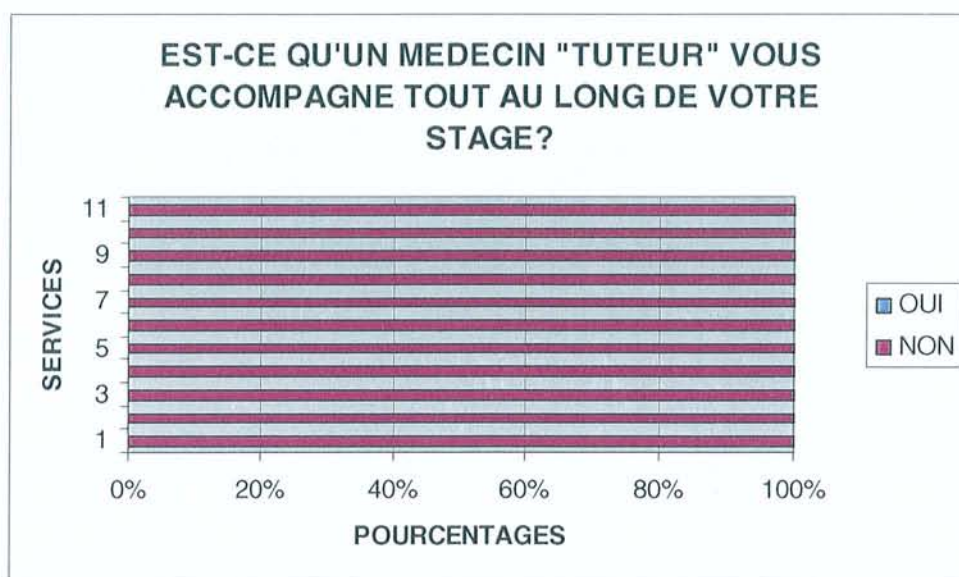


A la question « est-ce que chaque malade (dossier médical) est validé par un médecin senior (thésé), 81% des internes répondent que non. La proportion est à peu près identique dans les 3 types de services. De plus, chez ces 81%, même les patients ambulatoires y sont compris. Cependant, pour les 19% qui ont répondu OUI, les dossiers sont validés le jour ainsi que la nuit par un médecin senior.

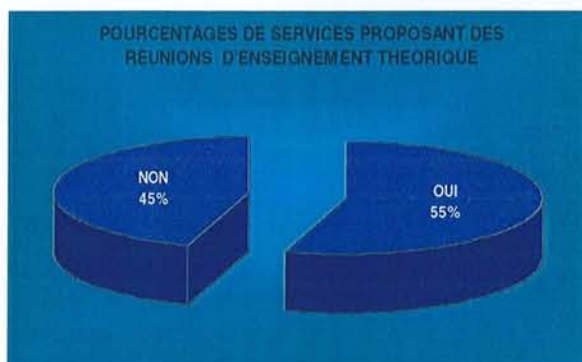
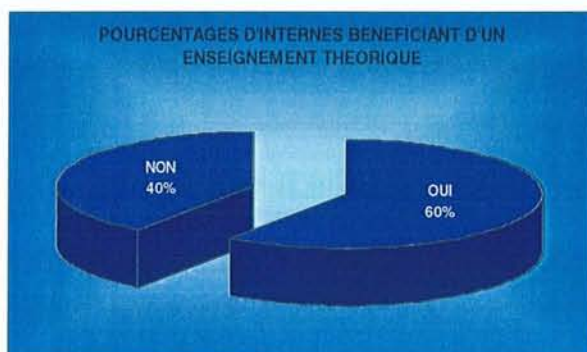
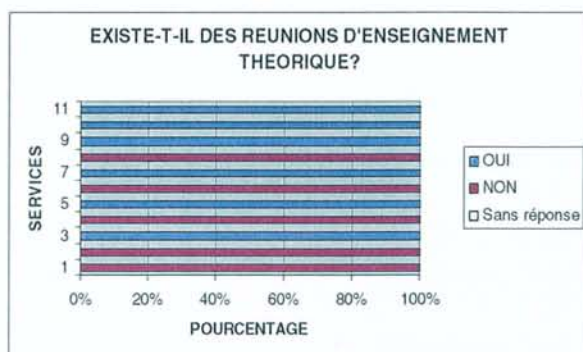




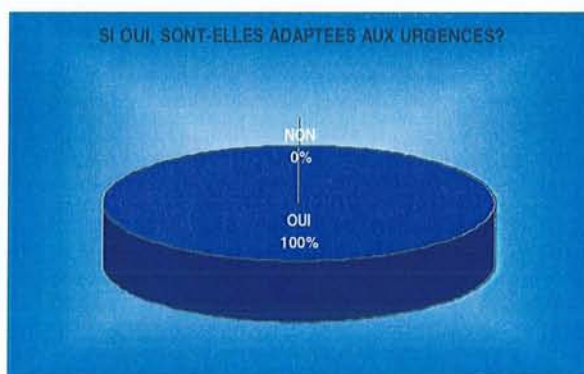
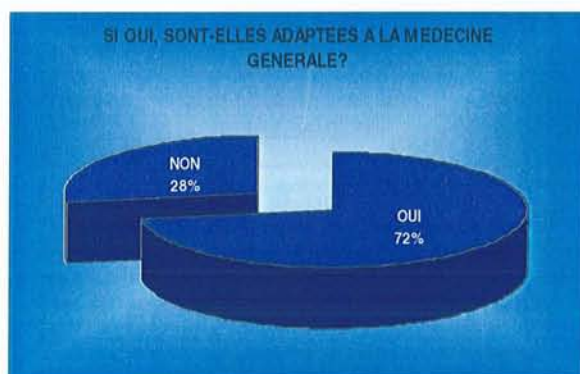
La majorité des internes 77% répondent que des gestes techniques sont enseignés dans leur service. On remarque que dans tous les services des gestes sont enseignés, mais que les réponses entre internes d'un même service peuvent diverger.



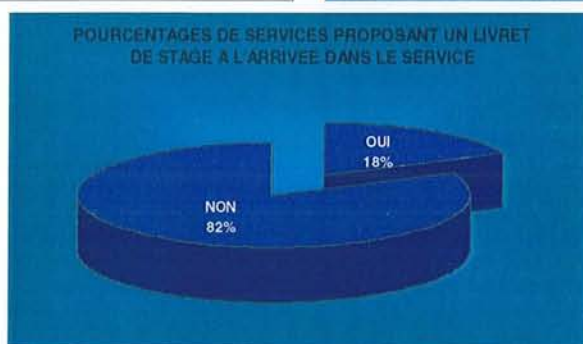
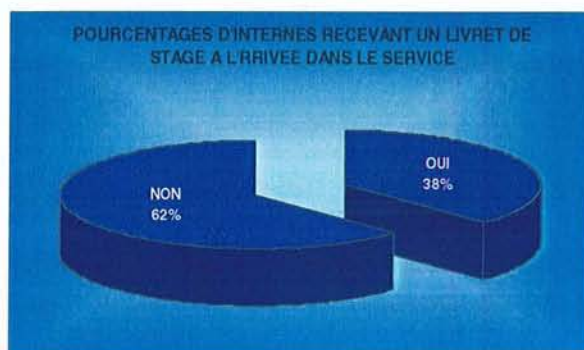
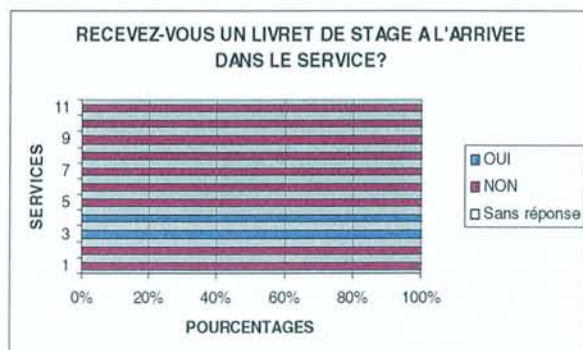
100% des internes répondent qu'ils n'ont pas de médecin tuteur qui les accompagnent tout au long de leur stage.



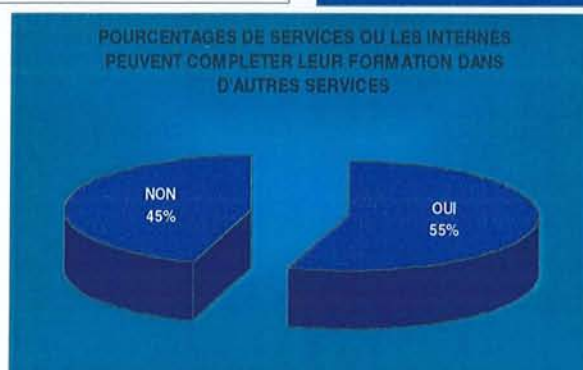
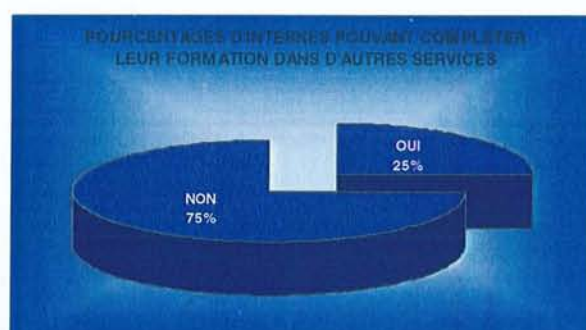
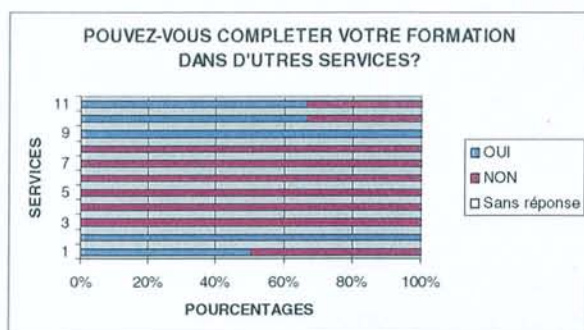
60% des internes bénéficient de réunions d'enseignements théoriques dans leur service, ce qui représente 56% des services.



Dans 72% des cas, ces réunions sont adaptées à la médecine générale et dans 100% des cas adaptées aux urgences.



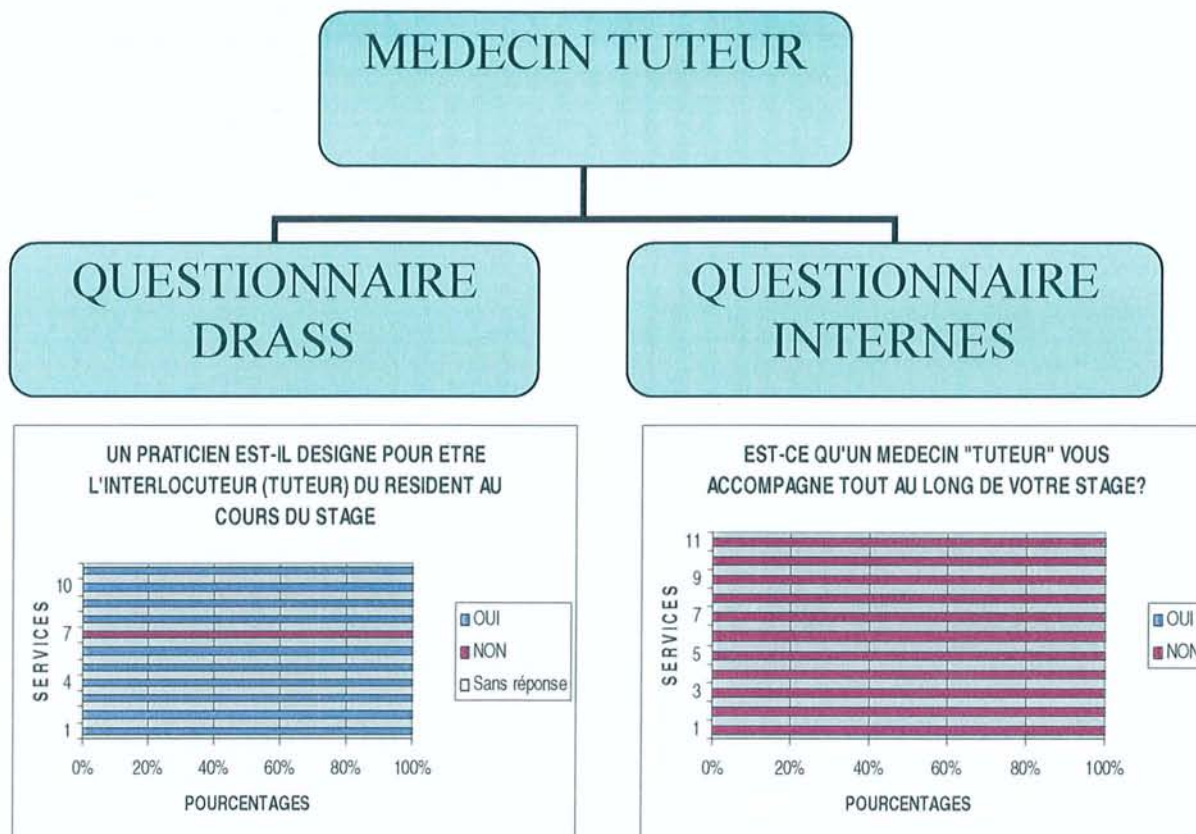
38% des internes reçoivent un livret de stage à l'arrivée dans le service ; ceci représente seulement 18% des services.



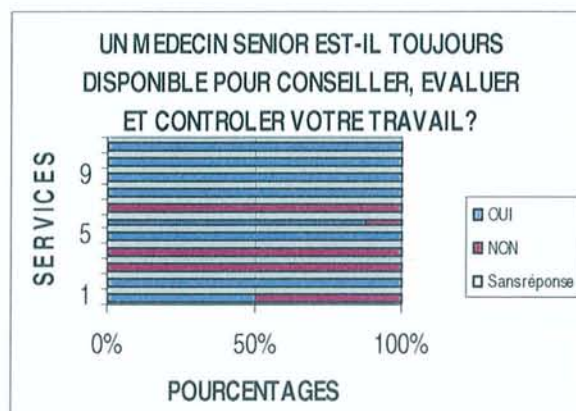
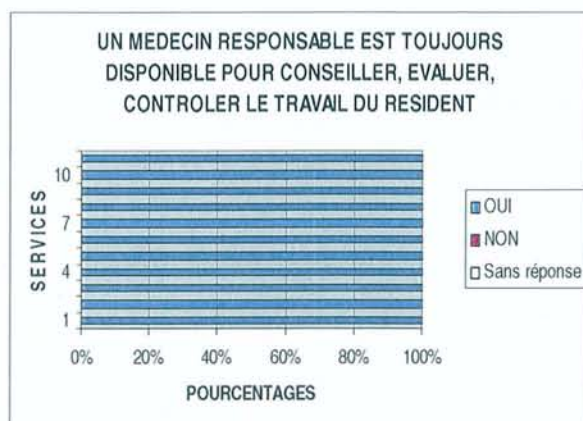
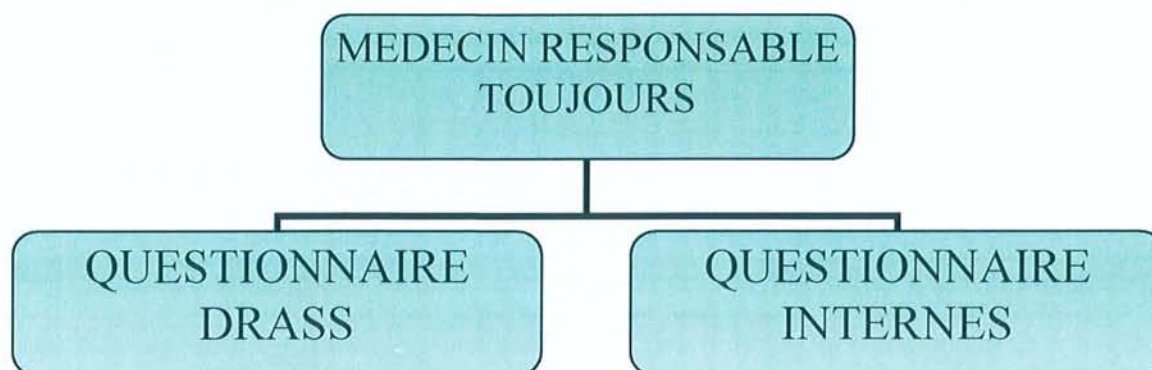
Seulement 25% des internes peuvent compléter leur formation dans d'autres services de l'hôpital.

3) COMPARAISON DES QUESTIONNAIRES

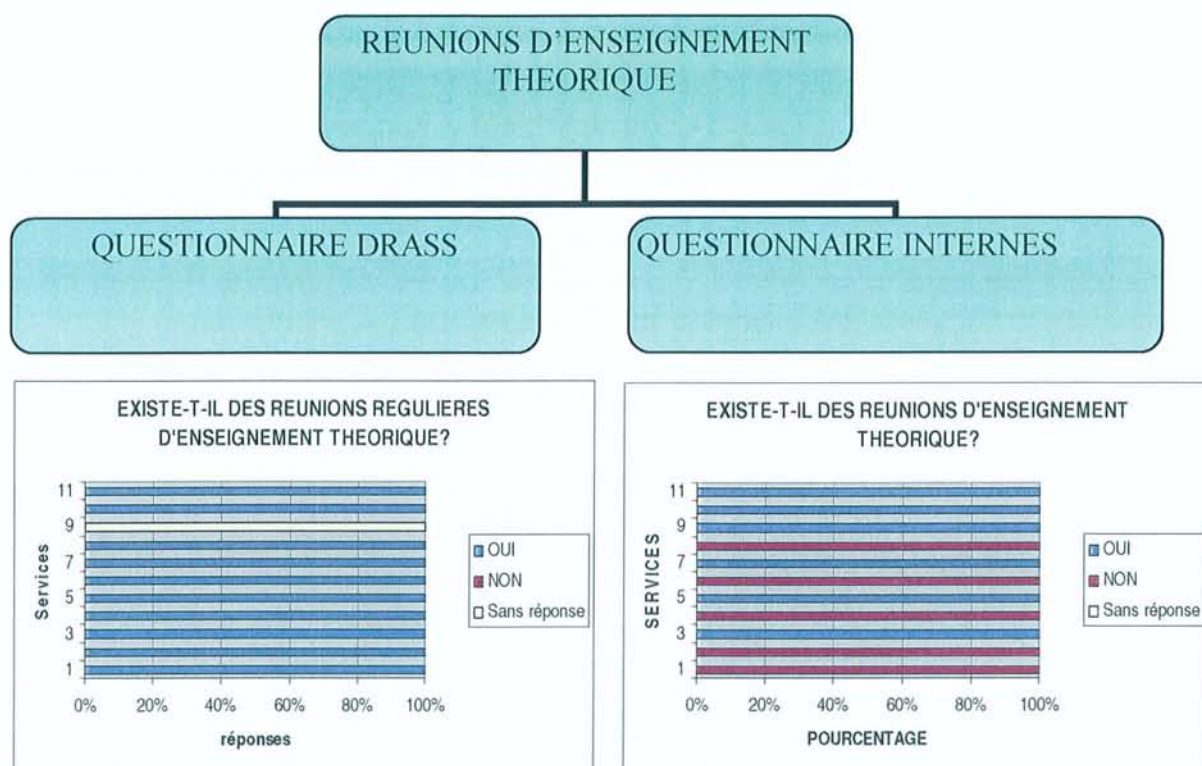
Nous allons comparer certaines questions identiques dans les deux questionnaires.



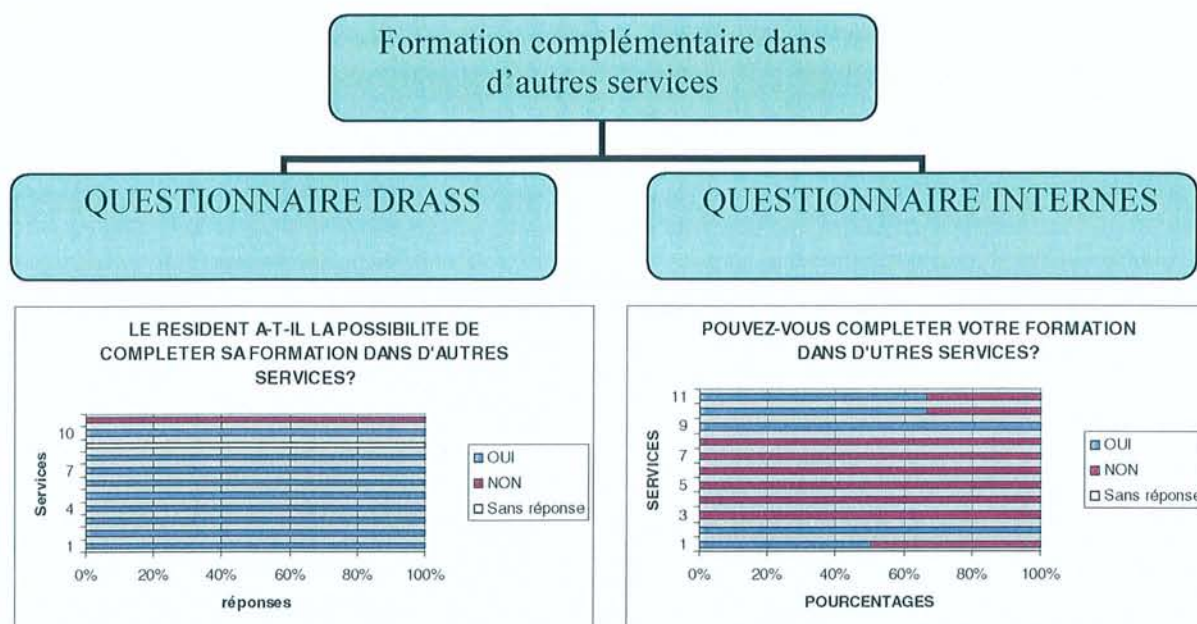
Les réponses des internes et des chefs de service sont tout à fait contradictoires quand à la présence d'un médecin « tuteur » qui les accompagnerait tout au long de leur stage. 100% des internes déclarent ne pas avoir de médecin tuteur, alors que 10 services sur 11 déclarent en nommer un.



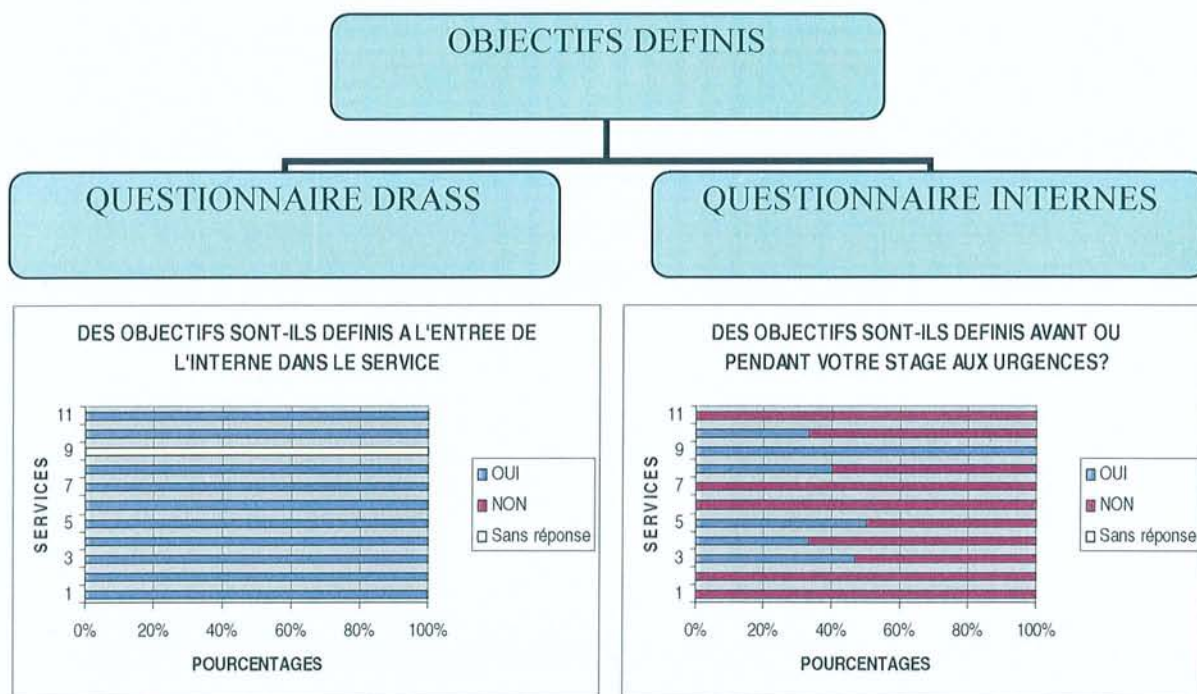
Là, si on compare les réponses entre les internes et les chefs de service concernant un médecin senior toujours disponible pour conseiller, évaluer et contrôler le travail des résidents, on remarque simplement quelques contradictions dans les réponses, avec 3 services sur 11 où les réponses sont opposées ; au sein même d'un même service, les réponses des internes sont parfois opposées (dans 2 services).



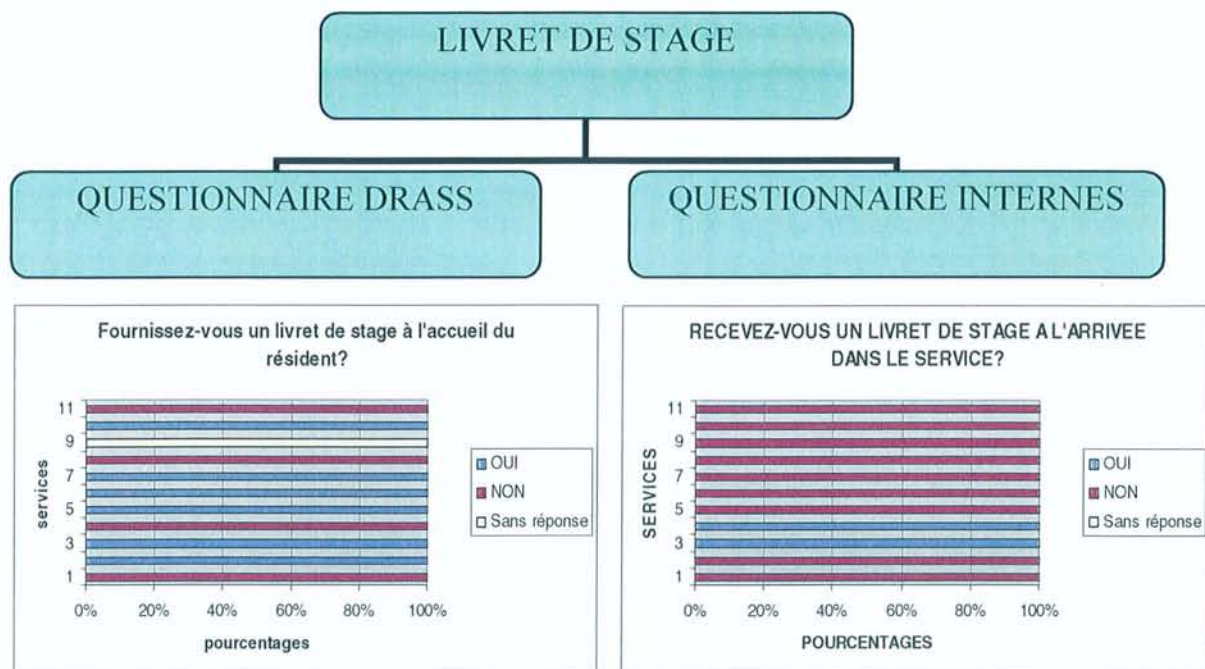
Là encore, on note une certaine disparité entre les réponses des internes et les réponses des chefs de service. Selon les réponses des internes, dans 5 services sur 11, il n'y a pas de réunions d'enseignement théorique alors que les 10 services ont déclaré qu'il y en avait et 1 était sans réponse (mais dans le service qui était sans réponse, les internes ont déclaré qu'il y avait des réunions d'enseignement théorique).



On note là encore une grosse disparité dans les réponses.

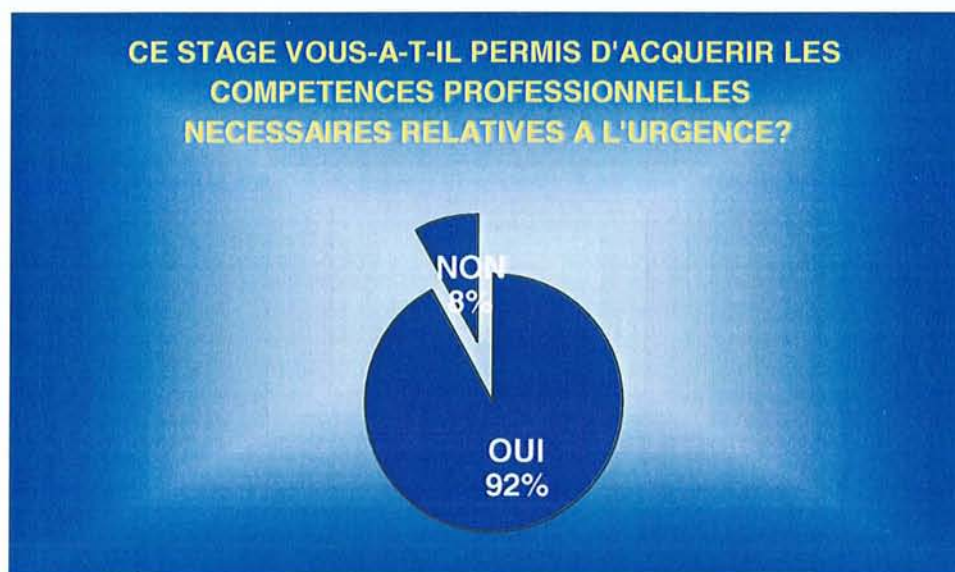
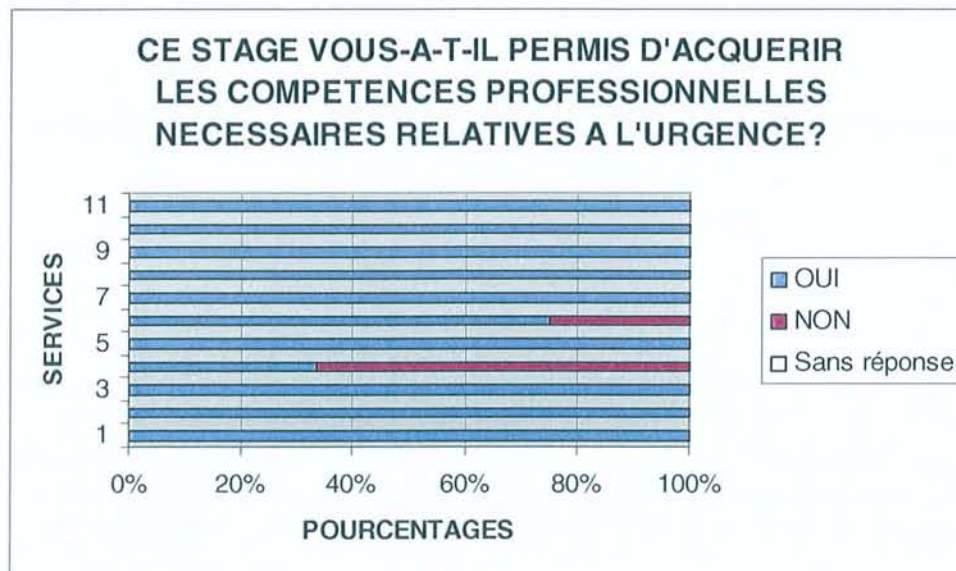


Là encore, on note une différence significative entre les réponses des chefs de service et celles des internes. La majorité des internes répondent qu'il n'y a pas d'objectifs définis à l'entrée du stage.

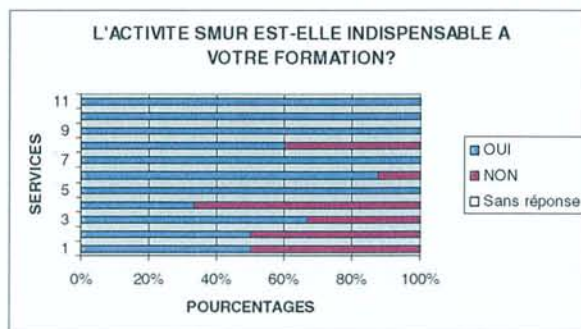


4 services sur 11 répondent qu'un livret de stage est délivré aux internes à leur arrivée dans le service. Dans les réponses des internes, ce n'est plus que 2 sur 11.

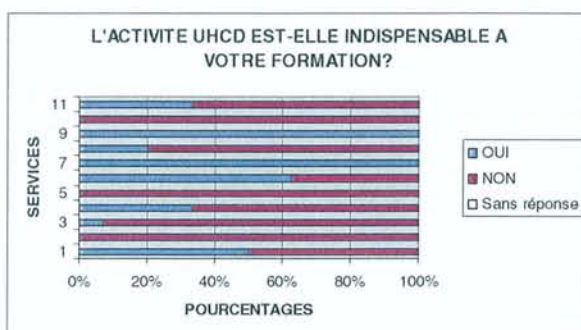
IV) PROPOSITIONS DU QUESTIONNAIRE INTERNES



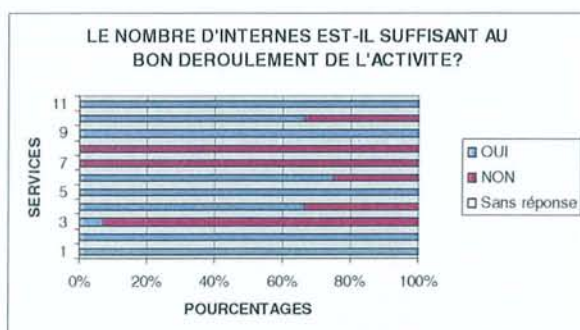
En majorité, soit dans 92% des cas, ce stage a permis aux internes d'acquérir les compétences professionnelles relatives à l'urgence. Les internes sont donc globalement satisfaits.



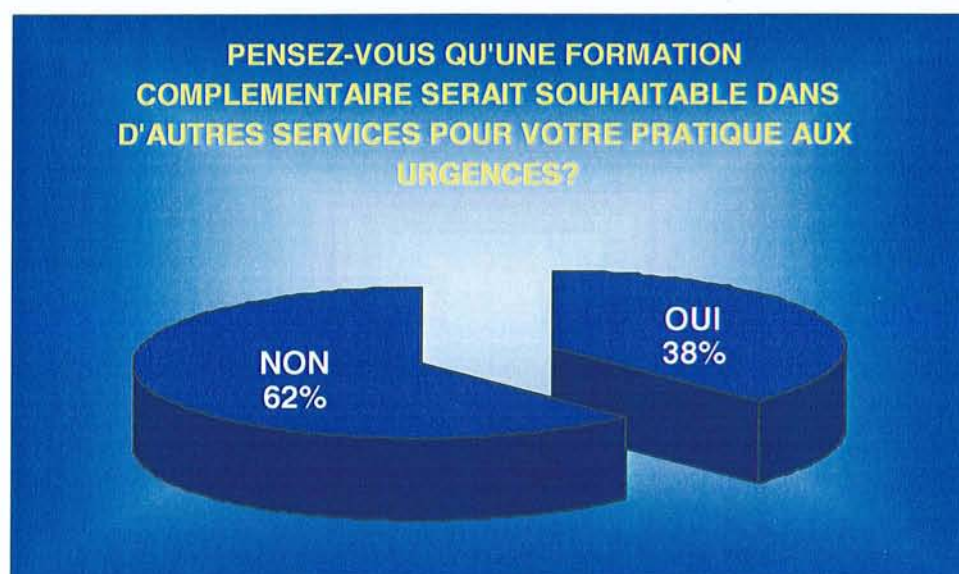
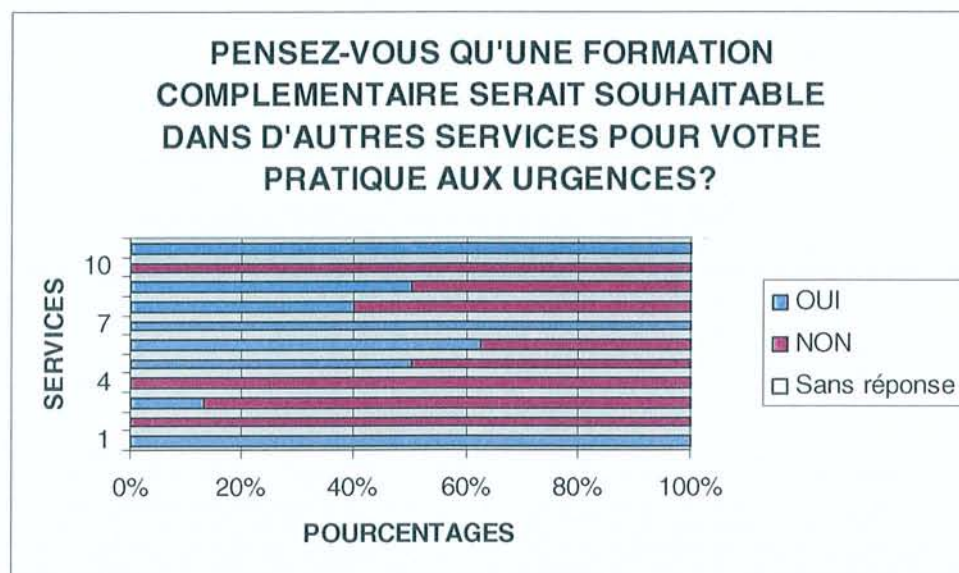
La majorité des internes (76%) pensent que l'activité SMUR est indispensable à leur formation (alors que tous services ne la proposent pas).



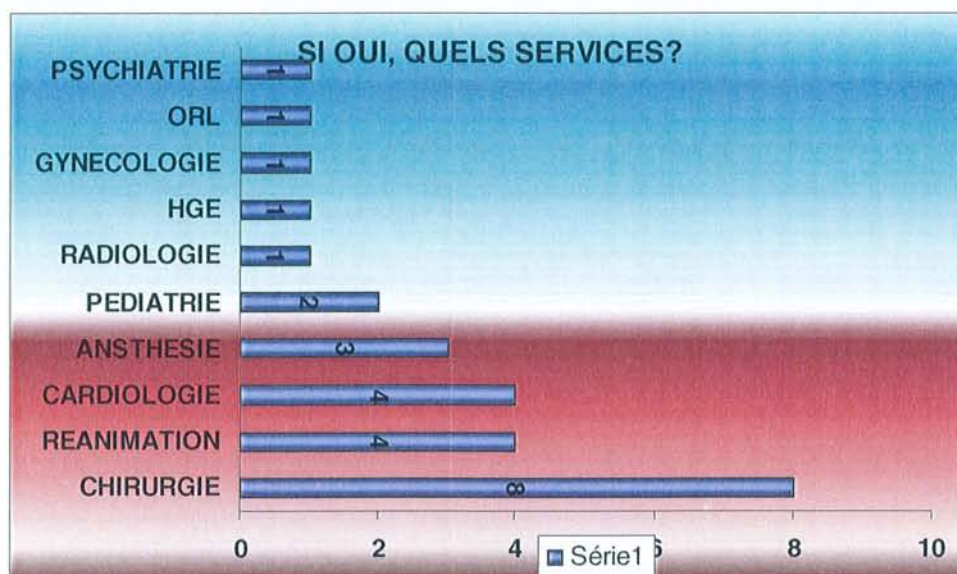
Dans 73% des cas, les internes pensent que l'activité UCHD n'est pas nécessaire à leur formation.



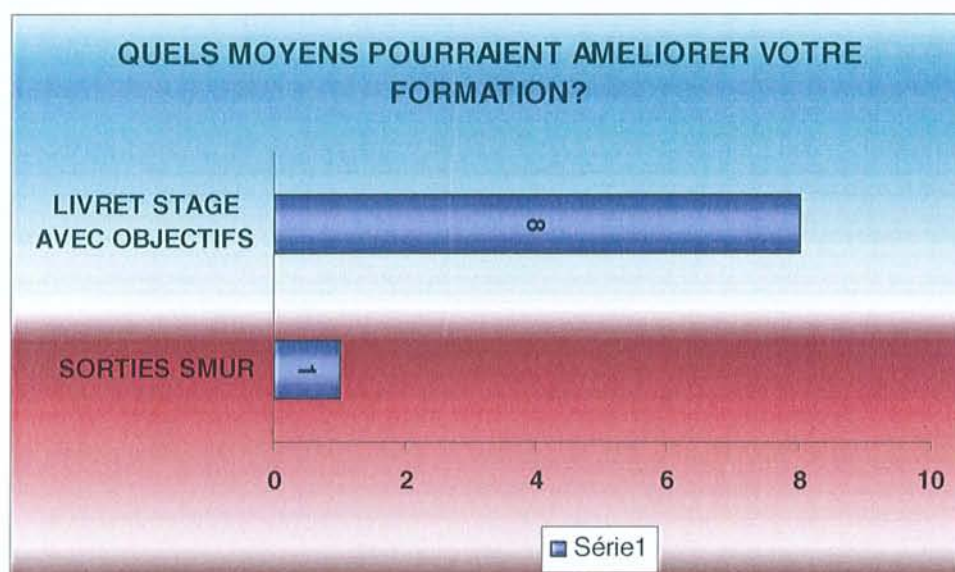
Dans 50% des réponses, on remarque que le nombre d'internes n'est pas suffisant, selon eux, au bon déroulement de l'activité. On remarque que cela ne concerne pas tous les services, mais quand même 6 services sur 11.



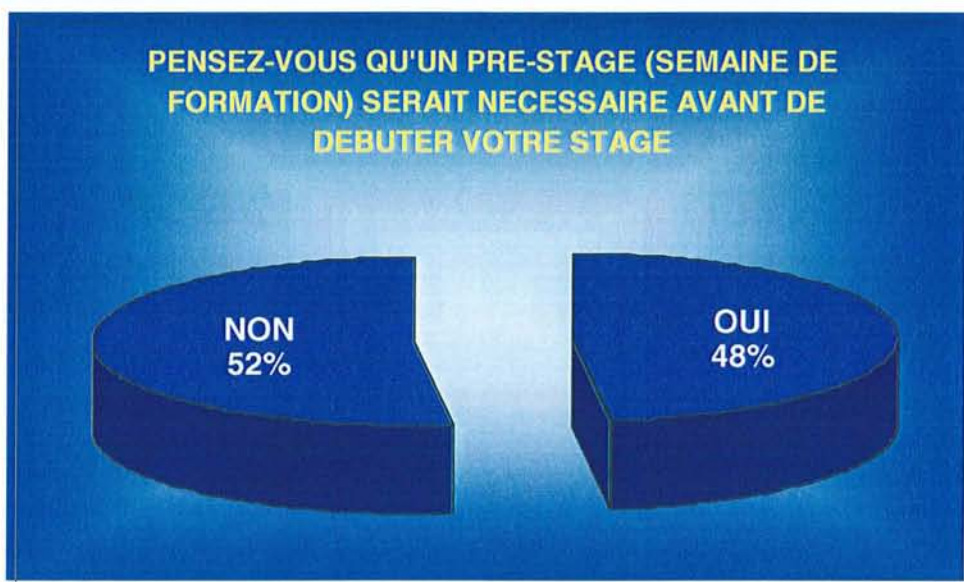
Lorsqu'on leur demande si une formation complémentaire dans d'autres services serait souhaitable afin d'améliorer leur formation, seulement 38% répondent que OUI.



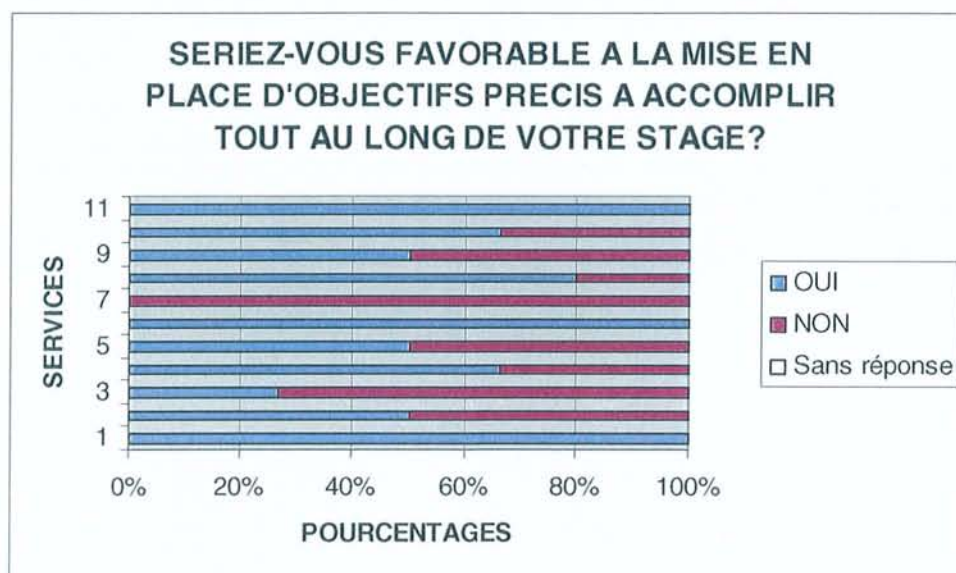
Si on leur demande quel type de service, la majorité des réponses est en faveur de la chirurgie.



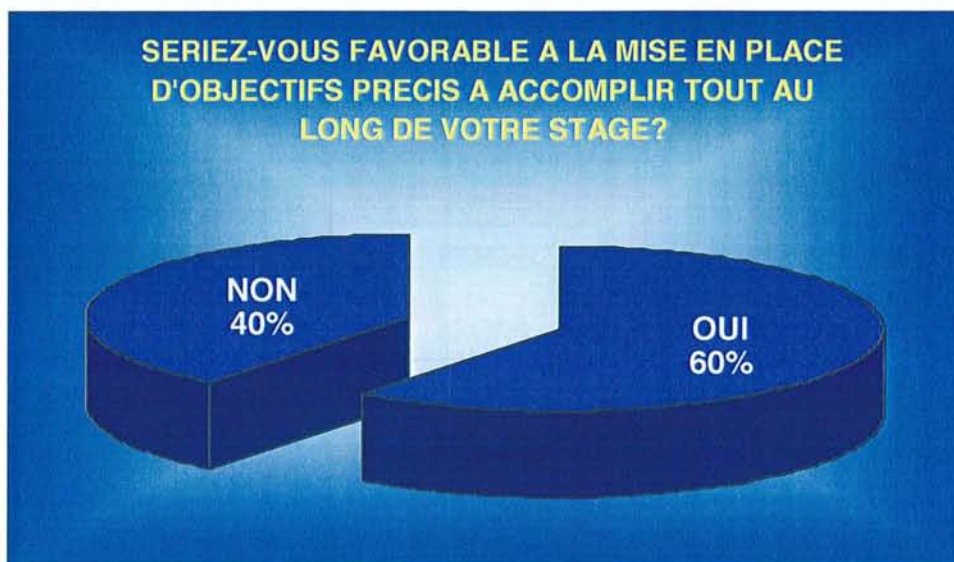
Lorsqu'on demande aux internes quels moyens pourraient améliorer leur formation, on note 2 types de réponse à savoir un livret de stage dans lequel des objectifs pourraient être définis ainsi que pour certains la possibilité de participer à des sorties SMUR (tous les services ne le proposant pas).



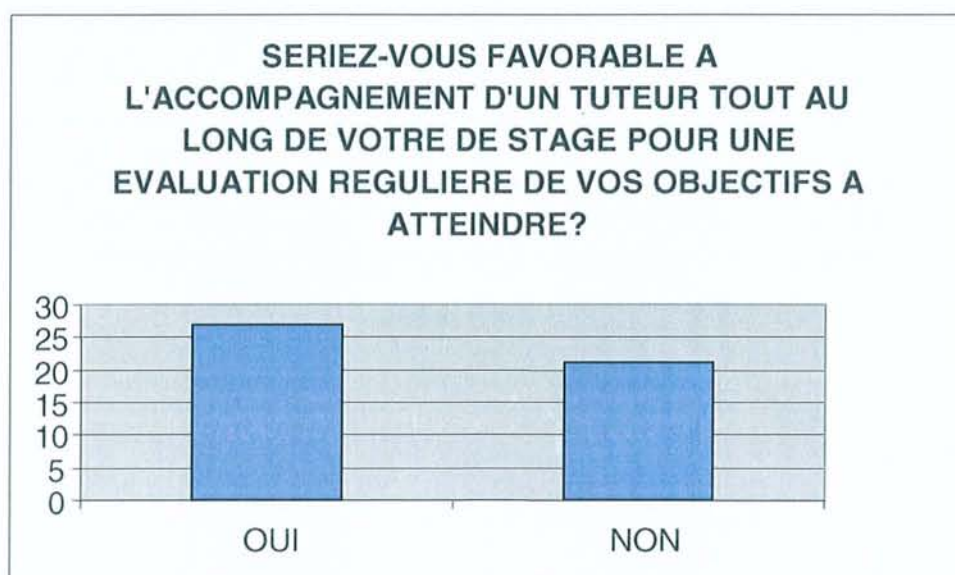
Un peu plus de la moitié des internes (52%) ne pense pas qu'un pré-stage (semaine de formation) serait nécessaire avant de débiter leur stage.



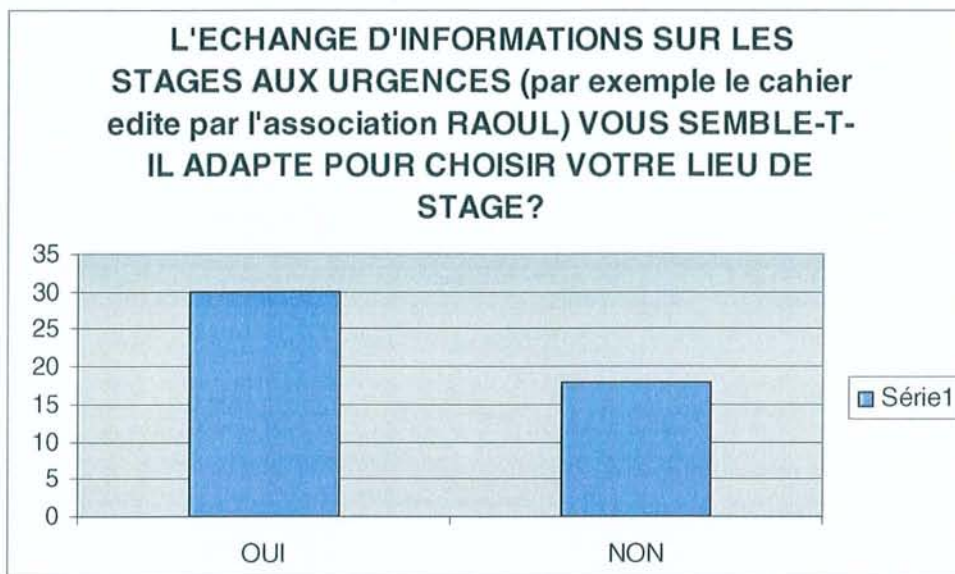
Les réponses sont divergentes à l'intérieur d'un même service à la question « seriez-vous favorable à la mise en place d'objectifs précis à accomplir tout au long de votre stage ? ».



La majorité des internes interrogés (60%) seraient favorables à une évaluation d'objectifs mis en place dans les différents services d'urgence.



La majorité des internes serait favorable à l'accompagnement d'un tuteur tout au long de leur stage pour une évaluation régulière des objectifs à atteindre.



La majorité des internes pensent que le livret édité par l'association des résidents est adapté pour choisir leur lieu de stage.

DISCUSSION

I) LIMITES DE CETTE ETUDE

Cette étude a été réalisée sur une seule région : la région lorraine. Ce n'est pas nécessairement représentatif de ce qui se passe en France. Cependant, elle a le mérite d'être la seule région de l'est de la France (cf résultats p) à mettre en place ce questionnaire DRASS, dans le cadre de la commission d'adéquation des stages en médecine générale, afin de savoir ce qui est proposé en terme de formation et d'encadrement dans les différents services d'accueil des urgences de lorraine.

De plus, elle ne se déroule que sur un semestre, ce qui limite l'effectif des internes interrogés à 49, avec malgré tout échantillon suffisant avec un taux de réponse à 98%.

Les réponses des questionnaires DRASS ne sont peut être pas représentatives de la formation et de l'encadrement des internes dans les différents services. Il faut prendre en compte certains biais, liés notamment à la codification des données (questions ouvertes ou fermées), aux fausses déclarations volontaires ou par omission, mais également au mode de recueil de l'information (questionnaire). Néanmoins ce questionnaire DRASS, même s'il peut être incomplet et imparfait, est tout de même une bonne base de travail pour de futures améliorations.

Les réponses des questionnaires des internes, en plus des biais cités précédemment, ne peuvent pas être considérées comme objectives, mais plutôt comme un ressenti, un vécu de leur stage. En effet, les réponses peuvent parfois être biaisées par un effet groupe (lorsque les internes répondent ensemble), par des relations interhumaines « précaires » avec certains professionnels du service où ils effectuent leur stage.

Le questionnaire en lui-même, n'est peut être pas assez exhaustif, mais en étant complémentaire de celui déjà existant, permet de montrer les discordances de réponses entre les « formateurs et les formés ».

II) COMMENTAIRES

1) Sur une planification du stage obligatoire dans un service d'urgence

L'organisation des urgences en France est aujourd'hui une priorité de santé publique ; la politique de santé publique plaide et s'engage, avec les derniers SROS, pour une amélioration de la qualité des soins notamment au niveau de la permanence des soins. Celle-ci passe par une amélioration de la formation et de l'encadrement des internes.

En rendant obligatoire un stage dans un service d'urgence, le décret de médecine générale correspond bien à la réforme de l'enseignement de la médecine (21), indissociable des nouvelles pratiques de soins. La nécessité de promouvoir une recherche clinique, fondamentale, pédagogique et organisationnelle recouvrant toutes ces spécificités s'impose.

Son but principal est de former les futurs médecins généralistes aux gestes et situations d'urgence dits « de base » qu'ils rencontreront dans leur futur exercice.

La démarche de ce travail a consisté, en faisant un état des lieux de la formation et de l'encadrement des résidents dans les différents services d'urgence de Lorraine, de vérifier s'il existait une adéquation entre ce qui était proposé en terme de formation et d'encadrement des internes par ces différents services et leur ressenti. La formation s'évalue et l'évaluation est formative (22, 23, 24).

La DRASS, dans le cadre de la Commission d'adéquation des stages de médecine générale ne s'est intéressée, par son questionnaire, qu'à ce que répondaient les chefs de service. Elle n'a jamais pris en compte l'avis des internes. Le retour et le ressenti des internes n'étaient connues que par le livret édité par l'association des internes en médecine générale de Nancy (RAOUL) ; livret non validé par la commission d'adéquation des stages. Les dernières techniques d'enseignement en pédagogie médicale, situent pourtant l'interne comme l'acteur principal de sa formation.

Si on regarde ce qui se passe au niveau européen, en Belgique par exemple, les facultés de médecine, en 2000-2001, ont pris la décision de réformer leurs enseignements et leurs méthodes pédagogiques du tout au tout (25). Elles entendent former des individus attentifs à l'importance de la formation continue et capables de mener à bien leur auto-apprentissage. La part des cours théoriques se réduit au profit de séminaires où les étudiants sont répartis par petits groupes, sous le pilotage d'un "moniteur". Ces séminaires ont un caractère interactif; ils favorisent la participation active des étudiants tout en leur permettant de mobiliser leurs connaissances autour de "cas" cliniques. Ainsi le séminaire d'analyse d'apprentissage par problèmes (APP) vise à favoriser l'auto-acquisition de savoirs, de même que l'apprentissage au raisonnement clinique (ARC) et le séminaire d'apprentissage par résolution de problèmes (ARP) (26, 27).

Manifestement, à la vue des résultats de cette étude, on note un fossé entre les formateurs et les formés. Au-delà de ce constat brutal et péjoratif, nous allons nous intéresser à ce que cela signifie. Est-ce que ceci est simplement dû à une faute de moyens ?

Sans planification de ce stage obligatoire aux urgences, il ne peut y avoir de mode cohérent de pratiques. Il ne peut exister de protocoles validés, de principes fonctionnels, d'objectifs de formation cohérents, de recherche orientée, qui sont essentiels à une pratique d'une médecine moderne et de qualité.

2) Sur la mise en place d'un référentiel : objectifs et livret de stage

Lorsque l'on compare les réponses de items identiques aux 2 questionnaires (DRASS et internes), on note des différences. Aux questions posées sur la présence d'un médecin tuteur, de réunions d'enseignement théorique, la possibilité de se former dans d'autres services, la fourniture d'un livret de stage et la définition d'objectifs, les réponses sont souvent contradictoires (cf résultats p85, 86).

Les résidents belges, lors de leur « doctorat », équivalent belge du 3^{ème} cycle de médecine générale en France, n'ont pas de stage obligatoire dans un service d'urgence. Par

contre, la médecine d'urgence est une spécialité à part entière (Diplôme d'Etudes Spécialisé) depuis plusieurs années, contrairement à la France.

Mais le Centre Universitaire de Médecine Générale de l'Université Catholique de Louvain a mis en place, en 2001, dans le cadre de la réforme de son enseignement, un référentiel (28) qui s'adresse à tous les étudiants qui s'intéressent de près ou de loin à la Médecine Générale, et ce du premier doctorat jusqu'en fin de D.E.S. L'acquisition des compétences est progressive et passe par différentes étapes ou paliers au fil des années de formation. Il énumère une liste la plus complète possible des compétences théoriques, et pratiques attendues en médecine générale. Des gestes techniques d'urgence « courants » font partie de cette liste. Un stage dans un service d'urgence est possible, conseillé, mais non obligatoire. De plus, la réforme s'appuie sur la « semestrialisation » des cours qui permet à la Faculté de Médecine de l'Université de Liège d'appliquer le système européen ECTS (système européen d'unités capitalisables et transférables). L'ECTS est actuellement le cadre qui se prête le mieux à la mobilité des étudiants, tout en constituant sans doute l'indispensable base commune à une reconnaissance ultérieure des diplômes d'un pays à l'autre de l'Union Européenne.

Le premier constat est qu'il est difficile de savoir ce qui est proposé en terme de formation et d'encadrement dans ces différents services. Lorsqu'il est demandé aux différents services, par exemple, ce qu'ils peuvent enseigner comme gestes techniques (cf résultats p63), on met en évidence une nette hétérogénéité dans les réponses, voir pas de réponse. Il n'y a pas de référentiel où sont indiqués les gestes ou situations d'urgence nécessaires à la formation des résidents. En créer un est nécessaire (29, 30), où toutes les modalités (objectifs pratiques et théoriques) sont inscrites dans un livret de stage (31).

Cependant, il faut aussi prendre en compte que 100% des résidents répondent qu'ils n'ont pas de médecins tuteurs qui les accompagne tout au long de leur stage. Ce livret ne serait intéressant que s'il était rempli avec l'aide d'un responsable pédagogique, le guidant et l'épaulant tout au long de son stage. En désigner un dans tous les services est alors aussi nécessaire.

3) Sur des passerelle entre les différents services et une meilleure répartition des internes

Cette enquête montre une certaine disparité dans la formation et l'encadrement des internes. Tout d'abord, l'activité des différents services est peu superposable.

Si l'on compare les différents items des 2 questionnaires traitant l'activité des différents services sélectionnés, on note :

- sur le fond, les chiffres manquent dans le questionnaire DRASS, alors que tous les items des bordereaux SAE sont remplis de façon précise, ces chiffres étant validés par le ministère de la santé (cf résultats p51).
- Sur la forme, les bordereaux SAE, contrairement aux questionnaires DRASS, permettent de décrire de façon précise l'activité d'un service, notamment le nombre de patients hospitalisés ou ambulatoires, le nombre de passages totaux classés selon le mode d'entrée et de sortie (classification GEMSA), de même que les sorties SMUR primaires et secondaires (cf résultats p56, 57, 58, 59)

On remarque aussi que différents chiffres sont inégaux d'un service à un autre ; en effet, on peut avoir 39000 passages pour l'activité la plus forte contre 11000 passages pour l'activité la plus faible et 2874 sorties SMUR primaires pour le nombre de sorties le plus important contre 380 pour le nombre de sorties le plus faible (cf résultats p52, 54). De plus, le nombre de postes médicaux, de même que le nombre de postes d'internes, varie d'un service à un autre. Sur quels critères un certain nombre d'internes est affecté dans un service ?

Il est licite de penser qu'un résident réalisant son stage dans un service où le nombre de postes médicaux est faible, de même que le nombre de passages et le nombre de sorties SMUR, n'aura pas les mêmes moyens de se former et d'être encadré qu'un autre résident effectuant son stage dans un service où le nombre de passages est important, de même que le nombre de sorties SMUR, et où les médecins sont en nombre suffisant. Au niveau formation, il verra plus de malades, donc plus de pathologies ; au niveau encadrement, les médecins du service auront plus le temps de les accompagner. En effet, l'apprentissage de la médecine ne s'apprend pas seulement sur les bancs de la faculté, mais aussi et surtout au lit du malade, en compagnie d'un médecin senior (32).

Néanmoins, si on s'intéresse à la charge de travail, il existe là encore une grosse disparité entre les différents services (cf résultats p72), et même des différents types de service (SAU, POSU, UPATU). A l'intérieur même d'un service, il existe une variabilité en fonction du jour et de l'heure (cf résultats p73). Le système des gardes, qui est déjà mis en place dans la majorité des services, et concerne 90% des internes (cf résultats p49), aurait l'avantage de leur permettre de vivre au rythme des médecins urgentistes. Les repos compensatoires leur laisseraient du temps pour compléter leur formation dans d'autres services (38% des résidents pensant que cela est indispensable à leur formation) (cf résultats p89), participer à des réunions d'enseignement théorique (cf résultats p80), et réaliser des doublures SMUR (76% des internes pensant que les sorties SMUR sont indispensables à leur formation) (cf résultats p88).

Les internes ne doivent pas être affectés dans les différents services dans le seul but d'assurer la continuité des soins des services hospitaliers mais plus dans le but d'acquérir un savoir faire pratique et théorique.

De plus, tous les internes ne bénéficient pas d'une formation SMUR (car tous les services n'en proposent pas). Mais ce n'est pas parce que certains services en proposent qu'ils sont pour autant meilleurs « formateurs » que d'autres qui n'en proposent pas. On remarque que 20% des internes faisant du SMUR sortent seuls (cf résultats p68), en tant que faisant fonction de médecin. Ceci est vrai pour les sorties SMUR primaires et secondaires. Il convient donc de rappeler que le décret n°97-620 du 30 mai 1997 (33), qui impose la présence d'un médecin thésé dans le SMUR, n'est pas toujours appliqué. Comment imaginer une formation en étant seul ?

Pour que tous les internes puissent bénéficier d'une formation SMUR, on pourrait imaginer des « passerelles » entre plusieurs services (SMUR et non SMUR), comme ce qui est mis en place au Canada (34). En effet, lors de leur résidanat, les internes réalisent aussi, comme en France, des stages obligatoires (stages réseaux), dont un dans un service d'urgence. Les internes sont alors affectés dans un hôpital (stage tandem) où ils réalisent tous leurs stages obligatoires. En plus de la formation en médecine familiale, le Département de

médecine familiale de l'Université de Montréal offre une formation supplémentaire d'un an en soins d'urgence (équivalent CMU française).

Le comité du programme de résidence, dépendant du département de médecine familiale de la faculté de médecine de Montréal. Il est alimenté par des groupes de travaux intra et interdépartementaux, qui discute, étudie et recommande les orientations pédagogiques, le choix des activités d'apprentissage et les modes d'évaluation privilégiés pour le programme de. Le comité du programme chapeaute un certain nombre de comités statutaires, de comités ad hoc et de comités conjoints qui émettent des recommandations touchant le programme de résidence. A l'automne 1997, le comité du programme a créé le comité de révision du curriculum. Ce comité a pour mandat de réviser l'ensemble de la formation des futurs médecins de famille inscrits au programme de résidence en médecine familiale à l'Université de Montréal. De ce comité, émanent sept groupes de travaux dont le mandat est d'effectuer la révision de thématiques précises.

Au cours de l'année 1998-1999, le Comité du programme a décidé de procéder à une évaluation interne périodique des stages offerts aux résidents dans le but de s'assurer qu'ils ont accès, à l'intérieur de leur tandem, aux meilleurs stages possibles. Cet exercice devrait permettre une certaine homogénéisation de la formation entre les milieux ou, à défaut, de pouvoir offrir certaines passerelles, par exemple le stage obligatoire aux urgences, entre plusieurs hôpitaux différents.

On peut imaginer une meilleure répartition du nombre d'internes dans les différents services d'accueil des urgences de lorraine. Ainsi le nombre de postes médicaux pourrait être corrélé à l'activité d'un service, calculé à partir du nombre de passages annuels et triés selon une classification GEMSA, de la présence ou non d'un SMUR. Le modèle canadien, avec ses passerelles entre les différents services, pourrait par superposition permettre à un résident affecté dans un service où il n'y a pas de SMUR, de pouvoir effectuer des doublures dans un autre service.

Cette classification permettrait aussi de connaître exactement le nombre de consultations avec un médecin senior, chiffre demandé dans le questionnaire DRASS mais qui n'est pas, voir peu rempli (cf résultats p51).

Encore faudrait-il que dans tous les services les dossiers soient validés par un médecin senior. Cette étude montre que 81% des dossiers médicaux (cf résultats p78) ne le sont pas. Il est bon de rappeler aussi que les décrets n° 97-615 et 97-616 du 30 mai 1997 (35) imposent aux différentes structures (SAU, POSU et UPATU) que l'examen de tout patient arrivant dans leur service doit être assuré par un médecin (thésé) de l'équipe médicale, 24h sur 24, tous les jours de l'année.

De plus, dans près de la moitié des cas, un médecin senior n'est pas disponible pour conseiller, évaluer et contrôler le travail du résident (cf résultats p75, 76). Ceci peut être expliqué par l'existence d'un déficit en médecins dans les services d'urgence de Lorraine.

Cependant, lorsqu'on demande si la permanence médicale est suffisante à la charge de travail, de même qu'à leur encadrement la majorité des résidents (77%) répondent par l'affirmative (cf résultats p76 et p77). Cette carence ne peut donc pas être expliquée uniquement par un déficit numérique de médecins seniors dans les services d'urgence. Ces médecins sont-ils occupés par d'autres tâches administratives, que ne perçoivent pas les résidents, ou s'agit-il d'une absence de culture ou de volonté de la formation pédagogique des internes dans ces services ?

4) Sur une meilleure implication de tous les acteurs

Il faut cependant garder à l'esprit que ceci ne peut bien se dérouler que s'il existe une implication majeure des internes en premier lieu, mais également des médecins qui les accueillent dans leur service.

Cette homogénéité ne peut être assurée que par des effectifs médicaux stables qui ont acquis des compétences, et qui exercent leur activité à temps plein. Elle est nécessaire au maintien de l'expertise acquise, de la formation et de la recherche. Sans équipes stables et en nombre suffisant, il ne peut y avoir de mode cohérent de pratiques. La performance et l'efficacité de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion des ressources humaines, physiques, matérielles et enseignantes sont tout aussi importantes que ces ressources elles-mêmes.

En effet, il ne suffit pas d'avoir simplement des effectifs médicaux et une activité suffisante, mais aussi des médecins impliqués dans la formation et l'encadrement de leurs internes.

On remarque que la majorité des internes n'ont pas de cours théoriques (40%), pas d'objectifs définis (69%), pas de livret de stage (62%) (cf résultats p74, 80, 81). Est ce du à un manque d'effectifs ou à un manque de volonté ? Les internes devraient ainsi être affectés dans des services choisis d'avantage sur leurs capacités formatrices que sur les besoins à satisfaire. Les médecins de ces services doivent prendre conscience de ces différents et nouveaux aspects de l'enseignement de la médecine. Ils doivent réussir à mettre en place, au sein même de leur équipe, un encadrement et une formation de qualité. Tout ceci pourra faciliter le recrutement ultérieur de ces différents services d'autant plus que 29% (cf résultats p48) des internes interrogés désirent épouser une carrière d'urgentiste

Cette réforme est appliquée par les facultés, au niveau des départements de médecine générale. Les tutelles (ministère, ARH, DRASS) doivent donner les moyens nécessaires, humains et financiers, aux différents acteurs pour que tout ceci soit réalisable;

- Afin de mettre en place une culture de l'enseignement dans les hôpitaux périphériques et non pas uniquement universitaire, et renforcer la coopération entre la faculté et les hôpitaux périphériques.
- Afin de définir des objectifs précis, pratiques et théoriques nécessaires au futur praticien.
- Afin de former les praticiens des différents services aux multiples techniques de pédagogie médicale.

Faut il aussi que les internes voient dans cette réforme, non pas une charge de travail supplémentaire, mais un objectif de meilleure formation et d'encadrement, pour une meilleure reconnaissance de leur future profession. Pour cela, il leur faut mettre en œuvre une meilleure implication personnelle.

Si des améliorations sont possibles et nécessaires, il ne faut pas oublier que la majorité des internes (92%) (cf résultats p87) pense que ce stage leur a tout de même permis d'acquérir les compétences professionnelles relatives à l'urgence. De plus, 60% des internes sont favorables à la mise en place d'objectifs à accomplir lors de leur stage dans un service

d'urgence (cf résultats p91), et une majorité est favorable à l'accompagnement d'un médecin tuteur tout au long de leur stage pour une évaluation régulière des objectifs fixés (cf résultats p92).

III) PROPOSITIONS

1) De quelques auteurs

La réforme des études médicales en France rend aussi obligatoire un stage aux urgences en lien avec le CSCT-Urgences pour les DCEM 4. L'acquisition d'objectifs lors de ce stage devient donc une nécessité. ROY et Coll se sont déjà intéressés aux objectifs pédagogiques à définir (36). Si cette étude a montré une certaine difficulté à définir ces objectifs selon une méthode DELPHI (consultations d'experts jusqu'à l'élaboration d'un consensus). Les experts sollicités étaient 2 résidents, 2 urgentistes, 2 médecins généralistes, 2 universitaires responsables du CSCT-U et le responsable de la pédagogie. Chaque expert s'est prononcé individuellement sur une liste établie à partir des objectifs du CSCT-U (objectif majeur, secondaire ou inapproprié pour le stage aux urgences). Ils pouvaient faire des propositions ou des modifications rendues anonymes au tour suivant pour les autres experts. Un référentiel a cependant pu être approché, en se basant sur l'activité du SAU (motifs de recours et pathologies prises en charge classés par ordre de fréquence).

Après avoir mis en place des objectifs, Roy et Coll (37) ont proposé une planification de ce stage. Ils ont défini cinq domaines pédagogiques, et pour chacun, des champs et des objectifs spécifiques :

- 1) Les situations avec mise en jeu du pronostic vital ou fonctionnel qu'il faut savoir reconnaître et conduire le traitement initial (ACR...)
- 2) Les principaux motifs de recours aux urgences dont il faut savoir diriger la démarche diagnostique (malaise...)
- 3) Les principales pathologies prises en charge aux urgences dont il faut savoir conduire le traitement (crise d'asthme...)
- 4) Les principaux gestes qu'il faut savoir pratiquer (méchage nasal...)
- 5) Le comportement qu'il faut avoir

L'évaluation est réalisée par des mises en situation simulées, un test pratique et une évaluation continue sur 1 mois.

La société française de médecine d'urgence travaille aussi sur une maquette du futur DESC de médecine d'urgence où sont abordés toutes les compétences nécessaires à la médecine d'urgence. Ces objectifs, pratiques et théoriques, sont peut-être trop spécialisés pour de futurs médecins généralistes, mais ils pourraient constituer une bonne base de travail à cette planification du stage dans un service d'urgence ; d'autant plus que le futur DESC de médecine d'urgence sera ouvert aux médecins généralistes, avec la réforme de l'internat mise en place en novembre 2004 suite à l'instauration de l'examen national classant.

Au Maroc également, H.Louardi (38), a montré, en faisant un état des lieux de la formation actuelle, que l'enseignement de la médecine d'urgence en premier, deuxième et troisième cycle, notamment au niveau du résidanat, était inexistante. Pour preuve, une enquête réalisée au CHU Ibn Rochd a montré que seulement 28% des étudiants de sixième année ont réussi à faire une réanimation de base correcte sur un mannequin. En effet, au niveau du résidanat, il n'existe pas d'enseignement spécifique de la médecine d'urgence. Il existe seulement un enseignement post-universitaire. Le certificat de médecine d'urgence et d'oxyologie n'a été créé que très récemment, en 1998. Pour lui, l'enseignement futur suppose une structure pédagogique régionale pour les urgences, assurant un rôle équitable à toutes les parties prenantes (formés, formateurs, hôpitaux, facultés), le rôle de l'état (tutelles) étant de fixer les objectifs généraux et d'assurer le contrôle de la qualité de l'enseignement, non pas de manière administrative, mais en suscitant des référentiels et des missions d'audit.

2) De notre travail

A la vue de cette étude, une planification de ce stage est donc devenue une nécessité.

Cette planification doit comprendre :

- un référentiel avec mise en place d'objectifs pratiques et théoriques que le résident devra acquérir lors de son stage aux urgences. Ces objectifs pourront être indiqués dans un livret de stage, que l'étudiant validera au fur et à mesure de son stage avec son médecin tuteur.

- des passerelles possibles entre différents services et une répartition homogène des internes en fonction de l'activité et de la capacité formatrice d'un service.
- une implication de la part de tous les acteurs (ministère, faculté, médecins des services d'urgence et des internes).

Le département de médecine générale de la faculté de Nancy est très actif et soucieux de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires à une amélioration de la formation et de l'encadrement des internes. En effet, concernant le stage obligatoire dans un service d'urgence, il a déjà mis en place un groupe de travail avec le collège des médecins urgentistes de lorraine afin de définir des objectifs communs, théoriques et pratiques, pour les futures internes des services d'urgence. Cette démarche est dans le continuum de la formation de base déjà organisée et acquise pendant les études médicales, et de la réforme de l'internat. C'est une des conditions de base à une Médecine de qualité.

Ce groupe de travail est composé :

- des différents chefs de service d'urgences de lorraine
- de membres du département universitaire de médecine générale de Nancy
- représentants de l'association des résidents de la faculté de médecine de Nancy (association RAOUL).

Il réfléchit en premier lieu aux objectifs pratiques et théoriques à définir lors du stage des internes dans ces différents services. Ces objectifs pourront être indiqués de façon précise dans un livret de stage. Cette discipline transversale, qu'est la médecine d'urgence, justifie et inclue des connaissances et des compétences particulières dans le domaine du tri, du diagnostic, des traitements et de l'orientation. Ce livret devra donc comprendre tous ces aspects.

Ainsi, il permettra au résident, et à son futur tuteur, non seulement de suivre l'évolution au cours de son stage des objectifs, pratiques et théoriques qu'il aura à accomplir, mais aussi d'assurer sa formation et son encadrement.

Ensuite, peut être qu'une nouvelle répartition des internes dans les différents services pourra être envisagée. Il s'agit de les répartir d'avantage dans les services choisis sur leurs capacités formatrices que sur les besoins à satisfaire. Il est indispensable de créer des passerelles entre certains services (comme par exemple des passerelles entre les services qui

ne proposent pas de SMUR et ceux qui en proposent), comme ce qui est réalisé au Canada à l'Université de Montréal.

Cette homogénéisation, en plus de permettre une meilleure formation et un meilleur encadrement des internes dans les différents services d'urgence de Lorraine, permettra aussi un rapprochement vers l'ECTS (Système européen d'unités capitalisables et transférables), que plusieurs pays européens, comme la Belgique, ont déjà pris en compte dans leur réforme de leur enseignement, évolution inéluctable de nos futures études. Il faut garder à l'esprit que l'Union européenne, dans sa volonté d'harmonisation (39, 40), posera de plus en plus d'exigences sur la qualité des diplômes universitaires. Seules les institutions qui auront pu s'aligner sur ces critères européens pourront conserver leur label universitaire.

CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des fonctions et de la formation des résidents de médecine générale dans les services d'urgence à l'aide d'une enquête réalisée en 2002 auprès des résidents ayant effectué leur stage dans ces services. 48 des 49 résidents concernés ont répondu à cette enquête, réalisée sous forme d'un questionnaire comportant 3 parties : fonctions, encadrement pédagogique, propositions. Les résultats de cette enquête ont été confrontés aux indications fournies par les chefs de services dans la fiche d'agrément des lieux de stages remise à la DRASS et servant de base à l'évaluation pédagogique par le coordonnateur de l'enseignement de médecine générale pour la décision d'agrément. Ont également été exploités les bordereaux SAE Q13A et Q13B 2001, recensant officiellement les activités des différents services.

Cette étude descriptive présente les résultats bruts des différents questionnaires qui sont ensuite analysés de façon conjointe en ce qui concerne la fiche d'agrément et l'enquête auprès des résidents pour : l'encadrement pédagogique, les réunions d'enseignement, la formation complémentaire dans d'autres services, le livret de stage. Il en ressort un certain nombre de discordances, notamment pour l'activité de responsabilités pédagogiques et la présentation et la validation des objectifs de stage. Cependant, l'avis des résidents est divergent d'un service à l'autre, concernant l'utilité d'objectifs définis et validés et le besoin de compléter le stage dans d'autres services. Tout le monde s'accorde néanmoins sur les bénéfices retirés de ce stage pour la confrontation aux activités d'urgence et la formation à la médecine générale. Une analyse du nombre de postes de résidents et du nombre de médecins seniors dans chaque service en fonction de l'activité médicale complète les résultats de ce travail.

En rendant obligatoire le stage aux Urgences, la réforme des études médicales impose une planification de cet enseignement en milieu clinique. Les bénéficiaires potentiels d'une telle démarche sont multiples :

- Les résidents en médecine générale : informés des modalités et des objectifs du stage, ils peuvent être les acteurs principaux de leur apprentissage ;
- Les enseignants et les médecins des services d'Urgence qui, menant une réflexion sur l'enseignement auquel ils participent, sont amenés à s'interroger sur leurs propres compétences ;
- Les services d'Urgence qui, en mettant en place un encadrement de qualité, facilitent leur recrutement ultérieur ;

- Les facultés pour qui la mise en place de la réforme est une obligation ;
- La DRASS qui alloue les moyens au niveau d'une région, en partenariat avec l'ARH ;
- Et finalement la médecine d'urgence à l'apprentissage de laquelle la réforme des études médicales donne une réelle place.

Il importe donc aux enseignants et aux professionnels de l'urgence, de saisir cette opportunité pour que les nouvelles générations médicales soient formées à la prise en charge des situations d'urgence, mais aussi pour que des internes puissent découvrir et apprécier la pratique de la médecine d'urgence et devenir les urgentistes de demain. Il importe aussi à la communauté médico-universitaire de reconnaître et d'encourager, y compris par les moyens attribués, le rôle pédagogique des médecins hospitaliers afin que l'encadrement des résidents dans les services d'Urgence soit planifié, puis réalisé de façon pérenne. La formation des résidents en médecine générale, impose donc une planification de leur stage aux urgences, pouvant débiter dès leur externat.

Cependant, les avis sont très différents sur les objectifs pédagogiques en médecine d'urgence, ce qui reflète vraisemblablement des conceptions différentes sur la médecine d'urgence. Un référentiel, en consultant un groupe d'experts, peut cependant être approché. Il permettra d'établir les objectifs pratiques et théoriques que le futur médecin généraliste devra acquérir pour son exercice futur. Une réorganisation de stages (en instaurant des stages « passerelle » et en répartissant les internes en fonction de l'activité et de la capacité formatrice d'un service) permettra une formation plus homogène.

Un groupe de travail a été mis en place dans la région Lorraine par le département de médecine générale de la faculté de médecine de Nancy afin de proposer une réelle planification du stage aux urgences des internes en médecine générale.

Il pourrait être un groupe pilote au niveau national, voir européen, afin d'uniformiser les formations des pratiques médicales des internes du 3^e cycle de médecine générale, dans le cadre de bonnes pratiques médicales et d'assurer ainsi une meilleure qualité des soins pour tous.

BIBLIOGRAPHIE

1. THEBAULT F.

Evaluation de la maîtrise des gestes d'urgence. Enquête réalisée auprès des résidents.

Th D : Méd. : Nancy I : 1995, 144p.

2. FALTOT C.

Le médecin généraliste face à la permanence de soins et aux urgences en 2001 : le vécu de 142 omnipraticiens en Meurthe-et-Moselle.

Th D : Méd : Nancy I : 2002, 175p.

3. SENAND R.

La Formation médicale initiale du médecin généraliste : réalités et perspectives.

Sem Hop., 1995, vol. 71, p. 160-166.

4. A. BELLOU, J.-D. DE KORWIN, H. LAMBERT.

Place des services d'urgence dans la régulation des hospitalisations publiques.

Rev Med Int., 2003, 24, p. 602-612.

5. DE LA COUSSAYE J-E.

Histoire de la médecine d'urgence. Les urgences préhospitalières : organisation et prise en charge.

Paris : Masson, 2003, 216p.

6. ELBAUM M.

Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés.

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale. Ministère de la Santé et de la protection sociale. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), études et résultats, n°72, juillet 2000, 8p.

7. STEG A.

La médicalisation des urgences.

Rapport de la commission nationale de restructuration des urgences

Paris : 1993.

8. KOUCHNER B.

Le médecin du futur et la réforme des études médicales.

Projet de réforme des études médicales, cabinet Bernard Kouchner.

Paris : 1999.

9. MATTEI J-F, ETIENNE J-C, CHABOT J-M.

De la médecine à la santé. Pour une réforme des études médicales et la création d'universités de santé.

Paris : Flammarion, 1997, 144p.

10. Ministère de la santé et de la protection sociale. Circulaire DH/EO/98/n°192 du 26 mars 1998 relative à la révision des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

11. Enquête sur les artisans des schémas régionaux d'organisation sanitaire de deuxième génération : le point de vue des acteurs.

Contrat d'études de la Direction des Hôpitaux. Rapport final. Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires (LAPSS). Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP). Janvier 2000.

12. Comité National d'Evaluation des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel.

Paris : bulletin n° 25, novembre 1998.

13. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Décret n° 2001-64 du 19 janvier 2001 modifiant le décret n° 88-321 du 7 avril 1988 fixant l'organisation du troisième cycle des études médicales.

14. Ministère de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche. Arrêté du 19 octobre 2001 modifiant l'arrêté du 29 avril 1988 modifié relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales.

15. Schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de Lorraine 1999-2004. Agence régionale de l'hospitalisation de Lorraine. Juillet 1999 ; 1-142.

16. DE SINGLY F.

L'Enquête et ses méthodes : le questionnaire.

Paris : Nathan, 1992, 126 p.

17. LUTZ W.

Elaboration d'un questionnaire. Partie de Enquête sur la santé de la collectivité.

Rennes : Edition Rennes, 1986, 134 p. (Ecole Nationale de Santé Publique).

18. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Statistique annuelle des établissements 2001.

D.R.A.S.S. de Lorraine, Service Statistique 2001.

19. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Statistique annuelle des établissements 2002.

D.R.A.S.S. de Lorraine, Service Statistique 2002.

20. Ministère du travail et des affaires sociales. Service des Statistiques, des Etudes et des Systèmes d'information. Aide au remplissage : Définitions – Consignes. SAE 2001.

21. LLORCA G.

La Formation médicale (aspects conceptuels).

Lyon : Editions Lyon : Médiations, 1999, 219 p.

22. COUTON P.

Evaluation de l'efficacité d'un réseau de médecins généralistes formés à l'urgence

Rev Prat., vol.12, 433, 1998, p. 27-33.

23. MARECHAUX F.

La formation s'évalue, l'évaluation est formative.

Rev Prat., vol. 17, 634, 2003, p. 1636-1643.

24. POTERLOT A.

Les Stages hospitaliers sont-ils formateurs ? Enquête auprès de 204 étudiants en médecine de Nancy.

Th : Méd. : Nancy I : 1990, 58p.

25. STIBBE G.

Historique de la formation en médecine générale.

Rev Med Brux., vol. 14, 9-10, 1993, p. 289-292.

26. NGUYEN NGUYEN T.

Enseignement par résolution de problèmes à travers les stages des cinquième et sixième années des étudiants en médecine du CUF : description et évaluation.

Mém. : D.U. Santé publique : Nancy I : 1995, 15p.

27. SOCIETE DE REANIMATION DE LANGUE FRANCAISE (sous la dir. de Frédéric Baud).

Autoévaluation en réanimation et médecine d'urgence.

Paris : Expansion Scientifique française, 1988, 198 p.

28. Les fonctions du médecin généraliste définies par la profession en 2001.

Centre Universitaire de Médecine Générale (C.U.M.G.) de l'Université Catholique de Louvain (U.C.L.).

Référentiel à l'usage du futur médecin généraliste, mai 2002.

29. LANGE BOREA R.

D'une formation multiprofessionnelle à un réseau de santé de proximité. Construction d'un référentiel de formation.

Mém. : D.E.S.S. Promotion de la santé et développement social : Nancy I : 2000, 53p.

30. SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE GENERALE (SFMG) (sous la dir. de Marianne Samuelson).

Pour un référentiel métier du médecin généraliste : rénover l'enseignement de la médecine générale.

Edition Issy-les-Moulineaux : S.F.M.G., 1997, 43p.

31. BIERMANN C.

Intérêt du carnet de stage pour l'évaluation de la formation des internes en anesthésie.

Th D : Méd. : Nancy I : 2002, 128p.

32. HAAS C.

Enseignement médical et visite au lit du malade.

Rev Prat., 1999, vol 49, p. 468-471.

33 Décret n°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique.

34. Département de médecine familiale.

Université de Montréal. Faculté de médecine.

Rapport biennal 1997-1998/1998-1999 ; p14-P17, 56p.

35. Titre I du livre VII du code de la Santé Publique - chapitre 2. Section IV – activités de soins mentionnées au III de l'article R 712-2 : Autorisation de fonctionner, conditions d'implantation et modalités de fonctionnement. Sous-section 1 : Accueil et traitement des urgences. Décrets n° 97-615 du 30 mai 1997 et n° 97-616 du 30 mai 1997.

36 ROY P-M., BOURRIER P., MAZET B.

Objectifs pédagogiques en médecine d'urgence : sommes-nous tous d'accord ?

JEUR, vol.15, 2002, 1S55-1S58.

37. ROY P-M., BOURRIER P., MAZET B.

Planification du stage des étudiants hospitaliers aux urgences.

JEUR, vol.15, 2002, 1S56.

38 ; LOUARDI H.

L'enseignement de la médecine d'urgence au Maroc : état des lieux et perspectives d'avenir.

JEUR, vol.15, 2002, 1S56.

39. COLLOQUE ORGANISE PAR L'INSTITUT DES SCIENCES ET DE LA SANTE (5 : 1991 : Athènes).

La Formation de l'étudiant en médecine générale.../ actes réunis par C. DIMOPOULOS.

Paris : Institut des sciences et de la Santé, 1991, 103p.

40. BOUSQUET A.

Education et formation dans l'Union européenne : un espace de coopération

Paris : La documentation française, 1998, 154p.

ANNEXES

ANNEXE 1

Titre I du livre VII du code de la Santé Publique - chapitre 2
SECTION IV - ACTIVITES DE SOINS
mentionnées au III de l'article R 712-2 : Autorisation de fonctionner, conditions
d'implantation et modalités de fonctionnement
Sous-section 1 : ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES
Décret n° 97-615 du 30 mai 1997
Décret n° 97-616 du 30 mai 1997

UPATU

voir les modalités du contrat relais
le bilan et la coopération

Commentaires

U.P.A.T.U. (Unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences)

Conditions d'autorisation pour être siège d'une U.P.A.T.U

- Dispenser des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en :

- médecine,
- chirurgie,
- obstétrique,odontologie,
- psychiatrie.

Comporter au moins un service ou une unité de médecine, pratiquant l'hospitalisation complète.

- Sinon, possibilité de présenter conjointement au dossier de demande d'autorisation une demande de conversion de lits d'autres disciplines dans les conditions requises par la réglementation existante (réduction de lits).

Les missions de l'UPATU :

- accueillir sans sélection tous les jours de l'année, 24h/24, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique ;
- procéder à l'examen clinique des personnes accueillies.
- traiter dans ses locaux et avec ses moyens, les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale, de psychiatrie, des actes chirurgicaux simples < KC 30 par actes, ne nécessitant pas une anesthésie générale ou une anesthésie loco-régionale, des actes > KC30, si l'établissement dispose d'un chirurgien (Les actes sont réalisés, dans un local approprié, avec le concours d'un anesthésiste de l'établissement, ou d'un autre établissement, dont les conditions d'interventions ont été préalablement définies.)
- orienter les patients dont elle ne peut se charger elle-même:
 1. - Soit vers d'autres services ou unités de l'établissement prêts à assurer les

- soins, dans des conditions préalablement définies.
2. - Soit vers un autre établissement de santé, exerçant ou non, l'accueil des urgences avec lequel a été conclu un contrat de relais (conditions de conclusion: voir infra).
 3. Soit vers un établissement siège d'un SAU ou vers un autre établissement de santé en mesure de dispenser, sans délai, aux patients les soins nécessaires, en liaison avec " le centre 15" du SAMU.

Titre I du livre VII du code de la Santé Publique - chapitre 2

SECTION IV - ACTIVITES DE SOINS

mentionnées au III de l'article R 712-2 : Autorisation de fonctionner, conditions d'implantation et modalités de fonctionnement

Sous-section 1 : ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997

Décret n° 97-616 du 30 mai 1997

SAU & POSU

Commentaires

S.A.U. (Service d'Accueil et de traitement des Urgences)

Conditions d'autorisation pour être siège d'un S.A.U:

L'établissement doit pouvoir :

- Dispenser des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.
- Comporter au moins des services ou des unités de:
 - * réanimation,
 - * médecine générale ou médecine interne,
 - * médecine à orientation cardio-vasculaire,
 - * médecine à orientation cardio-vasculaire,
 - * médecine pédiatrique,
 - * anesthésie-réanimation,
 - * chirurgie orthopédique et viscérale, y compris gynécologique.
- Présenter en même temps, une demande de S.M.U.R., sauf s'il existe des services suffisants dans les établissements de santé proches.

Les missions du SAU :

- accueillir, sans sélection 24h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique.
- prendre en charge la personne, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.

P.O.S.U. (Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences)**Les missions du POSU :**

Le POSU est un service spécialisé d'un établissement de santé,

prend en charge sur un site unique:

- - soit principalement des enfants malades ou blessés,
- - soit de façon prépondérante et hautement spécialisée, des affections touchant à un même organe ou altérant une même fonction.

Les conditions d'autorisation du POSU :

- Il peut être autorisé à titre exceptionnel par la commission exécutive de l'ARH, après avis du CROSS.

Cette autorisation peut être subordonnée au passage d'une convention avec un établissement où fonctionne un SAU, qui définit les modalités d'orientation et de prise en charge des patients ne relevant pas exclusivement du POSU.

R. 712-64 - Conditions d'autorisation

Un établissement de santé ne peut recevoir l'autorisation de faire fonctionner un service d'accueil et de traitement des urgences que s'il dispense en hospitalisation complète les soins mentionnés au a du 1° de l'article L. 711-2 et comporte au moins des services ou des unités de réanimation, médecine générale ou médecine interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et chirurgie viscérale, y compris gynécologique.

L'établissement doit présenter en même temps que sa demande d'autorisation d'un service d'accueil et de traitement des urgences une demande d'autorisation d'un service mobile

d'urgence et de réanimation. Toutefois, cette dernière demande n'est pas exigée s'il existe dans les établissements de santé proches des services suffisants.

R. 712-65 - Accueil 24h/24

Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir sans sélection vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.

R. 712-66 - Site unique et pôle spécialisé

A titre exceptionnel, un établissement de santé prenant en charge sur un site unique soit principalement les enfants malades ou blessés, soit, de façon prépondérante et hautement spécialisée, des affections touchant un même organe ou altérant une même fonction, peut être autorisé par la commission exécutive de l'ARH, après avis du Comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, à faire fonctionner un service spécialisé d'accueil et de traitement des urgences appelé pôle spécialisé.

L'autorisation peut être subordonnée à la condition que l'établissement passe avec un établissement de santé où fonctionne un service défini à l'article R 712-64 une convention fixant les modalités selon lesquelles sont orientés et pris en charge les patients qui ne relèvent pas exclusivement de ce pôle spécialisé.

Titre I du livre VII du code de la Santé Publique - chapitre 2

SECTION IV - ACTIVITES DE SOINS

mentionnées au III de l'article R 712-2 : Autorisation de fonctionner, conditions d'implantation et modalités de fonctionnement

Sous-section 1 : ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997

Décret n° 97-616 du 30 mai 1997

ANNEXE 2

**FICHE À REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE D'AGRÈMENT
DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU TITRE DE L'ANNÉE UNIVERSITAIRE 2002/2003**
(à remplir en deux exemplaires)

HÔPITAL

Service

Orientation du service ou de l'Unité fonctionnelle (s'il y a lieu) :

Nom du Chef de service :

Spécialité :

I. ENCADREMENT

1° Chef de service : (rayer la mention inutile)

- | | | |
|---|-----|-----|
| - Temps plein : | OUI | NON |
| - Temps partiel : | OUI | NON |
| Si OUI, la continuité des soins et de l'encadrement du résident sont effectués par un autre médecin en l'absence du chef de service : | | |
| OUI | NON | |
| - Ancien interne C.H.U. : | OUI | NON |
| - Ancien assistant chef de clinique : | OUI | NON |

2° Collaborateurs médicaux : (pour chaque catégorie préciser le nombre)

- | | | |
|--|--|----------------------|
| - Hospitalo-universitaires : | Temps plein : ____ | Temps partiel : ____ |
| - Praticiens hospitaliers : | Temps plein : ____ | Temps partiel : ____ |
| | Ancien assistant chef de clinique : ____ | |
| - Assistants (ACC, AHU, assistants des hôpitaux) : | ____ | |
| - Attachés : | ____ | |

3° Permanence médicale : Détaillez l'organisation de la permanence médicale :

.....

.....

.....

4° Encadrement du résident :

- Un praticien est-il désigné pour être l'interlocuteur du résident au cours du stage : OUI NON
Précisez sa qualité :
- Un ou plusieurs praticien(s) sont responsables des activités quotidiennes de soins du résident : OUI NON
- Un médecin responsable est toujours disponible pour conseiller, évaluer, contrôler le travail du Résident : OUI NON

II. ACTIVITÉS DU SERVICE

- Nombre de lits : ____ Hospitalisation traditionnelle : ____ Hospitalisation de jour : ____
- Activités pour l'année précédente :
- | | |
|--|--------------------------------------|
| Nombre d'entrées : ____ | |
| Nombre de consultations internes : ____ | Consultations externes : ____ |
| Service d'Urgences : Nombre de passages : ____ | |
| SMUR : Nombre de sorties primaires : ____ | Nombre de sorties secondaires : ____ |
| Maternité : Nombre d'accouchements : ____ | |

— Précisez la nature des dix premiers groupes homogènes de malades (GHM) de votre service :

.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

III. ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES EN SEMAINE DU RÉSIDENT

	Matin de h.... à h....	Après-midi de h.... à h....
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		
SAMEDI		

Nombre de lits dont le Résident est responsable : ____

Nombre de visites hebdomadaires conjointes avec un médecin responsable : ____

Nombre de visites hebdomadaires effectuées par le résident seul : ____

Nombre de consultations hebdomadaires conjointes avec un médecin responsable : ____

Le Résident doit résoudre des situations d'urgence : OUI NON

Le Résident doit réaliser des gestes techniques : OUI NON

Lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

IV. ACTIVITÉS HOSPITALIÈRES DE GARDE

Gardes de week-end pour le Service :	OUI NON	Nbre par semestre : -----
Gardes de week-end pour l'établissement :	OUI NON	Nbre par semestre : -----
Autres gardes pour le Service :	OUI NON	Nbre par semestre : -----
Autres gardes pour l'établissement :	OUI NON	Nbre par semestre : -----
Astreintes de semaine pour le Service :	OUI NON	Nbre par semestre : -----
Astreintes de week-end pour le Service :	OUI NON	Nbre par semestre : -----

V. ACTIVITÉS DE FORMATION ET D'ENSEIGNEMENT

"La procédure d'accréditation des services hospitaliers doit évoluer sur la base d'un contrat clair entre les services que doit le Résident à l'Hôpital et un programme de formation à la Médecine Générale que doit l'Hôpital à l'étudiant".

1° Objectifs de formation :

- Avez-vous formalisé des objectifs de formation du résident dans votre service ? OUI NON

Si OUI, indiquez-les :

.....

.....

.....

.....

- Compte tenu de l'orientation et de la spécificité de votre Service, *quels thèmes d'enseignement se rapportant à la Médecine Générale* envisagez-vous de proposer aux Résidents chaque semestre ?

.....

.....

.....

.....

2° Organisation pédagogique dans le service :

- Avez-vous prévu un accueil pour le résident, en fournissant un dossier, en formalisant le contrat d'objectifs, le projet de stage ? OUI NON

- Le résident rédige-t-il les comptes rendus d'hospitalisation ? OUI NON

- Le résident rédige-t-il la lettre de réponse au médecin généraliste ? OUI NON

- Y a-t-il des consultations de spécialistes dans le service, auxquelles le résident peut être associé ? OUI NON

- Avez-vous prévu une formation à la rédaction de prescriptions pendant le séjour du patient et à la sortie ? OUI NON

- Quels sont les gestes techniques que vous pouvez enseigner dans le service :

.....

.....

.....

.....

.....

- Le ou les résident(s) ont-ils une salle où ils peuvent travailler ou étudier ? OUI NON

- Y a-t-il un temps réservé pour la discussion avec le responsable du service, désigné pour l'enseignement ? OUI NON

- Existe-t-il des réunions régulières des médecins du service auxquelles le résident participe et vient présenter des dossiers ? OUI NON

- Y a-t-il des médecins généralistes qui viennent participer aux réunions des médecins du service ? OUI NON

- Le résident a-t-il accès à de la documentation médicale (revues, livres...) dans le service ? OUI NON

- Existe-t-il des réunions régulières de bibliographie, d'enseignement théorique ? OUI NON

- Avez-vous prévu des séances de formation à l'analyse critique de l'information médicale ? OUI NON

3° Activités de formation complémentaire :

- Existe-t-il des réunions régulières des médecins d'autres services de l'hôpital auxquelles le résident peut participer et venir présenter des dossiers ? OUI NON
- Dans l'hôpital, le résident a-t-il la possibilité de compléter sa formation dans d'autres services (pendant ou en dehors de ses heures) ? OUI NON
- Incitez-vous vos résidents à participer à la FMC de votre région ? OUI NON
- Diffusez-vous les programmes de FMC ? OUI NON

4° Évaluation :

- Des évaluations en cours de stage permettent-elles d'apprécier l'acquisition des compétences du résident et d'exprimer ses attentes et besoins ? OUI NON
- Si OUI, les critères d'évaluation du résident sont-ils écrits et communiqués au département de médecine générale de la faculté ? OUI NON

Selon vous, quelles compétences professionnelles le Résident doit-il avoir acquises au cours de son stage dans votre Service ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. ACTIVITÉS DE RECHERCHE

- Les résidents sont-ils associés à des programmes de recherche ? OUI NON
- Proposez-vous des sujets de thèse de médecine générale ? OUI NON
- Pouvez-vous assurer un suivi de la préparation à la thèse de médecine générale ? OUI NON

VII. RELATIONS AVEC LA FACULTÉ

Pour suivre l'enseignement obligatoire, le Résident pourra se libérer : facilement ☐ difficilement ☐

Observations complémentaires du Chef de Service :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 3

Q13A - Accueil et traitement des urgences

Champ : Etablissements ayant reçu une autorisation pour l'accueil des urgences. On recense ici l'activité des unités d'accueil et de traitement des urgences bénéficiant d'une autorisation (Articles R. 712-63 à R. 712-83 du code de la santé publique) et le personnel qui y intervient. La visite de conformité peut ne pas avoir été encore effectuée.

Bordereau à remplir au niveau de l'entité juridique pour les entités n'ayant qu'un établissement cité dans le bordereau ST, et au niveau de l'établissement géographique pour les établissements privés. Pour les entités juridiques ayant plusieurs établissements, remplir un bordereau par établissement géographique cité dans le bordereau ST.

Dans le cas où un même établissement de santé possède plusieurs unités distinctes, remplir un bordereau pour chacune d'entre elles. Chaque unité doit être identifiée par un numéro à conserver d'une année sur l'autre et un nom (exemples : unité 1^{er} étage, ou nom patronymique). Si l'unité existait déjà en 2000, veiller à conserver le numéro qui lui avait été attribué dans la SAE 2000 même si l'unité ayant un numéro inférieur a été supprimée.

Equipement

Les décrets sur l'accueil et le traitement des urgences précisent que toute unité doit disposer de locaux organisés en trois zones, dont une zone de surveillance de très courte durée. Celle-ci comporte des boxes individuels dont le nombre varie en fonction du niveau d'activité et du type d'autorisation détenu (cf articles D 712-56 et 712-64). Ces boxes de la zone de surveillance de très courte durée (qui se différencient de facto de ceux qui se trouvent dans la zone d'accueil et/ou dans la zone d'examen et de soins) permettent de quantifier l'équipement des unités.

Les éventuels lits d'aval dans lesquels les patients sont hospitalisés pour une durée généralement supérieure à 24 heures ne font pas partie de l'unité (conformément aux décrets sus cités) ; leur capacité et leur activité doivent être comptabilisées en médecine (ou en chirurgie) dans les bordereaux Q01 et Q02A.. Selon cette même logique, le personnel correspondant ne doit pas être comptabilisé dans ce bordereau Q13A.

Dans un certain nombre d'établissements, le séjour dans un lit d'une box de surveillance de très courte durée donne lieu à la production d'un résumé standardisé de sortie (PMSI court séjour) même si le patient retourne ensuite à son domicile. En d'autres termes, la zone de surveillance de très courte durée est considérée comme une unité d'hospitalisation de court séjour à part entière¹³. Dans ce cas, la connaissance du nombre de résumés de sortie anonymisés (RSA) ainsi générés dans la zone de surveillance de très courte durée (case B1) pour des patients ressortis ensuite, permet de faciliter le rapprochement entre les entrées directes de l'établissement (SAE) et les séjours PMSI. Si l'établissement n'enregistre pas de RSA pour ce type de séjours, il met 0.

Activité et orientation des passages

Le nombre de passages aux urgences pour l'année inclut l'ensemble des arrivées quels que soient les modes d'arrivée et les modes de sortie, y compris l'activité de suites d'urgence ou l'accueil en première intention des patients attendus en hospitalisation, si l'unité est organisée ainsi. Il s'agit en effet comme dans tous les bordereaux de rapprocher l'activité du personnel qui l'effectue.

¹³ Voir, en particulier, le document de la Société Francophone de Médecine d'Urgence relatif aux « Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de très courte durée des services d'urgence »

Depuis 2001, on demande en outre, comme c'était le cas dans SAE avant l'année 2000, le nombre de passages suivis d'une hospitalisation (B6 et B7), hors les hospitalisations dans l'unité de surveillance de très courte durée (UHTCD). En effet, comme cela est expliqué plus haut, certains établissements considèrent la zone de surveillance de très courte durée comme une unité d'hospitalisation de court séjour à part entière. Les critères retenus pour considérer un patient comme ayant ainsi été « hospitalisé » aux urgences variant considérablement selon les établissements, en l'absence de précision, l'évolution d'une année sur l'autre (et la comparaison) des « taux d'hospitalisation » perd toute signification. C'est pourquoi dans les cases B6 et B7, il est spécifié de ne compter comme ayant été hospitalisés que les patients qui l'ont été « hors UHTCD ». L'hospitalisation peut avoir lieu dans l'établissement ou dans un autre établissement de la même entité juridique ou une autre entité juridique.

En 2002, deux cases ont été ajoutées pour permettre d'indiquer le nombre de séjours de patients hospitalisés uniquement dans l'UHTCD (c'est à dire « monoséjours » pour le PMSI) dans l'année et au mois d'octobre. Pour préciser les modes d'entrée et de sortie des patients sans trop alourdir la charge de travail des unités, le relevé des catégories GEMSA sera fait sur un seul mois, c'est à dire en octobre. Cette ventilation des passages selon la catégorie GEMSA ne concerne pas les passages ayant donné lieu à orientation vers un autre établissement, mais seulement pour ceux ayant été pris en charge dans l'établissement. Le terme « patients hospitalisés » s'entend hors unité d'hospitalisation de très courte durée.

En l'absence d'informatisation de l'unité, la durée moyenne de prise en charge sera calculée à partir du registre chronologique continu obligatoire prévu à l'article R. 712-74. La durée de prise en charge pour un patient (exprimée en minutes) correspond à l'intervalle -arrondi par décile- entre l'heure d'arrivée et l'heure de sortie inscrites dans ce registre. Exemple : 3 heures 10 = 190 minutes. La durée moyenne est égale à la somme des temps calculés pour chacun des passages, divisée par le nombre de passages en octobre appartenant au même groupe.

DEFINITION DES GROUPES GEMSA (Guide des outils d'évaluation aux urgences 1996 - srlf-sfmu¹⁴)

La classification GEMSA porte le nom du groupe qui l'a élaboré « Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil ». Elle repose sur une distinction du mode d'accueil et du mode de sortie de tous les patients, indépendamment des différences d'organisation tant médicale que structurelle.

Groupe 1 Malade décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation

Prise en charge sociale du décès (contact avec la famille les autorités, certificat, etc.)

Groupe 2 Patient non convoqué sortant après consultation ou soins (petite traumatologie, consultation médicale...).

Traumatologie légère ; consultation médicale aboutissant à des soins, des conseils ou à une ordonnance avant le retour à domicile : fracture fermée non déplacée, entorse bénigne, migraine, mal de dent, bronchite, angine cystite...

Groupe 3 Patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination, ...)

Remarque : Le caractère – programmé ou non – de la prise en charge détermine la classification des patients en GEMSA 2 ou 3 :

- La prise en charge initiale d'un patient non convoqué retournant à domicile après consultation ou soins donne nécessairement lieu à un classement en GEMSA 2, même si ce patient est invité, lors de ce premier passage, à se présenter au service d'accueil des urgences pour soins ultérieurs.
- Lors de son second passage, ce même patient sera classé en GEMSA 3 (s'agissant alors d'un patient convoqué).

Groupe 4 Patient non attendu dans un service et **hospitalisé après son passage** au service d'accueil des urgences ; pour ces patients une démarche est effectuée ou reprise et une thérapeutique éventuelle initiée avant hospitalisation. **Les patients uniquement hospitalisés dans l'Unité de Surveillance de Très Courte Durée (UHTCD) ne sont pas à compter comme des GEMSA 4.** Angor, douleur épigastrique (ulcère, cholécystite), pyélonéphrite, fracture ouverte ou déplacée relevant d'un traitement chirurgical, nécessité d'une surveillance ou d'examen complémentaires non réalisables en urgence (fièvre inexpliquée, TC avec PC transitoire, AVC,...).

¹⁴ Srlf : société de réanimation de langue française, Sfmu : société francophone de médecine d'urgence.

Groupe 5 Patient attendu dans un service ne passant au service d'accueil des urgences que pour des raisons d'organisation (liées à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) : pour ces patients, il y a eu accord entre le médecin traitant et le médecin hospitalier qui le prendra en charge ; le passage au service des urgences n'est motivé que pour la réalisation de certains examens (liés à la structure pavillonnaire de l'hôpital par exemple) avant une chirurgie ou un bilan programmé.

Groupe 6 Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (technique de réanimation) ou prolongée (surveillance médico-infirmière pendant au moins une heure).
Manœuvre de réanimation, surveillance médico-infirmière attentive pendant au moins une heure (état d'agitation, asthme aigu grave, certains OAP, embolie pulmonaire hypoxique, polytraumatisme, trouble du rythme cardiaque réduit au SU,...).
Les patients décédés pour lesquels une réanimation a été tentée avec manœuvres de réanimation font partie de ce groupe.

Personnel intervenant (lire aussi les « Principes généraux de remplissage de la page 75)

Les effectifs et équivalents temps plein du personnel sont ceux intervenant dans l'unité et rémunérés au mois de décembre (le cas échéant, ces personnels peuvent être rémunérés par une autre entité et mis à disposition). Les ETP doivent correspondre au temps effectivement travaillé dans l'unité et non au temps rémunéré. L'objectif est de rapprocher les moyens en personnel de l'activité décrite.

Par exemple, ETP=0,50 pour une personne en cessation progressive d'activité (CPA) rémunérée à 80 %, ou ETP=0,80 pour une personne à temps partiel à 80 % rémunérée à 86 %. Dans les deux cas, l'effectif est égal à 1.

A. Personnel médical

Pour le secteur public, **les médecins intervenant dans l'unité** qu'il convient de décompter correspondent aux médecins des statuts énumérés à l'article D. 712-54 (PH, assistants, attachés, médecins contractuels et vacataires) à l'exception des internes, résidents et autres étudiants en médecine.

Contrairement à ce qui est demandé pour les autres questionnaires Q10 à Q16, chaque médecin intervenant dans le service doit être compté pour 1 dans les effectifs, même s'il n'y consacre, par exemple, que 20 % de son temps. Pour ce bordereau, les effectifs ne peuvent être inférieurs aux ETP.

Dans le calcul des ETP, les praticiens hospitalo-universitaires sont comptés 0,5.

B. Personnel non médical

Dans les « autres personnels de l'unité », compter tous les personnels, autres que infirmiers et assistants de service social, participant à l'activité de l'unité. Les personnels administratifs, notamment, doivent être compris.

Mise à disposition de personnel

L'activité doit être décrite par l'établissement titulaire de l'autorisation. Le personnel mis à disposition de l'unité par un autre établissement et contribuant à cette activité doit donc être compté dans le personnel intervenant.

Exemple d'un établissement psychiatrique X qui met à disposition du SAU du Centre hospitalier Y, du personnel médical et non médical pour assurer la prise en charge des urgences psychiatriques :

* Le centre hospitalier Y titulaire de l'autorisation, indique dans le Q13A tout le personnel intervenant, qu'il soit rémunéré par lui ou non, pour garder la cohérence entre le personnel effectif et l'activité décrite. Par contre, il n'indiquera pas le personnel mis à disposition et non rémunéré dans les bordereaux récapitulatifs de son personnel rémunéré Q 20 à Q 24.

* L'établissement psychiatrique X ne mettra pas l'activité des urgences dans le Q02 A (puisque'elle n'est pas réalisée sur place et sous sa responsabilité) et ne remplira pas de Q13A. Par contre, dans les bordereaux récapitulatifs de son personnel rémunéré, il inclura ces personnels.

Pour le personnel médical, ces médecins rémunérés seront par conséquent décrits selon leur statut, leur spécialité et leur sexe dans les Q 20 de l'établissement psychiatrique ; de plus il inscrira le total des ETP ainsi mis à disposition dans la case A44 en bas du Q 20. Dans le Q 21, ces médecins seront comptés dans la colonne « Administration » (A) puisqu'il s'agit de médecins ne contribuant pas à l'activité décrite dans le Q02A.

Dans le Q 24, il comptera le personnel non médical ainsi mis à disposition dans l'administration (colonne A) avec les autres catégories de personnels rémunérés mais non en activité (personnel en longue maladie ou en congé de longue durée), puisqu'il s'agit de personnel ne contribuant pas à l'activité décrite dans le Q 02A. Ils apparaîtront également dans le total des ETP mis à disposition d'un autre établissement dans le bas du Q 24 (case A20).

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE DESTINE AUX INTERNES

Thèse (KUBEK Thierry): FONCTION et ENCADREMENT PEDAGOGIQUE des résidents de médecine générale au cours du stage dans les Services d'Accueil des Urgences : réflexions et propositions en LORRAINE

HOPITAL ? _____

Nombre d'internes total affectés au service _____

Quel est votre semestre : _____

Vous destinez-vous à :

- la médecine générale ? OUI NON
- Si NON, à quelle autre carrière ? _____

Avez-vous déjà réalisé des stages d'urgences auparavant ? OUI NON

Pourquoi avez-vous choisi ce stage ?

- obligation ? OUI NON
- volonté ? OUI NON
- si OUI, pour une meilleure formation à l'urgence dans le cadre de la médecine générale ou pour une carrière d'urgentiste ?

Informatisation du service (ex clinique, ...) OUI NON

Si OUI, quel logiciel ? polyxene, ...

FONCTIONS dans le service :

Quel est votre type de fonctionnement dans votre service ?

- Activité hospitalière classique (11 demi-journées) ? OUI NON
- Si NON, quelle organisation ? 12h 24h
- Gardes de semaine pour le service d'accueil ? OUI NON
 - SI OUI -> nombre de gardes par mois ? _____
- Gardes de week-end pour le service d'accueil ? OUI NON
 - SI OUI -> nombre de gardes par mois ? _____
- Autres gardes pour établissement ? OUI NON
 - SI OUI -> nombre de gardes par mois ? _____

Quelle est votre activité dans le service ?

- Activité SAU ? OUI NON
- Activité REANIMATION ? OUI NON
- Activité SMUR ? OUI NON
- Activité UHCD ? OUI NON
- Activité CAP ? OUI NON
- Autre activité ? OUI NON
 - Si oui, quel type ?

Faites-vous des sorties SMUR ? OUI NON

Si OUI : Doublure ? OUI NON

Faisant fonction de médecin (seul) ? OUI NON

➔ Primaire ? Secondaire ? les deux ? _____

➔ Obligatoire ? facultatif ? _____

Réalisez-vous des gestes techniques ? OUI NON

- Si OUI, lesquels ? (ex, intubation, vvc, drains, trachéotomie, plâtre, attelles, intubation, ventilation au masque, vvp, MCE,)
Seuls ? OUI NON
ou en compagnie d'un médecin sénior ? OUI NON
- Si NON, pourquoi ? _____
- Avez-vous le droit de prescription (sous votre propre signature):
 - Intra-hospitalier ? OUI NON
 - si OUI, y compris toxiques , produits sanguins labiles ? OUI NON
 - si OUI, quel identification utilisez-vous par rapport a l'ordre ? _____
 - Extra-hospitalier (patients ambulatoires)? OUI NON
- Réalisez-vous des certificats ? OUI NON
 - Si oui, quels types de certificats ?
 - Accidents de travail : OUI NON
 - Arrêt travail : OUI NON
 - Certificats descriptifs : OUI NON
 - Certificat ITT : OUI NON
 - Assurances : OUI NON
 - Alcoolisation légale (CNH) : OUI NON
- Évaluez votre de charge de travail (échelle visuelle analaogique):
très faible [-----] très élevée
(mettre une croix)
- Existe-t-il une variabilité :
 - en fonction du jour ? OUI NON
 - Si OUI, quels sont les jours les plus chargés ? _____
 - en fonction de l'heure ? OUI NON
 - Si OUI, quels sont les horaires les plus chargés ? _____

ENCADREMENT PEDAGOGIQUE :

Est-ce que les objectifs (acquisitions théoriques et pratiques) de stage vous sont définis avant ou pendant votre stage aux urgences ? OUI NON

Un nombre de passages minimal vous semble-t-il nécessaire à l'acquisition des objectifs de stage ? OUI NON
Si OUI, à combien l'estimez-vous ? _____
Si NON, pourquoi ? _____

Un médecin sénior est-il toujours disponible pour conseiller, évaluer et contrôler votre travail ? OUI NON

Détailler la permanence médicale au SAU le jour et la nuit (nombre de médecins présents)? jour__ nuit__
- est-elle suffisante à la charge de travail ? OUI NON
- est-elle suffisante à votre encadrement (demande de conseils, formation théorique...) ? OUI NON

L'activité SMUR est-elle dépendante ou indépendante du SAU ? _____

Est-ce que chaque malade (dossier médical) est validé par un médecin sénior ? OUI NON
Si NON , est-ce au moins le cas pour les patients ambulatoires ? OUI NON
Si OUI, jour et nuit ? OUI NON
jour uniquement ? OUI NON

Des gestes techniques sont-ils enseignés ? OUI NON
Si OUI, lesquels ? _____

Est-ce qu'un médecin « tuteur » vous accompagne tout au long de votre stage ? OUI NON

Pouvez-vous participer à des consultations spécialisées ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ? _____

Existe-t-il des réunions d'enseignement théorique ? OUI NON

Si OUI, sont-elles adaptées :

à la médecine générale ? OUI NON

Aux urgences ? OUI NON

Aux deux à la fois ? OUI NON

Recevez-vous un livret de stage à l'arrivée dans le service ? OUI NON

SI OUI, de quel type ? _____

Pouvez-vous compléter votre formation dans d'autres services ? OUI NON

SI OUI, lesquels ? _____

SI NON, pourquoi ? _____

PROPOSITIONS

Ce stage vous a-t-il permis d'acquérir les compétences professionnelles nécessaires relatives à l'urgence ? OUI NON

Le nombre d'internes est-il suffisant au bon déroulement de l'activité ? OUI NON

Pour vous, l'activité SMUR est-elle indispensable à votre formation ? OUI NON

Pour vous, l'activité UHCD est-elle indispensable à votre formation ? OUI NON

Pensez-vous qu'une formation complémentaire serait souhaitable dans d'autres services de l'hôpital pour votre pratique aux urgences ? OUI NON

Si OUI, quels services pour quelles formations ?

Vous avez bénéficié d'une formation théorique et pratique à l'urgence : quels moyens pourraient améliorer cette formation selon vous ? _____

Pensez-vous qu'un pré-stage (semaine de formation) serait nécessaire avant de débiter votre stage ? (gestes techniques, CAT...) ? OUI NON

Seriez-vous favorables à la mise en place d'objectifs précis à accomplir tout au long de votre stage ? OUI NON

Si OUI, seriez vous favorables ainsi à une évaluation précise de ces objectifs ? OUI NON

Si OUI, sous quelle forme ? _____

Seriez-vous favorables à l'accompagnement d'un tuteur tout le long de votre stage qui serait là pour une évaluation régulière de vos objectifs à atteindre ? OUI NON

L'échange d'informations sur les stages aux urgences (par exemple le cahier de stage édité par l'association des internes) vous semble-t-il adapté pour choisir votre lieu de stage ? OUI NON



VU

NANCY, le 7 juin 2004

Le Président de Thèse

NANCY, le 7 juin 2004

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **J.D. DE KORWIN**

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 10 juin 2004

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

RESUME DE LA THESE :

Cette enquête fait un état des lieux des fonctions et de la formation des résidents de médecine générale dans les services d'urgence de lorraine. Elle montre des discordances concernant les responsabilités pédagogiques, la présentation et la validation des objectifs de stage. Néanmoins, ce stage reste très formateur en médecine générale. Une analyse du nombre de postes de résidents et de médecins seniors dans chaque service en fonction de l'activité médicale complète les résultats de ce travail. La discussion présente les limites et les traits marquants de l'étude, en comparant la formation Lorraine à celle d'autres pays. En conclusion, ce travail propose de mettre en place un référentiel comprenant des objectifs pratiques et théoriques, décrits dans un livret de stage adapté et validé par le responsable pédagogique du service, une diversification des fonctions du résident aux urgences incluant des passerelles avec les autres services, et une meilleure implication de tous les acteurs.

TITRE EN ANGLAIS

Duties and coaching of the generale medecine students during their obligatory training course in the emergency division.

Thoughts from an inquire in Lorraine.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2004

MOTS CLEFS :

- Urgences
 - Services d'urgences
 - Résident en médecine générale
 - Formation
-

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex